

平成 17・19 年度厚生労働科学研究

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

犯罪被害者等支援のための 地域精神保健福祉活動の手引

—精神保健福祉センター・保健所等における支援—

「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」研究班

分担研究者 山下 俊 幸

平成 20 (2008) 年 3 月

目次

序.....	4
編集にあたって.....	6
はじめに：犯罪被害者とは.....	7
1. 犯罪被害者等における精神保健相談.....	8
1) 犯罪被害者等の心理的な反応.....	8
2) 被害者支援の実際.....	10
3) 外傷後ストレス障害 PTSD: Post Traumatic Stress Disorder.....	14
4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療.....	17
5) 事例紹介.....	18
2. 支援サービス等の利用.....	28
1) 早期の支援.....	29
2) 経済的支援.....	30
3) その他.....	36
3 危機介入における精神保健福祉センターの役割.....	38
1) 緊急支援に対する考え方.....	39
2) 支援の実際 (1) 支援対象.....	39
3) その他の役割.....	42
4. 関係機関・団体との連携.....	43
1) 警察.....	47
2) 検察庁.....	47
3) 裁判所.....	47
4) 保護観察所.....	49
5) 児童相談所 (児童虐待).....	49
6) 婦人相談所 (DV・ストーカー被害).....	49
7) 日本司法支援センター (法テラス).....	50
8) 犯罪被害者支援民間団体.....	50
9) 弁護士会.....	51
10) 臨床心理士会等.....	51
11) 自助グループ.....	51
5 自助グループへの支援.....	53
1) 情報提供.....	53
2) グループ運営における支援.....	53

3) 啓発	54
4) 連携	54
6 犯罪被害者等の支援に係る研修	56
1) 研修の企画	56
2) 研修・啓発のための講座内容	56
3) 参考資料	57
7 精神障害者の受ける犯罪被害	58
1) 精神障害者と犯罪被害	58
2) 犯罪被害の種類	58
3) 地域精神保健福祉活動時の留意点	60
8 Q & A	63
参 考	65
1. 犯罪被害者支援の歩み	66
2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等基本計画	69
3. 犯罪被害者と司法制度	73
資 料	82
資料1 国連宣言(警察庁ホームページ)	83
資料2 都道府県・政令指定都市 犯罪被害者等施策担当窓口部局等一覧(平成19年版犯罪被害者白書)	86
資料3 NPO 法人全国被害者支援ネットワーク加盟団体一覧(平成19年版犯罪被害者白書)	90

序

このガイドラインは、精神保健福祉センターにおいて、犯罪被害者等を支援するために必要な知識、資料をまとめたものである。作成者は、いずれも精神保健福祉センターの実務に携わっており、日常の業務の中での犯罪被害者支援について考えてきた人たちである。精神保健福祉センターの活動の中で、現実的に使用できるように、犯罪被害者等支援に必要な多くの情報がハンドブックには組み込まれている。また支援実践の手順に関しては、ハンディな概要版を作成しているので、そちらも使用可能である。

このようなハンドブックを作成することになった経緯について少し触れておきたい。犯罪被害者等の被害の後の回復に関して、「こころ」の問題が重要な意味を持つことは論をまたない。犯罪被害者等基本法に基づいて策定された「犯罪被害者等基本計画」も、5つの重点課題の一つとして、被害者の「精神的・身体的被害の回復・防止への取組」を挙げ、次のように述べている。

「多くの犯罪被害者等は、犯罪等により、当該犯罪等が意図した直接的な精神的・身体的・財産的被害を受けるのみならず、犯罪等という攻撃の対象にされたということ自体から精神的被害を受ける。また、再被害あるいは再被害を受けることに対する恐怖・不安からも精神的・身体的被害を受け、さらには、犯罪被害者等が必要的にかかわらざるを得ない手続の過程で、また治療や回復の過程でかわらざるを得ない関係機関において、配慮に欠けた対応をされることで二次的被害を受ける。犯罪被害者等が犯罪等により直接的に心身に受けた被害から回復できるように支援するのみならず、その負担を軽減し、二次的被害を受けることを防止するとともに、再被害を防止し、安全を確保することが必要である。」

これを受けて平成17年度より3年間にわたって厚生労働省こころの健康科学研究事業「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」の研究班では、精神保健領域における犯罪被害者等の支援にかかわる研究を行った。その複数の研究結果から、専門家における研修と連携の重要性、二次被害防止の重要性などが示されている。一方、精神医療や精神保健にかかわる領域において、犯罪被害者等の支援にかかわる知識や技術が十分に浸透しているわけではなく、今後の努力が必要であることも分かった。研究班では、web、書籍などにより、犯罪被害者等支援に関する知見を普及させたいと考えている。

