

The Development of a Program for Acute-Phase Rape Victims

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-04-17 キーワード (Ja): キーワード (En): Post-traumatic stress disorder, web program, early intervention, rape victims 作成者: 今野, 理恵子, 浅野, 敬子, 正木, 智子, 山本, このみ, 小西, 聖子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/778

急性期性暴力被害者向けプログラムの開発 —診療の補助としてのスマートフォンプログラムの作成—

The Development of a Program for Acute-Phase Rape Victims

今野 理恵子^{*1}
KONNO, Rieko

浅野 敬子^{*2}
ASANO, Keiko

正木 智子^{*3}
MASAKI, Tomoko

山本 このみ^{*3}
YAMAMOTO, Konomi

小西 聖子^{*4}
KONISI, Takako

抄録

性暴力被害後3ヶ月以内に精神科初診となった患者に対する治療の補助として自宅で診察の内容を復習できる機能を持つスマートフォンのプログラムを開発することを目的として、以下の調査を行った。①2012年6月～2015年11月末の3年半に性暴力被害後に初診となった患者を対象とした(平均年齢21.8歳、女性)。患者のカルテから、治療介入を行っている情報を抽出し分析した。その結果明らかになった、症状の聞き取り、心理テスト、治療(認知行動療法)、心理教育、呼吸法の7つの要素の中から症状の聞き取りと心理教育の内容をもとにコンテンツを決定し、暫定版プログラムを作成した。②暫定版プログラムをもとに、性暴力被害者の20歳代女性2名と40歳代から60歳代の女性支援員3名にインタビューを行い、その結果から改善点を検討し、動機づけやQ&A等の追加を行った。今後、さらに実施可能性を検証し、双方向で実行できるアプリの開発を目指したい。

Key words : 心的外傷後ストレス障害、WEBプログラム、早期介入、性暴力被害者

Abstract

This study included two investigations aimed at developing a program functioning as a treatment aid to patients who underwent their first psychiatric examination within three months following rape. ① We gathered information regarding an intervention to develop a provisional program based on their medical chart of the past three and

^{*1} 武蔵野大学大学院人間社会研究科 博士後期課程／武蔵野大学心理臨床センター相談員

^{*2} 武蔵野大学心理臨床センター相談員 ^{*3} 武蔵野大学大学院人間社会研究科 博士後期課程

^{*4} 人間科学研究所研究員／人間科学部

a half-years of acute-phase patients (average age : 21.8 years). We identified seven types of intervention content including symptom observation, administration of psychological tests, treatment (cognitive-behavioral therapy), psychological training, and breathing training. On this basis, we decided on the content of psychological training, observation of symptoms, treatment, and breathing training to create a provisional program. ② We interviewed two victims of sexual assault and three supporters who helped the victims determine the appropriateness of the provisional program. Based on the interviews, we added motivational content and a Q&A component to the provisional program. Ultimately, we developed a psychiatric treatment program for acute-phase rape victims. In the future, we will verify the program's feasibility and aim to develop applications that can be used by therapists and patients.

Key words : Post-traumatic stress disorder, web program, early intervention, rape victims

I はじめに

筆者らは、産婦人科小児科病院（以下 A 病院）に併設されている精神科（以下 B 精神科）において、2012年6月～2015年11月までの3年半に、性暴力被害後に初診となった性暴力被害者についてのカルテ調査を行った¹⁾。その結果、性暴力被害後に早い段階で診察に至り、準備を行った上で認知行動療法（cognitive behavioral therapy：以下 CBT）の実施を行ったケースは中断することなく CBT 治療を完遂し、その予後も良好だった。一方、治療初期の段階で中断とってしまうケースも 33 名中 12 名と決して少なくなかった。そのうち、被害後 3 か月以内に受診し、診療を中断した 9 名の平均診療期間は 2 か月未満と短かったこと¹⁾から、診療開始直後からの援助が必要であると考えられる。

