治療改善プロトコル
行動保健サービスにおけるトラウマインフォームド・ケア
TIP 57

米国保健福祉省 米国薬物乱用・精神衛生管理庁 薬物乱用治療センター 1 Choke Cherry Road Rockville, MD 20857

謝辞

この出版物は、米国保健福祉省（HHS）薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA）のために、The CDM Group, Inc.とJBS International, Inc.のジョイントベンチャーである知識応用プログラム（KAP）によって、契約番号270-99-7072、270-04-7049、および270-09-0307のもとで作成されました。アンドレア・コプスタイン博士（Ph.D., M.P.H.）、カール・D・ホワイト博士（Ed.D.）、クリスティーナ・カリアーが契約担当官代理を務めました。

免責事項

本書に表明されている見解、意見、および内容は、コンセンサスパネルメンバーの見解であり、必ずしもSAMHSAまたはHHSの公式な立場を反映するものではありません。本書で述べられている意見や、記載されている手段またはリソースに対するSAMHSAまたはHHSによる公式な支持や推奨を意図するものでも、推測されるべきでもありません。提示されたガイドラインは、個別のクライアントケアや治療決定の代替と見なされるべきではありません。

パブリックドメイン通知

著作権で保護された出典から直接引用されたものを除き、本書に掲載されているすべての資料はパブリックドメインにあり、SAMHSAまたは著者からの許可なく複製またはコピーすることができます。出典の引用を推奨します。ただし、SAMHSA、HHSのコミュニケーションオフィスの特定の書面による許可なしに、この出版物を有償で複製または配布することはできません。

電子アクセスと出版物のコピー

この出版物は、SAMHSAの出版物注文ウェブページ（http://store.samhsa.gov）から注文またはダウンロードできます。または、SAMHSA（1-877-SAMHSA-7、1-877-726-4727）までお電話ください（英語およびスペイン語対応）。

推奨される引用形式

薬物乱用・精神衛生管理庁。『行動保健サービスにおけるトラウマインフォームド・ケア』治療改善プロトコル（TIP）シリーズ57。HHS出版物番号（SMA）13-4801。メリーランド州ロックビル：薬物乱用・精神衛生管理庁、2014年。

発行元オフィス

品質改善・人材開発部門、サービス改善部、薬物乱用治療センター、薬物乱用・精神衛生管理庁、1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857。

HHS出版物番号（SMA）14-4816
初版 2014年

翻訳：EMDR専門カウンセリングルーム　リソルサ　矢野宏之(behavior.cognition@gmail.com)

この出版物に関するご意見を、以下の簡単なオンライン調査にご協力いただくことでお聞かせください： https://www.surveymonkey.com/r/KAPPFS

調査は約7分で完了し、匿名です。 皆様からのフィードバックは、SAMHSAが今後の製品開発に役立てさせていただきます。

謝辞および免責事項

この資料は、米国薬物乱用・精神衛生管理庁（Substance Abuse and Mental Health Services Administration）の許可を得て、「TIP 57: 行動保健サービスにおけるトラウマインフォームドケア（TIP 57: Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services)」（HHS出版物番号 SMA14-4816、メリーランド州：薬物使用治療センター、薬物乱用・精神衛生管理庁、2014年）を翻訳したものです。 このSAMHSAのコンテンツの翻訳は、薬物乱用・精神衛生管理庁、米国保健福祉省（the U.S. Department of Health and Human Services）、または米国政府による支持または推奨を構成、あるいは示唆するものではありません。

目次

パート1：行動保健サービス提供のための実践ガイド 15
第1章 トラウマインフォームド・ケア：社会文化的視点 16
第2章 トラウマの認識 58
第3章 トラウマの影響の理解 95
第4章 スクリーニングとアセスメント 143
第5章 サービス横断的な臨床的問題 177
第6章 トラウマに特化したサービス 221
パート2：行動保健プログラム管理者のための実施ガイド 251
第1章 トラウマインフォームドな組織 252
第2章 トラウマインフォームドな人材の構築 273
付録 336
付録A　文献リスト 337
付録B—トラウマに関するリソースリスト 382
付録C—トラウマの歴史的記述 407
付録D—スクリーニングおよび評価尺度 (Appendix D—Screening and Assessment Instruments) 411
付録E—消費者向け資料 434
付録F—トラウマインフォームドなケアのための組織的アセスメント 437
付録G—SAMHSAリソースパネル 438
付録H—現場査読者 441
付録I：文化的コンピテンシーと多様性ネットワーク参加者 448
付録J：謝辞 449

コンセンサスパネル

注：各パネリストの情報は、コンセンサスパネル会議時点での所属を反映しており、現在の所属を反映していない場合があります。

議長 リサ・M・ナジャヴィッツ博士（Lisa M. Najavits, Ph.D.） 研究心理士 ボストン退役軍人局ヘルスケアシステム 精神医学教授 ボストン大学医学部 マサチューセッツ州ボストン

共同議長 リンダ・B・コトラー博士、公衆衛生学修士（Linda B. Cottler, Ph.D., M.P.H.） 精神医学における疫学教授 精神医学部門 ワシントン大学セントルイス校 ミズーリ州セントルイス

ワークグループリーダー ステファニー・S・コビントン博士、LCSW, MFCC（Stephanie S. Covington, Ph.D., LCSW, MFCC） 共同ディレクター ジェンダーと正義のためのセンター リレーショナルデベロップメント研究所 カリフォルニア州ラホヤ

マーガレット・クレイマー博士（Margaret Cramer, Ph.D.） 臨床心理士／臨床指導員 ハーバード大学医学部 マサチューセッツ州ボストン

アン・M・ヘロン修士（Anne M. Herron, M.S.） ディレクター 治療プログラミング ニューヨーク州アルコール依存症・薬物乱用サービス局 ニューヨーク州アルバニー

デニース・ヒエン博士（Denise Hien, Ph.D.） 研究学者 社会介入グループ ソーシャルワーク学部 コロンビア大学 ニューヨーク州ニューヨーク

ディー・S・オーウェンズ行政学修士（Dee S. Owens, M.P.A.） ディレクター アルコール・薬物情報 インディアナ大学 インディアナ州ブルーミントン

パネリスト シャーロット・チャップマン修士、LPC, CAC（Charlotte Chapman, M.S., LPC, CAC） トレーニングディレクター 依存症精神医学部門 中部大西洋依存症技術移転センター バージニア・コモンウェルス大学 バージニア州リッチモンド

スコット・F・コフィー博士（Scott F. Coffey, Ph.D.） 准教授 精神医学・人間行動学科 ミシシッピ大学医療センター ミシシッピ州ジャクソン

レニー・M・カニンガム＝ウィリアムズ社会福祉学修士、体育学修士、博士（Renee M. Cunningham-Williams, M.S.W., M.P.E., Ph.D.） 研究助手／ソーシャルワーク教授 精神医学部門 ワシントン大学 ミズーリ州セントルイス

チャド・D・エムリック博士（Chad D. Emrick, Ph.D.） 管理ディレクター 薬物乱用治療プログラム デンバー退役軍人局医療センター（116A1）コロラド州デンバー

チャールズ・R・フィグリー博士（Charles R. Figley, Ph.D.） 教授 トラウマ学研究所ディレクター フロリダ州立大学 フロリダ州タラハシー

ラリー・M・ジェンティエロ医学博士、FACS（Larry M. Gentilello, M.D., FACS） 教授・講座主任 熱傷・外傷・救命救急部門 テキサス大学サウスウェスタンメディカルスクール テキサス州ダラス

ロバート・グラント博士（Robert Grant, Ph.D.） トラウマコンサルタント カリフォルニア州オークランド

アンソニー（トニー）・タイワイ・ン医学博士（Anthony (Tony) Taiwai Ng, M.D.） 災害精神科医 ワシントンDC

パラヴィ・ニシース博士（Pallavi Nishith, Ph.D.） 准研究教授 トラウマセンター 心理学部 ミズーリ大学セントルイス校 ミズーリ州セントルイス

ジョセフ・B・ストーン博士、CACIII, ICADC（Joseph B. Stone, Ph.D., CACIII, ICADC） プログラムマネージャー兼臨床スーパーバイザー グランド・ロンド連合部族 行動保健プログラム オレゴン州グランド・ロンド

マイケル・ビラヌエバ博士（Michael Villanueva, Ph.D.） 研究教授 アルコール依存症・薬物乱用・依存症センター ニューメキシコ州アルバカーキ

KAP専門家パネルと連邦政府参加者

バリー・S・ブラウン博士（Barry S. Brown, Ph.D.） 非常勤教授 ノースカロライナ大学ウィルミントン校 ノースカロライナ州カロライナビーチ

ジャクリーン・バトラー社会福祉学修士、LISW, LPCC, CCDC III, CJS（Jacqueline Butler, M. S.W., LISW, LPCC, CCDC III, CJS） 臨床精神医学教授 医学部 シンシナティ大学 オハイオ州シンシナティ

デイオン・キャッシュ（Deion Cash） エグゼクティブディレクター 地域治療・矯正センター オハイオ州カントン

デブラ・A・クレイモア教育行政学修士（Debra A. Claymore, M.Ed.Adm.） オーナー／最高経営責任者 WCコンサルティング社 コロラド州ラブランド

カルロ・C・ディクレメンテ博士（Carlo C. DiClemente, Ph.D.） 講座主任 心理学部 メリーランド大学ボルチモア郡 メリーランド州ボルチモア

キャサリン・E・デューブ教育学博士（Catherine E. Dube, Ed.D.） 独立コンサルタント ブラウン大学 ロードアイランド州プロビデンス

ジェリー・P・フランザー社会福祉学博士、LCSW, CAC（Jerry P. Flanzer, D.S.W., LCSW, CAC） サービス部門長 臨床・サービス研究部 国立薬物乱用研究所 メリーランド州ベセスダ

マイケル・ゲイラー経営学博士（Michael Galer, D.B.A.） 独立コンサルタント マサチューセッツ州ウェストミンスター

レナータ・J・ヘンリー教育学修士（Renata J. Henry, M.Ed.） ディレクター アルコール依存症・薬物乱用・精神保健部門 デラウェア州保健社会福祉省 デラウェア州ニューキャッスル

ジョエル・ホックバーグ修士（Joel Hochberg, M.A.） 社長 アッシャー＆パートナーズ社 カリフォルニア州ロサンゼルス

ジャック・ホリス博士（Jack Hollis, Ph.D.） 保健研究センター アソシエイトディレクター カイザーパーマネンテ オレゴン州ポートランド

メアリー・ベス・ジョンソン社会福祉学修士（Mary Beth Johnson, M.S.W.） ディレクター 依存症技術移転センター ミズーリ大学カンザスシティ校 ミズーリ州カンザスシティ

エドゥアルド・ロペス（Eduardo Lopez） エグゼクティブプロデューサー EVSコミュニケーションズ ワシントンDC

ホリー・A・マセット博士（Holly A. Massett, Ph.D.） 教育開発アカデミー ワシントンDC

ダイアン・ミラー（Diane Miller） 部長 科学コミュニケーション部門 国立アルコール乱用・依存症研究所 メリーランド州ベセスダ

ハリー・B・モントーヤ修士（Harry B. Montoya, M.A.） 社長／最高経営責任者 ハンズ・アクロス・カルチャーズ ニューメキシコ州エスパニョーラ

リチャード・K・リーズ医学博士（Richard K. Ries, M.D.） ディレクター／教授 外来精神保健サービス 二重障害プログラム ワシントン州シアトル

グロリア・M・ロドリゲス社会福祉学博士（Gloria M. Rodriguez, D.S.W.） 研究科学者 依存症サービス部門 ニュージャージー州保健・高齢者サービス省 ニュージャージー州トレントン

エベレット・ロジャース博士（Everett Rogers, Ph.D.） コミュニケーションプログラムセンター ジョンズ・ホプキンス大学 メリーランド州ボルチモア

ジーン・R・スルツキー理学助手、公衆衛生学修士（Jean R. Slutsky, P.A., M.S.P.H.） 上級医療政策アナリスト 医療研究・品質調査庁 メリーランド州ロックビル

ネドラ・クライン・ヴァインライヒ修士（Nedra Klein Weinreich, M.S.） 社長 ヴァインライヒ・コミュニケーションズ カリフォルニア州キャノーガパーク

クラリッサ・ウィッテンバーグ（Clarissa Wittenberg） ディレクター コミュニケーション・広報室 国立精神衛生研究所 メリーランド州ベセスダ

KAP専門家パネルのコンサルティングメンバー ポール・パーネル修士（Paul Purnell, M.A） ソーシャル・ソリューションズ社 メリーランド州ポトマック

スコット・ラッツァン医学博士、行政学修士、修士（Scott Ratzan, M.D., M.P.A., M.A.） 教育開発アカデミー ワシントンDC

トーマス・W・ヴァレンテ博士（Thomas W. Valente, Ph.D.） ディレクター 公衆衛生修士プログラム 予防医学部門 医学部 南カリフォルニア大学 カリフォルニア州ロサンゼルス

パトリシア・A・ライト教育学博士（Patricia A. Wright, Ed.D.） 独立コンサルタント メリーランド州ボルチモア

TIPとは何か？

治療改善プロトコル（TIPs）は、米国保健福祉省（HHS）内の薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA）によって開発されています。各TIPは、薬物使用および精神障害の予防と治療に関するトピック別のベストプラクティス・ガイドラインの策定を含みます。TIPsは、様々な形態の治療と予防に関する臨床、研究、管理の専門家の経験と知識に基づいています。TIPsは全国の施設や個人に配布されます。出版されたTIPsは、インターネット（http://store.samhsa.gov）でアクセスできます。

各コンセンサスに基づくTIPは、推奨する実践のエビデンスベースを含むよう努めていますが、SAMHSAは、行動保健が絶えず進化しており、研究は現場で開拓された革新にしばしば遅れをとることを認識しています。各TIPの主要な目標の一つは、「最前線」の情報を迅速かつ責任を持って伝えることです。研究が特定のアプローチを支持している場合は、引用が提供されます。

まえがき

薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA）は、米国保健福祉省内の機関であり、国民の行動保健を向上させるための公衆衛生活動を主導しています。SAMHSAの使命は、薬物乱用と精神疾患がアメリカのコミュニティに与える影響を軽減することです。

治療改善プロトコル（TIP）シリーズは、臨床医、プログラム管理者、支払者に対し、ベストプラクティスのガイダンスを提供することにより、薬物使用および精神障害の予防と治療を改善するというSAMHSAの使命を果たしています。TIPsは、関連するすべての臨床および医療サービスの研究結果、実証経験、実施要件を慎重に検討した結果です。非連邦の臨床研究者、臨床医、プログラム管理者、患者擁護者のパネルが、それぞれの専門分野について議論を重ね、ベストプラクティスに関するコンセンサスに達するまで討論します。このパネルの作業は、その後、現場の査読者によってレビューされ、批評されます。

TIPパネリストと査読者がこの非常に参加型のプロセスにもたらす才能、献身、そして努力は、研究の可能性と、行動保健サービスを必要とする人々に最も科学的に健全で効果的な方法で奉仕するという実践的な臨床医や管理者のニーズとの間のギャップを埋めるのに役立っています。私たちは、行動保健分野の進歩に貢献するために私たちと共に参加してくださったすべての方々に感謝しています。

パメラ・S・ハイド法務博士（Pamela S. Hyde, J.D.） 長官 薬物乱用・精神衛生管理庁

H・ウェストリー・クラーク医学博士、法務博士、公衆衛生学修士、CAS, FASAM（H. Westley Clark, M.D., J.D., M.P.H., CAS, FASAM） ディレクター 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁

フランセス・M・ハーディング（Frances M. Harding） ディレクター 薬物乱用予防センター 薬物乱用・精神衛生管理庁

パオロ・デル・ヴェッキオ社会福祉学修士（Paolo del Vecchio, M.S.W.） ディレクター 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁

このTIPの構成

この治療改善プロトコル（TIP）は3つのパートに分かれています：

- パート1：行動保健サービス提供のための実践ガイド
- パート2：行動保健プログラム管理者のための実施ガイド
- パート3：文献レビュー

パート1は、行動保健サービス提供者向けで、6つの章から構成されています。繰り返し登場するテーマには、薬物乱用、精神保健、トラウマが相互に作用する様々な方法、トラウマに対する個人の反応における文脈と文化の重要性、行動保健の専門家が精神障害および物質使用障害からの回復過程にあるクライアント（急性または慢性のトラウマの影響も受けている）を支援するのに役立つトラウマインフォームドのスクリーニングおよびアセスメントのツール、技術、戦略、アプローチ、そして個々のクライアント、提供者、コミュニティ内に存在するレジリエンスを認めるストレングスベースの視点を堅持することの重要性が含まれます。

第1章は、トラウマインフォームド・サービスの実施と提供のための土台と根拠を築きます。臨床医、その他の行動保健従事者、管理者がトラウマインフォームドになり、トラウマインフォームドな組織と人材を創造する上で指針となる、特定のトラウマインフォームドの介入と治療の原則の概要を提供します。第2章は、トラウマ体験の概要を提供します。トラウマの種類、個人・グループ・コミュニティに影響を与えるトラウマの区別、トラウマの特徴について述べ、トラウマの影響を左右する社会生態学的および文化的要因を取り上げます。第3章は、トラウマの影響、トラウマ関連のストレス反応および関連症状、トラウマに関連する一般的な精神保健および物質使用障害の理解に広く焦点を当てています。第4章は、トラウマに関連するスクリーニングとアセスメントの導入を提供し、トラウマ曝露、その影響、クライアントの介入と治療のニーズを評価するのに役立つスクリーニングとアセスメントのプロセスとツールに特化しています。第5章は、カウンセラーや他の行動保健専門家がトラウマの既往歴を持つクライアントを治療する際に知っておくべき、また対処する必要があるかもしれない臨床的問題をカバーしています。第6章は、トラウマに特化した治療モデルに関する情報を提供し、（物質使用障害、精神障害、トラウマに同時に対応する）統合モデルと、トラウマのみを治療するモデルとを区別します。

パート1にある「カウンセラーおよび／または管理者への助言」のボックスは、提供者向けの実践的な情報を提供します。事例、図表、テキストボックスは、実践的な例を提示することで、本文の情報をさらに具体的に説明します。

パート2は、行動保健プログラム管理者が、トラウマインフォームド・サービスを提供するための組織の能力を高めるのに役立つ、プログラム的および管理的な実践の概要を提供します。

第1章は、組織内でトラウマインフォームド・サービスを創造し、実施する上での必須要素、課題、プロセスを検証します。第2章は、トラウマインフォームドのトレーニングとスーパービジョン、トラウマ的ストレスに対応する上で重要な倫理と境界線、二次トラウマ、カウンセラーのセルフケアなど、スタッフを支援する主要な開発活動に焦点を当てています。

パート2にある「管理者および／またはスーパーバイザーへの助言」のボックスは、トラウマインフォームド・ケア（TIC）の組織的実施を支援する、より詳細な情報を強調しています。さらに、事例、組織活動、テキストボックスが、このセクションで提示される内容を補強します。

パート3は、TICと行動保健サービスに関する文献レビューであり、臨床スーパーバイザー、関心のある提供者、管理者の使用を意図しています。パート3は3つのセクションから構成されています：文献の分析、トピックに最も中心的な参考文献の抄録へのリンク、および利用可能な文献の一般的な書誌です。継続的な更新（初版発行から最大3年間、定期的に実施）を容易にするため、文献レビューは薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA）の出版物注文ウェブページ（http://store.samhsa.gov）でのみオンラインで入手可能です。

用語集

行動保健（Behavioral health）：このTIP全体を通じて、「行動保健」という用語が使用されます。行動保健は、精神的／感情的な状態および／またはウェルネスに影響を与える選択や行動を指します。行動保健の問題には、薬物乱用または誤用、アルコールおよび薬物依存、深刻な心理的苦痛、自殺、精神および物質使用障害が含まれます。これには、不健康なストレスから、深刻な精神疾患や物質使用障害のような診断可能で治療可能な疾患まで、幅広い問題が含まれます。これらはしばしば慢性的ですが、人々は回復することができ、また実際に回復します。この用語は、このTIPにおいて、感情的な健康の促進、精神および物質使用障害の予防、薬物使用および関連問題、精神および物質使用障害の治療とサービス、回復支援を包括するサービスシステムを説明するためにも使用されます。行動保健状態は、北米における障害負担の主要な原因であるため、その予防と治療を改善する努力は社会全体に利益をもたらします。このTIPで説明されているように、アメリカのコミュニティにおける精神および物質使用障害の影響を軽減する努力は、全国的な健康改善を達成するのに役立ちます。

クライアント／コンシューマー（Client/consumer）：このTIPでは、「クライアント」という用語は、精神保健または薬物乱用サービスを求める、または受けるすべての人を意味します。「コンシューマー」という用語は、消費者の参加と決定を扱う文脈で「クライアント」の代わ

りに使用されます。この文書は、精神保健サービスを受けた、受けさせられた、または求めている個人の間で「コンシューマー」という用語が持つ関連性や歴史的起源を無視する意図はありません。代わりに、この用語が薬物乱用治療サービスでも一般的に使用されていることを考慮し、「クライアント」という言葉を選択します。注：このTIPでは、予防サービスを求める、または受ける個人、家族、またはコミュニティに対して、「クライアント」の代わりに「参加者」という用語も使用します。

複雑性トラウマ（Complex trauma）：このマニュアルは、国立子どもトラウマティックストレスネットワーク（NCTSN）の複雑性トラウマの定義を採用しています。この用語は、複数または長期にわたるトラウマ体験への曝露がもたらす広範な影響（発達上の影響を含む）を指します。NCTSNのウェブサイト（http://www.nctsn.org/trauma-types）によると、複雑性トラウマは通常、「心理的虐待、ネグレクト、身体的・性的虐待、家庭内暴力など」を含む、連続的または同時的な虐待への曝露を伴います。「これらの初期のトラウマ体験への曝露、そしてそれに伴う感情の調節不全、安全性・方向性・危険を察知し対応する能力の喪失は、しばしば思春期や成人期における後続の、または繰り返されるトラウマ曝露につながる一連の出来事を引き起こします」（NCTSN, 2013）。

併存障害（Co-occurring disorders）：個人が1つ以上の精神障害と1つ以上の物質使用障害（薬物乱用を含む）を併せ持つ場合、「併存」という用語が適用されます。人々は身体的な問題を含む多くの健康状態を併せ持つことがありますが、このTIPにおける「併存障害」という用語は、物質使用障害と精神障害を指します。

文化的応答性と文化的能力（Cultural responsiveness and cultural competence）：このTIPではこれらの用語を同義的に使用し、「応答性」はサービスとシステムに、「能力」は人々に適用され、「異文化間の状況でシステム、機関、または専門家のグループが効果的に機能することを可能にする一連の行動、態度、方針」を指します（Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989, p. 13）。文化的に応答性の高い行動保健サービスと文化的に有能な提供者は、「サービスを受ける個人と家族の信念、言語、対人スタイル、行動を尊重し敬意を払います...。文化的能力は、長期的なコミットメントを必要とし、時間をかけて達成される、動的で継続的な発達プロセスです」（U.S. Department of Health and Human Services, 2003, p. 12）。

エビデンスに基づく実践（Evidence-based practices）：「エビデンスに基づく実践」という用語には多くの異なる用法があります。最も広く受け入れられているものの1つはChamblessとHollon（1998）のもので、治療がエビデンスベースと見なされるためには、査読付きのランダム化比

較試験または他の同等の強力な方法論に基づく肯定的な結果の証拠を示さなければならないと述べています。ChamblessとHollonが「確立された」治療と呼ぶ基準を満たす場合、治療は「強力」とラベル付けされます。このレベルに達するためには、（治療開発者だけでなく）独立した研究者によって実施された厳格な治療効果研究が必要です。治療がChamblessとHollonが「おそらく有効な」治療と呼ぶ基準を満たす場合、研究支援は「中程度」とラベル付けされます。この基準を満たすためには、1つのよく設計された研究または2つ以上の適切に設計された研究が治療の有効性を支持する必要があります。さらに、「強力」および「中程度」の基準は、一連の注意深く管理された単一事例研究を通じて満たすことも可能です。健全で科学に基づいた理論から導き出されたエビデンスに基づく実践は、対象集団、参加のための包含・除外基準、対象となる介入など、適用のパラメーターを含む、詳細で経験的に支持された手順と実施ガイドラインを組み込んでいます。

有望な実践（Promising practices）：現在の臨床的知見、理論、専門家および専門家のコンセンサスが特定の実践を支持するかもしれませんが、これらの実践は研究デザインと統計分析において科学的に厳格な研究からの支持を欠いている場合があります。利用可能な研究は数やサンプルサイズが限られているか、現在の設定や集団に適用できない場合があります。このTIPでは、そのような実践を「有望」と呼んでいます。

回復（Recovery）：この用語は、個人が健康とウェルネスを改善し、自己決定的な生活を送り、最大限の可能性に到達しようと努力する変化のプロセスを表します。SAMHSAが定義する、回復における人生を支える主要な側面には以下が含まれます：

- **健康（Health）**：病気を克服または管理し、身体的および感情的に健康な生活を送ること。
- **住居（Home）**：安定した安全な住まい。
- **目的（Purpose）**：仕事、学校、ボランティア活動、家族の介護、創造的な活動などの有意義な日常活動、および社会に参加するための独立性、収入、リソース。
- **コミュニティ（Community）**：支援、友情、愛、希望を提供する人間関係と社会的ネットワーク。

レジリエンス（Resilience）：この用語は、個人、家族、コミュニティ、または提供者として、逆境を乗り越える、またはそれ以上に立ち上がる能力を指します。個人の強靭性の特性をはるかに超えて、レジリエンスには、困難や逆境の結果を乗り切るために利用可能なリソースを使用するプロセスが含まれます。このTIPでは、「レジリエンス」という用語とそのプロセスを、生涯にわたる個人に適用します。

再トラウマ化（Retraumatization）：より文字通りの翻訳では、「再トラウマ化」は複数の出来事への曝露後のトラウマ的ストレス反応および症状の発生を意味します（Duckworth & Follette, 2011）。これはトラウマサバイバーにとって重要な問題です。なぜなら、彼らは再トラウマ化のリスクが高く、また複数回トラウマを受けた人々は、単一のトラウマを持つ人々よりも深刻で慢性的なトラウマ関連症状を持つことが多いからです。このマニュアルでは、この用語は複数の出来事に曝露される影響だけでなく、以前のトラウマ体験を何らかの形で模倣または再現する現在の状況（例：特定の匂いや他の感覚入力、他者との相互作用、周囲への反応や対人関係の文脈、感情的または身体的に閉じ込められた感覚など）の結果として、トラウマ的ストレスを再体験するプロセスをも意味します。

二次トラウマ（Secondary trauma）：文献では、「二次トラウマ」、「共感疲労」、「代理トラウマ」という用語がしばしば同義的に使用されます。共感疲労と二次トラウマは、行動保健従事者がトラウマの既往歴を持つクライアントと特異的に働く際に遭遇する可能性のある、類似の身体的、心理的、認知的変化および症状を指しますが、代理トラウマは通常、世界観や自己感覚などの特定の認知的変化をより明確に指します（Newell & MacNeil, 2010）。この出版物では、「二次トラウマ」を使用して、トラウマ体験に直接曝露されたのではなく、他者のトラウマ体験への曝露から生じるトラウマ関連のストレス反応および症状を説明します。二次トラウマは、すべての行動保健環境において、またトラウマを体験した人々にサービスを提供するすべての専門家（例：医療提供者、ピアカウンセラー、初期対応者、聖職者、インテークワーカー）の間で発生する可能性があります。

薬物乱用（Substance abuse）：このTIP全体を通じて、「薬物乱用」という用語は、薬物乱用と薬物依存の両方を指すために使用されています。この用語が選ばれた理由の一部は、行動保健の専門家が、依存性物質の過剰な使用を説明するために一般的に薬物乱用という用語を使用するためです。このTIPでは、この用語はアルコールおよび他の乱用薬物の使用を指します。読者は、この用語が出現する文脈に注意を払い、それがどのような意味の範囲をカバーしているかを判断する必要があります。ほとんどの場合、それはあらゆる種類の薬物関連障害を指します。

トラウマ（Trauma）：このテキストでは、「トラウマ」という用語は、強烈な身体的および心理的ストレス反応を引き起こす経験を指します。それは、「個人が身体的および感情的に有害または脅威的であると経験し、個人の身体的、社会的、感情的、または精神的な幸福に持続的な悪影響を及ぼす単一の出来事、複数の出来事、または一連の状況」を指すことがあります（SAMHSA, 2012, p. 2）。多くの個人は単一の特定のトラウマ体験を報告しますが、特に精神保健

または薬物乱用サービスを求める他の人々は、複数または慢性のトラウマ体験に曝露されています。トラウマのより詳細な定義と議論については、パート1、第1章の「トラウマとは何か？」のセクションを参照してください。

トラウマインフォームド（Trauma-informed）：行動保健サービスの提供に対するトラウマインフォームド・アプローチには、トラウマの理解と、それが様々な環境、サービス、集団に与える影響の認識が含まれます。それは、生態学的および文化的レンズを通してトラウマを捉え、文脈が個人が急性または慢性のトラウマ体験をどのように認識し、処理するかに重要な役割を果たすことを認識することを含みます。2012年5月、SAMHSAは全国の専門家グループを招集し、トラウマインフォームド・アプローチの3つの主要な要素を特定しました：「(1) トラウマの蔓延を認識すること。(2) トラウマがプログラム、組織、またはシステムに関わるすべての人々（その職員を含む）にどのように影響するかを認識すること。(3) この知識を実践に移して対応すること」（SAMHSA, 2012, p. 4）。

トラウマインフォームド・ケア（Trauma-informed care, TIC）：TICは、「トラウマの影響の理解とそれへの応答性に基づき、提供者とサバイバー双方の身体的、心理的、感情的な安全を強調し、サバイバーがコントロール感とエンパワーメント感を再構築する機会を創造する」ストレングスベースのサービス提供アプローチです（Hopper, Bassuk, & Olivet, 2010, p. 82）。それはまた、すでにトラウマの既往歴を持つ個人を再トラウマ化させる可能性のある制度的プロセスや個人的実践を予測し、回避することに警戒し、サービス開発、提供、評価における消費者の参加の重要性を支持します。

トラウマに特化した治療サービス（Trauma-specific treatment services）：これらは、トラウマからの回復を促進する、エビデンスに基づく実践および有望な実践です。「トラウマに特化したサービス」という用語は、トラウマ的ストレスおよびトラウマ中またはその後に発症した併存障害（物質使用障害および精神障害を含む）に対処する予防、介入、または治療サービスを指します。

トラウマサバイバー（Trauma survivor）：このフレーズは、トラウマを経験した、またはトラウマ的ストレス反応を示したすべての人を指すことがあります。言葉の使用が回復のトーンを設定したり、さらなる再トラウマ化に寄与したりすることを知り、このマニュアルは、「被害者（victim）」という用語を避け、代わりに適切な場合には「サバイバー（survivor）」という用語を使用することで、希望のメッセージを発信することを意図しています。

パート1：行動保健サービス提供のための実践ガイド

第1章 トラウマインフォームド・ケア：社会文化的視点

この章の内容

- このTIPの範囲
- 対象読者
- 始める前に
- このTIPの構成
- トラウマとは何か？
- 行動保健サービスにおけるトラウマの重要性
- トラウマインフォームドの介入と治療の原則
- 次に進むにあたって

行動保健の場で治療を求める多くの個人はトラウマの既往歴を持っていますが、彼らはしばしば人生におけるトラウマの重大な影響を認識していません。トラウマの既往歴と現在の問題との間に関連性を見出さないか、あるいはその話題を完全に避けてしまいます。同様に、治療提供者もクライアントのトラウマ歴を引き出す質問をしないかもしれず、トラウマ関連の問題に積極的に対処する準備ができていないと感じたり、治療プログラム、プログラムの臨床的方向性、または機関の指示の制約の中でトラウマ的ストレスに効果的に対処することに苦労したりするかもしれません。

トラウマ体験とその続発症が行動保健の問題と密接に関連していることを認識することにより、最前線の専門家や地域ベースのプログラムは、ケアの連続体全体でトラウマインフォームドな環境を構築し始めることができます。主要なステップには、安全で、協働的で、思いやりのある方法でクライアントのニーズに応えること、助けを求めている、またはサービスを受けているトラウマの既往歴を持つ人々を再トラウマ化させる治療実践を防ぐこと、彼らの環境とコミュニティの文脈の中でクライアントのストレングスとレジリエンスを基盤にすること、そしてスタッフのサポート、コンサルテーション、スーパービジョンを通じて機関内でトラウマインフォームドの原則を支持することが含まれます。

この治療改善プロトコル（TIP）は、トピックの範囲、目的、構成を紹介し、対象読者を説明することから始まります。トラウマとトラウマインフォームド・ケア（TIC）を定義するとともに、最初の章では行動保健サービスでトラウマに対処する根拠を議論し、トラウマインフォー

ムドの介入と治療の原則をレビューします。これらの原則は、このTIPの概念的枠組みとして機能します。

このTIPの範囲

多くの個人は生涯を通じてトラウマを経験します。トラウマに曝露された多くの人々は、持続的な症状をほとんどまたは全く示しませんが、繰り返し、慢性的、または複数のトラウマを経験した個人は、薬物乱用、精神疾患、健康問題など、顕著な症状と結果を示す可能性が高くなります。その結果、トラウマは個人の主要な生活領域や治療への取り組み方に大きな影響を与える可能性があります。

このTIPは、急性および慢性のトラウマに曝露された、および／またはトラウマ的ストレス反応を発症するリスクがある人々とより効果的に働くことを望む行動保健サービス提供者および管理者のために、エビデンスに基づくベストプラクティスの情報を提供します。主要なトラウマインフォームドの原則を用いて、このTIPは行動保健サービスにおけるトラウマ関連の予防、介入、治療の問題と戦略を取り上げます。その内容は、個人、家族、コミュニティにサービスを提供する行動保健の様々な場に適応可能であり、サービスの統合と調整の重要性を強調しています。

対象読者

このTIPは、行動保健サービス提供者、予防専門家、およびプログラム管理者を対象としています。これらは、薬物乱用および精神保健サービスを含む、行動保健の様々な場でトラウマサバイバーにケアを提供する直接的な責任を持つ専門家です。このTIPはまた、医師を含むプライマリケア専門家、トラウマを経験したクライアントやコミュニティと働くチーム、刑事司法制度のサービス提供者、およびこのトピックに関心を持つ研究者も対象としています。

始める前に

このTIPはトラウマインフォームドのケアモデルを支持しています。このモデルは、行動保健の実践者と組織が、サービスを提供する人々の生活におけるトラウマの蔓延と広範な影響を認識し、トラウマに敏感な、またはトラウマに応答したサービスを開発する必要性を強調します。このTIPは、行動保健の実践者とプログラム管理者がトラウマを認識し、情報を得て、スクリーニングとアセスメントのプロセスを改善し、行動保健サービスの様々な場や様式で科学に

基づいた介入戦略を実施するのに役立つ重要な情報を提供します。機関または個々の提供者によって提供されるトラウマインフォームド・サービスは、トラウマに特化したサービスやトラウマ専門家（トラウマ的ストレス反応に対処するための特定の治療介入を提供する高度なトレーニングと教育を受けた個人）を含む場合と含まない場合があります。それにもかかわらず、TICは、トラウマがケアの連続体全体で果たす役割を予期し、トラウマを受けた個人やコミュニティのニーズに積極的に対処するために統合された、および／または協働的なプロセスを確立します。

トラウマを経験した個人は、乱用や依存を含む物質使用障害、うつ病や不安症状または障害、関係性／社会的および他の主要な生活領域における障害、その他の苦痛な症状などの精神保健上の問題、そして睡眠障害などの身体的障害や状態のリスクが高くなります。このTIPは、特定の種類の予防に焦点を当てています（Institute of Medicine et al., 2009）：トラウマの結果として社会的、心理的、または他の状態を発症するリスクがある人々、または行動保健障害や状態のためにトラウマを経験するリスクが高い人々を対象とする選択的予防、およびトラウマ関連症状の初期兆候を示す人々を対象とする指示的予防です。このTIPは、トラウマインフォームドおよびトラウマに特化した戦略を含む介入を特定し、治療を予防の手段として認識します—レジリエンスを基盤とし、安全とスキルを開発してトラウマの影響を乗り越え、精神および物質使用障害に対処して回復を促進します。

このTIPの対象集団は成人です。家族の文脈を除き、この出版物は、若者や思春期のトラウマへの反応、若者向けのトラウマインフォームド戦略、または若者や思春期向けのトラウマに特化した介入については検証も対処もしていません。なぜなら、これらの集団の発達的および文脈的な問題には専門的な介入が必要だからです。トラウマを経験した若いクライアントと働く提供者は、付録Bのリソースリストを参照すべきです。このTIPは、TIC、トラウマの特性、トラウマ体験の影響、アセスメント、およびトラウマ体験をした人々のための介入をカバーしています。個人、繰り返し、慢性のトラウマの形態に関する広範な知識ベースと特異性を考慮して、このTIPは各タイプのトラウマ（例：性的虐待、拷問、戦争関連トラウマ、殺人）の独自の特性について包括的な概要を提供するものではありません。代わりに、このTIPは例によって裏付けられた概要を提供します。いくつかの特定のトラウマの種類に関する詳細情報については、TIP 36『児童虐待およびネグレクト歴を持つ人々のための薬物乱用治療』（Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2000b）、TIP 25『薬物乱用治療と家庭内暴力』（CSAT, 1997b）、TIP 51『薬物乱用治療：女性の特定のニーズへの対応』（CSAT, 2009d）、および計画中のTIP『退役軍人および軍人家族における再統合関連の行動保健問題』（Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 計画中f）を参照してください。

このTIP、『行動保健サービスにおけるトラウマインフォームド・ケア』は、SAMHSAの戦略的イニシアチブである『Leading Change: A Plan for SAMHSA's Roles and Actions 2011–201

4』（SAMHSA, 2011b）に記載されている内容に導かれています。戦略的イニシアチブ#2「トラウマと正義」に特化して、このTIPは、行動保健の実践者、スーパーバイザー、管理者に文化的に応答性の高いTICの導入を提供することにより、このイニシアチブで概説されているいくつかの目標、目的、行動に対処します。

具体的には、このTIPは、行動保健サービス提供者が以下の目的で使用できる基本的な概念を提示します：

- トラウマを認識し、個人、家族、コミュニティに対するトラウマ体験の影響と結果について知識を深めること。
- 適切なトラウマ関連のスクリーニングおよびアセスメントツールの使用を評価し、開始すること。
- トラウマサバイバーのレジリエンスを評価し、協働的でストレングスベースのアプローチから介入を実施すること。
- TICを反映した核心的な原則と実践を学ぶこと。
- 個人の回復を支援する、特定のトラウマインフォームドの治療計画戦略の必要性を予期すること。
- トラウマを経験した、または二次トラウマに曝露されたクライアントやスタッフを含む個人に対して、標準的な組織方針、手順、介入を実施することから生じる可能性のある不注意な再トラウマ化を減少させること。
- トラウマインフォームドな組織と人材を評価し、構築すること。

コンセンサスパネルのメンバー、そしてこのTIPの他の貢献者は皆、薬物乱用および精神保健カウンセラー、予防およびピアスペシャリスト、スーパーバイザー、臨床ディレクター、研究者、または管理者として、トラウマを経験した個人、家族、コミュニティと働いた経験があります。このTIPで提示される内容は、利用可能な出版されたリソースとこのトピックに関連する研究に加えて、彼らの豊富な経験を用いています。コンセンサスプロセスの全体を通じて、パネルメンバーは、トラウマの影響を受けた個人、家族、コミュニティに内在するストレングスとレジリエンス、そして提供者がトラウマに対処し、TICを実施する際に直面する課題を念頭に置いていました。

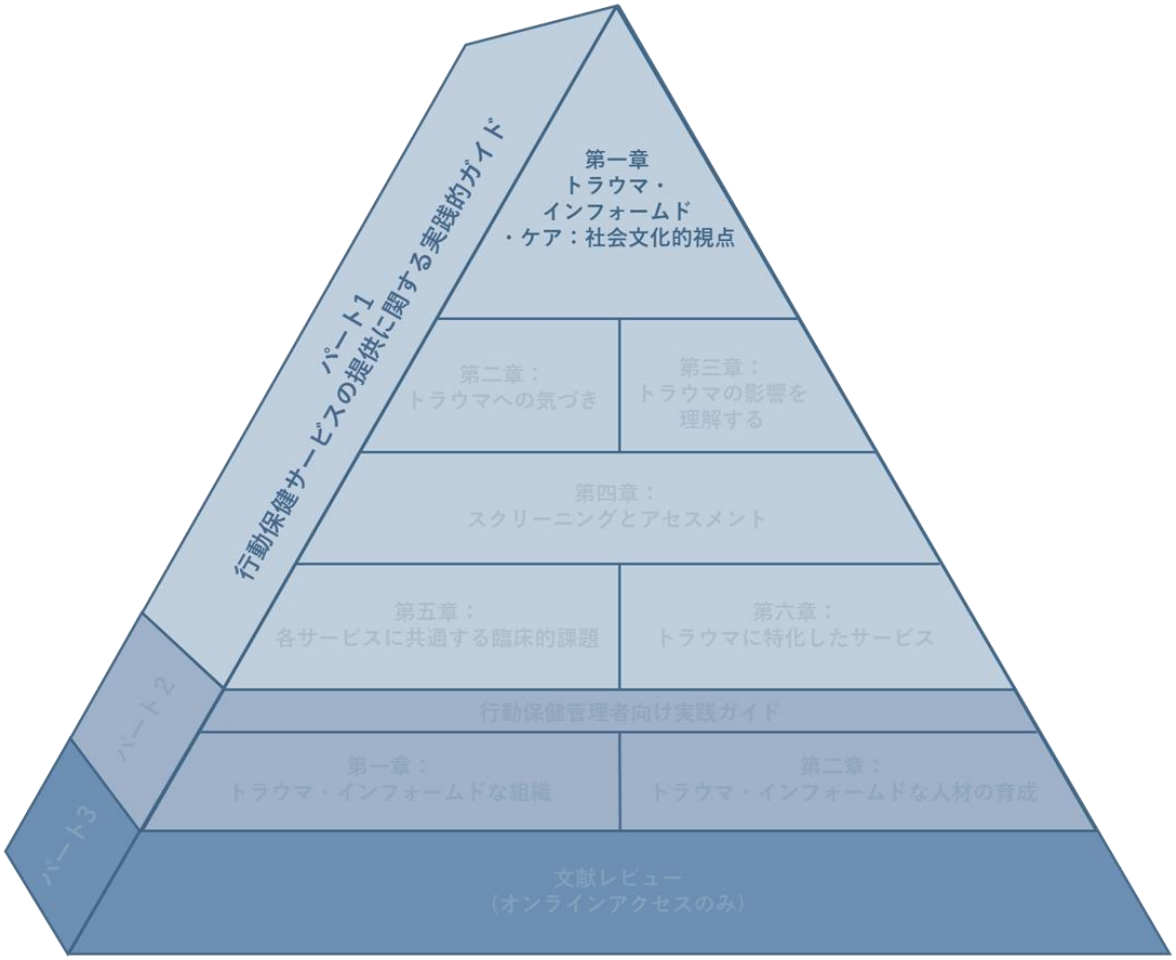
このTIPの構成

TICフレームワーク（資料1.1-1）を用いて、このTIPは、トラウマが何か、その結果、スクリーニングとアセスメント、効果的な予防、介入、治療アプローチ、トラウマからの回復、サー

ビス提供者へのトラウマの影響、プログラム的および管理的実践、トラウマに関するリソースなど、トラウマの主要な側面に関する情報を提供します。

注： 利用しやすく、かつ情報に基づいた文書を作成するために、このTIPの最初の2つのパートには最小限の引用しか含まれていません。パート1および2でカバーされているトピックに関連する引用に興味がある場合は、パート3で提供されている文献レビューを参照してください（http://store.samhsa.govでオンライン入手可能）。パート1と2はそれ自体で簡単に読んで理解できますが、文献レビューも読むことを強くお勧めします。

資料 1.1-1:行動保健サービスにおけるTICフレームワーク
—社会文化的視点



トラウマとは何か？

SAMHSAのトラウマと正義に関する戦略的イニシアチブによると、「トラウマは、個人が身体的または感情的に有害または脅威的であると経験し、個人の機能および身体的、社会的、感情的、または精神的な幸福に持続的な悪影響を及ぼす出来事、一連の出来事、または一連の状況から生じる」（SAMHSA, 2012, p. 2）。トラウマは、あらゆる人種、民族、年齢、性的指向、性別、心理社会的背景、地理的地域のすべての人々に影響を与える可能性があります。トラウマ体験は、単一の出来事、一連の出来事、および／または慢性的な状態（例：幼少期のネグレクト、家庭内暴力）であり得ます。トラウマは、個人、家族、グループ、コミュニティ、特定の文化、世代に影響を与える可能性があります。それは一般的に、個人またはコミュニティの対処リソースを圧倒し、しばしばその出来事の時点で「闘争・逃走・凍結」反応を引き起こします。それは頻繁に恐怖、脆弱性、無力感を生み出します。

付録Cを読んで、トラウマとトラウマ介入の歴史について学びましょう。

多くの場合、トラウマ的な出来事は予期せぬものです。個人は、トラウマ的な出来事を直接経験したり、出来事を目撃したり、脅威を感じたり、知っている誰かに影響を与える出来事について聞いたりすることがあります。出来事は、災害、戦争、テロ、性的虐待、または暴力を引き起こす機械的なエラーのような人為的なものであることもあれば、自然の産物（例：洪水、ハリケーン、竜巻）であることもあります。トラウマはどの年齢や発達段階でも起こる可能性があり、しばしば、期待されるライフステージの外で起こる出来事はトラウマ的であると認識されます（例：親より先に子供が亡くなる、10代で癌になる、個人的な病気、退職前に職を失う）。

何かがトラウマ的であるかどうかを決定するのは、出来事そのものだけではなく、その出来事に対する個人の経験です。2人が同じ出来事または一連の出来事に曝露されても、それらの出来事を全く異なる方法で経験し、解釈するかもしれません。様々な生物心理社会的および文化的要因が、個人の即時反応および長期的なトラウマへの反応に影響を与えます。ほとんどの人にとって、トラウマの深刻さに関わらず、トラウマの即時的または持続的な影響は、逆境を乗り越える、または困難に立ち向かう力であるレジリエンスによって対処されます。

一部の人々にとって、トラウマ的な出来事への反応は一時的ですが、他の人々は、急性症状からより深刻で、長期にわたる、または持続的な精神保健上の結果（例：心的外傷後ストレス症および他の不安障害、薬物使用および気分障害）や医学的問題（例：関節炎、頭痛、慢性疼痛）へと移行する長期的な反応を示します。他の人々は、心的外傷後ストレス症や他の精神障害の確立された基準を満たしませんが、重大なトラウマ関連症状や文化的に表現されるトラウ

マの症状（例：身体的懸念を通じて心理的ストレスが表現される身体化）に遭遇します。そのため、個人がトラウマ関連障害の診断基準を満たさない場合でも、トラウマが依然として彼または彼女の人生に重大な影響を与える可能性があることを認識することが重要です。トラウマ的な出来事、トラウマの特性、トラウマ的ストレス反応、およびトラウマの影響を増減させる要因に関する詳細情報については、パート1、第2章「トラウマの認識」およびパート1、第3章「トラウマの影響の理解」を参照してください。

行動保健サービスにおけるトラウマの重要性

過去10年間で、トラウマ、心理的苦痛、生活の質、健康、精神疾患、薬物乱用がどのように関連しているかについて、関心が高まっています。2001年9月11日の攻撃や他のテロ行為、イラクとアフガニスタンでの戦争、湾岸沿いの壊滅的なハリケーン、性的虐待スキャンダルによって、トラウマは国民の意識の最前線に躍り出ました。

かつてトラウマは異常な経験と見なされていました。しかし、最初の全国併存障害調査は、一般人口の生活においてトラウマがいかに蔓延しているかを確立しました。その調査では、男性の61%、女性の51%が生涯に少なくとも1回のトラウマを経験したと報告しており、トラウマの目撃、自然災害への関与、および／または生命を脅かす事故の経験が最も一般的な出来事でした（Kessler et al., 1999）。全国疫学調査のアルコールおよび関連状態に関する第2波では、サンプルの71.6%がトラウマの目撃を報告し、30.7%が傷害を伴うトラウマを経験し、17.3%が心理的トラウマを経験しました（El-Gabalawy, 2012）。生活の質と健康に対するトラウマの影響、および精神および物質使用障害を持つ個人におけるトラウマの影響に関する徹底的なレビューについては、このTIPのパート3、オンライン文献レビューを参照してください。

TICの根拠

TICを行動保健サービスに統合することは、クライアントだけでなく、彼らの家族やコミュニティ、行動保健サービス組織、そしてスタッフにとっても多くの利益をもたらします。トラウマインフォームド・サービスは、トラウマが個人の幸福（身体的および精神的健康を含む）に広範な影響を与える可能性があるという信念を前面に押し出します。行動保健サービス提供者にとって、トラウマインフォームドの実践は多くの機会を提供します。それは、クライアントの特定のニーズに応えるためのトラウマに特化した知識とスキルを習得することの重要性、個人がトラウマの認識に関わらず影響を受ける可能性があることの認識、行動保健サービスを求める多くのクライアントがトラウマの影響を受けている可能性が高いことの理解、そして組織

や提供者が標準的または未検討の方針や実践を通じてクライアントを再トラウマ化させる可能性があることの認識を強化します。TICは、一般的な治療アプローチを適用するのではなく、クライアントに個別に対処することの重要性を強調します。

TICは、クライアントが現在の問題に対して思いやりのある視点を反映したサービスに関与する機会をより多く提供します。TICは、トラウマの既往歴を持つクライアントにとってより大きな安全感を提供し、トラウマ的ストレスのより深刻な結果を防ぐためのプラットフォームを提供する可能性があります（Fallot & Harris, 2001）。多くの個人は、自分の既往歴とつながる必要性を特定しないかもしれませんが、トラウマインフォームド・サービスは、クライアントにトラウマの影響、トラウマの既往歴を管理する上での彼らのストレングスと創造的な適応、彼らのレジリエンス、そしてトラウマ、薬物使用、心理的症状との関係を探求する機会を提供します。

TICの発展の舞台となった2つの影響力のある研究

有害な小児期体験研究（Adverse Childhood Experiences Study）（Centers for Disease Control and Prevention, 2013）は、米国からの17,000人以上の個人を対象とした大規模な疫学研究であり、小児期および思春期のトラウマ体験が成人の健康リスク、精神保健、医療費、平均余命に与える長期的な影響を分析しました。

女性、併存障害、暴力に関する研究（The Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study）（SAMHSA, 2007）は、女性における対人関係およびその他のトラウマ的ストレッサーの役割、トラウマ、暴力、併存する薬物使用および精神障害の相互関連性、そしてトラウマインフォームドおよびトラウマに特化した原則、モデル、サービスの導入に焦点を当てた大規模な多施設研究でした。

トラウマインフォームド・サービスを実施することで、スクリーニングとアセスメントのプロセス、治療計画、配置が改善され、再トラウマ化のリスクも減少します。この実施は、クライアントと治療提供者との間のコミュニケーションを向上させ、クライアントの反応や現在の問題を誤解したり、評価やトラウマに特化した治療への適切な紹介の必要性を過小評価したりすることに関連するリスクを減少させる可能性があります。トラウマインフォームド・サービスを開発または改善するための組織的な投資は、最初からサービスがクライアントにより適切に適合するため、費用対効果にもつながる可能性があります。TICは、組織的なリスク管理に不可欠な要素であり、治療成果を最適化し、クライアント、そして最終的には組織への悪影響を

最小限に抑える決定の実施を保証します。重要な原則は、コミュニティ、クライアント、スタッフの関与です。クライアントとスタッフは、トラウマインフォームド・サービスの継続的な開発と提供に関与すれば、よりエンパワーされ、投資し、満足する傾向があります。

組織はまた、トラウマとその影響について知識のある多様な人材を計画し、惹きつけ、維持することによる人材開発の実践からも利益を得ます。トラウマインフォームドな組織を開発するには、取締役会やピアサポートの任命を含む、組織のすべてのレベルでトラウマインフォームドの実践について教育され、訓練された個人を惹きつけ、維持する採用および昇進の実践が含まれます。トラウマインフォームドな組織は、スタッフに投資し、実践におけるTICを促進し、二次トラウマに対処し、スタッフの安全を強化するプロセスを確立し、提供することを含む、同様のトラウマインフォームドの原則を採用します。トラウマインフォームドな人材への投資が必ずしもトラウマインフォームドな実践を保証するわけではありませんが、サービスがクライアント、スタッフ、コミュニティのニーズにより効率的に対応するために進化する可能性は高くなります。

カウンセラーへの助言：TICの重要性

トラウマの既往歴は様々な臨床的問題を引き起こします。多くのカウンセラーは、トラウマの治療やトラウマインフォームド・サービスの提供に関する広範なトレーニングを受けておらず、クライアントのトラウマ関連の反応や症状にどのように対応すべきか不確かかもしれません。一部のカウンセラーは自身もトラウマを経験しており、クライアントのトラウマ報告によってそれが引き起こされる可能性があります。他のカウンセラーはトラウマを持つクライアントを助けることに興味がありますが、トラウマの題材に深くまたは早く入り込みすぎたり、クライアントのトラウマ報告を軽視または無視したりすることで、意図せず害を及ぼす可能性があります。カウンセラーは、トラウマ関連の症状や障害、そしてそれらが行動保健治療におけるクライアントにどのように影響するかを認識しなければなりません。

主要な治療責任を持つカウンセラーは、トラウマ関連の反応を認識する方法、トラウマ関連症状の治療介入をクライアントの治療計画に組み込む方法、さらなるトラウマを防ぐためにクライアントが安全網を築くのを助ける方法、心理教育的介入を行う方法、そしてさらなる評価やトラウマに特化した治療サービスへの紹介を行う時期について理解している必要があります。すべての治療スタッフは、トラウマ的ストレス症状やトラウマ関連障害が個人の精神保健または薬物乱用治療を妨げるべきではなく、すべての併存障害が治療計画と設定のあるレベルで対処される必要

があることを認識すべきです。例えば、薬物乱用治療においてクライアントがトラウマ関連症状をコントロールするのを助けることは、クライアントの薬物乱用回復の可能性を大幅に改善し、再発の可能性を低くすることができます（Farley, Golding, Young, Mulligan, & Minkoff, 2004; Ouimette, Ahrens, Moos, & Finney, 1998）。さらに、クライアントが禁酒を達成するのを助けることは、トラウマ的ストレスからの回復の基盤を築きます。

トラウマと物質使用障害

物質使用障害を持つ多くの人々は、子供または大人としてトラウマを経験しています（Koenen, Stellman, Sommer, & Stellman, 2008; Ompad et al., 2005）。薬物乱用は、影響下にある危険な状況や事故（Stewart & Conrod, 2003; Zinzow, Resnick, Amstadter, McCauley, Ruggiero, & Kilpatrick, 2010）や、薬物乱用に関連するライフスタイルの結果として（Reynolds et al., 2005）、人々をより高いトラウマ率にさらしやすいことが知られています。さらに、薬物を乱用し、トラウマを経験した人々は、トラウマの既往歴のない人々よりも治療成績が悪くなります（Driessen et al., 2008; Najavits et al., 2007）。したがって、クライアントがトラウマの既往歴を持つ場合、回復のプロセスはより困難であり、カウンセラーの役割はより挑戦的になります。トラウマと薬物乱用の両方の問題を抱える人は、他の心理的症状や精神障害、貧困、ホームレス、HIVや他の感染症のリスク増加、社会的支援の欠如など、これらの障害に一般的に伴う様々な他の困難な生活問題を抱えている可能性があります（Mills, Teesson, Ross, & Peters, 2006; Najavits, Weiss, & Shaw, 1997）。物質使用障害の治療を求める多くの個人は、1つ以上のトラウマの既往歴を持っています。薬物乱用治療を求める女性の半数以上が、生涯に1回以上のトラウマを報告しており（Farley, Golding, Young, Mulligan, & Minkoff, 2004; Najavits et al., 1997）、入院治療中のかなりの数のクライアントも、準臨床的なトラウマ的ストレス症状または心的外傷後ストレス症（PTSD）を抱えています（Falck, Wang, Siegal, & Carlson, 2004; Grant et al., 2004; Reynolds et al., 2005）。

トラウマと精神障害

重度の精神障害の治療を受けている人々は、幼少期の身体的・性的虐待、重大な事故、ホームレス、非自発的な精神科入院、薬物の過剰摂取、対人暴力、その他の暴力形態を含む、トラウマの既往歴を持つ可能性がより高くなります。重度の精神障害を持つ多くのクライアントはPTSDの基準を満たします。他の重篤な精神疾患を持ち、トラウマの既往歴がある人々は、不安

症状や障害、気分障害（例：大うつ病、気分変調症、双極症；Mueser et al., 2004）、衝動制御障害、物質使用障害など、トラウマの既往歴と一般的に関連する心理的症状や精神障害を示します（Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005）。

トラウマ的ストレスは精神疾患のリスクを高め、研究結果はトラウマ的ストレスが精神疾患の症状の重症度を高めることを示唆しています（Spitzer, Vogel, Barnow, Freyberger & Grabe, 2007）。これらの発見は、トラウマ的ストレスが精神疾患の永続化と悪化に重要な役割を果たし、トラウマがしばしば精神障害の発症に先行することを示唆しています。トラウマと物質使用障害と同様に、双方向の関係があります。精神疾患はトラウマを経験するリスクを高め、トラウマは心理的症状や精神障害を発症するリスクを高めます。トラウマ的ストレス、精神疾患、物質使用障害間の相互作用に関するより包括的なレビューについては、このTIPのパート3、オンライン文献レビューを参照してください。

> 「トラウマインフォームドなプログラム、組織、またはシステムは、トラウマの広範な影響を認識し、治癒への潜在的な道を理解し、スタッフ、クライアント、およびシステムに関わる他の人々のトラウマの兆候と症状を認識し、トラウマに関する知識を方針、手順、実践、設定に完全に統合して対応するものです。」（SAMHSA, 2012, p. 4）

トラウマインフォームドの介入と治療の原則

TICは、トラウマが個人の人生と、予防から治療に至るまでの行動保健サービスへの反応にどのように影響を与えるかに焦点を当てた、介入および組織的アプローチです。TICには多くの定義と、それを組織全体に組み込むための様々なモデルがありますが、「トラウマインフォームド・アプローチには3つの主要な要素が組み込まれています：(1) トラウマの蔓延を認識すること。(2) トラウマがプログラム、組織、またはシステムに関わるすべての人々（その職員を含む）にどのように影響するかを認識すること。(3) この知識を実践に移して対応すること」（SAMHSA, 2012, p. 4）。

TICは、人が機関と初めて接触した時点から始まります。それは、すべてのスタッフ（例：受付、インテーク担当者、直接ケアスタッフ、スーパーバイザー、管理者、ピアサポート、取締役会メンバー）が、個人のトラウマ体験が、サービスへの受容性や関与、スタッフやクライアントとの相互作用、プログラムのガイドライン、実践、介入への応答性に大きな影響を与える可能性があることを認識することを要求します。TICには、トラウマを経験した人々とトラウマ関連サービスを提供する人々の脆弱性を保護するためのプログラムの方針、手順、実践が含ま

れます。TICは、再トラウマ化させる可能性のある実践（Harris & Fallot, 2001c; Hopper et al., 2010）を防ぐために、消費者の参加を得て、組織的な実践を再設計し、支援的な環境を通じて創造されます。「まず、害をなさない」という倫理原則は、TICの適用において強く響きます。

TICは、スタッフ間の能力を構築し、トラウマに敏感なサービスの提供を支援するプログラム基準と臨床ガイドラインを確立することへのコミットメントを含みます。それは、有能なスタッフの採用、雇用、維持、計画、実施、評価における消費者、トラウマサバイバー、ピアサポート専門家の関与、紹介プロセスを合理化するためのサービスシステム間の協働の発展、それにより適切な場合にはトラウマに特化したサービスを確保すること、そして消費者が一つのシステムやサービスから次へと移動する際のTICの継続性の構築を含みます。TICは、トラウマを認識するレンズを通して、各サービス提供コンポーネントを再評価することを含みます。

カウンセラーへの助言：トラウマインフォームド・サービスの実施

公衆衛生システム内でサービスを受けるクライアントの大多数がトラウマの影響を受けていることを認識し、国立トラウマインフォームド・ケアセンター（NCTIC）は、トラウマインフォームド・サービスの開発におけるケアシステムの指針となる包括的なフレームワークの確立を目指してきました。システムやプログラムがトラウマサバイバーのニーズを支援するためには、トラウマに特化した診断および治療サービスを提供する体系的なアプローチを取るとともに、そのようなサービスを維持し、クライアントに肯定的な成果をもたらすことができるトラウマインフォームドな環境が必要です。NCTICはまた、トラウマインフォームド・サービスの実施に関する技術支援も提供しています。TICの実施に関する具体的な管理情報については、このTIPのパート2、第1章および第2章を参照してください。

以下の下位セクションで説明される原則は、このTIPの概念的枠組みとして機能します。これらの原則は、研究、理論論文、論評、治療施設から学んだ教訓を含むリソースの集大成で構成されています。トラウマの影響を受けたクライアントや、トラウマを負う可能性が最も高い集団にサービスを提供する際に、各原則の主要な要素が概説されています。これらの原則は、すべての予防および介入サービス、設定、集団にわたって有用ですが、トラウマ体験をした人々と働く際には最も重要です。

「トラウマインフォームド・ケアは、症状よりも適応を、病理よりもレジリエンスを強調する視点を取り入れます。」（Elliot, Bjelajac, Fallot, Markoff, & Reed, 2005, p. 467）

トラウマの認識と理解を促進する

第一に、行動保健サービス提供者は、トラウマの蔓延と、それが個人の感情的、行動的、認知的、精神的、および／または身体的な発達、現状、幸福において果たす可能性のある役割を認識しなければなりません。クライアント間のトラウマ的な出来事の蔓延と潜在的な結果に注意を払うことで、カウンセラーは最初からプレゼンテーションスタイル、理論的アプローチ、介入戦略をクライアントの特定のニーズに合わせて計画し、対応することができます。すべてのクライアントがトラウマの既往歴を持つわけではありませんが、薬物使用および精神障害を持つ人々はトラウマを経験している可能性が高くなります。トラウマを認識するということは、誰もがトラウマの既往歴を持つと仮定するのではなく、最初の接触、相互作用、インテークの過程、スクリーニングおよびアセスメントの手順からその可能性を予期することを意味します。

最も標準的な行動保健の実践でさえ、提供者が害を及ぼす可能性があることを認識または考慮せずに実施した場合、以前のトラウマ体験に曝露された個人を再トラウマ化させる可能性があります。例えば、あるカウンセラーは、成人としてレイプされ、薬物乱用治療を裁判所から命じられた女性クライアントに対し、グループセラピーへの参加を推奨する治療計画を立てるかもしれませんが、その施設で利用可能なグループがすべて男性であり、歴史的に女性の参加率が低いという事実の彼女への影響を考慮しないかもしれません。トラウマの認識は、この種の再トラウマ化を防ぐための不可欠な戦略であり、提供者が通常の慣行を再評価する必要性を強化します。

トラウマを認識することは、トラウマがクライアントに影響を与える可能性があるという認識にとどまりません。それは、トラウマ体験および個人のトラウマの影響が、重要な他者、家族、初期対応者および他の医療専門家、行動保健従事者、より広範な社会的ネットワーク、さらにはコミュニティ全体に及ぶ可能性があるという、より広範な認識を含みます。家族は、トラウマを受けた家族のメンバーのトラウマ的ストレス反応（例：怒りの爆発、悪夢、回避行動、他の不安症状、ストレスの多い出来事への過剰反応または過小反応）を頻繁に経験します。これらの反復的な経験は、家族内の二次トラウマと精神疾患の症状のリスクを高め、子供たちの間で外在化および内在化行動（例：他者をいじめる、社会関係の問題、健康を害する行動）のリスクを高め、子供たちが後年心的外傷後ストレスを発症するリスクを高め、家族の世

代を超えてトラウマ的ストレス反応の傾向を強める可能性があります。したがって、予防および介入サービスは、対処スキルを開発し、支援システムを提供するために調整された教育と年齢に応じたプログラミングを提供できます。

同様に、行動保健サービス提供者も、クライアントと働く際にトラウマ関連の感情や内容に曝露されることで影響を受ける可能性があります。トラウマを認識する職場は、すべての直接サービススタッフに二次トラウマについて教育し、ピアサポート活動や臨床スーパービジョンへの参加を通じてトラウマ関連の内容の処理を奨励し、二次トラウマやトラウマ関連症状を防ぐのに役立つ効果的な対処戦略を学び、実践するための専門的開発の機会を提供するスーパービジョンとプログラムの実践を支援します。機関内のすべてのサービスにわたって、そしてクライアントと直接的または間接的に接触するすべてのスタッフ（代理店内で初めてクライアントと関わる受付やインテーク担当者を含む）の間でトラウマの認識を生み出すことが重要です。機関は、継続的なスタッフ研修、継続的な監督および管理的支援、協働的な（つまり、消費者の参加を含む）トラウマに応答したプログラム設計と実施、そして影響を受けたクライアントのニーズに対応する際の適応と柔軟性を反映した組織方針と実践を通じて、トラウマを認識する環境を維持できます。

トラウマ関連の症状と行動がトラウマ体験への適応から生じることを認識する

トラウマインフォームドの視点では、トラウマ関連の症状と行動を、個人がトラウマ体験を管理し、対処し、乗り越えるための最善かつ最もレジリエントな試みと見なします。一部の個人の適応と対処の方法はほとんど困難を生じません。他の人々の対処と適応の戦略は過去には機能していましたが、今ではうまくいっていません。一部の人々は、人生のある領域では困難を抱えていますが、他の領域では効果的に交渉し、機能しています。

トラウマを生き延びた個人は、トラウマ的ストレス反応をどのように経験し、表現するかにおいて大きく異なります。トラウマ的ストレス反応は重症度が異なり、しばしばクライアントが報告する障害や苦痛のレベルによって測定され、トラウマ自体を特徴づける複数の要因、個人の歴史と特性、発達要因、社会文化的属性、利用可能なリソースによって決定されます。トラウマの特性とそれに続くトラウマ的ストレス反応は、個人が環境、人間関係、介入、治療サービスにどのように反応するかに劇的な影響を与える可能性があり、それらの同じ特性は、クライアント／コンシューマーが自分たちの世界（例：他者への見方、安全感）、未来（例：希望、短縮された未来への恐怖）、そして自分自身（例：感情を調整する上でレジリエントであ

ると感じる、無能であると感じる）について抱く仮定を形作ることもできます。これらの影響の広がりは、観察可能であるか、微妙であるかもしれません。

クライアントの人生におけるトラウマ体験の重要性を認識し、彼らの現状を適応的と見なすようになると、彼らの現在の症状と行動の特定と分類は、「病理」の考え方（つまり、クライアントを診断ラベルから厳密に定義し、彼らに何か問題があると示唆する）から、レジリエンスの考え方—クライアントの現在の困難、行動、感情をトラウマから生き延びたことへの反応と見なす考え方—へと移行することができます。本質的に、あなたはトラウマ的ストレス反応を異常な状況への正常な反応と見なすようになります。トラウマ関連の反応が適応的であるという信念を受け入れることで、あなたは希望に満ちた、ストレングスベースのスタンスからクライアントとの関係を始めることができ、それは彼らのトラウマ体験への反応が創造性、自己保存、決意を反映しているという信念に基づいています。これは、相互に協働的な治療関係を築き、クライアントがトラウマの余波に対処する試みの中で何が機能し、何が機能しなかったかを非審判的なスタンスから特定するのを助け、彼らのストレングスとリソースにより適合する可能性の高い介入と対処戦略を開発するのに役立ちます。このトラウマの見方は、トラウマ的ストレス反応を病理学的または病理の症状として定義しないことで、さらなる再トラウマ化を防ぎます。

個人の環境の文脈でトラウマを見る

トラウマに対する個人の反応には、それが個人、グループ、またはコミュニティベースのトラウマであるかどうかにかかわらず、多くの要因が寄与します。個人の属性、発達要因（保護的およびリスク要因を含む）、生活史、トラウマの種類、トラウマの特定の特性、トラウマ曝露の量と期間、トラウマ的な出来事の文化的意味、トラウマに関連する損失の数、利用可能なリソース（対処スキルや家族の支援などの内的および外的リソース）、コミュニティの反応などが、時間とともに個人のトラウマへの反応に影響を与える決定要因の一部です。文化がトラウマの影響を理解し、治療する上で重要であることに関するより具体的な情報については、この章の後半の「社会文化的レンズを通してトラウマを見る」セクションを参照してください。

トラウマを狭く見ることはできません。代わりに、より広いレンズ—トラウマに先行し、その最中、そして直後および持続的な反応（例：住居の利用可能性、コミュニティの反応、家族の日課と構造の遵守または維持、家族支援のレベルを含む）において明らかである、生物心理社会的、対人関係、コミュニティ、そして社会的（個人主義的または集団主義的な文化的価値の度合い）特性を統合する文脈的なレンズ—を通して見る必要があります。

トラウマをより適切に理解するためには、それが起こった文脈も考慮しなければなりません。この角度からトラウマを理解することは、焦点が個人の特性や影響を超えて、社会的相互

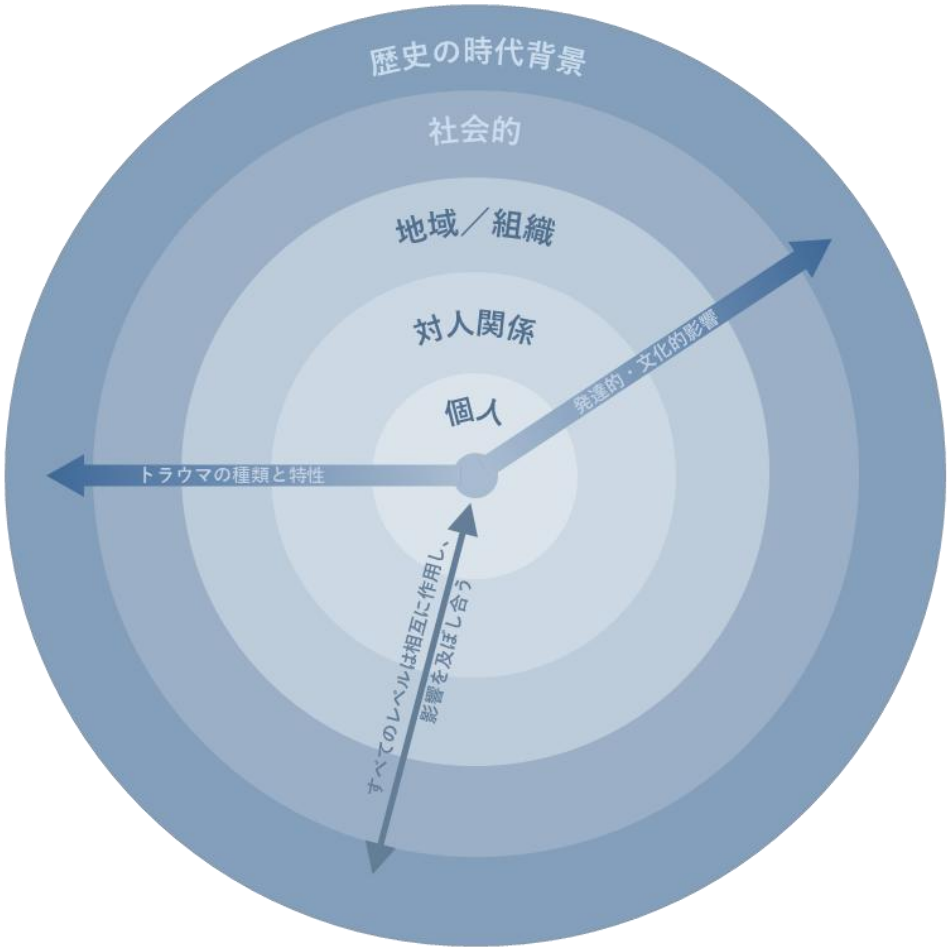
作用、コミュニティ、政府、文化などの影響を認識し、それらの様々な影響間の相互作用の可能性を検証する、より広範な体系的な視点に焦点を当てるのに役立ちます。ブロンフェンブレナー（1979）およびブロンフェンブレナーとセシ（1994）の生態学的モデルに関する研究は、他の文脈モデルの開発のきっかけとなりました。近年、社会生態学的枠組みは、トラウマの理解、健康増進や他の予防戦略の実施、そして治療介入の開発において採用されています（Centers for Disease Control and Prevention, 2009）。社会生態学的アプローチの3つの主要な信念は次のとおりです（Stokols, 1996）：

- 環境要因は、感情的、身体的、社会的な幸福に大きな影響を与えます。
- 健康対病気の基本的な決定要因は、個人の生物学的、行動的、社会文化的なニーズと、それらに利用可能なリソースとの間の適合度です。
- 予防、介入、治療のアプローチは、個人、対人関係、コミュニティシステムを対象とした戦略の組み合わせを統合します。

このTIPでは、社会生態学的モデルを使用してトラウマとその影響を探求します（資料1.1-2）。このモデルの焦点は、各レベルの否定的な属性（リスク要因）だけでなく、トラウマの影響から保護したり、軽減したりする肯定的な要素（保護要因）にもあります。このモデルはまた、選択的および指示的介入を含む、このテキストにおける特定の対象介入の包含を導きます。さらに、文化、発達プロセス（個人および／またはコミュニティの発達段階または特性を含む）、そしてトラウマが発生した特定の時代は、トラウマがどのように認識され、処理されるか、個人またはコミュニティがどのように助けを求めるか、そして個人およびコミュニティのリソースのアクセス可能性、受容可能性、利用可能性の度合いに大きな影響を与える可能性があります。

発達段階および／または進行中のプロセスに応じて、子供、思春期の若者、成人は、トラウマ体験を異なって認識し、解釈し、対処します。例えば、子供はテレビでトラウマ的な出来事を描いたニュースを見て、その場面が再生されるたびにトラウマが再発していると信じるかもしれません。同様に、人が生きる時代とトラウマのタイミングは、個人またはコミュニティの反応に大きな影響を与える可能性があります。例えば、薬物を乱用している妊婦が、家庭内紛争で殴られた後に医療を受けることに警戒するかもしれません。彼女は子供を失うことや、育児放棄で逮捕されることを恐れるかもしれません。多くの州が、薬物を乱用する妊婦のための治療の重要性と産前ケアのアクセス可能性に焦点を当てた方針を採用しているにもかかわらず、他の州はこの問題を過去数十年間にわたり犯罪性の観点から（例：児童福祉法や刑法で）アプローチしてきました。したがって、トラウマ的な出来事のタイミングは重要な要素です。

資料 1.1-2：トラウマとその影響を理解するための社会生態学的モデル



社会生態学モデル：影響のレベル

資料1.1-2に示されている社会生態学的モデルは、一般的にトラウマの影響を受ける個人、家族、コミュニティを見るための体系的な枠組みを提供します。それは、複数の文脈が、トラウマを経験した人々への行動保健サービスの提供に双方向の影響を与えることを強調しています（細い矢印参照）。各リングは異なるシステムを表しています（各システム内の特定の要因の例については、資料1.1-3を参照）。最も内側のリングは、個人とその生物心理社会的特性を表しています。「対人関係」の円は、家族、友人、仲間、その他の即時的な関係すべてを体現しています。「コミュニティ／組織」の帯は、社会支援ネットワーク、職場、近隣、そして個人とその関係に直接影響を与える機関を表しています。「社会」の円は、経済的および医療政策、社会規範、政府システム、政治的イデオロギーなど、州および連邦の政策と法律という最大のシステムを意味します。「歴史上の時代」という最も外側のリングは、出来事が起こった時代の重要性を反映しており、円で表される他のすべてのレベルに影響を与えます。例えば、

異なる戦争や紛争における退役軍人の帰還に対する社会の態度と反応を比較すると、帰還環境が、問題の時代に応じて、戦争の心理的および身体的な傷からの治癒に保護的または否定的な影響を与える可能性があることがわかります。資料の太い矢印は、文化、発達特性、そしてトラウマの種類と特性の主要な影響を表しています。全体として、トラウマ的な出来事の文脈は、トラウマへの初期および持続的な反応、治療の必要性、予防、介入、および他の治療の選択に大きな影響を与える可能性があります。

資料1.1-3：トラウマとその影響の社会生態学的モデル内のレベルの理解

個人的要因	対人的要因	コミュニティ・組織的要因	社会的要因	文化的・発達的要因	歴史上の時代
年齢、生物物理学的状態、精神保健状態、気質および他の人格特性、教育、性別、対処スタイル、社会経済的地位	家族、仲間、重要な他者との相互作用パターン、親／家族の精神保健、親のトラウマ歴、社会的ネットワーク	近隣の質、学校システムおよび／または職場環境、行動保健システムの質とアクセス可能性、信仰に基づく設定、交通の利用可能性、コミュニティの社会経済的地位、コミュニティの雇用率	法律、州および連邦の経済・社会政策、メディア、社会規範、司法制度	集団主義的または個人主義的な文化規範、民族性、文化のサブシステム規範、認知的および成熟の発達	軍務に服したメンバーの帰還に関する社会的態度、DSM-III-R*とDSM-5**間の診断的理解の変化

*精神障害の診断と統計マニュアル第3版改訂版（米国精神医学会[APA]、1987年）

**精神障害の診断と統計マニュアル第5版（APA、2013a）

事例：マリソル

マリソルは28歳のラテンアメリカ系女性で、地元のコーヒーショップでバリスタとして働いています。ある晩、雨の中を車で帰宅していると、飲酒運転の車が彼女の車線に侵入し、正面衝突しました。マリソルは意識を保ったまま車から救出されるのを待ち、その後病院に運ばれました。彼女は両足に骨折を負いました。彼女の回復には、2回の手術と、初期入院および外来での理学療法を含む、ほぼ6ヶ月間のリハビリテーションが必要でした。

彼女は友人や家族が非常に協力的で、彼女が頼む前に必要なことを見越してくれたと話しました。また、彼女の雇用主や同僚にも信じられないほどの感謝の念を抱いており、彼らは交代で見舞いに来たり、予約への送迎をしてくれたりしました。9ヶ月後に仕事に復帰できましたが、マリソルは事故直後から始まった不眠について、かなりの苦痛を感じ続けていました。マリソルは、事故後の病院への搬送を待つ間の繰り返される夢や記憶を説明します。相手の運転手は飲酒運転で起訴され、以前に2回飲酒運転で有罪判決を受けていたことが報告されました。

以下の質問に答えることで、マリソルが経験したトラウマ的な出来事が、どのように異なるレベルで影響を及ぼし、その結果として彼女の反応や体験にどのように表れているのかを探ることができます。：

1. この事例で提供されている限られた情報に基づき、マリソルの性格が彼女の家族、友人、同僚、そしてより大きなコミュニティの反応にどのように影響を与える可能性がありますか？
2. マリソルの民族的および文化的背景は、彼女の回復にどのような影響を与える可能性がありますか？
3. 自動車事故自体と、マリソルと相手の運転手の結果に、どのような社会的要因が役割を果たす可能性がありますか？

このシナリオが発生した歴史上の時代の影響を探ってみましょう—もし事故が40年前に起こっていた場合、マリソルと相手の運転手の両方の可能な結果を現在と比較してください。

再トラウマ化または過去のトラウマの力学を再現するリスクを最小限に抑える

トラウマインフォームドの治療提供者は、トラウマの既往歴を持つクライアントが、特定の治療手順や実践を、過去のトラウマや虐待の特定の特性を思い出させる、否定的な、または再トラウマ化させるものとして経験する可能性が高いことを認識しています—あたかも過去のトラウマが再発しているかのように、または治療経験が過去のトラウマと同じくらい危険で安全でないかのように感じることです。例えば、クライアントが治療決定に積極的に関与していない場合、または治療プロセスや提供者が過去のトラウマからの特定の行動を模倣する場合、彼らは無力感や閉じ込められた感覚を表現するかもしれません。クライアントは、過去のトラウマ体験からの特定の行動を模倣する治療プロセスや提供者に対して、元のトラウマの時と同じように苦痛を表明したり、反応したりするかもしれません。治療における潜在的に再トラウマ化させる要素には、個人を孤立させる隔離または「タイムアウト」の実践、クライアントの症状をパーソナリティ症や他の精神障害として誤ってラベル付けするのではなく、トラウマ的ストレス反応として扱うこと、権威を命じる相互作用、クライアントを辱める可能性のある治療課題（例：クライアントにグループ内で自分の治療課題の一つを反映したサインを身につけさせること、たとえその課題がクライアントの肯定的な属性に焦点を当てていたとしても）、クライアントを抵抗的として対立すること、または提供者の信念や問題の定義への適合を条件として治療を提示することなどがあります。

クライアントの経験は、彼らが直面した特定のトラウマとその周辺の状況に固有です。したがって、身体的な施設の運営（例：メンテナンス、敷地、消防・安全手順）を含む、一見安全で標準的な治療方針や手順でさえ、それらの要素の一つまたは複数が何らかの形で彼のまたは彼女のトラウマ体験を彷彿とさせる場合、クライアントにとっては全く逆に感じられるかもしれないことを覚えておいてください。例としては、プライバシーや個人的な空間が限られていること、孤立しているまたは閉じ込められていると感じる部屋で面接を受けること、クライアントの過去の虐待加害者と同じ性別の医療専門家による身体検査を受けること、他のクライアントがロールプレイで適切に怒りを表現するグループセッションに参加すること、またはトラウマ的ストレス反応を緩和する手段として苦痛な経験について話さないように指示されることなどが挙げられます。

一部の治療方針や手順は他よりも明らかに苦痛を引き起こしやすいですが、すべての標準的な実践は、クライアントを再トラウマ化させる可能性について評価されるべきです。これは、個人のトラウマ歴の特定の詳細を知らずにはできません。例えば、複数の食品グループを組み合わせた食事を提供する治療プログラムを考えてみましょう。あなたのクライアントがこのプログラムに参加し、ほとんどの時間、食事を拒むことで過ごしています。彼は食事スタッフに

怒りを表現し、食事の選択肢が限られていると主張します。あなたは最初に、クライアントの食事拒否や特定の食品を避けることを、摂食障害や行動上の問題として認識するかもしれません。しかし、トラウマを認識する視点は、あなたの仮定を変えるかもしれません。このクライアントが幼少期に食べ物をめぐるネグレクトと虐待を経験したことを考えてみてください（彼の母親は、冷蔵庫にあるものを何でも組み合わせて調理した食事を彼に強制的に食べさせていました）。

カウンセラーと管理者への助言：トラウマに関する正しいメッセージを送る

「私たちはトラウマに対処する設備がありません」とか「治療中にトラウマ体験が議論されると表面化する反応に対処する時間がありません」といった言葉を、行動保健サービスのカウンセラーや管理者からどれだけ聞いたことがあるでしょうか？機関、スタッフ、クライアントにとって、これらの発言は多くの困難と望ましくない結果をもたらします。クライアントにとって、このようなコメントは、彼または彼女の以前の他者（家族、友人、以前の行動保健専門家を含む）との出会いを再現するかもしれません。他者は、彼または彼女のトラウマ体験を認めたり、話したりすることに困難を感じていました。トラウマへの「手を出さない」アプローチは、そのような議論を避けたいというクライアント自身の願望を強化することもあります。機関やスタッフが善意から—クライアントが圧倒されるのを防ぐため—これらの感情に動機づけられている場合でも、そのような視点はクライアントに、彼らの経験は重要ではない、彼らはトラウマに関連する感情を処理できない、そしてトラウマに対処することは単に危険すぎるという強いメッセージを送ります。このような発言は、回復は不可能であり、トラウマやトラウマ的ストレス反応の記憶に対処するための構造化された出口を提供しないことを示唆しています。

それにもかかわらず、行動保健サービスでトラウマ的ストレスにいつ、どのように対処するかを決定することは、特にトラウマに特化した哲学的、プログラム的、または手続き的なプロセスが整備されていない場合、真のジレンマになる可能性があります。例えば、トラウマに特化したサービスのための機関間および機関内の協働を開発することに事前の配慮がなされていない場合、クライアントが過去のトラウマに対処するための適切なフォーラムを提供することは困難です。トラウマインフォームド・サービスの必要性を予期し、トラウマの影響を受ける人々に適切なサービスを提供するために事前に計画することで、行動保健サービス提供者とプログ

ラム管理者は、強力で肯定的なメッセージを送る、情報に基づいた介入戦略を開発し始めることができます：

- クライアントも提供者も、トラウマ体験とその反応に適切に対処することができます
- 提供者は、クライアントの話を聞き、彼らの経験に対応することに関心があります。
- 回復は可能です。

治療提供者として、あなたはクライアントにとって何が動揺させるのか、または再トラウマ化させるのかを一貫して予測することはできません。したがって、クライアントが治療中に表現および／または提示する懸念について、常に警戒し、好奇心を持って尋ねる態度を維持することが重要です。特定の行動や感情表現は、過去に彼らに何が起こったかを反映している可能性があることを忘れないでください。

まず、トラウマインフォームド・アプローチは、苦痛を引き起こしたり、トラウマ体験の一般的な特徴（コントロールの喪失、閉じ込められている感覚、無力化されている感覚）を反映したりする可能性のある治療戦略、プログラム手順、組織方針を再検討するための実践的なステップを踏むことから始まります。様々な治療要素と特定のクライアントのトラウマ歴のより特異な側面との間の相互作用をより良く予期するためには、以下のことができます：

- クライアントと協力して、彼または彼女が過去のトラウマと関連付ける手がかりを学ぶ。
- 良い既往歴を得る。
- 支援的で、共感的で、協働的な関係を維持する。
- 継続的な対話を奨励する。
- 治療全体を通じて、利用可能性とアクセス可能性の明確なメッセージを提供する。

要するに、トラウマインフォームドの提供者は、クライアントにとって再トラウマ化させると認識される、または経験される可能性のある実践を予期し、対応します。彼らは、トラウマ関連の反応を引き起こす特定の状況に対応する新しい方法を築くことができ、特に問題のある治療要素に関与する代替的な方法をクライアントに提供できます。

安全な環境を作る

安全な環境を作る必要性は、提供者にとって新しいものではありません。それは、効果的な方針と手順によって支えられた、機関全体の努力を含みます。しかし、トラウマインフォームドの枠組みの中で安全を創造することは、物理的な施設の安全性（例：施設、環境、空間関連の懸念）、セキュリティ（スタッフ、クライアント、個人資産の）、方針と手順（隔離と拘束に特化したものを含む）、緊急事態管理と災害計画、そしてクライアントの権利の遵守に関する標準的な期待をはるかに超えています。提供者は、クライアントの身体的および感情的な安全感を確立し、支援するために、環境に敏感に対応し、適応しなければなりません。

プログラム内の様々な環境刺激がトラウマサバイバーに強い感情や反応（例：照明、出口へのアクセス、座席配置、グループ内の感情性、視覚または聴覚刺激などの引き金）を引き起こす可能性があることを予期し、クライアントがトラウマ体験を呼び起こす引き金に対処するのを助ける戦略を実施することを超えて、安全な環境を確立するための他の重要な要素には、クライアントとの相互作用と治療プロセスの一貫性、セッションや会議で見直されたり合意されたりしたことを実行すること、そして信頼性が含まれます。マイクの事例は、これらの重要な要素が欠如していると、治療プロセス中のクライアントの安全感をいかに損なう可能性があるかを示しています。

事例：マイク

あなたがマイクに外来カウンセリングを提供し始めた最初から、セッション後や機関の業務時間外に感情的な困難が生じた場合に、さらなる支援やサポートを提供できる誰かに直接連絡が取れる機関の番号に電話できると説明します。しかし、ある夜、彼が電話を試みると、あなたが説明したにもかかわらず誰も対応してくれません。代わりに、マイクはオペレーターから、もし彼が自分の状況を危機的と認識するなら地元の救急室を利用するか、または誰かが電話で連絡してくるのを待つように指示されます。あなたがセッションで言ったことと、彼が電話した時に実際に起こったこととの間の不一致は、マイクに不安と脆弱さを感じさせます。

提供者もサービスプロセスも常に完璧ではありません。時には、提供者は意図せず不正確または一貫性のない情報をクライアントや他のスタッフに伝えたり、他の時にはクライアントが何かを誤解したり、または、やむを得ない事情によって、提供者が約束通りに対応できなくなることもあります。安全を創造することは、常に正しく行うことではありません。それは、状況がクライアントに脆弱または不安な感情を引き起こすときに、あなたがどれだけ一貫して、

そして率直に状況を処理するかということです。状況を一緒に処理するという感覚を伝える、正直で思いやりのあるコミュニケーションが安全を生み出します。安全がクライアントを超えて広がることも同様に重要です。カウンセラーや他の行動保健スタッフ（ピアサポート専門家を含む）は、機関が環境内の安全に対応し、維持してくれることを信頼できる必要があります。物理的な安全と感情的な幸福を促進する実践の重要性を認識する組織的な精神を取り入れることで、行動保健スタッフは、必要なときに支援やスーパービジョンを求め、自分自身とクライアントのリスクを最小限に抑える臨床的およびプログラム的な実践に従う可能性が高くなります。

態度の面での安全の促進を超えて、組織のリーダーは、スタッフが機関内またはクライアント間で発生する苦痛な状況や出来事の支援を求め、処理する手段を与えるための専門的開発と支援の道筋を検討し、創造する必要があります。例えば、ケースコンサルテーションとスーパービジョン、困難な臨床的問題についてサービス提供者とデブリーフィングするための公式または非公式のプロセス、クライアントの心理評価とスタッフの従業員支援のための紹介プロセスなどです。組織的な実践は、スタッフ間の揺るぎないトラウマの認識、トレーニング、教育によって支えられている場合にのみ効果的です。ジェーンの事例は、新しい採用者に対するスタッフオリエンテーションの軽微だが必要な延期の影響を示しています—これは、重いケースロードと高いスタッフ離職率を持つ行動保健プログラムでは珍しいことではありません。

事例：ジェーン

新しく採用された女性カウンセラーのジェーンには、自殺した甥がいました。彼女を雇ったプログラムは当時人手不足でした。そのため、ジェーンは方針と手順のマニュアルを見直す以外に、十分にオリエンテーションを受ける機会がありませんでした。新しい雇用主とスーパーバイザーに良く見せようと、彼女は最近の喪失を考慮せずにクライアントの割り当てをすぐに受け入れました。スタッフの幸福、クライアントの割り当てにおける倫理的および臨床的配慮、そしていつ、どのようにスーパービジョンを求めるかに関するプログラムの視点と方針に没頭しなかったことで、ジェーンは、機関によって強く支持されている、自分自身とクライアントの安全を促進する実践に従事しませんでした。その後、彼女は仕事で感情的に圧倒され、絶望感を表明したクライアントに対して、彼らが自殺を試みるのではないかという純粋なパニックから、しばしば突然精神科評価を要求するようになりました。

トラウマからの回復を主要な目標として特定する

精神保健または薬物乱用サービスを開始する、または受けている人々は、しばしばトラウマ体験を現在の課題や問題の重要な要因として特定しません。一部には、これは、一度または繰り返しトラウマに曝露された人々が、一般的にそれを再訪することに消極的だからです。彼らはすでに反復的な記憶や経験に囚われていると感じているかもしれず、それがどんな介入も事態を悪化させる、少なくとも良くはしないという彼らの既存の信念を強めるかもしれません。一部のクライアントにとって、トラウマ関連の記憶や、トラウマを彷彿とさせる些細な手がかりへのいかなる導入も、彼らに強く、すぐに表面化する感情を経験させ、トラウマに対処することは危険であり、彼らはそれに対処できないという彼らの信念を支持します。

トラウマインフォームドの提供者として、クライアントが彼らの精神保健および物質関連の問題と、彼らが経験したかもしれないトラウマ体験との間のギャップを埋めるのを助けることが重要です。あまりにも多くの場合、トラウマは薬物使用および精神障害が発症する前に起こります。そして、そのような障害とその関連症状および結果が、追加のトラウマ的な出来事の機会を作り出します。個人が、自分の人生におけるトラウマの役割に向き合わないまま精神保健や薬物乱用治療を受ける場合、長期的な回復を得られる可能性は低くなります。例えば、トラウマの既往歴を持つ人は、不安や抑うつ症状を持つ可能性が高く、トラウマ関連の手がかりに曝露された後に自己治療のために物質を使用したり、再発したりする可能性が高くなります。したがって、行動保健機関内および機関間の協働は、薬物乱用および精神保健サービスに従事するクライアント／コンシューマーに最初から統合された、タイムリーな、トラウマに特化した介入を利用可能にするために必要です。

コントロール、選択、自律性を支援する

トラウマを経験し、行動保健サービスに従事しているすべてのクライアントが、トラウマインフォームドまたはトラウマに特化した治療を望んでいる、または必要としているわけではありません。クライアントは、すでにトラウマに十分に対処したと考えているか、または過去のトラウマの影響が最小限の苦痛しか引き起こさないと信じているかもしれません。他のクライアントは、同じ感情を表明するかもしれませんが、確信がありません—代わりに、苦痛な症状や反応を避けるために回避行動を使用します。さらに他の人々は、過去のトラウマ体験を他の、より現在の困難（例：強い感情を自己治療するために物質を使用する）と結びつけず、トラウマの役割を自分の現在の課題で見るのに苦労するかもしれません。トラウマ関連の経験および／またはストレス反応を認めるという考え自体が、一部のクライアントにとってあまりにも恐ろしいか、圧倒的であるかもしれませんし、他の人々は彼らの反応が無視されることを恐

れるかもしれません。一方、一部の個人は、トラウマ体験と反応をあまりにも早く、繰り返し開示し、十分に安全な環境を確立したり、再トラウマ化の苦痛や他の影響を相殺するための効果的な対処戦略を学んだりする前に、それを払拭したいと強く望みます。

これらの例が示すように、トラウマの影響を受けたすべての人が、トラウマインフォームド・サービスに同じようにアプローチしたり、自分の人生におけるトラウマの影響を認識したりするわけではありません。これは、トラウマの影響について知識があり、クライアントとトラウマとその影響に対処することの重要性を認識している行動保健サービス提供者にとっては、挑戦的である可能性があります。異なるクライアントが薬物乱用治療サービスにおいて異なる認識レベルや変化の段階にいる可能性があることを知っているのと同様に、トラウマの影響を受けた人々が様々な反応、トラウマの認識レベル、そしてトラウマに対処する必要性の異なる緊急度を示すことを認識すべきです。

クライアントの現在の問題に対する認識を評価し、トラウマの影響への彼らの反応を適応的と見なすこと—たとえ彼らのトラウマへの対処法が有害であるとあなたが信じていても—は、TICの同様に重要な要素です。クライアントと関わり、彼らがトラウマ体験をどのように認識し、調整し、対応したかを理解する時間を取ることで、提供者は、クライアントが自分自身の現在の問題について貴重な個人的専門知識と知識を持っているというメッセージをより投影する可能性が高くなります。これにより、視点が「提供者が最もよく知っている」から、より協働的な「一緒に解決策を見つけよう」へと変わります。

クライアントから、トラウマ的な手がかりや記憶を再体験することから生じる症状に対処できないと信じていると、どれだけ聞いたことがあるでしょうか？クライアントが、自分自身や自分の反応を信頼できない、またはいつ引き金が引かれるか、どのように反応するかがわからないと述べるのを聞いたことがありますか？もし、いつでも大きな音が、隠れる、身をかがめる、または何かのかげに飛び込むという即時の試みを引き起こす可能性があるとしたら、あなたは自分自身についてどれだけ自信を感じるでしょうか？トラウマ体験は、伝統的に、強烈な恐怖、無力感、恐怖、またはコントロールの喪失感を引き起こす出来事への曝露として説明されてきました。行動保健サービスへの参加は、トラウマ体験のこれらの側面を反映するべきではありません。治療計画を含む治療プロセス全体を通じて、クライアントのコントロール感を促進し、クライアントの自律性と選択を最大化するために協働することが、トラウマインフォームド・サービスにおいて重要です。

一部の個人にとって、コントロール感とエンパワーメントを得ること、そしてトラウマ的ストレス反応を理解することは、回復のための重要な要素かもしれません。エンパワーメントの機会を創造することで、カウンセラーや他の行動保健サービス提供者は、しばしばトラウマや長期的なトラウマ的ストレス反応によって侵食される、クライアントの能力感を強化するのを助けます。クライアントの選択とコントロールを優先する治療戦略と手順は、人生の大きな決

定や治療計画だけに焦点を当てる必要はありません。そのようなアプローチは、スタッフとコンシューマー間の日常的なタスクや日常的な相互作用に適用できます。クライアントに以下のようないくつかの質問をしてみてください（これは役立つ可能性のある質問の種類のほんの一例です）：

- あなたに何が起こったかについて、私たちが知っておくと役立つ情報はありますか？
- いつ、どこであなたに電話をかけるのが良いですか？
- どのように呼ばれたいですか？
- 私が説明したサービスのうち、あなたの現在の懸念やニーズに合っていると思われるものはどれですか？
- あなたの経験から、感情的に圧倒されたときに、他の人からのどのような反応が最も効果的ですか？

同様に、組織はスタッフの自律性、選択、コントロール感の重要性を強化する必要があります。感情的に負担の大きい内容や治療中の出来事を処理する際に、スタッフがアクセスできるリソースは何ですか？そして、彼らに利用可能な選択肢は何ですか？管理者やスーパーバイザーは、問題のある状況（例：休暇のためのスタッフのローテーション、ケースコンサルテーション、スケジュールの変更）にどのように対処するかについて、どれだけ頻繁にフィードバックを求めますか？管理とスタッフ、スタッフとクライアントとの間の並行関係について考えてみてください。多くの場合、管理的な実践によってスタッフに伝えられるのと同じ哲学、態度、行動が、スタッフとクライアントの相互作用に反映されます。簡単に言えば、スタッフがエンパワーされていないと感じるなら、彼らがクライアントのエンパワーメントの必要性を評価することは挑戦となるでしょう。（管理および人材開発の問題に関する詳細情報については、パート2、第1章および第2章を参照してください。）

事例：ミナ

ミナは、夫が集中外来の薬物・アルコールプログラムに入院した後に、カウンセリングを求めました。彼女は、軽度のうつ病、夫への憤り、共依存で自己紹介しました。「共依存」を定義し、その用語が自分にどのように当てはまるかと尋ねられると、彼女は家族全員と、自分がほとんどまたは全くコントロールできない出来事に対してさえ、常に罪悪感と責任を感じていたと答えました。

インテークとスクリーニングのプロセスの後、彼女は主に家族の問題と薬物乱用に焦点を当てたグループセッションに参加することに関心を示し、そこで彼女の現在の懸念を探求できると述べました。薬物乱用とその結婚への影響に関する力学と問題について説明することに加えて、彼女は自分の低い気分を凍りついた悲しみとして言及しました。治療中に、彼女は人生を変えた出来事、つまり父親の喪失について、ためらいがちに話し始めました。話はグループで展開されました。彼女の父親は62歳で、彼女をいとこの家に車で送っている途中でした。運転中に、彼は心臓発作を起こし、道路から外れました。車が野原で止まると、彼女は911に電話し、救急車を待つ間に心肺蘇生を始めたことを思い出しました。彼女は救急隊員と一緒に病院まで乗り、彼らが父親の命を救おうとするのを見守りました。しかし、彼は到着後まもなく死亡が確認されました。

彼女はいつも、父親に本当にさよならを言えなかったと感じていました。グループで、その機会を再訪したと感じるために何をすべきか、または何を言う必要があるかと尋ねられました。彼女は非常にユニークな方法で答えました。「本当にこの質問には答えられません。父について話すには、照明が合っていません。」カウンセラーは、彼女が「正しい」と感じるように照明を調整することを奨励しました。そうするように誘われたことは、彼女が喪失に対処し、自分の条件で父親にさよならを言う能力において極めて重要であることがわかりました。彼女は、グループの他の人々が辛抱強く彼女が椅子に戻るのを待つ間、照明の調光スイッチを動かすのにほぼ10分を費やしました。その後、彼女は父親の死の夜に何が起こったか、彼らの関係、その夜に至るまでの出来事、病院で彼に言いたかったこと、そして彼の死以来彼と共有したかったことについて話し始めました。

数週間後、グループが終わりに近づくにつれて、各メンバーは参加から得た最も重要な経験、ツール、洞察について話しました。ミナは、グループが彼女の結婚生活における境界線と対処戦略を確立するのを助けたと明かしましたが、彼女にとって最も違いをもたらした出来事は、部屋の照明を調整する能力を持っていたことだと述べました。彼女は、これが父親の死の間に無力だったことに対して、何かをコントロールすることを可能にしたと説明しました。彼女にとって、照明は事故現場、救急車の乗り物、そして病院での他の詳細よりも際立っているように見えました。彼女は、父親を失い、救急室で彼と一緒にいる必要があったという個人的な経験が、スタッフ、手順、機械、そして特に、厳しい照明の邪魔によって損なわれたと感じていました。彼女は、今では照明をこの悲劇的な出来事と、父親にさよならを言おうとしたときに経験したプライバシーの欠如の象徴として見ていると振り返

りました。ミナは、グループでのこの瞬間が最大の贈り物だったと述べました。「…私が望んだ方法でさよならを言うことができた…どんなに一生懸命努力しても結果をコントロールできなかった悲劇的な出来事に対して、ある程度のコントロールを持つ機会を与えられました。」

協働的な関係と参加の機会を創造する

このトラウマインフォームドの原則は、3つの主要な信条を含みます。第一に、**提供者とクライアントの関係が、設定やサービスに関わらず協働的であることを保証すること**です。機関のスタッフは、介入やコミュニティサービスへの関与に関する決定を独裁的に行うことはできません。代わりに、彼らはクライアントと、そして適切な場合には家族や介護者と協働して、トラウマインフォームドで個別化されたケアプランおよび／または治療計画を開発すべきです。TICを特徴づける非権威的なアプローチは、クライアントを自分自身の人生と現在の苦闘における専門家と見なし、クライアントと提供者が互いに学び合えることを強調します。

第二の信条は、**提供者とクライアントの関係を超えて協働を築くこと**です。サービスシステム、提供者ネットワーク、地域コミュニティ全体で継続的な関係を築くことは、クライアントがサービスの一つのレベルから次へと移動する際、または一度に複数のサービスに関与している際のTICの継続性を高めます。それはまた、あなたのクライアントがサービスシステムやコミュニティで利用可能なリソースについて学び、トラウマに特化した介入やサービスにおいてより高度なトレーニングを持つ提供者とつながることを可能にします。

第三の信条は、**行動保健プログラムの開発、計画、評価、そして行動保健従事者の専門的開発において、クライアント／コンシューマーの代表と参加を保証する必要性**を強調します。組織またはシステム全体でトラウマインフォームドの能力を達成するためには、クライアントが積極的な役割を果たす必要があります。これは、プログラムのフィードバックを提供することから始まります。しかし、消費者の関与はそこで終わるべきではありません。むしろ、トラウマインフォームド・サービスの実施全体を通じて奨励されるべきです。同様に、クライアント、潜在的なクライアント、その家族、そしてコミュニティは、トラウマインフォームドの能力を向上させ、TICを提供し、関連する治療サービスと組織方針および手順を設計するための、あらゆる行動保健組織の計画に参加するよう招待されるべきです。

トラウマの影響を受けた人々の意見なしに生成されたトラウマインフォームドの原則と実践は、効果的に適用することが困難です。同様に、スタッフ研修やプレゼンテーションには、トラウマの影響を感じた個人を含めるべきです。彼らの参加は、そのような教育の純粋に認知的

な側面を超えて、トラウマを経験した人々のストレングスとレジリエンスに関する個人的な視点を提供します。行動保健教育におけるトラウマサバイバーの関与は、あまりにも簡単に一部のスタッフメンバーによって話題の感情性を避ける試みとして観念的にされてしまう主題に、人間的な顔を与えます。

消費者の参加はまた、クライアント／コンシューマーが州のトレーニングと認定を取得し、行動保健の場でピアスペシャリストとして雇用される機会を得ることを意味します。ピアサポートサービスを組み込むプログラムは、提供者と消費者のパートナーシップが重要であり、消費者が尊重されているという強力なメッセージを強化します。ピアサポートスペシャリストは、アルコール依存症、薬物依存症、および／または精神障害からの自身の回復過程を進んだ自己同定された個人であり、行動保健プログラム内またはピアサポートセンターで働き、同様の障害および／または生活経験を持つ他の人々を支援します。タスクと責任には、ピアサポートグループの主導、効果的な対処、助けを求めること、セルフケア戦略のモデリング、クライアントが新しいスキルを練習したり進捗を監視したりするのを助けること、クライアントが自分自身やプログラムまたはコミュニティで認識するかもしれない差別に対して抱く可能性のある否定的な感情と戦うために肯定的な自己イメージを促進すること、ケースマネジメントのタスクの処理、プログラムの変更の提唱、そして回復を可能と見なす希望の声を代表することが含まれる場合があります。

クライアントにトラウマインフォームド・サービスを理解させる

あまり考えずに、あなたはおそらくインテークプロセスの目的、スクリーニング装置を正しく完了する方法、行動保健に特有の専門用語の多く、そしてクライアントの参加に対するプログラムの期待を知っているでしょう。実際、あなたはおそらくすでに毎日行動保健サービスでこれらのプロセスを促進することに関与しており、それらはほとんど自動的になっているかもしれません。しかし、これは、クライアントとその家族が行動保健の支援を求める際に遭遇するほとんどすべてのことが新しいということを忘れやすくさせます。したがって、クライアントにプログラムのサービス、活動、介入を、彼らがこれらのプロセスに不慣れであることを期待する形で紹介することが、彼らの臨床的および治療歴に関わらず不可欠です。サービスの不慣れさに対処することを超えて、クライアントに各プロセス—最初の接触から回復サービスまで—について教育することは、彼らに積極的に参加し、ケアの連続体全体で情報に基づいた決定を下す機会を与えます。

クライアントにトラウマインフォームド・サービスを理解させることは、プログラムサービスや治療プロセスを説明することを超えています。それには、インテークプロセス中に尋ねられる可能性のあるトラウマ関連の質問の価値と種類を説明すること、トラウマ的ストレス反応

を正常化するためにクライアントにトラウマについて教育すること、そしてトラウマに特化した介入や他の利用可能なサービス（治療方法論の説明や特定の介入の背後にある根拠を含む）について議論することが含まれます。発達的に適切な、トラウマインフォームド・サービスに関する心理教育は、クライアントが情報に基づいた参加者になることを可能にします。

トラウマに関する普遍的な定期的スクリーニングを導入する

インテーク時にクライアントの既往歴、経験、トラウマの症状について普遍的にスクリーニングすることは、クライアントと提供者の両方に利益をもたらします。ほとんどの提供者は、クライアントがトラウマの影響を受ける可能性があることを知っていますが、普遍的なスクリーニングは、過去のトラウマ体験とそのクライアントの相互作用やケアの連続体全体での関与への潜在的な影響に注意を払うための絶え間ないリマインダーを提供します。スクリーニングは治療計画を導くべきです。それはスタッフに潜在的な問題を警告し、クライアントがトラウマの潜在的な影響と治療中に関連する問題に対処することの重要性に対する認識を高めるための貴重なツールとして機能します。

それにもかかわらず、スクリーニングは、肯定的なスクリーニング（クライアントがトラウマ関連の症状や既往歴の可能性を示唆する方法でスクリーニングの質問に答える場合）に対処するために確立されたガイドラインとプロセスと同じくらいしか有用ではありません。スタッフは、すべてのクライアントが同じ方法でスクリーニングされるように、スクリーニングツールを一貫して使用するように訓練されるべきです。スタッフメンバーはまた、スクリーニングの採点方法と、特定の変数（例：人種／民族、母国語、性別、文化）がスクリーニング結果に影響を与える可能性がある時期を知る必要があります。例えば、男性に性的暴行を受けた女性は、男性のスタッフメンバーまたは通訳がスクリーニングを管理したり、翻訳サービスを提供したりする場合、質問に答えることに警戒するかもしれません。同様に、現在虐待的または暴力的な関係にある人は、報復を恐れて、または自分の経験からの断絶や否定の結果として、対人暴力を認めないかもしれませんし、彼はまたは彼女は、治療で認められていることと家で経験していることという二つの世界の間で処理し、そして生きることに困難を抱えているかもしれません。

