

20020872

# 心的外傷体験による後遺障害の評価と 援助技法の研究

報告書

主任研究者 金 吉晴

平成14年度厚生科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

# 目 次

## I. 総括研究報告書

- 心的外傷体験による後遺障害の評価と援助技法の研究（総括）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1  
主任研究者 金 吉晴

## II. 分担研究報告

1. PTSDに関連した認知機能の測定に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3  
金 吉晴、長江信和
2. 性暴力被害者に対する介入と心理的援助に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12  
小西聖子、笹川真紀子
3. 災害救援者の精神的ストレスに関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19  
緒方克彦、小笠原常之、井手 祐一、龍城 敏孝、  
高橋 祥友、澤村 岳人
4. 地下鉄サリン事件の追跡調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27  
松井征男
5. サリン曝露後の神経学的後遺症に関する検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50  
中村良司、福島功二、望月仁志
6. 勤務中の自殺に関するプロフィール研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57  
張 賢徳

# 厚生労働科学研究費補助金

## (こころの健康科学総合研究事業)

### (総括) 研究報告書

## 心的外傷体験による後遺障害の評価と 援助技法の研究

主任研究者 金吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所  
成人精神保健部

#### 分担研究者氏名

(50 音順)

緒方克彦

自衛隊岐阜病院

小西 聖子

武蔵野女子大学

張賢徳

帝京大学溝の口病院

中村良司

自衛隊中央病院

松井征男

聖路加国際病院

のトラウマを初めとする心的反応についての治験を集積することを目的としている。金は、首都圏私立大学の大学生を対象として、否定的なライフ・イベントの分布と外傷体験の存在率を明らかにし、外傷後認知の尺度を作成し、外傷後認知と外傷後反応の関係を検討した。外傷後認知の各尺度と、ベック抑うつ尺度・状態-特性不安尺度・改訂出来事インパクト尺度の得点間には中程度の相関が認められたことから、外傷後反応（抑うつ・不安・PTSD 症状）の慢性化に対する外傷後認知の悪影響が示唆された。緒方は、災害救援者の特殊な形として、ゴラン高原に PKO 派遣されている自衛隊員を対象とし、継続的なストレス調査を 1998 年から、GHQ や MAS などの質問紙を用いて実施してきた。今回、2000 年から 2001 年までの派遣隊員 129 名に対して、派遣任務がストレスコーピングに対して与える影

本研究班は、PTSD の診断、重症度評価、治療方法はまだ外国のそれを単純に移入、適用している段階であり、日本国内の経験に基づいた診断・治療基準は確立のための基礎研究を目的としつつ、特殊な状況下で

響をストレスコーピングインベントリーを用いて派遣前と帰国後について比較調査した。派遣前1.5ヶ月と帰国半年後でストレスコーピングの傾向については変化が認められなかった。また、ストレス要因としてあげられる内容の多くは家族を含めた人間関係であり、帰国半年後の調査においても派遣のストレスをあげるものは少なかった。今回の調査もGHQやMASの結果からも派遣隊員の精神的健康が良好に維持されていることを見いだした。小西は、性暴力被害者に対する介入・援助方法を具体的に検討するため、特定臨床機関で受理された相談ケース延べ945件のうち、性暴力被害相談45ケースについての記録を検討し、治療担当者にインタビュー調査を実施した。臨床機関を訪れた性暴力被害者の治療の事例を示し、介入や援助における留意点等、治療の実際について検討した。その結果を基に、ひい両機関に於ける性暴力被害女性を中心とするトラウマケアに関する指針を提案した。張は、PTSD後に生じる自殺について、症例を踏まえつつ、検討を加えた。PTSDの自殺行動には、情緒不安定性による急激な抑うつ状態と、衝動制御不良が関与する可能性を指摘し、今後の多数例研究の必要性を指摘した。中村は、松本サリン事件および東京地下鉄サリン事件の被害者のうち、検診の案内に応じて、自主的に受検した130名を対象とし、神経

学的診察を行ったが、検診で見出された神経学的異常所見が、サリン曝露によるものであるか否かの判断は、少なくとも今回の検討だけでは困難であり、それには異常所見を呈した例に対する更に詳しい検査、および今後の毎年の検診の継続によるフォローアップが必要であると思われた。松井は、地下鉄サリン事件被害者にのこる心身の後遺症について、事件後7年目および8年目に聖路加国際病院にて継続的な追跡調査、健康診断、教育を受けていた被害者群（介入あり被害者群）216名、継続的な調査や健康診断、教育を事件後5年間受ける機会がなかった被害者（介入なし被害者群）529名、非被害者群828名の3群を対象として、自記式質問紙調査を実施した。事件後7年目に、聖路加被害者群と非被害者群のケースコントロール研究では、聖路加被害者群の平均値が高かったのは、主として眼症状と精神症状、および胸の締め付けられる感じ、であった。これらが地下鉄サリン事件被害者に、事件後7年を経ても残る後遺症と考えられた。また、「介入あり被害者群（聖路加被害者群）」と、「介入なし被害者群」のコホート研究では、眼症状の平均値に差はなく、複数の身体症状と精神症状に有意差がみられた。

厚生科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

一般の大学生における外傷体験と外傷後認知

分担研究者 金吉晴<sup>1)</sup>，  
研究協力者 長江信和<sup>2)</sup>，増田智美<sup>3)</sup>，山田幸恵<sup>3)</sup>，金築優<sup>3)</sup>，根建金男<sup>4)</sup>

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部
- 2) 日本学術振興会（早稲田大学）
- 3) 早稲田大学大学院人間科学研究科
- 4) 早稲田大学人間科学部

