

BDI-II 得点と有意な相関が見られたのは回避/麻痺症状と覚醒亢進症状であった(回避/麻痺症状; $r=0.614, p<.01$ , 覚醒亢進症状; $r=0.488, p<.01$ )。

また ITG 得点と有意な相関が見られたのも回避/麻痺症状と覚醒亢進症状であった(回避/麻痺症状; $r=0.538, p<.01$ , 覚醒亢進症状; $r=0.329, p<.05$ )。

また BDI-II 得点と ITG 得点の両者には相関が認められた( $r=0.728, p<.01$ )。

このことから再体験症状は抑うつ、複雑性悲嘆とは関連が見出されず独立した症状群であることが示唆された。

### 3.7 BDI-II 得点と PTSD 各下位尺度の重回帰分析

つぎに、犯罪被害者遺族群において BDI-II 得点をよく説明するのは PTSD 症状のどの下位尺度得点であるかを検討するために、BDI-II 得点を目的変数、再体験・回避/麻痺・覚醒亢進の各得点を説明変数として重回帰分析を行った。対象者の年齢、死別からの経過時間についての差は認められなかった。その結果、回避/麻痺症状のみが関連のある要因として選択され、偏回帰係数は.535であった。また重相関係数(R)は.668、説明率

は 44.7%であり有意であった( $p<.001$ ) (表 11)。

一方、この解析では PTSD と大うつ病の重複部分があるために、両者の相関が高まる可能性も考えられる。そのため CAPS 下位尺度から PTSD と大うつ病の重複する項目を除外した(表 12)。

その後、対象者本人の年齢・死別から調査時までの期間・再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状の各得点を説明変数として重回帰分析を行ったところ、回避/麻痺症状が関連のある要因として選択され偏回帰係数は.621であった。重相関係数(R)は 0.583、説明率は 34.0%であり有意であった( $p<.01$ ) (表 11)。

### 3.8 ITG 総得点と PTSD 各下位尺度の重回帰分析

一方、犯罪被害者遺族群において ITG 得点をよく説明するのは PTSD 症状のどの下位尺度得点であるかを検討するために、ITG 得点を目的変数、再体験・回避/麻痺・覚醒亢進の各得点を説明変数として重回帰分析を行った。その結果、回避/麻痺症状が関連のある要因として選択され、偏回帰係数は.620であった。また対象者本人の年齢も関連ある要因として選択され、偏回帰係数は.207であ

った。重相関係数(R)は.592、説明率は35.1%であり両群ともに有意であった( $p < .01$ ) (表 11)。

一方、この解析ではPTSDと複雑性悲嘆の重複部分があるために、両者の相関が高まる可能性が考えられる。

そのためCAPS下位尺度からPTSDと複雑性悲嘆に重複する項目を除外した(該当項目は表12を参照)。そして対象者本人の年齢・死別から調査時までの期間・再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状の各得点を説明変数として重回帰分析を行ったところ、回避/麻痺症状が関連のある要因として選択され、偏回帰係数は.523であった。また対象者本人の年齢も関連ある要因として選択され、偏回帰係数は.152であった。重相関係数(R)は.504、説明率は25.4%であり有意であった( $p < .01$ ) (表 11)。

そこでCAPSにおける回避症状「活動・場所・人物の回避」項目の叙述内容から、抑うつ・悲嘆の相違について検討した。同高得点(8点中4点以上)の15名中8名(53.3%)が「現場や加害者の接触を避ける」と回答した。その理由の多くは現場や加害者が恐怖や脅威の存在だからではなく、「現場に行くと家族が亡くなったことを再認識するので辛いから」

というものであった。このことから遺族において「活動・場所・人物の回避」が生じる背景には、「恐怖や脅威からの回避」よりも「喪失感を意識する苦痛からの回避」があることが示唆される。

一方、同項目の低得点者(3点以下)の34名中12名(35.3%)は「死別に関することは避けずに逆に自分から近づこうとする」と述べていた。

つまり回避症状が低い遺族には複雑性悲嘆反応の「死者への思慕、探索行動」への志向が強い場合があると理解することができる(複雑性悲嘆反応の表1を参照)。

### 3.9 目撃群の叙述例

当初の仮説としては、外傷的死別への暴露の程度の高い目撃群の方が精神症状は重篤であると考えられたが、実際には目撃なし群とはどの尺度の平均得点でも有意差がみられなかった。これには現場を目撃した者は5名と全体の10.2%しか占めておらず、死別からの経過時間が5~6年と長期であることが原因として考えられる。しかし、PTSD17症状の叙述において精査したところ、他の遺族群とは異なる叙述が見られ、目撃群特有の

症状と考えられるため、表 13 に示した。

再体験症状においては、侵入的想起のきっかけとなる例として「悲鳴」「頭を打った音」「遺体の状態」などであり、外傷的出来事に直結した内容となっている。一方、覚醒亢進症状においては、「車にぶつかったような感じ」が切実感を伴って体験されるために、過剰に驚愕してしまうことが述べられていた。これら 2 つの下位症状に挙げられた「車にぶつかること」「身体がぶつかる音や悲鳴」は、目撃群特有の直接体感する感覚であると考えられる。

## 4 考察

### 4.1 対象の特徴

本研究では、犯罪被害者遺族群の PTSD 症状および複雑性悲嘆反応・抑うつ症状について、人口統計学的変数及び精神医学的・臨床心理学的な既存の客観的指標を用いて検討することを目的とした。

具体的には、PTSD 群及び非 PTSD 群と診断に分類した上で、他の併発疾患との関連を比較した。また PTSD 症状の 3 主症状群(再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状)と抑うつと複雑性悲嘆の関連を検討した。