PTSD に対する CBT に関しては、ランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial：以下 RCT）が多数行われており、その効果が示されている^{2) 3)}。B 精神科における CBT 治療においても、PTSD への CBT を実施した群の転帰は良好であることが示されているが、定型の CBT 治療を行えるまでには一定期間の準備が必要であり、その間の中断をいかに防ぐかが課題となっている¹⁾。さらに、性暴力被害者には解離症状や回避症状がしばしば見られるので、診察時に伝える症状の心理教育やリラクゼーション方法についての情報が、記憶にとどまらなかったり、心理教育の内容が十分に伝わらないことが少なくない。保険診療における診察時間や面接時間には限りがあり、診療の内容が性暴力被害者に伝わらないことが治療中断の一因となっていることも予想される。治療中断を防止するには性暴力被害者が、診察と診察の間に自宅で簡単に診察の内容を振り返ったり、次回の診察を受診するモチベーションを高めたりするツールの開発が必要であると考えた。B 精神科では、以前から心理教育を行い内容について説明した冊子を渡していたが、より簡便に被害者が使用できる媒体として、スマートフォンが必要であると考えた。

スマートフォンは、一人でどこでも手軽に見ることができ、その個人保有率も13～19歳では81.4%、20～39歳で90%を超えている⁴⁾ことから、特に若年層ではスマートフォンが身近なツールとなっていると考えられる。上記のカルテ調査で明らかになったB精神科へ性暴力被害後3ヶ月以内に受診した被害者の平均年齢も21.8歳¹⁾となっており、今後受診する性暴力被害者も、スマートフォンの使用が日常的な世代であると考えられる。治療継続を目的として、診療の補助として自宅で使用可能であり、主にスマートフォンにおける使用を想定したプログラム作成を行うことにした。性暴力被害後に受診した患者に対して実際の診療で行われている治療へ向けた介入の記載をカルテ記録から洗い出しコンテンツの検討を行い、WEBプログラム作成を行う。さらに、作成したプログラムを症状が軽快もしくは寛解した性暴力被害者と、性暴力被害者の専門的な支援者¹⁾（以下支援員）に開示し、内容についてインタビューで検討し、その結果をプログラムに反映させる。その手続きを図1に示す。

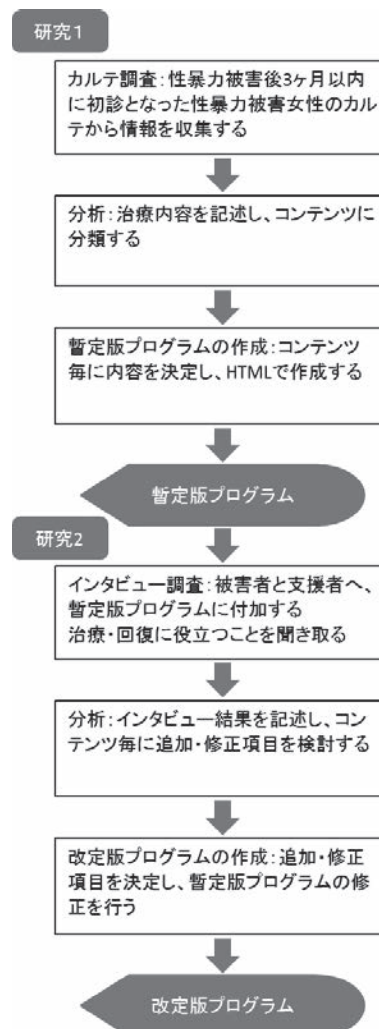


図1：プログラム作成の手続き

1 性暴力被害者との直接的な関わりが多く、性暴力被害者に対する理解も深い性暴力被害者を支援するワンストップ支援センターの支援員

Ⅱ 方法

1. 研究 1

1) 研究対象

B 精神科において、2012 年 6 月～2015 年 11 月末の 3 年半に性暴力被害後 3 ヶ月以内に初診となった 21 名の性暴力被害女性のカルテ

2) 調査項目

診察及び治療に関する内容：初回から診断、治療の方向が決定されるまでの 1 回から数回の医師の診察及び、心理士の面接内容の中から、治療介入を行っている記述（症状の聴き取りや、症状の説明等）