**研究要旨**

首都圏私立大学の大学生を対象として、否定的なライフ・イベントの分布と外傷体験の存在率を明らかにした（研究1）。また、外傷後認知の尺度を作成し、外傷後認知と外傷後反応の関係を検討した（研究2）。研究1では、大学の教場で調査を行った。出来事チェックリストとPTSD診断基準Aに関する4つの質問を用いたところ、回答者2622名中1402名（53.5%）に否定的ライフ・イベントの経験があり、外傷体験は756名（28.8%）に認められた。研究2では、研究1の外傷体験者のうち279名を対象として郵送調査を行った。日本版外傷後認知尺度を施行したところ、外傷後認知には「自己に関する否定的な認知」、「トラウマに関する自責の念」、「世界に関する否定的な認知」の3因子が見出され、尺度としても高い信頼性が確認された。外傷後認知の各尺度と、ベック抑うつ尺度・状態-特性不安尺度・改訂出来事インパクト尺度の得点間には中程度の相関が認められたことから、外傷後反応（抑うつ・不安・PTSD症状）の慢性化に対する外傷後認知の悪影響が示唆された。

**1 はじめに**

人間には環境や身体の急変に対応するための回復力が備わっている。災害や事故、事件、虐待といったような不幸に対する外傷後反応は、問題の解決や年月の経過とともに癒されていくのが通常である。しかし、遭遇した出来事は同じように見えても外傷後反応の推移には大きな個人差が見られる。また、外傷後反応には様々なものが生じる

が、診断上等価に数えられる症状であっても精神疾患の改善や悪化に対して必ずしも同等の作用をもたらすわけではない。

近年、外傷的出来事により被害者の思考・信念に変容が見られ、その著しい変化は外傷後反応の悪化を伴うことが指摘されるようになった（Ehlers & Clark, 2000）。現実をどのように構成するか、という認知一般の働きは、外傷体験に遭遇した人の回

復過程にも影響しているのかもしれない。つまり、外傷体験の意味づけによっては、外傷後ストレス障害（PTSD）が典型的に示すとおり、自然な回復が妨げられる場合があると考えられる。外傷後認知と外傷後反応の関係については、日本でも詳細な検証が求められている。

ところで、日本では、災害や事件、事故に関する PTSD 研究と比べて、平時の研究が不足している。コミュニティの存立を脅かすような出来事でなくとも、日常にはさまざまな外傷的出来事が発生しているが、その実態は十分明らかにされてこなかった。社会に埋もれた要援護者を見だし、最適な援助を提供するためには、一般的な集団における外傷体験の実態を調査する必要がある。

以上の問題点より、まず、一般的な大学生を対象として外傷的出来事の分布状況を調査する（研究1）。そして、特に外傷体験者を対象として、外傷後認知の悪影響を明らかにする（研究2）。具体的には、外傷後認知尺度（PTCL; Foa *et al.*, 1999）の日本語版を作成し、関連諸症状との相関を横断的に明らかにする。

## 2-1 目的

一般の大学生を対象として、否定的なライフ・イベントの分布状況を調べると同時に外傷体験の存在率（prevalence）を明らかにする（研究1）。

## 2-2 方法

### 1) 対象者

W大学（首都圏私立大学）の学部授業に出席する学生を調査対象とした。調査期間

は、2002年5月30日から6月28日の約一ヶ月間であった。W大学が発行する講義要項と講義の予定表を参考にして、W大学の全9学部から講義を数力所ずつ抽出し、各担当教員の協力のもとに調査を実施した。

### 2) 調査担当者

調査担当者（長江・増田・山田・金築）は、各講義の担当教員への調査依頼、教場での調査の教示、調査用紙の配布と回収、データ入力などを分担して行った。

### 3) 質問冊子と心理尺度

A4サイズの質問紙の表紙には、この調査に対する協力は個人の自由であること、個人のプライバシーは守られること、統計的解析の結果は後日郵送することを記した。基本属性として年齢、性別、所属学部と学年を問う項目を記入欄に用意し、任意の記入項目として氏名や連絡先の欄を用意した。表紙への記入を終えた対象者に対しては、2枚目の用紙で、以下の2つの質問に対する回答を求めた。

#### a. 出来事チェックリスト

PTSD 臨床診断面接尺度（Clinician-Administered PTSD Scale, 飛鳥井・西園, 1998）に付属する出来事チェックリストを自己報告尺度として使用した。この尺度は、自然災害、火事や爆発事故、交通事故など15種類の出来事を例示しながら、その体験回数や最悪のストレスとなった出来事の種類について記入させるものである。

#### b. PTSD 診断基準 A に関する質問項目

仮に出来事チェックリストでストレスフルなライフ・イベントが報告されたとしても、その体験は、外傷体験、すなわち、PTSD 診断基準 A (APA, 1994) に合致する体験で

はない可能性がある。そこで、最悪のストレスとなった出来事について、出来事の外傷性と対象者の情動喚起の程度を問う2種類の項目を用意した。まず、「その出来事はあなた（もしくは他者）の生命を脅かすものでしたか？」「その出来事によってあなた（もしくは他者）は大けがを負いましたか？」「その出来事はあなた（もしくは他者）の身体保全の脅威となるものでしたか？」と尋ね、さらに、「その出来事の最中や直後に、強い恐怖感、無力感、恐れの内いずれかを感じましたか？」と尋ねた（回答は2件法）。本研究では、最悪のストレスとなった出来事について、外傷性の質問項目のうち最低1つと情動喚起の質問項目1つがハイと選択された場合に限り、外傷的出来事、あるいは、指標外傷（index trauma）と見なした。

### 2-3 結果

対象者は、大学学部の授業に出席する大学生 3152 名であった。白紙などの無効票 214 票を除外したところ、有効回答数は 2938 票（有効回答率は 93.21%）となった。

回答者の属性は、以下の通りであった。平均年齢は、20.25 歳（SD 2.53）であり、性別は男性が 1780 名、女性が 1155 名であった（不明 3 名）。授業の出席者を対象としたため、大学 1、2 年生が過半数を占め、20 歳前後の学生が対象となった。

出来事チェックリストの質問に対して、1 種類以上の出来事を経験を報告した回答者は 2622 名中 1402 名（53.5%）であった。PTSD の診断基準 A に関する質問に対して、否定的ライフ・イベントの報告者 1402 名のうち、756 名が外傷的出来事を体験してい