対象者の 81.6%が、子どもと死別した

中高年の親世代であった。先行研究からも、子どもとの死別は他の対象よりも精神的打撃が大きいことが実証されている<sup>46)</sup>。このことから死別対象の特性が結果に影響を与えた可能性も考えられる。また 93.9%が交通事故による死別であった。そして交通事故が直接の死因となって即死もしくは重症後数日で死亡となっており、殺人事件と同様に交通事故も大きな心的外傷を伴う出来事と判断することができる。また交通事故遺族が多かった背景には、協力を依頼した自助グループのひとつが交通事故遺族を対象としていたことによると考えられる。

つぎに、全体の 46 名(93.9%)が刑事裁判、民事裁判の経験があり、他の死別者と異なり死別の後に法的関与がある割合が高いことが特徴といえる。そして刑事裁判・民事裁判のどちらかを係争中の者は 12 名(24.5%)であり実務的多忙が推測される。このため病死の遺族よりも数年にわたって、十分に死者を悼むゆとりがもてないと感じている。

また死別前に心的外傷体験と精神科受診歴の両方がない者が 41 名(83.7%)である一方、死別後に受診・相談をした者が 20 名(40.8%)であった。このことから死別前は心理社会的適応が良好であっ

たが、事件事故による突然の死別をきっかけに精神的不調が生じている者が多いと考えられる。

また調査時点で精神科治療やカウンセリングを継続しているものは6名(12.2%)にとどまっている。本研究では、医療や心理支援を受けている者は相対的に少ない。そのため本研究の対象者の精神健康の状態が著しく良くなっているとは考えられない。このことから精神科における治療等が結果に影響を及ぼしたとは考えにくい。

#### 4.2 PTSD有病率

CAPSによって現在症PTSDと評価された者は20名(40.8%)であった。6年以上の長期持続しているものは現在診断者の45%、対象者全体の18.4%である。また本研究においてのPTSD生涯診断率は75.5%であった。

つまり、本研究においては、死別1ヵ月後より約8割の対象者がある時期においてPTSDと診断されうる状態を経験しており、死別後6年以上においてもまだ約2割が重篤なPTSD症状を持続していると考えられる。暴力的な死別を経験した遺族が死別後長期間にわた

ってPTSD症状を呈しているという先行研究の結果とも共通している<sup>2) 14) 16) 21) 22)</sup>。

本研究での生涯診断率75.5%は、海外の疫学的研究<sup>2)</sup>での23.3%より高率である。一方現在診断の割合は40.8%であり、国内のCAPSの遺族研究におけるPTSD発症率58.8%<sup>22)</sup>、64.3%<sup>12)</sup>という報告とは同等の割合である。女性の割合が高く、子どもを亡くした人が多く法的関与の割合が高い群は、先行研究によれば、PTSDの発生率が相対的に高くなるはずであり、国内での研究対象はその要素を一部あるいは全部持っている可能性がある。

#### 4.3 複雑性悲嘆、抑うつとの合併

PTSD診断群の55.0%が複雑性悲嘆を、95.0%が抑うつ症状を併発していた。

MeIhem<sup>15)</sup>(2001)は、外傷性悲嘆の症候論に基づく治療を受けている23人の遺族に外傷性悲嘆を測定する尺度とDSM-IVの構造化面接を用いてその重症度を測定したところ、大うつ病とPTSDの合併がみられたと報告している。

一方、Prigerson<sup>17) 18)</sup>らは、複雑性悲嘆と抑うつ、PTSDが重複しないことを多くの臨床データから述べている。しかし本研究では、それと異なる結果となった。

その理由は明らかでないが、本研究では PTSD の発症率が高いと予想される犯罪被害者遺族群を対象としているのに対し、Prigerson らは中高年の配偶者の病死遺族を対象としており、このような対象の相違が異なる影響を及ぼした可能性もある。

#### 4.4 死別からの経過年数と再体験症状との関連

PTSD 三主症状群のうち、再体験症状のみが死別からの経過年数と関連があることが結果として得られた。このことから、再体験症状に関しては時間経過とともに改善する可能性があることが示唆される。その理由としては、対象者の中でなんらかの医療機関や相談機関への受診相談者の 20 名(40.8%)のうち、継続した薬物治療や精神療法、カウンセリングを行っているものは 6 名(12.2%)にすぎないことから、この改善は特別な治療がもたらしたと考えるよりも、自然軽快による改善や自助グループが治療的効果を及ぼしたと考えるほうが妥当であろう。

#### 4.5 PTSD 群と非 PTSD 群との比較

さらに PTSD 群は非 PTSD 群よりも再体

験、回避/麻痺、覚醒亢進、抑うつ、悲嘆のいずれにおいても有意な差があり高値をしめした。

#### 4.6 回避/麻痺症状と抑うつ・複雑性悲嘆との関連

回避/麻痺症状、覚醒亢進症状は抑うつ症状、複雑性悲嘆反応のそれぞれと有意な相関を示した。この結果は、回避/麻痺症状、覚醒亢進症状が抑うつ症状と関連すると報告した先行研究とも共通する。一方再体験症状は、うつ症状や複雑性悲嘆との関連は少なく PTSD 固有の症状である可能性が高いと考えられる。

つぎに PTSD3 症状の中から抑うつ、悲嘆を説明する要因を探索するために、重回帰分析を行った。CAPS、BDI-II、ITG の重複する質問項目を除外してデータを分析した結果、最も関連ある要因として回避/麻痺症状が選択された。つまり、回避/麻痺症状と抑うつ、悲嘆は関連が深く、併発・重複する可能性が高いことが結果として得られた。

