

園文、石井朝子訳；PTSD 治療ガイドライン：エビデンスに基づいた治療戦略。金剛書房，東京，2005。）

Edna B.Foa, Constance V. Dancu., Elizabeth A. Hembree., et al: A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200, 1999.

Edna B.Foa, Elizabeth A.Hembree, Shawn P.Cahill ., et al: Randomized Trial of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder With and Without Cognitive Restructuring : Outcome at Academic and Community Clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.73, No.5, 953-964. 2005.

福田一彦, 小林重雄: SDS—自己評価式抑うつ性尺度(使用手引き). 三京房, 京都, 1983.

広幡小百合、石井朝子、白井明美ら: 性暴力被害者における PTSD: 構造化面接を用いた調査から. *臨床精神医学*, vol.30, 625-634, 2001.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet EJ., et al: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Surver. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060, 1995.

Patricia A. Resick, Monica K. Schnicke; Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims. *Journal of Consulting*

and *Clinical Psychology*, vol60, No5, 748-756, 1992.

Patricia A. Resick, Pallavi Nishith, Terii L. Weaver et al: A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.70, No4, 867-879, 2002.

Patricia A. Resick, Pallavi Nishith., Michael G. Griffin.: How Well Dose Cognitive-Behavioral Therapy Treat Symptoms of Complex PTSD? An Examination of Child Sexual Abuse Survivors Within A Clinical Trial. *CNS Spectrums*, vol8, No5, 340-355, 2003.

田辺肇: 解離性体験と心的外傷体験との関連—日本版 DES (Dissociative Experiences Scale) の構成概念妥当性の検討—。 *催眠学研究*, 39 (2) , 1-10, 1994.

表1 CAPS 結果

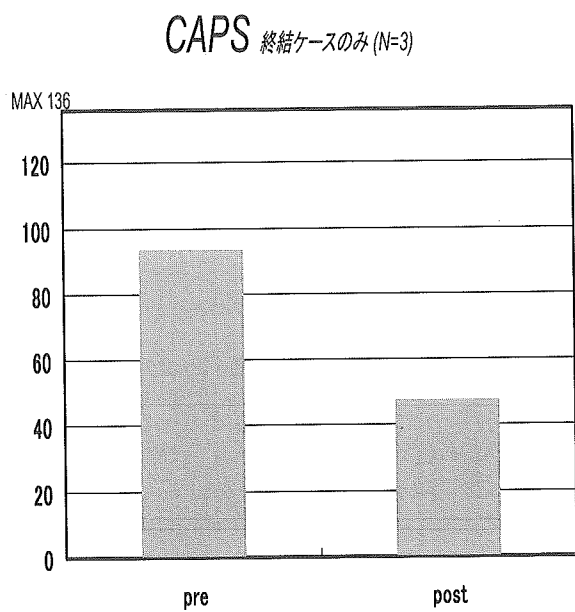


表3 SDS 結果

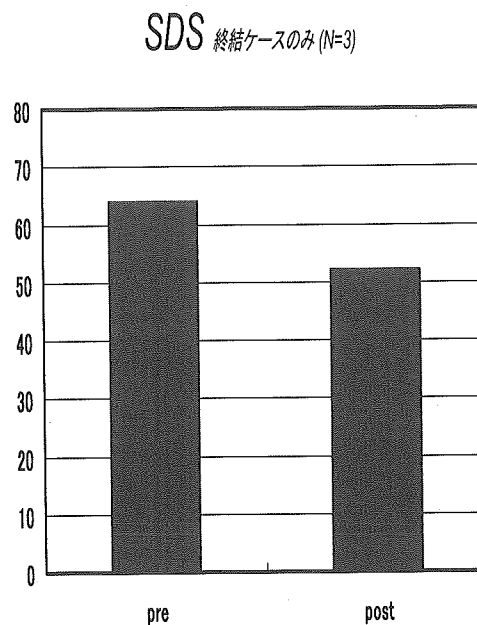


表2 IES-R 結果

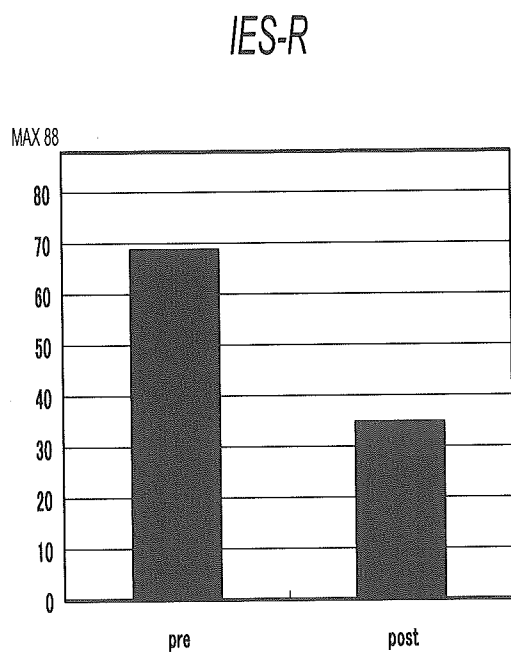
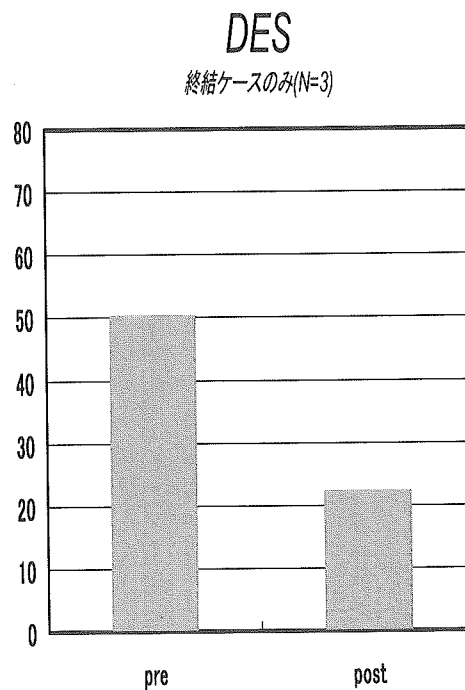


表4 DES 結果



厚生労働科学研究費助成金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

＝犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究＝
犯罪被害者支援の現状

分担研究者：大山みち子（武蔵野大学）

研究協力者：道家木綿子（東京大学ハラスメント相談所）、

吉田博美（武蔵野大学大学院）、小西聖子（武蔵野大学）

研究要旨：

日本でも、犯罪被害者への心理的援助の必要性が広く認識され、犯罪被害者のための機関が一応の普及をみるようになった。現在の段階をふまえ、本研究は、犯罪被害者を特に対象としない、種々の心理相談機関においても、また被害者に対象を特化した心理療法の訓練を受けていない臨床家であっても、よりよく相談を行うことができるように図ることが必要である、との問題意識から行ったものである。

平成17年度と18年度にわたって、本研究を行う予定であり、本稿は平成17年度分の中間報告である。

方法

平成17年度には、武蔵野大学心理臨床センターで新規に受理し面接を行った事例の記録を全数調査し、内容を検討した。また、担当セラピストに聞き取りを行い、それらについて確認を行った。調査対象は、1999年4月1日から2005年12月31日までに新規に面接を受理した者であり、調査期間は、2006年1月から2月である。

結果と考察

分析の途中であるが、結果についていくつか述べる。

1999年4月1日から2005年12月31日までに、新規に面接を受理した者は382名である。これらのうち、来談の契機となる出来事がなんらかの被害に関連している例が過半数である。最も多いのは「性暴力」の73名であり、全体の19%であった。ついで「児童虐待」(13%)、「犯罪被害者の遺族」(9%)、「配偶者間の暴力」(8%)、「家族の性被害」(5%)となっている。