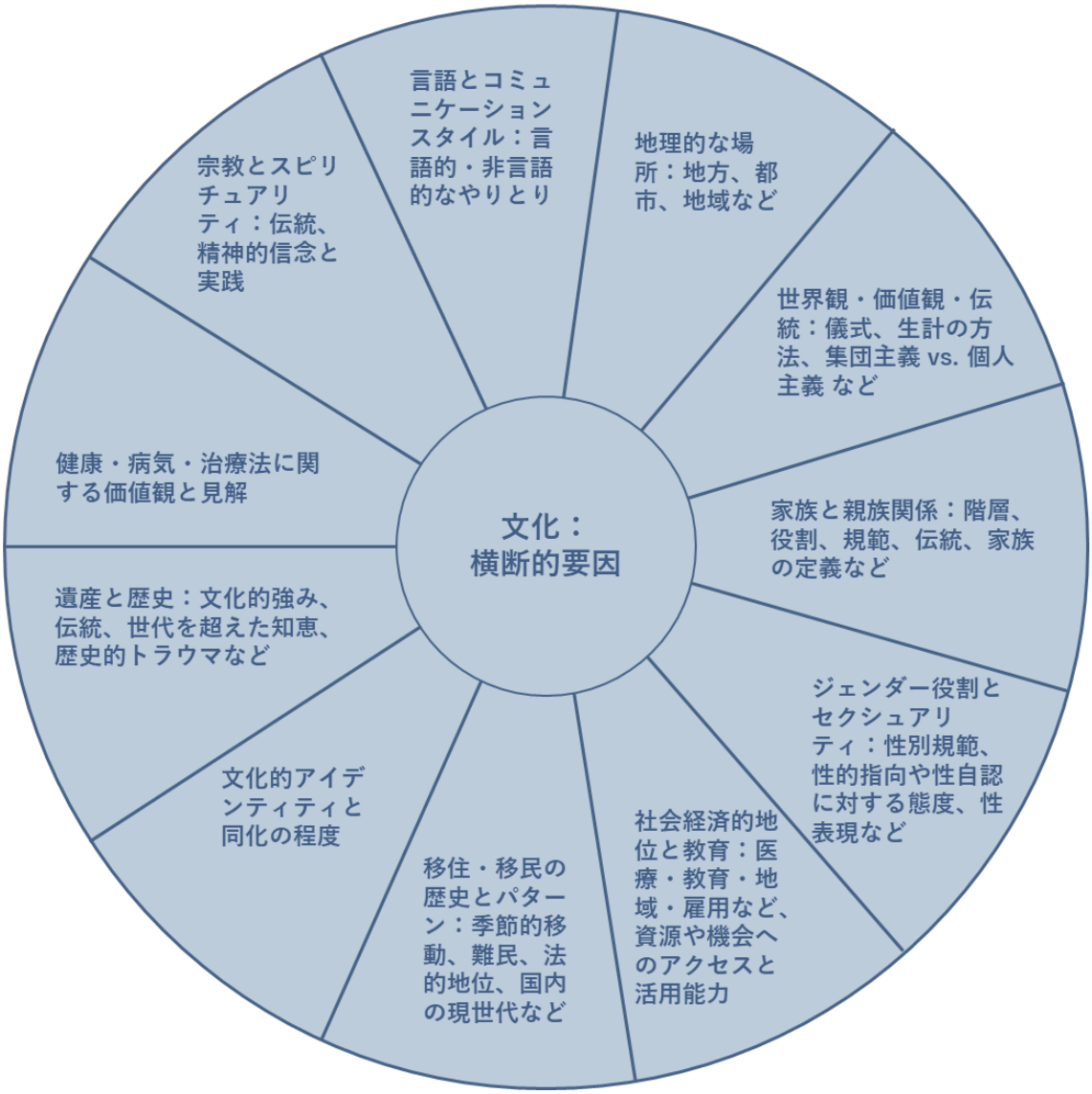
さらに、トラウマ関連のスクリーニングツールの使用に関するスタッフ研修は、スクリーニングが完了した後にいつ、どのように関連情報を収集するかに焦点を当てる必要があります。組織方針と手順は、トラウマ的ストレスの詳細な評価のための紹介、トラウマの典型的な生物心理社会的影響に関する入門的な心理教育セッションのクライアントへの提供、および／またはクライアントが彼のまたは彼女のニーズに合ったトラウマに特化したサービスにアクセスできるようにケアを調整するなど、肯定的なスクリーニングにどのように対応するかについてス

タッフメンバーを導くべきです。スクリーニングツールの選択は、行動保健サービスに定期的で普遍的なスクリーニング実践を組み込む上で重要な要素です。多くのスクリーニングツールが利用可能ですが、それらは形式、質問の提示方法が異なります。音響試験の特性だけでなく、一般的にトラウマ的と見なされる広範な経験を網羅しているか、そして個人のトラウマ的な出来事の独自の解釈を許容するのに十分な柔軟性があるかに応じてツールを選択します。トラウマおよびトラウマ関連の症状と影響のスクリーニングとアセスメントに関する詳細情報については、このTIPの第4章「スクリーニングとアセスメント」を参照してください。

社会文化的レンズを通してトラウマを見る

個人、家族、またはコミュニティにトラウマがどのように影響するかを理解するためには、まず、そのトラウマの重要な文脈的要素として、生活経験と文化的背景を理解しなければなりません。資料1.1-2で示されているように、多くの要因がトラウマ体験と個人およびコミュニティの反応を形作ります。最も重要な要因の一つは文化です。それは、トラウマ的な出来事の解釈と意味、トラウマとその後の反応に対する個人の責任に関する個人的な信念、そして症状、支援、助けを求める行動の意味と受容可能性に影響を与えます。このTIPがトラウマに関する文化間の違いを説明するにつれて、特定の文化、サブカルチャー、または人種的および／または民族的グループ内の態度、信念、行動、リソース、機会に直接的または間接的に影響を与える可能性のある多くの横断的な要因があることを覚えておいてください（資料1.1-4）。これらの横断的な文化的要因のより詳細な探求については、計画中のTIP『文化的能力の向上』（SAMHSA, 計画中c）を参照してください。

資料1.1-4：文化の横断的要因



TICを確立する際には、行動保健システム、サービス提供者、免許機関、認定機関が、カリキュラム、基準、方針、手順、資格認定プロセスに文化的に応答性の高い実践を組み込むことが不可欠です。文化的に応答性の高い実践の実施は、治療計画プロセスをさらに導き、トラウマインフォームド・サービスがより適切で成功する可能性が高くなります。

文化とトラウマ

- 特定の集団や文化は、他の集団や文化よりもトラウマ的な出来事や特定の種類のトラウマを経験する可能性が高いです。
- 軍事行動や政治的暴力に直面するすべての多様な集団や文化において、トラウマ的ストレスの率は高いです。
- 文化は、特定の出来事がトラウマ的と認識されるかどうかだけでなく、個人がトラウマにどのように解釈し、意味を割り当てるかにも影響を与えます。
- 一部のトラウマは、特定の文化にとって重要な何かを表しているか、文化的な実践や生活様式を破壊するため、特定の文化に大きな影響を与える可能性があります。
- 文化は、トラウマへの受容可能な反応を決定し、苦痛の表現を形作ります。それは、トラウマ直後およびトラウマ体験が終息した後も、人々が行動、感情、思考を通じてトラウマ的ストレスをどのように伝えるかに大きな影響を与えます。
- トラウマ的ストレス症状は、文化内のトラウマの種類によって異なります。
- 文化は、正当な健康上の懸念と見なされるものと、どの症状が助けを必要とするかを決定します。
- 助けを求める行動や治癒実践の受容可能な形態に関する信念を形作ることに加えて、文化は強さの源、独自の対処戦略、特定のリソースを提供することができます。

「トラウマインフォームド・ケアは、症状をトラウマ的な出来事や文脈への適応から生じるものとして認識します。過去の対処行動が現在問題を引き起こしている場合でも、レジリエンスを認めることは重要です。症状を適応として理解することは、サバイバーの罪悪感と恥を減らし、彼らの自尊心を高め、現在の状況により良く適応するための新しいスキルとリソースを開発するためのガイドラインを提供します。」（Elliot et al., 2005, p. 467）

ストレングスに焦点を当てた視点を使う：レジリエンスを促進する

個々の強みを育むことは、トラウマを経験した人々を支援する上での、予防における重要なステップです。またそれは、本人がすでに持っているリソース（対処能力）を活かし、その人をリソース豊かで回復力のあるサバイバーとして捉える、不可欠な介入戦略でもあります。トラウマを経験した人は、その感情的、認知的、精神的、身体的な影響に適応するため、多くの戦略や行動を身につけます。そうした行動の中には、長期にわたって効果的なものもあれば、やがて困難を生み出し、回復のプロセスを妨げることになるものもあります。従来、行動面のヘルスケアサービスは、否定的な結果を防ぎ、苦痛を和らげ、クライアントの機能レベルを高め、回復を促進しようとして、当面の問題、リスク要因、症状に焦点を当てる傾向がありました。しかし、これらの領域に過度に焦点を当てることは、クライアントの有能感や希望を損なう可能性があります。当面の問題や症状のみを対象にすることは、非常にストレスの多い困難な経験を乗り越える上での、本人が持つ対処能力に気づく機会を奪ってしまいます。支援者にとっては、クライアントがその経験を生き抜くために培ってきた強みと、回復過程で力強く生きていくための強みの両方に目を向けた、バランスの取れたアプローチで介入することが重要です。強みに基づき、レジリエンス（回復力）を重視するアプローチは、トラウマサバイバーが、自らの不屈の精神と、生き延びる助けとなった行動の価値を認め、理解し始めることを可能にするのです。

カウンセラーと管理者への助言：ストレングス指向の質問を用いる

クライアントのストレングスを知ることは、クライアントの現在の問題と課題を理解し、再定義し、再構成するのに役立ちます。個人のストレングスに焦点を当て、それを基盤にすることで、カウンセラーや他の行動保健専門家は、「あなたに何が問題なのですか？」から「あなたにとって何がうまくいきましたか？」へと焦点を移すことができます。それは、注意をトラウマ関連の問題から、回復に向けてクライアントを動かすために適応的な行動とストレングスを尊重し、用いる視点へと移します。

潜在的なストレングス指向の質問には以下が含まれます：

- あなたが提供した既往歴は、トラウマ以来、あなたが多くのことを成し遂げたことを示唆しています。最も誇りに思う成果のいくつかはどれですか？
- あなたのストレングスは何だと思いますか？

- 今日、どのようにストレスを管理していますか？
- どのような行動が、あなたのトラウマ体験（その最中とその後）を生き延びるのを助けましたか？
- 痛みを伴う感情に対処するために、どのような創造的な方法を取っていますか？
- あなたはトラウマを生き延びました。どのような特性が、これらの経験とそれがあなたの人生に作り出した課題を管理するのを助けましたか？
- もし私たちがあなたの人生の誰かに、あなたのトラウマの歴史と経験を知っていて、あなたが生き延びるのを助ける2つの肯定的な特性を挙げるように頼んだら、彼らは何を言うでしょうか？
- あなたの_____（例：文化的歴史、精神的実践、運動など）から学んだ対処ツールは何ですか？
- 一瞬、あなたの後ろに何人かの人々が立って、何らかの形であなたを支援していると想像してみてください。そこに誰が立っていますか？彼らがあなたの人生にどれだけ短く、またはいつ現れたか、そして彼らが現在あなたの人生にいるか、生きていないかは関係ありません。
- 今日、どのように支援を得ていますか？（可能な答えには、家族、友人、活動、コーチ、カウンセラー、その他の支援などがあります。）
- 回復はどのようなものに見えますか？

トラウマ耐性スキルを育む

トラウマインフォームド・サービスは、個人が自分の人生におけるトラウマの役割を探求し始めることができる基盤を築きます。そのようなサービスはまた、彼らのニーズに合わせて介入を最もよく対処し、調整する方法を決定するのにも役立ちます。予防、精神保健、薬物乱用治療サービスには、クライアントにトラウマが彼らの人生にどのように影響を与えるかを教えることが含まれるべきです。これらのサービスはまた、セルフケアスキル、対処戦略、支援ネットワーク、そして能力感の開発にも焦点を当てるべきです。トラウマ耐性スキルを築くことは、トラウマ的ストレスの症状を正常化し、トラウマを経験したクライアントが現在の問題と過去のトラウマとの間の点をつなぐのを助けることから始まります。

それにもかかわらず、スキル構築に焦点を当てたTICとトラウマに特化した介入は、個人のストレングス、トラウマへの適応における創造性、そしてクライアントがトラウマの影響と戦うために持っている固有の属性とツールを認めることを犠牲にして行うべきではありません。ス

キル構築戦略を用いる一部の理論モデルは、このアプローチの価値を欠陥の視点に基づいています。それらは、一部の個人が特定の状況を管理するために必要なツールを欠いており、この欠陥のために、効果的なスキルを持つ他の人が経験しないであろう問題に遭遇すると仮定します。この種の視点はさらに、回復するためには、これらの個人が新しい対処スキルと行動を学ばなければならないと仮定します。一方、TICは、クライアントが自分自身の人生の専門家であり、生き延びるためにスキルを適応させ、習得したと仮定します。TICアプローチは、各個人の適応と習得したスキルを尊重し、クライアントがこれらの過去には機能していたが、現在はうまくいっていない可能性があり、彼らの現在の反応のレパートリーが他の戦略ほど効果的ではないかもしれないことを探求するのを助けます。

管理者への助言：トラウマインフォームド・システムのための自己評価

NCTICは、管理者がトラウマをプログラムやサービスに構造的に組み込むのを助けるために、トラウマインフォームド・システムのための自己評価パッケージを開発しました。自己評価は、完全にトラウマインフォームドな治療と回復の努力を確立する目標を持って、品質改善を導くためにケアシステムによって使用できます（NCTIC, Center for Mental Health Services, 2007）。行動保健治療プログラム管理者は、これらの資料とNCTICを、TICの提供を改善するためのリソースとして使用できます。

TICへの組織的および管理的コミットメントを実証する

トラウマインフォームドな組織になるには、機関のすべてのレベルにわたる管理者の指導と支援が必要です。行動保健スタッフは、組織が専門的開発を支援し、これらの実践を促進するためのリソースを割り当てることへの継続的なコミットメントなしには、TICの実践を維持する可能性は低いでしょう。TICにコミットしたい機関は、スタッフメンバーがクライアントのトラウマおよびトラウマ関連の反応をどのように特定し、管理するかに関する組織的な評価から利益を得るでしょう。彼らはトラウマを認識していますか—トラウマがクライアントの1つ以上の領域で機能する能力に大きな影響を与える可能性があることを認識していますか？スタッフメンバーは、トラウマ体験とトラウマ関連の反応が、クライアントの関与、参加、サービスへの反応に大きな影響を与える可能性があることを理解していますか？

機関は、トラウマインフォームド・サービスを創造するために、組織の各レベルにわたって特定の戦略を取り入れる必要があります。これは、クライアント間のトラウマの影響に関する

スタッフ教育から始まります。トラウマインフォームドなインフラを反映する他の機関の戦略には、以下のものが含まれますが、これらに限定されません：

- トラウマに関する普遍的なスクリーニングとアセスメントの手順。
- トラウマに特化したサービスを確保するための機関間および機関内の協働。
- クライアントのニーズに合わせた紹介契約とネットワーク。
- トラウマの認識の重要性を支持するミッションと価値観の声明。
- 消費者およびコミュニティが支援する委員会とトラウマ対応チーム。
- 採用実践を含む、人材開発戦略。
- TICに焦点を当てたスタッフ研修／スーパービジョンを含む、専門的開発計画。
- トラウマの認識を確保し、トラウマインフォームドな実践、トラウマに特化したサービス、そして再トラウマ化の防止を確保するプログラムの方針と手順。

TICは組織的なコミットメントを必要とし、多くの場合、文化的な変化を伴います。組織におけるTICの実施に関する詳細情報については、このTIPのパート2、第1章を参照してください。

二次トラウマに対処し、セルフケアを促進するための戦略を開発する

二次トラウマは、精神保健および薬物乱用専門家、特にトラウマのサバイバーを含む可能性が高い集団にサービスを提供する人々にとって、正常な職業上のハザードです（Figley, 1995; Klinic Community Health Centre, 2008）。二次トラウマを経験する行動保健スタッフは、様々なトラウマ的ストレス反応を示します。サービスに焦点を当てた、またはクライアントがトラウマ体験を語るのを聞くことによる影響。同様に、カウンセラーが個人的なトラウマの既往歴を持つ場合、トラウマサバイバーと働くことは、カウンセラー自身のトラウマ歴の記憶を呼び起こし、二次トラウマ化の可能性を高める可能性があります。

二次トラウマで現れる反応の範囲は、一次トラウマを経験したクライアントが示す反応と類似している場合もあれば、そうでない場合もあります。二次トラウマの症状は、日常機能において様々なレベルの困難、障害、または苦痛を生み出す可能性があります。これらは、急性ストレス症、心的外傷後ストレス症、または調整、不安、気分障害の診断基準を満たす場合もあれば、満たさない場合もあります（Bober & Regehr, 2006）。症状には、クライアントが共有したトラウマ的な記憶に対する身体的または心理的反応、クライアントとの相互作用中またはスーパービジョンで感情的な内容を思い出す際の回避行動、麻痺、限定された感情表現、または感情の鈍化、身体的愁訴、不眠症を含む高まった覚醒、否定的な思考または抑うつ気分、そして家族、友人、他の支援からの離脱が含まれる場合があります（Maschi & Brown, 2010）。

トラウマの影響

トラウマは、水面に石が当たったのに似ています。衝撃は最初に最も大きな波を作り出し、その後、広がりながらも、より強度の低い波が続きます。同様に、特定のトラウマの影響は広範囲に及ぶ可能性がありますが、一般的に、トラウマからさらに離れた個人にとっては、その影響はより強度が低くなります。最終的に、その影響は周りに散逸します。トラウマサバイバーにとって、トラウマの影響は遠くまで及び、トラウマが発生したずっと後まで生活領域や人間関係に影響を与える可能性があります。この類推は、トラウマを経験した個人と、彼らの話を聞く特権を持つ人々の回復プロセスを広く説明することもできます。サバイバーが、カウンセラーや他の介護者にトラウマ関連の経験や苦闘を明かすにつれて、トラウマは共有された経験になりますが、介護者にとって、それがトラウマを経験した個人にとってそうであったほど強烈である可能性は低いです。介護者は、トラウマの既知および未知の影響を保持するか、またはこのトラウマの影響をさらに散逸させ、二次トラウマのリスクを減らすための支援を提供する行動に意識的に従事することを決定するかもしれません。

トラウマを受けた個人と毎日働くことは、カウンセラーや他の行動保健サービス提供者にとって負担になる可能性がありますが、あまりにも多くの場合、彼らはその負担から生じる症状を、職場や家庭での他のストレス要因のせいにします。過去20年間で、文献や研修が二次トラウマや共感疲労に注意を払い始めましたが、それでも、機関はしばしばこの知識を日常的な予防実践に翻訳しません。カウンセラーや他のスタッフメンバーは、時間の制約、仕事量、機関のリソースの欠如、および／または助けを求めることを認めないか、不適切なスタッフ支援を提供する組織文化のために、二次トラウマを防ぐ可能性のある活動に従事することが困難であると感じるかもしれません。トラウマサバイバーにケアを提供する要求は無視できません。さもなければ、提供者はますます障害を受け、効果が低下します。認識されていない二次トラウマを持つカウンセラーは、不十分に実施された境界線、予約の欠席、またはクライアントとそのニーズの放棄を通じて、クライアントに害を及ぼす可能性があります（Pearlman & Saakvitne, 1995）。

TICの不可欠な要素には、二次トラウマに対処するための組織的および個人的な戦略が含まれます。その身体的、認知的、感情的、精神的な結果。機関や個々の提供者の間では、助けを求

め、支援やスーパービジョンにアクセスし、機関内外でセルフケア行動に従事することにおいて、受容可能性、アクセス可能性、説明責任を促進する文化が重要です。機関は、二次トラウマを予防または対処するための非公式および公式の機関の実践と手順を開発する際に、トラウマと働くスタッフメンバーを関与させるべきです。多くの地域ベースの機関は財政的な制約に直面していますが、二次トラウマのための予防戦略は、現在のインフラ（例：スタッフ会議、教育、ケースコンサルテーションとグループケースディスカッション、適切な場合のグループ支援、デブリーフィングセッション、スーパービジョン）と絡み合わせることができます。二次トラウマに対処し、予防するための戦略に関する詳細情報については、このTIPのパート2、第2章を参照してください。

カウンセラーへの助言：二次トラウマのリスクを減らし、セルフケアを促進する

- **ピアサポート：**適切な社会的支援を維持することは、孤立と抑うつを防ぐのに役立ちます。
- **スーパービジョンとコンサルテーション：**専門的な支援を求めることで、クライアントへの自身の反応を理解し、彼らとより効果的に働くことができるようになります。
- **トレーニング：**継続的な専門的トレーニングは、クライアントの回復を支援する能力への自信を向上させます。
- **個人的なセラピー：**治療を受けることは、特定の問題を管理し、クライアントにより良い治療を提供できるようになるのを助けます。
- **バランスを保つ：**健康的でバランスの取れたライフスタイルは、直面するかもしれない困難な状況を管理する上で、あなたをよりレジリエントにします。
- **クライアントとの明確な境界線と境界を設定する：**個人的な生活と仕事の生活を明確に分けることで、専門的な介護者であることに内在するストレスから若返る時間が得られます。

希望を提供する—回復は可能である

トラウマ関連の症状やトラウマ的ストレス障害からの回復とは何を定義するのでしょうか？それは症状や結果が完全にないことでしょうか？それは、クライアントが悪夢を見なくなったり、手がかりによって過去のトラウマを思い出されなくなったりすることを意味するのでしょ

うか？トラウマを経験したクライアントが、具体的にトラウマに対処するために支援関係に入るとき、彼らはしばしば治療、症状の寛解、またはできるだけ早く痛みからの解放を求めています。しかし、彼らはしばしば予測不可能な症状と症状の強度の歴史を持っており、それが回復は不可能であるという根底にある信念を強化します。一方では、クライアントは治癒できるというメッセージを求めていますが、他方では、どんな介入の成功の可能性についても深刻な疑問を抱いています。

クライアントは、トラウマが自分の人生に与える影響を十分に認識していても、トラウマに対処することにしばしば両価性を示します。過去に対処するにつれて、またはトラウマ関連の症状や結果に対処する代替的な方法を実験するにつれて、より多くの不快感とともに生きるという考えは、魅力的な見込みではなく、それは通常、恐怖を引き起こします。クライアントは、不快な感情を、安全で支援的な環境や関係においてさえ、危険または安全でないと解釈するかもしれません。

あなたはどのように希望を促進し、回復が可能であるというメッセージを伝えますか？まず、サービスの提供における一貫性を維持し、クライアントの安全を促進し、提供し、クライアントと提供者の関係の中で敬意と共感を示すことです。クライアントが自分自身で安全を創造する方法を学ぶことへのコミットメントとともに、カウンセラーと機関は、再トラウマ化させる可能性のある実践を認識し、回避する必要があります。希望を投影し、回復が可能であるという信念を強化することは、安全を確立する実践をはるかに超えています。それはまた、回復が何を意味し、クライアントにとってどのように見えるかを議論し、彼らが真剣に回復に入ったことをどのように知るかを特定することも含みます。

希望を提供することは、回復が可能であるという態度を投影することを含みます。この態度はまた、クライアントがトラウマ関連の課題に対処することを可能にする変更を行う能力があると見なすこと、彼らが困難な状況に対処する練習をする機会を提供すること、そして不快感や困難な感情を正常化し、それらを危険ではなく管理可能として捉えることも含みます。あなたがこの態度を一貫してクライアントに伝えるなら、彼らは不快感が避けるべき信号ではなく、関与するべき信号であること—そして以前のトラウマに関連する手がかりへの行動的、認知的、感情的な反応が回復プロセスの正常な部分であること—を理解し始めるでしょう。回復を示すのは、そのような引き金への反応の欠如ではなく、むしろクライアントがそれらの反応をどのように経験し、管理するかです。クライアントはまた、トラウマからの回復においてさらに進んでいる他の人々と交流することからも利益を得ることができます。ピアサポートスタッフと時間を過ごしたり、回復の道を順調に進んでいる他のトラウマサバイバーと話を共有したりすることは、計り知れない価値があります—それは、回復は達成可能であり、トラウマサバイバーであることに恥はなく、トラウマを超えた未来があるという強力なメッセージを送ります。

次に進むにあたって

この章は、このTIPの基盤と根拠を確立し、トラウマインフォームドの概念と用語をレビューし、TICの原則とこのテキストの指針となる枠組みの概要を提供しました。次に進むにあたり、人種的および民族的に多様なグループだけでなく、特定のコミュニティ、家族、個人内でも起こる、トラウマへの広範な反応に注意してください。カウンセラー、予防専門家、他の行動保健従事者、スーパーバイザー、そして組織は皆、各クライアントの独自の属性と経験に応答する環境を創造するためのスキルを開発する必要があります。このTIPを読むにつれて、多くの横断的な要因が、トラウマを生き延びた個人、家族、集団の経験、助けを求める行動、介入への反応、そして結果に影響を与えることを覚えておいてください。単一、複数、または慢性のトラウマへの曝露、そしてトラウマへの感情的、認知的、行動的、精神的な反応は、トラウマ体験の前、最中、そして後に、回復の舞台を設定する多くの要素を認識する社会生態学的枠組みの中で理解される必要があります。

第2章 トラウマの認識

この章の内容

- トラウマの種類
- トラウマの特性
- 個人的および社会文化的特徴

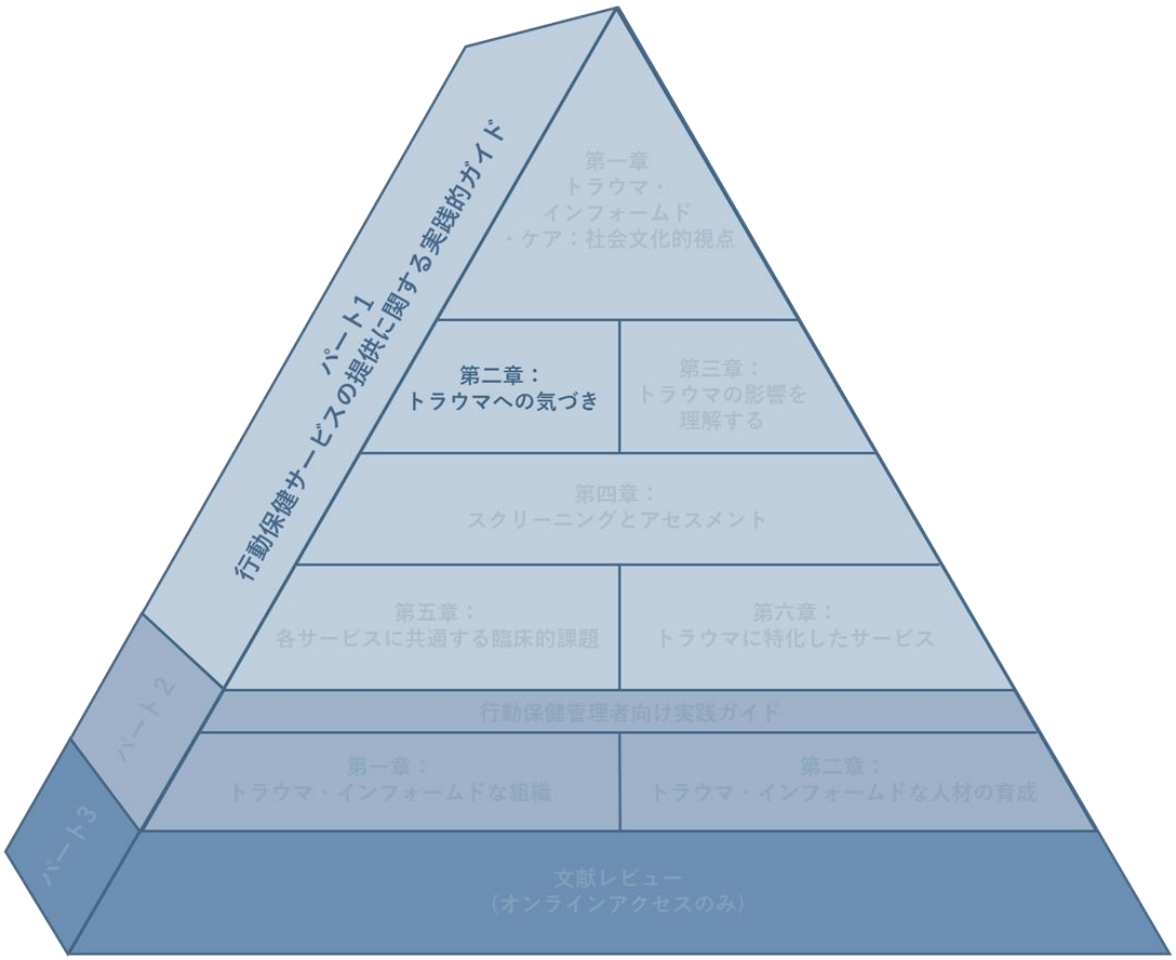
トラウマ体験は、通常、ほとんどの個人にとって長期的な障害をもたらしません。生涯を通じてそのような出来事を経験することは正常であり、しばしば個人、家族、コミュニティはレジリエンスをもってそれに対応します。この章では、人々がトラウマに異なって反応する理由に影響を与えるいくつかの主要な要素を探ります。パート1、第1章で概説された社会生態学的モデルを用いて、この章は、個人およびコミュニティのトラウマとその影響の認識に影響を与える文脈的および体系的な力学の一部を探ります。3つの主要な焦点は、トラウマの種類、トラウマの客観的および主観的特性、そしてリスクまたは保護要因として機能する個人的および社会文化的特徴です。

この章の主な目的は、トラウマ体験の主要な特性を強調することです。トラウマインフォームドの行動保健サービス提供者は、多くの影響が個人やコミュニティ間のトラウマの影響を形作ることを理解しています—結果を決定するのは出来事だけでなく、出来事の文脈とそれに伴う相互作用も同様です。

トラウマの種類

以下のセクションでは、様々な形態や種類のトラウマについて考察します。ただし、個人、集団、あるいはコミュニティが遭遇し得るあらゆる可能性のあるトラウマを網羅するものではありません。特定のトラウマについては、複数のカテゴリーに該当する場合であっても、原則として一度しか取り上げません。また、記載順序は特定のトラウマの重要性や発生頻度を示すものではなく、この治療改善プロトコル（TIP）で特定のトラウマが具体的に言及されていないからといって、その関連性が欠如していることを示すものでもありません。本文書の目的は、トラウマインフォームドなアプローチを実践したい行動保健分野の専門家に対し、トラウマの多様なカテゴリーと種類について包括的な理解を提供することにあります。

TICフレームワークとトラウマへの気づき



自然災害または人為的災害

トラウマが自然によるものか、人為によるものかという分類は、人々がそれにどのように反応するか、そしてその余波で動員される支援の種類に大きな影響を与える可能性があります（トラウマの例については資料1.2-1を参照）。自然のトラウマ体験は、嵐の際に車に木が倒れるなど、少数の人々に直接影響を与えることもあれば、ハリケーンのように多くの人々やコミュニティに影響を与えることもあります。しばしば「神の御業」と呼ばれる自然の出来事は、通常避けられません。人為的トラウマは、人間の失敗（例：技術的大惨事、事故、悪意）または人間の設計（例：戦争）によって引き起こされます。自然または人為的トラウマの深刻さに多くの要因が寄与しますが、意図的に有害であると認識されるトラウマは、しばしばその出来事を人々やコミュニティにとってよりトラウマ的にします。

リソース情報

州、準州、地方自治体が災害時に効果的な精神保健および薬物乱用対応を提供するための準備に関するリソースについては、薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA）の災害技術支援センターにお問い合わせください：

4350 East-West Hwy, Suite 1100
Bethesda, MD 20814-6233
電話番号：1-800-308-3515
ファックス：1-800-311-7691
メールアドレス：DTAC@samhsa.hhs.gov

資料1.2-1：トラウマの例

自然発生	人為発生	
竜巻	**事故、技術的大惨事**	**意図的な行為**
落雷	列車の脱線	放火
山火事	屋根からの転落	テロリズム
雪崩	建物の崩壊	性的暴行および虐待
身体の病気や疾患	登山事故	殺人または自殺
倒木	航空機事故	暴徒による暴力または暴動
地震	機能不全による自動車事故	身体的虐待およびネグレクト
砂嵐	鉱山の崩落または火災	刺殺または射殺
火山噴火	放射能漏れ	戦争
吹雪	クレーンの倒壊	家庭内暴力
ハリケーン	ガス爆発	水道水の汚染
サイクロン	感電死	人身売買
台風	機械関連の事故	学校での暴力
隕石	油流出	拷問
洪水	海難事故	家宅侵入
津波	偶発的な銃撃	銀行強盗
伝染病	スポーツ関連の死	

飢饉 地滑りや落石		ジェノサイド 医療または食品の改ざん

自然災害のサバイバーがその経験にどのように反応するかは、しばしば荒廃の度合い、個人およびコミュニティの損失の範囲、そして日常生活、活動、サービスを再確立するのにかかる時間（例：学校や職場への復帰、洗濯ができること、地元の店で商品を買えること）に依存します。救援サービスの量、アクセス可能性、期間は、トラウマ的ストレス反応の期間および回復プロセスに大きな影響を与える可能性があります。

日常生活の混乱に加えて、被災地にいるコミュニティメンバーや外部の人々の存在は、重大なストレスを加えたり、それ自体がトラウマ的な経験を生み出したりする可能性があります。例としては、他人が個人の財産の残りを盗むという脅威、財産や住居への移動やアクセスの制限、避難所内でのプライバシーの混乱、メディアの注目、そして荒廃を反映した反復的な画像へのその後の曝露などが挙げられます。したがって、個人やコミュニティに挑戦するのは自然災害や出来事だけではありません。しばしば、出来事の結果と、コミュニティ内外の他者からの行動的反応が、サバイバーを効果的な対処から遠ざけたり、レジリエンスと回復に向かわせたりする役割を果たします。

人為的トラウマは、自然災害とは根本的に異なります。それらは、銃口でのコンビニ強盗のような意図的なものか、またはミネソタ州ミネアポリスで2007年に発生した橋の崩落の技術的事故のような意図しないものです（U.S. Fire Administration, 2007）。これらのトラウマへのその後の反応は、その意図性に大きく左右される傾向があります。しかし、通常、被害者の怒りや非難の対象となるのは個人または集団です。意図しない人為的トラウマのサバイバーは、特に怠慢の行為が認識された場合、責任ある当事者または政府によって提供される保護やケアの欠如のために、怒りや欲求不満を感じるかもしれません。意図的な人為的行為の後には、サバイバーはその行為が行われた動機、行為の計算された性質か偶発的なものか、そして加害者の心理的背景を理解することに苦慮します。

事例：クイークリーク鉱山の洪水とグリーンズバーグの竜巻

クイークリーク鉱山の洪水

2002年にペンシルベニア州西部のクイークリーク鉱山から9人の鉱夫が救出された翌年は、サマセット郡の住民にとって困難な年でした。小さな町の少数の労働者をめぐる宣伝の華やかさ、鉱夫と救助隊員の間の緊張、映画や本の契約金をめぐる敵意は、トラウマそのものに加えて、救助隊員の自殺、多くの鉱夫がトラウマ関連の症状を持つこと、そしていくつかの救助隊員が心的外傷後ストレス症（PTSD）の治療を求める必要があるという結果をもたらしました（Goodell, 2003）。

グリーンズバーグの竜巻

カンザス州南部の小さな町グリーンズバーグは、2007年に11人の住民を死亡させ、町の95パーセントを破壊し、残りの5パーセントに深刻な被害を与えた大きな竜巻に見舞われました。家族とコミュニティメンバーは、災害後に大きな悲しみとトラウマ的ストレスを経験しました。しかし今日、グリーンズバーグは「グリーン」であること、つまり設計から建設、そして解体に至るまで環境に配慮することに焦点を当てて再建しています。この町は、エネルギーと環境デザインにおけるリーダーシップ認定を受けた建物の数が世界で最も多いです。町の再生に関するリアリティテレビ番組は3シーズンにわたって放送され、町の住民と事業主が地方政府や様々な企業と協力して、以前よりもさらに良い故郷を作る様子を示しました。

個人、グループ、コミュニティ、そして集団トラウマ

トラウマの役割を認識し、それへの反応を理解する際には、トラウマが主に個人とその家族に影響を与えたか（例：自動車事故、性的または身体的暴行、重病）、グループの文脈で起こったか（例：初期対応者や軍事戦闘を見た人々が経験したトラウマ）、コミュニティ内（例：ギャング関連の銃撃）、特定の文化内で起こったか、または大規模な災害（例：ハリケーン、テロ攻撃）であったかを考慮します。この文脈は、人々がトラウマの結果として恥を感じるかどうか（そしてどのように感じるか）、彼らが受ける支援と思いやり、彼らの経験が他者によって正常化されるか軽視されるか、そして彼らが回復し、対処するのを助けるために提供されるサービスの種類にさえ、大きな影響を与える可能性があります。

個人のトラウマ

個人のトラウマとは、一人だけに起こる出来事を指します。それは単一の出来事（例：強盗、レイプ、身体的攻撃、仕事関連の身体的傷害）であることもあれば、複数または長期にわたる出来事（例：生命を脅かす病気、複数の性的暴行）であることもあります。トラウマは直接一人に影響を与えますが、その人を知っている、および／またはトラウマを知っている他の人々も、出来事の前にその人に何を言ったかを思い起こしたり、信じられないと反応したり、自分にも同じことが簡単に起こり得たと考えたりするなど、感情的な影響を経験する可能性があります。

個人のトラウマのサバイバーは、集団的にトラウマを受けたグループやコミュニティのメンバーが受ける環境的な支援や懸念を受けないかもしれません。彼らはトラウマを明かしたり、経験の妥当性を受けたりする可能性が低くなります。しばしば、恥がトラウマに対する責任の認識を歪めます。個人のトラウマのサバイバー、特にトラウマを秘密にしている人々は、必要な慰めや他者からの受け入れを受けないかもしれず、また、因果関係の問題（例：若い女性が性的暴行に対して過度の責任を感じるかもしれない）、トラウマによって孤立していると感じること、そして彼らを犠牲者と感じさせる繰り返されるトラウマを経験することに苦しむ可能性がより高くなります。

カウンセラーへの助言：個人のトラウマを経験したクライアントとの協働

個人のトラウマの既往歴を持つクライアントと働く際には、カウンセラーは以下のことを考慮すべきです：

- 共感、つまり他人の立場に立つことは、同情（他人の悲しみを表現すること）よりも強力です。
- 一部のクライアントは、特に回復の初期段階において、経験したトラウマを簡潔に説明する必要があります。トラウマを再体験し、トラウマに関連する感情を取り戻し、過去の経験を前面に押し出すことに焦点を当てた戦略は、トラウマに特化した治療計画とサービスが利用可能な場合にのみ実施されるべきです。
- 特に回復の初期において、トラウマを理解することは、クライアントにトラウマ関連の症状について教育し、正常化すること、治療環境内で安全感を創造す

ること、そしてトラウマ症状がクライアントの現在の生活にどのように干渉する可能性があるかに対処することから始めるべきです。

- トラウマが薬物乱用および／または精神保健治療を受ける機会、そしてトラウマ自体からの治療と回復にどのように影響を与えるか（例：グループカウンセリングで共有したり参加したりする意欲を制限することによって）を検証することは有益です。
- クライアントの既往歴におけるストレングスを特定し、探求することは、クライアントがそれらのストレングスを現在の機能能力に適用するのに役立ちます。

身体的傷害

身体的傷害は、最も一般的な個人のトラウマの一つです。毎年何百万もの救急室（ER）の受診が、直接身体的傷害に関連しています。ほとんどのトラウマ患者は比較的若く、傷害関連のER症例の約70%は45歳未満の人々です（McCaig & Burt, 2005）。「トラウマセンター」として知られる専門のER病院ユニットは、銃創、刺し傷、その他の即時的な身体的傷害などの身体的トラウマを専門としています。ERに関連する「トラウマ」という用語は、このTIPの焦点である心理的トラウマを指すのではなく、身体的傷害が心理的トラウマに関連する可能性があることを意味します。突然の、予期せぬ、有害な健康関連の出来事は、患者とその家族に広範な心理的トラウマをもたらす可能性があります。

過度のアルコール使用は、身体的傷害の主要なリスク要因であり、また傷害予防の最も有望なターゲットでもあります。研究は、傷害と薬物使用を一貫して関連付けています（Gentilello, Ebel, Wickizer, Salkever, & Rivara, 2005）。トラウマセンターに入院した患者のほぼ50%が、アルコール乱用と依存に起因する傷害を持っています（Gentilello et al., 1999）。ある研究では、ERに現れた歩行可能な暴行被害者の3分の2が、薬物使用の尿検査で陽性であり、全被害者の半数以上が3ヶ月後にPTSDを抱えていました（Roy-Byrne et al., 2004）。身体的傷害のためのER受診中に飲酒が問題であると特定された患者のほぼ28%が、1年以内に新たな傷害を負います（Gentilello et al., 2005）。詳細情報については、TIP 16『入院トラウマ患者のアルコールおよび他の薬物のスクリーニング』（Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 1995a）を参照してください。

急性ストレス症

医療トラウマセンターの患者における急性ストレス症（ASD）の有病率は非常に高く、トラウマ関連障害は身体的に負傷した患者に見られる最も一般的な合併症の一つとなっています。自動車事故、火災、刺し傷、銃撃、転落、その他の出来事で重傷を負ったクライアントは、トラウマ関連の精神障害を発症する可能性が高くなります。研究によれば、PTSDおよび／または問題飲酒が、トラウマ外科ユニットからの退院後1年で患者のほぼ50%に見られます。（Zatzick, Jurkovich, Gentilello, Wisner, & Rivara, 2002）

グループトラウマ

「グループトラウマ」という用語は、特定の人々のグループに影響を与えるトラウマ体験を指します。このTIPは、小グループ間のトラウマ関連反応の独自の経験と特性を強調するために、意図的にグループトラウマと集団トラウマを区別します。これらのグループは、しばしば共通のアイデンティティと歴史、そして同様の活動と懸念を共有しています。それらには、トラウマを管理することを専門とする、または日常的に危険な状況に身を置く職業グループが含まれます—例えば、初期対応者、警察官や救急医療隊員を含むグループです。グループトラウマの例としては、商業漁業事故でメンバーを失った乗組員とその家族、複数の死者と負傷者を経験するギャング、屋根の崩落でメンバーを失った消防士のチーム、洪水被害者を救助しようとする対応者、そして特定の作戦地域での軍務員が挙げられます。

グループトラウマのサバイバーは、個人のトラウマや集団トラウマのサバイバーとは異なる経験と反応を持つことがあります。軍務員や初期対応者のようなグループトラウマのサバイバーは、繰り返されるトラウマを経験する可能性が高いです。彼らは、グループ外の他の人々は理解しないと感じて、トラウマ体験をグループ内に留める傾向があります。グループ外の者は通常、侵入者と見なされます。メンバーは、グループ全体に恥をかかせる恐れから、他のメンバーに感情的に閉ざし、トラウマ体験を抑圧することを奨励するかもしれません—そして、任務を完了するため、または手元のニーズに対応するために反応を抑圧することを必要とするいくつかの職業的役割があります。グループメンバーは助けを求めることを望まず、他の人がそうすることを思いとどまらせるかもしれません。この環境では、メンバーは、カウンセラーに行くなどしてグループ外で支援を求めることを、グループの機密性の違反と見なすかもしれません。

過去にトラウマ体験をしたグループメンバーは、トラウマを認めることが抑圧されたトラウマ関連の感情が表面化するリスクを高める恐れから、トラウマを受けた同僚を積極的に支援しないかもしれません。しかし、グループメンバーを助けるための適切なリソースを持つグルー

プは、その後のトラウマに対処するためのより強く、より支援的な環境を開発することができます。これらの主要なグループの特徴は、精神および物質使用障害に関連するトラウマ的ストレス症状の発症を含む、短期的および長期的な調整の経過に影響を与えます。

特定の職業グループは、トラウマを経験するリスクがより高くなります—特に複数のトラウマです。このTIPは、次のセクションで2つの主要なグループを例として簡潔にレビューします：初期対応者と軍務員です。トラウマと配備の影響に関する詳細情報については、計画中のTIP『退役軍人および軍人家族における再統合関連の行動保健問題』（SAMHSA, 計画中f）を参照してください。

初期対応者

初期対応者は、通常、救急医療技術者、災害管理担当者、警察官、救助隊員、医療および行動保健専門家、ジャーナリスト、様々な背景を持つボランティアです。彼らにはまた、ライフガード、軍人、聖職者も含まれます。初期対応者が経験する可能性のあるトラウマ的な出来事および／または災害に関連するストレッサーには、有毒物質への曝露、他者の命に対する責任感、壊滅的な荒廃の目撃、ぞっとするような画像の潜在的な曝露、人間および動物の苦しみおよび／または死の観察、身体的疲労を超えた労働、そして時間との戦いという外部および内部のプレッシャーが含まれます。

軍務員

軍人は、トラウマに関連する多くのストレッサーを経験する可能性が高いです。戦争地帯に繰り返し配備された軍務員は、戦闘ストレス反応またはトラウマ的ストレス傷害としても知られるトラウマ的ストレス反応のリスクが高くなります。支援サービスを提供する他の軍人もまた、トラウマ的ストレスと二次トラウマのリスクにさらされています（このTIPのパート1、第1章に先立つ「このTIPの構成」セクションの用語集部分を参照）。同様に、配備または再配備を予期する軍務員も、トラウマ的ストレスに関連する心理的症状を示すことがあります。軍務員が遭遇する可能性のあるストレッサーには、身体的に疲労困憊しながらの作業、銃撃への曝露、負傷または殺害された人を見たり知ったりすること、路上爆弾やロケットで知られる地域での移動、拡張された過度の警戒心、即席爆発装置に打たれる恐怖などが含まれます。

コミュニティと文化に影響を与えるトラウマ

コミュニティと文化に影響を与えるトラウマは、近隣、学校、町、居留地を含む特定のコミュニティ内の安全感を侵食する広範な暴力と残虐行為をカバーしています。それは、身体的または性的暴行、憎悪犯罪、強盗、職場またはギャング関連の暴力、脅迫、銃撃、または刺殺の

形での暴力を含むかもしれません—例えば、2007年のバージニア工科大学での銃乱射事件です。それはまた、ネイティブアメリカンの子供たちに寄宿学校の出席を義務付けたり、非ネイティブの里親家庭に置いたりするなど、体系的な文化的実践、リソース、アイデンティティを解体しようとする行動も含まれます。文化的および／またはコミュニティベースのトラウマはまた、潜在的な大惨事に直面している特定のコミュニティや文化への無関心または限定的な応答性を通じて発生することもあります。文化的トラウマは、意図的であるかどうかにかかわらず、文化の遺産を侵食する出来事です—例えば、偏見、公民権剥奪、そして健康の不平等（例：遅れた産前ケア、投薬を手に入れる能力の欠如、文化的に適切な健康教育への限定的なアクセス、手頃な価格の医療サービスの近さと質）などです。

エクソン・バルディーズ号の油流出事故

「季節の興奮が始まったばかりで、そして、私たちはニュースを聞きました、水中の油、たくさんの油がたくさん水を殺していると。理解するには衝撃的すぎます。私たちの伝統の千年間で、水が死ぬ可能性があるとは考えたこともありませんでしたが、それは真実です。」

—ウォルター・メガナック酋長、ポート・グラハム、1989年

エクソン・バルディーズ号の油流出事故によって悪影響を受けたすべてのグループの中で、多くのアラスカ先住民は最も壊滅的な被害を受けました。油流出は経済的資源以上のものを破壊しました。それは先住民の生活の核心的な文化的基盤を揺るがしました。アラスカ先住民の自給自足文化は、環境との密接な関係に基づいています。環境はアラスカ先住民にとって神聖な質を持つだけでなく、彼らの生存は生態系の幸福と自給自足の文化的規範の維持にも依存しています。流出事故は、環境の幸福を直接脅かし、自給自足行動を妨害し、アラスカ先住民の社会文化的環境を深刻に乱しました。

出典：Gill & Picou, 1997, pp. 167–168.

歴史的トラウマ

世代的トラウマとしても知られる歴史的トラウマは、文化全体に影響を与えるほど広範な出来事を指します。そのような出来事はまた、それらを直接経験した世代を超えて文化の世代に影響を与えるほど強烈な影響も持ちます。アフリカ系アメリカ人の奴隷化、拷問、リンチ、アメリカインディアンの強制的な同化と居留地への移転、第二次世界大戦中のヨーロッパにおける何百万人ものユダヤ人や他の人々の絶滅、そしてルワンダのフツ族とカンボジアのクメール・ルージュによるジェノサイド政策は、歴史的トラウマの例です。

過去50年間で、研究はホロコーストの生存者とその家族に対する世代的な影響を探求してきました。より最近の文献は、歴史的または世代的トラウマの概念をネイティブアメリカンのトラウマ体験に拡張しました。人口減少、強制移転、文化変容は、アメリカ大陸における最初のヨーロッパ人の存在から始まり、何世紀にもわたってネイティブの人々が耐えてきたトラウマ体験のいくつかの例です。これらの悲劇的な経験は、世代を超えて重大な文化的アイデンティティの喪失をもたらし、ネイティブコミュニティの幸福に大きな影響を与えてきました（Whitbeck, Chen, Hoyt, & Adams, 2004）。ネイティブの人々の間の精神および物質使用障害と歴史的トラウマとの関連に関するデータは限られていますが、文献は、うつ病、悲しみ、トラウマ的ストレス、家庭内暴力、薬物乱用、そして文化的知識、言語、アイデンティティの重大な喪失など、世代を超えて歴史的トラウマが影響を及ぼすことを示唆しています（Gone, 2009）。歴史的トラウマは、複数の世代が自分たちの生涯で起こるトラウマの影響に対して脆弱性を高める可能性があります。

集団トラウマ

集団トラウマまたは災害は、直接的または間接的に多くの人々に影響を与えます。このTIPの範囲を超えて、特定の災害を詳細にカバーすることはできません。しかし、集団トラウマには、大規模な自然災害および人為的災害（意図的な行為や事故を含む）が含まれることに注意してください。集団トラウマは、財産と生命の重大な喪失、そして通常の日常とサービスの広範な混乱を伴う可能性があります。そのようなトラウマへの対応は、しばしば、影響を受けたコミュニティ、州、または国々の能力を超える即時的で広範なリソースを必要とします。そのような大規模な大惨事の最近の例には以下が含まれます：

- 2010年1月、大規模な地震がハイチを襲い、何十万人もの人々を殺害し、100万人以上が家を失いました。
- 1986年のウクライナにおける原子炉のメルトダウンは、何千万人もの人々に影響を与えた技術的および環境的な災害をもたらしました。
- 2005年のインド洋の津波は、9カ国で何十万人もの死者を出しました。

個人のトラウマへの反応に影響を与える一つの要因は、別のトラウマが発生する前に一つのトラウマを処理する彼または彼女の能力です。集団トラウマでは、初期の出来事がかなりの破壊を引き起こし、その結果、サバイバー、初期対応者、災害救援機関の間で、より多くの困難と調整の必要性を生み出す追加のトラウマや他のストレスの多い出来事を引き起こす可能性があります。しばしば、連鎖反応が起こります。例えば、ハリケーン・カトリーナとそのルイジアナおよび他の沿岸州の人々への影響を考えてみましょう。初期の洪水のあと、人々は食料、飲料水、安全な避難所、衣類、薬、個人衛生用品などの基本的な必需品を手に入れるのに苦労し、すべては子供や他の親族、友人、隣人の安全についての懸念が高まる中で行われました。この、そして同様のケースでは、初期の洪水からの破壊が、家族とコミュニティの大量の移動につながりました。多くの人々がニューオーリンズや他のひどく影響を受けた地域から遠く離れた場所に転居しなければならず、同時に財政的支援を得て、収入を生み出すための仕事を再開し、安定した住居を得る必要がありました。人々は、一つのストレッサーを同化する前に、別のストレッサーに直面しました。

しかしながら、大規模なトラウマ体験は、多くの人々に「同じ船に乗っている」という連帯感を瞬時に生み出すことができます。これにより、他の種類のトラウマで生じがちな孤立感が和らぐ場合があります。人々は自分の困難を認めやすくなり、見知らぬ人からも支援を受けることが可能になります。また、責任が外部化されやすいため、助けを求めやすいという特徴もあります。大規模な災害は、しばしば「神の行為」と呼ばれ、テロリズムやその他の意図的な事件の場合には「悪の所業」と表現されることがあります。それでも、大規模なトラウマの生存者は、当初は手厚い支援の輪に包まれるものの、その後急速に支援が減少し、ケアが行き届かなくなっていく状況に直面することが多いです。災害がメディアの見出しから消えてしまうと、世間の関心も薄れていき、生存者は外部からの認識がほとんどない中で、生活の再建や新たな生き方を模索しなければならなくなります。

集団トラウマの経験は、準臨床的または診断的なレベルでの心理的症状と薬物使用の発症につながる可能性があります（トラウマと行動保健の問題との関係を強調する詳細情報については、このTIPのパート3、オンラインで入手可能、を参照）。同様に、集団悲劇後のトラウマ的ストレス反応の最大のリスクの一つは、既存の精神および併存障害の存在であり、物質使用障害からの早期回復にある個人は、そのような反応のリスクがより高くなります。それにもかかわらず、人々は驚くほどレジリエントであり、ほとんどは長期的な精神または物質使用障害を発症しません。実際、ほとんどのトラウマ関連症状は数ヶ月で解決します（Keane & Piwowarczyk, 2006）。

対人関係のトラウマ

対人関係のトラウマは、配偶者や親と子供など、しばしば互いを知っている人々の間で起こる（そして通常は再発し続ける）出来事です。例としては、身体的および性的虐待、性的暴行、家庭内暴力、高齢者虐待が含まれます。

親密なパートナーからの暴力

しばしば家庭内暴力と呼ばれる親密なパートナーからの暴力（IPV）は、実際のまたは脅迫された身体的、性的、および／または感情的虐待のパターンです。それは、複数のエピソードがしばしば起こり、加害者が被害者の親密なパートナーであるという点で、単純な暴行とは異なります。IPVに伴うトラウマは通常継続的なものであり、この種の暴力事件が孤立して起こることは稀で、クライアントは治療中に加害者とまだ接触しており、虐待に遭遇している可能性があります。

親密なパートナーには、現在および以前の配偶者、ボーイフレンド、ガールフレンドが含まれます。すべての非致死的な暴力行為と親密なパートナーによる殺人の大多数は女性に対して行われます。IPVは、女性に対する非致死的な暴力の20パーセント以上を占めますが、男性に対して行われたもののわずか3.6パーセントです（Catalano, 2012）。子供たちはIPVの隠れた犠牲者です。彼らはしばしば、暴行や脅迫を直接、耳の届く範囲で、または暴力の余波にさらされることによって（例：あざや財産の破壊を見る、それをやめるようにという嘆願や、二度と起こらないという約束を聞くことによって）目撃します。

薬物乱用、特にアルコールを含むものは、しばしばIPVと関連しています。重要な要因は、どちらかのパートナーにおけるアルコール関連の問題の存在であり、アルコール消費レベルそのものではありません。飲酒は暴力の原因である場合もあれば、そうでない場合もあります。そうは言っても、アルコール関連の障害を持つカップルは、一般的に関係内での緊張と不一致が多くなり、それが攻撃性と暴力につながる可能性があります。論争中のアルコールの消費は、抑制を減らし、衝動性を高める可能性が高く、したがって、口論が身体的な口論にエスカレートする機会を作り出します。家庭内暴力とそのパートナーや家族への影響、そしてそれが薬物使用とトラウマ関連障害とどのように関連しているかに関する詳細情報については、TIP 25『薬物乱用治療と家庭内暴力』（CSAT, 1997b）、および女性に対する暴力に関する国立オンラインリソースセンター（http://www.vawnet.org/）で入手可能です。

発達上のトラウマ

発達上のトラウマには、特定の発達段階で発生し、その後の発達、適応、身体的および精神的健康に影響を与える特定の出来事や経験が含まれます。しばしば、これらのトラウマは有害な小児期体験（ACEs）に関連していますが、期待される発達またはライフステージの外で起こる悲劇（例：親より先に子供が亡くなる、若い成人として生命を脅かす病気と診断される）や、ライフサイクルのどの時点でも重大な損失と人生を変える結果（例：後年の重要な他者の死が、生き残ったパートナーの移動につながる）を生み出す出来事から生じることもあります。

児童ネグレクト

児童ネグレクトは、親または介護者が、その成人がそのケアを提供する余裕があるか、またはそのケアを提供する手助けが提供されているにもかかわらず、子供の年齢に応じて必要なケアを提供しない場合に発生します。ネグレクトには、適切な栄養、衣類、および／または避難所の提供を怠ることが含まれる場合があります。それは、親または介護者が子供に医療または精神保健治療を提供しないか、または処方された薬を子供に与えないことを意味する場合があります。ネグレクトには、子供の教育を怠ることも含まれる場合があります。子供を学校や特別教育から遠ざけることはネグレクトになる可能性があります。ネグレクトにはまた、子供を危険な環境にさらすこと（例：家庭内暴力への曝露）も含まれます。それは、子供の監督が不十分であること、子供を世話することができない誰かの世話に子供を置くことを意味する場合があります。それは、子供を放棄したり、家から追い出したりすることを意味する場合があります。感情的な支援、注意、または愛情を含む、心理的なケアの欠如もネグレクトと見なされます—そして、それは児童福祉当局に報告される最も一般的な虐待の形態です。

出典：dePanfilis, 2006.

有害な小児期体験(Adverse childhood experiences)

一部の人々は、若い年齢で性的、身体的、または感情的虐待とネグレクトを通じてトラウマを経験します。有害な小児期体験研究（Felitti et al., 1998）は、身体的および感情的虐待、性的虐待、薬物依存の親、投獄された、精神的に病んでいる、または自殺した世帯員、親間の配偶

者虐待、そして親の一人が幼少期に不在であった離婚または別居など、いくつかのカテゴリのACEsが成人の健康に与える影響を検証しました。全国併存障害調査は、親の死、親の離婚／別居、生命を脅かす病気、または極度の経済的困難を、有害な小児期体験研究に含まれる小児期の経験に加えて、小児期の逆境体験と定義しました（Green et al., 2010）。

ACEsは、人の幸福に成人期まで悪影響を与える可能性があります。これらの経験が同時に起こるか、時間限定であるか、または再発するかにかかわらず、それらは身体的、精神的、および物質使用障害に対する脆弱性を高め、ライフスパン全体での繰り返されるトラウマへの曝露のリスクを高めます。小児期の虐待は、大うつ病、自殺念慮、PTSD、および解離症状と高く関連しています。同様に、ACEsは、成人のアルコール使用のリスクが高いことと関連しています。人が幼少期にいくつかの逆境的な出来事を経験すると、彼のまたは彼女の大量飲酒、自己申告によるアルコール依存、そしてアルコール依存の人と結婚するリスクは、ACEsのない人のそれの2倍から4倍になります（Dube, Anda, Felitti, Edwards, & Croft, 2002）。

児童虐待およびネグレクトのサバイバーに薬物乱用治療を提供することに関わる問題の詳細な検証は、TIP 36『児童虐待およびネグレクト歴を持つ人々のための薬物乱用治療』（CSAT, 2000b）の主題です。

拷問と監禁

拷問は、個人の人格を奪うことで深刻なトラウマを引き起こします。生き延びるために、被害者は自らの自我や意志を放棄せざるを得なくなります。そして、拷問者によって意図的に作り出された「道具」か、あるいは単なる「存在」となってしまうのです。必然的に、被害者が味わう恥辱は計り知れません。なぜなら、拷問の本質は被験者を徹底的に屈辱し、その尊厳を奪うことにあるからです。その結果、被害者はしばしば、拷問が終わり自由を得た後でさえ、自分のトラウマや自己の重要な側面を隠そうとする傾向があります。ジュディス・ハーマンによれば、「他者を支配するための手法は、体系的かつ反復的に心理的外傷を与えることを基盤としています。これらは被験者から主体性を奪い、心理的なつながりを断つ組織的な技法です。心理的支配の手法は、恐怖と無力感を植え付け、被害者が他者との関係において自己の感覚を喪失するように設計されています」と述べています。

出典：Herman, 1997, p. 77.

政治的テロと戦争

政治的なテロリズムや戦争は、生存者に対して長期にわたり深刻な影響を及ぼす可能性が高いです。本質的に、コミュニティの存続や信念、幸福、さらには生活基盤を脅かすような出来事は、そのコミュニティの構成員にとってトラウマとして体験されやすいものです。カウンセラーが米国内の移民・難民コミュニティで活動する場合であっても、他国で活動する場合であっても、その地域の出来事や歴史、そしてクライアントがトラウマを経験している可能性について常に認識しておく必要があります（トラウマとテロリズムに関する臨床的・歴史的・理論的側面についての国際的な情報については、Danieli, Brom, & Sills, 2005 を参照してください）。テロリズムは、人間の手によって引き起こされる災害の中でも特異な形態です。テロ攻撃の全体的な目的は、大規模なコミュニティにおける不確実性や不安、恐怖を最大化することにあるため、その反応はしばしば流行のように広がり、直接的または間接的に事件に曝露した多数の人々に影響を及ぼします（Silver et al., 2004; Suvak, Maguen, Litz, Silver, & Holman, 2008）。テロリズムには、他の災害には見られないさまざまな影響があります。例えば、テロ行為の予測不可能性を思い起こさせること、一般市民に対する安全対策の強化、特定の人口集団や民族・文化への疑念の増大、さらには意識や覚醒度の高まりなどが挙げられます。

難民

世界難民調査によると、推定1200万人の難民と亡命希望者、2100万人の国内避難民、そしてほぼ3500万人の避還民がいます（U.S. Committee for Refugees and Immigrants, 2006）。これらの人々の多くは、個人と全人口に深刻で持続的な影響を与える恐ろしい試練を生き延びてきました。処刑、飢餓、または殴打による死を目撃することに加えて、多くのサバイバーは恐ろしい拷問を経験しています。

難民は、迫害を経験したか、または経験する合理的な恐れがあるために故郷を逃れる人々です。彼らは、より良い機会を求めて自発的に故郷や母国を離れる移民とは異なります。移民は、移住前または新しい目的地に到着後にトラウマを経験するかもしれませんが、難民はしばしば移住前にトラウマへの曝露がより大きくなります。難民は通常、戦争で荒廃した国から来ており、迫害されたり、拷問されたりしたかもしれません。その結果、移住前の拷問などのトラウマへのより大きな曝露は、しばしば移転後の調整関連の困難と心理的症状につながります（Steel et al., 2009）。

ベトナム難民

「戦争には常に、即時的および遠隔的な結果があり、その結果はしばしば悲劇的です。戦争によってしばしば引き起こされる一つの悲劇的な状況は、戦争の恐怖または抑圧的な政権から逃れようとする市民と兵士の両方の、強制的で、無秩序で、制御不能な大規模な移動です…

「ベトナム共産主義者は、1954年に北部で、そして1975年に南部で権力を握ることによって、かつて小さな龍の国と呼ばれていたベトナムに2つの大きな動乱を引き起こしました。第一次ベトナム戦争は、100万人が北部から南部へ逃れた1954年の脱出につながりました。第二次ベトナム戦争は、1975年から1992年にかけて、約200万人のベトナム人が世界中に離散する結果となりました。世界中のこれらの重要で、計画外で、調整されていない大規模な移動は、何百万人もの人々を移動させただけでなく、海上での何千人もの死者も引き起こしました…

「1976年以降の第二波および第三波の難民は、より困難な時期を経験しました。彼らは逃げ道を買い取り、彼らを追いかける兵士や警察から隠れなければなりませんでした。彼らを捕まえると、警察は花嫁を要求するか、逃亡者を刑務所に投げ込みました。警察を逃れた人々は、それでもエンジン故障、海嵐、海賊に直面しなければなりませんでした…その後、食料と水が補充できず、生活条件がひどかった過密な船で何日も何週間も生き延びなければなりませんでした…多くの人々が疲労、脱水、飢餓で亡くなりました。他の人々は、恐ろしい海賊の手に苦しみました…海の試練の後、生活条件がしばしば標準以下で、セキュリティが痛々しいほど欠如していた過密なキャンプが来ました…

「米国では、30年未満で、ベトナム人人口は、おそらく1,000人程度の少数派から、キューバ人に次ぐ2番目に大きな難民グループに成長しました。」

出典：Vo, 2006, pp. 1–4.

難民は通常、新しい国や文化に同化するのにかなりの困難に直面します。さらに、環境は、追加のトラウマへの曝露や社会的孤立を含む新たな一連の課題を生み出す可能性があります（Miller et al., 2002）。これら、そして追加の要因が、適応、精神疾患（PTSDを含む）の発症、そして物質使用障害の発生に影響を与えます。移転後の結果に影響を与える追加の要因には、地域コミュニティの受容性、そして社会的支援と文化的に応答性の高いサービスの機会が含まれます。

米国の難民集団の間では、精神疾患と併存する物質使用障害およびトラウマ的ストレスの率に関する研究はほとんどありません。薬物使用パターンは、文化的な要因や同化によって異なりますが、研究はトラウマが戦争関連の経験後の難民の間の薬物使用のリスクを高めることを示唆しています（Kozarić-Kovačić, Ljubin, & Grappe, 2000）。したがって、提供者は、物質使用障害の治療を求めている難民の間でトラウマ関連の障害を見ること、そして行動保健サービスを求める難民の間で物質使用障害の有病率が高いことを見込むべきです。

システム指向のトラウマ：再トラウマ化

再トラウマ化は、クライアントが別のトラウマを受けているかのように感じさせる何かを経験したときに発生します。残念ながら、治療の場や臨床医は、しばしばそれに気づかずに、再トラウマ化させる経験を生み出すことがあります。そして、時にはクライアント自身が、臨床的な状況が実際にトラウマ的ストレス反応を引き起こしたことに意識的に気づいていないことがあります。再トラウマ化のリスクを予期し、個人が過去にトラウマを経験した歴史とニーズに敏感であり続けるためにプログラムの方針と手順を積極的に調整する機関は、ケアの提供、クライアントの維持、そして肯定的な成果の達成において、より成功する可能性が高いです。

再トラウマ化を引き起こす可能性のあるスタッフと機関の問題には以下が含まれます：

- クライアントのトラウマ歴が彼のまたは彼女の人生に大きな影響を与えることに気づいていないこと。
- 治療計画の前にトラウマ歴のスクリーニングを怠ること。
- 虐待や他のトラウマ的な出来事の報告に挑戦したり、割り引いたりすること。
- 隔離や身体的拘束を使用すること。
- 個人を辱める体験的な演習を使用すること。
- カウンセリングにおいて対立的なアプローチを支持すること。
- あるクライアントの他のクライアントに対する虐待的な行動を介入なしに続けさせること。
- 行動／感情を病理学的とラベル付けすること。
- プログラム内で適切なセキュリティと安全を提供しないこと。
- 治療決定と計画プロセスへのクライアントの参加を制限すること。
- クライアントの反応を最小化したり、信用を失墜させたり、無視したりすること。
- カウンセラーのスケジュールや割り当てを変更することによって、カウンセラーとクライアントの関係を妨害すること。

- プライベートでない設定で尿検体を採取すること。
- 他の人の前でクライアントに着替えさせること。
- ルールを一貫して適用せず、治療環境に混乱を許すこと。
- 例外やクライアントが質問する機会なしに機関の方針やルールを課すこと。
- スタッフとクライアントのコミュニケーションなしにプログラム内に新しい制限を設けること。
- 民族的に多様な集団へのサービスのアクセスを制限すること。
- 一貫した、有能なリーダーシップの欠如を含む、機関の機能不全を受け入れること。

カウンセラーへの助言：再トラウマ化への対処

- プライバシーの欠如、向精神薬の服用を強要されていると感じること、プログラム内またはプログラムの選択において選択肢が限られていると感じることなど、トラウマの記憶を引き起こす可能性のある治療の場でのプログラムの方針と手順に関して、トラウマを経験したクライアントのニーズを予期し、敏感であること。
- クライアントの経験に対応すること。クライアントのトラウマ的な記憶が引き起こされたときの行動的および感情的な反応を無視することは、これらの反応を減少させるよりも増加させる可能性が高いです。
- 個人が治療中に経験する可能性のある引き金の予測において、彼のまたは彼女の既往歴に基づいて、個別の対処計画を立てること。
- 対処計画で強調されている対処戦略を定期的にリハーサルすること。クライアントの引き金が引かれる前に戦略を練習しない場合、引き金が引かれたときに効果的にそれらを使用できる可能性は低くなります。例えば、深刻な恐怖がない状態でグラウンディング演習を練習する方が、クライアントがトラウマ的な出来事の側面を再体験しているその瞬間を待つよりもはるかに簡単です。（グラウンディング演習に関する詳細情報については、『Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse』を参照してください。Najavits, 2002a, pp. 125–131。）
- 治療における行動をコントロールまたは抑制するための臨床的およびプログラム的な努力が、特に閉じ込められることがトラウマ体験の一部で

あったトラウマサバイバーにとって、トラウマ的ストレス反応を引き起こす可能性があることを認識すること。

- クライアントの反応を駆動していると思われる特定の引き金に耳を傾けること。それは通常、カウンセラーとクライアントの両方が行動を理解し、トラウマ的ストレス反応を正常化するのに役立ちます。
- スタッフや他のクライアントが、からかったり、冗談を言ったりするなどして、トラウマサバイバーを彼のまたは彼女の行動について辱めないようにすること。
- 一貫性をもって対応すること。クライアントは、異なるスタッフメンバーから矛盾した情報や反応を得るべきではありません。これには、管理者によって与えられる情報や反応が含まれます。

トラウマの特性

以下のセクションでは、トラウマ的ストレスの影響に影響を与える、選択されたいくつかのトラウマ体験の特性を強調します。客観的な特性は、具体的または事実であるトラウマ的な出来事の要素です。主観的な特性には、トラウマ体験の認識や割り当てられた意味などの内的なプロセスが含まれます。

客観的な特性

それは単一の、繰り返される、または持続的なトラウマでしたか？

トラウマは、単一の出来事、多数または繰り返される出来事、または持続的／慢性的な経験を含むことがあります。単一のトラウマは、単一の時点に限定されます。レイプ、自動車事故、愛する人の突然の死—すべてが単一のトラウマの例です。単一のトラウマを経験した一部の人々は、特定の介入なしに回復します。しかし、他の人々—特に以前のトラウマまたは精神または物質使用障害の既往歴を持つ人々、またはトラウマ体験が特に恐ろしいか、圧倒的である人々—にとって、単一のトラウマはトラウマ的ストレス症状とトラウマおよびストレス関連障害をもたらす可能性があります。単一のトラウマは、繰り返されるトラウマよりも心理的な影響が必ずしも少ないわけではありません。2001年9月11日のテロ攻撃—重大な単一のトラウマ—の後、多くのマンハッタンの住民は、攻撃の現場にいたか、テレビでその報道を見たかにか

かわらず、侵入的な記憶と睡眠障害を経験しました（Ford & Fournier, 2007; Galea et al., 2002）。

同じ人に時間をかけて起こる一連のトラウマは、繰り返されるトラウマとして知られています。これには、繰り返される性的または身体的暴行、他人の頻繁な傷害への曝露、または一見無関係なトラウマが含まれる場合があります。軍人、集団悲劇や長期にわたる紛争の物語を取材するジャーナリスト、そして毎年何百ものケースを処理する初期対応者は、繰り返されるトラウマサバイバーを典型的に表しています。トラウマへの反復的な曝露は、人の生涯にわたって累積的な影響を与える可能性があります。思春期に暴行され、30代で生命を脅かす病気と診断され、その後人生で重大な自動車事故に巻き込まれた人は、繰り返されるトラウマを経験しています。

一部の繰り返されるトラウマは、持続的または慢性的です。持続的なトラウマ体験は、レジリエンスと適応能力を摩耗させる傾向があります。いくつかの例には、継続的な性的虐待、身体的ネグレクト、または感情的虐待に耐える子供たち、暴力的な関係にある人々、そして慢性的な貧困の中で生活する人々が含まれます。慢性的にストレスの多い、トラウマ化させる環境にいる個人は、特にトラウマ的ストレス反応、薬物使用、および精神障害に対して脆弱です。

トラウマと薬物使用、そしてトラウマと精神疾患との間には、双方向の関係が存在します。例えば、アルコールと薬物の乱用は、トラウマ体験のリスクを高め、トラウマの影響に対する脆弱性を高めます。薬物乱用は、トラウマの影響を減らす可能性のある是正および救済措置を取る人の能力を低下させます。同様に、トラウマ的ストレスは、より高い可能性のアルコールと薬物の乱用につながり、それによりトラウマへの追加の曝露のリスクを高めます。この双方向の関係と並行して、精神疾患はトラウマの影響に対する脆弱性を高め、物質使用障害のリスクを高め、追加のトラウマ的な出来事に遭遇するリスクを高めます。同様に、ACEsへの早期曝露は、トラウマ的ストレス反応とその後の成人期のトラウマへの曝露と関連しています。

事例：あなた自身

人生の中で、特にストレスを感じた時期（ただしトラウマになるほど深刻ではなかった場合）を思い出してください。その時期を、出来事の展開を客観的に観察する第三者の立場で振り返り、「この期間が特にストレスフルだったのはなぜだろうか」と自問してみましょう。おそらく、あなたの回答の一部には、ある状況に対処している最中に別の状況が発生し、時間や対処能力が不足していたという事実が含まれているはずです。ストレスフルな時期とは、感情的・認知的・精神的・身体的な側面において、十分な時間や能力がない状態で、同時に多くの事

柄――それが実際に起きたことであれ、認識されたことであれ――に対処しなければならない状況を指します。これはトラウマについても同様で、次々と発生する数多くのトラウマ体験は、一つの出来事を処理する前に次の衝撃が訪れるため、処理能力が低下していきます。その結果、累積的な影響が生じ、個々のトラウマからの回復がより困難になるという悪循環に陥ってしまいます。

経験を処理するのに十分な時間がありましたか？

特に深刻な継続的なトラウマのパターン、時には「カスケードトラウマ」と呼ばれるものは、個人があるトラウマ的な出来事から治癒する前に別のトラウマが発生するパターンで起こります。例えば、カリフォルニアの住民―彼らは火災、地滑り、洪水、干ばつ、地震を含む連続的および／または同時的な自然災害に繰り返し直面します。他のケースでは、出来事を処理するのに十分な時間がありますが、人々が支援的な関係や予防的な実践をモデルとする環境を持っていないため、処理は限られています。これは、後年起こるトラウマに対する脆弱性を高める可能性があります。

トラウマはいくつの損失を引き起こしましたか？

トラウマ自体が重大な苦痛を生み出す可能性がありますが、しばしば、トラウマに関連する損失は、より広範囲にわたる影響を持ちます。例えば、子供は、彼または彼女を性的に虐待している親の相談相手として機能するなど、大人の責任を負わされるかもしれず、大人の心配事のない幼少期の機会を失うかもしれません。別のシナリオでは、カップルは最初、家の火事から逃れたことに感謝するかもしれませんが、それにもかかわらず、数ヶ月後には重大なコミュニティと財政的な損失に直面するかもしれません。トラウマの影響を評価する際には、最初のトラウマに関連する損失にアクセスし、議論することが有益です。損失の数は、個人の悲劇から立ち直る能力に大きな影響を与えます。

次のページの事例では、ラシードの損失が、彼を愛し、支援する妻から彼を切り離す原因となります。ラシードの友人の喪失、彼の障害、彼の雇用の苦闘、そして彼の結婚と自由への脅威のように、損失が互いに重なり合うと、損失の成功した対決は困難になる可能性があります。人々は、トラウマを誘発するものとして特定の出来事を挙げるか、または他のケースでは、特定のトラウマが、人が彼のまたは彼女の命が脅かされていると感じた、または彼または彼女が感情的に圧倒され、心理的に無秩序になった、または彼のまたは彼女の周囲から著しく切り離されたと感じた一連の障害となる出来事を象徴する可能性があります。ラシードにとって、彼の損失が、トラウマ的ストレスと喪失（例：罪悪感、うつ病、恐怖）に関連する症状に

対処するために処方薬の乱用にどのように関与したかを理解することが重要になります。対処されない場合、彼のトラウマは再発のリスクを高める可能性があります。

事例：ラシード

ラシードは、雇用主から従業員支援プログラムに紹介されました。彼は仕事を辞めることを検討していましたが、妻はカウンセラーと話すように主張しました。彼は41歳の自動車整備士で、4年前に別の車を追い越そうとして正面衝突事故を起こしました。乗客席に乗っていた親友が死亡し、相手の車の2人の若者が重傷を負い、永久的な障害を負いました。ラシードは、重大な背中の怪我で生き残り、散発的にしか働けていません。彼は過失致死で有罪判決を受け、身体的障害のために執行猶予付きとなりました。彼はさらに4年間執行猶予付きであり、その間に別の重罪で有罪判決を受けた場合、以前の罪で刑務所に入らなければなりません。

病院にいる間、ラシードは非現実的で、麻痺していて、受けたケアに無関心であると感じていました。彼は事故を覚えていませんが、2日後に病院で目覚めたことを覚えています。彼は病院で眠るのに苦労し、差し迫った破滅の感情を認識していましたが、後に直面することになる法的責任については知りませんでした。彼はASDと診断されました。

彼は、痛み止めと睡眠薬を含む様々な薬を処方されて病院から退院しました。彼はこれらの薬に急速に依存するようになり、痛み止めなしでは一日を過ごせず、処方された以上の用量の睡眠薬なしでは眠れないと感じていました。事故から3ヶ月以内に、彼は痛み止めのための「ドクターショッピング」をしており、友人の医者からその友人のために睡眠薬の処方箋を手に入れることさえありました。その後の4年間で、ラシードの薬物使用はエスカレートし、彼の鈍い感情と友人からの離脱はより深刻になりました。彼は様々な情報源から痛み止めを入手することに長け、そのほとんどは違法でした。彼は、薬物問題の治療を求めると、重罪を認めなければならず、おそらく投獄されるだろうと恐れています。彼はまた、痛み止めなしでは自分の人生を管理できないと信じています。

過去2年間、彼は道路の反対側で対向車のヘッドライトに突っ込む車の夢を繰り返し見てきました。夢の中で、彼は車をコントロールできず、車が衝突する直前に目が覚めます。珍しい時—例えば、朝ちょうど目覚めたとき、シャワーを浴びているとき、または一人で歩いているとき—彼は事故での友人の死について深い罪悪感を

感じます。彼は交通量の多い場所で運転するとき、または自分が思うより速く運転していると感じるときに非常に不安になります。彼の18年間の結婚生活は、増大する感情的な距離によって特徴づけられ、妻は彼が問題について何かをしなければ別れると話しています。彼は背中の痛みとうつ病のために一貫して働くことができませんでした。彼は集中できず、間違いが多すぎたために一つの仕事から解雇されました。

従業員支援プログラムのカウンセラーは、ラシードの薬物使用に関する情報を引き出しましたが、彼女はラシードがその範囲と影響を最小限に抑えていると疑っていました。心理的トラウマについて知識があるカウンセラーは、ラシードが事故とその人生への影響について話すのに十分に安全であると感じるのを助けました。彼女は、ラシードが現在の困難と事故とその余波との関連性をほとんど見出していないことに驚きました。カウンセラーは後に、ラシードが事故について、あたかもそれが他の誰かに起こったかのように話したとコメントしました。ラシードは、薬物依存とPTSDの治療を開始するための計画が立てられる、さらに5回のカウンセリングを続けることに同意しました。

トラウマは予期されたものでしたか、それとも予期せぬものでしたか？

トラウマについて話すとき、人々は時々それが見えなかったと言います。準備不足、無警戒、脆弱であることは、しばしば心理的傷害のリスクを高めますが、これらはほとんどのトラウマに共通の要素です。なぜなら、ほとんどのトラウマ的な出来事は警告なしに起こるからです（例：自動車事故、テロ攻撃、性的暴行）。物質使用障害、精神疾患、および／または認知障害を持つ人々は、特に、高リスク環境であっても、周りで何が起こっているかへの注意を減らす、または競合する懸念を持つ可能性があるため、特に脆弱であるかもしれません。しかし、ほとんどの個人は、出来事までの瞬間を再生し、どのようにそれを予期できたかを処理することによって、悲劇に対するある程度のコントロールを得ようとします。一部の人々は、出来事の後、何ヶ月も何年もこれらの考えに固執します。

時には、ハリケーン・カトリーナの場合のように、トラウマは予期されますが、予期せぬまたは予期しない結果をもたらします。何が起こる可能性が高いかについて学ぶことは、トラウマ化を減らすことができます。例えば、海外での戦闘に行く前に軍人を訓練することは、彼らがトラウマに対処する準備をし、トラウマの影響を減らすことができます。

トラウマの影響は、その人の人生に孤立していましたか、それとも広範でしたか？

トラウマが人生のより広い文脈から孤立している場合、それに対する人の反応は、より限定的で限定される可能性が高くなります。例えば、戦闘状況の軍人は、経験したことによって著しくトラウマを受ける可能性があります。民間生活または非戦闘任務に戻ると、一部の人はトラウマ体験を、それが通常の日常生活に侵入しないように孤立させることができます。これは、戦闘経験が邪魔にならなかった、または個人がその経験を思い出させる経験に遭遇した場合に再浮上しないということではありません。それは単に、その人がトラウマを過去に残し、現在に対応することがより容易であることを意味します。

逆に、トラウマの近くに留まる人々は、回復においてより大きな課題に遭遇するかもしれません。トラウマ的な出来事は、その人の日常活動と相互作用の様々な側面に絡みつき、したがって、周囲の手がかりによって引き起こされ、その後の心理的苦痛を経験する可能性を高めます。しかし、クライアントにとってこの潜在的なジレンマを見る別の方法は、それを機会として再構成することです—トラウマ関連の手がかりへの反復的な曝露は、トラウマインフォームドおよびトラウマに特化した行動保健サービスの提供において、いつ、どの治療と対処技術を使用するかについての重要なガイダンスを提供するかもしれません。

誰がトラウマに責任がありましたか、そしてその行為は意図的でしたか？

トラウマの深刻度を、その行為が意図的であったかどうかだけで判断する場合、他者を傷つける意図が明確に認められる出来事は、その後にその種のトラウマを経験した人々がどのような困難に直面するかを予測する上で重要な指標となります。ほとんどの被害者は、まず「誰が意図的に他者を傷つけようとするだろうか」という信じられない思いを抱きますが、その後には、何とかして事態を元通りに修復しようとする強い感情的、時には行動的なエネルギーが湧いてきます。また、意味の分からない悪意ある行為に何らかの意味を見出そうとします。例えば、ニューヨークの世界貿易センター攻撃事件の後、人々は愛国心の再燃、即興のキャンドルライト・ビジル、アラブ系・イスラム系の人々への攻撃、赤十字への前例のない献血や長蛇の列に並ぶ献血意欲といった形で反応しました。それぞれの事例は、認識された不正を正そうとしたり、その出来事や影響に新たな意味を見出そうとする反応だったと言えます。

恐ろしい出来事が起きた時、その原因を誰かのせいにしようとするのは、人間の自然な反応です。トラウマの被害者は、どのような種類のトラウマであれ、責任の所在を追及したり、誰が過失を犯したのかを突き止めようと強く執着する傾向があります。これは多くの場合、非合理的あるいは無作為な行為の後に、予測可能性やコントロール感、安全性を取り戻そうとする試みとして生じます。自分が単に「間違った場所に間違った時間にいた」という事実を受け入

れるよりも、自分自身を含む誰かが過失を犯した、あるいは別の行動を取ることができたと考える方が、はるかに受け入れやすいからです。

一部のトラウマ被害者にとって、トラウマが発生した理由や責任の所在を明らかにしようとすることは、「自分を癒すために何をすべきか」という問いに焦点を当てる場合に比べて、成長の大きな妨げとなることがあります。行動保健の専門家は、回復過程で得られた責任についての理解を、他の人生の側面にも応用できるよう支援することができます。例えば、併存疾患の治療を受けている人が、うつ病や依存症になったのは自分のせいではなかったが、回復は自分の責任だと認識できた場合、この同じ原則を幼少期の虐待体験にも適用することで、「自分は虐待されるに値する悪い人間だ」という自己に対する否定的な評価を克服できるようになります。このようにして、個人は責任の所在を加害者側に移すと同時に、回復に対する自らの責任も引き受けられるようになるのです。

事例：フランク

フランクはPTSDと物質使用障害の併発と診断され、物質乱用治療プログラムに参加しました。妻とホワイトウォーターカヤックを楽しんでいた際、彼女のカヤックが岩に挟まり、フランクはなす術もなく彼女が溺れていくのを見守るしかありませんでした。この事故の後、彼の飲酒量は著しく増加しました。彼は睡眠障害と悪夢の悪循環に陥っていることを認めており、悪夢を見た後には鮮明な記憶と恐怖感、無力感が押し寄せてくるのだと言います。彼は夜間に大量の酒を飲んで悪夢や記憶を抑え込もうとしましたが、過度の飲酒はかえって睡眠障害を悪化させる結果となりました。また、長年親しくしていた「夫婦ぐるみの友人」や妻の家族との交流を断つようになり、治療を開始した頃には生活を「仕事に行って帰宅するだけ」と表現するほど単調なものにしていました。トラウマ体験は治療を求める3年前に起きたにもかかわらず、フランクは依然として感情の麻痺状態にあり、世界から切り離されたような感覚を抱えていました。彼が抱く唯一の感情は怒りであり、それを何とか抑え込もうとしていたのです。PTSDと物質乱用に対する統合的な治療を受けることで、彼は睡眠を取り戻し、記憶がよみがえった際に対処するためのスキルを身につけることができました。この治療は、両方の疾患に対する長期治療への積極的な参加と継続を促す効果をもたらしました。

トラウマは直接経験されましたか、それとも間接的に経験されましたか？

誰かに直接起こるトラウマは、他人に起こるトラウマを目撃するよりも、より大きな損害を与えるように見えます。例えば、銃口で強盗されることは、通常、誰かが強盗されるのを目撃したり、誰かが強盗された話を聞いたりするよりもトラウマ的です。しかし、時には、他人の痛みを経験することも同様にトラウマ的です。例えば、親はしばしば、子供がトラウマ的な状況（例：小児がんの治療）を経験しているときに、子供の痛みと苦しみを内面化します。

他人のトラウマを経験する方法は2つあります。人は、自動車事故で誰かが殺されたり、重傷を負ったりするのを見るなど、出来事を目撃するかもしれませんし、または暴力的な個人的暴行、自殺、重大な事故、傷害、または突然の予期せぬ死など、誰かに起こった出来事について学ぶかもしれません。多くの人々にとって、トラウマの影響は、目撃者としての出来事への近さ、状況における目撃者の反応、被害者との関係、経験を取り巻く無力感の度合い、その後の結果への曝露など、多くの変数に依存します。

トラウマ以来何が起こりましたか？

トラウマ的な出来事を見直す際には、最初のトラウマが過ぎ去った後の混乱の度合い、例えば雇用の喪失、資産、コミュニティの出来事、行動保健サービス、地元の店、レクリエーションエリアなどを評価することが重要です。通常、トラウマ後、特にそれが大規模なものである場合、サービスと支援の初期の結集があります。しかし、トラウマの影響とその破壊の現実は、より持続的な影響を持つ可能性があります。日常活動の崩壊と、これらの日常を収容する構造の損傷を含む、正常性の悪化は、個人の生活とコミュニティにおける安全感を提供する共通の糸を侵食する可能性が高いです。したがって、通常の日常活動を再開する際の混乱の度合いは、物質使用障害、準臨床的な心理的症状、および精神障害の重要なリスク要因です。例えば、ハリケーン・カトリーナまたはリタのために家を追われた成人は、家を追われなかった人々よりも、過去1ヶ月のタバコ使用、違法薬物使用、および大量飲酒の率が著しく高かった（Office of Applied Studies, 2008）。

主観的な特性

トラウマの心理的意味

トラウマの影響を理解する上で重要な臨床的問題は、サバイバーがトラウマ体験に付けた意味です。サバイバーの出来事に関する独自の認知的な解釈—つまり、彼らの信念と仮定—が、

彼らがトラウマをどのように処理し、反応し、対処し、回復するかに寄与します。その出来事は、個人または彼のまたは彼女の家族によって行われた過去の行為に対する報復を表していますか？個人は、彼のまたは彼女の生存にどのように意味を付けますか？彼はまたは彼女は、それがまだ明らかにされていないより大きな目的のしるしであると信じていますか？出来事の解釈と意味を共有しようとする人々は、誤解され、時には疎外されていると感じるかもしれません（Paulson & Krippner, 2007; Schein, Spitz, Burlingame, & Muskin, 2006）。

人々はトラウマ的な出来事を全く異なる方法で解釈し、多くの変数が、個人が経験にどのように意味を割り当てるかを形作ります（文化、家族の信念、以前の生活経験と学習、人格および他の心理的特徴などを通して意味を枠付けます）。家庭で起こる出来事でさえ、各家族メンバーは経験を異なって解釈するかもしれません。同様に、同じ種類の出来事が人の人生で2つの異なる時期に起こるかもしれませんが、出来事の間に得られた発達上の違い、現在の認知的および感情的な処理スキル、環境リソースへの利用可能性とアクセス可能性などのために、彼のまたは彼女の出来事の解釈はかなり異なるかもしれません。

レジリエンス：つながりと継続性

研究によれば、家族、コミュニティ、文化、精神的なシステムとのつながりを再確立することは、個人にとって不可欠であるだけでなく、将来の世代に対するトラウマの影響にも影響を与えます。例えば、BakerとGippenreiter（1998）は、ヨシフ・スターリンの粛清の生存者の子孫を研究しました。彼らは、粛清によって直接影響を受けた祖父母とのつながりと継続性を維持できた家族は、祖父母から感情的または身体的に断絶された家族よりも、否定的な影響が少なかったことを見出しました。祖父母が生き残ったかどうかは、孫が過去に感じたつながりほど重要ではありませんでした。

核心的な仮定と信念の崩壊

トラウマはしばしば、信仰の危機を引き起こし（Frankl, 1992）、クライアントが人生に関する基本的な仮定を疑問視する原因となります。個人の核心的または人生を組織する仮定（例：安全性、他者の認識、公平性、人生の目的、将来の夢）は、トラウマ的な出来事中またはその後に挑戦されたり、崩壊したりしましたか？（Janoff-Bulman, 1992の画期的な著作『Shattered Assumptions』を参照）。例えば、一部のトラウマサバイバーは、自分自身を修復不可能なほど傷ついているか、治癒の可能性を超えていると見なします。次の事例（ソーニャ）は、意味の

重要性だけでなく、トラウマが個人の核心的な仮定—私たちの生活を組織し、世界や他者との相互作用を意味づけるまさにその仮定—を変える役割も探ります。

トラウマの文化的意味

カウンセラーは、トラウマの文化的意味を評価するよう努めるべきです。文化的な解釈、文化的な支援、文化的な反応は、トラウマの経験にどのように影響しますか？カウンセラーが、クライアントの文化的文脈を考慮せずにトラウマ体験の意味を理解していると思い込まないことが重要です。文化は、トラウマの認識に強く影響を与えます。例えば、恥を伴うトラウマは、ヨーロッパ文化の誰かよりもアジア文化の誰かにとって、より深刻である可能性があります。同様に、アラスカ先住民の個人やコミュニティは、彼らの部族の祖先に応じて、トラウマ体験が報復の形として機能すると信じているかもしれません。同様に、肯定的な来世への強い信念を持つ文化では、家族や愛する人の突然の死は、それほどトラウマ的ではないかもしれません。カウンセラーにとって、特定のトラウマに対する彼らの認識が、クライアントの認識とは非常に異なる可能性があることを認識することが重要です。自分自身の価値観に照らしてクライアントの信念を判断しないように注意してください。文化と、行動保健サービスの提供における文化的能力を達成する方法に関する詳細情報については、SAMHSAの計画中のTIP『文化的能力の向上』（SAMHSA, 計画中c）を参照してください。

個人的および社会文化的特徴

社会的、人口統計的、環境的、心理的な様々な要因が、人のトラウマの経験、出来事後のトラウマ的ストレス反応の重症度、そして短期的および長期的な環境的、身体的、社会文化的、感情的な結果に対処する彼または彼女のレジリエンスに影響を与えます。このセクションでは、準臨床的および診断的なトラウマ的ストレス症状（気分および不安症状や障害など）の発症とともに、トラウマのリスクに影響を与えるいくつかの既知の要因を取り上げます。これは、これらの要因の網羅的な探求を意図したものではなく、むしろ、カウンセラーや他の行動保健専門家が、様々な要因がトラウマ的ストレスとその後の反応に対するリスクと保護に影響を与えることを認識するための簡単なプレゼンテーションです。（そのような要因に関するより広範な視点については、パート1、第1章を参照してください。）

個人的要因

いくつかの要因が、トラウマに効果的に対処する能力と、トラウマ的ストレス反応のリスクを高めることに影響を与えます。個人的要因は、個人の遺伝的、生物学的、心理的な構成と歴史に関連し、それらが人の経験とトラウマへの反応に影響を与えます。しかし、多くの要因が個人のトラウマへの反応に影響を与えます。それは個人の特性だけではありません。個人の属性と歴史以外の複数の要因が、トラウマ中およびその後の経験に影響を与えることを認識しないことは、トラウマ的ストレスを抱えていることに対して被害者を非難することにつながる可能性があります。

事例：ソーニャ

ソーニャは、1年前に地元のストリップモールの駐車場で身体的に暴行され、強盗された後、自分の人生がどのように変わったかについて話し始めました。彼女は、駐車場に人がいたにもかかわらず、加害者が彼女の財布を持って走り去るまで、誰も助けに来なかったと語ります。彼女は頬骨を骨折し、骨折からの炎症のために視覚的な困難を抱えました。彼女は最近、うつ症状の治療を求め、通常は喜びを与えてくれる活動への興味を失ったと報告しました。彼女は他人から孤立し、攻撃以来、他人に対する認識が劇的に変わったと述べました。

ソーニャは10年前に精神病性特徴を伴う大うつ病の診断を受け、地元のコミュニティ精神保健センターで3年間グループセラピーを受け、うつ病が寛解しました。彼女は最近、うつ病がより顕著になりつつあることを恐れ、別の重度のうつ病エピソードと、彼女を無気力にさせると感じていた向精神薬の使用を避けたいと考えていました。したがって、彼女は行動保健カウンセリングを求めました。

セッションが進むにつれ、心理評価の結果、ソーニャには軽度の抑うつ症状が認められることが明らかになりましたが、これらは臨床的に診断されるレベルには至っていませんでした。彼女は自殺念慮や自殺企図を否定しており、思考過程は整然としていて、幻覚や妄想の兆候も見られませんでした。彼女は孤立感について、地域の店舗で買い物をする気になれないからだと説明しました。一方でソーニャは、自身の回避行動の理由については自己理解を示していましたが、他方では、トラウマ的な出来事が人生や他者に対する見方を変えてしまったことを懸念していました。「以前のように人々を思いやりがあり親切だとは思えなくなりました。彼らを信頼できず、人々は自己中心的すぎると感じます。安心感がなく、それが気がかりです。再び被害妄想的な考えに陥りつつあるのではないかと心配しています。自分

ではよく分かっているつもりですが、ただ自由に、やりたいことを好きなようにできるようになりたいだけなのです」と語りました。

ソーニャがカウンセリングを受けてから2ヶ月後、彼女は事務所にやって来てこう叫びました。「本当に、物事は変えられるのですよ！信じられないでしょう？食料品を買いに行く必要があった私は、仕方なくストリップモールに併設された食料品店のあるショッピングセンターまで足を運んだのです。コーヒーショップの前を通りかかった時、店先の商品を何気なく眺めていると、一人の男性が出てきて私に話しかけてきました。『あなた、コーヒーが必要そうな顔をしていますね』と言われたのですが、その時はその言葉がすぐには理解できませんでした。私はぼんやりと男性を見つめましたが、彼は再び同じ言葉を繰り返しました。『あなた、コーヒーが必要そうですよ。私は店のオーナーですが、あなたが店先の商品を眺めているのに気づきました。閉店前にはまだ十分な量の淹れたてのコーヒーが残っています。どうぞ中へ、今回はサービスしますから』。私はその言葉に従ったのです！その瞬間から、私は人々を見る目が変わりました。彼は私の見方を正してくれた――まるで自分を取り戻したような感覚です。あの暴行事件は、『人を信用してはいけない』という警告だったのだと今は理解しています。そして、この世界にはまだ善良さが存在することにも気づきました。この小さな親切心でさえ、私が失っていた希望を与えてくれたのです」。

ソーニャにとって、暴行は安全性と他者への見方に関する彼女の仮定を変えました。彼女はまた、出来事に意味を付けました。彼女は、その出来事が人々を信用すべきではないというしるしであり、人々は無関心であると信じていました。しかし、これらの信念は彼女を悩ませ、彼女が自分自身を世界でどのように見ていたかと矛盾しており、彼女はうつ症状が戻ってくるのではないかと恐れていました。

経験の浅い専門家にとって、彼女のプレゼンテーションは、彼女が精神病性特徴を呈し始めているという疑念を抱かせたかもしれません。しかし、トラウマサバイバーが、出来事直後に核心的な仮定に変化を経験し、トラウマに意味を付けることは一般的です。しばしば、回復プロセスの重要な要素は、まず出来事の意味と、トラウマ体験後に変わった信念を特定することです。したがって、クライアントが「もう二度と人生を同じように見ることはない」と言うのを聞いたとき、この表現は、人生がどのように異なるか、トラウマにどのような意味が割り当てられたか、そして個人が自己、他者、そして未来の認識をどのように変えたかについてのさらなる探求を引き起こすべきです。時には、ソーニャのように、変更された信念と仮定を再構築することは、公式な介入なしに起こります。彼女の状況では、見知らぬ

人が、トラウマから生じた仮定に挑戦する瞬間を提供しました。他の人々にとっては、カウンセリングが、出来事以来、自己、他者、そして世界に関する信念と考え方がどのように変わったか、そしてトラウマを超えて進むためにそれらをどのように再構築するかを特定するのに役立つかもしれません。個人が（単数の）出来事に付ける意味が、治癒プロセスを損なうか（例：自分が生き残るべきではなかったと信じる、トラウマについて恥を感じる、高リスクの活動を続ける）、または回復への道を舗装するか（例：性的暴行を受けた後、被害者の権利を守るためにボランティア活動をする）を理解することが重要です。以下の質問は、行動保健スタッフが、トラウマに関連する仮定、信念、解釈、意味を取り巻くトピックを導入するのに役立ちます：

- トラウマ以来、あなたの人生はどのように変わりましたか？
- あなたの生存をどのように理解していますか？（これは、ACEsまたは累積的なトラウマに曝露されたクライアント、そして他の人が亡くなった悲劇を生き延びた人々にとって重要な質問です。）
- この出来事があなたに起こった理由があると思いますか？それは何ですか？
- この経験はあなたにどのような意味をもたらしましたか？
- トラウマ前と同じ人物だと感じますか？どのような点で同じですか？どのような点で違うと感じますか？
- この経験は、あなたを人としてどのように変えましたか？かつての自分に戻りたいですか？それが起こるためには、何をすべきか、または何が起こる必要があるでしょうか？
- トラウマ体験は、あなたが好まない方法であなたを変えましたか？どのような点で？
- トラウマ以来、他者とあなたの未来をどのように違って見ていますか？
- 今、何を信じたいですか？

以前の心理的トラウマの既往歴

以前の心理的トラウマの既往歴を持つ人々は、特に過去のトラウマに対処することを避けてきた場合、深刻なトラウマ的反応に対して最も脆弱であるように見えます（Nishith, Mechanic, & Resick, 2000; Vogt, Bruce, Street, & Stafford, 2007）。多くのトラウマサバイバーにとって、最小化、解離、回避は一般的な防御策であるため、以前のトラウマは常に意識的に利用可能で

あるとは限りません。そして、利用可能な場合でも、記憶は痛みを伴う感情を避けるために歪められることがあります。自分の経験を抑圧した一部のサバイバーは、トラウマの既往歴を否定するか、または現在の状況に対する強い反応を説明することができません。

トラウマの影響は累積的であることを覚えておいてください。したがって、外見上はそれほど深刻ではない後のトラウマが、数年前に起こったトラウマよりも個人に大きな影響を与える可能性があります。逆に、以前のトラウマを経験した個人は、効果的な対処戦略を開発したか、または（単数の）トラウマの結果に適応することを学んだため、肯定的な結果を報告するかもしれません。この結果は、しばしば心的外傷後成長または心理的成長と呼ばれます。

行動保健治療中のトラウマの既往歴を持つクライアントは、治療の努力に対して否定的に反応したり、無関心に見えたりすることがあります。彼らは、個人的な共有を強調するグループで不快に感じるかもしれません。同様に、解離の短い発作（一部のトラウマサバイバーの反応）を経験する個人は、治療中の他の人々から誤解され、無関心と見なされるかもしれません。提供者は、既往歴に注意を払い、再トラウマ化を避けるために治療を調整し、クライアントの行動を病理学的とラベル付けすることを避ける必要があります。

レジリエンスの歴史

レジリエンス—否定的な人生経験にもかかわらず繁栄し、トラウマ的な出来事から治癒する能力—は、個人の内的な強さと環境的な支援に関連しています。ほとんどの個人は、トラウマ的ストレスを経験してもレジリエントです。トラウマを超えて繁栄する能力は、個人的な要因だけでなく、状況的および文脈的な要因とも関連しています。個人をレジリエントにするのは、一つや二つの主要な要因だけではありません。多くの要因がレジリエンスの発達に寄与します。レジリエンスを予測する特定の特性があるという研究はほとんどありません。代わりに、より一般的な特性がレジリエンスに影響を与えるように見えます。それには、神経生物学（Feder, Charney, & Collins, 2011）、変化への適応における柔軟性、トラウマ前の信念、自己効力感、そして肯定的な感情を経験する能力が含まれます（Bonanno & Mancini, 2011）。

精神障害の既往歴

トラウマ的ストレス、物質使用障害、および併存する精神障害との間の相関関係はよく知られています。精神障害の診断と統計マニュアル第5版（American Psychiatric Association, 2013 a）によると、トラウマ的ストレス反応は、気分、物質関連、不安、トラウマ、ストレス関連、および他の精神障害の高い率と関連しており、それぞれがトラウマ自体に先行したり、続いたり、または同時に出現したりする可能性があります。併存する精神障害は、個人が過去から出

現するか、または現在発生するトラウマに首尾よく対処し、解決できるかどうかの重要な決定要因です。Koenen, Stellman, Stellman, and Sommer（2003）は、戦闘トラウマ後のPTSDを発症するリスクが、既存の行為障害、パニック障害、全般性不安障害、および／または大うつ病を持つ個人の方が、既存の精神障害のない個人よりも高いことを見出しました。トラウマと他の精神障害の併存に関する追加情報については、TIP 42『併存障害を持つ人々のための薬物乱用治療』（CSAT, 2005c）を参照してください。

社会人口統計学的要因

人口統計学的な変数は、誰がトラウマを経験し、その後のトラウマ的ストレス反応を示すかの良い予測因子ではありません。性別、年齢、人種および民族性、性的指向、婚姻状況、職業、収入、教育はすべて、ある程度の影響を与える可能性がありますが、誰がトラウマおよびトラウマ的ストレス症状のスクリーニングを受けるべきか、または受けるべきでないかを決定するのに十分ではありません。以下のセクションでは、いくつかの選択された変数について説明します。（詳細情報については、このTIPのパート3、オンライン文献レビューを参照してください。）

性別

米国では、男性は女性よりもストレスの多い出来事に曝露されるリスクが高いです。男性の間での有病率が高いにもかかわらず、生涯のPTSDは、男性よりも女性で約2倍の率で発生します。準臨床的なトラウマ的ストレス反応における性差については、あまり知られていません。男性と女性が経験するトラウマの種類など、他の性差もあります。女性は身体的および性的暴行を経験する可能性が高く、男性は戦闘および犯罪の犠牲になること、そして殺害や重傷を目撃する可能性が最も高いです（Breslau, 2002; Kimerling, Ouimette, & Weitlauf, 2007; Tolin & Foa, 2006）。軍務に服している女性は、男性と同じリスクにさらされており、また軍隊での性的トラウマのリスクもより高いです。男性のトラウマはしばしば公の場で起こります。女性のトラウマは、私的な設定で起こる可能性がより高いです。男性に対するトラウマの加害者はしばしば見知らぬ人ですが、女性は加害者を知っている可能性がより高いです。

年齢

一般的に、年をとるほど、トラウマのリスクは高くなりますが、その増加は劇的ではありません。年齢はトラウマへの曝露を予測する上で特に重要ではありませんが、どの年齢でもリス

クから免れるわけではありません。しかし、より若い時期や中年期に起こるトラウマは、異なる理由で人々に大きな影響を与えるように見えます。若い個人にとっては、トラウマは発達プロセス、愛着、感情調節、人生の仮定、後の経験の認知的な解釈などに影響を与える可能性があります（追加のリソースについては、国立子どもトラウマティックストレスネットワークのウェブサイト、http://www.nctsn.org/を参照）。中年期の成人にとっては、トラウマは、しばしばこの人生の段階を特徴づける、増大したストレスや介護の負担のために、より大きな影響を与える可能性があります—自分の子供と親の両方の世話を同時にすることです。高齢者は、若い成人と同様に、トラウマから迅速に回復する可能性が高いですが、傷害なしで生き残る能力や、以前のストレスの多いまたはトラウマ的な出来事からの心理的な干渉なしに現在のトラウマに対処する能力など、より大きな脆弱性を持つ可能性があります。高齢者は、より長く生きてきたため、トラウマの既往歴を持つ可能性が自然に高く、したがって、累積的なトラウマの影響に対する脆弱性が高まります。

レジリエンス：文化的、人種的、民族的な特性

以下のリストは、多様な文化的、人種的、民族的なグループの個人間のレジリエンスを育むことが多い特性を強調しています：

- 強い親族の絆
- 長老への敬意と拡大家族の重要性
- 精神性と宗教的実践（例：神社への参拝や伝統的なヒーラーの使用）
- 友情と温かい個人的な関係における価値
- ユーモアと創造性の表現
- 歴史、遺産、歴史的伝統の感覚を植え付けること
- コミュニティ志向、活動、社会化
- 強い労働倫理
- 人生、苦しみ、忍耐に関する哲学と信念

「幸運はその存在を不運に負い、不運は幸運の中に隠されている。」

–老子の教え、道教（Wong & Wong, 2006）

人種、民族性、文化

アメリカ社会のすべての主要な人種的および民族的なグループにおいて、トラウマの可能性は存在しますが、人種と民族性がトラウマへの曝露および／またはトラウマ的ストレス反応とどのように関連しているかを分析する研究はほとんどありません。いくつかの研究は、特定の人種的および民族的なグループが特定のトラウマに対してより高いリスクにあることを示しています。例えば、アフリカ系アメリカ人は、全体的な暴力、悪質な暴行、強盗の率が白人よりも高かったですが、レイプや性的暴行の被害者になる可能性は同程度でした（Catalano, 2004）。文献は、多様な民族的、人種的、文化的なグループが、様々なトラウマから悪影響を受け、心的外傷後ストレスの基準を満たす可能性がより高いことを反映しています（Bell, 2011）。

性的指向と性自認

レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの個人は、家族や信仰の伝統からの厳しい結果、カジュアルな性的パートナーからの暴行のリスクが高いこと、憎悪犯罪、法的保護の欠如、排除の法律など、彼らの性的指向に関連する様々な形態のトラウマを経験する可能性が高いです（Brown, 2008）。ゲイおよびバイセクシュアルの男性、そしてトランスジェンダーの人々は、レズビアンおよびバイセクシュアルの女性よりも、犠牲になる可能性が高いです。Dillon（2001）は、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアルの個人におけるトラウマへの曝露率が94パーセントであると報告しました。回答者の40パーセント以上が、性的指向のために嫌がらせを経験していました。異性愛者の指向も、男性との関係にある女性が身体的および性的に虐待されるリスクが高いことから、女性にとってのリスクとなります。

ホームレスの人々

ホームレスは、通常、適切または定期的な住居の欠如、または公的または私的に監督された施設、または住居として使用することを意図していない場所（例：バス停）での夜間の住居を持つこととして定義されます。米国住宅都市開発省（HUD）は、2005年のある夜、66万人から73万人の個人がホームレスであったと推定しています（HUD, 2007）。3分の2は同伴者のいない人々であり、残りの3分の1は家族の人々でした。ホームレスで未婚の成人は、女性よりも男性である可能性が高いです。ホームレスの男性の約40パーセントは退役軍人です（National Coalition for the Homeless, 2002）。この割合は、依存する子供を持つ退役軍人の数を含めて増加しています（Kuhn & Nakashima, 2011）。

ホームレスの人々の間のトラウマ症状の率は高いです（女性の76から100パーセント、男性の67パーセント；Christensen et al., 2005; Jainchill, Hawke, & Yagelka, 2000）。そして、PTSDの診断は、最も一般的な非薬物使用のAxis I障害の一つです（Lester et al., 2007; McNamara, Schumacher, Milby, Wallace, & Usdan, 2001）。ホームレスの人々は、ホームレス状態に先立つ高いレベルのトラウマ（特に幼少期または成人期の身体的および性的虐待）を報告します。暴行、レイプ、その他のトラウマは、ホームレスである間に頻繁に起こります。多くの女性が家庭内暴力から逃れているためにホームレスであるという研究が示唆しています（National Coalition for the Homeless, 2002）。他の研究は、ホームレスの女性が、幼少期の身体的および性的虐待の既往歴があり、成人として性的暴行を経験した可能性が高いことを示唆しています。身体的および／または性的虐待の既往歴は、ホームレスで深刻な精神疾患を持つ女性の間でさらに一般的です。

ホームレスの若者、特に親なしで生活している人々は、身体的および／または性的虐待を経験した可能性が高いです。家出する前に性的虐待を受けたと報告する若者の割合は21から42パーセントの間です。若い女性の場合、その率は32から63パーセントの範囲です（Administration on Children, Youth and Families, 2002）。さらに、データは、ホームレスで虐待の既往歴がある若者の間で薬物乱用の率が高いことを反映しています。

ホームレスの人々の半数以上が、生涯にわたる精神疾患と物質使用障害の有病率を持っています。ホームレスの人々は、薬物乱用の率が高く（男性の84パーセント、女性の58パーセント）、アルコールおよび薬物乱用／依存を含む物質使用障害は、ホームレスの期間が長くなるにつれて増加します（North, Eyrich, Pollio, & Spitznagel, 2004）。

ホームレスのクライアントにトラウマインフォームドの行動保健サービスを提供すること、そしてこの集団におけるトラウマの発生率に関するさらなる議論については、TIP 55-R『ホームレスの人々のための行動保健サービス』（SAMHSA, 2013b）を参照してください。

第3章 トラウマの影響の理解

この章の内容

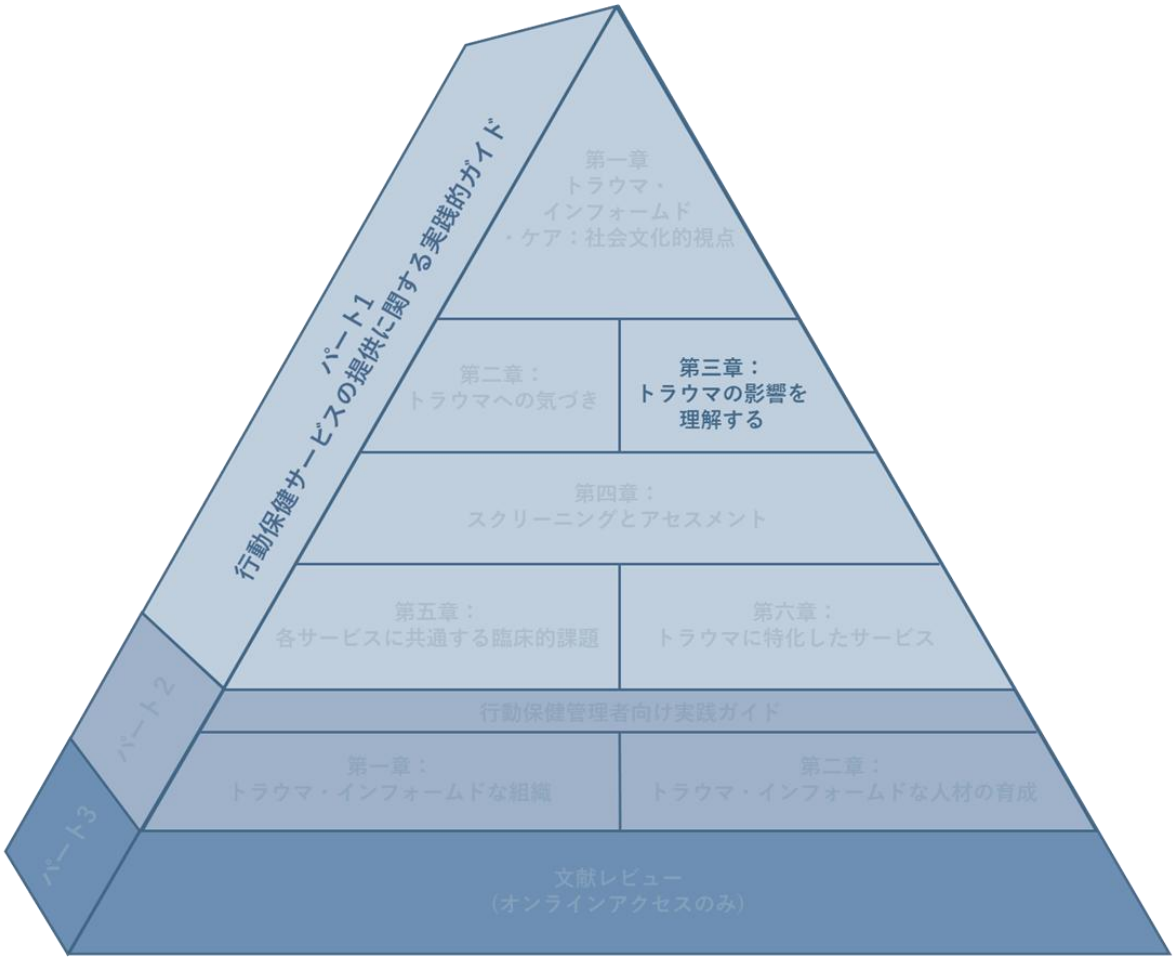
- トラウマ反応の順序
- トラウマへの一般的な経験と反応
- 準臨床的トラウマ関連症状
- 特定のトラウマ関連心理障害
- その他のトラウマ関連および併存障害

トラウマインフォームド・ケア（TIC）は、トラウマ的ストレス反応とトラウマへの一般的な反応の広範な理解を含みます。提供者は、トラウマが治療のプレゼンテーション、関与、そして行動保健サービスの結果にどのように影響を与えるかを理解する必要があります。この章では、サバイバーがトラウマ的な経験の直後またはずっと後に遭遇する可能性のある一般的な経験を検証します。

一度きり、複数、または長期にわたる反復的な出来事を含むトラウマは、誰にでも異なって影響を与えます。一部の個人は、心的外傷後ストレス症（PTSD）に関連する基準を明確に示すかもしれませんが、より多くの個人は、診断基準の外にあるレジリエントな反応や短期的な準臨床的症状または結果を示すでしょう。トラウマの影響は、微妙で、陰湿で、またはあからさまに破壊的である可能性があります。出来事が個人にどのように影響するかは、個人の特性、出来事の種類と特性、発達プロセス、トラウマの意味、そして社会文化的要因を含む多くの要因に依存します。

この章は、一般的な反応の概要から始まり、トラウマ的ストレス反応は異常な状況への正常な反応であることを強調します。それは、行動保健サービスを求める可能性のある個人の文脈における、トラウマ的な経験への一般的な短期的および長期的な反応を強調します。この章は、精神障害の診断と統計マニュアル第5版（DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013a）に代表されない心理的症状、および精神障害の閾値を下回るか、またはレジリエンスを反映するトラウマに関連する反応について議論します。それはまた、トラウマ的ストレスに関連する一般的な障害も取り上げます。この章は、精神疾患、特にPTSDを定義する上での文化の役割を探り、併存する精神および物質関連障害に対処することで終わります。

TICフレームワークとトラウマの影響



トラウマ反応の順序

サバイバーのトラウマ直後の反応は非常に複雑であり、彼ら自身の経験、自然な支援やヒーラーのアクセス可能性、彼らの対処能力と生活スキル、そして近親者のそれら、そして彼らが住むより大きなコミュニティの反応に影響されます。反応は重症度が異なりますが、最も急性の反応でさえ、精神病理の兆候ではなく、トラウマを管理するための自然な反応です。対処スタイルは、行動指向から内省的へ、そして感情表現から控えめへと様々です。臨床的に、反応スタイルは、対処努力がどの程度成功して、人が活動を続け、感情を調整し、自尊心を維持し、対人関係の接触を維持し、楽しむことを可能にするかよりも重要ではありません。実際、トラウマ的ストレス心理学における過去の誤り、特にグループまたは集団トラウマに関しては、すべてのサバイバーがトラウマに関連する感情を表現し、トラウマについて話す必要があるという仮定でした。より最近の研究は、トラウマを処理しないことを選択するサバイバーが、そうするサバイバーと同じくらい心理的に健康であることを示しています。

短縮された未来

トラウマは、希望の喪失、人生に対する限定的な期待、人生が突然または早く終わるという恐怖、または通常の人生の出来事（例：教育へのアクセス、重要で献身的な関係を持つ能力、良い仕事の機会）が起こらないという予期を通じて、未来に関する人の信念に影響を与える可能性があります。

トラウマへの初期反応には、疲労、混乱、悲しみ、不安、興奮、麻痺、解離、混乱、身体的覚醒、感情の鈍化が含まれることがあります。ほとんどの反応は、ほとんどのサバイバーに影響を与え、社会的に受け入れられ、心理的に効果的で、自己限定的であるという点で正常です。より深刻な反応の指標には、相対的な平静または休息の期間なしの継続的な苦痛、深刻な解離症状、そして安全な場所に戻ったにもかかわらず続く強烈な侵入的な回想が含まれます。トラウマへの遅延反応には、持続的な疲労、睡眠障害、悪夢、再発の恐怖、フラッシュバックに焦点を当てた不安、うつ病、そしてトラウマに遠隔的に関連する感情、感覚、または活動の回避が含まれることがあります。資料1.3-1は、いくつかの一般的な反応を概説しています。

トラウマへの一般的な経験と反応

トラウマ後には、様々な反応がしばしば報告および／または観察されます。ほとんどのサバイバーは即時的な反応を示しますが、これらは通常、深刻な長期的な結果なしに解決します。これは、ほとんどのトラウマサバイバーが非常にレジリエントであり、トラウマの余波とその影響に対処するために、社会的支援の使用を含む適切な対処戦略を開発するからです。ほとんどは時間とともに回復し、最小限の苦痛を示し、主要な生活領域と発達段階にわたって効果的に機能します。それでも、ほとんど障害を示さないクライアントでさえ、急性ストレス症（ASD）またはPTSDの診断基準を満たさない準臨床的症状または症状を持つことがあります。トラウマの既往歴を持つ人々のうち、障害と症状を示し、トラウマ関連のストレス障害（気分および不安障害を含む）の基準を満たすのは、ごく一部です。

以下のセクションでは、単一、複数、そして持続的なトラウマ的な出来事に関連する、感情的、身体的、認知的、行動的、社会的、そして発達的な領域にわたるいくつかの一般的な反応に焦点を当てます。これらの反応はしばしばトラウマへの正常な反応ですが、それでも経験するのは苦痛な場合があります。そのような反応は精神疾患の兆候ではなく、精神障害を示すものでもありません。トラウマ的ストレス関連障害は、特定の症状と基準の組み合わせで構成されます。

感情的

トラウマへの感情的な反応は大きく異なり、個人の社会文化的歴史に大きな影響を受けます。出来事中の初期の感情的な反応を超えて、最も表面化しやすいものには、怒り、恐怖、悲しみ、恥が含まれます。しかし、個人は様々な理由から、これらの感情のいずれかを特定することに困難を遭遇するかもしれません。彼らは家族やコミュニティでの感情表現の経験や以前の曝露が欠けているかもしれません。彼らは強い感情を過去のトラウマと関連付け、したがって感情表現は危険すぎるか、またはコントロールを失うこと（例：「正気を失う」または狂うという感覚）につながると信じているかもしれません。さらに他の人々は、トラウマ体験に関連する感情を一切持っていないと否定し、彼らの反応を麻痺または感情の欠如として定義するかもしれません。

感情の調節不全

一部のトラウマサバイバーは、怒り、不安、悲しみ、恥などの感情を調整するのに困難を抱えています—これは、トラウマが若い年齢で起こった場合に特にそうです（van der Kolk, Roth, Pelcovitz, & Mandel, 1993）。トラウマ前に年長で、よく機能している個人においては、そのような感情の調節不全は通常、短期的なものであり、トラウマへの即時的な反応を表し、継続的なパターンではありません。自己治療—すなわち、薬物乱用—は、トラウマを受けた人々が感情的なコントロールを取り戻そうとする方法の一つですが、最終的にはさらなる感情の調節不全（例：使用中および使用後の感情の変化）を引き起こします。感情調節に向けた他の努力には、高リスクまたは自傷行為、摂食障害、ギャンブルや過労などの強迫的な行動、そして感情の抑圧や否定が含まれる場合があります。しかし、自己調節に関連するすべての行動が否定的と見なされるわけではありません。実際、一部の個人は、身体活動への新たなコミットメントや、特定のトラウマのサバイバーを支援する組織を創設することなどを通じて、トラウマによって生じた強い感情を管理するための創造的で、健康的で、勤勉な方法を見つけます。

トラウマ的ストレスは、2つの感情的な極端を引き起こす傾向があります：感情が多すぎる（圧倒される）か、または少なすぎる（麻痺する）かのどちらかです。治療は、クライアントが感情の最適なレベルを見つけ、困難な感情を適切に経験し、調整するのを助けることができます。治療における目標は、クライアントが物質や他の安全でない行動を使用せずに感情を調整することを学ぶのを助けることです。これには、おそらく新しい対処スキルを学び、苦痛な感情に耐える方法を学ぶ必要があります。一部のクライアントは、マインドフルネスの実践、認知再構成、そして持続エクスポージャー療法や眼球運動による脱感作と再処理（EMDR）な

どのトラウマに特化した脱感作アプローチから利益を得るかもしれません（トラウマに特化した治療に関する詳細情報については、パート1、第6章を参照してください）。

資料1.3-1：トラウマへの即時的および遅延的反応

即時的な感情的反応 麻痺と離脱、不安または強い恐怖、罪悪感（サバイバーの罪悪感を含む）、生き残ったことによる高揚感、怒り、悲しみ、無力感、非現実感、離人症（例：自分自身を見ているかのような感覚）、見当識障害、コントロールを失っている感覚、否認、感情の収縮、圧倒されている感覚	**遅延的な感情的反応** 易怒性および／または敵意、うつ病、気分の変動、不安定さ、不安（例：恐怖症、全般性不安）、トラウマの再発への恐怖、悲嘆反応、恥、脆弱性および／またはもろさの感情、感情的な反応を必要とするもの（例：重要および／または家族関係、自己についての会話、トラウマ的な出来事やそれへの反応の議論）からの感情的な離脱
即時的な身体的反応 吐き気および／または胃腸の不調、発汗または震え、失神、筋肉の震えまたは制御不能な震え、心拍数、呼吸数、血圧の上昇、極度の疲労または消耗、より大きな驚愕反応、離人症	**遅延的な身体的反応** 睡眠障害、悪夢、身体化（例：体の痛みや痛みへの焦点の増加と心配）、食欲と消化の変化、風邪や感染症への抵抗力の低下、持続的な疲労、コルチゾールレベルの上昇、過覚醒、心臓、肝臓、自己免疫、慢性閉塞性肺疾患を含む長期的な健康への影響
即時的な認知反応 集中困難、反芻または思考の競合（例：トラウマ的な出来事を何度も再生する）、時間と空間の歪み（例：トラウマ的な出来事がスローモーションで起こっているかのように認識されるか、または数秒が数分として認識される）、記憶障害（例：トラウマの重要な側面を思い出せない）、被害者との強い同一化	**遅延的な認知反応** 侵入的な記憶またはフラッシュバック、以前のトラウマ的な出来事の再活性化、自己非難、出来事への没頭、決定困難、魔法的思考：回避行動を含む特定の行動が将来のトラウマから守るとの信念、感情や記憶が危険であるとの信念、引き金の一般化（例：日中に家宅侵入を経験した人が、日中に一人でいることを避けるかもしれない）、自殺念慮
即時的な行動反応	**遅延的な行動反応**

驚愕反応、落ち着きのなさ、睡眠と食欲の障害、自己表現の困難、議論好き、アルコール、薬物、タバコの使用増加、引きこもりと無関心、回避行動	出来事の思い出の回避、社会的関係の障害、活動レベルの低下、高リスク行動への関与、アルコールと薬物の使用増加、引きこもり
即時的な実存的反応 祈りの激しい使用、他者の善意への信仰の回復（例：他人からの助けを受ける）、自己効力感の喪失、人間性への絶望（特に出来事が意図的であった場合）、人生の仮定（例：公平性、安全性、善意、人生の予測可能性）の即時的な崩壊	**遅延的な実存的反応** 疑問（例：「なぜ私だけ？」）、増大した皮肉、幻滅、増大した自信（例：「これを乗り越えられるなら、何でも乗り越えられる」）、目的の喪失、信仰の更新、絶望、優先順位の再確立、人生の意味と重要性の再定義、トラウマを受け入れるための人生の仮定の再構築（例：安全感を再確立するために護身術のクラスを取る）

出典：Briere & Scott, 2006b; Foa, Stein, & McFarlane, 2006; Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2011.