た。つまり、大学生における外傷体験の存在率は 28.8%であることが判明した。そして、外傷体験者が報告した指標外傷は表 1 の通りであった。交通事故、身内の事故・事件、自然災害の順で多く選ばれていたことがわかる。

表1 大学生の外傷体験者の  
もっともストレスフルな体験

|               |             |
|---------------|-------------|
| 自然災害          | 116 (18.2%) |
| 火事や爆発事故       | 13 (2.0%)   |
| 交通事故          | 137 (21.5%) |
| 有毒物質曝露        | 8 (1.3%)    |
| その他の深刻な事故     | 43 (6.8%)   |
| 殴る蹴るの暴行       | 37 (5.8%)   |
| 凶器による暴行       | 6 (0.9%)    |
| 監禁            | 2 (0.3%)    |
| 性的暴行          | 7 (1.1%)    |
| 意に反した性的体験     | 18 (2.8%)   |
| 子ども時代の身体的虐待   | 12 (1.9%)   |
| 戦争体験          | 1 (0.2%)    |
| 傷害や殺人の目撃体験    | 61 (9.6%)   |
| 家族や知人の事故・事件   | 128 (20.1%) |
| その他ショッキングな出来事 | 48 (7.5%)   |

注)もっともストレスフルな出来事を明示した対象者のみを取り上げたため、外傷体験者の合計756名とは一致していない。

### 3-1 目的

外傷後認知尺度の日本語翻訳版（JPTCI）を作成すると同時に、外傷体験者に見られる外傷後認知と関連諸症状との関係を明らかにする（研究 2）。

### 3-2 方法

#### 1) 対象者

研究 2 は、郵送法にて行った。研究 1 の回答者 2938 名のうち現住所が判明した 641 名の大学生（37.66%）を対象にした。

郵送調査は計2回、2002年11月2日から16日(調査1)、11月30日から12月7日(調査2)の期間中に実施した。

## 2) 質問冊子と心理尺度

A4サイズの質問紙の表紙には、郵送調査に対する協力は任意であり、個人のプライバシーは保護される旨を記載した。記入欄には、基本属性として年齢、性別、所属学部と学年を問う項目を用意し、付属の記入項目として氏名や連絡先の欄を用意した。

1枚目の記入を終えた学生は、以下に示す2枚目以降の心理尺度に回答した。

### a. 出来事チェックリスト

研究1と同一のものを用いた。さらに、PTSD診断基準Aに関する4つの質問項目も同一頁に加えた。

### b. 翻訳版外傷後認知尺度

日本語版の外傷後認知尺度JPTCIは、原作者であるDr. Foaの指導のもとに作成した。まず、PTSDの各症状の特徴に配慮しながら、PTCI(Foa *et al.*, 1999)の日本語翻訳版を作成した。日本語翻訳版は、母語が英語であるが日本語にも堪能な臨床心理学者にバックトランスレーションを依頼し、Dr. FoaのもとにE-mailで送付した。その際、項目14では混乱ではなく対処不能を示すようにという指摘を受けた。また、教示文の不明点についてやりとりを行い、今現在の認知について尋ねるものとして日本語翻訳版の教示を修正した。修正を加えた日本語版原尺度に再びバックトランスレーションを加え、再度、Dr. Foaのもとに届けたところ、日本語翻訳版と英語の原版との意味的な等価性が確認された。本研究では、Dr. Foaの許可を得た修正済み翻訳版原尺

度36項目を用いている(7件法)。

### c. IES-R

PTSD症状の有無を質問紙により測定するため、日本語版のImpact of Events Scales-Revisedを使用した(Asukai *et al.*, 2002)。

### d. BDI

また、Beck Depression Inventory (BDI)も準備した。原版は21項目の尺度であるが、林(1999)による日本語版16項目を用いた。

### e. STAI

最後に、State & Trait Anxiety Inventory (STAI)の日本語版を用いた(肥田野ら, 2000)。状態不安・特性不安を測定する尺度である。世代差や性差が予想されるため、得点化の際には、合計得点を標準得点(T得点)に換算した。

## 3-3 結果

研究2調査1における質問紙の回収数は279票であった(回収率43.53%)。ただし、JPTCI原版への回答がなされなかったデータについては、今後の分析から除外した(5ケース)。それ以外のケースで、各尺度の欠損値が1つの場合は、尺度得点の平均値を推定値として補完し、複数の欠損が見られた場合は、その尺度に関する分析から除外した。なお、研究2調査2の回収数は148票であった。

研究2調査1の対象者は、Foa *et al.*(1999)の手続きにしたがって3群に選別された：DSMのPTSD診断基準Aに相当する出来事を経験し、PTSD症状が著しい群(33名)、PTSDの基準Aに該当すると考えられるが、PTSD症状が中程度以下の



群 (92 名), そして, 基準 A には合致しない程度の出来事を経験し, PTSD 症状が中程度以下の群 (113 名) である。体験した出来事が基準 A に合致しないにもかかわらず PTSD 症状の著しい対象者がいたが, その 36 名分のデータは今後の分析から除外された。

PTSD 症状の高低は, IES-R の総得点で弁別した。高低のカットオフポイントには, 成人の PTSD/部分的 PTSD を判別できると考えられている 24/25 点を採用した (Asukai *et al.*, 2002)。基準 A 相当の判断

には, PTSD 診断基準 A に関する 4 つの質問項目への回答を参照した。3 群の人口統計学的・臨床的特徴は表 2 の通りである。

対象となる母集団は, 外傷的出来事を体験した大学生, すなわち, PTSD 群と非 PTSD 群である。基準 A 該当者のデータは因子分析や, 関連諸症状との相関を見る分析に用いた。群間比較の際には, 基準 A には相当しない出来事を体験した非トラウマ群のデータも用いた。

