

兵庫県 こころのケアセンター



Hyogo Institute for Traumatic Stress

令和4年度事業報告書

はじめに

当センターは、トラウマ・PTSDに関する専門的な相談・診療、研修・研究等の機能を持つ全国初のこころのケアの拠点施設として平成16年4月に開設されました。

以来、阪神・淡路大震災の知見を研究や研修で伝えるのみならず、新たな災害への対処、さまざまなトラウマを抱えた方への支援や治療も重視し、国内外の災害への支援、そして併設した診療所で有効な治療にも力を入れてきました。

設立19年目となる令和4年度は、令和3年度に引き続き新型コロナウイルス感染症対策に留意し、こころのケア研修の14コース中8コースをオンライン開催とし、兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」研修も、全研修を終日オンラインにて実施しました。

また、診療においても電話やオンラインでの診療を継続したほか、対面形式のヒューマンケア実践普及講座では、感染症対策に万全を期して実施するなど、コロナ禍にあっても当センターの機能を発揮すべく工夫し、鋭意取り組んでまいりました。

調査研究では、「ストーカーおよびDV加害の背景要因に関する調査研究」などをテーマにした短期研究や、長期研究では、令和4年度が最終年度となる「トラウマインフォームドケアの普及に関する研究」などに取り組みました。

地域支援活動では、東日本大震災や熊本地震などの被災地支援を継続するとともに、新型コロナウイルス感染症に関する危機対応として、消防機関や病院職員などに対する、コンサルテーションや研修講師などの支援活動がさらに増加しました。

相談では、PTSDに特化した相談が増加しており、ホームページ掲載の当センターでの相談を希望する方への案内が一定の効果をもたらしたものと考えています。

情報の収集発信では、令和4年12月14日に開催したこころのケアシンポジウムにおいて、「複雑性PTSDを考える」をテーマに、研究報告、基調講演、パネルディスカッションを行いました。複雑性PTSDという、非常に難しいテーマを取り上げ、虐待やDVなど反復されるトラウマを受けた人たちを理解し支援するために、話し合う機会が持てたことの意義は大きく、控えめで当事者の求めているものに現実的な支援をすることの重要性が指摘されました。感染症対策の観点から、会場とオンラインを併用して開催し、約300名の方にご参加いただきました。

本報告書は、令和4年度における当センターのこのような活動をまとめたものです。

今後、ますます高まるこころのケアへの社会ニーズに対応していくため、職員一丸となり取り組みを進めてまいります。是非、本報告書をご一読いただき、忌憚のないご意見をいただけますと幸甚です。

(公財) ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター
センター長 加藤 寛

目次

I 兵庫県こころのケアセンターの概要	
1 機能	3
2 施設概要（ゾーン配置）	4
3 組織	4
II 令和4年度の取り組み	
1 実践的調査研究の展開	7
2 多様な研修の実施	9
3 相談室の運営	20
4 附属診療所の運営	23
5 地域支援活動の実施	25
6 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」体制整備事業	27
7 こころのケアシンポジウムの開催	32
8 情報の発信	33
9 ひょうごヒューマンケアカレッジ事業の実施	33
10 その他受託事業	38
11 外部評価の実施	39
III 参考	
1 こころのケアシンポジウム（概要）	43
2 研究員の活動実績	89

■ I 兵庫県こころのケアセンターの概要

1 機能

兵庫県こころのケアセンターは、平成16年4月、こころのケアに関する多様な機能を有する全国初の拠点施設としてHAT神戸にオープンした。

本センターは大きく分けて五つの機能を持っており、それぞれの機能は次のとおりである。

(1) 研究機能

4つの研究部門を設け、精神科医や公認心理師等の研究員が、こころのケアに関する実践的研究を行っている。

部 門	研 究 内 容
第1部門	災害、事故等、同時に一つの出来事に遭遇した集団を対象とする、トラウマ・PTSDが与える影響及びその対応策に関する研究
第2部門	災害、事故、犯罪被害等、単発的な出来事に遭遇した個人を対象とする、トラウマ・PTSDの治療法や対処法に関する研究
第3部門	児童虐待、DV等、反復性のある出来事に遭遇した個人を対象とする、トラウマ・PTSDの治療法や対処法に関する研究
第4部門	様々なストレスによって生じる精神疾患の予防等に関する研究

(2) 人材養成・研修機能

保健・医療・福祉・教育等の分野でこころのケアに携わっている方々を対象に、各種課題への対処法等について学ぶ「専門研修」とこころのケアに関する知識や理解を深める「基礎研修」や「特別研修」を実施している。

その他、県民を対象に「音楽療法講座」や「ヒューマンケア実践普及講座」を開設している。

(3) 相談・診療機能

こころのケアに関する専門的な相談に応ずるとともに、附属診療所を運営している。

(4) 情報の収集発信・普及啓発機能

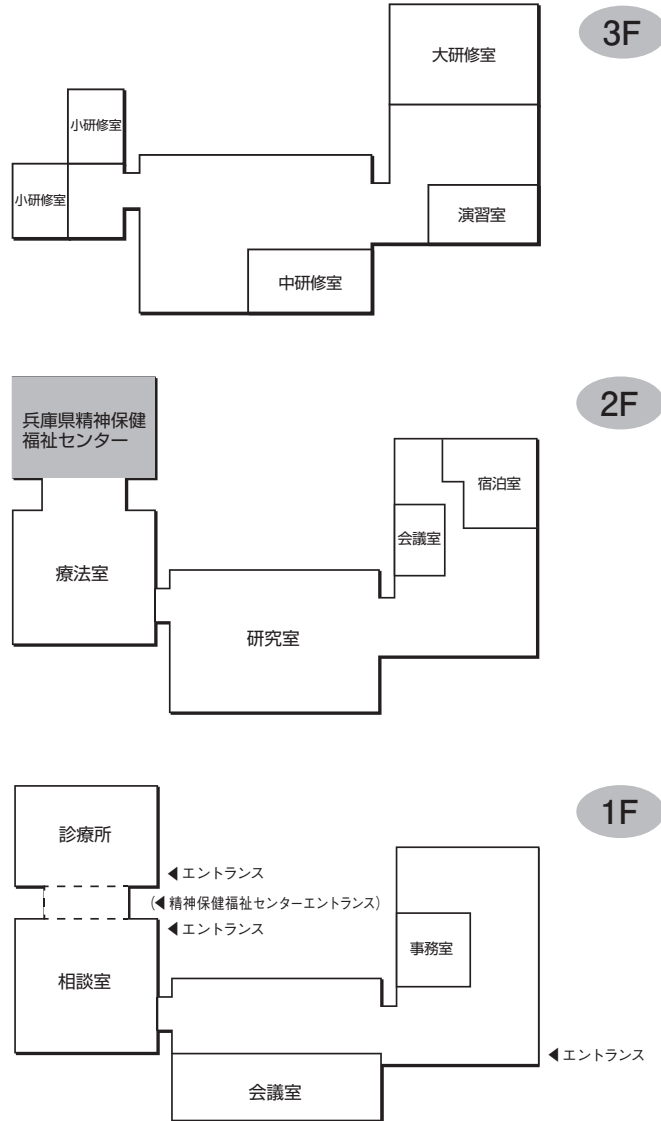
こころのケアに関する事例等を収集し、センターの研究成果と併せて、広く情報発信するとともに、普及啓発を行っている。

(5) 連携・交流機能

こころのケアに取り組む関係機関等の連携・交流の促進を図り、広域的なネットワークづくりを進めている。

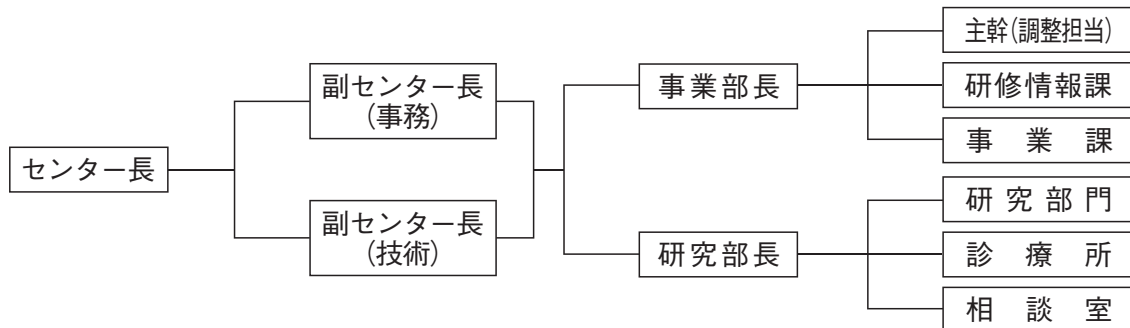


2 施設概要 (ゾーン配置)



※精神保健福祉全般を扱う精神保健福祉センターが併設されており、同センターとの連携のもとに、各種の取り組みを進めている。

3 組織



職員構成 (令和5年4月1日)

(人)

事務	医師	公認心理師等	保健師	精神保健福祉士	看護師	計
12	3	5	1	1	3	25

・事務のうち1名は兵庫県精神保健福祉センター兼務

■ II 令和4年度の取り組み

1 実践的調査研究の展開

年度完結の「短期研究」と、3年程度の研究期間を設定し長期的な視点に立つて行う「長期研究」の2本立てで調査研究を行った。

【短期研究】

研究テーマ	概要
災害時のデジタルデバイスを用いた PTSD、トラウマ関連ストレスへのセルフケアに関する研究	近年、デジタルデバイスを使用したメンタルヘルスアプリが数多く登場し、アプリを利用したセルフケアが実際の対面式の治療に置き換わることはないが、有益な補助ツールであるのは間違いない。本研究では PTSD やトラウマ関連ストレスの問題を対象に、デジタルデバイスを用いた取り組みの文献的考察を行い、個人が日常に取り入れることができるセルフケアアプローチについて検討を行った。
災害時における子どものリスク教育に関する研究	災害弱者とされる子どものリスクマネジメントは重要課題である。リスクの概念を正しく理解するリスク教育と、様々なリスクから自分の身を守るための防災教育や安全教育は、子どもが将来にわたり、安全な生活環境を確保するための重要なアプローチとなる。本研究では、子どもへの災害時のリスク教育についての文献資料やガイドライン等を収集・分析・検討し、学校現場のリスク教育・防災教育に役立つ資料とした。
PTSD 治療におけるマインドフルネス瞑想法等の身体性およびその活用方法に関する研究	トラウマ的な出来事を体験した場合、感情による記憶の書き込みが強く作用するため、認知や記憶に歪みや狂いが生じやすい。その為、感情への働きかけが大事となる。瞑想等には、不安やマイナス感情の低減や PTSD との関連で注目される部位の変化が確認されており、今後の PTSD 治療に期待が寄せられる。また、これらを PTSD 治療に用いる場合には、対象者の特徴や病態理解をベースに、その時その時の個人の状態や嗜好性にも沿った対応を考慮すべきである。
ストーカーおよび DV 加害の背景要因に関する調査研究	ストーカー加害および DV 加害はしばしば反復的に行われる。加害者がその行為に及ぶ動機づけは単一要因によるものではなく、様々な要因が関係していると推察されるが、個別の背景に応じた介入が広く十分に行われているとは言い難く、法律に則った対応は懲罰的なものとなりがちであり、加害者の更生に十分とはいえず、つまりは被害者保護も不十分なものとなりがちである。本研究では、より効果的な被害者保護および加害者への更正的対応に役立つための加害者の心理的背景、加害行為の予防や再発予防に必要な要素を把握するために国内文献を中心としたレビューを行った。加害者の背景の個別性から単一の介入に最適解を見いだすことは困難ではあるが、まずは支援者が加害者の病理に対する理解を深めて対応することが、加害者に対する対応をより効果的なものとする第一歩であることが示唆された。

【長期研究】

研究テーマ	概要
災害後の子どものこころのケアのための人材育成についての研究 (令和4年度～6年度)	東日本大震災以降に、わが国に初めて導入されたトラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）は、子どものトラウマ関連障害への第一選択治療として、国際的に認められたものであり、わが国においても広く普及が求められている治療モデルである。本研究は、TF-CBTの実践家を育成するための有効な枠組みを検討することを目標とする。今年度（1年目）は、米国におけるTF-CBTの人材育成方式について文献的に考察するとともに、これまで構築されたわが国における人材育成の成果を振り返り、新たな方式を模索した。
トラウマインフォームドケアの普及に関する研究 (令和2年度～4年度)	児童福祉領域におけるトラウマインフォームドケア（TIC）普及において、支援者を対象としたTIC研修は、支援対象者だけでなく支援者自身の安全安心を構築する一手法として有用といえる。本研究（3年目）では、TIC研修受講者へのフォローアップ調査を通して、職務における支援活動に研修内容をどのように活かしているかを抽出した。その結果、TICが職場風土に根付くうえで求められる視点として、「学びとその継続の工夫」及び「職場風土の安全安心の醸成」を柱とした研修の精緻化の必要性が抽出された。
公的機関における災害時の支援者支援に関する研究 (令和4年度～6年度)	災害後、地域の復興を担う公的機関職員は長期にわたりさまざまなストレスに見舞われる。そのような状況下で彼らが力を発揮できるようにするのが支援者支援だが、受益者からの評価が十分に行われているとは言い難い。そこで、現行の支援者支援をより受益者のニーズに応えるものにするための提言を目指す。1年目にあたる本研究は、現在提供されている支援者支援を概観し、課題を見出すために、文献研究を行った。

【兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会】

兵庫県こころのケアセンターに所属する研究員等が行う、人を対象とした研究に関し、ヘルシンキ宣言の趣旨に則して行われるよう、個人の尊厳及び人権の尊重、個人情報の保護、その他の倫理的及び科学的観点から審査することを目的として、兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会を設置している。審査状況は下記のとおりである。

回数	開催日	受付番号	研究課題名	判定結果 (判定日)
1	R4.6.23	3-1の2	PTSD症状を呈する対象者の生活行動と全般的健康状態に関する研究	承認 (R4.6.23)
		4-1	日本語版 BRIEF-A の妥当性と信頼性の検証	承認 (R4.8.19)
		4-2	トラウマインフォームドケア動画教材開発に関する予備的研究	承認 (R4.6.23)
		4-3	親子複合型認知行動療法のわが国での有用性についての研究	承認 (R4.7.13)
		4-4	TF-CBT コンサルテーション・システムの構築とその有用性の検証(2)	承認 (R4.7.13)

2 多様な研修の実施：こころのケア研修

令和4年度は、2期（第1期：令和4年6月～11月、第2期：令和5年1月～2月）に分け、以下の研修体系に基づき、専門研修13回、基礎研修1回の計14回を実施した。

研修全体の受講者数（特別研修を除く）は593人となり、定員（460人）を超える人数を確保した。

特徴としては、主にウェブでの開催としたため全国各地域（39都道府県）から参加があり、県外受講者が占める割合が全体の約7割となったことが挙げられる。

令和4年度より、受講者アンケートで要望が高かった「複雑性PTSD」専門研修コースを新たに設け、講義とボデイワークを交えた参加形式の研修を実施した。

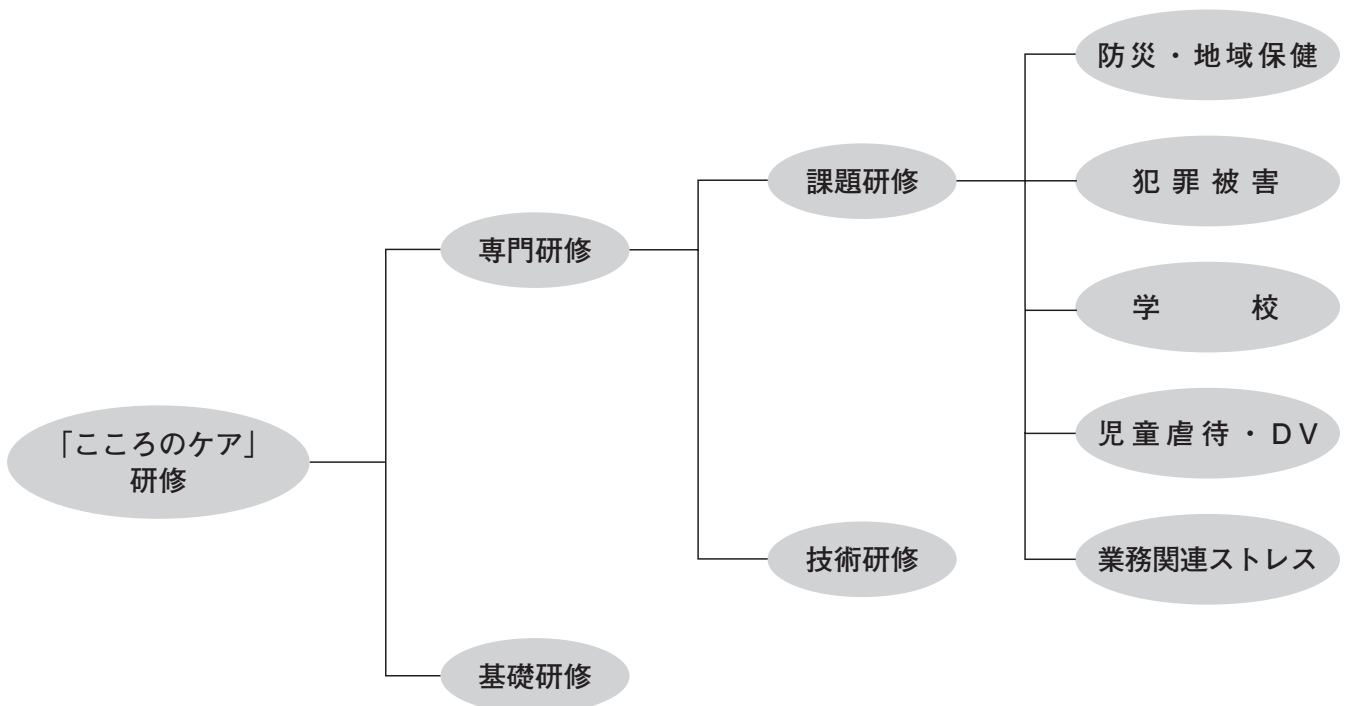
オンライン形式の研修では、基礎研修「関わりの中のトラウマインフォームドケア」、専門研修「子どもの領域におけるトラウマインフォームドケア」、「発達障害とトラウマ」など、申込多数の研修については、円滑な研修運営に支障のない範囲で定員を超えて受け入れ、効率的な受講者確保に努めている。

また、国内唯一のSPR認定トレーナーの資格を持つ当センター研究員による「被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケアーサイコロジカル・リカバリースキル(SPR)-」などの専門研修において、兵庫県で実施している「ひょうごウクライナ支援プロジェクト」にも協力を行い、ウクライナ避難民を支援する支援者に対しても研修を実施した。

「犯罪被害とこころのケア」など当センターにおいて対面形式で研修を実施する際には、①換気（CO²濃度の測定により換気実効性を確認）、清掃・消毒、検温、マスク着用の徹底、②指定席制、③アクリルボードの設置、④兵庫県新型コロナ追跡システムの登録要請 等の感染症対策を講じた。

平成26年度より開催している特別研修については、「子どものPTSDのアセスメント」、「TF-CBT Introductory Training」及び「PTSD構造化面接-CAPSを理解する」の計3コース全てウェブにて実施した。

【研修体系】



【実施状況】

(単位：人)

期	区分	コース名	期間	対象	定員	受講者数
1期	専門	消防職員のための惨事ストレスの理解と予防	6/29・30 (2日間)	消防職員	35	43
		発達障害とトラウマ (WEB開催)	7/7 (1日間)	こども家庭センター(児童相談所)職員、福祉事務所職員等児童虐待関係職員、保健所職員、教職員等	35	60
		対人支援職のためのセルフケア	7/19・20 (2日間)	保健・医療・福祉関係の対人支援業務従事者(保健師、ケースワーカー、各種相談員、福祉施設指導員等)、教職員等	35	26
		悲嘆の理解と遺族への支援 (WEB開催)	8/3・4 (2日間)	医療・保健・福祉・心理臨床の分野で活動する者及び遺族支援に携わる者	35	38
		被災者や被害者をささえるためにーサイコロジカルファーストエイドを学ぶー (WEB開催)	8/16・17 (2日間)	学校・社会福祉協議会・病院等の精神保健福祉関係者	25	31
		被害者や被災者の中長期の回復を支えるところのケアーサイコロジカル・リカバリースキラー (WEB開催)	8/30・31 (2日間)	医師、公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、その他関連領域の関係者	35	36
		DV被害者のところのケア (WEB開催)	9/16 (1日間)	母子自立支援員、女性相談員、婦人保護施設職員、母子生活支援施設職員、家庭問題相談員、保健師、福祉事務所職員、こども家庭センター(児童相談所)・DV被害者相談支援関係職員等	35	47
		消防職員のための惨事ストレス理解と予防	9/28・29 (2日間)	消防職員	35	31
		犯罪被害とところのケア	10/13・14 (2日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	25	23
		消防職員のための惨事ストレスの理解と予防(ステップアップ)	11/16・17 (2日間)	消防職員	25	31
基礎	関わりの中のトラウマインフォームドケア(WEB開催)	10/27 (1日間)	教育・福祉・保健・医療関係等の対人支援業務従事者	35	65	
小 計					355	431
2期	専門	子どもの領域におけるトラウマインフォームドケア(WEB開催)	1/24 (1日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	35	70
		子ども達のいじめのケアー加害と被害の連鎖ー (WEB開催)	2/2 (1日間)	教職員、スクールカウンセラー、教育委員会職員、こども家庭センター(児童相談所)職員、いじめ相談窓口の相談員、児童福祉施設職員等	35	55
		複雑性 PTSD	2/16 (1日間)	保健・医療・福祉関係の対人支援業務従事者(保健師、ケースワーカー、各種相談員、福祉施設指導員等)、教職員、スクールカウンセラー等	35	37
小 計					105	162
合 計					460	593

(注) コースによって 2,500~4,100 円の受講料を徴収

【受講者の県内・県外の別】 (人)

県内	県外	計 (%)
176 (29.7)	417 (70.3)	593 (100.0)

〈県外の内訳〉

(人)

大阪	東京	京都	静岡	熊本	愛知	岐阜	奈良	神奈川	三重	福岡	岡山	埼玉
76	43	30	20	17	16	15	14	13	13	12	11	9

北海道	福島	香川	青森	宮城	茨木	島根	新潟	広島	徳島	栃木	滋賀	和歌山
8	8	8	7	7	7	7	6	6	6	5	5	5

鳥取	千葉	高知	沖縄	秋田	福井	長野	長崎	群馬	山梨	愛媛	大分	鹿児島
5	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2

山形	石川	山口	佐賀
1	1	1	1

【コース別実施内容】

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

消防職員 35人

2 目的

大規模災害時等、極めて悲惨な現場において活動したことにより生じる惨事ストレスに対する理解を深める。

3 期間

令和4年6月29日(水)・30日(木) 2日間

4 日程

(1) 1日目(6月29日)

時間	カリキュラム	講師
10:40~10:45	開講・オリエンテーション	
10:45~12:00	講義「惨事ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター： 加藤寛センター長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	事例検討 「惨事ストレスへの対応」	神戸市消防局垂水消防署：星野誠治署長 ※進行：加藤寛センター長
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:30	演習「惨事ストレス対応」 (グループ討議)・予想される事態 ・職場での対応	兵庫県こころのケアセンター： 加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹
16:30~17:00	施設紹介	

(2) 2日目(6月30日)

時間	カリキュラム	講師
9:55~10:00	事務連絡	
10:00~12:00	講義「ストレスマネジメント」	兵庫県こころのケアセンター： 大澤智子上席研究主幹
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:00	講義「コミュニケーションの基礎」	大澤智子上席研究主幹
14:00~14:10	〈休憩〉	
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	大澤智子上席研究主幹
16:00~16:10	受講証交付・アンケート記入	

発達障害とトラウマ

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

こども家庭センター(児童相談所)職員、福祉事務所職員等児童虐待関係職員、保健所職員、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等 35人

2 目的

発達障害とトラウマへの理解を深める。

3 期間

令和4年7月7日(木) 1日間 (WEB開催)

4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「発達障害とトラウマをめぐる諸問題」	兵庫県こころのケアセンター： 亀岡智美副センター長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~13:30	施設紹介	
13:30~15:00	講義「成人期の発達障害とトラウマ」	大久保クリニック：大久保圭策院長
15:00~15:15	〈休憩〉	
15:15~16:45	講義「学童期の発達障害とトラウマ」	兵庫県こころのケアセンター： 酒井佐枝子研究主幹
16:45~16:55	アンケート記入	

対人支援職のためのセルフケア

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

保健・医療・福祉関係の対人支援業務従事者（保健師、ケースワーカー、各種相談員、福祉施設指導員等）、教職員、スクールカウンセラー等 35人

2 目的

対人支援業務によって生じる自らのストレスを理解し、その対処法を習得する。

3 期間

令和4年7月19日（火）・20日（水） 2日間

4 日程

(1) 1日目（7月19日）

時間	カリキュラム	講師
10:40～10:45	開講・オリエンテーション	
10:45～12:15	講義「ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター：桃田茉莉子主任研究員
12:15～13:15	〈休憩〉	
13:15～16:30 (14:45～15:00 休憩)	講義「ストレスマネジメント」	兵庫県立大学大学院減災復興政策研究科： 富永良喜特任教授
16:30～17:00	施設紹介	

(2) 2日目（7月20日）

時間	カリキュラム	講師
9:55～10:00	事務連絡	
10:00～12:00	講義「二次受傷とは」	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～16:00	演習「キャリアの振り返り」 質疑応答・総括	(ファシリテーター) 兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹
16:00～16:10	受講証交付・アンケート記入	

悲嘆の理解と遺族への支援

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

医療・保健・福祉・心理臨床の分野で活動する者及び遺族支援に携わる者 35人

2 目的

死別を経験した際に生じる悲嘆反応の知識について学び、遺族への対応と治療の実際を知る。

3 期間

令和4年8月3日（水）・4日（木） 2日間（WEB開催）

4 日程

(1) 1日目（8月3日）

時間	カリキュラム	講師
10:40～10:45	開講・オリエンテーション	
10:45～12:15	講義「悲嘆の基本的理解」	関西学院大学：坂口幸弘教授
12:15～13:15	〈休憩〉	
13:15～14:45	講義「複雑性悲嘆について」	兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長
14:45～15:00	〈休憩〉	
15:00～16:30	講義「日常臨床でのグリーフケア」	神戸赤十字病院：村上典子心療内科部長
16:30～17:00	施設紹介	

(2) 2日目（8月4日）

時間	カリキュラム	講師
10:25～10:30	事務連絡	
10:30～12:00	講義「トラウマと悲嘆」	兵庫県こころのケアセンター：須賀楓介主任研究員
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	講義「遺族対応の基本」	福島県立医科大学災害こころの医学講座：瀬藤乃理子准教授
14:30～14:45	〈休憩〉	
14:45～16:15	グループ討議「遺族の体験に学ぶ」	* 遺族の方にお話を聞く(ファシリテーター) 兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長
16:15～16:25	アンケート記入	

被災者や被害者をささえるために -サイコロジカルファーストエイドを学ぶ- (第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

学校・社会福祉協議会・病院等の精神保健福祉関係者 25人

2 目的

万が一の大災害や大事故で被害を受けた人たちに対して、直後に行える介入としてのサイコロジカルファーストエイドの基本についての理解を深める。

3 期間

令和4年8月16日(火)・17日(水) 2日間 (WEB開催)

4 日程

(1) 1日目(8月16日)

時間	カリキュラム	講師
10:40~10:45	開講・オリエンテーション	
10:45~12:15	講義『『こころのケア』とは』	兵庫県こころのケアセンター：桃田茉莉子主任研究員
12:15~13:15	〈休憩〉	
13:15~14:40	講義「災害時における要配慮者への対応」	人と防災未来センター：正井佐知主任研究員
14:40~15:00	〈休憩・移動〉	
15:00~17:00	人と防災未来センター「語り部講話」	人と防災未来センター：佐々木勉氏

(2) 2日目(8月17日)

時間	カリキュラム	講師
9:25~9:30	事務連絡	
9:30~12:00	講義「サイコロジカルファーストエイド」	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~13:30	施設紹介	
13:30~16:30	講義「サイコロジカルファーストエイド」(演習を含む)	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹
16:30~16:40	アンケート記入	

5 その他 「人と防災未来センター」との共催により実施

被災者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケア -サイコロジカル・リカバリースキル(SPR)- (第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

医師、公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、その他関連領域の関係者 35人

2 目的

「サイコロジカル・リカバリースキル(SPR)」はアメリカで開発された、被災者の回復を支えるための心理支援法である。被災者が苦痛をやわらげ、被災後のストレスやさまざまな困難にうまく対処するためのスキルを身につけられるよう、構成されている。日本唯一のSPR認定トレーナーが演習を交えながら適切な「こころのケア」のスキル習得を目指す。

3 期間

令和4年8月30日(火)・31日(水) 2日間 (WEB開催)

4 日程

(1) 1日目(8月30日)

時間	カリキュラム	講師
10:10~10:15	開講・オリエンテーション	
10:15~12:15	講義「SPRの概要」 スキル1「情報を集め、支援の優先順位を決める」	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹 (公認心理師・SPR認定トレーナー)
12:15~13:15	〈休憩〉	
13:15~14:45	スキル2「問題解決のスキルを高める」	大澤智子上席研究主幹
14:45~14:55	〈休憩〉	
14:55~16:25	スキル3「ポジティブな活動をする」	大澤智子上席研究主幹
16:25~16:55	施設紹介	

(2) 2日目 (8月31日)

時間	カリキュラム	講師
9:55~10:00	事務連絡	
10:00~12:00	スキル4「心身の反応に対処する」	大澤智子上席研究主幹
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	スキル5「役に立つ考え方をする」	大澤智子上席研究主幹
14:30~14:40	〈休憩〉	
14:40~16:10	スキル6「周囲の人とよい関係を作る」	大澤智子上席研究主幹
16:10~16:20	アンケート記入	

DV被害者のこころのケア

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

母子自立支援員、女性相談員（婦人相談員）、婦人保護施設職員、母子生活支援施設職員、家庭問題相談員、保健師、福祉事務所職員、こども家庭センター（児童相談所）職員等 DV 被害者相談支援関係職員 35人

2 目的

DV 被害者のこころのケアに関する対処法等について理解を深める。

3 期間

令和4年9月16日（金） 1日間（WEB開催）

4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:40~10:45	開講・オリエンテーション	
10:45~12:15	講義「トラウマ・PTSDの理解」	兵庫県こころのケアセンター：須賀楓介主任研究員
12:15~13:15	〈休憩〉	
13:15~13:45	施設紹介	
13:45~15:15	講義「DVの理解と支援-被害者心理を踏まえて-」	日本福祉大学社会福祉学部：増井香名子准教授
15:15~15:30	〈休憩〉	
15:30~17:00	講義「DVと児童虐待併存の理解と介入-被害親・子どもの支援を考える-」	日本福祉大学社会福祉学部：増井香名子准教授
15:30~17:10	アンケート記入	

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

消防職員 35人

2 目的

大規模災害時等、極めて悲惨な現場において活動したことにより生じる惨事ストレスに対する理解を深める。

3 期間

令和4年9月28日（水）・29日（木） 2日間

4 日程

(1) 1日目 (9月28日)

時間	カリキュラム	講師
10:40~10:45	開講・オリエンテーション	
10:45~12:00	講義「惨事ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	事例検討「惨事ストレスへの対応」	神戸市北消防署消防防災課：藪浦大作氏 *進行：加藤寛センター長
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:30	演習「惨事ストレス対応」 (グループ討議) ・予想される事態 ・職場での対応	兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹
16:30~17:00	施設紹介	

(2) 2日目 (9月29日)

時間	カリキュラム	講師
9:55~10:00	事務連絡	
10:00~12:00	講義「ストレスマネジメント」	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:00	講義「コミュニケーションの基礎」	大澤智子上席研究主幹
14:00~14:10	〈休憩〉	
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	大澤智子上席研究主幹
16:00~16:10	受講証交付・アンケート記入	

犯罪被害とこころのケア

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員 25人

2 目的

犯罪(事件・事故)被害の及ぼす心理的影響を理解し、被害者支援の観点に立った、犯罪被害者への対処法を習得する。

3 期間

令和4年10月13日(木)・14日(金) 2日間

4 日程

(1) 1日目(10月13日)

時間	カリキュラム	講師
10:40~10:45	開講・オリエンテーション	
10:45~12:15	講義「被害者・遺族の心理的影響」	兵庫県こころのケアセンター：須賀楓介主任研究員
12:15~13:15	〈休憩〉	
13:15~14:30	講義「警察による被害者支援」	兵庫県警察本部被害者支援室：堀口敏彦室長
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:15	講義「民間支援のあり方」	ひょうご被害者支援センター：遠藤えりな事務局長
16:15~16:45	施設紹介	

(2) 2日目(10月14日)

時間	カリキュラム	講師
9:55~10:00	事務連絡	
10:00~10:30	講義「被害者・遺族の声を聞く」	*被害者・遺族の方が実体験を語られる。(ファシリテーター) ひょうご被害者支援センター：遠藤えりな事務局長 兵庫県こころのケアセンター：須賀楓介主任研究員
12:30~13:30	〈休憩〉	
13:30~16:30 (15:30~	グループ討議・どのような支援を行うか ・二次被害を防ぐための方法 全体討議) ・支援に求められるもの	(ファシリテーター) ひょうご被害者支援センター：遠藤えりな事務局長 兵庫県こころのケアセンター：須賀楓介主任研究員
16:30~16:40	受講証交付・アンケート記入	

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防（ステップアップ）

（第1期 専門・課題研修）

1 対象・定員

消防職員 25人

2 目的

「消防職員のための惨事ストレスの理解と予防研修」を修了した消防職員に対して、大規模災害等、きわめて悲惨な現場において活動したことにより生じる惨事ストレスについて、より理解を深める。

3 期間

令和4年11月16日（水）・17日（木） 2日間

4 日程

(1) 1日目（11月16日）

時間	カリキュラム	講師
10:05～10:15	開講・オリエンテーション	
10:15～12:00	グループ討議「惨事ストレス（メンタルヘルス）対策を行う際の組織が抱える問題点」	兵庫県こころのケアセンター： 加藤寛センター長（医師）
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	講義「惨事ストレス対策の具体例－ピアサポート制度とサイコロジカルファーストエイド」	兵庫県こころのケアセンター： 大澤智子上席研究主幹（公認心理師）
14:30～14:40	〈休憩〉	
14:40～16:40	演習 「サイコロジカルファーストエイド」	兵庫県こころのケアセンター： 大澤智子上席研究主幹

(2) 2日目（11月17日）

時間	カリキュラム	講師
9:55～10:00	事務連絡	
10:00～12:00	講義「職場のハラスメントの実態と対策」	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	講義「メンタルヘルス対策計画時の留意点」	
14:40～16:30	グループ討議「メンタルヘルス対策の立案」	兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長
(15:40～16:30)	(各グループの発表・総括)	
16:30～16:40	受講証交付・アンケート記入	

関わりの中のトラウマインフォームド・ケア

（第1期 基礎研修）

1 対象・定員

教育、福祉、保健、医療関係等の対人支援業務従事者 35人

2 目的

こころのケア（トラウマ）に関する全般的な基礎知識を取得し、生活の中でのトラウマとその影響に関する理解を深める。

3 期間

令和4年10月27日（木） 1日間（WEB開催）

4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:25～10:30	開講・オリエンテーション	
10:30～12:00	講義「トラウマインフォームド・ケアの基礎」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～13:30	施設紹介	
13:30～15:00	講義「トラウマを「見える化」するための準備」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹
15:00～15:15	〈休憩〉	
15:15～16:45	講義「安全・安心な環境とは」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹
16:45～16:55	アンケート記入	

子どもの領域におけるトラウマインフォームド・ケア

(第2期 専門・課題研修)

- 1 対象・定員
保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員 35人
- 2 目的
こころのケア（トラウマ）に関する全般的な基礎知識を習得し、理解を深める。
- 3 期間
令和5年1月24日（火） 1日間（WEB開催）
- 4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:25～10:30	開講・オリエンテーション	
10:30～12:00	講義「トラウマインフォームド・ケアの基礎」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～13:30	施設紹介	
13:30～15:00	講義「児童福祉施設におけるトラウマインフォームド・ケア」	大阪大学大学院：野坂祐子准教授 兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹
15:00～15:15	〈休憩〉	
15:15～16:45	講義「トラウマインフォームド・ケアの導入に向けて」	大阪大学大学院：野坂祐子准教授 兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹
16:45～16:55	アンケート記入	