麻痺

麻痺は、感情が思考、行動、記憶から切り離される生物学的なプロセスです。次の事例では、サダーナの麻痺は、対人関係の相互作用に関連する彼女の限られた感情の範囲と、彼女の虐待の既往歴と感情を結びつける能力の欠如によって証明されています。彼女はまた、短縮された未来への信念も持っています。災害従事者におけるPTSDの発症を追跡した前向き縦断研究（Malta, Levitt, Martin, Davis, & Cloitre, 2009）は、トラウマ的ストレス反応として麻痺を理解し、評価することの重要性を強調しました。なぜなら、麻痺症状は内部で何が起こっているかを隠すため、家族、カウンセラー、その他の行動保健スタッフは、トラウマ的ストレス症状のレベルとトラウマの影響を、実際よりも軽度であると評価する傾向があるかもしれません。

事例：サダーナ

サダーナは22歳の女性で、路上で別の女性と口論し、喧嘩した後、投獄の代替として外来の精神保健および薬物乱用治療を命じられました。インテーク時に、サダーナは7年間のアルコール乱用の既往歴と、18歳での1回の大うつ病エピソードを報告しました。彼女は喧嘩になったことに驚いていましたが、事件当時は飲酒していたことを認めました。彼女はまた、4歳から15歳までの間に母親のボーイフレンドから受けた深刻な身体的虐待も報告しました。インテーク担当者にとって特に注目すべきは、サダーナが虐待の既往歴を淡々と提示したことでした。面接中、彼女はグループセラピーに参加したくない、他の人が自分の感情について話すのを聞きたくないと明確に示し、「感情を表に出さないようにと昔から学んだ」と言いました。

サダーナは10年生で中退したと報告し、学校が好きではなかったと言いました。彼女は人生から多くを期待していませんでした。治療の最初の数週間で、サダーナは他のグループメンバーから切り離されていると感じ、グループの目的を疑問視しました。彼女自身の既往歴について尋ねられると、彼女は困難があったことを否定し、なぜ治療を命じられたのか理解できないと述べました。彼女はさらに、自分の虐待について感情を抱いていることを否定し、それが自分の人生に影響を与えたとは信じていませんでした。グループメンバーはしばしば、彼女があまり共感を示さず、グループでの議論が感情的になったときでさえ、平坦な感情を維持していたとコメントしました。

身体的

PTSDの診断基準は心理的症状にかなりの重点を置いていますが、トラウマ的ストレスを経験した一部の人々は、最初は身体的症状で現れるかもしれません。したがって、プライマリケアは、これらの個人がトラウマ関連の支援を求める最初の、そして唯一の扉であるかもしれません。さらに、有害な小児期体験（ACEs）を含むトラウマと、慢性的な健康状態との間には、重要な関連性があります。一般的な身体的障害と症状には、身体的愁訴、睡眠障害、胃腸、心血管、神経、筋骨格、呼吸、皮膚科の障害、泌尿器科の問題、そして物質使用障害が含まれます。

身体化

身体化は、感情的な苦痛を表現するために、身体的な症状や機能不全に焦点を当てることを示します。身体的な症状は、PTSDを含むトラウマ的ストレス反応を持つ個人でより起こりやすいです。特定の民族的および文化的背景を持つ人々は、最初はまたはもっぱら身体的な病気や懸念を通じて感情的な苦痛を提示するかもしれません。身体化を提示する多くの個人は、彼らの感情と経験している身体的症状との関連に気づいていない可能性が高いです。時には、クライアントは感情的な内容を探求することに抵抗し、回避の手段として身体的な愁訴に焦点を合わせ続けるかもしれません。一部のクライアントは、医学的な評価や検査が病気を確定できなくても、彼らの主要な問題は身体的であると主張するかもしれません。これらの状況では、身体化は精神疾患の兆候である可能性があります。しかし、様々な文化は感情的な苦痛に身体的な領域を通じてアプローチするか、または感情的および身体的な症状と幸福を一つと見なします。身体的な愁訴を持つクライアントが感情的な痛みを表現する手段として身体化を使用していると仮定しないことが重要です。彼らは医療を必要とする特定の状態や障害を持っているかもしれません。何よりもまず、カウンセラーは医療評価のために紹介する必要があります。

カウンセラーへの助言：生物学とトラウマに関する情報の使用

- クライアントを教育する：
  - 出来事を再体験すること、過覚醒、睡眠障害、その他の身体的症状を、極度のストレスに対する生理的反応として捉え直す。
  - 治療や他のウェルネス活動（例：セラピー、瞑想、運動、ヨガ）が、心理的および生理的な両方の症状を改善できることを伝える。特定のクライアントを、彼らを評価し、必要であれば重度の症状に対処するために向精神薬を処方できる精神科医に紹介する必要があるかもしれません。
  - トラウマ的ストレス症状とその生理的な構成要素について議論する。
  - 適切であれば、トラウマ的ストレス症状と物質使用障害との関連を説明する。
  - トラウマ症状を正常化する。例えば、クライアントに、彼らの症状は弱さの兆候ではなく、性格の欠陥でもなく、損傷を受けているわけでも、狂っているわけでもないと説明する。
- クライアントを支援し、希望のメッセージを提供する—彼らは一人ではなく、責任はなく、回復は可能であると。

トラウマの生物学

トラウマ生物学は、より複雑で説明的な発見の約束を伴って、急成長している研究分野です。トラウマの生物学的側面に関する徹底的なプレゼンテーションはこの出版物の範囲を超えていますが、現在知られていることは、トラウマへの曝露が生物学的な変化とストレス反応のカスケードを引き起こすということです。これらの生物学的な変化は、PTSD、他の精神疾患、物質使用障害と高く関連しています。これらには以下が含まれます：

- 辺縁系の機能の変化。
- 視床下部-下垂体-副腎軸の活動の変化と変動するコルチゾールレベル。
- 覚醒と内因性オピオイド系の神経伝達物質関連の調節不全。

明確な例として、虐待、ネグレクト、その他のトラウマなどの早期ACEsは、脳の発達に影響を与え、成人として対人暴力に遭遇する脆弱性、そして慢性疾患や他の身体的疾患、精神疾患、物質関連障害、そして他の生活領域における障害を発症する脆弱性を高めます。（Centers for Disease Control and Prevention, 2012）。

事例：キミ

キミは35歳のネイティブアメリカン女性で、16歳の時に郊外の高校から歩いて帰宅中に集団レイプされました。彼女は、その日に人生がどのように変わったかを語ります。「レイプ後、一人でいるのが安全だと感じたことは一度もありませんでした。以前はどこでも歩くのを楽しんでいました。その後、近所を歩くときに生じる恐怖に耐えられませんでした。一人でいても、友人といても関係ありませんでした—聞いたすべての音が私を恐怖の状態に陥れました。同じことがまた起こるように感じました。時間とともに良くなりましたが、しばしば木の枝に座って、それが折れるのを待っているかのように感じます。リラックスするのが難しいです。もし葉が私の道を横切って吹いたり、子供たちが庭で遊んでいる間に叫んだりすると、簡単に驚いてしまいます。私の人生の経験を説明する最良の方法は、怖い、サスペンスに満ちた映画を見ていることに例えることです—何かが起こるのを不安に待ち、手のひらは汗ばみ、心臓はドキドキし、椅子の端に座っているのです。」

過覚醒と睡眠障害

トラウマ体験から生じる一般的な症状は、過覚醒（過度の警戒心とも呼ばれる）です。過覚醒は、体が準備を整える方法です。それは、睡眠障害、筋肉の緊張、そして驚愕反応の閾値が低くなることによって特徴づけられ、トラウマ後何年も続くことがあります。それはまた、PTSDの主要な診断基準の一つでもあります。

過覚醒は、トラウマによって引き起こされた生物学的な変化の結果です。それはトラウマ後の自己保護の手段として機能しますが、有害である可能性もあります。過覚醒は、大きな音や突然の動きなどの特定の入力に対して、必要な時間をかけて評価し、適切に対応する個人の能力を妨げる可能性があります。時には、過覚醒は、実際には状況が安全であるにもかかわらず、危険と認識される状況に過剰反応を引き起こす可能性があります。

過覚醒とともに、睡眠障害はトラウマを経験した個人で非常に一般的です。それらは、早朝覚醒、落ち着きのない睡眠、入眠困難、悪夢の形で現れることがあります。睡眠障害は、トラウマ関連のストレスを持つ個人で最も持続的です。他のトラウマ的ストレス症状が首尾よく治療された後も、障害はしばしば介入に抵抗し続けます。投薬を超えて、良い睡眠衛生の実践、悪夢の認知的なリハーサル、リラクゼーション戦略、栄養など、多くの戦略が利用可能です。

認知的

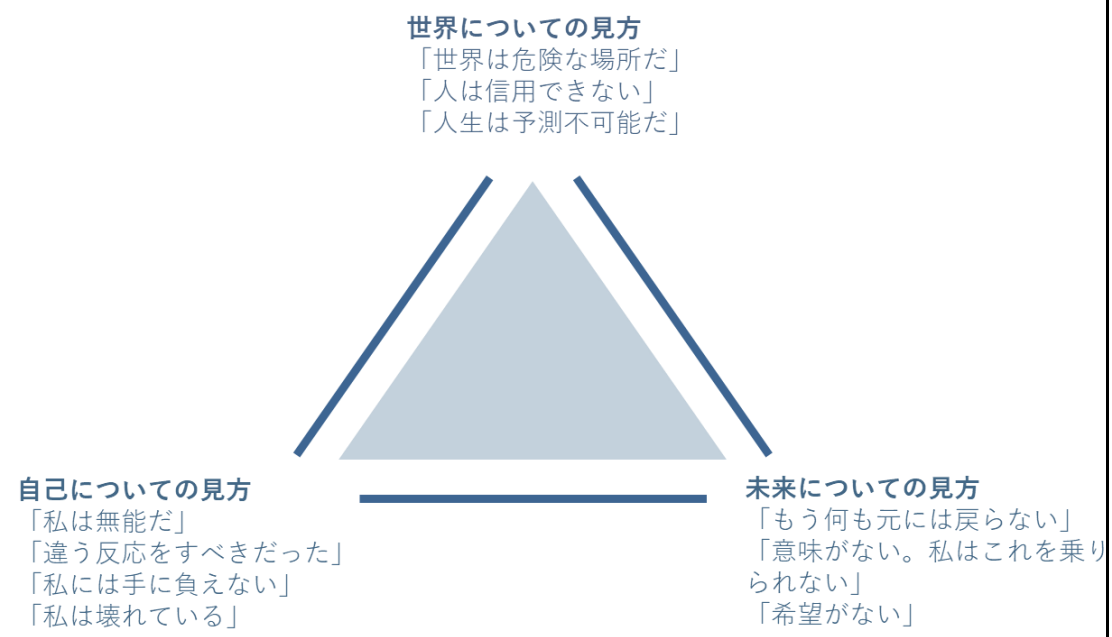
トラウマ体験は、認知に影響を与え、それを変化させることがあります。最初から、トラウマは、公正世界や、個人が日常生活を送るのを助ける核心的な人生の仮定に挑戦します（Janoff-Bulman, 1992）。例えば、世界は安全ではない、すべての人は危険である、または人生には何の約束もないと信じていたら、朝家を出るのは難しいでしょう。自分の努力と意図が悪いことから自分を守ることができるという信念は、個人が個人的な脆弱性を認識する可能性を低くします。しかし、トラウマ的な出来事—特に予期せぬもの—は、そのような信念に挑戦することができます。

あなたがいつも運転時間を「自分の時間」—そしてあなたの車を過ごすための安全な場所—と考えていたとしましょう。そして、誰かが高速道路の入口であなたに後ろから追突します。ほとんどすぐに、事故はあなたが世界をどのように認識するかに影響を与え、その瞬間から、事故後の数ヶ月間、あなたはどの車の中でも不安を感じます。あなたは他のドライバーに対し

て過度に警戒し、他の車があなたの車線にドリフトしてくるか、またはあなたの後ろで安全な距離で停止しないと認識します。しばらくの間、あなたの安全の認識は侵食され、しばしば、信念が回復または再構築されるまで、補償行動（例：後ろの車が停止しているかどうかを確認するためにバックミラーを過度に見る）につながります。一部の個人は、トラウマ後、以前の信念システムに戻ることはなく、また、それらを再構築する方法を見つけることもありません—したがって、人生は安全ではないという世界観につながります。それでも、他の多くの個人は、安全の認識を支える核心的な信念を再構築することができます。

トラウマの前、最中、そして後の認知パターンには、多くの要因が寄与します。ベックと同僚の認知トライアドモデル（1979）を採用すると、トラウマは3つの主要な認知パターンを変えることができます：自己、世界（他者／環境）、そして未来に関する考えです。明確にするために、トラウマは、個人が自分自身を無能または損傷していると見なし、他者と世界を安全でなく予測不可能と見なし、そして未来を絶望的と見なす—個人的な苦しみが続くか、または予見可能な未来に否定的な結果が支配すると信じる—ことにつながる可能性があります（資料1.3-2参照）。その後、この一連の認知は、クライアントが内的なリソースと外的な支援を効果的に使用する能力への信念に大きな影響を与える可能性があります。認知行動的な観点から、これらの認知は、うつ病と不安症状の発症に持続的または寄与する双方向の関係を持っています。しかし、認知パターンが、衰弱させる心理的症状から保護するのに役立つことも可能です。トラウマの前、最中、そして後の認知パターンには、多くの要因が寄与します。

資料1.3-2：トラウマ的ストレスの認知トライアド



認知とトラウマ

以下の例は、トラウマ的ストレスへの反応として起こる可能性のある、認知的または思考プロセスの変化のいくつかの種類を反映しています。

認知的エラー：現在の状況を、それが遠隔的にでも以前のトラウマに似ているために危険と誤解すること（例：クライアントが、5年前にリップカレントで溺れかけた以前の経験のために、8インチの水の中でひっくり返ったカヌーに、まるで彼女と彼女のパドル仲間が溺れるかのように過剰反応すること）。

過剰または不適切な罪悪感：他の人々が同じトラウマを経験したが生き残らなかったために、責任を引き受けるか、またはサバイバーの罪悪感を持つことによって、トラウマ体験を認知的に理解し、コントロールを得ようと試みること。

理想化：加害者の行動の不正確な合理化、理想化、または正当化を示すこと、特に加害者が介護者であるか、またはあった場合。他の類似の反応は理想化を反映します。トラウマ的ボンディングは、対人関係のトラウマに従事する加害者とそ

の被害者の間で（一部は生存を確保するために）発達する感情的な愛着であり、ストックホルム症候群は人質取り犯への同情と忠誠心を含みます（de Fabrique, Van Hasselt, Vecchi, & Romano, 2007）。

トラウマ誘発性の幻覚または妄想：生物学的な起源であるにもかかわらず、トラウマの内容と一致する認知を含む幻覚と妄想を経験すること（例：バスに乗っている人が、子供の頃に彼女を繰り返し性的に虐待した父親であると信じる女性、なぜなら彼は父親がかつて履いていた靴に似た靴を履いていたから）。

侵入的な思考と記憶：警告や願望なしに、トラウマに関連する思考と記憶を経験すること。これらの侵入的な思考と記憶は、まるでトラウマが現在再発しているかのように、強い感情的および行動的な反応を容易に引き起こす可能性があります。侵入的な思考と記憶は急速に現れることがあり、フラッディングと呼ばれ、発生時に破壊的である可能性があります。個人が引き金を経験した場合、しばらくの間、侵入的な思考と記憶が増加するかもしれません。例えば、プログラムまたは臨床的な実践のために不注意に再トラウマ化された個人は、過去のトラウマの侵入的な思考が急増し、今何が起こっているか、そしてその時何が起こったかを区別することが困難になるかもしれません。カウンセリングがトラウマに焦点を当てるときはいつでも、クライアントがいくつかの侵入的な思考と記憶を経験する可能性が高いです。トラウマインフォームドおよびトラウマに特化した治療の提供中、できるだけ早く、そしてその間に、対処戦略を開発することが重要です。

違うと感じる

トラウマを経験することの不可欠な部分は、トラウマが個人的なものであったか、グループ的なものであったかにかかわらず、他人とは違うと感じることです。トラウマ体験は通常、非現実的に感じられ、日常生活の必要性と価値に挑戦します。サバイバーはしばしば、他人が自分の経験を完全に理解することはないと信じており、トラウマに関連する自分の感情、考え、反応を共有することは、期待に応えられないと考えるかもしれません。トラウマがどれほど恐ろしくても、トラウマの経験は通常、深遠です。

トラウマの種類は、個人がどのように違うと感じるか、または他人とは違うと信じるかを決定することができます。恥を生み出すトラウマは、しばしばサバイバーが他人からより疎外さ

れていると感じさせ、自分が「損傷した商品」であると信じるようになります。個人が自分の経験がユニークで理解不能であると信じるとき、彼らは、もし支援を求めるなら、同様の経験をした他の人々にのみ支援を求める可能性が高くなります。

引き金とフラッシュバック

引き金

引き金は、トラウマまたはトラウマ体験の特定の部分の記憶を引き起こす刺激です。あなたが事故後に車に短時間閉じ込められたと想像してみてください。そして、数年後、トイレの個室を使った後に鍵を外せなくなりました。個室からの他の脱出手段があったにもかかわらず、あなたは事故を彷彿とさせるパニックの急増を感じ始めたかもしれません。一部の引き金は簡単に特定され、予期されますが、多くは微妙で目立たず、しばしば個人を驚かせたり、不意を突いたりします。治療において、クライアントが潜在的な引き金を特定し、強い感情的な反応と引き金との間の関連を描き、そして引き金が発生したときにそれらの瞬間を管理するための対処戦略を開発するのを助けることが重要です。引き金は、トラウマ的な出来事のあらゆる感覚的な思い出です：騒音、匂い、温度、他の身体的な感覚、または視覚的な場面です。引き金は、どれほど遠隔的であっても、以前のトラウマに似ているか、またはそれを表すあらゆる特性に一般化することができます。例えば、トラウマが起こった場所を再訪すること、一人でいること、子供があなたがトラウマを経験したときと同じ年齢に達すること、あなたを噛んだ犬と同じ犬種を見ること、または大きな声を聞くことなどです。引き金は、しばしば、一日の時間、季節、休日、または記念日と関連しています。

カウンセラーへの助言：クライアントがフラッシュバックと引き金を管理するのを助ける

クライアントがセッション中または治療のある側面で引き金に引かれた場合、クライアントが今、ここで何が起こっているかに焦点を当てるのを助けます。つまり、グラウンディング技術を使用します。行動保健サービス提供者は、クライアントが再接地され、今何が起こっているかと過去に何が起こったかを区別できるように準備しておくべきです（グラウンディング技術の詳細については、Covington, 2008、およびNajavits, 2002b, 2007bを参照）。引き金とフラッシュバックの経験について教育を提供し、その後、これらの出来事を一般的なトラウマ的

ストレス反応として正常化します。その後、一部のクライアントは経験について議論し、なぜフラッシュバックや引き金が起こったのかを理解する必要があります。クライアントが引き金とトラウマ的な出来事との間の関連を描くのを助けることはしばしば役立ちます。これは、クライアントが特定の状況が再トラウマ化のリスクが高いことを予期し、支援を求めることを含む対処戦略の使用を必要とすることを可能にする予防的な戦略になる可能性があります。

出典：Green Cross Academy of Traumatology, 2010.

フラッシュバック

フラッシュバックは、あたかもその瞬間に実際に起こっているかのように、以前のトラウマ体験を再体験することです。それには、トラウマ中のクライアントの反応にしばしば似た反応が含まれます。フラッシュバック体験は非常に短く、通常は数秒しか続きませんが、感情的な余波は何時間も、あるいはそれ以上続くことがあります。フラッシュバックは一般的に引き金によって開始されますが、必ずしもそうではありません。時には、それらは青天の霹靂のように起こります。他の時には、特定の身体的な状態が、人がトラウマを再体験する脆弱性を高めます（例：疲労、高いストレスレベル）。フラッシュバックは、クライアントに侵入する短い映画のシーンのように感じることがあります。例えば、暑い、晴れた日に車のバックファイアを聞くことは、退役軍人が軍事パトロールに戻ったかのように反応するのに十分かもしれません。人々がトラウマを再体験する他の方法、フラッシュバック以外には、悪夢やトラウマの侵入的な思考を通じてです。

解離、離人症、および非現実感

解離は、人の思考、記憶、感情、行動、および／または自己の感覚の間のつながりを断ち切る精神的なプロセスです。私たちのほとんどは解離を経験したことがあります—特定の行動を思い出すか、または追跡する能力を失うこと（例：職場に到着したが、最後の数分間の運転を覚えていない）。解離は、人が自動的な活動に従事しており、彼のまたは彼女の即時の環境に注意を払っていないために起こります。解離はまた、個人が時間、空間、またはアイデンティティの歪みを負う、深刻なストレスまたはトラウマ中の保護的な要素として発生することもあります。これは、トラウマ的ストレス反応における一般的な症状です。

解離は、個人からの経験を遠ざけるのに役立ちます。深刻または発達上のトラウマを経験した人々は、生き残るために苦痛から自分自身を切り離すことを学んだかもしれません。時には、解離は非常に広範で、解離性同一性障害（DID；以前は多重パーソナリティ症として知られていた）のような精神障害の症状である可能性があります。DSM-5によると、「解離性障害は、意識、記憶、アイデンティティ、感情、知覚、身体表現、運動制御、および行動の正常な統合の崩壊および／または不連続性によって特徴づけられます」（APA, 2013a, p. 291）。解離性障害の診断は、深刻な小児期のトラウマまたは広範な、人為的な、意図的なトラウマの既往歴と密接に関連しています。例えば、強制収容所のサバイバーや、継続的な政治的投獄、拷問、または長期的な孤立の被害者が経験したようなものです。解離性障害とトラウマと働くことにかなりのトレーニングを持つ精神保健専門家、できれば、解離性障害の診断が疑われる場合には相談されるべきです。

解離の潜在的な兆候

- 固定された、または「うつろな」目
- 感情の突然の平坦化
- 長い沈黙の期間
- 単調な声
- 常同的な動き
- 現在の文脈または状況と一致しない反応
- 過度の知的化

（Briere, 1996a）

DIDの特性は、トラウマ体験の症状と見なされるのではなく、他の文化では一般的に受け入れられる経験である可能性があります。例えば、非西洋文化では、自分自身の中に別の存在がいるという感覚は、霊や先祖に取り憑かれていると解釈されるかもしれません（Kirmayer, 1996）。解離に関連する他の経験には、離人症—心理的に「自分の体を離れる」、まるで観察者として遠くから自分自身を見ているかのように、または非現実化を通じて、何が起こっているかが不慣れであるか、または現実ではないという感覚につながることが含まれます。

クライアントが解離の兆候を示す場合、行動保健サービス提供者は、この防御戦略を減らすのを助けるためにグラウンディング技術を使用できます。解離の主要な長期的な結果の一つは、強い感情的または身体的な反応と出来事を結びつけることの困難さです。しばしば、個人は、自分の反応の性質に触れていないため、自分が狂っていると信じているかもしれません。

クライアントに解離のレジリエントな性質について教育し、それが対処または検証するのを妨げることを強調することで、個人は解離の役割を理解し始めることができます。全体として、トラウマサバイバーと働く際には、強度レベルが解離反応を引き起こし、人がプロセスに従事するのを妨げないようにすることが重要です。

行動的

トラウマ的ストレス反応は大きく異なります。しばしば、人々は、余波、感情の強度、またはトラウマ体験の苦痛な側面を管理するために行動に従事します。一部の人々は、回避的、自己治療的（例：アルコール乱用）、強迫的（例：過食）、衝動的（例：高リスク行動）、および／または自傷的な行動を通じて、緊張やストレスを減らします。他の人々は、攻撃的であるか、またはトラウマの側面を無意識に再現することによって、自分の経験をコントロールしようとするかもしれません。

行動的な反応はまた、トラウマ体験の結果、またはそれから学んだものです。例えば、一部の人々は、あたかも現在の環境をコントロールできないかのように行動し、したがって、トラウマ後ずっと行動を起こしたり、決定を下したりすることに失敗します（学習性無力感）。トラウマの他の関連要素は、現在の活動に関連しています。例えば、デートレイプ後何年も、重要な関係における親密な瞬間を危険または安全でないと反応することによってです。以下のセクションでは、トラウマとトラウマ的ストレス反応の行動的な結果について議論します。

レジリエントな反応

多くの人々は、トラウマに対処し、反応し、治癒するための健康的な方法を見つけます。しばしば、人々は自動的に自分の価値観を再評価し、トラウマ後に何が重要かを再定義します。そのようなレジリエントな反応には以下が含まれます：

- 家族とコミュニティとの絆の増加。
- 再定義された、または増加した目的と意味の感覚。
- 個人的な使命へのコミットメントの増加。
- 改訂された優先順位。
- 増加した慈善活動とボランティア活動。

再演

トラウマの顕著な症状は、様々な方法でトラウマを再体験することです。再体験は、再演（文字通り、「やり直す」こと）を通じて起こる可能性があり、それによってトラウマサバイバーは、現在の生活において過去のトラウマを繰り返し追体験し、再現します。これは子供で非常に明らかであり、彼らは、2001年9月11日のワールドトレードセンターへのテロ攻撃のテレビ画像を見た後、おもちゃの飛行機をおもちゃの建物に衝突させるふりをして遊びます。再演を理解する試みは非常に複雑です。なぜなら、再演は様々な理由で起こるからです。時には、個人はそれらを習得するために過去のトラウマを再演します。再演の例には、様々な行動が含まれます：自傷行為、過度の性行動、危険な地域や他の高リスク行動での一人歩き、無謀な運転、または反復的な破壊的な関係への関与（例：虐待的または暴力的な人々と繰り返し恋愛関係になること）などです。

自傷および自己破壊的な行動

自傷は、傷害の重症度や自殺が意図されているかどうかに関わらず、意図的に自己に負わせたあらゆる種類の害です。しばしば、自傷は、圧倒的に見える感情的または身体的な苦痛に対処する試み、または解離または閉じ込められ、無力で、「損傷した」という深い感覚に対処する試みです（Herman, 1997; Santa Mina & Gallop, 1998）。自傷は、過去の小児期の性的虐待や他の形態のトラウマ、そして薬物乱用と関連しています。したがって、自傷に対処するには、クライアントが自傷を行う理由に注意を払う必要があります。おそらく、クライアントは、管理可能な量と方法で感情的または身体的な苦痛を認識し、対処するのに助けが必要です。

事例：マルコ

マルコ、30歳の男性は、2年間の不安症状の後、地元の精神保健センターで治療を求めました。彼は12年間、教会の活発なメンバーでしたが、約1年前に牧師に助けを求めたにもかかわらず、それ以来、牧師や教会との接触はないと報告しています。約3年前、彼の妻は自殺しました。彼は彼女をソウルメイトと表現し、彼女の行動や自分がどうすればそれを防げたかを理解するのが難しいと語ります。

初期のインテークで、彼は自殺後に妻を見つけた最初の人物であり、彼女の死以来、裏切り、傷つき、怒り、荒廃の感情を報告しました。彼はまた、眠るのが難しいこと、妻の反復的な夢を見ること、そして人間関係を避けることについても話しました。カウンセラーとの最初のセッションで、彼はカウンセラーが治療につなが

る出来事や不快感についてレビューし、話し始める機会を持つ前に、最初にカウンセラーを拒絶しました。

このシナリオでは、マルコは、別の拒絶や放棄を経験する前に他人を拒絶しようと試みることによって、彼の放棄の感情を再演している可能性が高いです。この状況では、カウンセラーは再演を認識し、行動を探求し、マルコの人生の他の状況で再演がどのように現れるかを検証する必要があります。

文献で報告されている自傷行動の中には、切ること、熱（例：タバコ）や腐食性の液体で皮膚を焼くこと、自己打撲するほど強く殴ること、頭を叩くこと、髪を引っ張ること、自己中毒、体の開口部に異物を挿入すること、過度の爪噛み、過度の引っ掻き、骨を折ること、肉を噛むこと、傷の治癒を妨げること、呼吸や血流を止めるために体の部分を縛ること、鋭利な物を飲み込むこと、そして自殺が含まれます。切ることと焼くことは、最も一般的な自傷の形態です。

自傷は、単一の成人のトラウマ（例：コミュニティ全体の災害や重大な自動車事故）を経験した人々よりも、繰り返されるおよび／または早期のトラウマ（例：幼少期の性的虐待）を経験した人々の間でより起こりやすい傾向があります。摂食障害、自傷、薬物乱用との間には強い関連性があります（Claes &Vandereycken, 2007; 議論については、Harned, Najavits, & Weiss, 2006を参照）。自己 mutilation はまた、境界性および演技性を含む多くのパーソナリティ症、そしてDID、うつ病、およびいくつかの形態の統合失調症の診断基準の一部であり、これらはトラウマ的ストレス反応と障害と併存する可能性があります。

自殺的な自傷と自殺的ではない自傷を区別し、これらの非常に深刻な危険の両方を慎重に評価し、管理することが重要です。自傷に従事するほとんどの人々は、自分自身を殺す意図でそうしているわけではありません（Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, & Putnam, 2003）—しかし、自傷は生命を脅かす可能性があり、治療的に管理されない場合、自殺性へとエスカレートする可能性があります。自傷は、注意を引くか、または他人を操作する方法であるかもしれませんが、ほとんどの場合そうではありません。薬物乱用、制限的または過食、無謀な自動車運転、または高リスクの衝動的な行動などの自己破壊的な行動は、自傷行動とは異なりますが、トラウマの既往歴を持つクライアントにも見られます。自己破壊的な行動は、自傷行動とは異なり、行動が個人に即時の否定的な影響を与えない可能性があるという点で異なります。それらは、短期的に死を引き起こす意図がないという点で、自殺行動とは異なります。

カウンセラーへの助言：自傷行為のあるクライアントとの協働

自傷、自己破壊的、または自殺もしくは他殺の念慮、意図、行動を示すクライアントと働く資格がない、または不快に感じるカウンセラーは、そのようなクライアントを他のカウンセラーに紹介するために、自分の機関やスーパーバイザーと協力すべきです。彼らは、そのようなクライアントを効果的かつ安全に管理する方法、そしてこれらの問題に関する自分の感情を管理する方法について、専門的なスーパービジョンを求めることを検討すべきです。以下の提案は、カウンセラーが自傷行為のあるクライアントと働くための十分なトレーニングと経験を持っていることを前提としています。自傷行為に従事するクライアントに適切に対応するためには、カウンセラーは以下のことをすべきです：

- 初期評価時および治療全体を通じて、クライアントの自傷および自殺のリスクをスクリーニングする。
- クライアントの自傷に対する視点と、それがどのように「助けになるか」を学ぶ。
- 自傷がしばしば感情的および／または身体的な苦痛の強度を管理するための対処戦略であることを理解する。
- クライアントに、自傷なしで感情を管理する能力を向上させる対処スキルを教える。
- クライアントが自殺または重度の自傷の真のリスクを管理するために必要なケアのレベルを得るのを助ける。これには、入院、より集中したプログラミング（例：集中外来、部分入院、居住治療）、またはより頻繁な治療セッションが含まれる場合があります。目標は、クライアントをできるだけ早く安定させ、その後、可能であれば、自傷および他の有害な衝動を管理するための対処戦略を開発することに治療を集中し始めることです。
- 他のチームメンバー、スーパーバイザー、そして必要であれば、法律の専門家と相談して、自傷行為のあるクライアントとの努力と概念化がベストプラクティスのガイドラインに適合しているかどうかを判断する。例えば、治療改善プロトコル（TIP）42『併存障害を持つ人々のための薬物乱用治療』（Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2005c）を参照してください。そのような相談と、それらの結果として下された決定を、徹底的かつ頻繁に文書化する。
- クライアントの薬物使用が自傷にどのように影響するかを特定するのを助ける。場合によっては、それは行動を増加させる可能性があります（例：アル

コールはクライアントを抑制し、その後、自傷する可能性が高くなる）。他の場合には、それは行動を減少させる可能性があります（例：ヘロインはリラクゼーションを誘発し、したがって、自傷への衝動を減らすことができる）。どちらの場合でも、クライアントがより適応的な対処を学ぶことができるように、物質からの禁酒が必要であることを理解するのを助け続ける。

- クライアントと協働して、安全感を創造する計画を立てる。個人は異なる方法でトラウマの影響を受けます。したがって、安全または安全な環境は、人によって全く異なる意味を持つかもしれません。クライアントに、彼または彼女にとって安全が何を意味するかを定義させる。

カウンセラーはまた、クライアントが常に携帯できる安全カードを準備するのを助けることもできます。カードには、カウンセラーの連絡先情報、緊急時に電話するための24時間対応のクライシス番号、必要なときに連絡できる支援的な個人の連絡先情報、そして適切であれば、救急医療サービスの電話番号が含まれる場合があります。カウンセラーは、クライアントと、カードの番号を使用することを正当化する可能性のある兆候や危機の種類について議論することができます。さらに、カウンセラーは、カードの情報が最新であることを確認するために、時々クライアントと確認するかもしれません。

TIP 50『薬物乱用治療における自殺念慮と行動への対処』（CSAT, 2009a）には、自殺クライアントに特化した安全協定の例があり、その使用についてより詳細に議論しています。安全協定が自殺の試みや死亡を防ぐのに効果的であるという信頼できる証拠はありません。自殺念慮と行動を持つクライアントのための安全協定は、自殺念慮と行動を持つ人々のための専門的なスクリーニング、評価、治療に伴う補助的な支援としてのみ使用されるべきです。安全計画や協定は、トラウマサバイバーによって、行動をコントロールする手段として認識され、その後、以前のトラウマ体験を再現または引き起こす可能性があることを心に留めておいてください。

すべての専門家—そして一部の州では、誰もが—自分自身または他者に差し迫った危険をもたらすクライアントに対して、倫理的および法的な責任を持つ可能性があります。臨床医は、彼らが実践する州の関連法と、関連する連邦および専門的な規制を認識しているべきです。

しかし、自傷行動と同様に、自己破壊的な行動も認識され、対処される必要があり、介入なしでは持続—または悪化—する可能性があります。

物質の消費

薬物使用は、しばしばトラウマ後に開始または増加します。早期回復中のクライアント—特にPTSDを発症するか、またはそれが再活性化されたクライアント—は、トラウマを経験すると、再発のリスクが高くなります。2001年9月11日の後、最初の2ヶ月で、タバコを吸ったり、アルコールを飲んだり、マリファナを使用したりしたニューヨーカーの居住者の4分の1以上（約265,000人）が、その消費を増加させました。増加は攻撃後6ヶ月続きました（Vlahov, Galea, Ahern, Resnick, & Kilpatrick, 2004）。薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA, Office of Applied Studies, 2002）による研究は、全国薬物使用・健康調査のデータを使用して、2001年の最初の3四半期と最後の四半期を比較し、第4四半期にニューヨーク都市圏の18歳以上の人々の間でアルコール使用の有病率が増加したことを報告しました。

ニューヨーク市の居住者で、現在または以前のコカインまたはヘロイン使用者であった人々へのインタビューは、6ヶ月以下クリーンであった多くの人々が、2001年9月11日の後に再発したことを示しました。他の人々は、収入を失い、習慣を支えられなくなった人々で、メサドンプログラムに登録しました（Weiss et al., 2002）。1995年のオクラホマシティ爆破事件の後、オクラホマ人は、通常のアルコール使用率の2倍、より多くのタバコを吸うこと、そして爆破後数ヶ月、さらには数年経っても喫煙を開始する発生率が高いことを報告しました（Smith, Christiansen, Vincent, & Hann, 1999）。

自己治療

Khantzianの自己治療理論（1985）は、乱用薬物がその特定の効果のために選択されることを示唆しています。しかし、PTSDまたはトラウマ症状に関連する特定の物質の使用の決定的なパターンはまだ現れていません。物質の使用は、どのトラウマ症状が個人にとって最も顕著であるか、そして個人が特定の物質にアクセスできるかなど、様々な要因に基づいて変わる可能性があります。未解決のトラウマは、しばしば、クライアントが自分自身で経験することを許さない感情の背後に潜んでいます。トラウマサバイバーにおける薬物使用と乱用は、自己治療し、それによってトラウマ体験に関連する困難な感情を避けるか、または置き換える方法である可能性があります。物質が離脱されると、サバイバーは、自己鎮静、自己治療、または感情

を避けるために他の行動を使用するかもしれません。同様に、感情は、不安と抑うつの形で禁酒後に現れる可能性があります。

回避

回避は、しばしば不安と一致し、不安症状の促進を伴います。個人は、不快な感情、記憶、または状況を軽減するために、人々、場所、または状況を避け始めます。最初は、回避は機能しますが、時間が経つにつれて、不安は増加し、状況が耐え難いか、または危険であるという認識も増加し、したがって、避ける必要性が高まります。回避は適応的である可能性がありますが、それはまた、その妥当性をテストせずに認識された危険を強化する行動パターンでもあり、通常、主要な生活領域全体でより大きな問題につながります（例：親密な関係における感情指向の会話を避けること）。トラウマ的ストレス反応を持つ多くの個人にとって、回避はありふれたことです。人は、事故を起こした道路を避けるために、5マイル長く運転するかもしれません。別の個人は、暴行の恐れから、または混雑した場所で起こった以前の暴行についての強い感情的な記憶を回避するために、混雑した場所を避けるかもしれません。回避は多くの形で現れることがあります。人々がトラウマ的な記憶に関連する強い感情に耐えられないとき、彼らは避け、投影し、またはトラウマ関連の感情的および認知的な経験を否定または歪めます。トラウマ回復における重要な要素は、引き金、記憶、感情を回避せずに管理することを学ぶことです—本質的に、トラウマ的な記憶と関連する症状に脱感作することです。

社会的／対人関係

TICの初期段階における重要な要素は、できるだけ早く、文化的に適切な活動を含む支援システムを確立、確認、または再確立することです。社会的支援と人間関係は、トラウマ的ストレスに対する保護要因となり得ます。しかし、トラウマは、トラウマが対人関係のものであったか、または他のタイプのものであったかにかかわらず、人間関係に大きな影響を与えます。トラウマを生き延びた個人と密接な関係や友情を持つ他の人々は、しばしば二次的なトラウマ化を通じて、またはサバイバーのトラウマ的ストレス反応を直接経験することによって影響を受けます—どちらもです。自然災害では、社会的およびコミュニティの支援は、初期の災害救援活動が衰退した後に、突然侵食され、再構築が困難になる可能性があります。

サバイバーは、家族、友人、または他の社会的支援に容易に頼るかもしれません—または、誰も理解してくれないか、信頼できないと信じているか、または自分のニーズを他人の負担として認識しているために、支援を避けるかもしれません。悪夢中の爆発を含む、強い感情的または身体的な反応を持つサバイバーは、自分の反応を予測できないか、または自分自身と他人

の安全を守れないという恐れから、さらに引きこもるかもしれません。しばしば、トラウマサバイバーは、彼らのストレス反応に恥を感じ、それが彼らの支援システムとリソースを適切に使用する能力をさらに妨げます。

多くの小児期の虐待と対人暴力のサバイバーは、重大な裏切りの感覚を経験しています。彼らはしばしば、信頼できる介護者や家族、または重要な関係を通じて、トラウマに遭遇しています。この裏切りの歴史は、ピアサポートやカウンセリングなど、回復における支援的な関係を築いたり、頼ったりすることを妨げる可能性があります。他人を信頼することへのこの恐怖は保護的ですが、それは他人とつながることの困難さと、行動保健サービス提供者を含む、他人の行動をより警戒して観察することにつながる可能性があります。誰かがあなたを傷つけ、利用し、または、最小限でも、あなたを失望させるという感情を乗り越えることは、非常に困難です。早期の裏切りは、愛着を築く能力に影響を与える可能性がありますが、支援的な関係の形成は、トラウマ的ストレスからの回復における重要な解毒剤です。

発達的

各年齢層は、災害のストレスに対して独自の方法で脆弱であり、子供と高齢者が最もリスクが高いです。幼い子供は、一般化された恐怖、悪夢、高まった覚醒と混乱、そして身体的な症状（例：胃痛、頭痛）を示すかもしれません。学齢期の子供は、攻撃的な行動や怒り、より若い年齢で見られる行動への退行、反復的なトラウマ的な遊び、集中力の欠如、そして学校の成績の悪化などの症状を示すかもしれません。思春期の若者は、うつ病と社会的な引きこもり、反抗、性的な行動などの危険な活動の増加、復讐と行動指向の反応への願望、そして睡眠と食事の障害を示すかもしれません（Hamblen, 2001）。成人は、睡眠障害、興奮の増加、過度の警戒心、孤立または引きこもり、そしてアルコールや薬物の使用増加を示すかもしれません。高齢者は、引きこもりと孤立の増加、家を出ることへの reluctance、慢性疾患の悪化、混乱、うつ病、そして恐怖を示すかもしれません（DeWolfe & Nordboe, 2000b）。

神経生物学的発達：早期小児期トラウマの結果

発達心理生物学の発見は、早期の虐待の結果が脳の発達に持続的な悪影響を及ぼすことを示唆しています（DeBellis, 2002; Liu, Diorio, Day, Francis, & Meaney, 2000; Teicher, 2002）。研究によれば、早期のトラウマおよび／または虐待によって引き起こされる一連の出来事の第一段階は、神経伝達物質として機能する化学物質（例：コルチゾール、ノルエピネフリン、ドーパミン）の破壊を含み、ストレス反

応の増加を引き起こします（Heim, Mletzko, Purselle, Musselman, & Nemeroff, 2008; Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008; Teicher, 2002）。これらの化学的反応は、その後、小児期の発達の特定の感受性の高い期間における重要な神経成長に悪影響を及ぼし、細胞死につながることさえあります。

有害な脳の発達はまた、前頭前皮質（Meaney, Brake, & Gratton, 2002）など、他の脳領域における成熟の失敗に寄与することによって、コルチゾールとカテコールアミンのレベルの上昇からも生じる可能性があります。Heim, Mletzko et al.（2008）は、社会的所属と支援、愛着、信頼、そしてストレスと不安の管理に重要な神経ペプチドであるオキシトシンが、特に感情的虐待を経験した女性において、小児期の虐待に曝露された女性の脳脊髄液で著しく減少していることを見出しました。人が経験した小児期のトラウマが多ければ多いほど、そしてその期間が長ければ長いほど、その人の現在のオキシトシンレベルは低くなる可能性が高く、現在の不安の評価は高くなる可能性が高くなりました。

有害な小児期体験研究のデータを用いたAnda, Felitti, Brown et al.（2006）による分析は、感情、身体、薬物乱用、記憶、性的、そして攻撃関連の領域における否定的な結果のリスクが、8つのACEsの尺度でのスコアが増加するにつれて増加することを確認しました。研究者たちは、研究スコアとこれらの結果との関連が、発達中の脳への累積的なストレスへの曝露の影響、そして複数の脳構造と機能に見られる結果として生じる障害の理論的な並行として機能すると結論付けました。

国立子どもトラウマティックストレスネットワーク（http://www.nctsn.org）は、小児期の虐待、ストレス、そしてトラウマを受けた子供たちの生理的反応に関する情報を提供しています。資料は、カウンセラー、教育者、親、介護者のために利用可能です。軍人家族の子供たちのニーズと、自然災害が子供たちの精神保健に与える影響に関する特別なセクションがあります。

診断閾値下のトラウマ関連症状

多くのトラウマサバイバーは、ASDまたはPTSDの診断基準を満たさないにもかかわらず、正常に機能する能力（例：感情状態の調整、安定したやりがいのある社会的および家族関係の維持、仕事での有能な機能、回復における安定した禁酒パターンの維持）を制限する症状を経験します。これらの症状は、一過性で、特定の文脈でのみ現れるか、数週間または数ヶ月間現れては消えたり、または個人の通常の機能パターンの一部であったりする（しかし、DSM-5の診

断基準のレベルには達しない）ことがあります。しばしば、これらのパターンは「診断閾値下の」トラウマ症状と呼ばれます。

PTSDと同様に、症状はうつ病、不安、または他の精神疾患として誤診されることがあります。同様に、トラウマを経験したクライアントは、自分の症状の一部をトラウマと結びつけ、その障害のすべての基準を満たしていなくても、自分自身をPTSDと診断するかもしれません。

戦闘ストレス反応

戦争に特有の現象であり、カウンセラーがよく理解する必要があるものに、戦闘ストレス反応（CSR）があります。CSRは、軍事紛争や戦争、そして戦域として知られる戦争地帯での他の作戦に参加している最中または直後に起こる急性不安反応です。CSRは正式な診断ではなく、DSM-5にも含まれていません（APA, 2013a）。それは急性ストレス反応に似ていますが、誘発する出来事または出来事が軍人（そして出来事に曝露された民間人）に武力紛争の状況で影響を与えるという点で異なります。「戦闘ストレス反応」および「心的外傷後ストレス症(PTSD)」という用語は比較的新しく、これらの新しい用語を使用する意図は、戦闘関連のストレスの独自の経験に注意を喚起するとともに、PTSDのために行動保健サービスを求めることに関連する可能性のある恥を減らすことです（退役軍人と戦闘ストレス反応に関する詳細情報については、計画中のTIP『退役軍人および軍人家族における再統合関連の行動保健問題』を参照してください。SAMHSA, 計画中f）。

ストレスが戦闘でより効果的に機能するための個人の身体的および心理的なリソースを動員する一方で、ストレスへの反応は実際の危険が終わった後も長く続く可能性があります。他のトラウマと同様に、出来事の性質、他者の反応、そしてサバイバーの心理的既往歴とリソースが、CSRの可能性と重症度に影響を与えます。戦闘退役軍人にとっては、これは脅威要因の数、強度、期間、退役軍人部隊の仲間からの社会的支援、軍務員の感情的および認知的なレジリエンス、そして軍事指導者の質に翻訳されます。CSRは、管理可能で軽度なものから、衰弱させ、深刻なものまで様々です。CSRの一般的で、それほど深刻ではない症状には、緊張、過度の警戒心、睡眠障害、怒り、集中困難が含まれます。治療されない場合、CSRはPTSDにつながる可能性があります。

CSRの一般的な原因は、反乱軍の小火器による直接攻撃や、即席爆発装置によって打たれる軍の護送隊のような出来事ですが、戦闘ストレッサーは、重傷を見たり、他の人が死ぬのを見たり、あいまいな状況で即座に決定を下したり（例：爆発物を持つ反乱軍か、別の地域に旅行している家族かを判断するために軍の検問所に向かってスピードを出す車両を判断する必要がある）するなど、多様なトラウマ化させる出来事を網羅しています。そのような状況は、戦闘ストレスにつながる可能性があります。軍人はまた、非戦闘的な立場（例：医療および管理職）

でも勤務しており、これらの支援的な役割を担う人員は、近接またはその結果を目撃することによって戦闘状況に曝露される可能性があります。

事例：フランク

フランクは36歳の男性で、バーの外での喧嘩でひどく殴られました。彼は骨折、脳震盪、下腹部の刺し傷を含む複数の怪我を負いました。彼は3.5週間入院し、仕事に戻ることができず、倉庫のフォークリフトオペレーターとしての職を失いました。数年間、無力で圧倒されていると感じる状況に直面すると、フランクは、他人には状況に全く不釣り合いに見える暴力的な怒りで反応しました。彼はほぼ3年間飲酒していませんが、怒りの発作は続き、年に3回から5回起こります。それらは、フランクを他の人々からさらに孤立させ、彼を愛する人々から疎外されていると感じさせます。彼は、暴力的な怒りを描いた特定のテレビ番組を見ることができないと報告します。そのような場面が現れると、彼は見るのをやめなければなりません。彼は時々、彼を暴行した人々への復讐を空想します。

精神科および神経科の評価では、フランクの怒りの発作の原因は明らかになりません。これらの症状以外に、フランクはアルコールからの禁酒において順調に進んでいます。彼は定期的に支援グループに出席し、同様に禁酒している友人を得て、彼の出身家族と和解しました。彼の結婚はより安定していますが、怒りのエピソードは、妻が関係に完全にコミットする意欲を制限します。カウンセリングでトラウマ的な出来事を語る際に、フランクは、特に刺されたことに気づいたときに、喧嘩の結果として死ぬと思ったと認めます。彼が自分の経験を説明すると、彼は非常に不安になり始め、カウンセラーは怒りが現れ始めるのを観察しました。

最初の評価の後、フランクは、彼の準臨床的トラウマ症状に対処するためにトラウマに特化した介入を提供する外来プログラムに紹介されました。認知行動カウンセリング、EMDR、怒り管理技術の組み合わせで、彼は暴行を思い出したときに症状が徐々に減少するのを見ました。彼は、トラウマの記憶が現れたときに、閉じ込められ、無力で、または圧倒されていると感じたときに、怒りをよりコントロールできるようになりました。今日、閉じ込められ、無力で、または圧倒されていると感じたとき、フランクは対処するためのリソースを持っており、彼の怒りが彼の結婚や他の人間関係に干渉することを許しません。

カウンセラーへの助言：戦闘ストレスの性質の理解

カウンセラーが戦闘ストレスと配備後の調整の理解を深めるのに役立ついくつかの情報源が利用可能です。Friedman（2006）は、戦争地帯で適応的な長引く戦闘準備態勢が、家庭では過度の警戒心と過保護になる方法を説明しています。彼は、「戦闘部隊に必然的に必要な相互依存、信頼、愛情」（p. 587）が、民間人の職場での家族や同僚との関係とは異なるという点を指摘します。これは、民間生活への移行を複雑にします。『Wheels Down: Adjusting to Life After Deployment』（Moore & Kennedy, 2011）は、非現役または現役の軍人および退役軍人を含む、軍務員が戦域から家庭への移行を調整するための実践的な助言を提供します。

以下は、戦闘関連の心理的およびストレス問題に焦点を当てた多くのリソースと報告書のほんの一部です：

- 『Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery』（Tanielian & Jaycox, 2008）
- 『On Killing』（Grossman, 1995）、戦闘の心理的力学の詳細な分析
- 『Haunted by Combat』（Paulson & Krippner, 2007）、予備役および州兵部隊と女性退役軍人に関する特定の章を含む
- 『Treating Young Veterans: Promoting Resilience Through Practice and Advocacy』（Kelly, Howe-Barksdale, & Gitelson, 2011）

特定のトラウマ関連精神障害

トラウマの定義の一部は、個人が強烈な恐怖、無力感、または恐怖で反応することです。それを超えて、短期的および長期的な両方で、トラウマは、正常（例：集中できない、悲しいと感じる、眠れない）から、トラウマ関連の精神障害の診断を正当化するまでの範囲の反応で構成されます。トラウマを経験するほとんどの人々は、持続的な障害となる影響を持っていません。彼らの対処スキルと周りの人々の支援は、彼らの困難を克服し、時間が経つにつれて日常生活で機能する能力が損なわれることがないようにするのに十分です。しかし、他の人々にとっては、トラウマの症状はより深刻で、より長く続きます。トラウマに関連する最も一般的な

診断はPTSDとASDですが、トラウマはまた、他の精神障害—特に物質使用障害、気分障害、様々な不安障害、そしてパーソナリティ症—の発症とも関連しています。トラウマはまた、既存の障害の症状を悪化させることもあり、精神障害に素因のある人々にとっては、トラウマがその発症を引き起こす可能性があります。精神障害は、トラウマへの曝露とほぼ同時に起こるか、またはその後しばらくして現れることがあります。

急性ストレス症（ASD）

ASDはストレスへの正常な反応を表します。症状はトラウマ後4週間以内に発症し、重大なレベルの苦痛を引き起こす可能性があります。急性ストレス反応を持つほとんどの個人は、さらなる障害やPTSDを発症することはありません。急性ストレス症は、慢性的なトラウマ的ストレスへの長期的な曝露の経験よりも、一つの特定のトラウマの経験と高く関連しています。診断基準は資料1.3-3に示されています。

急性ストレス反応を持つ個人の主要なプレゼンテーションは、しばしば、トラウマ的な経験によって圧倒されているように見える誰かのそれです。経験について話す必要性は、クライアントを自己中心的で、他人のニーズに無関心に見せることがあります。彼または彼女は、経験の意味を理解する努力の中で、何が起こったかを反復的に、詳細に説明する必要があるかもしれませんし、または何が起こったかを理解しようとすることに執着しているように見えるかもしれません。クライアントはしばしば過度に警戒し、トラウマの思い出である状況を避けます。例えば、交通量の多い場所での重大な自動車事故に遭った誰かは、一定期間、車に乗ったり、交通量の多い場所で運転したりすることを不安に感じ、避けるかもしれません。トラウマに対する部分的な健忘はしばしばASDに伴い、個人は詳細を埋めるために他の人に繰り返し質問するかもしれません。ASDの症状を持つ人々は、時々、出来事が彼らの覚えている方法で起こったこと、彼らが「狂っていない」か「正気を失っていない」こと、そして彼らが出来事を防ぐことができなかったことについて、他人からの保証を求めます。次の事例は、ASDの時間限定的な性質を示しています。

資料1.3-3：ASDのDSM-5診断基準

A. 以下のいずれかの方法で、実際のまたは脅威的な死、重傷、または性的暴力への曝露：

1. トラウマ的な出来事を直接経験する。
2. それが起こったときに、直接、出来事を目撃する。
3. 近親者または親友に出来事が起こったことを知る。注：近親者または友人の実際のまたは脅威的な死の場合、出来事は暴力的または偶発的でなければならない。
4. トラウマ的な出来事の不快な詳細に繰り返しまたは極端に曝露される（例：人骨を収集する初期対応者、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警察官）。注：この曝露が仕事関連でない限り、電子メディア、テレビ、映画、または写真を通じた曝露には適用されない。

B. トラウマ的な出来事が起こった後、侵入、否定的な気分、解離、回避、覚醒の5つのカテゴリのいずれかから、以下の9つ（またはそれ以上）の症状の存在、開始または悪化：

侵入症状：

1. トラウマ的な出来事の再発性、非自発的、侵入的な苦痛な記憶。注：子供では、トラウマ的な出来事のテーマや側面が表現される反復的な遊びが起こる可能性がある。
2. 夢の内容および／または感情が（単数の）出来事に関連する再発性の苦痛な夢。注：子供では、認識可能な内容のない恐ろしい夢があるかもしれない。
3. 解離反応（例：フラッシュバック）、その間、個人はトラウマ的な出来事が再発しているかのように感じたり、行動したりする。そのような反応は連続体上で起こる可能性があり、最も極端な表現は現在の周囲の認識の完全な喪失である。注：子供では、トラウマに特化した再現が遊びで起こる可能性がある。
4. トラウマ的な出来事の側面を象徴または類似する内部または外部の手がかりへの反応における、強烈または長期の心理的苦痛または顕著な生理的反応。]

否定的な気分：

5. 肯定的な感情を経験する持続的な不能（例：幸福、満足、または愛情のある感情を経験する不能）。

解離症状：

6. 自分の周囲または自分自身の現実感の変化した感覚（例：他人の視点から自分自身を見る、ぼーっとしている、時間が遅く感じる）。
7. トラウマ的な出来事の重要な側面を思い出す不能（通常、解離性健忘のためであり、頭部外傷、アルコール、または薬物などの他の要因のためではない）。

回避症状：

8. トラウマ的な出来事に関する、または密接に関連する苦痛な記憶、考え、または感情を避ける努力。
9. トラウマ的な出来事に関する、または密接に関連する苦痛な記憶、考え、または感情を呼び起こす外部の思い出（例：人々、場所、会話、活動、物、状況）を避ける努力

覚醒症状：

10. 睡眠障害（例：入眠困難または維持困難、落ち着きのない睡眠）。
11. 易怒性行動と怒りの爆発（ほとんどまたは全く挑発なしに）、通常は人々や物に対する言葉または身体的な攻撃として表現される。
12. 過度の警戒心。
13. 集中困難。
14. 誇張された驚愕反応。

C. 障害（基準Bの症状）の持続期間は、トラウマ（心的外傷）体験の後、3日から1ヶ月である。
注：症状は通常、トラウマの直後に始まるが、この障害の診断基準を満たすためには、少なくとも3日間から最長1ヶ月間持続することが必要である。

D. その障害が、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、あるいは他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

E. その障害は、物質（例：医薬品やアルコール）の生理学的作用や、他の医学的疾患（例：軽度外傷性脳損傷）によるものではなく、短期精神病性障害では、よりうまく説明されるものではない。

出典：APA, 2013a, pp. 280–281.

ASDとPTSDの違い

診断上の見立てを立てる際には、ASD（急性ストレス症）とPTSD（心的外傷後ストレス症）の違いを考慮することが重要です。主な違いは、症状が持続している期間です。ASDはトラウマ的な出来事の後、2日から4週間で治まるのに対し、PTSDは4週間を超えて持続します。出来事から最初の4週間以内に状態が認められ、かつ症状が4週間を超えて持続する場合、ASDの診断はPTSDの診断に変わり得ます。

また、ASDの診断には、侵入症状、陰性気分、解離、回避、過覚醒という5つのカテゴリーに含まれる14の症状のうち9つが必要であるという点でも、ASDはPTSDと異なります。これらの症状は、トラウマの時点またはその後の1ヶ月間に起こり得ます。研究によれば、トラウマ時の解離はその後のPTSDの良好な予測因子であることが示されており、そのため（ASDの診断基準に）解離症状が含まれていることで、ASDを発症した人が後にPTSDと診断される可能性が高くなります（Bryant & Harvey, 2000）。さらに、ASDは一過性の障害であり、人の人生において比較的短期間存在するだけで、その後は過ぎ去ることを意味します。対照的に、PTSDは通常、個人の人生における主要な特徴となります。長期間にわたって、PTSDはクライアントの安全に対する認識、将来への希望、他者との関係、身体的健康、精神医学的症状の出現、そして物質使用および乱用のパターンに深刻な影響を及ぼし得ます。

PTSDとASDには共通の症状があり、未治療のASDはPTSDの素因となり得ますが、ASDを持つ人の大半がPTSDを発症する傾向にあるかどうかは分かっていません。PTSDと同様に、ASDも男性より女性に多く見られるという示唆があります（Bryant & Harvey, 2003）。しかし、PTSDを持つ人の多くは、PTSDの治療を求めたり診断を受けたりする前に、急性ストレス症状の診断や既往を自覚していません。

ASDに対する効果的な介入は、その後のPTSD発症の可能性を著しく減少させることができます。ASDの効果的な治療は、うつ病、不安症、解離性障害、強迫行動といった他の併存する問題の発生率を低下させることもできます（Bryant & Harvey, 2000）。ASDへの介入はまた、個人

が対処スキル（コーピングスキル）を身につけるのを助け、そのスキルは後のトラウマ体験後のASDの再発を効果的に防ぐことができます。

ASDとPTSDに関する予測科学は今後も発展を続けるでしょうが、どちらの障害も薬物使用の増加、精神障害、そして再発リスクの増大と関連しています。したがって、これらの障害を持つすべてのクライアントにとって、ASDとPTSDの効果的なスクリーニングが重要です。十分に習熟した対処スキルがなく、環境的な支援も不足し、すでに高いレベルの不安を抱えている回復初期の人々は、特にASDになりやすいのです。通常であれば生活に支障をきたすほどではない出来事が、強い無力感や恐怖、感覚の麻痺や離人症、生活に支障をきたすほどの不安、そして日常生活の出来事に対処できなくなるといった症状を引き起こすことがあります。カウンセラーは、その症状をクライアントの変化への意欲の欠如や、（薬物乱用からの回復過程にある人々の）「ドライ・ドランク（飲酒はしていないが、依存症の思考や行動パターンが残っている状態）」であること、あるいは操作的な態度などのせいにするのではなく、ASDを認識し、それを治療することができなければなりません。

ケーススタディ：シーラ

2ヶ月前、55歳の既婚女性であるシーラは、故郷で竜巻を経験しました。前年には、治療プログラムの助けを借りて長年のマリファナ使用問題に取り組み、約6ヶ月間禁欲していました。シーラはその禁欲を誇りに思っており、それを続けたいと望んでいました。彼女はそれを個人の成熟の証とみなし、夫との関係も改善され、禁欲の結果として彼らの事業も繁栄していました。

竜巻の最中、ある従業員の報告によると、シーラは非常に興奮し、アシスタントを掴んで大きなテーブルの下に引きずり込んで避難させました。シーラはアシスタントに向かって、自分たちは死ぬだろうと繰り返し叫んでいたそうです。嵐の後、シーラはその出来事中の自身の行動のいくつかの詳細を思い出すことができませんでした。さらに、シーラは嵐の後、まるで自分の体から浮き出て外から自分自身を見ているかのように麻痺した感覚を覚えたと言いました。彼女は、何も現実感がなく、すべてが夢のようだったと述べています。

竜巻の後、シーラは約2週間、親しい人々に対しても感情的な麻痺と孤立を経験しました。症状は徐々に強度を弱めましたが、それでも彼女の生活を乱しました。シーラは、何の脈絡もない嵐の映像や夢を経験したと報告しており、彼女には意味が分かりませんでした。彼女は15年間その場所で事業を続けていたにもかかわらず、嵐の際にいた建物に戻ることを嫌がりました。さらに、眠る助けになるという理由で、再びマリファナを吸い始めました。彼女は非常にいらだちやすく、夫や子供、他の家族に対して、普段とは異なる怒りの爆発を見せるようになりました。

以前の治療プログラムとの接触の結果、シーラはそのプログラムに戻り、彼女の急性ストレス反応に焦点を当てた心理教育的、支持的なカウンセリングを受けまし

た。彼女はマリファナからの禁欲を再開し、間もなく正常な機能レベルに戻りました。彼女の症状は3週間にわたって徐々に減少し、カウンセラーの助けを借りて、トラウマと再発との関連を理解し、配偶者からの支援を再び得て、再び自分の人生をコントロールできると感じるようになりました。

事例紹介：マイケル

マイケルは62歳のベトナム帰還兵です。離婚歴があり、2人の子供と4人の孫がいます。両親は二人ともアルコール依存症でした。彼は自身の幼少期を孤立したものだったと語ります。父親から身体的・心理的虐待を受けました（例えば、足や背中、臀部にみみず腫れができるまで鞭で打たれるなど）。10歳になる頃には、両親から手に負えないと見なされ、6ヶ月間、少年院に送られました。15歳までには、マリファナ、幻覚剤、アルコールを使用するようになり、頻繁に学校をさぼっていました。

19歳のとき、マイケルは徴兵されてベトナムに送られ、そこで6人の米兵の死を目撃しました。ある出来事では、塹壕で隣にいた兵士が撃たれました。まだ意識のあるその兵士に話しかけながらも、マイケルは無力感を覚えました。ベトナムで、マイケルはアルコールとマリファナの両方の使用量を増やしました。米国に帰国後も、飲酒とマリファナの使用を続けました。彼はもう一度軍務に服するために再入隊しました。

30代前半になると、定職に就き、支えてくれる友人もいて、比較的安定した家庭生活を送っていたため、彼の生活は安定しました。しかし、30代後半に離婚。その後すぐに再婚しましたが、その結婚生活も離婚に終わりました。彼は慢性的に不安で抑うつ状態にあり、不眠と頻繁な悪夢に悩まされていました。周期的にアルコールを過剰摂取することもあありました。彼は空虚感を訴え、自殺を考え、人生に目的がないと頻繁に口にしていました。

1980年代、マイケルは気分変調症のため数年間の精神科治療を受けました。彼は2度入院し、1年間の外来精神療法を受けました。1990年代半ば、彼は同様の症状で再び外来治療を受け、PTSDと気分変調症と診断されました。その頃には、彼はもうマリファナを使用せず、飲酒も稀になっていました。アルコールや他の薬物を使うと感情がコントロールできなくなるように感じるため、それらを使ったときの感覚がもはや好きではないと報告しました。マイケルは、過覚醒、侵入（侵入的記憶、悪夢、ベトナムに関する頭から離れない考え）、そして回避（他者から孤立し、「麻痺したように」感じること）の症状を報告しました。彼は、これらの症状が自身の幼少期の虐待とベトナムでの経験に関連しているようだと述べました。治療の

中で、彼は自身の症状と過去の経歴との関連性を今では理解できたことに、安堵の気持ちを表しました。

心的外傷後ストレス症（Posttraumatic Stress Disorder）

トラウマ関連障害の中で最も注目されるのがPTSDです。これは最も一般的に診断されるトラウマ関連障害であり、その症状は時間とともに非常に衰弱させるものとなり得ます。それにもかかわらず、PTSDの症状は、大うつ病性障害（MDD）、不安障害、精神病性障害など、他の多くの精神疾患にも見られることを覚えておくことが重要です（Foa et al., 2006）。DSM-5（APA, 2013a）では、PTSDの4つの症状クラスター（症状群）を特定しています。それは、「侵入症状の存在」「刺激の持続的回避」「認知と気分の陰性の変化」「覚醒と反応性の著しい変化」です。診断には、個人が実際のまたは脅威的な死、重傷、あるいは性的暴力に曝されたことが必要であり、その症状が4週間以上にわたって著しい苦痛と機能障害を引き起こしていなければなりません（資料1.3-4）。

特定の特性が、人々をPTSDになりやすくさせます。それには、トラウマに曝された際に個人が持つ特有の脆弱性、トラウマの時点およびトラウマ関連症状の発現時に他者から受けた支援（あるいは支援の欠如）、そしてその人の周囲の人々がトラウマ的出来事の性質をどのように評価するかといったことが含まれます（Brewin, Andrews, & Valentine, 2000）。

PTSDを持つ人々は、しばしば多様な臨床像や経歴を示します。彼らは環境的な引き金によって症状が活性化され、その後しばらくの間、症状が後退することがあります。PTSDを持つ人の中には、主に精神医学的症状（特にうつ病や不安）を示すために、誤診され、本来の病状に対する治療を受けられないままになる人もいます。多くの人々にとって、トラウマ体験とその診断は、併存する物質使用障害の症状によって覆い隠されてしまいます。PTSDの重要な特徴は、この障害がその個人の人生の方向性を決定づける特徴となることです。その人がどれだけうまく働けるか、誰と付き合うか、親密な人間関係の性質、楽しんだり元気を回復したりする能力、そして人生の問題に立ち向かい解決していく方法といったことすべてが、クライアントのトラウマ体験と、回復しようとするその人の苦闘によって影響を受けます。

資料1.3-4：PTSDに関するDSM-5診断基準

注： 以下の基準は、成人、青年、および6歳を超える小児に適用されます。6歳以下の小児については、DSM-5の「6歳以下の小児の心的外傷後ストレス症」の項を参照してください（APA, 2013a）。

A. 実際にまたは危うく死に直面する、重傷を負う、または性的暴力を受ける出来事への曝露

以下の1つ（またはそれ以上）の様式で存在する：

- 心的外傷的出来事を直接体験する。
- 他者に起こった出来事を、その場で直接目撃する。
- 近親者または親友に心的外傷的出来事が起こったことを知る。
  （近親者や友人が実際に死亡した、または死の危険にさらされた場合、その出来事は暴力的または偶発的なものでなければならない。）
- 心的外傷的出来事の不快な詳細に、反復的にまたは極端に曝される。
  例：遺体を収容する緊急対応要員、児童虐待の詳細に繰り返し曝される警察官。

注： 基準A4は、その曝露が仕事に関連したものでない限り、電子媒体、テレビ、映画、または写真による曝露には適用されない。

B. 侵入症状（出来事の後に始まる）

以下のうち1つ（またはそれ以上）が存在する：

- 反復的・不随意的・侵入的で苦痛な記憶
- 反復的で苦痛な夢
- 解離反応（フラッシュバック）
- 出来事を想起させるきっかけに対する強烈または長引く心理的苦痛
- 出来事を想起させるきっかけに対する著しい生理学的反応

C. 持続的な回避

以下の1つまたは両方：

- 苦痛な記憶、思考、感情の回避
- 苦痛を呼び起こす外部の想起刺激の回避

D. 認知と気分の陰性の変化

以下の2つ（またはそれ以上）：

- 出来事の重要な側面を想起できない（解離性健忘）
- 持続的で過剰な否定的な信念や予想
- 出来事の原因や結果について歪んだ認知
- 持続的な陰性の感情（恐怖、罪悪感など）
- 重要な活動への興味または参加の減退
- 他者からの孤立感または疎外感
- 陽性の感情を体験できない

E. 覚醒度と反応性の変化

以下の2つ（またはそれ以上）：

- 易怒的な行動および怒りの爆発

- 無謀または自己破壊的な行動
- 過度の警戒心
- 過剰な驚愕反応
- 集中困難
- 睡眠障害（入眠困難、中途覚醒など）

F. 持続期間
- B、C、D、Eの症状が1ヶ月以上持続

G. 機能障害
- 臨床的に意味のある苦痛または機能障害

H. 他の要因によらない
- 物質や医学的疾患によるものではない

特定基準：解離症状を伴う場合
- 離人感
- 現実感喪失

注： 解離症状は物質や他の疾患によるものではない。

特定基準：遅延顕在型
- 出来事から少なくとも6ヶ月後に診断基準をすべて満たす場合

出典： APA, 2013a, pp. 271–272.

心的外傷後ストレス症（PTSD）：症状の発現時期

成人の場合、PTSDの症状は通常、トラウマ体験から3ヶ月以内に発症しますが、人によっては症状が現れるまでに数ヶ月、あるいは数年の遅れが生じることがあります。トラウマ体験後に最小限の症状しか見られなかった人が、後年になって危機的状況を経験することもあります。トラウマの症状は、元のトラウマに関する意識的な記憶がなかったり、明白なきっかけがなかったりしても、突然現れることがあります。小児期に虐待を受けたサバイバーは、成人になってから起こった出来事が引き金となり、遅れて反応が出ることがあります。例えば、児童虐待に関する映画を観ることが、トラウマに関連した症状の引き金になることがあります。その他の引き金としては、トラウマの現場に戻ること、何らかの形でそれを思い出させられること、あるいはその出来事の記念日を迎えることなどが挙げられます。同様に、戦闘体験を持つ

退役軍人や地域社会全体に及ぶ災害のサバイバーは、トラウマ直後はうまく対処しているように見えても、後の生活状況が安定したように思える時期になってから症状が現れることがあります。薬物乱用からの回復過程にあるクライアントの中には、一定期間断薬（禁酒）を維持して初めて、トラウマの症状を経験し始める人もいます。緊張を緩和したり自己治療的に用いたりしていた行動を減らすにつれて、トラウマの記憶や症状が表面化することがあるのです。

カウンセラーへの助言：遅延性のトラウマ反応を示すクライアントを支援するために

遅延性のトラウマ反応を経験しているクライアントに対し、カウンセラーが以下の点を支援することは有益です。

- トラウマとなった出来事があったことを（クライアントが）認められるような環境を作ること。
- 自分がトラウマ反応を示していると最初に思い出したことや、そうではないかと疑い始めた時のことについて話し合うこと。
- 遅延性のトラウマ反応について知識を得ること（クライアントが学べるように支援する）。
- トラウマと、現在現れているトラウマ関連症状とを結びつけること。
- 安全な環境を作ること。
- クライアントの支援体制（サポートシステム）について確認し、必要に応じて強化すること。
- 引き金（トリガー）が、遅延性の反応を含むトラウマ性ストレス反応に先行しうることを理解すること。
- 自身の引き金（トリガー）を特定すること。
- 症状を乗りこなし、管理するための対処戦略（コーピングストラテジー）を身につけること。

文化と心的外傷後ストレス

文化横断的な研究は限られていますが、PTSDは東南アジア、南米、中東、アメリカ先住民のサバイバーにおいて確認されています（Osterman & de Jong, 2007; Wilson & Tang, 2007）。しかし、StammとFriedman（2000）が指摘するように、単にPTSDが観察されるからといって、それが「非西洋圏の人々の心的外傷後苦痛を特徴づけるための最良の概念的ツール」であるとは限りません（p. 73）。実際、他の文化圏で見られるトラウマ関連症状の多くは、DSM-5の診断基準に当てはまりません。これらには、身体的・心理的症状や、トラウマ的出来事の原因や

本質に関する信念などが含まれます。さらに、宗教的・精神的な信念は、サバイバーがトラウマ的出来事をどのように経験するか、またその苦痛を報告するかどうかに影響を与える可能性があります。例えば、カルマ（業）に対する考え方や退役軍人の美化が主流である社会では、退役軍人が名乗り出て、自分たちが感情的に打ちのめされている、あるいは苦しんでいることを打ち明けるのはより困難になります。彼ら（彼女ら）がいまだに抱えている感情的な苦痛に焦点を当てることは、不適切であり、おそらくは士気を下げるものだと見なされるでしょう。（トラウマ治療における文化的コンピテンスの概観については、Brown, 2008を参照のこと。）

PTSDを測定する方法もまた、文化に固有のものです。1972年に始まったプロジェクトの一環として、世界保健機関（WHO）と米国国立衛生研究所（NIH）は、様々な診断のための分類システムが文化横断的に適用可能かを検証するための共同研究に着手しました。WHOとNIHは、精神障害における普遍的と思われる要因を特定し、それらを測定するための特定の評価尺度を開発しました。これらの評価尺度である「国際複合精神医学診断面接」や「神経精神医学における臨床評価のための面接計画」には、DSM（第4版、テキスト改訂版；APA, 2000a）の特定の基準と、「国際疾病分類第10版」（ICD-10；資料1.3-5）の基準が含まれています。

複雑性トラウマと複雑性トラウマティック・ストレス

個人が複数のトラウマ、小児期の長期的かつ反復的なトラウマ、あるいは重要な対人関係の中での反復的なトラウマを経験した場合、そのトラウマへの反応は独自の特徴を持ちます（Herman, 1992）。「複雑性トラウマティック・ストレス」と呼ばれるこの独特な反応の集合体は、DSM-5では診断名として認められていませんが、理論的な議論や研究において、心的外傷後ストレスと複雑性トラウマティック・ストレスの症状における類似点と相違点が強調され始めています（Courtois & Ford, 2009）。多くの場合、複雑性トラウマから生じる症状はPTSDの基準に完全には合致せず、その重症度はPTSDを上回ります。総じて、文献は、PTSDの基準や基準未満の症状では、複雑性トラウマの持続的でより機能障害を引き起こす臨床像を完全には説明できないことを示しています。トラウマ研究（traumatology）分野における現在の研究は数多く行われているものの、まだ発展の初期段階にあります。より多くの診断上のバリエーションや下位分類（サブタイプ）が存在する可能性があるという考え方が現れつつあり、これは、複数回、幼児期、および/または対人関係におけるトラウマに繰り返し曝された人々により良いサービスを提供できるよう、クライアントに合わせた介入への道を開くことになるでしょう。

その他のトラウマ関連および併存障害

PTSDと他の精神障害の症状はかなり重複しており、これらの障害はしばしば共存し、気分、不安、薬物使用、パーソナリティ症が含まれます。したがって、トラウマサバイバーが過小診断または誤診されることは一般的です。彼らがトラウマサバイバーとして特定されていない場合、彼らの心理的苦痛はしばしば以前のトラウマと関連付けられず、および／または彼らは、彼らの現在の症状とトラウマの心理的続発症にわずかに一致する障害と診断されます。以下のセクションでは、トラウマ的ストレスから生じる（または悪化する）可能性のあるいくつかの精神障害の簡単な概要を提示します。PTSDはトラウマに関連する唯一の診断ではなく、その唯一の心理的な結果でもありません。トラウマは、すでに行動保健障害を持つクライアントの精神的および身体的健康に広範な影響を与える可能性があります。

「併存障害（co-occurring disorders）」という用語は、ある人が一つ以上の精神障害と、一つ以上の物質使用障害（物質乱用を含む）を併せ持っている場合を指します。併存障害は、トラウマの経歴を持ち、助けを求めている人々の間ではよく見られます。

カウンセラーへの助言：普遍的なスクリーニングとアセスメント

精神保健アセスメントにおいて特別に訓練され、免許を持つ人々のみが診断を下すべきです。トラウマは複雑なケースをもたらす可能性があり、特定の障害の完全な診断基準を満たすかどうかに関わらず、多くの症状が存在する可能性があります。訓練を受けたアセッサーのみが、様々な症状と併存障害の存在を正確に区別することができます。しかし、特定のアセスメントトレーニングを持たない行動保健専門家でも、確立されたスクリーニングツールを使用して、可能性のある精神障害のスクリーニングにおいて重要な役割を果たすことができます（CSAT, 2005c; このTIPの第4章も参照）。機関やクリニックでは、PTSDや他の併存障害が通常、過小診断または誤診されるため、そのようなスクリーニングを体系的に—各クライアントに対して—提供することが重要です。

精神障害を持つ人々

MDDは、トラウマを経験し、PTSDと診断された人々の間で最も一般的な併存障害です。ストレスの多い出来事とうつ病との間には、確立された因果関係が存在し、MDDの以前の既往歴は、大きなトラウマへの曝露後のPTSDの予測因子です（Foa et al., 2006）。

> 深刻な精神疾患を持つ多くのサバイバーは、重要なサービスが中断されない限り、災害を含むトラウマ後、かなりうまく機能します。他の人々にとっては、追加の精神保健支援が必要になるかもしれません。詳細情報については、『Responding to the Needs of People With Serious and Persistent Mental Illness in Times of Major Disaster』（Center for Mental Health Services, 1996）を参照してください。

併存はまた、両方の障害のより大きな障害とより深刻な症状と関連しており、その人は6ヶ月以内に症状の寛解を経験する可能性が低くなります。

全般性不安、強迫性、および他の不安障害もPTSDと関連しています。PTSDは不安障害の症状を悪化させるかもしれませんが、既存の不安症状と不安障害がPTSDに対する脆弱性を高める可能性も高いです。既存の不安は、サバイバーをより大きな過覚醒と苦痛に備えさせます。人格および身体化障害などの他の障害もトラウマと関連していますが、トラウマの既往歴は、しばしば治療における重要な要因または必要なターゲットとして見過ごされます。

PTSDと他の障害との関係は複雑です。現在、より多くの研究が、PTSDと他の障害との間の複数の潜在的な経路、そして様々な順序が臨床的プレゼンテーションにどのように影響するかを検証しています。TIP 42『併存障害を持つ人々のための薬物乱用治療』（CSAT, 2005c）は、薬物使用と他の精神障害との関係を理解する上で価値があります。

物質使用障害を持つ人々

トラウマ（個人、グループ、または集団トラウマを含む）と薬物使用、そして心的外傷後ストレス（および他のトラウマ関連障害）の存在と物質使用障害との間には、明らかに相関関係があります。アルコールと薬物の使用は、一部の人々にとって、トラウマ的ストレスと特定のPTSD症状を管理するための努力である可能性があります。同様に、物質使用障害を持つ人々は、薬物を乱用しない人々よりもPTSDを発症するリスクが高いです。トラウマサバイバーまたは物質使用障害を持つクライアントと働くカウンセラーは、他方の障害が発生する可能性を特に認識している必要があります。

併存するPTSDと他の精神障害

- PTSDを持つ個人は、しばしば少なくとも一つの追加の精神障害の診断を持っています。
- 他の障害の存在は、通常、PTSDの経過を悪化させ、延長させ、臨床的な評価、診断、治療を複雑にします。
- 物質使用障害に加えて、最も一般的な併存障害には、気分障害、様々な不安障害、摂食障害、パーソナリティ症が含まれます。
- 早期、重度、慢性的なトラウマへの曝露は、衝動制御の欠如、感情調節のより大きな困難、安定した関係の確立、そして意識、記憶、アイデンティティ、および／または環境の認識の崩壊を含む、より複雑な症状と関連しています（Dom, De, Hulstijn, & Sabbe, 2007; Waldrop, Back, Verduin, & Brady, 2007）。
- 特定の診断グループおよびリスクのある集団（例：発達障害を持つ人々、ホームレスまたは投獄されている人々）は、トラウマへの曝露に対してより感受性があり、曝露された場合にPTSDを発症する可能性が高いですが、適切な診断と治療を受ける可能性は低いです。
- 薬物乱用治療のために現れるクライアントにおけるトラウマ的な出来事の蔓延を考慮して、カウンセラーはすべてのクライアントを、可能性のあるトラウマ関連の障害について評価すべきです。

タイムフレーム：PTSDと物質使用障害の発症

薬物乱用またはPTSDのどちらが先に来たかを知ることは、因果関係が存在するかどうかを知らせますが、これを学ぶには、クライアントの詳細な評価と、PTSD、薬物使用、乱用、依存、そしてそれぞれの発症に関する完全なデータへのアクセスが必要です。現在の研究の多くは、薬物使用（乱用ではない）の発症年齢にのみ焦点を当てているため、因果関係を決定することは困難な場合があります。PTSDと物質使用障害との関係は、双方向で循環的であると考えられています：薬物使用はトラウマのリスクを高め、トラウマへの曝露はトラウマ関連の症状を管理するために薬物使用をエスカレートさせます。ChilcoatとBreslauの独創的な研究（1998）で説明されている他の3つの因果経路は、PTSDと物質使用障害との関係をさらに説明します：

1. 「自己治療」仮説は、PTSDを持つクライアントがPTSD症状（例：侵入的な記憶、身体的覚醒）を管理するために物質を使用することを示唆しています。アルコール、コカイン、バルビツール酸塩、オピオイド、アンフェタミンなどの物質は、感情的な痛みを和らげたり、麻痺させたり、または出来事を忘れたりする試みで頻繁に乱用されます。
2. 「高リスク」仮説は、薬物とアルコールの使用が、人々をPTSDにつながる出来事に曝露される可能性を高める高リスクの状況に置くことを述べています。
3. 「感受性」仮説は、物質を使用する人々が、トラウマへの曝露後にPTSDを発症する可能性が高いことを示唆しています。増加した脆弱性は、効果的なストレス管理戦略を開発することの失敗、脳化学の変化、または広範な薬物使用による神経生理学的なシステムの損傷から生じる可能性があります。

事例：マリア

マリアは31歳の女性で、PTSDとアルコール依存症と診断されています。8歳から12歳まで、彼女は叔父に性的虐待を受けました。彼女は信じてもらえないことを恐れて、虐待について誰にも話しませんでした。彼女の叔父は家族と親密な関係を保っており、マリアは今でも特定の休日に彼に会います。治療に来たとき、彼女は自分の感情と考えがコントロールできないと説明しました。マリアはしばしば、虐待の侵入的な記憶を経験し、それは時には鮮明で容赦ないことがあります。彼女は、いつ考えが来るかを予測できません。それらから気を紛らわす努力は、常にうまくいくわけではありません。彼女はしばしば、これらの考えや彼の存在への反応として飲酒します。なぜなら、アルコールが彼女の苦痛のレベルを鈍らせることができるとわかっているからです。マリアはまた、寝つきが悪く、しばしば悪夢で目が覚めます。彼女は通常、夢を覚えていませんが、怖くて警戒して目が覚め、再び眠りにつくことができません。

マリアは家族の集まりを避けようとしますが、しばしば行くように圧力を感じます。叔父に会うたびに、彼女は激しいパニックと怒りを感じますが、彼を避ければ、通常は「それをまとめる」ことができると言います。しかし、その後、彼女はこれらの感情に圧倒され、落ち着くことができないと説明します。彼女はまた、身体的に気分が悪く、震えていると説明します。これらの時には、彼女はしばしば孤立し、アパートに留まり、数日間着実に飲酒します。マリアはまた、ボーイフレンドとの関係に関する苦痛も報告しています。彼らの関係の初めには、

彼女は彼を慰め、彼の愛情を楽しんでいましたが、最近、彼女は彼の周りで不安で落ち着かないと感じ始めました。マリアは彼とのセックスを避けようとしますが、関係を失う恐れから、時には応じます。彼女は、酔っているときに彼とセックスするのが簡単だと感じますが、しばしば、虐待を彷彿とさせる強い恐怖と嫌悪の感情を経験します。マリアはこれらの感情について罪悪感と混乱を感じています。

PTSDと薬物乱用治療

PTSDは、薬物乱用回復の進捗を制限し、再発の可能性を高め、そしてクライアントが様々な生活領域で成功を収める能力を複雑にする可能性があります。各障害は、他方の症状を覆い隠すか、または隠すことができ、両方が評価され、個人が完全に回復するためには治療される必要があります。薬物乱用治療の場でトラウマ関連の症状を誤解するリスクがあります。例えば、PTSDにおける回避症状は、薬物乱用治療に従事する意欲や意欲の欠如として誤解される可能性があります。早期回復における薬物乱用関連の行動に対処するカウンセラーの努力は、同様に、閉じ込められ、コントロールされた深いトラウマ体験を持つトラウマサバイバーからの誇張された反応を引き起こす可能性があります。資料1.3-6は、カウンセラーのためのPTSDと物質使用障害に関する重要な事実をリストアップしています。

資料1.3-6：PTSDと物質使用障害：治療における重要な事実

症状の重症度

- PTSDは、物質乱用治療を受けているクライアントに見られる最も一般的な併存精神障害の一つです（CSAT, 2005c）。
- PTSDの治療を受けている人々は、オピオイド、コカイン、マリファナ、アルコール、処方薬など、幅広い種類の薬物を乱用する傾向があります。
- PTSDと物質乱用の治療を受けている人々は、これらの障害のうち一つだけを持つ人々と比べて、より重篤な臨床像を示します。
- PTSDは、大うつ病の併存の有無にかかわらず、自殺リスクを著しく増加させます（CSAT, 2009a）。

男女差

- 物質乱用治療を受けている男女ともに、トラウマ関連障害の罹患率は高いです。
- PTSDと物質使用障害を併発している女性は、最も頻繁にレイプを経験したか、殺害や傷害を目撃しています。一方、両方の障害を持つ男性は、典型的には殺害や傷害を

目撃したか、突然の怪我や事故の被害者でした（Cottler, Nishith, & Compton, 2001）。

暴力の連鎖のリスク

- 薬物の影響下にある間、人はトラウマ的な出来事（例：自動車事故、暴行）に対してより脆弱になります。
- 暴行の加害者は、しばしば薬物の影響下にあるか、逮捕時に薬物の陽性反応が出ます。

治療の複雑性

- 薬物を断つことがPTSDを解決するわけではないこと、そして実際、人によっては断薬（禁酒）によって一部のPTSD症状が悪化するということを認識し、クライアントが理解できるよう手助けすることが重要です。両方の障害を治療で対処しなければなりません。
- PTSDと物質使用障害を併発しているクライアントの治療成果は、他の併存障害を持つクライアントや、物質乱用のみのクライアントよりも悪いとされています（Brown, Read, & Kahler, 2003）。

睡眠、PTSD、および薬物使用

多くの人々は、トラウマ的な出来事の後、寝つきが悪い、および／または眠り続けるのが難しいです。その結果、一部の人々は、寝つきを助けるために1杯か2杯飲みます。残念ながら、どんな初期の助けになる効果も、すぐに薄れるだけでなく、否定的なリバウンド効果を招く可能性が高いです。誰かが寝る前に物質を使用すると、「睡眠は浅くなり、より簡単に中断されるようになり」、そして急速眼球運動（REM）睡眠は「夢と悪夢の関連する増加とともに、増加します」。なぜなら、効果が薄れるからです（Auerbach, 2003, p. 1185）。

アルコール依存症を持つ人々は、時間とともに複数の種類の睡眠障害を報告し、クライアントが最初に飲酒しないと眠れないと報告することは珍しくありません。REM睡眠と徐波睡眠の両方が、アルコール依存症のクライアントで減少し、それはまた、睡眠が起こるまでの時間の増加、全体的な睡眠時間の減少、より多くの悪夢、そして減少した睡眠効率と関連しています。離脱中の睡眠は、「しばしば深刻な不眠症と睡眠の断片化によって特徴づけられます…安らかな睡眠の喪失と日中の疲労感。悪夢と鮮明な夢は珍しくありません」（Auerbach, 2003, pp. 1185–1186）。

PTSDと物質使用障害を持つクライアントで起こる睡眠の生物学における混乱する変化は、しばしば回復の問題を増大させます。睡眠は、禁酒後数ヶ月、あるいは数年経っても正常に戻ら

ないことがあり、睡眠障害の持続は再発の可能性と関連しているように見えます。特に臨床的に重要なのは、「スリップ」中に始まる可能性もある悪循環です。再発は最初に睡眠を改善しますが、継続的な飲酒は睡眠障害につながります。この不快な症状の初期の減少のサイクルは、全体としてプロセスを悪化させるだけで終わり、PTSDを持つクライアントだけでなく、物質使用障害を持つクライアントにも起こる可能性があります。睡眠障害には、効果的な認知行動療法と非依存性の薬理学的介入があります。

資料1.3-6：PTSDと物質使用障害：重要な治療の事実

プロファイルの重症度

- PTSDは、薬物乱用治療のクライアントに見られる最も一般的な併存する精神障害の一つです（CSAT, 2005c）。
- PTSDの治療中の人々は、オピオイド、コカイン、マリファナ、アルコール、処方薬を含む、広範な物質を乱用する傾向があります。
- PTSDと薬物乱用の治療中の人々は、これらの障害の一つだけを持つ人々よりも、より深刻な臨床的プロファイルを持っています。
- PTSDは、大うつ病の有無にかかわらず、自殺のリスクを著しく高めます（CSAT, 2009a）。

性差

- トラウマ関連障害の率は、薬物乱用治療中の男性と女性で高いです。
- PTSDと物質使用障害を持つ女性は、最も頻繁にレイプを経験したか、または殺害や傷害を目撃しました。両方の障害を持つ男性は、通常、殺害や傷害を目撃したか、または突然の傷害や事故の被害者でした（Cottler, Nishith, & Compton, 2001）。

継続的な暴力のサイクルのリスク

- 物質の影響下にある間、人はトラウマ的な出来事（例：自動車事故、暴行）に対してより脆弱です。
- 暴力的な暴行の加害者は、しばしば物質の影響下にあるか、または逮捕時に物質に対して陽性反応を示します。

治療の合併症

- 物質からの禁酒がPTSDを解決しないことを認識し、クライアントが理解するのを助けることが重要です。実際、一部のPTSD症状は、一部の人々にとって禁酒とともに悪化します。両方の障害が治療で対処されなければなりません。
- PTSDと物質使用障害を持つクライアントの治療成績は、他の併存障害を持つクライアント、または薬物のみを乱用するクライアントよりも悪いです（Brown, Read, & Kahler, 2003）。

第4章 スクリーニングとアセスメント

この章の内容

- スクリーニングとアセスメント
- トラウマインフォームドのスクリーニングとアセスメントへの障壁と課題
- 異文化間のスクリーニングとアセスメント
- 測定ツールの選択
- トラウマインフォームドのスクリーニングとアセスメント
- 結び

なぜ行動保健サービスにおいてトラウマについて普遍的にスクリーニングするのでしょうか？トラウマへの曝露は一般的です。多くの調査で、回答者の半数以上がトラウマの既往歴を報告しており、その率は精神または物質使用障害を持つクライアントの間でさらに高くなります。さらに、薬物使用および精神障害を含む行動保健の問題は、トラウマ関連の症状と障害が早期に発見され、効果的に治療されない場合、治療がより困難になります（この治療改善プロトコル[TIP]のパート3、セクション1、オンラインで入手可能、はトラウマの有病率とその他の行動保健の問題との関係に関する研究を要約しています）。

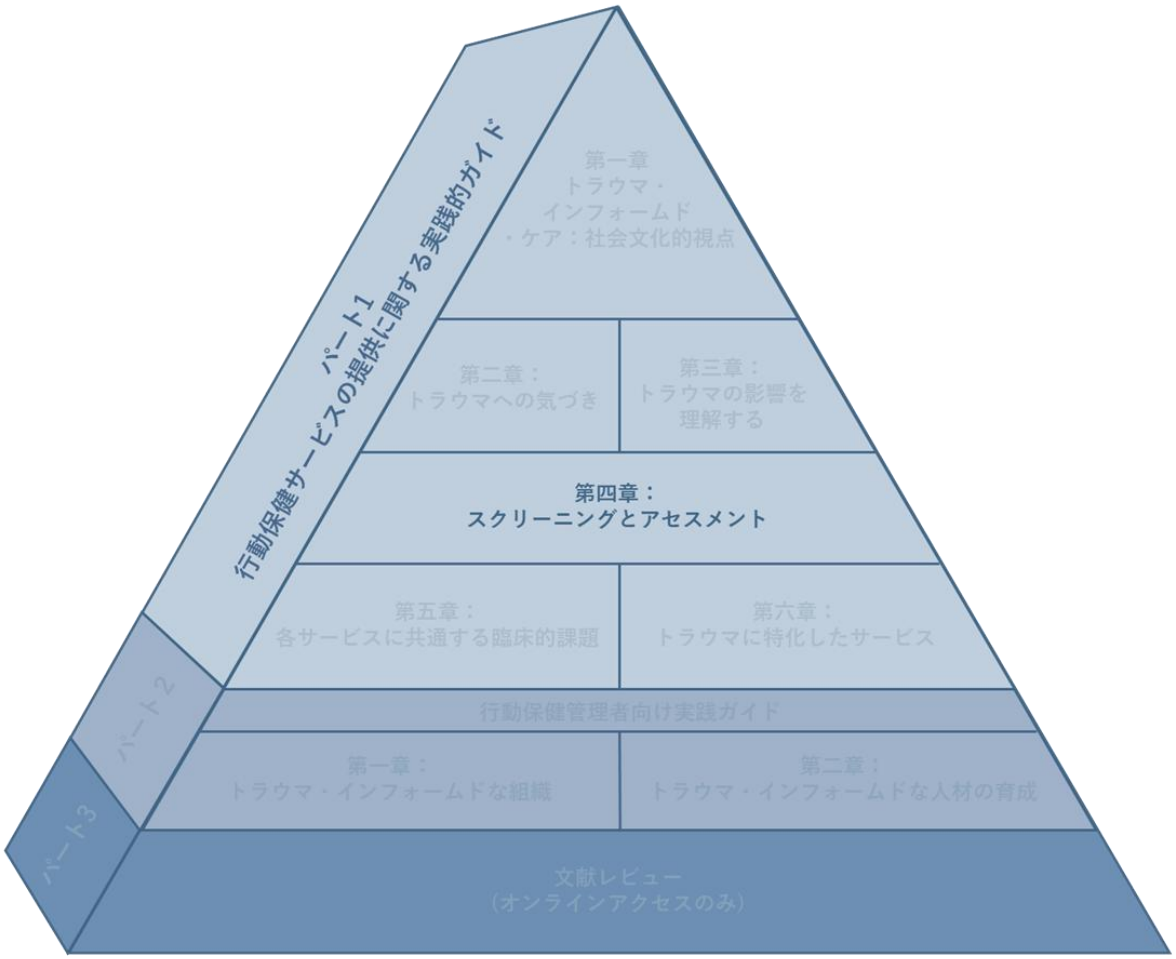
トラウマ的ストレス症状、トラウマに特化した障害、そしてトラウマに関連する他の症状／障害に対処しないことは、成功した精神保健および薬物乱用治療を妨げる可能性があります。認識されず、対処されないトラウマ症状は、治療への関与の低下、早期の離脱、心理的症状または薬物使用の再発のリスクの増大、そしてより悪い結果につながる可能性があります。スクリーニングはまた、誤診や不適切な治療計画を防ぐこともできます。トラウマの既往歴を持つ人々は、しばしば他の障害の基準を満たす症状を示します。