表 2 郵送調査対象者の人口統計学的・臨床的特徴

| 特徴 <sup>a</sup> | 非トラウマ群        | 非PTSD群        | PTSD群         | 統計量 <sup>b</sup>      |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------|
| 人数              | 113           | 92            | 33            |                       |
| 年齢              | 20.00 (5.0)   | 21.00 (1.00)  | 20.00 (1.00)  | H(2)=3.77 n.s.        |
| 性別              |               |               |               | $\chi^2(2)=0.9$ n.s.  |
| 男性              | 60            | 47            | 17            |                       |
| 女性              | 52            | 44            | 16            |                       |
| 喫煙習慣            |               |               |               | $\chi^2(2)=4.04$ n.s. |
| あり              | 12            | 15            | 8             |                       |
| なし              | 100           | 75            | 25            |                       |
| 飲酒習慣            |               |               |               | $\chi^2(2)=22$ n.s.   |
| あり              | 46            | 37            | 15            |                       |
| なし              | 66            | 53            | 18            |                       |
| 出来事の種類          |               |               |               |                       |
| 自然災害            | 15            | 17            | 3             |                       |
| 火事や爆発事故         | 3             | 1             | 0             |                       |
| 交通事故            | 27            | 23            | 0             |                       |
| 有毒物質曝露          | 0             | 0             | 0             |                       |
| 深刻な事故           | 9             | 2             | 1             |                       |
| 殴る蹴るの暴行         | 3             | 9             | 5             |                       |
| 凶器による暴行         | 0             | 3             | 0             |                       |
| 監禁              | 0             | 0             | 1             |                       |
| 性的暴行            | 0             | 1             | 1             |                       |
| 不快な性的体験         | 12            | 4             | 2             |                       |
| 子ども時代の身体的虐待     | 4             | 4             | 2             |                       |
| 戦争体験            | 0             | 0             | 1             |                       |
| 目撃体験            | 8             | 5             | 2             |                       |
| 家族や知人の事故・事件     | 13            | 18            | 8             |                       |
| ショッキングな出来事      | 19            | 3             | 6             |                       |
| IES-R           | 8.00a (6.25)  | 8.00a (6.25)  | 36.00b (8.75) | H(2)=85.09 ***        |
| STAI            |               |               |               |                       |
| Y-1 (状態)        | 43.23a (6.86) | 46.16a (6.89) | 52.99b (8.83) | H(2)=11.54 **         |
| Y-2 (特性)        | 45.33a (7.48) | 48.34a (7.75) | 55.37b (7.15) | H(2)=18.34 ***        |
| BDI             | 6.00a (3.75)  | 6.00a (5.00)  | 14.00b (6.00) | H(2)=25.41 ***        |

注)<sup>a</sup> 数値は度数を表している(不明データがあるため必ずしも群の総人数と各範疇の人数は一致していない)。ただし, 年齢, IES-R, STAI-Y1とY2, BDIは中央値(四分位偏差)を表記している。

<sup>b</sup> Kolmogoroff-Smirnov検定の結果, いくつかの群で正規性が棄却されたため(P<0.05), 群間の比較には, クラスカル-ウォリス検定(多重比較検定にはスティーブ・ドゥワース検定, p<0.05)を適用した。下付き文字の異なる, 同じ行の各代表値は, 多重比較検定の結果, 有意差が生じたものである(p<0.05)。なお, 性別, 喫煙習慣, 飲酒習慣の分析には $\chi^2$ 検定を行った。  
n.s.=有意差なし, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

続いて、JPTCI 原版の回答結果に対して分析を行った。ダミーである項目 13, 32, 34 をのぞいた後、計 33 の質問項目の回答について主因子法による因子分析を行った。固有値 1 以上の基準を設けるとともに、因子の解釈可能性を考慮した結果、3 因子解が最適解であると判断された。3 因子を抽出後、直接オブリミン法を適用したところ、

表 3 に記す因子パターンが見いだされた。

表 3 の結果は、Foa *et al.*(1999)の結果とほぼ同様のものであった。ただし、因子寄与率の違いから原版の第 2 因子が第 3 因子に、第 3 因子が第 2 因子に入れ替わっていた。3 つの因子の合計点と全体の総合点を尺度と見なしたところ、 $\alpha$  係数はそれぞれ .94, .91, .88, そして .94 と十分な内