子ども達のいじめのケア –加害と被害の連鎖–

(第2期 専門・課題研修)

- 1 対象・定員
教職員、スクールカウンセラー、教育委員会職員、こども家庭センター（児童相談所）職員、いじめ相談窓口の相談員、保育職員、児童福祉施設職員、司法関係職員 35人
- 2 目的
子ども達のいじめによるこころのケアに関する対処法等について理解を深める。
- 3 期間
令和5年2月2日（木） 1日間（WEB開催）
- 4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:25～10:30	開講・オリエンテーション	
10:30～12:00	講義「いじめの基本概念」	大阪大学大学院 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学・千葉大学・福井大学連合小児発達学研究所：和久田学特任講師
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～13:30	施設紹介	
13:30～15:00	講義「いじめや問題行動による被害-加害の理解と支援」	大阪大学大学院：野坂祐子准教授
15:00～15:15	〈休憩〉	
15:15～16:45	ワーク「被害-加害の連鎖をとめる心理教育とアクティビティ」	兵庫県こころのケアセンター：中塚志麻主任研究員
16:45～16:55	アンケート記入	

複雑性 PTSD

(第2期 専門・課題研修)

- 1 対象・定員
医療・保健・福祉・心理臨床の分野で対人支援に従事する者 35人
- 2 目的
複雑性 PTSD とその支援について理解を深める。
- 3 期間
令和5年2月16日(木) 1日間
- 4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:40~10:45	開講・オリエンテーション	
10:45~12:15	講義「複雑性 PTSD 概論」	兵庫県こころのケアセンター： 須賀楓介主任研究員（医師）
12:15~13:15	〈休憩〉	
13:15~16:30 (14:45~15:00)	講義「複雑性 PTSD の支援 -安定化の重要性-」 〈休憩〉	兵庫県こころのケアセンター：須賀楓介主任研究員 医療法人黒崎中央医院：大友理恵子臨床心理部長
16:30~17:00	施設紹介	
17:00~17:10	アンケート記入	

【特別研修】

- 1 「子どもの PTSD のアセスメント」 (WEB 開催)

日程	令和4年6月9日
講師	兵庫県こころのケアセンター 亀岡智美副センター長
受講者数	54名(定員：40名)

- 2 「TF-CBT Introductory Training」 (WEB 開催)

日程	令和4年6月10、11日
講師	トレーナー：亀岡智美(兵庫県こころのケアセンター 副センター長) アシスタント：福田理尋(岡山県精神科医療センター)、上月彩乃(岡山市こども総合相談所)
受講者数	64名(定員：40名)

- 3 「PTSD 構造化面接-CAPS を理解する」 (WEB 開催)

日程	令和5年1月28日、2月4日
講師	兵庫県こころのケアセンター 加藤寛センター長
受講者数	36名(定員：30名)

3 相談室の運営

相談室は、地域の医療・保健・福祉・教育・司法等の関係機関や一般の方を対象に、トラウマ・PTSD等「こころのケア」に関する専門相談の窓口として、平成16年4月から業務を開始した。

「こころのケア」に関する電話相談及びトラウマ・PTSD等で医療が必要な方への面接相談を中心に地域との連携窓口としての役割も担っている。

また、附属診療所の受診者への医療、保健、福祉サービス等の情報提供や諸制度の手続き、関係機関への連絡調整、また、治療に伴う心理療法が必要な方へは公認心理師によるカウンセリングを実施している。

※10未満の数値については最小集計単位の原則により「一」で表記する

(1) 専門相談の体制

(相談日) 火曜日～土曜日(祝日、年末年始除く)

※ただし、月曜日がハッピーマンデー(成人の日、敬老の日)又は振替休日(祝日が日曜日にあたるその翌日)の場合、その前の週の土曜日は休館。

(相談時間) 9:00～12:00 13:00～17:00

(相談方法) 電話又は面接など

(担当) 保健師、精神保健福祉士、公認心理師



(2) 相談受理状況

(延べ人数)

(延べ人数)

初回相談	再相談	計 (%)	相談方法			計 (%)
			面接	電話	その他	
401 (22.3)	1,394 (77.7)	1,795 (100.0)	426 (23.7)	1,314 (73.2)	55 (3.1)	1,795 (100.0)

・相談方法としては電話が7割以上を占めている。その他は、信書、FAX、E-mail等である。

①性別・年齢別相談者数

(性別)

(延べ人数)

男性	女性	その他	計 (%)
367 (20.4)	1,419 (79.1)	9 (0.5)	1,795 (100.0)

・約7割は女性である。その他は、性同一性障害など性の多様性に配慮した。

(年齢別)

(延べ人数)

9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	不明	計 (%)
22 (1.2)	78 (4.4)	184 (10.3)	235 (13.1)	302 (16.8)	261 (14.5)	52 (2.9)	661 (36.8)	1,795 (100.0)

・40代が最も多く、次に50代、30代の順である。

②月別受理件数

(延べ件数)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
149 (8.3)	158 (8.8)	163 (9.1)	143 (8.0)	157 (8.7)	146 (8.1)	135 (7.5)	164 (9.1)	146 (8.1)	159 (8.9)	123 (6.9)	152 (8.5)	1,795 (100.0)

③地域別相談件数

(ブロック別)

(延べ件数)

北海道・東北	関東・甲信越	東海・北陸	近畿	中国・四国	九州・沖縄	その他不明	計 (%)
— ※	10 (0.5)	— ※	1,677 (93.5)	72 (4.0)	— ※	36 (2.0)	1,795 (100.0)

・ブロック別では全国各地から相談があった。全体の約9割は近畿地区からの相談である。

※その他に計上

(近畿地区府県別)

(延べ件数)

兵庫	大阪	京都	滋賀	奈良	和歌山	計 (%)
1,440 (85.9)	185 (11.0)	38 (2.3)	0 (0.0)	14 (0.8)	0 (0.0)	1,677 (100.0)

④経路別相談件数

(延べ件数)

医療機関	HP・啓発リーフレット	行政機関	相談機関 (※)	教育機関	司法機関	その他	不明	再相談	計 (%)
180 (10.0)	96 (5.3)	41 (2.3)	21 (1.2)	— ※	11 (0.6)	36 (2.0)	16 (0.9)	1,394 (77.7)	1,795 (100.0)

・経路別では「再相談」を除き、「医療機関」が最も多く、次いで「HP・啓発リーフレット」である。

・その他は、「マスコミ」、「研修受講」、「施設」、「知人」、「通りがかり」等である。

・相談機関とは、相談事業所、被害者支援センター、民間DV相談窓口等である。

※その他に計上

⑤相談内容別件数

(延べ件数)

トラウマ・PTSD	一般精神	こころの健康	その他	計 (%)
1,638 (91.3)	68 (3.8)	83 (4.6)	6 (0.3)	1,795 (100.0)

・トラウマ・PTSD についての相談が、全体の9割を超える。

⑥トラウマ・PTSDの内訳

(延べ件数)

虐待	DV	性被害	いじめ	死別	交通事故被害	犯罪被害	災害	事故被害	暴力被害	パワハラ	事故目撃	その他	計 (%)
593 (36.2)	334 (20.4)	265 (16.2)	57 (3.5)	123 (7.5)	55 (3.4)	49 (3.0)	— ※	12 (0.7)	36 (2.2)	26 (1.6)	18 (1.1)	70 (4.2)	1,638 (100.0)

・トラウマ・PTSD の内訳は、「虐待」「DV」「性被害」の順が多い。

・その他は「暴言」、「新型コロナウイルス」等である。

※その他に計上

⑦相談結果 (処遇)

(延べ件数)

当診療所紹介	他機関紹介	制度等紹介	傾聴・助言	関係機関連絡	その他	計 (%)
523 (29.1)	35 (2.0)	42 (2.3)	817 (45.5)	375 (20.9)	3 (0.2)	1,795 (100.0)

・他機関紹介は、「他の医療機関」、「精神保健福祉センター」、「保健所」、「福祉事務所」等への紹介である。

⑧ インテーク数

(実件数)

診療へのスムーズな導入を図るために、専門職が事前に面接相談を行い、診療の案内やその他必要な助言・情報提供を行う。後日インテーク会議にて診療の可否や担当医等を決定するための資料としている。

平成 31	令和 2	令和 3	令和 4
65	73	95	101

(3) カウンセリングの状況

カウンセリングは診療所を受診し、PTSD 症状等のトラウマに起因する心理的影響を認め、治療の対象と判断された患者のうち、心理治療が適当であると判断されたケースについて行っている。

① 性別・年齢別実施人数

(性別) (延べ人数)

男性	女性	計 (%)
40 (6.8)	548 (93.2)	588 (100.0)

・全体の約 9 割が女性である。

(年齢別)

(延べ人数)

20 歳未満	20 代	30 代	40 代	50 代	60 歳以上	計 (%)
18 (3.0)	103 (17.5)	218 (37.1)	105 (17.9)	120 (20.4)	24 (4.1)	588 (100.0)

・年齢別では 30 代、50 代、40 代の順に多い。

② 内容別件数

(延べ件数)

虐待	性被害	DV	事故	犯罪被害	親子関係	死別	その他	計 (%)
222 (37.8)	94 (16.0)	61 (10.4)	29 (4.9)	— ※	— ※	— ※	182 (30.9)	588 (100.0)

・内容別では、「虐待」「性被害」「DV」の順に多い。

・その他は、「いじめ」、「パワーハラスメント」、「親子関係」等である。

※その他に計上

③ セッション別件数

(延べ件数)

心理療法	心理テスト	その他	計 (%)
481 (81.8)	43 (7.3)	64 (10.9)	588 (100.0)

・セッションの 8 割以上は心理療法である。

4 附属診療所の運営

附属診療所は、平成16年6月より、PTSD症状などのトラウマに起因する心理的影響に関する治療を行っており、受診については原則として関係機関からの紹介制にしている。

また、公立学校共済組合から受託するストレスドック事業等を行う。

※10未満の数値については最小集計単位の原則により「一」で表記する

(1) 診療所の体制

(相談日) 火曜日～土曜日(祝日、年末年始除く)

※ただし、月曜日がハッピーマンデー(成人の日、敬老の日)又は振替休日(祝日が日曜日にあたる時のその翌日)の場合、その前の週の土曜日は休診。

(相談時間) 9:00～12:00 13:00～17:00

(標榜科) 精神科

(2) 月別診療件数

(延べ件数)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
296 (8.2)	277 (7.7)	304 (8.4)	280 (7.7)	284 (7.8)	305 (8.4)	295 (8.1)	333 (9.1)	349 (9.6)	300 (8.3)	282 (7.8)	322 (8.9)	3,627 (100.0)

・診療は、災害・事件・事故等のトラウマやPTSD等に関する治療となるため、1件当たりの診療時間は1時間以上を要することがある。

(3) 専門治療件数

(延べ件数)

長時間暴露療法(PE療法)	トラウマ・フォーカスト認知行動療法(TF-CBT)	眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)	複雑性悲嘆の認知行動療法(CGT)	STAIR/NST	その他	計
143	121	— ※	— ※	37	11	312

※その他に計上

(4) 初診者の状況

①性別・年齢別初診者数

(性別) (人)

男性	女性	計 (%)
28 (29.8)	66 (70.2)	94 (100.0)

・受診者の約7割が女性である。



診察室風景

(年齢別)

(人)

20歳未満	20代	30代	40代	50歳以上	計 (%)
28 (29.8)	15 (16.0)	25 (26.6)	13 (13.8)	13 (13.8)	94 (100.0)

・年齢別では、20歳未満、30代、20代の順である。

② 地域別初診者数

(ブロック別) (人)

近畿	その他	計 (%)
92 (97.9)	2 (2.1)	94 (100.0)

・ブロック別ではほとんどが近畿地区からの受診である。

(近畿地区府県別) (人)

兵庫	その他	計 (%)
80 (87.0)	12 (13.0)	92 (100.0)

・府県別ではほとんどが県内からの受診である。

③ 受診経路(紹介元)別初診者数

(人)

医療機関	行政機関	相談機関	教育機関	司法関係	紹介なし	その他	計 (%)
83 (88.3)	— ※	— ※	0 (0.0)	0 (0.0)	— ※	11 (11.7)	94 (100.0)

・相談機関とは、被害者支援センター等である。

※その他に計上

④ 診療内訳

(人)

虐待	DV	性被害	いじめ	交通事故被害	自死遺族	死別	災害	暴力被害	犯罪被害	事故目撃	パワハラ	その他	計 (%)
37 (39.4)	— ※	19 (20.2)	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	38 (40.4)	94 (100.0)

・初診内訳は、「虐待」、「性被害」で6割を占める。

※その他に計上、多いのは「DV」、「自死遺族」である

(5) ストレスドック・ストレスチェック (人)

ストレスドック	ストレスチェック	計
68	0	68

5 地域支援活動の実施

災害、事件や事故等の発生により「こころのケア」が必要な場合に、関係機関と調整のうえ、個人及び組織に対する助言を行っている。

また、必要に応じて「こころケアチーム」を編成して現地に派遣し、コンサルテーションや、研修講師等、地域支援活動を行っている。

今年度の主な地域支援活動の状況は次のとおりである。

(1) 東日本大震災（平成23年3月から継続）

- （主 な 支 援 先） 東北地方全域、福島県
- （対 応 職 種） 医師、公認心理師
- （対 象 者） 保健・医療関係者、自治体職員
- （支 援 回 数） 2回
- （支 援 対 象 人 数） 延べ50人
- （支 援 内 容） 現地でのコンサルテーション、Webでの研修講師等

(2) 熊本地震（平成28年4月から継続）

- （主 な 支 援 先） 熊本県
- （対 応 職 種） 公認心理師
- （対 象 者） 保健・医療福祉・教育関係者
- （支 援 回 数） 1回
- （支 援 対 象 人 数） 100人
- （支 援 内 容） 現地でのコンサルテーション、研修講師等

(3) その他の災害（西日本豪雨^(※)は、平成30年7月から継続）

- （主 な 支 援 先） 大阪府、大阪市、広島県^(※)、広島市^(※)、熊本県（R2熊本県水害によるもの）、全国
- （対 応 職 種） 医師、公認心理師
- （対 象 者） 保健・医療福祉・教育関係者、自治体職員
- （支 援 回 数） 12回
- （支 援 対 象 人 数） 延べ777人
- （支 援 内 容） 現地でのコンサルテーション、Webでの研修講師等

(4) ウクライナ避難民支援（令和4年度から）

- （主 な 支 援 先） 兵庫県、大阪市、神戸市、京都市、全国
- （対 応 職 種） 医師、公認心理師
- （対 象 者） 自治体職員、NPO法人等
- （支 援 回 数） 3回
- （支 援 対 象 人 数） 97人
- （支 援 内 容） 研修講師等

*県庁内プロジェクトチーム会合、支援会議に計8回出席

(5) 自殺関連における危機対応

- (主 な 支 援 先) 自殺発生職場など
- (対 応 職 種) 医師、公認心理師、精神保健福祉士、保健師
- (支 援 回 数) 22回
- (支 援 対 象 人 数) 延べ295人
- (支 援 内 容) Web、対面でのコンサルテーション、研修講師等

(6) 新型コロナウイルスに関する危機対応（令和2年度から）

- (主 な 支 援 先) 新型コロナウイルス対応職場など
- (対 応 職 種) 医師、公認心理師
- (対 象 者) 支援者など
- (支 援 回 数) 3回
- (支 援 対 象 人 数) 延べ390人
- (支 援 内 容) 対面及びWebでの研修講師

(7) その他のメンタルヘルスケア（コンサルテーション）

- (主 な 支 援 先) 医療機関、防災関係機関、都道府県、市町、消防、教育機関、
児童相談所、警察、福祉施設 等
- (対 応 職 種) 医師、公認心理師、精神保健福祉士、保健師
- (支 援 回 数) 44回
- (支 援 対 象 人 数) 延べ1,266人
- (支 援 内 容) 実習生への指導、施設見学等 関係機関へのコンサルテーション

6 兵庫県こころのケアチーム「ひょうご DPAT」体制整備事業

県内外における自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等集団災害が発生した場合、被災地域における精神保健医療機能が一時的に低下し、災害ストレス等により新たな精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大することが考えられる。

そこで、被災地域のニーズに応えるかたちで、専門性の高い精神科医療の提供と地域精神保健活動の支援を行うため、災害派遣精神医療チームを平時から設置する必要があることから、兵庫県・神戸市と連携して災害発生時の支援体制の充実を図っている。

※ひょうご DPAT は、平成 26 年 12 月 19 日に発足し、こころのケアセンターは、ひょうご DPAT の統括として、兵庫県障害福祉課、兵庫県精神保健福祉センターとともに調整本部の役割を担う。

(1) ひょうご DPAT 運営委員会への参画

兵庫県障害福祉課・神戸市保健所保健課・兵庫県精神保健福祉センター・兵庫県こころのケアセンター・兵庫県立ひょうごこころの医療センター・兵庫県精神病院協会の 6 機関で構成

第 1 回運営委員会 令和 4 年 6 月 22 日（水）

「ひょうご DPAT」事業にかかる報告及び協議事項、「ひょうご DPAT」研修実施計画、災害拠点精神科病院の指定等

第 2 回運営委員会 令和 5 年 3 月 29 日（水）予定

大規模地震医療活動訓練報告、今年度研修実施報告、次年度研修計画、災害拠点精神科病院の指定等

(2) 関西圏域 DPAT 連携体制の推進について

災害時は近隣府県からの協力関係が不可欠であり、平時より災害時のネットワークの強化や協力体制を構築することが必要である。そのため、平成 30 年から関西の各府県の精神保健福祉センターが参集し、災害時のネットワークの強化や協力体制を構築している。

① 関西圏域 DPAT 研修の見学及び情報収集

・ひょうご DPAT 研修会に他府県から参加

(10/15、10/16：大阪府、京都府、滋賀県から参加)

・各府県の DPAT 研修として、大阪府 DPAT・京都 DPAT に参加

② 近畿ブロック精神保健福祉センター災害時対応連絡会議へ出席

(開催年月日) 令和 4 年 9 月 2 日（金）

(講義及び助言)

「災害時における支援者支援について」

講師 兵庫県こころのケアセンター 大澤上席研究主幹、助言 加藤センター長

(意見交換)

・近畿府県での DPAT 研修会開催の進捗状況について

(3) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうご DPAT」活動マニュアルの活用

熊本地震をふまえて平成 30 年 3 月 20 日に厚生労働省より「災害時健康危機管理支援チーム活動要領」が発出され、平成 30 年 3 月 30 日に「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」が一部改正され、兵庫県こころのケアチーム「ひょうご DPAT」活動マニュアルを令和 2 年度改訂した。

令和 4 年 3 月 29 日に DPAT 活動の初動および終結に関すること等を中心に、「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」が一部改正された。これらの内容をふまえ、活動マニュアルを活用し、研修・訓練・会議等を通じて関係機関との連携を行っている。

(4) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうご DPAT」研修会の開催

長期化する新型コロナウイルス感染症を考慮して、令和 3 年度から全てオンラインで実施した。

①サイコロジカル・ファースト・エイド（PFA）研修

日 程 令和 4 年 8 月 4 日（木）10:30～16:30

参加者数 13 か所（20 人）（ひょうご DPAT 登録チーム構成員、健康福祉事務所、保健所等）

内 訳 医療機関 3（7 人）、健康福祉事務所 5（5 人）、その他 3（6 人）、県外 2（2 人）

時間	講義・演習内容	講師
10:30～10:35	開講・オリエンテーション	兵庫県こころのケアセンター：相談室長 萩原 殉子
10:35～12:00	PFA とは 早期介入時の原理原則 PFA の提供者 災害派遣前に考慮すべき事項 PFA の活動 【演習】 活動 1:被災者に近づき、活動を始める 活動 2:安全と安心感	兵庫県こころのケアセンター：上席研究主幹 大澤 智子
12:00～13:00		昼休憩
13:00～16:30	PFA の活動 【演習】 活動 3:安定化 活動 4:情報を集める 活動 5:現実的な問題解決を助ける 活動 6:周囲の人々との関わりを促進する 活動 7:対処に役立つ情報 活動 8:紹介と引継ぎ 「地震等の自然災害、新型コロナウイルス感染症等への対応など」 意見交換・質疑応答 閉会・アンケート記入	兵庫県こころのケアセンター：上席研究主幹 大澤 智子

② ひょうごDPAT研修【1日目】

日 程 令和4年10月15日(土) 9:15～17:30

参加者数 19か所(51人)(ひょうごDPAT登録チーム構成員、健康福祉事務所、保健所等)

内 訳 医療機関11(26人)、行政機関8(25人)(うち、県外4(5人))

時間	講義・演習内容	講師(◎)及びファシリテーター(○)
9:15～9:45	接続テスト・受付	
9:45～9:50	オリエンテーション 開会・挨拶	兵庫県こころのケアセンター 兵庫県福祉部障害福祉課長 鯉淵 薫
9:50～10:10	講義：災害後の精神保健活動 —DPATの役割を中心に—	◎兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
10:10～10:50 (40分)	講義：災害医療概論とDPATの活動理念 ・災害医療概論：CSCATTT等 DPATとは・DPATの活動理念 ・DPATの役割 ・災害時の活動例等	◎DPAT事務局 次長 五明 佐也香
10:50～10:55		休憩
10:55～11:25	講義：兵庫県防災計画、地域災害救急医療体制 ・発災時の指揮命令系統 災害現場における諸機関との連携 ・災害医療コーディネーターの活動 ・DMAT、DHEAT、JMAT、保健所等の活動	◎兵庫県保健医療部医務課 主幹 竹内 賢
11:25～11:50	講義：兵庫県の平時及び災害時の精神保健医療 ・精神保健医療福祉サービス体制 ・兵庫県災害拠点精神科病院の指定 ・ひょうごDPAT活動マニュアル改訂 ・DPAT活動の実際 発災直後～本部立上げ、派遣	◎兵庫県福祉部障害福祉課 主査 赤木 和幸
11:50～12:00	質疑応答、午後の説明	各講義担当者 兵庫県こころのケアセンター
12:00～13:00		昼休憩
13:00～13:50	講義：災害医療におけるロジスティクス概論 情報収集・伝達・記録・共有 情報通信 ・衛星携帯電話及びトランシーバー	◎兵庫県災害医療センター放射線課長 中田 正明
13:50～14:30	演習A：情報整理(クロノロ) ※動画	◎兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹 大澤 智子
14:30～14:35		休憩
14:35～15:35	講義・演習B：J-SPEED (災害診療記録)	◎兵庫県精神保健福祉センター 主査 松田 一生
15:35～15:40		休憩
15:40～17:00	講義・演習C：受援体制 「院内災害対策本部の立ち上げ、運営、関係機関との連携について」	◎DPAT事務局 次長 五明 佐也香 ○兵庫県災害医療センター・神戸赤十字病院 ○兵庫県障害福祉課 ○兵庫県精神保健福祉センター ○神戸市健康局保健所保健課 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院、大阪医科薬科大学病院救命救急センター ○兵庫県こころのケアセンター
17:00～17:10	まとめ 2日目のお知らせ、アンケート協力等	兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛 兵庫県こころのケアセンター
17:10～17:30	振り返り会・2日目準備(関係者のみ)	

③ひょうご DPAT 研修【2日目】

日 程 令和4年10月16日(日) 9:15～17:30

参加者数 20か所(52人)(ひょうご DPAT 登録チーム構成員、健康福祉事務所、保健所等)

内 訳 医療機関11(26人)、行政機関9(26人)(うち、県外4(5人))

時間	講義・演習内容	講師(◎)及びファシリテーター(○)
9:15～9:45	接続テスト・受付	
9:45～9:50	オリエンテーション	兵庫県こころのケアセンター
9:50～11:20	講義・演習 D: 情報伝達ツール ・EMIS	◎神戸赤十字病院 調剤課長 安藤 和佳子 ○兵庫県災害医療センター ○神戸赤十字病院 ○DMAT インストラクター ○兵庫県障害福祉課 ○兵庫県精神保健福祉センター ○神戸市健康局保健所保健課 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院、大阪医科薬科大学病院救命救急センター ○兵庫県こころのケアセンター
11:20～11:40	講義: 災害現場における指揮命令系統と連携 本部活動 ・活動拠点本部の設置と運営	◎ DPAT 事務局 次長 五明 佐也香
11:40～12:40		昼休憩
12:40～16:00	講義・演習 E: 災害演習(机上訓練) ①病院支援 ②避難所等からの依頼に基づいた活動 ③活動拠点本部活動 ※グループ内振り返りも含む (質問あれば集約しておく)	◎ DPAT 事務局 次長 五明 佐也香 ○兵庫県災害医療センター ○神戸赤十字病院 ○兵庫県障害福祉課 ○兵庫県精神保健福祉センター ○神戸市健康局保健所保健課 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院、大阪医科薬科大学病院救命救急センター ○兵庫県こころのケアセンター
16:00～16:10		休憩
16:10～16:40	グループ発表: 研修での学び・講師への質問等 意見交換・発表、質疑応答	兵庫県こころのケアセンター ※各講師で回答
16:40～17:00	講義: 支援者支援について	◎兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
17:00～17:05	閉会・挨拶	兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
17:05～17:10	アンケート協力、謝辞、終了	
17:10～17:30	振り返り会(関係者のみ)	



ひょうごDPAT研修【1日目】



ひょうごDPAT研修【2日目】

7 こころのケアシンポジウムの開催

(1) こころのケアセンターの日頃の研究成果の発表と講演を、次のとおり開催した。

(日 時) 令和4年12月14日(水) 13:30~17:00

(参加者) 約300名(会場:50名、Web:250名)

(内 容)

① 研究報告

「複雑性 PTSD に対する認知行動療法(STAIR/Narrative Therapy)の効果
- 前後比較試験の結果を交えて -」

須賀 楓介 こころのケアセンター主任研究員

② 基調講演「複雑性 PTSD の理解と支援-日常臨床における我流・実践の紹介」

原田 誠一 原田メンタルクリニック・東京認知行動療法研究所 院長

③ パネルディスカッション

テーマ「複雑性 PTSD」

コーディネーター：加藤 寛 こころのケアセンター長

パネリスト：原田 誠一 原田メンタルクリニック院長

亀岡 智美 こころのケアセンター副センター長兼研究部長

須賀 楓介 こころのケアセンター主任研究員

(2) 参加者の職種

保健医療職 約30%

福祉職 約28%

行政関係 約20%

教育職 約6% など

(3) アンケート結果等

研究報告、基調講演、とも「よかった」と回答された方が95%以上、パネルディスカッションも「よかった」と回答された方が92.4%であった。

パネルディスカッションでは、まず複雑性 PTSD の概念が普及していくことの功罪について取り上げ、虐待やDVなど反復されるトラウマを受けた人々を理解し支援するために、概念が確立されたことの意義は大きいものの、出来事基準を満たさない場合や、他の精神疾患が併存する場合の対応を慎重にしなければならないなどの意見が出されました。控えめで当事者の求めているものに現実的な支援をすることの重要性が指摘されました。

8 情報の発信

兵庫県こころのケアセンターが、どのような機能を持ち、どのような活動を行っているのか等について広く知っていただくため、ホームページの運営やパネル展示など様々な取り組みを行った。

(1) ホームページの運営

本センターの活動紹介をはじめ、研修等の開催案内や研究成果等を掲載したホームページを運営した。令和2年度末のリニューアルにより、スマートフォンでも見やすい画面としたこともあり、約半数がスマートフォンからのアクセスとなっている。

URL <https://www.j-hits.org>

(2) パネル展示

本センターの機能等を紹介したパネルをエントランスホールにて常設展示している。

また、「兵庫県こころのケアセンターからのお知らせ」コーナーでは、相談室・診療所の利用案内等を掲示するとともに、熊本地震に関する「ひょうごDPAT」活動等のパネルを設置し、情報提供に努めた。

(3) 施設見学の受け入れ

新型コロナウイルス感染症予防の観点から、実習生やこころのケア研修受講者（ウェブ含む）等を対象に、スライドによる施設紹介を実施した。

9 ひょうごヒューマンケアカレッジ事業の実施

阪神・淡路大震災の経験と教訓から培った、いのちの尊厳と生きる喜びを高める総合的アプローチであるヒューマンケアの理念に基づいた保健・医療・福祉分野における新たな専門的人材養成の講座や、この理念に関する多様なニーズに対応した知識や技術の普及啓発と実践を担う県民向けの各種講座を開設し、兵庫県との共催によるひょうごヒューマンケアカレッジ事業を実施した。

1 専門的人材養成講座

(1) 音楽療法講座

音楽療法の実践をめざす者に対し、音楽療法に関する知識や技術のほか、実践者としての資質等を身に付ける機会を提供することにより、保健・医療・福祉・教育等の様々な分野において地域で活動する県独自の音楽療法士の養成を図っている。

①基礎講座

音楽療法の概要、音楽が心身に及ぼす効果、実践者としての役割や資質など、音楽療法の専門的な学習に向けた基礎知識を提供している。

②専門講座

実践論、関連領域及び実技の3分野で構成し、音楽療法の実践に必要な専門知識・技術を学習するとともに、実践者としての豊かな人間性や倫理観を養っている。

また、専門講座修了者に対して、その実践経験活動のための指導、助言等も行っている。

(2) 音楽療法士の認定審査

県独自の技能認定である「兵庫県音楽療法士」の認定審査と、新規認定後、4～5年目の者を対象に、更新認定審査を行っている。

(3) 音楽療法講演会・実践活動発表会

保健・医療・福祉・教育施設等への音楽療法の普及を図るため、認定証交付式に併せて、記念講演会と実践活動発表会を実施している。

(4) 兵庫県音楽療法士現任研修

「兵庫県音楽療法士」の資質向上を図るため、専門講座の聴講や、更新に係る説明会を実施している。

2 ヒューマンケア実践普及講座

(1) 終末期の暮らしを考える講座

人間としての尊厳を保ちつつ、自らの望む人生を全うできるよう、在宅におけるターミナルケアに必要な知識を含め、人生の最終段階を迎える前に役立つ様々な知識・技術を体系的に学ぶ機会を提供する。

(2) グリーフケア講座

事件や事故、病気などで大切な人を失い、深い悲しみのため悲嘆(グリーフ)状態に陥った人やグリーフケアを提供する人に対応するため、グリーフに関する理解、知識、セルフケア等を学ぶ機会を提供する。

(3) アートとこころのケア講座

現代社会における癒しや自己表現、セラピーなどにおけるアート(芸術)の役割を考えるとともに、近年注目されているダンスセラピー、音楽療法を含む芸術療法、園芸療法等について、その内容や手法を学ぶ機会を提供する。

3 事業実績

(1) 講座関係

区分	講座名	実施期間(回数)	受講者数
専門的 人材養成講座	基礎講座	実施せず	-
	音楽療法講座 専門講座<実践論分野>	実施せず	-
	専門講座<関連領域分野>	実施せず	-
	専門講座<実技分野>	R 4. 4. 1 2 ~ R 4. 1 1. 2 9 (19回のうち2回)	29名
ヒューマンケア 実践普及講座	終末期の暮らしを考える講座	R 4. 7. 1 4 ~ R 4. 9. 2 2 (7回)	48名
	グリーフケア講座	R 4. 1 0. 5 ~ R 4. 1 2. 7 (7回)	54名
	アートとこころのケア講座	R 5. 1. 2 1 ~ R 5. 3. 4 (5回)	49名

※感染症対策のため、音楽療法講座基礎講座及び専門講座<実践論分野><関連領域分野>は実施しなかった。また、令和3年度に開講した<実技分野>の第18回、第19回のみ令和4年度に実施した。

(2) 音楽療法士の認定審査**①新規認定の審査**

音楽療法講座専門講座修了者のうち、一定の実践経験を積んだ者を対象に、県独自の技能認定である「兵庫県音楽療法士」の認定審査を行った。

	面接・実技審査日（認定審査会開催日）	認定申請者数	認定者数
第1回	R 4. 7. 9 ※1	6名	6名
第2回	R 4. 1 2. 1 0	5名	5名
第3回	R 5. 1. 1 4 ※2	2名	1名

※1:令和3年度の実践経験開始時期が新型コロナウイルス感染症の影響により遅れたため、審査が令和4年度になったもの

※2:新型コロナウイルス感染症の影響により、実践経験が長期間中断した申請予定者のため追加で実施

②更新認定の審査

「兵庫県音楽療法士」の新規認定後4～5年目の者のうち、更新要件（新規認定後3年間以上の実践経験等）を満たす者を対象に、更新認定審査を行った。

(a) 更新申請者数 8名

(b) 更新認定者数 8名

(3) 音楽療法講演会・実践活動発表会

保健・医療・福祉・教育施設等への音楽療法の普及を図るため、県主催の音楽療法士認定証交付式に併せ、記念講演会と音楽療法士による実践活動発表会を実施している。令和4年度は認定証交付式がなかったため実施していない。

(4) 兵庫県音楽療法士現任研修**①未更新者を対象とした更新説明会の開催**

日 時：令和4年7月21日（木）

参加者：19名

(参考)

音楽療法について

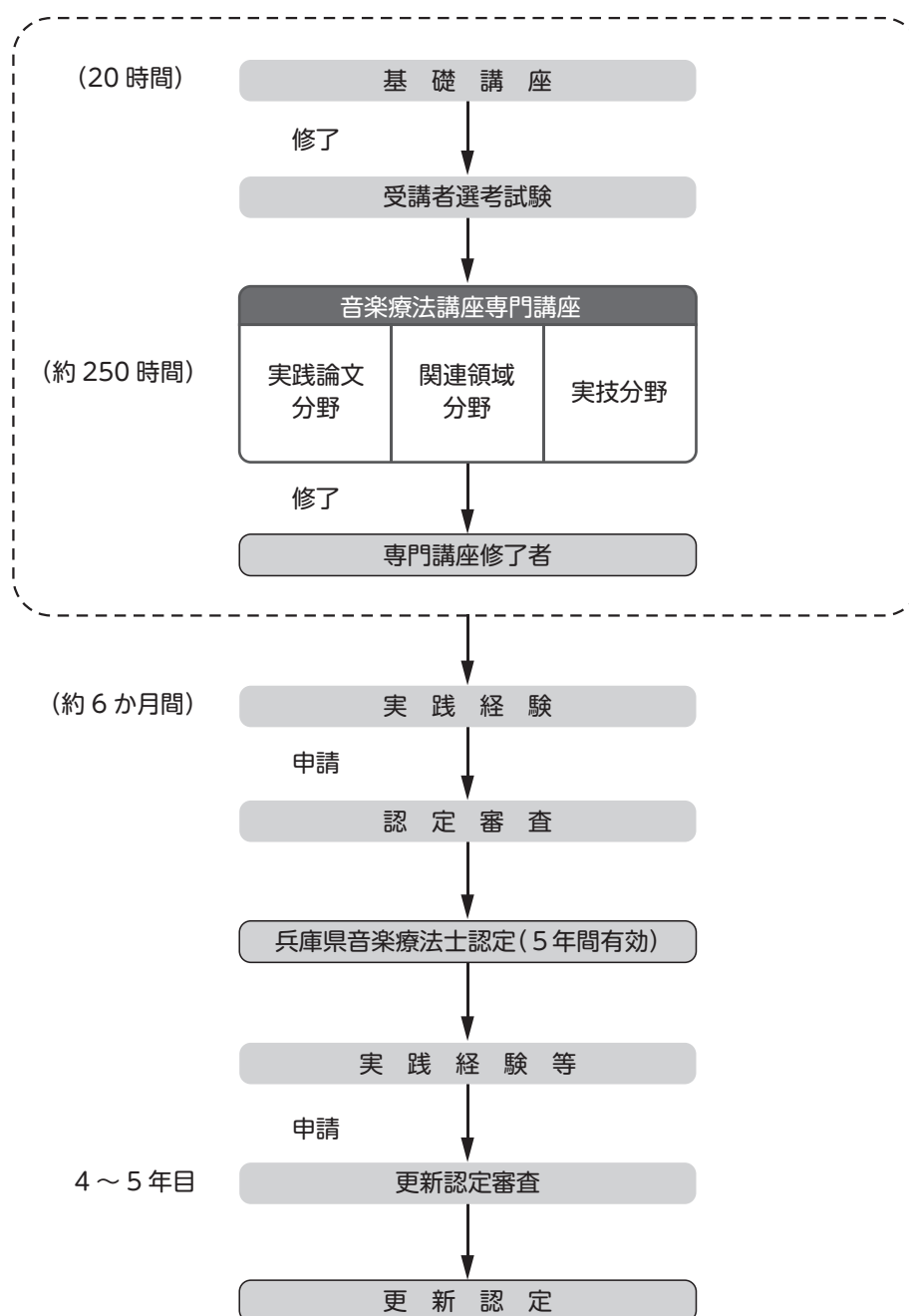
1 音楽療法の定義等

音楽療法とは、音楽の持つ、生理的、心理的、社会的働きを、心身の障害の軽減回復、機能の維持改善、生活の質の向上、問題となる行動の変容に向けて、治療者が意図的、計画的に活用して行う行為である。