3) 分析方法

対象者のカルテ記録をテキスト化し、実際に行なわれた治療介入を行っている記述を抽出した。抽出した情報を要素毎に分類し、精神科医 1 名、筆者を含む臨床心理士 3 名、心理士 1 名からなる研究チーム（以下研究チーム）により、プログラム作成に必要なコンテンツを検討した。

4) 倫理的手続き

研究 1 は武蔵野大学倫理委員会にて承認された（承認番号：27033）。文部科学省、厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」⁵⁾を遵守して行った。B 精神科において公告し、A 病院院長の研究実施許可を得た。さらに、本研究の対象者は、カルテ情報（診察と面接記録）から得られたデータの研究利用について初診時に書面にて許諾が与えられた者としている。個人情報の保護については、厳重に保管し、研究者および研究協力者以外は閲覧しないこととし、研究終了後にはデータは破棄することとした。

なお、プログラムに持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure Therapy：以下 PE）を部分的に使用することについては、PE の開発者である Edna B. Foa から了承を得ている。

2. 研究 2

1) 研究対象

- ① B 精神科において、研究期間の 3 年半に性暴力被害後に初診となった性暴力被害者女性の中から、PTSD 症状が軽快もしくは寛解し、インタビューが可能であると主治医が判断した患者のうち、研究参加に同意した 28 歳と 29 歳の女性 2 名
- ② 支援員のうち、研究参加に同意した支援経験 2 年～5 年の 40 歳代から 60 歳代の女性 3 名

2) 調査項目

性暴力被害者と支援員に半構造化面接で聞き取った PTSD の急性期治療 / 回復に役

立つこと、必要とされる項目（継続受診に役立つ要素、治療補助プログラム等）

3) 調査方法

① 調査期間

2016年10月1日～10月21日

② 調査場所

武蔵野大学心理臨床センター、ワンストップ支援センター

③ 調査手順

- ▶ 研究者が研究内容を説明し、面接調査の参加の同意の有無を確認した。その際、書面において面接実施にあたるリスクや、録音すること等を説明したうえで、文書にて同意を得た。
- ▶ 研究者が面接調査への参加に同意した研究対象者に対して、半構造化面接を個別に実施した。

4) 分析方法

作成した暫定版プログラムを基に、対象者に対して、性暴力被害者の治療の補助として役立つと思われるプログラム内容と、継続受診を維持するために必要なプログラム内容に対する意見、暫定版プログラムに対する修正点、追加点の意見を聞き取り、その内容から、研究チームでコンテンツに使用する症状の説明や心理教育の文言をさらに検討した。

5) 倫理的手続き

研究2も武蔵野大学倫理委員会にて承認された（承認番号：27033）。研究2は「心的外傷に触れる質問」は直接行わず介入を行わない研究でもあり、インフォームドコンセントの手続きの簡略化ができる点を踏まえ、以下の点に配慮した。性暴力被害者については、症状が軽快していることを主治医が判断した患者のみを対象とし、研究の説明を行った上、同意書を得た。また、万が一、対象者が面接実施中あるいは後日に症状が悪化する場合のリスクに対応するため、説明書には、専門家である臨床心理士の連絡先を記載し、面接終了後も連絡が可能であることを本人に通知したが、実際には病状悪化も連絡もなかった。研究1と同様、個人情報の保護については、厳重に保管し、研究者および研究協力者以外は閲覧しないこととし、研究終了後にはデータは破棄することとした。

Ⅲ 結果

1. 研究1

B精神科において、性暴力被害後3ヶ月以内に初診となった性暴力被害者は、研究期間の3年半で21名、平均年齢21.8歳（SD=5.3）であった。その属性を表1に示した。カルテ記録によると、B精神科の初診時から数回の医師による診察や心理士による面接においては、トラウマ症状の聞き取りが行われ、自記式の心理検査を施行していた。そ