表3 大学生を対象としたJPTCIの因子負荷量

| 変数  | 因子1   | 因子2   | 因子3   |
|---|-------|-------|-------|
| <b>第1因子:自己に関する否定的な認知(<math>\alpha = .94</math>)</b> |       |       |       |
| 30.あの出来事以降の反応を見ると、自分はだめな人間だと思う。                     | .822  | .104  | -.136 |
| 20.自分は永遠に悪い方に変化してしまった。                              | .815  | .042  | -.078 |
| 28.トラウマのせいで人生が台無しになった。                              | .813  | .094  | -.130 |
| 25.自分には将来がない。                                       | .812  | -.120 | -.001 |
| 6.自分は、かつて幸せな人間であったが、今はいつも不幸せである。                    | .796  | -.139 | -.099 |
| 16.あの出来事以降の反応を見ると、自分の頭が変になっていると思う。                  | .742  | .106  | -.065 |
| 24.ひとりぼっちで、他の人から遠く離れてしまった気がする。                      | .728  | .024  | .164  |
| 36.自分にはもう何も良いことは起こらない。                              | .706  | -.038 | .012  |
| 12.自分は、だめな人間である。                                    | .680  | -.045 | .105  |
| 21.自分は人間ではなく物であるかのように感じる。                           | .654  | .037  | .107  |
| 9.自分の内面が死んでしまったように感じる。                              | .649  | -.127 | .141  |
| 17.再び普通の感情を味わうことはないだろう。                             | .641  | .037  | -.050 |
| 29.自分には人間として何かおかしいところがある。                           | .625  | .051  | .137  |
| 33.自分のことがもうよくわからないと感じる。                             | .579  | .111  | .113  |
| 35.自分のことが信頼できない。                                    | .567  | .060  | .124  |
| 14.あの出来事について考えても、自分にはうまく処理しきれないだろう。                 | .543  | .127  | .041  |
| 5.自分は、ほんのわずかな動揺でもうまく処理することができない。                    | .473  | .044  | .041  |
| 2.自分には、正しい行動ができるとは思えない。                             | .444  | .191  | .002  |
| 3.自分は、弱い人間である。                                      | .410  | .050  | .188  |
| 26.悪いことが自分に起きるのを防げない。                               | .381  | -.055 | .320  |
| 4.自分は、怒りを感じたときうまくコントロールできないので、何かとんでもないことをしてかすだ。     | .381  | -.137 | .215  |
| <b>第2因子:トラウマに関する自責の念(<math>\alpha = .91</math>)</b> |       |       |       |
| 1.あの出来事が起きたのは、自分の振り舞い方が原因であった。                      | -.136 | .913  | .031  |
| 31.自分にはあの出来事を引き起こす何かがあった。                           | .114  | .832  | .046  |
| 15.今回の出来事は私という人間に原因がある。                             | .069  | .830  | -.027 |
| 19.私でなければ、あの出来事を防ぐことができたと思う。                        | -.029 | .728  | .138  |
| 22.私でなければ、この状況には巻き込まれなかっただろう。                       | .287  | .671  | -.083 |
| <b>第3因子:世間に関する否定的な認知(<math>\alpha = .88</math>)</b> |       |       |       |
| 8.いつでも用心していなければならない。                                | -.128 | .002  | .867  |
| 11.次に何が起こるか分からないので、自分は本当に気をつけなければならない。              | -.100 | .046  | .813  |
| 7.他人というものは、信用できない。                                  | .157  | .041  | .715  |
| 10.誰に危害を与えられるかわからない。                                | .051  | .024  | .715  |
| 23.他人というものは、信じて頼ることができない。                           | .228  | .004  | .638  |
| 18.世の中は危険なところだ。                                     | .146  | -.020 | .574  |
| 27.他人は見かけと異なる。                                      | .045  | .054  | .411  |
| 他の因子の影響を無視した因子寄与                                    | 11.39 | 4.75  | 6.92  |

注)主因子法, オブリミン回転. 項目 13, 32, 34 (ダミー項目)は分析から除外した。PTCIの総合得点に対する $\alpha$  係数は.94であった。

的整合性を示していた。本研究では、Foa *et al.*(1999)の因子名を参考にしながら、第1因子は「自己に関する否定的な認知」、第2因子は「トラウマに関する自責の念」、第3因子は「世界に関する否定的な認知」と命名した。

調査1と2の両方に協力した基準A軸該当者57名のデータを用いて、再検査法によるJPTCIの信頼性係数の推定を行った。再検査の間隔は、約3週間であった。尺度ごとの合計点を各時点で算出し、スピアマンの順位相関係数を算出したところ、JPTCI総合点.87( $p<.01$ )、自己に対する否定的な認知.87( $p<.01$ )、トラウマに関する自責の念.88( $p<.01$ )、世間に関する否定的な認知.81( $p<.01$ )となった。いずれも高い安定性を示すことがわかった。

最後に、JPTCIの合計点と各因子得点を尺度と見なし、関連諸症状との関係を検討した。IES-R、BDI、STAI Y-1(状態不安)やY2(特性不安)との順位相関係数を算出した(表4参照)。事前の予測通り、JPTCIの総合点は、PTSD症状、うつ症状、状態不安、特性不安と有意な中程度以上の相関を示すことがわかった。個々の下位尺度についても、ほぼ同様な結果が得られた。一般的な日本の大学生を対象とした場合、外傷後認知と関連諸症状との間には密接な相関が示されたといえる。

#### 4 考察

本研究の第一の目的は、日本の大学生における否定的なライフ・イベントの分布状況を調べ、PTSD診断の基準A(APA, 1994)に相当する出来事存在率を明らかにすることであった。20歳前後の大学生を対象として、CAPSの出来事チェックリスト等を用いた調査を行った結果、PTSD基準Aに合致する外傷体験の体験者は約29%にもものぼることが判明した。

日本では、一般の集団を対象として外傷体験の分布を広く調べた研究は多くない。本研究の成果は、まず、大学生の基礎的なデータを集めたという点で評価できるだろう。外傷体験の広がりを確認するために、今後は、学生以外の母集団でも同様の調査が広く行われることが期待される。なお、今回の調査1では、外傷体験に伴うPTSDの有病率を明らかにするところまでは至らなかった。外傷体験者の規模を考慮すれば、数%の時点有病率が予想される(cf. Kessler *et al.*, 1995)。対象者は、一般の大学生であったが、外傷体験者の数は決して少ないものではなかった。対象者のメンタルヘルスを重視すれば、外傷体験の悪影響は看過することのできない問題である。今後の課題として、DSM診断基準に基づく構造化面接(飛鳥井・西園, 1998)や自己評価尺度(Foa *et al.*, 1997)を用いてPTSD

表4 JPTCIの得点と関連症状尺度との間の相関

|              | IES-R  | BDI    | STAI状態 | STAI特性 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|
| JPTCI        |        |        |        |        |
| 自己に関する否定的な認知 | .57 ** | .75 ** | .63 ** | .75 ** |
| トラウマに関する自責の念 | .33 ** | .22 ** | .14    | .21 *  |
| 世間に関する否定的な認知 | .47 ** | .44 ** | .46 ** | .49 ** |
| 総合点          | .60 ** | .69 ** | .58 ** | .70 ** |

注)スピアマンの順位相関係数。

\*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$

有病率の一般的な疫学調査を進めるとともに、外傷体験と生活の質の関係を実証的に明らかにすることが望まれる。

本研究の第二の目的は、外傷体験者を対象とした場合の外傷後認知と関連諸症状との関連を明らかにすることであった。PTSD 反応との中程度以上の相関が明らかにされた。外傷後の期間が統制されていなかったため、関連諸症状が必ずしも外傷的出来事に起因するもの（外傷後反応）であるかどうかはわからないが、少なくとも、現在のうつ症状や不安症状とも関連していることが明らかとなった。今後は、横断的調査ではなく、縦断的調査によって、外傷体験後の予後を明らかにしていくことが必要である。