いずれの場合においても治療場面では、回避/麻痺症状の背景となる感情を追加質問で吟味する必要があるといえる。

## 5 結論

本研究の限界としては、犯罪被害者遺族群は犯罪被害者遺族群全体を代表しておらず、対象者の多数が自助グループに参加している特殊性をもった群であることがあげられる。多くの犯罪被害者遺族群は特定の社会的支援を受けておらず地域で孤立していることも少なくないと考えられる。

また、本研究の意図としては、自助グループ、医療機関、相談機関など犯罪被害者遺族に接触できる可能性のある場所に広く対象を募集することが狙いであったが、実質的に調査可能者が得られる人数にばらつきが生じ、医療機関・相談機関からはごく少数の対象者しか得ることができなかった。このことは医療機関への受診を行っていない遺族が多く存在するという現状の反映とも考えられる。

結果として、調査対象集団は女性が多く子どもを失った人が8割を占め、中高年の親世代が多かった。犯罪被害者遺族の75.5%が事故後のある時期にPTSDの状態になっており、40.8%が現在もPTSDと診断された。暴力的な死別を経験した遺族は、死後長期間にわたってPTSD症状

を呈しているといえる。PTSD群は非PTSD群に比べ下位三症状、抑うつ、複雑性悲嘆のいずれも高値であった。PTSD診断がつく人のうち、55.0%が複雑性悲嘆を、95.0%が抑うつ症状を併発していた。

PTSD三症状のうち再体験症状は抑うつ、複雑性悲嘆との関連は見られず、時間経過とともに減少することが示唆された。また回避/麻痺症状については抑うつや悲嘆反応を併発しながら遷延化すると考えられる。回避/麻痺症状を治療する際は、根底の喪失の否認としての回避や、死者へのとらわれ、思慕による探索行動に留意する必要がある。

### おわりに—今後の課題

今後の課題としては、対象者数を増やした上で目撃の有無・死別対象者・死別内容による比較を行い、犯罪被害者遺族群の特徴を詳細に分析する必要がある。

また犯罪被害者遺族の死別後数ヶ月から数年後までの縦断的経過を追跡する研究は国外では増えてきているが、国内ではまだ行われておらず、今後は長期間の縦断研究の必要性が高いといえる。

### 謝辞

面接調査にご協力くださいました、ご遺族の皆様に深く御礼申し上げます。

表 1 複雑性悲嘆に関する研究

Traumatic Grief  
(Prigerson, 2001) <sup>71)</sup>

注：2003 年以降は Complicated Grief

A 基準：(分離の苦痛)

1. その人は重要な他者の死を経験し、以下の 4 つの症状のうち 3 つ以上が日常に著しい程度に体験されている
  1. 死者に対する再体験的思考
  2. 死者への切望
  3. 死者への探索
  4. 死による過剰な寂しさ

B 基準：(外傷の苦痛)

死後の反応の中に、以下の 11 症状のうち 6 以上が日常に著しい程度に体験されている

1. 無目的、将来への無益な感情
2. 主観的な麻痺、疎隔感、または感情的制御の不在
3. 死の承認の困難(不信)
4. 人生は空虚または無意味という感情
5. 自分自身の一部が死んだような感覚
6. 世界観の粉碎  
(安全感、信頼感、コントロールの喪失)
7. 死者に関連する害になる行動や症状を真似する
8. 死に関連する怒りやいらいら感、痛烈さ
9. 喪失を思い出させるきっかけへの回避
10. 喪失により呆然とする、ショックを受けている、ボーっとする
11. 死者なしには人生は充実していない

C 基準：(期間)

少なくとも 6 ヶ月以上の妨害の持続(表に挙げた症状の)

D 基準：(社会機能障害)

その妨害は臨床的には、社会的、職業上の、また他の重要な分野の重要な損傷を引き起こす

表 2 対象者の特性

特性		Mean±SD (range)	
年 齢		52.4±11.1 歳(26~72)	
死亡者の年齢		23.7±14.4 歳(6~72)	
死別から調査時までの経過月数		69ヶ月±46.0(6ヶ月~20年8ヶ月)	
教育歴		13.8±2.0年(9~18年)	
		人数	(%)
性 別	男性	16	(32.7)
	女性	33	(67.3)
婚姻状況	未婚	2	(4.7)
	既婚	47	(95.7)
雇用状態	有職	26	(53.1)
	パート	5	(10.2)
	家庭内専業	4	(8.2)
	なし	14	(28.6)
宗 教	仏教	9	(18.4)
	キリスト教	0	
	神道	5	(10.2)
	創価学会	2	(4.1)
	その他	0	
	特に信仰なし	33	(67.3)
死別対象	配偶者	5	(10.2)
	子ども	40	(81.6)
	親・兄弟姉妹	4	(8.2)
事件事故内容	交通事故	46	(93.9)
	殺人	3	(6.1)
加害者との関係	知っている	10	(20.8)
	知らない	38	(79.2)
刑事裁判	現在係争中	3	(6.1)
	判決確定	43	(87.8)
	不起訴	3	(6.1)
民事裁判	まだ行っていない	6	(12.1)
	現在係争中	9	(18.4)
	判決確定	22	(44.9)
	不起訴	1	(2.0)
死者の身体的状態	即死	20	(40.8)
	死亡までに時間があり	29	(59.2)
死者身体的外傷	外傷変形あり	32	(65.3)
	外傷変形なし	17	(34.7)
死亡告知の状況	重傷を聞き病院で看取る	33	(67.3)
	亡くなった直後	7	(14.3)
	亡くなってしばらくした	4	(8.2)
事件、事故以前の 身体的/精神的既往	身体のみあり	15	(30.2)
	精神のみあり	0	
	身体・精神ともにあり	3	(6.1)
	身体・精神ともになし	31	(63.3)
事件、事故後の 身体的/精神的既往	身体のみあり	11	(22.4)
	精神のみあり	11	(22.4)
	身体・精神ともにあり	9	(18.4)
	身体・精神ともになし	18	(36.7)