表1：対象者属性

対象者属性	n(%)	
初診時情報	年齢平均(歳)	21.8
	最小値(歳)	15
	最大値(歳)	43
	被害からの日数(日)	47.52
教育歴	高校生	3 (13.6%)
	高校中退または高校卒	6 (27.3%)
	専門学校または短大卒	4 (18.2%)
	大学または大学院卒	9 (41.0%)
	不明	0 (0%)
婚姻歴	あり(既婚)	2 (9.5%)
	なし	18 (85.7%)
	不明	1 (4.8%)
同居の有無	あり	13 (61.9%)
	なし	8 (38.1%)
親族の 精神科既往歴	あり	8 (38.1%)
	なし	10 (47.6%)
	不明	3 (14.3%)
精神科既往歴	あり	9 (42.9%)
	なし	9 (42.9%)
	不明	3 (14.3%)
処方の有無	あり	11 (52.4%)
	なし	10 (47.6%)
既往の診断名 (複数選択可)	神経発達症群	1 (11.1%)
	精神病性障害群	0 (0%)
	双極性障害群	2 (22.2%)
	抑うつ障害群	2 (22.2%)
	不安症群	1 (11.1%)
	強迫症群	1 (11.1%)
	心的外傷群	0 (0%)
	解離症群	0 (0%)
	不明	2 (22.2%)
転帰	寛解	6 (27.3%)
	治療中	6 (27.3%)
	治療中断	9 (42.9%)
その他	平均診察期間(日) ^{※1}	149.33
	PTSD診断	16 (76.2%)
	CBT実施数 ^{※2}	7 (33.3%)

※1 調査期間中における平均診察日数

※2 定型CBTをB精神科内、もしくは関連機関において行った件数

の後、疾病診断が行われたり心理教育がなされていた。また、必要に応じてリラクゼーション法を伝えたり、CBTの一部を使用していた。治療への動機づけは、その都度行っていた。

21名の診察及び面接記録をテキスト化したものから、症状の聴き取り、心理テスト、治療（認知行動療法）、心理教育、呼吸法の7つの介入内容に分類し内容を記述した。症状の聴き取りと心理教育については、さらに侵入症状、回避症状、認知と気分の変化、過覚醒症状、解離症状に分けて記述し、介入内容毎の人数を表2に示した。

表2：介入内容毎の人数

介入内容	人数	詳細	人数
症状の聴き取り	21	侵入症状	9
		回避	21
		認知と気分の変化	14
		過覚醒	20
		解離	1
心理教育	21	全体	7
		侵入症状	7
		回避	12
		認知と気分の変化	13
		過覚醒	8
解離	0		
呼吸法	7		
アセスメント	15	ASD	2
		PTSD	6
		適応障害	1
		認知の変化	2
		感情麻痺	1
回避	3		
心理テスト	18	自記式	18
		CAPS	8
心理療法	9	不安階層表	3
		活動記録表	2
		支持的面接	4
治療の動機づけ	9		

次に、各介入内容について表3に示す。心理教育は、PE⁶⁾で行っている心理教育を参考にして行っており、ノーマライゼーションを強調して行っていた。また、呼吸法は、PE⁶⁾で使用する「呼吸再調整法」を行っていた。所見としてはPTSD、ASD（Acute Stress Disorder：急性ストレス障害）の疾病診断と、回避症状等の特性に関するものが見られた。心理検査の内容は、CAPS（Clinician Administered Scale for PTSD：PTSD臨床診断面接尺度⁷⁾）やIES-R（Impact of event scale revised：改訂版出来事インパクト尺度⁸⁾）を行い、その説明を行っていた。

カルテ記載の介入内容の大半が症状の聞き取りと心理教育であった。緊張状態を軽減する目的である呼吸再調整法は、多くの被害者が、診療場を離れた場所で実施した結果、有効であったと述べていたことが記載されていた。また、CBT実施の前段階としてCBTの宿題も時に実施されていた。カルテ記載の介入内容が治療継続に有効であるとは一概には言えないが、実際に行っている介入内容をコンテンツとして挙げることに