年度として最新の、2004年4月1日から2005年3月31日までの1年間については、新規に面接を受理した人数は68名である。面接頻度は、隔週が29名、毎週が6名、月1回が7名、1回のみが20名、不定期が3名、不明が3名である。来談経路は、さまざまな分野の機関や専門家からの紹介があるが、その一方で、「本やインターネットで知った」という、自分で探して到達した例も3割以上みられる。料金は無料

27名、有料36名、不明5名であり、有料で最も多い料金は2000円である。転帰は、調査した時点で継続している者19%、中断33%、終結26%となっている。これら中断、終結の定義については課題が残り、内容の再検討を経て修正の可能性もある。アセスメントのみの1回で終えた例も約15%ある。主訴としては、家族関係についてのものが19%、対人関係についてのものが10%、抑うつ・不安症状を訴えるものが15%となっている。

ひろく一般の心理相談を行っている心理臨床機関において、このように犯罪被害関連の相談が中心となっているところはほとんど類をみないといつてよいだろう。ここでの臨床上のくふうが他の場においても応用可能なものであれば、臨床技法の発展のために有用と考える。本研究は、縦断的検討がなされていないこと、また、内部の者による検討であるため、客観的・批判的視点が不足していることによる限界があることは否めないが、今後の被害者支援の発展のために、有用な情報を提示し、提言するべく、次年度にも本研究を継続することを計画している。

<平成17年度の研究成果について>

はじめに

わが国の犯罪被害者への心理的支援の状況は、ここ15年ほどの間に、それまでには想像できなかった速さで、大きな発展を遂げている。

1992年に東京医科歯科大学難治疾患研究所に、犯罪被害者相談室が開室され、電話心理相談活動を開始したことを端緒に、1995年茨城県に水戸被害者援助センター（現いばらき被害者支援センター）が、1996年に大阪府に大阪被害者相談室（現大阪被害者支援アドボカシーセンター）が発足するなど、全国に犯罪被害者を支援する団体が生まれ、活動するようになった。そこでの活動内容は、ボランティアによる電話相談や、臨床心理士・医師による心理療法、裁判への同行、自助グループの運営の補助など、多岐にわたっている。その後、それらの団体によって1998年には全国被害者支援ネット

ワークが結成され、2005年の時点で参加団体は40を数えるまでになっている。

またこうした流れに続いて、2005年にいわゆる犯罪被害者等基本法が成立するなど、法的な分野でも大きく前進した。2002年に日本トラウマティック・ストレス学会が発足したことはひとつの転換点であり、すでにあった各心理学・精神医学の学会でも、犯罪被害者の心理・症状やその援助について、さまざまな形で改めて取り上げられるようになってきている。このほかにも、報道・教育・司法矯正など各分野で、犯罪被害者の現状と対応について、着目されるようになってきている。

しかし、その一方で、現在もなお、心理臨床を専門業務とするものであっても、経験・研修不足のためか、犯罪被害者を対象とすることに戸惑いがみられる。犯罪被害者に対しては、特化した技法を会得しないと心理的援助が行えないと感じ、進んで専門的援助を行おうとしない例は少なくない。

そこで、実際に犯罪被害者を対象として、大過なく心理的援助を行っているところでの実践を調査し、有形無形のくふうについて知見を得て、実用的な提言を行うことが必要であるという認識が、本研究の背景にある。

目的

本研究の大きな目的は、被害者支援を中心としないさまざまな心理臨床の場でも、通常の業務の一環として、無理なく、臆せず、より円滑に援助できるように図ることである。

そのための指針となる、特別な技法の習得などを必要としない、現実的な範囲から離れない情報を提供することを目的とする。

実際には、被害者への心理的援助の事例を多く抱えながら、比較的円滑に運営している施設の実情を調査し、もって実現可能な方策を提言する。

方法

以下の3つのステップで行う。

<その1>

相談記録を閲覧し、記録をもとに資料を作成するとともに、直接面接担当者に聞き取りをした。

対象：武蔵野大学心理臨床センターの来談者。1999年4月1日から2005年12月の間に新規に相談を受理したクライアントである。なお、武蔵野大学心理臨床センターは、犯罪被害者のみを対象とした相談機関ではなく、他の心理的な悩みを持つ人々についても広く対象としている。

調査期間：2006年1月～2月

質問項目：性別、主訴、出来事の内容、面接の頻度、転帰など。

記録の内容、聞き取りの内容などから、次

のステップとなる次年度の調査項目を検討した。

<その2>

武蔵野大学心理臨床センターをとりまく治療構造あるいは治療環境で、回復に寄与すると思われる要素をとり上げ、検討する。

<その3>

その1、その2を参照し、犯罪被害者の心理相談を行う実務者向けの、具体的なガイドを作成する。

本年度は、主に、方法<その1>を中心とした基礎データの収集を実施した。

(倫理面への配慮)

相談者の個人情報特定されないように、調査データは全て統計的に処理を行った。

結果

現在、分析を進めているところであり、数値などは、内容の再検討を経て修正の可能性はあるが、いくつかをここに掲載する。

1. 1999年4月1日から2005年12月31日までに受理した面接相談

<受理件数>

上記期間に面接相談を受理した者は382名であった。

ここで新規の相談を受理する流れについて、簡単に述べる。通常の手続きでは、まずすべての相談を電話相談の枠組みの中で受けつける。その後、電話相談として継続する場合もあるが、面接相談への移行を検討すべきであると判断すると、定期的に行っているケース・カンファレンスに提出し、検討する。そこで面接相談がふさわしいと判断した場

合、改めて電話を通じて来所を勧め予約を整え、来所による面接へとつなぐことになる。上記は、このプロセスで実際に来所し、面接の段階まで進んだ者の人数である。

<出来事の種類>

新規に相談を受理した全382名のうち、犯罪・災害に関連した相談は過半数であり、そのうち最も多いものは、「性暴力」の73名で全体の19%であった。次いで、「児童虐待」(13%)、「犯罪被害者遺族」(9%)、「配偶者間の暴力」(8%)、「家族の性被害」(5%)などの順となっている。

「犯罪被害」以外の内容であるものは17%で、「不明」、「その他」と合わせても33%である。

単純に計算すると、調査期間の中では、毎月約5名の新規の面接相談を受け付け、そのうち約3名がなんらかの被害に関連した相談ということになる。

2. 2004年度に受理した面接相談

データ収集期間に2005年度が終了していなかったため、年度としては最新の2004年度に受理した相談の内容を以下に紹介する。

<受理件数>

2004年度に新たに面接相談を受理した件数は、68件であった。

<面接頻度>

隔週 29名、

毎週 6名、

月1回 7名、

1回のみ 20名、

不定期 3名、

不明 3名

隔週あるいは毎週が半数以上を占めている一方で、一回のみの面接も20名いた。

<来談経路>

医療機関(9%)、女性センター(12%)、司法(4%)など、さまざまな分野の機関や専門家からの紹介で来談しているが、その一方で、本やインターネットで知った(6%)という、自分で探して到達した例もみられる。

<料金>

無料27名、有料36名、不明5名であった。有料の場合、料金で最も多いものは1回につき2000円である。

無料での面接が認められた理由は、生活保護受給者であるなど、経済的理由によるものがほとんどである。犯罪被害者は、収入の途を絶たれるなど経済的に余裕がないことが多く、当センターのように、専門的援助を無料あるいは安価で受けられる場合は貴重であると言える。

<主訴>

家族関係についてのものが19%、対人関係についてもものが10%、抑うつ・不安症状を訴えるものが15%…となっている。

出来事の内容と主訴、診断名等は元来異なるものである。初回にクライアントの述べる悩みや不調は、対人関係にまつわるものが多くあることがわかる。これらは、すでに述べているように、犯罪被害以外の相談も含まれており、この段階では何かを述べることはできない。