しかし、そのような知見を実践にまで結びつけ、犯罪被害者等の精神保健に関わる支援のレベルを上げていくには、各地域における連携が必要であることは言うまでもない。犯罪被害後の地域全体を対象として、地域の諸機関と連携

を持ちながら、支援を行っていくには、精神保健福祉センターがそのひとつの要として考えられよう。地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、精神障害者の自殺予防等、精神保健福祉センターの対象とする領域は広く多彩になっている。それらの一つとして犯罪被害者等への精神保健についての支援と他機関との連携を進めていただければと願っている。

平成 20 年 3 月

平成 17・19 年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」

主任研究者 小西 聖子

編集にあたって

わが国において、犯罪被害者は長い間「忘れられた存在」として、法制度や社会から放置され、犯罪被害そのものに加えて、精神的苦痛、経済的負担に苦しんでいた。このような中で、昭和49年8月に発生した三菱重工ビル爆破事件を契機として、被害者に対する補償制度を求める声が高くなり、昭和55年に犯罪被害者等給付金支給法が制定され、生命・身体犯の被害者に対し一定の給付金が支給されるようになった。しかし、十分な支援は行われないうままであった。

平成3年10月に犯罪被害給付制度発足10周年記念シンポジウムが開催され、交通事故被害者から被害者に対する支援の必要性が強く指摘されたことがきっかけとなり、いくつかの法整備が行われた。しかし、既存の法律の改正では、被害者の被害回復や生活支援などさまざまなニーズに応えることができず、平成16年12月、被害者のための施策の基本理念を明らかにし、総合的・計画的に施策を推進し、犯罪被害者等の権利利益を保護することを目的として、犯罪被害者等基本法が成立した。

その後、平成17年12月27日には、「犯罪被害者等基本計画」が閣議決定され、司法・保健医療・福祉の各領域での支援体制の構築や連携の必要性が求められるようになった。「犯罪被害者等基本計画」においては、「厚生労働省において、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実・強化し、犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等の犯罪被害者等支援に関する諸制度等に関する案内書・申込書等を常備し、提供等していくことを含め、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進する。」と定められた。

このような中で、平成17年度より犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究(主任研究者 小西聖子)がスタートし、その一環として本書が作成された。本書は、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者支援に係る諸機関・団体と連携し、相談、情報提供、危機介入、自助グループ支援、教育研修等の地域精神保健福祉活動を通して被害者支援に取り組む際に、実際の支援に役立つことを目指して作成された手引である。本手引が被害者支援の推進と犯罪被害者の精神的健康の回復に少しでも寄与できることを願っている。

平成20年3月

平成17-19年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」

分担研究者 山下 俊幸

本書の作成にあたって、主任研究者 小西聖子先生、分担研究者 中島聡美先生に数多くのご助言をいただいたことに、深く感謝申し上げます。

はじめに：犯罪被害者とは

犯罪被害者と言うときの犯罪被害に明確な基準があるわけではないが、犯罪被害者等基本法においては、「犯罪等」を「犯罪及びこれに準じる心身に有害な影響を及ぼす行為をいう」とし、警察に認知されているかどうかを問うていない。また「犯罪被害者等」を、「犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族をいう」としている。すなわち、加害者の別、害を被ることとなった犯罪等の種別、故意犯・過失犯の別、事件の起訴・不起訴の別、解決・未解決の別、犯罪等を受けた場所その他による限定を一切していないことになる。と同時に、「当然ながら、個別具体の施策の対象については、その施策ごとに、それぞれ適切に設定され、判断されるべきである。」としている。本手引においても、犯罪被害者等基本法と同様に、「犯罪被害者」を幅広く捉えて記載することとした。

一方、国連宣言「犯罪およびパワー濫用の被害者のための司法の基本原則宣言」(巻末資料1)によれば、「犯罪被害者とは、個人であれ集団であれ、加盟国で施行されている、犯罪的パワー濫用を禁止する法律を含むところの刑事法に違反する作為または不作為により、身体的または精神的傷害、感情的苦痛、経済的損失、または基本的人権に対する重大な侵害などの被害を受けた者をいう。」とされ、「刑事法に違反する作為または不作為」とより厳密に規定している。

1. 犯罪被害者等における精神保健相談

- 1) 犯罪被害者等の心理的な反応
- 2) 被害者支援の実際
- 3) 外傷後ストレス障害 (PTSD) : Post Traumatic Stress Disorder
- 4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療