表3：介入内容（抜粋）

病状の聴き取り	侵入症状	襲われている感覚がよみがえる 事件を鮮明に思い出す 一日中、頭の中で何度も繰り返される 思い出すと体が震える
	回避	似ている男性が怖い 外出したくない バイトで忙しくしている 被害のことは考えないようにしている
	認知と気分の変化	動けなかったことに対して、自分を責める 人から優しくされると、『自分にはその価値がない』と思う
	過覚醒	イライラする 眠れない 集中できない、友達の話を何度も聞く
	解離	ぼうつとしていて気がつくとき時間がたっている
心理教育	侵入症状	トラウマティックな出来事が記憶に刻まれるのは防衛本能で、ある程度普通の反応 似た状況でも何も起きない経験をしていくことが回復する方向となる
	回避	負担がかかることは忘れる仕組みになっているのも症状 回避を続けると一時的には良くなるけど、症状は長引く
	認知と気分の変化	自分を責める、人を信用しないのも症状 自分に価値がないと思っていたら、自分を大事にできない
	過覚醒	悪夢を見るのも症状 緊張状態が続くのは、被害に遭うかもしれないと体が準備しているから
呼吸法	息を吐く方を意識してゆっくり吐き、普通に吸うという呼吸を繰り返す	
アセスメント	回避的、否定的認知がある	
	PTSD	
	感情の麻痺がある	
心理テスト	IES-R	
	CAPS	
心理療法	不安階層表を作成し、宿題とした	
	生活の記録をつける	
治療の動機づけ	感情が出てきたのはいいことで、回復につながる	
	生活の中でできていることをコンプリメントした	

した。さらに、性暴力被害者の多くは、トラウマ体験により自己肯定感が低くなっていることが少なくない⁹⁾。そのため、治療に来たことを賞賛し、続けて来院できるような治療の動機づけが必要であると考えられた。以上のことから、7つに分類した要素の中から、心理教育、リラクゼーション、宿題、動機づけをコンテンツとした暫定版プログラムを作成し、初期画面から遷移するようにした。

心理教育においては、DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5: 精神疾患の診断・統計マニュアル、第5版)¹⁰⁾のPTSDの診断基準に沿って、症状を侵入症状、回避症状、気分と認知の変化、過覚醒症状、解離症状に分類し、実際の記録にある症状の聴き取りの内容をもとにした例文を示し、その症状が起こる仕組みの説明を記述した。侵入症状という言葉は一般的には理解が難しいと考え、平易な再体験という表記にした。

2. 研究2

性暴力被害者2名、支援員3名、合計5名に対してそれぞれ暫定版プログラムを提示し説明した後、インタビューを行った。インタビューをした5名すべては、コンテンツについては十分であると語っていた。インタビュー内容についての語りとしては、性暴力被害者は、自分自身の体験から「自分は悪くない」ということを何回かプログラムの中に記述されている方が、気持ちが高くなるかと述べていたが、支援員の中には重複しているので必要ないという意見もあった。性暴力被害者は、自分が診療を始めたころ

の状態を思い起こして、知りたいことを質問でき、状況ごとのQ&Aや、体験談があると治療の補助として役に立ったと述べていた。また、記述内容で使用している文言が難しいという指摘は支援員から多く出ていたが、性暴力被害者からはなかった。