<転帰>

調査した時点で継続しているものが19%、中断が33%、終結が26%となっている。この数字については、後述するが、担当セラピストの判断であり、判断の基準によって大きく異なってくる可能性がある。たとえば生活の改善と症状の消退が認められ、終結とみなしてもよい例や、仕事の都合による中断も、これら中断に含まれている。

またアセスメントのみの1回で終えた事例も15%ほどあり、これらは、他機関で継続しているクライアントやセラピストに対してセカンドオピニオンを述べる役割であった場合など、さまざまな事情があつたものである。

考察

<本研究の意義>

ひろく一般の心理相談も引き受けている心理臨床機関において、このように犯罪被害者関連の相談が中心となっているところは、ほとんど類をみないといつてよいだろう。

このように多くの犯罪被害者の事例を扱っている現場では、臨床技法の研鑽・研究も集中的・効果的に行われていることが期待できる。また、ここでの相談活動の方法が、他の場においても応用可能なものであれば、臨床技法の発展のためにきわめて有用であると考える。

犯罪被害者に対する心理的援助をよりよく行うには、熟達者による臨床活動を見て学ぶ、あるいは特別な訓練を行って新しい技法を体得することも重要であるが、そればかりではなく、より現実的な、現在ある多くの臨床家に参考となるヒントが必要である。

武蔵野大学心理臨床センターで行われて

いる相談活動は、いわゆる名人芸的な心理療法や特別な技法を用いたものばかりではないが、これまで一般の相談であっても被害者相談であっても、比較的順調に現在に至っている。そこでの臨床上のくふうは、一般の相談機関で被害者相談を行うのに利する、現実的で応用の利くものであることが期待できる。

また、本邦において、被害者相談を活発に行っている心理臨床機関の実態を明らかにしたことに限っても、本調査は意義あるものであると考える。

<本研究の課題>

しかし本研究では、いくつかの課題が残り、調査の限界にも触れねばならない。

縦断的な検討の不足

わが国の被害者支援が、積極的に行われるようになっていまだ歴史が浅く、心理的な援助の研究も緒についたばかりである。また実際の事例についても、各々の援助の枠組みで一旦は終結をみたとしても、長い目でみれば経過の途上であり、今後の精神健康や生活の質については、結論づけることはできない。本研究は、あくまで現在の時点での検討であり、縦断的な追跡や歴史的検討を受けていないことが指摘できる。

客観的・批判的な検討の不足

今回の調査は、関与した者による観察の記録をもとにしたものである。したがって、セラピストクライアント関係を介しての検討であること、また武蔵野大学心理臨床センターに関わる当事者による検討であることが限界として挙げられる。事例に深く触れる

ため、倫理上、内部の者による検討にとどまることは避けられないが、よい点を看過するおそれも、また自画自賛になってしまうおそれも否めない。

悪化事例、中断事例の追跡・検討

悪化した事例について十分に追跡・検討できないことは、避けられない限界である。これと関連した課題として、転帰につき、現時点では、機械的に継続・中断・終結に分類しているため、「中断」の臨床的意味を深く検討できていない点がある。中断については、いわゆるブレイクとドロップアウトの異同、学派や立場、構造による終結の定義範囲など、詳細に検討すれば際限がない。しかし、実用的で必ずしも熟達した者でなくとも心理的援助を行うことができるようにする指針を検討する、という今回の目的を考慮すれば、あまりに厳格であることは、本来の目的を逸脱するものともいえるかもしれない。これらは次年度にかけての課題である。

さらに、回復に資する要素が抽出できたとしても、各々の事例にとって個別のものであり、さらに武蔵野大学心理臨床センターに固有の事情によるものであるかもしれない。これらが、応用可能で提言にふさわしいものかどうかは未知数である。しかしながら、今後の検討の材料としても、本研究を進める意義があると考えられる。

結論

本年度は、犯罪被害者に対する支援の現状の調査として、犯罪被害者への心理療法を中心的に行っている、武蔵野大学心理臨床センターでの事例を調査した。来年度も、本研究

をさらに継続する予定である。

本年度は、記録をもとにクライアントの側を中心に調査したが、来年度は、これをより詳細に行うとともに、セラピストの側の調査や、環境についての調査も行いたい。この場合、現在検討している項目は、

- ・スタッフの疲弊を防いでいると思われる要素
- ・大きな事故・行動化を防いでいると思われる要素
- ・このほか、回復に寄与すると思われる要素などである。

文献

大山みち子(2000)、被害者相談における事例検討の重要性 プリーフサイコセラピー研究 9、pp. 166-173

大山みち子(2000)、性犯罪被害者の心的外傷臨床 臨床心理学大系17巻 11章 心的外傷の臨床、河合隼雄ら編、金子書房、pp. 213-229

大山みち子(2002)、性犯罪被害女性の心理療法の経過 特集 PTSDの理論と治療の実際 ころの臨床ア・ラ・カルト 21(2)、星和書店、pp. 203-207

大山みち子(2002)、被害者支援と被害者心理、講座被害者支援第4巻 第4章、諸澤英道・小西聖子編、東京法令出版、pp. 122-148

大山みち子(2003)、犯罪・災害の被害者への心理的援助とその周辺 長崎純心大学心理教育相談センター紀要2、pp. 3-12

大山みち子(2003)、「児童虐待へのブリーフセラピー」 虐待をめぐる心理療法とブリーフセラピーについてのささやかな覚書 宮田敬一編、金剛出版、pp. 89-104

大山みち子(2004)、被害者相談における連携について 臨床心理学4(6)、pp. 748-752

大山みち子(2004)、「より効果的な心理療法を目指して—ブリーフサイコセラピーの発展—」 第2章 被害に対する治療・援助・支援のあり方 日本ブリーフサイコセラピー学会編、金剛出版、pp. 97-107、

大山みち子(2005)、「心理療法ハンドブック」 被害者ケア 乾吉佑ら編、創元社、pp. 458-463

大山みち子(2005)、こころのケアの行方—被害者相談から援助の方法を考える、外来精神医療 5(1)、pp. 64-67

奥村正雄(2005)、犯罪被害者のニーズ—2回の犯罪被害者実態調査をととして—、被害者学研究(15)、日本被害者学会、pp. 21-33

東京都犯罪被害者支援連絡会(2003)、犯罪被害者支援ガイドブック(改訂版)、pp. 20-24

中島聡美(1997)、犯罪被害者の心のケアをめぐる問題 法律のひろば、ぎょうせい、pp. 37-44

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2002)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第1号、pp. 39-43

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2002)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第2号、pp. 29-36

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2003)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第3号、pp. 53-55

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2004)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第4号、pp. 69-71

山上皓(1999)、被害者の心のケア、ジュリスト1163号、有斐閣、pp. 80-86

山上皓(2000)、犯罪被害者支援の必要性と精神保健政策についてのその意義、こころと社会 No. 99、日本精神衛生会、pp. 58-63

山上皓(2003)、被害者支援の歩み 被害者支援ボランティアのための研修マニュアル 全国被害者支援ネットワーク、pp. 1-13

学会発表

大山みち子 「犯罪被害者支援をめぐる諸問題」 日本コミュニティ心理学会第8回大会 公開シンポジウム 2005

＝犯罪被害者の精神的健康の状況とその回復に関する研究＝
犯罪被害者の PTSD 治療に関する文献研究

分担研究者 堀越 勝 筑波大学大学院人間総合科学研究科

1. 研究課題

我が国における犯罪被害者とその家族に対するメンタルな部分へ介入、危機介入を統合的な見地から考察し、それに基づいた危機介入モデルを構築する。そのために、海外、特に米国において、既に始動している危機介入プログラムの長所、短所を検討し、我が国の現状に最も適したモデルを考案する。