スクリーニングなしでは、クライアントのトラウマ歴と関連症状はしばしば見過ごされ、提供者はクライアントのプレゼンテーションと苦痛を部分的にしか説明しないかもしれない症状と障害にサービスを向けることになります。トラウマ歴とトラウマ関連症状の普遍的なスクリーニングは、行動保健の実践者が、より広範で深刻なトラウマ的ストレス症状を発症するリスクのある個人を特定するのに役立ちます。スクリーニング、早期発見、そして介入は、予防戦略として機能します。

スクリーニング

トラウマの既往歴があり、トラウマ関連症状を経験しているクライアントを特定することは、予防戦略です。

TICフレームワークとスクリーニングとアセスメント



この章は、スクリーニングとアセスメントの概念の議論から始まり、特にトラウマインフォームドのスクリーニングに焦点を当てます。次に、タイミングと環境を含む、スクリーニングとアセスメントに影響を与える特定の要因を強調します。トラウマインフォームドのスクリーニングを提供する上での障壁と課題が、文化的に特異なスクリーニングとアセスメントの考慮事項とガイドラインとともに議論されます。測定ツールの選択、トラウマインフォームドのス

クリーニングとアセスメントのツール、そしてトラウマインフォームドのスクリーニングとアセスメントのプロセスもレビューされます。トラウマ的ストレス障害のスクリーニングとアセスメントに関するより研究指向の視点については、このTIPのパート3で提供されている、オンラインで入手可能な文献レビューを参照してください。

スクリーニングとアセスメント

スクリーニング

スクリーニングの最初の2つのステップは、その人がトラウマの既往歴があるかどうか、そして彼または彼女がトラウマ関連の症状を持っているかどうかを判断することです。スクリーニングは主に、「はい」または「いいえ」の質問に対する答えを得ます：「このクライアントは過去にトラウマを経験しましたか？」そして「このクライアントは現在、トラウマ関連の症状に関してさらなるアセスメントを必要としますか？」誰かがトラウマ歴を認めた場合、トラウマ関連の症状が存在するかどうかを判断するためにさらなるスクリーニングが必要です。しかし、そのような症状の存在は、必ずしもその重症度について何も語らず、また肯定的なスクリーニングは、障害が実際に存在することを示すものでもありません。

> スクリーニングは、しばしばクライアントと治療提供者の間の最初の接触であり、クライアントはこのインテークプロセス中に治療の第一印象を形成します。したがって、スクリーニングがどのように行われるかは、収集される実際の情報と同じくらい重要であり、治療のトーンを設定し、関係を始めます。

肯定的なスクリーニングは、アセスメントまたはさらなる評価が必要であることを示すだけであり、否定的なスクリーニングは、個人が介入を必要とする症状を持っていないことを必ずしも意味しません。

スクリーニング手順は、常に肯定的なまたは否定的なスクリーニングの後に取るべきステップを定義すべきです。つまり、スクリーニングプロセスは、スクリーニングツールまたは質問への回答をどのように採点するかを正確に確立し、特定の潜在的な問題について肯定的なスコア（「カットオフスコア」と呼ばれる）を構成するものを明確に定義します。スクリーニング手順は、クライアントが肯定的な範囲でスコアを付けた後に取るべき行動を詳述します。臨床

的なスーパービジョンは、どのように進めるかを判断するのに役立ちます—そして時には必要です。

トラウマインフォームドのスクリーニングは、インテーク評価と治療計画プロセスの不可欠な部分ですが、それ自体が目的ではありません。スクリーニングプロセスは、高度な学位や大学院レベルのトレーニングを持たないスタッフが実施できるように開発できますが、トラウマ関連障害のアセスメントには、アセスメントと評価プロセスで訓練された精神保健専門家が必要です。トラウマ歴を持つ個人の中でスクリーニングする最も重要なドメインには以下が含まれます：

- トラウマ関連の症状。
- うつ病または解離症状、睡眠障害、侵入的な経験。
- 通常トラウマ関連障害を含む、過去および現在の精神障害（例：気分障害）。
- 特定のトラウマの種類（例：対人暴力の形態、有害な小児期体験、戦闘経験）の重症度または特性。
- 薬物乱用。
- 社会的支援と対処スタイル。
- リソースの利用可能性。
- 自傷、自殺、暴力のリスク。
- 健康スクリーニング。

アセスメント

クライアントが薬物乱用、トラウマ関連の症状、または精神障害で肯定的にスクリーニングされた場合、機関またはカウンセラーはアセスメントでフォローアップすべきです。肯定的なスクリーニングは、より多くの行動を要求します—適切な治療計画を立て、治療配置について情報に基づいた協働的な決定を下すために、現在の苦闘を決定し、定義するアセスメントです。アセスメントは、クライアントの問題の性質と範囲を決定します。それは、クライアントが書かれた質問に答えることを要求するかもしれませんし、またはクライアントを評価し、診断に到達する資格のある精神保健または薬物乱用の専門家による臨床面接を含むかもしれません。臨床的なアセスメントは、クライアントの過去および現在の経験、心理社会的および文化的歴史、そして資産とリソースを掘り下げます。

アセスメントプロトコルは、完了までに複数のセッションを必要とする場合があり、また、自己評価ツール、過去および現在の臨床および医療記録、構造化された臨床面接、アセスメント尺度、そして重要な他者、他の行動保健専門家、機関からの付随的な情報を含む、必要な臨

床情報を得るために複数の手段を使用すべきです。アセスメントと臨床面接を実施するための資格は、スクリーニングよりも厳格です。高度な学位、免許または認定、そして特定の評価ツールと面接の管理、採点、解釈における特別なトレーニングがしばしば必要です。カウンセラーは、使用を検討するすべての測定ツールに必要なトレーニングのレベルを熟知し、（そして取得）しなければなりません。

カウンセラーへの助言：スクリーニングとアセスメント

- すべてのクライアントに、トラウマの可能性のある既往歴について尋ねる。そのような既往歴の適切な特定を増やすためにチェックリストを使用する（有害な小児期体験に関する特定の質問については、オンラインの有害な小児期体験研究スコア計算機[http://acestudy.org/ace_score]を参照）。
- スクリーニングとアセスメントには、検証済みの測定ツールのみを使用する。
- 治療の初期に、トラウマ的な出来事への曝露の既往歴を持つすべてのクライアントを、トラウマに関連する心理的症状と精神障害についてスクリーニングする。
- クライアントが肯定的にスクリーニングされた場合、自殺念慮と行動についてもスクリーニングする（TIP 50『薬物乱用治療における自殺念慮と行動への対処』を参照。Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2009a）。
- スクリーニングを遅らせない。禁酒期間または症状の安定化を待たない。
- 一部のクライアントは、自分の既往歴におけるトラウマと、現在の行動パターン（例：アルコールと薬物の使用および／または回避行動）との間の関連性を見出さないことに注意する。
- クライアントに、感情的に圧倒されるトラウマ的な出来事を詳細に説明するよう要求しない。
- トラウマ症状がクライアントの現在の機能にどのように影響するかにアセスメントを集中させる。

- 適切であれば、自己報告尺度に加えて、紙と鉛筆の測定ツールをスクリーニングとアセスメントに使用することを検討する。それらは、一部のクライアントにとって臨床面接よりも脅威が少ない。
- クライアントの治療を計画するために調査結果をどのように使用するかについて話し、対人関係の支援の手配、コミュニティ機関への紹介、または治療の積極的な段階に直接移行するなど、必要な即時的な行動について議論する。クライアントが過去に強い感情を和らげるために使用した戦略を探求することは有益です（Fallot & Harris, 2001）。
- セッションの終わりに、クライアントが面接室を出る前に、グラウンディングされ、安全であることを確認する（Litz, Miller, Ruef, & McTeague, 2002）。出発の準備ができているかどうかは、クライアントが現在の環境をどの程度意識しているか、個人的な安全を維持するためのクライアントの計画は何か、そしてその日の残りのクライアントの計画は何かを確認することによって評価できます。

トラウマ的な人生の出来事の既往歴があり、可能性のあるトラウマ関連の症状と障害で肯定的にスクリーニングされた人々にとって、徹底的なアセスメントは、彼らの人生におけるトラウマの役割、適切な治療の目的、目標、計画、配置、そして再評価またはフォローアップを含む、継続的な診断的および治療的な考慮事項を理解するために必要なすべての関連情報を収集します。

全体として、アセスメントは、薬物使用または精神障害の診断基準を満たす症状、または診断的なレベルに達しないより軽度の症状の形態を示すかもしれません—または、肯定的なスクリーニングが偽であり、重大な懸念の原因がないことを明らかにするかもしれません。アセスメントからの情報は、クライアントの治療を計画するために使用されます。計画には、ケアのレベル、急性の安全の必要性、診断、障害、ストレングスとスキル、支援ネットワーク、そして文化的な文脈などのドメインが含まれる場合があります。アセスメントは治療全体を通じて再発すべきです。治療中の継続的なアセスメントは、クライアントのスタッフメンバーへの信頼が高まるにつれてトラウマ歴のさらなる詳細を明らかにすることによって、そしてクライアントの進捗を評価することによって、貴重な情報を提供することができます。

スクリーニングとアセスメントのタイミング

トラウマインフォームドのカウンセラーとして、あなたはサービス提供の最初から心理教育と支援を提供する必要があります。これは、スクリーニングとアセスメントを説明し、初期のインテークと評価プロセスの適切なペースを調整することから始まります。クライアントは、スクリーニングプロセス、特定の質問が重要である理由を理解し、応答を遅らせるか、または質問に全く答えないことを選択するかもしれないことを理解すべきです。トラウマ的な出来事の発生または結果について議論することは、出来事が再発しているかのように、クライアントにとって安全でなく危険に感じることがあります。トピックの回避を奨励したり、トラウマ関連の資料を議論することが危険であるという信念を強化したりしないことが重要ですが、初期のスクリーニングで情報を収集する際には敏感であること。スクリーニングとアセスメントのプロセスを準備し、説明する時間を取ることは、クライアントにアセスメントプロセスに対するより大きなコントロール感と安全感を与えます。

物質使用障害のあるクライアント

クライアントがアルコールや薬物の影響下にあるとき、トラウマのスクリーニングやアセスメントは行うべきではありません。影響下にあるクライアントは、不正確な情報を提供する可能性が高くなります。使用の活発な段階にある（アセスメント自体ではないが）または物質離脱中のクライアントが、有効なスクリーニングとアセスメントを得るために一貫した情報を提供できる可能性は高いですが、確かなデータは不足しています。一部の理論家は、トラウマまたは心的外傷後ストレス症（PTSD）の最終的なアセスメントは、これらの初期の段階で行うべきではないと述べています（Read, Bollinger, & Sharkansky, 2003）。彼らは、離脱症状がPTSDを模倣し、したがってPTSDや他のトラウマ関連障害の過剰診断につながる可能性があると主張しています。アルコールや薬物はまた、クライアントのトラウマ症状の既往歴を曇らせる記憶障害を引き起こす可能性があります。しかし、Najavits（2004）らは、トラウマとPTSDの過小診断ではなく、過剰診断が薬物乱用分野で重要な問題であったと指摘し、したがって、早期に初期のアセスメントを得ることが不可欠であり、必要であれば後で修正できると主張しています（例：クライアントの症状パターンが変わった場合）。実際、臨床的な観察は、トラウマとPTSDの両方のアセスメントが—活発な使用または離脱中でさえ—堅牢であることを示唆しています（Coffey, Schumacher, Brady, & Dansky, 2003）。一部のPTSD症状とトラウマの記憶は、ある程度抑制されたり、増加したりする可能性がありますが、治療の初期に評価された、それらの全体的な存在または不在は、正確であるように見えます（Najavits, 2004）。

治療全体を通じてアセスメントを実施する

継続的なアセスメントはカウンセラーに以下を可能にします：

- 症状の存在、頻度、強度の変化を追跡する。
- クライアントのトラウマ、現在の心理的症状、薬物乱用との間の関係を学ぶ。
- 必要に応じて診断と治療計画を調整する。
- より広範なトラウマ的ストレス症状を避けるための予防戦略を選択する。

トラウマスクリーニングとアセスメントのための設定

単純で、短期的な、公的領域のスクリーニングツールの開発の進歩は、トラウマの基本的なスクリーニングがほとんどどの設定でも行えることを意味します。クライアントは、行動保健治療の設定でスクリーニングされ、評価されるだけでなく、刑事司法制度、教育設定、職業設定、医師のオフィス、病院の医療およびトラウマユニット、そして救急室でも評価されることができます。どこで発生するかにかかわらず、トラウマ関連のスクリーニングとその後のアセスメントは、トラウマ、精神疾患、および／または物質使用障害の既往歴を持つクライアントの間で、浪費されるリソース、再発、そして最終的には治療の失敗を減らすか、または排除することができます。

効果的なスクリーニングとアセスメント環境の創造

スクリーニングとアセスメントのプロセスにどのようにアプローチするかに注意を払うことで、治療の成功を大いに高めることができます。以下の点を考慮してください：

- **クライアントに、スクリーニングとアセスメントのプロセスで何を期待するかを明確にする。**例えば、スクリーニングとアセスメントの段階は、治療から利益を得る可能性のある問題を特定することに焦点を当てているとクライアントに伝える。トラウマスクリ

ーニングとアセスメントのプロセス中に、不快な考えや感情が生じる可能性があることを彼または彼女に知らせる。彼らがそうなった場合、あなたはこの苦痛に対処するのを助けるが、あなたの支援があっても、面接後の数時間、またはおそらく数日間、いくつかの心理的および身体的な反応が続く可能性があること、そしてそのような反応は正常であることを強調することを知らせる。（Read et al., 2003）。

- **クライアントに、事実に基づいた、しかし支援的な方法でアプローチする。**そのようなアプローチは、信頼、尊敬、受容、そして思慮深さの雰囲気を創造するのに役立ちます（Melnick & Bassuk, 2000）。そうすることは、トラウマによって生じた症状と経験を正常化するのに役立ちます。そのような出来事は一般的であるが、治療されない場合、継続的な感情的な苦痛を引き起こす可能性があることをクライアントに知らせることを検討する。クライアントはまた、特定の困難な質問の目的を説明することが役立つと感じるかもしれません。例えば、あなたは言うことができます、「多くの人々は子供として厄介な出来事を経験しました、それで私の質問のいくつかはあなたが成長する間にそのような出来事を経験したかどうかについてです。」クライアントをスクリーニング／評価する際には、同等の優しさと直接性を示すこと（Najavits, 2004）。
- **クライアントの個人的な空間を尊重する。**文化と民族の要因は、面接中に維持すべき適切な物理的な距離に関して大きく異なります。あなたは、クライアントの個人的な空間を尊重し、遠すぎず、近すぎずに座るべきです。スクリーニングとアセスメントのプロセス中のクライアントの快適さのレベルのあなたの観察が、距離の量を導くべきです。トラウマを持つクライアントは、自分の体、個人的な空間、境界について特に敏感である可能性があります。
- **クライアントの関与のレベルと面接プロセスでの快適さに合わせて、話のトーンと音量を調整する。**なだめるような、静かな態度を維持するよう努める。クライアントが個人的な開示へのあなたの反応をどのように聞くかもしれないかに敏感であること。トラウマを受けたクライアントは、良性的または善意の質問に対してさえ、より反応的であるかもしれません。
- **物理的な環境に、文化的に適切な安全のシンボルを提供する。**これらには、絵画、ポスター、陶器、そしてクライアントの集団にとっての周囲の安全を象徴する他の部屋の装飾が含まれます。物理的な環境に、文化的に不適切または無神経なアイテムを避ける。
- **クライアントのトラウマ歴を聞くことに対する自分自身の感情的な反応を認識する。**クライアントのトラウマについて聞くことは非常に痛みを伴う可能性があり、強い感情を引き起こす可能性があります。クライアントは、彼のまたは彼女の啓示に対するあなたの反応を、無関心、クライアントの行動への嫌悪、または他の不正確な解釈として解釈するかもしれません。あなたの相互作用を監視し、必要に応じてクライアントと確認す

ることが重要です。あなたはまた、クライアントを正確に聞いたり、評価したりする能力を妨げるほど、感情的に消耗していると感じるかもしれません。二次的なトラウマ化として知られる、トラウマ的な話への曝露のこの効果は、クライアントが経験するのと同様の症状（例：悪夢、感情的な麻痺）をもたらす可能性があります。必要であれば、評価のために同僚に紹介する（Valent, 2002）。二次的なトラウマ化は、このTIPのパート2、第2章でより詳細に議論されています。

- **通訳を介して言語の壁を克服する。**通訳を追加する時期を決定するには、慎重な判断が必要です。通訳は、行動保健の専門用語に精通し、治療プログラミングの概念と目的を理解し、クライアントに知られておらず、治療チームの一員であるべきです。クライアントの家族や友人に通訳として奉仕するよう依頼することは避ける。
- **トラウマの既往歴と、トラウマ的ストレス症状と関連障害の可能性のある存在と範囲を決定するために必要な情報のみを引き出す。**治療プロセスのこの段階で、クライアントのトラウマ体験の詳細を深く探る必要はありません。情報を安全に処理するための治療関係がない場合、トラウマの詳細を追求することは、再トラウマ化を引き起こすか、またはあなたもあなたのクライアントも準備ができていないレベルの反応を生み出す可能性があります。たとえクライアントが自分のトラウマの話をしたいと思っていても、あなたの仕事は「ゲートキーパー」として機能し、クライアントの安全を保つことです。トラウマの議論の延期を提案するときのあなたの声のトーンは非常に重要です。「本当にそれについて聞きたくありません」というメッセージを伝えないようにする。適切な発言の例は次のとおりです：
    - 「あなたの人生の経験は非常に重要ですが、私たちの仕事のこの早い段階で、私たちは過去の経験を詳細に議論するのではなく、現在あなたの人生で何が起こっているかに始めるべきです。もしあなたが特定の過去の経験が今あなたの人生に大きな影響を与えていると感じるなら、私たちが今あなたの安全と回復に焦点を当てる限り、それらについて議論することは役立つでしょう。」
    - 「この時点であなたの過去について話すことは、強烈な感情を呼び起こす可能性があります—あなたが今気づいているかもしれないよりももっと。後で、もしあなたが選ぶなら、あなたはあなたの過去を探求する方法についてあなたのカウンセラーと話すことができます。」
    - 「しばしば、トラウマの既往歴を持つ人々は、救済を得るためにトラウマの詳細に迅速に入りたいと思います。私はこの願望を理解していますが、この瞬間の私の懸念は、あなたがトラウマ体験にもっと深く入る前に、安全と支援の感覚を確立するのを助けることです。私たちは再トラウマ化を避けたいです—つまり、トラウマの時点で利用できなかったリソースを確立したいのです。」

- **クライアントに、評価中にできるだけ多くの個人的なコントロールを与える：**
    - 面接とそのストレス誘発性の可能性の根拠を提示し、クライアントがどんな質問にも答えることを拒否する権利があることを明確にする。
    - クライアントに（スタッフが許す場合）、彼または彼女が最も快適に感じる性別の誰かに面接されるオプションを与える。
    - 必要であれば面接を延期する（Fallot & Harris, 2001）。
- **可能であれば、トラウマを評価するために、面接ではなく、自己管理式の、書かれたチェックリストを使用する。**トラウマは、恥、罪悪感、怒り、または他の強烈な感情を呼び起こす可能性があり、クライアントが面接官に声に出して報告するのを困難にすることがあります。クライアントは、自己管理式のスクリーニングツールを使用するときにトラウマを報告する可能性が高いです。しかし、これらの種類のスクリーニングツールは次のステップを導くだけです。面接は、自己管理式のツールと一致して、クライアントの安全感を創造し（誰かが彼または彼女がスクリーニングを完了する間、存在している）、自己管理式のスクリーニングが完了した後に、より詳細なデータ収集でフォローアップするべきです。トラウマ歴質問票（THQ）は、自己管理式のツールです（Green, 1996）。それは、臨床的および非臨床的な集団、医療患者、家庭内暴力を経験した女性、そして深刻な精神疾患を持つ人々で成功裏に使用されています（Hooper, Stockton, Krupnick, & Green, 2011）。THQを含むスクリーニングツールは、このTIPの付録Dに含まれています。
- **クライアントがトラウマを思い出したり、認めたりするときに非常に強烈な感情的な反応を示す場合、彼または彼女が落ち着いて現在にオリエンテーションするための時間を許す。**そのような時には、「あなたがそれをどのように生き延びたかわかりません！」などの感嘆で反応することを避ける（Bernstein, 2000）。もしクライアントが自己鎮静に困難を抱えているなら、彼または彼女にグラウンディング技術を伝える（資料1.4-1）。これらは特に役立つ—おそらく、成功した質問票と面接を達成するためにさえ重要である。

資料1.4-1：グラウンディング技術

グラウンディング技術は、評価者と、トラウマを受けたクライアントと相互作用する他のすべての行動保健サービス提供者（例：看護師、セキュリティ、管理者、臨床医）にとって重要なスキルです。直接セラピーを行わない場合でも、グ

ラウンディングの知識は、エスカレートする状況を鎮静させたり、評価プロセスによって引き起こされたクライアントを落ち着かせたりするのに役立ちます。グラウンディング戦略は、記憶や強い感情に圧倒されているか、または解離している人を助けます。それらは、その人が今、ここにいることに気づくのを助けます。有用な比喩は、映画館から出てくる経験です。人が解離したり、フラッシュバックしたりするとき、それは精神的な映画を見ているようなものです。グラウンディング技術は、彼または彼女が映画館から出て、日光と現在の環境に入るのを助けます。クライアントのタスクは、過去の瞬間を保持するだけでなく、彼または彼女が経験していたことが過去のものであることを認めることでもあります。以下の技術を試してみてください：

1. **クライアントに、彼または彼女が観察しているものを述べるように頼む。**「今、とても怖がっている／怒っているように見えます。おそらく、過去に起こったことに関連する感情を感じているのでしょう。今、あなたは安全な場所にいます。現在に留まってみましょう。ゆっくりと深呼吸をして、肩をリラックスさせ、足を床につけて、今が何月何日で何時か話しましょう、壁に何があるか見てみましょう、など。今、あなたの体で大丈夫だと感じるために、他に何ができますか？」などの発言を用いて、クライアントをこの演習を通じて導く。
2. **クライアントが感情の強度を減らすのを助ける。**
    - 「感情のダイヤル」：クライアントが自分の感情の音量を下げることを想像する。
    - 拳を握ることは、感情のエネルギーを拳に移すことができ、その後クライアントはそれを解放することができます。
    - ガイド付きのイメージを使用して、安全な場所を視覚化することができます。
    - 気晴らし（以下の#3を参照）。
    - ストレングスベースの質問を使用する（例：「どのように生き延びましたか？」または「トラウマを生き延びるためにどのようなストレングスを持っていましたか？」）。
3. **耐え難い感情的な状態からクライアントを気を紛らわす。**
    - クライアントに外部環境に焦点を当てるようにさせる（例：部屋の赤い物を名付ける）。

- クライアントに、最近および将来の出来事に焦点を当てるように頼む（例：その日の「やること」リスト）。
- クライアントが現在の安全を自分自身に思い出させるために自己対話を使用するのを助ける。
- 現在の現実に焦点を戻すために、数えるなどの気晴らしを使用する。
- 身体感覚技術（つま先を動かす、椅子に触れる）は、クライアントに現在の現実を思い出させることができます。

4. **クライアントに呼吸法を使用するように頼む。**
    - クライアントに鼻から吸い込み、口から吐き出すように頼む。
    - クライアントに手を腹部に置き、腹部が膨らんだり縮んだりする間に手が上下するのを見るようにさせる。

出典：Melnick & Bassuk, 2000.

トラウマインフォームド・スクリーニングとアセスメントへの障壁と課題

障壁

スクリーニングなしにトラウマを生き延びた個人を特定することは、必ずしも容易または明白ではありません。さらに、一部のクライアントは、スクリーニングされたり、トラウマ的な出来事の発生を特定することを目的とした直接的な質問をされたりした後でさえ、トラウマとその影響に遭遇したことを否定するかもしれません。行動保健の場におけるトラウマとその関連障害の評価に対する2つの主要な障壁は、クライアントがトラウマを報告しないことと、提供者がトラウマとその影響を見過ごすことです。

最初の主要な障壁について言いますと、ある出来事が一人の人にとってはトラウマとなる一方で、別の人にとってはトラウマとは認識されない場合があります。トラウマの既往歴とは、単に潜在的にトラウマとなり得る出来事を経験したことだけではなく、その出来事に対する個人の反応や、その出来事に付与する意味も含まれます。特定の状況下では、クライアントがトラウマ的な出来事やその出来事に対する反応について率直に語らない可能性が高まります。あ

るクライアントは、特定の出来事やその反応をトラウマとして認識したことがないため、そのことを報告したり記憶していたりしない場合もあります。また、クライアントの中には、不快な感情を引き起こす可能性があると感じる話題について話すことをためらう人もいます（特に、まだ信頼関係が十分に築かれていないカウンセラーを相手にする場合など）。クライアントは、トラウマ的な出来事について率直に話すことを避けたり、トラウマ体験を認識したり言語化したりすることが難しい場合もあります。これは、多くの場合、出来事に関連する羞恥心や罪悪感、あるいは他者からの報復を恐れる気持ちが理由です（例えば、対人暴力や家庭内暴力のケースなどです）。さらに別のケースでは、クライアントがインタビューを受けたり書類に記入したりすることにうんざりしていて、その情報が重要だとは思わず、自身のトラウマ歴を否定することもあります。

クライアントが過去のトラウマを報告しない理由はたくさんあります。それには以下が含まれます：

- 安全への懸念（例：加害者によるさらなる虐待を恐れて、トラウマを明らかにすること）。
- サービス提供者から判断されることへの恐れ。
- 犠牲になることへの恥。
- トラウマ体験について他者と話し合うことへの抵抗感。
- 解離、否認、または抑圧を通じて過去のトラウマを思い出さないこと（ただし、トラウマ・サバイバーにおいて全てのトラウマ記憶が完全に遮断されているケースは稀です。McNally, 2003）。
- 行動保健サービス提供者を含む、他者への信頼の欠如。
- 重要な出来事をトラウマ的と見なさないこと。

第二の主要な障壁に関して、カウンセラーや他の行動保健サービス提供者は、トラウマがクライアントの治療におけるプレゼンテーションと主要な生活領域（人間関係や仕事など）の機能に大きな影響を与える可能性があることの認識を欠いているかもしれません。さらに、一部のカウンセラーは、彼らの役割は、現在の心理的および／または薬物乱用症状のみを治療することであり、したがって、トラウマの既往歴と影響にそれほど敏感でないかもしれないと信じているかもしれません。他の提供者は、クライアントがトラウマ症状を探求する前に、アルコールと薬物から長期間禁酒すべきだと信じているかもしれません。おそらく、あなたはクライアントのトラウマ歴に対処することが、症状を悪化させ、治療を複雑にするだけだと恐れているのかもしれません。偏見を持つ行動保健サービス提供者は、クライアントがトラウマの既往歴を持っていないと仮定し、したがって「正しい」質問をしないか、またはクライアントの経

験を聞くことから生じる感情に不快になり、その結果、スクリーニングやカウンセリングの焦点をリダイレクトするかもしれません。

一部の提供者がクライアントのトラウマをスクリーニングすることを避ける一般的な理由

治療提供者は、以下の理由でトラウマ的な出来事とトラウマ関連の症状のスクリーニングを避けるかもしれません：

- トラウマ的な出来事や症状に関する質問が、カウンセラーやプログラムの標準的なインテーク（初回面接）手続きに含まれていないため、それらについて尋ねることに抵抗があること。
- クライアントの身体的および精神的健康に対するトラウマの影響の過小評価。
- 薬物乱用問題の治療が、他の行動保健障害を治療する前に、最初かつ排他的に行われる必要があるという信念。
- 潜在的な起源または悪化要因を探求するのではなく、現在の症状にのみ治療を集中すべきだという信念。
- トラウマ関連の問題を効果的に治療することにおけるトレーニングおよび／または無能感の欠如（Salyers, Evans, Bond, & Meyer, 2004）。
- クライアントのトラウマ報告に治療的にどのように対応するかを知らないこと。
- 探求的なトラウマの問い合わせがクライアントにとってあまりにも邪魔になるという恐れ。
- トラウマの報告を引き出すであろうクライアントとの共通言語を使用しないこと（例：虐待が何を意味するかを説明せずに、子供の頃に虐待されたかどうかをクライアントに尋ねること）。
- 障害が特定された場合、クライアントはカウンセラーまたはプログラムが提供できないと感じる治療を必要とするという懸念（Fallot & Harris, 2001）。
- トラウマ歴または症状を探求するためのアセスメントに不十分な時間。

- カウンセラー、他のスタッフメンバー、管理者の未治療のトラウマ関連症状。

課題

文化変容と言語の認識

文化変容のレベルは、スクリーニングとアセスメントの結果に影響を与える可能性があります。したがって、詳細な議論は、クライアントの視点からトラウマを理解するためのより適切な方法であるかもしれません。インテーク中、トラウマスクリーニングの前に、クライアントの移住歴（該当する場合）と主要言語を決定します。クライアントの出生国、この国での滞在期間、移住の出来事または理由、そして民族的な自己同定に関する質問もインテークで適切です。英語を上手に話す個人でさえ、標準的なスクリーニングとアセスメントツールの質問の微妙な点を理解するのが難しい場合があることに注意してください。項目を単に英語から別の言語に翻訳するだけでは不十分です。言葉、イディオム、例は、しばしば他の言語に直接翻訳されず、したがって適応される必要があります。スクリーニングとアセスメントは、その言語を話す訓練を受けたスタッフメンバーまたは治療の専門用語に精通した専門の翻訳者によって、クライアントの好む言語で実施されるべきです。

一般的なアセスメントの神話

いくつかの一般的な神話が、トラウマ関連障害の過小評価に寄与しています（Najavits, 2004）：

- **神話#1：薬物乱用自体がトラウマである。**薬物乱用がどれほど壊滅的であっても、それは精神障害の診断と統計マニュアル第5版（DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013a）のトラウマの基準をそれ自体では満たしません。それにもかかわらず、依存症中に起こりやすい高リスク行動、例えば対人暴力や自傷は、トラウマ的な傷害の可能性を著しく高めます。

- **神話#2：トラウマのアセスメントで十分である。**徹底的なアセスメントは、トラウマ関連の問題の存在と範囲を特定するための最良の方法です。しかし、単にトラウマ関連の症状と障害を特定することは、最初のステップにすぎません。個別化された治療プロトコルと、それらのプロトコルを実施するための行動も必要です。
- **神話#3：クライアントが薬物使用と離脱を終えるまでPTSDを評価するのを待つのが最善である。**研究は、いつPTSDを評価するかという物議を醸す質問に対して明確な答えを提供していません。しかし、Najavits（2004）らは、トラウマとPTSDの過小診断が、薬物乱用分野で過剰診断よりも重要であったと指摘しています。臨床経験によれば、PTSDの診断は、薬物使用または離脱中にかなり安定していますが、症状は多かれ少なかれ強くなる可能性があります。アルコールや薬物からの記憶障害も、症状の画像を曇らせる可能性があります。したがって、暫定的な診断を確立し、その後、可能であれば禁酒期間後に再評価することが賢明です。

併存診断の認識

トラウマインフォームドのアセッサーは、トラウマと関連しているか、または単にそれと並行して起こる心理的症状を探します。症状のスクリーニングには、完全な精神保健アセスメントの必要性を示す可能性のある、過去または現在の精神障害症状に関する質問が含まれます。症状のチェックリストを含む、様々なスクリーニングツールが利用可能です。しかし、症状のチェックリストは、クライアントが現在どのように感じているかに関する情報が必要な場合にのみ使用すべきです。それらを特定の障害をスクリーニングするために使用しないでください。反応は、チェックリストのある管理から次へと変わる可能性が高いです。

基本的な精神保健スクリーニングツールが利用可能です。例えば、精神保健スクリーニングフォームIIIは、ほとんどの精神障害の現在または過去の症状をスクリーニングします（Carroll & McGinley, 2001）。それは、プロジェクト・リターン財団から無料で入手でき、TIP 42『併存障害を持つ人々のための薬物乱用治療』（CSAT, 2005c）にも再現されています。ベックうつ病評価尺度IIやベック不安評価尺度（Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993）のような他のスクリーニングツールも、精神および物質使用障害、そしてしばしばトラウマと関連する特定の障害を広くスクリーニングします。うつ病と自殺に関するさらなるスクリーニング情報とリソー

スについては、TIP 48『薬物乱用クライアントのうつ症状の管理』（CSAT, 2008）、およびTIP 50『薬物乱用治療における自殺念慮と行動への対処』（CSAT, 2009a）を参照してください。

物質使用障害のスクリーニングについては、TIP 11『アルコールおよび他の薬物乱用と感染症のアウトリーチのための簡単なスクリーニングツール』（CSAT, 1994）、TIP 24『プライマリケア臨床医のための薬物乱用サービスへのガイド』（CSAT, 1997a）、TIP 31『思春期の物質使用障害のスクリーニングとアセスメント』（CSAT, 1999c）、TIP 42『併存障害を持つ人々のための薬物乱用治療』（CSAT, 2005c）、そしてTIP 51『薬物乱用治療：女性の特定のニーズへの対応』（CSAT, 2009d）を参照してください。

トラウマ関連障害のアセスメントにおける一般的なジレンマは、特定のトラウマ症状が他の障害の症状でもあることです。トラウマの既往歴を持つクライアントは、通常、様々な症状を示します。したがって、治療計画を改善するのを助けるために、存在する症状および／または障害の全範囲を決定することが重要です。トラウマ関連および薬物使用症状と障害を持つクライアントは、追加のAxis Iおよび／またはAxis II精神障害のリスクが高いです（Brady, Killeen, Saladin, Dansky, & Becker, 1994; Cottler, Nishith, & Compton, 2001）。これらの症状は、他の現在の準臨床的な特徴や障害が見過ごされ、未治療のままにならないように区別される必要があります。これを達成するためには、クライアントの精神保健の包括的なアセスメントが推奨されます。

誤診と過小診断

多くのトラウマサバイバーは、誤診される（つまり、正確でない診断が下される）か、または過小診断される（つまり、特定されていない一つ以上の診断を持つ）かのどちらかです。そのような診断上の誤りは、一部には、精神障害を評価するための多くの一般的な測定ツールが、心的外傷後症状を特定するのに十分に敏感でなく、それらをパーソナリティ症や精神病などの他の障害として誤って分類する可能性があるという事実に起因する可能性があります。例えば、侵入的な心的外傷後症状は、幻覚や強迫観念を示すものとして一般的な尺度で現れることがあります。解離症状は、統合失調症を示すものと解釈されることがあります。トラウマの認知症状は、パラノイアや他の妄想プロセスの証拠として採点されることがあります（Briere, 1997）。PTSDと薬物乱用を持つクライアントにおける最も一般的な誤診には以下が含まれます：

- **気分および不安障害：**大うつ病、全般性不安障害、双極症などの障害との症状の重複は、誤診につながる可能性があります。

- **境界性パーソナリティ症：**歴史的に、これはPTSDよりも頻繁に診断されてきました。強烈な対人関係のパターン、衝動性、急速で予測不可能な気分の変動、治療環境における権力闘争、根底にある不安とうつ症状、そして一過性の、ストレス関連のパラノイド念慮または深刻な解離症状を含む、多くの症状が重複しています。この誤診が治療に与える影響は、特に否定的である可能性があります。カウンセラーはしばしば、境界性パーソナリティ症の診断を持つクライアントを治療が困難で、応答性がないと見なします。
- **反社会性パーソナリティ症：**小児期にトラウマを受けた男性と女性にとって、「演技」行動、共感と良心の欠如、衝動性、そして自己中心性は、真の反社会的特性ではなく、トラウマと生存スキルの機能である可能性があります。
- **注意欠如多動症（ADHD）：**子供と思春期の若者にとって、衝動的な行動と集中困難は、PTSDではなくADHDと診断される可能性があります。

しかし、クライアントが、トラウマ関連の障害に加えて、これらの障害のいずれかを正当に持つことは可能です。心的外傷後症状と他の障害との重複を考慮すると、誤認を避けるために、しばしば広範な診断を検討する必要があります。PTSDと他の障害を区別するには、訓練を受け、経験豊富な精神保健専門家が、鑑別診断を比較検討する必要があります。TIP 42（CSAT, 2005c）は、鑑別診断に関連する問題を探ります。

異文化間のスクリーニングとアセスメント

多くのトラウマ関連の症状と障害は文化に特有であり、クライアントの文化的背景はスクリーニングとアセスメントにおいて考慮されなければなりません（トラウマと働く際の評価と文化的考慮事項のレビューについては、Wilson & Tang, 2007を参照）。行動保健サービス提供者は、文化、民族性、人種の影響をしっかりと念頭に置いて、スクリーニングとアセスメントのプロセスにアプローチしなければなりません。心理的苦痛を表現するための規範、トラウマの定義、トラウマに対処するための助けを求めることなどの文化的な要因は、以下に影響を与える可能性があります：

- トラウマがどのように経験されるか。
- 出来事に割り当てられる意味。
- トラウマ関連の症状がどのように表現されるか（例：苦痛の身体的な表現として、感情性のレベル、回避行動の種類）。

- 行動保健サービス提供者との苦痛を表現する意欲またはトラウマを特定する意欲と、そうすることの安全感。
- 特定の行動パターン、感情表現、または認知プロセスが異常と見なされるかどうか。
- 自分自身の文化内外で治療を求める意欲。
- 治療への反応。
- 治療の結果。

文化特有のストレス反応

診断基準に必ずしも一致しない、文化に縛られた苦痛の概念が存在します。文化特有の症状と症候群には、身体的な愁訴、広範な感情的な反応、または特定の認知的な特徴が含まれる場合があります。多くのそのような症候群は、特定の文化に固有ですが、同様の信念や特性を持つ文化に広がる可能性があります。文化に縛られた症候群は、通常、伝統的な医学によって治療され、文化全体で知られています。苦痛の文化的な概念には以下が含まれます：

- **Ataques de nervios：**ラテンアメリカおよびラテンアメリカ系の人々の間で認識されており、この症候群の主要な特徴には、激しい感情的な動揺（例：叫び声、泣き声、震え、解離またはてんかん様の発作）が含まれます。それはしばしば、家族内のトラウマ的またはストレスの多い出来事への反応として起こります。
- **Nervios：**これはラテンアメリカ系の間で一般的な苦痛の表現と考えられており、頭痛、神経質、涙もろさ、胃の不快感、睡眠困難、めまいを含む、広範な感情的な苦痛症状が含まれます。症状は強度において大きく異なり、それによる障害も同様です。これはしばしば、ストレスの多いまたは困難な人生の出来事への反応として起こります。
- **Susto：**「恐怖」を意味するこの用語は、ラテンアメリカの文化で見られる概念を指しますが、カリブ海出身のラテンアメリカ系の間では認識されていません。Sustoは、魂が体から離れる原因となるトラウマ的または恐ろしい出来事に起因し、その結果、病気と不幸をもたらします。極端なケースでは死に至ることもあります。症状には、食欲または睡眠障害、悲しみ、意欲の欠如、低い自尊心、身体的な症状が含まれます。

- **Taijin kyofusho：**日本および一部のアメリカ系日本人の間で認識されているこの「対人恐怖」症候群は、対人関係の状況に関する不安と回避によって特徴づけられます。個人は、自分の外見や社会的相互作用が不適切または不快であるという心配や確信を示します。他の文化には、社会不安に関連する同様の文化的記述または症候群があります。

出典：APA, 2013, pp. 833–837; Briere & Scott, 2006b.

アセスメントツールを選択する際には、カウンセラーと管理者は、可能であれば、クライアントにとって文化的に適切な測定ツールを選択する必要があります。特定の文化的および言語的なグループのために標準化され、適応され、テストされた測定ツールが使用されるべきです。その集団のために標準化されていない測定ツールは、文化的な偏見を含む可能性が高く、誤解を招く結果を生み出す可能性があります。その後、これは誤診、過剰診断、不適切な治療計画、そして効果のない介入につながる可能性があります。したがって、すべてのテスト結果を慎重に解釈し、多様な民族集団のクライアントとの測定ツールの限界について議論することが重要です。異文化間のスクリーニングとアセスメントの考慮事項のレビューについては、計画中のTIP『文化的能力の向上』（SAMHSA, 計画中c）を参照してください。

測定ツールの選択

多くの測定ツールが、トラウマ歴のスクリーニング、症状の表示、トラウマ関連および他の精神障害の評価、そして解離などの関連する臨床現象の特定を行います。一つの測定ツールが、すべてのスクリーニングまたはアセスメントのニーズを満たすか、またはトラウマ症状とトラウマ体験の存在と全範囲を決定する可能性は低いです。以下のセクションでは、標準化された測定ツールを選択する際の一般的な考慮事項を提示します。

目的

アセスメントのニーズを定義します。臨床的な目的のために標準化されたスクリーニングまたはアセスメントツールが必要ですか？既往歴、PTSD、または解離など、トラウマの特定の側面に関する情報が必要ですか？PTSDなどの正式な診断を下すことを望んでいますか？クライアントがトラウマを経験したかどうかを迅速に判断する必要がありますか？臨床医が管理する必要があるアセスメントを望んでいますか、それともクライアントが自分で測定ツールを完了で

きますか？測定ツールは、DSM-5で確立された現在および特定の診断基準に一致していますか？

DSM-5とスクリーニングおよびアセスメントツールの更新

DSM-5（APA, 2013a）の最近の出版は、特定の診断基準の変更を反映しており、トラウマ関連の障害のためのスクリーニングツールと基準に影響を与えます。DSM（DSM-IV-TR; APA, 2000a）の第4版（テキスト改訂版）に含まれていた、基準A2（トラウマ的ストレス障害、急性ストレス、および心的外傷後ストレス症に特有）は削除されました。この基準は、トラウマへの個人の反応が、強烈な恐怖、無力感、または恐怖を含む必要があると述べていました。現在では、再体験、回避、覚醒、そして認知と気分の持続的な否定的な変化という4つの症状クラスターがあります。DSM-5への変更は、各クラスター内の症状に対して行われました。したがって、スクリーニングは、この変更に対応するために修正が必要になります（APA, 2012b）。

集団

評価される集団を考慮します（例：女性、子供、思春期の若者、難民、災害サバイバー、身体的または性的暴力のサバイバー、戦闘関連のトラウマのサバイバー、母国語が英語でない人々）。一部のツールは特定の集団にのみ適しています。アセスメントプロセスは、あなたのクライアントにとって発達的および文化的に適切ですか？資料1.4-2は、トラウマおよび／またはPTSDのスクリーニングまたはアセスメントツールを選択する際の考慮事項をリストアップしています。

測定ツールの質

測定ツールは、様々な条件下で測定された感度と特異性、または信頼性と妥当性の観点から、心理測定学的に適切であるべきです。出版された研究は、研究と臨床の両方の設定におけるその有用性とともに、測定ツールの心理測定学的特性に関する情報を提供します。広く使用

されている多くのトラウマ評価ツールに関する詳細情報については、付録DおよびAntony, Orsillo, and Roemerの論文（2001）を参照してください。

資料1.4-2：トラウマスクリーニングとアセスメントの主要領域

トラウマ

主要な質問：クライアントはトラウマを経験しましたか？

測定ツールの例：Life Stressor Checklist-Revised (Wolfe & Kimerling, 1997); Trauma History Questionnaire (Green, 1996); Traumatic Life Events Questionnaire (Kubany et al., 2000).

注：良いトラウマ測定ツールは、人が経験した出来事（例：レイプ、暴行、事故）を特定し、また他のトラウマ関連の症状（例：恐怖、無力感、または恐怖の存在）も評価します。

急性ストレス症（ASD）およびPTSD

主要な質問：クライアントはASDまたはPTSDの基準を満たしていますか？

測定ツールの例：Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1990); Modified PTSD Symptom Scale (Falsetti, Resnick, Resnick, & Kilpatrick, 1993); PTSD Checklist (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993); Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (Cardena, Koopman, Classen, Waelde, & Spiegel, 2000).

注：PTSDの診断は、人がトラウマを経験したという基準を満たすことを必要とします。一部の測定ツールはこれを含みますが、他のものは含まず、別のトラウマ測定ツールの使用を必要とします。CAPSは面接です。リストされている他のものは自己報告式の質問票であり、時間がかかりません。

その他のトラウマ関連症状

主要な質問：クライアントはトラウマに関連する他の症状を持っていますか？これらには、うつ症状、自傷、解離、セクシュアリティの問題、そして不信などの人間関係の問題が含まれます。

測定ツールの例：Beck Depression Inventory II (Beck, 1993; Beck et al., 1993); Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993); Impact of Event Scale (トラウマ的な出来事への曝露による侵入と回避を測定する；Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Weiss & Marmar, 1997); Trauma Symptom Inventory (Briere, 1995); Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996b); Modified PTSD Symptom Scale (Falsetti et al., 1993).

注：これらの測定ツールは、症状のレベルを測定するため、臨床的な目的および結果評価に役立ちます。トラウマ関連の症状は、診断基準よりも広範であり、したがって、患者が特定の診断の基準を満たさなくても、測定するのに役立ちます。

その他のトラウマ関連診断

主要な質問：クライアントはトラウマに関連する他の障害を持っていますか？これらには、気分障害、トラウマ的ストレス障害以外の不安障害、そして解離性障害が含まれます。

測定ツールの例：Mental Health Screening Form III (Carroll & McGinley, 2001); The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, Patient Edition (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, revised 2011); Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, Non-Patient Edition (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, revised 2011a).

注：解離や解離性障害などの複雑な症状と診断については、面接が推奨されます。DSM-5の基準を組み込む測定ツールを探してください。

出典：Antony et al., 2001; Najavits, 2004.

実用上の問題

その評価尺度は無料で簡単に入手できますか、それとも有料ですか？実施するために、高額で広範囲にわたる研修が必要ですか？その評価尺度は臨床現場で用いるには長すぎませんか？付属のマニュアルやその他の研修資料を用いて、簡単に実施・採点できますか？結果はどのようにクライアントに提示され、またクライアントと共にどのように活用されますか？実施、採点、結果の解釈で問題が生じた場合、技術的なサポートは受けられますか？マイク、ビデオカメラ、音声機能付きのタッチスクリーンコンピュータなど、特別な機材が必要ですか？

トラウマインフォームド・スクリーニングとアセスメント

以下のセクションでは、初期のスクリーニングに焦点を当てます。構造化された面接を含む、スクリーニングとアセスメントのツールに関する詳細情報については、資料1.4-2を参照してください。スクリーニングは、肯定的なスクリーニング（クライアントがスクリーニング内で強調されている症状を経験したか、または出来事に遭遇したことを認めたとき）に対処するために、その後取られる行動と同じくらいしか良くありません。スクリーニングが完了し、肯定的なスクリーニングが得られたら、クライアントは、彼のまたは彼女の現在の問題に合った適切な治療計画の作成を確実にするために、より詳細なアセスメントのための紹介が必要です。

トラウマの既往歴を確立する

人は、ASD、PTSD、またはトラウマ関連の症状を経験することなくトラウマを経験することはできません。したがって、痛みを伴う、困難な、または圧倒的な過去の経験について尋ねることが必要です。初期の情報は、最小限に侵入的でありながらも明確な方法で収集されるべきです。短い質問票は、クライアントにとって対面式の面接よりも脅威が少ないかもしれませんが、面接はどんなスクリーニングとアセスメントのプロセスにおいても不可欠な部分であるべきです。クライアントが最初にトラウマの既往歴を否定する（または最小化する）場合、後で質問票を管理するか、またはクライアントがおそらく治療の場により多くの信頼を築き、彼のまたは彼女のトラウマ体験を議論する際に生じるかもしれない考えや感情に対してより安全に感じるまで、追加のトラウマ関連の質問を遅らせます。

ストレスの多い生活経験（SLE）スクリーン（資料1.4-3）は、トラウマのチェックリストであり、それらの出来事が生活機能に与える影響に関するクライアントの見方も考慮します。SLEを使用することは、クライアントとカウンセラーの関係を促進することができます。クライアントと一緒に答えを見直すことで、あなたはあなたのクライアントの深い理解を得ることができ、クライアントは、彼が経験したことに対するあなたの感受性と懸念のデモンストレーショ

ンを受けます。PTSD国立センターのウェブサイトは、同様の測定ツールを提供しています（http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment.asp）。

様々なトラウマ体験と症状を捉える広範なスクリーニングツールに加えて、戦闘曝露尺度（Keane et al., 1989）や親密なパートナーからの暴力スクリーニングツール（資料1.4-4）など、他のスクリーニングツールは、特定の種類のトラウマ的な出来事を認めることに焦点を当てています。

トラウマの既往歴を持つクライアントのトラウマ関連症状と障害をスクリーニングする

このステップは、クライアントのトラウマが準臨床的または診断可能な障害をもたらしたかどうかを評価します。カウンセラーは、「カウンセリングやセラピーを受けたことがありますか？過去に心理的な障害と診断されたり、治療されたりしたことがありますか？過去に感情のために薬を処方されたことがありますか？」などの質問をすることができます。スクリーニングは、通常、異なるレベルのトレーニングと教育を持つ、多種多様な行動保健サービス提供者によって行われます。しかし、教育レベルや経験に関わらず、スクリーニングを管理するすべての個人は、トラウマ関連の症状、グラウンディング技術、クライアントの安全を創造する方法、スクリーニングツールの導入の適切な方法、そして肯定的なスクリーニングが得られたときに従うべきプロトコルを認識しているべきです。（特定の測定ツールに関する情報については、付録Dを参照）。資料1.4-5は、トラウマ症状のためのスクリーニングツール、プライマリケアPTSD（PC-PTSD）スクリーンの例です。現在の研究（Prins et al., 2004）は、PC-PTSDの最適なカットオフスコアが3であることを示唆しています。感度が効率よりも重要である場合、2のカットオフスコアが推奨されます。

資料1.4-3：SLEスクリーニング（ストレスフルな人生の出来事スクリーニング）

以下の各項目が、あなたの経験をどの程度表しているか、最もよく当てはまる数字を記入してください。2つの評価尺度を用います。1つは、その項目があなたの経験をどの程度うまく表しているか、もう1つは、その経験をどれほどストレスに感じたかです。2つの評価尺度は以下の通りです。

あなたの経験の合致度：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
経験なし		少し当てはまる			ある程度当てはまる					まさにその通り

経験のストレス度：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全くストレスではない		まりストレスではない			ある程度ストレス					極度にストレス

あなたの経験の合致度	人生の出来事	当時のストレス度	現在のストレス度
	ハリケーンや地震のような自然災害を目撃した、または経験した。		
	飛行機事故や産業災害のような人災を目撃した、または経験した。		
	深刻な事故や怪我を目撃した、または経験した。		

	自分自身、親しい友人、または家族が化学物質や放射線に被ばくするのを目撃した、または経験した。		
	自分自身、親しい友人、または家族が生命を脅かす病気にかかるのを目撃した、または経験した。		
	配偶者や子供の死を目撃した、または経験した。		
	（配偶者や子供以外の）親しい友人や家族の死を目撃した、または経験した。		
	自分自身、親しい友人、または家族が誘拐された、または人質に取られた。		
	自分自身、親しい友人、または家族がテロ攻撃や拷問の被害者になった。		
	戦闘や戦争に参加した、または戦争の影響を受けた地域に住んでいた。		
	葬儀以外で死体を見たり、扱ったりした。		
	他人の重傷や死に対して責任を感じた。		
	戦闘や家庭内以外の状況で、武器による攻撃を目撃した、または攻撃された。		
	子供/10代の頃、怪我をするほど強く叩かれたり、尻を叩かれたり、首を絞められたり、押されたりした。		
	成人してから、怪我をするほど強く叩かれたり、首を絞められたり、押されたりした。		
	成人または子供の頃、誰かが怪我をするほど強く首を絞められたり、叩かれたり、尻を叩かれたり、押されたりするのを目撃した。		

	子供/10代の頃、望まない性的接触を強要された。		
	成人してから、望まない性的接触を強要された。		
	子供または成人してから、誰かが望まない性的接触を強要されているのを目撃した。		
	ここまでに言及されていない、極度にストレスの多い出来事を目撃した、または経験した。説明してください：_____		

出典：Hudnall Stamm, 1996, 1997年。許可を得て使用。

資料1.4-4：STaT 親密なパートナーからの暴力スクリーニングツール

1. パートナーに押されたり、**平手打ち**されたりした関係にいたことがありますか？
2. パートナーに暴力で**脅迫**された関係にいたことがありますか？
3. パートナーに**物を**投げられたり、壊されたり、殴られたりした関係にいたことがありますか？

出典：Paranjape & Liebschutz, 2003. 許可を得て使用。

資料1.4-5：PC-PTSDスクリーン

人生で、過去1ヶ月間に、とても怖かったり、恐ろしかったり、動揺したりする経験をしたことがありますか…

1. それについて悪夢を見たり、望まないのにそれについて考えたりしたことがありますか？　はい／いいえ

2. それについて考えないように一生懸命努力したり、それを思い出させる状況を避けたりしましたか？　はい／いいえ
3. 常に警戒していたり、用心深かったり、簡単に驚いたりしましたか？　はい／いいえ
4. 他人、活動、または自分の周囲から麻痺しているか、または切り離されていると感じましたか？　はい／いいえ

出典：Prins et al., 2004. パブリックドメインで使用されている資料。

資料1.4-6：SPAN

SPAN測定ツールは、クライアントに過去のトラウマの中で現在最も邪魔になっているものを特定するように求める、短期的なスクリーニングツールです。その後、クライアントに、過去1週間に、異なる種類のトラウマ関連症状（驚愕、生理的覚醒、怒り、麻痺）をどのくらいの頻度と重症度で経験したかを評価するように求める4つの質問をします。このスクリーニングツールを注文するには、以下の連絡先情報を使用してください： Multi-Health Systems, Inc. P.O. Box 950 North Tonawanda, NY 14120-0950 電話番号：800-456-3003 出典：Meltzer-Brody et al., 1999.

トラウマ的ストレス症状をスクリーニングできる別の測定ツールは、4項目の自己報告SPANであり、資料1.4-6に要約されています。これは、17項目のDavidson Trauma Scale（DTS）から派生したものです。SPANは、スクリーニングが扱う4つの項目の頭字語です：驚愕、生理的覚醒、怒り、麻痺。それは、いくつかの臨床研究に参加している、成人患者の小規模で多様なサンプル（N=243; 女性72パーセント；アフリカ系アメリカ人17.4パーセント；平均年齢=37歳）を使用して開発されました。これには、レイプトラウマの家族研究、戦闘退役軍人、ハリケーン・アンドリューのサバイバーなどが含まれます。

SPANは、0.80から0.88の高い診断精度を持ち、感度（真陽性の割合）が0.84、特異性（真陰性の割合）が0.91です（Meltzer-Brody, Churchill, & Davidson, 1999）。SPANのスコアは、完全なDTS（r = 0.96）および他の尺度、例えばImpact of Events Scale（r = 0.85）およびSheehan Disability Scale（r = 0.87）と高く相関していました。

PTSD国立センターによって開発されたPTSDチェックリスト（資料1.4-7）は、パブリックドメインにあります。元々、ベトナムおよびペルシャ湾岸戦争の戦闘退役軍人のために開発され

ましたが、その後、様々な非戦闘トラウマで検証されています（Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007）。チェックリストを使用する際には、最初に特定のトラウマを特定し、その後、クライアントにその一つの特定のトラウマに関連する質問に答えてもらいます。

資料1.4-7：PTSDチェックリスト

クライアントへの教示： 以下は、ストレスの多い経験への反応として人々が時々抱える問題や訴えのリストです。それぞれを注意深くお読みいただき、*過去1ヶ月に*その問題によってあなたがどれほど悩まされたかを示す番号を丸で囲んでください。

1. ストレスの多い経験に関する、繰り返される、不快な記憶、考え、またはイメージがありましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

2. ストレスの多い経験に関する、繰り返される、不快な夢を見ましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

3. （再体験しているかのように）ストレスの多い経験が再び起きているかのように、突然行動したり感じたりしましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

4. ストレスの多い経験を思い出させる何かによって、非常に動揺しましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

5. ストレスの多い経験を思い出させる何かによって、身体的な反応（例：心臓の動悸、呼吸困難、発汗）がありましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

6. ストレスの多い経験について考えたり話したりするのを避けたり、それに関連する感情を持つのを避けたりしましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

7. ストレスの多い経験を思い出させるため、活動や状況を避けましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

8. ストレスの多い経験の重要な部分を思い出すのが困難でしたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

9. 以前は楽しんでいた活動への興味を失いましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

10. 他の人々から疎遠になったり、孤立していると感じましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

11. 感情が麻痺したように感じたり、身近な人々への愛情を感じることができなかったりしましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

12. 自分の将来が何らかの形で断ち切られてしまうように感じましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

13. 寝付いたり、眠り続けたりするのが困難でしたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

14. イライラしたり、怒りを爆発させたりしましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

15. 集中するのが困難でしたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

16. 「過度に警戒」したり、用心深くなったり、気を張っていたりしましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

17. びくびくしたり、驚きやすかったりしましたか？
    1. 全くない 2. 少しある 3. 中程度にある 4. かなりある 5. 極度にある

出典：Weathers et al., 1993. 使用されている資料はパブリックドメインにあります。

その他のスクリーニングおよびレジリエンス測定ツール

トラウマ関連の症状の存在を特定し、症状の重症度、そして個人が準臨床的症状を持つか、またはトラウマ関連の障害の基準を満たすかどうかを判断するためのアセスメントを正当化することに加えて、クライアントは、トラウマと関連する他の症状（例：うつ病、自殺性）について他のスクリーニングを受けるべきです。スクリーニングが、外部および内部のリソース（例：支援システム、ストレングス、対処スタイル）の両方に対処することが重要です。クラ

イアントのストレングスを知ることは、クライアントがすでに機能している戦略を使用し、レジリエンスを築くための戦略を組み込むことによって、治療計画プロセスを大きく形作ることができます（資料1.4-8）。予備的な研究は、他の集団における治療介入を通じて、個人のレジリエンスの改善を示しています（Lavretsky, Siddarth, & Irwin, 2010）。

資料1.4-8：レジリエンス尺度

良い心理測定学的特性を持ついくつかの尺度がレジリエンスを測定します：

- Resilience Scale (Wagnild & Young, 1993)
- Resilience Scale for Adults (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003)
- Connor Davidson Resilience Scale, 25-,10-, and 2-Item (Connor & Davidson, 2007; Campbell-Sills & Stein, 2007; Vaishnavi, Connor, & Davidson, 2007, respectively)
- Dispositional Resilience Scale, 45-,30-, 15-item forms (Bartone, Roland, Picano, &Williams, 2008)

自殺のスクリーニング

すべてのクライアント—特にトラウマを経験したクライアント—は、「過去に、自殺念慮を持ったこと、自殺を意図したこと、または自殺の試みをしたことがありますか？今、それらの感情のいずれかを持っていますか？最近、そのような感情を持ったことがありますか？」と尋ねることによって、自殺についてスクリーニングされるべきです。行動保健サービス提供者は、自殺をスクリーニングするためのトレーニングを受けるべきです。さらに、物質使用障害と心理的トラウマの既往歴を持つクライアントは、自殺念慮と行動のリスクが高いです。したがって、自殺性のスクリーニングが示されます。TIP 50『薬物乱用治療における自殺念慮と行動への対処』（CSAT, 2009a）を参照してください。自殺性のスクリーニングプロセスに関する追加の記述については、TIP 42（CSAT, 2005c）を参照してください。

結び

スクリーニングは、肯定的なスクリーニングを処理するためのフォローアップ手順とリソースがある場合にのみ有益です。例えば、スクリーニング後に結果を見直し、個人にフィードバックを提供する能力、徹底的なアセスメントを完了するか、またはアセスメントのための適切な紹介を行うための十分なリソース、クライアントのニーズに合った追加のトラウマインフォームド・ケアの目的と目標を容易に組み込むことができる治療計画プロセス、そしてクライアントのニーズに合ったトラウマに特化したサービスの利用可能性とアクセス可能性などです。スクリーニングは、最初のステップにすぎません！

第5章 サービス横断的な臨床的問題

この章の内容

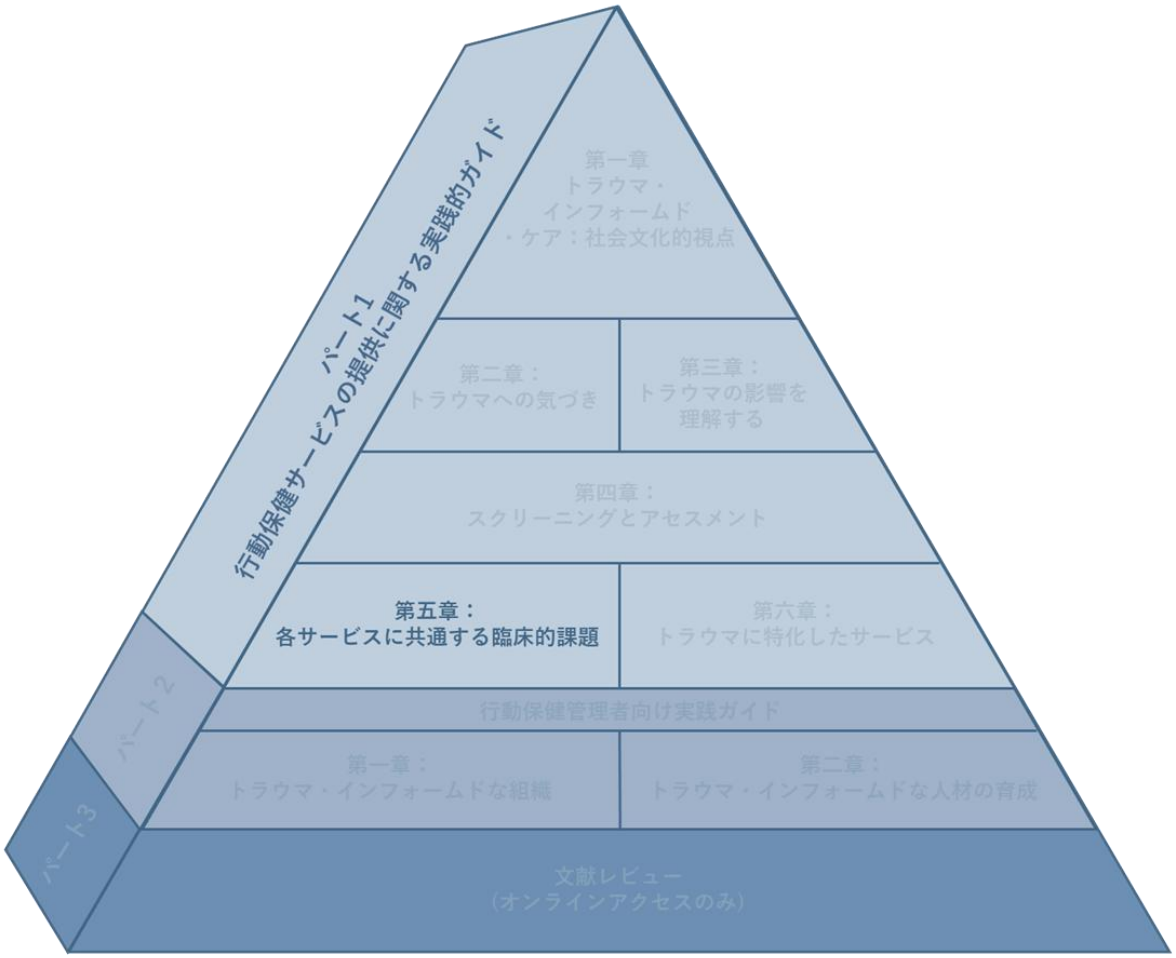
- トラウマインフォームドの予防と治療の目的
- 治療の問題
- トラウマに特化したサービスへの紹介

行動保健治療の多くのクライアントはトラウマの既往歴を持っている可能性があり、そのためカウンセラーはそれらの既往歴から生じる問題に対処する準備をしておくべきです。この章は、トラウマインフォームドの予防と治療の目的、そして実践的なカウンセラーの戦略に関する徹底的な議論から始まります。臨床の場におけるトラウマサバイバーとの協働に関連する特定の治療の問題も、クライアントの関与、ペース配分とタイミング、トラウマ的な記憶、そして文化的に適切で性別に応じたサービスを含めて議論されます。この章は、トラウマに特化したサービスへの紹介に関するガイドラインで終わります。

トラウマインフォームドの予防と治療の目的

トラウマインフォームド・ケア（TIC）は、トラウマとトラウマ的ストレス症状の既往歴を持つ個人を特定することに焦点を当てるだけでなく、トラウマの影響を認識し、安全な場所で次の行動方針を決定するのを助ける環境を創造することにかなりの努力を払います。一部の個人にとっては、心理教育と対処戦略の開発または強化が最も適切で効果的な戦略であるかもしれませんが、他の人々はよりトラウマに特化した介入への紹介を要求するか、または必要とするかもしれません（この治療改善プロトコル[TIP]のパート1、第6章を参照）。トラウマ症状とトラウマ的ストレス障害の悪化を防ぐためのレジリエンスの構築に関する研究は限られていますが、TICはまた、治療における再トラウマ化を避ける、レジリエンスを促進する、そしてトラウマ関連障害の発症を防ぐための予防戦略にも焦点を当てています。以下のセクションでは、主要なトラウマインフォームドの予防と治療の目的を強調します。

TICフレームワークとサービス横断的な臨床的問題



安全の確立

トラウマとトラウマ関連の症状を特定することを超えて、TICの初期の目的は安全の確立です。ハーマン（1992）のトラウマ回復の概念化を借りると、安全は治療の最初の目標です。安全の確立は、トラウマインフォームド治療の開始時に特に重要であり、休暇による治療スタッフの変更などの出来事や治療上の変更が安全の問題を引き起こすときに、しばしば再発するニーズとなります。

TICの文脈では、安全には様々な意味があります。おそらく最も重要なことは、クライアントがトラウマ症状からある程度の安全を持つ必要があることです。繰り返される侵入的な悪夢、挑発なしに突然現れる痛みを伴う記憶、悲しみ、怒り、恥、または圧倒されている感覚、または他者からの突然の断絶をコントロールできないことは、日々の生活を不安に感じさせます。クライアントは、「自分の感情をコントロールできない」とか、「理由もなくただぼーっとしたり、世界から切り離されたりする」とか、「悪夢のせいで眠るのが怖い」などの発言を通じ

て、不安を表現するかもしれません。トラウマに伴う強烈な感情も、クライアントに不安を感じさせることがあります。彼らは、朝、元気でも、日が経つにつれてうつ病で動けなくなるかもしれません。トラウマの既往歴を持つクライアントは、閉じ込められたり、見捨てられたりするパニックのような感情を経験するかもしれません。したがって、トラウマ治療における初期の努力は、クライアントがトラウマ症状をよりコントロールし、（そしてそれらをそのようにラベル付けできる）ようになり、症状が現れたときに対処するための新しい対処スキルを学び、感情や記憶に圧倒されたときによりグラウンディングされるのを助けることです。

カウンセラーへの助言：安全を促進するための戦略

戦略#1：クライアントが不安または圧倒されていると感じるときに、グラウンディング演習をいつ、どのように使用するかを教える。

戦略#2：個人、グループ、または家族療法において、特定のルーチンを確立する（例：グループセッションの開始と終了時に開始の儀式またはルーチンを持つ）。構造化された設定は、トラウマの既往歴を持つクライアントに安全感と親しみやすさを提供することができます。

戦略#3：安全な行動と安全でない行動に関する議論を促進する。クライアントに、紙の上に、安全を促進する行動と、今日不安に感じる行動を特定させる。

戦略#4：『Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse』（Najavits, 2002a）を参照する。このメニューベースのマニュアルは、安全の核心的な概念を含む、様々な治療トピックをカバーしています。各トピックは、セッションの準備、セッションの形式、セッションの内容、配布資料、ガイドラインを含む、いくつかのセグメントで構成されています。

戦略#5：安全計画の作成を奨励する。トラウマの種類に応じて、個人的な安全が問題になることがあります。クライアントと協力して、予期せぬ事態に対して彼または彼女がコントロールし、準備ができていると感じるのを助ける計画を立てる。トラウマが自然または人為的な災害であった場合、別の危機の際に家族や友人がどのように反応し、つながるかを考えることを奨励する。性的虐待またはレ

イプがイベントであった場合、クライアントをより安全にするための将来のステップについて考えることを奨励する。準備と、すべての可能性のあるトラウマ的な出来事に備えることはできないという認識との間には、微妙なバランスがあります。それにもかかわらず、行動計画は、クライアントが環境的なバランスの感覚を取り戻すのに役立ちます。

第二の側面は、**環境における安全**です。トラウマ反応は、大きな音（例：テレビの大音量、大きな声）、人々の間の緊張、特定の匂い、または身体的な境界線の侵害と認識されるさりげない接触によって引き起こされる可能性があります。治療の場での自分の既往歴を曝露することの脆弱性は、クライアントが身体的に脆弱で、治療環境で安全でないと感じることとして現れることがあります。ある治療レベルから別のレベルへの移動やカウンセラーの変更など、突然のまたは不十分に説明された治療の移行も、危険、放棄、または不安定さの感情を呼び起こす可能性があります。治療の初期には、トラウマサバイバーは一般的にルーチンと予測可能性を重んじます。カウンセラーはこれらのニーズを認識し、事前に情報を提供し、彼または彼女の環境の刺激に対するクライアントの反応に非難がましい反応を示さず、そしてクライアントが安全だと感じる日常の構造を築くのを助けることによって、適切に対応すべきです。

安全の第三の側面は、**トラウマの再発を防ぐこと**です。トラウマと薬物乱用の既往歴を持つ人々は、高リスクの行動に従事し、その後のトラウマを経験する可能性が高くなります。初期の治療は、薬物乱用、自傷、その他の自己破壊的な行動などの安全でない対処メカニズムの使用をやめさせ、それらを安全で健康的な対処戦略に置き換えることに焦点を当てるべきです。クライアントが合理的な方法で自分自身を守ることを学ぶのを助けることは、肯定的な治療目標です。

再トラウマ化の防止

TICの重要な目的は、介入と治療の実践と方針によって生じる再トラウマ化を防ぐことです。残念ながら、治療の場や臨床医は、意図せずに再トラウマ化させる経験を生み出すことがあります（深刻な精神疾患の治療時に起こる可能性のあるトラウマのレビューについては、Frueh et al., 2005を参照）。例えば、クライアントの既往歴に関する思いやりのある問い合わせは、何年も前に加害者によって示された関心と似ているように見えるかもしれません。薬物乱用に関連する行動に関するカウンセラーからの直接的な対立は、繰り返し身体的に暴行された誰かによって、暴行に至る挑発と見なされるかもしれません。破壊的な行動を抑制するのを助けるためのカウンセラーとプログラムの努力は、個人をコントロールし、支配するための努力と解釈されるかもしれません。プログラム内の別のクライアントによって示される侵入的な辱めまたは

無神経な行動は、過去に境界線を無視されたトラウマサバイバーを脅かす可能性があり、したがって治療の経験を安全ではなく危険に感じさせます。再トラウマ化につながる可能性のあるスタッフと機関の問題には以下が含まれます：

- 虐待や他のトラウマ的な出来事の報告を無礼に挑戦すること。
- クライアントのトラウマ的な出来事の報告を割り引くこと。
- 隔離を使用すること。
- 身体的拘束を使用すること。
- あるクライアントの他のクライアントに対する虐待的な行動を介入なしに続けさせること。
- 強烈な怒りや他の感情を病理学的とラベル付けすること。
- クライアントの反応を最小化したり、信用を失墜させたり、無視したりすること。
- カウンセラーのスケジュールや割り当てを変更することによって、カウンセラーとクライアントの関係を妨害すること。
- プライベートでない、および／または無礼な方法で尿検体を採取すること。
- 他の人の前でクライアントに着替えさせること。
- ルールを一貫して適用せず、治療環境に混乱を許すこと。
- クライアントが質問する機会なしに厳格な機関の方針やルールを適用すること。
- 一貫した、有能なリーダーシップの欠如を含む、機関の機能不全を受け入れること。

カウンセラーへの助言：再トラウマ化を防ぐための戦略

戦略#1：治療の場でトラウマの記憶を引き起こす可能性のある行動に関して、トラウマを経験したクライアントのニーズに敏感であること。

戦略#2：トラウマの既往歴を持つクライアントが、引き起こされたトラウマの記憶への反応として行動するとき、クライアントの症状と要求を無視しないこと。そうすることは、元のトラウマ体験を再現する可能性があります。

戦略#3：治療におけるクライアントの行動をコントロールし、抑制する努力が、特に閉じ込められることがトラウマ体験の一部であったトラウマサバイバーにとって、異常な反応を生み出す可能性があることに注意すること。

戦略#4：クライアントの反応を駆動していると思われる特定の引き金に耳を傾けること。回復における重要なステップは、クライアントがこれらの手がかりを特定し、それによって反応と行動のより良い理解に達するのを助けることです。

心理教育の提供

トラウマインフォームド教育は、クライアントにトラウマ的ストレスとトラウマ関連の症状と障害、そしてトラウマへの曝露の関連する結果について知らせます。それは、現在の症状を正常化し、潜在的な短期的および長期的なトラウマの結果と回復への様々な道を強調し、そして回復が可能であるというメッセージを強調するために、クライアントに情報を提供することに焦点を当てています。教育は、クライアントが結果を聞くか、またはその後のアセスメントの調査結果を適切な文脈に置く準備をする方法として、初期のスクリーニングの前または直後に行われることがよくあります。しかし、教育それ自体は、必ずしも独立した治療を構成するわけではありません。むしろ、それはより包括的な治療の最初のステップおよび／または構成要素として概念化することができます。それにもかかわらず、教育は、現在結果または症状がなく、および／または過去のトラウマの解決を報告したトラウマの既往歴を持つ個人にとって、予防および介入戦略になる可能性があります。例えば、一部のクライアントは、トラウマ的ストレス症状の著しく遅れた発症を持つかもしれません。このシナリオでは、より早い教育が症状の認識を高め、治療を求める道を容易にすることができます。

一部のクライアントは、現在の困難とトラウマ歴との間の関連性を認識していません。教育は、彼らの困難の可能な起源を理解するのを助けることができます。心理教育は、トラウマ関連の症状をトラウマへの正常な反応として提示します。クライアントの現在の困難の源を特定し、それらをトラウマへの正常な思考、感情、行動として捉え直すことで、多くのトラウマサバイバーは、困難や症状の強度の減少を報告します。しばしば、クライアントは、彼のまたは彼女の反応が正常であることに安堵を表明します。米国退役軍人省（VA）PTSD国立センターのトラウマ的ストレス反応に関する教育的な配布資料が役立つかもしれません。

カウンセラーへの助言：心理教育を実施するための戦略

戦略#1：これがクライアントの最初の治療経験かもしれないことを覚えておく。毎日それを周りにいると、プログラムや臨床的な専門用語を使いやすいですが、

助けを求めるほとんどの個人は、臨床言語、プログラムの仕組み、治療の目的に不慣れです。心理教育は、クライアントの期待と助けを求める理由を理解することから始まり、その後、クライアントと他の家族にプログラムについて教育します。これがすべて彼らにとって新しいことであることを覚えておく。

戦略#2：トラウマ歴の承認を得た後、クライアントがトラウマ関連の症状を肯定するかどうかにかかわらず、トラウマ的ストレスの一般的な症状と結果の概要を提供する。トラウマからの回復に関連するレジリエンス要因についてクライアントを教育することも同様に重要です（Wessely et al., 2008）。トラウマインフォームドの視点は、トラウマ反応は異常な状況への正常な反応であるというメッセージを提供します。

戦略#3：プログラム、特定の症状、トラウマ関連の症状と戦うためのツール、治療の選択肢とセラピーのアプローチ、ピアサポートの利点、そして特定の対処戦略を開発するステップに対処する、印刷物またはマルチメディアの教育資料の配列を提供するリソースボックスを開発する。

戦略#4：治療を補完するために、サービスとクライアントのスケジュールに合わせた回転式の教育グループを開発する。教育が、動機付けを高め、経験を正常化し、そして個人が治療にさらに進むにつれて安全感を創造する上で重要な役割を果たすことができることを覚えておく。一部のサバイバーにとって、教育は強力な介入または予防戦略になる可能性があります。

心理教育は、トラウマ的ストレス症状の特定および／またはトラウマの心理的、認知的、物理的な影響について学ぶことを超えています。安全、感情調節、助けを求めること、回避行動など、主要な領域で対処戦略を強化するために、心理教育を第一線のまたは補完的なアプローチとして使用する多くのカリキュラムが利用可能です。一例は、S.E.L.F.、以下の領域でトラウマ回復に関連する教育的な構成要素を持つ、トラウマインフォームドの心理教育的なグループカリキュラムです：安全の創造、感情の調整、喪失への対処、そして未来の再定義（Bloom, Foderaro, & Ryan, 2006）。

事例：リンダ

リンダはベトナムの避難病院で陸軍の看護師として勤務しました。彼女は配備後の調整を困難で孤立していると報告しましたが、人生を通じてトラウマ的ストレスの重大な症状を否定しました。4年前、リンダはアルコール依存症の治療を求めました。インテーク中に、彼女はトラウマ関連の症状を否定したことを思い出します。「私はそのセッションをはっきりと覚えています」と彼女は語ります。「カウンセラーはまず私の既往歴を取りましたが、その後、典型的な症状とトラウマへの反応に関する情報を提供しました。私は思いました、『なぜこれを聞く必要があるの？私は人生で最悪のトラウマを生き延びたのに。』この情報の価値がわかりませんでした。そして3週間前、私はベトナムにいたときに時々あったのと同じ、生々しいタイプの悪夢を繰り返し見るようになりました。それ以来、私は非常に不安で、看護師として経験した恐ろしい場面を再体験し、再び夢を見る恐れから寝るのを延期しています。理解できませんでした。私は70歳で、戦争はずっと前のことです。そして、私はそれをまとめ始めました。最近、この地域の病院への救急ヘリコプターの飛行パターンとアプローチが変わりました。私はリビングルームで定期的にヘリコプターの音を聞くようになり、それがベトナムを思い出させました。その時、助けが必要だとわかりました。震えが止まりませんでした。感情をコントロールできないように感じました。インテークカウンセラーがトラウマの一般的な症状を説明するのに時間をかけてくれたことを思い出しました。それが私が今日ここにいる理由です。」

ピアサポート

「これは大したことではないように聞こえるかもしれませんが、多くの人々にとって、人間関係はすべて、自分の問題の話をし、それに対する助けを得ることになりました。与えることには、ほとんど、または全く重点が置かれていません。それは大したことです!!!サービス関係は一方通行の道路のようであり、両方の人の役割は明確に定義されています。しかし、あなたのコミュニティの『通常の』関係では、人々は常に与えたり受け取ったりします。誰も永久に受け取る側にも、与える側にもいません。この交換は、人々が脆弱であること（助けが必要なこと）について大丈夫だと感じ、そして彼らが提供しているものに自信を持つ

ことに寄与します。私たちの多くにとって、常に『もらう人』の役割であることは、私たちの自信を揺るがし、私たちに貢献する価値のあるものがないと感じさせます。ピアサポートはそれをすべて打ち破ります。私たちの一人が支払われると、それはいくらか複雑になりますが、私たち両方が学ぶこの種の関係をモデル化することは、私たちに『統合された精神病患者』ではなく、『通常の』コミュニティメンバーのように感じるために必要な本当の実践を提供します。」（Mead, 2008, p.7）

トラウマインフォームド・ピアサポートを提供する

トラウマの既往歴を持って生活することは、孤立し、消耗することがあります。トラウマの経験は、違う、一人で、傷ついているという信念を強化することがあります。時には、トラウマ関連の影響に対する行動保健治療は、意図せずにこれらの信念を強化することがあります。単に治療に従事したり、専門的なサービスを受けたりすること（正当化されている場合でも）は、クライアントの、自分に何か問題があるという信念をさらに強化することがあります。正式なピアサポートは、治療経験を向上させることができます。治療とピアサポートは、トラウマ的ストレスを強化する信念のサイクル（例：永久に損傷していると信じる、誰も理解できない、誰も自分の話を聞くべきではない、または聞くことができない）を断ち切ることができます。ピアサポートは、相互の関係を築き、自分の既往歴が自己、他者、そして未来の視点をどのように形作るかを学び、トラウマを超えて進み、そして代替の対処戦略を反映し、学ぶ機会を提供します。ピアサポートは、回復を、誰かが「問題」を解決する決定的な瞬間ではなく、インタラクティブなプロセスとして定義します。

症状を正常化する

トラウマの症状は、薬物使用および精神障害からの回復にとって深刻な障壁になる可能性があります。カウンセラーは、トラウマ症状がどのように現れ、それらが現れたときにどのように対応するかを認識しているべきです。症状に対処する上で重要なステップは、それらを正常化することです。トラウマ的ストレス症状を持つ人々は、彼らの症状がユニークではなく、彼らの反応が彼らの経験に共通していることを知る必要があります。しばしば、症状を正常化することは、彼らの症状が何らかの広範で治療不可能な精神障害を示していると思ったかもしれないクライアントにかなりの安堵を与えます。

カウンセラーへの助言：症状を正常化するための戦略

戦略#1：トラウマ的ストレスの一般的な症状に関する心理教育を提供する。

戦略#2：クライアントのトラウマに特有の最も一般的な症状を調査し、その後クライアントに教育を提供する。例えば、トラウマ的な出来事の結果として、意識があり、閉じ込められた個人は、出口に対してより過度に警戒し、安全な環境でさえも逃げ道を計画し、回避または解決の選択肢がないと認識される対人関係および環境的な状況に強い反応を示す可能性が高いです（例：上司が感情的に虐待的な職場環境で立ち往生していると感じる）。

戦略#3：まず、クライアントに彼のまたは彼女の症状をリストアップさせる。各症状の後、クライアントにその症状の否定的および肯定的な結果をリストアップするように頼む。症状は、たとえそれらがうまく機能しないか、または過去にそうであったようにうまく機能しないように見えても、目的を果たすことを覚えておく。症状がクライアントに肯定的な方法でどのように役立ったかに焦点を当てる（事例：ヘクターを参照）。この演習は、クライアントもカウンセラーも症状の価値に焦点を当てないことが多いため、困難な場合があります。

事例：ヘクター

ヘクターは、メタンフェタミン依存症と心的外傷後ストレス症（PTSD）の入院治療の後、併存障害を専門とするハーフウェイハウスに紹介されました。ハーフウェイハウスで、彼はフラッシュバックの頻度と強度に圧倒され続けました。彼はしばしば欲求不満になり、怒りと絶望感を表明し、その後、家の中の他の人々から感情的に引きこもりました。セッションで正常化戦略#3が導入されました。この演習中に、彼はフラッシュバックの多くの否定的な側面を特定し始めました。彼は、望んでいたにもかかわらず、フラッシュバックの発生をコントロールできないと感じ、その後しばしば恥を感じることに気づきました。同じ演習で、彼はまた、フラッシュバックの肯定的な側面を特定するように促されまし

た。これは困難でしたが、彼はフラッシュバックがトラウマに特化した治療で対処する必要のある内容に関する手がかりであることに気づきました。「私にとって、フラッシュバックは、私がセラピーで焦点を当てる必要があるものを宣伝する看板でした。」

カウンセラーへの助言：ピアサポートを強化するための戦略

戦略#1：ピアサポートが何であり、何でないかについて教育を提供する。ピアサポートの役割と期待は混乱を招く可能性があり、したがって、最初に明確化を提供することは非常に役立ちます。ピアサポートとこのリソースを使用する価値について初期の教育を提供することが重要です。

戦略#2：ピアサポートプロセスを導くために、確立されたピアサポートカリキュラムを使用する。例えば、『Intentional Peer Support: An Alternative Approach』（Mead, 2008）は、ピアサポートの4つの主要なタスクを強調するワークブックです：つながりを築くこと、自分の世界観を理解すること、相互性を発展させること、そして互いに設定された願望に向かって進むのを助けることです。このカリキュラムは、ピアサポートスタッフメンバーだけでなく、ピアサポートを求める個人にも広範な資料を提供します。

トラウマ関連の引き金を特定し、管理する

トラウマ的ストレスを持つ多くのクライアントは、トラウマの侵入的な思考、感情、感覚、または環境的な手がかりに不意を突かれます。この経験はかなり動揺させることがありますが、しばしば、個人は、内的なまたは外的な引き金と彼または彼女の反応との間の即時の関連性を見出しません。他の時には、引き金は非常に強力であるため、個人は現在の引き金を過去のトラウマと区別することができず、トラウマが再発しているかのように反応し始めます。

引き金を特定する上での重要なステップは、強い反応の前の状況、周囲、または感覚を振り返ることです。そうすることで、あなたとあなたのクライアントは、これらの手がかり、過去のトラウマ、そしてクライアントの反応との間の関連性を判断することができるかもしれません。手がかりが特定されたら、それが過去のトラウマとどのようにつながっているかを議論します。一部の手がかりについては、明白で即時の関連性があるでしょう（例：重要な関係で誰

かが「愛している」と言い、これを性的暴行の前に同じことを言った虐待者と結びつける）。他の手がかりは、それほど明白ではないかもしれません。実践を積むことで、クライアントは、感情的、身体的、または行動的な反応の直前に何が起こったかを遡って追跡し始め、その後、その経験が彼または彼女に過去をどのように思い出させるかを検証することができます。

カウンセラーへの助言：トラウマ関連の引き金を特定し、管理するための戦略

戦略#1：認知的再構成のための「過去と現在を分類する」技術を使用して、現在の状況を過去のトラウマから切り離すのを助ける（Blackburn, 1995）。一度に一つの引き金を特定し、その後、クライアントと以下の質問について議論する：

- いつ、どこで反応に気づき始めましたか？
- この状況は、あなたの過去の既往歴または過去のトラウマをどのように思い出させますか？
- 現在の状況へのあなたの反応は、トラウマへのあなたの過去の反応とどのように似ていますか？
- この現在の状況は、過去のトラウマとどのように異なりましたか？
- 現在の状況に対して、以前のトラウマとはどのように異なって反応しましたか？
- 今日、あなたはどのように違いますか（例：年齢、能力、強さ、支援のレベルなどの要因）？
- 過去とは異なり、現在の状況（引き金）に対処するのを助けることができるどのような選択肢がありますか？

カウンセリングでこの演習を数回見直した後、クライアントが携帯し、治療外で使用するためのカードに質問を書き出します。物質使用障害のあるクライアントは、再発の引き金に対処するために同じ質問（わずかに言い換えられた）を使用することから利益を得ることができます。

戦略#2：個人が引き金を特定し、引き金と過去のトラウマとの間の関連を描いた後、彼または彼女と協力して、引き金が発生したときに対処するための反応と対処戦略を確立する。最初は、計画された反応は引き金直後には起こらないかもしれませんが、実践を積むことで、計画された反応は引き金の時間により近づきま

す。いくつかの戦略には、対処戦略を反映する頭字語（資料1.5-1）、認知行動的な秘密のモデリング演習（対処の発言のリハーサル）によって生成される肯定的な自己対話、呼吸の再訓練、そして支援システムの使用（例：誰かに電話する）が含まれます。

戦略#3：自己監視は、クライアントに何かが起こる回数を観察し、記録するように頼む、特定の経験の強度を記録するように頼む、または特定の行動的、感情的、または認知的現象が起こるたびにそれを説明するように頼む、あらゆる戦略です。トラウマの既往歴を持つ個人にとって、引き金とフラッシュバックは、かなり恐ろしく、強烈で、強力な場合があります。たとえクライアントが1回か2回の引き金やフラッシュバックしか持っていなくても、彼または彼女はフラッシュバックが絶えず起こっていると認識するかもしれません。しばしば、これらの経験から回復するには時間がかかります。自己監視を使用し、クライアントに引き金が発生するたびにそれを記録するように頼み、引き金とその強度レベル（1〜10のスケールを使用して）を説明することによって、クライアントとカウンセラーは、存在する引き金の種類とそれぞれが生み出す苦痛のレベルの理解を得るでしょう。さらに、クライアントは、たとえそれらが絶えず起こっているように見えても、引き金が実際には常に起こっているわけではないことを見始めるかもしれません。

つながりを描く

精神保健と薬物乱用治療の提供者は、歴史的に、多くの理由でクライアントに対するトラウマの影響を過小評価してきました。一部の人は、薬物乱用が他の併存状態に対処する前に対処されるべきだという信念を持っていました。他の人は、トラウマの問題を評価するための知識とトレーニングを持っていなかったか、またはこれらの敏感な問題をクライアントと議論することに不快でした（Ouimette & Brown, 2003）。同様に、他の行動保健の場では、臨床医は時々トラウマ関連の症状に対処しますが、薬物乱用治療の経験やトレーニングを持っていません。

同様に、トラウマの既往歴を持つ人々は、しばしば、彼らが経験したトラウマと彼らのトラウマ的ストレス反応との間のつながりに気づいていません。彼らはうつ病、怒り、または不安に気づくかもしれませんが、またはトラウマ症状を生み出した特定の経験を特定することな

く、自分自身を「狂っている」と説明するかもしれません。たとえクライアントが彼らのトラウマ症状を誘発した出来事を認識しても、彼らは同様の経験を持つ他の人々が異なる反応をすることができる方法を理解していないかもしれません。したがって、トラウマサバイバーにとっての治療目標は、彼らのトラウマの既往歴とその後の結果との間のつながりの認識を得るのを助けることです。つながりを見ることは、クライアントが統合された方法で回復に取り組む能力を向上させることができます。

資料1.5-1：OBSERVATIONS対処戦略

- 何が起こっているかをただ**観察**する時間を取る。あなたの体、感覚、環境に注意を払う。
- あなたの**呼吸**に集中する。感情と感覚があなたの上を洗い流すのを許す。呼吸する。
- あなたの反応を開始した**状況**を名付ける。この状況はあなたの過去とどのようになじみがありますか？どのように異なりますか？
- **感情**は来ては去ることを覚えておく。今は強烈かもしれませんが、後でそれはより少なくなるでしょう。あなたの感情を名付ける。
- この状況があなたやあなたの未来を定義するものではないことを認識する。それは、物事がどうなるかを決定するものではなく、来るべきもののしるしでもありません。たとえそれがなじみ深くても、それはただの一つの出来事です。
- あなたの経験を**妥当性**のあるものとして認める。少なくとも内部的に、あなたが感じ、考え、経験していることを述べる。
- 助けを**求める**。これを一人でする必要はありません。支援を求める。他の人々があなたを気にかけます。彼らにさせましょう！
- これもまた過ぎ去る。覚えておいてください：良い時もあれば、そうでない時もあります。この困難な時期は過ぎ去ります。
- 私はこれを処理できる。あなたの強さを名付ける。あなたの強さは、あなたが生き延びるのを助けました。
- **開かれた**心を保つ。新しい解決策を探し、試す。
- 以前に機能した戦略を名付ける。一つを選び、この状況に適用する。
- あなたが生き延びたことを覚えておく。あなたは**サバイバー**です！

カウンセラーへの助言：クライアントがつながりを描くのを助けるための戦略

戦略#1：トラウマについて書くことは、クライアントが自分の考え、感情、現在の経験の認識を得るのを助け、身体的な健康の結果を改善することさえできます（Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1988; Smyth, Hockemeyer, & Tulloch, 2008）。このツールは一部の人々が現在の経験と過去のトラウマとの間のつながりを描くのを助けるかもしれませんが、注意して使用すべきです。他の人々は、それがあまりにも強烈なトラウマの資料を引き起こすことを見つけるかもしれません（特に、併存する薬物乱用、精神病、現在の家庭内暴力を持つ脆弱なトラウマサバイバーの間で）。ジャーナルライティングは、クライアントに対処戦略の使用を記録したり、例を挙げてストレングスを特定したりするなど、現在の日々の特定のターゲットについて書くように頼むときに最も安全です。トラウマについて書くことはまた、トラウマ体験と回復に焦点を当てた質問を提供する主要な質問やワークブックを介して行うこともできます。

戦略#2：クライアントに、トラウマ体験と精神および物質使用障害との間の関連を探求することを奨励する。精神障害または症状がトラウマ後に発症したという認識は、安堵と、トラウマに対処すれば症状が緩和されるかもしれないという希望を提供することができます。クライアントが薬物使用とトラウマ歴を結びつけるのを助ける方法には以下が含まれます（Najavits, 2002b; Najavits, Weiss, & Shaw, 1997）：

- 物質が短期的にトラウマまたはPTSD症状を「解決」するのをどのように助けたかを特定する（例：眠るために飲む）。
- クライアントに、トラウマ、精神、物質使用障害が一般的に併存すること、そして彼らがこれらの問題についてそれほど孤立し、恥じないように教える。
- 薬物乱用がトラウマからの治癒をどのように妨げたか（例：感情と記憶をブロックすることによって）を議論する。

- クライアントがトラウマ症状を薬物使用と精神的な苦痛への再発の引き金として認識するのを助ける。
- トラウマと薬物乱用から同時に回復するための新しい対処スキルに取り組む。
- トラウマと薬物乱用の両方がしばしば複数の世代にわたって家族で起こることを認識する。

バランスを教える

あなたとあなたのクライアントは、トラウマに対処する際に細い線を歩む必要があります。非常に苦痛な内容に焦点を当てすぎた作業は、脱感作プロセスを、クライアントが解離し、閉ざし、または感情的に圧倒されるセッションに変える可能性があります。一方、クライアントまたはカウンセラーによる焦点が少なすぎることは、回避を容易に強化し、トラウマの余波に対処するには危険すぎるというクライアントの内部的な信念を確認することができます。いくつかのトラウマに特化した理論は、セラピーが扱うトラウマ的な内容に関連する許容可能なレベルの苦痛に関するガイドラインを提供しています。例えば、一部の伝統的な脱感作プロセスは、非常に低いレベルの主観的な苦痛から始まり、トラウマの記憶と経験の階層を徐々に上っていき、それらの経験が、リラクゼーション訓練などのいくつかの対処戦略と組み合わされたときに最小限の反応を生み出すまで続きます。他の脱感作プロセスは、トラウマ的な関連のより迅速な消去を提供し、回避のリスク—トラウマ的ストレスを強化する行動—を減らすために、より高い強度のレベルから始まります。

カウンセラーへの助言：バランスを教えるための戦略

戦略#1：カウンセリングでSUDSを教え、使用する。この尺度は、セッション中およびセッション外の苦痛のレベルを測定するためのクライアントとカウンセラーのバロメーターとして、最初から役立ちます。それは、クライアントとカウンセラーのための共通言語を提供し、またセッションの強度を導くためにも使用できます。SUDSは、クライアントが経験を管理する上での進捗を具体的に示すこ

とができます。尺度なしでは、苦痛な症状や状況が、いくつかの繰り返しの測定なしに、より少なく、より深刻でなくなっていることを把握するのはより困難です。

主観的苦痛単位尺度（SUDS）

SUDSは、0が苦痛を引き起こさないか、または最小限の苦痛を表し、10が非常に苦痛で圧倒的である内容を表す、0〜10の評価尺度を使用します。（Wolpe & Abrams, 1991）

トラウマと働くことは、対処スキルの開発および／または使用と、トラウマ体験を処理する必要性との間の微妙なバランスを取る行為です。個人は回復への異なる道を選択します。すべてのトラウマ体験が表現され、すべての話が語られる必要があるというのは神話です。一部の個人にとっては、対処スキル、支援、精神性の使用が回復に十分です。理論的な信念に関わらず、カウンセラーは、クライアントにコーピング戦略をできるだけ早く教える必要があります。再トラウマ化は、クライアントが感情的、行動的、身体的な反応を管理するための十分なツール、支援、安全なしにトラウマ歴に曝露されるときはいつでもリスクです。

レジリエンスを築く

サバイバーはレジリエントです！しばしば、トラウマサバイバーであるカウンセラーとクライアントは、彼らを生き延びさせた忍耐と属性を認識せずに、トラウマの否定的な結果に焦点を当てます。うまくいっていないことに焦点を当てるのは自然なことですが、うまくいっていることにも焦点を当てるべきです。トラウマ後の成長を促進し、ストレングスベースのアプローチを確立するためには、クライアントのレジリエンスを築くことに焦点を当てます。現在のレジリエンス理論は、レジリエンスを築くか、または強化することが、トラウマ関連の症状と障害のさらなる発症を防ぐと主張しています。以下の「カウンセラーへの助言」ボックスは、アメリカ心理学会の2003年のレジリエンスに関する声明から適応されたものです。

カウンセラーへの助言：レジリエンスを築くための戦略

戦略#1：クライアントが個人的および社会的なつながりを再確立するのを助ける。コミュニティと文化的なリソースにアクセスする。相互支援グループや精神的な支援などの治癒リソースにその人を再接続する。

戦略#2：クライアントに行動を起こすことを奨励する。回復には活動が必要です。治療の初期に自分のニーズを積極的に世話することは、後で他人を支援すること、例えばコミュニティ組織でのボランティア活動や軍人家族の支援などに進化することができます。

戦略#3：日常のルーチンにおける安定性と予測可能性を奨励する。トラウマ的ストレス反応は衰弱させる可能性があります。睡眠、食事、仕事、用事、家事、趣味の日常的なルーチンを保つことは、クライアントの人生が続くことを見るのを助けることができます。運動のように、日常生活スキルは、クライアントが症状を通して生きることを学ぶにつれて、定着するのに時間がかかります。

戦略#4：個人的、社会的、文化的なリソースの肯定的な見方を育む。クライアントが、愛する人の喪失、離婚、または大病など、過去に困難をどのように成功裏に処理したかを思い出すのを助ける。それらの危機がどのように対処されたかを再訪する。

戦略#5：クライアントが視点を得るのを助ける。非常に痛みを伴う出来事に直面しているときでさえ、すべてのことは過ぎ去ります。長期的な見通しを育む。クライアントが精神的な文脈でストレスと苦しみを考えるのを助ける。

戦略#6：希望に満ちた見通しを維持するのを助ける。楽観的な見通しは、人生の良いことのビジョンを可能にし、最も困難な時でさえ人々を前進させ続けることができます。誰もが人生に肯定的な側面を持っています。これらを特定し、評価する時間を取ることは、クライアントの見通しを高め、彼または彼女が忍耐するのを助けます。

戦略#7：ピアサポート、12ステップ、および他の相互支援プログラムへの参加を奨励する。

出典：American Psychological Association, 2003.