表 3 各尺度の結果

評価尺度		Mean±SD
CAPS	総得点	43.9±20.4
	再体験症状	10.9± 6.1
	回避/麻痺症状	19.5±10.9
	覚醒亢進症状	13.3± 8.0
BDI-II	総得点	25.2±11.4
ITG	総得点	92.2±27.2
		人数(n=49) (%)
CAPS	現在診断あり	20(40.8)
BDI-II	20点以上の中等度以上群	36(73.5)
ITG	ITG診断あり	16(32.7)

表 4 CAPS による PTSD 診断と BDI-II によるうつ症状、ITG による複雑性悲嘆の評価

	PTSD あり群 (n=20)		PTSD なし群 (n=29)		χ <sup>2</sup> 検定
	人数	(%)	人数	(%)	
BDI-II 20点以上(n=36)	19	(95.0)	17	(58.6)	*
ITG 診断あり(n=16)	11	(55.0)	5	(17.2)	*

\*p<0.05

表 5 死別から3年未満群と3年以上群の比較—各尺度得点

	3年未満(n=12)	3年以上(n=37)	Mann-Whitney の
	Mean±SD	Mean±SD	U 検定
CAPS 総得点	56.2±22.1	39.9±18.4	*
再体験症状群	16.5± 5.7	9.1 ± 5.1	***
回避/麻痺症状群	22.6±12.4	18.5±10.2	n. s.
覚醒亢進症状群	17.1± 6.5	12.1± 8.1	n. s.
BDI-II 総得点	25.4±10.7	25.2±11.8	n. s.
ITG 総得点	88.8±35.5	93.4±24.0	n. s.

n. s not significant, \* p<0.05 , \*\*\*p<0.001

表 6 即死群と看取りあり群の比較—各尺度得点

	即死群 (n=20) Mean ± SD	看取りあり群 (n=29) Mean ± SD	Mann-Whitney の U 検定
CAPS 総得点	56.2 ± 22.1	39.9 ± 18.4	n. s.
再体験症状群	16.5 ± 5.7	9.1 ± 5.1	n. s.
回避/麻痺症状群	22.6 ± 12.4	18.5 ± 10.2	n. s.
覚醒亢進症状群	17.1 ± 6.5	12.1 ± 8.1	n. s.
BDI- II 総得点	25.4 ± 10.7	25.2 ± 11.8	n. s.
ITG 総得点	88.8 ± 35.5	93.4 ± 24.0	**

\*\*p<0.01, n. s not significant

表 7 研究 1 PTSD 群と非 PTSD 群の比較—被害・症状に関わる変数

	PTSD 群 (n=20) Mean ± SD	非 PTSD 群 (n=29) Mean ± SD	Mann-Whitney の U 検定
協力者本人の年齢	50.8 ± 8.0	53.5 ± 12.8	n. s.
死別から調査までの月数	63.3 ± 54.0	73.1 ± 40.1	n. s.
教育年数	13.9 ± 1.8	13.7 ± 2.2	n. s.
	人数 (%)	人数 (%)	χ <sup>2</sup> 検定
外傷変形あり群 (n=32)	13 (65.0)	19 (65.5)	n. s.
即死群 (n=20)	8 (40.0)	12 (41.4)	n. s.

N. s not significant

協力者年齢・調査までの月数・教育年数については、Mann-Whitney の U 検定を行い、外傷変形群・即死群については χ<sup>2</sup> 検定または Fisher の直接確率検定を使用した。

表 8 PTSD 群と非 PTSD 群の比較—各尺度得点

	PTSD 群 (n=20) Mean ± SD	非 PTSD 群 (n=29) Mean ± SD	Mann-Whitney の U 検定
CAPS 総得点	62.1 ± 14.3	31.3 ± 13.3	***
再体験症状群	15.0 ± 5.9	8.1 ± 4.5	***
回避/麻痺症状群	27.2 ± 7.8	14.1 ± 9.2	***
覚醒亢進症群	19.9 ± 4.9	8.8 ± 6.5	***
BDI- II 総得点	30.8 ± 9.8	21.4 ± 11.1	**
ITG 総得点	103.5 ± 18.1	84.5 ± 29.5	**

\*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

表 9 PTSD 群と非 PTSD 群の比較—CAPS 各下位項目の合致率

PTSD 各症状	PTSD17 項目	PTSD 群 (n=20) 人数 (%)	非 PTSD 群 (n=29) 人数 (%)	$\chi^2$ 検定
B 再体験	1 再体験性想起	14 (70.0)	11 (37.9)	n. s.
	2 悪夢	2 (10.0)	0 (0.0)	n. s.
	3 再体験(身体感覚の再体験)	1 (5.0)	1 (3.4)	n. s.
	4 きっかけによる心理的苦痛	20 (100.0)	11 (37.9)	***
	5 きっかけによる生理学的反応	15 (75.0)	10 (34.5)	**
C 回避/麻痺	1 考え・感情・会話の回避	9 (45.0)	10 (34.5)	n. s.
	2 活動・場所・人物の回避	11 (55.0)	4 (13.8)	**
	3 重要な側面の想起不能	8 (40.0)	6 (20.7)	n. s.
	4 興味・活動の減退	17 (85.0)	12 (41.4)	**
	5 疎隔感	15 (75.0)	11 (37.9)	*
	6 感情麻痺	12 (60.0)	9 (31.0)	n. s.
	7 未来の短縮感	1 (5.0)	0 (0.0)	**
D 覚醒亢進	1 睡眠障害	14 (70.0)	11 (37.9)	**
	2 易刺激性と怒り	17 (85.0)	13 (44.8)	***
	3 集中困難	14 (70.0)	5 (17.2)	***
	4 過剰な警戒心	14 (70.0)	7 (24.1)	***
	5 驚愕反応	3 (15.0)	2 (6.9)	n. s.