わが国においては、1960年代後半から導入され、①精神障害への心理療法やリハビリテーション、②神経症や心身症などに対する心理療法的音楽療法、③障害児に対する発達療法的音楽療法、④認知症等の高齢者に対する音楽療法、⑤ターミナルケアにおける音楽療法などが行われている。

2 「兵庫県音楽療法士」認定・更新の流れ

ひょうごヒューマンケアカレッジ
専門的人材養成講座「音楽療法講座」



令和4年度 ヒューマンケア実践普及講座

●終末期の暮らしを考える講座（全7回・21時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師（所属・氏名）
7	14	木	13:30～16:30	死にゆく（ターミナル期の）人の特徴とケア 「身体的・心理的・社会的・霊的な痛み」	畿央大学健康科学部 教授 河野 由美
7	21	木	13:30～16:30	在宅ターミナルケアと疼痛のコントロール	関本クリニック 理事長 関本 雅子
8	5	金	13:30～16:30	在宅ターミナルケアと介護 「苦痛を軽減する姿勢と介助方法」	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 理学療法士 安尾 仁志 他
8	18	木	13:30～16:30	住み慣れた地域で自分らしく暮らすこと ～地域共生ケアシステムの考え方	兵庫大学・兵庫大学短期大学部 副学長（研究、社会連携担当） 田端 和彦
9	1	木	13:30～16:30	終活セミナー エンディングノートで未来を変える！ ～心と暮らしのお片づけ～	整理収納アドバイザー 竹裏 由佳
9	8	木	13:30～16:30	スピリチュアルペインの理解と スピリチュアルケアの実践へのヒント （認知症の人とがん患者を例に）	カトリック大阪大司教区 司祭 上智大学大阪サテライトキャンパス長 ガラシア病院チャプレン 松本 信愛
9	22	木	13:30～16:30	患者の権利と人生の最終段階における 意思決定	兵庫県立大学 教授 紀平 知樹

●グリーフケア講座（全7回・21時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師（所属・氏名）
10	5	水	13:30～16:30	死別と悲嘆（グリーフ）を理解するために （導入講義）	兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
10	12	水	13:30～16:30	悲嘆について（総論）	関西学院大学 人間福祉学部人間科学科 教授 坂口 幸弘
10	26	水	13:30～16:30	グリーフケアと死生観	浄土宗願生寺 住職 大河内 大博
11	2	水	13:30～16:30	グリーフケアを提供する人のケア ～自分自身を大切にセルフケア～	福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座 准教授 瀬藤 乃理子
11	9	水	13:30～16:30	心療内科医としての遺族支援	神戸赤十字病院 心療内科部長 村上 典子
11	18	金	13:30～16:30	悲嘆とPTSD	兵庫県こころのケアセンター 主任研究員 須賀 楓介
12	7	金	13:30～16:30	人生の中の悲しみを生き抜く力	上智大学グリーフケア研究所名誉所長 生と死を考える会全国協議会会長 高木 慶子

●アートとこころのケア講座（全5回・15時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師（所属・氏名）
1	21	土	13:30～16:30	アート・セラピー（芸術療法）を活用した地域 での取り組み	甲南大学人間科学研究所客員研究員 臨床心理士 内藤 あかね
1	28	土	13:30～16:30	からだを通じたストレスケア ーダンスセラピー入門ー	武庫川女子大学短期大学部 幼児教育学科教授 崎山 ゆかり
2	4	土	13:30～16:30	デジタル絵本をつくろう！ ～病児や発達に困りごとのある子どもたちをサ ポート～	株式会社 グッド・グリーフ 朝倉 民枝
2	18	土	13:30～16:30	花とみどりどころをいやす園芸療法 ～予防的利用から地域での活用まで～	兵庫県立淡路景観園芸学校 / 兵庫県立大学 講師 兵庫県園芸療法士 日本園芸療法学会認定上級園芸療法士 剣持 卓也
3	4	土	13:30～16:30	音楽療法を日常生活に活かして、免疫力アップ	大坂音楽大学講師・公認心理師・臨床心理士 日本音楽療法学会認定音楽療法士 後藤 浩子

10 その他受託事業

(1) JICA 研修

① JICA 課題別研修（「災害におけるこころのケア」コース）

日本の経験、知見をもとに災害マネジメントサイクルにおける保健医療及び精神保健の役割を理解し、災害における精神保健政策の立案に必要な能力を強化する研修を実施した。

（時期） 令和4年9月

（対象国） 南米、アフリカ等

（対象者） 各国中央省庁及び地方行政機関の医師等

（参加者数） 8名（オブザーバー参加2名含む）

（実施方法） オンラインを活用した遠隔実施

(2) 消防職員等のメンタルヘルスケアの実施

神戸市等から委託を受け、メンタルヘルスに関する指導・相談を行うとともに、研修会を実施した。

① 神戸市

実施期間：令和4年4月1日（木）～令和5年3月31日（木）

開催場所：神戸市消防学校

実施人数：2名（相談）、154名（研修4回）

② 西宮市

実施期間：令和4年4月1日（木）～令和5年3月31日（木）

開催場所：西宮市消防局

実施人数：9名（相談）、16名（研修1回）

③ 守口市門真市消防組合

実施期間：令和4年10月1日（金）～令和5年3月31日（木）

実施人数：346名（ストレスチェック）

11 外部評価の実施

多様な事業を適正かつ効果的、効率的に行っていくため、有識者からなる外部評価委員会を設置し、外部評価を実施した。

令和4年9月21日（水）に外部評価委員会を開催し、令和3年度実施分について評価を受けた。

委員名及び評価結果は以下のとおり。なお、評価結果については、兵庫県に報告するとともに、本センター及び機構のホームページ上で公表した。

(委員名)

野田 哲朗 国立大学法人兵庫教育大学 客員教授
 大阪人間科学大学 特任教授
 東布施野田クリニック 院長（委員長）
 瀧野 揚三 大阪教育大学学校安全推進センター教授
 花立 大民 独立行政法人国際協力機構関西センター次長
 辻本 哲士 滋賀県立精神保健福祉センター所長

(評価結果)

個別事業評価

評価対象事業	評価
研修事業	A
情報の収集発信・普及啓発事業	A
連携・交流事業	S
相談事業	S
附属診療所の運営	S
ヒューマンケアカレッジ事業（音楽療法士養成講座）	B
ヒューマンケアカレッジ事業（実践普及講座）	A
安定的な運営のための収支バランスの確保等	A
研究調査に係る総合的な評価	A

※評価基準

- S: 年度計画を大きく上回り、中期計画を十分に達し得る優れた業績を上げている。
- A: 年度計画どおり、中期計画を十分達し得る可能性が高い。
- B: 年度計画どおりといえない面もあるが、工夫若しくは努力によって中期計画を達し得る。
- F: 年度計画を大きく下回っている。又は中期計画を達成し得ない可能性がある。

総合評価

- ・ 阪神淡路大震災発災を契機に創設された当センターは、その後、国内外の自然災害の被災者支援等に努められ、様々な支援技術を蓄積してきた。
- ・ 2020年から始まったシーバーン災害としてのCOVID-19パンデミックはこれまでにない災害であるが、対象者への迅速な支援を行い、メンタルヘルスへの影響についてもシンポジウムなどを通して啓発している。
- ・ 情報の収集発信・普及啓発については、ホームページについて、アクセス数が増え、必要とされる情報が充実していることが分かる。また、こころのケアシンポジウムでは、適切なテーマ設定がなされ、オンラインを併用して開催され、広い領域から多くの参加者があり、評価できる。
- ・ 連携、交流面では、新型コロナウイルスに関する危機対応、兵庫県災害派遣精神医療チーム「ひょうごDPAT」研修の充実などセンターの貢献が評価できる。
- ・ 相談、診療面においては、相談と診療の連携が進んできたことは診察件数の増加につながるものである。複雑で困難なトラウマ・PTSD関連疾患への専門的診療機関としての役割が果たされていることが分かる。
- ・ コロナ禍が続く中において、世の中のニーズがより一層高まっている「こころのケア」の拠点機関として、県内のみならず県外からも期待される欠くことができない拠点となっている。人材養成・研修、情報発信・普及啓発、連携・交流の各事業ではオンライン等による工夫をしつつ、また計画や予定の変更にも柔軟に対応するなど、期待される拠点としてまさに真摯に取り組まれている様子が窺える。さらに、このような中においても黒字を確保する点も評価される。
- ・ 設立後18年を超えて施設・機器等の更新が必要となる時期を迎えていることも踏まえると、財政的、また人的体制を整えていくことが、コロナ禍を経て、こころのケアを必要とする人たちが増えている状況においては必要ではないかと思う。
- ・ 「こころのケア」の拠点機関として、5つの機能を十分に果たしている。全国でコロナ禍が続く中、平時と異なる事業を状況に応じて展開することも求められる。機能成果にメリハリをつけ、「総合点」での評価も、引き続き、検討いただきたい。スタッフの心身の健康にも留意し、現行の理念・方向性を継続していくことが望まれる。兵庫県による、より一層の財政的支援、人的支援、人材育成支援等の配慮が求められる。

■ Ⅲ 参 考

1 こころのケアシンポジウム（概要）

(1) 研究報告

「複雑性 PTSD に対する認知行動療法 (STAIR/Narrative Therapy) の効果_前後比較試験の結果を交えて」

須賀 楓介（兵庫県こころのケアセンター主任研究員）

本日は、複雑性 PTSD の概念や治療の実際について、研究結果を交えて、お話しできればと考えております。

本発表の流れ

1. 複雑性PTSD(CPTSD)の概要
2. CPTSDへの介入
 - 安定化の重要性
 - STAIR-NT
3. STAIR-NTの前後比較試験

発表の流れとして、複雑性 PTSD（CPTSD と省略します）の概要、介入方法、研究結果という流れでお伝えします。

複雑性PTSD

- WHOの国際疾病分類第11版(ICD-11)で新たに採用。
- PTSDの3症状カテゴリー(再体験、回避、過覚醒)に加え、自己組織化の障害(Disturbance of Self-Organization: DSO)を有する。
DSO症状
 - 感情調整の困難：感情が認識できず、圧倒される。
 - 否定的な自己概念：無力感、無価値感、虚無感、恥など。
 - 対人関係の困難：安定した対人関係の維持構築困難。

概要について、ICD-11 で正式に日本に導入されることとなります、複雑性 PTSD という概念は、臨床科の間では以前より使われてきた概念です。いわゆる単純性 PTSD とより複雑的な症状を呈し、治療が難しい複雑性 PTSD があるという主張です。今回、それが正式に診断の場に登場してくるということになります。

何が従来の PTSD と違うかといいますと、従来の再体験症状、回避症状、過覚醒症状、これら3症状カテゴリーで規定されていた PTSD に加えて、自己組織化の障害が特徴と規定されています。DSO 症状というのは、感情調整の困難、否定的な自己概念、対人関係の構築困難ということが上げられています。

複雑性PTSD

- 反復的、持続的なトラウマ体験により起こることが多いが、単回性のトラウマ体験によっても生じうる。
- 反復的で持続的なトラウマの例：
拷問、奴隷、大量虐殺、DV、児童期の虐待など。

複雑性 PTSD ですが、典型的には反復的で持続的なトラウマ体験により起こることが多いとされており、単回のトラウマ被害においても複雑性 PTSD は起こり得ますが、割合とすると、やはり反復的、持続的なトラウマ体験により起こることが多く、その反復的で持続的なトラウマの例としますと、拷問、奴隷の体験、虐殺、最近で言いますと DV や児童虐待などです。児童虐待の認知件数は今年度最高を記録しているというに報道がありましたが、そのサヴァイバーの方にこういう病態が生じるということが知られています。

複雑性PTSD

課題と懸念

- 診断と治療をリンクできるのか？
 - 治療難渋例が多い。
 - 短時間の外来診療での対応。
- 狭義/広義のCPTSDへの対応をどうするか？
 - 出来事基準を満たさないがCPTSDと診断されるケース
 - いじめ、感情的虐待など

この概念が出てきてどうなるのか、この課題と懸念について、私なりに挙げてみます。まずは、正式に診断基準に収載されたということで、治療とどうリンクさせていくのかというのが実際の臨床場面での大きな課題になると思います。診断されたけれども、治療ができないという場合、治療を受ける側の患者さんからして辛い状況になります。そもそも治療難渋例が多いということで、対応する側の医師、心理スタッフはじめ対人支援の方々にとっては、難しい対応を迫られることが多くなると思います。あとはクリニックや精神科病院での外来診療は短時間とならざるをえない実情があり、そこでどのように対応していけるのかというあたりも大きな課題になるだろうと思います。

複雑性PTSD

課題と懸念

- 診断と治療をリンクできるのか？
 - 治療難渋例が多い。
 - 短時間の外来診療での対応。
- 狭義/広義のCPTSDへの対応をどうするか？
 - 出来事基準を満たさないがCPTSDと診断されるケース
 - いじめ、感情的虐待など

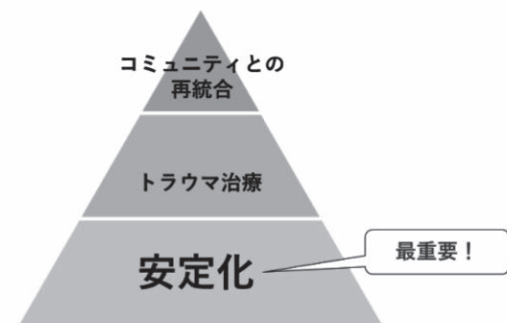
狭義/広義のCPTSDというのは、いわゆるPTSD診断におけるA基準、いわゆる出来事基準において、必ずしも命に関わるような体験でなくとも、CPTSDと同じような病態を呈す臨床例もあります。例えば長期にわたるいじめであったり、あとは両親のけんかを日常的に目撃するなどの感情的虐待のようなものです。各種ハラスメン

トもそうです。そこは非常に難しい問題で、診断をどうするかということも含めて、議論が必要になると思います。

段階的治療の概念 (Herman, 1992)

- 第一段階：現在の生活の安定。リソースの構築。
- 第二段階：トラウマ記憶の処理
- 第三段階：コミュニティとの再統合

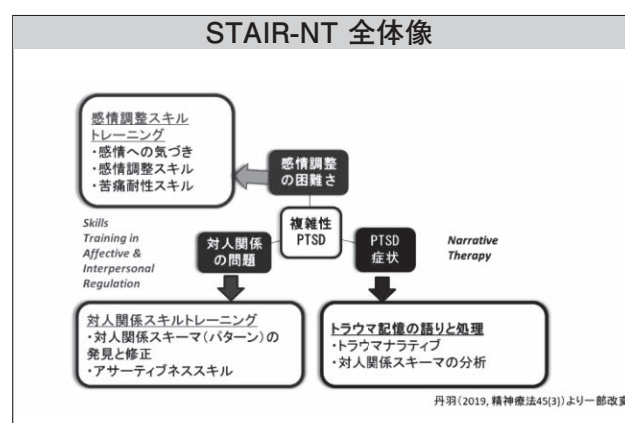
介入方法について、我々の業界の中ではかなり有名な概念で、これなしには語れないのがHermanが提唱した段階的治療の概念です。今回お話しする認知行動療法のSTATR-NTという治療がありますが、これはトラウマ治療の技法で、部分的には第一段階の要素も含まれていますが、トラウマ焦点化治療という位置付けから見れば、第二段階に当たります。今回、この発表を通して強調しなければいけないことは、我々が臨床場面で常に心を砕いて行っているところは第一段階の安定化であるということです。いかに現在の生活を安定させることができるかどうか、我々はリソースというふうに呼んでいますが、その方が持っている力、対人関係のつながり、バックアップしてくれる人や経済的背景などを整えることが大切です。生活の中の色々な懸念を減らすことも大切です。そういうことも含めて、生活をいかに安定させられた状態で治療に入れるかというのが最も大事な観点だと考えています。



この辺りは、後の原田先生の御講演でたくさんお話をお伺いできるかなというふうに期待をしております。

STATR-NT の治療の概要ですが、米国で PTSD の持続エクスポージャー療法という治療があり、その治療をモディファイしたもの、それに弁証法的行動療法という治療や認知療法の要素を統合したハイブリッドな治療です。主に幼児虐待の被害を受けて PTSD 症状があって、先ほど出てきました DSO 症状に悩む、主に成人のために開発された認知行動療法ということになっています。標準的には全 16 セッション、週一回 60 分ですが、セッション回数はその方の状態に応じて 16-25 回程度で、柔軟に調節は可能とされています。大きな特徴は、治療が二段階構成になっているところです。CPTSD の治療でいきなりトラウマを語ると何が問題かといいますと、負荷が強すぎる。過去に向き合うリソースがそもそもない方が多いので、治療から脱落してしまいます。それを防ぐために、第一段階ではあえてトラウマ記憶には直接は触れないという構成になっています。その代わり第一段階、STAIR の段階ですが、日常生活で、まず自身の感情の調整の問題、あとはその延長線上にある対人関係の問題に取り組み、日常生活の質を上げることを目標にしていきます。典型的には 8 セッションですが、8 セッションといっても、8 回で終わるわけではないです。10 回かかる方もおられれば、12 回、15 回かかる方もおられる。ここは我々が判断をして柔軟に決めていきます。前半戦である程度、自分が対処できるような感覚というのが得られてきましたら、その勢いを使って第二段階の語りに進みます。ここでは、トラウマ記憶を実際思い出して話していくという作業が入ってきます。これが 8 セッションです。これも同様に、8 セッションだけれども、それが延びることもあれば、以外と早く進むこともあります。この辺りは柔軟に対応します。話すことでどういう効果があるのかというと、まずは思い出すことに対する恐怖感の軽減です。記憶を想起する恐怖感が減らないと記憶にアクセスでき

ませんから、トラウマの記憶が切り離されたままになってしまいます。安全な環境で、トラウマを思い出して語ることができれば恐怖が馴化する、いわゆる慣れるということが起こってきます。そうすると、その語っていただいたその方のストーリー、人生史、歴史の中に、今現在自分自身を悩ませている対人関係におけるルールの発端がみえてきます。気づけば、それに代わる新しいルールをつくっていくこともできます。そうして、自身の切り離されていた歴史というのを、一本の木のよう自分の生活史に統合していくという作業が起こってきます。その中で様々な感情に出会います。自分が恥ずべき存在であるという恥の感情、自分があるときこうしていたら、こうしなかったらというような自責の念、罪悪感、あとは怒りなどです。そういう感情を越えて、最終的には喪失を経験することになります。例えば、無邪気にお友達が走り回っていた時代に自分は全く違った体験をしていた、時間的な喪失もあるでしょうし、保護的であったり支持的である愛着対象を自分は得られなかったことを感じることによる喪失もあるでしょう。そういう喪失を今の自分が包んで抱き締めてあげるような、そういう感覚に最終的にたどりついて欲しいのです。これは大変な作業ではもちろんありますが、取り組む価値のあるものだと思います。



簡単な図ですが、大きく分けて3つ症状があります。PTSD 症状と感情調整の問題と対人関係の問題というのがありますので、PTSD 症状というのはあまり最初いじらずに、感情調整の問題、対人関係の問題に重点的に取り組んでいく、後半戦

になって初めてPTSD症状に取り組んでいくという流れです。不思議なことに、前半戦、PTSD症状に直接介入しなくても、前半戦が終わった時点で実はPTSD症状がかなり軽減するという多々のケースで経験します。一つは、日常生活が安定化され、生活の質が上がってくることでPTSD症状に対する、耐久力というか、耐性というか、力がついてくるといった側面もあるでしょうし、あとは日常生活に取り組むといえども、その中で段階的に実はトラウマ記憶の暴露が始まっていて、病院に来ること自体がもう既にトラウマのことを思い出す一つのきっかけになります。つまり、直接は話さないけれども、前半戦をやっているうちに、もうトラウマのことがじわじわ思い出していますので、後半に入る時点である程度慣れる、思い出しても大丈夫だという感覚が最初からついてきているという見方もあります。

作業仮説1 感情調整の困難

- 虐待サヴァイバーは、混沌とした環境で育ち、感情のラヴェリングの機会を逸しており、感情への気づきが不十分である。
- 感情は行動をナビゲートする役割があるため、自身が何を感じているかが分からないと、適切なストレス対処を発動することができない。
例：“モヤモヤ”の中身（怒り、悲しみ、不安、その他）によって対処法は異なる。
- 感情調整スキルを身につけることで、破綻しかかっている生活を立て直す契機が生まれ、対人関係の構築・維持に挑みやすくなる。

治療中の作業仮説です。感情調整の困難について、今回、虐待サヴァイバーを対象にした臨床試験でしたので、主語が虐待サヴァイバーになっております。サヴァイバーの方は混沌とした環境で育ちまして、まず感情のラヴェリングができていません。ラヴェリングが出来ていないというのは、感情に名前がついていないということです。多くの方はもやもやしているといます。何かもやもやすするんだけど、このもやもやの中身は何か分からない、と。もしくは、自分の感情がない、無感情だと表現する方もおられます。全くないと感じているにも関わらず、ある日どばっとあふれ出してきて、全くコントロールが効かない。

こういうふうに感情の調整が全く効いていないわけです。感情は行動をガイドする役割がありますので、感情への気づきは重要です。もやもやの中にある感情にラヴェリングをしてゆき、その後の対処法をどうしていくかについて一緒に考えていきます。感情調整スキルを身につけることで、現在の生活の破綻を立て直す機会が生まれ、後の対人関係の構築・維持に挑みやすくなります。

作業仮説2 対人関係の困難

- サヴァイバーは、日常生活上のトリガー刺激によって闘争-逃走反応、無力感や無価値感を強く惹起される対人関係スキーマを有している。
例) 「パワーを行使されると、対処できない」⇒「屈服しないためには支配しないといけない」
「自分の意見や主張は大切にされるに値しない」
「強い感情の前に、自分は無力だ」
「断られるということは、自分の無価値さの証明である」 など
- 生活の中で活性化されている非機能的な対人関係スキーマを認識、外在化し、新たなスキーマに基づいて行動実験を繰り返しながら、その結果を肌で感じてゆくことで非機能的な対人関係スキーマは修正されていく。

対人関係の困難について、この治療の中で出てくる概念として、対人関係スキーマという用語が重要になります。これは、要は対人関係における自分の中のルールです。自分が過去の体験から学ばざるをえなかったルールです。例えばパワーに関して、他人から攻撃されると自分は対処できないというようなルールがある方というのは、相手に攻撃される前に相手を徹底的に攻撃しないといけないようになって、ふだんはすごく怒りっぽくて、防衛をしているかもしれない。もしくは「自分の意見とか主張はそもそも大事じゃない、価値がない」とか、「断られるということは、自分の無価値さの証明だ」みたいな様々な対人関係におけるルールがサヴァイバーの方の背後で動いているわけです。それを発見し、新しい見方に修正していく作業です。そして、その新しい感じ方を日常生活で試す機会というのを提供するわけです。

作業仮説3 ナラティブ

- ・繰り返し語ることで恐怖感情が馴化し、体験の整理が可能となる。
- ・トラウマナラティブは自らのスキーマが作り上げられた瞬間を“体感”し、それがいかに現在に影響を与えているか、そして、かつては生存のために不可欠であったそれらスキーマが現在の生活においての足枷になっているかに気づく。
- ・恥や罪悪感について検討し、これまで自分を支えてきたが今は足枷になってしまった、幼い自分が創り上げたルールを一つ一つ大切に傍に置いてゆく中で感じる喪失の先に、自らへの慈しみを見出すことができる。

第二段階の語りの場面ですが、繰り返し語ることで、まず恐怖感情というのが馴化していく。馴化していくと触れるようになって、中身の整理が可能になります。なぜ、今、自分にそのルールが存在しているのかを検討するためには、もう一度、自分が自分の歴史の目撃者となって、その起源を知る必要がある。起源を知ることで、それが当時が必要であったルールであることがわかります。あのときこうしていたらとか、こうしなかったらとか、本当にそれができたのかという観点でしっかり見直していくことができるということになります。見直していくと、喪失体験につながってきますが、その先に自らへの慈しみを見いだすことができれば、治療の一つのゴールと考えています。

セルフ・コンパッション
Self-compassion : SC (K.Neff, 2003)

- ・邦訳は、「自己への思いやり」、「自己への慈しみ」など。
- ・自らをケアし、幸せになりたいという慈しみの心を含むため、Well-beingの向上や自己成長のための強い動機づけとなる。
- ・SCには三つの中核的な要素と、それに相反する要素がある。

一つ脱線するかもしれませんが、セルフ・コンパッションという概念も扱わなければいけません。この邦訳は、自己への思いやり、自己への慈しみというふうになるのですが、自らをケアする、しんどい状況にあるからこそ自らを鼓舞したり励ましたりする動機づけです。我々、しんどいときには、自分なんかもう駄目だという風に考えてしまいがちですが、そうではなく、しんどいときだからこそ今頑張りどきだな、自分なら何とか

やれるんじゃないかというふうな激励を贈ることができます。ただ、これが難しい。その逆は簡単にできてしまうわけです。そのセルフ・コンパッションには三つの中核的な要素とそれに相反する要素があります。

SCのコアと相反する要素 その1

自分への優しさ(self-kindness) と 自己批判(self-judgement)

- ・自分への優しさとは自己の至らなさや何らかの苦痛に直面している時に、厳しく自己批判をするのではなく、自己に愛情を注ぎ、心優しく接すること。
- ・自己批判は抑うつをはじめとする精神的不調のリスクファクターであるが、日本人は自己批判を肯定的なものとして捉えている文化的特徴もあるとされる。
- ・しかし、自分に優しくすることと、自分を律することは相反するものではない。ましてや、甘やかすことでもない。

一つ目は、自分への優しさと自己批判という要素です。自分への優しさ、ここに記載しているとおりですけれども、厳しい状況にあるときにこそ自分に愛情を注いで、進む力を引き出すような言葉がけを自分とするようなスタンスです。特に日本人というのは自己批判というのが何か肯定的なものだというふうに捉えられている文化的特徴もあるとされていますが、サヴァイバーの方に、自分への優しさをどう思いますかと聞くと、甘やかしたと思いますというのが非常によく経験される返答です。ただ、自分に優しくすることと自分を律することってというのは、相反するものではないし、甘やかすことでもないです。

SCのコアと相反する要素 その2

共通の人間性(common humanity) と 孤立(isolation)

- ・困難や弱みは自分だけが抱えている問題と捉えず、人間が皆、共通して、誰もが体験しうるものであると巨視的な視点から捉えることである。人間は不完全で、間違いや失敗を犯し、弱み抱えているからこそ、繋がりがあっているというもの。
- ・自己の抱える苦痛を自分という視点のみから捉えると、自分のみが不完全で至らない存在だと孤独を感じてしまう。
- ・このように人としての共通体験を意識することで、苦しみを感ずるのはこの世の中で自分だけではないということに気づき、自己の苦痛が緩和される。

二つ目は、共通の人間性と孤立です。多くの方は、自分は違う、自分はほかのこの世界に生きている人間とは違うんだという信念を持っておられます。共通の人間性というのは、困難とか弱みと

いうのは自分のみが抱えている問題じゃなく、そもそも我々は不完全な存在であるという巨視的な視点から物事を捉えるようなスタンスです。

SCのコアと相反する要素 その3

マインドフルネス(mindfulness) と 過度の一致(overidentification)

・マインドフルネスとは、体験に判断や解釈を加えず、あるがままに感じ、捉えることであり、その知覚対象には感情や身体感覚も含まれる。
・過度の一致とは、困難な状況において、ネガティブな側面が反芻され、過度に強調されてしまう傾向のこと。やはり精神的不調の要因となる。

・ネガティブな体験を“ありのまま”感じることができれば、生じた感情や状況を的確に捉え、問題解決に踏み出しやすくなる。

三つ目はマインドフルネスと過度の一致です。マインドフルネスに関しては、昨今いろんな書籍や文献が出ておりますが、どこことなく「楽になりたいからマインドフルネスをしましょう」というものも散見されます。例えば、昼休みにマインドフルネスを取り入れて業務効率を上げましょうとかいう、そういう風潮もありますけれども、本来はそういうものとは少し違うと思います。ありのままのものを見つめましょう、今あるものに目を向けましょうというところがマインドフルネスだと思いますので、逆にマインドフルになることでつらさに気づくことがあるかもしれません。ふだん体に意識を向けてない方が意識を向けてみると、いかに体が疲れているか、凝っているか、痛みがあるかということに気づくことがあるかもしれませんが、ただ、それに気づいてあげることは大事です。そこに、「いやそんなはずはない」とか、「これはそもそも間違っている」とか、いろんなものが掛け合わされて、苦痛がどんどん増えてしまう。ありのままの状況をそのまま見るという力は大事です。このセルフ・コンパッションの三要素ですが、優しさ、共通の人間性、マインドフルネス、こういう視点も、この治療の中で養っていければと、個人的に考えているところです。

前後比較試験について少しご報告して終わりたいと思います。CPTSDについては、新たな診断

基準という観点でいくと、新しい概念ですので、特定の治療法が推奨されるという段階にはまだありません。ただし、経験的に各種専門家の意見という意味では、たくさんの治療法が現在でも提唱されています。ただし、それがいわゆる治療効果として検証されているものは少ないということです。ISTSSのガイドライン、提言でいきますと、多要素の治療的介入が必要じゃないか、より長期の治療が必要ではないか、個人に合わせたテーラーメイドの治療が必要ではないかと言われていきます。NICEガイドラインでいきますと、トラウマ焦点化治療のエビデンスは限られるけれど有効だと、修正をしていくのがいいのではないかと、というのがコンセンサスレベルでは言われています。これが我々の治療の中でいきますと、治療のセッション数です。セッション数の増減であるとか、個人の状況に合わせていろんなものを配慮して変えていく。あとは、物質乱用や解離。解離への対応というのは、非常に臨床的には困難が多いところですが、事前のアセスメントが特に重要です。あとは治療終了後の支援の計画というのも大事だと考えていて、治療を進めています。

CPTSD治療：国際的な治療ガイドライン

・CPTSDは新しい診断であり、特定の治療法が推奨される段階にはない



ISTSS Guideline Position Paper on Complex PTSD in Adult (2019)

- CPTSDは症状が多様で数も多いため、多要素の治療的介入やより長期の治療が必要
- 個人に合わせたテーラーメイドの治療



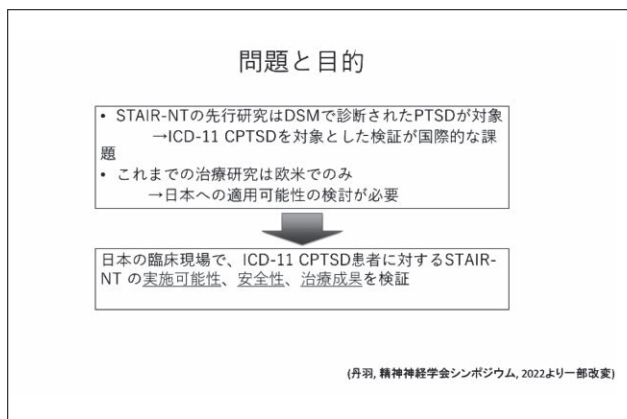
英国国立医療技術評価機構ガイドライン (2018)

- エビデンスは限られるが、トラウマ焦点化治療は有効
- CPTSDや追加のニーズを持つ人々の関与を促すために、トラウマ焦点化治療に必要な修正を推奨 (コンセンサスレベル)

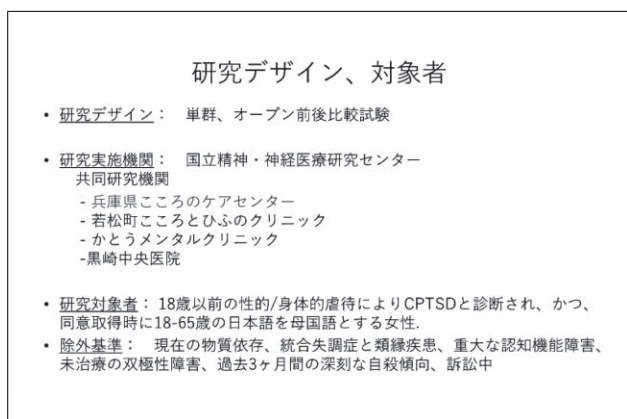
- 1) ニーズに合わせ期間やセッション数を増加
- 2) 個人の状況の安全性と安定性を考慮
- 3) 物質乱用、解離、DSO症状への対応
- 4) 治療終了後の継続的支援の計画

(丹羽, 精神神経学会シンポジウム, 2022より引用)

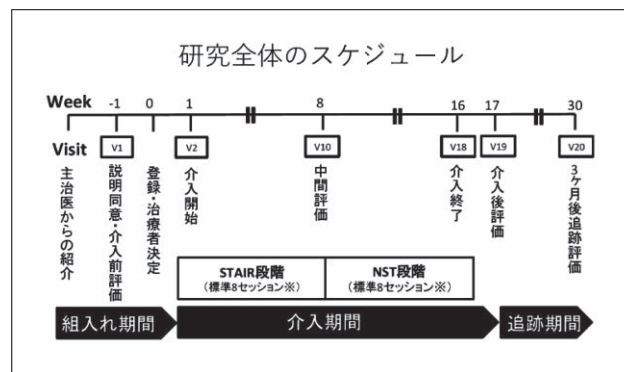
これが、先日発表されましたSTATR-NTに関する論文ですが、国立精神・神経医療研究センター主導の研究に、我々は共同研究施設となって進めた研究に関するものです。オープンアクセスになっていますので、ぜひ御覧ください。この内容を少しかいつまんで御紹介いたします。



問題と目的ですが、このSTATR-NTの先行研究というのは限定的で、かつ欧米でしか研究されていませんので、日本人の文化的背景も異なり、適用可能性がしっかり検討される必要があります。そのため、ICD-11の診断基準を用いて診断された複雑性PTSD患者に対するSTATR-NTの実施可能性、安全性、治療成果を検証するのが大きな流れです。



研究デザインですが、単群でオープンの前後比較試験です。研究実施機関は国立精神・神経医療研究センターがメインで、兵庫県こころのケアセンターは共同研究施設として参加しました。研究対象者ですが、18歳以前に虐待を経験された方となっています。今回は感情的虐待というのは除外し、性的ないし身体的な虐待があつてCPTSDと診断された方を対象にしています。除外基準としては、上記の項目を入れてあります。



研究全体のスケジュールはこのような流れです。STATR-NTに組み入れるまでの流れ、事前評価に中間評価を一度入れまして、介入後評価、3か月評価を行いました。



評価項目としましては、多々あるのですが、メインの評価項目としましては、ICD-11に基づいた構造化面接の結果を用いました。

その結果を主要評価項目にしまして、治療後及び3か月フォローアップの重症度をみています。あと副次評価項目としましては、PTSD関連のもの、感情調整に関するもの、対人関係に関するもの、あとは非特異的な鬱、不安とか、解離の程度をみています。また、QOLも評価の対象にしています。

評価スケジュール

項目/週	介入前 評価 -1週	STAIR 段階 1-8週	中間 評価 8週	NST 段階 9-16週	介入後 評価 17週	3ヶ月後 追跡評価 30週
背景情報、臨床情報の確認	●					
評価項目① (MNI, CTQ)	●					
評価項目② (複雑性PTSD診断面接、 FEANS)	●				●	●
評価項目③ (ICD-TQ, CPTSD-SF, DERS, NMR, IIP-32, WHO-QOL26, SDISS, STAI, DES-II, PTCI)	●		●		●	●
評価項目④ (IES-R, PDS, BDI-II) 有害事象モニタリング	●	●	●	●	●	●

評価スケジュールは、それぞれのセッションで

必ず取るものと、あとは介入前、中間評価、介入後評価、3か月後評価で取る大きな評価に分かれています。毎回のセッション前に必ず評価していたのは、自殺念慮の変化です。治療中に自殺念慮が強まって、自殺リスクが高まっていないかというところは、常に注意深くみていかなければいけない部分ですので、そこは入念なモニタリングを心がけていました。