1) 犯罪被害者等の心理的な反応

私たちは、無意識のうちに「自分は安全だ」、「自分は価値ある存在だ」という認識を持って生きているが、犯罪で外傷を体験するとこれらの仮説が覆されることになる。犯罪による心理的影響の中心となるのは、「自己と世界に対する基本的な仮説の崩壊」⁵⁾と言えよう。犯罪被害者の心理を認知的にみると、「外傷が引き起こした膨大な量の情報を、それを認知する期間と途絶する期間を交互に繰り返すことによって脳が処理しようとしている」⁴⁾ことになる。

犯罪被害者の心理的な反応は、大きく分けると①外傷後ストレス障害 (PTSD) の症状に含まれるもの、②感情の変化、③身体の変化、④人間関係の変化、などがある。

①PTSD の症状

特徴は、i) 外傷的出来事の再体験、ii) 外傷に関連した刺激からの回避、または反応性の麻痺や無感覚、iii) 覚醒の亢進状態の3つの症状が挙げられる。外傷体験が繰り返し侵入し再体験する、意識や行動を狭め麻痺させて再体験を回避する、という一見相反する症状が同時に出現することが特徴である。

PTSD 症状

再体験

回避・麻痺

覚醒の亢進

i) 再体験・フラッシュバック

「再体験・フラッシュバック」 事件のとき体験した感覚がよみがえる

再体験は、出来事を思い出したくないのに思い出してしまい、それを自分でコントロールできない状態になることである。単に思い出すのではなく、その時に体験した感覚と感

情が蘇り、非常に苦痛な思いをする。覚醒時に起こるだけでなく、睡眠時は悪夢という形で再体験が起こる。実際の症状として、恐怖、不安などの強い感情と、その時体験した痛い、苦しいなどの感覚が生じ、その時見たものが見えたり、聞いたことが聞こえたりする。同時に、汗をかく、からだが震える、動悸がするなどの身体症状もみられる。フラッシュバックという形で再体験が起きることがあるが、フラッシュバックとは、思い出される内容が現実のことと感じられ、事件の起きた時と現実の区別がわからない、など解離性の症状を呈する状態である。

再体験やフラッシュバックの引き金となるものは、事件と関連するものだけでなく、個人が体験から得られた様々な刺激が引き金になる。例えば地下鉄サリン事件により PTSD を呈した患者にとって引き金となるものは、「オウムに関するニュース、3月20日という日そのもの、帽子とマスクをした人、網棚の新聞、電車内や路地のビンや缶や水溜り、眩しさや暗さ、異臭、煙草や香水や排気ガスの臭い、叫び声、救急車の音、ヘリコプターの音など限りなく存在し、生活すべてに拡大する傾向がある」⁶⁾。

ii) 回避・麻痺

「回避」 事件を思い出させるものを避ける 「麻痺」 感情を閉ざす

回避は、外傷となる出来事を思い出させるものを避けることである。例えば、電車事故に遭遇した場合、電車に乗ることを避ける。これが電車だけでなくすべての交通機関を使用することを避けるようになると、日常生活に大きな影響を及ぼすことになる。

麻痺は、外傷時に受けた感情を閉ざすことである。感情の麻痺が起こると周囲のことに対する興味や関心がなくなり、外界との接触を絶ち、無気力で無関心な抑うつ状態に陥る。正常な知覚が働かなくなり、一見知覚が鈍麻し知覚麻痺のような状態になる。

また健忘という形であらわれると、外傷となる出来事についての記憶がなくなったり、一部を思い出せなかったりすることがある。

iii) 覚醒の亢進状態

「覚醒の亢進」 常に緊張し不安定な状態になる

犯罪被害者の「脳と身体は『いつも危険だ』というメッセージを送り続け、過度に緊張し驚愕反応と興奮を伴って反応する」⁵⁾、これが覚醒の亢進状態の原因である。症状は、些細な出来事にもすぐ驚いたり、周囲の環境の変化や他者の言動に敏感になったり、不安定な状態になったりする。身体症状として、息苦しくなる、呼吸困難を起こす、心臓がドキ

ドキする、発汗などが挙げられる。

②感情の変化

感情の変化の特徴として、何をしても楽しく思えない、何もする気力がない、集中して考えられない、決断することができない、強い不安が続く、焦燥感がある、などの抑うつ症状や、大切なものが失われてしまった悲哀感・喪失感がみられる。事件や世間に対する強い怒りや無力感のため、気分が変動しやすく、自分の気持ちがコントロールできなくなることもある。