n. s. not significant, \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

$\chi^2$  検定または Fisher の直接確率検定

表 10 CAPS 下位尺度得点、BDI-II 得点、ITG 得点との相関

	BDI-II	ITG
再体験症状	.132	.093
回避/麻痺症状	.614**	.538**
覚醒亢進症状	.488**	.329*
BDI-II		.728**

Pearson の相関係数\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$

表 11 BDI-II 得点、ITG 得点を目的変数とした重回帰分析

	目的変数：BDI-II 総得点		目的変数：ITG 総得点	
	標準回帰係数		標準回帰係数	
対象者本人の年齢	-.010	(.039) <sup>1</sup>	.207*	(.152*) <sup>2</sup>
死別から調査までの期間	-.007	(-.045) <sup>1</sup>	-.092	(-.104) <sup>2</sup>
再体験症状	-.249	(-.220) <sup>1</sup>	-.177	(-.066) <sup>2</sup>
回避/麻痺症状	.535***	(.621***) <sup>1</sup>	.620**	(.523**) <sup>2</sup>
覚醒亢進症状	.306	(.145) <sup>1</sup>	.063	(-.010) <sup>2</sup>
重相関係数 R	.668	(.583) <sup>1</sup>	.592	(.504) <sup>2</sup>
R <sup>2</sup>	.447***	(.340**) <sup>1</sup>	.351**	(.254*) <sup>2</sup>

\* p < 0.05 \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

( )<sup>1</sup>内は C4 興味活動の減退、C7 未来への短縮感、D3 集中困難、D2 易刺激性、D1 睡眠障害を除外して行った解析結果

( )<sup>2</sup>内は C2 活動、場所、人物の回避、C5 疎隔感、C7 未来への短縮感、D1 睡眠障害、D2 易刺激性、D4 過剰な警戒心を除外して行った解析結果

表 12 CAPS 下位項目、BDI-II、ITG において重複もしくは類似する質問項目

	CAPS 各下位項目 (質問番号)	BDI-II (質問番号)	ITG (質問番号)
回避 麻痺	2 活動・場所・人物の回避		13 その人が死んでしまったことを思い出させるものを避けるために遠回りをする
	4 興味・活動の減退	12 他の人や活動に関心を失った	
	5 疎隔化・疎遠化		11 その人が亡くなって以来ずっと他人を気遣うことができなくなったまたは思いやるべき人の間に距離を感じるようになった
	7 未来の短縮感	2 将来について悲観している	21 その人なしには自分の未来には何の意味も目的もないように感じる ----- 25 その死によって私の世界観は変わった ----- 14 その人がいないと人生は空っぽで無意味のような感じがする
覚醒 亢進	8 不眠	16 普段より睡眠時間が長い/短い	30 その死から睡眠が損なわれている
	9 イライラ・怒りの爆発	17 普段よりイライラしやすい	29 その死からとてもイライラしたり過敏になっていたり、些細なことで驚きやすくなった
	10 集中困難	19 何事にも集中できない	
	11 過剰な警戒心		26 その人が死んでから安全感や安心感が持てなくなった

表 13 目撃あり群の記述例

		1	2	3	4	5
年代		40~50 歳台				
経過年数		5 年	5 年	6 年	5 年	8 年
過去の外傷体験		なし				
死別後の受診・相談歴		有	有	無	有	有
CAPS 総得点		75	57	49	41	32
再体験		17	13	12	8	15
回避		33	29	24	19	10
過覚醒		25	15	13	14	7
PTSD 現在診断		有	有	有	有	なし
BDI 総得点		31	24	25	22	22
ITG 総得点		110	77	99	93	97
再体験 症状群	再体験的想起	悲鳴、頭を打った音	遺体の状態、色	事故の場面、考えると頭が痛くなる	事故直後の衝撃的な映像・現場が目の前なので通るたびに	事故の場面、人の動き、救急車が来たことなど
	きっかけ心理	バス、車に乗ったとき、子供の泣き声	急ブレーキの音	事故のニュースを聞くと	同じ車種が通る、音でわかる	-
	きっかけ身体	自分が運転している間中からだが固くなる	心臓がどきどきする。他のことが手につかない	心臓がキューっと痛くなる、頭が痛くなる	-	同じシチュエーションにパニックに。バイク、救急車の音
回避/ 麻痺 症状群	考え回避	-	なるべく考えないようにする。考えなくて悪いと思う位	一度考えるとそればかりになりそうなので、すべて考えないように	運転中は場面を思い出すのはやめラジオに耳を傾け、注意集中	同じくらいの子どもを見たり、知り合い、その道にさしかかる買い物
	活動回避	-	加害者と同じ車種、音に対して	事故の場所には一度も行っていない	-	入付き合い悪く、ごみ捨てでも目を合わせたくない
	想起不能	-	車の色はずっと何年も勘違いしていた	警察が来るまでの間、葬式後数日間	加害車両の記憶	-
	興味減退	-	楽しんではいけない気持ち。笑ってはいけない、喜んで申し訳ない意欲がない。人の中にいくのがいやだった。	活字、楽しみのための読書、大勢の場でのおしゃべり	カラオケしない、ドラマ見ない	-
	疎隔	-	子どもを突然亡くす経験のない人にはわからない	話題を避けるためにその人との隔たりを感じる	仕事仲間の話し合いですんなり入れず	人に会いたくない買い物も時間による
回避/ 麻痺 症状群	感情幅	-	子どもの成長を喜ぶ気持ちが今はある	夫婦間の感情、自分は親だけでありたいと思っていた	幸福感について	人と会うこと、会話する、子どもの話
	人生	-	今の方がむしろ強くなった。あくせく仕事をしてどうするという感じ	早く年を取って、もういいやという気持ちが強い病気になるっても罰という気がする	もう私の命だった子がいらないから私の存在感そのものが希望もなく今死んでもいいやという感じ	-
過覚醒 症状群	怒り	-	しょっちゅう言葉に出したり物に当たる	どうして自分にとりあえず強い、考えを締め出してしまおう	配偶者ともめる	-
	警戒	バスの中、運転中	-	車のとき、通学の行き帰りが気になり送り迎えもする外では一人で遊ばせない	-	-
	驚愕	子どもの悲鳴、車にぶつかったような、頭の中に浮かぶ	車がぶつかってくるような感じがして避けようとスピード下げてという	事故後に運転をやめた	-	-