研究参加者のプロフィール

- 年齢： 21-54歳、平均29.1歳 (N = 10)
- 教育歴： 中卒2名、高卒3名、大卒3名、大学在学2名
- 婚姻歴： 未婚6名、既婚2名、離婚2名
- トラウマ歴： 全員が長期反復的虐待を経験 (12.0±4.1年)
虐待開始年齢 3.8±2.7歳
全員が複数のトラウマ (2~6) を経験
- 併存疾患： PTSDを除く併存疾患数 3.8±2.7
BPD(境界性パーソナリティ障害)の併存 2名
- 自殺企図歴： 6名
- 薬物療法： 8名 (抗精神薬4名、抗うつ薬4名、抗不安薬3名、睡眠薬3名)

研究参加者のプロフィールですが、21歳から54歳の方です。教育歴にはややばらつきがありました。婚姻歴はこのような感じでした。トラウマ歴に関しましては、全員が長期反復的虐待を経験しています。虐待開始年齢は4歳未満です。全員が複数のトラウマを経験しています。併存疾患の数ですが、鬱病であるとか、不安障害であるとか、いろんな併存疾患があり、併存疾患の数は4名ぐらいです。境界性パーソナリティ障害の併存は2名、自殺企図歴ありは6名でした。薬物療法に関しては8名が併用して実施されていました。

結果

- リクルートされた10名中、7名が治療完了。
(3名中断理由：不安発作で定期通院困難、ナラティブ継続困難、COVID-19の影響)
- 実施セッション回数：平均23.9回
- 治療者のプロトコル遵守度：96.4%
- 重篤な有害事象はなし。

結果ですが、リクルートされた10名中7名が治療完了になっています。3名の中断理由ですが、不安発作で定期通院が困難になった、電車に乗れなくなったという方が1人、あとはナラティブ継

続の困難、第二段階で辛さが増してついていけないという方がおられ、あとはCOVID-19で通院ができなかったという方、合わせて3名です。実施セッション回数は平均で約24回です。治療プロトコル遵守度は96%以上で、重篤な有害事象はありませんでした。

結果：主要評価項目

表1 ITI重症度得点の時点ごとの平均(SD)と効果量

ITI	得点範囲	測定時点			効果量d(完遂者)	
		Pre (n=10)	Post (n=7)	FU (n=7)	Pre to Post	Pre to FU
CPTSD重症度	(0-48)	30.60(6.90)	15.43(9.74)**	13.29(8.20)**	1.69	2.14
PTSD重症度	(0-24)	13.80(4.18)	6.86(6.26)**	5.14(4.34)**	1.30	1.96
DSO重症度	(0-24)	16.80(3.79)	8.57(4.65)**	8.14(4.60)**	1.77	1.88

Note. 線形混合モデルにより中断も含めて解析 *p<.05, **p<.01

効果量d
0.2~小
0.5~中
0.8~大

- 7名中6名は治療後に、3ヶ月後には7名全員がITIでCPTSD(とPTSD)の診断基準を満たさなくなるレベルまで改善

⇒ 治療後にCPTSD症状が有意に改善、3ヶ月後も維持

(丹羽, 精神神経学会シンポジウム, 2022より一部改変)

主要評価項目の前後比較です。CPTSD重症度、全体の重症度とPTSD、DSO症状の重症度を分けてお示ししています。効果量とすると、非常に大きな数値が出ています。7名中6名は治療後の時点で、あとは3か月後の時点で、7名全員がCPTSDの診断基準を満たさなくなるレベルまで改善をしています。治療後ないし3か月もそれが維持されていました。

結果：副次評価項目

表2 各評価尺度の時点ごとの平均(SD)

尺度	得点範囲	測定時点		
		Pre (n=10)	Mid (n=9)	FU (n=7)
CPTSD (ITQ)	(0-48)	35.10(8.99)	28.67(13.89)	22.00(14.17)**
PTSD (PDS)	(0-51)	31.40(8.57)	26.33(14.34)	18.43(13.59)**
解離 (DES-II)	(0-100)	36.00(18.85)	25.67(22.94)	21.89(26.72)**
感情調整 (DERS)	(36-180)	135.50(15.75)	121.44(27.11)	99.00(25.36)**
感情調整 (NMR)	(25-125)	44.10(7.19)	58.22(15.58)*	70.86(15.96)**
対人関係 (IPF-32)	(0-4)	2.18(0.56)	2.04(0.49)	1.63(0.42)**
うつ (BDI-II)	(0-63)	39.90(12.37)	34.56(11.85)	19.57(12.46)**
状態不安 (STAI-S)	(20-80)	44.20(8.08)	37.67(10.30)	37.00(6.88)
特性不安 (STAI-T)	(20-80)	65.80(6.91)	65.44(8.03)	54.86(9.06)**
QOL (WHOQOL-26)	(1-5)	2.37(0.71)	2.58(0.68)	2.98(0.46)**
否定的認知 (PICG)	(36-252)	178.90(33.02)	167.22(33.93)	122.14(44.56)**

⇒ CPTSD関連症状、解離、うつ、QOLと否定的認知も有意に改善、3ヶ月後も維持

(丹羽, 精神神経学会シンポジウム, 2022より一部改変)

これは各種評価尺度の推移です。非特異的な鬱、解離、生活の質、認知的側面というのも治療前後でみまして、有意に改善されており、それが3か月後も維持されているということが確認されました。

効果量：海外との比較

表3 完遂者の各評価尺度の効果量

尺度	効果量 <i>d</i>	
	Pre to Post	Pre to FU
CPTSD重症度 (ITI)	1.69	2.14
PTSD重症度 (ITI)	1.30	1.96
DSO重症度 (ITI)	1.77	1.88
CPTSD (ITQ)	1.06	1.22
PTSD (PDS)	1.34	1.37
解離 (DES-II)	0.66	1.14
感情調整 (DEARS)	1.55	1.54
感情調整 (NMR)	-2.14	-2.22
対人関係 (IIP-32)	0.92	1.78
うつ (BDI-II)	1.81	1.48
状態不安 (STAI-S)	1.44	0.92
特性不安 (STAI-T)	1.49	1.08
QOL (WHOQOL-26)	-1.08	-1.20
否定的認知 (PTCI)	1.49	1.18

表4 効果量の先行研究との比較

	Cloitre et al., 2002	Levitt et al., 2007	本研究
PTSD症状	1.76 (PSS-SR)	1.79 (PSS-SR)	1.34 (PDS)
感情調整スキル	1.42 (NMR)	0.70 (NMR)	2.14 (NMR)
うつ症状	1.83 (BDI)	1.23 (BDI)	1.81 (BDI-II)

→ ほぼ全ての尺度で治療前後の大きな効果量を伴う改善 ($d=0.92-2.14$)
 → 3ヶ月後FUでも改善維持 ($d=0.92-2.22$)
 → 欧米での結果と同程度の効果

(丹羽, 精神神経学会シンポジウム, 2022より一部改変)

海外との比較です。同じぐらいの効果が確認されています。3か月フォローアップでも改善が維持されており、日本においても特に問題なく実施ができるということが確認されたといえます。

まとめ

- 本研究では、国内で初めてCPTSDへの認知行動療法(STAIR-NT)の効果を検証した。
- 少数例のオープン前後比較試験ではあるという限界はあるが、訓練を受けた治療者による柔軟な臨床的工夫のもと、国内での実施可能性、安全性、潜在的な有効性が確認された。
- 今後は、
 - RCTによる有効性の検証が望まれる。
 - STAIR-NTの普及のための体制づくりが急務である。

まとめになります。本研究は、国内で初めて複雑性PTSDへの認知行動療法(STAIR-NT)の効果を検証したものです。今回は少数例のオープン試験ですので、今後はRCTが必要になってくると思います。ここで強調しておきたいのは、今回の治療は淡々とマニュアル通りに進められたということではなく、それぞれの治療者がアセスメントを含めて、かなり下準備を入念に行い、治療を実施した結果となりますので、そこには様々な創意工夫が散りばめられていたということです。やはり治療の中で一番大事なものは、治療に入る前の下地処理、下準備が一番大事であるということ。今回の研究を通じて感じたところです。この治療法が万能な治療法であるとはいえませんが、少なくとも一つの有効な治療の選択肢にはなり得ると考えております。今後、この治療法普及のための体制づくりは急務であると考えております。

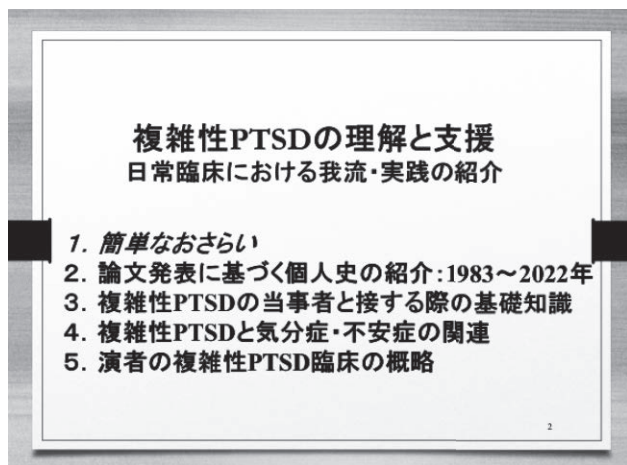
(2) 基調講演

「複雑性 PTSD の理解と支援－日常臨床における我流・実践の紹介」

原田 誠一（原田メンタルクリニック・東京認知行動療法研究所 院長）

今日は、「複雑性 PTSD の理解と支援－日常臨床における我流・実践の紹介」という題で話をさせていただきます。

私はこのセンターの加藤先生、亀岡先生、そして先ほどお話しをなさった須賀先生のようなトラウマの専門家ではありません。精神科の一般診療をやりながら、トラウマも診ている素人的存在です。今日は、素人なりに今まで実践してきた内容をご紹介します。皆様に少しでもご参考になるところがあれば、と願っています。スライドをたくさん持ってきましたので、早速スライドを使いながら話を進めます。



今日の話の流れです。最初に、複雑性 PTSD に関する簡単なおさらいをします。

次は、論文発表に基づく個人史の紹介。私が医者になった1983年から今までに書いてきた論文の中から、いくつかピックアップしてその概要を紹介します。私はトラウマに興味を抱いて精神科医になったわけではないのですが、そういう一般的な精神科医である私も、医者になった当初から現在まで一貫して、トラウマ診療と結果的に関わってきています。

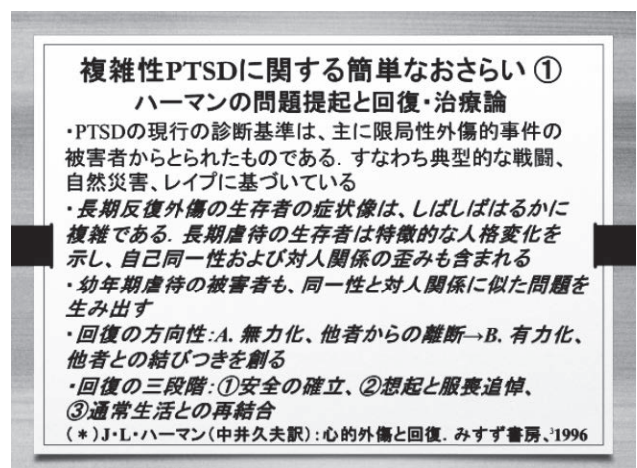
その事実をご紹介します。トラウマという問題がいかに精神科の診療一般にとって重要なテーマで

あであるか、をお伝えしたいと思います。

次は、複雑性 PTSD の当事者と接する際の基礎知識。我々が複雑性 PTSD の当事者と接する際に、その方たちが日頃どのように感じ、考え、生活しているかを知らない、適切な接し方の工夫をすることも難しいでしょう。当事者がどのように感じ、考え、生活しているかを確認しながら、接し方の基本について考えてみたいと思います。

それから、複雑性 PTSD と気分症・不安症の関連について簡単に述べます。先ほど須賀先生のお話にもありましたが、複雑性 PTSD は、あらゆる精神障害の背景に存在することがあり、その難治化に関与しています。我々精神科医が日頃よくお会いする気分症・不安症の患者さんも、背景に複雑性 PTSD があると難治性につながりやすいのですね。そういう症例に対して、どのようなアプローチがあり得るか、についての話をします。

そして最後に、私が複雑性 PTSD の臨床で、どういう点に気をつけながら、日々実践しているかについてお話しします。



簡単なおさらいに入ります。

複雑性 PTSD では、何と言ってもまずハーマンの仕事に触れないわけにはいかないでしょう。ハーマンの問題提起と回復・治療論ですね。スラ

イドの内容を読みます。

PTSDの現行の診断基準、PTSDの古典的な、PTSDの現行の診断基準は主に限局性外傷の事件の被害者からとられたものである。すなわち典型的な戦闘、自然災害、レイプに基づいている。

しかし長期反復外傷の生存者の症状像は、しばしばはるかに複雑である。長期虐待の生存者は特徴的な人格変化を示し、自己同一性及び対人関係のゆがみも含まれる。幼年期虐待の被害者も、同一性と対人関係に似た問題を生み出す。

回復の方向性として、ハーマンは「無力化、他者からの離断」から「有力化、他者との結びつきを創る」という変化を示しました。そして回復の三段階、これは先ほどの須賀先生のお話にも出ていましたね。①安全を確立する、②想起と服喪追悼、③通常生活との再結合。

ハーマンのこの見解が基本的に今でも踏襲されていることについても、先ほど須賀先生からお話がありました。

ちなみに皆様よくご存じのとおり、ハーマンの本は、ここのセンターと関わりの深い中井先生が訳しておられます。中井先生ならではの名訳です。

複雑性PTSDに関する簡単なおさらい②
ICD-11の診断基準

- ・CPTSDの疾患概念は、国際的な診断基準で採択されてこなかったが、ICD-11で公式診断として記載された
- ・ICD-11のCPTSDの診断基準は、以下のようになっている

1. PTSDと共通の3カテゴリー症状
 - ・再体験症状(解離性フラッシュバック、悪夢)
 - ・回避症状(関連のある思考、感情、事物、状況の回避)
 - ・脅威の感覚(過度の警戒心、過剰な驚愕反応)
2. 自己組織化の障害DSO: Disturbances in Self-Organizationの3カテゴリー症状
 - ・感情制御困難 AD: Affect Dysregulation
 - ・否定的自己概念 NSC: Negative Self-Concept
 - ・対人関係障害 DR: Disturbances in Relationships

次は、ICDの診断基準。これも先ほど須賀先生のお話にありましたので簡単に触れます。これまで国際的な診断基準で複雑性PTSDは採択されていませんでしたが、ICD-11で公式診断として記載されました。

診断基準は、まず古典的なPTSDとの共通の3カテゴリー症状、①再体験症状、②回避症状、③脅威の感覚があります。

更に加えて、複雑性PTSDでは「自己組織化の障害DSO」の3カテゴリー症状、①感情制御困難、②否定的自己概念、③対人関係障害が挙げられています。

この診断基準を見慣れていない方は、「自己組織化の障害DSO」と聞くと、何やら面妖な、よく分からない言葉が出てきたなあ、という違和感を覚えるかもしれません。しかし、これはそんな大層なこと言っているわけではなく、その内実を理解するのは難しくはありません。

人間が気持ちよく、穏やかに日々過ごすためには、①感情の制御、感情をうまくコントロールできることが必要だし、②自分に対して肯定的な自己概念を持っていることも必要で、③安定した対人関係を持ちうることも必要ですね。私たちが穏やかな生活を送っていくために必要な、感情のコントロール、肯定的な自己評価、安定した人間関係の維持が、CPTSDの方たちでは難しくなっていることが、「自己組織化の障害DSO」で示されているわけです。

複雑性PTSDで自己組織化の障害DSOが生じることは、容易に想像できるのではないかと思います。たとえば、小さいときから繰り返し虐待を受けてきた人は、当然感情のコントロールが難しくなり、自己概念が否定的になり、安定した人間関係を持ちにくくなるでしょう。

複雑性PTSDに関する簡単なおさらい③
原因となる状況—私見を含めて

- ・最も多いストレスは、極度に脅威的で恐怖の対象となるような出来事で、逃れることが困難／不可能である長期反復性の体験
- 例: 戦争関連の経験(捕虜、強制収容所体験など)、難民経験、子ども時代の身体的・性的虐待体験
- ・但し単回性トラウマ体験によってCPTSDが生じる場合もある
- ・私見では、家庭内の身体的・性的虐待に加えて、家庭での心理的虐待、過酷ないじめやハラスメント、暴力的教師による被害といった臨床の場で頻繁に出会う症例においても、ICD-11の診断基準(PTSD+DSO)を満たす場合が少なくない
- ・診断基準を満たす場合、CPTSDに準じて病態理解～臨床的対応を行うべきではないかと考えている(軽症CPTSD)

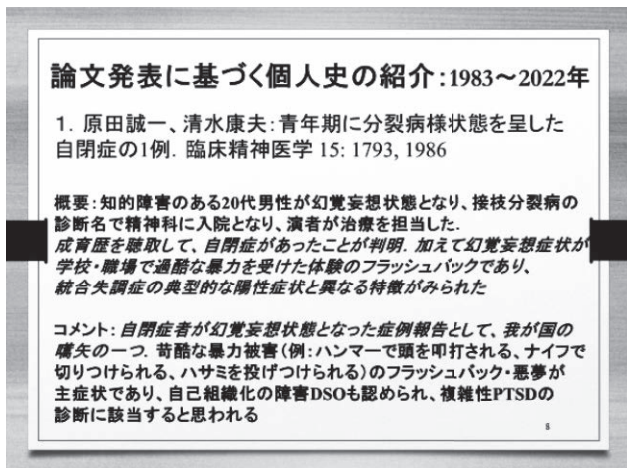
複雑性PTSDに関する簡単なおさらいの、③「原因となる状況—私見を含めて」です。スライドを読みます。

最も多いストレスは、極度に脅威的で恐怖

の対象となるような出来事で、逃れることが困難、不可能である長期反復性の体験。戦争、難民、子ども時代の身体的・性的虐待体験が代表的なものです。単回性トラウマ体験によってCPTSDが生じる場合もあることは、須賀先生がおっしゃったとおりです。

私見では、家庭内の身体的・性的な虐待に加えて、家庭での心理的虐待、苛酷ないじめやハラスメント、暴力的教師による被害者においても、こうした臨床の場で頻繁に出会う症例でも、ICDの診断基準、つまり「古典的PTSD+自己組織化の障害DSO」を満たす場合が少なくないように感じています。この診断基準を満たす場合には、CPTSDに準じて病態理解、臨床的対応を行うべきではないか、と考えています。軽症CPTSDと申し上げていいでしょうか。

本人に診断名を伝える際には、厳密には複雑性PTSDの診断基準に該当しないと断った上で、軽症CPTSD、あるいは昔から使われてきた術語である外傷性精神障害に当たる、と話すようにしています。

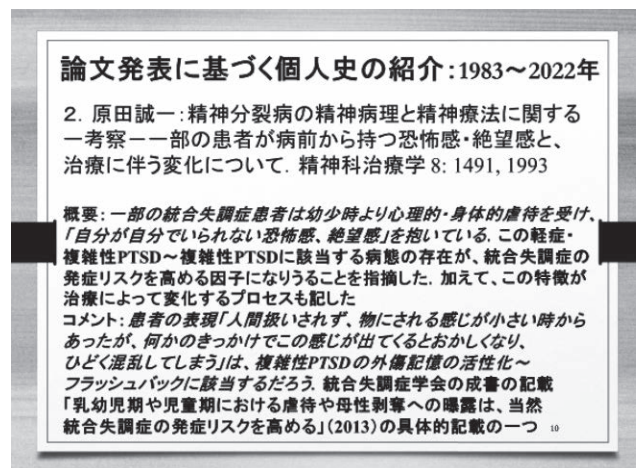


次は、複雑性PTSDと関連のある論文発表に基づく個人史の紹介です。私が医者になった1983年から今年まで書いてきた中から、幾つか紹介させていただきます。

初めは、「青年期に分裂病様状態を呈した自閉症の一例」。私が研修医のときの臨床経験を医者になって3年目に書いた、初めての論文です。大学の先輩、清水康夫先生にご指導いただきながら書きました。「概要」を読みます。

知的障害がある20代の男性が幻覚妄想状態となり、接枝分裂病、昔はこういう言い方したんですね、接枝分裂病の診断名で精神科に入院となり、私が治療を担当しました。生育歴を聴取すると自閉症があったことが判明し、加えて幻覚妄想症状が学校・職場で苛酷な暴力を受けた体験のフラッシュバックであり、統合失調症の典型的な陽性症状と異なる特徴が見られたことを報告しました。

「コメント」です。自閉症者が幻覚妄想状態となった症例報告として、我が国の嚆矢の一つです。患者は苛酷な暴力被害を受けており、ハンマーで頭を叩打される、ナイフで切りつけられる、ハサミを投げつけられるなどの経験がありました。こうした体験のフラッシュバック、悪夢が主症状であり、DSOも認められ、複雑性PTSDの診断に該当すると思います。



2つ目は、「精神分裂病の精神病理と精神療法の一考察」。「概要」を読みます。

一部の統合失調症患者は幼少時より心理的・身体的虐待を受け、自分が自分でいられない恐怖感、絶望感、これは患者さんがおっしゃった表現です、を抱いている。この軽症CPTSDあるいはCPTSDの存在が、統合失調症の発症リスクを高める因子になり得ることを指摘しました。加えて、この特徴が治療によって変化するプロセスも記しました。

「コメント」です。この論文に出てくる患者さんの表現、「人間扱いされず、物にされる感じが小さいときからあったが、何かのきっかけでこの

感じが出てくるとおかしくなり、ひどく混乱してしまう」は、CPTSDの外傷記憶の活性化、フラッシュバックに相当するでしょう。統合失調症学会の成書の記載「乳幼児期や児童期における虐待や母性剥奪への暴露は、当然統合失調症の発生リスクを高める」の具体例の一つと考えています。

論文発表に基づく個人史の紹介:1983~2022年

3. 原田誠一:外傷性精神障害に該当するパニック障害
貝谷久宜、不安・抑うつ臨床研究会編:パニック障害症例集
日本評論社、2001

概要:広場恐怖を伴うパニック障害を発症した高校3年生(女性)。薬物療法抵抗性のため、大学病院を紹介受診して演者が担当。クラブ活動の顧問の教師からハラスメント的な対応(例:皆の前で怒鳴りつけ叱責する、胸倉をつかまれ詰問される、長時間正座を強いる)を受けており、フラッシュバック、回避、過覚醒、解離症状が存在。父親が「わがまま」「心が弱い」ととらえ厳しく接していた。初診時に父親宛の手紙を書き、父親の態度が軟化して比較的速やかに改善。高校卒業後、治療終結となった

コメント:初診時にはDSOもみられ、軽症のCPTSDに該当すると思われる症例。安全・安心の確保(父への手紙)が奏功した

3つ目は、「外傷性精神障害に該当するパニック障害」で、不安障害の論文です。「概要」を読みます。

患者は、広場恐怖を伴うパニック障害を発症した高校3年生の女性です。精神科を受診して外来治療を受けましたが薬物療法抵抗性だったため、当時私が勤務していた大学病院を紹介受診して、私が外来治療を担当しました。

話を聞いていくと、クラブ活動の中で顧問の教師からハラスメント的な対応を受けていることが判明しました。たとえば、皆の前でどなりつけられ叱責される、胸倉をつかまれ詰問される、長時間正座を強いられる。

こうした被害を受けていて、そのフラッシュバック、回避、過覚醒、解離症状が存在しました。さらに、父親が本人の様子を見て、わがまま、心が弱いと捉えて厳しく接していました。

話を聞いて、初診時に本人、母親の了解を得た上で父親宛ての手紙を書きました。お父さんがお嬢さんの病気をこのように理解して接していくと早く良くなると思います、何かご質問などありましたらお聞かせください、という内容です。するとお父さんが理解してくれて、患者への態度が軟化しました。その後比較的速やかに改善して、高

校卒業後、治療終結となりました。

「コメント」です。初診時には自己組織化の障害も見られ、軽症のCPTSDに該当すると思われる症例です。安全・安心の確保、お父さんへの手紙が奏功したと考えています。

論文発表に基づく個人史の紹介:1983~2022年

4. 原田誠一:短時間の外来診療における複雑性PTSDへの対応-「複雑性外傷記憶」概念を導入して行う心理教育と精神療法の試み. 精神療法 44: 533, 2018

概要:演者が試作した「複雑性PTSDの心理教育」の内容を紹介した論文。「複雑性外傷記憶、友好・安心モード、敵対・混乱モード」を三つのキーワードにして病態と治療導入について説明する内容。内容の一部を、後ほど紹介します

コメント:この論文は、原田誠一編『複雑性PTSDの臨床』(金剛出版、2021)に収録されています

4つ目は、「短時間の外来診療における CPTSD への対応」。私が試作した「CPTSD の心理教育」の内容を紹介した論文です。複雑性外傷記憶、友好・安心モード、敵対・混乱モードを3つのキーワードにして、病態と治療について説明してみました。一部を、後ほど紹介致します。

論文発表に基づく個人史の紹介:1983~2022年

5. 原田誠一:複雑性PTSD~軽症・複雑性PTSDの心理教育と精神療法の試み-気分障害と不安障害を例にあげて. 精神療法 45: 360, 2019

概要:複雑性PTSD~軽症・複雑性PTSDが、多くの気分症や不安症の病態に関わっており、難治性~治療抵抗性との関連が深いことを具体的に指摘した。内容の一部を、後ほど紹介します

コメント:この論文は、原田誠一編『複雑性PTSDの臨床』(金剛出版、2021)に収録されています

次は、「複雑性PTSD~軽症・複雑性PTSDの心理教育と精神療法の試み-気分障害と不安障害を例にあげて」です。「概要」を読みます。

複雑性PTSDが多くの気分症や不安症の病態と関わっていて、難治性、治療抵抗性との関連が深いことを具体的に指摘しました。内容の一部を後ほど紹介します。

論文発表に基づく個人史の紹介:1983~2022年

6. 原田誠一:不安・抑うつ発作と複雑性PTSDの関連についての私見. 不安症研究 11: 47, 2019

概要:本論で演者は、かねてより貝谷が提唱している不安・抑うつ発作と複雑性PTSDに、本質的な共通点・重なりがあることを指摘した。そして、貝谷が不安・抑うつ発作での有効性を発見したハロペリドールHPの少量投与が、複雑性PTSDでも有用である可能性に触れた

コメント:ドーパミン受容体D4アゴニストをラットに投与すると恐怖反応が生じるという実験結果から、ドーパミン受容体D4アンタゴニスト作用が強いHPが有効性を発揮するのではないかと貝谷は推定している。ある慧眼の先輩精神科医が、一筋縄ではいかない症例でHPを頻用し、実際に奏功していた(投与をやめると悪化した)ことを思い出します(複雑性PTSD~不安・抑うつ発作でのHP処方、保険適応外です)
18

次は、「不安・抑うつ発作と複雑性PTSDの関連についての私見」。「概要」を読みます。

本論で私は、かねてより貝谷久宣先生が提唱している不安・抑うつ発作と複雑性PTSDに、本質的な共通点・重なりがあることを指摘しました。そして、貝谷先生が不安・抑うつ発作での有効性を発見したハロペリドールの少量投与が、複雑性PTSDでも有用である可能性に触れました。

「コメント」です。ドーパミン受容体のD4アゴニストをラットに投与すると恐怖反応が生じるという実験結果から、D4アンタゴニスト作用が強いハロペリドールが有効性を発揮するのではないかと貝谷先生は推定しています。

ある炯眼の大学の先輩の精神科医は、一筋縄ではいかない症例、気分症であれ、不安症であれ、パーソナリティ症であれ、ハロペリドールの少量を頻用して実際に奏功していました。患者さんがハロペリドールを飲むとよくなり、やめると悪化する現象がみられました。

ハロペリドールに関してはもうお一人、このセンターとのゆかりの深い中井先生も想起します。中井先生は、解離性同一性障害の薬物療法で有効性を期待しうる薬として、ハロペリドールを挙げておられます。

ちなみに、複雑性PTSDや不安・抑うつ発作でのハロペリドールの処方には保険適用外です。複雑性PTSDの治療で利用する際のハロペリドールは少量でよくて、統合失調症で処方するときの10分の1ぐらいで十分です。具体的にはハロペリドールの一番容量の少ない錠剤0.75ミリグラ

ムの4分の1錠から1錠、多くても2錠ぐらいで十分効くと感じています。これぐらいの少量ですと、抗精神病薬の副作用としてよく見られる薬剤性パーキンソン症候群は、あまり出現しません。割と安全に使える、という印象を持っています。

論文発表に基づく個人史の紹介:1983~2022年

7. 原田誠一:解離と複雑性PTSD-トラウマ周辺解離を「急速スイッチ群」と「亜急性移行群」に二分する試論. 精神療法 47: 66, 2021

概要とコメント:趣旨の一部は、次の内容にまとめられる
解離と複雑性PTSD-三相の状態像とポリヴェーガル理論の関係
・外傷記憶の活性化に伴う三相の状態像の移行

1. 友好・安心モード<社会関与システム:安全状況、腹側迷走神経>
 2. 敵対・混乱モード①:パニック発作、分裂・スプリッティング
<可動化システム:危険状況、闘争・逃走反応、交感神経>
 3. 敵対・混乱モード②:解離性精神病状態を含む解離症
<不動化システム:生の脅威状況、凍りつき反応、背側迷走神経>
- ・解離は「逃げ場がない」時に生じる有効な防衛機制(自然治癒力の発現)である。解離の治療のポイントの一つは「逃げ場作り」
20

最後は、「解離と複雑性PTSD」です。「概要とコメント」を読みます。

この論文の趣旨の一部は、次の内容にまとめられます。私は「複雑性PTSDの三相の状態像」を考えてみたのですが、その内容とポリヴェーガル理論を比較、検討してみました。

第一相は、外傷記憶が活性化していない状態、友好・安心モードです。これはポリヴェーガル理論の社会関与システムに該当し、安全な状況で生じて腹側迷走神経複合体が関与します。

第二相は、敵対・混乱モード①です。外傷記憶が活性化して、パニック発作や分裂・スプリッティングが見られます。ポリヴェーガル理論の可動化システムに該当し、危険な状況における闘争・逃走反応が見られ交感神経系が関与します。

第三相は、敵対・混乱モード②で解離症がみられます。ポリヴェーガル理論の不動化システムに該当し、生の脅威状況での凍りつき反応が見られ、背側迷走神経複合体が関与します。

先ほど須賀先生が触れておられたように、解離への治療的対応はなかなか難しいものです。私は、解離は逃げ場がないときに生じる大変有効な防衛機制、自然治癒力の発現と捉えていて、解離の治療のポイントの一つは逃げ場づくりであると思っています。これについては、後ほど説明します。

39年間、素人なりに対応を試行錯誤してきた 一精神科医の感想

・演者は、元来複雑性PTSDに格別関心を抱いていた訳ではなく、現在に至るまでCPTSD治療の専門的な教育・研修を受けたこともない、この領域の素人的存在である
 ・しかるに結果的には、研修医時代から現在までの39年間、一貫してCPTSDとの関わりが続いており、素人なりに対応を試行錯誤してきた
 ・そうした中改めて感じるのは、大変多くの精神障害にCPTSDが深く広く関わっていること、そしてその点への着目・関心が従来の正統的な精神医学、精神医療に乏しかったことの問題性である
 ・今後、CPTSDへの関心が高まっていくであろうが、その際新しい治療法の導入が必須であることは当然至極であるが、旧来からの我が国における独自の臨床の知を再学習して、温故知新的な経験を積むことも必要かつ有効ではないか、と考えている

21

39年間、素人なりに対応を試行錯誤してきた一精神科医の感想です。私は、先ほども申し上げましたように、元来、複雑性PTSD、トラウマに格別関心を抱いていたわけではなく、現在に至るまでCPTSDの専門的な教育・研修を受けたことのない、この領域の素人的な存在です。しかるに結果的には、研修医時代から現在までの39年間、一貫して複雑性PTSDとの関わりが続いていて、素人なりに対応を試行錯誤してきました。

そうした中改めて感じるのは、大変多くの精神障害にCPTSDが深く広く関わっていること、そして、その点への着目・関心が従来の正統的な精神医学、精神医療に乏しかったことの問題性です。今後、CPTSDへの関心が高まっていくでしょうが、その際、新しい治療法の導入、先ほど須賀先生が紹介されたSTAIR-NTなどの導入が必須であることは当然ですが、旧来からの我が国における独自の臨床の知を再学習して、温故知新的な経験を積むことも必要かつ有効ではないか、と考えています。

私が想定している、我が国で独自の臨床の知を発表なさってきた先生の名前をあげますと、中井久夫先生、それから、私のお師匠さんの一人、神田橋條治先生、このお二人が代表格です。加えて、河合隼雄先生、村瀬嘉代子先生、山中康裕先生、あと神戸と関わりが深い先生では安克昌先生がおられますね。更には、イメージ療法の田嶋誠一先生や福留留美先生。あと、先ほど紹介した貝谷久宣先生ですね。こうした先生方の仕事を学習して、臨床の場で活用していく姿勢も必要と考えています。

複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識①

精神療法 47: 551-555, 2021 の一部を紹介します

1. 三つの基本条件: 体験される人間関係の特徴、自己表現のタイプ、外傷記憶の活性化に伴うモードチェンジ

複雑性PTSDの当事者は、「命令、支配する/される」「監視、束縛、攻撃する/される」「他者=優越して危険で理不尽な存在/自分=弱い立場にいて無力な犠牲者的存在」という外傷的な人間関係を数多く体験している。そして日常生活における一般的な人間関係においても、繰り返し学習し習慣化しているこうした認知行動パターンをとりやすい

(基本条件①: 体験される人間関係の特徴)

22

次は、「複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識」。私たちが当事者と接する際には、相手が日々どう感じ、考え、暮らしているかを知る必要がありますね。そのことに触れた論文の一部を紹介します。スライドを読みます。

まず、「3つの基本条件、体験される人間関係の特徴、自己表現のタイプ、外傷記憶の活性化に伴うモードチェンジ」。

複雑性PTSDの当事者は「命令、支配する/される、監視、束縛、攻撃する/される」という人間関係を数多く体験しており、「他者=優越して危険で理不尽な存在」「自分=弱い立場にて無力な犠牲的存在」と感じがちです。そして、日常生活における一般的な人間関係においても、繰り返し学習し習慣化しているこうした認知行動パターンを取りやすいものです。以上が、基本条件の①の「体験される人間関係の特徴」です。

複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識②

自己表現のタイプで多いのは、基本は「非主張的な自己表現」であり、時に「攻撃的な自己表現」を行うが「アサーティブな自己表現」は乏しい、という内容である (基本条件②: 自己表現のタイプ)

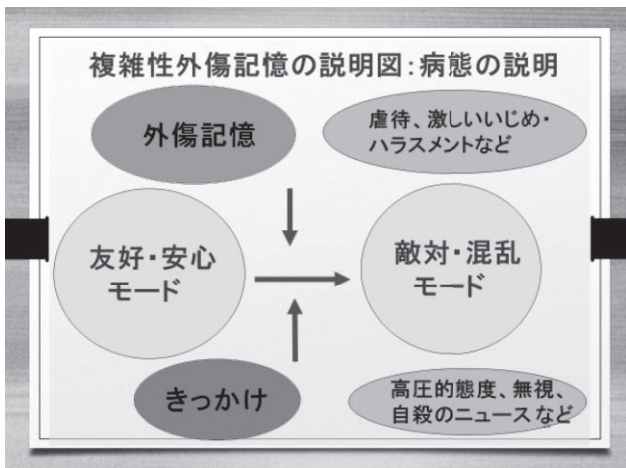
また何らかのトリガーで外傷記憶が活性化すると、「友好・安心モード」から「敵対・混乱モード」への変換が瞬時に起こる。「敵対・混乱モード」では心身の状態が不安定となり、様々な状態像(例: パニック発作、暴発反応や行動化を伴うスプリットティング、解離症)を呈することがある (基本条件③: 外傷記憶の活性化に伴うモードチェンジ)

23

自己表現のタイプで多いのは、基本は「非主張的な自己表現」であり、時に「攻撃的な自己表現」を行うが、「アサーティブな自己表現」(アサーショ

ン)は乏しい。以上が、基本条件②の「自己表現のタイプ」です。

また、何らかのトリガーで外傷記憶が活性化すると「友好・安心モード」から「敵対・混乱モード」への変換が瞬時に起こります。「敵対・混乱モード」では心身の状態が不安定となり、様々な状態像を呈します。パニック発作や暴発反応、行動化を伴うスプリッティング、解離症などがみられます。これが基本条件③「外傷記憶の活性化に伴うモードチェンジ」です。



これが「複雑性外傷記憶の説明図」です。虐待や激しいいじめ、過酷なハラスメントなどに伴い、外傷記憶が形成されます。普段これは活性化しておらず、活性化していない時は友好・安心モードにいます。他人や世界がフレンドリーに感じられて安心して能天気であられ、そうした際の気分、体調は良好です。