睡眠障害に対処する

睡眠障害は、トラウマ的ストレスの最も持続的な症状の一つであり、重度および長期のトラウマの特に一般的な結果です。睡眠障害は、トラウマ的ストレスを発症するリスクを高めます。それらは、身体的および心理的なプロセスを著しく変化させ、したがって、日中の機能に問題を引き起こします（例：疲労、認知困難、過度の昼間の眠気）。睡眠障害を持つ人々は、一般的な健康と生活の質が悪くなります。心血管および免疫系などが影響を受ける可能性があります。睡眠障害は、トラウマ的ストレス症状を悪化させ、脳がトラウマ的な記憶を処理し、統合する能力を妨げることによって、治癒を妨げる可能性があります（Caldwell & Redeker, 2005）。

睡眠障害はトラウマサバイバーの間で様々であり、睡眠を維持する能力の低下、頻繁な覚醒、早朝の意図しない覚醒、入眠困難、睡眠の質の低下、そして無秩序な呼吸（Caldwell & Redeker, 2005）が含まれることがあります。ほとんどのトラウマ的ストレスの文献は、悪夢、不眠症、頻繁な覚醒に焦点を当てています。これらの障害は、トラウマ的ストレスの2つの主要な症状と関連しています：過覚醒（入眠および睡眠維持の困難を引き起こす）とトラウマの再体験（例：繰り返される悪夢を通じて）です。トラウマサバイバーが報告する他の睡眠障害には、睡眠回避または睡眠への抵抗（事例：セレナを参照）、パニック覚醒、そして落ち着きのないまたは望ましくない体の動き（例：睡眠中に配偶者を意図せず殴る）が含まれます（Habukawa, Maeda, & Uchimura, 2010）。

事例：セレナ

セレナは当初、持続的なうつ病（気分変調症）の治療を求めました。治療中に、彼女は大学のパーティーに出席している間に性的暴行を受けたことを特定しました。時々、彼女は事件について自分自身を非難します。なぜなら、彼女と彼女のガールフレンドがパーティー中およびその後寮に戻る途中で一緒に行動する

ことを主張しなかったからです。セレナは、その夜2杯しか飲まなかったと報告しました。「眠りにつきたくなる前に2杯以上飲んだことはありませんでしたので、社会的にあまり飲みませんでした。」彼女は、ほとんど知らないが、彼女のソロリティの兄弟友愛会で「兄貴」と見なしていた誰かに暴行されました。「家に帰る乗り物が必要でした。その乗り物の中で、それは起こりました」と彼女は言いました。その後何年も、セレナは軽度のうつ病の発作を報告し、それはより長く続き、数が増え始めました。彼女はまた、悪夢と慢性的な入眠困難も報告しました。セラピーで、彼女は疲れ果てるまでベッドを避けていることを指摘し、「眠りにつきたくありません。何が起こるかわかっていますから」と言いました。彼女は悪夢のために眠るのを恐れていると説明します。「それは夜の習慣になりました。時間の感覚を失うために、コンピューターゲームに夢中になります。また、夜通しテレビをつけたままにします。なぜなら、そうするとそれほど深く眠らず、悪夢が少ないからです。でも、いつも疲れています。」

カウンセラーへの助言：睡眠介入を実施するための戦略

戦略#1：クライアントの睡眠パターンに関する彼のまたは彼女の認識に最初に焦点を当てた睡眠歴の評価を実施する。入眠または睡眠維持の困難、頻繁なまたは早朝の覚醒の既往歴、身体的に落ち着きのない睡眠、夢遊病、就寝時の嫌悪、そして覚醒時の破壊的な身体的および感情的な状態（例：混乱、興奮、落ち着かない感覚）があるかどうかを評価する。また、総睡眠時間、悪夢のパターン、そして投薬、アルコール、および／またはカフェインの使用も決定する（自己報告尺度のレビューについては、Moul, Hall, Pikonis, & Buysse, 2004を参照）。

戦略#2：通常睡眠を妨げる習慣（例：テレビを見ながら寝る）の存在を判断するために、睡眠衛生尺度を使用する。国立睡眠財団のウェブサイト（http://www.sleepfoundation.org）は、良い睡眠衛生を促進するための簡単なステップを提供しています。

戦略#3：睡眠衛生の実践に関する教育を提供する。クライアントに、良い睡眠衛生を実践することが、睡眠障害をコントロールするための第一歩であるという考えを導入する。

戦略#4：治療の過程で睡眠パターンと既往歴を再評価する。睡眠パターンはしばしば現在のクライアントの状態を反映します。例えば、苦労しているクライアントは、睡眠パターンが乱れている可能性が高く、睡眠障害はクライアントの精神保健状態に大きな影響を与えます。

戦略#5：悪夢反復法などの介入手法を用いて、繰り返し現れる悪夢に対処します。イメージを活用した悪夢反復法には数多くの事例があり、クライアントには就寝の数時間前にその悪夢を繰り返しリハーサルするよう指導します。この指導方法では、クライアントが次のいずれかの方法で行います。1つ目は、他者と一緒に悪夢全体を繰り返し演じる方法です。2つ目は、悪夢の内容を複数回視覚化することで、その内容に対するコントロール感を養い、内容への感受性を鈍化させる方法です。その他の戦略として、悪夢の結末を変えるイメージを想起させる方法もあります。例えば、クライアントに、本来の悪夢では一人で対処している状況を、他者から支援を受けている場面として想像してもらうといったやり方です。

信頼を築く

一部のトラウマ体験は、他人を信頼することから生じます（例：対人関係のトラウマ）。他のケースでは、信頼はトラウマ的な経験中またはその後に侵害されました。例えば、自然災害の現場に助けが遅れて到着した場合などです。この信頼の欠如は、個人を疎外し、社会的に孤立させ、人間関係を築くことを恐れさせることがあります。一部の人は、トラウマが自分を、同様の経験をしていない他の人々とは違うものにすると感じています。時には、クライアントの信頼の問題は、自己への信頼の欠如から生じます—例えば、自分の認識、判断、または記憶への信頼の欠如です。深刻な精神または物質使用障害を経験した人々も、病気の過程で、行動

や感情のために疎外されたり、差別されたりしたと感じたため、他人を信頼するのが難しいかもしれません。

一部のクライアントグループ（例：ゲイ、レズビアン、バイセクシュアルのクライアント、多様な文化の人々、深刻な精神疾患を持つ人々）は、過去に彼らの信頼が繰り返し侵害されたため、重大な不信感を抱いています。トラウマ体験は、その後、この不信感を悪化させます。不信感は様々な情報源から来る可能性があり、通常は述べられず、対処されない場合、治療を妨げる可能性があります。例えば、一部のクライアントは、治療を早期に去るか、または潜在的に有益な治療に従事しません。他の人々は、それらの問題が生じ始めたときに治療を去ることによって、信頼とコミットメントの問題を避けます。

安全で信頼できる関係を確立することは、治癒にとって最も重要です—しかし、これにはカウンセリングのプロセスで時間がかかります。カウンセラーや他の行動保健専門家は、治療の過程全体を通じて一貫している必要があります。これには、利用可能性、出席、そして共感のレベルに設定されたパラメーターの一貫性を維持することが含まれます。信頼は、治療内外で示される行動に基づいて築かれます。あなたは、関係をわずかにでも傷つける可能性のある行動（例：予約に5分遅れる、タイムリーに電話メッセージに応答しない、セッション中に気を散らされる）に直ちに対処すべきです。

カウンセラーへの助言：信頼を築くための戦略

戦略#1：クライアントは、他のトラウマサバイバーで構成される支援またはカウンセリンググループから利益を得ることができます。グループ内の他の人々と自分自身を比較することによって、彼らは回復プロセスでさらに進んでいる人々から刺激を受け、自分たちほどうまくいっていない人々にとって助けになることができます。これらのグループはまた、受容と共感を経験することによって、クライアントが他人を信頼するように動機づけます。

戦略#2：プログラムで生じる対立を機会として使用する。クライアントとカウンセラーとの間の対立の成功した交渉は、主要なマイルストーンです（van der Kolk, McFarlane, & Van der Hart, 1996）。クライアントが、対立は人間関係において健康的で避けられないものであり、（そして関係者全員の尊厳と尊敬を保ちながら解決できる）ことを理解するのを助けることは、関係の対立が暴力、苦味、屈辱によって悩まされてきた人々にとって重要な教訓です。

戦略#3：スタッフの変更、休暇、または他の別れにクライアントを準備する。一部のクライアントは、カウンセラーが休暇に行くか、または病気で不在の場合、特に脆弱性または激しい仕事の期間中に、拒絶されたり、見捨てられたりしたと感じるかもしれません。予期せぬ不在中のクライアントへの電話は、関係の重要性とクライアントの信頼を強化することができます。あなたは、クライアントとの分離が人間関係の一部であることを理解するのを助けるために、治療におけるこれらの機会を使用することができます。クライアントと協力して、分離を新しい光で見る。

戦略#4：クライアントとカウンセラーの関係を尊重し、それを重要で相互的なものとして扱う。明確な境界線を確立し、信頼でき、クライアントと協力して明確な治療目標と方法を定義し、そしてあなたと治療の設定を信頼することのクライアントの困難さへの尊敬を示すことによって、信頼の発達を支援することができます。

エンパワーメントを支援する

無力感は、トラウマサバイバーが自分の人生のある程度のコントロールを取り戻そうとする際に生じることがあります。人が単一のトラウマを生き延びたか、慢性的なトラウマを生き延びたかにかかわらず、サバイバーは無力感の重みに押しつぶされることがあります。精神疾患と薬物乱用も、同様に無力化させることがあります。クライアントは、日常生活、薬物使用などの行動、または恐怖、悲しみ、怒りなどの強力な感情に対するコントロールを失ったと感じるかもしれません。エンパワーメントとは、クライアントが自分の人生に対してより大きな力とコントロールを感じるのを助けることを意味しますが、そのようなコントロールは安全で健康的な範囲内にある必要があります。エンパワーメントの重要な側面は、クライアントが自分のストレングスを基盤に築くのを助けることです。エンパワーメントは、クライアントが何を「すべきか」を発見するのを助けること以上のものであり、彼らの準備ができていると感じるステップを踏むのを助けることでもあります。

事例：アビー

30歳の、神経質そうに見える女性アビーは、両親に連れられて、インディアナ州の田舎にある自宅近くのコミュニティ精神保健クリニックに来ました。インテークプロセス中に、カウンセラーは、アビーが3年前に12ヶ月の戦闘任務から帰還した陸軍予備役であることを知ります。戦争経験は彼女を多くの点で変えました。彼女の配備は、彼女を獣医学部から、そして家族、友人、同級生からの強い感情的な支援から引き離しました。彼女はイラクでの部隊とはうまくやっており、懲戒上の問題はありませんでした。そこにいる間、彼女はスンニ派三角地帯でトラックの運転手として勤務しました。彼女の護送隊はしばしば小火器で攻撃され、一度は即席爆発装置に打たれました。アビーは軽傷しか負いませんでしたが、彼女の親友の2人が死亡しました。連続する護送隊ごとに、彼女の恐怖と予感のレベルは高まりましたが、彼女は運転手としての任務を続けました。

米国に戻って以来、彼女はほとんど家にいて、学校には戻っていませんが、農場で様々な雑用を手伝っています。アビーは、家族と生涯の友人の両方から孤立しており、他の人々は自分が経験したことを理解できないと言い、一人でいることを好むと述べています。彼女は両親とカウンセラーに、車の中にいるのが漠然と怖く、自分の部屋や一人で、日常の仕事をすることに最も快適さを感じると報告します。アビーはまた、人生がどれほど脆弱であるかを今では理解していると述べます。

彼女は両親に、定期的にアルコールを飲むこと、配備前にはしなかったことを認めており、時々、ブラックアウトを経験しています。アビーは、見知らぬ人と話す前や、友人や家族のグループに参加する前に、一杯飲む必要があると感じています。彼女は、他の人に自分の飲酒を説明する必要がないように、孤立していると父親に打ち明けました。

カウンセラーは、アビーの、内部的なコントロールの欠如と、将来何が起こるかに対する無力感の一般的な感覚を認識します。彼は、アビーとのラポールとワーキングアライアンスを確立するために、動機付け面接のスタイルを採用します。セッション中に、カウンセラーはアビーに彼女のストレングスについて詳しく話すように頼みます。彼は、人生で行動を起こすこと、肯定的な自己表明、そして将来の計画に対処するコメントを含むストレングスを強化します。彼はまた、アビーを、家に帰ってきたときはかなり落胆していたが、再統合においてうまくいったイラク戦争の退役軍人に紹介します。カウンセラーは、アビーが地元のVAセンターに行くように勧め、そこで彼女は最近帰還した他の退役軍人と会い、絆を深めることができ

ます。彼はまた、アビーがアルコホーリクス・アノニマスの会議に出席することを奨励し、彼女が選ぶ以上に話したり、他の人と交流したりするように圧力をかけられることはないと強調します。

カウンセラーは毎週アビーと会い続け、彼女が自分の人生を指示できないことに関する彼女のいくつかの非合理的な恐怖を検証するのを助けるために、認知行動的な技術を使い始めます。彼はアビーに、学校に戻り、社会的なネットワークを再確立するという彼女の目標を達成することに関連する活動の日記をつけるように頼みます。各セッションで、アビーは日記を記憶の助けとして使用して自分の進捗を見直し、カウンセラーはこれらの肯定的な努力を強化します。4ヶ月の治療の後、アビーは大学に再入学し、キャリアプランを達成する能力について楽観的になっています。

悲しみと死別の承認

喪失の経験はトラウマ後には一般的であり、その喪失が心理的なもの（例：もはや安全だと感じない）であれ、身体的なもの（例：愛する人の死、コミュニティの破壊、身体的な障害）であれ同じです。喪失は公の悲しみの表示を引き起こす可能性がありますが、それはより頻繁には私的な経験です。悲しみのプロセスは感情的に圧倒的であり、悲しみや他の感情を管理する方法として、薬物使用の増加や他の衝動的な行動につながる可能性があります。治療の何年も前にトラウマを経験した人々にとってさえ、悲しみは依然として一般的な心理的な問題です。急性の悲しみの遅延または不在の反応は、消耗、力の欠如、胃腸の症状、そして感情の回避を引き起こす可能性があります。

カウンセラーへの助言：エンパワーメントを支援するための戦略

戦略#1：クライアントに治療に関する情報を提供する。彼らが情報に基づいた選択をするのを助ける。治療の選択に対する適切なコントロールをクライアントの手に置くことは、彼らの成功の可能性を高めます。

戦略#2：クライアントに、初期の治療計画の作成、治療の進捗の評価、そして治療計画の更新において協働する機会を与える。治療のケースコンサルテーションとその後のフィードバックにクライアントの意見を取り入れる。

戦略#3：クライアントに、治療サービスの提供方法において積極的な役割を果たすことを奨励する。不可欠な手段は、プログラムおよび臨床サービスに関する定期的にスケジュールされ、構造化されたクライアントのフィードバックです（例：フィードバック調査）。クライアントのエンパワーメントを強化する最も効果的なイニシアチブのいくつかは、ピアサポートサービスの開発と、諮問委員会や他の理事会の役割など、組織構造の一部に元クライアントを関与させることです。

戦略#4：クライアントの自己効力感を確立する。特定のタスクを成功裏に遂行する能力への彼らの信念—は重要です。あなたは、クライアントが変化の可能性と、変化を達成するための代替アプローチの希望を信じるようになるのを助けることができます。クライアントが個人的な変化を選択し、実行することへの増大する責任を受け入れることを支援することは、彼らのエンパワーメントへの復帰を促進することができます（Miller & Rollnick, 2002）。

慢性的な死別のリスク要因（6ヶ月以上続く悲しみ）には以下が含まれます：

- 認識された社会的支援の欠如。
- 同時発生する危機またはストレッサー（PTSD症状の再活性化を含む）。
- 喪失に対する高いレベルの両価性。
- 喪失前の非常に依存的な関係。
- 愛する人の災害による死：予期せぬ、時期尚早の、突然の、そして衝撃的な（New South Wales Institute of Psychiatry & Centre for Mental Health, 2000）。

カウンセラーへの助言：悲しみを認め、対処するための戦略

戦略#1：存在し、悲しみを正常化し、社会的支援とリソースを評価することによって、クライアントが悲しむのを助ける。

戦略#2：クライアントが悲しみを議論または表現し始めたとき、彼または彼女がトラウマのために経験した喪失を声に出すことに焦点を当てる。喪失には、身体的な喪失だけでなく、内的な経験も含まれることを明確にすることを覚えておく。

戦略#3：感情と経験を結びつけるのが難しいクライアントのために、感情の日記を割り当て、そこで彼または彼女が経験する各感情を記録し、名付け、感情の強度を数値で評価し、感情が起こった状況を説明することができます。クライアントは、個人またはグループセッションで日記を共有することを選択するかもしれません。

戦略#4：一部のクライアントは、彼らの喪失を称えるための儀式や儀式を開発することから利益を得るが、他の人々は、喪失を代表する協会に時間やリソースを提供することを好むことに注意する。

安定性の監視と促進

安定性とは、人が破壊的な内的なまたは外的な刺激によって圧倒されない、継続的な心理的および身体的な状態を指します（Briere & Scott, 2006b）。個人がトラウマの影響に対処したり、トラウマの特定の側面について話したりするときに、症状、苦痛、または障害が増加することは一般的です。クライアントとカウンセラーがトラウマに対処するときに交渉し、そして歩む必要がある細い線があります。非常に苦痛な内容に焦点を当てすぎた作業は、脱感作プロセスを、クライアントが解離し、閉ざし、または感情的に圧倒されるセッションに変える可能性があります。一方、クライアントまたはカウンセラーによる焦点が少なすぎることは、回避を容易に強化し、トラウマの余波に対処するには危険すぎるというクライアントの内部的な信念を確認することができます。

クライアントは、トラウマ関連の作業に従事するために、ある程度の心理的な安定性を持つべきです。規範的な症状の増加（例：トラウマ的ストレス反応または薬物乱用の典型的な浮き

沈み）と不安定化（危険で、機能の著しい低下）との間には、重要な区別がなされるべきです。不安定化の兆候には以下が含まれます（Green Cross Academy of Traumatology, 2007; Najavits, 2002b）：

- 薬物使用の増加または他の安全でない行動（例：自傷）。
- 精神科症状の増加（例：うつ病、興奮、不安、引きこもり、怒り）。
- トラウマの症状の増加（例：深刻な解離）。
- 言葉または行動で表現される無力感または絶望感。
- コミットメント（例：治療セッションに出席するコミットメント）を守ることの困難さ。
- 孤立。
- 日常活動（例：セルフケア、衛生、子供やペットの世話、仕事に行くこと）の著しい低下。

カウンセラーへの助言：安定性を監視し、促進するための戦略

戦略#1：インテークプロセスまたは治療中に不安定化が起こる場合、反応を引き起こした資料の探求を中止し、感情的な支援を提供し、クライアントが自己鎮静する方法を示す。

戦略#2：スーパーバイザーおよび／または同僚と相談する（例：新しいケースの概念化が必要かどうかを探求するため）。

戦略#3：トラウマに特化したセラピーまたはより高いレベルのケアへの紹介が必要かどうか、または複数のレベルのケア（例：集中外来、部分入院、居住治療）を使用するかどうかを判断するために、さらなるアセスメントのためにクライアントを紹介する。

戦略#4：対処スキルに焦点を当て、ピアサポートプログラムへの参加を奨励する。

戦略#5：クライアントが興奮し、苦痛になったとき、クライアントとこの状態を引き起こしているものを注意深く探求する。そのような感情がクライアントの人生または環境における現在の脅威のために生じるとき、警告信号として機能する反応を止めたり、なだめたりすることは危険です（Pope & Brown, 1996）。クライアントが家庭内暴力を含む状況にいる、危険な近所に住んでいる、または食料のためのお金が尽きている場合、彼または彼女は単純な感情的な支援ではなく、直接的で具体的な支援を必要とします。

出典：Briere & Scott, 2006b.

不安定化の管理

クライアントがセッション中に不安定になった場合、あなたは以下の方法で対応できます：「ペースを落として、あなたが安全でいられるように助けることに集中しましょう。この瞬間にあなたが自分自身の世話をするのを許すために、私たちは何ができますか？そして、あなたが準備ができたら、次に何に焦点を当てるかを決めることができます。」

治療の問題

治療環境自体が、クライアントがトラウマ的ストレスをどのように経験するか、そしてクライアントが治療にどのように反応するかに大きな影響を与える可能性があります。臨床の場におけるトラウマサバイバーとの協働に関連するいくつかの特定のトピックが、以下のセクションで議論されます。

クライアントの関与

治療への関与の欠如は、クライアントが治療目標に向かって進む、治療における重要なトピックに対処する、または治療を完了する能力の欠如です。トラウマの既往歴を持つクライアントは、他の人々と同じように治療に対して両価性を表明しますが、トラウマ的ストレスを持つ

クライアントは、より「立ち往生している」と感じ、選択肢が少ないと認識することがあります。さらに、クライアントは、トラウマに対処することに一歩近づくため、治療への関与を避けているかもしれません。あなたは、クライアントの変化への動機付けに対応し、治療に対する両価性に対処する戦略を実施し、そしてクライアントが回避行動を克服するのを助けるアプローチを使用すべきです。

カウンセラーへの助言：関与を促進するための戦略

戦略#1：Mahalik（2001）によれば、クライアントの関与不足に対処する標準的な方法は、次の手順で進めます。まず、クライアントと一緒にその問題を探求し、話し合いを通じて状況を明確にします。次に、問題の解釈を再検討し、例えば「できない」という見方を「しない」、さらに「する意思がある」といった形へ転換します。最後に、この問題を段階的に解決し、前進に向けた取り組みを進めていきます。

戦略#2：治療への関与を改善するために、動機付け面接と強化技術を試す。そのような技術に関する追加情報については、TIP 35『薬物乱用治療における変化への動機付けの強化』（Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 1999b）を参照してください。

ペース配分とタイミング

あなたのトレーニングやカウンセラーとしての役割が、トラウマに特化したサービスを提供することを妨げるかもしれませんが、あなたはそれでも、クライアントがトラウマに対処するのに最も適切な時期や場所についてそれほど焦点を当てていないという事実に備えておく必要があります—彼らは救済を望んでおり、ほとんどの一般の人々と専門家は、回復への唯一の道は開示であると教えられてきました。一部のクライアントは、トラウマの既往歴に関連する何かについて話すことに消極的です。他のクライアントは、安全な環境を開発せずに、すぐにトラウマの記憶に深く入り込みたいと望みます。トラウマ的ストレスに対するどんな救済を得る必要性も、一部の個人を、必要な支援と対処スキルを持たずに、あまりにも早く開示するよう

に押しやります。治療に入り、すぐに過去のトラウマを開示するクライアントは、しばしば、最初の出会いが非常に強烈であったか、またはその後数日間、および／または次のセッションの予測でかなりの感情的な苦痛を経験したために、戻ってきません。

セッション、開示、強度の適切なペース配分は最も重要です。適切な安全網なしにすぐに開示するクライアントは、適切な支援なしに経験を追体験することによって、実際には自分自身を再トラウマ化させています—しばしば、彼らが経験した実際のトラウマ中に起こったのと同じ状況に自分自身を置きます。あなたは、たとえ共感的かつ敬意を持って彼らを中断しなければならないとしても、クライアントに、あまりにも早く、そしてあまりにも速く開示することの潜在的な結果について議論することが重要です。彼らが以前にこれをしたことがあるかどうかを尋ね、その後、結果について尋ねます。クライアントに、トラウマは、支援、信頼、そしてトラウマ的な経験の記憶を管理するためのスキルが整っているときに治癒するということを強化します。理想的には、開示はこれらの要素が確保された後に始まりますが、現実的には、それは、カウンセラーとクライアントの両方にとって、いつ、どれだけを特定のセッションで対処すべきかというバランスを取る行為です。トラウマについて話すことが危険すぎるというメッセージを不注意に与えないようにすることを覚えておいてください。代わりに、さらなる再トラウマ化なしにトラウマに対処することの重要性を強化します。

カウンセラーへの助言：適切なペース配分とタイミングを確立するための戦略

戦略#1：ペース配分とタイミングについてクライアントと頻繁に議論し、フィードバックを要求する。トラウマの議論にあまりにも早く入ることは、解離、記憶の過剰な活性化、そして圧倒されている感覚のリスクを高める可能性があります。

戦略#2：仕事のレベルを決定するために、強度のバロメーターとしてSUDSを使用する。

戦略#3：介入の速度をゆっくりと上げ、介入の強度を継続的に調整する。非常に激しい仕事に出入りするか、または必要なときに強度を減らす戦略を使用する。トラウマ的な記憶の強度を通常減らす一つのアプローチは、個人に、彼または彼女が窓越しに、またはテレビの画面でその場面を見ていると想像するように頼むことです。これは強度を減らし、解離のリスクを減らします。それは、クライア

ントがトラウマを異なる視点から見る機会と、トラウマを追体験することから中立的な立場からそれを観察することにシフトするための治療外で使用する戦略を提供します。

戦略#4：クライアントを監視して、治療が彼らの内的な能力を圧倒したり、再トラウマ化させたり、または過度の回避をもたらしたりしないようにする。セラピーが「治療の窓」内で起こることを確認する（Briere & Scott, 2006b）。

戦略#5：スクリーニング、アセスメント、インテークプロセスを含む、トラウマの議論が早すぎるという兆候に注意する。軽度から中程度の兆候は次のとおりです：

- 重要な資料の議論の後にカウンセリングの予約を欠席する。
- 沈黙の期間。
- 解離。
- 通常は理解できる概念を誤解する。
- 特定の問題が生じたときに議論の焦点をリダイレクトする。

戦略#6：クライアントの感情的な状態を観察する。ペースを落とす。クライアントが以下を示す場合、相談を求める：

- トラウマ症状に対処することへの持続的な抵抗。
- 反復的なフラッシュバック。
- 解離の増加。
- 退行。
- 日常機能の困難（例：日常のセルフケアタスクを維持するのが難しい）。
- 薬物使用の再発。
- 自傷または自殺念慮／行動（例：自殺について話す）。

戦略#7：注意を払い、避ける（Briere, 1996b, p. 115）：

- クライアントが開示の結果に対処できる前に、トラウマ的な資料を詳細に説明するように奨励すること。
- 過度にストレスの多い介入（例：集中的なロールプレイ、グループでの対立、ガイド付きのイメージ）を使用すること。
- クライアントの現在の機能に対してあまりにも挑戦的な対立または解釈。
- クライアントがより一生懸命働き、抵抗をやめるように要求すること。

出典：戦略1～6：Green Cross Academy of Traumatology, 2001. 許可を得て改変。

治療期間

依存症の重症度、乱用された物質の種類、トラウマの種類、トラウマが発生した年齢、社会的支援のレベル、そして併存する精神障害の存在はすべて、特定のクライアントの治療期間に関する決定に影響を与えます。交通や育児などの外部要因、保険の適用範囲の上限、そして専門的なリソースの制限も、治療期間に影響を与える可能性があります。一般的に、複数または早期のトラウマの既往歴があり、複数のI軸またはII軸診断の診断基準を満たし、および／または集中的なケースマネジメントを必要とするクライアントには、より長い治療経験が期待されるべきです。次の章で説明される、経験的に研究された、および／またはマニュアルベースのモデルのほとんどは、短期的なモデルです（例：数ヶ月続く）。しかし、より複雑な併存するトラウマ障害を持つクライアントには、継続的なケアが示されます。

トラウマ的な記憶

トラウマ分野で最も物議を醸す問題の一つは、「回復された記憶」または「トラウマ的健忘」の現象です（Brewin, 2007）。トラウマを受けた個人と働く実践者は、セラピーの過程でトラウマ的な出来事の新しい記憶が現れる可能性と、これらの記憶が臨床医によって誘発される可能性について特に関心があります。科学的なレビューは、人々が、軍事戦闘や捕虜経験、自然災害や事故、小児期の性的虐待、政治的拷問など、多種多様なトラウマのいくつかの記憶について、健忘と遅延した想起を経験することができることを示しています（Bowman & Mertz, 1996; Brewin, 2007; Karon & Widener, 1997; McNally, 2005）。一部のケースでは、サバイバーは何が起こったかの一部を覚えていないかもしれず、カウンセラーは、クライアントが過去につ

いてすべてを知ることは決してないという見通しに直面し、知られていることに基づいて前進することを受け入れるのを助ける必要があるかもしれません。

トラウマの記憶

カウンセラーが覚えておくべき点：

- 過去の出来事、特に強いストレスや不安定な状況下で起こった出来事を、完全に思い出すことができない人もいます。
- 記憶そのものを探求することに加えて、ある出来事の記憶が、クライアントが現在の自分の感情、思考、行動を理解するのにどのように役立っているかを探求することが有益な場合があります。
- トラウマ的な出来事のすべての詳細を執拗に思い出そうとすることは、現在への集中を妨げる可能性があります。

法的な問題

治療中に法的な問題が生じることがあります。クライアントは、例えば、家庭内暴力のために、トラウマの加害者を起訴しようとするかもしれませんし、または事故や自然災害で受けた損害について訴訟を起こすかもしれません。カウンセラーの役割は、法的な助言を提供することではなく、むしろ、プロセスの間に支援を提供し、必要であれば、クライアントを適切な法的な助けに紹介することです（p. 131の「カウンセラーへの助言」ボックスを参照）。法的な問題は、その期間中、治療の雰囲気を支配することがあります。一部のクライアントは、ほとんどまたはすべての法的な問題が解決され、もはや継続的なストレッサーとして機能しなくなるまで、治療で進歩するのが難しいです。

ゆるし

クライアントは、彼らに何が起こったかについて、あらゆる種類の反応を持つかもしれません。彼らは受けた助けに感謝したり、生き残ったことに喜びを感じたり、回復への献身を感じたりするかもしれません。もう一方の極端では、彼らは復讐の空想、世界が良い場所であるという信念の喪失、そして何が起こったかに対する怒りの感情を持つかもしれません。彼らは、これらの感情に関連する多種多様な信念を持つかもしれません。

カウンセラーの間で頻繁に出てくる一つの問題は、クライアントに許すように奨励すべきかどうかです。許しの問題は非常にデリケートなものです。サバイバーに彼らの感情を許すこと

が重要です。たとえそれがカウンセラー自身の反応と矛盾していてもです。一部の人は加害者を許すことを選ぶかもしれませんが、他の人は怒りを保ち、裁判所や他の法的な手段を通じて正義を求めるかもしれません。トラウマからの回復の初期には、クライアントを安定化させ、通常の機能に戻ることに焦点を当てるのが最善です。可能であれば、彼らが決定を下すためのより明確な心を持つまで、許しに関する大きな決定を遅らせることを示唆します（Herman, 1997）。回復の後期段階でさえ、クライアントが回復するために許すことは不可欠ではありません。許しは、回復とは無関係の個人的な選択です。クライアントの個人的な信念と意味を尊重します。クライアントに許すように圧力をかけたり、許しに関する自分自身の信念を押し付けたりしないでください。

長期的な治癒プロセスにおいて、通常、トラウマ後数ヶ月または数年経って、許しは一部の人々や一部のコミュニティにとって議論の一部になるかもしれません。例えば、南アフリカでは、激しく血なまぐさいアパルトヘイト紛争の数年後、政府によって真実和解委員会が設立されました。公聴会は対話を生み出し、経験されたことを放送し、最終的には許しとコミュニティの治癒を促進する手段として機能しました。非常に困難なトピックを公に議論することによって、すべてがその言説から潜在的に利益を得ることができました。同様に、オクラホマシティ爆破事件の親サバイバーは、最初は娘の早期で、不公平で、時期尚早の死について苦々しく思っていましたが、今日、彼は死刑廃止について世界中で講演しています。彼は、数年前に爆破事件の後に有罪判決を受けた爆弾犯ティモシー・マクベイの父親と、その男の息子がインディアナの連邦刑務所で処刑されている間に座っていました。この男性にとって、許しと受容は、彼が個人的な平和を得るのを助けました。他のトラウマサバイバーは、何が起こったかを決して許さないことを選ぶかもしれませんし、これもまた、正当な反応です。

カウンセラーへの助言：トラウマ的な記憶を管理するための戦略

戦略#1：子供の頃に性的虐待を受けたほとんどの人々は、何が起こったかのすべてまたは一部を覚えているが、必ずしもそれを完全に理解したり、開示したりするわけではない。臨床医の役割は、虐待の申し立てや記憶を調査、裏付け、または実証することではないと仮定しないこと（American Psychiatric Association [APA], 2000b）。

戦略#2：忘れられた小児期の虐待の記憶が、何年も後に思い出されることがあることに注意する。臨床医は、報告された性的虐待や他のトラウマの記憶に対し

て、共感的で、非審判的な、中立的な立場を維持すべきである。クライアントの困難の原因やクライアントの報告の真実性を事前に判断することを避ける。カウンセラーの、身体的または性的虐待、または他の要因がクライアントの問題の原因であるかどうかの以前の信念は、適切な評価と治療を妨げる可能性があります（APA, 2000b）。

戦略#3：クライアントが、自分の記憶の正確さについて自分自身の結論に達するか、または実際に何が起こったかに関する不確実性に適応するのを助けることに焦点を当てる。治療の目標は、クライアントが記憶または虐待経験が彼らの人生に与える影響を理解し、現在および未来におけるその有害な結果を減らすのを助けることです（APA, 2000b）。

戦略#4：一部のクライアントは、特定のトラウマ的な出来事が起こったかどうかについて懸念を抱いている。そのような状況では、クライアントに、記憶が常に過去の出来事の正確な表現ではないこと、その後の出来事と感情が元の記憶を変える効果を持つ可能性があることを含めて、トラウマ的な記憶について教育する。出来事が起こったかどうかを判断することが常に可能であるとは限らないが、治療は依然として苦痛を軽減するのに効果的であるとクライアントに知らせる。

戦略#5：催眠が記憶強化または検索戦略として使用されると、一部の個人で暗示可能性が高まり、偽記憶が発達する可能性があるという証拠がある。催眠とガイド付きのイメージ技術は、一部のクライアントでリラクゼーションを高め、自己鎮静戦略を教えることができます。しかし、これらの技術の使用は、虐待の記憶の積極的な探求では推奨されません（Academy of Traumatology, 2007）。

戦略#6：クライアントが遅延した記憶の侵入的なフラッシュバックによって非常に苦痛を感じている場合、彼らが苦痛を乗り越えるのを助ける。強い感情と苦痛に耐える方法（例：マインドフルネスの実践）に関する対処戦略と技術を教える。

カウンセラーへの助言：法的手続きを管理するための戦略

戦略#1：もしあなたが法的手続きを認識しているなら、クライアントがその影響に感情的に備えるのを助ける上で重要な役割を果たすことができます。例えば、トラウマを裁判官や陪審員に説明することがどのようなものか、または法廷で加害者を見ることに対処する方法などです。しかし、クライアントを準備するのを助ける際には、法的な助言を提供しないように注意してください。

戦略#2：クライアントが成功した法的な結果と成功した治療の結果を切り離すのを助ける。クライアントがこれらの2つの結果を結びつけると、困難が生じる可能性があります。例えば、クライアントは、加害者が刑務所に服役する判決を受けた後、症状が介入なしに緩和されると信じて、治療を中止するかもしれません。

戦略#3：もしクライアントが民事または刑事訴訟を開始することに関心を示すなら、彼らがこれにどのように準備ができているか、そして準備ができていないかを、彼ら自身の精神状態、レジリエンスの能力、そして機密性の避けられない喪失を含めて、考慮するように奨励する（Pope & Brown, 1996）。法的な問題に対処しているクライアントに、法的なプロセスへの関与が再トラウマ化させる可能性があることを知らせる。

戦略#4：加害者に対する法的手続きに関与しているトラウマサバイバーにとって、「無罪」は法的な判断であり、それは利用可能な証拠の度合いに基づいており、問題の特定の出来事が起こらなかったという主張ではないことを強調する。彼らはまた、弁護士または他の資格のある個人から、以下の情報も受け取るべきです：

- クライアントの特定のケースに関する法的なプロセスの性質。
- 該当する場合、法的なサービスの推定期間と費用。
- 警察の捜査中に何を期待するか。
- 裁判所の手続き。
- すべての可能性のある結果に関する完全な情報。
- 反対尋問中に何を期待するか。

戦略#5：カウンセラーは、トラウマを含む法的なケースを支援するために呼ばれることがあります。裁判所は、治療記録の提供、クライアントの進捗を要約する手紙の作成、または裁判での証言を要求することがあります。そのような状況では、常に監督的および法的な助言を求め、クライアントと、これが治療関係に与える可能性のある影響について議論します。一般的なルールとして、二重の役割や関係を避けることがベストプラクティスです。

文化とジェンダーに配慮したサービス

文化は、現実が解釈されるレンズです。文化を理解せずに、個人がどのようにトラウマを組織し、解釈し、解決するかを評価することは困難です。課題は、文化がトラウマを受けた個人にどのように影響するかを定義することです。PTSD（Wilson & Tang, 2007）、精神疾患、物質使用障害と回復（Westermeyer, 2004）に関する知識の増加は、行動保健の実践者が、治療プロトコルを適応させる際に、文化、人格、精神疾患、薬物乱用の間の複雑な相互作用を考慮することを要求します。このセクションでは、自分自身の文化以外の文化のメンバーと働くためのいくつかの一般的なガイドラインを提供します。トラウマ的ストレス、精神疾患、物質使用障害、そして併存するトラウマ関連の症状の治療は、文化的に応答性があれば、より効果的です。

米国保健福祉省（2003年）は、「文化的コンピテンス（cultural competence）」という用語を次のように定義しています。

> 文化的コンピテンスとは、あるシステム、組織、プログラム、または個人の間における一連の価値観、行動、態度、実践であり、それによって人々が文化を越えて効果的に協働することを可能にするものである。それは、サービスを受ける個人や家族、ならびにそのようなサービスを提供するスタッフの信念、言語、対人関係のスタイル、行動を尊重し、敬意を払う能力を指す。文化的コンピテンスは、長期的なコミットメントを必要とし、時間をかけて達成される、動的で、継続的で、発達的なプロセスである（p. 12）。

文化的コンピテンスとは、自己の文化や信念への気づきから始まり、それらの信念が他文化の人々に対する自分の態度にどう影響するかを理解することを含むプロセスです。それは、自

分とは異なる社会的・文化的背景を持つ人に対する敬意、是認、そしてオープンな姿勢に根ざしています。文化的コンピテンスに関する詳細な考察については、予定されているTIP（治療改善プロトコル）『文化的コンピテンスの向上』（物質乱用・精神衛生サービス局[SAMHSA]、cを予定）を参照してください。

一部の文化では、個人のニーズが集団のニーズに優先し（Hui & Triandis, 1986）、問題は自己に由来するものと見なされます。しかし、他の文化では、複雑な家族、親族、コミュニティのシステムが個人のニーズに優先します。ほとんどの民族的サブカルチャー内およびその間には、またジェンダー、階級、年齢、政治的集団といった境界線を越えて、かなりの異質性が存在します（CSAT, 1999b）。どの文化にも、ギャング、ホームレスや薬物を使用する人々、孤児や権利を剥奪された人々、宗教的・民族的・性的マイノリティ、先住民、難民や移民といったサブカルチャーが数多く存在します。いくつかのサブカルチャーは、自国の文化よりも他国の類似したサブカルチャーとの共通点が多い場合もあります（例：非異性愛者の人々）。

トラウマや物質乱用そのものが、サブカルチャーへの所属の基盤となり得ます。デ・ジローラモ（1993）は、多くの文化の中に「災害サブカルチャー」が存在すると報告しています。これらの被害者意識の文化は、すべてのサブカルチャーと同様に、独自の世界観、行動規範、そしてより大きな社会に対する認識を持っています。災害サブカルチャーの中では、人々は、ある程度、災害に慣れっこになり、差し迫った災害の警告を意に介しません。例えば、バングラデシュの河岸浸食は毎年何千人もの人々を立ち退かせていますが、それが深刻な問題である、あるいはその立ち退きが永続的なものになると信じている人はほとんどいません（Hutton, 2000）。長年にわたって予測不可能な暴力と共に生きてきたイスラエル人は、公共の場での振る舞いが異なり、日常的に暴力を経験しない人とは異なる規範に適応しています（Young, 2001）。

多くの人々は、複数のサブカルチャーに帰属意識を持っています。特定の文化やサブカルチャーに帰属意識を持ちながらも、その全ての価値観に同調するわけではない人もいます。個人のアイデンティティは通常、発達上の達成、人生経験、行動保健の経歴、トラウマ体験、アルコールや違法薬物の使用といった要因のモザイクであり、文化変容や同化の度合いもまた個人によって異なります。

文化的能力

文化的能力には、カウンセラーの以下の知識が含まれます：

- クライアントが文化的なトラウマ（例：ジェノサイド、戦争、政府の抑圧、拷問、テロリズム）のサバイバーであるかどうか。

- 文化的なブローカー（つまり、文化的なパターンを解釈し、文化外の人々との連絡役として機能することができる文化内の権威者）をどのように使用するか。
- トラウマが個人の社会文化的な支援ネットワークによってどのように見られるか。
- PTSD、トラウマ関連の症状、そして文化における他の精神障害をどのように区別するか。

トラウマセラピーにおける文化的能力に関するより具体的な情報については、Brown（2008）を参照してください。

トラウマの余波の重要性

トラウマの直後に（それが個人、集団、または地域社会といった性質のものであれ）活動するカウンセラーは、多くの課題に直面します。例えば、サバイバーは、他の医療サービス、雇用、支援、または保険を利用できないまま、適応を強いられることがあります。このような場合、カウンセラーは、基本的なニーズを満たすために日々奮闘しながらトラウマに対処している個人やコミュニティと共に活動しなければならないことがよくあります。研究によれば、家族、地域社会、文化、そして精神的な支柱となるシステムとのつながりを再構築することは、個人にとって不可欠であるだけでなく、将来の世代へのトラウマの影響を左右する可能性もあることが示唆されています。例えば、BakerとGippenreiter（1998）は、ヨシフ・スターリンの粛清の犠牲となった人々の子孫を研究しました。彼らは、粛清の影響を受けた祖父母とのつながりと継続性の感覚を維持できた家族は、祖父母から感情的または物理的に断絶された家族よりも、否定的な影響が少ないことを発見しました。研究者たちはまた、祖父母が生き延びたかどうかは、孫たちが過去とのつながりを何とか維持できたことほど重要ではなかったことも見出しました。家族や地域社会とのつながりは、特にその家族やコミュニティがトラウマを軽視したり、被害者を非難したりする場合には、悪影響を及ぼすこともあります。カウンセラーは、特定のアプローチを推奨する前に、利用可能な支援を十分に理解しておく必要があります。

治療戦略

多くの伝統的な癒しの方法は、損なわれたり、忘れられたり、失われたりしてきましたが、それでも多くの知恵が残っています。人間の苦悩に対する最良の伝統的および現代的なアプローチを活用し、アイデンティティと癒しに関する文化的にコンピテントなカリキュラムを定義すること（Huriwai, 2002; Wilson & Tang, 2007）は、どちらも、様々な人々がトラウマをどのように特徴づけ解決するか、また、人間の苦悩の重荷に耐えるためにどのように依存性物質を使用するかといった、多くの方法に対する敬意と理解を必要とします。

既存のPTSD治療が、主流のアメリカ文化以外の文化に主たるアイデンティティを持つ個人に対して、どれほどうまく機能するかは、まだ分かっていません。そのような治療法も、文化的な適合化や翻訳が必要となるかもしれませんが、他の文化のクライアントにも有効である可能性はあります。例えば、言語の翻訳以外には適合化を行わずにサブカルチャーのグループで使用され、文化を越えて効果的であると思われるPTSD治療には、眼球運動による脱感作と再処理法：EMDR（Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003）やシーキング・セーフティ（Daouest et al., 2012）などがあります。

コミュニティヒーリング（共同体による癒し）における中核的な信念：

- クライアントは、成人期の機能不全につながった幼少期の痛みを抱えている。
- 安らぎを得るためには、幼少期の痛みに立ち向かい、告白し、対処しなければならない。
- カタルシス的な表現（感情の浄化）は、内省と自己改善を生涯にわたって追求する癒しの旅への第一歩である。
- 癒しの旅は、植民地化やその他の歴史的トラウマの原因がもたらす病的な影響を是正するために、先住民としての遺産、アイデンティティ、精神性、そして実践を取り戻すことを伴う。

出典：Gone, 2009.

ジェンダー

トラウマティック・ストレス、精神障害、物質使用障害には男女差が存在します。例えば、女性はPTSDの罹患率が高く、一方で男性は物質乱用の率が高いです（Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Stewart, Ouimette, & Brown, 2002; Tolin & Foa, 2006）。男性と女性が経験する対人トラウマの種類はしばしば異なります。多くの研究（Kimerling, Ouimette, &

Weitlauf, 2007）によると、男性は戦闘や犯罪被害をより多く経験し、女性は身体的および／または性的暴行をより多く経験することが示されています。これは、男性のトラウマは公的な場で起こることが多いのに対し、女性のトラウマ化は家庭などの私的な場で起こる可能性が高いことを意味します。男性の加害者は他人であることが多いですが、一方、女性を虐待する者は、彼女たちと何らかの関係にあることが多いです。女性（および少女）は、虐待が起きているのと同じ時期に「愛している」と言われることがよくあります。しかし、現在では女性も軍務に就くため、男性と同じトラウマの一部や、女性が経験することがはるかに多い軍隊内性的トラウマにさらされることが増えています。同様に、男性も家庭内暴力や性的虐待の対象となることがあります。

治療において、ジェンダーに関する考慮は様々な点で関連してきます。それには、アセスメントプロセス、治療開始、サービスの利用（例：ピアサポートシステム）における社会的なジェンダーのステレオタイプの役割と影響、各介入レベルでの男性と女性両方のためのジェンダーに特化した、そしてジェンダーに配慮したアプローチの選択と実施、トラウマティック・ストレスに関連するジェンダー特有の違いを考慮したトラウマ関連介入の最善の選択などが含まれますが、これらに限定されません。トラウマティック・ストレスと物質使用に対するジェンダーに特化した、またジェンダーに配慮したケアに関する広範なレビューと議論については、TIP 51『物質乱用治療：女性特有のニーズへの対応』（CSAT, 2009d）およびTIP 56『男性特有の行動保健ニーズへの対応』（SAMHSA, 2013a）を参照してください。

ジェンダーに関する考慮の複雑さを超えて、クライアントに男性または女性のカウンセラーと協働する選択肢を与えるべきかどうかも考慮しなければなりません。トラウマを負ったクライアントの中には、特にそのトラウマがジェンダーに関連していなかった場合（例：自然災害、テロ行為、火事、重大な事故）、特に希望がない人もいます。もしジェンダーがトラウマに役割を果たしていた場合（例：小児期の性的虐待）、クライアントは加害者と同じ性別のカウンセラーと協働することに強い恐怖を抱くことがあります。性的虐待を経験した多くの女性（加害者は通常男性）は、呼び起こされる可能性のある激しい感情（例：怒り、恐怖）のために、男性による治療に不快感を覚えます。性的虐待を経験した男性（加害者もまた通常男性）も同じ理由で不快感を覚えることがあり、あるいは男らしさや同性愛などに関して呼び起こされる感情のために、男性と話すことに羞恥心を感じるかもしれません。しかし、トラウマ歴のある全てのクライアントが女性のセラピストを好むわけではありません。

女性または男性による治療を受けることの潜在的なリスク（例：初期の感情的な不快感）と利益（例：男性との治療関係を築くことが、すべての男性が危険であるというクライアントの信念に挑戦するかもしれない）についてクライアントと話し合い、可能であれば、カウンセラーの性別を選ばせてください。初期の感情的な不快感を経験し、その不快感が減少しない場合は、異性のカウンセラーに切り替えることができると伝えてください。トラウマに焦点を当て

たグループセラピーについても、同様の考慮が当てはまります。一般的に、可能であれば性別で分けたグループ（単一性別のグループ）が推奨されますが、男女混合のグループも有効です。ジェンダーは物質乱用治療においても関わってきます。研究と臨床観察によれば、物質乱用とその治療の多くの側面で、顕著な男女差が生じることが示されています。例えば、男性と女性では物質使用による身体的影響が異なり（例：女性の方が健康問題を多く抱える）、進行の軌跡が異なり（例：女性の方がより早く依存症になる）、治療上の考慮事項も異なります（例：伝統的な物質乱用治療は男性向けに設計されていた）。

多様な文化背景を持つクライアントとの協働：トラウマと物質乱用

- 社会的に適切な方法で、クライアントやその大切な人々、そして可能であればその広範なコミュニティのメンバーに対し、物質乱用とPTSDの関係、物質乱用がトラウマに対処するためによく用いられること、そして治療には何が含まれるのかについて説明します。
- クライアントを、支援的で理解のある人々（望ましくは、同じ文化を共有するグループ内の人々）とつなげるよう努めます。
- クライアントが回復の過程で得た心理的、精神的、対人関係における洞察は、トラウマを経験していなかったり物質使用障害がなかったりする多くの人々には理解されないであろうということを、クライアント自身が理解できるよう支援します。

性的指向

レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー（LGBT）のクライアントは、行動保健の治療現場で特有の問題に直面します。それには、性的指向に関連した虐待や差別の経歴、カウンセラーや他のクライアント側にある治療におけるホモフォビア（同性愛嫌悪）、自身のセクシュアリティや性的指向に関連するトラウマ体験に取り組む上での潜在的な困難、そしてしばしば、他者への著しい信頼の欠如などが含まれます。LGBTの人々は、他者が自分たちやその特有のニーズを理解できないと考え、クライアント層が主に異性愛者である治療プログラムに参加することに消極的になることがあります。一部のクライアントは、LGBTのクライアントが同性愛行動に関連する性的トラウマを説明しようとすると、批判、怒り、または当惑をもって反応し、LGBTのクライアントが自身の経験を説明することをさらに困難にします。

多くの場合、個人カウンセリングは、LGBTのクライアントがグループ治療で話すことに抵抗を感じる問題に取り組むことができます。「一対一のサービスを提供することは、治療グルー

プで異性愛者とLGBTのクライアントを混ぜることの難しさを軽減し、ヘテロセクシズム（異性愛主義）やホモフォビアが問題となる可能性を低くするかもしれない」（CSAT, 2001, p. 56）。LGBTの個人の治療に関する詳細は、『レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの個人のための物質乱用治療への提供者向け入門書』（CSAT, 2001）を参照してください。

トラウマ専門サービスへの紹介

トラウマを経験した多くの人々が、持続的なトラウマティック・ストレス症状を示すわけではありません。実際、人々は自力で回復します。では、誰がより持続的なトラウマティック・ストレスの症状、トラウマ関連障害、そしてトラウマティック・ストレス障害を発症するリスクが高いのかを、どのように判断するのでしょうか？ 主な要因の一つは、スクリーニングとアセスメントの時点での症状の重症度です。紹介を行う際に考慮すべき、トラウマの特性やトラウマ以前の個人の特性以外の要因には、以下のものが含まれます（Ehlers & Clark, 2003）：

- トラウマの後遺症（結果、出来事の後の変化、トラウマに対する他者の反応、症状など）に関する、過度に否定的な認知的評価。
- 侵入的記憶を（本人が）認めていること。
- 回避、解離、物質使用など、トラウマの解決を妨げたり、問題を強化したりする行動への関与。
- トラウマによる身体的影響（例：慢性的な痛み、外見の損傷、健康問題）の既往歴。
- 以前のトラウマの後に、さらなるトラウマやストレスの多いライフイベントを経験していること。
- 併存する気分障害や重篤な精神疾患が特定されていること。

次の章では、本章を補完するものとして、トラウマ専門サービスの概要を説明し、トラウマインフォームド・カウンセラーにトラウマ専門の治療アプローチに関する一般的な知識を提供します。

第6章 トラウマに特化したサービス

この章の内容

- はじめに
- トラウマに特化した治療モデル
- トラウマのための統合モデル
- 新たな介入
- 結び

この章では、トラウマ関連の症状、トラウマ関連の障害、そしてトラウマ的ストレスの特定の障害を治療するために特別に設計された様々な治療アプローチを取り上げます。提示されたモデルは網羅的なリストではありませんが、例として機能します。これらのモデルは、安全かつ効果的に実施するために、トレーニングと監督された経験を必要とします。この章は、トラウマ直後に提供できる介入、そして即時の危機を超えて使用するためのトラウマに特化した介入の簡単な概要を提供する、トラウマに特化した治療モデルに関するセクションから始まります。第二のセグメントは、精神、薬物使用、併存障害のためのトラウマに特化した治療を対象とする統合ケアに焦点を当てています。エントリーレベルの、トラウマインフォームドの行動保健サービス提供者は、これらの介入を使用する立場にない可能性が高いですが、それらに関するある程度の知識を持つことは、それでも重要です。現在、早期介入の最も重要な要素とその広範なトラウマ的ストレス症状の予防における役割を解明するためには、より多くの研究が必要です。トラウマに特化した治療には、トラウマへの即時的な反応を超えて発生し、延長する、より科学に基づいた証拠が利用可能です。この章の最後の部分は、この治療改善プロトコル（TIP）で他ではカバーされていない、選択された新たな介入の簡単なレビューを提供します。

はじめに

トラウマに特化したセラピーは、アプローチと目的が様々です。一部は現在に焦点を当て、一部は過去に焦点を当て、一部は組み合わせです（Najavits, 2007a）。現在に焦点を当てたアプローチは、主に現在の対処スキル、心理教育、そしてより良い機能のための症状の管理に対処します。過去に焦点を当てたアプローチは、主に、トラウマが今日どのように機能するかに与える影響を理解し、過去に経験するには圧倒的すぎた感情を経験し、そしてクライアントが現

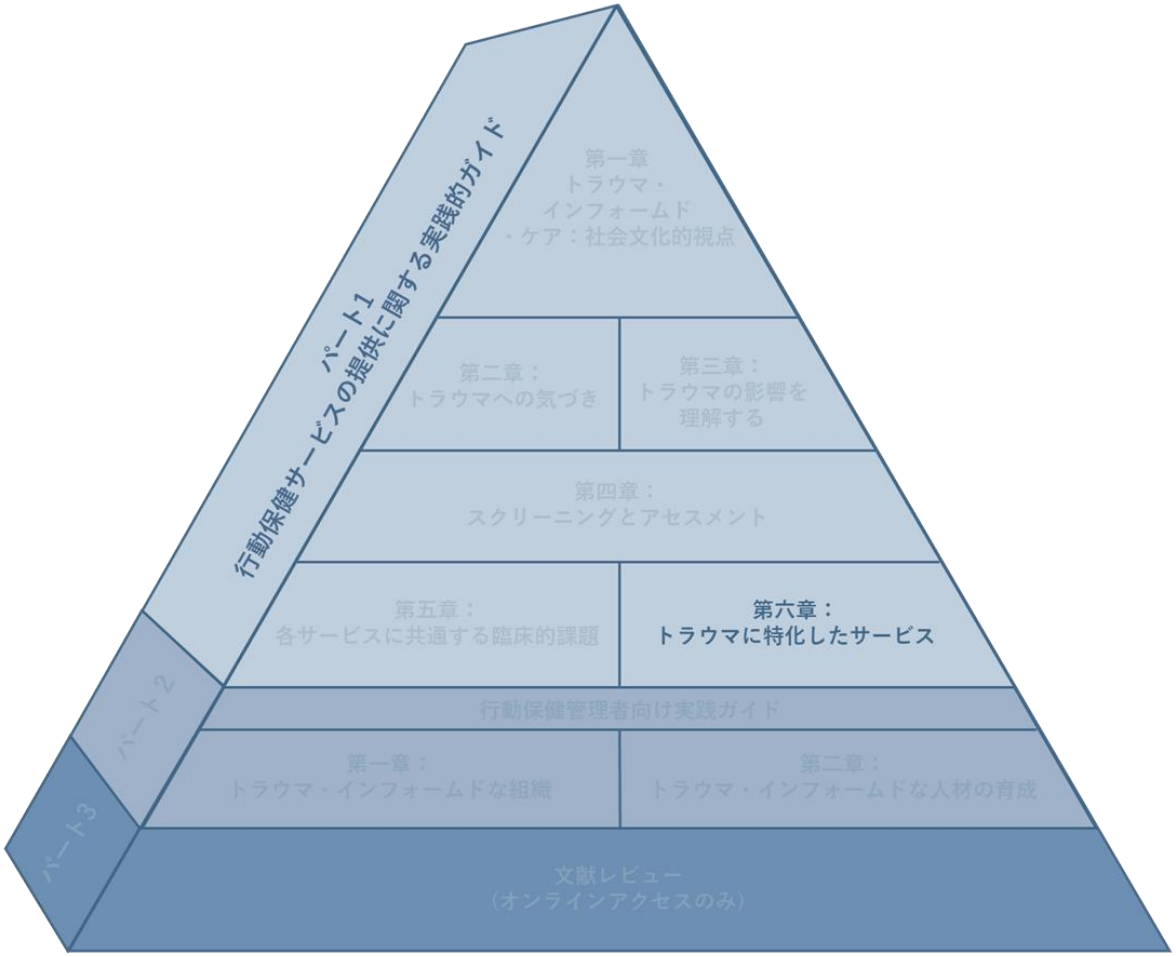
在、彼らのトラウマ的な記憶により効果的に対処するのを助けるために、トラウマの話を語ることに焦点を当てます。

トラウマ体験。現在に焦点を当てたアプローチに参加しているクライアントは、彼らの話の一部を明らかにするかもしれません。過去に焦点を当てたアプローチは、過去を理解することが、現在の行動、感情、思考にどのように影響を与えるかを強調し、それによってクライアントが現在のトラウマ体験により効果的に対処するのを助けます。

これらのアプローチの違いは、アプローチの主要な強調点にあります。トラウマの性質とクライアントの特定のニーズに応じて、一つのアプローチが他よりも適しているかもしれません。例えば、精神疾患および／または薬物乱用からの早期回復中のクライアントのための短期的な治療では、現在に焦点を当てた、認知行動的な、または心理教育的なアプローチが一般的により適切です。回復が安定しており、トラウマの多くが抑圧されている発達上のトラウマの既往歴を持つクライアントにとっては、過去に焦点を当てたオリエンテーションが役立つかもしれません。一部のクライアントは、両方のタイプから、同時または連続して利益を得るかもしれません。

この章では、多くの治療モデル、一般的なアプローチ、技術について議論します。治療モデルは、症状を軽減し、心理的な幸福を促進し、または精神的健康を回復するために設計された一連の実践です。治療技術は、様々なモデルの一部として使用できる特定の処置です。この章で説明される一部のモデルと技術は、グループで使用でき、一部は個人で、そして一部は両方で使用できます。この章は、包括的ではなく選択的です。追加のモデルは文献で説明されています。例えば、PTSD国立センターのウェブサイトのPILOTSデータベースを参照してください。

TICフレームワークとトラウマに特化したサービス



連邦機関

アメリカ赤十字社と連邦緊急事態管理庁（FEMA）の両方が災害に対応します。行動保健サービス提供者は、これらの主要な緊急対応機関に関する基本を理解すべきです。例えば、赤十字社は食料、避難所、即時のニーズのための資金で迅速に対応できますが、FEMAの支援は準備期間を必要としますが、より長期的なニーズに対応します。SAMHSAは、他の連邦機関とともに、緊急対応計画活動の多くの分野でFEMAを支援します。SAMHSAの災害技術支援センターのウェブサイト（http://www.samhsa.gov/dtac）および技術支援出版物34『行動保健治療プログラムのための災害計画ハンドブック』（SAMHSA, 2013）も参照してください。

この章で議論される一部の治療は、エビデンスベースとして説明されています。統合治療モデルに関する研究は非常に新しいため、多くはいくつかの研究でしか検証されていません。これらの状況と、アウトカム研究が有効性の限定的な証拠しか提供しないという事実を考慮して、「エビデンスベース」という用語は慎重に解釈されるべきです。ここで議論される一部の治療が、実際にエビデンスベースであるかどうかを判断するには、追加の科学的研究が必要です。エビデンスベースで、トラウマに特化した治療モデルを評価するための良いリソースは、『Effective Treatments for PTSD』（Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009）です。エビデンスベースの介入は、精神および物質使用障害と併存するトラウマの症状を持つ人々のための適切な治療モデルを選択する際の主要な考慮事項であるべきですが（トラウマと深刻な精神疾患の詳細な議論については、Allen, 2001を参照）、クライアントの特定の治療ニーズ、彼のまたは彼女のトラウマの既往歴、心理社会的および文化的背景、そして以前のトラウマ治療の経験、クライアントの全体的な治療計画、そしてプログラムの臨床スタッフの能力を含む、他の要因も考慮されなければなりません。行動保健カウンセラーは、第5章で議論されたいくつかの問題に対処するためにクライアントを助ける準備をすることができますが、薬物使用と精神障害の併存に対処するための治療を提供するためには、専門的なトレーニングが必要です。

薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA）は、効果的な治療プログラムをレビューし、特定するためのリソースとして、国立エビデンスベース・プログラム・実践登録簿（NREPP）を作成しました。プログラムは、併存障害プログラムまたは薬物乱用予防または治療プログラムとして検討のために推薦されることができ、その後、エビデンスの質、普及の準備、トレーニングの考慮事項がレビューされます。いくつかのエビデンスベースの併存するトラウマ治療プログラムに関する詳細情報を含む詳細情報については、NREPPのウェブサイト（http://www.nrepp.samhsa.gov）をご覧ください。思春期の若者などの専門的なグループのためのプログラムモデルも、NREPPのウェブサイトで見つけることができます。トラウマに特化した治療に関する特定の研究指向の情報については、このTIPのパート3を参照してください。これは、文献レビューと、選択された抄録へのリンク（オンラインで入手可能）を提供します。

ある日、私は午前5時にベッドから叩き起こされ、約30マイル（約48キロ）離れた町へ向かうよう指示を受けました。堤防が決壊したのです…。午前6時には、私と同僚たちは多くの町の人々と共に現地にいました。頭上ではヘリコプターが飛び交い、主要道路では工場から物を運び出そうとするトラックが行き来していました。

私たちが到着した時、そこは見渡す限りの農地でした。午前11時には、遠くに「湖」が見えるようになりました。午後2時には、水は町の端まで迫っていました。水が押し寄せる前、その最中、そしてその後も、あの町に、そこに居合わせること。それこそが、おそらく私たちが果たした最も価値ある役割でした。私たちは、人々の畑や家、職場が水に浸されていく間、彼らと共に過ごすことで、何百人もの人々の深い悲しみを分かち合うことができたのです。私たちはひとつの町が死んでいくのを目の当たりにし、人々は信じられないという思い、怒り、悲嘆、そして呆然自失といった反応を示しました。一人ひとり事情は異なりましたが、誰もが悲しみに暮れており、私たちはその気持ちを吐露する機会を数多く提供しました。家の中に水が上がり始めると、人々は泣き出しました。ただ見つめるしかない人もいれば、去らなければならない人もいました。私たち全員がただ待っている間、辺りが完全に静まり返る瞬間もありました。ある女性は、1943年の洪水の時に親に無理やり避難させられ、そのことを50年間ずっと怒りに感じていたそうです。彼女は、自分の子供や孫たちには何が起きるかすべてを見届けさせると固く決心していました。その日、私は12時間を、ただ人々を支え、話を聞き、情報を提供し、そして時には私自身も一つ二つ涙を流して過ごしました。

—ローズマリー・シュワルツバード博士（1993年ミシシッピ川洪水時の救援活動家）

出典：Schwartzbard, 1997.

トラウマに特化した治療モデル

即時的な介入

即時的な介入 最初の48時間での介入

急性介入期間は、トラウマ的な出来事後の最初の48時間で構成されます。災害において、救助活動は通常、他の組織が現場に到着する前に、地元の機関で始まります。法執行機関が現場で主要な役割を果たす可能性が高いです。それが災害、グループトラウマ、または個人トラウマ（家事のような家族全員に影響を与えるトラウマを含む）であるかどうかにかかわらず、生存、安全、セキュリティ、食料、避難所、健康（身体的および精神的）、即時の地域サービスへのサバイバーのオリエンテーション、そして家族、友人、コミュニティとのコミュニケーションという、ニーズの階層が確立されるべきです。この重要な時期に、適切な介入には、リソースについてサバイバーを教育すること、信仰に基づく組織や社会福祉グループなどの他の提供者を、薬物使用を含む増加した心理的影響についてスクリーニングするように教育すること、そして彼らの即時のニーズを持つクライアントを支援するトラウマ対応チームの使用が含まれます。この時点では、正式な介入は試みられるべきではありませんが、専門的に訓練された、共感的な聞き手は、慰めと支援を提供することができます（Litz & Gray, 2002）。

基本的なニーズ

避難所、食料、水などの基本的な必需品は、生存と安全感の鍵です。これらの基本的なニーズを満たし、支援的な環境を提供することに焦点を当てることが重要です。トラウマ後、特に災害後、クライアントの処方薬へのアクセスが中断される可能性があるため、提供者は、メサドンや他の薬理学的治療を含む、既存の身体的および精神的障害のためのクライアントの投薬ニーズを特定すべきです。例えば、2001年9月11日の後、ニューヨークの薬物乱用治療プログラム管理者は、代替のメサドン投与オプションを探す必要がありました（Frank, Dewart, Schmeidler, & Demirjian, 2006）。

心理的応急処置

災害後の最初の48時間で提供される心理的応急処置は、安全を確保し、感情的に支援的な環境と活動を提供し、高リスクの反応を持つ人々を特定し、そして災害直後の強力で、安心させるリーダーシップを含む、コミュニケーションを促進するように設計されています。心理的応急処置の主要な支援反応は、心理的回復の舞台を設定するための、穏やかで、思いやりのあ

る、支援的な環境を提供することです。また、トラウマに最初に対応するすべての人々—救助隊員、医療専門家、行動保健従事者（薬物乱用カウンセラーを含む）、ジャーナリスト、ボランティア—が、トラウマ的ストレスの関連する側面を熟知していることも不可欠です。本物の敬意、懸念、知識をもってサバイバーにアプローチすることは、介護者が以下のことができる可能性を高めます（NCPTSD, 2002）：

- サバイバーが経験しているかもしれないことに関する質問に答える。
- 彼らが経験していることが正常であることを肯定することによって、彼らの苦痛を正常化する。
- 効果的な対処戦略を使用することを学ぶのを助ける。
- 追加の支援を必要とする可能性のある症状を認識するのを助ける。
- 彼らが助けを求める可能性を高める肯定的な経験を提供する。

臨床経験によれば、サバイバーの個々の対処法を尊重するために注意が払われるべきです。例えば、一部の人は情報を望むかもしれませんが、他の人は望みません。同様に、一部の人は出来事について話したいと思うかもしれませんが、他の人はそうではありません。心理的応急処置を提供するための優れたガイドは、国立子どもトラウマティックストレスネットワークのテロリズムと災害部門からオンラインで入手できます（http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid）。

カウンセラーへの助言：心理的応急処置を提供するための準備における核心的な行動

- 接触と関与
- 安全と快適さ
- 安定化
- 情報収集：現在のニーズと懸念
- 実践的な支援
- 社会的支援とのつながり
- 対処に関する情報
- 協働的なサービスとの連携

出典：National Child Traumatic Stress Network & NCPTSD, 2012.

緊急事態ストレスデブリーフィング

元々、初期対応者と緊急事態要員との協働のために開発された緊急事態ストレスデブリーフィング（CISD; Mitchell & Everly, 2001）は、現在広く使用されており、様々な設定で使用される様々なグループプロトコルを網羅しています。このファシリテーター主導のグループ介入は、トラウマ的な出来事後すぐに、曝露された人々と使用するためのものです。目標は、参加者が自分たちの経験について話すことを奨励し、その後、一般的なストレス反応と管理に関する教訓的なプレゼンテーションを行うことによって、心理的な終結を提供することです。

CISDの広範な使用は、その有効性に関する相反する結果の出版にもかかわらず起こっています。単一セッションの心理的デブリーフィングが、慢性的な否定的な心理的続発症の発症を防ぐことができるという主張は、経験的に支持されていません（van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002）。一部の対照研究は、それがトラウマからの自然な回復を妨げる可能性があることを示唆しています（McNally, Bryant, & Ehlers, 2003）。他の研究は、早期介入の必要性を判断するためにスクリーニングを強調することを提案しています。MitchellとEverly（2001）は、否定的な結果を示した研究の多くが、初期対応者で実施されなかった、つまり、CISDは一部のグループには適切かもしれないが、すべてのグループには適切ではないかもしれないと指摘しています。米国陸軍研究ユニット-ヨーロッパによる952人の米国平和維持部隊とCISDに関する最近の研究（Adler et al., 2008）は、混合した結果を見つけました。

カウンセラーへの助言：即時介入に関連する証拠

即時介入に関連する証拠は以下を示唆しています：

- 個人またはグループ形式で提供される、早期の、短期的な、焦点の合った心理療法的介入は、死別した配偶者、親、子供の苦痛を減らすことができます。
- 選択された認知行動的なアプローチは、急性ストレス症（ASD）、PTSD、およびトラウマサバイバーにおけるうつ病の発生率、期間、重症度を減らすのに役立つかもしれません。

- 出来事の一セッションの個人による朗読と、トラウマ的な出来事によって呼び起こされる感情の表現は、後でPTSDを発症するリスクを一貫して減らすわけではありません。実際、それは有害な結果のリスクを高める可能性があります。おそらく、CISDは、トラウマ前の機能を回復させる自然な回復メカニズムを妨げます（Bonanno, 2004）。
- 焦点は、最初にフォローアップ付きのスクリーニングにあるべきです。

トラウマへの初期反応を超える介入

関連するアプローチへの全体的な親しみを増すために、以下のセクションでは、カウンセラーがトラウマに特化したサービスとトラウマ的ストレスの治療を専門とする臨床医または機関と協働するときに最も遭遇する可能性が高い、いくつかのトラウマ的ストレス治療アプローチをレビューします。

認知行動療法

ほとんどのPTSDモデルには、認知と行動の理論を統合する認知行動療法（CBT）が含まれており、2つの考えを取り入れています：第一に、認知（または思考）が状況的な要求とそれらに効果的に対応する試みとの間を仲介すること、そして第二に、行動の変化が、自己または状況に関する変更された認知の受容と、新しく学んだ認知行動的な相互作用パターンの確立に影響を与えることです。実践において、CBTは広範な対処戦略を使用します。

CBTには多くの異なる種類があります。CBTは1970年代に始まり（Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Ellis & Harper, 1975）、その後、物質を使用する人々、不安を経験する人々、PTSDまたはパーソナリティ症を持つ人々、子供と思春期の若者、刑事司法制度に関与する個人、その他多くの人々を含む、様々な集団に対処するために拡大しました。CBTはまた、弁証法的行動療法（DBT; Linehan, 1993）、Seeking Safety（Najavits, 2002a）、マインドフルネス（Segal, Williams, & Teasdale, 2002）など、様々な技術、対処スキル、アプローチを含むように拡大しました。伝統的なCBTは、症状の軽減または解決を強調しますが、最近のCBTアプローチはまた、治療関係、トラウマ治療において特に重要な力学も強調しています（Jackson, Nissenson, & Cloitre, 2009）。

CBTはトラウマの治療に適用され、また薬物使用の治療にも広く、効果的に使用されてきました。PTSDのためのCBTに関する有効性研究のレビューは、Rothbaum, Meadows, Resick, and Foy（2000）によって提供されています。Najavitsと同僚（2009）およびO'DonnellとCook（20

06）は、PTSDと薬物乱用を治療するためのCBT療法の概要を提供しています。さらに、コミュニティ内でトラウマを受けた子供たちのためにCBTを組み込む無料のオンライントレーニングリソース、Trauma-Focused CBTは、サウスカロライナ医科大学から入手できます（http://tfcbt.musc.edu/）。

> トラウマ、物質使用障害、精神疾患を治療する際に広く受け入れられているフレームワークは、セラピーを単一（一つの障害のみの治療）、連続（一つの障害を最初に治療し、次に他方を治療する）、または並行（症状と障害間の相互作用に必ずしも対処しない、別の臨床医または別のプログラムで提供される複数の障害の同時治療）として分類します。

認知処理療法

認知処理療法（CPT）は、グループまたは個人の設定で管理できる、マニュアル化された12セッションの治療アプローチです（Resick & Schnicke, 1992, 1993）。CPTはレイプサバイバーのために開発され、PTSDのための既存の治療法、特に持続エクスポージャー療法（この章の後半の「持続エクスポージャー療法」セクションを参照）と認知療法の要素を組み合わせています。治療の持続エクスポージャー療法の構成要素は、クライアントが自分のトラウマの詳細な記述を書き、出来事中に経験した思考、感覚、感情を含みます。クライアントはその後、セッション中および自宅で声に出して物語を読みます。CPTの認知療法の側面は、McCannとPearlman（1990）によって特定された6つの主要なPTSDテーマを使用します：安全、信頼、力、コントロール、自尊心、親密さです。クライアントは、不適応な信念などのこれらの領域における非機能的認知を特定するように導かれます。

無作為化、プラセボ対照試験の結果は、対人暴力に関連するPTSDの治療のためのCPTの使用を支持しています（Resick, 2001; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002）。CPTと長期持続エクスポージャー療法モデルは、レイプサバイバーにおけるPTSDとうつ病の治療において、同等に高く肯定的です。CPTは罪悪感を減らすのに優れています（Nishith, Resick, & Griffin, 2002; Resick et al., 2002; Resick, Nishith, & Griffin, 2003）。CPTは、難民の母国語で管理されたときに、難民で肯定的な結果を示しており（Schulz, Marovic-Johnson, & Huber, 2006）、退役軍人でも示しています（Monson et al., 2006）。しかし、CPTは、薬物依存症、ホームレス、現在の家庭内暴力、深刻で持続的な精神疾患、または自殺性を持つ個人などの高複雑性の集団では研究されていません。CPTは、3日間のトレーニングとコンサルテーションを必要とし

ます（Karlin et al., 2010）。ResickとSchicke（1996）は、CPT治療マニュアル『Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: A Treatment Manual』を出版しました。

カウンセラーへの助言：リラクゼーショントレーニング、バイオフィードバック、呼吸再訓練戦略

リラクゼーショントレーニング、バイオフィードバック、呼吸再訓練戦略は、一部のクライアントが不安、トラウマ的ストレスの核心的な症状に対処するのを助けるかもしれません。しかし、リラクゼーションとバイオフィードバックを効果的な独立したPTSD治療技術として使用することを支持する証拠はありません（Cahill, Rothbaum, Resick, & Follete, 2009）。両方は、時々、トラウマ関連の刺激によって引き起こされる不安症状を管理するための補完的な戦略として使用されます。呼吸再訓練は、覚醒を減らすために、焦点の合ったまたはコントロールされた呼吸を使用します。呼吸再訓練とリラクゼーションは、必要であれば他の介入とともに、ASDを持つクライアントを助けることができます。トラウマクライアントとの呼吸法の使用における重要な注意点は、それが時々引き金として機能する可能性があることです—例えば、体への焦点と、暴行中に起こった重い呼吸を思い出させる可能性のためです。専門的な機器を必要とするバイオフィードバックは、ストレス軽減戦略（例：漸進的筋弛緩法、ガイド付きイメージ）と、ストレスまたは不安の軽減のレベルを測定する生物学的システム測定値（例：心拍数、手の温度）からのフィードバックを組み合わせます。専門的な機器を必要としないリラクゼーショントレーニングは、クライアントがトラウマ関連の刺激への不安反応（生理的反応を含む）を減らすことを奨励します。それはしばしば、より包括的なPTSD治療の一部です（例：長期曝露とストレス免疫訓練[SIT]）。

持続エクスポージャー療法

持続エクスポージャー療法は、クライアントにトラウマ関連の記憶、物、感情、または場所を直接説明し、探求するように求めます。強烈な感情（例：悲しみ、不安）が呼び起こされますが、最終的には減少し、トラウマ的な資料への繰り返しの遭遇を通じてクライアントを脱感作させます。曝露ベースの介入のペースと適切性の慎重な監視は、再トラウマ化（クライアン

トがトラウマ関連の資料をさらに恐れるように条件付けられる可能性がある）を防ぐために必要です。クライアントは、自分の記憶を処理し、認知と感情を統合するために十分な時間を持つ必要があります。そのため、一部のセッションは1.5時間以上続くことがあります。単純なケースでは、曝露は9セッションという少数で機能することがありますが、より複雑なケースでは20セッション以上が必要になる場合があります（Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007）。様々な技術がクライアントをトラウマ的な資料に曝露することができます。より一般的な2つの方法は、イメージと現実場面曝露を通じてです。

持続エクスポージャー療法の有効性はしっかりと確立されています（Rothbaum et al., 2000）。しかし、持続エクスポージャー療法への有害な反応も指摘されています。トラウマを経験した一部の個人は、曝露治療中またはその後に症状の悪化を示します。それでも、悪化は、管理中のカウンセラーの変数に依存するかもしれません。持続エクスポージャー療法の実施者は、その技術を習得するために包括的なトレーニングを必要とします（Karlin et al., 2010）。この治療モデルの方法に熟練していないカウンセラーは、彼のまたは彼女のクライアントを助けるのに失敗するだけでなく、症状を悪化させる可能性もあります。

持続エクスポージャー療法は、顕著なトラウマ症状が侵入的な思考、フラッシュバック、またはトラウマ関連の恐怖、パニック、回避である場合の第一選択の治療オプションとして推奨されます。しかし、カウンセラーは、精神疾患の症状を管理するか、または物質使用障害からの禁酒を維持する上で安定性を維持していないクライアントとの曝露を使用する際には注意を払うべきです。曝露の研究と日常的な使用は、薬物依存症、ホームレス、現在の家庭内暴力、深刻で持続的な精神疾患、または自殺性を持つような高複雑性のクライアントを一貫して除外してきました。薬物依存症のサンプルを用いた持続エクスポージャー療法の唯一の試験では、ほとんどの変数で標準的な薬物乱用治療を上回らなかったことがわかりました（Mills et al., 2012）。

PTSDのための長期持続エクスポージャー療法は、SAMHSAのNREPPにリストされています。持続エクスポージャー療法のレビューについては、Najavits（2007a）およびInstitute of Medicine（2008）も参照してください。長期持続エクスポージャー療法に加えて、他のセラピーは、眼球運動による脱感作と再処理（EMDR; Shapiro, 2001）、認知処理、そして体系的な脱感作療法（Wolpe, 1958）を含む、曝露と脱感作の技術を組み込んでいます。

カウンセラーへの助言：呼吸法を紹介するためのステップ

以下の発言を使用して、クライアントに呼吸法を伝えます：

- 手を胃の上に置きます。吸い込むときに、深く、しかしゆっくりと呼吸し、手が胃とともに上がるようにします。ゆっくりと吐き出すときに、手が胃とともに下がるように呼吸を練習します。
- 口を閉じて、鼻からゆっくりと吸い込みます。急いだり、空気を無理に吸い込んだりしないでください。
- 口笛を吹く位置で唇をすぼめて、口からゆっくりと吐き出します。
- 吸い込む時間の2倍の時間をかけて吐き出します。

眼球運動による脱感作と再処理（EMDR）

EMDR（Shapiro, 2001）は、トラウマとPTSDのための最も広く使用されているセラピーの一つです。EMDRの治療プロトコルは、トレーニングと、できれば臨床的なスーパービジョンを必要とする、洗練されたパラダイムに進化しました。EMDRは、心理神経学、CBT、情報処理、そしてトラウマ的な記憶の非言語的な表現を含む、様々な理論的な枠組みに基づいています。このセラピーの目標は、問題と苦痛を引き起こしている経験を処理することです。それはPTSDの効果的な治療法であり（Seidler & Wagner, 2006）、米国退役軍人省（VA）、王立精神科医協会、および国際トラウマティックストレス学会（Najavits, 2007a）によってエビデンスベースの実践として受け入れられています。多くのレビューがその有効性を支持しています（例：Mills et al., 2012）。EMDRは、「リソースのインストール」（鎮静処置）の開発を重視し、クライアントをトラウマ的な資料に脱感作させるための曝露作業に従事します。これには、苦痛な資料の処理を支援するために、視野全体にわたる外部の追跡技術を使用します。EMDR研究所を通じて利用可能なEMDRのトレーニングは、カウンセラーがこの治療を使用する前に必要です。それはSAMHSAのNREPPにリストされています（EMDR Network, 2012）。これまでのところ、薬物乱用治療のクライアントとのEMDRの使用を検証する研究はありません。EMDRに関する経験的な研究をレビューするには、このTIPのパート3、オンラインで入手可能、を参照してください。

EMDR療法の簡単な説明

治療には3つの主要な集中点（過去の記憶、現在の障害、将来の行動）と8つのフェーズがあります。カウンセラーは、一つのセッションでいくつかのフェーズに取り組むことがあります。各フェーズは、すべてのセッションで、または適切な

ときに（例：閉鎖プロセスは、次のセッションの準備として、すべてのセッションの終わりに行われることを意図しています）再訪されることを意図しています。

- フェーズ1：既往歴と治療計画（1〜2セッション）
- フェーズ2：準備
- フェーズ3：アセスメントと再処理
- フェーズ4：脱感作
- フェーズ5：インストール
- フェーズ6：ボディスキャン
- フェーズ7：閉鎖
- フェーズ8：再評価

出典：EMDR Network, 2012.

ナラティブ・セラピー

ナラティブ・セラピーは、人間の成長と変化を理解するための新たなアプローチです。それは、個人が自分自身の人生の専門家であり、既存の内的な精神的および対人関係的なリソースにアクセスして、問題の影響を減らすことができるという前提に基づいています。政治的またはコミュニティの暴力から生じるPTSDの治療のために開発されたナラティブ・セラピーは、CBTの原則、特に持続エクスポージャー療法に基づいています（Neuner, Schauer, Elbert, & Roth, 2002; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Elbert, 2004）。このアプローチは、心理療法を科学的な実践としてではなく、人間の歴史全体にわたって存在してきた治癒実践の自然な延長として見ています。トラウマサバイバーにとって、物語は、語られ、再語られるにつれて、トラウマ体験を表現し、トラウマをサバイバーの人生の文脈に置き、彼または彼女が持つ変化の選択肢を定義します。物語の構造は、クライアントが自分の人生の出来事を結びつけ、出来事の連なりを明らかにし、トラウマの代替的な表現を探求し、クライアントの行動の説明を呼び起こし、彼らの知識とスキルを特定するのを助けます。セラピーでの物語の使用は、クライアントを語り手として、一般的に苦しみを減らすのに役立ちます（McLeod, 1997; White, 2004）。

薬物乱用治療分野

薬物乱用治療分野では、多くのクライアントが、ナラティブ・セラピーと、12ステッププログラムで自分の話を語るプロセスとの間の関連性を見るでしょう。そこでは、閉じ込められ、絶望し、希望のない人生の物語を再構成することが、強さ、喜び、希望の物語につながります。12ステップのスピーカーミーティングでの重要なストーリーテリングのポイントには、経験がどのようなものであったか、何が起こったか、そして今どのようなものであるかを説明することが含まれます。

感情的および対人関係的調整におけるスキル訓練

感情的および対人関係的調整におけるスキル訓練（STAIR）は、他者によって開発されたセラピーを新しいパッケージに適応させる、2段階の認知行動モデルです（Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002）。フェーズ1は、一般的なCBTとDBT（Linehan, 1993）から派生し、小児期の虐待を含むトラウマに対処するために適応された、感情と対人関係の調整における8週間のスキル訓練で構成されています。セッションのトピックは、感情のラベル付けと特定、感情管理、苦痛耐性、感情の受容、トラウマベースの対人関係スキーマの特定、トラウマによって生成された感情と現在の対人関係の目標との間の対立の特定、権力とコントロールの問題に関するロールプレイ、そして対人関係の状況における柔軟性の開発に関するロールプレイです。フェーズ2は、物語的アプローチを使用した修正された長期曝露の8つのセッションを特徴としています。

STAIRのステップ

個々のクライアントに合わせて調整されたフェーズ1は、感情調整におけるスキル訓練と呼ばれ、以下の構成要素で構成されています：

- 心理教育：PTSDの症状を説明し、治療の根拠を説明する。
- **感情、引き金、思考を経験し、特定するトレーニング、そして気分調整戦略のトレーニング。**

- **学習歴：**クライアントに以下の質問をする—クライアントは過去および現在のトラウマにどのように対処しましたか？クライアントの家族は感情にどのように対処しましたか？クライアントの家族生活は、彼のまたは彼女の現在の感情を経験し、特定することの困難さにどのように影響しましたか？
- **感情調整スキル：**対処のための認知的、行動的、社会的な支援の様式を特定する。各対処様式における強みと弱みを特定するために、自己監視フォームで収集されたデータを使用する。呼吸再訓練、恐怖を減らすための自己表明、そして社会的なスキルを向上させるためのソーシャルスキルトレーニングなどのスキルを教える。
- **否定的な感情の受容と耐性：**クライアントに、彼らにとって重要なトラウマに関連する苦痛な状況に直面するように動機づける。回避の否定的な影響を見直す。特定の目標を達成するための一歩として、否定的な感情に耐えることを議論する。
- **改善された関係のためのスキーマ療法：**幼少期に学んだ関連するスキーマを特定する。現在の関係において自己と他者を見る代替的な方法を提案する。各関係における相対的な力に基づいて応答の柔軟性を強調する、自己主張を教えるためにロールプレイングを使用する。

STAIRのフェーズ1が十分に学習されると、クライアントは持続エクスポージャー療法を含むフェーズ2に進みます。

出典：Mollick & Spett, 2002.

Cloitreと同僚（2002）は、小児期の虐待に関連するPTSDを持つ女性を、STAIRまたは最小限の注意待機リストにランダムに割り当て、現在の薬物依存症を持つクライアントや他の複雑な状況を持つクライアントを除外しました。STAIRの参加者は、感情調整、対人関係スキル、PTSD症状において、対照群よりも著しく大きな改善を示しました。これらの改善は、3ヶ月および9ヶ月のフォローアップを通じて維持されました。しかし、この研究から、DBTと曝露の両方が必要であったかどうかは明らかではありません。フェーズ1の治療同盟と否定的な気分調整スキルは、PTSDを減らす上でのフェーズ2の曝露の成功を予測し、慢性的なPTSDを持つ人々と曝露作業を行う前に、強力な治療関係と感情調整スキルを確立することの重要性を示唆しています。

ストレス免疫訓練

SITは元々、不安を管理するために開発されました（Meichenbaum, 1994; Meichenbaum & Deffenbacher, 1988）。Kilpatrick, Veronen, and Resick（1982）は、レイプサバイバーがトラウマ中に経験する不安と恐怖が、客観的に安全な他の状況に一般化するという考えに基づいて、レイプサバイバーを治療するためにSITを修正しました。SITの治療構成要素には、教育、スキル訓練（筋弛緩訓練、呼吸再訓練、ロールプレイング、ガイド付き自己対話、自己主張訓練、そして思考停止[つまり、より肯定的な方向に思考をリダイレクトする前に「STOP」と考えることによって、否定的な思考を積極的に、そして力強く終わらせること]）、そしてスキル応用が含まれます。目標は、クライアントが効果的な対処戦略を使用して不安を管理し、回避行動を減らすことを学ぶのを助けることです。無作為化比較臨床試験は、SITが待機リスト対照群と比較してPTSDの重症度を減らし、持続エクスポージャー療法と同等の有効性を示すことを示しています。フォローアップ（治療後最大12ヶ月）で、改善は維持されました（Foa et al., 1999; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991）。

SITは、ストレスの多い出来事への曝露の余波に対処するのを助け、そして予防的な基盤で個人を将来および継続的なストレッサーに「予防接種」するために使用されてきました（Meichenbaum, 1996）。予防戦略としてのこの実践は、免疫化を通じて病気への抵抗力を促進することに似ています。

カウンセラーへのアドバイス：SITのフェーズ

SIT（Stress Inoculation Training: ストレス免疫訓練）は、予防と治療のためのアプローチであり、3つの重なり合うフェーズで構成されています。これは、トラウマティック・ストレスに対する他の介入法を補完するアプローチと見なされることが多いです。

フェーズ1：概念化と教育

このフェーズには2つの主な目的があります。最初の目標は、クライアントがストレッサーに立ち向かい、新しい対処戦略を学ぶことを支援し、勇気づけるような協働関係を築くことです。次の目的は、クライアント自身のストレスの性質と影響についての理解を深め、代替的な対処スキルへの気づきを高めることです。これらの目的を達成するために、自己モニタリング活動、ソクラテス的な質問法、強みとレジリエンス（回復力）の証拠を特定すること、対処戦略のモデリングなど、多くの認知的戦略が用いられます。

フェーズ2：スキルの獲得とリハーサル
このフェーズでは、対処スキルを開発し、個人がすでに持っている対処スキルを活用することに焦点を当てます。このプロセスには、様々な状況での練習が含まれ、それによって個人はリハーサル、リハーサル、そしてさらなるリハーサルを通じて、状況を越えてスキルの使用を般化（一般化）し始めます。

フェーズ3：実践と徹底
主な目的は、クライアントにとってより高いストレスレベルを引き起こす、より困難な状況を作り出すことです。課題を徐々に増やすことで、クライアントはより現実的な状況を模倣した対処戦略を実践することができます。うまく対処することを通じて、クライアントはより大きな自己効力感を築きます。このフェーズでの一般的な戦略には、イメージ法と行動リハーサル、モデリング、ロールプレイング、そして段階的生体（イン・ヴィヴォ）曝露法が含まれます。

出典：Meichenbaum, 2007.

その他のセラピー

過去20年間に導入された多くの介入が、トラウマ的ストレスに焦点を当てています。一部の介入については、証拠は限られており、他の介入については、進化しています。一例は、トラウマ的出来事縮小（TIR）アプローチです。この短期的な記憶指向の介入は、トラウマ的ストレスを経験した子供、思春期の若者、成人向けに設計されています（Valentine & Smith, 2001）。SAMHSAのNREPPにリストされているこの介入は、特定のトラウマ的な出来事または感情、感覚、態度、痛みを含む、トラウマに関連する問題的なテーマを処理するように設計されています。それは、繰り返しを通じて感情が変化するという期待を持って、クライアントがトラウマ的な出来事を繰り返し話すことを含みます。TIRはクライアント中心のアプローチです。

トラウマのための統合モデル

このセクションでは、トラウマ関連の症状と、精神または物質使用障害の両方を同時に治療するために特別に設計されたモデルを取り上げます。統合治療は、クライアントが治療全体を通じて同時にいくつかの現在の問題に取り組むのを助けます。これは、有望で推奨される戦略です（Dass-Brailsford & Myrick, 2010; Najavits, 2002b; Nixon & Nearmy, 2011）。これまでのところ、研究は限られていますが、利用可能なものは、統合治療モデルが薬物乱用、PTSD症状、

および他の精神障害症状を効果的に減らすことを示唆しています。TIP 42『併存障害を持つ人々のための薬物乱用治療』（Center for Substance Abuse Treatment, 2005c）は、統合治療の詳細な説明を提供しています。統合モデルとは対照的に、他のモデルタイプには、単一（一つの障害のみの治療）、連続（一つの障害を最初に治療し、次に他方を治療する）、または並行（症状と障害間の相互作用に必ずしも対処しない、別の臨床医または別のプログラムで提供される複数の障害の同時治療）が含まれます。

単一モデルと同様に、統合治療モデルは、様々な設定（例：外来、デイケア、および／または居住薬物乱用および精神保健クリニック／プログラム）で使用するように設計されています。リストされているほとんどのモデルは、トラウマ関連の症状、精神障害、物質使用障害を同時に扱う、マニュアルベースの治療です。選択されたアプローチに関する追加のアプローチと詳細な詳細は、NREPP（http://www.nrepp.samhsa.gov）で見つけることができます。

依存症とトラウマ回復統合モデル

依存症とトラウマ回復統合モデル（ATRIUM; Miller & Guidry, 2001）は、CBTと関係療法を、精神的、身体的、精神的な健康への強調を通じて統合します。個人とグループのためのこの12週間のモデルは、依存症とトラウマ的ストレスへの体の反応と、トラウマと依存症が心と精神に与える影響に関する情報とともに、心理教育的、プロセスの、そして表現的な活動をブレンドします。それは、クライアントが不安、セクシュアリティ、自傷、うつ病、怒り、身体的な愁訴と病気、睡眠障害、人間関係の課題、そして精神的な断絶を探求するのを助けます。それは主に女性のために設計され、発達上（小児期）のトラウマと対人暴力に焦点を当てていますが、他の種類のトラウマ的な出来事が起こることも認識しています。

ATRIUMモデルは、3つの治療フェーズで構成されています。第一段階、または「外側の円」は、カウンセラーがクライアントのトラウマ歴に関するデータを収集し、トラウマの性質に関する心理教育を提供し、クライアントが個人的なストレングスを評価するのを助けることで構成されています。ATRIUMは、このフェーズでの虐待や他のトラウマ的な出来事の記憶の呼び起こしを積極的に思いとどまらせます。第二段階、または「中間の円」は、クライアントとカウンセラーがトラウマ症状により直接的かつ具体的に対処し、クライアントがコミュニティの支援リソースに手を差し伸べ、関与することを奨励します。中間の円はまた、トラウマに関する新しい情報を学び、追加の対処スキルを開発することを強調します。プログラムの第三段階、「内側の円」は、トラウマの結果として生じた古い信念に挑戦することに焦点を当てています。例えば、「保護しない傍観者」の概念は、トラウマを受けた人がトラウマの時点で経験した支援の欠如を表すために使用されます。この表現は、今日の支援的な他者の「保護的な存在」に置き換えられます。

ATRIUMは、SAMHSAの女性、併存障害、暴力に関する研究の9つの研究サイトのうちの1つで使用されました。すべてのサイトにわたって、トラウマに特化したモデルは、トラウマに特化したモデルを使用しなかった対照サイトよりも、より好ましい結果を達成しました（Morrissey et al., 2005）。しかし、ATRIUM自体の研究はまだありません。このモデルの背後にある理論をより詳細に、そしてそれをどのように実施するかを説明するマニュアルが、『Addictions and Trauma Recovery: Healing the Body, Mind, and Spirit』（Miller & Guidry, 2001）というタイトルで出版されています。

トラウマを超えて：女性のための癒しの旅

『Beyond Trauma』（Covington, 2003）は、理論、研究、臨床経験に基づいた女性のためのサービスのカリキュラムです。それは、居住、外来、矯正の設定、家庭内暴力プログラム、精神保健クリニックでの使用のために開発されました。それは、行動的な技術と表現的な芸術を使用し、関係療法に基づいています。資料はトラウマ治療のために設計されていますが、女性の人生におけるトラウマと薬物乱用との関連がテーマ全体にわたっています。『Beyond Trauma』は、そのプロセスと、内なる自己（思考、感情、信念、価値観）と外なる自己（行動と関係、育児を含む）への影響を通じてトラウマを定義する心理教育的な構成要素を持っています。対処スキルが強調されています。特定の演習は感情的なウェルネスを開発します。

PTSDとコカイン依存症の同時治療

PTSDとコカイン依存症の同時治療（CTPCD）は、併存するPTSDとコカイン依存症を持つ女性と男性を治療するために設計された、週2回の16セッションの個人外来心理療法モデルです（Coffey, Schumacher, Brimo, & Brady, 2005）。CTPCDは、PTSDの治療のために、イメージと現実場面曝露（クライアントが不安を生み出す刺激に繰り返される曝露を通じて脱感作される）を、薬物依存症のためのCBTの要素と組み合わせています。禁酒スキル構築と迅速なトラウマ治療の二重のニーズのバランスを取るために、最初の5つのセッションはコカイン依存症の対処スキルに焦点を当てています。セッション6は持続エクスポージャー療法に移行し、それはセッション7で本格的に始まり、薬物乱用治療のためのCBTと組み合わされます。

CTPCDは、薬物使用とPTSD症状を減らすのに役立ちます。尿検査で測定された、いかなる違法薬物の使用も、16週間の治療試験中に非常に低く、治療の後半—ほとんどの曝露セッションが行われたとき—にエスカレートしませんでした。PTSD症状は、自己報告されたうつ症状と同様に、治療の過程で著しく低下しました。しかし、脱落率は高かったです（Coffey, Dansky, & Brady, 2003）。CTPCDは、同時長期曝露（COPE; Mills et al., 2012）に再構成され、PTSD

と薬物依存症を持つ高複雑性の臨床サンプルの個人における通常治療と比較されました。両方の治療条件は、3ヶ月で差がないPTSDの改善をもたらしました（ただし、COPEは9ヶ月で著しく大きな改善を示しました）。さらに、2つの条件は、薬物使用の結果、うつ病、または不安に対する影響において異なりませんでした。

統合CBT

統合CBTは、PTSDと薬物使用のための14セッションの個人療法モデルです。それは、心理教育、認知再構成、呼吸再訓練などの要素を組み込んでいます（McGovern, Lamber-Harris, Alterman, Xie, & Meier, 2011）。無作為化比較試験は、統合CBTと個人依存症治療の両方が、治療間に差がない薬物使用と他の精神科症状の重症度の尺度で改善を達成したことを示しました。

Seeking Safety

Seeking Safetyは、クライアントがトラウマと薬物乱用からの安全を達成するのを助ける、経験的に検証された、現在に焦点を当てた治療モデルです（Najavits, 2002a）。Seeking Safetyのマニュアル（Najavits, 2002b）は、臨床医のガイドラインとクライアントの配布資料を提供し、いくつかの言語で入手可能です。トレーニングビデオや他の実施資料はオンラインで入手できます（http://www.seekingsafety.org）。Seeking Safetyは柔軟です。それは、グループと個人で、女性と男性で、すべての設定とケアのレベルで、すべての臨床医によって、すべての種類のトラウマと薬物乱用に使用できます。

Seeking Safetyは、認知的、行動的、対人関係的、そしてケースマネジメントのドメインを扱う25のトピックをカバーしています。トピックは、クライアントの治療の過程で可能な限り多く、または少なく使用して、任意の順序で実施できます。各トピックは、思いやり、自分の世話をすること、怒りからの治癒、引き金への対処、助けを求めることなど、トラウマと薬物乱用の両方に関連する対処スキルを表しています。この治療モデルは、理想と、単純で、感情的に喚起力のある言語と引用への強調を通じて希望を築きます。それは、臨床医のプロセスに対応し、併存する物質使用障害とトラウマの既往歴を持つクライアントに対処するために不可欠であると考えられる具体的な戦略を提供します。

20以上の出版された研究（パイロット研究、無作為化比較試験、様々な調査者と集団を代表する多施設試験を含む）が、この治療モデルの証拠基盤を提供しています。詳細情報については、SAMHSAのNREPPのウェブサイト（http://www.nrepp.samhsa.gov）およびSeeking Safetyのウェブサイトの「成果」セクション（http://www.seekingsafety.org/3-03-06/studies.html）をご覧ください。研究サンプルには、慢性的な、重度のトラウマ症状と薬物依存症を持つ人々が

含まれており、彼らは民族性において多様であり、様々な設定（例：刑事司法、VAセンター、思春期の治療、ホームレスサービス、公共部門）で治療されました。Seeking Safetyは、トラウマ症状、薬物乱用、および他のドメイン（例：自殺性、HIVリスク、社会機能、問題解決、意味の感覚）で肯定的な結果を示し、一貫して通常治療を上回り、クライアントと臨床医の両方から高い満足度評価を達成しました。それは7つの言語に翻訳されており、盲目および／または失読症の個人向けのバージョンが利用可能です。

Seeking Safetyの5つの主要な要素は次のとおりです：

1. **包括的な目標としての安全**（クライアントが関係、思考、行動、感情における安全を達成するのを助ける）。
2. **統合治療**（トラウマと薬物乱用に同時に取り組む）。
3. **トラウマと薬物乱用の両方における理想の喪失を打ち消すための理想への焦点**。
4. **4つの内容領域：**認知的、行動的、対人関係的、そしてケースマネジメント。
5. **臨床医のプロセスへの注意**（逆転移、セルフケア、その他の問題への対処）。

薬物依存症PTSD療法

薬物依存症PTSD療法（Triffleman, 2000）は、両性のクライアントが広範なトラウマに対処するのを助けるために設計されました。それは、PTSDと薬物乱のための既存の治療法を、2つのフェーズで起こる、構造化された、40セッション（5ヶ月、週2回）の個人療法に組み合わせます。フェーズIは、「トラウマインフォームド、依存症に焦点を当てた治療」であり、対処スキルと認知的な介入、そして安全な環境の創造に焦点を当てています。フェーズIは、CBTモデル、怒り管理、リラクゼーション訓練、HIVリスク低減、そして動機付け強化技術に基づいています。フェーズII、「トラウマに焦点を当てた、依存症に情報を与えられた治療」は、PTSDに関する心理教育から始まり、その後、「回避防止I」、ストレス免疫訓練の修正版が2〜4セッションで教えられます。これに続いて、「回避防止II」、6〜10セッション続く、インビボ曝露が使用されます。

トラウマ感情調整：教育とセラピーのためのガイド

トラウマ感情調整：教育とセラピーのためのガイド（TARGET; Ford & Russo, 2006; Frisman, Ford, Lin, Mallon, & Chang, 2008）は、感情と情報処理を、深刻な精神、薬物使用、併存障害を持つ多様な集団のトラウマサバイバーのための、現在に焦点を当てた、ストレングスベースの

教育とスキル訓練のアプローチで使用します。TARGETは、トラウマが脳を、通常のストレス反応からPTSDにつながる可能性のある極端な生存ベースの警報反応へとどのように変化させるかを、トラウマサバイバーが理解するのを助けます。そして、それは、PTSD警報反応をより苦痛でなく、より適応的にするための7ステップのアプローチを彼らに教えます（頭字語FREEDOMによって要約されています：焦点を当てる、引き金を認識する、感情の自己チェック、思考を評価する、目標を定義する、選択肢、そして貢献をする）。

TARGETは、個人療法または性別に特化した心理教育グループで提示でき、聴覚障害のある個人に適応されています。それはまた、スペイン語とオランダ語にも翻訳されています。TARGETは、個人またはグループ心理療法に限定されない、レジリエンス構築と回復プログラムです。それはまた、学校、治療、または矯正プログラムの実践のすべての領域に影響を与える教育カリキュラムと環境介入を提供するためにも設計されています。TARGETはSAMHSAのNREPPにリストされています（http://www.nrepp.samhsa.gov）。

TARGET：7ステップのFREEDOMアプローチ

焦点を当てる：焦点が合っていることは、人が過去のトラウマに関連する警報信号に基づいて単に反応するのではなく、今何が起こっているかに注意を払い、考えるのを助けます。このステップは、参加者にSOSスキル（スローダウン、オリエント、セルフチェック）を使用して、体の信号と即時の環境に注意を払い、ストレスとコントロールのレベルを測定するための簡単な尺度を使用することを教えます。

引き金を認識する：トラウマの引き金を認識することは、人が本当の脅威とリマインダーを区別することを学ぶにつれて、警報信号を予期し、リセットすることを可能にします。このステップは、参加者が個人的な引き金を特定し、コントロールを取り、警報反応を短絡させるのを助けます。

感情の自己チェック：このスキルの目標は、2種類の感情を特定することです。最初のものは、「警報」または反応的な感情であり、恐怖、怒り、恥、絶望、罪悪感などです。これらの感情は、トラウマ後最も顕著であるため、人をさらなる危険から守るための警報システムのあり方です。第二の種類の感情、「主要な」感情には、肯定的な感情（例：幸福、愛、快適さ、思いやり）と、肯定的な努力

を表す感情（例：希望、興味、自信）が含まれます。両方の種類の感情のバランスを取ることによって、人は、警報が作動しているときでさえ、自分自身の価値観と希望を反映し、引き出すことができます。

思考を評価する：脳が警報モードにあるとき、思考は硬直的で、全体的で、破局的になる傾向があります。思考を評価することは、感情を特定することと同様に、肯定的および否定的な思考のより健康的なバランスを達成することです。2部構成のプロセスを通じて、参加者は、反応的な思考から「主要な」思考へと移行することに焦点を当てて、状況と自分の選択肢を評価することを学びます。これは、人を警報信号から自動的な生存反応へと直接導くPTSDパターンからの根本的な変化です。

目標を定義する：反応的な目標は、単に即時の状況を乗り越えるか、または危険の源から離れることに限定される傾向があります。これらの反応的な目標は、真の緊急事態では必要ですが、価値のあることをし、最終的に良い、意味のある人生を達成するという人の「主要な」目標を反映していません。このステップは、彼または彼女のより深い希望と価値観を反映する「主要な」目標を作成する方法を教えます。

選択肢：脳の警報がオンになり、オフにならないときに利用可能な唯一の選択肢は、緊急事態では必要であるが、通常の生活ではしばしば役に立たない、自動的な「闘争・逃走」または「凍結・服従」の反応的な行動です。このステップは、警報システムによって生成されるより極端な反応的な選択肢によってしばしば隠されている肯定的な意図を特定するのを助けます。これは、自分自身のニーズと目標、そして他者のニーズと目標を考慮に入れる、より広範な選択肢の可能性を開きます。

貢献をする：脳の警報がオンになり、通常のストレッサーに、まるで緊急事態であるかのように反応しているとき、人が肯定的な違いをもたらしたという感覚を持って経験から離れることは非常に困難です。これは、疎外感、無価値感、または精神的な苦痛につながる可能性があります。TARGETの最終的な目標は、大人と若者が自分の警報反応をコントロールするのに十分に明確に考え、その結果、

自分自身の人生だけでなく、他者の人生にも貢献していることを認識できるようにエンパワーすることです。

出典：Advanced Trauma Solutions, 2012.

トラウマ回復とエンパワーメントモデル

トラウマ回復とエンパワーメントモデル（TREM）のセラピー（Fallot & Harris, 2002; Harris & Community Connections Trauma Work Group, 1998）は、深刻な精神障害を持つ女性のトラウマサバイバーのために設計された、マニュアル化されたグループ介入です。TREMは、トラウマへの長期的な適応の複雑さに対処し、性的および身体的虐待のサバイバーの間で一般的な様々な困難に対応します。TREMは主に、特定の回復スキルを開発し、現在の機能に焦点を当てており、トラウマ回復サービスで効果的な技術を使用しています。33のトピックをカバーするモデルの内容と構造は、女性のトラウマの経験と対処における性別の役割によって知らされています。

TREMは、短期的な居住設定と外来の薬物乱用治療設定などに適応できます。男性と思春期の若者のためのモデルの適応が利用可能です。このモデルは、SAMHSAの女性、併存障害、暴力に関する研究の9つの研究サイトのうちの3つで使用され、SAMHSAのホームレス家族プログラムでも使用されており、SAMHSAのNREPPにリストされています。このモデルは、薬物乱用治療のクライアントで使用されています。Toussaint, VanDeMark, Bornemann, and Graeber（2007）による研究は、居住薬物乱用治療プログラムの女性が、通常治療を受けた場合よりも、TREMを使用して著しく優れたトラウマ治療の結果を示したが、薬物使用に差はなかったことを示しています。

TREMプログラム形式

各セッションには、グループの結束を促進するための体験的な演習が含まれています。33のセッションは、以下の一般的なトピック領域に分かれています：

- **パートI–エンパワーメント**は、性自認の概念、対人関係の境界線、自己肯定感を紹介します。
- **パートII–トラウマ回復**は、性的、身体的、感情的な虐待と、それらの精神科症状、薬物乱用、関係パターン、問題との関係に集中します。
- **パートIII–高度なトラウマ回復の問題**は、非難や許しの役割など、追加のトラウマの問題に対処します。
- **パートIV–閉鎖の儀式**は、参加者が自分の進捗を評価し、自分自身で、または他のサバイバーのコミュニティの一部として、継続的な治癒の計画を立てることを奨励します。
- **パートV–特別な集団のための修正または補足**は、深刻な精神疾患を持つ女性、投獄された女性、親である女性、薬物を乱用する女性、そして男性のサバイバーなどのサブグループのための修正を提供します。

出典：Mental Health America Centers for Technical Assistance, 2012.

トライアド女性プロジェクト

トライアドプロジェクトは、SAMHSAの女性、併存障害、暴力に関する研究の一部として開発されました。それは、準農村地域に住む、併存する薬物使用および精神障害を持つ女性のトラウマサバイバーのために設計された、包括的で、トラウマインフォームドで、消費者に応答した統合モデルです。トライアドは、物質使用障害のための動機付け強化、DBT、そして併存する精神障害のための集中的なケースマネジメント技術を統合します。このプログラムは、統合されたケースマネジメントサービス、カリキュラムベースの治療グループ、そしてピアサポートグループを使用する、女性のための16週間のグループ介入です（Clark & Fearday, 2003）。

新たな介入

トラウマ的ストレス症状と障害に対処するために、新たな介入が出現しています。以下のセクションでは、以前の章で強調されていないいくつかの介入を要約します。これは網羅的なリストではありません。特定の介入に加えて、技術がケアの提供を形作り始め、トラウマに特化した治療を補完するツールへのアクセス可能性を高めています。多くのアプリケーションが利用可能で、進化しています。ケアの提供における技術の役割に関する詳細情報については、計

画中のTIP『行動保健サービスにおける技術ベースの治療ツールの使用』（SAMHSA, 計画中g）を参照してください。

カップルおよび家族療法

トラウマとトラウマ的ストレスは、サバイバーの家族を含む、重要な関係に影響を与えます。トラウマサバイバーとの家族療法の有効性を対象とした最小限の研究がありますが、彼らの関係の文脈における個人のニーズを考慮することが重要です。家族とカップル療法は、回復の鍵である可能性があります。家族は二次的なトラウマ化を静かに経験し、トラウマ的ストレス症状または治療の理解を欠き、および／または家族のクライアントを支援したり、トラウマとその影響に関連する何かについて話したりする意欲に影響を与える、自分自身のトラウマの既往歴を持っているかもしれません。家族は、回避の同様のパターンに従事し、対処されているトラウマに関連する自分自身の引き金を持つことがあります。多くのカップルおよび家族療法が、トラウマ的ストレスとPTSDに対処していますが、その価値を支持または反論する研究はほとんどありません。いくつかの科学に基づいた証拠を持つ現在のカップルまたは家族療法には、行動的な家族療法、行動的な夫婦療法、認知行動的なカップル治療、そしてライフスタイル管理コースが含まれます（Riggs, Monson, Glynn, & Canterino, 2009）。

マインドフルネス介入

マインドフルネスは、瞬間に存在し、内的な経験（例：思考、身体的な感覚）と外的な経験（例：他者との相互作用）を非審判的な方法で観察することを学ぶプロセスです。マインドフルネスは、トラウマから生じる限定的な信念に挑戦し、将来の出来事に関する不安を鎮め、そして単に人が現在にグラウンディングされるのを助けます。それは、トラウマを受けた個人が自分の経験を観察し、認識を高め、不快な感情と認知に耐えるのを助ける上で重要な役割を果たします。

今日まで、マインドフルネスベースの介入は、トラウマに特化した介入への補助として、そして覚醒を減らす上で価値があるように見えます（Baer, 2003）。それはまた、個人が曝露指向およびトラウマ処理介入中に不快感に耐えるのを助けるかもしれません。全体として、マインドフルネスの実践は、クライアントがトラウマ的ストレス、対処、レジリエンスを管理するのを助けることができます。消防士の研究では、マインドフルネスは、他の変数をコントロールしたときに、より少ないPTSD症状、うつ症状、身体的な症状、そしてアルコールの問題と関連していました（Smith et al., 2011）。

観察者になり、不快感に耐えることを学ぶ：葉と小川の比喩

以下の演習、「小川に浮かぶ葉」は古典的なものです。多くの臨床医と著者が、このマインドフルネスの実践の演出を提供しています。主な目的は、思考に巻き込まれるのではなく、一歩下がって思考を観察することです。簡単に言えば、思考はただの思考です。思考は、小川を下って流れる水のように来ては去ります。私たちは思考に反応する必要はありません。代わりに、私たちはただ気づくことができます。

マインドフルネスの演習を約10分間行い、その後処理します。参加者が小川の隣に座っている自分を想像するときに、各感覚を視覚化する時間を取らせます。例えば、それはどのように見えますか？彼らが小川の隣に座っているときに何を聞きますか？演習を急がないでください。以下の2つの段落で詳述されている発言をゆっくりとするとき、参加者が中断なしに演習にいられるように、各発言の間に時間を取ります。単に穏やかなガイダンスを提供します。

静かに座り始め、呼吸に注意を向けます。もし快適であれば、目を閉じます。呼吸に集中するにつれて、小川の隣に座っていると想像してください。あなたの想像力で、あなたは小川をはっきりと見たり、聞いたりするかもしれませんし、または小川を視覚化するのが難しいかもしれません。ガイド付きの演習に従ってください。どちらの方法でも、それはうまくいくでしょう。

今、あなたの心に浮かぶ思考に気づき始めます。一部の思考は急いで通り過ぎますが、他の思考は lingers します。ただ、あなたの思考に気づくことを許してください。各思考に気づき始めると、それが小川を流れる葉の上にそれらの言葉を置くと想像してください。ただ、思考が来るのを許し、それらが葉の上を漂って行くのを見てください。もしあなたの思考が一時的に止まったら、小川を下って流れる水を見続けます。やがて、あなたの思考は再び現れます。ただ、それらが来るのを許し、そうするにつれて、それらを葉の上に置きます。あなたの注意はさまようかもしれません。痛みを伴う感情が生じるかもしれません。あなたは不快に感じるか、または演習が「ばかげている」と考え始めるかもしれません。あなたは思考に引っかかるかもしれません—それを繰り返しリハーサルすることです。それは大丈夫です。それが私たちの心がすることです。あなたの心がさまよっているか、または立ち往生していることに気づいたらすぐに、そっと焦点を

あなたの思考に戻し、それらを葉の上に置きます。今、一瞬、あなたの呼吸に注意を戻し、その後目を開けて、あなたの環境にもっと気づくようになります。

促進された質問：

- あなたの思考を観察するのはどのような感じでしたか？
- 気を散らしましたか？立ち往生しましたか？
- 気を散らされた後、演習に戻ることができましたか？
- どのような点で演習は不快でしたか？
- どのような点で演習は快適でしたか？

マインドフルネスのより大きな能力を開発したいクライアントと実践者のために、カバット・ジンの著書『Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation In Everyday Life』（1994）および『Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness』（1990）を参照してください。マインドフルネスの臨床的な応用については、『Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse』（Segal et al., 2002）および『Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors』（Marlatt & Donovan, 2005）を参照してください。

薬理学的療法

精神、薬物使用、およびトラウマ的ストレス障害を持つ人々のための薬物療法は、各状態の治療に精通した医師によって慎重に管理される必要があります。投薬は症状を管理し、コントロールするのに役立ちます。しかし、それらは包括的な治療計画の一部にすぎません。特定の「抗トラウマ」薬はありません。むしろ、特定の薬が特定のトラウマ症状を対象とします。薬物療法を受けているクライアントは、慎重な評価を必要とします。既存の精神障害を持つ一部のクライアントは、トラウマ的ストレスの生理的効果のために、投薬のさらなる調整が必要になるかもしれません。さらに、自己管理された物質のパターンからの突然の離脱は、身体的な苦痛の危険なレベルにつながるだけでなく、より深刻なPTSD症状の出現を悪化させる可能性もあります。トラウマ後の苦痛はしばしば時間とともに軽減し、それが一部の個人にとって投薬

の使用を不必要にすることがあります。一部のトラウマサバイバーは、投薬を必要とする長期的な心理的問題を経験から発症しません。他の人々は、単に薬物療法の開始または追加の投薬の使用を拒否するかもしれません。

結び

行動保健カウンセラーは、現在の症状と障害を対象とする治療モデルを組み合わせる統合治療を提供することによって、トラウマを経験したクライアントに最もよく奉仕することができます。そうすることは、障害が互いに相互作用することを認めます。一部のモデルは統合されたカリキュラムを持っています。トラウマのみを扱う他のものは、カウンセラーがすでによく知っている行動保健技術と組み合わせることができます。

一部には、治療モデルまたは一般的なアプローチの選択は、モデルの証拠のレベル、カウンセラーのトレーニング、特定された問題、予防の可能性、そしてクライアントの目標と治療への準備に依存します。家族との関係の改善が目標ですか？クライアントは睡眠障害が減少すれば満足しますか、それとも目標はより広範な問題の解決ですか？薬物使用または物質関連の障害はありますか？目標は禁酒ですか？クライアントと協力して目標を決定し、彼らが治療から何を望んでいるかを引き出し、そして彼らが何が起こるかを期待するかを決定することは、クライアントを回復に従事させ続ける上で成功する可能性のある治療モデルまたは技術に関するいくつかの手がかりを提供することができます。

パート2：行動保健プログラム管理者のための実施ガイド

第1章 トラウマインフォームドな組織

この章の内容

- TICへの組織的および管理的コミットメントを示す
- 戦略的計画におけるトラウマインフォームドの原則の使用
- ビジョン、ミッション、価値観の声明の見直しと更新
- 変革を促進するための主要なスタッフメンバーの任命
- トラウマインフォームドの監督委員会の創設
- トラウマインフォームド・サービスの組織的自己評価の実施
- 実施計画の作成
- トラウマインフォームドな実践を確保し、再トラウマ化を防ぐための方針と手順の作成
- 災害計画の作成
- 普遍的な定期的スクリーニングの導入
- 文化的に応答性の高い原則の適用
- 科学に基づいた知識の使用
- ピアサポート環境の創造
- 継続的なフィードバックと評価の取得
- 安全性を高めるための環境の変更
- トラウマインフォームドな協働の発展

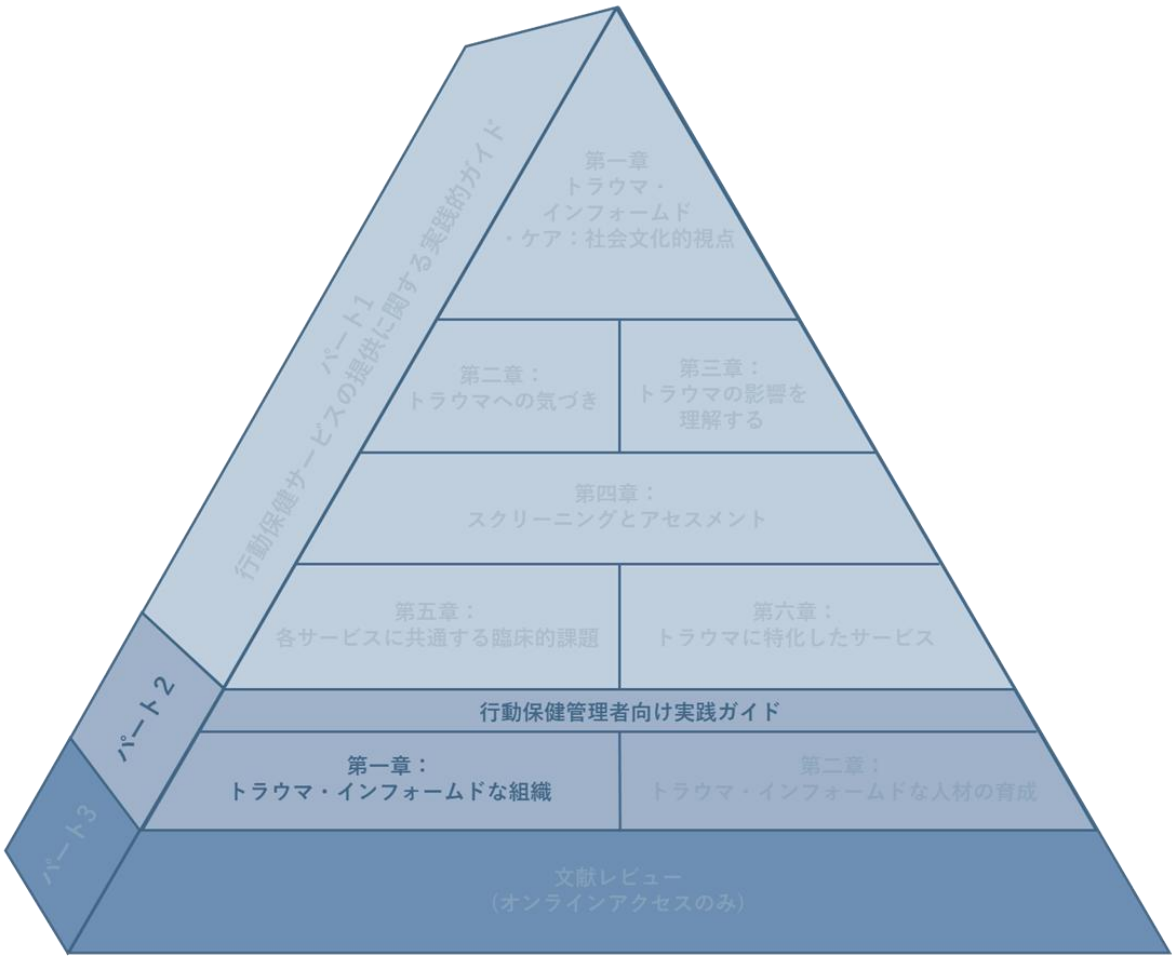
パート2は、プログラム提供とスタッフ開発、方針と手順、管理的な実践、そして行動保健サービスにおける組織的なインフラストラクチャにおいて、トラウマインフォームド・サービスのための制度的な枠組みをどのように創造し、実施するかについての広範な概要を提供します。第1章「トラウマインフォームドな組織」は、行動保健の場においてトラウマインフォームドな文化を開発するのに役立つ、特定の組織的な戦略に焦点を当てています。トラウマインフォームド・ケア（TIC）への組織的なコミットメント、トラウマインフォームドな組織的評価、トラウマのための普遍的なスクリーニングの実施、そしてピアサポート環境の創造を含む、多くの戦略が提示されています。

第2章「トラウマインフォームドな人材の構築」は、トラウマインフォームドなスタッフの採用、雇用、維持、エビデンスベースおよび新たなトラウマインフォームドのベストプラクティスに関するトレーニングの提供、TICに特有の能力の開発、倫理的な考慮事項への対処、トラウマインフォームドなスーパービジョンの提供、そして行動保健サービス提供者における二次ト

ラウマの予防と治療など、トラウマインフォームドな人材の開発を促進する組織的な活動に焦点を当てています。

以下のセクションで説明される戦略は、スーパーバイザーや他の管理スタッフがトラウマインフォームドな行動保健環境を創造するのに役立ちます。出発点として、管理者は、組織的な変革プロセスと組織的なアセスメントを導くための主要な人材と消費者を特定すべきです。管理者とスーパーバイザーは、これらの戦略への継続的なコミットメントを計画し、実証する必要があります。さもなければ、スタッフは、開発活動を、トレーニングの最初の推進を超えて短命な、機関からのまた別のアイデアや要求と認識するかもしれません。

TICフレームワークとトラウマインフォームドな組織



トラウマインフォームドな組織を創造することは、流動的で、継続的なプロセスです。それに完了日はありません。消費者の人口統計は時間とともに変化し、特定の種類のトラウマへの曝露はより一般的になるかもしれませんし、ベストプラクティスとエビデンスベースの実践（E

BPs）の知識は進歩し続けます。トラウマインフォームドな組織は、思いやりのある効果的な実践と組織的な再評価へのコミットメントを示し続け、トラウマの既往歴を持つ消費者のニーズに応えるために変化します。最近の薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA）のデータが、調査した10,000以上のプログラムの大多数がトラウマ関連のケアを提供していると述べていることは心強いです（Capezza & Najavits, 2012）。しかし、治療システム全体でTICを一貫して高品質で、日常的で、広範なものにするという大きなニーズが依然として残っています。

以下の段階が、トラウマインフォームドな組織を創造するための基盤を形成します：

1. トラウマインフォームドな機関を創造することへのコミットメント。
2. 変革を開始し、支援し、導くための初期のインフラストラクチャを創造する。
3. トラウマの既往歴を持つ消費者を含む、主要な利害関係者を関与させる。
4. 組織の現在の方針、手順、運営が、TICを支援するか、またはトラウマインフォームドなアプローチの開発を妨げるかを、そしてどの程度までかを評価する。
5. 機関内でTICの提供を導入し、支援するための組織的な計画を立てる。
6. 提供者と消費者の間、そしてサービス提供者と様々なコミュニティ機関の間で協働を創造する。
7. 組織的な計画を実行に移す。
8. 計画の実施と、それが消費者のニーズに応え、一貫したTICを提供する能力を継続的に再評価する。
9. ニーズと問題領域が特定されたときに、品質改善策を実施する。
10. 継続的なトレーニング、臨床的なスーパービジョン、消費者の参加とフィードバック、そしてリソースの配分など、持続可能性を支援する実践を導入する。

トラウマインフォームド・サービスとサービスシステム

「トラウマインフォームドなサービスシステムおよび／または組織は、システムのすべての構成要素が、暴力とトラウマが精神保健および依存症サービスを求める人々の生活で果たす役割の基本的な理解に照らして、再考され、評価されているものです。『トラウマインフォームドな』組織的な環境は、『トラウマに特化した』サービスが発展するにつれて、それらを支援し、維持することができます。トラウマインフォームドなシステムは、トラウマが複数の脆弱性をもたらし、サバイバーの人生の多くの側面に生涯にわたって影響を与えることを認識

し、したがって、トラウマサバイバーに奉仕する他のケアシステムとトラウマ関連の活動とトレーニングを調整し、統合します。トラウマとトラウマの力学の基本的な理解は…すべてのスタッフによって保持され、トラウマサバイバーの脆弱性に対応し、再トラウマ化を避け、治療への消費者の参加を促進する方法でサービスシステムを設計するために使用されるべきです。トラウマインフォームドなサービスシステムは、対人関係的な性質のものと、自然災害や災害によって引き起こされるものの両方を含む、圧倒的な有害な経験の範囲によってトラウマ的に影響を受けた大人と子供を効果的に認識し、対応するための知識と能力を持っています。進捗を特定し、監視するための方法を備えた、トラウマインフォームドなサービスシステムおよび／またはトラウマインフォームドな組織と施設を開発するための書面による計画と手順があるべきです。この目的のためのトレーニングプログラムが実施されるべきです。」

出典：Jennings, 2009, pp. 111–112.