文献

1. Amick-McMullan, A., D.G. Kilpatrick, and H.S. Resnick, *Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members*. Behav Modif, 1991. 15(4): p. 545-59.
2. Amick-McMullan, A., D.G. Kilpatrick, and H.S. Resnick, *Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members*. Behavior Modification, 1991. 15(4): p. 545-549.
3. Asukai, et al., *外傷後ストレス障害(PTSD)の疫学ならびに診断アセスメントに関する研究*, in 平成10年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集. 1998. p. 233.
4. Beck, A.T., R.A. Steer, and G.K. Brown, *日本版BDI-II手引き*. 2003, 東京: 日本文化科学社.
5. Blake DD, W.F., Nagy LM et al., *The development of a clinician-administered PTSD scale*. J Trauma Stress, 1995. 8: p. 75-90.
6. Breslau, N., et al., *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community*. Arch Gen Psychiatry, 1998. 55: p.626-632.
7. Faschingbauer, T., S. Zisook, and R. DeVaul, *The Texas Revised Inventory of Grief*. Biopsychosocial aspects of bereavement, 1987: p. 109-124.
8. 藤田悟郎, *死別6.4年後の交通事故遺族の精神的後遺症*. 日本心理学会67回大会発表論文集, 2003: p. 328.
9. 犯罪被害者実態調査研究会, *犯罪被害者の実態調査報告書*. 1995. 法務総合研究所, 第1回犯罪被害実態(暗数)調査, in 法務総合研究所研究部報告10. 2000. p. 79-80.
10. 法務総合研究所, *平成16年犯罪白書 - 犯罪者の処遇 -*. 2005.
11. 加藤寛・藤井千太, *犯罪、事故などにより家族、肉親を失った遺族の心理的影響とケアのあり方に関する研究*, in 財)21世紀ヒューマンケア研究機構こころのケア研究所平成15年度調査研究報告書. 2004.
12. Kessler, R.C., Sonnega, A., Brone, E., *Post traumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1995. 52: p. 1048 ~1060.
13. Lehman DR, W.C., Williams A, *Long-term effects of losing a spouse or child in a Motor Vehicle Crash*. Journal of Pers Soc Psychol, 1987. 52(1): p. 218-231.
14. Melhem, N.M., et al., *Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief*. J Clin Psychiatry, 2001. 62(11): p. 884-7.
15. Murphy, S.A., et al., *The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later*. J Traumatic Stress, 2003. 16(1): p. 17-25.
16. Prigerson, H.G., et al., *Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression*

- and anxiety: a replication study.* Am J Psychiatry, 1996. 153(11): p. 1484-6.
18. Prigerson, H.G., et al., *Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses.* Am J Psychiatry, 1995. 152(1): p. 22-30.
19. Prigerson, H.G. and S.C. Jacobs, *Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test,* in *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care, 1st ed.* 2001, American Psychological Association: Washington. p. 613-645.
20. Resnick, H.S., et al., *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women.* J Consult Clin Psychol, 1993. 61(6): p. 984-91.
21. Rynearson, E.K., *Bereavement after homicide: a descriptive study.* Am J Psychiatry, 1984. 141(11): p. 1452-4.
22. 佐藤志穂子, *死別者における PTSD -交通事故遺族 34 人の追跡調査-*. 臨床精神医学, 1998. 27(12): p. 1575-1586.
23. Statistics, B.o.J. *National Crime Victimization Survey (NCVS)* <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/cvict.htm>. 2005.

発表

白井明美 「外傷的死別における遺族のトラウマ反応の評価」第4回日本トラウマティック・ストレス学会 平成17年.

論文

白井明美・木村弓子・小西聖子：外傷的死別における PTSD トラウマティック・ストレス, 3(2), P63-70, 2005.

## 犯罪被害者を対象にした認知行動療法

分担研究者 小西 聖子<sup>1)</sup>

研究協力者 吉田 博美<sup>2) 3)</sup>

1) 武蔵野大学 人間関係学部

2) 武蔵野大学心理臨床センター

3) 武蔵野大学大学院

### 研究要旨：

武蔵野大学心理臨床センター及び単科精神科病院に来室・来院した犯罪被害女性4名を対象に、PTSD症状の軽減を目的とした認知行動療法である Prolonged Exposure（以下；PE）を施行した。治療効果を測定するために、治療の前後に CAPS（PTSD 臨床診断面接尺度）、IES-R（改訂版出来事インパクト尺度日本語版）、SDS、日本語版 DES を用いた。PE 治療を終了したケースは治療前に比べて、PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状が改善し、犯罪被害者にも PE の効果があることが示唆された。

一方 PE を中断したケースについては、出来事前から精神科既往歴があり、入退院を繰り返していたこと、急性の PTSD（出来事から1ヶ月）であり、症状が安定していなかったことなどが中断理由として考えられた。PE は慢性の PTSD の症状軽減のために開発された治療法であることから、急性期の PTSD 患者には PE は適切でないと考えられる。