本研究では、大学生の外傷的出来事の分布を調べるとともに、外傷体験者を対象として外傷後認知と関連諸症状との関連を明らかにした。調査対象の大学生の三分の一は、これまでに何らかの外傷体験を有していた。外傷後認知は、外傷的反応の悪化・遷延化の予測や、治療標的の査定や効果測定指標となるものである。今後は、外傷後認知の役割を実証的に明らかにする研究が求められている。

## 文献

- American Psychiatric Association. Diagnostic & statistical manual of mental disorders 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *The journal of nervous and mental disease*, 190, 175-182, 2002.
- 飛鳥井望・西園マーハ文 CAPS PTSD 臨床診断面接尺度 (DSM-IV 版) 東京都精神医学総合研究所・社会精神医学研究部門, 1998.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345, 2000.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tokin, D.F., & Orsillo, S.M. The posttraumatic cognitive inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314, 1999.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451, 1997.
- Foa, E. B., Keane, T., & Friedman, M. J. *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press, 2000.

林潔 学生の抑うつ傾向の検討 カウンセ  
リング研究, 20, 162-169, 1998.

肥田野直・福原真知子・岩脇三良・曾我祥  
子・Spielberger, C.D. 新版 STAI マニユア  
ル 実務教育出版, 2000.

Kessler, R.C., Snnega, A., Bromet, E.,  
Hughes, M., & Nelson, C.B.  
Posttraumatic stress disorder in the  
national comorbidity survey. Archives  
General Psychiatry, 52, 1048-1060, 1995.

厚生科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

性暴力被害者に対する介入と心理的援助に関する研究

分担研究者 小西聖子<sup>1)</sup>

研究協力者 笹川真紀子<sup>2)</sup>

1) 武蔵野女子大学人間関係学部教授

2) 武蔵野女子大学心理臨床センター

**研究要旨**

1. 性暴力被害者に対する介入・援助方法を具体的に検討するため、特定臨床機関で受理された相談ケース延べ945件のうち、性暴力被害相談45ケースについての記録を検討し、治療担当者にインタビュー調査を実施した。
2. 臨床機関を訪れた性暴力被害者の治療の事例を示し、介入や援助における留意点等、治療の実際について検討した。

## 1. はじめに

性暴力被害は、PTSDをはじめとして、抑うつ、解離障害、物質乱用などの精神障害を生じる可能性のあるトラウマティックイベントとして認識されるようになってきた。被害者と接する機会のある医療機関、地域相談機関、警察など、それぞれ独自の援助方策を持ちつつある。援助技法を断片的に修得するだけでなく、その機関が提供する援助全体を概観することも必要である。本稿では、トラウマティックな体験をした人への心理的援助を主眼とする

相談機関のケースをもとに、そこで得られた性暴力被害者に対する介入と心理的援助に関する知見を紹介する。

## 2. 研究の目的・方法

**目的：**性暴力被害者に対する介入・援助方法を具体的に検討する。

**方法：**M大学心理臨床センターにて受理した性暴力被害相談ケースについて記録を整理・調査し、かつ治療担当者にインタビューを行ないその結果をまとめた。調査対象期間は平成13年1月から14年3月末

日までに受理したケースである。

### 3. 結果

#### 3-1. 相談受理状況

<平成13年1月～3月>

面接相談回数（延べ）203件（うち新件14件）

<平成13年度>

面接相談回数（延べ）742件（うち新件50件）

上記期間の面接ケース数114ケース中、性暴力被害の相談は45ケース(39.5%)であった。

#### 3-2. 介入、援助における留意点

性暴力被害相談ケースを受理し、面接を行うためにスタッフや担当者が留意した点は以下のとおりであった。なお、例示したケースは実際のケースをいくつか組み合わせるなどして作成した架空のものである。

##### 3-2-1 面接前の環境整備

・面接相談に入る前に、現在の危険度を適切に査定することが必要である。特に、現在再被害の危険性はないか最初に確認されなければならない。また、自殺の危険度も査定される必要がある。

・被害者の安全が確認され生活がある程度安定することが心理的援助のための面接に先行する場合が多い。特に、食事や睡眠、また入浴や家事などがどの程度行っているか、また勤務や学校をどうしているのか、日常生活の様子を確認することが大切である。

・被害者本人だけでなく、周囲の身近な

人(家族など)へのサポートが必要な場合がある。本人が相談できる状況にない場合や、小さな子供が被害にあった場合など、周囲の人を支える必要がある。

・あまりにも症状が重く安全に来談できない場合は、無理して来談させず何らかの直接的介入の方策を探す。

##### 3-2-2 初回面接と初期のアセスメント、サポート

・面接相談につながった後、面接をする場所とそこにいる人は安全であるという感覚を持ってもらうことが第一に大切なことである。トラウマティックな体験をここでこの人に話しても大丈夫であるという感じを持ってもらうよう努める。

・クライアントに接するスタッフの性別や年齢等に関する希望(女性のみ可能、あまり若くなければどちらでも可能など)はそれを取り上げ、話し合う。

・面接相談が始まって、自殺の危険は適切に評価されなければならない。

**(例1)**クライアントAは半年ほど前、帰宅途中に後ろからつけてきた車に乗せられ連れ去られたうえ性暴力被害を受けた。被害後も仕事を続け、被害前と一見変わらない生活を送っていた。面接でも理路整然と、きちんと話をしたが、面接者が自殺念慮の有無を尋ねると「毎日死ぬ方法を考えている」と述べた。

・二次被害を与えない。安易な共感を示さない。

・被害を受けてコントロール感を喪失している状態の人に、侵襲的に質問を重ねない。

生育歴等は急ぎすぎず、適切に情報収集していくようにする。

- ・出来事前の精神疾患や社会適応状態は適切に評価されなければならない。

- ・外傷体験と現れている症状がそぐわない場合など、特に慎重にアセスメントする必要がある。精神障害発症の脆弱性をもたらす要因を常に頭に入れてアセスメントする。

- ・ポストトラウマ症状は積極的に面接者が尋ねないとわからない場合がある。感情の麻痺を含む解離症状については本人も周囲の人も気づいていない場合がある。表情や動作の観察が必要である。