2. 研究の背景

本研究班は犯罪被害者のメンタルケアについて取り組んでいる。犯罪などに巻き込まれることは非日常の危機的な状況であり、その状況から生まれるメンタルな問題（たとえば PTSD）に対するケアには、予防的な介入（心理教育などを通じて広く情報提供を行うなど）、その出来事の直後または継続的に行われる介入、さらには出来事からはるか後になって発現する問題への介入など様々な側面があると思われる。こうした被害者に対する様々な介入ということでは、危機介入や被害者への援助の先進国である米国に学ぶ部分は多い。

<米国における現場介入の実際>

1999年4月20日、米国デンバー州のコロンバインで、当地のコロンバイン高校に通う男子生徒2名が、自分たちの高校に自動小銃を数丁と手作り爆弾何十発を持って登校し、生徒12名と教師1名を射殺するという事件が起こった。当日、構内に設置されていたビデオカメラは事件の一部始終を捕らえていた。さらに、このビデオには秒単位の時間表示があり、結果的に事件の詳細な映像記録

が残されたことになった。この事件を担当した、管轄のジェファーソン州保安官事務所は、後にこのビデオの画像の一部と、事件発生の第一報を受けてから自分たちが行ったことを書き記した報告書（ポリスレポート）を公にしている。その報告書には事件が起こっていた校内と、事件の解決に向けて働く外部の活動が、図解入りで詳細に記されている。また、その中にはこの事件を巡ってどのような危機介入がなされたかについても言及されている。

報告書のその部分には『事件の勃発にともない、学生、親、教員、スタッフに対するカウンセリングと危機介入を行うために、警察および各機関がただちに動き始めた。初めの危機介入は、通報があった数分後で、ビクティム・サービス・スタッフの中からボランティア（専門家ではなく）のところに連絡が届いた。そして、12時15分、事件が進行している最中、ビクティム・サービスのユニットの責任者カレン・マクマホンがカウンセラーと一緒に現場に向った』と書かれている。そして、15分後にはこのビクティム・サービスの二人が現場に到着し、そして、最初の危機介入チームが現場に向かってから30分後には、150名が危機介入のために現場に向かったと報告されている。

この報告書が伝えるところは驚くべきことで、米国では、事件発生を知らせる通報が入ってから、それ程の時間が経たない内に被災者の心のケアのためのチームが現場に向かい、事件がまだ進行している最中にボランティアたちが心のケアのためにぞくぞくと集まって来るといのである。このような体制を作るには、コミュニティーの中に普段から危機介入

に対して備えている人たちが相当量存在していなければならない。残念ながら、現在の日本では地方自治体や国単位でもこの様なシステムは構築されておらず、今後の見える目標の一つとして、こうした援助体制の構築が考えられるのではないだろうか。しかし、2005年9月、ニューオーリンズを襲ったハリケーン・カトリーナは、米国とて危機介入や被害者援助について磐石ではないことを露呈したといえる。こうした、現実を謙虚に受けとめ、わが国の被害者に対するメンタルケアの充実を目指す必要がある。

さて、被害者への援助についてであるが、基本的な考え方として押さえておかなければならない点がある。この分野の第一人者である米国の National Crime Victims Research and Treatment Center のディーン・キルパトリック博士 (Dean G. Kilpatrick) が強調する次の2点に注目したい。第1点目は、「その介入法が安全であるかどうか」である。既に打ちのめされ、傷ついている被害者を相手に援助を行う場合、介入自体が安全でなければならないことは言うまでもないが、安全性はその介入を施行する者によっても影響されることも覚えておかなければならない。つまり、安全性を考えた場合、どのような介入を行うかは当然のこととして、一体誰がそれを実行するのかという点にも配慮しなければならないということである。

キルパトリック博士の第2点目は、「その介入が効果的なものかどうか」である。安全性もさることながら、最も効果があると思われる介入法を選択することは、人道的、また倫理的な面から考えても被害者援助に必要不可欠な部分となる。効果を測るには、まずは、査定方法に目を向ける必要がある。測る物差しが適当であるかどうかは、効果研究にとって非常に重要な点である。さらに、実際に効果があるかどうかについては、既存の効果研究の結果の検討と、実際にその療法に挑戦して効果を確かめるといった作業が必要となる。以上、キルパトリック博士の示した点などを考慮した上で、わが国の現状に合致した被害

者援助のシステムを構築する一端を担うことが出来ればと思う。

3. 研究計画

前セクションで述べたように、日本の現状と比較すると、米国では犯罪だけではなく、自然災害も含めた様々な状況に対する被害者援助の体制がより一般に定着しているように見える。そこで、米国の現状から学びながら、最終的には日本の風土に合う「安全」で「効果的」な被害者援助策、特に心理的な介入法に辿りつきたいと思う。

米国における、危機に際しての心理的な介入方法は大きく二つに分けられる。一つは「グローバルな介入」と呼ばれるもので、(1)心理教育と、(2)ピアカウンセリング(仲間による)の二つが代表的なものとして挙げられる。これらは、予防、または予後への介入としても効果を期待することが出来る。心理的な介入のもう一方は、「個人的な介入」である。個人的な介入には、様々なものが含まれる。精神分析、認知行動療法から、身体的な介入のリラクゼーション、バイオフィードバックなどと多種多様で、個人対個人をベースに行われる介入方法のことを指している。個人的な介入の利点は、それぞれの問題に合わせた介入が望めることで、グローバルな介入と合わせて用いることでさらなる効果が期待できる。本分担研究では、被害者に対する心理的な介入(グローバルな介入と個人的な介入)について、調査検討を重ね、日本の風土に合う介入プログラムを組み立てていくことを目的とする。

その研究目的は以下の幾つかのステップ踏んで実現するものとする。まず、危機介入や被害者援助のモデルとして、犯罪、自然災害、事故などで危機に遭遇した者に対して、その分野での先進国である米国ではどのようなことが行われているのかについて調査を行い、現状を把握したい。

そこで、第1のステップは文献研究を通じて米国での危機介入や被害者援助の現状を把握することとする。将来的には、このステッ

プに米国での実地見学や研修なども含みたい。さらに、米国だけでなく、日本における、危機介入の現状調査も行いたい。日本の被害者援助における査定方法（PTSD の診断など）や介入方法を検討することは、日本の風土に合う危機介入を考えるとときには必要不可欠である。

第2のステップは、犯罪被害者に対する危機介入スペシャリストのための基礎訓練マニュアル作りに着手することである。先述のキルパトリック博士が示したように、安全性が高く、効果がある介入法は、まず、介入を施行する者が十分な訓練と知識を身につけることから始まるといっても過言ではない。言い換えるならば、危機的な状況に遭遇した被害者を効果的に援助するには、特別な訓練が必要だということである。そうした訓練には、基本的なコミュニケーションスキルのレベルから、状況に合わせた様々な介入方法を学ぶことも含まれる。なぜならば、被害者が介入する者によって2次的なダメージを受けることを最小限に食い止めるためである。

被害者を援助する者は、スペシャリストとして、トラウマ焦点型の介入だけでなく、サポートティブ（支持的）な介入にも精通していることが望ましい。したがって、共感的なコミュニケーションの技法などを徹底的に身につける必要がある。このステップで合わせて考えておきたいことに、二次的外傷性ストレスの問題がある。危機に際して、援助に当たる者の側が時には PTSD を発症することは周知のところである。日本において、危機介入のプログラムを構築する時には、援助を行う側も援助を得られるように、そうした部分も盛り込んだプログラムを構築する必要がある。基礎的な実力を付けた人々が、具体的な危機介入のツールを身につければ、応用力も増し、様々な危機対応に活躍することが出来ると考えられる。そのようなツールとしては、様々な介入方法があり、初めから特定のものに絞る必要はないが、既存の効果研究の結果から考えると、認知行動療法（CBT）は候補として挙げるべきであろう。