管理者にとっての独創的なリソース

あなたの組織内またはシステム全体でトラウマインフォームド・サービスをどのように最善に実施または改善するかを調査する際には、影響力のある著作『Using Trauma Theory to Design Service Systems: New Directions for Mental Health Services』をレビューしてください。（Harris & Fallot, 2001c）

戦略#1：組織的および管理的コミットメントを示す

まず、管理者は、トラウマが人々の人生に与える影響を理解する必要があります。TICの一貫した提供は、組織のコミットメントと同じくらいしか効果がありません。それは、スタッフメンバーとの管理的な実践、プログラムの方針と手順、プログラム設計、人員配置パターン、ピアサポートの使用、スタッフとピアのトレーニングとスーパービジョン、組織的な評価と消費者のフィードバック、そしてトラウマインフォームドの原則と実践を支持するためのリソースにまで及ばなければなりません。短期的な変化でさえ、機関の継続的なコミットメントなしには持続可能ではありません。

通常、望ましい組織的な変化は偶然には起こりません。それは、揺るぎないリーダーシップ、変化がスタッフと消費者にとって必要であり、有益であるという説得力のあるメッセージ、そして変化を支援するリソースから生まれます。多くの人々は自然に変化に抵抗します。したがって、組織のコミットメントには、スタッフメンバーと、彼らのサービス設定におけるトラウマの影響と役割について議論する意欲、計画と実施における忍耐、そして自然に伴う不確実性を許容する能力が含まれます。

管理者への助言：新しいプロセスやアイデアの導入に対するスタッフの反応を管理する

新しいプロセスやアイデアを導入した後の管理者にとっての一般的な障害は、それがより多くの仕事を必要とするだろうというスタッフの仮定です。最前線のスタッフメンバーは、しばしばクライアントとの対面時間を超える多くの責任で殺到しています。さらに、一般的な誤解は、トラウマに対処し始めると、それを抑制するのが難しくなるということです。

管理的な賛同に加えて、管理者は、トラウマインフォームド・サービスの実施を単に発表するのではなく、促進しなければなりません。促進には、トラウマインフォームド・サービスの根拠についてスタッフを教育すること、スタッフと消費者からの議論と意見の機会を提供すること、トラウマインフォームドのスキルに焦点を当てたトレーニングを提供することなどが含まれます。例えば、サンディエゴ・トラウマインフォームド・ガイドチーム（2012）は、TICがスタッフの仕事をどのように楽にするかに関する宣伝用のパンフレットを作成しました：

- 根本的な問題に焦点を当てる
- 予防的である
- 支援システムを増加させる
- 協働を促進する
- 仕事量を共有する
- クライアントをエンパワーする
- 機関／システムにおける一貫性を提供する
- エビデンスベースのベストプラクティスを使用する

TICは費用対効果が高く、より集中的でないサービスとサービスの使用の減少につながり、スタッフメンバーとクライアントへの過度のストレスを防ぎ、トラウマサバイバーを再トラウマ化させる可能性のある古い方針によって引き起こされるクライアントの危機を防ぐことができます。

戦略#2：戦略的計画におけるトラウマインフォームドの原則の使用

戦略的計画は、短期的および長期的な目標を探求し、開発する機会を提供します。計画プロセスは、しばしば組織の価値観、ミッション、ビジョンの再評価から始まります。しかし、機関は、内部（スタッフ、リソース、プロセス）および外部環境（紹介の星座、医療の変化、資金源、州および連邦の基準、コミュニティのニーズ、消費者の人口統計など）の要因と影響に関する特定の情報を得ることなく、トラウマインフォームドな戦略計画を適切に開発することはできません。スタッフ、消費者、組織、コミュニティのアセスメントを通じて収集されたデータは、予測される需要、課題、障害、強み、弱み、リソースを含む、計画の方向性を形作ります。この計画プロセスの結論として、組織は、利害関係者のニーズに応え、予期される課題に対処するための特定の目標、目的、タスクを持つことになります。理想的には、戦略的計画は、組織内でトラウマインフォームド・サービスを開発または洗練するための重要なステップを定義すべきです。

戦略#3：ビジョン、ミッション、価値観の声明の見直しと更新

ビジョン、ミッション、価値観の声明は、TICの開発と提供のための概念的な枠組みを提供します。それらは孤立して作成されるべきではありません。それらは、コミュニティ、集団、そして組織が奉仕する他の利害関係者からの声を反映すべきです。これらの声明は、意見、議論、評価を通じて発展します。それらは静的なものではありません。ニーズ、集団、または環境が変わるにつれて、それらは進化します。

声明の例

行動保健サービス提供者として、私たちはトラウマを認識するよう努めます—個人、家族、コミュニティの生活におけるトラウマの力学と影響を理解することです。私たちは、消費者のエンパワーメント、プログラム設計、直接的なケアを通じて、トラウマ、薬物乱用、精神疾患の間の関係の理解を示すことによって、トラウマに敏感な文化を創造するよう努めます。

管理者への助言：ビジョン、価値観、ミッションの声明を作成する方法

TICと互換性のある組織のビジョン、価値観、ミッションを定義する。TICを提供するために必要な組織文化を強調する。その文化的な変化の成果には、非強制的で、対立、拘束、隔離を減らす、従業員と消費者のための強化された職場環境が含まれる場合があります。たとえ現在のミッション声明が適切であっても、組織内の意図された変化を象徴するために、とにかくそれを変更する。ビジョン、価値観、ミッションを定義または再定義するために：

- 消費者、すべてのレベルのスタッフ、そしてディレクター／CEOを含むリーダーシップを関与させる。
- **レビューする：**
    - 対立する優先順位を特定し、管理するための組織的な優先順位。
    - 変化のために再配分が必要かどうかを評価するためのリソース（例：ピアサポート専門家を雇う、快適な部屋を設ける）。
- 個々の部署のレベルでビジョン、価値観、ミッションを運用化する。
- 定期的なスタッフ会議で進捗を評価し、ケアの文化を変えることが議題に留まることを確認する。

出典：New Logic Organizational Learning, 2011.

戦略#4：変革を促進するための主要なスタッフメンバーの任命

監督委員会の開発に先立って、変更を開始し、実施する権限を持つ上級スタッフメンバーが、開発プロセスを監督するために任命されるべきです。トラウマインフォームド・サービス

にコミットしているトラウマを認識する上級スタッフメンバーを任命することによって、組織と委員会の目標、目的、計画が焦点に留まる可能性が高くなります。この上級スタッフメンバーは、監督委員会の継続的な開発と促進、初期の組織的評価、再評価、および他の評価的およびフィードバックプロセスの管理、そしてTICの提供を確実にするための方針と手順を含む、実施計画とその後の変更の促進と監督を担当します。

戦略#5：トラウマインフォームドの監督委員会の創設

監督委員会の役割には、初期の組織的評価、戦略計画、計画の実施、トラウマインフォームドな方針と手順の再評価と開発、そして将来の再評価において、継続的な意見と指示を提供することが含まれます。委員会は進捗を監視し、リアルタイムのデータを使用して、TICを支援する新しいプロセスへの明確な道筋を築きます。委員会は、コミュニティ、消費者、専門家、スタッフメンバー、管理者からの利害関係者を関与させるべきです。リーダーシップの関与が必要です。利害関係者は、卒業生、家族、コミュニティベースの組織、そして機関と相互作用するか、またはトラウマインフォームド・サービスから利益を得るであろう他の機関であるかもしれません。

最初に、機関は、組織のミッション、価値観、ビジョン、そして手元のタスク—トラウマインフォームド・サービスの開発—について委員会を教育しなければなりません。組織の構造に関する潜在的な対立や混乱を和らげるために、委員会のガイドライン、期待、役割は、委員会メンバーだけでなく、取締役会メンバー、支援および専門スタッフ、スーパーバイザーなど、組織全体に直接伝えられる必要があります。委員会はまた、変更を評価し、実施する前、最中、そして後に、彼らの権限の範囲と必要なコミュニケーションの線を知る必要があります。

戦略#6：トラウマインフォームド・サービスの組織的自己評価の実施

組織的自己評価は、組織の各サービスとレベルにわたる現在のトラウマインフォームドな実践の存在および／または有効性を評価します。この評価は、組織がトラウマインフォームドの原則の文脈でどのように機能するかを見て、TICのための実施計画の開発または改訂を知らせるためのフィードバックを提供することを可能にします。本質的に、この評価プロセスは、変化のための青写真として、そして時間とともにトラウマインフォームドな実践を実施する上での遵守と進捗のベンチマークとして機能することができます。全体として、それは組織的な強

み、弱み、機会、そしてTICの実施と維持に関連する脅威を特定するプロセスです。組織と消費者のための組織的評価ツールのサンプルについては、付録Fを参照してください。

自己評価は、主要な利害関係者、特に消費者、家族、紹介元、コミュニティ組織、そして非臨床および臨床スタッフ、スーパーバイザー、管理職を含む、組織のすべてのレベルのスタッフからフィードバックを得るべきです。普遍的なスクリーニングプロセスと同様に、組織的自己評価は、データが収集され、分析された後に取られるステップと同じくらいしか効果がありません。この評価から、目標、目的、ステップ、時間枠、そして特定の目的を監督する責任者を強調する実施計画が確立されるべきです。アセスメントは一度きりのプロジェクトであってはなりません。タイムリーで定期的にスケジュールされた組織的アセスメントが、品質改善を支援するために続くべきです。組織的自己評価を実施するためのより詳細なステップの説明については、計画中の治療改善プロトコル（TIP）『文化的能力の向上』（SAMHSA, 計画中c）の第4章を参照してください。

管理者への助言：品質改善への10のステップ

1. 新しい目標または問題を特定する。
2. 消費者および他の主要な利害関係者を含む、組織の各レベルから意見を収集する。
3. フィードバックを分析する。
4. 改善の選択肢とそれぞれに関連する潜在的な障壁を探求する。
5. 全体的なアプローチと、障壁に対処するための特定の戦略を選択する（障壁を予期し、それらが起こる前に対処しようとする）。
6. 実施計画を立て、その後、品質改善プロセスに直接関与していないスタッフメンバーや他の主要な利害関係者に計画を提示する。
7. 計画を実施する。
8. 新しい計画を再評価する。
9. 結果を評価し、新しい目標または追加の問題や課題に対処する必要があるかどうかを判断する。
10. 最初の9つのステップを繰り返す。

戦略#7：実施計画の作成

実施計画は、奉仕される集団の消費者の参加、人口統計学的プロファイル、組織的な自己評価からのデータ、そして有望なおよびエビデンスベースのトラウマインフォームドな実践に関する研究から進化すべきです。このTIPで提案されているフレームワークを使用して、監督委員会は、目的、目標、目的、時間枠、そして各目的を担当する人材を概説する計画を設計する責任があります（資料2.1-1）。

管理者への助言：実施計画の内容

1. はじめにと概要：これには、組織の歴史、クライアント層を特徴づける人口統計、実施計画の根拠、そしてTICの導入が含まれます。強み、弱み、機会、脅威の特定に焦点を当てる。目標と目的の概要を提供する。
2. **特定の目標と目的：**目標と目的は以下に対処すべきです：
    - TICを支援するために、臨床および非臨床のスタッフメンバーを募集、雇用、維持、トレーニング、監督、そしてウェルネスを促進するための人材開発戦略。
    - 消費者の参加とピアサポートの開発および実施戦略。
    - TICと文化的に応答性の高いサービスを支援し、安全を促進し、再トラウマ化を防ぐための方針、手順、実践。
    - TICを支援するための特定のエビデンスベースまたはベストプラクティスの採用。
    - 安全を強化するために、施設設計または環境（設備）の運営を修正するための戦略。
    - 組織で開始されたステップの持続可能性を確保するための財政計画。
3. **実施のためのガイドライン：**ガイドラインは、TICの目的を達成するために、各活動の特定のステップ、役割、責任、時間枠を強調すべきです。

資料2.1-1：TIC計画ガイドライン

以下の出版物は、TICを実施するための組織的なガイドラインのサンプルを提供しています。

- Fallot, R. D. & Harris, M. (2009). *Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol*. Washington, DC: Community Connections, 2009.
- Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., & Bassuk, E. (2009). *Trauma-informed organizational toolkit*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; the Daniels Fund; the National Child Traumatic Stress Network; and the W. K. Kellogg Foundation.
- Huckshorn, K. (2009). Transforming cultures of care toward recovery oriented services: Guidelines toward creating a trauma informed system of care. In *Trauma informed care (TIC) planning guidelines for use in developing an organizational action plan*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors.
- Jennings, A. (2009). *Criteria for building a trauma-informed mental health service system*. 2013年5月21日にhttp://www.theannainstitute.org/CBTIMHSS.pdfから取得。
- Ohio Legal Rights Service (2007). *Trauma-informed treatment in behavioral health settings*. Columbus, OH: Ohio Legal Rights Service.
- Prescott, L., Soares, P., Konnath, K., & Bassuk, E. (2008). *A long journey home: A guide for creating trauma-informed services for mothers and children experiencing homelessness [draft]*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; the Daniels Fund; the National Child Traumatic Stress Network; and the W.K. Kellogg Foundation.

以下のリソースは、TICを実施するためのシステム全体のガイドラインセットです。

- U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (2006). *Model trauma system: Planning and evaluation*. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration.

戦略#8：トラウマインフォームドな実践を確保し、再トラウマ化を防ぐための方針と手順の作成

現在のサービスを評価し、TICを計画する初期段階において、委員会は、消費者から管理者まで、組織のどのレベルのどの個人にとっても、再トラウマ化させる可能性があった、またはある可能性のある実践、手順、方針を評価する必要があります。トラウマインフォームドでないプログラムは、スタッフへのトラウマの影響に気づいていないのと同じくらい、消費者への影響に気づいていない可能性があります。初期のレビューでは、隔離と拘束の実践、辱めとなる治療活動、協働なしの治療計画、プライバシーなしの医療的な問い合わせなど、潜在的に有害な実践を排除するために、慎重な精査が使用されるべきです。

方針と手順は、各機関の構成要素です。それらはサービスプロセスを導き、もし従われれば、機関が一貫した対応とケアを提供する機会を提供します。方針と手順は、入院、設備／環境基準、スクリーニングとアセスメントのプロセス、紹介（他のサービス、入院、またはさらなる評価を含む）、治療計画、機密性、退院など、すべてのドメインと基準にわたってトラウマインフォームドな実践を組み込む必要があります。それらはまた、新しい科学を取り入れ、消費者の変化するニーズに応えるために、定期的に更新される必要もあります。管理および臨床的な方針と手順を、絶えず変化するニーズと証拠への対応として定期的にレビューし、適応させることによって、機関は、一貫性がありながらも柔軟なトラウマインフォームド・サービスを提供するための良いガイドラインをスタッフメンバーに提供することができます。

プログラムカリキュラム：隔離・拘束のない精神保健サービスへのロードマップ

このカリキュラムは、消費者の視点から書かれており、行動保健スタッフに、隔離と拘束の使用を予防し、最終的に排除するための教育、戦略、実践的なツールを提供します。それには、参加者と消費者のための多くの配布資料が含まれています。このトレーニングパッケージは、オンラインで入手可能です（http://store.samhsa.gov/product/Roadmap-to-Seclusion-and-Restraint-Free-Mental-Healt

h-Services-CD-/SMA06-4055）。それは、7つのモジュールとリソースセクションに分かれています：

- モジュール1：隔離と拘束の個人的な経験
- モジュール2：トラウマの影響の理解
- モジュール3：文化的な変化の創造
- モジュール4：消費者の視点からのレジリエンスと回復の理解
- モジュール5：隔離と拘束を防ぐための戦略
- モジュール6：消費者とスタッフの関与を通じた変化の持続
- モジュール7：レビューと行動計画
- リソースセクション

出典：Center for Mental Health Services (CMHS), SAMHSA, 2005.

戦略#9：災害計画の作成

施設はしばしば災害計画を作成することが求められますが、特定の要件は州によって異なります。最初から、行動保健サービスにおける災害計画を作成することは不可欠です。行動保健サービスの多くのクライアントはトラウマと共に生きてきましたので、新たなトラウマの影響を減らすための積極的なステップは、症状の悪化を防ぎ、より広範な影響のリスクを減らすかもしれません。（Technical Assistance Publication 34『行動保健治療プログラムのための災害計画ハンドブック』[SAMHSA, 2013]も参照してください。）

ほとんどの災害事象は正確に予測できません。それでも、行動保健組織は、災害事象がプログラムの機能とクライアントの生活に与える影響を減らすためのステップを踏むことができます。各サービスまたはプログラムは、プログラムに影響を与える災害に対応するための方針と手順を開発、維持、適応させるために定期的に会合する災害対応委員会を開発すべきです。委員会の計画努力には以下が含まれるかもしれません：

1. 災害事象におけるプログラム管理とサービスの調整を担当するプログラムスタッフメンバーの災害対応チームを作成する。
2. 災害事象中および直後のプログラム機能の状況をスタッフとクライアントに知らせ、スタッフの割り当てを調整するためのコミュニケーションプロセスを確立する。

3. クライアントと彼らの家族に、利用可能なサービス、その場所、クライアントの重要なニーズを満たすためのサービスへのアクセスに関する連絡先情報を知らせるプロセスを概説する。
4. 災害事象中のサービス提供とイベント後のサービス実施の計画を立てる。
5. 災害事象中および直後にサービスを必要とする高リスクまたは特別なニーズを持つクライアントのための特別な計画を作成する。この例としては、ホームレス、デトックスサービスまたはメサドンプログラムにいる、処方された向精神薬を服用している、または自殺のリスクがあるクライアントが挙げられます。
6. 災害事象中および直後のクライアントの記録、プログラムの記録、施設のセキュリティを維持するための計画を立てる。
7. 高リスクまたは特別なニーズを持つクライアントが、できるだけ早く必要なサービスを受けられるように、他のコミュニティリソースやサービスと事前に調整する。
8. 災害事象後にサービスがどのように再開されるかを優先順位付けする。
9. トラウマ反応と症状のリスクが高いクライアントに、イベント後に特別なサービスを提供する。
10. 災害対応、サービス、結果をレビューするための災害後のデブリーフィングプロセスを確立する。

ハリケーンのような一部の特定の災害事象は、時には災害事象の前に計画と準備の機会を提供するかもしれません。この準備期間は通常、数日ですが、プログラムが進歩の準備をし、コミュニケーションの線を確立し、リソースを備蓄し、クライアントの避難に備え、クライアントとプログラムの記録を保護するための事前行動を取ることを可能にします。

戦略#10：普遍的な定期的スクリーニングの導入

トラウマインフォームド・サービスの重要な要素は、個人のサービスへのアクセス経路（例：プライマリケア、入院、外来）に関わらず、すべてのサービスにわたる普遍的な定期的スクリーニングの導入です。精神および物質使用障害のサービスを求める個人の間でトラウマの有病率を考慮すると、スクリーニングの実施は最も重要です。スクリーニングなしでは、クライアントはトラウマサバイバーとして特定されません。その後、彼らは回復の機会と、彼らのニーズにより適合する可能性が高い治療サービスを逃し、同時に、未検討の組織方針、手順、実践によって再トラウマ化されるより高いリスクを負います。普遍的なスクリーニングの根拠、プロセス、測定ツールに関する詳細情報については、パート1、第4章を参照してください。

戦略#11：文化的に応答性の高い原則の適用

提供者は、エビデンスベースおよびベストプラクティス、そしてトラウマインフォームド治療を組み込む際に、文化的に有能でなければなりません。組織内のモデル。クライアントの行動保健の見方は、人種、民族性、文化によって異なります（計画中の治療改善プロトコル[TIP]『文化的能力の向上』[SAMHSA, 計画中c]を参照）。同様に、文化はトラウマに異なる意味を付け、トラウマへの反応は文化間でかなり異なります（詳細情報については、パート3、オンライン文献レビューを参照）。例えば、集団主義的な社会または文化から来たトラウマサバイバーは、個人の目標よりもグループの目標が優先される場合、彼らの家族または家族のトラウマサバイバーの経験への反応の幸福により焦点を当てるかもしれません。しばしば、この見方は、多くの行動保健サービスの個人主義的な視点と対立します。その後、文化的に有能でない治療提供者は、集団的な価値観を、トラウマ的ストレスに対処する上での抵抗または回避の兆候として解釈するかもしれません。CMHS（2003）は、すべての形態のトラウマに適用可能な、災害作業における文化的能力の原則を概説しています：

1. **文化の重要性を認識し、多様性を尊重する。**文化と多様性を重んじる人々は、自分自身の文化、態度、価値観、信念を理解し、他者の文化を理解するために働きます。これには、他の文化の人々と効果的にコミュニケーションできること、他人の個人的な空間に関する感情を尊重すること、他者の社会組織について知ること、時間がどのように見られるかを理解すること、そして他者の行動が彼らの行動に与える影響について認識していることが含まれます。
2. **コミュニティの文化的構成の現在のプロファイルを維持する。**これには、コミュニティの人口を、人種と民族性、年齢、性別、宗教、難民と移民の状況、住居の状況、収入レベル、農村／都市のバランス、失業率、話される言語、識字率、学校、ビジネスの観点から説明することが含まれます。
3. **コミュニティまたはサービスエリアを代表する労働者を募集する。**利用可能な労働者がコミュニティと一致しない場合、彼らは文化的能力を開発するための個人的な属性、知識、スキルを持つべきです。
4. **スタッフに継続的な文化的能力のトレーニングを提供する。**トピックには、文化的価値と伝統、家族の価値観、言語学と識字率、移民の経験と状況、助けを求める行動、異文化間のアウトリーチのための技術と戦略、そしてステレオタイプとラベルの回避が含まれるべきです（DeWolfe & Nordboe, 2000b）。

5. **サービスがアクセス可能で、適切で、公平であることを確認する。**災害作業またはTICを計画する際に、コミュニティの協会や組織は計り知れない価値があります。彼らの受け入れを得るには、時間とエネルギーが必要です。
6. **助けを求める行動、伝統、そして自然な支援ネットワークの役割を認識する。**文化には、必要時に誰に、またはどのグループに求めるかを決定する伝統、苦しみと喪失にどのように対処するか、そして治癒がどのように行われるかが含まれます。これらの習慣と伝統は、文化的に応答性の高い災害救援プログラムによって尊重されます。
7. **コミュニティのリーダーと、多様な文化的なグループを代表する組織を「文化的なブローカー」として関与させる。**コミュニティのリーダーと協働することは、コミュニティについて学び、プログラムの信頼性を確立し、サービスが文化的に応答性があることを確認するための効果的な手段です。
8. **サービスと情報が、文化的にそして言語的に応答性があることを確認する。**英語を話さない、すべての言語で非識字であるか、または限られた識字率を持つ、そして聴覚障害のある個人とのコミュニケーションは、サービス提供に不可欠です。地元のラジオ局、テレビ局、そして多文化の新聞は、災害後の教育情報のための優れた媒体です。生存者の友人や親族を通訳として使用することは推奨されません。なぜなら、サバイバーは家族や友人と個人的な事柄を議論することに不快を感じるかもしれないからです。子供に通訳を頼むことは、彼らにあまりにも重い責任を負わせ、親と子供の役割を逆転させます。
9. **プログラムの文化的な応答性のレベルを評価し、評価する。**自己評価とプロセス評価は、プログラムを軌道に乗せるのに役立ちます。データを収集し、利害関係者に調査結果を伝えるために、様々な戦略を使用できます。

戦略#12：科学に基づいた知識の使用

文化的に応答性の高いサービスとともに、トラウマインフォームドな組織は、プログラム開発と、サービス、方針、手順、実践の実施を導くために、科学に基づいた知識を使用しなければなりません。これには、EBPsの採用が含まれます（定義、治療、EBPsのリソースをレビューするには、パート1、第6章、およびパート3、セクション1を参照）。TICの研究はかなり新しいです。これらの限られた研究と情報を慎重に解釈してください。EBPsのベンチマークであり続けるChamblessとHollon（1998）の基準は、管理者にとって貴重なリソースです。治療研究から誰が含まれ、誰が除外されたかを注意深く見てください。しばしば、コミュニティの設定で見られる、重度で、慢性的で、不安定なケースの種類は、治療研究から除外されます。エビデン

スベースの介入は、精神疾患、物質使用障害、併存する心理的トラウマを持つ人々のための適切な治療モデルを選択する際の主要な考慮事項であるべきです。

EBPsに関する詳細情報

EBPsに関する詳細情報については、国立エビデンスベース・プログラム・実践登録簿（NREPP）のウェブサイト（http://nrepp.samhsa.gov）をご覧ください。トラウマおよびトラウマに特化した治療に関するより具体的な研究指向の情報については、このTIPのパート3、オンラインで入手可能、の文献レビューを参照してください。

戦略#13：ピアサポート環境の創造

ピアサポートサービスの主な目的は、精神疾患または薬物乱用の既往歴を持つクライアントに、消費者のメンタリング、支援、ケアの調整を提供することです。目標は、他の人々が個人的および環境的な障壁に対処し、ウェルネスを達成するのを助けることです。ピアサポートは、擁護、危機および回復活動中の支援、モデリング、教育、そして利用可能なリソースへのアクセスにおける支援を含む、多くの活動を通じてこれを達成します。ピアサポートプログラムは、スタッフメンバー、消費者、そしてコミュニティに、回復が支援、協働、エンパワーメントを通じて可能であるという強力なメッセージを送ります。これらのプログラムは、組織が奉仕する集団を反映し、回復サービスの計画、実施、監視、提供に消費者を関与させる必要があるという、トラウマインフォームドな前提を強化します。

ピアサポートに関する紹介

ピアサポートサービスに関する紹介については、『What Are Peer Recovery Support Services?』（Center for Substance Abuse Treatment, 2009e）を参照してください。

注目すべきことに、ピアサポートサービスは、回復の各段階でクライアントのニーズに応えるために、かなり柔軟である可能性があります。具体的には、ピアサポートサービスは、アウトリーチサービスから始まり、長期的な回復サービスにまで及ぶ、ケアの連続体全体に組み込

むことができます。ピアサポート専門家は、消費者の変化への動機付けを高め、サービスを開始し、および／または回復活動に従事するのを助けることができます。彼らは、クライアントが治療に入り、サービスから何を期待するかを説明することによって、強力な連絡役を果たすことができます。彼らは、あるサービスから次へと、ある様式から別の様式へ（例：入院グループから外来グループへ）、そして正式な治療を超えて、治療への移行を容易にすることができます。さらに、ピアサポートサービスは、病理よりも相互性に焦点を当てた雰囲気を創造します。彼らは、レジリエンスの生きたモデルを提供し、回復が可能であり、達成可能であるという希望を促進します。

管理者は、他の組織がどのようにピアサポートプログラムを実施したか、現在のカリキュラム、認定とトレーニングプロセス、能力と倫理、そして該当する場合、ピアサポートサービスの州の基準または推奨事項を熟知しているべきです。SAMHSAとCMHSによって一部支援された、2009年のカーターセンターのサミット『The Pillars of Peer Support Services』は、強力で、活力のあるピアワーカーフォースを開発するために必要な多くの要素を強調しました（Daniels et al., 2010）。これらの要素には以下が含まれます：

- 明確な職務とサービスの説明。
- 職務関連の能力と能力ベースのテストプロセス。
- ピアサポート認定。
- 継続的な継続教育。
- ピアスペシャリストのためのメディアと技術へのアクセス。
- 持続可能な資金調達。
- 研究と評価の構成要素。
- 倫理規定と行動規範。
- スーパーバイザーのための能力ベースのトレーニング。
- 多層的な支援とプログラム支援チーム。

管理者への助言：ピアサポートスタッフのタスクのサンプル

- ピアが不満の領域と、信念、思考、行動を変えることの利点を特定するのを助けるために、積極的な傾聴スキルを使用する。
- ピアが回復への障壁を特定し、ピアが決定した目標を達成するための計画を立てるのを助けるために、問題解決スキルを使用する。

- 回復支援グループを促進する。
- クライアントをコミュニティリソースとつなげる。
- 治療チームと協力して、クライアントを擁護し、回復の障壁を取り除く。
- 消費者パネルに参加して、消費者の視点とピアサポートについてスタッフを教育する。
- 病院全体の委員会とワークグループに参加する。

出典：New Logic Organizational Learning, 2011.

ピア回復支援サービス

「ピア回復支援サービスはエビデンスベースであり、肯定的な健康結果を促進し、医療費をコントロールすることが示されています。これらのサービスは、精神疾患、薬物使用および／または慢性的な健康状態からの生活経験と回復を持つ、訓練を受けた個人によって提供されます。ピア回復支援サービスには、最小限、慢性疾患の自己管理、全体的な健康とウェルネスの促進と関与、再発予防、ライフスキルコーチング、そして保険と医療システムのナビゲーションが含まれます。」（Daniels et al., 2012, p. 22）

戦略#14：継続的なフィードバックと評価の取得

定期的に組織のパフォーマンスに関するフィードバックと評価を取得します。消費者に、いつでもフィードバックを提供する明確な手段を与え、トラウマインフォームド・サービスを提供するための組織の進捗を評価する評価を標準的な実践にします。フィードバックとさらなる評価なしでは、組織はトラウマインフォームドな目的を満たしているかどうかを評価できません。TIC実施のための定期的な監視プロセスは、組織に、新たな障害や脅威と戦い、何が機能するかを理解するために必要な追加の情報を提供します。定期的な監視は、組織に、目的を達成し、人口の変化するニーズに対応するための異なる戦略を策定する能力を与えます。継続的な評価と消費者のフィードバックは、サービスの質を改善する上で不可欠です。

戦略#15：安全性を高めるための環境の変更

感情的および身体的な安全を生み出す実践は必要です。安全を創造する別の側面は、安全性を高め、予防可能な再トラウマ化を回避するために、物理的な施設と環境を再評価することです。もしあなたが女性のレイプサバイバーで、夜間カウンセラーが午前2時に部屋のチェックを行っていたら、または男性の警備員が女性の居住棟を歩いていたら、どれほどトラウマ的であるか考えてみてください。もしあなたが、身体的な暴行と強盗の既往歴がある場合、インテーク面接中に小さなオフィスのドアに背を向けて座っていたら、どのような感じでしょうか？ほとんどの人にとって、それは少なくとも不安を増大させます。他の人にとっては、それは再トラウマ化させるでしょう。トラウマインフォームドの提供者は、環境の安全性を慎重に評価しなければなりません。あなたは、トラウマサバイバーの安全を侵食する可能性のあるいくつかの施設の問題を特定する可能性が高いですが、安全な環境は、プログラムでの経験について消費者から定期的なフィードバックが得られた場合にのみ確立されます。

サンクチュアリの創造

サンクチュアリモデルは、子供、思春期の若者、大人との入院、居住、治療コミュニティ、外来の設定で使用されてきた、トラウマベースの治療アプローチです。それは、社会福祉提供システムを変更するためのテンプレートを提供し、それらがトラウマサバイバーの複雑なニーズにより良く対応できるようにします。サンクチュアリは、4つの知識領域によって知らされています：「トラウマの心理生物学、非暴力的な環境の積極的な創造、社会学習の原則、そして複雑な適応システムがどのように成長し、変化し、その進路を変えるかの理解」（Bloom et al., 2003, p. 174）。

サンクチュアリモデルは、SAGEと呼ばれる治癒への段階ベースのアプローチを説明しています：安全、感情調整、悲しみ、解放です。このモデルは非線形です。個人は必ずしも一つの段階から次へと直線的に進むわけではありませんが、一つの領域での進歩は他の領域での進歩に影響を与えます（Bloom, 1997; Bloom et al., 2003）。SAGEは、サンクチュアリモデルの認知行動的な翻訳です（Bills, 2003）。治療の初期には、焦点は通常、安全と感情管理にあります。安全は4つのドメインを網羅しています：身体

的、心理的、社会的、道徳的（Bloom, 1997; 詳細とカリキュラムについてはhttp://www.sanctuaryweb.comを参照）。

戦略#16：トラウマインフォームドな協働の発展

TICは、消費者、スタッフメンバー、主要な利害関係者、そして他の機関との協働に関するものです。協働的な関係は、消費者がニーズが生じたときに最も適切なサービスにアクセスする機会を提供します。危機またはサービスの緊急の必要性を待って利用可能なリソースを調査するのではなく、これらのニーズが生じる前に、機関内および他のコミュニティリソースとの関係を確立する方が、はるかに効率的で思いやりがあります。どの機関もすべてのクライアントのニーズを満たすことはできません。紹介契約および／またはTICの提供を統合する協働的な取り決め（住居、法律、医療などの支援サービスを含む）は重要です。

第2章 トラウマインフォームドな人材の構築

この章の内容

- はじめに
- 人材の募集、雇用、維持
- TICにおけるトレーニング
- トラウマインフォームドのカウンセラーの能力
- カウンセラーの責任と倫理
- 臨床的なスーパービジョンとコンサルテーション
- 二次トラウマ化
- カウンセラーのセルフケア

はじめに

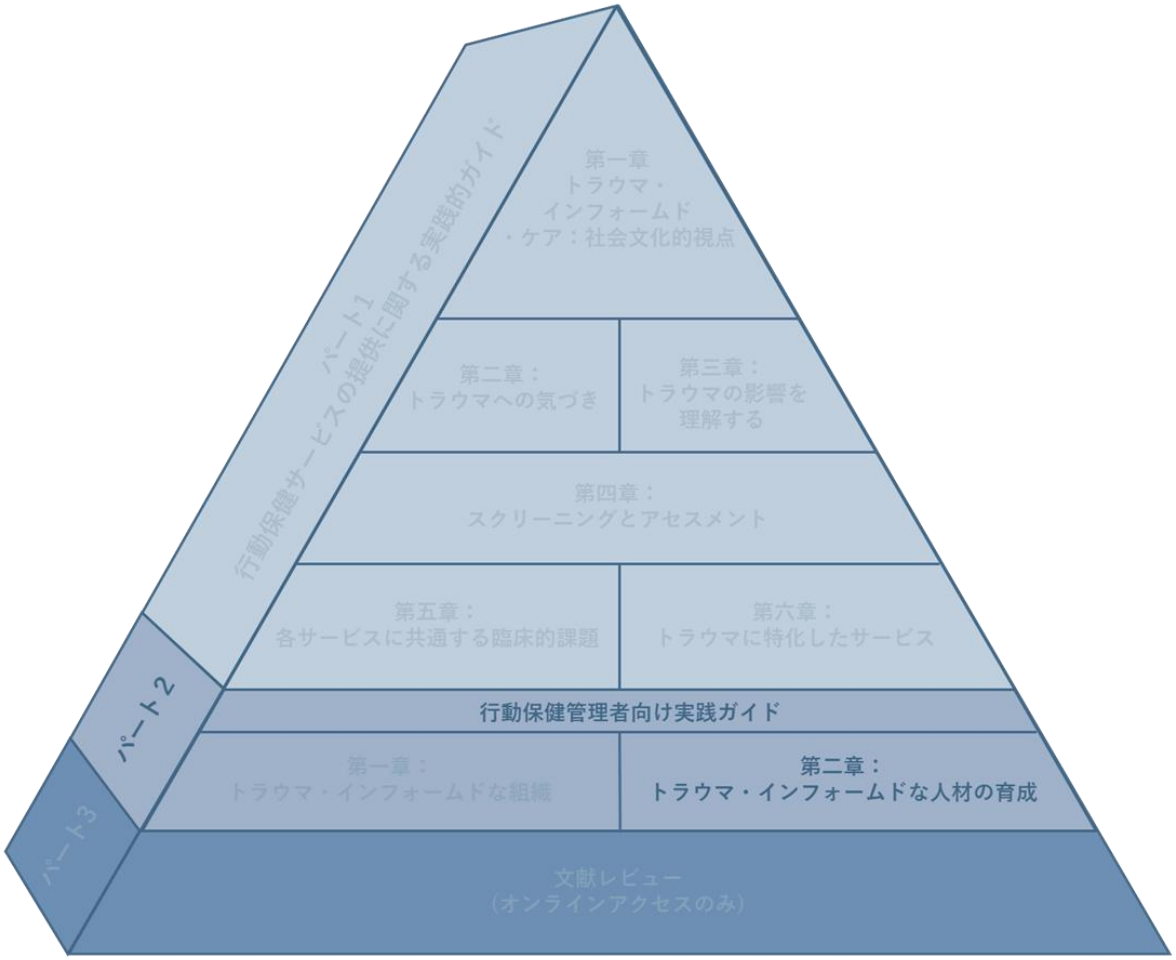
組織がトラウマインフォームド・ケア（TIC）モデルを完全に受け入れるためには、トラウマインフォームドな組織のミッションを採用し、それを支援するためのリソースをコミットしなければなりません。これには、TICの価値と原則、そして組織のミッション声明と整合性のある、機関全体の人材開発戦略の実施が含まれます。完全に訓練されたスタッフなしでは、組織はTICモデルを実施することはできません。しかし、単に行動保健専門家をTICで訓練するだけでは不十分です。カウンセラーは、管理者と臨床スーパーバイザーからの継続的な支援なしには、トラウマインフォームドな哲学とサービスを採用し、実施するために必要な焦点の種類を維持することはできません。

健康、幸福、安全、そしてスタッフへの尊敬のためのケアの組織的な環境は、カウンセラーがクライアントに可能な限り最善のトラウマインフォームドな行動保健サービスを提供する能力を高めます。このケアの文化は、組織のトップからボトムまで浸透しなければなりません。行動保健プログラムの管理者は、彼らの人材を強化することを目指すべきです。そうすることは、「精神および物質使用障害を持つ人々の健康と幸福だけでなく、人材の健康と幸福も支援する環境を創造することを要求します」（Hoge, 2007, p. 58）。ケア、安全、尊敬の組織的な文化は、トラウマインフォームドなカウンセラーの開発を促進する活動を要求します。この章は、以下のような主要な人材開発活動に焦点を当てています：

- トラウマインフォームドなスタッフの募集、雇用、維持。

- TICに関連する原則、そしてエビデンスベースおよび新たなベストプラクティスに関する行動保健サービス提供者のトレーニング。
- TICに特有の一連のカウンセラーの能力の開発と促進。

TICフレームワークとトラウマインフォームドな人材の構築



- TICを促進することに特に関連する、カウンセラーの責任を明確にし、倫理的な考慮事項に対処すること。
- トラウマインフォームドな臨床スーパービジョンの提供。
- 組織内での行動保健専門家の二次トラウマ化の予防と治療。

これらの各領域に対処することは、トラウマインフォームドな人材と、それを支援する組織文化を構築するために不可欠です。

人材の募集、雇用、維持

『行動保健人材開発のための行動計画』（Hoge et al., 2007）は、行動保健システムにおける人材の募集、雇用、維持に対する組織全体の支援と積極的な関与の重要性を強調しています。この報告書の重要な発見の一つは、多くの行動保健の場における職場環境自体が、人材にとって有害であり、個別化された、敬意のある、協働的な、そしてクライアント中心のケアの提供を妨げる可能性があることです。カウンセラーの生産性を高めるための組織への下方圧力などの要因は、ケースロードを増加させ、行動保健スタッフの賃金を減少させ、低い士気と労働者の不満に寄与する高ストレス環境を生み出す可能性があります。行動保健の場で有資格のカウンセラーの低い維持率にしばしば寄与する他の要因には、専門的なキャリアのはしごの欠如、脆弱な雇用保障、臨床スーパービジョンの欠如、そして彼らが働いている組織に影響を与える能力の欠如が含まれます。

この混合に加わるのは、トラウマ関連の精神および物質使用障害の併存状態を持つ人々と働くことの強度と、カウンセラーの二次トラウマ化のリスクです。トラウマインフォームドな人材を創造し、維持する上で、組織は、トラウマインフォームドなケアシステムの治療哲学と並行する職場環境を育む必要があります。そうすることで、カウンセラーは、安全を重んじ、すべてのレベルでの決定の作成における協働を支持し、カウンセラーの幸福を促進する職場環境を信頼することができます。

トラウマインフォームドなケアシステムにおける募集と雇用

2007年の技術報告書（Jennings, 2007b）で、国立トラウマインフォームド・ケアセンターは、トラウマインフォームドなスタッフの募集と雇用に関する組織のいくつかの優先順位を特定しました。それには以下が含まれます：

- 大学、専門職団体、専門的なトレーニングと会議のサイト、ピアサポートグループ、消費者擁護グループなどの設定で、トラウマインフォームドまたはトラウマに特化したサービスを提供することにおいて、トラウマインフォームドであるか、または正式な教育を受けている、見込みのある従業員への積極的な募集とアウトリーチ。
- トラウマインフォームドおよび／またはトラウマに特化したサービスの教育的背景とトレーニング、および／またはトラウマと回復の生活経験を持つカウンセラーとピアサポートスタッフメンバーを雇用すること。
- 見込みのある従業員のトラウマ関連の教育、トレーニング、職務責任を考慮に入れた、募集と雇用中のスタッフメンバーへのインセンティブ、ボーナス、昇進の提供。

トラウマチャンピオンとは誰か？

「チャンピオンは、暴力と犠牲が精神保健または依存症サービスを求める人々の生活に与える影響を理解し、『トラウマを第一に』考える最前線の労働者です。人の行動を理解しようとするとき、チャンピオンは、『これは虐待と暴力に関連しているか？』と尋ねます。チャンピオンはまた、彼または彼女自身の行動がトラウマサバイバーのニーズに対して有害または無神経であるかどうかについても考えます。チャンピオンは、特定された仕事をするためにそこにいます—彼はケースマネージャーか、カウンセラーか、または居住専門家ですが—彼のまたは彼女の仕事に加えて、チャンピオンはトラウマの問題にスポットライトを当てるためにそこにいます。」

出典：Harris & Fallot, 2001a, p. 8.

正式な専門教育とトレーニングを持つ行動保健専門家を雇用することに加えて、組織はまた、「奉仕される集団の人口統計および他の特性を定期的に調査し、同様の構成の労働力を募集する」べきです（Hoge et al., 2007, p. 297）。本質的に、これは、トラウマ、レジリエンス、回復の生活経験から知識と専門知識が来る、潜在的な従業員を募集する意図を持って、消費者擁護グループ、回復指向のプログラム、コミュニティおよび信仰に基づく組織、そして元クライアント／消費者へのアウトリーチに積極的に従事することを意味します。支援スタッフメンバー、トレーニング中のピアサポートワーカー、カウンセラー、そして見習いは、この集団から募集され、授業料の払い戻し、トレーニングの奨学金、そして奉仕される人口統計の中からトラウマインフォームドな人材を開発する目標を持って、専門的なメンタリングなどのインセンティブを提供されることができます。Jennings（2007b）は、これらのスタッフメンバーを「トラウマチャンピオン」と呼び、彼らはトラウマインフォームドな組織で、組織のミッションと一致するトラウマインフォームドな方針、スタッフ開発、トラウマベースのサービスを促進するために必要な専門知識を提供することができます（p. 135）。

物質使用障害からの回復中である行動保健専門家を雇用する場合と同様に、組織は、回復中のトラウマサバイバーの募集と雇用の実践において、透明で明確であるべきです。組織は、募集プロセスの一部として組織のミッション声明を宣伝し、トラウマからの回復中である応募者に応募するよう招待することによって、透明であることができます。薬物使用とトラウマ関連

の状態の両方からの回復中であり、トラウマインフォームドなケアシステムで働く行動保健スタッフメンバーのニーズは、組織の継続的なトレーニング、臨床スーパービジョン、そしてスタッフ開発の方針と実践で対処されるべきです。

人材の維持

スタッフの離職は、行動保健の場で蔓延しています。それは組織にとって費用がかかり、その結果、クライアントにとっても費用がかかります。カウンセラーとの強力な治療関係は、個人の圧倒的なトラウマの影響から回復する能力における最大の要因の一つです。行動保健専門家が組織を時期尚早に、または危機の中で去るとき、慢性的な高ストレスまたは二次トラウマ化の結果として、クライアントはカウンセラーとの関係の崩壊に対処しなければなりません。慢性的な高ストレスに寄与し、しばしば高いスタッフ離職率につながる組織的な要因のいくつかには、トラウマを経験したクライアントの高いケースロードを維持するようにカウンセラーに期待すること、カウンセラーにトラウマインフォームドな臨床スーパービジョンとトレーニングを提供しないこと、そしてカウンセラーの幸福を支援する適切な休暇、健康保険、その他の合理的な福利厚生を提供しないことが含まれます。スタッフの維持により深刻な影響を与える可能性のある他の要因には、二次トラウマ化の現実を認めないこと、カウンセラーのストレス反応を、正常な反応ではなく、個人の病理または欠陥の結果と見なす見方を促進すること、そしてカウンセラーのための個人的な心理療法を支援しないことが含まれます（Saakvitne, Pearlman, & Traumatic Stress Institute/Center for Adult & Adolescent Psychotherapy, 1996）。

行動保健の場におけるカウンセラーの維持を促進することに関する研究は、行動保健スタッフメンバーが、他の多くの分野の従業員と同じ種類の職場環境と福利厚生に関心があることを示しています。それらには、「医療給付付きの生活賃金、成長と昇進の機会、職務における明確さ、ある程度の自律性と決定への意見、管理可能な仕事量、圧倒的な管理負担のない管理的な支援、割り当てられた責任に対する基本的なオリエンテーションとトレーニング、きちんとした安全な物理的な職場環境、有能でまとまりのある同僚のチーム、スーパーバイザーの支援、そして卓越したパフォーマンスに対する報酬」が含まれます（Hoge et al., 2007, p. 18）。

管理者への助言：離職を防ぎ、人材の維持を増やす

資格があり、満足し、非常に献身的なトラウマインフォームドなカウンセラーのスタッフ離職を防ぎ、維持を増やすために、以下を検討してください：

- トラウマインフォームドまたはトラウマに特化したサービスを提供することにおける教育、トレーニング、責任のレベルを考慮に入れた、競争力のある賃金、福利厚生、パフォーマンスインセンティブを提供する。
- 職場での嫌がらせ、ストーキング、および／または暴力を防ぎ、組織のすべてのレベルでスタッフ間の敬意のある相互作用を促進するために、物理的な設備と方針と手順の両方を含む、安全な職場環境を創造する。
- 二次トラウマを行動保健の場で働くことの受け入れられた一部として正常化し、問題を体系的—カウンセラー側の個人の病理または欠陥の結果ではない—と見なす組織的な方針を確立する。
- トラウマ関連の懸念を持つクライアントと持たないクライアントを混ぜた、合理的で、管理可能なケースロードを導入する。
- スタッフが、彼らの仕事の経験に直接影響を与える臨床的および管理的な方針に意見を提供するのを許す。
- 休暇、健康保険（心理療法／個人的なカウンセリングの補償を含む）、そしてスタッフの幸福を促進する他の福利厚生を提供する。
- すべての臨床スタッフメンバーに、定期的で、一貫した臨床スーパービジョンを実施する。
- 組織が提供するトラウマインフォームド・サービスの継続的なトレーニングを提供する。

組織の管理者が、競争力のある給与と福利厚生、安全な職場環境、合理的で管理可能な仕事量、臨床的および管理的な方針の作成への意見、そしてパフォーマンスインセンティブを提供することによって、そのスタッフを評価するとき、それは行動保健従事者が組織のミッションに結びついていると感じ、その持続可能性と成長に献身するのを助けます。この種の職場環境は、カウンセラーへの尊敬のレベル（トラウマインフォームドな組織がクライアントに示す尊敬のレベルに似ている）と、彼らの職務責任の複雑さと、トラウマを経験した人々と働くときに直面するストレスへの感謝の両方を示します。トラウマインフォームドな設定で働く行動保健専門家を維持するために、賃金とパフォーマンスインセンティブは、教育、トレーニング、仕事の経験だけでなく、トラウマを経験したクライアントと働くことにおける責任のレベルにも結びつけられるべきです。

TICにおけるトレーニング

すべてのスタッフメンバーのためのトレーニングは、トラウマインフォームドな組織を創造する上で不可欠です。トレーニングは、単に新しいカウンセラーや、トラウマと働く経験が以前にない人々のスキルレベルを高めることに焦点を当てるべきだと思われるかもしれませんが、実際には、トレーニングは、完全に持続可能なトラウマインフォームド・サービスを開発するために、組織全体でより体系的であるべきです。管理スタッフメンバーを含むすべての従業員は、トラウマの蔓延とその組織のクライアントへの影響に関するオリエンテーションと基本的な教育を受けるべきです。安全と害の軽減を確実にするために、トレーニングは、再トラウマ化の力学と、実践が元の性的および身体的な虐待経験をどのように模倣し、トラウマ反応を引き起こし、人にさらなる害を及ぼす可能性があるかをカバーすべきです。すべての従業員のためのトレーニングはまた、「文化、人種、民族性、性別、年齢、性的指向、障害、そして社会経済的地位が個人のトラウマの経験に与える影響」についても彼らを教育しなければなりません（Jennings, 2007a, p. 5）。

臨床および直接サービスのすべてのスタッフメンバーは、経験のレベルに関わらず、薬物使用およびトラウマ関連の障害のスクリーニングとアセスメント、トラウマ、物質使用障害、精神障害との間の関係、トラウマインフォームドなレンズを通して困難なクライアントの行動を理解する方法、臨床の場でクライアントを再トラウマ化させることを避ける方法、トラウマを受けたクライアントとの臨床作業に特有の個人的および専門的な境界線の開発、自分自身の二次トラウマ化の兆候を特定する方法、そして職場での二次トラウマ化の影響を防ぐおよび／または改善するための包括的な個人的および専門的なセルフケア計画を開発する方法について、より詳細なトレーニングを受けるべきです。トラウマを受けたクライアントと働くすべての臨床スタッフメンバーは、トラウマの治療のためのエビデンスベースおよび有望な実践に関する追加のトレーニングを受けるべきです（トレーニングを見つけるための情報については、付録Bを参照）。これには、分野の専門家による機関内で行われるトレーニングや、高度なトラウマ研修に参加することによって受けられるトレーニングが含まれるかもしれません。管理者は、臨床スタッフメンバーにこの専門的開発活動のための時間と財政的リソースを提供すべきです。Jennings（2007a）は、可能であれば、「トレーニングは、精神保健と薬物乱用、医療、教育、刑事司法、社会福祉システムと機関のスタッフを含む、多システムであり、システム統合と調整を促進する」べきだと示唆しています（p. 5）。

さらに、刑事司法の現場、学校、軍や退役軍人向けのプログラム、その他行動保健サービスが提供される場所では、それぞれの環境が持つ特殊な状況や文化に配慮したアプローチが有益である可能性がある。例えば、トラウマインフォームド（トラウマへの理解に基づいた）な矯正ケアについて探求する中で、MillerとNajavits（2012, p. 1）は次のように述べている。

刑務所は、トラウマインフォームド・ケアにとって困難な環境である。刑務所は被害者ではなく、加害者を収容するために設計されている。受刑者は足かせをはめられて到着し、過密な収容棟に詰め込まれる。照明は一晩中つけられ、スピーカーは警告なしに鳴り響き、プライバシーは著しく制限される。警備スタッフは秩序の維持に集中しており、各受刑者が潜在的に暴力的であると想定しなければならない。矯正環境は、身体検査や裸体検査、権威者による頻繁な懲罰、移動の制限といった、避けられない誘因（トリガー）に満ちている…。これはトラウマ関連の行動や症状を増加させる可能性が高く、それらは刑務所職員が対処するには困難な場合がある…。しかし、もしトラウマインフォームドの原則が導入されれば、全ての職員が、誘因を最小限に抑え、受刑者を安定させ、重大な事案を減らし、状況を沈静化させ、そして過去の虐待の側面を再現しかねない身体拘束、隔離、その他の措置を避ける上で、大きな役割を果たすことができる。

事例：ラリー

ラリーは28歳の臨床ソーシャルワーカーで、ソーシャルワークの修士プログラムを終えたばかりで、物質使用障害を持つ人々のためのトラウマインフォームドな外来プログラムで働いています。彼はアルコール使用障害から回復しており、以前は回復支援カウンセラーとして居住リハビリテーションプログラムで働いていました。そこでの彼の主な責任は、居住者をアルコホーリクス・アノニマス（AA）の会議に連れて行き、彼らの参加を監視し、彼らの薬物使用の問題と12ステップ会議への出席のプログラムの要件への不遵守について彼らと対決することでした。

ラリーの新しいカウンセラーとしての立場で、彼はグループ内のクライアントに、AA会議への出席に関する彼女の不快感について対決します。クライアントは、ほとんどが男性であるグループに受け入れられるために、アルコールに対して無力であることを認めなければならないという考えに不快感を感じると報告します。彼女は子供の頃に継父に性的虐待を受け、11歳のときに大量に飲酒し、マリファナを吸い始めました。クライアントは、ラリーの介入に怒って反応します。

スーパービジョンで、ラリーは、AAへのクライアントの抵抗と、彼がグループで彼女に提供したフィードバックに関する懸念について議論します。臨床スー

パーバイザーは、ラリーのトラウマインフォームドなプログラムにおけるカウンセラーとしての新しい役割にスーパービジョンを集中させることを超えて、ラリーが12ステップ促進（TSF）モデルに関するインタラクティブで、マルチセッションの、コンピューター支援トレーニングを受けることを推奨します。TSFモデルは、クライアントに12ステップ回復支援グループを紹介し、関与するのを助けます。機関には、オフィスで利用可能なコンピューターベースのトレーニングがあり、ラリーはアプローチの実施に取り組むために、彼のスーパーバイザーとのフォローアップコーチングセッションを使用することに同意します。スーパーバイザーは、ラリーが自分自身の回復経験と、彼が以前のカウンセリングの役割で頼っていた戦略に頼っていることを認識します。彼は、トラウマの既往歴を持つクライアントの回復支援グループへの参加を促進するための、非攻撃的で、焦点を絞った、構造化された方法を提供する、エビデンスベースの実践におけるさらなるトレーニングとコーチングから利益を得るでしょう。

トレーニングの必要性

クライアントが精神、薬物使用、トラウマ関連の障害を持つ行動保健サービス提供者は、最良の知識、スキル、能力を持つ必要があります。薬物乱用カウンセラーは、特に、トラウマインフォームド・サービスを（彼らの専門的な免許と実践の範囲の限界内で）併存する薬物使用、トラウマ関連、または精神障害を持つクライアントに拡張できるように、追加のトレーニングとスキル開発を必要とします。伝統的な薬物乱用治療における多くの臨床実践の問題は、トラウマインフォームドな実践と矛盾しており、さらなるトレーニングで対処される必要があります。同様に、精神保健臨床医は、しばしばその分野での背景や経験を持たないため、薬物乱用治療のトレーニングを必要とします。さらに、いくつかの調査は、臨床医が一貫して、トラウマと薬物乱用の組み合わせを、どちらか一方だけよりも治療が困難であると認識していることを示しています（Najavits, Norman, Kivlahan, & Kosten, 2010）。したがって、TICの一部としてクロストレーニングを強調することが重要です。資料2.2-1はこれらの問題に対処し、追加のトレーニングのための提案を提供します。

資料2.2-1：トラウマインフォームド治療の場におけるカウンセラートレーニングに関連する臨床実践の問題

- クライアントの否認と薬物使用問題の最小化を乗り越えるために一般的に使用される一部の薬物乱用カウンセリング戦略は、トラウマサバイバーと働く際には不適切かもしれません（例：非常に対立的なモデルは、感情的虐待のトラウマサバイバーを思い出させる可能性があります）。**トレーニング：依存症治療の「変化の段階」モデル**は、カウンセラーが否認の伝統的な対立から、変化の前熟考段階の正常な部分としてクライアントの両価性を概念化することにシフトするのを助けることができます。この方法は、カウンセラーがクライアントの各変化の段階にいる場所の評価にカウンセリング戦略を合わせるのを助ける、敬意のある認知行動的なアプローチであり、最終的な目標はクライアントが健康リスク行動に変更を加えるのを助けることです（Connors, Donovan, & DiClemente, 2001）。

- 12ステップの「無力」の概念（ステップ1）は、無力感への感情的な反応がトラウマの主要な部分であるトラウマサバイバー（特に、児童虐待や親密なパートナーからの暴力などの反復的なトラウマの被害者）にとって、役に立たないように見えるかもしれません。トラウマインフォームド・カウンセリング方法の治療目的がクライアントをエンパワーすることであるべきときに、トラウマに関するこの無力の概念にこだわることは、混乱を招き、逆効果になる可能性があります。回復中の人々にとって、無力はパラドックスであり、カウンセラーとクライアントの両方によってしばしば誤解されますが、無力の承認はしばしばエンパワーメントの感覚を生み出します。ほとんどのクライアントは、カウンセラーからの支援と敬意のある指導があれば、無力（12ステッププログラムで使用されるように）は、自分自身のために立ち上がったり、ニーズを表現したりする能力の欠如ではなく、虐待に直面して無力であることを意味するものではないことを理解するようになります。この理解があれば、クライアントは物質使用障害からの回復のためのリソースとして、12ステップグループへの参加によりオープンになるかもしれません。クライアントがこの概念に苦しみ続け、12ステップ回復の努力への参加を辞退する場合、彼らは、乱用の物質に対する無力の概念がそれほど重要な問題ではない、他の形態の相互支援プログラムまたは回復支援グループへの紹介から利益を得るかもしれません。

トレーニング：TSFモデルは、カウンセラーが12ステップ回復グループへのクライアントの関与を促進するための、より支援的で理解のあるアプローチを開発するのを助けることができます（これがクライアントが生み出した回復目標である場合）。「標準的なカウンセリングモデルに基づいているにもかかわらず、TSFはいくつかの点でそれらとは異なります。これらの違いには、TSFのセラピストの支援への強い重点、攻撃的な『否認の対立』とセラピストの自己開示の非奨励、そして非常に焦点を絞った構造化された形式が含まれます」（Sholomskas & Carroll, 2006, p. 939）。

もう一つの善意であるが、しばしば誤解されている、正式または広範なトレーニングを受けていないカウンセラーによるアプローチは、明確な治療的根拠またはクライアントの準備の理解なしにトラウマの記憶を「掘り下げる」ことです。そうすることで、カウンセラーは意図せずクライアントを再トラウマ化させたり、他の有害な効果を生み出したりする可能性があります。早期の介入では、特定のトラウマの記憶を暴いたり、探求したりすることなく、クライアントの痛みと苦しみを単に認め、妥当性を認めるだけで十分です。トラウマインフォームドな臨床実践において十分に訓練されていないカウンセラーは、クライアントがトラウマ治療を求めたり、トラウマ的な出来事の余波に対処したりするのを助けるよりも、最終的に役に立たないかもしれない議題（例：クライアントが虐待者を許すこと、加害者に対して訴訟を起こすこと、またはクライアントがそのようなステップに準備ができていないときでさえ、トラウマ治療に従事すること）を押し進めるかもしれません。これらの努力は、物質使用障害からの早期回復中のクライアントにとって特に不適切です。治療における最初の目標は安定化です。

トレーニング：薬物乱用と心的外傷後ストレス症（PTSD）を治療する**Seeking Safetyモデル**は、カウンセラーがTICにおける安定化と安全の主要な目標に焦点を当てるのを助けることができます。このモデルは、安全を目標目標として強調し、誠実さと思いやりのような人道的なテーマ、そしてそうでなければ関与するのが難しいかもしれないクライアン

トにとって、認知行動療法をアクセス可能で興味深いものにすることです（Najavits, 2002a）。

- 治療はクライアント中心であるべきです。それは、トラウマ関連の問題に関するカウンセリングを拒否するクライアントの権利を認めるべきです。トラウマ関連の懸念を探求することの利点と欠点を議論し、その後、オープンな議論の後に、クライアントに自分の道を選択する権利を許すことが重要です。この議論は、治療開始時のインフォームド・コンセントのプロセスの一部であるべきです。クライアントはまた、自分の心を変える権利も持っています。

トレーニング：動機付け面接は、クライアント中心で、非病理化するカウンセリング方法であり、薬物使用、摂食障害、自傷、PTSDに関連する回避的および攻撃的な行動、自殺性、投薬遵守など、健康リスク行動を変更することへの両価性を解決し、コミットするのをクライアントに助けることができます（Arkowitz, Miller, Westra, & Rollnick, 2008; Kress & Hoffman, 2008）。MIのトレーニングは、カウンセラーがクライアントの変革のアジェンダに焦点を合わせ続け、治療の選択肢の長所と短所を議論し、個人的な選択と自律性を強調するのを助けることができます。

資料2.2-2：トラウマに曝露された集団のための精神保健介入におけるトレーニングのガイドライン

2002年の1年間の協働の後、国際トラウマティックストレス学会の国際トラウマトレーニングに関するタスクフォースは、トレーニングに関するコンセンサスベースの一連の推奨事項を発表しました。推奨されるトレーニングの核心的なカリキュラム要素には以下が含まれます：

- 傾聴の能力。
- 適切な評価を促進するための心理社会的および精神的な問題の認識。
- クライアント集団における確立された介入への精通。

- 助けを求める期待、治療期間、介入への態度、介入の費用対効果、そして家族の態度と関与を含む、地域の文脈の完全な理解。
- 個人、家族、コミュニティレベルでの問題解決戦略。
- 医学的に説明できない身体的な痛みに対する治療アプローチ。
- 既存の地域リソースと変革エージェント（例：聖職者、伝統的なヒーラー、非公式なリーダー）との協働。
- セルフケアの構成要素。

出典：Weine et al., 2002.

継続教育

単一セッションの教訓的および／またはスキル構築ワークショップの有効性に関する研究は、トレーニングイベント後すぐに、カウンセラーの知識とスキルの即時的な向上が急速に減少することを示しています（Martino, Canning-Ball, Carroll, & Rounsaville, 2011）。その結果、組織は、カウンセラーをこの種のトレーニングに送るために乏しい財源を費やしているかもしれませんが、カウンセラーのスキルと、トラウマインフォームドおよびトラウマに特化したカウンセラーの能力の開発における長期的な変化に関して、十分な見返りを得ていないかもしれません。Hoge et al.（2007）は、カウンセラーのスキル、態度、実践アプローチを改善するのに効果的であることが証明されている、行動保健専門家のためのトレーニング戦略の実施を提案しています。これらの戦略には、「インタラクティブなアプローチ、連続した、長期的な学習経験、学術的な詳細として知られるアウトリーチ訪問、学習者へのフィードバックを伴う実践の監査、リマインダー、実践に影響を与えるためのオピニオンリーダーの使用、そして回復中の人々に治療の選択肢に関する情報を提供するなどの患者介在的な介入、それが今度は彼らの提供者の実践パターンに影響を与える」が含まれます（p. 124）。

トラウマインフォームドのカウンセラーの能力

Hoge et al.（2007）は、トラウマインフォームドなケアシステムで効果的であるために必要なスキルと一致する、行動保健の実践における多くのカウンセラーの能力を特定しました。それらには、人中心の計画、文化的に有能なケア、治療同盟の発展、決定に対する共有された責任、協働的に開発された回復計画、エビデンスベースの実践、回復およびレジリエンス指向の

ケア、学際的およびチームベースの実践、そして消費者／クライアントの擁護が含まれます。さらに、トラウマ関連の障害を持つクライアントへの効果的なサービスの提供に不可欠なカウンセラーの能力には以下が含まれます：

- 気分および不安障害など、トラウマ歴とトラウマ関連障害のスクリーニングとアセスメント。
- トラウマインフォームドとトラウマに特化したサービスの違いの認識。
- 薬物使用と精神障害とトラウマとの間の双方向の関係の理解。
- 人中心のカウンセリングへの関与。
- トラウマと関連する症状を軽減し、クライアントの生活の質を向上させる、トラウマインフォームドおよびトラウマに特化したエビデンスベースの介入を提供する能力。
- 行動保健従事者に対する二次トラウマ化のインパクトを防ぐまたは軽減する、カウンセラーのセルフケア実践への認識とコミットメント。

資料2.2-3は、トラウマインフォームドな行動保健の場で働くカウンセラーのための能力のチェックリストを提供します。管理者と臨床スーパーバイザーは、このチェックリストを使用して、行動保健専門家のトラウマの認識とカウンセリングスキルの理解を評価し、追加のトレーニングと臨床スーパービジョンの必要性を判断することができます。

カウンセラーの責任と倫理

すべてのクライアントを倫理的な方法で治療することは、すべての医療提供者の期待です。トラウマ関連の障害を持つクライアントと働く際には、他者への信頼が深刻に揺らいでいる可能性があるため、それは特に重要です。定期的にトラウマを受けた個人と働くカウンセラーは、この仕事の性質のために、クライアントに対して特別な責任を負います。トラウマインフォームドな組織の管理者と臨床スーパーバイザーは、カウンセラーの仕事を明確に定義する方針を策定し、組織におけるカウンセラーの役割とそのクライアントへの責任について教育を提供すべきです。

カウンセラーの責任に関する一般原則

以下は、トラウマの既往歴を持つクライアントに行動保健サービスを提供するカウンセラーの責任を統治する、いくつかの一般原則です：

- カウンセラーは、トラウマ的な経験とトラウマ関連の症状について、クライアントを定期的にスクリーニングする責任があります（Ouimette & Brown, 2003; 治療改善プロトコル[TIP] 42『併存障害を持つ人々のための薬物乱用治療』、Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2005cも参照）。
- カウンセラーは、薬物使用とトラウマ関連の障害を持つクライアントに、それが彼らの専門的な免許と実践の範囲内であれば、継続的な精神保健サービスを提供するべきです。
- カウンセラーは、治療がカウンセラーの専門的な免許と実践の範囲外である場合、物質使用障害と併存するトラウマ関連の障害を持つクライアントを、両方の障害に対処する治療に紹介する責任があります（Ouimette & Brown, 2003）。
- カウンセラーは、適切であれば、物質使用障害と併存するトラウマ関連の障害を持つクライアントを、相互支援グループへの同時参加に紹介すべきです（Ouimette & Brown, 2003）。
- カウンセラーは、すべてのクライアントとの相互作用において機密性の原則を実践し、特権的なコミュニケーションの権利を放棄しないというクライアントの願いを尊重する責任があります。
- カウンセラーは、クライアントに機密性の限界と、クライアントが情報の開示に署名するか、または保険給付を提供者に割り当てることに同意した場合に、保護された健康情報に何が起こるかについて、クライアントの特権とともに教育する責任があります。
- カウンセラーは、トラウマ関連の障害の治療は常に任意であることをクライアントに知らせなければなりません。
- カウンセラーは、自分自身の二次トラウマと逆転移反応を認識し、クライアントに最善の治療を妨げないように、これらの反応に対応するための適切な助けを求める責任があります。

TIC組織は、ケアにおけるクライアントに対して責任を負います。それには以下が含まれます：

- 特にクライアントのトラウマ歴に関連して、クライアントの機密性を保護すること。組織は、精神および物質使用障害の治療を受けているクライアントの機密性を保護する州および連邦の法律に従うべきです。
- 精神保健および薬物乱用サービスの消費者としての彼らの権利（機密性の権利を含む）に関する、読みやすい声明をクライアントに提供すること（資料2.2-4）。

- TICに重点を置いて、すべてのカウンセラーと直接サービスの従事者に質の高い臨床スーパービジョンを提供すること。組織は、最低限、行動保健従事者への臨床スーパービジョンの提供に関する州の免許要件に従うべきです。
- プログラムの設定におけるクライアントとカウンセラーの行動に関する適切なガイドラインと境界線を確立し、維持すること。
- クライアントの自己決定権と、尊厳をもって扱われる必要性を尊重する、トラウマインフォームドな治療環境を創造し、維持すること。
- カウンセラーのセルフケアを強化し、支援する職場環境を維持すること。

すべての行動保健専門家は、クライアントを保護するケアの専門的な基準に従う責任があります。機密性の侵害、不適切な行動、そして他の信頼の違反は、すでにトラウマの既往歴を持つクライアントにさらなる害を及ぼす可能性があります。多くの治療施設には、カウンセラーと参加者の両方の権利と責任を説明するクライアントの権利章典（または同様の文書）があります。それはしばしば、クライアントが治療に入るときのオリエンテーションとインフォームド・コンセントのプロセスの一部です。しかし、単に一枚の紙を読んで承認するだけでは、協働的な治療パートナーシップで起こる必要がある対話の代わりにはなりません。管理者は、カウンセラーの責任とクライアントの権利を説明する、読みやすい情報をクライアントに提供する責任があります。臨床スーパーバイザーは、カウンセラーが、包括的なインフォームド・コンセントのプロセスの一部として、それらの権利と責任についてクライアントと敬意のある対話に従事するのを助ける責任があります。

資料2.2-4は、クライアントの権利章典からの抜粋であり、読みやすく、理解しやすい平易な言葉で、クライアントの機密性の権利を概説しています。

資料2.2-3：トラウマインフォームドのカウンセラーの能力チェックリスト

トラウマの認識

___ トラウマインフォームドとトラウマに特化したサービスの違いを理解している。

___ 身体的、感情的、性的虐待、家庭内暴力、戦闘退役軍人と戦争サバイバーの両方の戦争経験、自然災害、コミュニティの暴力など、様々な種類の虐待とトラウマの違いを理解している。

___ 様々な種類のトラウマが、人間の発達と心理的および薬物使用の問題の発達に与える異なる影響を理解している。

___ 安全で非審判的な人々との強い感情的なつながりや個人のレジリエンスなどの保護要因が、トラウマが人間の発達と心理的および薬物使用の問題の発達の両方に与える悪影響をどのように防ぎ、改善することができるかを理解している。

___ クライアントの身体的および感情的な安全を確保することの重要性を理解している。

___ トラウマ症状または急性ストレス反応を活性化させる可能性のある、薬物使用の対立または他の見たところ不健康なクライアントの行動などの行動に従事しないことの重要性を理解している。

___ トラウマが、生涯を通じて、そして異なる精神保健の問題、認知的および身体的な障害、薬物使用の問題を抱える多様な人々にどのように影響するかについての知識を示している。

___ 様々な文化がトラウマに付ける意味と、彼らが行動保健治療に関して持つ態度に関して、多様な文化へのトラウマの影響に関する知識を示している。

___ クライアントがストレス反応を行動的（例：回避、攻撃性、受動性）および心理的／感情的（例：過覚醒、回避、侵入的な記憶）の両方で表現する様々な方法に関する知識を示している。

カウンセリングスキル

___ クライアント主導の選択を促進し、治療関係において相互にエンパワーメントする（階層的とは対照的な）権力構造内で働く意欲を示している。

___ 治療関係における役割と境界線の明確さを維持している。

___ 彼のまたは彼女の免許と実践の範囲の範囲内で、特定のスクリーニングツールに関する知識と実践を含む、トラウマ歴のスクリーニングとアセスメントにおける能力を示している。

___ 彼のまたは彼女の免許と実践の範囲の範囲内で、特定のスクリーニングツールに関する知識と実践を含む、物質使用障害のスクリーニングとアセスメントにおける能力を示している。

___ クライアントのストレングス、対処リソース、レジリエンスを特定する能力を示している。

___ 個人的な選択と、クライアントの目標と以前に機能したことの知識への焦点を強調して、協働的な治療と回復計画を促進する。

___ クライアントのストレス反応を管理する方法を尊重し、同時に、クライアントの価値観と好ましいアイデンティティと存在のあり方と一致する、異なる対処スキルを習得するためのリスクを取ることを支援し、促進する。

___ 解離体験を管理するグラウンディング技術、不安軽減と苦痛耐性の両方に焦点を当てた認知行動的なツール、そして過覚醒を減らすストレス管理とリラクゼーションツールを含むが、これらに限定されない、一般的なトラウマインフォームドのカウンセリング戦略に関する知識とスキルを示している。

___ STS反応の兆候を特定し、クライアントとの臨床作業に対するこれらの反応の影響を軽減する、適切なセルフケア活動に従事するための措置を講じている。

___ クライアントのニーズが彼のまたは彼女の実践の範囲を超えているとき、および／またはクライアントのトラウマの資料が、臨床スーパービジョンで解決できない持続的な二次トラウマまたは逆転移反応を活性化させるときを認識し、他の行動保健専門家に適切な紹介を行う。

出典：Abrahams et al., 2010.

資料2.2-4：クライアントの権利章典からの機密性に関するクライアントの権利のサンプル声明

トライカウンティ精神保健サービスは、メイン州にあるトラウマインフォームドな精神保健および薬物乱用治療機関です。以下は、クライアントの機密性の権利と、その特権を保護するスタッフの責任に関する声明です。この声明は、機関とオンラインでサービス受給者が容易にアクセスできる、消費者の権利を概説するパンフレットで提供されています。

機密性

あなたの知識と許可なしに、あなたに関する情報を誰にも提供しません。これには、あなたの記録からの書面による情報と、あなたの提供者からの口頭の情報が含まれます。さらに、あなたの知識と許可なしに、あなたに関する情報を要求しません。情報開示フォームにより、どの情報を誰と共有できるかを述べることができます。あなたはこの有効期間を、最長1年まで決定します。

トライカウンティの方針は、知る直接的な必要性のない機関の従業員が、あなたに関する情報にアクセスするのを防ぎます。違反の罰則には、即時解雇が含まれる場合があります。

この機密性のルールの例外には、クライアントが自分自身または他者に即時の危害のリスクがあるとき、または裁判所によって命じられたときが含まれます。私たちは、これらの場合にあなたに通知するためにあらゆる努力をします。

出典：Tri-County Mental Health Services, 2008, pp. 6-7.

トラウマを受けたクライアントを治療する際の倫理

すべての行動保健専門家は、彼らの専門職の州の免許委員会および／または認定機関によって確立された倫理ガイドラインに従わなければなりません。薬物乱用カウンセリング、精神医学、ソーシャルワーク、心理学、専門カウンセリング、その他の行動保健専門職の州の免許委員会は、これらの専門職における倫理的な実践のための規制基準を提供します。これらの委員会はまた、専門的な介護者の行動に関する苦情に対応するための特定の手順も持っています。さらに、全国的な専門職団体は、倫理的な実践のための基準を持っています。これらの組織のメンバーは、これらの基準の範囲と範囲内で実践することが期待されています。これらの基準の一部は非常に明確ですが、他のものはより一般的です。ほとんどは、専門的な倫理を、厳格な一連の規則としてではなく、むしろ倫理的な決定を下すプロセスとしてアプローチします。

臨床スーパーバイザーは、カウンセラーに、自分自身の組織の方針と手順に関する彼らの倫理的な責任、専門職団体の倫理規定と州の免許委員会の読みと理解を監視すること、そして臨床スーパービジョン、チームミーティング、カウンセラートレーニングの定期的な一部として、倫理と倫理的に決定を下す方法のカウンセラーの理解を促進することについて知らせる責任があります。管理者は、州および連邦の法律と専門的な倫理規定に沿って、臨床方針を定期的にレビューし、改訂する、カウンセラー、スーパーバイザー、管理者で構成される組織全体の倫理タスクグループを作成することによって、高い倫理基準を支援することができます。管理者はまた、クライアントとの潜在的な倫理的なジレンマに関して追加の相談が必要なカウンセラーのための支援メカニズムとして機能することもできます。グリーンクロス・トラウマ学アカデミーは、トラウマを経験したクライアントの治療のための倫理ガイドラインを提供しています。これらのガイドラインは、資料2.2-5で適応されています。

資料2.2-5：トラウマを受けたクライアントの治療のためのグリーンクロス・トラウマ学アカデミーの倫理ガイドライン

クライアントの尊厳への敬意

- 判断なしに、社会に存在する個人的、社会的、精神的、文化的な多様性を認識し、尊重する。主要な倫理的なコミットメントとして、奉仕される人々の尊厳を尊重した介入を提供するためにあらゆる努力をする。

責任あるケア

- 介入が害をなさないことを確認するために最大限の注意を払う。
- ケアの必要性が終わるか、またはケアの責任が別の資格のあるサービス提供者によって受け入れられるまで、奉仕される人々のケアへのコミットメントを持つ。
- 同僚の仕事を支援し、彼らの助けの要求に迅速に対応する。
- トラウマサバイバーへのサービスが、提供者にストレスの代償を払わせる可能性があることを認識する。そのようなストレス効果の兆候について、自分自身と同僚を警戒し、他者への奉仕への献身が、障害のある機能を防ぐための十分なセルフケアの義務を課すことを受け入れる。
- トラウマ対応の適切な分野での継続教育に従事する。分野で最新であり続け、介入が現在のケアの基準を満たしていることを確認する。

関係における誠実さ

- あなたのトレーニング、能力、資格を明確かつ正確に表現する。あなたの実践を、あなたが適切に訓練され、資格を持っている方法と問題に限定する。適切な専門知識を持つ同僚にすぐに紹介するか、または相談する。クライアントからのそのような紹介または相談の要求を支援する。
- 機密性へのコミットメントを維持し、すべてのクライアントの機密性とプライバシーの権利が維持されることを確認する。
- あなたがすでにあるいは感情的なつながりや無関係な責任の関係を持っている人々に専門的なサービスを提供しない。唯一の例外は、他に資格のある人がいない緊急事態の場合です。
- 現在または以前のクライアントとの他の関係、特に性的関係や通常説明責任を伴う関係に入ることを控える。

- 機関内では、機密性が組織の方針と一致していることを確認する。個々人に機密性の法的な限界を明確に知らせる。

社会への責任

- 個人のレベルだけでなく、コミュニティとコミュニティ組織のレベルでも、あなたの資格、トレーニング、能力と一致する方法で、トラウマ的な出来事によって生じるニーズに対応することにコミットする。
- 専門職が、社会的に価値のあるリソースとして機能することへの期待を持って、社会的な憲章によって存在することを認識する。政府機関と消費者グループに、あなたの専門知識、サービス、基準について教育するよう努める。これらの機関とグループによる、社会的な利益と消費者の保護を確保するための努力を支援する。
- 倫理的な違反または機能の障害を示す可能性のある同僚の活動に気づいた場合、まず、同僚への懸念の直接的な表現と助けの申し出を通じて問題を解決しようと努める。この方法で満足のいく解決が得られない場合、問題を専門職団体の役員と、専門的な不正行為に対する管轄権を持つ政府に持ち込む。

クライアントの普遍的な権利 すべてのクライアントは以下の権利を持っています：

- トラウマの時点またはその後のいずれかで、対処するために使用したどの行動についても判断されないこと。
- 常に敬意、尊厳、そして彼らの幸福への懸念をもって扱われること。
- 治療を受けないことが、自分自身または他者に危害のリスクをもたらさない限り、治療を拒否すること。
- 彼ら自身の治療計画の協力者と見なされること。
- どんな治療を受ける前にも、彼らのインフォームド・コンセントを提供すること。
- 人種、文化、性別、宗教、性的指向、社会経済的地位、障害、または年齢に基づいて差別されないこと。
- 治療契約、カウンセラーの役割、プログラムのルールと期待に関連する問題に関して、特に約束が守られること。

クライアントを治療に紹介するための手順 インフォームド・コンセントを得て、クライアントに、専門的なサービスを受けている間に何を期待できるかに関する情報を提供する。すべての新しいクライアントに提供される一般情報に加えて、トラウマの既往歴を持つ治療を提示するクライアントは、以下の情報も受け取るべきです：

- トラウマ治療の、クライアントとクライアントの他者との関係に対する、可能性のある短期的および長期的な影響。
- 特定のトラウマ治療で通常経験される苦痛の量。
- 特定のトラウマ治療の可能性のある否定的な影響。
- トラウマの作業をするときの一時的な後退と再発の可能性、そしてこれらが正常で、期待される治癒の一部であるという事実。

コンセンサスを通じてカウンセリングの目標に到達する 特定の時間枠で特定の目標を明確にする明確に定義された契約、または進捗と目標の定期的な評価を伴う、よりオープンエンドなプロセスを可能にする契約の設計において、クライアントと協働する。

治癒プロセスについてクライアントに知らせる

- クライアントに治癒プロセスの性質を明確に説明し、クライアントが理解していることを確認する。
- クライアントに、治療と治療関係のあらゆる側面について質問するように奨励する。クライアントに、彼らが理解できる方法で答えを提供する。
- 議論された資料が圧倒的または耐え難いものになった場合、あなたに知らせるようにクライアントに奨励する。
- 自殺または他殺の念慮がある、自傷のリスクがある、または現実との接触を失っている感覚がある場合、あなたまたは緊急サービスに連絡する必要性をクライアントに知らせる。
- クライアントに、利用可能な危機または緊急サービスに関する書面による連絡先情報を提供する。

- クライアントに、成長と回復を構成するもの、そして一部のトラウマ症状が完全に治療可能ではないかもしれないという事実について知らせる。
- クライアントがカウンセリングおよび／または回復プロセスについて持つかもしれない非現実的な期待に対処する。

機能のレベル

- クライアントに、トラウマ的な資料と働いているとき、彼らの能力の最高レベル—または彼らの通常のレベルでさえ—で機能できないかもしれないと知らせる。
- 侵入的な記憶、解離反応、再体験、回避行動、過度の警戒心、または異常な感情的な反応性などのトラウマ関連の症状を経験するようにクライアントを準備する。

出典：Green Cross Academy of Traumatology, 2007. 許可を得て改変。

治療関係における境界線

適切な治療の境界線を維持することは、行動保健専門家にとって主要な倫理的な懸念です。薬物使用、トラウマ関連、および他の精神障害を持つクライアントと働くカウンセラーは、安全な治療のコンテナを作成する境界線を維持するのが難しいと感じることがあります。特に長年の障害を持つ一部のクライアントは、クライアントとカウンセラーの関係の歴史をカウンセリングにもたらします。トラウマを受けたクライアントは、カウンセラーとクライアントの両方の役割と責任を理解するのに助けが必要かもしれません。トラウマ関連の状態を持つクライアントはまた、カウンセリングの設定で適切な境界線を確立する際に、特別なニーズを持つかもしれません。彼らは特に脆弱である可能性があり、二重の関係に従事しないことを含む、専門的な境界線の必要性を理解または評価しないかもしれません。例えば、一部のクライアントは、緊急の電話のためにカウンセラーが自分の個人的な電話番号を教えないというカウンセラーの境界線を、拒絶または放棄として経験するかもしれません。文化的な考慮事項も治療の境界線に影響を与えます。

管理者は、臨床スーパーバイザーと協働して、様々な問題（例：贈り物の授受、カウンセラーの自己開示、クライアントと同じ12ステップの会議に出席するときのカウンセラーの役割と責任）に関するカウンセラーとクライアントの境界線に関する方針を作成する責任がありま

す。方針は、彼らの組織に特有であり、州および連邦の法律と行動保健専門職の倫理規定に準拠しているべきです。臨床スーパーバイザーは、カウンセラーにインフォームド・コンセントのプロセスと、クライアントが治療に入るときに境界線について議論する効果的な方法を訓練する責任があります。

グリーンクロス・トラウマ学アカデミーから適応された、治療関係における境界線の確立と維持に関するガイドラインは、資料2.2-6に示されています。

トラウマの既往歴を持つクライアントは、一貫性のない、またはクライアントによって境界線の違反として経験されるカウンセラーの行動に特に脆弱である可能性があります。そのような行動の例には以下が含まれます：予約に遅れること、カウンセリングセッションを早く終えること、セッション時間を繰り返し、過度に延長すること、予約を複数回キャンセルまたは「忘れる」こと、セッション中に自分自身のニーズと人生経験について話すことに時間を費やすこと、治療関係外での接触の機会を探求すること（AAまたは他の12ステップ回復グループの会議で会うための取り決めを含む）、そしてあるクライアントに他のクライアントとは異なるルールを適用することです。

トラウマの既往歴を持つクライアントの治療で生じる可能性のある複雑な力学のために、倫理と境界線の問題が議論できる、定期的にスケジュールされた臨床スーパービジョンがカウンセラーに推奨されます。臨床スーパービジョンがどのように効果的に使用できるかに関する詳細情報については、TIP 52『臨床スーパービジョンと薬物乱用カウンセラーの専門的開発』（CSAT, 2009b）を参照してください。

臨床スーパーバイザーへの助言：境界線の混乱を認識する

臨床スーパーバイザーは、クライアントとの境界線の混乱を示す可能性のある、以下のカウンセラーの行動を認識しているべきです：

- カウンセラーが、スーパービジョンまたはチームミーティングで、クライアントとの特定の相互作用またはクライアントの治療の詳細について議論することに消極的または恥ずかしいと感じる。
- カウンセラーがクライアントに対して所有欲を感じ、クライアントのために異常で過剰な熱意で擁護するか、またはクライアントに対して不合理な過度の責任感を表す。
- カウンセラーが、クライアントと働くアプローチおよび／またはクライアントへの彼または彼女自身の感情的な反応を探求することに関する、

スーパーバイザーまたは治療チームメンバーからのアイデアを聞くことに、防御的で閉鎖的になる。

- 臨床医が、クライアントへの個人的な自己開示を開始または増加させ、自己開示の正当な臨床的な理由を特定できない。

境界線越えと境界線違反

倫理のガイドラインと規範は、臨床スーパーバイザーとカウンセラーがカウンセラーとクライアントの間の境界線を理解するのに役立つツールですが、それらは解釈の余地があり、文脈に縛られます。これらの制限を考慮して、TICの設定でトラウマを受けたクライアントで生じる可能性のある境界線の問題についてカウンセラーを教育し、カウンセラーに境界線の文脈的な性質を理解するための概念的な枠組みを与えることが重要です。例えば、臨床スーパーバイザーが、カウンセラーに、境界線越えと臨床実践における境界線違反との区別を議論することは有益でしょう。GutheilとBrodsky（2008）は、境界線越えを、心理的、身体的、または社会的空間に関するカウンセリング実践の通常の規範からの逸脱であり、「無害で、非搾取的で、セラピーを支援または促進することさえある」（p. 20）と定義しています。境界線越えの例には、クライアントが危機に瀕している場合にセッションの間にクライアントから電話を受けることや、回復が可能であるという希望を提供することを意図して、カウンセラーのトラウマからの回復に関する話をクライアントに語ること（トラウマの特定の個人的な情報や生々しい／詳細な説明を提供することなく）が含まれます。

GutheilとBrodsky（2008）は、境界線違反を、望ましくなく、危険で、クライアントを搾取する境界線越えと定義し、「一部の境界線越えは、その意図（つまり、それらが患者の幸福と成長の奉仕のためになされていない、セラピストのための余分な治療的な満足を含む）および／またはその効果（つまり、それらが患者に利益をもたらす可能性が低く、患者を害する重大なリスクを伴う）のために、不適切である」（pp. 20–21）と述べています。境界線違反の例は、カウンセラーがクライアントを、カウンセラーが出席する同じAA会議に出席するように招待したり、カウンセラー自身の満足のために飲酒や薬物使用の「武勇伝」を共有したりする場合です。境界線越えが境界線違反になるときを理解する上で、2つの重要な要素は、カウンセラーの意図とクライアントへの有害な影響です。クライアントの非搾取の実践の基準を維持することは、境界線越えが境界線違反になるときを決定する上で、臨床スーパーバイザーとカウンセラーにとって主要な焦点です。

文脈もまた、境界線越えの受容可能性を決定する上で重要な考慮事項です。例えば、深刻な精神疾患のための部分入院プログラムのカウンセラーが、居住者とキッチンテーブルでコーヒ

ーを一杯飲むことは受け入れられるかもしれませんが、外来の精神保健プログラムのカウンセラーが、地元のコーヒーショップでクライアントとコーヒーを一杯飲むことは、はるかに問題のある境界線越えになるでしょう。

資料2.2-6：治療的関係における境界線

安全性を確立するための手順

役割と境界線

カウンセラーの役割と境界線は、カウンセリング関係の開始時に設定し、定期的に、特にクライアントが強いストレスを経験している時に再確認すべきです。

継続的な関係と境界線の問題

二重関係

二重関係およびクライアントとの不適切な関わりは避けるべきです。カウンセリングの開始時に、カウンセラーとクライアントの間の接触は、専門的な関係の境界内でのみ行われることをクライアントに伝えることが重要です。この情報はインフォームド・コンセントのプロセスの一部です。この境界外の関係には、性的または恋愛関係、カウンセラーが12ステッププログラムでクライアントのスポンサーも務めること、およびカウンセラーが金銭的利益のためにクライアントを利用するあらゆる種類の関係が含まれます。

性的接触

- クライアントとのいかなる形態の性的接触も決して行ってはなりません。
- 性的な意味合いを持つ行動に対し、注意を引いたり反応したりすることで報いてはなりません。
- 治療的関係の境界線を直接明確にし、持続する性的な行動の根底にある動機に対処してください。
- 配慮の姿勢を保ちながら、クライアントの不適切な行動に制限を設けてください。いかなる時も、クライアントの尊厳と価値への敬意を保たなくてはなりません。
- クライアントが治療的関係を性的なものにしようとする試みは、過去の虐待歴、社会的規範の理解の困難さ、または様々な心理的問題を反映している可能性があることを理解してください。
- 性的および/または恋愛的な行動が絶対に不適切であることを、説教的でなく、罰を与えないやり方で改めて伝えてください。
- 治療プログラム内でクライアント間の性的行動が発生した場合、カウンセラーは臨床スーパーバイザーに相談すべきです。接触の性質と、その問題にどう対処したかを記録してください。

- カウンセラーがクライアントと性的接触を持った場合、そのカウンセラーはカウンセリング業務を中止し、クライアントを他の治療提供者に紹介し、法的機関および専門機関に通知することで責任を取るべきです。カウンセラーがクライアントと性的に関わるリスクがあるものの、まだ行動に移していない場合は、直ちにスーパーバイザー、同僚、または心理療法士に相談すべきです。

境界線

カウンセラーは、自己開示や、クライアントに侵入的だと感じられる可能性のある以下のようないかなる行動にも注意を払うべきです。

- カウンセラー自身の満足のために行われる個人的な開示。
- クライアントとの性的な行動。
- 過度に踏み込んだ質問や発言。
- 頻繁にクライアントの話を遮ること。
- クライアントのパーソナルスペースを侵害すること。
- 身体的接触。これは、侵入的な記憶や解離反応を引き起こしたり、クライアントに境界侵害として経験されたりする可能性があります。
- 約束の時間にいつも遅刻したり、外部からの影響（電話など）によってカウンセリングセッション中のクライアントの時間を中断させたりすること。
-

出典：Green Cross Academy of Traumatology, 2007. 許可を得て改変。

事例：デニース

デニースは40歳の免許を持つ専門カウンセラーで、入院摂食障害プログラムで働いています。彼女はトラウマと摂食障害のカウンセリングアプローチで広範なトレーニングを受けており、15年間精神保健の場で臨床医として働いています。デニースは通常、トラウマの既往歴と摂食障害を持つクライアントと使用するための特定の戦略について、彼女のスーパーバイザーや他の治療チームメンバーからの提案にオープンです。しかし、過去1週間で、彼女のスーパーバイザーは、彼女が最近入院した、ボーイフレンドに殴られ、レイプされた若い成人について議論するとき、チームミーティングと個人スーパービジョンで防御的になっていることに気づきました。その後、クライアントはPTSDと拒食症と診断されました。臨床スーパーバイザーが、この若い女性が入院して以来のチームミーティングでのデニースの態度と行動の変化に気づくと、最初にデニースは防御的にな

り、チームはこの若い女性を理解しておらず、クライアントはデニースに繰り返し「あなたが信頼できる唯一のカウンセラーです」と言ったと述べます。

臨床スーパーバイザーは、デニースが、この若い女性と働くこと、そして彼女のケースロードにおける併存するトラウマ関連の障害を持つクライアントの最近の増加のために、二次トラウマ化と境界線の混乱を経験しているかもしれないと認識します。さらなる探求の後、デニースは、自分の娘が若い女性と同じ年齢でレイプされ、彼女の話を聞くことがデニースのSTS反応を活性化させたことを明らかにします。彼女の対処法は、若い女性に対して過度に責任を持ち、過保護になることでした。彼女のスーパーバイザーの非審判的な支援があれば、デニースは視点を得て、この若い女性は自分の娘ではないことを認識し、入院治療の設定に適切な彼女との境界線を再確立することができます。

臨床的なスーパービジョンとコンサルテーション

TICモデルへの組織的な変化は、孤立しては起こりません。継続的な支援、スーパービジョン、コンサルテーションは、行動保健専門家のトラウマインフォームドおよびトラウマに特化したカウンセリング方法のトレーニングを強化し、実践基準とのコンプライアンスと時間とともに一貫性を確保する重要な要素です。しばしば、かなりのエネルギーとリソースが、新しい臨床的およびプログラム的なアプローチへの移行に費やされますが、それらの変化を時間とともに支援するための長期的な計画がなければ。新しい治療アプローチはすぐに薄れ、認識するのが難しくなり、その信頼性を低下させます。

臨床スーパーバイザーと管理者への助言：エビデンスベースの臨床スーパービジョンとトレーニングのモデルを採用する

トラウマインフォームドな組織で費用対効果が高く、結果に関連するサービスをクライアントに提供するために、エビデンスベースの臨床実践を採用することが重要であるのと同様に、そのモデルで臨床スーパーバイザーを訓練するエビデンスベースの臨床スーパービジョンモデルを採用することは、カウンセラーのための臨床スーパービジョンの質と有効性を高めることができます。これは最終的にクライアントケアを向上させます。

最も一般的に使用され、研究されている統合的なスーパービジョンモデルの一つは、元々1979年にジャニーン・バーナードによって出版され、その後更新された弁別モデルです（Bernard & Goodyear, 2009）。このモデルは、能力ベースであり、社会的役割のスーパービジョンモデルと考えられています。それには、カウンセラーの能力に関する3つの焦点領域（介入、概念化、個人化）と、3つの可能なスーパーバイザーの役割（教師、カウンセラー、コンサルタント）が含まれます。

カウンセラーの能力：

- **介入：**スーパーバイザーは、特定のクライアントとの特定のセッションで使用される、スーパーバイジーの介入スキルとカウンセリング戦略に焦点を当てます。
- **概念化：**スーパーバイザーは、スーパーバイジーがセッションで何が起こっているかをどのように理解するかに焦点を当てます。
- **個人化：**スーパーバイザーは、カウンセラーの個人的なスタイルと、クライアントへの逆転移反応（つまり、個人的な反応）に焦点を当てます。

スーパーバイザーの役割：

- **教師：**スーパーバイザーは、スーパーバイジーに特定のカウンセリング理論とスキルを教え、クライアントとのセッションで特定のカウンセリング戦略を使用するようにスーパーバイジーを導きます。教師としてのスーパーバイザーは、一般的にタスク指向です。スーパーバイザーは、初心者のカウンセラーと教師として行動する可能性が高いです。
- **カウンセラー：**スーパーバイザーは、カウンセラーのセラピストとして行動するのではなく、カウンセラーが自分のカウンセリングスタイルと特定のクライアントへの個人的な反応を反映するのを助けます。カウンセラーとしてのスーパーバイザーは、対人関係的に敏感であり、カウンセリングのプロセスと関係的な側面に焦点を当てます。
- **コンサルタント：**スーパーバイザーは、よりガイドであり、特定の臨床状況についてスーパーバイジーに助言を提供します。コンサルタントとしてのスーパーバイザーは、カウンセラーにトピックを特定し、スーパービジョンのアジェンダを設定するように勧めます。スーパーバイザー

は、より経験豊富なカウンセラーとコンサルタントとして行動する可能性が高いです。

このスーパービジョンモデルは、スーパーバイザーのスーパーバイジーへの反応が、スーパーバイジーのニーズに柔軟かつ特異的であるため、TICの設定でカウンセラーと働く際に特に役立つかもしれません。本質的に、それは、スーパーバイザーがどんな特定の瞬間でもスーパーバイジーの最も関連するニーズに応えることができる、カウンセラー中心のスーパービジョンモデルです。

臨床スーパービジョンの他の理論と方法のレビューについては、TIP 52『臨床スーパービジョンと薬物乱用カウンセラーの専門的開発』（CSAT, 2009b）を参照してください。

継続的なスーパービジョンとコンサルテーションは、TICが実践の標準であるという組織的なメッセージを支援します。それは、二次トラウマ化を（カウンセラーの個人の病理ではなく）体系的な問題として正常化し、二次トラウマ化の影響を防ぎ、軽減するためのカウンセラーのセルフケアの必要性を強化します。直接ケアスタッフのための質の高い臨床スーパービジョンは、完全に統合された、トラウマインフォームドなケアシステムを実施するための組織のコミットメントを示します。

監督とコンサルティング

歴史的に、豊富な臨床経験と訓練を積んだカウンセラーは、自ずと最良の臨床スーパーバイザーになるという通説がありました。しかし、研究はこの考えを支持していません（Falender & Shafranske, 2004）。有能な臨床スーパーバイザーは、薬物使用、トラウマ関連、およびその他の精神障害の治療における豊富な臨床的背景を持つ必要がありますが、それと同時に、スーパーバイザーの役割に移行するカウンセラーは誰であれ、その役割を担う前に、臨床スーパービジョンの理論と実践について広範なトレーニングを受けることが不可欠です。特に、トラウマインフォームドな行動保健の現場における臨床スーパーバイザーは、現場スタッフに対して（単なる管理的スーパービジョンだけでなく）臨床スーパービジョンをどのように行うか、そ

してトラウマの影響を受けた人々と関わるスタッフに継続的な臨床スーパービジョンと支援を提供することの重要性について、教育を受けるべきです。

TIC組織における臨床スーパービジョンは、以下の優先事項に焦点を当てるべきです。

- 一般的なケース・コンサルテーション
- 特殊または稀なケースに関する専門的コンサルテーション
- クライアントのトラウマ体験の内容を処理する機会
- 治療関係およびスーパービジョン関係における境界線
- 二次的外傷（代理受傷）のアセスメント
- カウンセラーのセルフケアとストレスマネジメント
- カウンセラー個人の成長と専門家としての発達

事例：アーリーン

アーリーンは50歳の免許を持つ薬物乱用カウンセラーで、トラウマの個人的な既往歴があり、彼女自身のトラウマからの回復に積極的に従事しています。彼女は、トラウマインフォームドおよびトラウマに特化したカウンセリングの実践で数年間のトレーニングを持つ、経験豊富なカウンセラーです。彼女の臨床スーパーバイザーは、コンサルタントの役割を担い、彼女にアジェンダを設定するように勧めることによって、スーパービジョンのセッションを開始します。アーリーンは、彼女が立ち往生していると感じるクライアントとの臨床状況を持ち出します。そのクライアントは、彼女のSeeking Safetyグループで行動しています（Seeking Safetyに関する詳細情報については、Najavits, 2002aを参照）。

アーリーンは、クライアントがセッション中に2、3回突然立ち上がってグループの部屋から嵐のように出て行くと報告します。スーパーバイザーは、カウンセラーの役割を担い、個人化に焦点を当て、アーリーンに、クライアントの行動と、クライアントの怒りへの反応で彼女の中で活性化される感情を反映するように頼みます。アーリーンは、最初の結婚での家庭内暴力の以前の経験に関連する、ストレス反応としての過覚醒、そしてその後の麻痺の自分自身の経験を特定することができます。スーパーバイザーは、教師の役割を担い、概念化に焦点を当て、アーリーンに、彼女のクライアントが、彼女自身のトラウマ体験を思い出

させるグループでのいくつかの経験への「闘争・逃走」反応を経験していることを思い出させます。スーパーバイザーはその後、アーリーンに、彼女自身の反応は彼女の以前のトラウマの既往歴への正常な反応であり、彼女のクライアントが怒っているとき、アーリーンは自分自身のトラウマを再体験しているのではなく、グループにいることへのクライアントのトラウマ的ストレス反応によって活性化されていると示唆します。このようにして、スーパーバイザーは、以前のトラウマ体験に基づいて認識された脅威へのクライアントとカウンセラーのストレス反応の並行プロセスを強調します。

スーパーバイザーは、再びコンサルタントとして行動し、今回は個人化に焦点を当て、アーリーンに、彼女がこの状況にもたらすことができるかもしれない、彼女が自分自身をグラウンディングし、彼女のストレス反応が彼女のカウンセリング戦略に与える影響を軽減するのを助ける、内的および外的なリソースを反映するように勧めます。アーリーンは、自分の人生の安全な人々のリストを作成し、グループの前にこのリストをポケットに入れることができると述べます。彼女は、このリストを、自分が安全であり、多くの回復スキルを学んだことを思い出させる試金石として使用することができます。それは、彼女がグラウンディングされ、境界線を維持し、クライアントの行動に対処するのを助けることができます。臨床スーパーバイザーは、コンサルタントとして行動し、今は介入に焦点を当て、アーリーンに、グループでのクライアントの行動に対処する方法についていくつかの具体的なアイデアがあるかどうかを尋ねます。アーリーンと臨床スーパーバイザーは、クライアントの行動に対処し、彼女がグループでより安全に感じるのを助けるための異なる選択肢を議論することに残りのセッションを費やします。

トラウマを受けたクライアントと働くカウンセラーのスーパービジョンは、特定された目標を持って、そしてトラウマサバイバーと働くことに訓練され、経験豊富なスーパーバイザーと、定期的にスケジュールされるべきです。スーパービジョンとコンサルテーションのスタイルと種類は、トラウマの仕事の種類とその文脈に応じて異なるかもしれません。例えば、大きな自然災害におけるトラウマカウンセリングは、小児期の発達上のトラウマを経験した大人をカウンセリングしたり、マニュアル化されたトラウマに特化したカウンセリングプロトコルを使用して集中的な早期回復治療プログラムでクライアントをカウンセリングしたりするのとは、異なるスーパービジョンとコンサルテーションへのアプローチを必要とするでしょう。

トラウマインフォームドな組織には、能力ベースの臨床スーパービジョンが推奨されます。能力ベースの臨床スーパービジョンモデルは、各カウンセラーが習得する必要のある知識と臨床スキルを特定し、クライアントとのカウンセラーのセッションの直接的な観察、個別化されたコーチング、パフォーマンスベースのフィードバックなど、対象となる学習戦略と評価手順を使用します。能力ベースのスーパービジョンアプローチに関する研究は、これらのモデルがカウンセラーの治療スキルと能力を向上させることを示しています（Martino et al., 2011）。