自分が悪いから事件に遭った、自分は価値のない人間だからこのような目に遭ったなど強い罪責感や自分を恥じる気持ちが生じ、この気持ちが強い場合は、生きていくのがつらくなり、希死念慮が生じる。

自分の身体から抜け出して外から自分をみているような離人感、起こっていることが現実には感じられない現実感の消失、事件前後のことに対する記憶がない、自分でやっていることを覚えていないなどの解離状態や記憶の障害が生じることがある。また、錯覚、幻聴、幻視などの幻覚が認められることがある。

③身体の変化

睡眠障害、食欲の異常（食欲低下、過食など）、疲れやすさ、身体のだるさがみられる。また、不安からくる身体症状として、動悸、呼吸困難、手のふるえ、しびれ、頭痛、身体の痛み、吐気など多彩な症状が出る。これらの症状がパニック発作のような形で出現することがある。

④人間関係の変化

人を信用することができない、自分を含め何を信じていいのかわからないため、対人関係で孤立が生じる。外出や人と連絡をとることを避け引き籠もりの生活になったり、周囲の状況にそぐわない行動をとる、自傷行為がみられる、他人に対する強い怒りや攻撃性がみられる、など人格障害様の変化が出てくることがある。

2) 被害者支援の実際

ここでは、被害者面談の際のいくつかのポイント、支援者がもたらす二次被害、支援者のストレスについて述べる。

(1) 被害者面談の際のポイント

被害者面談のポイント

a.信頼関係を築くためには

- ・何ができるかをしっかり伝えましょう。また、できないことはできないと伝え、安易に抱え込まないようにしましょう
- ・「わかってくれない」の言葉の裏には「わかってほしい」が隠れています
- ・プライバシーに対する考え方が違う場合があることも考えておきましょう
- ・常に言動に配慮し謙虚な気持ちで対応しましょう
- ・被害者の言動に翻弄されないようにしましょう

b.事件の話はいつ聞いたらいいのか

- ・被害者の意思によって話すか話さないかを決めるのが基本ですが、事件について話せるようなら話してみてもどうか、と声をかけてみましょう
- ・事件の話をしてどうだったか必ず尋ね、気持ちをフォローしましょう
- ・事件の話は遮らないようにしましょう
- ・事件の話をよく聞くことが治療の第一歩です

c.身体面や生活についての留意

- ・生活で何に困っているのか尋ねましょう
- ・身体に何か症状がないか忘れないように尋ねましょう

a.信頼関係を築くために

被害者は「自分が安全である」という信念が損なわれているため、人を信用することが難しくなっている。支援者と被害者の間のほんの些細な行き違いや誤解によってさらに不信感は強くなるため、支援者は、自分のできることとできないことをあらかじめきちんと伝え、難しいと思うことを安易に引き受けないことに注意する。特に、「プライバシーを保持する」ことに関しては、支援者と被害者の間で保持の範囲が異なることがあるため、きちんと話し合って被害者から了解してもらおう。被害者は、支援者との関係や言動に対して不満や不信感があっても、その気持ちを表現できないため、支援者はその不信感に気付かないことがある。関係がうまくできていると感じる時も常に言動に配慮し謙虚な気持ちを持ち続けることが必要である。「被害者は『わかってきている』と言っても、『わかってもらえない』と感じている面もあるし、『わかってもらえない』『言いたくない』と言っても『わかってほしい』と思っている」⁹⁾。被害者に「あなたにはわかってもらえない」と言われたり、「自分が悪いから事件に遭った」といつまでも自責的な表現をされたりすることによって支援者は落胆することもあるが、これも被害者から信頼を得にくくさせる一つの要因となる。被害者の言動に翻弄されず信念を持って対応することである。

b. 事件の話はいつ聞いたらいいのか

支援者が最も悩む問題の一つとして、被害者から事件の話積極的に聞いたほうがいいのか、被害者がためらっている場合は聞かないほうがいいのか、事件の話はいつ聞いたらいいのか、など事件の話聞くことについての問題がある。被害者が話したくないときはあえて聞かず、話したいときにきちんと聞くことが根本的な対応であるが、自分から言い出せず、聞いてもらいたい、聞いてもらうのを待っている場合も少なくない。初期の段階から、「話せるようなら話してみてもどうか」と声をかけ、話すきっかけをつくることも必要になる。「生活も治療関係も安定しないまま、負担の高いトラウマ性記憶に関する作業を行うことは望ましくない」⁸⁾ため、被害者が望んでいない時に、こころの準備がない状態でトラウマを詳細に語らせるような精神療法は控える。ただ、どのような事件だったのか、その事件に対してどんな反応を示した、どう感じているかについては、トラウマに焦点をあてた精神療法的な治療とは別のものとして、被害者に確認しておかなければいけない。また、事件について話してもらった後は必ず本人に「話してみてもどうだったか」を尋ね、気持ちをサポートする時間を十分とることも必要であろう。