最後のステップとしては、幾つかの療法について実際に介入研究を行うとともに、援助者の訓練を行い、さらなる効果の査定を重ねて改善を加えながら、日本の現状に合った、統合的なアプローチを模索していく作業となる。たとえば、欧米の認知行動療法を基盤としたグループプログラムの多くはディスカッションに参加することを前提に組み立てられたものが多いが、果たしてそうした参加型のプログラムが日本での危機介入法や被害者援助の方法として適切なのかどうかなどについても検討する必要がある。可能であれば、介入研究には質問票だけでなく、生理指標（ストレスホルモンなど）も用いることにも挑戦したいと思う。また、グローバルな介入として、心理教育の教材、また資源作りにも着手しなければならない。同様に、ピアカウンセリングのためにマニュアル作りなども同様に重要である。以上のように、大まかには3つのステップを踏んで、犯罪被害者への精神的／心理的な介入のプログラムを構築していきたい。しかし、他の分担研究グループでは既に特定の療法を用いた介入研究を行っている関係上、比較を目的として介入研究を行う以外はなるべく重複することがないように心がけるつもりである。時間的なことを考慮して、それぞれのステップに1年を当てて、3年でこれらのことを実現出来ればと考えている。

4. 17年度の研究結果報告

研究計画のセクションで示したように、平成17年度は計画に沿って、主に文献研究による、情報採取を行った。危機における問題の一つとして挙げられるものに、外傷後ストレス障害（PTSD）があるが、本年度は米国の危機対策、特に PTSD に対する介入を中心に文献研究をおこなった。紙面の都合で、本報告書では、主にこの PTSD への介入に関して報告することとする。

<PTSD 発症の危険性について>

表1は、米国での研究結果をもとに、PTSD を発症する危険性の高い事柄をまとめたもの

である。特定のトラウマ、または危機的な状況に遭遇する以前から持っている要素で、個人を PTSD に導く可能性の高い事柄、またトラウマ体験時に個人を1ヶ月後に PTSD に導く可能性の高い要素、最後に、トラウマ体験後に考えられる物事で PTSD 発症を促す、または継続させると思われる危険要素に分けてリストにした。こうした情報は、予防的な措置や介入、また PTSD の診断などに役立つものと思われる。しかし、米国での PTSD の発症率などが、我が国のものと異なることも考えられる。その場合には、違いの原因を探る必要がある。一つは文化の違いから、そうした違いが発生する可能性をまったく否定することは出来ない。PTSD は、文化特有のストレス要因を考慮に入れていない欧米的な概念であるとして、比較文化的観点から批判されている (Marsella, Friedman, Kinzie, Gusman, Stamm など)。一見犯罪や暴力による心的外傷からのストレスに見える場合でも、伝統的な文化背景がストレスの原因となっている場合もある。たとえば、ラテンアメリカでは “calor” や “ataques de nervios” という文化特有の診断をされる現象は、臨床的には心的外傷後の苦痛から発生する症状のように見えるが、厳密には DSM-IV の診断基準には合致していない。我が国における PTSD についても、文化的な見地からの考察を加える必要があるかもしれない。

<PTSD の査定について>

表2は、PTSD の査定に用いられる尺度をリストにしたものである。米国で PTSD の症状の有無や、重度を調べたり、診断に用いられる尺度は非常に多いことが分る。成人用に作られたものと小児用に用意されたものの2種類に大別できる。また、それらは、トラウマに暴露した経験を問うもの、PTSD の診断に用いられるもの、そして、PTSD 症状の重さを量るものの3種類に分けることが出来る。表2はそれらをまとめたものである。これらの尺度をどのように組み合わせるかは、効果研究を行う上でも非

常に重要になってくる。

<米国における危機介入>

米国における「危機介入」の定義は、人命を脅かしたり、個人の人格や名誉を著しく汚すような出来事に直接遭遇するか、または愛する者がそうした事件に遭遇したことを知ったときに、救命だけではなく、本人が機能できる（生活できる）ようにメンタルな部分やその他の方面から援助することである。危機介入は丁度、誰かが足を骨折した場合に似ている。医師はまず骨折の状態が悪化するのを避けるためギブスを付けて固定する。それ以上の痛みを感じたり、ダメージが起こらないように守るためである。そして、骨が元通りになりギブスが外れれば、今度は足を元通りの機能のレベルに戻るようにリハビリを行う。さらに、今度は松葉杖を使って自分1人で歩けるように訓練を行う。危機介入も丁度こうした段階を踏んで行くことになる。大きな危機に見舞われ、心に傷を受けた人物には、さらなるダメージが起こらないように工夫し、ある程度の回復を見た段階で、今度は元の生活の機能レベルに戻すためのリハビリを行う。さらに後の段階では、自分1人で立てるように、松葉杖に相当する、色々な情報や具体的な方策を持たせて実生活に戻すという段階を踏むことになる。危機に遭遇した人々の問題として PTSD が取り沙汰されるが、実際に PTSD で苦しむ者はトラウマ経験者の2割程で、その他の者たちはその他の問題で苦しむことになる。米国の107箇所の危機介入センターで治療した60万人の患者を調べたところ、危機に際してもっとも頻繁に表れる症状は、(1) うつ、(2) 薬物などへの依存、(3) 希死念慮や自殺未遂、そして(4) 夫婦関係の歪みの順番であった。こうした問題に苦しむ人々を援助するためには、何らかの事件や出来事に巻き込まれた時を起点とした時間的な流れの中で、時期に叶った介入を行うことが望まれる。時間的な段階として(1) 事件発生直後から2週間までぐらいの早期介入、(2) 一ヶ月後ぐらいの中期介入、そして、

(3) 後期介入、または予後のための介入の3つのタイプに分けることが出来る危機介入は、以下の幾つかの目的を果たすために援助する作業だと考えられている。それらは、(1) 危機による症状を軽減、緩和する、(2) 本人が普段持っていた生活のレベルに戻す手伝いをする、(3) 危機に導くに至った要因、出来事等を特定する。(4) 必要な治療措置を見極め、適応出来る様手配する、(5) 本人が過去にストレスに対して行ってきた方策を現時点のストレスに応用出来るように助ける、(6) 本人が将来使えるようなストレスに対する対処法を本人が見つけ出すのを援助する、の6点である。

<初期段階の危機介入>

初期段階での危機介入では、援助者は二つの役割を果たす。その役割とは(1) カウンセラー(またはセラピスト)と(2) アドボケイト(代理人)である。カウンセラーは次に述べる、何らの危機介入の方法を用いて、被災者の心のケアを行う専門家、または訓練を受けたボランティアである。一方、アドボケイトは取り乱したり、怯えたりしている被災者の代わりに、車の手配、連絡係、マスコミ対策など具体的な面を手伝う役目を担い、被災者から24時間何時でも連絡ができるように、通常は時間を分担した2名1組で行う。アドボケイトに関しては、本人の属した会社の人であったり、訓練を受けたボランティアであったりする。アドボケイトの仕事は、死者が出た場合ではその葬儀が終了するまでとされるのが一般的である。

初期段階の具体的な危機介入方法には(1) トリアージ法、(2) デイブリーフィング法、そして、(3) 認知行動療法など、最近考案された新しい幾つかの方法がある。トリアージ法(クライシス・インターベンションとも呼ばれる)は、伝統的な医療モデルで、医学的な考え方からの危機介入法である。この方法では、まず医師などの専門家が被害者の持つ問題の大きさを査定して、それに似合った介入を行う。トリアージ法の目的は、危機に遭