よって PE を行う際には、PE 治療の説明を丁寧に行い治療の原理を理解してもらうこと、その上で、犯罪被害者の求めていることを確認し、心理療法の目標を明確に設定し、共同作業を行っていくことが大切である。ラポールを形成し、PE を安全に実施できる環境を整えること、クライアントの治療動機を確認し、動機を高めることも治療を行う前の重要な回復要素であると考えられた。

本研究は、治療効果研究の予備的段階であることに加え、通常の臨床現場に訪れた犯罪被害者に対して専門治療を行っているため、対象者や研究の条件を整えることができないという欠点もある。しかし、統制された対象者ではなく、日常の臨床場面に来室した人に PE 治療を行うことが日本においても有効であろうという結果は、今後犯罪被害者に対する専門治療を考慮していく上で重要な知見であると考えられる。

今後は PE の施行ケースを増やして、犯罪被害者の専門治療として認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられた。



## A 研究目的

2005年に犯罪被害者等基本法が成立し、犯罪被害者の心理的外傷の回復及び心理療法の求められている。欧米のガイドラインでは、犯罪被害者の心理療法に認知行動療法が有効であると実証されている。しかし、我が国においては、犯罪被害者を対象とした治療効果研究はほとんどない。そこで本研究では、対人暴力犯罪被害者を対象に認知行動療法を行い、日本における犯罪被害者を対象とした認知行動療法の適応を検証し、犯罪被害者に対して有効かつ専門的な心理療法を検討することを目的とする。

## B 研究方法

2005年4月～2006年2月に、武蔵野大学心理臨床センター、単科精神科病院に来院・来院した対人暴力犯罪被害者4名を対象とした。本研究では対人暴力被害者を性暴力被害、監禁事件、虐待、親密なパートナーからの暴力（恋人からの暴力も含む）などの被害者とする。

本研究で用いた治療技法は、慢性のPTSD症状の軽減を目的にした Prolonged Exposure 法（以下 PE）という認知行動療法である。PEはPTSD症状の軽減のみならず、PTSDとよく併存されるうつ症状、不安症状の軽減にも有効であることが海外の研究で示されている。PEを担当した治療者は精神科医1名、臨床心理士2名であり、この技法の開発者である Edna Foa からトレーニングを受けた。

PE治療の除外基準は a)統合失調症、躁鬱病、器質性の精神障害、b)アルコール・薬物依存、c)6ヶ月以内に顕著な自殺念慮があるもの、d)加害者との脅迫的な関係が

継続していること、e)知的障害（自記式質問紙の回答が困難な者）である。

治療技法及び各使用尺度の説明を、次に述べる。

## 治療技法

### Prolonged Exposure

PEは10セッション～15セッション行い、1セッションを90分から120分で行う。偶数回にIES-RとBDI-IIを行った。

セッション1では、治療原理や概要、呼吸法の説明を行う。セッション2ではトラウマ反応に対する心理教育、現実曝露法の説明、不安階層表の作成、現実曝露法の宿題を設定する。セッション3では、イメージの中でトラウマ記憶に直面するための原理を説明し、40分から60分間想像曝露法を行う。セッション4から9（または14）では、宿題の確認を行い、30分から40分間トラウマ記憶に直面し、宿題を設定する。最終セッションでは、クライアントにこの治療法で学んだことについて話し合い、今後の計画やもし症状が悪化したらどうするかなどについて話し合う。

## 使用尺度

### PTSD臨床診断面接尺度（Clinician-Administered PTSD Scale；以下 CAPS）

CAPSは米国のNational Center for PTSDの研究グループによって開発された構造化診断面接法であり、面接時点より遡る1ヶ月間の症状評価（現在診断）と、外傷的出来事後から最近までの期間の症状評価（生涯診断）が可能である。日本語版は飛鳥井らによって標準化されており、海外の研究でも多く用いられている構造化面接

である。

改訂版出来事インパクト尺度日本語版  
(**Japanese-Language Version of the  
Impact of Event Scale-Revised ; 以下  
IES-R**)

Weiss らにより作成された PTSD の自記式症状スケールである。侵入的想起症状、回避症状、過覚醒症状を下位尺度とした 22 項目からなる質問紙である。日本語版は Asukai らによって作成され、信頼性と妥当性が検証されている。

日本版 SDS(**Self-rating Depression Scale ;  
以下 SDS**)

Zung によって開発された抑うつ状態を測定する自記式質問紙である。20 項目、4 件法で構成されている。日本語版は福田らによって開発され、信頼性と妥当性が検証されている。

日本語版 DES(**Dissociative Experience Scale:  
以下 DES**)

本研究では、田辺 (1994) 日本語版 DES (Dissociative Experience Scale) を使用した。アルコールなどの薬物の影響下でない場合に、それぞれの項目にあるような体験の頻度がどれくらいかを直観的に答えるように教示した。

(倫理面への配慮)

本研究では、対象者に対して研究の目的と治療の内容について文書を用いながら口頭で説明し、書面による同意を得た。

## C 研究結果

### 1) 対象者

対象者の犯罪被害の内訳はレイプ 1 名、監禁被害者 3 名であった。事前の精神科通院歴があったものは 3 名、そのうち 2 名は精神科入院歴があった。4 名の精神科診断は PTSD であるものの、他の精神疾患も併存していた。併存している症状は大うつ病 3 名、BPD2 名、DDNOS1 名、摂食障害 1 名であった。PE 施行時に薬物療法を併用していたものは 3 名であった。PE を武蔵野大学心理臨床センターにて 3 名、単科精神科病院で 1 名を施行した。