被害者が「話そうとするが、侵入症状によって言葉がつまりがちであったり、話す途中で不安や恐怖が亢進してコントロールできない場合は無理に話させない。話すことがたいへん苦痛を伴うものであること、安定して扱うにはまだ時間が必要であることを治療者から話しておく」⁸⁾こともポイントとなる。「事件の記憶を扱わないで対処療法を漫然と続けることは、回復を遅延させたり、治療中断につながる」⁸⁾ことも常に念頭に置く。

c. 身体面や生活についての留意

身体や生活についての話題は抵抗が少なく自然に聞きやすく、精神的な状況に関する情報より多くのことがわかることがある。被害者の中には、気持ちを態度や言葉に出さず何事も淡々と振る舞い、落ち着いてみえる人がいる。また何度かかわっても気持ちを語ってくれない被害者もいる。きちんと眠れているか、食事はおいしくとれているか、規則正しい生活ができているか、お酒を多量に飲んでいないか、お風呂には入っているか、など生活面のことを尋ねたり、頭痛、腹痛、肩こり、しびれ、疲れやすさ、身体のだるさ、便秘などの身体的な症状について尋ねると、意外に様々な症状が明らかになったり、気持ちについて話すきっかけとなることがある。このように生活する上で何に一番困っているかを十分聞くことも大切である。

(2) 支援者がもたらす二次被害

二次被害というのは、事件から受けた被害ではなく、事件後、被害者が社会との関わりのなかで受ける被害のことで、二次被害を与える者として、マスコミ、司法関係者、医師、心理カウンセラー、警察官、家族などが挙げられる。

二次被害の原因となるものに、まず「犯罪被害者に対する知識の不足」⁸⁾によるものがある。

る。PTSDに関する精神医学的知識だけに限らず、「例えば殺人事件の遺族が関わる司法システムについて、また性暴力犯罪やドメスティックバイオレンスの現実と被害者の心理について、無知であるために、誤った指導がなされることが多い」⁸⁾。性暴力被害では被害者の多くが女性で、加害者のほとんどが男性のため、「男性に対して恐怖心を抱いたり、あるいは男性の存在そのものがフラッシュバックや恐怖障害のトリガーになっていることも少なくない」⁸⁾。このような場合支援者が男性というのは難しくなるだろう。また「男女にかかわりなく性差別や偏見を持っている場合、例えば強姦の被害にあうのは女性の側に問題があり、責任があると考えている」⁸⁾支援者も二次被害を起こす危険性がある。

二次被害となりうる言葉は

「命があるだけよかったです」
「早く元気になりましょう」
「辛いことは忘れましょう」
「強く生きてきましょう」
「あなたの辛さはよくわかります」
「時間が解決します」
「もっと辛いことを経験した人もいますよ」
「あなたにも原因があったのかもしれませんが」
「泣かないでください」
「終わったことはもう考えないようにしましょう」
「ちゃんと用心していたら起きなかったかもしれませんね」

サポーターになりうる言葉は

(人と状況により傷つけてしまうこともあります)

「今日はよくここまで来てくださいました。」
「つらかったですね。」
「あなたは悪くありません。」
「これらの症状は、あなたが悪いから、弱いから出るものではありません。」
「あなたのお気持ちは十分わかっていませんが、わかりたいと思っています。」
「お話して下さってお疲れになったでしょう。」

(3) 支援者のストレス

支援者は、「被害者から話を詳しく聞くことで被害者の悲惨な経験の一種の目撃者となる」⁷⁾ため、不安、恐怖、自責感など被害者が呈するような症状が認められることがある。また、「支援の難しさ、訴訟との関わりの多さ、被害者の理不尽な要求などから」⁷⁾支援が嫌になったり、強い無力感が出現したりすることがある。大切なことは、困っていることを抱え込まないで、他の支援者や専門家とケース検討などを行い、支援者が孤立しないことである。また、「自分のできる範囲を知ること」⁷⁾も重要である。支援資源、時間や能力がどの程度あるかを踏まえ、自分がどれだけできるかを考えながら支援をすることである。