**(例2)**クライアントBは数週間前、アルバイトの帰りに性暴力被害にあった。本人は口数は少ないものの事件の話が始まるまではしっかり面接者と対応できていた。同行の母親が事件の話を始めると途端に顔が無表情になった。他に目立った反応もなくおとなしく話を聞いているようにも見えたが、目の焦点が合わないようにぼんやりしていた。途中でA子に呼びかけ、今の話を聞いていたか尋ねるが、途中から覚えていないと言う。

- ・ケースによっては当センター開発のチェックリスト(MPSC,巻末添付資料参照)などを用いる。心理テストはクライアントの理解力や状態を見て判断することが必要である。

### 3-2-3.治療の進め方

#### <心理教育>

- ・症状を良く聞き、本人にわかるように伝

え、適切な心理教育を行うことが重要である。心理教育は治療の補完物としてではなく、個人のコントロール感を取り戻すという目的から考えても治療の重要な位置を占めている。

**(例3)**クライアントCは複数の知人から性暴力被害を受けた。その後様々な症状に悩まされていたが、体調が悪いのは自分が甘えているせいだと考えていた。担当者は当センター開発のチェックリスト(MPSC)を行い、様々な症状はポストトラウマ症状であること、異常な出来事後の正常な反応であることなどをフィードバックした。

#### <安全な暴露>

- ・安全に設定された面接の場で安全にトラウマティックな体験に暴露させることは治療の主要な部分である。経験を思い出し、話すことでイメージを用いて暴露する方法に系統的脱感作の手法を取り入れる場合もある。

- ・話しているうちに再体験症状に圧倒されるようなことがあれば、無理をせず、イメージから距離をとる工夫をする。たとえば画面に映写するイメージで暴露を行う。

- ・暴露を安全な場所で治療者とともにコントロール下でおこなうことで、侵入的で生々しい状態から、嫌な気持ちはするが通常の記憶に変えていくことを目指す。

**(例4)**クライアントDは、加害者が赤い服を着ていたために、赤いものを見ると再体験症状がおきてしまう。赤いものすべてが刺激となり、解離してしまう状態であり、日常生活にも著しい支障が出ていた。赤い



ものに対するイメージによる暴露を、恐怖のレベルに応じて系統的に行い、最終的には赤い服を着た加害者に似た風体の人を見ても再体験から解離状態へ進行しないようになった。

### ＜歪んだ思考への対応＞

- ・「外に出ると危ない」などの恐怖感、「私が悪かった」「汚れてしまった感じ」などの自己評価の低下など、クライアントの思考を良く聞き、歪んだ感情や感覚に対して認知療法的に対処することができる。
- ・自己評価の極端な低下や被害的な認知が生活を大きく損なっていることを、時間をかけて共感的に扱い自動思考を指摘し、サポートしていくことが大切である。
- ・日記をつけたり、面接中に作業として紙に書いてみたりして思考の修正を行うことができる。

### ＜リラクゼーションや呼吸法の利用＞

- ・再体験やフラッシュバック、それに引き続く解離症状への積極的な対処として、リラクゼーションや過呼吸を防ぐ呼吸法を教える。
- ・「安全な場所」をイメージするリラクゼーションや筋緊張を解く方法を用いる。また自分でできるように教え、自宅で練習させる。
- ・リラクゼーションの練習をすることで過剰な緊張を解き、不快な反応の起きてくる閾値をあげるとともに、本人のコントロール感の獲得にも役立つ。

### ＜ハプニングへの対処＞

- ・面接中に解離が起きた場合、冷たいおし

ぼりを額に当てたり、軽くストレッチをするなどして引き戻す。ただし治療者が身体に触れる方法は慎重に行うほうがよい。

- ・水を飲ませる場合、ガラスのコップで出さないようにする。割れると不慮の事故につながる危険がある。
- ・何らかの事情で治療者が面接室を離れる事態になっても、代わりの人を呼び短時間でもクライアント一人にしない。
- ・解離状態が続いたまま帰さない。ぼうっとして無防備な状態になり事件や事故の危険度が高まる場合がある。
- ・解離状態、パニックなどになった場合の対処方法を、治療者と一緒に事前に考えておくことがコントロール感の再獲得、エンパワメントにつながる。
- ・症状や日常生活の様々な困難に対して本人なりの工夫や努力を行っていることを認め、励ますことが大切である。

### 3-2-4 他機関との連携

- ・薬物治療の必要性を適切に判断する。薬を飲むことに抵抗を示される場合もあるが、薬物治療の必要性和利点を治療者が説明できるようにならなければならない。
- ・性暴力被害とポストトラウマ症状に理解のある医療機関と連携を持つことが必要である。精神科だけではなく、他科、特に婦人科との連携も同様である。
- ・性暴力被害者の多様な援助ニーズを把握し、被害者援助機関、警察の被害者援助担当窓口などを必要に応じて紹介する。
- ・裁判の同行サービス、捜査や事情聴取時のサポートは重要である。地域の社

会資源を利用できるよう、情報収集しておく。

・関連他機関（地域の保健所や児童相談所、女性相談センター等）との実際的な連携には、ケースカンファレンスや連携会議を行うことが役に立つ。

- ・他機関との連携を行う際には、クライアントのプライバシーを守る工夫が必要である。他機関へ紹介する際、どの程度まで情報提供してよいか、本人に必ず確認を取る。
- ・捜査等の必要上、司法関係者からクライアントの情報提供を求められる場合もあるが、本人の同意なしには行わないという基本姿勢を守る。

### 3-2-5 その他

相談機関として安全対策を徹底することは非常に基本的なことがらでありながら、不断の目配りを行わないと疎かになりがちである。例えば面接室使用や来客のスケジュール等を当日勤務の全員が常に把握している必要がある。また、緊急時の連絡体制を整えておくことが大切である。