遇した人物をなるべく早く安定させることで、刺激しないように早く本人を現場から離すようにする。この方法の問題点は専門家にしか出来ない介入法であるため、集団を巻き込む大事件の場合、専門家が相当数必要になることである。他に、人によっては事件直後には問題を感じる事がなく、後程悪化したり、意図的に全てを話さない人がいるなど、はじめの段階で問題が全て把握できるとは限らない点、また、被害者を孤立させてしまうことでかえって白昼夢などによって、事件を再体験させてしまう点などが挙げられている。この方法は患者自身が問題を自覚して、自分から助けを求めて来る場合には最適な方法だと思われる。実際、精神科救急などでは現在でもこの方法で危機管理を行っている。

一方、デイブリーフィング法は1983年にミッチェル(Mitchell)によって考案された方法で、最近まで、アメリカにおける初期段階での危機介入の主流になっていた。それまでに戦闘ストレスに対する解決と後のPTSDの予防に効果を上げていた危機介入法である「フロントライン・トリートメント」の特徴、(1) 事件が起こった場所の近くで行う、(2) 事件が起こってからなるべく早い時期に行う、(3) 事件のために急性のストレス症状を起こすことは自然なことだと教育することの3点を発展させて、7段階の危機介入モデルを構築した。この方法は、人々が危機に遭遇した場合、将来起こってくると思われる反応を先に想定し、早い時期に被害者を教育することや、集団で同じ経験を話すことによって事実をより正確に把握し、ミステリー、つまり未知であるが故に生じる不安を最小限に押さえる予防的な介入を目的としている。系統立てた方法で行われるので、正式な訓練さえ受ければボランティアでも出来る点は大きな利点であるが、効果については、50-90%のケースで効果を上げたという報告がある反面、状態が悪化したとする報告もあるので、万能の方法では無いことも覚えておかなければならない。効果のばらつきについては、デイブリーフィングの方法自体よりも、

それを行う者の熟練度が効果に影響しているのではないかという考えもある。最近、注目を浴びている初期の危機介入方法に、認知行動療法による介入がある。ブライアントとハービー (Bryant & Harvey) は、急性ストレス障害を持つ患者に対して、認知行動療法を用いて5回のセッションを行ったところ、治療を受けない67%がPTSDを発症したのに比べ、治療を受けた者の20%だけがPTSDを発症したと報告している。その他にも、認知行動療法を用いた初期の危機介入が奏効しているとする報告がある。

<中期の危機介入>

前述のように、人々がトラウマに遭遇した時に発生する問題にPTSDがある。この問題は古くはシェークスピアのヘンリー四世などの古典にも類似した症状が登場することなどから、以前から存在していた問題であったことがわかる。しかし、近年では、ベトナム戦争の帰還兵、レイプや虐待の犠牲者、地震など天災の被害者などの間に頻繁に見られる問題として取り沙汰されるようになってきた。

PTSDはトラウマ体験に遭遇してから一ヶ月を経過した時点で、特定の症状が発症している場合に診断される。危機的な体験をした人々が全てPTSDを経験する訳ではなく、米国の調査では男性で約8%、女性で20%と、トラウマ体験からPTSDを発症する人の数は限られている。そこには、もともと個人の持った「打たれ強さ」(Resilience、またはHardiness)が関わっているという説もある。最近では、家庭環境、特に家族の親密度が高い方がPTSDの発生率は低いとする報告もある (La Greca など)。

PTSDの症状は、大きく3種類の症状に分かれる。(1)再体験と呼ばれるグループの症状で、体験した出来事を望まないのに思い出してしまったり、悪夢を見たり、その光景が突然頭の中に戻って来るようなフラッシュバックという現象、トラウマに関する思い出や強い感情的な反応が精神的に苦しめるだけでなく、心臓がドキドキしたり、発汗したり、

呼吸が荒くなる等の身体的な変化をもたらすこともある。

(2)回避、また麻痺症状であるが、トラウマ的な出来事に関する思い出、場所、活動、人々などを避ける行動や、時にはその出来事に関する記憶が抜け落ちる、精神的記憶喪失が起こることもある。また、再体験から来る激しい恐れなどの感情や思い出、不安、パニック発作を避けるために、不快な感情だけでなく愛情などの肯定的なものも含めたあらゆる感情が麻痺してしまうこともある。結果的に興味や現実感が失せたり、将来に対する期待をなくすことがある。

(3)過覚醒であるが、睡眠障害、いらいら、集中困難、非常に高い警戒心などが挙げられる。これらの他にも、衝動的な行動や身体化など他にも問題が出ることもある。

PTSDへの介入は、精神科による薬物療法や心理療法が考えられるが、最近では、リラクゼーションなどの行動的な介入を組み込んだ認知行動療法が奏効している。その他に、目の動きを誘導することでトラウマに関係した記憶や感情をプログラムしなおす EMDR、グループによる治療など様々である。どの方法にも一長一短があり絶対的な方法はない。

PTSDに関することで、最近の課題として挙げられるのは次の4点である。(ア)複合トリートメント：PTSDに対する治療で最も効果を上げているのは、複合トリートメント(薬物療法と認知行動療法の組み合わせなど)であることから、どのような組み合わせが最も効果的かを探る必要がある。(イ)共存症の扱い方：PTSDはうつ病、その他の共存する問題 (Comorbidity)を伴うことが多い。したがって、純粋にPTSDだけのケースと、こうした共存型のPTSDでは当然のこととして、介入法を変えなければならない。(ウ)コンプレックスPTSD (Complex PTSD)：最近、PTSDの中にも新たな特徴をもった下位グループの存在が報告されている。コンプレックスPTSDは、一般的なPTSDとは異なり、やや境界性人格障害と似た特徴を持っている。このタイプのPTSDに対しては、何らかの異なる

った介入が求められている。(エ) 回復記憶 (Recovered Memories)：リカバードメモリーは、患者自身が幼少の頃に性的な虐待を受けた記憶等が蘇ってくる現象をいうが、かなり信憑性に問題がある。しかし、患者の中には、記憶の無い時代のトラウマを PTSD の引き金として主張するケースがある。

<後期の危機介入>

後期の危機介入の一つは、危機に出会った人々が安心して参加し、自分の心の葛藤などを分かち合う場所を提供することである。そのために適した活動として考えられるのは自助グループである。この働きは、専門家でなくても、守秘義務、また基本的なルールをグループに徹底して、安心出来るグループ活動をすることが出来るように訓練を受ければ、ボランティアの方々でも十分に運営出来る活動である。その他の可能性としては、やはり今後どのような問題に直面するかなどを事前に教える (心理教育) ことによって、将来の再発を防ぐ手立てもある。また、事件や事故にともなって愛する人を失うなどの問題から来る、悲嘆についての対策も必要になる場合もある。その場合には、やはりカウンセラーなどの専門家を紹介する必要がある。

<具体的な介入方法とその効果>

● 認知行動療法

認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy・CBT) は、近年 PTSD に対して最もその効果があるとされている治療法である。後に簡単に触れるが、これまでに精神分析や精神力動療法を用いた PTSD に対する介入も行われているが、それらは介入の性質上、CBT と同じ土俵の上で介入研究をすることが出来ない。その点、CBT は、効果を数量化しやすい特性を持っているため、効果研究を行いやすいといえる。厳密には CBT が効くという場合は、対症療法としての症状緩和を意味している。

CBT はもともとアロン・ベック (現在では「クラシック CBT」と呼ばれている) によっ

て考案されたが、現在では CBT 的な方略の総称となっている。PTSD 治療ということになると、それらの異なる方略には効果の面での違いが存在する。通常、CBT 治療には治療マニュアルが用意されており、通常 9~16 回のセッションを必要とする。以下の CBT の効果研究の結果は、広範囲なレビューからいくつか異なった方略のものを拾い上げてみた。

暴露療法…暴露療法を用いた PTSD への介入研究は比較的多い。それらの研究結果の大半は、3 つの PTSD 主症状において 60%以上改善したことを示している。13 の研究では、26~80%のケースで症状が低減され、2 つの研究結果では、改善は 6ヶ月維持され、1 つの研究結果では 1年間維持されたと報告されている。