3) 外傷後ストレス障害 PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

1995年阪神淡路大震災、地下鉄サリン事件などの被災者のケアが問題になってから、PTSDという言葉がわが国で頻繁に使われ始め、その後 PTSD に対する社会的関心はますます高くなっている。しかし、PTSD の正確な知識が広がっていると言えないのが現状である。まず、PTSD の診断で問題になるのは、「外傷的な出来事」の定義について、つまり発症する契機となった出来事が PTSD の診断基準を満たす程度の出来事かどうか、である。ICD-10 は「誰にでも大きな苦痛を引き起こすような、並はずれた驚異的な、または破壊的な性質の出来事・状況」¹²⁾としているのに対し、DSM-IV では「誰にでも」ではなく「その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するもの」¹⁾とトラウマの概念に幅を持たせている。ICD-10 と DSM-IV で「外傷的な出来事」に関する記述が異なっていることも、診断する際に混乱する原因であろう。「ただ、DSM-IV-TR では、外傷的な出来事について例示されているのは、戦闘、暴行（性的暴行、身体的暴行、強盗）、誘拐・拉致、人質、テロ攻撃、拷問、捕虜収容所や強制収容所監禁、自然災害、人為災害、重度の自動車事故、生命的脅威を及ぼす病気の告知などであり、どれも深刻な体験であることには違いない」³⁾。

その出来事が、明確に診断基準に相当しない程度の比較的軽い出来事にもかかわらず、予想できないほど強い PTSD 様の症状を呈する場合があるが、その場合は、もともと「精神的脆弱性という心因的素因が存在すると想定」³⁾され、診断は PTSD ではなく「適応障害と診断される」³⁾のが適当であろう。最近では災害や事件と PTSD はよく並べられて報道されていることが多く、専門家の中でも外傷体験を拡大して解釈する傾向があることも事実で、安易な判断は危険だとする意見もある。このように「PTSD の診断をめぐるっては、それをより広く捉えようとする論者と、なるべく限局して捉えようとする論者の間で、司法の場も含めて論議が巻き起こされており、今後の問題として残される場所である」³⁾。

トラウマの定義

「誰にでも大きな苦痛を引き起こすような、並はずれた驚異的な、または破壊的な性質の出来事・状況」(ICD-10)

「強い恐怖、無力感または戦慄に関するもの、例えば、戦闘、暴行(性的暴行、身体的暴行、強盗)、誘拐・拉致、人質、テロ攻撃、拷問、捕虜収容所や強制収容所監禁、自然災害、人為災害、重度の自動車事故、生命的脅威を及ぼす病気の告知など」(DSM-IV-TR)

診断基準に相当しない軽い出来事で強い PTSD 様の症状がある場合、診断は「PTSD」ではなく、「適応障害」が妥当

外傷的出来事は PTSD 発症の一次的要因であるが、すべての人が外傷的な出来事を体験した後に PTSD になるわけではない。従来は PTSD の症状は、外傷的出来事のストレス因子の強さと直接関係し、外傷的出来事のストレスが強ければ強いほど出現する症状が重症になると考えられてきたが、近年では症状はストレスの強さだけでなく、外傷的出来事に対する個人の主観的な反応にも大きく関連するとされている。PTSD を発症させたり、遷延させたりする 7 つの予測因子として、①過去のトラウマ体験、②過去の心理的不適応体験、③精神疾患の家族歴、④トラウマのときに生命の脅威を体験したこと、⑤トラウマ後のソーシャルサポートの不足、⑥トラウマ周辺期の強い情緒的反応、⑦トラウマ周辺期の解離、が報告されている¹⁾。

PTSD の DSM-IV による診断基準¹⁾を表 1 に呈示した。PTSD の症状は DSM-IV の診断基準(表 1)の B, C, D に記載されているように、再体験、回避・麻痺、覚醒亢進が 1 ヶ月以上持続し、それにより日常生活で支障を来たしていることである。

表 1 PTSD の診断基準 (DSM-IV)¹⁾

- A. その人は以下の 2 つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1 度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した
 - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである
- (注) 子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある

- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている
- (1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む
- (注) 小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある
- (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
- (注) 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある
- (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）
- (注) 小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある
- (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
- (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺
- (1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力
 - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
 - (3) 外傷の重要な側面の想起不能
 - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
 - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚
 - (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）
 - (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）
- D. （外傷前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される
- (1) 入眠、または睡眠維持の困難
 - (2) 易刺激性または怒りの爆発
 - (3) 集中困難
 - (4) 過度の警戒心
 - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害（基準B,C,およびDの症状）の持続期間が1ヶ月以上
- F. 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