それが、何かきっかけがあると、例えば高圧的な態度を取る人がいる、無視される、自殺のニュースや、最近ではロシアによるウクライナ侵攻のニュースを見ると、それがトリガーになります。こうしたきっかけで外傷記憶が活性化すると、瞬時に敵対・混乱モードに移行します。敵対・混乱モードに入ると、例えば虐待を受けた人ならば、虐待を受けたときの心身の状態が再現します。情動不安定になってもやもやし、いろいろな身体症状が出現します。体の各所が痛くなったり、息苦しさ、動悸、めまい、しびれなど色々な身体症状がみられます。加えて知覚過敏、例えば聴覚過敏や視覚過敏も出現します。

複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識 ③

2. 当事者の発言内容と少しでも違うことを相手に口にする、「理不尽に攻撃され、全否定された」と感じやすい

当事者が何か発言した際に、治療者が少しでも異なることを口にするとながティブな反応が生じやすい。通常の対人関係においては好ましいコミュニケーションパターンとみなされているアサーションに則った応接を行っても、この現象が起きてしまうことがある

例えば、治療者が「なるほど、貴方はこう考えるのですね、よく分かります。しかるに一方、こういう事情もあるように思いますが、どうでしょう」といった対応をしても紛糾が生じうる

2番目は、「当事者の発言内容と少しでも違うことを相手に口にする、理不尽に攻撃され全否定されたと感じやすい」。

当事者が何か発言した際に、治療者が少しでも異なることを口にするとながティブな反応が生じやすい。通常の対人関係においては好ましいコミュニケーションパターンとみなされているアサーションにのっとりた応接を行っても、この現象が起きてしまうことがあります。例えば治療者が、「なるほど、あなたはこう考えるのですね、よく分かります。しかるにこういう事情もあるように思いますが、どうでしょう」といったアサーティブな対応をしても紛糾が生じ得ます。

こうした状況で当事者が示す態度にはバリエーションがあり、表情が硬くなる程度で止まる場合、穏やかに反発を口にする場合、例えば、相手の発言を遮って、おもむろに自分の考えを述べ始めることがあります。更には、すこぶる激しい言動が見られることもあります。暴発反応や行動化を伴うスプリッティングに該当し、バリエーションは「非常に激しくかまびすしい症状が激発する」と記載しています。

河合隼雄先生は、相手から面と向かって大声で自分を全否定され罵倒された体験が、治療者としてのイニシエーションになった、と書いておられます。

この種の反応をできるだけ少なく、そして小さくするために、治療者は丁寧な対応を行います。その際、従来から言われてきた精神療法の基本、受容・共感・一致、傾聴・支持、あるいは

神田橋先生の言う「ともに」の雰囲気的重要性が、改めて実感されるでしょう。

複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識⑤

加えて、神田橋による次の指摘の意味合いをよく理解できると思っています。神田橋先生はこう書いています。

出会いの冒頭のこちらの雰囲気は「相談者を迎える」姿勢で、商店でお客様を迎えるときの味わいです。そのとき「わたしが役に立てば良いですが」と心のなかで呟くのがコツです。「お求めの品があると良いですが」と思う商店主と同じ、自信のない姿勢が安全です…

自信のない姿勢からスタートしますので、(治療者が)提示する「見立てや援助」はすべて仮説であり、来談者ととともに検討・実験・検証することで採用されたり捨てられたりする予定の提示物であると位置づけます…

加えて、神田橋先生による次の指摘の意味合いをよく理解できると思っています。神田橋先生はこう書いています。

「出会いの冒頭のこちらの雰囲気は相談者を迎える姿勢で、商店でお客様を迎えるときの味わいです。そのとき、私が役に立てばよいのですが、May I help you? と心の中でつぶやくのがコツです。お求めの品があるとよいのですが、と思う商店主と同じ、自信のない姿勢が安全です。

自信のない姿勢、謙虚な姿勢からスタートしますので、治療者が提示する見立てや援助は全て仮説であり、来談者ととともに検討・実験・検証することで採用されたり捨てられたりする予定の提示物であると位置づけます。個々の治療・援助は実験仮説であり、実験の主体者は来談者本人であり、治療者は共同実験者であるという関係構造をつくる作業です。不信の活用です。

来談者のもたらず情報、経験・学びの成果、生来の資質などが使える資産です。他方、僕らの知識、技術、生来の資質なども資産ですが、これらは過去の学びに由来するものであり、目の前の来談者についての有用性は不明です。このことを失念している援助者が医療での傷つき・愛着障害を引き起こします」。

以上は、とても重要であり正しい指摘であると思っています。

複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識⑦

5. 多くの当事者は「気持ちがいいこと探し」に慣れておらず、不用意に「気持ちがいいこと探し」に誘うと「面接の副作用」が生じることがある

神田橋は「養生のコツの中でいちばん大切な、基本となる助言」として、「日々の生活の中で、自分なりに『ああ、気持ちがいい』あるいは『気分がいいなあ』と感じる瞬間を探す」ことをあげている。その際、神田橋は「『気持ちがいい』という感じをつかむのに慣れていない人がとても多い」と指摘した。実際のところ、多くの複雑性PTSDの当事者は「気持ちがいい」という感覚を把握して味わい楽しむことへの馴染みが薄く、「気持ちがいい」感覚を生み出せる手持ちのレパートリーが少ない

幾つか飛ばして、「基礎知識」の5番目の内容を紹介します。「多くの当事者は気持ちがいいこと探しに慣れておらず、不用意に気持ちがいいこと探しに誘うと面接の副作用が生じることがある」。

神田橋先生は、養生のコツの中で一番大切な基本となる助言として、「日々の生活の中で、自分なりに、ああ、気持ちがいい、あるいは気分がいいなあと感じる瞬間を探す」ことを上げています。

その際、神田橋先生は気持ちがいいという感覚をつかむのに慣れていない人がとても多い、とも指摘しました。実際のところ、多くの複雑性PTSDの当事者は気持ちがいいという感覚を把握して味わい、楽しむことへのなじみが薄く、気持ちがいい感覚を生み出す手持ちのレパートリーが少ないものです。そして、気持ちがいいという感覚をつくれないと当事者の生命力、自然治癒力が活性化される機会が少なくなり、本人の生活がなかなか広がっていかない、という問題につながります。

複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識⑧

その背景事情は様々だが、次のような例がよく見られる

①そもそも、成育史の中で「気持ちがいい」という体験を味わう機会が少なかった。②過酷な生活状況中、「気持ちがいい」という感覚を味わうゆとりがない。

③何らかの理由で、周囲が「気持ちがいい」体験を持つことを禁じている。④何らかの負い目～周囲への気兼ねが原因となり「気持ちがいい」体験をするのを自ら禁じている。

⑤重篤な症状が邪魔をして「気持ちがいい」体験をするのが難しい。⑥リラックスして「気持ちがいい」状態にいる時に傷つけられる体験が多々あり、油断大敵と身構えている場合も多い

その背景事情は様々ですが、次のような例がよく見られます。

そもそも成育史の中で気持ちがいいという体験を味わう機会が少なかった。苛酷な生活状況の中、気持ちがいいという感覚を味わうゆとりがない。何らかの理由で周囲が気持ちがいい体験を持つことを禁じている。何らかの負い目、周囲への気兼ねが原因となって、気持ちがいい経験をするのを自ら禁じている。重篤な症状が邪魔をして気持ちがいい体験をするのが難しい。リラックスして気持ちがいい状態にいるときに傷つけられる体験が多々あり、油断大敵と構えている場合も多い。

激しい攻撃をしてくる危険な人物が身近にいる状況での重要課題は、攻撃のリスクを減らして安心・安全を確保し、サバイバルを目指すことです。その実現のためには周囲をよく観察し、危険な人物の様子や意向を踏まえつつ、慎重に行動する必要があります。当事者が自分の体の感覚、あるいは本音をしっかりキャッチしてそれに基づいて行動すると、攻撃を受けるリスクが高まりすこぶる危険です。加えて、身体的な激しい暴力被害を受けた経験のある当事者は、身体感覚を意識する経験を介して外傷記憶が活性化しがちなため、身体感覚を遮断して意識化しないでいる場合が多いものです。

さらには、自分の外傷体験のもととなった人物、例えば親、教師への恐怖・忌避・反発からその人物を連想させる気持ちがいい状況、例えば食事、音楽、性関連の事柄で楽しむのを避けていることもあります。このようにCPTSDの当事者の多くが自分の体の感覚や本音の自覚に乏しいことには様々な背景事情や成立過程があります。

こうした当事者に対して、性急に気持ちがいいこと探しに誘うのは多大な危険を伴います。治療者のこの事情を踏まえて、気持ちがいいこと探しを少しずつ慎重に行っていくよう当事者と話し合います。比較的安全に行えるやり方は、当事者の話を聞く中で、この場面で気持ちがいいと体験できたようだと治療者が感じた際に、その旨を指摘して事後的に共通認識にする方法です。

複雑性PTSDの当事者と接する際の基礎知識 ⑩

おわりに

…本稿で記した認識に基づいて試行錯誤を行っている筆者に、ある当事者が述べた治療者評を最後に引用させていただきます

「偉ぶらない、話をすり替えない、向き合おうとしている。訓練を続けている、しぶとい。面白がってよく吹き出す、ときどき慌てる、正直」

(*) 演者は複雑性PTSDの臨床に携わっている際に、河合隼雄による次の記載を良く思い出します

一般に対決という場合、自分の長所を利用して他と対決しようとするものだが、われわれ治療者は自分の弱点を通じて対決させられることが多い。われわれは自分の弱点で勝負をするのである (河合隼雄: 心理療法における「受容」と「対決」、1977)

ちょっと飛ばして「おわりに」に移ります。ある複雑性PTSDの当事者が私に語ってくれた治療者評を、最後に紹介します。偉ぶらない、話をすり替えない、向き合おうとしている。訓練を続けている、しぶとい、面白がってよく吹き出す。時々慌てる。正直。

「実像を突いているなあ」と思ったので、「論文で紹介していいですか」と伺って、了解をいただくことができました。

私は複雑性PTSDの臨床に携わっている際に、河合隼雄先生による次の記述をよく思い出します。

「一般に対決という場合、自分の長所を利用して他と対決しようとするものだが、われわれ治療者は自分の弱点を通じて対決させられることが多い。われわれは自分の弱点で勝負をするのである」。

私は「正しい指摘だなあ」と思っています。複雑性PTSDの当事者の皆さんが我々の対応で反応するとき、我々の中にある至らなさ、不十分さに反応しているのだと思います。健康な人たちは自分のそういうところをスルーしてくれますが、過去にいろいろ苦勞して外傷記憶が形成されている方は、我々の至らないところがトリガーとなって敵対・混乱モードに陥ることが多々あります。こうした経験を通して、私たち治療者は自分の不十分な点を少しずつ変えていく試行錯誤を、一生涯続けていくことになるのだなあ、と日々思っています。

次は、複雑性 PTSD と気分症・不安症の関連です。まず、気分症の代表としてうつ病を取り上げます。

うつ病の寛解：実現が容易ではない実態

- ・大規模臨床試験 STAR*D の結果
 - ・標準的治療アルゴリズムでの寛解達成は3分の1
 - ・治療ステップ4まで進んでも、寛解達成は3分の2
 - 薬物療法による寛解達成は、必ずしも容易ではない
- ・臨床現場での印象では・・・
 - ・患者本人の健康度が高く
 - ・周囲のサポート力も高い場合に、寛解が得られやすい
- ・その他で、寛解実現が必ずしも容易ではない理由、薬物療法抵抗性のうつ病が少なくない背景事情は？

近年いろいろなうつ病の新薬が出ていますが、薬物療法で寛解状態を実現するのはそう容易ではありません。アメリカで行われた大規模臨床試験、STAR*D の結果によると、標準的治療アルゴリズムでの寛解達成は3分の1、最後の治療ステップ4までいっても寛解達成は3分の2に留まった、と報告されています。今のところ、いろいろ処方工夫しても3分の1は薬物療法抵抗性である、という結果です。薬物療法による寛解達成は必ずしも容易ではないということが、改めて明らかになったわけです。

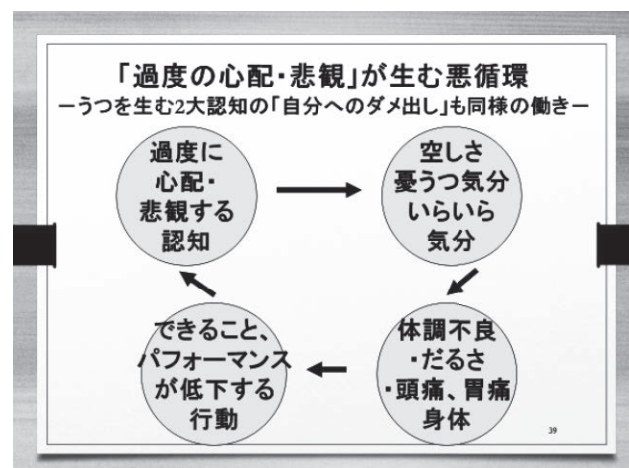
臨床現場での印象では、患者本人の健康度が高く周囲のサポート力も高い場合に寛解が得られやすいという感触があり、その方たちが「薬物療法で寛解状態に入り得る3分の2」にあたるように感じています。

では、それ以外の場合に寛解実践が必ずしも容易ではない理由、薬物療法抵抗性のうつ病が少なくない背景事情には、どのようなものがあるのでしょうか。

うつ病の寛解実現：難しさの内実 ①

- ・寛解実現が、必ずしも容易でない内実の例は？
- ・薬物療法抵抗性と関わる「本人側の要因」の例
 - ・うつ病になって自信を失い、自責～悲観傾向が目立つようになっている(要因①: 否定的自動思考)
 - ・元来、不安～葛藤の処理が苦手だったり、発症後に回避～強迫傾向が顕著にみられるようになった(要因②: 回避～強迫傾向)
 - ・こうした事情に伴い、生活のリズムが乱れたり活動量が減って、「上の空」の時間が増えてしまいがち(要因③: 活動量の不足、要因④: 上の空)

本人の要因としては、うつ病になって自信を失って、自責～悲観傾向が目立つようになっていくこと。要因①は「否定的自動思考」です。先ほど須賀先生の話でも、自分に対するネガティブな認識という内容が出ていましたが、抑うつを生み出す2大認知に「自分へのダメ出し」と「過度の悲観」があります。



この図は、「過度な悲観」が抑うつを生み出すプロセスを示しています。「過度に悲観する認知」があると、そこから「気分」がネガティブに振れて「体調」が悪くなり「パフォーマンス」が落ちますので、ますます「悲観」してしまおう。加えて、「できること、パフォーマンスが低下する」ので気分転換が難しくなり、ますます煮詰まってしまう。多くの患者さんが、この悪循環に陥っています。

うつ病の寛解実現：難しさの内実 ①

- ・寛解実現が、必ずしも容易でない内実の例は？
- ・薬物療法抵抗性と関わる「**本人側の要因**」の例
- ・うつ病になって自信を失い、自責～悲観傾向が目立つようになっている（**要因①：否定的自動思考**）
- ・元来、不安～葛藤の処理が苦手だったり、発症後に回避～強迫傾向が顕著にみられるようになった（**要因②：回避～強迫傾向**）
- ・こうした事情に伴い、生活のリズムが乱れたり活動量が減って、「上の空」の時間が増えてしまいがち（**要因③：活動量の不足、要因④：上の空**）

「本人の要因」の二つ目は、元来、不安・葛藤の処理が苦手だったり、発症後に回避～強迫傾向が顕著に見られるようになるという「回避～強迫傾向」。

更には、生活のリズムが乱れたり活動量が減って、上の空の時間が増えてしまいがちなこと。「本人の要因」の三つ目は「活動量の不足」、四つ目は「上の空」です。

うつ病の寛解実現：難しさの内実 ②

- ・寛解実現が、必ずしも容易でない内実の例は？
 - ・薬物療法抵抗性と関わる「**環境側の要因**」の例
 - ・周囲が、患者に対して過度に厳しい態度をとっている
 - ・本人にとって対応が難しい課題が存在する
 - ・うつ病の発症～その後の経過の中で、患者の生活に重大な生活の変化が生じて、生活の再建が必要
- (*)これらの**環境要因**は「4つの**本人側の要因**」を増幅して抑うつが悪化～遷延化に寄与する

環境側の要因としては、①周囲が患者に対して過度に厳しい態度を取っている、②本人にとって対応が難しい課題が存在する、③うつ病の発症、その後の経過の中で、患者の生活に重大な変化が生じて、生活の再建が必要であること、があります。

これらの環境要因には、4つの本人側の要因を増幅する作用があって、抑うつが悪化～遷延化に寄与します。

4つの本人因子へのCBTのアプローチ

- ・「否定的自動思考」「回避／強迫」「活動量の不足」「上の空」の4因子は、多くの症例で発症～再発～遷延化と関わり、薬物療法や受容・共感・一致に基づく通常の精神療法だけでは、変化しにくい場合が少なくない
- ・4因子に対して、CBTは次のアプローチ法を有している
- ①否定的自動思考：「自分へのダメ出し」「過度の悲観」
→**認知再構成**（思考記録の利用）
- ②回避／強迫
→**曝露**（エクスポージャー）
- ③活動量の不足
→**行動活性化**
- ④上の空
→**マインドフルネス**

「4つの本人因子」は、多くの症例でうつ病の発症、再発、遷延化と関わっていますが、薬物療法や通常の精神療法だけでは変化しにくい特徴があり、薬物療法抵抗性と関連しています。この「4つの本人因子」に対して、認知行動療法は次のアプローチ法を持っています。

- ① 否定的自動思考、特に自分へのダメ出しと過度の悲観に対しては認知再構成、
- ② 回避／強迫には曝露、
- ③ 活動量の不足に対しては行動活性化、
- ④ 上の空にはマインドフルネスというアプローチ法です。

うつ病の寛解実現：難しさの内実 複雑性PTSDでは本人の4因子が顕著に悪化する①

- ・寛解実現が、必ずしも容易でない内実の例は？
 - ・薬物療法抵抗性と関わる「**本人側の要因**」の例
 - ・うつ病になって自信を失い、自責～悲観傾向が目立つようになっている（**要因①：否定的自動思考**）
 - ・元来、不安～葛藤の処理が苦手だったり、発症後に回避～強迫傾向が顕著にみられるようになった（**要因②：回避～強迫傾向**）
 - ・こうした事情に伴い、生活のリズムが乱れたり活動量が減って、「上の空」の時間が増えてしまいがち（**要因③：活動量の不足、要因④：上の空**）
- (*)複雑性PTSDでは、本人の4因子のすべてが顕著な形で存在して、難治化につながることが多い

この本人の4因子が、複雑性PTSDではどうなっているかを考えてみましょう。複雑性PTSDがあると、本人の4因子の全てが顕著な形で存在することにつながりやすいのです。このことは少し考えてみれば、理解は容易だと思います。

例えば、上司から激しいパワーハラスメントを受けて休職中の人を考えてみましょう。ハラスメント被害を受けた人は、自分に対して、あるいは

将来に対して否定的な自動思考を抱きがちです。加えて、複雑性 PTSD の症状の一つに回避があるように、トラウマのある人は回避や強迫を呈することが多いものです。更には、複雑性 PTSD のある人は活動量が減りがちですし、上の空になりがちです。

うつ病の寛解実現：難しさの内実
複雑性PTSDでは環境の3因子が顕著に悪化する②

- ・寛解実現が、必ずしも容易でない内実の例は？
- ・外傷性精神障害と関わる「**環境側の要因**」の例
- ・周囲が、患者に対して過度に厳しい態度をとっている
- ・本人にとって対応が難しい課題が存在する
- ・うつ病の発症～その後の経過の中で、患者の生活に重大な生活の変化が生じて、生活の再建が必要

(*)複雑性PTSDでは、環境の3因子の総てが顕著な形で存在して、難治化につながることが多い

加えて、複雑性 PTSD では環境の 3 因子の全ても顕著な形で存在しており、難治化につながる場合が多いものです。

- 先ほどの「パワハラを受けて休職中の人」でも、
- ・周囲（例：上司）が、患者に対して過度に厳しい態度をとっている、
 - ・本人にとって対応が難しい課題（例：苛酷な環境での仕事の継続）が存在する、
 - ・うつ病の発症～その後の経過の中で、患者の生活に重大な生活の変化が生じて（例：休職）、生活の再建が必要、

というように、3つの環境因子の全てがみられます。

以上から、気分症の背景に複雑性 PTSD があると難治性につながりやすいこと、難治性のうつ病の背景に CPTSD がある場合には、CPTSD を踏まえた対応が必要である事情を、ご理解いただけたと思います。

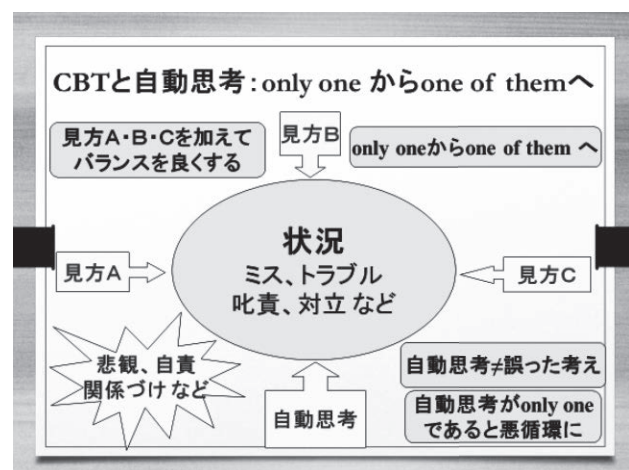
ここまで、薬物療法抵抗性のうつ病と CPTSD の関連について述べてきました。ここからは、今出てきた「本人の 4 因子」に対して認知行動療法がどのようなアプローチをするのか、簡単に紹介したいと思います。

「否定的自動思考」「回避／強迫」
「活動量の不足」「上の空」のCBT

否定的自動思考に対するCBT

- ・抑うつを生み出す2つの認知に、「自分へのダメ出し」と「過度の悲観」がある
- ・この2つの認知は、悪循環を通して抑うつを増強する
- ・この2つの認知に対して、CBTは思考記録を介した**認知再構成のアプローチ**を行う

まずは、否定的自動思考に対する認知行動療法 CBT です。先ほど述べたように、抑うつを生み出す 2 つの認知に自分へのダメ出しと過度の悲観があります。この 2 つの認知は、先に示した悪循環を通して抑うつを生み出します。こうした認知に対して、CBT は思考記録を活用した認知再構成のアプローチを行います。



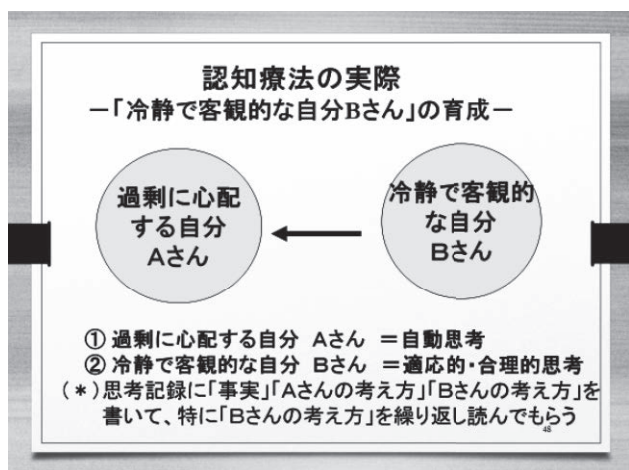
これは患者さんに認知療法、認知再構成について説明する際に用いている図です。ネガティブな認知が生じやすい状況、たとえばミスをしてしまった、トラブルが生じた、叱責された、対立が生じた場面を考えてみましょう。そのときに、本人が抱きやすい受け止め方、認知に自動思考という名前がついています。自動思考はしばしば過度に悲観するものであったり、自分を激しく責める内容であったり、関係づけをするものであったりします。

では、自動思考が間違った考え方かという、決してそんなことはありません。我々自身、自分の生活を細かくチェックしていくと、いろんな場

面で悲観したり、自分にダメ出しをしたり、関係づけをしたりしています。ですので、自動思考は誤った考え方とは言えません。では何が問題かという、自動思考がある状況を受け止める only one の存在であることです。ある状況において自動思考しか受け止め方、認知が存在しないと、先ほど紹介した悪循環に陥りがちです。

それでは、どうすればよいか。繰り返しになりますが、自動思考は誤った考え方ではないので、それをなくそうとはしません。そうではなくて、ある状況をほかの見方でも認識できるようにすることが治療の方向性になります。

ある事態に関して、自動思考だけでなくほかの見方 A、B、C も抱けるようにして、バランスをよくする。つまり、自動思考を only one から one of them にしていくのです。それが認知療法のやり方、と説明します。



では、どのようにそれを実現していくか。例えば「過剰に心配し、悲観する自分」を「Aさん」とすると、「Aさん」をなくそうとするのではなく、自分の中にもう一人の自分「Bさん」、もう少し冷静に、客観的に考えられる、もう少し呑気に楽観的に考えられる「Bさん」を自分の中に根づかせて育て、「Aさん」と「Bさん」が自分の中でフレンドリーに内的な対話をできるようにしていくことが大切と、伝えます。

「Bさん」を育てる対話型・思考記録

・「Bさん」を根づかせ育てる作業で「対話型・思考記録」が有効な場合がある

・気持ちの整理が難しい際、患者に3項目を記してもらう

① 出来事

② 「Aさん」の受け止め方

③ 「Bさん」の受け止め方

1. 共感、ねぎらい

2. 別の受け止め方(=従来の「合理的・適応的思考」)

3. 悪循環の指摘(=「Aさんも損ですよ」)

4. 提案(=当面とる方針の提案)

精神療法の現状に「活」を入れる: 精神療法40巻1号、2014

では、「Bさん」をどういうやり方で自分の中に根づかせて育てるか。認知療法では思考記録をよく用いますが、私は対話型・思考記録という方法を考えてみました。

気持ちの整理が難しい際に、患者さんに次の3項目を記してもらいます。

- ① 出来事: きっかけとなった出来事は、どのようなものか。
- ② 「Aさん」の受け止め方: その出来事を、「Aさん」がどう受け止めたか。
- ③ 「Bさん」の受け止め方: その出来事を、「Bさん」ならどう受け止めるだろうか。

この「Bさん」の受け止め方で、

1. まず記してもらうのは「共感、ねぎらい」。「Aさん」と「Bさん」はお互いに反発し合う必要はなく、フレンドリーに対話することが大切です。繰り返しになりますが、「Aさん」の受け止め方にはもっともなところがあるので、まず「Bさん」は「Aさん」に共感、ねぎらいのメッセージを送ります。
2. 次に、その出来事に関する「Bさん」の別の受け止め方を書いてもらいます。
3. 更に「Bさん」が悪循環の指摘をして、「Aさん」にその内容を理解してもらいます。
4. 最後に「Bさん」から「Aさん」への提案を記します。

対話型・思考記録①:「簡単なミス」

- ・事実: 仕事で簡単なミスをしてしまった
- ・「Aさん」の受け止め方: こんなミスをするとは我ながらひどい。こんな有様では、とてもこれから仕事をやっていけない
- ・「Bさん」の受け止め方:
 - ① 共感、ねぎらい: ミスをすれば誰でも落ち込む。大変だったね
 - ② 別の考え方: 久しぶりに出勤して、まだ慣れていないところが出た。大したミスではなく、上司と相談してカバーできたので、職場に迷惑はかかっていない。自分なりに再発予防策を考えたのは、今後のことを考えるとプラスだったのではないか
 - ③ 悪循環の指摘: 「我ながらひどい」「仕事をやっていけない」とダメ出しして悲観しすぎると、悪循環にはまってAさんもつらくなる
 - ④ 提案: 実害がなかったのだし、あまり大きさに考えすぎずに流してしまい「今後に生かしていこう」くらいに考えてはどうだろう

具体例を紹介しましょう。30代の薬物療法抵抗性のうつ病の患者さんです。繰り返し再発をして、職場のストレスが誘因となって再度休職に入ったときに、認知行動療法を受けたいと来院しました。対話型・思考記録の書き方を身につけてもらい、復職した際に患者さんが書いた内容「簡単なミス」を紹介します。

- ・事実: 仕事で簡単なミスをしてしまった。
- ・「Aさん」の受け止め方: こんなミスをするとは我ながらひどい。こんな有様では、とてもこれから仕事をやって行けない。

お気づきと思いますが、「我ながらひどい」と「自分へのダメ出し」をして、「これから仕事をやって行けない」と「過度な悲観」をしていますね。こういう「Aさん」しかいないと、ここからうつが生まれて、再発しかねません。

このときに、彼は「Bさん」についてどのように書いたか。

- ・「Bさん」の受け止め方
- ・共感、ねぎらい: ミスをすれば誰でも落ち込むよね、大変だったね。
- ・別の考え方: 久しぶりに出勤してまだ慣れていないところが出た。大したミスではなく、上司と相談してカバーできたので職場に迷惑はかかっていない。自分なりに再発予防策を考えたのは、今後のことを考えるとプラスだったんじゃないかと。

この「Bさんの別の考え方」は、すこぶる適切な内容ですね。

- ・悪循環の指摘: 我ながらひどい、仕事をやっ

ていけないとダメ出しをして悲観しすぎると、悪循環にはまって「Aさん」もつらくなる。

- ・提案: 実害がなかったのだし、あまり大きさに考え過ぎずに流してしまい、今後に生かしていこうくらいに考えてはどうだろう。

このように、患者さんは思考記録を書きました。患者さんに、これを朝晩繰り返し読んでもらって、「仕事の簡単なミス」を思い出しても「Bさん」的な考え方がぱっと出てくるようにします。

そうすると、「簡単なミス」を思い出してもあまり揺れなくなり、早くバランスを立て直せるようになります。さらには、次に何かミスをしたときに応用が利くかもしれません。こんなふうに対話型・思考記録を使っていきます。

対話型・思考記録②:「不本意な仕事」

- ・事実: 単純な事務補助など、簡単な仕事しかやれていない
- ・「Aさん」の受け止め方: この年齢になって、こんなことをしているのは情けない。自分がダメ人間に感じられ、今後に希望を持ってない
- ・「Bさん」の受け止め方:
 - ① 共感、ねぎらい: 確かに以前と比べて簡単な仕事しかしていない。手応えがなくなりがっかりするのは無理もない。つらいところだね
 - ② 別の考え方: 復職して日も浅く、これから疲れが出てくる時期。今はこれくらいで自重して、慣らしていくのがよいのでは。今から飛ばすと、またダウンしかねない。もう少し余裕が出てから、上司と相談しながら仕事を増やせばいいだろう
 - ③ 悪循環の指摘: 「ダメ人間」「今後希望を持ってない」と嘆きすぎると、悪循環でAさんもつらくなる。自分で首を絞めることになる
 - ④ 提案: 悲観的に考えすぎず、「今は辛抱の時」と割り切ってみてはどうか。アフター5や週末は、体を動かして気分転換しながら

もう一つ、「不本意な仕事」を紹介します。

- ・事実: 単純な事務補助など、簡単な仕事しかやれていない。

- ・「Aさん」の受け止め方: この年齢になってもこんなことしているのは情けない。自分がダメ人間に感じられて、今後に希望を持ってない。

ここでも、ダメ出しと過度の悲観がみられますね。

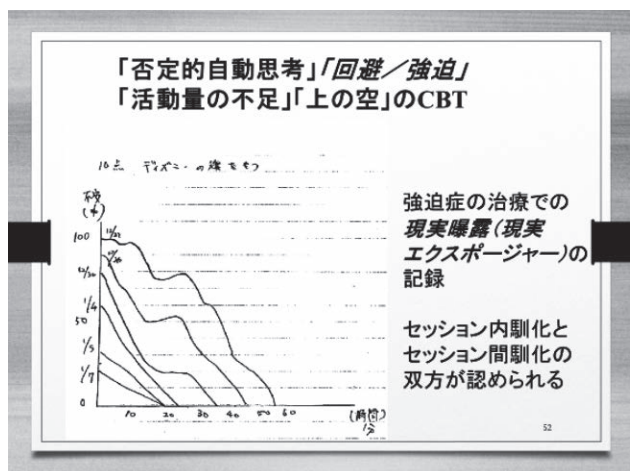
- ・「Bさん」の受け止め方
- ・共感、ねぎらい: 確かに以前と比べて簡単な仕事しかしていない。手応えがなくなりがっかりするのは無理もない、つらいところだね。
- ・別の考え方: 復職して日も浅く、これから疲れが出てくる時期。今はこれくらいで自重して、ならしていくのがよいのではないか。今か

ら飛ばすとまたダウンしかねない。もう少し余裕が出てから、上司と相談しながら仕事を増やせばいいだろう。

・悪循環の指摘:ダメ人間、今後希望を持ってないと嘆き過ぎると、悪循環で「Aさん」もつらくなる。自分で自分の首を絞めることになる。

・提案:悲観的に考え過ぎず、今は辛抱のときと割り切ってみてはどうか。アフター5や週末は、体を動かして気分転換しながら。

このように上手に対話型・思考記録を使って安定した状態が続き、治療は終了しました。



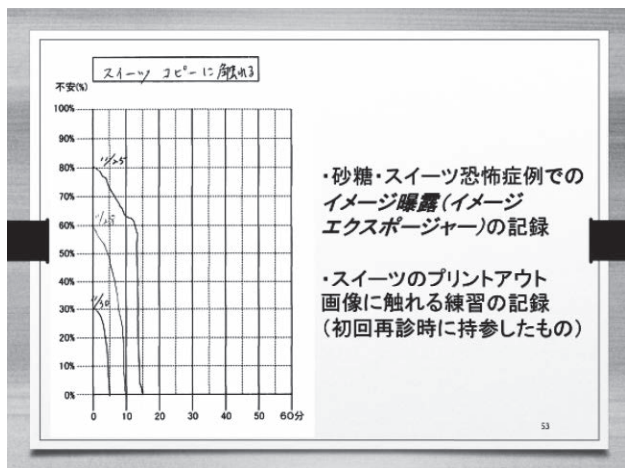
次に、回避/強迫に対する曝露、エクスポージャーの実際を紹介します。これは、強迫症の治療の記録です。縦軸が不安の強さ、横軸が時間の経過です。自分が汚いと思っているものに実際に触れて、不安が下がるまでずっと触れ続ける現実曝露の記録です。

セッション内の馴化を見てみましょう。1回目、12月22日のセッションでは、汚いものを触って、最初、不安が100になっています。それがずっと触り続けて、約1時間でゼロになっていますね。これがセッション内の馴化、慣れの現象です。

実際の治療ではこうした曝露の後、反応妨害を行ってもらいます。2時間手を洗わないで、普通に生活をするのですね。その間、その手で何でも触れるようにします。自分の衣類、パソコン、スマホに触れ、その手でお煎餅を食べたりしてもらいます。

このように曝露をして、反応妨害も行う練習を繰り返していくと、徐々に汚いものに触った直後

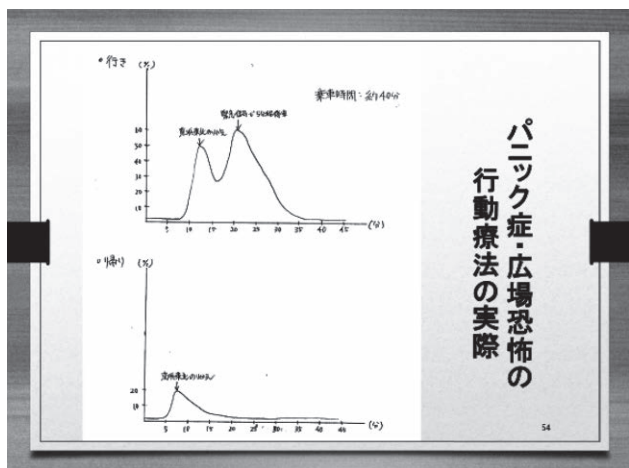
の不安が小さくなり、ゼロになるまでの時間も短くなっています。これが、セッション間の馴化です。こんなふうに練習を重ねて行くと、12月22日に始めて、1月7日、約2週間でこの課題をクリアすることができました。そして次の、もう少し難しい課題にチャレンジすることになります。



いきなり現実曝露が難しい場合には、イメージ曝露を行うことがあります。これは、砂糖・スイーツ恐怖の主婦の方の記録です。この患者さんは砂糖・スイーツ恐怖症があり、何か白っぽいものがあると砂糖に見えて、虫が湧くんじゃないかなどと不安になって混乱し、本人も家族も苦労してきました。過去長いこと治療を受け、入院歴もありますが、良くならないため紹介状持って受診しました。このような経緯の方ですから、いきなり現実曝露を行うのはとても無理なので、イメージ曝露でできそうなことはないかと話し合いました。