### 2) PE 治療結果

PE セッションは隔週 1 回、90 分から 120 分のセッションを合計 11 回~14 回行った。PE 治療の結果は、PTSD 症状改善 2 名、やや軽快した者が 1 名、中断が 1 名であった(セッション 5 で中断)。

対象者の心理尺度結果を治療前後で比較したところ、PE 治療を終えた 3 名は治療前よりも PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状ともに症状が軽減した(表 1~4 参照)。

## D 考察

### (1) 犯罪被害者の心理療法について

犯罪被害者には高い確率で PTSD や大うつ病の疑いがあることが、日本においても明らかになっている。さらに欧米の疫学研究では PTSD の有病率が男性 5%、女性 10% と報告されている。認知行動療法は PTSD に対する最も有効な心理療法である。中でも長時間曝露療法 (Prolonged Exposure)、認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy)、ストレス予防訓練 (Stress

Inoculation Training)などはPTSDに対する効果が欧米の実証的研究で明らかにされている。

PEはPTSD、抑うつ、全般性不安、解離の症状を改善するのに有効であることが証明されており、本研究の結果からも、犯罪被害者に対してPEは有効であると考えられる。PEを終了したケースは、症状が改善し日常生活の支障が改善されたものは2名、若干軽快したものが1名であり、PTSD症状のみならず、併存していたうつ症状、解離症状ともに改善した。

日常生活に多少の支障が残っている1名についても、3ヶ月という短期間のプログラムで対処法を身につけ、アルバイトができる状態になったことは、通常のサポートタイプカウンセリングではあまり見ることのない結果である。本研究は、治療効果研究の予備的段階であることに加え、通常の臨床現場に訪れた犯罪被害者に対して専門治療を行っているため、対象者や研究の条件を整えることができないという欠点もある。しかし、統制された対象者ではなく、日常の臨床場面に来室した人にPE治療を行うことが日本においても有効であろうという結果は、今後犯罪被害者に対する専門治療を考慮していく上で重要な知見であると考ええる。

また、FoaらはPEの普及に関する研究を行っており、性暴力被害者の治療を行っている地域レイプクライシスセンター(Women Organized Against Rape; WOAR)の修士レベルの臨床家にPEを導入し、治療転帰を調べた。その結果、博士レベルの認知行動療法のエキスパートとWOARのカウンセラーでは、治療効果は同

等であった。認知行動療法の専門家でなくとも、認知行動療法の経験が最低限あり、PEのトレーニング及びスーパービジョンを受けることで地域のクリニックでもPEの治療効果が認められたことは、今後わが国で犯罪被害者に対する専門治療を日常臨床に広めていく上でも重要な知見である。

一方PEを中断したケースについては、出来事前から精神科既往歴があり、入退院を繰り返していたこと、急性のPTSD(出来事から1ヶ月)であり、症状が安定していなかったことなどが中断理由として考えられた。欧米の研究では、自然治癒も考慮し、出来事から少なくとも3ヶ月以上経過していることを治療の条件としている。PEは慢性のPTSDの症状軽減のために開発された治療法であることから、急性期のPTSD患者にはPEは適切でないと考えられる。

また、PEは1週1回90分から120分の治療を全部で10回から15回行うものであり、セッションだけでなく宿題も行うことから、治療を受けている期間に出来事に触れる時間及び精神的負担が大きい。しかし症状の再発が少ないことや薬物治療と同等の効果があることは、PEの大きな特徴である。

よって、PEを行う際には、PE治療の説明を丁寧に行い治療の原理を理解してもらうこと、その上で、犯罪被害者の求めていることを確認し、心理療法の目標を明確に設定し、共同作業を行っていくことが大切である。ラポールを形成し、PEを安全に実施できる環境を整えること、クライアントの治療動機を確認し、動機を高めることも治療を行う前の重要な回復要素であると考えられる。

今後は PE の施行ケースを増やして犯罪被害者の専門治療として認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられた。

## E 結論

本研究では、犯罪被害後によく生じる精神疾患である PTSD 症状の軽減に焦点を当てた認知行動療法を行った。

本研究の結果、犯罪被害者に対して専門治療を行う前のラポールの形成や関連機関との調整、クライアントの PE に対する治療動機が重要であること、また、日本においても PE 治療が有効であることが示唆された。PE は犯罪被害の影響で生じた PTSD や抑うつ、解離などの症状に効果があった。日常生活に支障をきたしていた症状が改善し、対処法を身につけることで活動範囲が広がることは被害者にとって重要であると考えられた。

本研究は、治療効果研究の予備的段階であることに加え、通常の臨床現場に訪れた犯罪被害者に対して専門治療を行っているため、対象者や研究の条件を整えることができないという欠点もある。しかし、統制された対象者ではなく、日常の臨床場面に来室した人に PE 治療を行うことが日本においても有効であろうという結果は、今後犯罪被害者に対する専門治療を考慮していく上で重要な知見であると考えられる。

今後は PE の施行ケースを増やして犯罪被害者の専門治療として認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法を

検討していくことが重要であると考えられた。

## 【文献】

Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al.: Reliability and validity of the Japanese-language version the Impact Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175-182. 2002.

Barbara Olasov Rothbaum., Millie C. Astin., Fred Marsteller: Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress*, vol 18, No6, 607-616, December 2005.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy L. M., et al., The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Trauma Stress*, 8: p. 75-90. 1995.

Elizabeth A. Hembree., Shawn P. Cahill., Edna B. Foa. Impact of Personality Disorders on Treatment Outcome for Female Assault Survivors with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 117-127, 2004.

Edna B. Foa., Terence M. Keane & Matthew J. Friedman: Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press. 2000. (飛鳥井望、西