▶該当すれば特定せよ：

急性 症状の持続期間が3ヶ月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3ヶ月以上の場合

▶該当すれば特定せよ：

発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヶ月の場合

4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療

治療の目標は、「自分には価値があるという感覚を取り戻し、自分自身と自分の生活をコントロールしていると再び感じ、粉碎された仮説を再び有効に働かせること」⁵⁾である。外傷性記憶が日常生活を左右しなくなり、外傷体験に自己肯定的な意味付けができるようになること、つまり過去の衝撃的な経験も自分の一部として受け入れることが回復である。治療を行う前提として、自分は安全で二度と同じような怖い思いをすることがないと確信できる環境を作ることである。

治療は薬物治療と精神療法がある。薬物療法として、抗うつ薬のSSRIが第一選択とされ、次にその他の抗うつ薬、気分安定薬が効果的とされている。なお、PTSD薬物療法アルゴリズムが国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部のホームページに掲載されている。

PTSD の治療

まず

安全を確保すること

(1) 薬物治療

① 選択的セロトニン再取込阻害薬 (SSRI)

SSRIは第一選択薬とされる治療薬である。PTSDの症状全般の治療に効果が高いとされ、PTSDそのものの症状だけでなく、合併症や回復力を高める上でも有効とされる。

② その他の抗うつ薬

SSRIで効果が得られない時に第二選択薬として使用されるが、低血圧、抗コリン性の副作用、過沈静、覚醒症状などの副作用が生じることがある。

③ 気分安定薬

カルバマゼピンは再体験と過覚醒、バルプロ酸は回避・麻痺、過覚醒の症状に有効とされている。

④ 抗精神病薬

PTSD の中核症状そのものに効果はなく、第一、第二選択薬に抵抗性があり、特に過剰な警戒心、妄想症状、興奮、精神病症状に対しては効果が期待できる。

⑤ 抗不安薬・睡眠薬

不眠時や不安時など対処療法的に最小限に使用する。

(2) 精神療法

トラウマ体験に対する曝露を含む認知行動療法

PE (Prolonged Exposure) 長時間曝露療法

CPT (Cognitive Processing Therapy) 認知処理療法

精神療法は主に2つの方向がある。その1つは、「想像技法あるいは実験的曝露法によって外傷的出来事に曝露することである。いくつかの種類 of 行動療法 (脱感作法、曝露療法) の有効性が報告されているが、心的外傷のもとになっている実物にさらされる方法は逆に症状が悪化する危険性」⁴⁾もあるため、それを考慮に入れ慎重に行う必要がある。

もう1つの方法は、「ストレスに対応するために、リラクゼーションや認知的接近法のようなストレスマネジメント法を教育することである。過去の外傷体験を慎重に焦らずに見つめ直し、現実認識や自分の責任について誤った不合理な認知を矯正していく、認知療法的なカウンセリングが有効とされている」⁴⁾。フラッシュバックが起こった時の混乱状況の対処法も認知療法的アプローチで軽減できる。自分の身体状態の変化に対する反応をどのように受け止めると症状の苦しみがどのように軽減するかを体験してもらうことが有効となる。

近年 CPT と PE がその有効性を示唆されている。Cognitive Processing Therapy (CPT) は「強姦被害者を対象にして開発された療法で、情報処理理論を基盤に刺激被曝療法を組み合わせる」¹⁰⁾行われるものであるが、PTSD 全般にも応用可能になり、マニュアルが作成されつつある。また、Prolonged Exposure (PE) は「PTSD に対する長時間想像曝露と実生活内現実曝露療法の exposure を取り入れた短期認知行動療法」²⁾で、今後日本で普及されることが望まれている。

症状が重篤なときや、希死念慮や興奮、暴力行為などの症状がみられるときは入院治療も必要になる。

5) 事例紹介

事例については、プライバシーに配慮して改変していることをお断りしておきたい。

事例1 20代女性 Aさん DV被害

支援のポイント

- ① 治療（相談）初期から外傷体験に焦点を当てた精神療法を行わない。
- ② 安全・安心感の確立を優先させる。
- ③ 身体及び精神症状が出現している場合は医療機関の受診を勧める。

主訴 吐気、過換気発作

生育歴

2人同胞の第1子。両親と弟の4人家族の中で育った。明るくて世話好きな性格だった。両親が共働きであったため、弟の面倒をよく見ていた。短大卒業後、小さな会社の事務の仕事に就き数年働いた後、会社員の男性と見合い結婚をし、専業主婦となった。