すると、スイーツ画像をプリントアウトしたものに触るのならばできそうだ、とおっしゃったので、その課題をホームワークにしました。1回目の再診時に持ってきてくれたホームワークの記録がこの図です。

11月25日に最初触ったときは100分の80で、かなり不安が強かったのですが、15分ぐらいで馴化が生じています。結局、3回でイメージ曝露課題を卒業することができました。この後イメージ曝露を続けて、更に現実曝露をこなして治療は終了しました。こんなふうに、最初イメージ曝露を使うことも多いものです。



これは、パニック症・広場恐怖の行動療法の記録です。この患者さんはOLで、仕事が忙しいときにパニック症を発症して、薬を飲んでパニック発作、予期不安はかなりよくなりましたが、広場恐怖が残り、混雑している電車に乗ることができず復職できていませんでした。そのため認知行動療法を希望して、紹介受診しました。

呼吸法を身につけてもらって、現実曝露を行った際の記録です。電車に乗っていて乗換駅で人がどっと入ってきた際に不安が上がっていますが、呼吸法を使って経過を見てみると、しばらくして不安が小さくなっています。更に、緊急停止信号で電車が止まってしまい、再び不安が強くなりましたが、ここでも呼吸法を使いながら経過を見たところ、約15分間で不安が下がって無事目的地まで行きました。

このように曝露中に不安が生じてても、呼吸法を使ってうまく乗り越えられれば、行動療法的には成功なんですね。パニック症状が出なければ一番いいけれど、出たら出たで慌てず、呼吸法を使いながら不安や身体症状の推移を見て、不安や身体症状が軽減していくことを体験する。このような練習を重ねることで、不安や身体症状が生じた状況も、慌てずに乗り越えられるようになります。

次は、活動量の不足と上の空に対する認知行動療法です。CBTは、活動量の不足に対して行動活性化、上の空に対してはマインドフルネスというアプローチ法を持っています。

行動活性化では、うつ病で見られる回避行動に着目して介入し、行動することで気分や改善する

体験してもらいます。

行動活性化は、神田橋先生のいう養生と重なるところが多いと、私は考えています。神田橋先生が書いている内容の一部を紹介しましょう。

「養生のコツの中で一番大切な基本となる助言から始めます。気持ちがいい・悪いという感じをつかんで、その感じで全てを判定すること。自分にぴったり相性のいい事柄がいろいろ分かってくると、自分は今どんな状態なのか、本来の自分はどんな人、いのちなのが分かってきます」。

私は患者さんに、人間の自然治癒力、生命力を賦活する4つの活動として、「体を動かす、自然を楽しむ、よい人間・動物との関係を味わう、遊ぶ」を挙げて説明しています。その際に、次の写真を見てもらうことがあります。



これは土門拳が戦前の日本の子供を撮った写真で、左の写真には「傘を回す子供」、右の写真には「水浴び」というキャプションがついています。ここに映っている子供たちは、先ほどの「体を動かす、自然を楽しむ、よい人間関係を味わう、遊ぶ」を実践しています。4つの活動を行っている子供たちは、生き生きとした素敵なオーラを発しています。自然治癒力、生命力が賦活された個体はいのちの輝き、オーラを発すると神田橋先生はおっしゃっていますが、その例です。

行動活性化とマインドフルネス ②

マインドフルネス実践の操作的定義の3事項

- ①呼吸に伴う身体感覚、五感と自動思考、感情などの私的事象に、「今、ここ」で注意を向ける
 - ②注意を向ける私的事象に対して、排除しようとしたり同一化することがなく、そのままにしておく
 - ③その結果、すべての私的事象は自己概念も含めて変わり続けていく一過性の出来事に過ぎず、変わり続けるものに執着すると苦しむという洞察を得る
- (*)精神療法の場で利用しやすいコトバの一つに「キャッチ&リリース」がある
- (*)マインドフルネスは、宗教～禅～精神療法以外でも従前から様々な形で論じられてきた内容である
- マインドフルネス私観～文学～診療～日常生活のマインドフルな世界。
精神療法 42: 536-539, 2016

次は、マインドフルネスです。マインドフルネス実践の操作的定義の3事項を紹介します。

- ① 呼吸に伴う身体感覚、五感と自動思考、感情などの私的事象に、「今、ここ」で注意を向ける。
- ② 注意を向ける私的事象に対して、排除しようとしたり同一化することなく、そのままにしておく。
- ③ その結果、全ての私的事象は自己概念も含めて変わり続けていく一過性の出来事に過ぎず、変わり続けるものに執着すると苦しむという洞察を得る。

精神療法の場で利用しやすい言葉の一つにキャッチ&リリースがあります。キャッチ&リリースとは、自分があることに執着しているときに、自分は今これに執着しているな、こだわっているなということを、まず認識、キャッチする。

次にそれを手放して、自分の呼吸、自分の身体感覚、外界に注意を向けてマインドフルに味わいながら、こだわっていたものがどのように変わっていくかを体験する。マインドフルネスは宗教～禅～精神療法以外でも従前から様々な形で論じられてきた内容であり、そのことについて「マインドフルネス私観」というエッセイで書いたことがあります。

4つの因子への他の流派のアプローチ

- ・4つの因子への接近法は、CBT以外の森田療法、内観療法、精神分析、芸術療法なども有している
- ・例えば内観療法では、
 - ・「内観三項目」の自己内省(曝露)
 - ・「お世話になった方々」「自己存在の意義と価値」などに関する認識の変化(認知再構成)
- ・集中内観・内観後の生活の広がり(行動活性化、MF)
- ・一方森田療法では、
 - ・とらわれ・思想の矛盾が、あるがままに(認知再構成)
 - ・恐怖突入、はらはら・どきどき(曝露)
 - ・作業の重視(行動活性化、MF)
- (*)CBTと他の精神療法の関係は相補的で、CBTだけ行っていれば臨床のニーズに応えられる訳ではない

ここまで、「4つの本人の因子」へのCBTのアプローチについて述べてきましたが、ほかの精神療法の流派がこの4因子に対して有効な接近法を持ってないかということ、決してそんなことはありません。

例えば内観療法では、内観3項目の自己内省が一種の曝露に当たりますし、お世話になった方々、自己存在の意義と価値などに関する認識の変化は認知再構成と言えるでしょう。それから、集中内観、内観後の生活の広がり行動活性化やマインドフルネスにつながるところがあると思います。

一方、森田療法では「とらわれ、思想の矛盾」が「あるがまま」に変化します。これは認知再構成ですし、森田療法の「恐怖突入、はらはら・どきどき」は曝露です。加えて森田療法では作業療法が重視されますが、これには行動活性化やマインドフルネスにつながるところがあるでしょう。

ですから、CBTとほかの精神療法の関係は相補的で、CBTだけ行っていれば臨床のニーズに応えられるわけではないと、私は考えています。例えばCBTをやるよりも、絵画・造形・文学などの表現を通して自然に認知再構成、曝露、行動活性化、マインドフルネスを実践する芸術療法、表現療法が向く症例はたくさん存在します。

こうした内容を踏まえると、私は、CBTが自らの優位性や独自性を上から目線で主張するのではなくて、CBTがその基本・基盤をクライアント中心療法に負っていて、ほかの流派との間に共通性や相補性が認められることを、しっかり認識すべきと考えています。

複雑性PTSDと不安症

解離症だけでなく、強迫症・パニック症・社交不安症などの不安症は、皆複雑性PTSDと密接な関連を有している。気分症群の場合と同じように、こうした症例では治療者がしっかり病態を理解・把握して、患者と共通認識にすることが重要である。治療者の認識が広がり深まると、患者の体験世界の切実さとつらさ、その由来や背景事情を理解しやすくなる。このことが、精神療法の基本姿勢である受容・共感・一致の醸成につながり、徒に性急な治療姿勢を取るのを防ぐ効用もある。複雑PTSDの心理教育・精神療法や、神田橋による①漢方薬(神田橋処方)と②気功・焼酎風呂(神田橋気功)は、こうした不安症の治療にも寄与しうる。

次に、複雑性PTSDと不安症の関連について簡単に述べます。

今まで複雑性PTSDと不安症の関連では、解離症がクローズアップされがちでした。もちろん解離症と複雑性PTSDには非常に深い関係があるのですが、それ以外のいろいろな不安症、たとえば強迫症、パニック症、社交不安症なども、CPTSDと密接な関連を有している場合があります。

気分症の場合と同じように、こうした症例では治療者がCPTSDを含めた病態把握をしっかりして、患者と共通認識にすることが重要です。治療者の認識が広がり深まると、患者の体験世界の切実さ、つらさ、その由来や背景事情を理解しやすくなります。このことが精神療法の基本姿勢である受容・共感・一致の醸成につながり、いたずらに性急な治療姿勢を取るのを防ぐ効用もあります。

複雑性PTSDの心理教育・精神療法や、神田橋先生による漢方薬(神田橋処方)、気功・焼酎風呂(神田橋気功)は、こうした不安症の治療にも寄与し得ると思っています。神田橋処方や神田橋気功については後ほど紹介します。

複雑性PTSDの臨床:現場の対応の概要

- ・薬物療法: 神田橋処方、ハロペリドールHP(保険適応外)、時に他の抗精神病薬、抗うつ薬も有効
- ・養生: 神田橋気功・整体、経絡・ツボ療法(例: 指い子、泉の気功)、焼酎風呂、パッチ・フラワー・レメディ
- ・複雑性PTSDに関する、簡易な心理教育、認知行動療法
- ・以上を通して、次の変化の実現を目指す
 1. 「敵対・混乱モード」に陥るのを防ぐ、トリガーと接しても「冷静・警戒モード」に留まる(1次予防)
 2. 「敵対・混乱モード」から早く抜け出す(2次予防)
 3. 残る課題との取り組み(3次予防)
- ・TF-CBTの1. 気づく、2. 落ちつく、3. 大丈夫も用いている

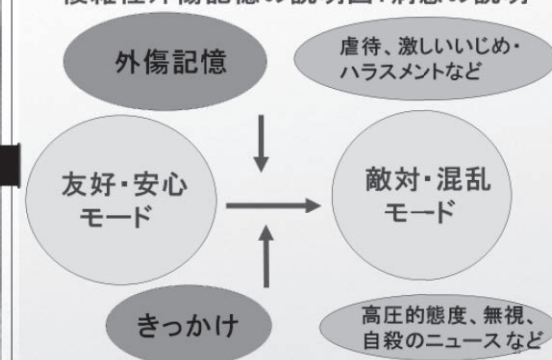
最後に、私の複雑性PTSD臨床の概略について話をします。まずは、私流の心理教育の内容を紹介しましょう。

複雑性PTSDの臨床:心理教育の作成

- ・演者は複雑性外傷記憶という術語を創作して、複雑性PTSDの病態の治療に役立つ情報伝達的手段(心理教育)を試作した
- ・そこではまず、
 - ①過去の外傷経験によって複雑性外傷記憶が形成され、
 - ②ストレスとなる出来事がトリガーとなって外傷記憶が活性化し、
 - ③当人の状態が“友好・安心モード”から“敵対・混乱モード”にスイッチするメカニズムを説明する
- ・演者が作成した複雑性PTSDの心理教育を供覧する

私は複雑性外傷記憶という術語を創作して、複雑性PTSDの病態の理解や治療に役立つ情報伝達的手段、心理教育を試作しました。

複雑性外傷記憶の説明図:病態の説明



これは、先ほどもお見せした複雑性外傷記憶の説明図です。①過去の外傷体験によって複雑性外傷記憶が形成されて、②ストレスとなる出来事がトリガーとなって外傷記憶が活性化すると、③当人

の状態が友好・安心モードから敵対・混乱モードに、瞬時にスイッチするメカニズムを説明しています。

次に私が作成したCPTSDの心理教育を、スライドを用いて供覧します。

複雑性PTSDの心理教育 1

複雑性PTSD～外傷記憶(複雑性外傷記憶)について

誰にも好ましくない記憶(エピソード記憶)は、無数にあるものです

たとえば、財布を落とした、テストで赤点をとった、ころんで足を挫いた、といった内容

こうした記憶を想起するのは嬉しいことはありませんが、気持ちがかき乱されてひどい混乱状態に陥るといった類のものではないですね

原田誠一: 短時間の外来診療における複雑性PTSDの対応
精神療法 44: 533-535, 2018

複雑性PTSDの心理教育 2

しかるに自分の存在の基盤そのものに関わり、安心・安全感、自尊心、自発性が根本からひどく損われるような深刻な経験の記憶の場合、随分事情が異なります

こうしたひどくつらい体験の基になるものに自然災害、事故、犯罪などがありますが、人間関係にまつわる継続的な問題も多いものです

たとえば、親子関係における激しい葛藤・対立・虐待、過酷ないじめや各種のハラスメント、強圧的で暴力的な教師との関係に伴う被害など

複雑性PTSDの心理教育 3

ここでは、このような人間関係に関連する経験(複雑性PTSD～軽度・複雑性PTSD)について説明します

こうした経験の記憶には外傷記憶(複雑性外傷記憶)という名前がついていて、次のような特徴がみられます

1. 極めて長い間記憶が保持されて、些細なきっかけで再現してしまう
2. その記憶には瞬時に大きな動揺をもたらす強力な作用があり、強い不安が生じて当人が混乱状態に陥り不快・嫌悪・恥・驚きなどの感情が体験される

複雑性PTSDの心理教育 4

3. 外傷記憶が活性化すると、普段の状態(友好・安心モード)とは異なり、外傷体験に基づくモード(敵対・混乱モード)で自分～周囲の人が見えがちになってしまう

具体的には、「周囲の人＝自分を批判し否定してないがしろにする、一方的・高圧的で危険な存在」「自分＝理不尽な被害を受ける、受け身一方で困惑している存在」など

4. きっかけとなるのは、原因になった状況と類似の要素を含む状況、場面が多い

複雑性PTSDの心理教育 5

たとえば、

- ・他人から無視される
- ・相手が自分の意見・意向に耳を傾けない
- ・理不尽な扱い～明らかな差別を受ける
- ・相手が感情的になっている
- ・高圧的な態度～無作法な振舞いをする人がいる、など

5. 敵対・混乱モードで過ごす時間はとてもつらいものですし、敵対・混乱モードに基づく自他の言動が軋轢を強めてしまい、更にしんどい状況に陥りがちです

複雑性PTSDの心理教育 6

ちなみに、典型的な心的外傷後ストレス障害 PTSD の場合(例: 東日本大震災での被災)、外傷記憶が賦活化されると視覚像を伴うフラッシュバックが生じるので、当然本人はその経験を意識します

しかるに「親や養育者による虐待、いじめ、ハラスメント、暴力的な教師との関係」などに伴う複雑性PTSD(～軽症・複雑性PTSD)では、外傷記憶(複雑性外傷記憶)が活性化されても視覚像を伴わないことが多く、本人ははっきりとは意識しない場合が多いようです

複雑性PTSDの心理教育 7

外傷記憶への対応を工夫する際には、こうした仕組みを理解しておく役立つと立ちます

かさぶたがとれて外傷記憶が活性化したら、ある出来事がきっかけとなって(例: 理不尽な扱いを受けた)外傷記憶が露わになった経緯を把握することが大切です

苦手のトリガーと接して外傷記憶が露呈し、敵対・混乱モードに陥っていると自覚するのですね

この認識ができると、混乱の世界から首一つ頭を出して自分が陥っている状態を俯瞰して観察しやすくなります

cf. ① PTSD症状コントロールの3点セット: 気づく、落ち着く、大丈夫(TF-CBT) ② メンタライジングの逆説

複雑性PTSDの心理教育 8

「過去の出来事(外傷記憶)～きっかけ(トリガー)～現在の状態(敵対・混乱モード)」の関連をしっかりと理解するとともに、「どうやったら、早めに友好・安心モードに戻れるだろうか?」という対応策を考えやすくなるのです

(複雑性PTSDの認知療法)

ある出来事で外傷記憶が活性化されて敵対・混乱モードに入ってしまった際に、敵対・混乱モードでの出来事を頭に思い描いてその世界に浸っていると、どんどん深みにはまってしまいがちです。ブラックホール、底なし沼、蟻地獄、蛸壺などと称される、すこぶるつらい状態ですね。ですから敵対・混乱モードに陥った際に、そのモードでのやり取り・記憶を反すうし続けるのは得策ではありません

複雑性PTSDの心理教育 12

なお人間の自然回復力を促す4因子として、

- ①からだを動かす
 - ②自然を楽しむ
 - ③良い人間関係～動物との関係を味わう
 - ④遊ぶ
- が知られています

この4因子には、敵対・混乱モードから友好・安心モードへの移行をサポートする作用があります

複雑性PTSDの心理教育 9

こうした時に、普段から自分が慣れ親しんでいることをやってみると、早く敵対・混乱モードから抜けるのに役立つ場合があります(複雑性PTSDの行動療法)

たとえば、次のような例ですね

- ・親しい人と話したり、メールでやり取りをする
- ・動物と遊ぶ
- ・慣れ親しんだ公園や喫茶店に行く
- ・親しみを感じ、安心感を持っているものと接する
(例:ぬいぐるみ、大事な写真、お守り)
- ・好きなアニメ、ゲーム、マンガ、芸術作品を楽しむ
- ・ヨガ、サイクリング、整体、カラオケを試す

複雑性PTSDの心理教育 13

ちなみに、外傷記憶の元になった経験における相手の振舞いも、外傷記憶がからんでいることが多いようです

例えば、何気ない子どもの言動に対して親が不当な仕打ちをして、それが子どもの外傷記憶を作る場合、子どもの側に悪意はないのですが、他意のない子どもの言動によって親の外傷記憶が活性化されて敵対・混乱モードに入ってしまう、「頭ごなしに全否定された」「理不尽な侮辱を受けた」などの受け止め方に伴う強烈な不快感や怒りが生まれる。そして混乱した親が、子どもに極端な振舞いをしてしまう

複雑性PTSDの心理教育 10

こうした自分に合ったやり方のレパートリーを、いくつか持てるといいですね

外傷記憶がもたらす敵対・混乱モードとは異なり、これらの活動では相手・周囲との関係性が親しみを帯びています

こうした気持の良い友好・安心モードを体験できると、敵対・混乱モードからの回復を促すことができるのです

複雑性PTSDの心理教育 14

こうしたケースでは、親自身も外傷記憶～敵対・混乱モードに翻弄されているわけです

例えば、親がその親から虐待を受けたことによる外傷記憶があり、それがまだ癒えていないといった場合ですね

こうした事情もふまえておくと、外傷記憶との上手な接し方を工夫するのに役立つことが多いです

複雑性PTSDの心理教育 11

加えて、友好・安心モードから敵対・混乱モードへの移行の契機となったきっかけ、トリガーへの対策も大切です

きっかけとなった人物・状況をなるべく避けることが賢明ですし、避けにくい場合には相手との関りを極力「狭く、浅く、短く、軽く」とすると被害が小さくなります

また、きっかけとなった出来事の受け止め方を工夫することが有効な場合もあります

以上が、私が試作した複雑性PTSDの心理教育の概要です。

複雑性PTSDの臨床:現場の対応の概要

- ・薬物療法: 神田橋処方、ハロペリドールHP(保険適応外)、時に他の抗精神病薬、抗うつ薬も有効
- ・養生: 神田橋気功・整体、経絡・ツボ療法(例: 指い子、泉の気功)、焼酎風呂、パッチ・フラワー・レメディ
- ・複雑性PTSDに関する、簡易な心理教育、認知行動療法
- ・以上を通して、次の変化の実現を目指す
 1. 「敵対・混乱モード」に陥るのを防ぐ、トリガーと接しても「冷静・警戒モード」に留まる(1次予防)
 2. 「敵対・混乱モード」から早く抜け出す(2次予防)
 3. 残る課題との取り組み(3次予防)
- ・TF-CBTの1. 気づく、2. 落ちつく、3. 大丈夫も用いている

現場の対応の概要に戻ります。まずは、薬物療法の神田橋処方。神田橋先生が開発した外傷記憶の活性化を抑える漢方薬の組み合わせで、桂枝加芍薬湯と四物湯を服用すると、かなりの割合で外傷記憶の活性化が抑えられます。興味がある方は、「PTSD、神田橋処方」をキーワードにしてネットで調べてみて下さい。

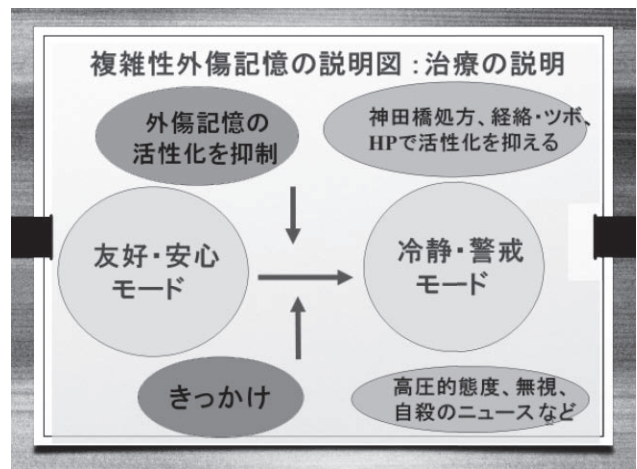
もう一つは、先ほど紹介した貝谷先生が提唱しているハロペリドールの少量投与。時には、他の抗精神病薬や抗うつ薬も有効です。

養生としては、神田橋気功・整体、経絡・ツボ療法がしばしば有効性を発揮します。指い子や泉の気功が代表例です。あと、やはり神田橋先生が提唱した焼酎風呂も好評です。焼酎風呂といっても、お風呂のお湯にどぼどぼとたくさん焼酎を入れるのではなく、お猪口1杯の焼酎を入れて、お湯の温度を少し低めに設定して、ゆっくり入るのです。そうすると、その日1日のいろいろな場面で外傷記憶が活性化した残渣、神田橋先生の表現では「邪気」が取れて、入浴の後、気持ちよく過ごせるし、夜、外傷記憶が活性化して見る悪夢も減ることがあります。

神田橋先生はパッチ・フラワー・レメディも勧めておられますが、実際にこれで随分変わった人もいます。

次のCPTSDに関する簡単な心理教育、認知行動療法は、先ほど紹介した内容です。以上を通して、次のような変化の実現を目指します。

まずは、敵対・混乱モードに陥るのを防ぐ、減らすことを目指します。トリガーと接しても、敵対・混乱モードではなくて、冷静・警戒モードにとどまる1次予防ですね。



外傷記憶の活性化を抑える作用のある神田橋処方やハロペリドールを服用することで、何らかのきっかけ、トリガーと接しても外傷記憶が活性化されずにすむと、「敵対・混乱モード」ではなくて「冷静・警戒モード」でとどまる場合があります。これが1次予防です。

次は、敵対・混乱モードから早く抜け出して友好・安心モードに戻る方策です。2次予防ですね。それから、残る課題との取組、3次予防です。

治療導入では、先ほど行った心理教育を行って、そのコピーを患者さんに渡すようにしています。

複雑性PTSDの臨床:演者の対応の実際①

1. 治療導入: 心理教育の実施
2. 友好・安心モードから敵対・混乱モードへの移行を防ぐ(減らす)ための介入(1次予防)
 - ① 安全・安心、自尊心、自発性を守り育てる環境づくり
 - ② 必要に応じて、リハビリテーション(例: デイケア)、訪問看護、福祉(例: 障害年金、生活保護)などの利用を考える
 - ③ 本人の自然治癒力・生命力を賦活する「体を動かす、自然を楽しむ、良い人間・動物との関係を味わう、遊ぶ」活動を行い楽しむ生活習慣を、少しずつ作っていく
 - ④ 危険なトリガーと接する機会を減らす、極力「短く・狭く・浅く・軽く」する、トリガーの受け止め方(認知)を工夫する
 - ⑤ 薬物療法(神田橋処方、HP: 外傷記憶の活性化を抑制)
 - ⑥ 胎児期愛着障害がある際は「母におんぶ」(神田橋気功)

1次予防では、安全・安心、自尊心、自発性を守り育て得る環境づくりを目指します。必要に応じてリハビリテーション、訪問看護、福祉などの利用も考えます。加えて、本人の自然治癒力、生命力を賦活する活動を行って楽しむ生活習慣を、

先ほど申し上げましたように、少しずつ根づかせていく作業を、急ぐことなく行います。

更には、危険なトリガーと接する機会を減らす試行錯誤。極力「接しない」、「接さざるを得ない」際には「短く、狭く、浅く軽く」する。加えて、トリガーの受け止め方を工夫する。あとは薬物療法。

胎児期愛着障害があるときには、「母におんぶ」という神田橋先生が創案した気功が有効性を示す場合があります。

複雑性PTSDの臨床: 演者の対応の実際②

3. 敵対・混乱モード1(スプリッティング・行動化・暴発反応、パニック発作:闘争・逃走反応)から友好・安心モードに戻す関わり(二次予防)

- ① 治療者・周囲の人間の「受容・共感・一致、「ともに」の雰囲気」に基づく関わりによって、患者の中に友好・安心モードが再生するのを目指すのが基本姿勢
- ② 神田橋気功(例:指いい子)も有力な治療方法
- ③ 焼酎風呂(神田橋)も、敵対・混乱モード1の残渣(邪気)を取り除くのにも有効
- ④ 抗精神病薬の頓用(～その後の睡眠)もある程度有用

次は、敵対・混乱モード1(スプリッティング・行動化・暴発反応、パニック発作:闘争・逃走反応)から、友好・安心モードに戻す関わり。

この2次予防は、治療者、周囲の人間の受容・共感・一致、「ともに」の雰囲気に基づく関わりによって、患者の中に友好・安心モードが再生するのを目指すのが基本方針です。

神田橋気功、例えば指いい子も有力な治療方法です。指いい子は、足の指や手の指を指で反時計回りに撫でて、優しくしごいてあげる方法です。指いい子の効果に関する、当事者の方の感想を幾つか紹介します。

複雑性PTSD患者の「指いい子」の感想

神田橋気功、経絡・ツボ療法の一つ「指いい子」について
神田橋修治『心身養生のための経絡・ツボ療法』(創元社、2020)

患者の感想

- ・(フラッシュバックにより)モヤモヤしてきたら、指いい子をします。すると、ラジオの音量つまみを時計と逆方向にまわす時と同じような感じで、モヤモヤが小さくなります
- ・今までは、フラッシュバックが起きると圧倒され混乱していたが、指いい子でモヤモヤが小さくなると冷静になれる。「あの人はああ言っていたが、あれはあの人の勝手な考えで、おかしいよなあ」などと落ち着いて過去を整理することができ、ずっと楽になりました
- ・指いい子をやっていると、はっきりしなくなっていた主体性を取り戻せるように感じます

フラッシュバックによってもやもやしてきたら、指いい子をします。すると、ラジオの音量つまみって、反時計回りに回すと一般的に音が小さくなりますよね。それと一緒に、同じような感じでもやもやが小さくなって楽になる。

別の方は、今までフラッシュバックが起きると、圧倒され、混乱していたけれども、指いい子でもやもやが小さくなると冷静になれる。「あの人はああ言っていたけども、あれはあの人の勝手な考えで、おかしいよなあ」などと落ち着いて過去を整理することができ、ずっと楽になりました、とおっしゃっていました。

別の方は、指いい子をやっていると、はっきりしなくなっていた主体性を取り戻せるように感じます、と感想を述べていました。

このように神田橋気功、指いい子は有力な治療方法です。あと、焼酎風呂も敵対・混乱モード1の残渣、邪気を取り除くのにも有効です。加えて抗精神病薬の頓用、その後の睡眠もある程度有用です。

複雑性PTSDの臨床: 演者の対応の実際③

4. 敵対・混乱モード2(解離症)から友好・安心モードに戻す関わり

- ① 心理教育の実施: 解離症状は逃げ場がない際に発動する有効な対処法なので(例:更に悪い結果に至るのを防いでくれる)、早く良くしようとしなくていい。逃げ場が見つかってくると、自然になくなっていくもの
- ② 現在、どのような「逃げ場のない状況」なのかを一緒に検討し、「逃げ場作り」を試行錯誤していく
- ③ 周囲だけでなく、本人自身も「逃げ場のない状況」を作るのに一役買っている場合があるので、注意を要する(例:自分で自分を許せない、逃げることを禁じている)

次は、敵対・混乱モード2、解離症から友好・安心モードに戻す関わりです。

ここでは、心理教育がやはり大事です。解離症状は、逃げ場がない際に発動する有効な対処法であり、更に悪い結果に至るのを防いでくれるので、早くなくそうとしないほうがいい。逃げ場が見つかり、自然によくなっていくことを説明します。

そして本人と一緒に、現在どのような逃げ場のない状況なのかを検討して、逃げ場づくりを試行錯誤します。周囲が逃げ場をなくしている場合が多いのですが、本人も逃げ場のない状況をつくるのに一役買っている場合があります。注意を要します。例えば、自分で自分を許せない、自分で逃げることを禁じている場合ですね。このような事態が見られたら、そこへのアプローチを行います。

「症状」は「自然治癒力」の現れであり、役に立っている面があることを教示する

- ・神田橋(2019)は「症状」について次のように述べており、この内容の教示が、そのまま有効な心理教育になる
- ・「症状」には、いのちを復旧しようとする保つ力の現れが隠し絵のように表現されている…「自然治癒力」の現れなのです
- ・例をあげると、
 - ・解離は逃げ場がない状況で、より悪い結果(例:自傷他害)に陥るのを防いでくれる。逃げ場ができると、解離は自然になくなる。解離治療のポイントは逃げ場作り
 - ・自傷行為(例:リストカット)は役に立っており、例えば「敵対・混乱モード」から「友好・安心モード」に戻る有効な手段になっている。自傷行為を悪者扱いするのではなく、他の手段の探索(例:敵対・混乱モードに陥るのを減らす、友好・安心モードに戻る他の手段を作る)が有効

神田橋先生は、精神症状について次のように述べており、この内容を教示することがそのまま有効な心理教育になります。

症状、例えば解離には、いのちを復旧しようとする保つ力の現れが、隠し絵のように表現されている。自然治癒力の現れである。

繰り返しになりますが、解離は逃げ場のない状況でより悪い結果(例:自傷、他害)に陥るのを防いでくれます。試行錯誤して逃げ場ができると、解離は自然になくなって行きます。それ故、解離治療のポイントは逃げ場づくりになります。

別の例をあげると、自傷行為。例えば、リストカットは役に立っているのです。リストカットをすると、「敵対・混乱モード」から「友好・安心モード」にスムーズに戻ることができます。リ

ストカットは、非常に有効な手段なわけですから、自傷行為が見られる場合、それを悪者扱いするのではなく、まずは役に立っていることを共通認識にします。

この認識に基づく治療の方向性は、自傷行為以外の手段の探索をすることになります。例えば、敵対・混乱モードに陥るのをどうやったら減らせるか、あるいは敵対・混乱モードに陥った際にリストカット以外のどのようなやり方で友好・安心モードに戻れるか。その方法を探すことが、治療の方向性になります。

複雑性PTSDの臨床:演者の対応の実際④

5. 以上が奏功してからの残る課題の取り組み(三次予防)

① 以上の関わりが奏功すると、暴発反応・パニック状態・解離状態に陥るのが減って、友好・安心モードを維持できる時間が長くなる

② 友好・安心モードを保ちながら、残る問題と少しずつ取り組んでいく。残る課題とは、例えば…

- ・過去の外傷体験の整理、相手との関係の調整
- ・人間全般、他人の目が怖い
- ・相手からネガティブな対応を受ける際の対処が難しい
- ・残る不安症:例:コミュニケーション強迫、接触強迫
- ・失敗・叱責・他者評価低下恐怖に伴う生活上の支障
- ・対人関係の調整、生活の再建
- ・アサーションスキル、各種生活技能の学習・習得

以上が奏功してから、残る課題の取組を行います。3次予防ですね。

ここまで述べてきた関わりが奏功すると、暴発反応、パニック状態、解離状態に陥るのが減って、友好・安心モードを維持できる時間が長くなります。友好・安心モードを保ちながら、残る問題と少しずつ取り組んでいきます。

残る課題とは、例えば過去の外傷体験の整理、相手との関係の調整などです。

ここで、過去の外傷体験の整理について少し具体例を紹介します。

当事者自ら行う過去の外傷体験の整理①

・神田橋は、次のように述べている
 生きとし生けるものは皆、複雑性PTSDである。
 そして成育の中で自然発生的なトラウマ焦点化治療が
 起こっているからこそ、何とかまあ平和そうに日々
 生きているにすぎない（飛鳥井ら：複雑性PTSDとは何か）
 ・演者も同感であり、「自然発生的なトラウマ焦点化
 治療が起こっている」ように感じられる例を供覧する
 ① 久しぶりに実家に行って（DVの）父と大バトルをした。
 今回は現在のこと、今までのことを俯瞰して見ることが
 できた。以前とても辛かったことが、よく分かった。
 怒り狂った父と接して犬が怯えていた。犬に「大丈夫」と
 言い聞かせて、犬も自分も癒された、楽になった

当事者自ら行う過去の外傷体験の整理②

② 帰省して（DVを行ってきた）父親にすべてをぶち
 まけた。父親は一応、自分の言い分に耳を傾けていた。
 謝りはしなかったが、これ以降、子どもの時のことを
 思い出しても、それ程不快にならなくなった
 ③（アカハラの先生）レッスンの時間全部を使って、
 授業が厳しすぎることを、虐待をしてきた自分の母親に
 重なることを伝えた。すると先生は自分も母親との間で
 トラウマがあり、精神科に通っていることを語ってくれた。
 最後は意気投合した。何かがつっかけて楽になった。
 自分でも驚いたが、30年以上封印してきたバイオリンを
 弾いてみようという気になった。弾いてみるととても楽しい。
 バイオリンは自分にとって生きることなのだ、と実感した

当事者自ら行う過去の外傷体験の整理③

④ 映画「ツレがうつになりまして」を観た。自分の中に
 押し込めていた、疲れきっていて、絶望している自分、
 抑え込んでいたものを投影して観た。自分もこういう
 風にしんどかった、それを無視してきたなと思った。
 その自分を認めて許すために、その自分が出てきて
 くれたと思った。ここで受け入れてあげないと、と思った。
 無価値観、無念、怒り…これらがからだ中の細胞の
 中に染みわたっている。そういうのが全部出てきた。
 そういう自分に手紙を書いて、無念と思ったことを実感
 しながら、見守って、見届けてあげようと思う。大丈夫、
 何とかなんと毎日声を掛けてきた。このところ少し回復
 して、自分を応援してくれる不思議な体験が続いている

以上の例のように、過去の外傷体験の整理が進んでいく場合があります。

複雑性PTSDの臨床：演者の対応の実際④

5. 以上が奏功してからの残る課題の取り組み（三次予防）
 ① 以上の関わりが奏功すると、暴発反応・パニック状態・
 解離状態に陥るのが減って、友好・安心モードを維持
 できる時間が長くなる
 ② 友好・安心モードを保ちながら、残る課題と少しずつ
 取り組んでいく。残る課題とは、例えば・・・
 ・過去の外傷体験の整理、相手との関係の調整
 ・人間全般、他人の目が怖い
 ・相手からネガティブな対応を受ける際の対処が難しい
 ・残る不安症：例；コミュニケーション強迫、接触強迫
 ・失敗・叱責・他者評価低下恐怖に伴う生活上の支障
 ・対人関係の調整、生活の再建
 ・アサーションスキル、各種生活技能の学習・習得

残る課題として他にあるのは、たとえば人間全般、他人の目が怖いという問題。あるいは、相手からネガティブな対応を受ける際の対処の工夫。

加えてよくあるのは、残る不安症です。特にコミュニケーション強迫と接触強迫という強迫症が結構多いと思います。コミュニケーション強迫と接触強迫という術語は、私の造語です。特にコミュニケーション強迫は有病率がかなり高いのですが、この概念があまり知らされていないこともあり、見過ごされているケースは多いと感じています。

コミュニケーション強迫は、対人交流があった後に、自分の言動で相手に嫌な思いをさせなかったか、本当は相手がどんなふう感じたか、そのような不安が頭から離れなくなります。これが強迫観念です。

そして、不安を和らげるための行動、強迫行為をします。具体的には、外から見える強迫行為、例えば周りの人の意見を聞く、という巻き込み強迫もありますが、メインなものは心の中の強迫行為です。相手と会ったときのことを、最初から最後まで思い起こして、ああでもない、こうでもないと考え続け反すうします。長い人だと、数日考え続ける場合もあります。コミュニケーション強迫には、認知行動療法が有効です。