認知療法…認知療法と暴露療法を比較した 2 つの研究により、両者とも等しく効果的であることが示され、PTSD 症状においては 60~70%の改善がみられたと報告されている。

暴露療法+認知療法…それぞれの療法の効果を組み合わせると、より良い結果を生むように思われるが、実際はそうではない。暴露療法と認知療法を組み合わせた結果は、どちらかの療法を個別に用いたときと同様の成功率で 60~70%の症状の低減をみたと報告されている。

認知過程療法 (CPT)…レイプによって PTSD を発症した患者に対して行った 3 つの CPT 研究がある。1 つの研究では、CPT は暴露療法と同様な結果を示し、別の 2 つの研究では 3 つの PTSD の主症状において全ての患者の症状がかなり改善され、その後 6ヶ月間、誰も PTSD の診断基準に合致する症状を維持することがなかったと報告されている。

ストレス予防訓練 (SIT)…レイプから PTSD を発症した女性に、SIT のみと暴露療法を組み合わせたものを実験した 4 つの研究が見つ

かった。すべての研究において、SIT の結果は暴露療法と等しく、PTSD 症状の 60~70% が改善された。3 ヶ月後の査定では、1 つの研究では改善が維持され、他の研究では暴露療法の方が SIT よりわずかに結果が優位であることが示されている。

系統的脱感作療法…この方法についてはこれまでに 6 つの研究結果が報告されている。多くはベトナム戦争からの帰還兵についてだが、レイプや対人関係暴力にさらされた患者についても行われている。これらの結果のほとんどは 1990 年以前に出版されている。なぜなら、多くの CBT 臨床家は系統的脱感作療法の短期間の暴露より、暴露療法の長期間の暴露の方が効果があると、現在は考えるからと思われる。さらに、暴露療法は PTSD の治療に関して系統的脱感作療法よりもより大きな効果があることが証明されている。

バイオフィードバックとリラクゼーション訓練…これは PTSD の治療として単独に用いられてはならず、他の方略との組み合わせによって行われている。3 つの研究結果では、これらのアプローチを片側だけ、または両方与えられた患者は、何も治療を与えられていない比較グループにくらべ、効果の面で優れていたとは言えない。しかし、臨床家の多くはこの二つの治療法を他の CBT 療法との組み合わせで用いるものにとらえ、補助的に用いられる場面ではそれなりの効果を発揮し、どの CBT 療法とも組み合わせて用いることが出来る。

アサーショントレーニング…レイプから PTSD を発症したケースに対し行われた研究が 1 件見つかったが、効果の面ではわずかに SIT に劣っている (40~60% の PTSD 症状の低減)。しかし、この差異は統計的に有意なものではない。アサーションは SIT や CBT の構成要素としてしばしば含まれるが、独立した治療としてアサーショントレーニングの有効性を査定するためには、さらなる研究が必要と

されている。

●精神分析療法

精神分析は 100 年にわたってトラウマ障害の治療に用いられている。精神分析家は、PTSD 症状の表出には抑圧された記憶による異常な心理的バランスと症状構造があることを仮定している。精神分析治療は 12 セッションから 7 年またはそれ以上と、その治療期間には幅がある。長期の精神分析治療は、精神バランスの根本的変化を求めるが、一方近年盛んになってきている短期間精神分析法 (12~15 セッション) は、改善された自己理解と自我の強さを育成することを目的としている。短期間の精神分析療法 (BPP) は、12~15 セッション内で行われ、トラウマそれ自体に焦点をあてる。臨床家がトラウマの話を持論に、共感的に聞き、患者は話すことによって、より良い自己統合を成し遂げ、より適応的な防衛とコーピングスキルを身につけ、治療の中で明らかになった激しい感情をうまく調整することが出来るように導かれる。トラウマ記憶を徹底操作する一方で、臨床家はトラウマの苦痛と現在の生活のストレスとの間のつながりにも取り組む。患者は現在の生活状況や、トラウマ記憶をひきおこし PTSD 症状を悪化させる環境的引き金に気づくようになる。

精神力学的療法は主に精神医学の症状よりも、精神的過程に焦点をあてる。無作為に抽出したケースから、この療法は PTSD の症状を緩和することが判明している。この研究では BPP が 18 のセッション行われ、催眠療法や系統的脱感作とその効果が比べられている。BPP は効果的に PTSD を弱め、侵入と回避について約 40% 低減効果がある。しかし、PTSD への効果を証明するためには、今後さらなる研究が期待される。

●EMDR

この治療法の提案者は、脳機能によるサッカド現象の書き換えが、トラウマの感情的な衝撃を完全に解決すると考えている。いくつかの研究は、何の治療も受けにくいクライエ

ント達に比べ、EMDRを受けているクライアント達の3分の2はPTSD症状が改善したことを示している。しかし、無作為抽出でPTSDを持つ患者に対して、CBTとEMDRのどちらかを行った比較研究の結果では、CBTの方が良い結果を残している。3ヵ月を経た時点では、CBTの58%、EMDRの18%が、症状が快方に向かっているという報告がある。

● 集団療法

集団療法は、精神力動、CBT、または支持的なアプローチから行われることが多い。また、他の心理療法と併用することもある。どのアプローチの集団療法を用いる場合でも、参加者たちは、PTSDについて学び、プロの臨床家の援助のもとで互いに助け合うことになる。

集団療法は効果的で、同じタイプのトラウマ（戦争、レイプ、苦痛、テロによる爆破など）を経験した者が集まる自助グループの評判がよい。メンバーはトラウマ経験を共有することで、共に持っている弱さ、罪悪感、恥かしさなどを認識し、つながりあえるようになる。臨床家の指導を通して、こうした考えや感情を受け入れて標準化する段階から、より適応的なコーピング方略を得て、症状が改善し、トラウマ経験から得られた意味を導き出すというように発展すると考えられている。集団療法は、それぞれ何を中心に据えるかによって以下の3タイプに分けられる。

精神力動的集団療法

集団のメンバーは、他のメンバーがトラウマ経験によって、自分自身についての考えがどのように形成され、またゆがめられているか（例えば、弱い、恥ずべきだ、罪深い、価値がないなど）を理解する手助けをする。安全性が確保された集団の中でこのようなことを見直すことによって、トラウマ体験や自己について新たな洞察を得て、こうした体験に直面できるようになる。また、そのような知識を実際の生活に結びつけることができるよ

うになると考えられている。個人の成長は、自我の強さや自己理解に由来する。症状の緩和や減少が治療の主な目標ではないが、結果的にトラウマに関連した心的プロセスの解決を期待して、PTSDからの回復を促す。（トラウマについて再び話すうちに感情が動き出し、うまくいけば患者は深いカタルシスか「解除反応」を経験する。カタルシスに到ることは、この治療的アプローチにおいて回復への重要な目標である。）

PTSDの治療に関して、精神力動的集団療法の効果を裏付ける研究はほとんどなく、報告された研究も決定的ではない。幼少期の性的虐待サバイバーに対する精神力動的集団療法について、ある研究では、深刻なPTSD症状が18%低下していると報告されている。

認知行動的集団療法

あるグループは、暴露法や認知療法からのアプローチを用いる。このような場では、臨床家が暴露法のセッションとその後の認知再構成を通して、メンバーをリードする。暴露法のセッション中は、グループのメンバーは、互いのためにソーシャルサポートだけでなく、それ以上のことをすることになる。彼らは、他のメンバーの心的外傷反応を受け入れ、PTSDに関連した問題に対処してきた苦しみを共有する。そして他のメンバーの不適切なコーピング反応に対し、建設的な意見を提供する。グループの時間は限られているため、宿題が課せられる。この宿題は、書くことでトラウマ経験に暴露する練習をするとか、自分自身のトラウマ的出来事にさらされた体験を前もって録音したオーディオテープを繰り返し聴く、などという形でおこなわれる。