現病歴

夫は、明るく社交的なAとは対照的な性格で、無口で人付き合いが少なく、Aとの会話もあまり多くはなかった。それでも結婚当初は二人で外出するなどしていたが、2年後Aが妊娠した頃から夫の態度が急速に変化した。最初は些細なことでAを執拗になじるなど、言葉での攻撃だったが、次第にAの眼前で家具を壊すなど、脅しの様相を呈するようになった。Aはまず実家の母親に相談したが、心配はしてくれたものの、「親になる」ということでお互い少し不安定になっているのではないかとされたのみだった。暫く様子を見たものの夫の脅すような態度が続くため、Aは次に夫の母親に夫の様子を伝えた。すると夫の母親からは逆に「息子を支えていない」とAを非難する内容の手紙が毎日のように届くようになった。更に「母に余計なことを言った」と逆上した夫がAの上に馬乗りになってAを何度も殴るという事態に至った。この暴力事件の後、Aは全身の震えが止まらなくなる、突然強烈な吐気に襲われるなどの症状が出現し、実家に戻り、実家で出産した。産後も自宅へ戻る気になれず、家族からも離婚を勧められた。弁護士に相談のうえ、協議離婚に至った。その際、夫からの暴力の話になると激しい吐気に襲われたり、過換気発作が出現したため、弁護士から医療機関へかかることを勧められ、当院を受診した。

現症

初診時、表情は硬く緊張気味であった。それまでの経過や離婚に至った経緯などを淡々と話したが、暴力を受けたことに話が及ぶと口ごもり、吐気を訴えた。また、夜間眠るために電灯を消すと、夫が馬乗りになった時の重みと罵声、全身が震える感覚が蘇るため、電灯を消して横になることが出来ず、電灯をつけたままソファで眠っていること、そのために育児に支障を来していることが明らかになった。

治療経過

まずは顕著なフラッシュバックや身体化症状を軽減するために SSRI を中心とした薬物療法を開始した。同時に精神療法を行ったが、最初は、暴力や結婚生活に関する記憶を無理に語らせることは避け、現在の生活で困っていること、育児に関する不安などを A が強い焦燥感を伴って語るのを傾聴した。症状が軽減し生活のリズムがある程度安定すると、A は少しずつ以前の結婚生活について語るようになった。夫の執拗ななじりに対して最初は A も言い返していたが、次第に恐怖感とともに「何を言っても無駄だ」と無力感が強くなり、夫が怒鳴ったり物を壊している間、感覚が麻痺した様になっていたことなどを想起した。また、実生活で実母に対し些細なことで A が攻撃的になることがあったが、夫からの暴力を实母に訴えた時に実母が真剣に耳を傾けてくれず、A が孤立してしまったことについての実母への怒りや、一方で離婚して実家に戻って育児を手伝ってもらっていることの申し訳なさなどを言語化してからは、実母への攻撃は治まった。

現在はフラッシュバックや身体化症状は殆ど治まったため、薬物は漸減中である。しかし、もうすぐ 3 歳になる子どもに対して将来どのように夫のことを説明するべきかなどを考えると抑うつ的となり、「もっと早くに離婚しなかった自分が悪かった」など自責的な発言も見られており、自己評価の回復にはまだ時間がかかるだろうと考えられる。

事例 2 PTSD 症例 20 代女性 性犯罪被害者

支援のポイント

- ①外傷体験は本人が話すまで強制しない。外傷体験を話し始めたら話を避けないできちんと聞く。
- ②精神症状・身体症状ともに症状をきちんと把握し、それに対する対応策を検討する。
- ③被害者の家族の精神状態も配慮する。

生育歴

2 人同胞の長女、明るく真面目な性格。小学校時代は学級委員を務め「元気でみんなを引っ張っていくような」子供だった。中学校時バスケット部に所属し、友人は多く成績もよかった。事件のため中学 3 年時はほとんど学校に行けなかったが何とか卒業した。高校は数日登校したが退学になった。現在、3 歳年下の弟、両親と 4 人暮らし、無職。

現病歴

X-4 年 8 月（中学 2 年時）夏休みの夕方、クラブ活動から帰宅途中に、自宅近くで見知らぬ男性に車に連れ込まれた。ガムテープで口を塞がれ、上下肢を縛られた状態で山奥に連れて行かれ強姦され、自宅近くで脅かされた後解放された。帰宅し警察に通報、事情聴取を受けた。警察に勧められ、心療内科クリニックに定期的に通院しながら 6 ヶ月は学校に登校し、自宅でも特に変わった様子はなかった。X-3 年 2 月頃より突然大きな声で叫んだり、興奮し物を投げたりする行動がみられるようになった。また疲れやすく何事も集中してで