組織が採用する臨床スーパービジョンのどのモデルであれ、成功の鍵は、スーパーバイザーとカウンセラーとの間の相互作用が、カウンセラーとクライアントとの間の相互作用と並行する可能性があるという、トラウマインフォームドな臨床スーパービジョンの認識です。臨床スーパーバイザーは、カウンセラーのトラウマ反応（それが一次的であれ、トラウマサバイバーとの仕事に二次的なものであれ）を認識し、対立的または懲罰的なアプローチが非効果的であり、カウンセラーを再トラウマ化させる可能性が高いことを理解する必要があります。

臨床スーパーバイザーは、役割の期待が、カウンセラーとクライアントの関係の初めに使用されるものと同様のインフォームド・コンセントのプロセスで明確に定義され、クライアントとカウンセラーの関係とカウンセラーとスーパーバイザーの関係の両方における境界線の性質を探求することが標準的な実践である、敬意のある協働的な作業関係をカウンセラーと採用すべきです。明確な役割の境界線、パフォーマンスの期待、オープンな対話、そしてスーパーバイザーの透明性は、スーパーバイザーとスーパーバイジーのための安全で敬意のある関係のコンテナを作成し、相互に強化する、協働的な関係の舞台を設定するのに大いに役立ちます。この敬意のある、協働的な監督的な関係は、カウンセラーのためのトレーニングと専門的な成長、そして行動保健障害を持つ人々への質の高いケアの提供の主要な源です。

二次トラウマ化

介護の要求は、無視できない行動保健専門家からの代償を要求します。さもなければ、彼らは仕事で非効果的になるか、または、さらに悪いことに、感情的または心理的に障害を受けるかもしれません。修士レベルの免許を持つソーシャルワーカーの研究では、回答者の15.2パーセントが、トラウマ的な資料への間接的な曝露の結果として、PTSDの診断基準を満たすレベルでSTSを報告しました。この率は、一般人口におけるPTSDの率のほぼ2倍です。著者は、行動保健専門家のSTSの経験が、スタッフの離職の寄与要因であり、多くの行動保健サービス専門家が分野を去る一つの理由であると結論付けました（Bride, 2007）。行動保健従事者の二次トラウマ化は、薬物乱用および精神保健治療プログラムの臨床スーパーバイザーと管理者にとって、重要な組織的な問題です。

STSは、トラウマ的な出来事に直接曝露されるのではなく、別の個人のトラウマ体験への曝露から生じる、トラウマ関連のストレス反応と症状のセットです。

行動保健専門家に対する二次トラウマ化の影響を防ぐか、または軽減するために、臨床スーパーバイザーと管理者は、このTIPのパート1、第1章で説明されている生態学的な視点から二次トラウマを理解する必要があります。組織自体が、カウンセラーがSTS反応を経験する可能性を高めるリスク要因を持つ社会的な文脈を創造しますが、それはまた、スタッフメンバーに対するSTS反応のリスクと影響を軽減する保護要因も含んでいます。組織は、ケースロードを、トラウマ関連の問題を持つクライアントと持たないクライアントの両方を含むように混ぜ合わせ、継続的なカウンセラートレーニングを支援し、定期的な臨床スーパービジョンを提供し、カウンセラーの努力を認識し、そしてカウンセラーが決定を下す責任を共有し、彼らの仕事の生活に影響を与える臨床的およびプログラム的な方針に意見を提供できる、エンパワーメントする職場環境を提供することによって、トラウマインフォームドな組織で働くことに関連するリスク要因の影響を軽減することができます。

組織が、トラウマを受けたクライアントとの仕事においてカウンセラーを支援するとき、カウンセラーはより効果的で、より生産的になり、そしてより大きな個人的および専門的な満足を感じることができます。さらに、カウンセラーは組織に対する忠誠心を育み、したがってスタッフの離職を減少させます。組織がこの支援を提供しない場合、カウンセラーは士気を失い、クライアントのトラウマ的な資料と、彼ら自身の幸福へのトラウマの外部的な行動表現の影響を管理するための感情的および心理的なリソースが少なくなる可能性があります。カウンセラーにレジリエンスを築き、圧倒されていると感じるのを防ぐためのリソースを提供することは、TIC組織の管理者と臨床スーパーバイザーにとって、高い優先事項であるべきです。

二次トラウマ化に関連するリスクおよび保護要因

トラウマに関する臨床および研究文献は、行動保健専門家の間で、広範な実践の設定にわたって、二次トラウマ反応と心理的苦痛の発達に関連する多くの要因、そしてSTSがスタッフに与える影響を防ぐか、または軽減することができる個人的および組織的な要因を説明しています。二次トラウマを理解するリスクおよび保護要因モデルは、このTIPのパート1、第1章で概説されている生態学的な視点に基づいています。「共感疲労」、「代理トラウマ」、「二次トラウマ化」、そして「燃え尽き症候群」という用語は、文献で、時には同義的に、時には明確な構成概念として使用されます。このTIPのパート1、第1章に先立つ「このTIPの構成」セクションの用語集部分で述べられているように、このTIPでは、「二次トラウマ化」という用語は、他

者のトラウマ体験への曝露から生じるトラウマ的ストレス反応と心理的苦痛を指します。このセクション全体を通じてこの用語が使用されますが、引用された研究は他の用語を使用する場合があります。

臨床スーパーバイザーへの助言：二次トラウマ化を認識する

クライアントへの一貫性のなさを示す一部のカウンセラーの行動は、二次トラウマ化の外部的な現れである可能性があり、トラウマインフォームドなレンズを通してカウンセラーと議論されるべきです。臨床スーパーバイザーが、カウンセラーが報復や叱責の恐れなしにこれらの行動について議論できる、非審判的で、安全な文脈を提供することが不可欠です。臨床スーパーバイザーは、スーパーバイジーと協働して、彼らの行動を理解し、それらの行動に寄与しているかもしれないストレスを軽減するセルフケア活動に従事するのを助けるべきです。

リスク要因

行動保健専門家におけるSTSの発達に寄与する可能性のある個人的なリスク要因には、既存の不安または気分障害、個人的なトラウマの以前の既往歴、トラウマ関連の障害を持つクライアントの高いケースロード、若く、分野で新しく、トラウマ関連の状態を治療する臨床経験またはトレーニングがほとんどないこと、不健康な対処スタイル（クライアントや同僚からの距離を置くことや離脱を含む）、そして強い感情への耐性の欠如が含まれます（Newall & MacNeil, 2010）。他の否定的な対処戦略には、薬物乱用、他の依存的な行動、仕事に関連しないレクリエーション活動の欠如、そして社会的支援への関与の欠如が含まれます。最近のトラウマ看護師の研究では、支援システムの使用が低いこと、物質の使用、そして趣味の欠如が、STSを持つ看護師と持たない看護師とで異なった対処戦略の中にあったことがわかりました（Von Rueden et al., 2010）。他の研究者たちは、アルコールや違法薬物の使用などの否定的な対処戦略に従事する臨床医が、侵入的なトラウマ症状を経験する可能性が高いことを見出しました（Way, Van Deusen, Martin, Applegate, & Janle, 2004）。

トラウマ関連の障害を持つクライアントと働くカウンセラーにおけるSTSの発達に寄与する多くの組織的な要因があります。これらのリスク要因には、クライアントのためのリソースの欠如、カウンセラーのための臨床スーパービジョンの欠如、同僚からの支援の欠如、そして二次トラウマ化が存在し、クライアントのトラウマへのカウンセラーの正常な反応であるという組織文化による承認の欠如などの組織的な制約が含まれます（Newall & MacNeil, 2010）。精神保健カウンセリングサービスを提供する259人の個人を対象とした研究では、トラウマ関連の障害

を持つクライアントとのセッションでより多くの時間を費やしたカウンセラーが、より高いレベルのトラウマ的ストレス症状を報告しました（Bober & Regehr, 2006）。組織が、スタッフメンバー間でトラウマと非トラウマのケースの配分のバランスを取ることを許さない場合、カウンセラーは二次トラウマ化を発症するリスクが高くなる可能性があります。

臨床スーパーバイザーへの助言：回復中のカウンセラーにおけるSTSを認識する

薬物使用または精神障害からの回復中であるカウンセラーにとって、STSの発達は潜在的な再発の懸念となる可能性があります。Burke, Carruth, and Prichard（2006）が指摘するように、「二次トラウマ反応に対処するための戦略としての飲酒または違法薬物使用への復帰は、回復中のカウンセラーに深刻な有害な影響を与えるでしょう」（p. 292）。同様に、二次トラウマは、以前の精神障害に関連するうつ病または不安症状の再発を引き起こす可能性があります。臨床スーパーバイザーは、これらのリスク要因をカウンセラーと対処し、彼らが自分自身の回復支援ネットワーク（ピアサポートグループまたは個人カウンセラーを含むかもしれない）に従事するのを支援して、再発予防計画を立てることができます。

保護要因

臨床および研究文献の多くは、STSが行動保健専門家に与える影響を軽減する可能性のある個人的な要因に焦点を当てています。それには、男性であること、年長であること、より多くの専門的な経験を持っていること、トラウマインフォームドおよびトラウマに特化したカウンセリングの実践で専門的なトレーニングを受けていること、個人的なトラウマの既往歴がないこと、職場で個人的な自律性を示すこと、肯定的な個人的な対処スタイルを使用すること、そしてストレスの多い人生の出来事で意味を見つけ、逆境から立ち直る能力またはレジリエンスを持っていることが含まれます（Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007）。肯定的な個人的な対処スタイルや逆境で意味を見つける能力のようなこれらの要因の一部は、個人的な成長の作業、心理療法、精神的な実践への関与と精神的なコミュニティへの関与、そしてマインドフルネス瞑想のようなストレス軽減戦略を通じて開発され、強化されることができます。社会福祉従事者や他の社会福祉従事者のための8週間の職場マインドフルネストレーニンググループに関する最近の多方法研究では、マインドフルネス瞑想が対処戦略を増加させ、ストレスを軽減し、参加者のセルフケアを強化したことがわかりました。調査結果は、労働者が自宅よりも職場でマインドフルネスのようなストレス管理技術を実践する可能性が高いことを示唆していました（M

cGarrigle & Walsh, 2011）。組織は、肯定的な個人的な対処スタイルを強化し、逆境で意味を見つけ、そしてマインドフルネス瞑想や他のストレス軽減実践のような、個人的なセルフケア活動のために就業時間中に労働者に時間を提供することによって、ストレスを減らすためのカウンセラーの個人的な努力を支援することができます。

文献で特定された、行動保健専門家に対する二次トラウマ化の悪影響を軽減する可能性のある組織的な保護要因の一つは、トラウマに特化したカウンセリング戦略における適切なトレーニングを提供することです。これは、トラウマ関連の障害を持つクライアントを助けることにおける提供者の有効性の感覚を高め、しばしば仕事の一部である絶望感を減らします（Bober & Regehr 2006）。ある研究では、専門的なトラウマ研修が仕事の満足度を高め、共感疲労のレベルを低下させ、「知識とトレーニングがトラウマへの曝露の有害な影響に対してある程度の保護を提供するかもしれない」と示唆しています（Sprang et al., 2007, p. 272）。二次トラウマ化を発症する可能性を軽減する可能性のある別の保護要因は、多様なケースロードを持つことです。組織は、「どの単一の労働者のトラウマ的な曝露も制限するために、仕事量を分配する方法を決定しなければなりません。これは、即時の症状の影響を減らすのに役立つだけでなく、潜在的な長期的な影響にも対処するかもしれません」（Bober & Regehr, 2006, p. 8）。

専門の同僚からの感情的な支援は、保護要因となる可能性があります。HIV陽性のクライアントと働く薬物乱用カウンセラーの研究では、同僚とスーパーバイザーからの職場での支援が、燃え尽き症候群を最も効果的に防ぐことがわかりました（Shoptaw, Stein, & Rawson, 2000）。この支援は、より少ない感情的な疲労と離人症、そしてより大きな個人的な達成感と関連していました。家庭内暴力の擁護者の研究では、専門の仲間からより多くの支援を受けた労働者は、二次トラウマ化を経験する可能性が低かったです（Slattery & Goodman, 2009）。

さらに、トラウマインフォームドなスーパーバイザーとの関係ベースの臨床スーパービジョンへのカウンセラーの関与は、保護的なエージェントとして機能します。SlatteryとGoodman（2009）は、「トラウマ労働者にとって、良いスーパービジョンは、感情と経験を正常化し、トラウマ的な反応の性質と経過に関する支援と情報を提供し、転移と逆転移の問題の特定を助け、そしてトラウマに関連する感情や症状を明らかにすることができます」（p. 1362）と指摘しています。「彼らのスーパーバイザーとの、関与し、本物で、エンパワーメントする関係」を報告した労働者は、STSを経験する可能性が低かったです（p. 1369）。したがって、それは単に臨床スーパービジョンの頻度と規則性だけでなく、STSが行動保健専門家に与える影響を軽減することができる、スーパーバイザーとカウンセラーの関係の質でもあります。

個人的な精神性の実践への関与は、より広い視点と人生の意味へのつながりを提供し、カウンセラーへのSTSの影響を軽減することができる別の保護要因です（Trippany, Kress, & Wilcoxon, 2004）。回復中のカウンセラーは、精神的なコミュニティへのつながりのために支援グループを探すかもしれませんが、他の行動保健専門家は、教会、瞑想グループ、創造的な活動、ま

たはボランティア活動でさえ、精神的な意味とつながりを強化するための支援を見つけるかもしれません。重要なのは、カウンセラーが自分の人生に意味のある精神性を高めるための独自のリソースと実践を開発することです。臨床スーパーバイザーは、STSを防ぎ、軽減する上で保護要因として精神的な関与を認識し、臨床医がそれをセルフケア計画に含めることを支援すべきですが、特定の宗教的な信念体系や精神的な実践を促進したり、拒絶したりしないように注意すべきです。

労働者のSTSへの影響を軽減する可能性のある別の保護要因は、組織におけるエンパワーメントの文化であり、それはカウンセラーに自律性の感覚、臨床的および組織的な方針に関する決定を下すことに参加するより大きな能力、そして彼らの専門的な発展をさらに促進する支援とリソースを得ることを提供します。SlatteryとGoodman（2009）は、様々な設定で働く148人の家庭内暴力の擁護者を調査しました。著者たちは、「高いレベルの共有された権力を報告した」労働者は、「彼ら自身の個人的な虐待の既往歴またはトラウマへの曝露の度合いにもかかわらず、心的外傷後ストレス症状を報告する可能性が低かった」（p. 1370）ことを見出しました。組織が、行動保健専門家に自律性を感じさせ、エンパワーされていると感じる文化的文脈を提供できる程度まで、彼らは彼らの専門的および個人的な生活におけるSTSの影響を軽減することができるでしょう。自己効力感とエンパワーメントは、しばしばトラウマに伴う無力感の解毒剤です。

二次トラウマ化を予防するための戦略

行動保健専門家の二次トラウマ化の予防の鍵は、トラウマインフォームドな組織において、リスクを減らし、保護要因を高めることです。二次トラウマ化を防ぐための組織的な戦略には以下が含まれます：

- 組織のすべてのレベルでSTSを正常化し、カウンセラーが安全で尊敬されていると感じるのを助け、チームミーティング、ピアスーパービジョン、臨床スーパービジョンで自分の経験についてオープンに話す可能性を高める方法として。
- 直接ケアの時間に関する合理的な基準を維持し、トラウマ関連と非トラウマ関連のカウンセラーのケースロードのバランスを取ることを強調する臨床的な仕事量の方針と実践を実施する。
- チームミーティング、ピアスーパービジョングループ、スタッフリトリート、そして二次トラウマ化とセルフケアを理解することに焦点を当てたカウンセラートレーニングなどの活動を促進することによって、支援的な専門的な関係の機会の利用可能性を高め

る。管理者と臨床スーパーバイザーは、カウンセラーがこれらの活動に従事するために、職場で時間を提供すべきです。

- 関係ベースである、定期的なトラウマインフォームドな臨床スーパービジョンを提供する。スーパーバイザーは、トラウマインフォームドおよびトラウマに特化した実践で経験を積み、訓練を受けており、カウンセラーの専門的および個人的な発展を促進する、能力ベースの臨床スーパービジョンモデルを提供すべきです。ケースコンサルテーションまたはケースマネジメントに限定されたスーパービジョンは、二次トラウマ化とカウンセラーのセルフケアに対処するには不十分です。
- 二次トラウマ化のリスクを減らし、カウンセラーのレジリエンスを促進する。
- 行動保健専門家が組織内での自律性を高め、エンパワーされていると感じる機会を提供する。これらの活動には、臨床的および管理的な方針に関するカウンセラーからの意見を求めること、クライアントの caseloads を最善にバランスさせる方法、カウンセリングスタッフの代表者を代理店の取締役会および／または経営陣の会議に出席させて人材開発に関する意見を提供させること、そしてカウンセラーを、トラウマインフォームド・サービスを開発したり、スタッフのリトリートを計画したり、チームミーティングでセルフケアについて議論するメカニズムを作成したりする組織的なタスクフォースに参加させることを招待することが含まれます。管理者と臨床スーパーバイザーは、組織の独自の文化を評価し、カウンセラーのエンパワーメントと有効性の感覚を高める活動へのカウンセラーの参加のための道筋を開発すべきです。

資料2.2-7は、個々のカウンセラーが二次トラウマ化を防ぐために従事できるいくつかの特定の戦略を強調しています。

資料2.2-7：カウンセラーが二次的外傷（代理受傷）を防ぐための戦略

カウンセラーが（スーパーバイザーや管理者の支援と奨励のもとで）二次的外傷を防ぐために用いることのできる戦略には、以下のようなものがある。

- **ピアサポート（同僚からの支援）**：個人的にも専門的にも十分な社会的支援を維持することは、孤立を防ぎ、トラウマを抱えた人と関わることによる感情的苦痛をカウンセラーが分かち合う助けとなる。

- **スーパービジョンとコンサルテーション**: 専門家によるコンサルテーションは、カウンセラーが二次的外傷、自身の個人的なリスク、その影響を防いだり軽減したりするのに役立つ保護因子、そして特定のクライアントに対する逆転移反応を理解する助けとなる。
- **トレーニング**: 継続的な専門トレーニングは、カウンセラーのトラウマへの理解を深め、仕事における熟達感や自己効力感を高めることができる。
- **個人的な心理療法やカウンセリング**: カウンセリングを受けることは、カウンセラーが自己認識を深め、様々な行動保健の現場でトラウマ歴のあるクライアントと関わる際にしばしば伴う心理的・感情的苦痛を管理するのを助けることができる。
- **生活のバランスを保つ**: 仕事と私生活のバランスを取り、前向きな対処法を身につけ、健康的なライフスタイルを維持することは、レジリエンス（回復力）とストレス管理能力を高めることができる。
- **意味や視点を与えてくれるスピリチュアルな活動への参加**: スピリチュアルなコミュニティとのつながりや（瞑想などの）スピリチュアルな実践は、カウンセラーがトラウマに対してより大きな視点を得て、レジリエンスを高める助けとなりうる。

表2.2-8：二次的外傷（代理受傷）の兆候

以下は、カウンセラーが二次的外傷を経験している可能性を示すいくつかの指標である。

心理的苦痛

- **苦痛な感情**: 悲嘆、抑うつ、不安、恐怖、激しい怒り、羞恥心
- **クライアントのトラウマ的素材に関する侵入的イメージ**: 悪夢、フラッディング（感情の洪水）、クライアントが開示した内容のフラッシュバック
- **麻痺または回避**: クライアントのトラウマ的素材を扱うことの回避
- **身体的問題**: 睡眠障害、頭痛、胃腸の不調、動悸、慢性的な生理的覚醒
- **嗜癖的・強迫的行動**: 薬物乱用、過食、ワーカホリック（強迫的な仕事）
- **機能の低下**: 約束のすっぽかしやキャンセル、スーパービジョンの利用減少、セルフケアを行う能力の低下、孤立と疎外感

認知的変化

- 他者に対する慢性的な不信感
- 自分が傷つきやすいという感覚の高まり
- 極端な無力感、または他者や状況に対する過大なコントロール感
- 個人的なコントロール感や自由の喪失
- 苦々しさや皮肉っぽさ（シニシズム）
- 被害者非難、または誰もが被害者であると見なすこと
- クライアントがカウンセリング中にトラウマを再体験したり再演したりした場合の、目撃者または臨床家としての罪悪感
- クライアントによって自分が被害を受けていると感じること

対人関係の障害

- 個人的・専門的な関係における親密さや信頼感の低下
- クライアントから距離を置くことや分離。これには、クライアントにレッテルを貼る、病理的なものと見なす、判断する、約束をキャンセルする、トラウマ的素材の探求を避ける、といった行動が含まれる場合がある。
- クライアントとの過剰な同一化。これには、クライアントのトラウマ的素材に対する自分自身の反応によって麻痺したような感覚に陥る、またはクライアントの人生に対して過剰に責任を感じるようになるといった状態が含まれる場合がある。

準拠枠（価値観・世界観）

- 自己のアイデンティティ感覚からの乖離
- 世界についての根本的な信念の劇的な変化
- 価値観や信条の喪失または歪み
- これまで慰めや資源であったスピリチュアリティ（精神性）の感覚が減少または消失する
- より大きな存在への信頼の喪失
- 実存的な絶望と孤独

出典: Figley, 1995; Newall & MacNeil, 2010; Saakvitne et al., 1996.

事例紹介：グイ

グイは48歳の、認可された薬物乱用カウンセラーで、メサドン維持療法クリニックで12年間働いています。彼はもともと、人々を助け、世の中に貢献したいという思いから、学位を取得してカウンセラーになることを決意しました。ここ6ヶ月、彼は強い疲労感を感じ、クライアントや同僚に対して簡単にイライラするようになり、世の中や助けを求めてクリニックに来る人々に対して冷笑的な態度をとるようになっていました。この間、クリニックは資金削減のために多くのカウンセラーを解雇せざるを得ませんでした。その結果、グイと残りのカウンセラーは、職務の一環として義務付けられる週あたりのクライアントとの接触時間が20パーセント増加しました。加えて、クライアントが抱えるトラウマ関連障害やその他の併存疾患、貧困、失業、ホームレス状態のレベルと深刻度も増していました。

グイは高く評価されている職員です。グイがクリニックを辞めたいかもしれないという考えを臨床スーパーバイザーに相談すると、スーパーバイザーはグイの懸念に耳を傾け、彼のストレスレベルを把握するためにProQOL（専門職としての生活の質）尺度に記入してもらう可能性を探りました。グイはそれに同意し、結果についてスーパーバイザーと話し合うことをいといませんでした。彼は、この尺度の燃え尽きスケールで平均以上のスコアが出たことには驚きませんでしたが、二次的外傷性ストレススケールで平均以下、共感による満足感スケールで平均以上というスコアが出たことには非常に驚きました。彼は、自分の仕事にまだ満足感を見出していることに希望を感じ始め、これまで認識していなかった多くの点で自分にレジリエンス（回復力）があることに気づきます。

グイと臨床スーパーバイザーは、スーパーバイザーと組織が職場環境のストレスがグイに与える影響を軽減できる方法について話し合います。そして、彼自身が逆境から立ち直り、主体的にセルフケアを行う能力を重視したセルフケアプランの作成を支援することになりました。

二次トラウマ化のアセスメント

認識されていないSTSを持つカウンセラーは、クライアント、自分自身、家族、友人に、彼らのニーズや他者のニーズに焦点を当てたり、注意を払ったりすることができなくなることによって、害を及ぼす可能性があります。彼らは無力または皮肉に感じ、支援システムから引きこもるかもしれません。資料2.2-8は、カウンセラーが二次トラウマ化を経験している可能性を示す、いくつかの感情的、認知的、行動的な兆候を説明しています。臨床スーパーバイザーは、カウンセラーにおけるSTSの現れに精通しているべきであり、STSの兆候に直ちに注意を払うべきです。

Stamm（2009–2012）は、カウンセラーの共感疲労と共感満足の指標を測定する自己評価ツール、Professional Quality of Life Scale（ProQOL）を開発し、改訂しました。共感疲労は、「二

次トラウマ的ストレスと職業上の燃え尽き症候群の症状の組み合わせからなる症候群として最もよく定義されます」（Newall & MacNeil, 2010, p. 61）。クライアントのトラウマ資料への曝露への反応としての二次トラウマ化はPTSDに似ていますが、燃え尽き症候群は、高ストレス環境で働くことのプレッシャーに関連する、より一般的な種類の心理的苦痛です。燃え尽き症候群は、二次トラウマ化の結果である可能性があり、および／または二次トラウマ化の発達における寄与要因である可能性があります。ProQOLには、研究（Adams, Figley, & Boscarino, 2008; Newall & MacNeil, 2010）で検証されているSTSおよび燃え尽き症候群の尺度が含 まれています。

このツールは、個人およびグループの臨床スーパービジョン、セルフケアに関するトレーニング、そしてカウンセラーが自分自身のストレスレベルと二次トラウマ化の潜在的な兆候をチェックインする方法として、チームミーティングで使用できます。

共感満足尺度は、カウンセラーが彼らのレジリエンスを反映し、なぜ彼らが薬物使用およびトラウマ関連の障害を持つ人々と働くことを選ぶのかを思い出させます。たとえこの仕事が二次トラウマ化につながる可能性があるという事実にもかかわらずです。共感満足サブスケールは、カウンセラーの思いやりがあること、彼らが助ける専門職にいる理由の一つが、他者への奉仕を重んじるからであること、そして助けることが彼らの生活に意味と充実感をもたらすことをカウンセラーに思い出させます。資料2.2-9から2.2-11は、ProQOLの最新版を提示しています。

表2.2-9：ProQOL尺度

共感による満足感と共感疲労（ProQOL）バージョン5（2009）

あなたが人々を[支援する]とき、あなたは彼らの人生に直接関わります。お気づきかもしれませんが、あなたが[支援する]人々への共感は、あなたにポジティブな影響もネガティブな影響も与え得ます。以下は、[支援者]としてのあなたの経験（ポジティブなものとネガティブなものの両方）についての質問です。あなた自身と現在の仕事の状況について、以下の各質問を検討してください。過去30日間にこれらのことをどれくらいの頻度で経験したか、正直に当てはまる数字を選んでください。

1=全くない 2=まれにある 3=時々ある 4=よくある 5=非常によくある

___ 1. 私は幸せだ。

___ 2. 私が[支援している]複数の人のことで頭がいっぱいだ。
___ 3. 人々を[支援できる]ことに満足感を得る。
___ 4. 他者とのつながりを感じる。
___ 5. 予期せぬ音に飛び上がったり、びっくりしたりする。
___ 6. [支援対象者]と関わった後、活力が湧いてくるのを感じる。
___ 7. 私生活と[支援者]としての生活を切り離すのが難しいと感じる。
___ 8. 私が[支援している]人のトラウマ体験のせいで眠れず、仕事の生産性が落ちている。
___ 9. 私は、[支援している]人々のトラウマ的ストレスの影響を受けたかもしれないと思う。
___ 10. [支援者]としての仕事に、閉じ込められているように感じる。
___ 11. 私の[支援活動]のために、様々なことについて「神経が過敏に」なっていると感じる。
___ 12. [支援者]としての自分の仕事が好きだ。
___ 13. 私が[支援している]人々のトラウマ体験のせいで、憂うつな気分になる。
___ 14. 自分が[支援した]誰かのトラウマを、まるで自分のことのように感じている。
___ 15. 私には、自分を支えてくれる信念がある。
___ 16. [支援の]技術や手順にきちんとついていけていることに満足している。
___ 17. 私は、常になりたいと思っていた自分である。
___ 18. 私の仕事は、私に満足感を与えてくれる。
___ 19. [支援者]としての仕事のせいで、疲れ果てていると感じる。
___ 20. 私が[支援している]人々や、彼らをどう助けられるかについて、幸福な考えや感情を抱く。
___ 21. 自分のケース[業務]の量が果てしないように思え、圧倒されていると感じる。
___ 22. 私は仕事を通じて変化をもたらすことができると信じている。
___ 23. 私が[支援している]人々の恐ろしい体験を思い出させるため、特定の活動や状況を避けている。
___ 24. 自分が[支援のために]できることを誇りに思う。
___ 25. 私の[支援活動]の結果として、侵入的で恐ろしい考えが浮かぶ。
___ 26. システム（制度や組織）によって行き詰まりを感じる。
___ 27. 自分は[支援者]として「成功している」という考えを持つ。
___ 28. トラウマ被害者との関わりの中で、重要な部分を思い出すことができない。
___ 29. 私はとても思いやりのある人間だ。
___ 30. この仕事を選んでよかったと満足している。

© B. Hudnall Stamm, 2009–2012. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). http://www.proqol.org. このテストは、(a)著作者名を明記し、(b)改変を加えず、(c)販売しない限り、自由に複製することができます。このテストの使用に関心のある方は、http://www.proqol.org にアクセスし、使用しているコピーが最新版であることを確認してください。

出典: Stamm, 2012. 許可を得て使用

資料 2.2-10: ProQOL（職業生活の質）スクリーニングにおけるあなたのスコア

あなたの回答に基づき、ご自身のスコアを以下に記入してください。懸念がある場合は、身体的または精神的な医療専門家に相談してください。

共感満足 (Compassion Satisfaction) _____ 共感満足とは、自分の仕事をうまく遂行できることから得られる喜びのことです。例えば、仕事を通じて他人を助けることに喜びを感じるかもしれません。同僚や、職場環境、さらには社会全体の利益に貢献できる自分の能力について、肯定的に感じているかもしれません。この尺度のスコアが高いほど、自分の仕事において有能なケア提供者である能力に関する満足度が高いことを示します。

平均スコアは50点です（SD 10、α信頼性係数 .88）。約25%の人が57点より高く、約25%の人が43点より低いスコアです。もしあなたのスコアが高い範囲にあれば、あなたはおそらく自分の職務から大きな職業的満足感を得ているでしょう。スコアが40点未満の場合、仕事に問題があるか、あるいは何か他の理由があるかもしれません。例えば、仕事以外の活動から満足感を得ているといったことです。

バーンアウト（燃え尽き）(Burnout)_____ ほとんどの人は、バーンアウトがどのようなものか直感的に理解しています。研究の観点からは、バーンアウトは共感疲労（CF）の要素の一つです。それは、絶望感や、仕事に対処したり、効果的に業務を遂行したりすることの困難さと関連しています。これらのネガティブな感情は、通常、徐々に現れます。自分の努力が何の変化ももたらさないという感覚を反映している場合もあれば、非常に高い仕事の負荷

や、非協力的な職場環境と関連している場合もあります。この尺度のスコアが高いほど、バーンアウトのリスクが高いことを意味します。

バーンアウト尺度の平均スコアは50点です（SD 10、α信頼性係数 .75）。約25%の人が57点より高く、約25%の人が43点より低いスコアです。スコアが43点未満であれば、これはおそらく、仕事で有能であるという自分の能力について肯定的な感情を抱いていることを反映しています。57点より高い場合は、職場で何が自分の有効性を感じさせなくしているのかを考えてみるとよいかもしれません。スコアはあなたの気分を反映しているのかもしれません。例えば、「機嫌の悪い日」だったとか、少し休暇が必要なのかもしれません。もし高いスコアが続く場合や、それが他の心配事を反映している場合は、懸念事項となる可能性があります。

二次的トラウマストレス (Secondary Traumatic Stress)_____ 共感疲労（CF）の第二の構成要素は、二次的トラウマストレス（STS）です。これは、仕事に関連した、極度にまたはトラウマになるほどストレスの強い出来事への二次的な曝露に関するものです。他者のトラウマにさらされることで問題が生じることは比較的稀ですが、極度にまたはトラウマになるほどストレスの強い出来事を経験した人々をケアする多くの人に実際に起こります。例えば、他人に起きたトラウマ的な出来事に関する話を繰り返し聞くこと、これは一般的に代理受傷（Vicarious Traumatization）と呼ばれます。もしあなたの仕事が、例えば戦争や内戦地域での現地調査のように、あなたを直接危険にさらすものである場合、これは二次的な曝露ではありません。あなたの曝露は一次的なものです。しかし、仕事の結果として、例えばセラピストや救急隊員のように、他者のトラウマ的な出来事にさらされる場合、これは二次的な曝露です。STSの症状は通常、発症が急で、特定の出来事と関連しています。それには、恐怖を感じる、睡眠困難、動揺するような出来事のイメージが心に浮かぶ、その出来事を思い出させるものを避ける、といったものが含まれます。

この尺度の平均スコアは50点です（SD 10、α信頼性係数 .81）。約25%の人が43点より低く、約25%の人が57点より高いスコアです。スコアが57点より高い場合は、少し時間をとって、職場の何があなたを怖がらせている可能性があるのか、あるいは高いスコアに何か他の理由があるのかを考えてみるとよいでしょう。スコアが高いからといって必ずしも問題があるわけではありませんが、自分の仕事や職場環境についてどのように感じているかを見直した方がよいかもしれないという指標になります。このことについて、上司や同僚、または医療専門家と話し合うことをお勧めします。

© B. Hudnall Stamm, 2009–2012. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). http://www.proqol.org. このテストは、(a)著作者が明記され、(b)いかなる変更も加えられず、(c)販売されない限り、自由にコピーすることができます。このテストの使用に関心のある方は、http://www.proqol.org にアクセスし、使用しているコピーが最新版であることを確認してください。 出典: Stamm, 2012. 許可を得て使用。

資料 2.2-11: 私のスコアとその意味は？

このセクションでは、あなた自身の解釈を理解するためにテストを採点します。各セクションのスコアを出すには、左にリストされている質問の合計を計算し、そのセクションの右側にある表であなたのスコアを見つけます。

共感満足尺度 (Compassion Satisfaction Scale)

これらの各質問に対するあなたの評価をこの表に書き写し、それらを合計してください。合計したら、右の表であなたのスコアを見つけることができます。

- **問3.** _____
- **問6.** _____
- **問12.** _____
- **問16.** _____
- **問18.** _____
- **問20.** _____
- **問22.** _____
- **問24.** _____
- **問27.** _____
- **問30.** _____
- **合計 :** _____

私の共感満足に関する質問の合計点	したがって私のスコアは	そして私の共感満足レベルは
22点以下	43点以下	低い (Low)
23点～41点	約50点	平均 (Average)
42点以上	57点以上	高い (High)

バーンアウト尺度 (Burnout Scale)

バーンアウト尺度では、追加のステップが必要です。アスタリスク(*)が付いた項目は「**逆転採点**」されます。項目に1と採点した場合、その横に5と書いてください。スコアを逆転させるようお願いする理由は、これらの質問が肯定的な形で尋ねられた方が、その否定的な形についてより多くのことを教えてくれるため、科学的に尺度がよりうまく機能するからです。例えば、質問1の「私は幸せです」という項目は、あなたが幸せでないときに、支援することの影響についてより多くのことを教えてくれるため、スコアを逆転させます。

あなたの記入	変更後
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

- ***問1.** _____ = _____
- ***問4.** _____ = _____
- **問8.** _____
- **問10.** _____
- ***問15.** _____ = _____
- ***問17.** _____ = _____

- **問19.** _____
- **問21.** _____
- **問26.** _____
- ***問29.** _____ = _____
- **合計 :** _____

私のバーンアウトに関する質問の合計点	**したがって私のスコアは**	**そして私のバーンアウトレベルは**
22点以下	43点以下	低い (Low)
23点～41点	約50点	平均 (Average)
42点以上	57点以上	高い (High)

二次的トラウマストレス尺度 (Secondary Traumatic Stress Scale)

共感満足尺度で行ったのと同じように、これらの各質問に対するあなたの評価をこの表に書き写し、それらを合計してください。合計したら、右の表であなたのスコアを見つけることができます。

- **問2.** _____
- **問5.** _____
- **問7.** _____
- **問9.** _____
- **問11.** _____
- **問13.** _____
- **問14.** _____
- **問23.** _____
- **問25.** _____
- **問28.** _____
- **合計 :** _____

私の二次的トラウマに関する質問の合計点	したがって私のスコアは	そして私の二次的トラウマストレスレベルは
22点以下	43点以下	低い (Low)
23点～41点	約50点	平均 (Average)
42点以上	57点以上	高い (High)

© B. Hudnall Stamm, 2009–2012. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). http://www.proqol.org. このテストは、(a)著作者が明記され、(b)いかなる変更も加えられず、(c)販売されない限り、自由にコピーすることができます。このテストの使用に関心のある方は、http://www.proqol.org にアクセスし、使用しているコピーが最新版であることを確認してください。 出典: Stamm, 2012. 許可を得て使用。

臨床スーパーバイザーへのアドバイス：心理測定尺度を使用する利点と欠点

ProQOLのような心理測定尺度を使用することには、利点と欠点があります。すべてのテストは平均や範囲を測定するものであり、個々の状況を考慮するものではないということを理解することが重要です。

もし臨床スーパービジョンでProQOLを使用する場合は、それを**自己評価ツール**として提示してください。グループで実施する場合は、カウンセラーがあなたやチームと具体的な結果を共有しないことを選択できるようにしてください。もしカウンセラーが特定の項目や尺度のスコアをあなたと共有することを選択した場合は、彼らと協力的かつ敬意をもって協働し、彼ら自身がスコアをどう理解し、どのような意味を見出しているかを探求してください。もしこのツールが、評価的でなく、配慮のある方法でスーパーバイジー（指導を受ける人）に提示されない場合、二次的トラウマ体験のスコアが平均より高かったり、共感満足のスコアが平均より低かったりすると、カウンセラーは自分が失敗したかのように感じてしまうかもしれません。共感疲労やバーンアウトのスコアが高いことは、カウンセラーがクライアントを気にかけていないとか、有能な臨床家ではないということを意味するのではありません。スコアは、あなたとあなたのスーパーバイジーが、彼らが二次的トラウマ体験のリスクにさらされている可能性

があるかどうか、それを防ぐために何ができるか、どのように対処すべきか、そしてあなたが彼らをどのようにサポートできるか、といったことを把握するための一つの手段にすぎません。

臨床スーパービジョンでProQOLのような自己評価ツールを使用することの潜在的な利点は、それがカウンセラーにとって以下の助けとなり得ることです。

- 自身の感情的反応や行動を振り返り、二次的トラウマ体験の引き金となりうるものを特定する。
- 自身のリスクレベルを評価する。
- 二次的トラウマ体験を防ぐ可能性のある、代替的な対処戦略を検討する。
- 自分自身や仕事の満足度に対する自己認識を理解し、二次的トラウマ体験のリスクや共感満足について既に知っていることを再確認する。
- 曜日、仕事の負荷の強さ、週末や休暇から戻ったばかりかどうかなど、予期せぬ低い、あるいは高いスコアに寄与しうるさまざまな要因について考察する。
- 特定の項目や尺度のスコアが、普段は意識していないことを意識化させるため、自己認識と自己理解を深める。
- 自分が感情的、精神的、身体的、そしてスピリチュアルにどれだけレジリエンス（回復力）があるかに気づく。
- セルフケアや、協力的な同僚、チームメンバー、仕事以外のソーシャルネットワークといったセルフケア活動・リソースについて意識し、それについての対話を開くきっかけとなる。

定期的に使用する場合、自己評価ツールはカウンセラーと臨床スーパーバイザーが二次的トラウマストレス（STS）のレベルを監視し、重要な肯定的・否定的な変化を示し、特定の領域におけるセルフケアに向けた行動を促すのに役立ちます。臨床スーパーバイザーは、スーパーバイジーにProQOLを実施する前に、自分自身で記入し、その結果を自身のスーパーバイザー、同僚スーパーバイザー、または同僚と検討すべきです。そうすることで、スーパーバイザーは自己評価に対する自分自身の反応を測り、スーパーバイジーから起こりうる反応を予測することができます。

二次トラウマ化への対処

カウンセラーがSTSを経験している場合、組織は直ちに対処すべきです。臨床スーパーバイザーは、カウンセラーと協働して、各カウンセラーにとってアクセス可能で、受容可能で、適切な個別化された計画を考案し、カウンセラーが経験している二次ストレス反応に対処し、ストレスに対処するための特定のセルフケア戦略を提供することができます。二次トラウマ化に対処するための戦略に関する決定は、カウンセラーの個人的な好み、重大な出来事後の即時的な介入の機会、そしてカウンセラーのSTSの経験に関する認識のレベルに基づいているべきです。カウンセラーは、自分が経験していること、感じていること、考えていることについて話す必要があるかもしれません。これらの経験は、チームで、同僚との相談で、そしてそれらを効果的に統合するためのデブリーフィングミーティングで処理することができます（Myers & Wee, 2002）。

重大な出来事がスタッフ間で二次トラウマ化を呼び起こす場合—例えば、クライアントの自殺、治療プログラムでの暴力的な暴行、または別の深刻な出来事—参加したい労働者のために危機介入が利用可能であるべきです。どんな介入も任意であり、各労働者の個々のニーズ（例：ピア、グループ、または個人のセッション）に合わせて調整されるべきです。可能であれば、これらのサービスは一度きりではなく、継続的に提供されるべきです。

カウンセラーのSTS反応を誘発する重大な出来事をデブリーフィングする目的は、彼らがトラウマ的ストレスに関連する過覚醒を散逸させ、最終的にカウンセラーの障害につながる可能性のある長期的な余波を防ぐのを助けることです。臨床スーパーバイザーも二次トラウマ化を経験している可能性があるため、管理者には、すべてのスタッフメンバー（臨床スーパーバイザーを含む）が重大なストレス事象に対処し、処理するための安全な空間を提供するために、外部のトラウマコンサルタントを組織に招待することが賢明です。危機的でない状況については、二次トラウマ化は臨床スーパービジョンで対処されるべきです。臨床スーパーバイザーとカウンセラーは、STSの定期的なスクリーニングと自己評価をスーパービジョンのセッションに組み込むために協働すべきです。

臨床スーパーバイザーへのアドバイス：それはスーパービジョンか、それとも心理療法か？

臨床スーパービジョンには、治療的（therapeutic）となりうる側面や、カウンセラーとクライアントの間で生じる治療的・感情的なサポートと似ている側面がいくつかありますが、**臨床スーパービジョンはセラピーではありません**。そのため、臨床スーパーバイザーは、スーパー

バイジー（指導を受ける人）の職場での二次的トラウマストレス（STS）反応に対応する際に、彼らとの間に適切な境界線を維持することが重要です。

では、スーパービジョンのプロセスは、どのような場合にスーパーバイジーに対するセラピーの実践という領域に踏み込んでしまうのでしょうか？一つの明確な指標は、スーパーバイザーがカウンセラーの個人的な経歴を探り始め、その経歴が特定のクライアントやトラウマ歴のあるクライアント全般との関わりにどのように影響しているかという点に話を戻すのではなく、**その経歴そのものについて直接的に考察し始める**場合です。臨床スーパーバイザーは、クライアントに対するカウンセラーの臨床実践能力に直接影響を与えている可能性のある問題にのみ、焦点を絞るべきです。もし臨床スーパービジョンで個人的な問題が持ち上がった場合、カウンセラーには自身のカウンセリングや心理療法でそれらの問題に取り組むよう促すべきです。

資料 2.2-12: 二次的トラウマ体験に対処するための臨床スーパーバイザー向けガイドライン

1. カウンセラーに、STS（二次的トラウマストレス）の経験に関する定期的なスクリーニング／自己評価を行うよう促す。
2. 臨床スーパービジョンの中で、カウンセラーと共にSTSの兆候について取り上げる。
3. カウンセラーと協働して包括的なセルフケア計画を作成し、その有効性を定期的に評価する。
4. 個人およびグループでのスーパービジョンやチームミーティングにおいて、カウンセラーがSTSと向き合うための、安全で評価的でない（nonjudgmental）環境を提供する。
5. 職場で起きた危機的なストレス事象についてデブリーフィング（事後検討）を行うための、安全で評価的でない場をカウンセラーに提供する。必要であれば、外部のコンサルタントを招く。
6. 職場での二次的トラウマの一因となっている可能性のある個人的な問題を探求するために、カウンセラーが必要に応じて個人のカウンセリングや心理療法を受けることを支援し、奨励する。

事例紹介：カーラ

カーラは38歳のケースマネージャーで、精神保健と物質乱用問題に対応する統合機関で働いています。彼女は、慢性的な健康問題や重度の精神保健問題、物質乱用問題を抱え、外出が困難なクライアントに在宅ケースマネジメントサービスを提供しています。彼女のクライアントの多くはPTSDを抱え、慢性的で体を衰弱させる痛みに苦しんでいます。

カーラの両親は二人ともアルコール使用障害を抱えており、その結果、彼女は家族の中でケアテイカー（世話役）となりました。彼女は自分の仕事を愛していますが、週に50時間から60時間働くことが多く、仕事とプライベートを切り離すことに苦労しています。彼女はしばしばクライアントの夢を見て、不安を感じながら早朝に目を覚まします。身体的・性的虐待を受けたことも、暴力や自然災害のトラウマを経験したこともないにもかかわらず、時々トラウマ的な悪夢を見ることがあります。彼女は毎日コーヒーを5杯、ダイエットソーダを3〜4本飲み、クライアントの家から次の家へ車で移動する間に、ハンバーガーやお菓子を軽食として口にしています。この1年で体重は20ポンド（約9キロ）増え、同僚以外に友人はほとんどいません。2年以上も休暇を取っていません。近所のカトリック教会に所属していますが、日曜日になる頃には忙しすぎて疲れ果てていると言って、通うのをやめてしまいました。

彼女の勤める機関はトレーナーを招き、そのトレーナーがケースマネジメント部門と面談し、スタッフが現在のセルフケアの実践状況を自己評価し、包括的なセルフケア計画を立てるのを指導しました。研修中、カーラは仕事に人生の他の部分を乗っ取られてしまっていること、そしてバランスを取り戻すためにいくつかの変化が必要であることを認めました。彼女はセルフケア計画を書き出しました。その内容には、カフェインを減らすこと、教会で知り合った友人に電話して映画に行くこと、日曜日にミサに行くこと、埃をかぶったランニングマシンを引っ張り出して再び使うこと、そしてビーチへの短い休暇を計画することが含まれていました。彼女はまた、自分の計画をスーパーバイザーと話し合い、自身の不安や悪夢について話すためのカウンセラーを探し始めることを決意しました。

次のスーパービジョンのセッションで、カーラのスーパーバイザーは彼女と一緒にセルフケア計画を見直し、カーラがセルフケア戦略の有効性を評価するのを手伝いました。彼女のスーパーバイザーはまた、カーラが休暇を取る間に彼女のケース（担当事例）をどのようにカバーするか、計画を立て始めました。

カウンセラーのセルフケア

物質使用障害、精神障害、そしてトラウマ関連障害を併発しているクライアントとの治療的作業の過酷さ、およびカウンセラーが二次的トラウマを負う脆弱性を考慮すると、包括的で個別化されたセルフケア計画が強く推奨されます。セルフケア計画を立てる上での鍵は「バランス」です。家庭と仕事のバランス、自己と他者に焦点を当てることのバランス、そして休息と活動のバランスです（Saakvitne, Perlman, & Traumatic Stress Institute/ Center for Adult & Adolescent Psychotherapy 1996）。カウンセラーのセルフケアはまた、脆弱性のバランスを取ることでもあります。この脆弱性があるからこそ、カウンセラーはクライアントが非常に辛い内容に取り組む際に、その場に寄り添い、対応することが可能になります。同時に、カウンセラー自身の信念や世界観を脅かす可能性のある状況において、自己の尊厳を保つための合理的な努力も必要です（Burke et al., 2006）。包括的なセルフケア計画には、カウンセラーの生活における身体的、心理的・精神的、感情的・対人関係的、そしてスピリチュアルな側面を育む活動が含まれるべきです。

カウンセラーのセルフケアに関する文献は、物質使用障害やトラウマ関連障害を持つクライアントと関わる行動保健の専門家を支援するための、個人、チーム、そして組織的な戦略を提唱しています。カウンセラーは包括的なセルフケア計画を立て、その計画にコミットする責任がありますが、臨床スーパーバイザーや管理者は、カウンセラーのセルフケアを促進し、セルフケア計画の実施を支援し、そして自らがセルフケアの模範となる責任があります。カウンセラーのセルフケアは倫理的な必須事項です。トラウマインフォームドな組織全体が、物質使用障害、精神障害、トラウマ関連障害を持つクライアントへのサービス提供に関する他の倫理的問題に取り組むのと同様に、二次的トラウマのリスクにさらされているスタッフメンバーのセルフケアにも、倫理的課題として取り組まなければなりません。Saakvitneら（1996）は、管理者がカウンセラーのセルフケアを支援することは、カウンセラー（およびそのクライアント）への二次的トラウマの悪影響を軽減するという点で費用対効果が高いだけでなく、カウンセラーの「希望を維持する行動」を促進し、彼らの学習意欲と受容性を高め、それによって仕事のパフォーマンスとクライアントケアを向上させると示唆しています。

包括的なセルフケア計画

セルフケア計画には、現在のコーピングスキルと戦略の自己評価、および以下の4つの領域に取り組む全体的で包括的なセルフケア計画の策定が含まれるべきです。

1. 身体的セルフケア
2. 心理的セルフケア（認知的・精神的側面を含む）
3. 感情的セルフケア（対人関係的側面を含む）
4. スピリチュアルなセルフケア

トラウマ関連障害を持つクライアントと働くストレスに対処し、バランスを見つけるのに役立つ可能性のある活動には、困難な臨床状況について同僚と話すこと、ワークショップに参加すること、家族や友人と社会活動に参加すること、運動すること、クライアントのセッション数を制限すること、トラウマ歴のあるクライアントとないクライアントを含むようにケースロードのバランスを取ること、必ず休暇を取ること、勤務中に休憩を取ること、音楽を聴くこと、自然の中を歩くこと、そして私生活と職業生活の両方で感情的なサポートを求めることが含まれます（Saakvitne et al., 1996）。さらに、定期的な臨床スーパービジョンや個人の心理療法またはカウンセリングは、二次的トラウマストレス（STS）がカウンセラーに与える影響を軽減するための前向きなコーピング戦略となり得ます。

それでも、各カウンセラーはそれぞれに異なっており、あるカウンセラーにとって役立つセルフケアのアプローチが、別のカウンセラーには役立たないかもしれません。資料2.2-13と2.2-14は、カウンセラーがどの具体的なセルフケア活動が自分に最も合うかを発見するのを助けるための自己内省のツールを提供しています。このワークシートは、カウンセラーが個人的に使用することも、臨床スーパーバイザーが個人スーパービジョン、グループスーパービジョン、チームミーティング、またはカウンセラーのセルフケアに関する研修での演習として使用することもできます。

臨床スーパーバイザーへの助言：精神性

この文脈における「精神的」という言葉は、人生の意味と目的を見つけること、および／または自己よりも大きな何かへのつながりを広く示すために使用されます。精神的な意味と信仰の経験は、非常に個人的であり、特定の宗教的な文脈内外で見つけることができます。

精神的な実践、創造的な活動、グループ／コミュニティ活動に従事することは、意味とつながりの感覚を育むことができ、それは意味の喪失、人生への信仰の喪失、そして二次トラウマ化の一部である可能性のある世界観における認知的な変化の有害な影響を打ち消すことができ

ます。トラウマ関連の障害を持つクライアントを持つカウンセラーは、瞑想、マインドフルネスの実践、自然の中にいること、ジャーナリング、ボランティア活動、教会に通うこと、そして精神的なコミュニティを見つけることなど、精神的に指向した活動に従事するとき、世界観に関する認知スキーマの障害が少なく、絶望感が少ないです（Burke et al., 2006）。臨床スーパーバイザーは、スーパーバイジーの精神的な意味の多次元的な性質にオープンで、注意を払い続け、特定の宗教的または精神的な信念体系を彼らに押し付けることを控えることによって、カウンセラーが自分自身の精神性と精神的なリソースを探求することを奨励することができます。強い精神的なつながりの感覚は、カウンセラーのレジリエンスと、クライアントのトラウマの資料とトラウマ関連の行動（自殺性を含む）がカウンセラーの人生への信仰と意味の感覚に与える、時には圧倒的な影響に対処する能力を高めることができます。

セルフケアのモデル化

「介入を実施することは常に容易ではなく、適用するのがより困難な対処戦略の一つは、スタッフが長時間働くことに関係していました。支援センターで働くスタッフの多くはまた、陸軍で働くフルタイムの仕事も持っていました。さらに、多くのスタッフは家族支援センターでボランティアをすることを選び、16〜18時間働きました。私たちが彼ら自身のセルフケアの重要性について彼らと話したとき、多くの障壁が現れました：働かないことへの罪悪感、他の人が彼らに失望することへの心配、家族が必要とするものを提供できないことへの失敗の恐れ、そして『そこにいる強い必要性』です。休憩や休暇を取ることについて人々と話すことは、彼らの多くが、疲労、集中困難、生産性の低下の兆候にもかかわらず、休暇は必要ないと主張したため、問題があることがわかりました。さらに、休暇はモデル化されませんでした。経営陣は、家族を失望させたくないと思い、私たちの要求にもかかわらず、長時間働き続けました。一般的に、個人はそのような努力の背後にある理由を見て、理解することができました。しかし、実際にコミットメントをすることは、全く異なる問題であるように見えました。実際、私たちのチーム自身は、合理的な時間を保っていたにもかかわらず（1日8〜10時間）、27日間で一日も休みを取りませんでした。災害対応チームのメンバーシップの一部として休暇を要求することは、この問題を解決する一つの方法かもしれません。」 —9月11日後のペンタゴンでの災害対応チームのメンバー

出典：Walser, 2004, pp. 4–5.

包括的なセルフケア計画ワークシート

	個人的	**専門的／職場**
身体的		
心理的／精神的		
感情的／関係的		
精神的		

© P. Burke, 2006. このワークシートは、(a)著者がクレジットされ、(b)変更がなく、(c)販売されない限り、自由にコピーすることができます。再版の許可は、著者であるPatricia A. Burkeから得ています。 出典：Burke, 2006. 許可を得て使用。

セルフケアの不可欠な構成要素

Saakvitneと同僚（1996）は、カウンセラーに対する二次トラウマ化の悪影響に効果的に対処する、セルフケアの3つの不可欠な構成要素、「ABC」を説明しています：

1. **認識：**自分のニーズ、限界、感情、そして内的な／外的なリソースの**認識**。認識には、自分の身体的、心理的、感情的、精神的なニーズに対する、マインドフル／非審判的な注意が含まれます。そのような注意は、自己反省を支援する静かな時間と空間を必要とします。

2. **バランス：**職場での活動、仕事と遊びの間、活動と休息の間、そして自己と他者に焦点を当てる間の**バランス**。バランスは安定性を提供し、ストレスレベルが高いときにカウンセラーがよりグラウンディングされるのを助けます。
3. **つながり：**自己、他者、そして自己よりも大きな何かへの**つながり**。つながりは孤立を減らし、希望を高め、ストレスを拡散させ、カウンセラーがクライアントケアの責任の負担を共有するのを助けます。それは、カウンセラーがそれに巻き込まれることなく、途方もない苦しみを目の当たりにする能力を高めるアンカーを提供します。

包括的なセルフケア計画ワークシートの指示

以下の質問を使用して、自己反省のプロセスに従事し、包括的なセルフケア計画を立てるのを助けます。具体的であり、あなたのユニークな状況にアクセス可能で、受容可能で、適切な戦略を含めること。定期的に計画を評価し、改訂することを覚えておいてください。

身体的

私の体がリラックスするのを助ける、非化学的なものは何ですか？
私の体が健康であるのを支えるものは何ですか？

心理的／精神的

私の心がリラックスするのを助けるものは何ですか？
私がより大きな視点を見るのを助けるものは何ですか？
私が大きなタスクを小さなステップに分解するのを助けるものは何ですか？
私が否定的な自己対話を打ち消すのを助けるものは何ですか？
私が否定的な信念に挑戦するのを助けるものは何ですか？
私がトラウマと依存症の理論的な理解を築くのを助けるものは何ですか？
私がトラウマを受けたクライアントと働く上でのカウンセリング／支援スキルを高めるのを助けるものは何ですか？
私がより自己反省的になるのを助けるものは何ですか？

感情的／関係的

私がグラウンディングされ、強い感情に耐えることができると感じるのを助けるものは何ですか？
私が健康的な方法で自分の感情を表現するのを助けるものは何ですか？
誰が肯定的な方法で対処するのを助け、彼らはどのように助けますか？
私が他者とつながっていると感じるのを助けるものは何ですか？
私がクライアントに関する私の反応／感情について安全に話せると感じる少なくとも3人は誰ですか？
どのようにして定期的にそれらの人々とつながることができますか？

精神的

私が人生に意味を見出すのを助けるものは何ですか？
私が希望を感じるのを助けるものは何ですか？
困難な時期に私を支えるものは何ですか？
私を何か大きなものとつなげるものは何ですか？

© P. Burke, 2006. このワークシートは、(a)著者がクレジットされ、(b)変更がなく、(c)販売されない限り、自由にコピーすることができます。再版の許可は、著者であるPatricia A. Burkeから得ています。 出典：Burke, 2006. 許可を得て使用。

臨床スーパーバイザーは、これらの質問を反映することによって、カウンセラーがABCを通じてセルフケア計画を見直すのを助けることができます：

1. カウンセラーは、4つのドメイン（身体的、心理的／精神的、感情的／関係的、精神的）における、彼のまたは彼女のニーズ、限界、感情、そして内的なおよび外的なリソースを正確に特定しましたか？
2. カウンセラーは、仕事と余暇、活動と休息、そして自己と他者への焦点の間のバランスを提供するセルフケア活動を説明しましたか？
3. カウンセラーは、自己、他者、そして自己よりも大きな何か（または人生に関するより大きな視点）へのつながりを高めるセルフケア活動を特定しましたか？

スーパーバイザーは、自分自身のセルフケア計画を立て、彼らの臨床スーパーバイザー、ピアスーパーバイザー、または同僚と定期的にそれらを見直すべきです。

セルフケアへのコミットメント

セルフケアへの主要な障害の一つは、職場と家庭の両方で、他者の終わりのない要求に屈することです。したがって、臨床スーパーバイザーの支援を得て、カウンセラーが「[彼らの]境界線と限界の守護者」になることが不可欠です（Saakvitne et al., 1996, p. 136）。休息、運動、同僚とのつながり、その他のセルフケア活動のための休憩を含む、毎日のスケジュールを作成することは、カウンセラーが、自分自身を養い、育てる時間を取る価値のある貴重な個人であることを認識するのを支援し、したがってセルフケアへのコミットメントを高めることができます。カウンセラーがセルフケアにコミットするのを支援する別の方法は、スーパーバイザーと管理者が、自分自身の専門的および個人的な生活でセルフケアをモデル化することです。

カウンセラーのセルフケアが、単に贅沢や利己的な活動ではなく、むしろ倫理的な必須事項であると理解すること（資料2.2-15）は、カウンセラーが、有能で思いやりのある介護者として奉仕する人々への自分自身の価値観と説明責任へのつながりの感覚を育むことができます。臨床スーパーバイザーと管理者は、思いやりのある、トラウマインフォームドな職場環境を提供することによって、カウンセラーを支援しながら、この説明責任の感覚を強化することができます。

資料2.2-15：セルフケアの倫理

グリーンクロス・トラウマ学アカデミーは、元々、1995年4月19日のアルフレッド・P・マラー連邦ビル爆破事件後のオクラホマシティのニーズに応えるために設立されました。以下は、労働者のセルフケアに関するアカデミーの倫理規定からの適応された例です。

実践におけるセルフケアの倫理原則 これらの原則は、十分なセルフケアが、私たちが奉仕する人々を害することを防ぐため、実践者としてあなたのセルフケアに参加しないことは非倫理的であると宣言しています。

セルフケアのガイドラインの基準：

- **自己の尊厳と価値への敬意：**違反はあなたの誠実さと信頼を低下させます。
- **セルフケアの責任：**最終的に、あなた自身の世話をするのはあなたの責任です—そして、どんな状況や人もこの義務を怠ることを正当化することはできません。
- **セルフケアと遂行する義務：**支援者として遂行する義務は、同時に、セルフケアへの義務がなければ、果たされないという認識がなければなりません。

人道的なセルフケアの実践の基準：

- **ウェルネスへの普遍的な権利：**すべての支援者は、彼または彼女の役割や雇用主に関わらず、セルフケアに関連するウェルネスへの権利を持っています。
- **身体的な休息と栄養：**すべての支援者は、彼らの仕事の役割で彼らを支える、安らかな睡眠と仕事からの身体的な分離に値します。
- **感情的な休息と栄養：**すべての支援者は、仕事の文脈内外の両方で、感情的および精神的な更新に値します。
- **栄養の調整：**すべての支援者は、不適切な消費が彼らの能力を損なう可能性があるため、彼らが消費するものと量（例：食べ物、飲み物、薬物、刺激）に関して、自制心を利用しなければなりません。

セルフケアへのコミットメント：

- **形式的で、具体的なコミットメントをする：**書面で、公に、具体的で、測定可能なセルフケアの約束をする。
- **締め切りと目標を設定する：**セルフケア計画は、セルフケアの特定の活動に関連する締め切りと目標を設定すべきです。
- **機能する戦略を生成し、それに従う：**そのような計画は、達成可能であり、大きなコミットメントを持って従われ、あなたのセルフケアの擁護者によって監視されるべきです。

出典：Green Cross Academy of Traumatology, 2010. 許可を得て改変。

二次トラウマ化を認め、正常化し、カウンセラーが同時に自分の仕事をし、自分自身の世話をすることを可能にする合理的なリソースを提供することによって、カウンセラーに対する二次トラウマ化とその影響を防ぎ、軽減することは、スタッフの離職を減らし、クライアントへのサービスの潜在的な不連続性を減らすという点で、費用対効果が高いだけでなく、トラウマインフォームドな組織の倫理的な責任でもあります。

付録

付録A　文献リスト

Abrahams, I. A., Ali, O., Davidson, L., Evans, A. C., King, J. K., Poplawski, P., et al. (2010). Philade lphia behavioral health services transformation: Practice guidelines for recovery and resilience oriented treatment. Philadelphia: Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services.

Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its use with s ocial workers following urban disaster. Research on Social Work Practice, 18, 238–250.

Adler, A. B., Litz, B. T., Castro, C. A., Suvak, M., Thomas, J. L., Burrell, L., et al. (2008). A group r andomized trial of critical incident stress debriefing provided to U.S. peacekeepers. Journal of Traumatic Stress, 21, 253–263.

Administration on Children, Youth, and Families. (2002). Sexual abuse among homeless adolescent s: Prevalence, correlates, and sequelae. Washington, DC: Administration on Children, Youth, a nd Families.

Advanced Trauma Solutions, Inc. (2012). Trauma affect regulation: Guide for education & therapy. Farmington, CT: Advanced Trauma Solutions, Inc.

Allen, J. G. (2001). Traumatic relationships and serious mental disorders. New York: John Wiley & Sons Ltd.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3 rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000b). Position statement on therapies focused on memories o f childhood physical and sexual abuse. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2012a). G 03 posttraumatic stress disorder. Washington, DC: A merican Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2012b). Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013b). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Arl ington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychological Association & The Ad Hoc Committee on Legal and Ethical Issues in the T reatment of Interpersonal Violence. (2003). Potential problems for psychologists working with the area of interpersonal violence. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). Th e enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evi dence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neu roscience, 256 (3), 174–86.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Brown, D., Chapman, D., Dong, M., Dube, S. R., et al. (2006). Insights in to intimate partner violence from the adverse childhood experiences (ACE) study. In The phys ician's guide to intimate partner violence and abuse (pp. 77–88). Volcano, CA: Volcano Press.

Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: A history and a critique. Annals of the New York Academy of Sciences, 1208, 67-71.

Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2001). Practitioner's guide to empirically based meas ures of anxiety. New York: Plenum Press.

Arkowitz, H., Miller, W. R., Westra, H. A., & Rollnick, S. (2008). Motivational interviewing in the t reatment of psychological problems: Conclusions and future directions. In Motivational intervi ewing in the treatment of psychological problems (pp. 324–342). New York: Guilford Press.

Auerbach, S. (2003). Sleep disorders related to alcohol and other drug use. In A.W. Graham, T. K. Schultz, M. F. Mayo-Smith, R. K. Ries, & B. B. Wilford (Eds.), Principles of addiction medicin e. (3rd ed.). (pp. 1179–1193). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical revie w. Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 125–143.

Baker, K. G. & Gippenreiter, J. B. (1998). Stalin's purge and its impact on Russian families: A pilot study. In Y. Danieli (Ed.), International handbook of multigenerational legacies of trauma (pp. 403–434). New York: Plenum Press.

Bartone, P. T., Roland, R. R., Picano, J. J., & Williams, T. (2008). Psychological hardiness predicts success in US Army Special Forces candidates. International Journal of Selection and Assessme nt, 16, 78–81.

Batten, S. V. & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of como rbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: A case study. Clinical Case Studies, 4, 246–262.

Beck, A. T. (1993). Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New Yo rk: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory - II manual. San Anton io, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. F. (1993). Cognitive therapy of substance ab use. New York: Guilford Press.

Bell, C. C. (2011). Trauma, culture, and resiliency. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), Resilience and mental health: Challenges across the lifespan (pp. 176–1 87). New York: Cambridge University Press.

Benedek, D. M. & Ursano, R. J. (2009). Posttraumatic stress disorder: From phenomenology to clin ical practice. FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 7, 160–175.

Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (2009). Fundamentals of clinical supervision. (4th ed.). Upper Sa ddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Bernstein, D. P. (2000). Childhood trauma and drug addiction: Assessment, diagnosis, and treatme nt. Alcoholism Treatment Quarterly, 18, 19–30.

Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation sc ale. Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 727–735.

Bills, L. J. (2003). Using trauma theory and S.A.G.E. in outpatient psychiatric practice. Psychiatric Quarterly, 74, 191–203.

Blackburn, C. (1995). Family and relapse. Counselor. Alexandria, VA: National Association of Alco holism and Drug Abuse Counselors.

Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Koloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D., et al. (1990). Clinici an Administered PTSD Scale (CAPS). Boston: National Center for Post-Traumatic Stress Dis order.

Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health s ymptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. Journal of t he American Medical Association, 290, 612–620.

Bloom, S. L. (1997). Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies. New York: Routle dge.

Bloom, S. L., Bennington-Davis, M., Farragher, B., McCorkle, D., Nice-Martini, K., & Wellbank, K. (2003). Multiple opportunities for creating sanctuary. Psychiatric Quarterly, 74, 173–190.

Bloom, S. L., Foderaro, J. F., & Ryan, R. (2006). S.E.L.F.: A trauma-informed psychoeducational gr oup Curriculum. Retrieved on November 18, 2013, from: http://sanctuaryweb.com/PDFs_new /COMPLETE%20INTRODUCTORY%20MATERI AL.pdf

Bober, T. & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they wor k? Brief Treatment and Crisis Intervention, 6, 1–9.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human c apacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 29, 20–28.

Bonanno, G. A. & Mancini, A. D. (2011). Toward a lifespan approach to resilience and potential tra uma. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), Resilience and men tal health: Challenges across the lifespan (pp. 120–134). New York: Cambridge University Pres s.

Bowman, C. G. & Mertz, E. (1996). A dangerous direction: Legal intervention in sexual abuse survi vor therapy. Harvard Law Review, 109, 551–639.

Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid substance abus e and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. American Journal on Addictions, 3, 160–164.

Breslau, N. (2002). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. Journal of Gen der Specific Medicine, 5, 34–40.

Brewin, C. R. (2007). Remembering and forgetting. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), Handbook of PTSD: Science and practice (pp. 116–134). New York: Guilford Press.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumati c stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 748–766.

Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. Social Work, 5 2, 63–70.

Briere, J. (1995). Trauma symptom inventory professional manual. Odessa, FL: Psychological Asse ssment Resources.

Briere, J. (1996a). Therapy for adults molested as children: Beyond survival. (2nd ed.). New York: Springer Pub.

Briere, J. (1996b). Trauma symptom checklist for children professional manual. Odessa, FL: Psych ological Assessment Resources.

Briere, J. (1997). Psychological assessment of adult posttraumatic states. (1st ed.). Washington, D C: American Psychological Association.

Briere, J. & Scott, C. (2006a). Central issues in trauma treatment. In Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (pp. 67–85). Thousand Oaks, CA: Sage Public ations.

Briere, J. & Scott, C. (2006b). Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and t reatment. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Briere, J., & Scott, C. (2012). Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and tr eatment. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and desig n. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature–nurture reconceptualized in developmental perspe ctive: A bioecological model. Psychological Review, 101, 568–586.

Brown, L. S. (2008). Feminist therapy. In J. L. Lebow (Ed.), Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice (pp. 277–306). Hoboken, NJ: John Wiley & S ons, Inc.

Brown, P. J., Read, J. P., & Kahler, C. W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and subst ance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. In P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disord ers (pp. 171–188). Washington, DC: American Psychological Association.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (2000). Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment. (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (2003). Gender differences in the relationship between acute stress d isorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. Australian and Ne w Zealand Journal of Psychiatry, 37, 226–229.

Burke, P. A., Carruth, B., & Prichard, D. (2006). Counselor self-care in work with traumatized addi cted people. In B. Carruth (Ed.), Psychological trauma and addiction treatment (pp. 283– 30 2). New York: Haworth Press.

Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A., & Follette, V. M. (2009). Cognitive-behavioral therap y for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), Effective treatme nts for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (2nd ed.). (pp. 139–222). New York: Guilford Press.

Caldwell, B. A. & Redeker, N. (2005). Sleep and trauma: An overview. Issues in Mental Health Nur sing, 26, 721–738.

Campbell-Sills, L. & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor Davi dson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. Journal of Tra umatic Stress, 20, 1019–1028.

Capezza, N. M. & Najavits, L. M. (2012). Rates of trauma-informed counseling at substance abuse treatment facilities: Reports from over 10,000 programs. Psychiatric Services, 63, 390– 394.

Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C., & Spiegel, D. (2000). Psychometric properti es of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. Journal of Traumatic Stress, 13, 719–734.

Carlson, E. B. & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. Dissociat ion, 6, 16–27.

Carroll, J. F. X. & McGinley, J. J. (2001). A screening form for identifying mental health problems i n alcohol/other drug dependent persons. Alcoholism Treatment Quarterly, 19, 33–47.

Catalano, S. (2012). Intimate partner violence in the U.S. Washington, DC: Bureau of Justice Statis tics.

Catalano, S. M. (2004). Criminal victimization, 2003: National crime victimization survey. Washing ton, DC: Bureau of Justice Statistics.

Centers for Disease Control and Prevention. (2009). The social-ecological model: A framework for prevention. Retrieved on November 20, 2013, from: http://www.cdc.gov/violenceprevention/o verview/social-ecologicalmodel.html

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Publications by health outcome: Adverse child hood experiences (ACE) study. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013, January 18). Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Retrieved on August 14, 2013, from http://www.cdc.gov/ace/about.htm

Center for Mental Health Services. (1996). Responding to the needs of people with serious and per sistent mental illness in times of major disaster (Rep. No. SMA 96-3077). Rockville, MD: Subs tance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Mental Health Services, Division of Prevention, Traumatic Stress and Special Programs, Emergency Mental Health and Traumatic Stress Services Branch. (2003). Fact sheet (Rep. No. KEN 95-0011). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1993a). Improving treatment for drug-exposed infants. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 5. HHS Publication No. (SMA) 95-3057. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1993b). Pregnant, substance-using women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 2. HHS Publication No. (SMA) 93-1998. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1993c). Screening for infectious diseases among substance abusers. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 6. HHS Publication No. (SMA) 95–3060. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1994). Simple screening instruments for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 11. HHS Publication No. (SMA) 94-2094. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1995a). Alcohol and other drug screening of hospitalized trauma patients. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 16. HHS Publication No. (SMA) 95-3041. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1995b). Combining alcohol and other drug treatment with diversion for juveniles in the justice system. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 21. HHS Publication No. (SMA) 95-3051. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1995c). Developing state outcomes monitoring systems for alcohol and other drug abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 14. HHS Publication No. (SMA) 95-3031. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1995d). The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) S

eries 13. HHS Publication No. (SMA) 95-3021. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1995e). The tuberculosis epidemic: Legal and ethical issues for alcohol and other drug abuse treatment providers. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 18. HHS Publication No. (SMA) 95-3047. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1996). Treatment drug courts: Integrating substance abuse treatment with legal case processing. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 23. HHS Publication No. (SMA) 96-3113. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1997a). A guide to substance abuse services for primary care clinicians. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 24. HHS Publication No. (SMA) 97-3139. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1997b). Substance abuse treatment and domestic violence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 25. HHS Publication No. (SMA) 97-3163. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1998a). Comprehensive case management for substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27. HHS Publication No. (SMA) 98-3222. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1998b). Continuity of offender treatment for substance use disorders from institution to community. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 30. HHS Publication No. (SMA) 98-3245. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1998c). Naltrexone and alcoholism treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 28. HHS Publication No. (SMA) 98-3206. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1998d). Substance abuse among older adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. HHS Publication No. (SMA) 98-3179. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1998e). Substance use disorder treatment for people with physical and cognitive disabilities. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 29. HHS Publication No. (SMA) 98-3249. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1999a). Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. HHS Publication No. (SMA) 99–3353. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1999b). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. HHS Publication No. (SMA) 99-3354. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1999c). Screening and assessing adolescents for substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 31. HHS Publication No. (SMA) 99-3282. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1999d). Treatment of adolescents with substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 32. HHS Publication No. (SMA) 99– 3283. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (1999e). Treatment for stimulant use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33. HHS Publication No. (SMA) 99-3296. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2000a). Integrating substance abuse treatment and vocational services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 38. HHS Publication No. (SMA) 00-3470. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2000b). Substance abuse treatment for persons with child abuse and neglect issues. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 36. HHS Publication No. (SMA) 00-3357. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2000c). Substance abuse treatment for persons with HIV/AIDS. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 37. HHS Publication No. (SMA) 00-3459. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2004a). Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40. HHS Publication No. (SMA) 04-3939. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2004b). Substance abuse treatment and family therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 39. HHS Publication No. (SMA) 04-3957. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005a). Medication-assisted treatment for opioid addiction. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. HHS Publication No. SMA 05-4048. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005b). Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 44. HHS Publication No. (SMA) 05-4056. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005c). Substance abuse treatment for persons with co occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. HHS Publication No. SMA 05-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005d). Substance abuse treatment: Group therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. HHS Publication No. SMA 05-4056. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2006a). Detoxification and substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. HHS Publication No. SMA 06-4131. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2006b). Substance abuse: Administrative issues in intensive outpatient treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 46. HHS Publication No. SMA 06-4151. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2006c). Substance abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 47. HHS Publication No. SMA 06-4182. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2008). Managing depressive symptoms in substance abus e clients during early recovery. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 48. HHS Public ation No. SMA 08-4353. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Adminis tration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2009a). Addressing suicidal thoughts and behaviors in sub stance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 50. HHS Publication No. SMA 09-4381. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administratio n.

Center for Substance Abuse Treatment. (2009b). Clinical supervision and the professional develop ment of the substance abuse counselor. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52. HH S Publication No. SMA 09-4435. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2009c). Incorporating alcohol pharmacotherapies into me dical practice. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 49. HHS Publication No. SMA 0 9-4380. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2009d). Substance abuse treatment: Addressing the specif ic needs of women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. S MA 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2009e). What are peer recovery support services? HHS P ublication No. SMA 09-4454. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Ad ministration, U.S. Department of Health and Human Services.

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. Journal of Con sulting and Clinical Psychology, 66, 7–18.

Chilcoat, H. D. & Breslau, N. (1998). Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing cau sal pathways. Archives of General Psychiatry, 55, 913–917.

Christensen, R. C., Hodgkins, C. C., Garces, L. K., Estlund, K. L., Miller, M. D., & Touchton, R. (2 005). Homeless, mentally ill and addicted: The need for abuse and trauma services. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 16, 615–621.

Claes, L. & Vandereycken, W. (2007). Is there a link between traumatic experiences and self injurio us behaviours in eating-disordered patients? Eating Disorders, 15, 305–315.

Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Self-care versus self-harm: Piercing, tattooi ng, and self-injuring in eating disorders. European Eating Disorders Review, 13, 11–18.

Clark, C. & Fearday, F. E. (2003). Triad women's project: Group facilitator's manual. Tampa, FL: L ouis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interper sonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 1067–1074.

Coffey, S. F., Dansky, B. S., & Brady, K. T. (2003). Exposure-based, trauma focused therapy for co morbid posttraumatic stress disorder-substance use disorder. In P. Ouimette & P. J. Brown (E ds.), Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorder s. (pp. 127–146). Washington, DC: American Psychological Association.

Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Brady, K. T., & Dansky, B. S. (2003). Reductions in trauma sympt omalogy during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence. Symposium conducted at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Chicago, IL.

Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Brimo, M. L., & Brady, K. T. (2005). Exposure therapy for substan ce abusers with PTSD: Translating research to practice. Behavior Modification, 29, 10– 38.

Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Da vidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18, 76-82.

Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). Substance abuse treatment and the s tages of change selecting and planning interventions. New York: Guilford Press.

Cottler, L. B., Nishith, P., & Compton, W. M. (2001). Gender differences in risk factors for trauma exposure and post-traumatic stress disorder among inner-city drug abusers in and out of treat ment. Comprehensive Psychiatry, 42, 111-117.

Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Eds.). (2009). Treating complex traumatic stress disorders: An evide nce based guide. New York: Guilford Press.

Covington, S. S. (2003). Beyond trauma: A healing journey for women: Facilitator's guide. Center City, MN: Hazelden.

Covington, S. S. (2008). Helping women recover: A program for treating addiction. (Revised loose l eaf ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). Towards a culturally competent s ystem of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotio nally disturbed (Vol. 1). Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.

Danieli, Y., Brom, D., & Sills, J. (2005). Sharing knowledge and shared care. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 10, 775-790.

Daniels, A., Grant, E., Filson, B., Powell, I., Fricks, L., & Goodale, L. (2010). Pillars of peer suppor t: Transforming mental health systems of care through peer support services. Retrieved on Nov ember 21, 2013, from: http://www.pillarsofpeersupport.org/final%20%20PillarsofPeerSuppor tService%20Report.pdf

Daniels, A. S., Tunner, T. P., Ashenden, P., Bergeson, S., Fricks, L., & Powell, I. (2012). Pillars of peer support - III: Whole health peer support services. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.pillarsofpeersupport.org/P.O.PS2011.pdf

Dass-Brailsford, P. & Myrick, A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need fo r an integrated approach. Trauma, Violence, & Abuse, 11, 202-213.

Daoust, J. P., Renaud, M., Bruyere, B., Lemieux, V., Fleury, G., & Najavits, L. M. (2012). Posttrau matic stress disorder and substance use disorder: Evaluation of the effectiveness of a specialize d clinic for French-Canadians based in a teaching hospital. Retrieved on November 21, 2013, fr om: http://www.seekingsafety.org/3-03-06/studies.html

Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., et al. (1997). Assessm ent of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychological Medicine, 27, 15 3–160.

De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and s ubstance use disorders. Psychoneuroendocrinology, 27, 155–170.

de Fabrique, N., Van Hasselt, V. B., Vecchi, G. M., & Romano, S. J. (2007). Common variables associated with the development of Stockholm syndrome: Some case examples. Victims & Offenders, 2, 91–98.

de Girolamo, G. (1993). International perspectives on the treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson & Raphael Beverley (Eds.), International handbook of traumatic stress syndrome (pp. 935–946). New York: Plenum Press.

dePanfilis, D. (2006). Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect.

DeWolfe, D. J. (2000). Training manual: For mental health and human service workers in major disasters (Rep. No. ADM 90-538). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Dillon, J. R. (2001). Internalized homophobia, attributions of blame, and psychological distress among lesbian, gay, and bisexual trauma victims. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 62, 2054.

Dom, G., De, W. B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. Comprehensive Psychiatry, 48, 178–185.

Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., et al. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 32, 481–488.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. Addictive Behaviors, 27, 713–725.

Duckworth, M. P. & Follette, V. M. (2011). Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention. New York: Brunner-Routledge.

Ehlers, A. & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. Biological Psychiatry, 53, 817–826.

El-Gabalawy, R. (2012). Association between traumatic experiences and physical health conditions in a nationally representative sample. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.adaa.org/sites/default/files/El-Gabalawy%20331.pdf

Ellis, A. & Harper, R. A. (1975). A new guide to rational living. Oxford, England: Prentice-Hall.

Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. Journal of Community Psychology, 33, 461–477.

EMDR Network. (2012). A brief description of EMDR therapy. Retrieved on November 21, 2013, Retrieved on November 21from: http://www.emdrnetwork.org/description.html

Falck, R. S., Wang, J., Siegal, H. A., & Carlson, R. G. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: An exploratory study with practical implications. Journal of Nervous and Mental Disease, 192, 503–507.

Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2004). Clinical supervision: A competency-based approach. (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Fallot, R. D. & Harris, M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. In M. Harris & R. D. Fallot (Eds.), Using trauma theory to design service systems (pp. 23–31). San Francisco: Jossey-Bass.

Fallot, R. D. & Harris, M. (2002). The trauma recovery and empowerment model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. Community Mental Health Journal, 38, 475-485.

Fallot, R. D. & Harris, M. (2009). Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self assessment and planning protocol. Washington, DC: Community Connections.

Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resnick, P. A., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. Behavior Therapist, 16, 161–162.

Farley, M., Golding, J. M., Young, G., Mulligan, M., & Minkoff, J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 27, 161–167.

Feder, A., Charney, D., & Collins, K. (2011). Neurobiology of resilience. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), Resilience and mental health: Challenges across the lifespan (pp. 1–29). New York: Cambridge University Press.

Feldner, M. T., Monson, C. M., & Friedman, M. J. (2007). A critical analysis of approaches to targe ted PTSD prevention: Current status and theoretically derived future directions. Behavior Mo dification, 31, 80–116.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (199 8). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes o f death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. American Journal of Preve ntive Medicine, 14, 245–258.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and ed ucators (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.

Figley, C. R. (2002). Origins of traumatology and prospects for the future, part i. Journal of Trauma Practice, 1, 17–32.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2011a). Structured clinical interview f or DSM-IV-TR axis I disorders, research version, non-patient edition. New York: Biometrics R esearch, New York State Psychiatric Institute.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2011b). Structured clinical interview f or DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. New York: Biometrics Resear ch, New York State Psychiatric Institute.

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A c omparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psyc hology, 67, 194–200.

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: Em otional processing of traumatic experiences: Therapist guide. New York: Oxford University Pre ss.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). Introduction. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (2nd ed.). (pp. 1–20). New York: Guilford Press.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 59, 715–723.

Foa, E. B., Stein, D. J., & McFarlane, A. C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. Journal of Clinical Psychiatry, 67 Supplement 2, 15–25.

Ford, J. D. & Fournier, D. (2007). Psychological trauma and post-traumatic stress disorder among women in community mental health aftercare following psychiatric intensive care. Journal of Psychiatric Intensive Care, 3, 27–34.

Ford, J. D. & Russo, E. (2006).Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: Trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). American Journal of Psychotherapy, 60, 335–355.

Foy, D. W., Ruzek, J. I., Glynn, S. M., Riney, S. J., & Gusman, F. D. (2002). Trauma focus group therapy for combat-related PTSD: An update. Journal of Clinical Psychology, 58, 907–918.

Frank, B., Dewart, T., Schmeidler, J., & Demirjian, A. (2006). The impact of 9/11 on New York City's substance abuse treatment programs: A study of program administrators. Journal of Addictive Diseases, 25, 5–14.

Frankl, V. E. (1992). Man's search for meaning: An introduction to logotherapy. (4th ed.). Boston: Beacon Press.

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12, 65–76.

Friedman, M. J. (2006). Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. American Journal of Psychiatry, 163, 586–593.

Frisman, L., Ford, J., Lin, H. J., Mallon, S., & Chang, R. (2008). Outcomes of trauma treatment usi ng the TARGET model. Journal of Groups in Addiction and Recovery, 3, 285–303.

Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., et al. (2 005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. Psyc hiatric Services, 56, 1123–1133.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., et al. (2002). Psychological seq uelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. New England Journal of Medicin e, 346, 982–987.

Gentilello, L. M., Ebel, B. E., Wickizer, T. M., Salkever, D. S., & Rivara, F. P. (2005). Alcohol inter ventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: A cost benefit an alysis. Annals of Surgery, 241, 541–550.

Gentilello, L. M., Villaveces, A., Ries, R. R., Nason, K. S., Daranciang, E., Donovan, D. M., et al. (1 999). Detection of acute alcohol intoxication and chronic alcohol dependence by trauma center staff. Journal of Trauma, 47, 1131–1135.

Gill, D. A. & Picou, J. S. (1997). The day the water died: Cultural impacts of the Exxon Valdez oil s pill. In J. S. Picou (Ed.), The Exxon Valdez disaster: Readings on a modern social problem (pp. 167–187). Dubuque, IA: Indo American Books.

Gone, J. P. (2009). A community-based treatment for Native American historical trauma: Prospect s for evidence-based practice. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77, 751–762.

Goodell, J. (2003). Who's a hero now? Retrieved on November 21, 2013 from: http://www.nytime s.com/2003/07/27/magazine/who-s-a-hero-now.html

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety d isorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of General Psychiatry, 61, 807–816.

Green, B. L. (1996). Trauma History Questionnaire. In B. H. Stamm (Ed.), Measurement of stress, trauma, and adaptation (pp. 366–369). Lutherville, MD: Sidran Press.

Green Cross Academy of Traumatology. (2007). Standards of traumatology practice revised. Retrieved on November 18, 2013, from: http://www.greencross.org/index.php?option=com_content&view=article&id=183&Itemid=123

Green Cross Academy of Traumatology. (2010). Standards of self care. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.greencross.org/index.php?option=com_content&view=article&id=184&Itemid=124

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. Archives of General Psychiatry, 67, 113–123.

Greene, L. R., Meisler, A. W., Pilkey, D., Alexander, G., Cardella, L. A., Sirois, B. C., et al. (2004). Psychological work with groups in the Veterans Administration. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), Handbook of group counseling and psychotherapy (pp. 322–337). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Grossman, D. (1995). On killing: The psychological cost of learning to kill in war and society. (1st ed.). Boston: Little Brown.

Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., and Bassuk, E. (2009). Trauma-informed organizational toolkit. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and the Daniels Fund, the National Child Traumatic Stress Network, and the W. K. Kellogg Foundation.

Gutheil, T. G. & Brodsky, A. (2008). Preventing boundary violations in clinical practice. New York: Guilford Press.

Habukawa, M., Maeda, M., & Uchimura, N. (2010). Sleep disturbances in posttraumatic stress disorder. In L. Sher & A. Vilens (Eds.), Neurobiology of post-traumatic stress disorder (pp. 119– 135). Hauppage, NY: Nova Science Publishers, Inc.

Hamblen, J. (2001). PTSD in children and adolescents, a National Center for PTSD fact sheet. Washington, DC: National Center for PTSD.

Harned, M. S., Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (2006). Self-harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. American Journal of Addiction, 15, 392–395.

Harris, M. & Fallot, R. D. (2001a). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. In M. Harris & R. D. Fallot (Eds.), Using trauma theory to design service systems (pp. 3–22). San Francisco: Jossey-Bass.

Harris, M. & Fallot, R. D. (2001b). Trauma-informed inpatient services. In M. Harris & R. D. Fallo t (Eds.), Using trauma theory to design service systems (pp. 33–46). San Francisco: Jossey Bas s.

Harris, M. & Fallot, R. D. (2001c). Using trauma theory to design service systems: New directions f or mental health services. San Francisco: Jossey-Bass.

Harris, M. & The Community Connections Trauma Work Group. (1998). Trauma recovery and em powerment: A clinician's guide for working with women in groups. New York: Simon & Schust er.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindful ness, acceptance, and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), Mi ndfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition (pp. 1–29). New York: Guilford Press.

Heim, C., Mletzko, T., Purselle, D., Musselman, D. L., & Nemeroff, C. B. (2008). The dexamethas one/corticotropin-releasing factor test in men with major depression: Role of childhood traum a. Biological Psychiatry, 63, 398–405.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between c hildhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. Psychoneuroendo crinology, 33, 693–710.

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery. New York: Basic Books.

Herman, J. L. (1997). Trauma and recovery. (Rev. ed.). New York: Basic Books.

Hoge, M. A., Morris, J. A., Daniels, A. S., Stuart, G. W., Huey, L. Y., & Adams, N. (2007). An actio n plan for behavioral health workforce development: A framework for discussion. Rockville, M D: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Hooper, L. M., Stockton, P., Krupnick, J. L., & Green, B. L. (2011). Development, use, and psycho metric properties of the Trauma History Questionnaire. Journal of Loss and Trauma, 16, 258–283.

Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. The Open Health Services and Policy Journal, 3, 80–100.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective str ess. Psychosomatic Medicine, 41, 209–218.

Huckshorn, K. (2009). Transforming cultures of care toward recovery oriented services: Guidelines toward creating a trauma informed system of care: Trauma informed care (TIC) planning guid elines for use in developing an organizational action plan. Austin,TX: Texas Network of Youth Services.

Hui, C. H. & Triandis, H. C. (1986). Individualism–collectivism: A study of cross-cultural researche rs. Journal of Cross-Cultural Psychology, 17, 225–248.

Huriwai, T. (2002). Re-enculturation: Culturally congruent interventions for Maori with alcohol an d drug-use-associated problems in New Zealand. Substance Use and Misuse, 37, 1259–1268.

Hutton, D. (2000). Patterns of psychosocial coping and adaptation among riverbank erosion induce d displacees in Bangladesh: Implications for development programming. Prehospital and Disas ter Medicine, 15, S99.

Institute of Medicine. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evi dence. Washington, DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine & National Research Council. (2007). PTSD compensation and military servi ce. Washington, DC: The National Academies.

Institute of Medicine, Committee on Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, O'Connell, M. E., Boat, T. F., Warner, K. E., National Research Council (U.S.), et al. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington, DC: National Academies Press.

Jackson, C., Nissenson, K., & Cloitre, M. (2009). Cognitive-behavioral therapy. In C. A. Courtois (Ed.), Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide (pp. 243–263). N ew York: Guilford Press.

Jainchill, N., Hawke, J., & Yagelka, J. (2000). Gender, psychopathology, and patterns of homelessne ss among clients in shelter-based TCs. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26, 553–567.

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press.

Jennings, A. (2004). Models for developing trauma-informed behavioral health systems and trauma specific services. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.theannainstitute.org/M DT.pdf

Jennings, A. (2007a). Blueprint for action: Building trauma-informed mental health service system s: State accomplishments, activities and resources. Retrieved on November 21, 2013, from: htt p://www.theannainstitute.org/2007%202008%20Blueprint%20By%20Criteria%202%2015 % 2008.pdf

Jennings, A. (2007b). Criteria for building a trauma-informed mental health service system. Adapte d from "Developing Trauma-Informed Behavioral Health Systems." Retrieved on November 2 1, 2013, from: http://www.theannainstitute.org/CBTIMHSS.pdf

Jennings, A. (2009). Models for developing trauma-informed behavioral health systems and trauma specific services: 2008 update. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.theannains titute.org/Models%20for%20Developing%20Traums-Report%201-09– 09%20_FINAL_.pdf

Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. (1s t ed.). New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J., University of Massachusetts Medical Center/Worcester, & Stress, R. C. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. N ew York: Delacorte Press.

Karlin, B. E., Ruzek, J. I., Chard, K. M., Eftekhari, A., Monson, C. M., Hembree, E. A., et al. (201 0). Dissemination of evidence-based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. Journal of Traumatic Stress, 23, 663–673.

Karon, B. P. & Widener, A. J. (1997). Repressed memories and World War II: Lest we forget! Profe ssional Psychology: Research and Practice, 28, 338–340.

Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PTSD and its comor bidities in adults. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), Handbook of PTSD: Science and practice (pp. 279–305). New York: Guilford Press.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. Psychological Assessment, 1, 53–5 5.

Keane, T. M. & Piwowarczyk, L. A. (2006). Trauma, terror, and fear: Mental health professionals r espond to the impact of 9/11–an overview. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, & P. R. Muskin (Eds.), Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatme nt (pp. 3–16). New York: Haworth Press.

Kelly, D. C., Howe-Barksdale, S., & Gitelson, D. (2011). Treating young veterans: Promoting resili ence through practice and advocacy. New York: Springer Publishing.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, sev erity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey rep lication. Archives of General Psychiatry, 62, 617–627.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress d isorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048–1060.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B., & Breslau, N. N. (1999). Epide miological risk factors for trauma and PTSD. In R. Yehuda (Ed.), Risk factors for PTSD. (pp. 2 3–59). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. American Journal of Psychiatry, 142, 1259–1264.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessmen t and treatment strategies. In D. M. Doleys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), Behavior al medicine: assessment and treatment strategies (pp. 473–497). New York: Plenum.

Kimerling, R., Ouimette, P., & Weitlauf, J. C. (2007). Gender issues in PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), Handbook of PTSD: Science and practice (pp. 207–228). New York: Guilford Press.

Kirmayer, L. J. (1996). Confusion of the senses: Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In A. J. Marsella & M. J. Friedman (Eds.), Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications (pp. 131–163). Washington, DC: American Psychological Association.

Klinic Community Health Centre. (2008). Trauma-informed: The trauma toolkit. Winnipeg, Manitoba: Klinic Community Health Centre.

Koenen, K. C., Stellman, S. D., Sommer, J. F., Jr., & Stellman, J. M. (2008). Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A 14-year follow-up. Journal of Traumatic Stress, 21, 49–57.

Koenen, K. C., Stellman, J. M., Stellman, S. D., & Sommer, J. F., Jr. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: A 14-year follow-up of American Legionnaires. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71, 980–986.

Kozarić-Kovačić, D., Ljubin, T., & Grappe, M. (2000). Comorbidity of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in displaced persons. Croatian Medical Journal, 41, 173–178.

Kramer, T. L. & Green, B. L. (1997). Post-traumatic stress disorder: A historical context and evolution. In D. F. Halpern (Ed.), States of mind: American and post-Soviet perspectives on contemporary issues in psychology (pp. 215–237). New York: Oxford University Press.

Kress, V. E. & Hoffman, R. M. (2008). Non-suicidal self-injury and motivational interviewing: Enhancing readiness for change. Journal of Mental Health Counseling, 30, 311–329.

Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. Psychological Assessment, 12, 210–224.

Kuhn, J. H. & Nakashima, J. (2011). Community homelessness assessment, local education and networking croup (CHALENG) for veterans: The seventeenth annual progress report. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.va.gov/HOMELESS/docs/chaleng/CHALENG_Report_Seventeenth_Annual.pdf

Lasiuk, G. C. & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: Historical development of the concept. Perspectives in Psychiatric Care, 42, 13–20.

Lavretsky, H., Siddarth, P., & Irwin, M. R. (2010). Improving depression and enhancing resilience in family dementia caregivers: A pilot randomized placebo-controlled trial of escitalopram. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 154–162.

Lester, K. M., Milby, J. B., Schumacher, J. E., Vuchinich, R., Person, S., & Clay, O. J. (2007). Impact of behavioral contingency management intervention on coping behaviors and PTSD symptom reduction in cocaine-addicted homeless. Journal of Traumatic Stress, 20, 565–575.

Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), Behavioral treatments for drug abuse and dependence (pp. 201–216). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Litz, B. T. & Gray, M. J. (2002). Early intervention for mass violence: What is the evidence? What should be done? Cognitive and Behavioral Practice, 9, 266–272.

Litz, B. T., Miller, M., Ruef, A., & McTeague, L. (2002). Exposure to trauma in adults. In M. Antony & D. Barlow (Eds.), Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders. New York: Guilford Press.

Liu, D., Diorio, J., Day, J. C., Francis, D. D., & Meaney, M. J. (2000). Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats. Nature Neuroscience, 3, 799–806.

Mahalik, J. R. (2001). Cognitive therapy for men. In G. R. Brooks & G. E. Good (Eds.), The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches (pp. 544–564). San Francisco: Jossey-Bass.

Malta, L. S., Levitt, J. T., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2009). Correlates of functional impairment in treatment-seeking survivors of mass terrorism. Behavior Therapy, 40, 39–49.

Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (Eds.) (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. Journal of Substance Abuse Treatment, 40, 357–365.

Maschi, T. & Brown, D. (2010). Professional self-care and prevention of secondary trauma. In Helping bereaved children: A handbook for practitioners. (3rd ed.). (pp. 345–373). New York: Guilford Press.

McCaig, L. F. & Burt, C. W. (2005). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2003 emergency department summary. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

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

McGarrigle, T. & Walsh, C. A. (2011). Mindfulness, self-care, and wellness in social work: Effects of contemplative training. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 30, 212–233.

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Alterman, A. I., Xie, H., & Meier, A. (2011). A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus individual addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. Journal of Dual Diagnosis, 7, 207–227.

McLeod, J. (1997). Narrative and psychotherapy. London: Sage Publications.

McNally, R. J. (2003). Remembering trauma. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

McNally, R. J. (2005). Debunking myths about trauma and memory. The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie, 50, 817–822.

McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? Psychological Science in the Public Interest, 4, 45–79.

McNamara, C., Schumacher, J. E., Milby, J. B., Wallace, D., & Usdan, S. (2001). Prevalence of non psychotic mental disorders does not affect treatment outcome in a homeless cocaine dependent sample. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27, 91–106.

Mead, S. (2008). Intentional peer support: An alternative approach. Plainfield, NH: Shery Mead Consulting.

Meaney, M. J., Brake, W., & Gratton, A. (2002). Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: A neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse? Psychoneuroendocrinology, 27, 127–138.

Meichenbaum, D. (1994). A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD). Waterloo, Ontario: Institute Press.

Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. The Clinical Psychologist, 49, 4–7.

Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In Principles and practice of stress management. (3rd ed.). (pp. 497–516). New York: Guilford Press.

Meichenbaum, D. H. & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. Counseling Psychologist, 16, 69–90.

Melnick, S. M. & Bassuk, E. L. (2000). Identifying and responding to violence among poor and homeless women. Nashville, TN: National Healthcare for the Homeless Council.

Meltzer-Brody, S., Churchill, E., & Davidson, J. R. T. (1999). Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for post-traumatic stress disorder. Psychiatry Research, 88, 63–70.

Mental Health America Centers for Technical Assistance. (2012). Trauma recovery and empowerment model (TREM). Alexandria, VA: Mental Health America Centers for Technical Assistance.

Miller, D. & Guidry, L. (2001). Addictions and trauma recovery: Healing the body, mind, and spirit. New York: W.W. Norton and Co.

Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., Smajkic, A., et al. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. Journal of Traumatic Stress, 15, 377–387.

Miller, N. A. & Najavits, L. M. (2012). Creating trauma-informed correctional care: A balance of goals and environment. European Journal of Psychotraumatology, 3, 17246.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change. (2nd e d.). New York: Guilford Press.

Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., et al. (2012). Integra ted exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance depe ndence: A randomized controlled trial. JAMA, 308, 690–699.

Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorder s: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. American J ournal of Psychiatry, 163, 652–658.

Mitchell, J. T. & Everly, G. S. Jr. (2001). Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services. (3rd ed.). Ellicott City, MD: C hevron Publishing Corporation.

Mollick, L. & Spett, M. (2002). Cloitre: Why exposure fails with most PTSD patients. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.nj-act.org/cloitre.html

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (200 6). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorde r. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 898–907.

Moore, B. A. & Kennedy, C. H. (2011). Wheels down: Adjusting to life after deployment. (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M. (2005). Tw elve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorder s. Psychiatric Services, 56, 1213–1222.

Moul, D. E., Hall, M., Pilkonis, P. A., & Buysse, D. J. (2004). Self-report measures of insomnia in a dults: Rationales, choices, and needs. Sleep Medicine Review, 8, 177–198.

Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., et al. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental i llness: Demographic, clinical, and health correlates. Schizophrenia Bulletin, 30, 45–57.

Myers, D. G. & Wee, D. F. (2002). Strategies for managing disaster mental health worker stress. In C. R. Figley (Ed.), Treating compassion fatigue (pp. 181–211). New York: Brunner-Routledge.

Najavits, L. M. (2002a). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. New York: Guilford Press.

Najavits, L. M. (2002b). Seeking safety: Psychotherapy for PTSD and substance abuse. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.seekingsafety.org/

Najavits, L. M. (2004). Assessment of trauma, PTSD, and substance use disorder: A practical guide. In J. P. Wilson & T. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD (pp. 466– 491). New York: Guilford Press.

Najavits, L. M. (2007a). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. In P. E. Nathan & E. M. Gorman (Eds.), A guide to treatments that work. (3d ed.). (pp. 513–530). New York: Oxford Press.

Najavits, L. M. (2007b). Seeking safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. In Therapist's guide to evidence-based relapse prevention (pp. 141–167). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

Najavits, L. M., Griffin, M. L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S., et al. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32, 669–677.

Najavits, L. M., Harned, M. S., Gallop, R. J., Butler, S. F., Barber, J. P., Thase, M. E., et al. (2007). Six-month treatment outcomes of cocaine-dependent patients with and without PTSD in a multisite national trial. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68, 353–361.

Najavits, L. M., Norman, S. B., Kivlahan, D., & Kosten,T. R. (2010). Improving PTSD/substance abuse treatment in the VA: A survey of providers. The American Journal on Addictions, 19, 257–263

Najavits, L. M., Ryngala, D., Back, S. E., Bolton, E., Mueser, K. T., & Brady, K. T. (2009). Treatment of PTSD and comorbid disorders. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (2nd ed.). (pp. 508–535). New York: Guilford Press.

Najavits, L. M., Sonn, J., Walsh, M., & Weiss, R. D. (2004). Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. Addictive Behaviors, 29, 707–715.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Reif, S., Gastfriend, D. R., Siqueland, L., Barber, J. P., et al. (1998). The Addiction Severity Index as a screen for trauma and posttraumatic stress disorder. Journal of Studies on Alcohol, 59, 56–62.

Najavits, L. M.,Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997).The link between substance abuse and post trau matic stress disorder in women: A research review. American Journal on Addictions, 6, 273–28 3.

National Association of State Mental Health Program Directors. (2005). Trauma Informed Care (T IC) planning guidelines for use in developing an organizational action plan: Transforming cult ures of care toward recovery oriented services: Guidelines toward creating a trauma informed s ystem of care. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors.

National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. (2002). Working with trauma survivors: A Nat ional Center for PTSD fact sheet. Washington, DC: National Center for PTSD.

National Child Traumatic Stress Network (2013). Types of traumatic stress. Retrieved on Decembe r 16, 2013, from: http://www.nctsn.org/trauma-types

National Child Traumatic Stress Network, Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core. (2004). How to implement trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT). Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network.

National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD. (2012). Psychological first aid. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.nctsn.org/print/795

National Coalition for the Homeless. (2002). Why are people homeless? Washington, DC: National Coalition for the Homeless.

National Institute of Mental Health. (2002). Mental health and mass violence: Evidence-based earl y psychological intervention for victims/survivors of mass violence, a workshop to reach consen sus on best practices. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrati ve exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic str ess disorder in an African refugee settlement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 7 2, 579–587.

Neuner, F., Schauer, M., Roth, W.T., & Elbert,T. (2002). A narrative exposure treatment as interve n tion in a refugee camp: A case report. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30, 205–21 0.

New Logic Organizational Learning. (2011). Creating a culture of care: A toolkit for creating a trau ma-informed environment. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.dshs.state.tx.u s/cultureofcare/toolkit.doc

New South Wales Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health. (2000). Disaster mental he alth response handbook: An educational resource for mental health professionals involved in di saster manage ment. Sydney, Australia: New South Wales Institute of Psychiatry and Center fo r Mental Health.

Newell, J. M. & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumati c stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive met hods for clinicians and researchers. Best Practices in Mental Health: An International Journal, 6, 57-68.

Nishith, P., Mechanic, M. B., & Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. Journal of Abnormal Psychology, 109, 20–2 5.

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

Nixon, R. D. V. & Nearmy, D. M. (2011). Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A pilot study. Journal of Traumatic Stress, 24, 451–455.

Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimizati on and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospecti ve study. Journal of Interpersonal Violence, 18, 1452–1471.

North, C. S., Eyrich, K. M., Pollio, D. E., & Spitznagel, E. L. (2004). Are rates of psychiatric disord ers in the homeless population changing? American Journal of Public Health, 94, 103–108.

O'Donnell, C. & Cook, J. M. (2006). Cognitive–behavioral therapies for psychological trauma and c omorbid substance use disorders. In B. Carruth (Ed.), Psychological trauma and addiction trea tment. New York: Haworth Press.

Office of Applied Studies. (2002). Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abus e: Vol.1., Summary of national findings HHS Publication No. SMA 02-3758. Rockville, MD: S ubstance Abuse and Mental Health Services Administration.

Ohio Legal Rights Service. (2007). Trauma informed treatment in behavioral health settings. Colu mbus, OH: Ohio Legal Rights Service.

Olff, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttrauma tic stress disorder. Psychological Bulletin, 133, 183–204.

Ompad, D. C., Ikeda, R. M., Shah, N., Fuller, C. M., Bailey, S., Morse, E., et al. (2005). Childhood sexual abuse and age at initiation of injection drug use. American Journal of Public Health, 95, 703–709.

Osterman, J. E. & de Jong, J. T. V. M. (2007). Cultural issues and trauma. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), Handbook of PTSD: Science and practice (pp. 425–446). Guilfor d Press: New York.

Ouimette, P. , Ahrens, C., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1998). During treatment changes in subst ance abuse patients with posttraumatic stress disorder: The influence of specific interventions and program environments. Journal of Substance Abuse Treatment, 15, 555–564.

Ouimette, P. & Brown, P. J. (2003). Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treat ment of comorbid disorders. Washington, DC: American Psychological Association.

Paranjape, A. & Liebschutz, J. (2003). STaT: A three-question screen for intimate partner violence. Journal of Women's Health (Larchment), 12, 233–239.

Paulson, D. S. & Krippner, S. (2007). Haunted by combat: Understanding PTSD in war veterans in cluding women, reservists, and those coming back from Iraq. Westport, CT: Praeger Security I nternational.

Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vic arious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W.W. Norton and Co.

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune fu nction: Health implications for psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 239–245.

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Personality disorders ass ociated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Ps ychiatric Research, 45, 678–686.

Pope, K. S. & Brown, L. S. (1996). Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics. Washington, D.C: American Psychological Association.

Prescott, L., Soares, P., Konnath, K., & Bassuk, E. (2008). A long journey home: A guide for creatin g trauma-informed services for mothers and children experiencing homelessness. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.familyhomelessness.org/media/89.pdf

Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., et al. (2004). The Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD): Development and operating characterist ics. Primary Care Psychiatry, 9, 9–14.

Read, J. P., Bollinger, A. R., & Sharkansky, E. (2003). Assessment of comorbid substance use disord er and posttraumatic stress disorder. In P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), Trauma and substan ce abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders (pp. 111–125). Washing ton, DC: American Psychological Association.

Reivich, K. J., Seligman, M.E., & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. Army. A merican Psychologist, 66, 25–34.

Resick, P. A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. Journal of Cognitive Psyc hotherapy: An International Quarterly, 15, 321–329.

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

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cogn itive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of

chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 70, 867–879.

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

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

Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1996). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Resnick, H. S., Acierno, R., Kilpatrick, D. G., Holmes, M. (2005). Description of an early intervention to prevent substance abuse and psychopathology in recent rape victims. Behavior Modification, 29, 156–188.

Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. Drug and Alcohol Dependence, 77, 251–258.

Riggs, D. S., Monson, C. M., Glynn, S. M., & Canterino, J. (2009). Couple and family therapy for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (2nd ed.). (pp. 458–478). New York: Guilford Press.

Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. (2000). Cognitive–behavioral therapy. In E. B. Foa & T. M. Keane (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (pp. 60–83). New York: Guilford Press.

Roy-Byrne, P. P., Russo, J., Michelson, E., Zatzick, D., Pitman, R. K., & Berliner, L. (2004). Risk factors and outcome in ambulatory assault victims presenting to the acute emergency department setting: implications for secondary prevention studies in PTSD. Depression and Anxiety, 19, 77–84.

Saakvitne, K. W., Pearlman, L. A., & Traumatic Stress Institute/Center for Adult & Adolescent Psychotherapy. (1996). Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization. (1st ed.). New York: W.W. Norton and Co.

Salasin, S. (2011). Sine qua non for public health. National Council Magazine, 18.

Salyers, M. P., Evans, L. J., Bond, G. R., & Meyer, P. S. (2004). Barriers to assessment and treatme nt of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe m ental illness: Clinician perspectives. Community Mental Health Journal, 40, 17–31.

San Diego Trauma Informed Guide Team. (2012). Are you asking the right questions? A client cen tered approach. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.elcajoncollaborative.org/ uploads/1/4/1/5/1415935/sd_tigt_brochure2_f.pdf

Santa Mina, E. E. & Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self harm and suicidal behaviour: A literature review. Canadian Journal of Psychiatry, 43, 793–800.

Saxon, A. J., Davis, T. M., Sloan, K. L., McKnight, K. M., Jeammet, P., & Kivlahan, D. R. (2001). T rauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerate d veterans. Psychiatric Services, 52, 959–964.