もう一つは、接触強迫。これは従来の捉え方では、不潔恐怖、汚染恐怖とみなされてきました。しかし、よく聞くと、普通の汚染強迫、不潔恐怖とは違うのです。本人が怖がる対象は、通常の場合と異なっており、例えば自分を虐待した父親

の持ち物と触れるのが嫌だ、自分をいじめた人が座った椅子や、その人が触った物と触れたくない、という内容です。こうしたトラウマ体験が背景にある強迫の場合、接触強迫とネーミングした方がいいのではないかと考えています。

そして、容易に想像つくのではないかと思うのですが、コミュニケーション強迫は、安全・安心な環境で育ち、現在も安全・安心な環境で生活している人では、まず生じません。トラウマがある人が、自分との関わりで相手がどのように本当は思ったのか、相手の気分を害さなかっただろうか、と心配する生活習慣を持ち、そこから発症に至るが多いようです。一方の接触強迫も、同じようにトラウマがある人に多く見られます。私たち臨床家は、こういった内容を認識しつつ治療に当たっていく必要があると思います。

更には失敗恐怖も、トラウマがある人で多く見られます。何か新しいことを始めるときに、失敗するのではないかと過度に怖がって、なかなか始められない。その背景には、過去に何か失敗して激しく叱責されたことによって生じた「叱責恐怖」、あるいは、他者からの評価がぐっと下げられて生まれた「他者評価低下恐怖」があることが多い。

このように、失敗恐怖の背景に叱責恐怖や他者評価低下記憶があり、生活の支障をきたしている症例が多くみられます。そして失敗恐怖、叱責恐怖、他者評価低下恐怖の存在を共通認識にして、面接で取り組んでいくと、これらが軽減することがあります。

更には、対人関係の調節、生活の再建。あと良く出てくるテーマに、アサーションがあります。

アサーションについて①

・自己表現の仕方、特に相手と意見・希望が異なる際の自己表現の仕方は難しい(「物も言いようで角が立つ」)

・自己表現の3つのタイプ

① **非主張的な自己表現**: 黙って我慢する、呑み込む

② **攻撃的な自己表現**: けんか腰になる

③ **適切な自己表現(アサーション)**: 自分も、相手も大切にす姿勢(私もOK、あなたもOK)

1. 相手のメッセージを傾聴する

2. 適切な自己表現をする(自分を大切にしながら、同時に相手のことも配慮する対応)

3. 違いを認めたやり取りにより、豊かな人間関係が生まれる

自己表現の仕方、特に相手と意見が異なる際の自己表現の仕方は難しいものです。物も言いようで角が立つ、ということわざもありますね。

アサーションでは自己表現のタイプを3つに分けて捉えます。

1つ目は、非主張的な自己表現で、黙って我慢する、飲み込むタイプ。

2つ目は、攻撃的な自己表現で、けんか腰になるタイプ。

3つ目が、適切な自己表現(アサーション)。

自分も相手も大切にす姿勢で、キャッチフレーズは「私もオーケー、あなたもオーケー」です。相手のメッセージを傾聴して、その一定の適切さ正当性を伝えた上で、適切な自己表現をするやり方です。こうした違いを認めたやり取りによって、豊かな人間関係が生まれることを目指すのがアサーションです。

例えば相手の考え、希望が自分と違うときも、相手の資質、価値観、状況判断、生きてきた歴史などをふまえると、それなりに了解できることが多いものです。そのことを、先ずきちんと相手に伝えるのですね。

あなたは、この状況の中で、こうした事柄を踏まえて、このように考えているのですね、それはよく分かります、と対応する。これが「あなたもオーケー」です。

次に「私もオーケー」。しかるに自分からすると、この状況の中にこういう側面もあって、そのことを踏まえると、こういうやり方もあると思うんですけど、いかがでしょうか。こうした内容を穏や

かに伝えて、折り合いのつけどころを探していく。
それがアサーションです。

アサーションについて②

アサーションは、古今東西の人間の知と共通点を有する

- ・君子は和して同ぜず(論語):君子は相手と協調するが、付和雷同せず主体性を保つ
- ・耳順(論語):人のいうことが自分の考えと違っていても、それはそれで理由のあることとして、相手の立場も認めて無間に反発しない
- ・そこもあるナー(田辺聖子):相手の意のあるところをようく掴み、意見の根拠を察知し、こちらは直ちに同調するのではないが、相手の主張のよって来たることを納得する。それが、「そこもあるナー」である・・・私は人生で大切なのは、この「そこもあるナー」だと思う

現在、このようなやり取りにアサーションという名称がついていますが、この概念が提唱される前にも同じ内容は認識され、実行されていました。

例えば、論語の有名な言葉に「君子は和して同ぜず」がありますが、これは、君子は相手と強調するが、付和雷同しないで主体性を保つという意味合いで、アサーションとの共通点があります。

加えて、やはり論語の有名な言葉に「耳順」があります。耳順の意味は、人の言うことが自分の考えと違っていても、それはそれで理由のあることとして、相手の立場も認めてむやみに反発しないことです。これも、アサーションと関連が深い内容です。ちなみに、孔子は60歳になってやっと耳順を実践できるようになった、と述懐しています。あの聖人でも、アサーションができるようになるまではかなり苦労したのだなあ、アサーションの実践は難しいものなのだ、ということが分かります。

更には、先年亡くなられた関西の女流作家、田辺聖子さんも似た内容を次のように記しておられます。

「相手の意のあるところをようく掴み、相手の根拠を察知し、こちらは直ちに同調するのではないが、相手の主張のよって来たることを納得する。それがそこもあるナーである。私は人生で大切なのは、このそこもあるナーだと思う」。

アサーションについて③

- ・アサーションのスキルを持っていると、人間関係が円滑に進んで育ち、自分と周囲双方の生活の質QOLが上がることに繋がる
- ・精神科診療・カウンセリングを受ける人、特に複雑性PTSDの当事者は厳しい環境で苦勞してきた方が多く、周囲の人間関係で「攻撃的自己表現」や「非主張的自己表現」が主流で、アサーションのモデルがなく身につけていない場合が多い
- ・そこでアサーションを学んでもらい、日常生活で活用できるようにして、本人・周囲の人のQOLの改善を目指すことが多い

参考図書:平木典子:よくわかるアサーションー自分の気持ちの伝え方。主婦の友社

アサーションのスキルを持っていると、人間関係が円滑に進んで育ち、自分と周囲双方のQOLが上がります。精神科の診療やカウンセリングを受ける人、特にCPTSDの当事者は厳しい環境で苦勞してきた方が多く、周囲との人間関係のコミュニケーションスタイルで「攻撃的自己表現」や「非主張的自己表現」が主流で、アサーションが身につけていない場合が多いものです。そこで、必要時にアサーションを学んでもらい、日常生活で活用できるようにして、本人、周囲の人のQOLの改善を目指すことがあります。

参考図書 (五十音順)

- ・飛鳥井望編:複雑性PTSDの臨床実践ガイド。日本評論社、2021
- ・飛鳥井望、神田橋條治、高木俊介、原田誠一:複雑性PTSDとは何か。金剛出版、2022
- ・安克昌の臨床作法。日本評論社、2022
- ・大江美佐里編:トラウマの伝え方。誠信書房、2021
- ・亀岡智美:子ども虐待とトラウマケア。金剛出版、2020
- ・亀岡智美、飛鳥井望編著:子どものトラウマとPTSDの治療。誠信書房、2021
- ・神田橋條治:心身養生のコツ。岩崎学術出版社、2019
- ・神田橋條治:神田橋條治が教える心身養生のための経絡・ツボ療法。創元社、2020
- ・中井久夫:徴候 記憶 外傷。みすず書房、2004
- ・原田誠一編:複雑性PTSDの臨床。金剛出版、2021[※]

参考文献の一覧です。

ご清聴、ありがとうございました。

(3) パネルディスカッション

「複雑性PTSDを巡って」

<パネリスト>

原田 誠一（原田メンタルクリニック・東京認知行動療法研究所院長）

亀岡 智美（兵庫県こころのケアセンター副センター長兼研究部長）

須賀 楓介（兵庫県こころのケアセンター主任研究員）

<コーディネーター>

加藤 寛（兵庫県こころのケアセンターセンター長）

○加藤

今からディスカッションを始めたいと思います。皆様、原田先生の講演いかがだったでしょうか。

先生は素人であるっていうふうに最初におっしゃいましたけれど、決して、もちろんそんなことはないです。臨床経験に基づく、非常に示唆に富む、本当に学ぶことの多かった講演だったかと思えます。

実は、原田先生とは、私が研修医のときにご一緒することがあって、都立墨東病院で原田先生が内科医として勤務をしているときに、私は精神科医としてそこで研修をしておりました。時々お話しすることがあったのですが、カウンセリングマインドのある内科医だなんていうふうにずっと思っていた記憶があります。それから35年以上経て再会して、今日ここにきていただいたということです。どうもありがとうございます。

最初にどうでしょうか、今の原田先生のご講演に対して何かお二人から質問みたいなことがあれば、そこからまず始めましょう。

原田先生は、複雑性PTSDに関していろんな本を最近出されていて、その中に「複雑性PTSDの臨床」という原田先生が編集された本があります。この本では須賀が紹介した新しい技法の紹介もありますけれど、過去の様々な精神療法の技法が、複雑性PTSDを理解し、治療する上で役に立つんじゃないかっていうふうな、そういった内容になっております。

あと、原田先生が単著として出されている「精神療法の基礎展開」という本がありまして、これはほんとうに面白いです。先生の言葉ですと、精神科臨床でなぜ精神療法が必要なのかというなかなか根源的なテーマで書かれております。精神科の臨床っていうと、薬物療法が最近ではメインの治療になるわけですが、どうして精神療法が必要なのか。これについて非常にユーモアたっぷりに書かれております。ぜひ皆さん、お読みになったらよろしいかと思えます。

何か、先生に対して質問とかありますか。

○須賀

では、質問させていただきます。臨床に携わっていると常々思うのですが、複雑性PTSDという概念一つとっても、どこの側面から物を見るのか、本質が何なのかということ、まだほとんど我々は分かっていないのではないかと。表に出ている症状から見れば共通項は出てくるけれども、個別性も当然あります。そこに対応していくために、エビデンスを有するとされているような治療法と、あとは、ある程度経験に裏打ちされたような現場の感覚、職人芸ともいうかもしれませんけれど、エビデンスが出ない、そういうものの折衷、そのバランスについてその辺り、いつも迷いながら診療しておりますが、先生が臨床を重ねられる中でそのバランスの比率といいますか、そういうものをどう考えておられるのでしょうか。

○原田

ご質問ありがとうございます。

おっしゃっていただいたことは、当然ながら、複雑性 PTSD に限らない内容だと思います。例えばうつ病では、薬物療法ではこういうのが効く、精神療法では認知行動療法と対人関係療法が効くと一般的には言われています。あるいは、強迫性障害だと、精神療法としては行動療法でしょうか。そういう大体エビデンスが出ていて、先ほど先生のお話でもまだ複雑性 PTSD でははっきりしたものは出てないようですけど、大方の人は先生が今日御紹介なさった STAIR-NT と、それから、トラウマ焦点化認知行動療法がかなり有効なんじゃないかって普通の人はきっと思っているんでしょうね。

だから、我々も当然それは意識しながら診療をやっていますけれど、先生も意識なさっておられるように、そのケースそのケース、それは言うまでもなく、うつ病であっても、強迫症であっても、複雑性 PTSD でもやっぱり千差万別で、特にそのときのニーズがどこにあるのかっていうのは、やっぱり違いますね。だから、やっぱりそこはどうしても大事になってきますし、だから、時にはエビデンスと反しても違うところから入っていくと、ただ、その場合もエビデンスを全然無視しているわけじゃないので。今自分はこうこうこういう理由のために、あえてエビデンスと違うところから入っていると。そういったことを意識しながらやっていくっていうのは、あまり暴走しないためには役に立つのではないかと思います。

お答えとすると、一応エビデンスは意識してはやっているけれど、そのニーズニーズに合わせてなるべく柔軟にやっていく、アラカルトでやっていく。それで、その場合にはエビデンスと反する場合もあるけれど、その場合もエビデンスが存在することが無意味とは感じてない。そういったちょっと雑駁とした感想ですけども、よろしいでしょうか。

○須賀

ありがとうございます。今考えておりますのは、治療をして症状がよくなったときに、よくなった部分に着目すれば確かにそれはいいことなんですけれど、まだ残っている症状もたくさんあるんです。治療が終わった後に残っているものがある。じゃあ、その残っているものをどう取っていいのかみたいなのが、一つ自分の中のテーマでもありまして、その残っているものを取るためにいろんなものを応用しなければいけないのかなという感覚があって、質問させていただきました。

○原田

それは、私も全く同感で、今日の話の最後のところ、3次予防っていうところで申し上げましたけれど、残っている課題、それも言うまでもありませんけれど、当事者の方にどのぐらいニーズがあるか次第だと思うんです。残っている課題があって、当事者の方にそれを扱ってほしいというニーズがある場合に適宜それを扱っていく。複雑性 PTSD の場合に自分はこういった残っている問題を患者さんと一緒に向き合うことがあって、それに対してこういうことやっていますということ最後に御紹介しました。

○加藤

亀岡先生、いかがですか。

○亀岡

原田先生、本当に盛りだくさんのお話ありがとうございます。また、しばらく時間を置いてもう一度お聞きしたいような内容だったと思います。それで、大変おこがましいのですが、原田先生に倣って少し個人史から、ご紹介したいと思います。私は、児童青年期の領域を専門にしている精神科医で、当センターに勤務する前は、一般精神科医として臨床に携わっておりました。子どもの領域では、虐待ケースとたくさん出会うのですが、そのときに、従来習ってきた方法では歯が立たなかったという記憶があります。それで、仕方なく

環境調整とかケースワークのようなことをしていたのですが、このように行き詰まっているときに、日本に招かれたトラウマ焦点化認知行動療法の専門家から技術を学ぶ機会がありました。その後は、脇目も振らずに、一生懸命、それらの技術の実践や研究に励んできました。そして今、これらの技術が日本においても効果があるということが実証され、今後は、これらの知見を一般精神科の先生方へいかにお伝えしていくかという課題に突き当たっています。

阪神・淡路大震災後に設立され、トラウマ研究に携わっている当センターの附属診療所は、PTSD 関連の疾患の治療に、重点的に携わることが許されているという、大変恵まれた環境にあると思うのですが、私たちの実践方法を一般の診療現場にそのまま持ち込みにくいという問題があります。

原田先生は、日頃の診療のポイントをわかりやすくかみ砕いてご説明くださったのですが、その中には、私たちが取り組んでいるトラウマ治療と共通する要素が多いと思います。特に、子どものケースでは、治療やケアにいろいろな機関に関わることが多いので、共通認識を持つことは大変重要なことだと思います。原田先生のように、従来の精神医学の言葉を使って、うまく共通認識を形成するための、マインドやコツのようなものがあれば、お教えいただけませんか。

○原田

ありがとうございます。先生の出発点が、今までの通常の診療だと、もう手も足も出ないと、例えば虐待例だとか、そういった症例で、いろいろ試行錯誤する中で持続エクスポージャー療法と出会ってということだから、出発点は全く一緒なのだろうと思います。どうも今までの自分たちのやり方ではなかなか有効に対応できない、そういった病態があって、その中の一つがこういうトラウマであると。そこから出発しているのですが、先生あるいは先生と一緒によく仕事をされてる飛鳥井先生なんかもそうですけれど、海外の非常に進

んだ方法に目を向けて導入なさる、それを一生懸命なさる先生と、それはもちろん教科書的にはある程度読むんだけど、日本でもそういったことを今までも随分やっているじゃないと考える先生たちもいるわけです。私は師匠の1人は神田橋條治先生なのですが、彼が有名な神田橋処方に関する最初の文献発表をしたのは、もう20年以上前です。彼の仕事、あるいは、中井久夫先生もハーマンの心的外傷と回復を翻訳された以外にもトラウマに関する重要な書籍を翻訳されたり、外傷記憶に関して、先程話した中でも少し出しましたけれど、非常に優れた総説を書いておられます。ああいうのを読んでいると、日本でも随分いろいろやってるじゃないかと、私は海外の動向にも目向けますけれど、やっぱりお師匠さんとして神田橋先生がいますし、あと、個人的なことですけど、中井先生とは昔、統合失調症の精神病理と治療というものがあって、2泊3日で発表し合い、交流し、それを本にするってということがあったのですが、最後の会に中井先生とご一緒する機会があって、中井先生のこととずっと尊敬しておりまして、お二人がこういうふうにも日本でもやっている、ここから主に学んでいこうという、そういう出発点です。

そういう目で周りを見ますと、例えば、さっきも言いましたが、河合隼雄先生とか、あと、山中康裕先生だとか村瀬嘉代子先生だとか、あと、九州の田嶋先生とか福留先生とか、あと、もちろん、兵庫の安先生もそうですよね。みんな日本語でいろいろな臨床について語っているんです。それぞれ非常に大事ことを言っておられるので、私はそういったところから入りましたので、あんまり輸入されてくる言葉でいろいろ考えるというよりも、例えば山中先生が少年期の心でやってることは、これは認知行動療法的に考えるとこういうことで、それがああいう表現療法で、あっ、こういうふうに変わっていったんだなと思いながら読んでますので、そうすると、あんまり難しい専門用語が出てこなくて。土居健郎先生が言う「日常語の精神医学」ですかね、あんな感じでずっと考え

てきたところもあって。あと、個人的に自分の頭が概念を使うのにあんまりなじんでないので、難しい言葉を使うのは、あんまり好きじゃないんです。自分の性分に合ってないというか。自分が十分しゃくできないことを患者さん、家族にするのもどうかっていう感じもありまして、そういう方向性で比較的普通の言葉で今までも考えてきたし、今日もそういう言葉で伝えてきたのかなと。背景にそういう違いがあるのかなと思います。

言うまでもありませんが、海外の動向に目を向けるけど、自分たちの頭で考える人たちは、みんなやっぱり分かる言葉で自分の臨床を、神田橋先生も中井先生も、村瀬先生も、山中先生も自分の言葉で語ってます。それから、海外のことも大事にしながら、自前でやってきたことを大事にすると、そういったメリットはあるのかなというふうに何となく思っております。

すみません、まとまらない話になりました。

○加藤

ありがとうございます。何というか、温故知新といいますか、日本の英知に学んでいくってこの大切さがあるっていうことですよ。

ちょっと少しテーマを変えて、根本的な問題をちょっと考えたいと思います。

複雑性 PTSD っていうのは、ICD-11 っていう WHO がつくった基準に初めて収載されたわけですが、これに至るには非常に議論があって、アメリカの「DSM-5」ではまだ収載されてないです。だから、その辺で、最初にアメリカ人であるジュディス・ハーマンが言い出したこの疾患概念が、まだ当のアメリカでは正式なものになっていないっていうふうな状況もあるわけで、この疾患名が果たして根づくのかどうって問題もあります。

ちょっと考えてみたいのが、この診断、この病名が今普及しているということに関して、日本では ICD-11 のこともありましたけれども、なぜ広がったかっていうと、ご承知のように、皇室のある結婚を通して、あの方が複雑性 PTSD だったっ

ていう報道があって、それでわっと知れ渡ったという状況があるというふうに僕は思っているんです。そういった非常にセンセーショナルな扱いをされて。この病名が非常に広まってきた。これにはいろんな功罪があると思うのですが、その点について少し考えてみたいと思います。

まず、この複雑性 PTSD が認知されて、正式な病名になってきたってということに対してのメリットってどんなところがありますかね。

じゃあ、これは亀岡先生からいきましようか。

○亀岡

子どもの精神科領域では、これまで、単回性のトラウマ的出来事を体験した子どもと、慢性反復性に複数の種類のトラウマ的出来事を体験した子どもとでは、現れる病態がかなり異なるという考え方が紹介されてきました。しかし、今回 ICD-11 で正式に認められた診断基準では、単回性の体験でも複雑性 PTSD の病態を示すこともあるし、複雑性の体験でもシンプルな PTSD 像を示すことがあることが明確にされました。これは、私たちの臨床経験とも合致するものです。

それから、原田先生と須賀先生がご紹介くださった複雑性 PTSD の「自己組織化の困難」という症状は、言ってみれば、アタッチメント不全の際に認められる症状と重なります。この点も、臨床的に非常に納得のいくものでした。

このような複雑性 PTSD の概念が普及することはいいことだと思う反面、困難な状態にある人を安易に複雑性 PTSD と診断してしまう、いわゆる過剰診断が増えることも心配だなと思います。

○加藤

ありがとうございます。須賀先生、どうですか。

○須賀

亀岡先生に全て言われてしまいました。少し私見を述べますと、過去に境界性人格障害であるとか双極性障害、発達障害もそうです、何か新しい

疾患概念が出てくると、そこにばっと診断が流れ込んできたという歴史が精神医学にはあります。要は、ちょっと汚い言い方ですけども、診断の掃きだめのなところにこの診断がなってしまわないか。なので、我々ができることとして、思考停止にならずに、例えば、兵庫県であれば、ここは幾つか御紹介いただいて、しかし、数に限りがあると、受けられる数にも限りがある。じゃあ、自前でやらなければいけないときに、いろんなことを試行錯誤して、治療する側が考えなければいけないです。治療する側にとっての一つの受難になる可能性はあるなというふうには感じております。

○加藤

ありがとうございます。原田先生、いかがですか。

○原田

加藤先生の問いかけは、こういう概念が出てきたことのメリットについてお聞きになったと思いますので、そこに限って私の考えを申し上げますと、基本的には私は大変歓迎しています。さっきの話の中でも少し述べましたように、今まで正当な精神医学、それも特に教育では、こういう話はあんまり出てなかったと思うのです。だから、我々、精神科医、例えば研修のときにもこういう話をほとんど、全くといっていいほど聞いてなかった。だから、現実的には、今日申し上げましたけれども、こういう人たちと研修のときから出会っているのですが、それにしっかり当たる概念っていうのがないまま試行錯誤してきたのが現実だったわけです。こういったことの大切さに気がついてる精神科医、あるいはコメディカルの方もいらっしゃるのはいらっしゃるけれど、特に精神科医の中では必ずしもまだ多数派にはなっていないんじゃないかっていう気がしています。日本は海外の権威に特に弱いですから、昔は中国、明治以降は欧米でしょうか。何かあると、もう争ってそれを取り入れようとするから。そういった今までのまづかった状況を変えるには、向こうの

精神医学をしっかりと見ていこうじゃないかっていうのは、私は精神科医にとって、基本的にはよかったと思っています。

加えて、この問題を考えるのは、単に当たり前ですけど、医療の話だけではなくて、こういったことが非常に多い背景には、日本の社会の病理もあるわけです。日本の社会の病理がどういうふうになつているのか、そもそもルーツがどこにあるのか。私個人的には、一つは戦争、軍隊、あるいは、もう一つは差別ではないかと思ってるんです。そういう戦争、軍隊、あるいは差別っていうことを背景にして、こういった問題がもう永遠とずっと続いてきて、今もいろんな不幸を生み出している。そういう歴史と現状、文化に関して、国民みんなが認識を深めて、そして、それらの対応を考えていくいいチャンスになるといいなというふうに私個人は思ってますので、メリットという意味では、そういったことを感じてます。

○加藤

ありがとうございます。私自身の考えを言わせていただきますと、ハーマンが1992年にあの本を出してるわけですけども、その中に「複雑性PTSDを提案する」という章があります。その中では、境界性パーソナリティ障害、あるいは少々侮蔑的にボーダーラインって言われている方たちを救済するという点、言い過ぎかもしれませんが、彼ら彼女たちを理解するためにこの概念がとっても大事であるっていうことを強調してるんですね。このように、境界性パーソナリティ障害っていうのはなかなか手をやく、非常に対応の難しい人たちで、臨床家もさじを投げってしまうようなことが多かったわけだけれど、やっぱりこういった彼女たちにこういった背景があるっていうことをちゃんと理解して接すると、ちょっと治療関係がよくなって、治療も進んでいくっていうことも往々にして経験してたので、そういう意味で、僕個人としては、この複雑性PTSDっていうのはとてもいい概念だなと思っていました。いつか正式にならないかなと思ってたんですけど

ど、ただ、最初に申し上げたように、アメリカではまだそれがなっていないですね。要するに、アメリカの考えていうのは、PTSD っていう概念の中にもうこれ含まれているから、わざわざそんなこと言わなくてもいいっていうふうな考え方をしている、「DSM-5」は少し症状を増やしているの、そこに含まれるっていうようなことを言っているんです。それが果たして妥当なのかっていうことは今後議論をしていかなきゃいけない点だろうなって個人的には思っています。

ただ一方で、やっぱり批判もあるわけですね。あまりにこれが広がり過ぎてしまっている。特に先生が編集されたこの「複雑性 PTSD の臨床」の本の中には、家族療法家の中村伸一先生が、やっぱり本人の話だけでこういった問題について考えを進めていいのかっていうふうなこともおっしゃっていて、もっと家族の病理としてちゃんと見極めていく必要があるっていうようなこともおっしゃってますし。あと、先生は軽症複雑性 PTSD っていう言葉を使われましたけども、これは確かにそのとおりです。複雑性 PTSD の症状を持っていて、症状、構成はそうで、いろんなひどい体験してきた人たちってたくさんいるんですが、これが、例えば DV の裁判とかになると、複雑性 PTSD なのかどうかっていうことが非常に問題にされます。例えば暴言とか脅しだけで PTSD 症状が出ている場合に、これが果たしてそう言えるのかっていうことが問題になって、非常に臨床家としては悩ましいところで、結局、適応障害っていう病名とかを使わざるを得ないような状況も出てくるんですね。

一方で、そういう診断の範囲とか、その原因となったトラウマの範囲についての議論も重ねられてくると思うので、どういうふうに考えているのか、また順番にお聞きしていいですか。

じゃあ、亀岡先生、いかがでしょうか。

○亀岡

その点は、日々の臨床でも難しいところだと思います。臨床では、その人の主観的な苦しみに寄

り添うわけですから、トラウマの基準を少し下げ、閾値下の人でも、PTSD に準じた状態と捉えて治療を提供することが多いように思います。その一方で、司法の場などでは、臨床診断よりも厳しい基準が求められます。このように、現実的に、異なる領域ではそれぞれの基準を使い分けることも必要になるかと思えます。

問題は、同じ領域のなかでも様々な立場があり、一人一人の専門家の捉えるトラウマの範囲が異なるということではないでしょうか？この辺りもある程度は柔軟にとらえる必要があるかもしれませんが、トラウマの範囲を広げすぎると、適切な治療方法を見極めていくような場合に、非常に困難な問題に突き当たると思えます。

○加藤

ありがとうございます。須賀先生、どうですか。

○須賀

そうですね、患者さんが来院されたときに印象的だったのが、複雑性 PTSD のことを随分調べられていて、私はこの診断には該当しないけれども助けてほしいというような方が確かにおられる。そういう方は何人も経験しますが、そういう方に対する救済といいますか、治療も含めて考えていかなければ、恐らくこの診断が出てきた本当の意義というのが拾えないような気がするんです。診断がつくかどうかっていう厳密な観点、もちろん司法的な観点でいくと非常に重要ですけど、治療的観点から言いますと、少し広めに拾っていかねばいけないような状況には、恐らくなってくるんじゃないかと考えております。

○加藤

ありがとうございます。そうすると、須賀先生はますます忙しくなるっていうことになっていきますけれども。原田先生、いかがでしょうか。

○原田

恐らく須賀先生がおっしゃっているような方、

つまり自分はトラウマ体験はあるけど、複雑性 PTSD には該当しないようだ。だけど、何かサポートしてほしいっておっしゃる方の診療の場合は、対応は大変ですけれども、診断名に関する齟齬、問題はそう起きないですよ。そうではなくて、厳密に言うと、例えば心理的な虐待だけで PTSD 症状がある、DSO があるっていう場合に、ご本人とすると、複雑性 PTSD じゃないかというふうに思ってる場合にどう対応するかってあたりが難しいんだろうと思いますけど。

私は、基本的には原則論で言ってます。あなたがそういうふうお考えになるのはよく分かるし、現実的に心理的虐待で PTSD 等、DSO が出る場合はある。だから、あなたにトラウマがあるっていうことは、私はこの仕事をやってるからよく分かります。ただ、今の ICD-11 の診断基準だと複雑性 PTSD には当たらない。あえて名前をつけるとすると、例えば正式な名前ではないけど、軽症複雑性 PTSD とか、今まで使われてきた言葉では、これは国際的な診断基準の言葉ではないけど、外傷性精神障害というものになると。ただ、ICD がこれから、あるいは DSM がこれからどうなっていくかは分からなくて、あなたの場合も、これからは複雑性 PTSD っていうものに当てはまるようになるかもしれない。今はこういうのが出てるけれど、これが絶対的なものではないから、あくまで物差しの問題ですよっていう話はして。だから、複雑性 PTSD という場合には、一応 ICD-11 に合致する場合で、そうじゃないときは合致はしないって言うようにはしています。

○加藤

私の場合もそうですね。ICD とか DSM をお見せして、残念ながら基準に、症状としてはそうなんだけれど、原則にあるトラウマのその範囲によってちょっと難しいよねって話をすることはあって、割とその辺見せて説明すると納得される方が多いです。もちろんその後のフォローアップは当然続けるわけですけど。そういった対応

を僕はしていますね。

診断に関しては、今後まだまだこれが定着していくのか、アメリカの「DSM-5」が今後これをまた拾ってくれて、ちゃんと正式に記載するのか、あるいは ICD が心を変えて、これを削除するかもしれない、そういったいろんな微妙な問題であるってことは少し知っておく必要があると思います。

次ですけども、治療に関して、原田さんにどうしてもお聞きしたかったんですが、先生が開業されて、多分患者さんを 1 日に 20 人ぐらい診ておられて、その中で、あれだけ丁寧な心理教育をされていくってというのは非常に難しいんじゃないかと思うんです。本当に普通の精神科クリニックだったら、30 人、40 人ぐらい診ないとペイしないので、認知行動療法を専門されているクリニックであっても、日常臨床の中できめ細かな対応っていうのができるってというのは、非常に奇跡的だなというふうに思って聞いていたんです。その辺りの治療の工夫ってというのはどういうふうに行われているのか、これを是非原田先生にお聞きしたいと思います。

○原田

ご質問ありがとうございます。もちろん私の診療がいつもうまくいっていると、そういうばかげたことはない、私もうまくいかないことの連続ですし、実際にはうまくいかないことも多々あるんです。

まず、治療構造から申し上げますと、短時間の再診で対応できるためには、私の感覚ですと、名人は別なんでしょうけど、私の実情だと、やっぱり初診は 1 時間必要なんですよ。初診のときに、その人の現病歴だけじゃなくて、生活歴、家族歴、それこそトラウマ歴、あと、現在の生活状況、その課題、あと、その人のストレングスとか、いろいろ把握しておく、1 時間かけて把握しておく、そうすると、その人のストーリーであるとか、現状がある程度見えてますので、再診は私の場合は 10 分でやっています。だから、1 日でいくと 30

人以上診てます。それでも、ある程度対応できることがあるのかなとは思ってます。1時間初診で取って、ある程度時間的な余裕がありますけれども、例えばさっきのトラウマの心理教育を、そこをずっとやってたら、すぐに時間がなくなってしまいます。あれは外傷記憶の説明図だけを私の診療の机の上に用意してあって、私の手書きで用意して、それを口頭で説明するんです。口頭で説明すると、概略ですけど、大体3、4分で内容はある程度伝わるし、患者さんは実感がありますからね。自分の体験と照合して、ああ、こうだこうだっていうふうに乗ってくれるので、3、4分で説明をして、これについて資料がありますから、希望があったら受付で持って行ってくださいって行って全文のコピーをお渡しすると、そういった形で省エネ、時間の節約をしています。

あと、それから、例えばうつ病の認知行動療法についても、あんまり詳しく説明していると時間がなくなりますから、雑駁なところで説明して、そして、うちのクリニックでは、もううつ病だったら抑うつ3枚セットとって、うつ病の認知行動療法に関して概略が記してある解説のコピーがあるので、それを本人に渡して。その中にさっきお見せしたような思考記録のひな形も、事例も書いてあるものを見てもらい、口頭で簡単に説明しながら、配付する。資料がいろいろ用意してあるので、それをお渡しして、何とかやっているということでしょうか。

○加藤

ありがとうございます。非常に参考になります。どうでしょう、亀岡先生は複雑性 PTSD の人を診るケースがほとんどかもしれないんだけど、その治療についてもっとも大事にしてることってどんなことですか。

○亀岡

どのようなケースでも、今日、原田先生がお話くださった、心理教育は大切だと思います。特に、複雑性 PTSD の人たちは、自分がどのよう

な状態にあるのかを、ほとんど理解しないままに、悪循環を繰り返していることが多いように思います。子どもの場合、「こころのケガ」というキーワードで、「あなたが悪いのではなく、ケガのせいでうまくいかないだけ」というように説明しています。

その上で、その人自身の感情への気づきを高め、その感情に寄り添い、その感情が当然の自然なものであることを共有していくことが、トラウマ的出来事であつらい状態にある人の安全感を高め、その人が自分の人生を取り戻すことにつながるように思います。

○加藤

亀岡先生が作ったいろんな資料がうちのホームページにたくさん載ってますので、ぜひ御覧いただければと思います。

須賀先生どうですか。須賀先生は、やっぱり安全を確保することが治療のファーストステップだっていうことを言っていましたけれど、その辺を含めていかがでしょうか。

○須賀

最低限すべきこととしては、もうそれ以上傷つけないことなんでしょうね。どの言葉がいいのかっていうのを日々選びながら、ただ、言葉が出てこないこともあります。こちらが勇み足になり過ぎないように、引受け過ぎないこと。それは先ほど原田先生から御紹介いただきました、神田橋先生の謙虚な店主のスタンスですね、May I help you のスタンス、そこを持ちながら、ラポールを形成していく。その中で、その方が話される言葉を使って、この心理教育をしていくというところが大事なかなと思って日々診療しているところです。

最初のうちは心理教育の症状について話し合う中で、何ていうのでしょうか、頭では分かっているが、心に入ってこないというのはよく経験します。それでもいいので、まずはそれが症状であることを知ってもらうことです。まず知ることを一緒にやっていきたいというスタンスで、焦らずやって

いくこと。ときには勇み足のその方を制してあげながら進めていくこと。今頭に浮かんできていることが、まさに自動思考ですが、今頭の中で起きていることが自分の問題なんだというよりは、脳が勝手に起こしているエラー、欠陥だらけの脳という臓器の一つのエラーとして見る視点が大事です。浮かんでいる思考そのものが全部自分のものではないんだという、ちょっと俯瞰的な視点を、心理教育をしながら持っていただくような働きかけを、個人的にはしています。

○加藤

安請け合いしないとか、患者さん自身にちゃんと理解していただいて、共同作業としてそれを一緒に考えていくということだというふうに言えると思います。

治療のことばかり話してきましたけども、僕が思うに、やっぱり治療以外のところですね、例えばケースワークとか、生活の安定化とか、原田先生のお話にありましたが、例えば経済的に安定されるために年金を申請してあげるとか、生活保護のことを教えてあげるとか、そういったいろんなことも、とても役に立つことも多いです。治療以外で、今回参加しておられる方、見ておられる方の中には治療者というよりは、パラメディカルの支援者という方も多いと思いますので、そういった方たちが今後、複雑性 PTSD に向き合うときにどういったことに気をつけなきゃいけないかっていうことについて、ちょっとご意見お伺いしたいと思います。

これは、また亀岡先生からいっていいですか。

○亀岡

複雑性 PTSD のケースは、さまざまな困難を抱えていることが多いので、多くの機関が連携して支援する必要があります。当センターの附属診療所でも、それぞれの機関をつなぐ役割を果たす保健師やケースワーカーの出番がすごく多いです。機関が連携する場合でも、丁寧な紹介や情報の共有が重要になるからです。

加藤が申しましたように、PTSD の症状が安定していても、日常生活面のストレスが高まると、一気に症状が悪化する場合がありますし、逆に、日常生活のストレスが解消されると、PTSD 症状が快方に向かう場合もあります。ですから、医療と関連機関との連携がとても大事だと思います。

○加藤

須賀先生、どうですか。

○須賀

ケースワークしていただける方、それはこのセンターだけではなくて、日々お世話になっているヘルパーさんであるとか、行政の方であるとか、支援してくださっている方々には、本当に頭が下がる思いです。ケースワークのおかげで治療まで来られるわけですので、非常に大事なことだと思います。つまりケースワークに関わる方がみんな、症状に関する知識を持って接していただくというのは、ものすごく患者さんに対する勇気づけというのか、力になるんだと思いますので、ケースワークはものすごく大事だと思います。