## 4. まとめ

M 大学心理臨床センターでの性暴力被害者への心理的援助を概観した。被害前に目立った既往歴もなく単回の被害にあった場合などは、数回心理教育を中心とした支持的面接で具合がよくなるケースも多く見受けられた。認知行動療法的アプローチが多く採用されていた。

また被害者の心理を理解し、患者に二次被害を与えないことも重要なポイントと

なっていた。ポストトラウマ症状として「回避」「侵入」「覚醒亢進」見られるが、特に「回避」は否認や解離を招く可能性がある防衛機制としての面がある<sup>2)</sup>とされる。その現れ方をそのケースごとにきめ細かに、慎重にアセスメントする工夫が見られていた。

性暴力被害者への心理的援助は、治療技法のみならず様々な配慮や環境整備が必要である。それらが目指しているのは安全感の確立や、自己効力感 self efficacy の再建である。

Van der Kolk<sup>3)</sup> は、急性、慢性のトラウマの治療は以下の3つを原則とする要素から成り立っているとした。すなわち「心理的、生理的反応をコントロールし統御する」、「恐れおののき、圧倒された体験を加工処理し、体験と折り合っていく」、「安全な社会的関係、および個人と対人間の効力感 efficacy を再建する」ことである。今回概観した性暴力被害者の心理的援助においても、トラウマ性の記憶の加工処理によるトラウマ体験の再構築だけではなく、安全と安定の感覚を確立したうえで効力感の再建が目指されていた。自己効力感の再建をサポートすることは、パワーで対人関係をコントロールすることとは対極にある。クライアント自身が障害に対処することによって自分の状態をコントロールし、回復していくことを治療者がサポートするという構造そのものが、トラウマティックな体験に圧倒され、無力感を感じている人には治癒的に作用する。この構造を作り、保っていくことは易しいことではない。治療セッションそのものに入る前の環境整備や、相談機関としての危機管理、安

全対策、スタッフの一貫した姿勢と対応の積み重ねがあつてこそ、安全な治療の場と構造を提供することができるといえるだろう。

## 5. 今後の課題

性暴力被害者への援助は、臨床心理・精神医学に限らず、他領域の専門家との協働が必要なケースが多い。性暴力被害者への心理的援助を専門とする相談機関として、他機関から何を求められてリファーされるのか、逆に何を求めて他機関にリファーするのか、リファーがうまくいく要因、うまくつながらない要因などを整理することで、介入と援助についてより具体的な知見が得られるであろう。さらに、アセスメント、治療目標設定、治療技法の選択、効果測定という一連の流れを追った治療の指針をまとめることも今後の課題である。

## 引用文献

- 1)小西聖子(2001)「単回性トラウマの治療—性暴力被害のトラウマに対する認知行動療法的アプローチ—」精神科治療学 16(12)
- 2)稲本絵里、安藤久美子、影山隆之、岡田幸之、石井朝子、飛鳥井望、笹川真紀子、小西聖子(2002)「被害体験と『回避』の機制—性暴力被害者の住民研究から—」精神保健研究 48
- 3)van der Kolk BA, van der Hart O, Marmar CR: Dissociation and Information Processing in PTSD. Traumatic stress edited by van der Kolk, McFarlane, Weisaeth. Guilford Press, NY(1996)

<資料>

**MPSC(武蔵野女子大式 PTSD 症状 check list for victims)**

暴力被害のあとのストレス反応

MPSCは米国のレイプクライシスセンターなどで使われているチェックリストを参考にしつつ、日本の被害者の実状を考慮して作成されたものである。

このチェックリストは判定のためのものではないが、おおよそ20以上あるときには要注意であり、専門機関への相談をすすめる。PTSDと診断される場合には25, 6項目以上がチェックされる人が少なくない。

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 事件のことが頭について離れない                   |
| <input type="checkbox"/> 事件についての夢を見る                       |
| <input type="checkbox"/> ときどき無感覚になってしまう                    |
| <input type="checkbox"/> 他人に自分の気持ちを分かってもらうのがむずかしい          |
| <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込みやすい                       |
| <input type="checkbox"/> 突然その時の光景がよみがえる                    |
| <input type="checkbox"/> 死にたくなることがある                       |
| <input type="checkbox"/> 恋人,夫(妻),子ども,親や他の家族となんとなく溝ができてしまった |
| <input type="checkbox"/> 近所づきあいがわずらわしい                     |
| <input type="checkbox"/> 事件を思い出させるようなことをさけてしまう             |
| <input type="checkbox"/> 生活が楽しめない                          |
| <input type="checkbox"/> 緊張して、神経質になった                      |
| <input type="checkbox"/> 物音などに対して感覚が過敏になっている               |
| <input type="checkbox"/> しじゅうあたりを見渡して警戒したり、身構えたりしている       |
| <input type="checkbox"/> よく眠れない                            |
| <input type="checkbox"/> 忘れっぽくなった                          |
| <input type="checkbox"/> なかなか集中できない                        |
| <input type="checkbox"/> お酒や薬を飲まない、寝たり、何も用事をする事ができない       |
| <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった                          |
| <input type="checkbox"/> 我を忘れてしまいそうでこわい                    |
| <input type="checkbox"/> いらいらするがその原因がわからない                 |
| <input type="checkbox"/> 日常生活をするのがやっつである                   |
| <input type="checkbox"/> 今の自分が情けない                         |
| <input type="checkbox"/> 自分を責めてしまう                         |
| <input type="checkbox"/> 人が信じられなくなった                       |
| <input type="checkbox"/> 立ち直れないのではないかと心配である                |
| <input type="checkbox"/> 似たような出来事があるとつらい                   |
| <input type="checkbox"/> 性に関することに対する態度が変わった                |
| <input type="checkbox"/> 起こったことを忘れてしまいたい                   |
| <input type="checkbox"/> 加害者のことを考えるとこわくてしかたがない             |

(武蔵野女子大学心理臨床センター所有)