認知行動的集団療法の効果については、膨大で確かな裏づけがあると言える。幼少期や成人してからの性的虐待によって、心的外傷を抱えた女性を対象にしたCBT集団療法に関する3つの研究（CPT、アサーティブトレーニング、SITを含む）では、PTSD症状が30-60%低減している。このように改善された状態は、どの研究においても最低6か月は持

続していると報告されている。長期にわたる PTSD の改善をめざした CBT 集団療法では、重篤な PTSD 症状が 20% 低減している。

< 今後の課題 >

● 共存症の問題

PTSD 治療の実際は厳しく、近年様々な問題が指摘されている。文化的な問題、コンプレックス PTSD の問題、中でも重要なこととして考えられるのは、先にも少し触れた、他の精神疾患との併発（コモビディティ）問題である。表 3 は PTSD と併発すると思われる精神的な問題をリストにしたものである。この問題は、今後、日本においても、治療に際して間違いなく問題となると予想される。PTSD と同様に、不安症（DSM-IV の診断による）に属する強迫性障害（OCD）の治療においても、近年、暴露反応妨害法が奏効しているが、OCD と PTSD が併発している場合には、暴露療法が効果的でないという報告がある。言い換えると、逆に PTSD と他の精神疾患（この場合は OCD）が重複している場合には、暴露法が効果的ではないということなのかもしれない。こうしたコモビディティの問題については、今後研究を重ねる必要があり、査定の段階でスクリーニングアウトして、データを蓄積していく必要がある。また、コモビディティの問題に敏感な査定バッテリーの組み上げや、訓練や教育による臨床家の査定能力の向上も望まれる。

● 安全性の向上について

もう一点の課題として挙げたい点は、介入の安全性の向上についてである。近年、興味深い研究結果がいくつか報告されている。それは、エビデンスを用いた介入研究の結果のばらつきに注目したものである。たとえば、2005 年に発表されたデルベイス（Derubeis など）らの研究は、CBT と薬物療法を用いて中程度から重度のうつ患者に対する介入を行い、両者の効果を比較するものであった。ペンシルベニア州立大学とバンダービルト大学の 2 箇所で、ほとんどマッチングした患者にマニ

ユアル通りの CBT と薬物療法を介入法として試み、その効果を比較したものである（後にもう一校加わることになる）。その結果、介入法については、CBT は薬物療法と同等、またはそれ以上の効果を持っていることが示された。しかし、非常に興味深いのは、大学間で効果に有意差が生じていることである。この差異について研究者たちは、介入を行った臨床家のレベルと熟練度によると結論付けている。つまり、どのような介入を行うかと同時に、誰がそれを施行するかが問われるということである。言い換えれば、介入を実施する者のレベルが高く、熟練していれば、介入はさらに「安全」で「効果」のあるものになるということである。

最近こうした研究が多くなされているが、米国心理学会（APA）の 29 部会「心理療法」の特別委員会が行った研究は記憶に新しい。ジョン・ノークロス（John Norcross）を中心とした APA の 29 部会の特別委員会は心理療法の効果について、エビデンスに基づいた方法で調査を行った。その研究結果によると、療法の種類や方法よりも、治療的な関係自体の方がクライアントの回復に多大な影響を与えているというのである。特定の療法や技術の部分が人々を助けている割合は、実に 15% 程度であったと報告している（Lambert, 1992）。具体的には、治療外の変化：援助者側ではなく、クライアント側がもっているもの。つまり、社会的な援助、偶然や幸運な出来事、自己の強さや自分に備わった自然治癒力などが治癒に影響する割合は 40%、共通要素：セラピストの理論的背景に関係なく重要だとされているもの（例：共感、温かさ、受容、リスクをとって新しいことを始めることを励ますなど）が治療効果に与える影響は全体の 30%、テクニック：その援助者が用いる介入モデルに独特な介入の技術（例：認知行動療法のセルフモニタリング、ゲシュタルトセラピーのエンプティチェアー、行動療法の暴露療法やフラッディングなど）が効果に影響している部分は 15%、プラシボ効果：クライアント側の良くなりたいと思う気持ち。自分

がこれまでとは違う方法で扱われ、治療的なことをしているという思いが治療効果に及ぼす影響は15%であった。

これらの研究結果から分かることは、被害者援助を行う者が介入の際に、相手と良い治療関係を築き、共感し、安全な環境を作るだけでも、介入の効果を大幅にアップさせることが出来るということである。これらは、前述の援助者側の持つ「共通要素」に当たる部分と考えられる。その上で、最も効果的と目される介入方法が選択されれば、さらなる効果が期待できるものとする。共通要素は一見、本人が生まれ持った性格であったり、自然に身についた社交術のように感じるが、実際には訓練することによって改善し向上させることが出来る。今後の課題として、援助者側の共通要素の強化も含めたマニュアル作りが考えられる。

●援助者側の訓練について

前述の援助者側の訓練についてであるが、米国ではその点をどのように行っているのだろうか。米国（英国、カナダなどの欧米諸国においても）では、心理援助職養成のシステムが確立しており、免許・ライセンスを持っているということは、規定（ライセンス管理と法的な面は州で、訓練内容の認可は米国心理学会/APAが行う）の訓練を受け、それをパスしてきたことを意味している。その訓練の課程で先に述べた、共通要素の向上への働きかけが行われる。つまり、免許保持者は、免許を取るまでの過程で、共感訓練、コミュニケーション訓練、教育分析、徹底的なスーパービジョンなどを通過し、個人差はあるにせよ、ある一定のレベルに近づくように教育されている。そういう意味では、免許保持者と限定することで、介入側はある一定の質を確保することが出来る。米国では臨床家のタイトル(身分)が、即その人物の臨床に関する情報を知らせる看板となっている。たとえば、米国の「臨床心理士」(Clinical Psychologist)はライセンスを持ったドクターレベルの心理職名で、修士レベルのクリニカ

ル心理士は存在しない。また、州によっては投薬も許されている。米国の臨床心理士は日本の「臨床心理士」と同じものではなく、臨床心理士を英訳する際に認定協会は「臨床心理士」をそれに当てているが、厳密な英訳はサートファイド(認可された)「サイコセラピスト」、または「カウンセラー」とするのが妥当である。米国では「臨床心理士」という名称は職業タイトルで、そのタイトルは、医師、看護師などと同様に有資格者のみに与えられており、無資格者がその名称を用いた場合には詐称という罪となる。つまり、医師資格がない者が自分を「メディカルドクター」と呼ぶことはできないのと同様である。それは、その身分を社会的に守るためであると同時に、職業の質を安定させるためでもある。医師という名称は即ち、医学的な訓練をマスターしていることを示し、看護師は看護分野での訓練を終えていることを伝えている。しかし、日本では、心理職に関しては、質の向上と安定を図るための認定制度が最近始まり、国家資格の話がようやく出始めたところである。現時点では統一されたものはなく、臨床心理士、認定心理士、臨床発達心理士など、様々な一般の資格が用意されており、現状において訓練の面でも米国のそれとは大幅に異なっている。しかし、それは、日本の心理臨床が劣っているという意味ではなく、外側から質が見え難いという状況がそこにあるということである。守秘義務に守られてドアの向こうで何が起きているかが不鮮明な仕事である以上、公に質を表示するシステムが必要なのである。当然のことながら、日本には非常に優れた臨床家もいるが、そうでない者もあり、玉石混合状態にあるといえる。

さて、こうした状況を考慮に入れて、援助者側の訓練を組み立てる必要があると思われる。日本の心理職養成のシステムを一朝一夕に変えることは難しい。したがって、それぞれの現場での訓練とスーパービジョンをさらに充実させる方法が一番適切なのかもしれない。