○加藤

ありがとうございます。原田先生、いかがでしょうか。

○原田

医療以外の方が関わることで、安全、安心が確保できて、それが医療、あるいは心理以上に患者さん、家族の役に立ってるっていうことは幾らでもあると思うんです。だから、そういった機会は非常に大事だと思うんですけど。そういった関わりをなさる場合にも、こういうトラウマの方と接している我々が留意していることは、やはり少し頭に入れてお関わりになるといいんじゃないか。つまり、自分がやることはもういいことに決まっているから、自分のやり方を、あんまり強引に持って行ってしまおうというのは、それはやっぱりまずくて、控え目な態度で、もし必要だったらばこうい

うやり方もあるけれどっていう情報提供をして、そして、最終的な決定をやはり本人、家族に任せていく、そういった態度が有効だし、かつ危険性も少ないんだろうと思います。

例えば神田橋先生や河合先生がいろいろ境界例、トラウマの方との診療で苦勞して、そういった控え目な、自信のない態度、自分があんまり積極的に関与して変えるというよりも、相手の治癒力を信じて、相手に主体性を任せながら、自分は後からついていく姿勢、ともにの姿勢でやっていると、それは彼らがいろんな失敗を通してそういう結論にたどりついているんですね。河合先生も心理学を学んで、それを使って患者さんを治してやろうってやっていたときは、ものすごい患者さんの反発を買って、もう河合先生も本当に自分も死にそうだったって回想してますね。だから、自分がやってることがもう絶対の真理だっていうふうに思って、それで、あんまり断定的にわっと介入してしまうと、ご本人の意図と逆にまずい結果が生まれてしまう結果もあるので。あくまで、河合先生、神田橋先生が言ってる控え目な態度、ともにの姿勢を保ちながら、相手の意向を聞きながら、少し後からついていく態度。それをしないとやっぱり危険なんだろうと思います。

あと、自分がやってることは正しいっていうふうにもう信じちゃうことの危険性なんですけど、これから申し上げることは神田橋先生が言ってることなんですけど、神田橋先生は自分には愛着障害があると。愛着障害がある人には、不自由恐怖症、不自由嫌悪症っていうのがあって、自分が自由にしたいという気持ちが非常に強いと。そうすると、そういう人間にとっては、人間関係において控え目に相手についていくっていうのが非常に不自由ですから、あんまりなじめなかった。彼は、精神療法についていろいろいいことを言ってますけれど、一番大事なところが、ともにの雰囲気だって言い始めたのは、まだ5年ぐらいなんです。愛着障害があって相手についていくのが苦手な方もいらっしゃるんで、その辺は少し自分の個性も意識して、そういう特徴があるなと思った

ら、周りの方と話し合ったり、お勉強したりして、そういう自分の癖を少し修正していけるといいのかなと思います。修正したほうが、こういう診療関係で日々変化が起きるだけじゃなく、例えば家族であるとか、職場であるとか、ほかの人間関係でも恐らくいい結果につながると思うから、自分でコントロールしたい人は少し意識なさるといいかもしれない。ちょっと余計なことですけど、神田橋先生はそんなことを言ってます。

○加藤

ありがとうございます。控え目に、その方が求めているものに応えていくっていうのが、トラウマを持った人への関わり方の根本であるっていうのは、災害なんかでトラウマを受けた人に対しての支援でもそうなんです。単回性のトラウマを受けた人への支援でもそうで、現実的で控え目な支援をしましょうっていうことが一番基本になってるんですが、それをやっぱりこういう複雑性PTSDの人を援助する場合にも肝に銘じておく必要があるっていうことだと思います。

それと、トラウマインフォームドケアっていう言葉や考え方を普及しているところですが、自分が接する方に、背景にトラウマの問題があるかもしれないと考えながら接していくことは、とても大事です。この辺については両方ともうちのホームページにはマニュアルが載っていますので、ぜひご覧いただきたいと思います。

最後に、トラウマは全体的にそうですが、特に複雑な、慢性的な、連続したトラウマを持った人と接することっていうのは、接する側もとても大変です。とても疲弊することが多いです。こういうのは代理受傷とか言われていますけれど、こういった問題についてどういうふうに対処しておられるのかということについて、3人の考えを聞いて、この場を締めたいと思います。

亀岡先生、いかがですか。

○亀岡

その点はあまり得意ではないかもしれませんが

が、通常のストレスマネジメントで知られているようなことを心がけています。それと、最近のコロナ禍で少し難しくなっていますが、自分の中でモヤモヤが残る時には、センター内の誰かに話をすることにしています。ここには幸い同じような視点を共有するスタッフがたくさんいるので、例えば須賀先生にちょっと話に行くとか、そういつたことで結構癒やされています。

もう一つは、毎日、通勤で片道20分くらい、歩いて坂道を上り下りしています。ひたすら歩いていると、雑念がすっきりするような気がします。

○加藤

須賀先生、どうですか。

○須賀

ありがとうございます。セルフケアは、例えば、洋服みたいなものですね。日々どういう服を着ればいいのか、いろいろレパートリーがあるといい。今日はちょっと動いたほうがいいのか、今日は何もせずのんびり自分に時間を許したほうがいいのかというあたりを、日々、数分間、3分、5分、自分と向き合うような、瞑想というのか、そういう時間を取るようにしています。あとは犬の散歩ですね。犬の散歩をしながら犬の動きを見ていると、例えばぶるぶるって体を震わせるのがありますよね、犬たちはああいうふうに不快な感覚を抜いてるんだな、ああ、羨ましいなんてことを思いながら夜散歩をしている、そんな具合です。

○加藤

ありがとうございます。原田先生、いかがでしょうか。

○原田

お二人とも実に有効な手だてを実行なさっておられて。亀岡先生がおっしゃった灘駅に歩くというのは、認知行動療法でいくと行動活性化なんでしょうね。行動活性化で、歩いているうちに心身の状態がよくなるんで、リリースがそれででき

るわけで。犬と遊ぶっていうのを私、申し上げましたけれど、人間の回復力を引き出す4因子の1つとして、犬と遊んでいると、体動かして一緒に散歩すると自然を楽しんで、あと、よい動物の関係を味わって、遊ぶっていう要素も入ってきて、それは大いに回復につながると思うんですよね。あと、私が思うのは、回復の仕方はもちろん大事なんだけど、やっぱり位置情報が一番大事なんじゃないかと。あんまり自分を前面に出して物事を進めていくっていうのもまずくて、少し控え目に、そして自信のない態度で、ともにの姿勢でやっていくっていうことが大事なのかなと思います。場合によっては自分の性格、特徴を少し意識しながら、つながっていくことが、当事者にとってもこちらにとっても大事なのかなというふうに思っています。

○加藤

ありがとうございます。

私のやり方を最後に申し上げると、日々達成感のない仕事をやってるので、ちょっと達成感のあることをするといいですね。私の場合は釣りが好きで、釣りに行って魚釣れるとうれしいですよ。そういう自分が満足できること、やったあつていう感じを感じられることをやるといいかなって思っています。釣れないときは残念ですけどね。そういうことを日々やっております。

今日は複雑性PTSDという、非常に難しいテーマをこういうふうにざくばらんに話し合う機会が作れて、とても達成感のある時間だったと思います。聴衆の皆様には、3時間半もお付き合いいただきまして、本当に長い時間ありがとうございました。

最後に、原田先生は東京から、今日はわざわざ診療を休まれてここに来ていただきました。本当に最後に感謝申し上げたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

2 研究員の活動実績

(1) 刊行物

【公表論文】

- ・加藤寛. 「上司に繰り返シアホ、馬鹿と怒鳴られています。それが原因で PTSD になったという診断書を今すぐ書いてください・・・」；一般人は専門家よりトラウマと PTSD 概念を広く取りがちな件. 精神科治療学. 37 増刊号; 114-117, 2022
- ・加藤寛. 震災、トラウマ、こころのケア：中井久夫の着想と実践. 精神科治療学 (印刷中)
- ・亀岡智美. 複雑性 PTSD に対するトラウマフォーカスト認知行動療法. 心理学ワールド, 97; 24-25. 2022
- ・野坂祐子、亀岡智美、花房昌美他. 児童相談所におけるトラウマインフォームドケアの取組みの実態と課題－全国児童相談所の児童心理司対象の質問紙調査から－. 子どもの虐待とネグレクト, 24(1)84-91, 2022
- ・Satomi Kameoka. Trauma-Informed Care in Psychiatric Practice. Psychiatria et Neurologia Japonica (English Translated Version), 122(2), 2020
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアとは. 精神科, 41(3): 430-436. 2022
- ・亀岡智美. 親との死別を経験した子どものケア. 精神医学, 64(12), 1625-1630, 2022
- ・大澤智子、加藤寛 「精神療法」サイコロジカル・ファーストエイドの発展と普及 第 48 巻第 4 号 (251) .441-445.
- ・谷浩一、奥野裕子、高木幸子、藤原義博、酒井佐枝子. 自傷行為を有する自閉スペクトラム症児に対する学校での積極的行動支援の取り組み－情動行動の低減もみられた 1 事例－. 岐阜聖徳学園大学紀要 62, 1-15. 2023
- ・須賀楓介. 精神科診療のピットフォール 疾患各論 心的外傷・ストレス関連障害 「急性ストレス障害」. 精神医学 64(5), 681-685, 2022
- ・須賀楓介. 特集 心的外傷およびストレス因関連障害 レジデントが知っておきたい診断や治療のコツ！ 「複雑性悲嘆」. 精神科 resident3(2), 125-126, 2022
- ・中塚志麻. 新興感染症パンデミック期のこころのあり方に関する文献レビュー 新型インフルエンザパンデミック期の心理とリスクコミュニケーション-. 心的トラウマ研究, Vol18,31-44 2023
- ・西川昭子. RMT(調整的音楽療法)6 回法の試行 -腰痛と軽度の不眠に改善がみられた男子学生の一例-. 音楽知覚認知研究, Vol.28, No.1, 35-43. 2022

【著書・翻訳】

- ・亀岡智美. 子どもの PTSD のアセスメント－UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックスの手引き. 誠信書房. 2022
- ・亀岡智美編. 実践トラウマインフォームドケア－さまざまな領域での展開. 日本評論社. 2022
- ・飛鳥井望監訳、飛鳥井望・亀岡智美訳. PTSD 治療ガイドライン第 3 版. 金剛出版. 2022
- ・大澤智子. 「プレホスピタル・ケア」こんな場合はどうすればいいのでしょうか？ 第 35 巻第 2 号 (168) .88-89.

- ・大澤智子. 「プレホスピタル・ケア」発達障害の困りごと－整理整頓のカギは見える化！第35号第2号(169).32-33.
- ・大澤智子. 「更生保護」対人支援職のメンタルヘルスとセルフケア論説 第74巻第2号. 6-12.
- ・酒井佐枝子. 児童養護施設におけるトラウマインフォームドケア 支援者と支援組織全体で取り組むために. 123-137. 亀岡智美編『実践トラウマインフォームドケア：さまざまな領域での展開』日本評論社. 2022

【その他刊行物】

- ・加藤寛. 最相葉月. 「こころ」を置き去りにしない社会へー中井久夫が遺したもの. 現代思想. 12月臨時増刊号 8-21, 2022
- ・大澤智子. 論文紹介 A neglected aspect of refugee relief works: secondary and vicarious traumatic stress: 難民支援活動の顧みられない側面: 二次的トラウマティック・ストレスと代理受傷. トラウマティック・ストレス, 20 (1); 30.
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケア (TIC) の視点で考えるコロナ禍の子どもとその家庭のこころの健康. 保健師ジャーナル VOL. 78 No.2: 128-133. 2022
- ・酒井佐枝子. 『CRC 親子プログラムふあり』の実践から親子関係再構築を考える 第1回 「親アンケートを通してプログラムを考える」. ちゃいるどりそーす通信 No.51: 3. 2022
- ・酒井佐枝子. 『CRC 親子プログラムふあり』の実践から親子関係再構築を考える 第2回 「児童相談所のアンケートを通してプログラムを考える」. ちゃいるどりそーす通信 No.52: 3. 2022
- ・酒井佐枝子. 『CRC 親子プログラムふあり』の実践から親子関係再構築を考える 第3回 「ふありを通して考える親子関係再構築支援」. ちゃいるどりそーす通信 No.53: 3. 2022

(2) 学会・研究会における発表

【特別講演、教育講演、パネルディスカッション、シンポジウム、一般演題、ワークショップ等】

- ・加藤寛. トラウマ症状の評価を学ぶー構造化面接の方法. 第21回日本トラウマティックストレス学会プレコングレス. 2022/7/16
- ・亀岡智美. 記念講演. 子どものこころのケア～トラウマの視点から～. 第46回吉馴学術記念講演会. 日本小児科学会兵庫県地方会. 2022/7/16. ウェブ
- ・亀岡智美. 記念講演(学会奨励賞). トラウマフォーカスト認知行動療法 ラーニング・コラボラティブ研究会のこれまでとこれから. 第63回日本児童青年精神医学会総会. 2022/11/10. 松本
- ・亀岡智美. シンポジウム5. トラウマ臨床における神経発達症. 第63回日本児童青年精神医学会総会. 2022/11/11. 松本
- ・亀岡智美. アタッチメントとトラウマインフォームドケア. 第21回思春期の臨床講習会. 日本小児科医会. 2022/11/20. 東京
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケア～トラウマインフォームドケアの広がりの中で～. 第3回安全推進センター・シンポジウム. 大阪教育大学. 2023/3/5. ウェブ
- ・大澤智子. 現場が欲する支援者支援: 災害が与える支援者への中長期の影響と今後の課題. 座長. 第21回 日本トラウマティック・ストレス学会. 2022/7/24

- ・酒井佐枝子. 児童福祉領域におけるトラウマインフォームドケア研修受講の実践への影響. 第21回日本トラウマティック・ストレス学会. 2022/7/23～24. 東京現地開催+オンライン開催 (8月22日までオンデマンド配信)

(3) 講演

- ・加藤寛. コロナ禍における支援者のメンタルヘルスを考える. 兵庫県看護協会. 2022/6/16. 神戸
- ・加藤寛. 兵庫県こころのケアセンター：施設概要と主な活動. 韓国 Ansan Onmaum Center. 2022/7/8
- ・加藤寛. コロナ禍における支援者のメンタルヘルスを考える. 広島県精神保健福祉センター. 2022/12/2. 広島
- ・加藤寛. こころのケアの方法-阪神・淡路大震災からの四半世紀をふり返って. 大阪市こころの健康センター. 2023/3/1
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 東京大学「職域・地域架橋型-価値に基づく支援者育成」C1コース. 東京大学医学部附属病院精神神経科. 2022/6/12. 東京
- ・亀岡智美. 災害・虐待と子どものストレス/トラウマケア. ユニセフセミナー大阪. 大阪ユニセフ協会. 2022/7/2. 大阪
- ・亀岡智美. 子ども虐待とトラウマ. 「子ども虐待」基礎講座. 児童虐待防止協会. 2022/7/11～8/15. オンデマンド配信
- ・亀岡智美. 虐待の評価とケア. 厚生労働省こころの健康づくり事業「思春期精神保健対策医療従事者専門研修」. 国立国際医療研究センター国府台病院. 2022/8/18. オンライン配信
- ・亀岡智美. 子どものこころを知る、育む～トラウマインフォームドケアという考え方～. こころの健康のつどい. 尼崎市. 2022/9/3. 尼崎
- ・亀岡智美. 発達障害とトラウマについて. 南東部ブロック家庭相談員(前期)研修会. 兵庫県家庭相談員連絡協議会. 2022/9/9. 三田
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアを理解する. ふくしま心のケアセンター全体研修会. ふくしま心のケアセンター. 2022/9/13. オンライン配信
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 一般研修会. 日本精神科看護協会三重県支部. 2022/10/1. オンライン配信
- ・亀岡智美. 被虐待児への心理教育について. 伊丹市児童虐待対策スーパービジョン事業. 伊丹市健康福祉部生活支援室こども福祉課. 2022/10/4. 伊丹
- ・亀岡智美. 子ども虐待への対応～トラウマの観点から～. 神戸労災医療セミナー. 神戸労災病院. 2022/10/5. 神戸
- ・亀岡智美. 子どものトラウマインフォームドケア. 海南海草・有田合同保健師研修会. 和歌山県市町村保健師協議会. 2022/10/7. オンライン配信
- ・亀岡智美. 被害に遭った子どもへの支援・保護者への支援. 秋期全国研修会. 全国被害者支援ネットワーク. 2022/10/15. 東京
- ・亀岡智美. 大人が知らない子どものこころのキズ～傷つきのメカニズムと対応について～. 子どものこころに関する講演会. 山梨県立北病院. 2022/10/28. オンライン配信
- ・亀岡智美. ケアにおけるトラウマ-アタッチメント問題. 第47回全国児童相談研究セミナー岐阜大会. 現地実行委員長. 2022/11/6. オンライン配信
- ・亀岡智美. 非行少年(犯罪被害少年)理解におけるトラウマについて. 大阪府少年サポートセンター職員

- 研修. 大阪府福祉部子ども家庭局子ども青少年課. 2022/11/8. 大阪
- ・亀岡智美. 子どものPTSDへのアセスメント. 児童相談所児童心理士研修. 茨城県中央児童相談所. 2022/11/15. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 虐待の評価とケア. 厚生労働省こころの健康づくり事業「思春期精神保健対策医療従事者専門研修」. 国立国際医療研究センター国府台病院. 2022/11/17. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 子どものトラウマ～虐待が子どものこころと成長に与える影響～. いくしあシンポジウム. 尼崎市. 2022/11/22. 尼崎
 - ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアを学ぶ. オンライン合同研修会. 大阪府臨床心理士会. 2022/11/27. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 思春期におけるトラウマインフォームドケア. 思春期問題研修会. 秋田県精神保健福祉センター. 2022/11/29. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 子どものPTSDを適切に見立てるために. 児童心理司キャリアアップ研修(中堅以上). 山口県社会福祉協議会. 2022/12/2. 山口
 - ・亀岡智美. 子どものトラウマへのアセスメント. TF-CBTラーニングコラボラティブ研究会研修会. TF-CBTLC研究会. 2022/12/9. オンライン配信
 - ・亀岡智美. TF-CBTイントロダクトリー・トレーニング. TF-CBTラーニングコラボラティブ研究会研修会. TF-CBTLC研究会. 2022/12/10-11. オンライン配信
 - ・亀岡智美. ①PTSDってなに?②PTSDの子どものマルトリートメント(二次被害). 第4回子育てによりそう支援者応援セミナー. 日本家族計画協会. 2022/12/12～2023/1/9. オンデマンド配信
 - ・亀岡智美. 精神科医療の視点からのトラウマインフォームドケア. 家族再統合支援事業職員研修会. 長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター. 2022/12/13. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 発達障害児へのトラウマインフォームドケア. 発達障害者支援研修:行政実務研修. 国立精神・神経医療研究センター. 2023/1/18. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 児童養護施設におけるトラウマインフォームドケア. 職員研修. 山梨立正光生園. 2023/1/30. 甲府
 - ・亀岡智美. 子ども虐待とトラウマ～トラウマインフォームドケアの視点から～. 子ども家庭ソーシャルワーク専門職養成研修. 2023/1/30. 甲府
 - ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアの基礎を学ぶ. トラウマインフォームドケア(TIC)研修会. 宮城県精神保健福祉センター. 2023/2/9. オンライン配信
 - ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアとは何か?～青年期のトラウマの理解と支援～. 教職員向け講演会. 同志社大学カウンセリングセンター. 2023/2/16. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 子どものトラウマの理解とこころのケア. 精神科薬物治療を考える会. 住友ファーマ株式会社. 2023/2/16. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 複雑性PTSD～治療におけるトラウマ-アタッチメント問題～. 子どものこころ診療センター公開講座. 長野県立こころの医療センター駒ヶ根. 2023/3/11. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 子育て家庭の社会的孤立をトラウマインフォームドケアの視点から考える. 子育て家庭の社会的孤立を考えるオンライン研修会. 龍谷大学社会的孤立回復支援研究センター・子育て家庭ユニット長. 2023/3/14. オンライン配信
 - ・亀岡智美. 親子双方のトラウマ関連認知・行動への介入～親子複合型認知行動療法から～. 発達障害・専門講座14. 明治安田こころの健康財団. 2023/3/25～3/29. オンライン配信

- ・大澤智子. 「メンタルヘルス」について. 令和4年度 消防市長昇任課程. 神戸市消防学校. 2022/5/18. 神戸
- ・大澤智子. 「災害時のこころのケア」人と防災未来センター 2022/6/1. 神戸
- ・大澤智子. メンタルヘルス ストレスマネジメント. 令和4年度初任科教育課程. 神戸市消防学校教育. 2022/6/9. 神戸
- ・大澤智子. 「災害時のメンタルヘルス ～サイコロジカル・ファーストエイド (PFA) から学ぶ」. 災害時メンタルヘルス研修会. 広島市精神保健福祉センター. 2022/6/16. 広島
- ・大澤智子. ハラスメントの予防と基礎知識. 近畿・中国高速道路消防協議会総会における研修. 近畿・中国高速道路消防協議会. 2022/6/28. 吹田
- ・大澤智子. メンタルヘルス. 第87期兵庫県消防学校初任教育. 兵庫県広域防災センター. 2022/7/6. 三木
- ・大澤智子. 災害支援について. 日本精神科看護協会広島県支部. 2022/7/7. 広島
- ・大澤智子. 対人支援職の二次受傷とそのケアについて. 令和4年度大阪府障がい者虐待防止・権利擁護研修. 大阪府福祉部障がい福祉室障がい福祉企画課. 2022/7/13. オンライン (大阪)
- ・大澤智子. 被害者支援の実際 (1) 支援者のメンタルケア. 2022年度 被害者支援員養成講座カリキュラム. 認定 NPO 法人大阪被害者支援アドボカシーセンター. 2022/7/22. 大阪
- ・大澤智子. メンタルヘルス (ラインケア) に関する研修. 福崎町役場. 2022/7/26. オンライン (福崎)
- ・大澤智子. ハラスメントの基礎知識と防止について (組織・個人対策). 多治見市消防本部ハラスメント研修会. 多治見市消防本部. 2022/8/3. 多治見
- ・大澤智子. 消防職場のメンタルヘルス対策とハラスメント予防対策. 管理職級研修会. 江津邑智消防組合 2022/8/23-24. オンライン (江津)
- ・大澤智子. 災害メンタルケア実習. 文部科学省補助金事業「課題解決型高度医療人材養成プログラム」コンダクター型災害保健医療人材の養成プログラム. 東北大学病院総合地域医療教育支援部. 2022/8/27. 仙台
- ・大澤智子. 消防職場のハラスメント予防対策. 職員研修会. 宝塚市消防本部. 2022/9/1. 宝塚
- ・大澤智子. 災害時における支援者支援. 災害時等対応連絡会議. 兵庫県精神保健福祉センター. 2022/9/2. オンライン (神戸)
- ・Tomoko OSAWA. Disaster Mental Health and Supporting Service Providers. JICA 国別研修会. 2022/9/21. オンライン (神戸)
- ・大澤智子. 消防職員のための傾聴方法. 奈良県広域消防組合メンタルヘルス研修. 奈良県広域消防組合. 2022/10/4-5. 橿原
- ・大澤智子. ストレスと心のセルフケアーメンタルヘルス研修. 職員研修会. 柳川市役所. 2022/10/7.
- ・大澤智子. 消防組織におけるハラスメント発生後の対応. 香川県消防長会. 2021/10/11. 高松
- ・大澤智子. パワーハラスメント対策について. 岐阜県大垣消防組合. 2022/10/12. 大垣
- ・大澤智子. メンタルヘルス研修. 2022年度 豊岡市職員研修. 豊岡市. 2022/10/13. オンライン (豊岡)
- ・大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド研修 ～災害等危機的状況における支援者の対応～. 令和4年度 被災者こころのケア (PAF) 研修. 広島県立総合精神福祉センター. 2022/10/19. オンライン (広島)
- ・大澤智子. ハラスメント防止コミュニケーション研修. 公務災害防止対策セミナー. 直方市消防本部. 2022/10/20. 直方

- ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 職員研修会. 尾三消防本部. 2022/10/21. 尾三
- ・大澤智子. 消防組織におけるラインケア. 公務災害防止対策セミナー. 地方公務員安全衛生協会. 2022/10/27. 大阪
- ・大澤智子. こころの健康を保つコツ. 令和4年度(2022年度) 熊本県高等学校保健会 第2回生徒保健委員連絡協議会研修. 熊本県高等学校保健会. 2022/11/2. 熊本
- ・大澤智子. 惨事ストレス. 衛生講演会. 四日市市消防本部. 2022/11/4. 四日市
- ・大澤智子. 惨事ストレス対策. 令和4年度 消防学校教育訓練計画 消防職員専科教育「救助科」. 徳島県消防学校. 2022/11/9. 徳島
- ・大澤智子. 惨事ストレスについて. 幹部教育(新任消防司令補ステップアップ研修). 京都市消防学校. 2022/11/11. 京都
- ・大澤智子. 新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルス. 尼崎倶楽部. 2022/11/16. 尼崎
- ・大澤智子. 消防組織のメンタルヘルス対策～惨事ストレスとハラスメントの予防対策～. 消防職員惨事ストレス研修会. 東海地区消防長会. 2022/11/25. 静岡
- ・大澤智子. 被災者支援のスキルを学ぶ サイコロジカル・ファーストエイド(PFA). 令和4年度(2022年度) 災害後のこころのケア研修会. 熊本県精神保健福祉センター 熊本市こころの健康センター. 2022/11/30. 熊本 八代
- ・大澤智子. 被災者支援のスキルを学ぶ サイコロジカル・ファーストエイド(PFA). 令和4年度(2022年度) 災害後のこころのケア研修会. 熊本県精神保健福祉センター 熊本市こころの健康センター. 2022/12/1. 熊本 熊本
- ・大澤智子. 自殺リスクの評価及び支援者のセルフケアについて. 令和4年度 第2回自殺予防ゲートキーパー養成研修会. 福島県相双保健福祉課. 2022/12/6. オンライン(福島)
- ・大澤智子. ハラスメントの理解と予防. 職員研修会. 河内長野市消防本部. 2022/12/7-8. 河内長野
- ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 令和4年度 消防職員幹部教育初級幹部科. 滋賀県消防学校. 2022/12/9. 滋賀
- ・大澤智子. 災害や事件、事故後のこころのケア～PFA(サイコロジカル・ファーストエイド)を学ぶ～. 令和4年度 災害時等こころのケア研修・精神保健福祉業務従事者研修. 大阪府こころの健康総合センター. 2022/12/22. 大阪
- ・大澤智子. 被災者支援のスキルを学ぶ サイコロジカル・ファーストエイド(PFA). 令和4年度(2022年度) 災害復興期のこころのケア研修会. 熊本県精神保健福祉センター. 2023/1/11-12. 熊本
- ・大澤智子. ハラスメントを未然に防ぐために職員が確認すべきこと. 令和4年度 ハラスメント防止研修. 久留米広域消防本部. 2023/1/13. 福岡 久留米
- ・大澤智子. 二次受傷と燃え尽き. 大阪府福祉専門職研修会. 大阪府福祉部. 2023/1/17. 大阪
- ・大澤智子. 消防職場のハラスメントの理解と予防. 公務災害防止対策セミナー. 地方公務員安全衛生協会. 2023/1/19. 東京
- ・大澤智子. 消防職場のメンタルヘルスとハラスメント予防対策. 職員研修会. 釧路市消防本部. 2023/1/27. 釧路
- ・大澤智子. 惨事ストレスについて. メンタルヘルス研修. 吹田市消防本部. 2023/2/1-2. 吹田
- ・Tomoko OSAWA. Disaster Mental Health and Supporting Service Providers. 2022年度 JICA「災害に強いまちづくり戦略」研修. 公益財団法人 神戸国際コミュニティセンター. 2023/2/3. 神戸
- ・大澤智子. 部下の変化に気づくために. 昇任課程研修. 神戸市消防学校. 2023/2/8. 神戸

- ・大澤智子. こころのケア研修の実施経験と 北米版 PFA 概要紹介. ウクライナ等からの避難民・難民支援「こころのケアセミナー」. JICA 関西. 2023/2/16. 神戸
- ・大澤智子. 性暴力被害者及び支援者への心理的支援〈二次受傷〉〈振り返り〉. 令和4年度 徳島県性暴力被害者回復支援心理士養成研修. 徳島県未来創生文化部男女参画・人権課. 2023/2/19. 徳島
- ・大澤智子. 被災者及び被害者を支えるために～サイコロジカル・ファーストエイドを学ぶ～. 令和4年度 災害時こころのケア研修会. 三重県こころの健康センター. 2023/2/28. 津
- ・大澤智子. 惨事ストレスとメンタルヘルス. 職員研修会. 舞鶴市消防本部. 2023/3/7. 舞鶴
- ・大澤智子. その時、看護職のあなたはどのようにする？ Part 2：こころのケア. 2022年度トピックス研修 大阪でいつ起こる？自然災害!! 大阪府看護協会. 2023/3/8. オンライン(大阪)
- ・大澤智子. 災害時における被災者の心のケア. 災害時の心のケア研修会. 倉敷市保健所. 2023/3/16. (オンライン)倉敷
- ・酒井佐枝子. 支援者のためのトラウマインフォームドケア. 令和4年度天理養徳院職員研修会. 2022/6/16. 奈良(オンライン)
- ・酒井佐枝子. すべての人にトラウマインフォームドケア. 令和4年度全国児童自立支援施設職員研修会静岡大会全体研修. 2022/9/28. 静岡(現地)
- ・酒井佐枝子. 支援対象者と支援者の安全を考える. 令和4年度全国児童自立支援施設職員研修会静岡大会分科会Ⅱ. 2022/9/28. 静岡(現地)
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケアの必要性について：トラウマのメガネをかける準備体操. 高槻市教育センター 養護教諭研修(兼)生徒指導研修(兼)幼稚園認定こども園研修. 2022/10/20. 高槻市(現地)
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケアについて. 大阪市こころの健康センター 大阪市保健師対象基礎研修. 2022/11/29. 大阪 (現地)
- ・酒井佐枝子. その言動、トラウマの影響かもしれませんートラウマ理解への第一歩ー. 丹波市小中学校養護教諭部会研修会. 2022/12/7. 丹波(オンライン)
- ・酒井佐枝子. 子ども理解のためのトラウマインフォームドケア. 令和4年度天理養徳院職員研修会. 2022/12/15. 奈良(オンライン)
- ・酒井佐枝子. スクールカウンセリングにおけるトラウマインフォームドケア. 佐賀県公認心理師協会第4回SC研修会. 2023/3/5. 佐賀(オンライン)
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケアについて. 神戸市立若葉学園春期職員研修. 2023/3/24. 神戸(現地)
- ・酒井佐枝子. 子どもの発達について. 大阪母子医療センター令和4年度発達障がい医師養成研修(大阪府委託事業). 2023/2～3(オンデマンド配信)
- ・須賀楓介. ゲートキーパー研修1. 高知市役所職員研修. 2022/8/5. ウェブ
- ・須賀楓介. ゲートキーパー研修2. 高知市役所職員研修. 2022/10/7. ウェブ
- ・須賀楓介. ゲートキーパー研修3. 高知市役所職員研修. 2023/1/27. ウェブ
- ・須賀楓介. トラウマ被害者への初期対応とその治療. こうち被害者支援センター支援員養成研修. 高知県立県民文化ホール. 2022/11/8.

(4) 学会活動

【座長】

- ・亀岡智美. シンポジウム5. 神経発達症の子どもとトラウマ. 第63回日本児童青年精神医学会総会. 2022/11/11. 松本

【学会役員・委員】

- ・加藤寛. 2011年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会理事
- ・加藤寛. 日本精神神経学会災害支援委員会委員
- ・加藤寛. 2022年度. 兵庫県半裁被害者等支援条例検討委員会 委員
- ・加藤寛. 2022年度. 独立行政法人国際協力機構. ヨルダン「難民を含む子どもに対するコミュニティレベルの精神保健・心理社会的支援の強化」国内支援委員会委員
- ・亀岡智美. 日本トラウマティック・ストレス学会事務局長
- ・亀岡智美. 日本子ども虐待防止学会代議員
- ・亀岡智美. 日本子ども虐待医学会代議員
- ・亀岡智美. 日本児童青年精神医学会災害対策協力会員
- ・亀岡智美. 兵庫県児童虐待防止委員会委員
- ・亀岡智美. 大阪府社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童措置審査部会委員
- ・亀岡智美. 大阪府青少年健全育成審議会委員
- ・亀岡智美. 西日本こども研修センターあかし運営委員会委員長
- ・亀岡智美. 近畿児童青年精神保健懇話会代表世話人
- ・亀岡智美. 大阪自閉症研究会運営委員
- ・亀岡智美. 兵庫県中央こども家庭センター家庭復帰等評価委員会委員
- ・亀岡智美. 第63回日本児童青年精神医学会総会プログラム委員
- ・亀岡智美. 第64回日本児童青年精神医学会総会プログラム委員
- ・亀岡智美. ひょうごこどものこころ研究会運営委員
- ・亀岡智美. ヨルダン技術協力個別案件専門家「難民を含む子どもに対するコミュニティレベルの精神保健・心理社会的支援の強化」にかかる国内支援委員会委員
- ・亀岡智美. 大阪府里親委託中の被措置児童等虐待事例の検証にかかる有識者会議委員
- ・亀岡智美. 大阪府児童虐待等危機介入援助チーム委員
- ・大澤智子. 2008年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会理事
- ・大澤智子. 2008年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 国際委員会 委員
- ・須賀楓介. 認定NPO法人こうち被害者支援センター理事
- ・須賀楓介. 2011年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 広報委員会委員

(5) 地域支援活動

- ・加藤寛. 2012～現在. みやぎ心のケアセンター 顧問
- ・加藤寛. 2012～現在. ふくしま心のケアセンター 顧問
- ・加藤寛. 2015～石巻市教育委員会 石巻市心の支援室 スーパーバイザー
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアを理解する. ふくしま心のケアセンター全体研修会. ふくしま心のケアセンター. 2022/9/13. オンライン配信

- ・亀岡智美. ト라우マインフォームドケアの基礎を学ぶ. ト라우マインフォームドケア(TIC) 研修会. 宮城県精神保健福祉センター. 2023/2/9. オンライン配信
- ・桃田茉莉. ストレスと PTSD のケア. 2021/7/15. 神戸市
- ・桃田茉莉. 令和4年度スーパーヴィジョン研修会. 2022/9/15. ウェブ(徳島市)
- ・桃田茉莉. 令和4年度スーパーヴィジョン研修会. 2022/10/20. ウェブ(徳島市)
- ・桃田茉莉. 令和4年度スーパーヴィジョン研修会. 2022/11/17. ウェブ(徳島市)
- ・桃田茉莉. 令和4年度スーパーヴィジョン研修会. 2022/12/15. ウェブ(徳島市)
- ・桃田茉莉. 令和4年度スーパーヴィジョン研修会. 2023/1/26. ウェブ(徳島市)
- ・桃田茉莉. 令和4年度スーパーヴィジョン研修会. 2023/2/2. ウェブ(徳島市)
- ・桃田茉莉. ト라우マインフォームドケア研修会. 2023/2/9. ウェブ(ジェネラルパートナーズ)

(6) その他

- ・加藤寛. 2010年度～現在. 総務省消防庁緊急時メンタルサポートチーム
- ・亀岡智美. 2013年～. 大阪府子ども家庭センター「TF-CBT 症例検討会議」講師
- ・亀岡智美. 2021年度～. 大阪府子ども家庭センター「家族機能回復支援担当者のプログラム実施」におけるスーパーバイザー
- ・亀岡智美. 兵庫県児童虐待など対応専門アドバイザー
- ・大澤智子. 2004年度～現在. 兵庫県警察本部 犯罪被害相談員
- ・大澤智子. 2004年度～現在. 千葉県警察本部 外部スーパーバイザー
- ・大澤智子. 2010年度～現在. 総務省消防庁 緊急時メンタルサポートチーム
- ・大澤智子. 2013年度～現在. 第五管区海上保安本部 メンタルヘルス対策アドバイザー

(注) 本センターの刊行物掲載分及び主催事業分等は除く。

兵庫県こころのケアセンター 令和4年度事業報告書

公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター
〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号
TEL (078) 200-3010
FAX (078) 200-3017



公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター

