

(8) 平成18年度(平成18年4月1日～平成19年3月31日)の、ご自身の1ヶ月の平均担当相談者(患者)数(のべ人数)をお答えください。(どれか1つに○をつけてください)

1 10人以下 2 11～50人 3 51～100人 4 101～150人 5 151人以上

(9) これまでに以下のような施設で勤務したことはありますか(嘱託・非常勤含む)。勤務したことのある施設について、当てはまる番号すべてに○をつけて下さい。(複数回答可)

- 1 児童相談所
- 2 婦人相談所・女性センター
- 3 児童養護施設・乳児院
- 4 母子生活支援施設
- 5 民間被害者支援団体
- 6 その他の犯罪被害者に関与する機関(具体的に)
- 7 矯正保護・司法などに関与する機関(具体的に)

(10) 臨床心理士以外の、相談・治療などに関わる資格をお持ちですか。(どちらか1つに○をつけてください)

1 はい(具体的に:) 2 いいえ

(11) 現在あなたが所属している学会について、当てはまる番号すべてに○をつけてください。

- 1 日本心理臨床学会 2 日本トラウマティック・ストレス学会 3 日本心理学会
- 4 その他 (いくつでもご自由にお書きください)

(12) これまでに犯罪被害者やPTSDに関連した研修会やワークショップに参加したことがありますか。(どちらか1つに○をつけてください)

1 ある(おおむね 回程度) 2 ない

(13) これまでに犯罪被害者やPTSDに焦点をあてた心理療法の技法を用いたことはありますか。(どちらか1つに○をつけてください)

1 ある(具体的に:) 2 ない

→次ページ問2へお進みください

問 2. 犯罪被害者・家族の相談（診療を含む）経験についてお尋ねします。

(1) 平成 18 年度（平成 18 年 4 月 1 日～平成 19 年 3 月 31 日）に、下記*のような被害が続いていた、もしくは過去に下記*のような被害に遭った経験のある相談者で、被害が相談内容と密接に関係していたと考えられる犯罪被害者 および その家族（以降 犯罪被害者・家族 と記載します）の相談のご経験がありますか。
（どれか 1 つに○をつけてください）。

*殺人・傷害致死、業務上過失（自動車事故、鉄道事故、放射能漏れ事故など。明らかに本人の過失によるものを除く）、身体的暴力（殺人未遂、傷害など）、性的暴力（強姦、強姦未遂、強制わいせつなど）、児童虐待、配偶者間暴力、財産被害（窃盗、詐欺、横領など）、ストーキング、テロ、など。
※本人の申告によるもので客観的な事実の確認は必要ありません。

- | | | |
|------------------------------|---|-------------|
| 1 ある | → | (2)へお進みください |
| 2 平成 18 年度に限らなければ相談を受けたことがある | → | (5)へお進みください |
| 3 これまで相談を受けたことはない | → | (7)へお進みください |

(2) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。
平成 18 年度に相談を受けた犯罪被害者・家族の人数をお答えください。

男性 人 + 女性 人 = 合計 人

(3) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。
平成 18 年度に相談を受けた被害者のうち、特に下記の犯罪被害者・家族は何人いましたか。
ア～カそれぞれについて、当てはまる番号に 1 つだけ ○をしてください。

※ 2 つ以上の被害がある場合の記載 例：児童虐待で性的暴力の被害の場合には、性的暴力と児童虐待の両方に人数をカウントしてください。

ア. 殺人	.....	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
イ. 暴行・傷害	.....	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
ウ. 性的暴力（強姦・強制わいせつ等）	.....	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
エ. 児童虐待	.....	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
オ. 配偶者間暴力	.....	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
カ. ア～オ. 以外の犯罪被害（具体的に）	.....	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上

(4) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。
平成 18 年度に犯罪被害者・家族の相談を受けた施設／心理相談室について、当てはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | | | |
|--------------------|------------------|---------|---------|
| 1 病院・クリニック（精神科単科） | 2 病院・クリニック（心療内科） | | |
| 3 1・2 以外、総合病院等 | 4 小・中・高等学校 | 5 大学 | 6 児童相談所 |
| 7 婦人相談所・女性センター | 8 児童養護施設 | 9 教育相談所 | |
| 10 その他（具体的に：_____） | | | |

- (5) (1)で「1 ある」または「2 平成18年度に限らなければ相談を受けたことがある」と回答した方に伺います。
 犯罪被害者・家族の相談にかかわったきっかけについて、さしつかえない範囲でお書き下さい。

- (6) (1)で「1 ある」または「2 平成18年度に限らなければ相談を受けたことがある」と回答した方に伺います。
 これまでに、犯罪被害者・家族について、下記のような司法的な関与を行ったことがありますか。
 当てはまる番号すべてに○をつけてください。(複数回答可)

1 経験なし	6 裁判や取調べに付き添いとして同行した
2 民間の保険のための文書を作成した	7 警察や児童相談所、婦人相談所へ通報や通告を行った
3 裁判のための文書を作成した	8 その他
4 証人として裁判所へ出廷した	(具体的に)
5 警察や検察に口頭で意見を述べた)

- (7) 全員の方に伺います。

これまでに、犯罪被害者・家族について、以下の機関から相談者の紹介やケースの相談をされた、あるいはご自身が相談者を紹介したり相談をした、といった経験はありますか。
 ア～エそれぞれについて、当てはまる番号に1つだけ○をしてください。

ア. 警察	1 ある	2 ない
イ. 児童虐待相談機関（児童相談所、民間相談機関など）	1 ある	2 ない
ウ. 配偶者暴力相談機関（婦人相談所、配偶者間暴力相談センターなど）	1 ある	2 ない
エ. 民間犯罪被害者支援団体・自助グループ	1 ある	2 ない
オ. クリニック・病院	1 ある	2 ない
カ. その他の相談機関	1 ある	2 ない
キ. 教育機関（小・中学校、高等学校、大学）や幼稚園・保育園など	1 ある	2 ない

(8) 全員の方に伺います。

これまでに、問2の(1)で例として挙げたような、被害にあったことが疑われるものの、自ら被害について話さない人の相談を受けたことがありますか。(どちらか1つに○をつけてください)

1 ある	2 ない	→(11)へお進みください
------	------	---------------

(9) (8)で「1 ある」と回答した方に伺います。

そのような相談者に対して、被害の経験について尋ねたことがありますか。

(どれか1つに○をつけてください)

1 よくあった	2 時々あった	3 尋ねたことはない	→(11)へ
---------	---------	------------	--------

(10) (9)で「1 よくあった」または「2 時々あった」と回答した方に伺います。

被害の経験があることを相談者が認めた場合、どのように対処することが多いですか。

当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1 被害経験に焦点を当てて相談を継続する
2 被害経験に積極的には焦点を当てずに相談を継続する
3 自らは相談を受けない(専門家に紹介する等)
4 その他 (具体的に)

(11) 全員の方に伺います(被害にあったことが疑われるものの、自ら被害について話さない人の相談を、受けた経験がない方も含みます)。

被害体験について尋ねない場合、その理由について当てはまる番号すべてに○をつけてください。

(複数回答可)

1 尋ねることで症状が増悪すると思う
2 尋ねることで相談者を傷つけると思う
3 尋ねてもその後の対処がわからないと思う
4 尋ねても受けとめられないと思う
5 相談に関係がないと思う
6 尋ねても対応する時間がないと思う
7 その他 (具体的に)

→次ページ問3へお進みください

問3. 犯罪被害者・家族の相談（診療等を含む）を行う上で、どのようなことを感じておられるかについてお伺いします。相談の経験がない方は、もし相談を受けることになったらという仮定でお答えください。

次のア～コのそれぞれについて、当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

	全くそうである	どちらかといえば そうである	どちらともいえない	どちらかという そうではない	全くそうではない
ア. 相談に意義ややりがいを感じる	1	2	3	4	5
イ. 相談を行う時間が十分でない	1	2	3	4	5
ウ. 司法関係（警察や裁判に関連する事項）の知識が不足している	1	2	3	4	5
エ. 相談を行う中で無力感を感じる	1	2	3	4	5
オ. 相談や支援に関心をもっている	1	2	3	4	5
カ. 相談についての知識や技術が不足している	1	2	3	4	5
キ. 被害者やその家族を傷つけてしまうのではと不安を感じる	1	2	3	4	5
ク. 被害者に係わる他の機関（支援団体等）についての知識が不足している	1	2	3	4	5
ケ. 犯罪や事件にかかわることにためらいを感じる	1	2	3	4	5
コ. 被害者の相談をしている他の機関の情報が不足している	1	2	3	4	5

問4. 今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項についてお伺いします。

あなたが将来、犯罪被害者・家族の相談をより積極的に行う場合、以下のア～カの事項の必要性について、あなたのお考えに最も当てはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	非常に必要	どちらかという 必要	どちらともいえない	どちらかという 必要ない	全く必要ない
ア. 犯罪被害者・家族の医療費の補助制度	1	2	3	4	5
イ. 犯罪被害者・家族のカウンセリング等保険外費用に関する補助制度	1	2	3	4	5
ウ. 時間や熟練を要する心理療法に対する周囲からの適切な評価	1	2	3	4	5
エ. ト라우マに焦点を当てた精神療法に対する医療保険点数の増加	1	2	3	4	5
オ. 犯罪被害者への相談・対応・治療のマニュアル、ガイドライン	1	2	3	4	5
カ. 犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修	1	2	3	4	5

問5. 犯罪被害者・家族の相談（診療等を含む）に関連してご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

最後にご記入漏れがないかご確認下さい
ご協力ありがとうございました

(別紙)

過日、標記の調査票をお送りした皆様に、今一度お願いいたします。

匿名でのお返事をお願いしておりますため、すでにお送りくださった方にも差し上げるご無礼をお許しください。ご協力を厚くお礼申し上げます。

お蔭様で10月22日現在、200通弱の返信を頂戴しておりますが、不達にて返送された調査票も多くございます。したがって今後、回答を頂戴するには、お手元に届いた皆様方のご協力が頼りとなります。そこで、当初は締め切りを10月20日といたしましたが、しばらくの間お待ち申し上げますことといたしました。

ご多用中まことに恐縮でございますが、ご協力いただける場合には、ご記入の上なるべくお早めに投函 くださいますようお願い申し上げます。白い定形外の封筒で、中にはお願いの文書と、灰色の返信用封筒、調査票が同封されております。詳細はお願いの文書をご覧ください。なにとぞよろしくお願いいたします。

202-8585

平成19年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学

～「臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査」研究班

分担研究者 大山みち子・堀越勝

研究協力者 吉川麻衣子・中島聡美・道家木綿子・磯部花映・木下留美子・星崎裕子・福森崇貴・

櫻村正美・丹羽まどか・片岡玲子・富永良喜

東京都西東京市新町1-1-20 武蔵野大学人間関係学部 大山みち子研究室内

E-メール research@musashino-u.ac.jp

ファクス 042-468-8298

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

PTSD患者を対象にした認知行動療法

分担研究者 小西 聖子 武蔵野大学 人間関係学部

研究協力者 吉田 博美 武蔵野大学心理臨床センター 武蔵野大学大学院

PTSD 患者を対象にした認知行動療法

分担研究者 小西 聖子¹⁾

研究協力者 吉田 博美^{2) 3)}

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 PTSD 患者 23 名を対象に、Prolonged Exposure Therapy(以下；PE 療法)を施行した。対象者は、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。対象者 23 名のうち、17 名は PE を完遂し、4 名は継続中、2 名は PE を中断し通常カウンセリングに移行した。PE 療法を完遂した 17 名の治療結果は、PTSD が改善したものは 10 名、PTSD 症状が軽減したものは 6 名、症状に変化が見られなかったものは 1 名であった。

PE 療法前後で各心理尺度得点に差があるかどうかを調べるために PE 完遂ケース 17 名を対象に対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状($p=0.001$)、抑うつ症状($p=0.019$)、解離症状($p=0.007$)に効果が認められた。さらに PTSD の主要三症状についても、再体験症状($p=0.001$)、回避・麻痺症状($p=0.001$)、覚醒亢進症状($p=0.001$)ともに有意に症状の改善が見られた。PE 療法後も PTSD 症状の再発が少なく、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。

PE 療法はわが国においても慢性 PTSD に有効でかつ実施可能な治療法であると考えられた。PTSD 症状だけでなく、付随して生じる抑うつ症状や解離症状にも効果があり、PE 療法後に 76.9%の人が社会復帰したという結果は長期間症状に悩まされている被害者にとっても本療法が有効な治療法であると考えられる。著効が期待され、症状の回復の早い治療法を受けることはクライアントにとっても利点である。

本療法を専門家にトレーニングし、臨床家が本療法を身につけ、多くの臨床施設で提供できるようになれば犯罪被害者の治療がさらに拡充していくことだろう。

A 研究目的

近年、PTSD の治療法の中でも Prolonged Exposure Therapy が最も有効であることが海外の研究で実証されている。わが国においても PTSD に焦点を当てた認知行動療法や EMDR を用いた治療が導入されつつあるが、PTSD の治療効果に関する実証的な報告は少ない。

そこで本研究班では、Prolonged Exposure Therapy の我が国における実施可能性と治療効果を確かめることを目的に調査を行った。

B 研究方法

2004年5月～2008年2月に、武蔵野大学心理臨床センター、単科精神科病院に入室・来院した PTSD 患者 23 名を Prolonged Exposure Therapy 対象にした。

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 Therapy (以下 PE 療法)を用いた。PE 療法は 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な認知行動療法である。担当セラピストは 6 年以上犯罪被害者の臨床を行っている精神科医 3 名、臨床心理士 4 名、心理カウンセラー 1 名であり、この技法の開発者である Edna B. Foa または小西聖子が実施した 4 日間のトレーニングを受けた。さらに、本研究の PE 担当セラピストは、PE 療法実施毎にグループスーパービジョンを受けながら PE 療法を実施した。

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。

PE 治療前後の心理検査は担当セラピスト以外の独立した評価者が実施した。研究の同意については、対象者に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。

治療技法

Prolonged Exposure Therapy

PE 療法は 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 SDS 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、クライアントと一緒に PE 療法の振り返りを行い、今後の計画や対応策などを話し合う。

心理尺度

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。

C 研究結果

1) 対象者

PE 対象者 23 名の平均年齢 29.04 ± 8.01 歳の PTSD 女性 22 名、男性 1 名であった。犯罪被害の内訳はレイプ 6 名、レイプ未遂 (性交渉なし) 4 名、性的虐待 4 名、監禁事

件 3 名、DV 4 名、交通事故 1 名、身体的暴行 1 名であった。事前の精神科通院歴があったものは 9 名、そのうち 1 名は精神科入院歴があった。23 名の主診断は PTSD であるが、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 12 名、BPD 1 名、DDNOS 1 名、摂食障害 2 名であった。

PE 施行時に薬物療法を併用していたものは 16 名であった。PE 療法を武蔵野大学心理臨床センターにて 20 名、単科精神科病院で 3 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～15 回行った。PE 療法の結果は、治療を完遂したものが 17 名、PE 治療継続中が 4 名、PE 治療の途中で中断したものが 2 名であった。PE 治療を完遂した 17 名のうち PTSD 診断が消失したものは 11 名 (64.7%)、治療前より症状が軽快した者が 5 名 (29.4%)、症状に変化がみられなかったものは 1 名 (5.9%) であった。さらに、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名 (76.9%) は社会復帰した。

3) PE 療法の PTSD 症状に対する効果

PE 療法を完遂した 17 名を対象に、治療前後で CAPS 得点及び IES-R 得点に差があるかどうか調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。さらに PTSD の主要三症状についても治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで PTSD 症状に差がみられた (表 1 参照)。

4) PE療法の抑うつ症状に対する効果

PE療法を完遂した17名を対象に、治療前後で SDS 得点に差があるかどうかを調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで抑うつ症状に差がみられた(表 1 参照)。

5) PE療法の解離症状に対する効果

PE療法を完遂した17名を対象に、治療前後で DES 得点に差があるかどうか調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで解離症状に差がみられた(表 1 参照)。

表1 PE治療前後の治療効果

		治療前	治療後	p値
C	全体	80.6	45.9	0.001
A	再体験	22.8	10.1	0.001
P	回避・麻痺	33.7	20.1	0.001
S	覚醒亢進	24.8	15.7	0.001
IES-R		54.6	28.2	0.001
SDS		59.4	52.1	0.019
DES		30.2	17.7	0.003

N=17

D 考察

1) PTSD 患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。現在 PTSD の治療法として、曝露療法が推奨されており、多くの実証研究で治療効果が明らかにされている。また、本研究で使用した PE 療法は PTSD 症状のみならず、PTSD と同時に合併する抑うつ症

状、不安症状、解離症状にも効果があることも証明されている。本研究では、わが国における PE 療法の実施可能性と治療効果を検証し、PE 療法は日本でも実施可能であり、有効な治療法であることが明らかになった。

PE療法後に64.7%のPTSD診断が消失し、社会機能に影響があった者のうち76.9%が社会復帰したという結果は PTSD 症状が遷延化し、症状に苦しんでいるクライアントやセラピストにとっても意義がある結果といえよう。

PE療法を中断した2名はいずれも想像エクスポージャー後に中断希望を申し出たものである。「出来事の記憶を思い出したくない」「出来事の話をするとう具合が悪くなる」などの想像エクスポージャーに対して強い抵抗を示すことが主な理由であった。このような想像エクスポージャーに対する抵抗はPE療法を行う際には常に生じる問題であり、中断したケースに限られたことではない。また、中断したケースの担当者は PE 療法を始めて施行したセラピストであり、想像エクスポージャーに対する抵抗を扱いきれなかったことも考えられる。

PE療法はクライアントが出来事の話をする際に感情を伴って話ができるようにサポートし続けることが重要となる。出来事に対する感情の関わりを調整することがこの療法で臨床家に求められている臨床的技術力である。今後日本で犯罪被害者の治療として PE 療法を推進していくためには、感情処理をする際の臨床技術についても出来る限り明確にし、トレーニングを行うシステムを整備する必要があるだろう。本研究班では PE 療法のワークショップや継続研修、スーパービジョンを実施したが、PE療法の専門家を育成する

という視点で見れば継続して教育を行う必要があるだろう。今後、我が国で犯罪被害者に対する専門治療を一般的に普及していくためには、専門家の育成が社会的にも求められている。PE 療法は、PTSD の臨床経験があり、トレーニングやスーパービジョンの制度を整えば公的機関及び地域のクリニックでも施行可能な療法である。また、PE療法は他の療法と比較しても著効が期待され、かつ短期間で PTSD が回復するということが大きな利点である。犯罪被害者に専門的な治療法を提供していくためにも、わかりやすいマニュアルを作成し、専門家を育成するためのスーパービジョンの体制を整えることが課題として残されている。

2) PE 療法の効果の持続、再発防止

PE 療法は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。通常の心理療法と比較すると出来事に触れる時間や精神的負担が大きい治療法である。しかし、PTSD のクライアントは再体験症状によって出来事に関与している時間が多い。

心理療法の中で、外傷体験の記憶を整理することができれば、外傷体験を過去体験として受け止め、記憶を思い出しても危険ではなく、自分は大丈夫であるという感覚を身につけることができる。PE 療法を行う前は、記憶に支配されているように感じていたものも、自分で記憶をコントロールできるようになるとさらに安全感を取り戻し、対処法を身につけることで自尊心を少しずつ取り戻すことができる。

また、犯人が捕まって警察から連絡がくるなど外傷体験と強く関わっており、出来事を

思い出す状況があっても、「動揺したり症状の悪化はあるもののクライアント本人が自分で対処したり、一時的に悪化しただけで再発したわけではない」「出来事を思い出すけど、すぐに振り払い、ただ思い出しただけである」と多くのクライアントが語る。このように、PE 療法後の PTSD 症状の再発が少ないことや薬物治療で変化が見られなかった後でも治療効果があることは、PE 療法の大きな特徴である。

PTSD のクライアントは薬物療法を行っても症状が慢性化し長期間症状に悩まされているものが多い。このような状況でも PE 療法を行えばさらに症状が軽減することは海外の研究で明らかにされている。今後は我が国でも薬物療法との比較も含めた無作為割付試験を実施し、PE 療法の効果を検証し、知見を積み上げる必要があるだろう。

E 結論

本研究では、23 名の犯罪被害者を対象に PTSD に焦点を当てた prolonged Exposure Therapy を実施した。

本研究の結果より、わが国でも PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。さらに、PE療法後、日常生活に支障をきたしていた各症状が改善し、対処法が増えると、徐々に活動範囲も広がり、日常生活を過ごしやすくなったクライアントが多かった。犯罪被害の影響で日常生活に支障をきたし、PTSD 症状が遷延化し、症状に悩まされている被害者は多いこのような状況の中で、約3ヶ月間という短期間で症状が改善し、かつ著効が期待される PE 療法は我が国の被害者にとっても有効な治療法であるとい

えるだろう。

このように PE 療法は有効な治療法であるが、一時的にはあるにせよ、クライアントにとって精神的にも、時間的にも負担がかかる療法である。効果のある療法であるからこそ、犯罪被害者の臨床を行う上での基本的な臨床能力を持っている臨床家が行う必要がある。しかし、一定の臨床能力があり、施設での事例検討及びスーパービジョン制度が整えば日常臨床でも使用できる効果的な心理療法である。

今後は、犯罪被害者ための専門的な心理療法として専門家にトレーニングを行い、普及していくとともに、PE 療法の施行ケースを増やして日本における PE 療法の知見を積み上げ、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。

F 参考文献

National Academy of Sciences ;
Treatment of Posttraumatic Stress
Disorder: An Assessment of the Evidence.
<http://www.nap.edu/> 2007

Seidler GH, Wagner FE: Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med* 2006; 36(11):1515-22

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S: Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder.

Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 190:97-104

American Psychiatric Association:
American Psychiatric Association
Practice Guidelines-Practice
Guideline for the Treatment of Patients
With Acute Stress Disorder and
Posttraumatic Stress Disorder. 2004

Foa EB, Kozak MJ: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 1986; 99:22-35

Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J: Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(4):1022-8

Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, Yadin E: Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(5):953-64

Foa EB, Rauch SA: Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2004;

72(5):879-84

Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, et al.: Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2006; 19(5):625-38

Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB SM, Chow BK, Resick PA, et al.: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *The journal of the American Medical Association* 2007; 297(8):820-830

広幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川千秋, 森田展彰, 中谷陽二: 性暴力被害者における外傷後ストレス障害 抑うつ、身体症状との関連で. *精神神経学雑誌* 2002; 104(6):529-550

飛鳥井望, 富永良喜, 笠原麻里, 廣常秀人, 元村直靖: PTSD 治療に関する会員アンケート調査報告. *トラウマティック・ストレス* 2005; 3(2):87-93

G 論文発表

吉田博美、小西聖子、加茂登志子; わが国における慢性外傷後ストレス障害に対する Prolonged Exposure Therapy の試み. *総合病院精神医学*, vol. 20 no1, pp55-62, 2008.

吉田博美、小西聖子、井口藤子、加茂登志

子; Prolonged Exposure Therapy の効果研究—暴力の被害を受けた女性 10 名に対して—. *心理臨床学研究* (印刷中)

吉田博美、小西聖子; 長時間曝露療法—prolonged exposure therapy—. *このころのりんしょう a・la・carte* vol26.No.3, pp477-483, 2007.

吉田博美; 心理相談室における Prolonged Exposure Therapy の適用. *武蔵野大学心理臨床センター紀要* (印刷中)

H 学会発表

なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

分担研究課題名

犯罪被害者のPTSD治療

「PTSDに特化した心理療法：認知処理療法」

分担研究者	堀越 勝	筑波大学大学院人間総合科学研究科
研究協力者	福森 崇貴	つくば国際大学産業社会学部
	檜村 正美	筑波大学大学院人間総合科学研究科
	丹羽まどか	筑波大学大学院人間総合科学研究科

研究課題名:犯罪被害者の PTSD 治療(分担研究項目)

「PTSD に特化した心理療法:認知処理療法」

分担研究者 堀越 勝 (筑波大学大学院人間総合科学研究科)

研究協力者 福森 崇貴 (つくば国際大学産業社会学部)

檜村 正美 (筑波大学大学院人間総合科学研究科)

丹羽 まどか(筑波大学大学院人間総合科学研究科)

1) 研究の概要

本分担研究班の目的は、犯罪被害者の PTSD 治療に焦点を当てることによって、効果的な犯罪被害者援助の方策を探るとともに、それを実践することである。本研究班はこれまで、初年度において先行研究やエビデンスを洗い直し、数ある効果的だと思われる介入方法の中から、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: 以下 CPT)を選択し、日本に紹介することを中心に活動を行って来た。さらに、次年度から現在に至るまでは、CPT の考案者であるレイシック博士(Patricia Resick, Ph.D.)とコンタクトを取りながら、CPT を日本に紹介する準備を行ってきた。

平成18年度にはボストンの U.S.Center For PTSD にレイシック博士を訪ね、CPT の研修を直接受けるとともに、CPT のマニュアルの翻訳に着手した(付録写真1参照)。最終年度の平成19年度には、実際に CPT を日本国内で実践すべく、その効果測定を行う計画を実行している。さらに CPT の特徴の一つであるグループによる CPT 介入の可能性についても探ることを開始した。CPT の日本における実践については、現在進行形で、数名の専門家を加えて毎週水曜日に勉強会を開催し、ロールプレイなどを用いて既に翻訳が完了している日本語マニュアルに従って実際に CPT が使えるように練習するとともに、日本語版マニュアルの不備な点、不明な点などの修正を加え今後改訂版を作って行く予定である。また、グループ介入については、平成19年9月4日、5日の両日、グループ CPT の実践で知られ、CPT マニュアルのグループ介入のセクションを執筆している、米国オハイオ州シンシナチの VA メディカルセンター内にある『PTSD と不安症プログラム』のディレ

クターであるチャード博士(Chathleen Chard, Ph.D.)を訪ね、グループによる CPT のやり方を実際にグループに参加する形で研修する機会を持つことが出来た(付録写真 2 参照)。加えて、センターのスタッフやプログラムに参加している患者との交流を通して PTSD に対するグループ介入についての情報を収集することができた。

その後の6日、7日の両日は昨年同様にボストンの U.S.Center for PTSD にレイシック博士を訪ね、グループ CPT と個人を対象にした CPT の違いをはじめ、最新の研究結果などを含めた関連情報を収集することが出来た(付録写真 3 参照)。また、新しい研究結果を反映して作られた、最新版のマニュアルを入手することが出来たので、最新マニュアルに照らして本研究班で作った日本語マニュアルの改訂すべき部分の修正や、付け加える必要のある部分などを加える改訂作業を行った。

また、CPT を正式な形で紹介するために、平成20年のトラウマティック・ストレス学会の学会誌に CPT のレビュー論文を投稿し掲載された(平成20年3月号)。また、4月に福岡で行われる第七回トラウマティック・ストレス学会の自主シンポジウムで、統合的な PTSD への介入の一例として CPT を紹介する予定である。このように、3年間を通じて、PTSD に対する効果的な介入の検証と、新たな心理療法の紹介を試みてきたが、大枠では目的を果たしといえると思う。また、同時に今後への課題も見えてきたことも確かである。犯罪被害者のケアのために、引き続き CPT の伝播に努めたいと思う。

2) 3年間の活動リスト

堀越班は平成17年度、18年度、19年度の3カ年を通して、外傷的な出来事を経験した者が発症

しやすい外傷後ストレス障害(PTSD)に特化した心理的介入についても一度調査し、日本に紹介されていない有効な介入法を選択し、その介入法を日本に紹介することを目的として活動を行ってきた。そのことは、PTSDに対する介入法の選択肢を広げることに繋がり、結果的に犯罪被害者のケアに直結するものと考え。図1は、その3年間の活動内容を示したものである。目的の欄には、行った活動の内容、そして、それぞれの年に具体的に何が行われたか、また四角の大きさと位置によって行われた時期と費やされた時間を表わしている。以下、①から⑫の説明は、行われた活動の内容について示すものである。

① **文献研究**:平成17年度に行なわれた、PTSD に対する文献研究。先行研究をもう一度洗いなおし、PTSD に対して有効で、なおかつ日本にまだ紹介されていないものはないか、また、紹介されている介入法は実際に有効な介入方法なのかどうかについてチェックした。また、査定方法についても調査し、PTSD に対する査定法として適しているものは何かについて再考した。

② **考案者レイシックとの連絡**:先行研究を行う中から、CPT の効果研究の結果が著しく良いこと、また、認知療法としても確立しており、マニュアルなどもしっかりしていることが明らかになってきた。そこで、堀越班は、考案者のレイシック博士と連絡を取り、既に日本に紹介されているかどうかなどについて問い合わせを行った。その結果、まだ正式には日本に紹介されていないことが判明した。

③ **資料収集**: 文献研究を行う中で、PTSD に特化した介入法や査定についての論文を50以上集め、目を通してPTSD に対する効果的な介入法と査定法について調査を行った。その結果につ

いては、平成17年度の研究報告の中で報告している。

④ **CPT に決定**:認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: CPT はレイシック(Patricia Resick)らによってレイプ犠牲者を対象に考案された、認知行動療法の一つである。CPT は情報処理理論から派生した、社会認知モデルを基礎にして考案された介入法で、現在では米国の帰還兵病院(VA Hospital) などで採用されているが、日本にはまだ紹介されていない。堀越班は、先行研究の中から CPT の効果研究に注目し、この介入法が記述を用いるなど日本に適している可能性があるなどの理由から CPT を選択し、これまでに紹介されている介入法に加えて日本でも使えるようにすることに決定した。

⑤ **研修参加・マニュアル翻訳**:堀越班はレイシック博士との連絡を取るなかで、年間数回、CPT ワークショップが行われていることを知り、参加することを希望した。しかし、これらのワークショップは専門家を対象にしたもので一般に公開されていないということであった。しかし、交渉の結果、特別に日本からの参加を許可してくれることになった。日本からは、主任研究者の小西、分担研究者の堀越、研究協力者の福森、櫻村の4名がポストンで開催された2日間のワークショップに参加した。マニュアルの翻訳についてであるが、堀越班は、レイシック博士から最新のマニュアルを入手したことを期にそのマニュアルの翻訳に着手した。100ページ以上のマニュアルを堀越班のメンバーで翻訳、18年中に大半を訳し終え、19年度に完成した。

⑥ **レビュー論文執筆**:平成18年度に研修に参加し、考案者から最新の改定マニュアルを入手し

たことで、CPTの全貌が明らかになった。そこで、堀越班ではCPTを日本に紹介すべく、レビュー論文の作成に取り組んだ(この論文は平成20年3月のトラウマティック・ストレス誌に掲載。)

⑦ 介入研究の準備: 分担研究班は実際にCPTが日本でも使えるものであるのか、また日本でも米国と同様な効果を発揮するのかどうかを探るために、日本でも介入研究を実施することにした。しかし、本研究を行う前に実際にCPTを行えるように訓練をする必要が生じてきた。そこで、堀越班では、精神科医(森田)を含めたメンバーで、毎週水曜日に「CPT勉強会」を立ち上げ、ロールプレイを中心にCPTを練習する機会を設け、その後の介入研究のための準備を開始した。ロールプレイはビデオ録画され、後に評価される。

⑧ グループCPT視察の準備: CPTの特色の一つとして挙げられるのが、グループによる介入である。特にCPTのグループを盛んに行っているのは、米国シンシナチのVAメディカルセンターのキャサリン・チャード(Kathleen Chard)博士である。堀越班は、CPTの実際を知るために、現場見学を希望し、チャード博士とのコンタクトを開始した。

⑨ 研究参加・マニュアル完成: 平成18年度に参加したワークショップ(ボストン)は対個人を想定したCPTのやり方を学ぶものであったが、CPTは個人だけではなくグループ単位でも行えることが判明した。そこで、堀越班は、CPTのグループ介入を中心に行っている、米国シンシナチのVAメディカルセンターのチャード博士を訪ね、グループによるCPTの実際を見学した資料の収集を行った。参加者は分担研究者の堀越、研究協力者の福森、丹羽、森田(精神科医)の4名であった。

⑩ レビュー論文投稿: 分担研究班の一つの目的はPTSDに対して効果のある介入法を紹介することである。平成18年度に執筆を始めたレビュー論文に、平成19年の研修(グループCPTの研修)から得たものをまとめ、レビュー論文をトラウマティック・ストレス学会の学会誌「トラウマティック・ストレス」に投稿しVol.6.No.1,67-74,2008に「認知処理療法」と題して、また、第7回日本トラウマティックストレス学会におけるシンポジウム「トラウマティックストレスとストレスマネージメント—対立から統合への可能性を探る」において、「PTSDに対する統合的な介入—CPTを中心として7週間の統合的介入プログラムの実際—」と題して話題提供を行った。

⑪ 介入研究の開始: 堀越班では、翻訳したマニュアルを用いて介入研究を計画している。まずはトライアルとして数名を対象に行い、その後に本研究(20名ぐらい)へと進めていく計画である。平成19年度の後半には、CPT介入研究のためのトライアルを計画していたが、患者のリクルートの問題と倫理委員会を通すことが必要であるため、実施が遅れている。平成20年3月の時点では、森田医師の性犯罪関連の患者1名に対して数セッションを試みたところである。

⑫ グループCPT視察の実施: 前年度より連絡を取って来た、CPTのグループを視察するため、また情報收拾のためシンシナチのチャード博士を訪れた。堀越班からの参加者は4名(堀越、福森、丹羽、森田)、この後、ボストンのレイシック博士を訪ね、第2回目の研修を実施した。

3) トラウマとPTSD

まず3年間の研究報告の導入として、PTSDに対する心理的介入に関して幾つかの点に触れてお

きたい。「トラウマ」という名称が正式に診断基準の中に登場したのは、1980年発行の精神疾患の診断・統計マニュアルの第三版(DSM-III)からである。その言葉の意味は外側からの、破滅的(Catastrophic)なストレスのことで、日常体験から逸脱した圧倒的な力を持つ出来事とされていた。例として、レイプ、拷問、暴行、戦闘、天災、交通事故、戦争やドメスティックな暴力行為などが挙げられていた。しかし、1994年に発行されたDSMの第四版(DSM-IV)では、トラウマとPTSDの関係において、出来事自体の持つインパクトの強さよりも、個人の出来事に対する反応に重点が移行するようになる。その理由の一つとして、稀な出来事とされていたトラウマだが、実際にはそれほど珍しいことではないことが分かってきたことが挙げられる。銃社会といわれる米国での統計だが、国民の約半数(男性60.7%、女性51.2%)は一生の内に最低1回は衝撃的な出来事に遭遇すると報告されている。また、外傷的な出来事に遭遇した者が全てPTSDを発症する訳ではないことも理由の一つに数えられている。これも米国での報告であるが、レイプ体験女性の54%はPTSDを発症しなかったり、事故に巻き込まれた女性の91%はPTSDを発症しないと報告されている。同じ事件を体験しても、受け皿の違いによってPTSDを発症する場合とそうでない場合がある。PTSDの診断には外傷的な出来事への直接的または間接的な出会いが必要不可欠な条件となっているが、その出来事を単に体験しただけでは個人が「トラウマ体験」をしたことにはならず、極度の感情的な反応(恐怖、無力感、おびえなど)を伴う必要がある。つまり、PTSDには激しい感情が関与していること、特にPTSDへの心理療法を行う際には、そこに介在する感情に注目すること、そしてその扱い方が重要な鍵となる。

4) PTSDの基本的三症状群

ここで、DSMの診断基準を基に、PTSDとは何かについて確認しておきたい。PTSDは外傷的な体験をしてから一ヶ月経過した時点で、下記の3種類の症状群の中から必要とされるだけの症状が揃った場合に診断が下される。PTSDの診断に必要な症状は、以下の3つの症状群から選ばれる。図2は、DSM-IV-TRの診断基準を基に作成したものである。まず、診断基準Aに示されるように、外傷的な出来事に直接、または間接的に遭遇し、そのことから強い感情反応が喚起されること。そして、診断基準BからDまで(再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状)のリストから定まった数以上の症状が揃う場合にPTSDの診断が下される。

(A)再体験症状:体験した出来事を望まないのに思い出したり、悪夢を見たり、その光景が突然頭の中に戻って来るフラッシュバック現象。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、動悸、発汗、呼吸の乱れ等の身体的な再体験症状を伴うこともある。

(B)回避、また麻痺症状:回避には、行動としてトラウマに関する場所、活動、人々などを避ける場合と、内面での回避、たとえばその出来事に関する思い出、時にはその記憶自体が抜け落ち、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。

(C)覚醒亢進症状:睡眠障害、簡単にいらいらするなどの怒り易さ、集中困難、非常に高い警戒心、些細なことに驚くなどが挙げられる。これらの他にも、衝動的な行動や身体化などの問題が出ることもある。