Schein, L. A., Spitz, H. I., Burlingame, G. M., & Muskin, P. R. (2006). Psychological effects of cata strophic disasters: Group approaches to treatment. New York: Haworth Press.

Schulz, P. M., Marovic-Johnson, D., & Huber, L. C. (2006). Cognitive-behavioral treatment of rape - and war-related posttraumatic stress disorder with a female, Bosnian refugee. Clinical Case St udies, 5, 191–208.

Schwartzbard, R. (1997). On the scene report of the Missouri floods. Retrieved on November 21, 2 013, from: http://www.aaets.org/arts/art23.htm

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.

Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cogni tive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. Psychological Medici ne, 36, 1515–1522.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, pro tocols, and procedures. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Sholomskas, D. E. & Carroll, K. M. (2006). One small step for manuals: Computer-assisted training in twelve-step facilitation. Journal of Studies on Alcohol, 67, 939–945.

Shoptaw, S., Stein, J. A., & Rawson, R. A. (2000). Burnout in substance abuse counselors: Impact of environment, attitudes, and clients with HIV. Journal of Substance Abuse Treatment, 19, 117–126.

Silver, R. C., Poulin, M., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Gil-Rivas, V., & Pizarro, J. (2004). Explo ring the myths of coping with a national trauma: A longitudinal study of responses to the Septe mber 11th terrorist attacks. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 9, 129–141.

Slattery, S. M. & Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence adv ocates: Workplace risk and protective factors. Violence Against Women, 15, 1358–1379.

Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., et al. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical sympto ms, and alcohol problems in urban firefighters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79, 613–617.

Smith, D. W., Christiansen, E. H., Vincent, R. D., & Hann, N. E. (1999). Population effects of the bombing of Oklahoma City. Journal of the Oklahoma State Medical Association, 92, 193–198.

Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., & Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. British Journal of H ealth Psychology, 13, 85–93.

Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2007). Psychopathology and al exithymia in severe mental illness: the impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. E uropean Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 257, 191–196.

Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. Journal of Loss and Trauma, 12, 259–280.

Stamm, B. H. (1997). Work related secondary traumatic stress. PTSD Research Quarterly, 8, 1–3.

Stamm, B. H. (2012). Professional Quality of Life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL). Retrieved on November 21, 2013, from: http://proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf

Stamm, B. H. & Figley, C. R. (1996). Compassion satisfaction and fatigue test. Pocatello, ID: Idaho State University.

Stamm, B. H. & Friedman, M. (2000). Cultural diversity in the appraisal and expression of trauma. In A. Y. Shalev, R. Yehuda, & A. C. McFarlane (Eds.), International handbook of human response to trauma (pp. 69–85). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Starr, A. J., Smith, W. R., Frawley, W. H., Borer, D. S., Morgan, S. J., Reinert, C. M., et al. (2004). Symptoms of posttraumatic stress disorder after orthopaedic trauma. Journal of Bone and Joint Surgery, 86-A, 1115–1121.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van, O. M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta analysis. JAMA, 302, 537–549.

Stewart, S. H. & Conrod, P. J. (2003). Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders (pp. 29–55). Washington, DC: American Psychological Association.

Stewart, S. H., Ouimette, P. C., & Brown, P. J. (2002). Gender and the comorbidity of PTSD with substance use disorders. In R. Kimerling, P. C. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), Gender and PTSD (pp. 233–270). New York: Guilford Press.

Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. American Journal of Health Promotion, 10, 282–298.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2007). The Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study and Children's Subset Study: Program summary. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011a). Addressing viral hepatitis in people with substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 53. HHS

Publication No. SMA 11-4656). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011b). Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. HHS Publication No. SMA 11-4661. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). SAMHSA's working definition of trauma and principles and guidance for a trauma-informed approach [Draft]. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013a). Addressing the specific behavioral health needs of men. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 56. HHS Publication No. SMA 13-4736. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013b). Behavioral health services for people who are homeless. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55-R. HHS Publication No. SMA 13-4734. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (planned a). Behavioral health services: Building health, wellness, and quality of life for sustained recovery. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (planned b). Behavioral health services for American Indians and Alaska Natives. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (planned c). Improving cultural competence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (planned d). Managing anxiety symp toms in behavioral health services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (planned e). Relapse prevention and recovery promotion in behavioral health services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Seri es. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (planned f). Reintegration-related b ehavioral health issues in veterans and military families. Treatment Improvement Protocol (TI P) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (planned g). Using technology-based therapeutic tools in behavioral health services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Office of Applied Studies. (2008). I mpact of hurricanes Katrina and Rita on substance use and mental health. (Rep. No. January 3 1). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Office of A pplied Studies.

Suvak, M., Maguen, S., Litz, B. T., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2008). Indirect exposure to the S eptember 11 terrorist attacks: Does symptom structure resemble PTSD? Journal of Traumatic Stress, 21, 30–39.

Tanielian, T. & Jaycox, L. H. (2008). Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery. Washington, DC: RAND Centre for Militar y Health Policy Research.

Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. Scientific American, 286, 68–75.

Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A qua ntitative review of 25 years of research. Psychological Bulletin, 132, 959–992.

Toussaint, D. W., VanDeMark, N. R., Bornemann, A., & Graeber, C. J. (2007). Modifications to th e trauma recovery and empowerment model (TREM) for substance-abusing women with histo

ries of violence: Outcomes and lessons learned at a Colorado substance abuse treatment cente r. Journal of Community Psychology, 35, 879–894.

Tri-County Mental Health Services. (2008). You and Tri-county: Consumer rights and concerns. R etrieved on November 21, 2013, from: http://tcmhs.org/pdfs/31288-Rightsbooklet.pdf

Triffleman, E. (2000). Gender differences in a controlled pilot study of psychosocial treatment in s ubstance dependent patients with post-traumatic stress disorder: Design considerations and ou tcomes. Alcoholism Treatment Quarterly, 18, 113–126.

Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What cou nselors should know when working with trauma survivors. Journal of Counseling & Developme nt, 82, 31–37.

Turnbull, G. J. (1998). A review of post-traumatic stress disorder; part I: Historical development an d classification. Injury, 29, 87–91.

U.S. Committee for Refugees and Immigrants. (2006). World Refugee Survey 2006: Risks and right s. Arlington, VA: U.S. Committee for Refugees and Immigrants.

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. (2 006). Model trauma system: Planning and evaluation. Rockville, MD: U.S. Department of Heal th and Human Services, Health Resources and Services Administration.

U.S. Department of Health and Human Services. (2003). Developing cultural competence in disast er mental health programs: Guiding principles and recommendations. (Rep. No. HHS Pub. N o. SMA 03-3828). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Me ntal Health Services Administration.

U.S. Department of Housing and Urban Development & Office of Community Planning and Devel opment. (2007). The annual homeless assessment report to Congress. Retrieved November 21, 2013, from: http://www.huduser.org/Publications/pdf/ahar.pdf

U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense. (2010). VA/DoD clinical prac tice guideline for management of post-traumatic stress. Washington, DC: Department of Veter ans Affairs, Department of Defense.

U.S. Fire Administration. (2007). I-35W bridge collapse and response: Technical report series USF A TR-166 August. Emmittsburg, MD: U.S. Fire Administration.

University of South Florida, College of Behavioral and Community Sciences. (2012). Creating trau ma-informed care environments: An organizational self-assessment. Retrieved on November 2 1, 2013, from: http://www.cfbhn.org/assets/TIC/youthresidentialself assess Fillable FORM% 20%282%29.pdf

Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the Connor David son Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. Psychiatry Research, 152, 293–297.

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C. R. Figle y (Ed.), Treating compassion fatigue (pp. 17–38). New York: Brunner-Routledge.

Valentine, P. V. & Smith, T. E. (2001). Evaluating traumatic incident reduction therapy with femal e inmates: A randomized controlled clinical trial. Research on Social Work Practice, 11, 40–52.

van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Van der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (pp. 417 –440). New York: Guilford Press.

van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). Traumatic stress: the effects of overw helming experience on mind, body, and society. New York: Guilford Press.

van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F. (1993). Complex PTSD: Results of the PTS D field trials for DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. Lancet, 360, 766–771.

Varra, A. A. & Follette, V. M. (2005). ACT with posttraumatic stress disorder. In S. C. Hayes (Ed.), A practical guide to acceptance and commitment therapy (pp. 133-152). New York: Springer S cience & Business Media.

Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., & Kilpatrick, D. (2004). Sustained increased consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan residents after September 11, 2001. American Journal of Public Health, 94, 253–254.

Vo, N. M. (2006). The Vietnamese boat people, 1954 and 1975-1992. Jefferson, NC: McFarland & Co.

Vogt, D., Bruce, T. A., Street, A. E., & Stafford, J. (2007). Attitudes toward women and tolerance for sexual harassment among reservists. Violence Against Women, 13, 879–900.

Von Rueden, K. T., Hinderer, K. A., McQuillan, K. A., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., et al. (2010). Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. Journal of Trauma Nursing, 17, 191-200.

Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, 1, 165–178.

Waldrop, A. E., Back, S. E., Verduin, M. L., & Brady, K.T. (2007). Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic stress disorder. Addictive Behaviors, 32, 634–639.

Walser, R. D. (2004). Disaster response: Professional and personal journeys at the Pentagon. The Behavior Therapist, 25, 27–30

Way, I., VanDeusen, K. M., Martin, G., Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. Journal of Interpersonal Violence, 19, 49–71.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD checklist: Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Weine, S., Danieli, Y., Silove, D., Ommeren, M. V., Fairbank, J. A., & Saul, J. (2002). Guidelines for international training in mental health and psychosocial interventions for trauma exposed populations in clinical and community settings. Psychiatry, 65, 156–164.

Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD. (pp. 399–411). New York: Guildford Press.

Weiss, L., Fabri, A., McCoy, K., Coffin, P., Netherland, J., & Finkelstein, R. (2002). A vulnerable p opulation in a time of crisis: Drug users and the attacks on the World Trade Center. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 79, 392–403.

Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., Sharpley, J., & Hughes, J. H. (2008). Does psychoeducation help prevent posttraumatic psychological distress? Psychiatry: Interpersonal a nd Biological Processes, 71, 287–302.

Westermeyer, J. (2004). Cross-cultural aspects of substance abuse. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment. (3rd ed.). (pp. 89–98). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Whitbeck, L. B., Chen, X., Hoyt, D. R., & Adams, G. W. (2004). Discrimination, historical loss and enculturation: culturally specific risk and resiliency factors for alcohol abuse among American I ndians. Journal of Studies on Alcohol, 65, 409–418.

White, M. (2004). Narrative therapy. Retrieved on November 21, 2013, from: http://www.massey.a c.nz/~alock/virtual/white.htm

Wilson, J. P. & Tang, C. S. (2007). Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. New York: Springer Publishing.

Wolfe, J. & Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD (pp. 192–23 8). New York: Guilford Press.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J. & Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye-movement desensiti zation: A case report. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22, 39–43.

Wong, P. T. P. & Wong, L. C. J. (2006). Handbook of multicultural perspectives on stress and copi ng. Dallas, TX: Spring Publications.

World Health Organization. (1992). International statistical classification of diseases and related he alth problems. (10th revision ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Young, M. A. (2001). The community crisis response team training manual. Washington, DC: U. S. Department of Justice, Office of Justice Programs.

Zatzick, D. F., Jurkovich, G. J., Gentilello, L., Wisner, D., & Rivara, F. P. (2002). Posttraumatic stre ss, problem drinking, and functional outcomes after injury. Archives of Surgery, 137, 200–205.

Zatzick, D., Roy-Byrne, P., Russo, J., Rivara, F., Droesch, R., Wagner, A., et al. (2004). A randomiz ed effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. Archive s of General Psychiatry, 61, 498–506.

Zinzow, H. M., Resnick, H. S., Amstadter, A. B., McCauley, J. L., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2010). Drug- or alcohol-facilitated, incapacitated, and forcible rape in relationship to ment al health among a national sample of women. Journal of Interpersonal Violence, 25, 2217–223 6.

付録B—トラウマに関するリソースリスト

はじめに

トラウマに焦点を当てたすべての組織を網羅することは困難であるため、この付録のリソースリストは完全なものではありません。したがって、このリストには、このトピックの広範な性質に関する書籍やその他の資料は含まれておらず、一般に無料で、または組織の会員として利用できるオンラインリソースのみに焦点を当てています。選ばれたリソースを含めることは、必ずしも米国保健福祉省（HHS）の薬物乱用・精神保健サービス局（SAMHSA）による支持を意味するものではありません。これらの成人向けリソースに続き、子どもと青年向けのリソースリスト、およびトレーニング機会のリストを掲載しています。

テクノロジーとトラウマ：PTSD治療のためのウェブ活用（Technology and Trauma: Using the Web To Treat PTSD）

心的外傷後ストレス症（PTSD）を経験している人々を支援する上でのインターネットの役割は急速に拡大しています。PTSDのクライアントを治療する臨床家のためのツールキットや研究出版物を持つウェブサイトが数多く存在し、同様にこれらの個人に情報と支援を提供することを目的としたウェブサイトもあります。米軍は、特に家庭用コンピューターやスマートフォンで使用するためのインタラクティブなウェブアプリケーションを用いて、これらの手段の開発に貢献してきました。

- **PTSD Coach** は、PTSDを経験している人々が自身の症状について学び、管理するのを助けるための米国退役軍人省（VA）によるスマートフォンアプリケーションです。(http://www.ptsd.va.gov/public/pages/ptsdcoach.asp)
- **Afterdeployment.org** は、国防総省能力向上センタープロジェクトが主導し、遠隔医療・テクノロジー国立センターによって開発されたウェブサイトで、PTSD、外傷性脳損傷（TBI）、不安、うつに関するインタラクティブなワークショップを帰還兵向けに提供しています。(http://www.afterdeployment.org)
- **T2 Virtual PTSD Experience** は、遠隔医療・テクノロジー国立センターによって開発されたアプリケーションで、人気のオンラインゲーム「セカンドライフ」内で使用されるものです。戦闘環境内でどのようにPTSDが発症しうるか、それが本人に

どのように現れるか、そして効果的な治療をどのように求めるかをインタラクティブにシミュレートする方法として利用されます。(http://www.t2health.org/vwproj)

成人向けリソース

認知療法アカデミー (Academy of Cognitive Therapy)

http://www.academyofct.org

260 South Broad Street 18th Floor Philadelphia, PA 19102

電話番号：267-350-7683

メールアドレス：info@academyofct.org

認知療法アカデミーは非営利団体であり、認知療法における継続教育と研究を支援し、専門家と一般市民に認知療法に関する貴重なリソースを提供しています。また、認知療法に熟練した臨床医の特定と認定に積極的に取り組んでいます。認定は、客観的な評価に基づいて、認知療法における高度な専門知識を示した個人に授与されます。アカデミーには、医師、心理学者、ソーシャルワーカー、その他の世界中の精神保健専門家が含まれています。アカデミーは、2001年9月11日の後、世界中の人々がトラウマ後に最善の助けを受けられるように情報（ウェブサイトで入手可能）を広めるために、トラウマタスクフォースを結成しました。

アディクション・テクノロジー・トランスファー・センター・ネットワーク (Addiction Technology Transfer Center Network)

http://www.attcnetwork.org/index.asp

5100 Rockhill Road Kansas City, MO 64110

電話番号：816-235-6888

メールアドレス：networkoffice@attcnetwork.org

アディクション・テクノロジー・トランスファー・センター（ATTC）ネットワークは、学生や専門家が薬物乱用治療分野における国際的な遠隔教育の機会を特定するためのリソースとして、またATTC認定の遠隔教育スポンサーのための無料のマーケティングの場として機能しています。ATTCのウェブサイトは、ケーススタディ、帰還兵との協働に関する情報、PTSDおよび二次的トラウマストレスに関する様々な出版物へのリンクなど、トラウマ関連のリソースを提供しています。

医療研究・品質調査機構（Agency for Healthcare Research and Quality）

http://www.innovations.ahrq.gov/index.aspx

540 Gaither Road Suite 2000 Rockville, MD 20850

電話番号：301-427-1104

医療研究・品質調査機構（AHRQ）はHHSの研究部門であり、患者の安全と質の向上、ケアの成果と有効性、臨床実践と技術評価、医療組織と提供システムを専門としています。AHRQはまた、多くの大学や機関での健康研究および研究トレーニングプログラムに資金提供と技術支援を行っています。AHRQのウェブサイトは、PTSDに関する研究出版物や、トラウマインフォームドケアを扱う他の政府出版物やツールキットへのリンクを提供しています。

米国トラウマティック・ストレス専門家アカデミー（The American Academy of Experts in Traumatic Stress）

http://www.aaets.org

203 Deer Road Ronkonkoma, NY 11779

電話番号：631-543-2217

メールアドレス：info@aaets.org

米国トラウマティック・ストレス専門家アカデミーは、トラウマサバイバーへの介入の進展に取り組む専門家の学際的ネットワークです。アカデミーは、専門家間の専門知識を特定し、分野を超えて、定期的にサバイバーと協働する人々のための有意義な基準を提供することを目指しています。アカデミーは、大規模な災害や大惨事に加え、一般的なトラウマ体験（例：慢性疾患、事故、家庭内暴力、喪失）の影響に対するより大きな理解を育むことに尽力しています。このグループの目的は、すべての被害者がサバイバーとなり、最終的には繁栄するのを助けることです。

米国赤十字社災害サービス（American Red Cross Disaster Services）

http://www.redcross.org/what-we-do/disaster-relief

American Red Cross National Headquarters 2025 E Street, NW Washington, DC 20006

電話番号：202-303-4498

赤十字社の災害救援は、人々の緊急の災害関連ニーズに対応することに焦点を当てています。災害が脅かされるか発生した場合、赤十字社は基本的な人間のニーズに対応するために、避難所、食料、健康および精神保健サービスを提供します。これらのサービスに加えて、赤十字災害救援の中核は、災害の影響を受けた個人や家族が自立して通常の日常生活を再開できるようにするための支援です。トレーニングの機会も提供されています。

米国不安・抑うつ協会（Anxiety and Depression Association of America）

http://www.adaa.org

8701 Georgia Avenue #412 Silver Spring, MD 20910

電話番号：240-485-1001

米国不安・抑うつ協会（ADAA）は、不安障害が現実のものであり、深刻で、治療可能であることを一般市民、医療専門家、立法者に知らせることに専念する唯一の全国的な非営利会員組織です。ADAAは、不安障害の早期診断、治療、治癒を促進し、それらを抱える人々の生活を改善することに取り組んでいます。ADAAのウェブサイトは、PTSDの症状とその治療法に関する情報を提供しており、PTSDの自己診断ツールも提供しています。

行動・認知療法協会（Association for Behavioral and Cognitive Therapies）

http://www.abct.org

305 7th Avenue, 16th Floor New York, NY 10001

電話番号：212-647-1890

FAX：212-647-1865

行動・認知療法協会は、人間の行動を理解し、人間の状態を向上させるための介入を開発し、これらの介入の適切な使用を促進するために、行動科学および認知科学の応用に関わる専門的な学際的組織です。この協会のウェブサイトには、トラウマや災害関連の問題に関する一般向けおよび専門家向けのリソース、臨床紹介ディレクトリ、行動療法のその他のリソースやトレーニング機会が含まれています。

トラウマティック・ストレス専門家協会（Association of Traumatic Stress Specialists）

http://www.atss.info

88 Pompton Avenue Verona, NJ 07044

電話番号：973-559-9200

メールアドレス：Admin@atss.info
トラウマティック・ストレス専門家協会は、トラウマティック・ストレスの分野でサービス、介入、対応、および/または治療を提供する有資格者に3つの異なる理事会認定を提供する国際的な会員組織です。この協会は、世界中のトラウマティックな出来事によって影響を受けたすべての人々の生活の質を向上させることに専念しています。会員は、自然災害、テロ攻撃、職務に関連する負傷や死亡、学校や職場での暴力のサバイバー、退役軍人、難民、犯罪被害者、ホロコーストサバイバー、政治的迫害によって影響を受けたり搾取されたりした人々、その他トラウマティック・ストレスによる傷害を経験した人々を支援する人々を代表しています。

不安および関連障害センター（Center for Anxiety and Related Disorders）
http://www.bu.edu/card
648 Beacon Street, 6th Floor Boston, MA 02215
電話番号：617-353-9610
760 Westwood Plaza Los Angeles, CA 90024
電話番号：310-794-9929
ボストン大学の不安および関連障害センター（CARD）は、不安、気分、摂食、睡眠、および関連障害に関する知識の進展とケアの提供に専念する臨床および研究センターです。CARDのウェブサイトは、PTSDやトラウマと不安に関する研究出版物の情報を提供しており、さらに国立子どもトラウマティック・ストレス・ネットワークの青年期トラウマティック・ストレスと薬物乱用プログラムのツールキットへのリンクも提供しています。

トラウマティック・ストレス研究センター（Center for the Study of Traumatic Stress）
http://www.cstsonline.org
Uniformed Services University of the Health Sciences Department of Psychiatry 4301
Jones Bridge Road Bethesda, MD 20814-4799
電話番号：301-295-2470
FAX：301-319-6965
トラウマティック・ストレス研究センター（CSTS）は、1987年に軍保健システムによって設立された連邦資金による組織で、戦闘における大量破壊兵器の使用、テロ行為や人質事件、戦闘および平和維持活動、自然災害、軍服組および民間コミュニティの両方で発生する暴行や事故のトラウマ的影響に関する国防総省の懸念に対処しています。CSTSは主に、軍人およびその子どもや家族に奉仕しています。

文化・トラウマ・メンタルヘルス格差センター（Center for Culture, Trauma and Mental Health Disparities）

http://www.semel.ucla.edu/cctmhd

UCLA Semel Institute of Neuroscience & Biobehavioral Sciences

760 Westwood Plaza

Los Angeles, CA 90024

電話番号：310-794-9929

カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）にある「トラウマとメンタルヘルス格差に関する協働センター」は、多民族的かつ学際的なグループであり、マイノリティ集団におけるトラウマに関する研究の実施と研修の提供に重点を置いています。

州政府評議会司法センター―メンタルヘルス（Council of State Governments Justice Center—Mental Health）

http://csgjusticecenter.org/jc/category/mental-health

100 Wall Street, 20th Floor New York, NY 10005

電話番号：212-482-2320

FAX：212-482-2344

メールアドレス：consensusproject@csg.org

コンセンサス・プロジェクトは州政府評議会司法センターの一部であり、SAMHSAのGAINSセンターなどの他の組織と提携し、刑事司法制度に関与する精神疾患を持つ人々（少年を含む）の成果を改善するために活動しています。コンセンサス・プロジェクトは、刑事司法制度におけるトラウマサービスや、子どものトラウマと少年司法に関するウェビナー、および地域のプログラムデータベースを提供しています。

ジャーナリズムとトラウマのためのダート・センター（Dart Center for Journalism and Trauma）

http://www.dartcenter.org

Columbia University Graduate School of Journalism 2950 Broadway New York, NY 10027

電話番号：212-854-8056

ダート・センターは、トラウマ、紛争、悲劇のメディア報道を改善することに専念しています。センターはまた、ジャーナリズムで働く人々のためのそのような報道の結果にも対処し、

セミナー、ニュースルームでのブリーフィング、トラウマ問題に関する相談を通じてトレーニングと教育を提供し、さらにジャーナリズム教育者や他のトレーナーのためのトレーニングも行っています。ダート・センターのウェブサイトでは、ジャーナリスト、教育者、臨床家が使用するためのファクトシート、出版物、DVDをリクエストに応じて提供しています。

デイビッド・ボールドウィンのトラウマ情報ページ（David Baldwin's Trauma Information Pages）

http://www.trauma-pages.com

電話番号：541-686-2598

メールアドレス：dvb@trauma-pages.com

このウェブサイトは、主に感情的なトラウマとトラウマティック・ストレスに焦点を当てており、これにはPTSDや解離が含まれ、それが個人のトラウマ体験後であろうと大規模な災害後であろうと対象としています。このサイトの目的は、トラウマティック・ストレス分野の臨床家や研究者に情報を提供することです。具体的には、トラウマ反応とその解決の臨床的および研究的側面の両方に焦点を当てています。

災害技術支援センター（Disaster Technical Assistance Center）

http://www.samhsa.gov/dtac

9300 Lee Highway Fairfax, VA 22031

電話番号：800-308-3515

FAX：703-225-2338

SAMHSAは、各州が自然および人為的な両方の広範な潜在的災害に備え、対応するのを支援するために災害技術支援センター（DTAC）を設立しました。DTACは主に、自然災害および人為的災害から回復している個人やコミュニティに奉仕しています。連邦緊急事態管理庁（FEMA）およびSAMHSAの緊急精神保健・トラウマティック・ストレス・サービス部門と連携し、非伝統的な環境で実施される強みに基づいたアウトリーチ指向の原則を用いて、地域レベルで既に存在するプログラムを補完するものとして活動しています。

EMDR研究所（EMDR Institute, Inc.）

http://www.emdr.com

P.O. Box 750 Watsonville, CA 9507

電話番号：831-761-1040

FAX：831-761-1204

メールアドレス：inst@emdr.com

眼球運動による脱感作と再処理法（EMDR）は、8段階のアプローチを用いる情報処理療法です（第1部、第6章の説明を参照）。このウェブサイトは、この治療アプローチに関する背景と説明的な情報を提供し、トレーニングの機会、参考文献、ネットワーキンググループをリストアップしています。

連邦緊急事態管理庁（The Federal Emergency Management Agency）

http://www.fema.gov

500 C Street SW Washington, DC 20472

電話番号：202-646-2500

連邦緊急事態管理庁（FEMA）は、かつては独立した機関でしたが、2003年3月に国土安全保障省の一部となりました。災害への対応、計画、復旧、および軽減を任務としています。FEMAの起源は1803年の連邦議会法にまで遡ることができます。この法律は、一般に最初の災害法制と見なされており、大規模な火災後にニューハンプシャー州のある町に支援を提供しました。その後の1世紀で、ハリケーン、地震、洪水、その他の自然災害に対応して、100回以上のアドホックな法律が可決されました。

国際クリティカル・インシデント・ストレス財団（The International Critical Incident Stress Foundation, Inc.）

http://www.icisf.org

3290 Pine Orchard Lane Suite 106 Ellicott City, MD 21042

電話番号：410-750-9600

FAX：410-750-9601

メールアドレス：info@icisf.org

国際クリティカル・インシデント・ストレス財団は、すべての緊急サービス専門職に対する教育、トレーニング、支援サービスの提供を通じて、障害を引き起こすストレスの予防と軽減に専念する非営利のオープンメンバーシップ財団です。心理学者、精神科医、ソーシャルワーカー、認可された専門カウンセラー向けの緊急精神保健サービスの継続教育とトレーニング、および様々な組織や世界中のコミュニティのための危機および災害対応プログラムの設立に関するコンサルテーションを行っています。

トラウマと解離の研究のための国際学会（International Society for the Study of Trauma and Dissociation）

http://www.issd.org

8400 Westpark Drive, Second Floor McLean, VA 22102

電話番号：703-610-9037

FAX：703-610-0234

メールアドレス：info@isst-d.org

この学会は、臨床家と研究者の情報共有と国際的なネットワーキング、専門家と一般市民への教育、解離に関する研究と理論の促進、解離性障害の特定、治療、予防における研究とトレーニングの促進を目的として組織された非営利の専門家協会です。この学会は、解離性障害心理療法トレーニングプログラムのコースを提供しています。

国際トラウマティック・ストレス学会（The International Society for Traumatic Stress Studies）

http://www.istss.org

111 Deer Lake Road Suite 100 Deerfield, IL 60015

電話番号：847-480-9028

FAX：847-480-9282

国際トラウマティック・ストレス学会（ISTSS）は、トラウマの影響に関する情報を共有するために1985年に専門家のために設立されました。ISTSSは、トラウマ的ストレッサーとその即時的および長期的影響を軽減しようとする政策、プログラム、およびサービスイニシアチブに関する知識の発見と普及に専念しています。ISTSSは、米国および世界中で、トラウマに関する研究、臨床戦略、公共政策上の懸念、および理論的定式化の共有の場を提供しています。

全米精神疾患患者家族会連合会（National Alliance on Mental Illness）

http://www.nami.org

3803 N. Fairfax Dr. Suite 100 Arlington, VA 22203

電話番号：703-524-7600

FAX：703-524-9094

全米精神疾患患者家族会連合会（NAMI）は、1979年に設立された非営利の擁護団体で、精神疾患を持つ人々とその愛する人々のために、意識向上、必要不可欠な無料の教育、擁護、支援グ

ループプログラムを提供しています。NAMIは地域、州、全国レベルで活動しており、各レベルの組織が精神疾患を持つ人々とその支援システムのために教育、情報、支援、擁護を提供しています。NAMIはトラウマツールキットを開発し、精神保健専門家向けにトラウマに関する一連の講義を含んでいます。

全米州アルコール・薬物乱用ディレクター協会 (National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors, Inc.)

http://www.nasadad.org

1025 Connecticut Ave NW Suite 605 Washington, DC 20036

電話番号：202-293-0090

FAX：202-293-1250

メールアドレス：dcoffice@nasadad.org

全米州アルコール・薬物乱用ディレクター協会（NASADAD）は、私的な非営利の教育、科学、情報機関です。NASADADの基本的な目的は、各州で効果的なアルコール・薬物乱用の予防および治療プログラムの開発を育成・支援することです。NASADADは、自然災害または人為的災害後のトラウマと薬物使用/乱用に関する方針概要を提供しています。

全米州精神保健プログラムディレクター協会 (National Association of State Mental Health Program Directors)

http://www.nasmhpd.org

66 Canal Center Plaza Suite 302 Alexandria, VA 22314

電話番号：703-739-9333

FAX：703-548-9517

全米州精神保健プログラムディレクター協会（NASMHPD、ナッシュピッドと発音）は、政策開発、情報普及、技術支援を通じて国の公的メンタルヘルスシステムのニーズに応えることに専念する非営利団体です。NASMHPDは230億ドルの公的メンタルヘルスサービス提供システムを代表しています。私的な非営利501(c)(3)会員組織として、NASMHPDは州のメンタルヘルス機関の議題を設定し、方向性を決定するのを支援しています。これには歴史的に州のメンタルヘルス計画、サービス提供、評価が含まれます。NASMHPDの会員が運営、資金提供、および/または規制する主要プログラムは、重度の精神疾患、発達障害、および/または物質使用障害を持つ人々にサービスを提供しています。NASMPHDは、拘束と隔離に代わる手段に関する州インフラ助成金プロジェクトへの対応として、SAMHSAのメンタルヘルスサービスセンターのイニシアチブである、メンタルヘルス環境での拘束と隔離の使用を防止し削減するためのベスト

プラクティスアプローチの実施と評価を促進するために設計された技術支援調整センターを立ち上げました。

国立傷害予防管理センター（National Center for Injury Prevention and Control）

http://www.cdc.gov/injury

1600 Clifton Road Atlanta, GA 30333

電話番号：800-232-4636

メールアドレス：cdcinfo@cdc.gov

国立傷害予防管理センター（NCIPC）は、1992年に疾病管理予防センターによって設立されました。研究、監視、エビデンスに基づく戦略の実施、能力構築、およびコミュニケーション活動を通じて、NCIPCは傷害と暴力に関連する罹患率、障害、死亡率、およびコストを削減するために活動しています。NCIPCは、職業外の傷害予防に関する米国の主要な連邦機関です。

国立PTSDセンター（National Center for PTSD）

http://www.ptsd.va.gov

810 Vermont Avenue NW Washington, DC 20420

電話番号：802-296-6300

メールアドレス：ncptsd@va.gov

国立PTSDセンター（NCPTSD）は、軍関連のPTSDを持つ退役軍人のニーズに対応するための連邦議会の命令に応えて、1989年に退役軍人省内に設立されました。その使命は、PTSDおよびストレス関連障害の科学、診断、治療における研究、教育、トレーニングを通じて、米国の退役軍人の臨床ケアと社会的福祉を向上させることです。そのウェブサイトは、PTSDおよびトラウマの他の永続的な結果に関する教育リソースとして提供されています。NCPTSDのウェブサイトには、トラウマ曝露、PTSDのリスクおよびレジリエンス要因、自己報告式の測定ツール、および面接スケジュールを測定するためのツールに関する情報があります。トレーニングの機会は http://www.ptsd.va.gov/about/training/training-programs.asp にリストされています。

国立遠隔医療・テクノロジーセンター（National Center for Telehealth and Technology）

http://www.t2health.org

9933C West Hayes Street Joint Base Lewis-McChord, WA 98431

電話番号：253-968-1914

FAX：253-968-4192
メールアドレス：AskUs@t2health.org
国立遠隔医療・テクノロジーセンターは、軍保健システムの一部として国防総省によって設立された連邦機関です。主に、TBIやPTSDによる健康への悪影響を経験している退役軍人や現役軍人、および親の配備に対処している軍人の子どもたちに、テクノロジー（例：携帯電話アプリケーション、展開可能な遠隔医療センター）を利用してサービスを提供しています。

国立トラウマインフォームドケアセンター (National Center for Trauma-Informed Care) http://www.samhsa.gov/nctic
66 Canal Center Plaza Suite 302 Alexandria, VA 22314
電話番号：866-254-4819
FAX：703-548-9517
メールアドレス：NCTIC@NASMHPD.org
国立トラウマインフォームドケアセンター（NCTIC）は、公的資金によるシステムおよびプログラムにおけるトラウマインフォームドケアを支援するための相談、技術支援、教育、アウトリーチ、およびリソースを提供するために、2005年にSAMHSAによって設立された連邦センターです。NCTICは主に、既に行動保健システムからサービスを受けている人々を対象とし、行動保健サービスおよびプログラムが消費者におけるトラウマの影響をより意識し、トラウマインフォームドな実践を取り入れるためにサービスを適応させ、消費者を再トラウマ化させる可能性のある実践やプロセスについての意識を高めるのを支援することに焦点を当てています。

国立犯罪被害者センター (National Center for Victims of Crime) http://www.victimsofcrime.org
2000 M Street NW Suite 480 Washington, DC 20036
電話番号：202-467-8700
FAX：202-467-8701
メールアドレス：webmaster@ncvc.org
国立犯罪被害者センター（NCVC）は、司法省からの連邦助成金によって一部資金提供されている非営利団体です。1985年に設立され、元々はサニー・フォン・ビューロー国立被害者擁護センターとして知られていました。NCVCは、暴力犯罪によって影響を受けた人々のためのリソースセンターであり、行動保健サービス提供者向けのトレーニングと教育も提供しています。

家庭内暴力、トラウマ＆メンタルヘルスに関する国立センター（National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health）

http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/

電話番号：312-726-7020

FAX：312-726-7022

家庭内暴力、トラウマ＆メンタルヘルスに関する国立センターは、2005年にHHSの家庭内暴力予防・サービスプログラムからの助成金を通じて設立されました。センターの使命は、サバイバーとその子どもたちが安全と幸福に不可欠なリソースにアクセスできるように、家庭内暴力やその他の生涯にわたるトラウマに対して、アクセスしやすく、文化的に関連性があり、トラウマインフォームドな対応を促進することです。これはメンタルヘルス・薬物乱用治療提供者へのトレーニングやオンラインリソースの提供、政策策定を通じて実現されています。

国立高齢者虐待センター（National Center on Elder Abuse）

http://www.ncea.aoa.gov

University of California–Irvine Program in Geriatric Medicine

101 The City Drive South, 200 Building Orange, CA 92868

電話番号：855-500-3537

メールアドレス：ncea-info@aoa.hhs.gov

国立高齢者虐待センター（NCEA）は、米国高齢化局の一部であり、高齢者虐待の予防に専念する国家的なリソースセンターとして機能しています。NCEAは、メンタルヘルス専門家と一般市民の両方に情報を提供し、また各州・地域組織に技術支援とトレーニングを提供しています。

家族ホームレスに関する国立センター（National Center on Family Homelessness）

http://www.familyhomelessness.org

200 Reservoir Street Suite 200 Needham, MA 02494

電話番号：617-964-3834

FAX：617-244-1758

メールアドレス：info@familyhomelessness.org

家族ホームレスに関する国立センター（NCFH）は1988年に設立された非営利団体で、ホームレス家族の特別なニーズに関する研究を行い、一般の認識を高めています。主にホームレスの退役軍人家族や子どもを持つ若い母親を支援しており、トラウマインフォームド組織ツールキットなども開発しています。

全米反家庭内暴力連合（National Coalition Against Domestic Violence）

http://www.ncadv.org

1 Broadway, Suite B210 Denver, CO 80203

電話番号：303-839-1852

FAX：303-831-9251

メールアドレス：mainoffice@ncadv.org

全米反家庭内暴力連合（NCADV）は1978年設立の擁護団体で、全国的な情報・紹介センターとして機能しています。家庭内暴力のサバイバーとその家族を保護し、シェルターや医療機関への資金提供に関する法律へ働きかけを行っています。

行動保健のための全国協議会（National Council for Behavioral Health）

http://www.thenationalcouncil.org

1701 K Street NW, Suite 400 Washington, DC 20006

電話番号：202-684-7457

メールアドレス：communications@thenationalcouncil.org

行動保健のための全国協議会は、1970年に設立された地域行動保健の全国擁護団体です。連邦レベルでの業界代表、出版物や年次トレーニング会議を提供し、SAMHSA資金によるトラウマインフォームド・プラクティスの学習コミュニティも提供しています。

国立薬物乱用研究所（National Institute on Drug Abuse）

http://drugabuse.gov

National Institutes of Health

6001 Executive Boulevard, Room 5213, MSC 9561 Bethesda, MD 20892-9561

電話番号：301-443-1124

メールアドレス：information@nida.nih.gov

国立薬物乱用研究所（NIDA）は1974年に設立され、1992年よりNIHの一部です。薬物乱用と依存症の科学的理解をリードし、トラウマと薬物乱用に関する情報収集も行っています。

国立精神衛生研究所（National Institute of Mental Health）

http://www.nimh.nih.gov

Science Writing, Press, and Dissemination Branch

6001 Executive Boulevard, Room 8184, MSC 9663 Bethesda, MD 20892-9663

電話番号：301-443-4513

FAX：301-443-4279

メールアドレス：nimhinfo@mail.nih.gov

国立精神衛生研究所（NIMH）はNIHの27の研究所の1つで、精神疾患や行動障害の負担を軽減することを使命としています。トラウマティックな出来事やPTSDに関連する出版物・ポッドキャストも提供しています。

エビデンスに基づくプログラムと実践のための国立登録簿（National Registry for Evidence-Based Programs and Practices）

http://www.nrepp.samhsa.gov

電話番号：866-436-7377

メールアドレス：nrepp@samhsa.hhs.gov

SAMHSAのNREPPは、精神保健・薬物乱用防止・治療に関連する300以上の介入をオンラインで検索できる登録簿です。トラウマやPTSDに対応する介入も含まれています。

国立性的暴力リソースセンター（National Sexual Violence Resource Center）

http://www.nsvrc.org

123 North Enola Drive Enola, PA 17025

電話番号：717-909-0710

FAX：717-909-0714

国立性的暴力リソースセンター（NSVRC）は2000年に設立され、CDC助成で部分的に連邦資金提供されています。性的暴力に関する幅広いリソースを収集・普及しており、連邦・州の法律改正を提唱しています。

犯罪被害者局トレーニング・技術支援センター（Office for Victims of Crime Training and Technical Assistance Center）

https://www.ovcttac.gov/

9300 Lee Highway Fairfax, VA 22031-6050

電話番号：866-682-8822

TTY：866-682-8880

FAX：703-279-4673

メールアドレス：TTAC@ovcttac.org

このセンターは被害者サービス提供者に包括的な技術支援とトレーニングリソースを提供し、熟練かつ感受性のある支援者を育成することを目指しています。

レイプ・虐待・近親相姦全国ネットワーク（Rape, Abuse & Incest National Network）

http://www.rainn.org

1220 L Street NW, Suite 505 Washington, DC 20005

電話番号：202-544-1034

メールアドレス：info@rainn.org

RAINNは1994年に設立された非営利団体で、司法省犯罪被害者局の助成金により一部資金提供されています。電話とオンラインのホットラインを通じて性的暴行のサバイバーに支援を提供し、国防総省と連携して軍関係者向けのホットラインも運営しています。

SAMHSAの部族トレーニング・技術支援センター（SAMHSA's Tribal Training and Technical Assistance Center）

http://beta.samhsa.gov/tribal-ttac

201 Corporate Drive, Suite 800 Landover, MD 20785

電話番号：240-650-0257

メールアドレス：TA-Request@tribaltechllc.com

部族トレーニング・技術支援センター（Tribal TTAC）は、連邦政府承認部族およびAI/ANコミュニティが精神・物質使用障害や自殺を予防し、精神衛生を促進するために、文化的に関連性がありエビデンスに基づく包括的トレーニングと技術支援を提供しています。

サンクチュアリ・モデル（Sanctuary Model）

http://www.sanctuaryweb.com

電話番号：888-538-3124

このモデルは、コミュニティ意識や問題解決における責任の共有、クライアントとスタッフが安全でつながりのあるコミュニティを経験できる機会を促進し、暴力の被害を受けた人々が癒しと成長を得ることを目指しています。

シーキング・セーフティ（Seeking Safety）

http://www.seekingsafety.org

Treatment Innovations

28 Westbourne Road Newton Centre, MA 02459

電話番号：617-299-1610

FAX：617-701-1295

メールアドレス：info@seekingsafety.org

シーキング・セーフティはPTSDと薬物乱用を対象とした現在志向の治療法で、安全確保を助ける心理療法的介入です。書籍やクライアント配布資料、臨床家向けガイダンスを提供しています。

シドラン研究所（Sidran Institute）

http://www.sidran.org

P.O. Box 436 Brooklandville, MD 21022-0436

電話番号：410-825-8888

FAX：410-560-0134

メールアドレス：info@sidran.org

シドラン研究所は、子どもと成人のトラウマ関連ストレスの早期認識と治療、トラウマサバイバー支援の臨床方法、公共政策イニシアチブに焦点を当て、教育・擁護を行う非営利団体です。

トラウマティック・ストレス研究所（Traumatic Stress Institute）

http://www.traumaticstressinstitute.org

Klingberg Family Centers

370 Linwood Street New Britain, CT 06052

電話番号：860-224-9113

トラウマの心理的影響理解を深め、暴力被害者が生活に意味と全体性を取り戻すのを支援するため、臨床サービス・専門家トレーニング・コミュニティ教育・研究に取り組んでいます。「リスキング・コネクションズ」トラウマ治療プログラムも提供。

テュレーン大学トラウマ研究所（Tulane University Traumatology Institute）

http://sites.google.com/site/charlesfigley/Home/traumatologyinstitute

Tulane School of Social Work

6823 St. Charles Ave., Building 9 New Orleans, LA 70118

電話番号：800-631-8234

メールアドレス：figley@tulane.edu

1996年に設立され、保健・精神保健専門家を集め、トラウマに関する最先端の研究・治療・トレーニングを開発。個人、家族、社会へのトラウマの影響を減少させる活動を行っています。

退役軍人省PTSD支援サービス（Veterans Affairs PTSD Support Services）

http://www.ptsdsupport.net/va.html

P.O. Box 5574 Woodland Park, CO 80866

メールアドレス：russ@ptsdsupport.net

VA医療センターはPTSDを持つ退役軍人向けに100以上の専門プログラムを提供し、再適応カウンセリングサービス（Vet Center）とも連携しています。

ホワイト・バイソン・ウェルブライエティ・トレーニング研究所（White Bison Wellbriety Training Institute）

http://www.whitebison.org

701 N. 20th Street Colorado Springs, CO 80904

電話番号：877-871-1495

メールアドレス：info@whitebison.org

アメリカンインディアンの禁酒・回復・ウェルネスに焦点を当てる非営利団体。歴史的・世代間トラウマについてのトレーナーや専門家向けトレーニング、ツール、リソースを提供しています。

米国児童・思春期精神医学会（American Academy of Child & Adolescent Psychiatry）

http://www.aacap.org

3615 Wisconsin Avenue NW Washington, DC 20016-3007

電話番号：202-966-7300

FAX：202-966-2891

精神的・行動的・発達的障害を持つ子どもや家族の生活の質向上を目指す全国専門医学協会。精神疾患の理解促進や差別軽減、治療アクセス確保に尽力しています。

児童虐待に関するアメリカ専門家協会（American Professional Society on the Abuse of Children）

http://www.apsac.org

350 Poplar Avenue Elmhurst, IL 60126

電話番号：630-941-1235

FAX：630-359-4274

メールアドレス：apsac@apsac.org

APSACは、虐待や暴力によって影響を受ける子どもと家族に対応する専門家の能力を向上させることを使命としています。児童虐待分野の専門家向けに教育や情報提供を行っています。

アンナ研究所（Anna Institute）

http://www.theannainstitute.org

21 Ocean Street Rockland, ME 04841

メールアドレス：afj@gwi.net

アンナ研究所は、子どもへの性的虐待とトラウマの影響について一般市民や精神保健専門家を教育することに重点を置き、トラウマインフォームドケアに関する資料や学校教員向け配布資料なども提供しています。

すべての子どものメンタルヘルスを守るキャンペーン（Caring for Every Child's Mental Health Campaign）

http://www.samhsa.gov/children

P.O. Box 2345 Rockville, MD 20847-2345

メールアドレス：nmhic-info@samhsa.hhs.gov

SAMHSAが実施する全国的な広報・教育活動で、若者のメンタルヘルスの重要性への認識を高め、早期に適切な治療やサービスにつながるよう促すことを目指しています。

児童研究センター（Child Study Center）

http://www.aboutourkids.org

One Park Avenue, 7th Floor New York, NY 10016

電話番号：212-263-6622

メールアドレス：webmaster@aboutourkids.org

NYUの児童研究センターで、学習・行動・感情障害、PTSDや物質使用障害を持つ子どもや青年に関する情報を親向けに提供しています。研究成果を臨床ケアに統合し最先端サービスを提供。

子どもトラウマ・アカデミー（Child Trauma Academy）

http://www.childtrauma.org

5161 San Felipe, Suite 320 Houston, TX 77056

電話番号：866-943-9779

メールアドレス：cta@childtrauma.org

虐待やトラウマを受けた子どもの生活を改善することを使命とし、教育・サービス・プログラムコンサルテーションを通じて子ども支援システムの発展を促しています。

子どもトラウマ研究所（Child Trauma Institute）

http://www.childtrauma.com

P.O. Box 544 Greenfield, MA 01302-0544

電話番号：413-774-2340

メールアドレス：cti@childtrauma.com

トラウマを受けた子ども・青年・大人に関わる人々へトレーニングや情報、リソースを提供しています。親向け情報や専門家向け出版物、関連サイトへのリンクも充実。

児童福祉情報ゲートウェイ（Child Welfare Information Gateway）

http://www.childwelfare.gov

Children's Bureau/ACYF

1250 Maryland Avenue SW, Eighth Floor Washington, DC 20024

電話番号：800-394-3366

メールアドレス：info@childwelfare.gov

児童福祉、虐待・ネグレクト、養子縁組に関するプログラム、法律、トレーニング手法の情報を提供し、予防ツールキットや州法検索、ロジックモデル作成ツールも利用可能です。

アメリカ児童福祉連盟（Child Welfare League of America）

http://www.cwla.org

1726 M Street NW, Suite 500 Washington DC, 20036

電話番号：202-688-4200

FAX：202-833-1689

会員児童福祉機関を通じて高品質サービスの基準を策定・普及。トレーニングや政策提言、文化的多様性を尊重したサービス提供を支援しています。

ユーニス・ケネディ・シュライバー国立小児保健・人間発達研究所（Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development）

http://www.nichd.nih.gov/Pages/index.aspx

31 Center Drive, Building 31, Room 2A32 Bethesda, MD 20892-2425

電話番号：800-370-2943

1962年設立のNIHの研究所で、受胎から老年期までの発達プロセス、疾患が個人の生活に与える影響を調査。医療提供者向けのトレーニングも後援。

暴力にさらされた子どもたちのための国立センター（National Center for Children Exposed to Violence）

http://www.nccev.org

Yale Child Study Center

230 South Frontage Road P.O. Box 207900 New Haven, CT 06520-7900

電話番号：877-496-2238

メールアドレス：colleen.vadala@yale.edu

子どもと家族に対する暴力の発生率や影響を減らすための介入・専門家育成を行い、豊富なオンライン情報を提供。少年司法・SAMHSA・教育省などの助成を受けています。

国立薬物乱用・児童福祉センター（National Center on Substance Abuse and Child Welfare）

http://www.ncsacw.samhsa.gov

P.O. Box 2345 Rockville, MD 20847-2345

電話番号：866-493-2758

メールアドレス：ncsacw@cffutures.org

SAMHSAとHHS内の子ども局によって資金提供されており、薬物乱用と児童福祉の交差領域で、情報普及や技術支援、地域・州・国レベルの変化を促す包括的プログラムを提供。オンラインチュートリアルやPowerPoint、資料も用意。

国立子どもトラウマティック・ストレス・ネットワーク（National Child Traumatic Stress Network）

http://www.nctsnet.org

NCTSN—University of California, Los Angeles

11150 W. Olympic Boulevard, Suite 650 Los Angeles, CA 90064

電話番号：310-235-2633

FAX：310-235-2612

NCTSNは現在54の治療センターから成り、トラウマを経験した子ども・青年に対する治療サービスの質と可用性を向上させることを目的に、SAMHSA資金で運営。エビデンスに基づく有望な実践のリストも提供。

子どものためのトラウマと喪失に関する国立研究所（National Institute for Trauma and Loss in Children）

http://www.starrtraining.org/trauma-and-children

42855 Garfield Road, Suite 111 Clinton Township, MI 48038

電話番号：877-306-5256

FAX：586-263-4915

メールアドレス：TLC@starrtraining.org

学校職員や危機介入チーム、医療・精神保健専門家向けに、トラウマを受けた人を支援するための教育、介入プログラム、リソースを提供しています。

国立先住民児童トラウマセンター（National Native Children's Trauma Center）

http://iers.umt.edu/National_Native_Childrens_Trauma_Center

Institute for Educational Research and Service

McGill Hall 026 The University of Montana Missoula, MT 59812-6376

電話番号：406-243-5344

FAX：406-243-2197

メールアドレス：iers@mso.umt.edu

SAMHSAによる連邦資金プログラムで、モンタナ大学が運営。AI/ANの子どものトラウマに対して臨床家・学校・部族プログラムを通じて介入やトレーニングを提供。

トレーニングの機会 (Training Opportunities)

以下のリソースは、トラウマの影響を受けた人々を治療し、サービスを提供することに関心のある行動保健専門家向けの様々なトレーニングと資格認定の機会を紹介しています。これは網羅的なリストではありませんが、さらなるトレーニングを探しているサービス提供者にとっての出発点となります。

- **ISTSSのウェブサイト**には、トラウマ関連の学術およびトレーニング機会のディレクトリ（http://www.istss.org/LearningAboutTrauma.htm）が掲載されています。これには、プログラムを提供している機関へのリンクが含まれています。

- **トラウマティック・ストレス専門家協会**（http://www.atss.info）は、教育と経験に対して3つのレベルの認定を提供しています：

    - **認定トラウマ・スペシャリスト（CTS）**—カウンセラー、臨床家、治療専門家向け。トラウマ治療における240時間の教育・トレーニングと、2,000時間のトラウマカウンセリング・介入経験が必要です。
    - **認定トラウマ・レスポンダー（CTR）**—即時トラウマ介入を提供する人向け。危機またはクリティカルインシデント対応チームでの40時間の経験、準学士号または高校卒業資格と災害・クリティカルインシデントストレスデブリーフィングトレーニングの修了、および72時間の危機対応トレーニングが必要です。
    - **認定トラウマ・サービス・スペシャリスト（CTSS）**—即時トラウマ介入、危機支援、擁護、または被害者支援を提供する人向け。トラウマ関連分野での1年間の経験と、特定のトレーニングが必要です。

- **ニューヨーク大学**の国際トラウマ研究プログラムや**ボストン大学**の不安・関連障害センターなど、いくつかの大学では、精神保健専門家向けの専門的なトラウマ・トレーニングを提供しています。**ミズーリ大学セントルイス校**は、その臨床心理学大学院プログラムの学生に、トラウマ回復センターでトラウマ治療または研究の専門トレーニングを提供しています。**ペンシルベニア大学**の不安治療・研究センターは、医療専門家向けのトレーニングを提供しています。**ネバダ大学ラスベガス校**のカウンセリング学部は、トラウマと依存症に関する大学院・学部コースを提供しており、大学院生は依存症研究の上級大学院証明書の一部としてトラウマと依存症のトレーニングを受けることができます。**サウスカロライナ医科大学**は、トラウマに焦点を当てた認知行動療法（TF-CBT）および小児期のトラウマ的悲嘆におけるTF-CBTの使用に関するウェブベースのコースを提供しています。多くの大学には、トラウマおよびトラウマ関連の主題に専門知識を持つ教員がおり、多くの大学院プログラムを通じてトレーニングを受けることができます。

- **アディクション・テクノロジー・トランスファー・センター（ATTC）ネットワーク**は、SAMHSAの薬物乱用治療センターによって1993年に設立されたリソースで、全国に14の独立した地域センターとナショナルオフィスからなるネットワークです。そのプログラムの一つとして、様々なトピックに関する臨床家向けの遠隔教育を提供しています。自己ペース、自己主導、および監督付きの数百のオンラインコースの中で、トラウマサバイバーのための薬物乱用治療、児童虐待とネグレクトの問題を持つ人々のための薬物乱用治療、化学物質依存と心的外傷後ストレス症、依存症カウンセラーと臨床スーパーバイザーのための臨床的セルフケア、眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)、DV被害女性と依存症、および心的外傷後ストレス症などのコースがあります。

- **SAMHSAのメンタルヘルスサービスセンター**は、FEMA承認の危機カウンセリングプログラムに対して、スタッフォード法に基づく資金提供によるトレーニングを提供しています。

- **アメリカ赤十字社**は、限定的な災害メンタルヘルス・トレーニングを提供しています。このトレーニングの焦点は、認可された精神保健専門家を赤十字災害サービスシステムとそのボランティアとしての役割に慣れさせることです。

- **国立PTSDセンター**は、もともと1989年に米国退役軍人省（VA）内に、軍関連のPTSDを持つ退役軍人のニーズに対応するために設立されました。現在では、トラウマ全般を含むようにその焦点が広がっています。センターは、VAおよび非VAの精神保健担当者向けに、PTSD 101コースを含む様々なトレーニングの機会を提供しています。

- **シーキング・セーフティ**は、トラウマ、PTSD、および併存する障害について、カウンセラーから看護師、管理者まで、あらゆるレベルの精神保健専門家向けのトレーニングを提供しています。

- EMDR国際協会（EMDRIA）は、指導、監督付き実習、およびコンサルテーションを含むカリキュラムを通じて、EMDRの認定のための臨床家向けトレーニングを提供しています。

- **ISTSS**は、1985年に設立され、トラウマを受けた人々の研究、評価、治療に注目を集めています。ISTSSは専門家協会であり、年次大会、特にプレカンファレンス・インスティテュートを通じて対面式のトレーニングを提供しています。

- **グリーンクロス・トラウマ学アカデミー**は、2002年にトラウマ学教育プログラムの認定委員会を設立し、トラウマ学者の教育とトレーニングにおける高い基準を向上させ、維持しています。

付録C—トラウマの歴史的記述

歴史的に、トラウマ的ストレスの症状は、軍隊と民間の両方の集団で記録されてきました（Lasiuk & Hegadoren, 2006）。初期の記述は、兵士に対する戦闘状況の影響を説明していました。「兵士の心臓」と「郷愁」は、アメリカ南北戦争中に使用されたトラウマ的ストレス反応の用語でした。戦争の技術と戦略が変わるにつれて、兵士のトラウマ的ストレス反応の描写も変わりました。第一次世界大戦における重爆発物の出現は、症状を「シェルショック」に帰するようになり、爆発からの影響のより生理学的な説明を与えました（Benedek & Ursano, 2009）。民間側では、産業革命が、産業および鉄道事故を含む、より大規模で劇的な大惨事を引き起こしました。これら、そして他の災害は、職業上の健康史、新聞、現代文学で注目されています。

トラウマ的ストレスのより身体的な説明（すなわち、シェルショック）があっても、トラウマ的ストレス反応は性格の欠陥によるものであるという一般的な態度が残っていました。例えば、当時の兵士の痛みは、しばしば郷愁の症状と見なされていました。シャルコー、ジャネ、フロイトの努力にもかかわらず、彼らは症状の心理発生的な起源を心理的トラウマへの反応として説明しましたが（Lasiuk & Hegadoren, 2006）、第二次世界大戦の軍の新兵は、「道徳的な弱さ」に悩まされている人々を特定するためにスクリーニングされ、それが彼らが軍務に入るのを防ぎました。

同時に、第二次世界大戦中には、戦争関連のトラウマのための新しい治療法がありました。一つのアプローチは、戦闘に復帰する前に休息の時間を与えることによって、当時「戦闘疲労」と呼ばれていたものを現場で兵士に治療しました。朝鮮戦争とベトナム戦争中、アプローチは会話療法の使用にさらに焦点を合わせ始めました。治療の代替案を開発することへの関心が芽生え始めたのは、ベトナム後の時代になってからでした。この時期に、米国退役軍人省（当時は退役軍人管理局と呼ばれていました）は、心的外傷後ストレス症（PTSD）のためのグループセラピーを開発しました。費用対効果が高いことを超えて、この技術は退役軍人の症状によく適しており、社会化と再統合を促進しました（Greene et al., 2004）。

1980年にアメリカ精神医学会（APA）の精神障害の診断と統計マニュアル第3版（DSM-III）が出版されたことは、ベトナム戦争の退役軍人によって提示された症状に触発された、診断としてのPTSDの導入を示しました（Benedek & Ursano, 2009）。この版の診断は、特定のストレッサー—通常の人間経験の範囲外の壊滅的なストレッサー—の特定を必要とし（APA, 1980）、PTSDを不安障害として分類しました（Lasiuk & Hegadoren, 2006）。この定義から始まり、研究の本体は成長し、応用の範囲は広がり始めましたが、何がトラウマを構成するかについてのかなりの議論なしではありませんでした。

1960年代に始まった社会革命は、女性運動と、多様で権利を剥奪されたグループへのより多くの注意を求める声と組み合わさって、対人暴力と犯罪関連のトラウマの被害者の認識と治療の増加の舞台を設定しました（Figley, 2002）。レイプトラウマ症候群の導入は、性的暴行の心理的な結果と、社会と社会福祉システムからのその後の支援の欠如を強調しました（Kramer & Green, 1997）。その後、研究は対人暴力により焦点を合わせ始め、したがって、この形態の暴力とトラウマに特有のリスク要因と治療アプローチの特定につながりました（Olff, Langeland, Drajer, & Gersons, 2007）。

国際的および国内的な精神保健組織と研究からの意見を得て、DSM-IVは、特定されたストレッサーのより広範な解釈を含むように、トラウマの定義をさらに修正しました（Andreasen, 2010）。DSM-5は、トラウマの修正された定義を維持していますが、基準は、適格なトラウマ的な出来事が直接経験されたか、目撃されたか、または間接的に経験されたかについて、明確であることを要求しています（APA, 2013b）。

DSM基準の変化と並行して、トラウマ的ストレスのための認知行動療法は、他のスキルベースのアプローチとともに開発されました（Greene et al., 2004）。フォア、レジック、ズリラ、マイケンバウムなどの研究者は、知識の本体に追加し、臨床医に様々なツールを与えました。これらのアプローチは今日でも開発され、有効性を示し続けています。小児期の性的虐待と家庭内暴力の長期的および短期的な影響への新たな関心もありました。トラウマの影響を文書化することへの関心は、外傷性脳損傷、重大な整形外科的傷害、複数のトラウマを含むように、さらに拡大しました（Starr et al., 2004）。同様に、医療における消費者運動も始まりました。消費者は、患者の権利、人道的な治療、そして治療プロセスへの関与を主張しました。その結果、医療への父権的なアプローチは変わり始めました。消費者が初期の舞台を設定し、連邦機関（例：薬物乱用・精神衛生管理庁とそのセンター）と全国的な組織がトラウマインフォームドな方針とケアの必要性を促進するにつれて、全国的な研究がトラウマ的な経験の有病率を示し始めました。有害な小児期体験と、女性、併存障害、暴力に関する研究を含む研究は、トラウマの広範な長期的な影響を明確に示し、トラウマインフォームドな方針とケアの要求を強化しました。（トラウマインフォームド・ケアの発展に関する詳細情報については、Harris and Fallot, 2001b、およびJennings, 2004を参照）。

トラウマの治癒と回復への歴史的アプローチ

トラウマの治癒と回復への第一世代のアプローチ トラウマの治癒と回復への第一世代のアプローチは、PTSDの症状に対処するための個人および臨床的な介入に

焦点を当て、トラウマの影響を継続的な生活活動に統合することに向かいました。戦争と監禁の経験（例：自然災害とテロリズムのサバイバー、故郷の暴力と迫害から逃れる難民と移民）を超える、暴力とトラウマの既往歴を持つ追加のグループの急速に発展する認識は、トラウマの治癒と回復への第二世代のアプローチを促した問題とニーズを提示しました。

トラウマの治癒と回復への第二世代のアプローチ 第二世代のアプローチは、個人的および社会的な運動を活性化するために、自己治癒力を活用するように設計された、心理教育的およびエンパワーメントモデルに焦点を当てました。これらのアプローチは、しばしばグループおよびピアサポートモデルに基づいており、トラウマとその影響の管理に関する支援と教育の両方を提供します。これらのアプローチは、臨床的または代替的なセラピーを置き換えるように設計されていません。むしろ、それらはケアのための社会的な文脈を提供します。

心理教育的なエンパワーメントアプローチの開発と同時に、私たちはまた、アプローチがトラウマインフォームドな組織またはプログラムで実施されない場合、それらは根付かず、有効性を失う可能性があることも学びました。

トラウマインフォームド・ケア：公衆衛生のための新しいパラダイム トラウマインフォームド・ケアは、公的な精神保健およびヒューマンサービスを組織するための新しいパラダイムです。トラウマインフォームド・ケアは、サービスを求める人々への最初の質問を、「あなたに何が問題なのですか？」（患者または消費者）から、「あなたに何が起こったのですか？」（サバイバー）へと変えます。トラウマインフォームド・ケアは、サービスを求めるすべての人が、サービス提供者からの支援とメンタリングによって促進される、自分自身の治癒への道を設計するトラウマサバイバーであるという仮定によって開始されます。

トラウマインフォームドな環境では、サバイバーは、積極的に目標を設定し、目標に向かって進捗を管理するようにエンパワーされます。ほとんどの既存の組織またはプログラムにとって、それは、伝統的な「トップダウン」の階層的な臨床モデルから、治癒へのすべての可能性のあるツールと道を包含する心理社会的なエンパワーメントパートナーシップへの移行を必要とします。多くのレベルと種類のサービスと治療を持つ多元的な公衆衛生システムにおいて、これは、人道的

で、尊厳があり、費用対効果が高く、真に人中心の支援と援助を前進させる上で、「不可欠なもの」または「それなしではあり得ないもの」として受け入れられつつあります。

出典：Salasin, 2011, p. 18.

付録D—スクリーニングおよび評価尺度 (Appendix D—Screening and Assessment Instruments)

この付録では、トラウマ的な出来事やトラウマ関連症状のスクリーニングと評価に利用できるツールの選定サンプルを提供します。これは網羅的なリストではなく、また、トラウマ関連症状のより広範な範囲（睡眠衛生や解離など）や、トラウマインフォームドケアを提供する上で重要な他の特徴（レジリエンスのレベル、コーピングスキルのスタイル、リソースの利用可能性など）を捉えるスクリーニングツールに焦点を当てたものでもありません。利用可能な尺度の広範な範囲に関する詳細情報については、第1部第4章を参照してください。以下にリストされている尺度の多くは、『精神障害の診断と統計マニュアル第4版テキスト改訂版』（DSM-IV-TR; APA, 2000）に記載されている基準を使用していますが、『DSM-5』（APA, 2013a）の発表に伴い、尺度は進化し、新しいバージョンが同じ連絡先情報の下で利用可能になるでしょう。

スクリーニングと評価尺度 (Screening and Assessment Measures)

- 臨床家施行PTSD尺度 (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)
- デイビッドソン・トラウマ尺度 (Davidson Trauma Scale, DTS)
- 苦痛な出来事に関する質問票 (Distressing Event Questionnaire, DEQ)
- 生涯ストレッサー評価 (Evaluation of Lifetime Stressors, ELS)
- 出来事インパクト尺度改訂版 (Impacts of Event Scale Revised, IES-R)
- 戦闘関連PTSDのためのミシシッピ尺度 (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, M-PTSD)
- 心的外傷後ストレス症のためのペン尺度 (Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder)
- 心的外傷後診断尺度 (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS)
- PTSD症状尺度-面接版 (PTSD Symptom Scale-Interview, PSS-I)
- PTSD症状尺度：自己記入式 (PTSD Symptom Scale: Self-Report Version, MPSS-SR)
- 心的外傷後ストレス症状スクリーニング (Screen for Posttraumatic Stress Symptoms, SPTSS)
- PTSDのための構造化面接 (Structured Interview for PTSD, SI-PTSD)
- 成人用トラウマ評価 (Trauma Assessment for Adults, TAA)

- 成人用トラウマ評価-自己記入式 (Trauma Assessment for Adults (TAA)–Self-Report)
- トラウマ歴質問票 (Trauma History Questionnaire, THQ)
- トラウマ症状尺度 (Trauma Symptom Inventory, TSI)
- トラウマティック・ストレス・スケジュール (Traumatic Stress Schedule)

臨床家施行PTSD尺度 (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

項目	内容
領域	心的外傷後ストレス症（PTSD）、急性ストレス症（ASD）
期間	CAPS-Sx: 生涯および現在（過去1週間） CAPS-Dx: 現在（過去1ヶ月）
回答形式	その他
実施形式	構造化面接
項目数	30
所要時間	30～60分
実施者の資格	PTSDに関する実務知識を持ち、適切に訓練された準専門家である臨床家および臨床研究者による実施。
尺度の入手方法	Danny G. Kaloupek, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 退役軍人、自動車事故サバイバー 信頼性: α = .94、再テスト信頼性 = .90–.98 妥当性:感度 = .85、特異度 = .95（構造化臨床面接DSM版[SCID]との比較）、r = .91（戦闘関連PTSDのMSスケールとの比

項目	内容
	較）、κ = .77（SCID診断との比較）、項目-全体相関 = .49–.82、内的整合性 = .94
作成者	Dudley David Blake, Frank W. Weathers, Linda M. Nagy, Danny G. Kaloupe, Dennis S. Charney, and Terence M. Keane
連絡先	Danny G. Kaloupek, Ph.D. National Center for PTSD Boston VA Medical Center, 11B 150 South Huntington Avenue Boston, MA 02130
関連文献	Blake, D. D. (1994). Rationale and development of the clinician-administered PTSD scales. *PTSD Research Quarterly, 5*, 1–2. Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75–90.

デイビッドソン・トラウマ尺度 (Davidson Trauma Scale, DTS)

項目	内容
領域	PTSD症状
期間	現在（過去1週間）
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化

項目	内容
項目数	17
所要時間	10～15分
実施者の資格	心理学の学士号。この尺度の使用に関する関連分野の学識および coursework、または特別なトレーニングが必要。これらの要件は、管轄区域でこのレベルのテストを実施する権利を付与された者については免除される場合がある。
尺度の入手方法	Mental Health Systems, Inc.に連絡。
費用	15.00ドル
心理測定学的特性	**対象集団:** 強姦被害者、退役軍人、ハリケーン被害者、その他のトラウマ被害者 信頼性: α = .99、再テスト信頼性 = .86
作成者	Jonathan R.T. Davidson
連絡先	Mental Health Systems, Inc. 908 Niagara Falls Boulevard North Tonawanda, NY, 14120-2060 800-456-3003
関連文献	Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*, 153–160. Davidson, J. R., Tharwani, H. M., & Connor, K. M. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): Normative scores in the general p

項目	内容
	opulation and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depression and Anxiety, 15*, 75–78.

苦痛な出来事に関する質問票 (Distressing Event Questionnaire, DEQ)

項目	内容
領域	複数の出来事に対する心的外傷後ストレス症（PTSD）
期間	生涯
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	35
所要時間	10～15分
実施者の資格	Edward Kubany, Ph.D.に連絡。
尺度の入手方法	Edward Kubany, Ph.D.に連絡。
費用	Edward Kubany, Ph.D.に連絡。
心理測定学的特性	**対象集団:** 退役軍人、DV被害女性 信頼性: 項目間相関 r = .93、再テスト信頼性 = .95 妥当性:ピアソンのr信頼性係数 = .83（ペン尺度との比較）、ピアソンのr信頼性係数 = .76（ベック抑うつ尺度との比較）
作成者	Edward Kubany, Mary Beth Leisen, Aaron S. Kaplan, Martin P. Kelly

項目	内容
連絡先	Edward Kubany, Ph.D. National Center for PTSD Pacific Islands Division Department of VA, Suite 307 Honolulu, HI 96813 Kubany.Edward@honolulu.va.gov
関連文献	Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., & Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: The distressing event questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment, 12*, 197–209.

生涯ストレッサー評価 (Evaluation of Lifetime Stressors, ELS)

項目	内容
領域	トラウマ歴
期間	生涯
回答形式	その他
実施形式	構造化
項目数	56
所要時間	スクリーニングに10～20分、完全な面接に1～3時間
実施者の資格	訓練された臨床家のみが実施すべき。
尺度の入手方法	Karen Krinsley, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン

項目	内容
心理測定学的特性	**対象集団:** 男性の退役軍人、女性の性的虐待サバイバー 信頼性: r = .4–1.0
作成者	Karen Krinsley, Frank W. Weathers, Elana Newman, Edward A. Walker, Danny G. Kaloupek, Rachel Kimerling
関連文献	Corcoran, C. B., Green, B. L., Goodman, L. A., & Krinsley, K. E. (2000). Conceptual and methodological issues in trauma history assessment. In A. Y. Shalev, R. Yehuda, & A. C. McFarlane (Eds.), *International handbook of human response to trauma* (pp. 22–232). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers. Krinsley, K. (1996). Psychometric review of the Evaluation of Lifetime Stressors (ELS) Questionnaire and Interview. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 160–162). Lutherville, MD: Sidran Press.

出来事インパクト尺度改訂版 (Impact of Event Scale Revised, IES-R)

項目	内容
領域	単一の出来事に対するPTSD
期間	現在（過去1週間）
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	22

項目	内容
所要時間	スクリーニングに5〜10分
実施者の資格	なし
尺度の入手方法	http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_19.pdf
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 地震サバイバー、緊急災害対応者、ベトナム退役軍人、暴力・性的暴行被害者 信頼性: α = .79–.92、再テスト信頼性 = .89–.94、ピアソンのr信頼性係数 = .74–.87
作成者	Daniel Weiss and Charles R. Marmar
関連文献	Sundin, E. C. & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry, 180*, 205–209. Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1996).The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press. (Includes measure in its entirety.)

戦闘関連PTSDのためのミシシッピ尺度 (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, M-PTSD)

項目	内容
領域	複数の出来事に対するPTSD
期間	国立PTSDセンターに連絡 (ncptsd@ncptsd.org)

項目	内容
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	35
所要時間	10～15分
実施者の資格	国立PTSDセンターに連絡 (ncptsd@va.gov)
尺度の入手方法	国立PTSDセンターに注文。
費用	無料 (ncptsd@va.gov)
心理測定学的特性	**対象集団:** 退役軍人 信頼性: 項目間相関 r = .94、再テスト信頼性 = .97 妥当性: 感度 = .93、特異度 = .89
作成者	Terence M. Keane
連絡先	National Center for PTSD (116D) VA Medical Center 215 N. Main St. White River Junction, VT 05009 http://www.ptsd.va.gov/
関連文献	Engdahl, B. & Eberly, R. (1994). Assessing PTSD among veterans exposed to war trauma 40–50 years ago. *NCP Clinical Quarterly, 4*, 13–14. Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 85–90.

心的外傷後ストレス症のためのペン尺度 (Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder)

項目	内容
領域	複数の出来事に対するPTSD
期間	現在（過去1週間）
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	26
所要時間	5〜15分
実施者の資格	Melvyn Hammarberg, Ph.D.に連絡。
尺度の入手方法	Melvyn Hammarberg, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 退役軍人、石油掘削施設災害サバイバー 信頼性: α = .94、再テスト信頼性 = .96
作成者	Melvyn Hammarberg
連絡先	Melvyn Hammarberg, Ph.D. Department of Anthropology University of Pennsylvania 325 University Museum 33rd and Spruce Street Philadelphia, PA 19104-6398

項目	内容
関連文献	Hammarberg, M. (1996). Psychometric review of the Penn Interview for Post Traumatic Stress Disorder. In B. H, Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 231–235). Lutherville, MD: Sidran Press. (Includes measure in its entirety.) Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Stillman, J., & Pape, H. C. (2011). Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury, 42*, 288–300.

心的外傷後診断尺度 (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS)

項目	内容
領域	DSM-IV PTSD症状クラスター
期間	現在（過去1ヶ月）
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	49
所要時間	10～15分
実施者の資格	心理学の学士号。この尺度の使用に関する関連分野の学識および coursework、または特別なトレーニングが必要。
尺度の入手方法	National Computer Systems (NCS)に連絡。
費用	15.00ドル

項目	内容
心理測定学的特性	**対象集団:** 事故/火災、災害、暴行、性的暴行、性的虐待、重篤な病気の被害者 信頼性: α = .92、再テスト信頼性 = .83 妥当性: 感度 = .89、特異度 = .75
作成者	Edna B. Foa, Ph.D.
連絡先	National Computer Systems (NCS) 5605 Green Circle Drive Minnetonka, MN 55343
関連文献	Foa, E. (1996). *Post-traumatic Diagnostic Scale manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems. Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Post-traumatic Diagnostic Scale (PDS). *Psychological Assessment, 9*, 445–451. Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Stillman, J., & Pape, H. C. (2011). Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury, 42*, 288–300.

PTSD症状尺度-面接版 (PTSD Symptom Scale-Interview, PSS-I)

項目	内容
領域	PTSD単一イベント
期間	現在（過去2週間）
回答形式	その他

項目	内容
実施形式	構造化
項目数	17
所要時間	20分
実施者の資格	数時間のトレーニングを受けた修士レベルの面接官が実施可能。
尺度の入手方法	Edna B. Foa, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 女性の性的暴行被害者、女性の暴行被害者 信頼性: α = .85、再テスト信頼性 = .80 妥当性: 感度 = .88、特異度 = .96（SCIDとの比較）、ピアソンのr信頼性係数 = .48–.80（出来事インパクト尺度侵入・回避、状態特性不安検査の状態部分、MPSS-SRとの比較）
作成者	Edna B. Foa and Gregory A. Leskin
連絡先	Edna B. Foa, Ph.D. Medical College of Pennsylvania Department of Psychiatry 3200 Henry Avenue Philadelphia, PA 191

PTSD症状尺度：自己記入式 (PTSD Symptom Scale: Self-Report Version, MPSS-SR)

項目	内容
領域	複数の出来事または不明な出来事に対するPTSD
期間	現在（過去2週間）
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	17
所要時間	10～15分
実施者の資格	Sherry Falsetti, Ph.D.に連絡。
尺度の入手方法	Sherry Falsetti, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**信頼性:** α = .96–.97 妥当性: 感度 = .89、特異度 = .65
作成者	Sherry Falsetti, Patricia A. Resick, Heidi S. Resnick, Dean G. Kilpatrick
連絡先	Sherry Falsetti, Ph.D. University of Illinois College of Medicine Department of Family and Community Medicine 1601 Parkview Avenue Rockford, IL 61107-1897

項目	内容
関連文献	Bonin, M. F., Norton, G. R., Asmundson, G. J., Dicurzio, S., & Pidlubney, S. (2000). Drinking away the hurt: The nature and prevalence of PTSD in substance abuse patients attending a community-based treatment program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 31*, 55–66. Coffey, S. F., Dansky, B. S., Falsetti, S. A., Saladin, M. E., & Brady, K. T. (1998). Screening for PTSD in a substance abuse sample: Psychometric properties of a modified version of the PTSD Symptom Scale Self-Report. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 393–399. Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of post-traumatic stress disorder. *The Behavioral Therapist, 16*, 161–162.

心的外傷後ストレス症状スクリーニング (Screen for Posttraumatic Stress Symptoms, SPTSS)

項目	内容
領域	複数の出来事または不明な出来事に対するPTSD
期間	現在（過去2週間）
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	17
所要時間	5分

項目	内容
実施者の資格	Eve Carlson, Ph.D.に連絡。
尺度の入手方法	Eve Carlson, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 精神科入院患者 信頼性: 折半法信頼性 = .91、再テスト信頼性 = .82
作成者	Eve Carlson, Ph.D.
連絡先	Eve Carlson, Ph.D. National Center for PTSD (352-117-MP) Palo Alto Health Care System 795 Willow Road Menlo Park, CA 94025
関連文献	Carlson, E. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment, 8*, 431–441.

PTSDのための構造化面接 (Structured Interview for PTSD, SI-PTSD)

項目	内容
領域	PTSD単一イベント
期間	現在（過去4週間）
回答形式	その他
実施形式	構造化

項目	内容
項目数	17
所要時間	20～30分
実施者の資格	精神保健専門家またはトレーニングを受けた準専門家が実施可能。
尺度の入手方法	Jonathan Davidson, M.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 退役軍人 信頼性: α = .94、再テスト信頼性 = .71、級内相関係数 r = .97 妥当性: 感度 = .96、特異度 = .80（SCIDとの比較）、ピアソンのr信頼性係数 = .61（IESとの比較）、ピアソンのr信頼性係数 = .51（ハミルトン不安尺度との比較）
作成者	Jonathan Davidson
連絡先	Jonathan Davidson, M.D. Department of Psychiatry Box 3812 Duke University Medical Center Durham, NC 27710-3812
関連文献	Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., & Smith, R. D. (1990). Assessment and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In J. E. L. Giller (Ed.), *Biological assessment and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 205–221). Washington, DC: American Psychiatric Press. (Includes measure in its entirety.)

項目	内容
	Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Stillman, J., & Pape, H. C. (2011). Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury, 42*, 288–300.

成人用トラウマ評価 (Trauma Assessment for Adults, TAA)

項目	内容
領域	トラウマ歴
期間	生涯
回答形式	その他
実施形式	構造化
項目数	13
所要時間	10～15分
実施者の資格	指定なし
尺度の入手方法	Heidi Resnick, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 成人精神保健センターのクライアント 内容的妥当性確立済み、実現可能性あり、アーカイブ記録により妥当性確立済み
作成者	Connie L. Best, John R. Freedy, Sherry A. Falsetti, Dean G. Kilpatrick, Heidi S. Resnick

項目	内容
関連文献	Cusack, K. J., Frueh, B. C., & Brady, K. T. (2004). Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatric Services, 55*, 157–162. Resnick, H. S. (1996). Psychometric review of Trauma Assessment for Adults (TAA). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 362–365). Lutherville, MD: Sidran Press.

成人用トラウマ評価-自己記入式 (Trauma Assessment for Adults (TAA)–Self-Report)

項目	内容
領域	トラウマ歴
期間	生涯
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	17
所要時間	10～15分
実施者の資格	指定なし
尺度の入手方法	Heidi Resnick, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	現在までなし

項目	内容
作成者	Connie L. Best, John R. Freedy, Sherry A. Falsetti, Dean G. Kilpatrick, Heidi S. Resnick
関連文献	Resnick, H. S., Falsetti, S. A., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J. R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related post-traumatic stress disorder: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In T. W. Miller (Ed.), *Stressful life events* (pp. 231–266). Madison, WI: International Universities Press.

トラウマ歴質問票 (Trauma History Questionnaire, THQ)

項目	内容
領域	トラウマ歴
期間	生涯
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	24
所要時間	5〜15分
実施者の資格	Bonnie L. Green, Ph.D.に連絡。
尺度の入手方法	Bonnie L. Green, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**対象集団:** 精神科外来患者、大学生、乳がん患者 信頼性: r = 0.7–0.9、級内相関係数 = .76

項目	内容
作成者	Bonnie L. Green
関連文献	Hooper, L., Stockton, P., Krupnick, J., & Green, B., (2011). Development, use, and psychometric properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma, 16*, 258–283. Muesser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Ford, J. D., Fox, L., & Carty, P. (2001). Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment, 13*, 110–117. Norris, F. H. & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. P. Wilson, T. M. Keane & T. Martin (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63–102). New York: Guilford Press.

トラウマ症状尺度 (Trauma Symptom Inventory, TSI)

項目	内容
領域	トラウマ関連症状
期間	現在（過去6ヶ月）
回答形式	自己記入式
実施形式	構造化
項目数	100
所要時間	20分
実施者の資格	心理学の学士号。この尺度の使用に関する関連分野の学識および coursework、または特別なトレーニングが必要。

項目	内容
尺度の入手方法	Psychological Assessment Resourcesに連絡。
費用	15.00ドル
心理測定学的特性	**対象集団:** 一般人口 信頼性: α = .84–.87
作成者	John Briere
連絡先	Psychological Assessment Resources Box 998 Odessa, FL 33556
関連文献	Briere, J. (1996). Psychometric review of Trauma Symptom Inventory (TSI). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 381–383). Lutherville, MD: Sidran Press. Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Orsillo, S. M. (2001). Measures for acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. In M. M. Antony & S. M. Orsillo (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 255–307). New York: KluwerAcademic/Plenum.

トラウマティック・ストレス・スケジュール (Traumatic Stress Schedule)

項目	内容
領域	トラウマ歴
期間	現在（ただし作成者は任意の期間を提案）
回答形式	その他
実施形式	半構造化
項目数	10（12のプローブ付き）
所要時間	5〜30分
実施者の資格	トレーニングを受けた一般の面接官が実施可能。
尺度の入手方法	Fran Norris, Ph.D.に連絡。
費用	パブリックドメイン
心理測定学的特性	**信頼性:** 再テスト信頼性 = .88、出来事の頻度はNational Women's Study PTSD Moduleと同等
作成者	Fran Norris
関連文献	Norris, F. H. (1990). Screening for traumatic stress: A scale of use in the general population. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1704–1718. (Includes measure in its entirety.) Norris, F. H. & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. P. Wilson, T. M. Keane & T. Martin (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63–102). New York: Guilford Press.

付録E—消費者向け資料

以下は、トラウマインフォームド・ケアとトラウマ的ストレスに関する、利用可能な消費者向け資料のサンプルです。トラウマの影響を受けた行動保健サービスの消費者の即時的および長期的なニーズを満たすために、多数の消費者情報が利用可能です。あなたのクライアントの懸念のために新しい資料を作成する努力を無駄にしないために、現在の科学に基づいたリソースを探求することが賢明です。ほとんどの場合、消費者向け資料はすでに利用可能であり、容易にアクセスできます。

AfterDeployment.org (2010). *Just the Facts: Resilience.*

入手先：http://afterdeployment.org/sites/default/files/pdfs/client-handouts/resilience-understanding.pdf

このウェブサイトは、他の配備後の調整問題に加えて、トラウマ的ストレスに関連する症状に対処するためのリソースを提供します。このサイトは、レジリエンス、引き金、その他のトラウマ関連のトピックに関する情報と配布資料を提供します。それは、軍人だけでなく民間人にも適しています。

Blanch, A., Filson, B., & Penny, D. (2012). *Engaging Women in Trauma-Informed Peer Support: A Guidebook.*

入手先：http://www.nasmhpd.org/publications/engagingwomen.aspx

この草案の技術支援ガイドは、国立トラウマインフォームド・ケアセンター（NCTIC）によって作成され、国立州精神保健プログラム局長協会との契約の下で開発されました。この出版物は、トラウマサバイバーであり、行動保健サービスを受けているか、または受けたことがある女性に、トラウマインフォームドなピアサポートを利用可能にするのを助けるように設計されています。それは、これらのまたは他の設定で支援を提供するピアのためのリソースであり、女性を支援する際、またはピアサポートグループで、トラウマインフォームドな原則をどのように使用するかを学びたいと考えています。それは、NCTICを通じての技術支援の提供で使用されてきたリソースです。

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., et al. (2006). Appendix E: Handouts. *Psychological First Aid: Field Operations Guide.*

入手先：http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/manual-pdf/pfa/PFA_Appx_E_handouts.pdf

国立子どもトラウマティックストレスネットワークと国立PTSDセンターと共同で開発されたこのカリキュラムは、対応従事者のための心理的応急処置への科学に基づいたアプローチを提供します。このモジュールの目標は、災害および／またはテロリズムの直後のサバイバーを支援し、初期の苦痛を減らし、短期的および長期的な適応機能を促進することです。このリンクは、支援を求め、与える際の戦略、一般的な即時的な反応に関する教育、そして発達段階にわたる子供たちのための親のヒントなど、特定のサバイバー指向の資料を提供します。

Center for Mental Health Services (2002). *Dealing with the Effects of Trauma-A Self-Help Guide.*

入手先：http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA-3717/SMA-3717.pdf

このセルフヘルプガイドは、トラウマ的ストレスの症状やその他の結果に対処し、管理するための実践的な情報とツールを提供します。それは、トラウマ関連の症状、質の高いケアの重要な要素に関する助言、回復への障壁、そして回復を促進し、困難な感情を管理するための実践的な戦略など、様々なトピックに関する教育を提供します。

Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005). *Roadmap to Seclusion and Restraint Free Mental Health Services.*

入手先：http://store.samhsa.gov/product/Roadmap-to-Seclusion-and-Restraint-Free-Mental-Health-Services-CD-/SMA06-4055

このカリキュラムは、隔離と拘束の排除に関するものです。それは、消費者だけでなくスタッフのための多数の配布資料を提供します。いくつかの消費者向けの配布資料には、トラウマへの一般的な反応、トラウマスクリーニングツール、そして興奮と苦痛を緩和するための戦略が含まれています。

Mead, S. (2008). *Intentional Peer Support: An Alternative Approach.* Sherry Mead Consulting.

入手先：http://www.intentionalpeersupport.org/apps/webstore/products/show/3408520

このインタラクティブなワークブックは、ピアサポートの役割にある個人と、ピアサポートサービスを使用する人々のために設計されています。それは、ピアサポート関係と最初の面接のためのガイドラインに関連する目標、タスク、能力、スキルを提供します。

Najavits, L. M. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse.* New York: Guilford Press.

トラウマと物質使用障害の既往歴を持つ個人のためのこのエビデンスベースの実践は、臨床医のためのガイドラインだけでなく、個人のための配布資料も提供します。消費者向けの資料に

は、PTSDと薬物乱用とその相互関係に関する情報、Seeking Safetyプログラムの主要な原則、安全を支援するための対処スキル、そしてグラウンディング演習が含まれています。追加の情報とリソースについては、http://www.seekingsafety.orgをご覧ください。

National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs (2010). *Understanding PTSD.*
入手先：http://www.ptsd.va.gov/public/understanding_ptsd/booklet.pdf
この小冊子は、心的外傷後ストレス、一般的なトラウマ的ストレス症状、効果的な治療法、そしてリソースに関する消費者情報を提供します。国立PTSDセンターはまた、退役軍人と民間人のためのトラウマに特化した追加の専門的および公的なリソースも提供しています。

Sidran Institute (2012). *Healing Self-Injury.*
入手先：http://healingselfinjury.org/about.html
このウェブサイトは、自傷行為を理解するために、消費者と専門家のための多数のリソースを提供しています。それは、出版物のリンク、アーカイブされたニュースレター、そして自傷に焦点を当てた現在のブログを提供しています。

付録F—トラウマインフォームドなケアのための組織的アセスメント

以下の2つのリソースは組織的なアセスメントであり、トラウマインフォームド・サービスを開発または再評価する上での重要な戦略を表しています。最初のアセスメントは、南フロリダ大学行動・コミュニティ科学部（2012）によって提示されたもので、スタッフまたは主要な利害関係者向けに設計されています。2番目のアセスメントは、Guarino, Soares, Konnath, Clervil & Bassuk（2009）による『ホームレスサービスのためのトラウマインフォームドな組織的ツールキット』からのもので、消費者版です。FallotとHarrisの『トラウマインフォームド・ケアの文化の創造（CCTIC）：自己評価と計画プロトコル』（2009）を含む、他のいくつかのアセスメントツールも利用可能です。

スタッフまたは主要な利害関係者のための組織的アセスメントツール University of South Florida, College of Behavioral and Community Sciences (2012). *Creating Trauma-Informed Care Environments: An Organizational Self-Assessment*.
入手先：http://www.cfbhn.org/assets/TIC/youthresidentialself%20assess%20Fillable%20FORM%20%282%29.pdf

消費者版：組織的アセスメントツール Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., & Bassuk, E. (2009). *Trauma-Informed Organizational Toolkit for Homeless Services*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and the Daniels Fund, the National Child Traumatic Stress Network, and the W.K. Kellogg Foundation.
参照：pp. 82–93.
入手先：http://www.familyhomelessness.org/media/90.pdf

付録G—SAMHSAリソースパネル

ジョン・ベイリー（John Bailey） 特別専門家 政策・計画・予算室 長官室 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

シャーリー・ベケット、NCAC II（Shirley Beckett, NCAC II） 認定管理者 全米アルコール・薬物乱用カウンセラー協会 ワシントンDC

ダニー・ブロム博士（Danny Brom, Ph.D.） ディレクター イスラエル精神的外傷治療センター ラトナー社会精神医学・心理療法研究所 イスラエル

リン・チン医学博士（Ling Chin, M.D.） 臨床科学部長 臨床試験ネットワークセンター 国立薬物乱用研究所 国立衛生研究所 メリーランド州ベセスダ

キャロル・コーリー修士、USPHS（Carol Coley, M.S., USPHS） 上級プログラム管理官 州・コミュニティ支援部門 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

クリスティーナ・カリアー（Christina Currier） 公衆衛生アナリスト 評価・科学分析・統合室 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

マリーン・エコーホーク博士（Marlene EchoHawk, Ph.D.） 健康科学管理者 保健部門 インディアン保健サービス 米国保健福祉省 メリーランド州ロックビル

ジル・シェパード・エリクソン社会福祉学修士、ACSW（Jill Shepard Erickson, M.S.W., ACSW） 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

アンジェラ・M・ゴンザレス博士、CDR, USPHS（Angela M. Gonzalez, Ph.D., CDR, USPHS） 特別プログラム開発部門—難民精神保健プログラム 予防・トラウマティックストレス・特別プログラム部門 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

ジャクリーン・ヘンドリクソン社会福祉学修士、LCSW-C（Jacqueline Hendrickson, M.S.W., LCSW-C） 公衆衛生アドバイザー 薬理学的治療部門 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

マイケル・ヒルトン博士（Michael Hilton, Ph.D.） 健康科学管理者 臨床・予防研究部門 国立アルコール乱用・依存症研究所 国立衛生研究所 メリーランド州ベセスダ

ケネス・J・ホフマン医学博士、公衆衛生学修士（Kenneth J. Hoffman, M.D., M.P.H.） メディカルディレクター TRICARE管理活動 軍事保健システム-集団健康プログラム 国防総省、保健問題 バージニア州フォールズチャーチ

カーク・E・ジェームズ医学博士（Kirk E. James, M.D.） 特別専門家 システム改善部門 サービス改善部 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

ヘンドリー・E・ジョーンズ博士（Hendree E. Jones, Ph.D.） 助教授 精神医学・行動科学科 ジョンズ・ホプキンス大学センター メリーランド州ボルチモア

シンディ・クレッピンガー医学博士（Cindy Kleppinger, M.D.） 臨床試験ネットワークセンター 国立薬物乱用研究所 国立衛生研究所 メリーランド州ベセスダ

デイビッド・リュー医学博士（David Liu, M.D.） 臨床試験ネットワークセンター 国立薬物乱用研究所 国立衛生研究所 メリーランド州ベセスダ

リチャード・E・ロペス法務博士、博士（Richard E. Lopez, J.D., Ph.D.） 社会科学アナリスト 併存障害・ホームレス部門 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

スー・マートン行政学修士（Sue Martone, M.P.A.） 公衆衛生アドバイザー 疾病予防・健康増進室 米国保健福祉省 ワシントンDC

ディー・S・オーウェンズ行政学修士（Dee S. Owens, M.P.A.） ディレクター アルコール・薬物情報センター インディアナ大学 インディアナ州ブルーミントン

ハロルド・I・パール博士（Harold I. Perl, Ph.D.） 健康サービス研究部門長 臨床・予防研究部門 国立アルコール乱用・依存症研究所 国立衛生研究所 メリーランド州ベセスダ

メリッサ・V・ラエル、USPHS（Melissa V. Rael, USPHS） 上級プログラム管理官 州・コミュニティ支援部門 併存障害・ホームレス部門 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

ローレンス・D・リカーズ博士（Lawrence D. Rickards, Ph.D.） 併存障害プログラムマネージャー ホームレスプログラム部門 知識開発・システム変革部門 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

セシリア・リベラ＝カサーレ博士（Cecilia Rivera-Casale, Ph.D.） 上級プロジェクトオフィサー 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

テレンス・ションバーグ博士（Terrence Schomburg, Ph.D.） チームリーダー 州・コミュニティ支援部門 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

リチャード・T・スチンスキー医学博士（Richard T. Suchinsky, M.D.） 依存症障害・精神科リハビリテーション担当アソシエイトチーフ 精神保健・行動科学サービス 退役軍人省 ワシントンDC

ベス・A・ワインマン修士（Beth A. Weinman, M.A.） コーディネーター 国立薬物乱用プログラム 矯正プログラム部門-サービス部門 司法省 ワシントンDC

ペネロペ・P・ジーグラー医学博士（Penelope P. Ziegler, M.D.） 治療セクション長 アメリカ依存症精神医学会 バージニア州ウィリアムズバーグ

付録H—現場査読者

キャロル・アクリー（Carol Ackley） オーナー／ディレクター リバーリッジ治療センター ミネソタ州バーンズビル

ロージー・アンダーソン＝ハーパー修士（Rosie Anderson-Harper, M.A.） 精神保健マネージャー アルコール・薬物乱用部門 ミズーリ州精神保健省 ミズーリ州ジェファーソンシティ

レバ・アーキッツェル（Reba Architzel） ディレクター 連邦関係・政策分析 ニューヨーク州アルコール依存症・薬物乱用サービス局 ニューヨーク州アルバニー

ラリー・L・アシュリー教育学専門職学位、修士（Larry L. Ashley, Ed.S., M.A.） 依存症スペシャリスト カウンセリング学科 ネバダ大学ラスベガス校 ネバダ州ラスベガス

G.T.（ジジ）・ベランジェ（G.T. (Gigi) Belanger） 公衆衛生アドバイザー ホームレスプログラム部門 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

チャールズ・H・ボンバルディア博士（Charles H. Bombardier, Ph.D.） 准教授 リハビリテーション医学科 ハーバービュー医療センター ワシントン大学医学部 ワシントン州シアトル

パトリシア・T・ボウマン（Patricia T. Bowman） 保護観察カウンセラー フェアファックスアルコール安全行動プログラム バージニア州フェアファックス

パトリシア・アレン・ブラッドフォード、LISW, LMFT, CTS（Patricia Allen Bradford, LISW, LMFT, CTS） プログラムマネージャー ホームレス退役軍人のためのヘルスケア サウスカロライナ州コロンビア

キャシー・ブロック（Kathy Brock） ディレクター ポリテクニック大学カウンセリングセンター ニューヨーク州ブルックリン

ビビアン・B・ブラウン博士（Vivian B. Brown, Ph.D.） 最高経営責任者 健康における革新のための精神保健・社会サービスセンター PROTOTYPES カリフォルニア州カルバーシティ

ウィルマ・J・カルバート看護師、博士（Wilma J. Calvert, R.N., Ph.D.） 博士研究員 精神医学科 ワシントン大学医学部 ミズーリ州セントルイス

ジェローム・F.X.・キャロル博士（Jerome F.X. Carroll, Ph.D.） 個人開業コンサルタント コロンビア大学薬物・社会セミナー議長 ニューヨーク州ブルックリン

スティーブン・J・チェン博士（Steven J. Chen, Ph.D.） アソシエイトディレクター 薬物乱用・精神保健部門 ユタ州ヒューマンサービス省 ユタ州ソルトレイクシティ

コリーン・クラーク修士、博士（Colleen Clark, M.A., Ph.D.） 研究助教授 免許を持つ臨床心理士 トライアド女性プロジェクト 南フロリダ大学 フロリダ州タンパ

R.T.・コッド三世、教育学専門職学位（R.T. Codd, III., Ed.S.） 認知療法アカデミー認定メンバー ディレクター／オーナー ウェスタンノースカロライナ認知行動療法センター ノースカロライナ州アシュビル

キャロル・コーリー修士（Carol Coley, M.S.） 上級プログラム管理アドバイザー 州・コミュニティ支援部門 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

キャロル・J・コレラン、CAP, ICADC（Carol J. Colleran, CAP, ICADC） プライマリープログラムディレクター 高齢者のための回復センター ハンリー＝ヘイゼルデンセンター フロリダ州ウェストパームビーチ

ステファニー・S・コビントン社会福祉学修士、博士（Stephanie S. Covington, M.S.W., Ph.D.） 共同ディレクター ジェンダーと正義のためのセンター リレーショナルデベロップメント研究所 カリフォルニア州ラホヤ

デイビッド・A・ダイチ博士（David A. Deitch, Ph.D.） 臨床精神医学教授 CCARTAディレクター 臨床精神医学科 カリフォルニア大学サンディエゴ校 カリフォルニア州ラホヤ

ゲイル・D・ディクソン修士、CAPP（Gail D. Dixon, M.A., CAPP） NIDAプロジェクトマネージャー サザンコースト依存症技術移転センター フロリダ州タラハシー

ジル・シェパード・エリクソン社会福祉学修士、ACSW（Jill Shepard Erickson, M.S.W., ACSW） 公衆衛生アドバイザー 児童・家族部門 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

フィル・エリクソン（Phil Erickson） 薬物乱用プログラムマネージャー ラウドン郡コミュニティサービス委員会 バージニア州リーズバーグ

キャスリーン・J・ファルカス博士、LISW（Kathleen J. Farkas, Ph.D., LISW） マンデル応用社会科学大学院 ケースウエスタンリザーブ大学 オハイオ州クリーブランド

ノーマ・B・フィンケルシュタイン社会福祉学修士、博士（Norma B. Finkelstein, M.S.W., Ph.D.） エグゼクティブディレクター W.E.L.L.プロジェクト 健康と回復のための研究所 マサチューセッツ州ケンブリッジ

ジェリー・P・フランザー社会福祉学博士、LCSW, CAC（Jerry P. Flanzer, D.S.W., LCSW, CAC） 部長 サービス研究部門 国立薬物乱用研究所 国立衛生研究所 メリーランド州ベセスダ

ジュディス・フォード修士、MFT（Judith Ford, M.A., MFT） 女性サービスディレクター コミュニティサービス・病院 コネチカット州精神保健・依存症サービス省 コネチカット州ハートフォード

ジュリアン・D・フォード博士（Julian D. Ford, Ph.D.） 准教授 精神医学科 コネチカット大学ヘルスセンター コネチカット州ファーミントン

マシュー・フリードマン医学博士、博士（Matthew Friedman, M.D., Ph.D.） 精神医学・薬理学教授 PTSD国立センターエグゼクティブディレクター ダートマス医科大学 VA医療センター バーモント州ホワイトリバージャンクション

ジョン・ガレア修士（John Galea, M.A.） 副ディレクター、ニューヨーク市関係 ニューヨーク州アルコール依存症・薬物乱用サービス局 ニューヨーク州ニューヨーク

アンジェラ・M・ゴンザレス博士、CAPT., USPHS（Angela M. Gonzalez, Ph.D., CAPT., USPHS） 科学者オフィサー 特別プログラム開発部門—難民精神保健プログラム 予防・トラウ

マティックストレス・特別プログラム部門 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

マヤ・D・ヘネシー（Maya D. Hennessey） 女性スペシャリスト スーパーバイザー、品質保証、技術支援・トレーニング 特別プログラム室 薬物乱用部門 イリノイ州ヒューマンサービス・薬物乱用省 イリノイ州シカゴ

マイケル・W・ヘリング、LCSW（Michael W. Herring, LCSW） 免許を持つ臨床ソーシャルワーカー ウェイン精神科アソシエイツ、P.A. ノースカロライナ州ゴールズボロ

ナンシー・J・ハーゼル（Nancy J. Hirzel） クリニックディレクター 成人サービス部門 ジェファーソン依存症障害クリニック ジェファーソン郡ヒューマンサービス局 ルイジアナ州メタリー

ロバート・ホールデン修士（Robert Holden, M.A.） プログラムディレクター 薬物乱用リハビリテーションカウンセリングにおけるパートナー（PIDARC） ワシントンDC

ケイ・M・ジョンソン（Kay M. Johnson） 犯罪被害者治療センター-HIVプロジェクト セントルークス・ルーズベルト病院センター ニューヨーク州ニューヨーク

キンバリー・A・ジョンソン修士、NCAC II（Kimberly A. Johnson, M.A., NCAC II） ディレクター オーガスタ精神保健複合施設 メイン州薬物乱用局 メイン州オーガスタ

シャロン・D・ジョンソン社会福祉学修士、M.P.E., Ph.D.（Sharon D. Johnson, M.S.W., M.P.E., Ph.D.） 助教授 ソーシャルワーク学科 ミズーリ大学セントルイス校 ミズーリ州セントルイス

ロレーヌ・レイク修士、Ed.D.（Lorene Lake, M.A., Ed.D.） エグゼクティブディレクター クリサリスハウス メリーランド州クラウンズビル

マイケル・S・レヴィ博士（Michael S. Levy, Ph.D.） 臨床治療サービスディレクター CAB健康・回復サービス マサチューセッツ州ダンバース

T.K.・ローガン博士（T.K. Logan, Ph.D.） 准教授 薬物・アルコール研究センター 行動科学科 ケンタッキー大学 ケンタッキー州レキシントン

ジェームズ・J・マンランドロ、D.O., FAOAAM, FACOFP（James J. Manlandro, D.O., FAOAAM, FACOFP） メディカルディレクター 家族依存症治療サービス ニュージャージー州サマーズポイント

ロザンヌ・マレル博士（Rozanne Marel, Ph.D.） 疫学・ニーズ評価部長 ニューヨーク州アルコール依存症・薬物乱用サービス局 ニューヨーク州ニューヨーク

パメラ・マーティン博士（Pamela Martin, Ph.D.） ディレクター 行動保健サービス部門 ニューメキシコ州保健省 ニューメキシコ州サンタフェ

ルビー・J・マルティネス博士、R.N., CS（Ruby J. Martinez, Ph.D., R.N., CS） 助教授 看護学部 コロラド大学健康科学センター コロラド州デンバー

スー・マートン行政学修士（Sue Martone, M.P.A.） 公衆衛生アドバイザー 疾病予防・健康増進室 米国保健福祉省 ワシントンDC

ベス・マーティ修士、LPC（Beth Marty, M.S., LPC） 臨床プログラムマネージャー WYSTAR ワイオミング州シェリダン

リサ・A・メルキオール博士（Lisa A. Melchior, Ph.D.） 副社長 The Measurement Group, LLC カリフォルニア州カルバーシティ

キャンディス・メリット（Candace Merritt） ソーシャルワーカー 退役軍人省医療センター コロラド州デンバー

パメラ・A・マムビー、C.N.S., F.N.P., M.S.N.（Pamela A. Mumby, C.N.S., F.N.P., M.S.N.） 成人精神科ナースプラクティショナー 薬物乱用治療プログラム 退役軍人省医療センター コロラド州デンバー

ブリアナ・S・ネルソン＝ゴフ博士（Briana S. Nelson-Goff, Ph.D.） 准教授 家族研究・ヒューマンサービス カンザス州立大学 カンザス州マンハッタン

サラ・ニーマイヤー（Sarah Niemeyer） 臨床ディレクター アメジスト オハイオ州コロンバス

トーマス・A・ペルツ教育学修士（Thomas A. Peltz, M.Ed.） セラピスト／免許を持つ精神保健カウンセラー 認定依存症スペシャリスト 個人開業 マサチューセッツ州ビバリーファームズ

カレン・プレスマン社会福祉学修士、CADAC, LACDI（Karen Pressman, M.S.W., CADAC, LACDI） ディレクター、計画・開発 薬物乱用サービス局 マサチューセッツ州公衆衛生省 マサチューセッツ州ボストン

メリッサ・V・ラエル、USPHS（Melissa V. Rael, USPHS） 上級プログラム管理官 併存障害・ホームレス部門 州・コミュニティ支援部門 薬物乱用治療センター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

ローレンス・D・リカーズ博士（Lawrence D. Rickards, Ph.D.） 公衆衛生アドバイザー 精神保健サービスセンター 薬物乱用・精神衛生管理庁 メリーランド州ロックビル

アリス・F・ローリング（Alice F. Roeling） OAD入院施設マネージャー 回復のスプリングス思春期プログラム ルイジアナ州グリーンウォールスプリングス

ジェームズ・ローワン修士（James Rowan, M.A.） プログラムマネージャー ケースマネジメント・犯罪者サービス アラパホーハウス コロラド州ソーントン

ジョアン・Y・サックス博士（JoAnn Y. Sacks, Ph.D.） CIRP副ディレクター 国立開発・研究機関 ニューヨーク州ニューヨーク

ダレン・C・スキナー社会福祉学修士、博士、LSW（Darren C. Skinner, M.S.W., Ph.D., LSW） 部門ディレクター 併存障害プログラム ガウデンツィア ペンシルベニア州フィラデルフィア

ミッキー・J.W.・スミス社会福祉学修士（Mickey J.W. Smith, M.S.W.） 上級政策アソシエイト、行動保健プログラム、政策・実践ユニット 専門職開発・擁護部門 全米ソーシャルワーカー協会 ワシントンDC

リチャード・T・スチンスキー医学博士（Richard T. Suchinsky, M.D.） 依存症障害・精神科リハビリテーション担当アソシエイトチーフ 精神保健・行動科学サービス 退役軍人省 ワシントンDC

ウィルバー・ウーディス修士（Wilbur Woodis, M.A.） 管理アナリスト 臨床・予防サービス室 行動保健部門 インディアン保健サービス 公衆衛生局 米国保健福祉省 メリーランド州ロックビル

付録I：文化的コンピテンシーと多様性ネットワーク参加者

Charles H. Bombardier, Ph.D. 准教授 ワシントン大学医学部 ハーバービュー医療センター リハビリテーション医学科 Seattle, WA 障害ワークグループ

Carol S. D'Agostino, CSW, CASAC ディレクター LIFESPAN of Greater Rochester, Inc. 高齢者依存症プログラム Rochester, NY 高齢化ワークグループ

Thomas L. Geraty, M.S.W., Ph.D., LICSW 個人開業 Jamaica Plain, MA LGBTワークグループ

Wayne Lee Mitchell, M.D. インディアン保健サービス Phoenix, AZ 高齢化ワークグループ

Ann S. Yabusaki, M.Ed., M.A., Ph.D. 薬物乱用ディレクター 心理学者 ハワイ薬物乱用防止連合薬物乱用プログラム・トレーニング Kaneohe, HI アジア・太平洋諸島系住民ワークグループおよび高齢化ワークグループ

付録J：謝辞

この治療改善プロトコル（TIP）の作成には、TIPコンセンサス・パネル（vii頁）、知識応用プログラム（KAP）専門家パネルおよび連邦政府参加者（ix頁）、SAMHSAリソース・パネル（付録G参照）、TIP現場レビューア（付録H）、およびKAP文化的能力・多様性ネットワーク参加者（付録I）をはじめ、数多くの方々にご協力いただきました。

この出版物は、物質乱用・精神衛生サービス局（SAMHSA）物質乱用治療センターのために、契約番号270-99-7072、270-04-7049、および270-09-0307に基づき、The CDM Group, Inc.（CDM）とJBS International, Inc.（JBS）の共同事業体である知識応用プログラム（KAP）のもとで作成されました。

CDM KAPの担当者には、KAPプロジェクト担当副ディレクターのRose M. Urban（M.S.W., J.D., LCSW, LCAS）、KAPプロジェクト管理共同ディレクターのJessica L. Culotta（M.A.）、元プロジェクト管理共同ディレクターのSusan Kimner、元KAPプロジェクト担当副ディレクターのElizabeth Marsh、専門コンテンツ・ディレクターのClaudia Blackburn（M.S., Psy.D.）、KAP上級研究員／応用心理学者のSheldon Weinberg、専門コンテンツ・ディレクターのBruce Carruth（Ph.D.）、元副プロジェクトマネージャーのRaquel Witkin（M.S.）、元編集者／ライターのJanet G. Humphrey（M.A.）、司書のVirgie D. Paul（M.L.S.）、KAPジュニア・エディターのAngela T. Fiastro、元編集アシスタントのSonja EasleyおよびElizabeth Plevyak、そして寄稿著者であるElizabeth Pratt（Ph.D.）、Carol Schober（Psy.D., M.S.N.）、Patricia A. Burke（M.S.W., LCSW, BCD, C-CATODSW, CCS）が含まれます。TIPの内容レビューを提供してくださったStephanie Perry（M.D.）と、草稿の執筆および戦闘ストレスに関する情報の提供をしてくださったJohn P. Allen（Ph.D.）に、特に感謝申し上げます。