コンテンツ毎の改善点や修正点についての性暴力被害者と支援員の意見を表4に示す。共通している内容を見ると、心理教育については「このままではなく、回復してい

表4：インタビュー内容

コンテンツ	変更区分	内容
心理教育	変更	音声があと何分って出てくるかいいと思いました。 悪いわけじゃない、回復していくところを強調した方が残るかなって。 花の模様や色が気になった。人によっては何かを連想させるかも。 言葉が難しい。漢字がどこへんまでか、過覚醒、解離とか。 最初声だけ聴いて、えーとかあーとか上に付くと不安になる。機械的なナレーションでもいいかもしれない。あなたはって語りかけるか、抑揚のないナレーションか。 色も変えた方がいい。小西先生のキャラとか入れると。 言葉が難しい。衝撃的はショックとかいうのでは。再体験とかなんとなく固い、文章が。 認知水準が低くなっている時に、まじめに講義みたいなのはきつんじゃないかと。字も入って行かないから、漫画みたいに、誰かがしゃべっている、吹き出しみたいに。 解決できるんだよっていうのもうちよつと入れると。期待持てるっていうのがあるけど、苦しいのが長いというより、もうちよつと何か。 ドキドキが止まらないという表現は、恋心も入ってくるので、レイプされてしまった人だと、ドキドキが止まらないっていうと、その人に対して感情があるっていう風にとらえてしまったりするかもしれないです。心臓が痛いとか、体が物理的にどうなっているかの表現のほうがいいかも。 1のところと、7のところは別なので。かっこをこちらはつけられない方がいいかもしれない。最初にと、最後にしての方がいいかもしれない。
	追加	デザインはお気に入りのキャラクターから選べるといい。
リラクゼーション	変更	動画にテロップがでるといいかな。 声と文が一致していないのがそわそわしちゃう。
	追加	音声だけのバージョンがあったら、選べる。 呼吸法がひとつしかない、合う人合わない人がいるから、選択肢があってもいい。
宿題	変更	もう少し説明がある方がいい。 音声が付いた方がいい。
最後に	追加	ねぎらいの言葉があるといい。 ラッキー占いか、ゲーム感覚でできるような何かを入れると、リセットできるのでは。ぐるぐる回したら、ピュッと出てくる。猫とかネズミとかかわいらしいものを出して、何か言わせる。お疲れとか。
その他	変更	出来なくても大丈夫って念押しをされた方が嬉しいかもしれないです。
	追加	Q&Aで、解離したときには、氷を握りましょうとか、トラウマ症状は何で起きるか科学的な回答を載せるとか助けになります。 病院に来るのが億劫になるのはなぜか、継続をやめたくなるのはなぜかっていう項目があってもいいかなと。 自助グループの情報を伝えると、孤独じゃないからいいかなと。 Aさん、Bさん、Cさんがこういう人がこうなりましたって個人の物語があると、トラウマによって起きているっていう深まりが出てくると思います。 自分が次の診察までにどう風が変わったかを書いてきてもらう。 今日ここまで進みました、次進むとこまで行きますっていうのがあれば。 良くなった人の体験談があった方がいい。 24時間ヘルプデスクがあるっていうのが、最初の頃は、そういう助けが必要なかった思ったんですけど。 あなたはどんどん良くなっているって。パズルが完成されて、きれいな絵だったり。 欲しいのは優しい言葉。 リラックスする音楽が流れるとか。呼吸法するときには、この音楽に合わせていやりましょうって。 ゲームで、キャラクターを育てるとか。人間ではなく、動物とか。 犬の写真見て落ち着かせましょうとか。 体験談とか、あなただけじゃない。Aさんは、こうでした。こうなりましたっていうのがあると。色々パターンを載せてあげるといいかもしれない。 ばれたくないけど、どうすればいいですかっていうことに、隠す必要はないですよとか、隠した方がいいから、そういう時はリラクゼーションの呼吸法使って、他の子と違うことが分からないようにしたらいいですよとか。 何か思うことを書いてきてくださいとか、コメント書く場所ないんですね。一日の日記みたいに、先生に聞きたいことは忘れないように書いておきましょうとか、体調の変化ありますか。 自殺を考えてしまう子がいるかもしれないので、自殺だけは、言い方難しいかもしれないですけど、周りに自殺を喜ぶ人はいないとか、それはプロの方に考えていただいて。どうなんですかね。ひとまず今は命を絶つことが最善ではないとか。 リラックス効果のゲームとか最後にあるといい。

くという表現]、「音声の時間表示」が必要であること、「各症状の説明と全体の説明は分ける」等が語られた。リラクゼーションは、「動画にテロップを入れる」「音声だけのバージョンを作る」、最終画面では、「ねぎらいの言葉」、「リセットできるゲーム」を入れる、その他としては、「Q&A」、「体験談」、「コメント書く場所」があるのが望ましいと語られた。他者に対する不信感からプログラムのマスコットに人間を用いるのは嫌だという意見や、被害を知られる不安についての語りもあり、著者らは、これらの意見を検討した結果、より性暴力被害者に寄り沿った内容となるように配慮した上で、短期間で実現でき、比較的費用のかからない改善点を選択し、暫定版プログラムを変更した。

3. 改訂版プログラム

変更後の各画面の概要は以下の通りである。また、画面遷移図を図2、画面例を図3、プログラムの実施手順を図4に示した。

1) 初期画面

「心理教育」、「リラクゼーション」、「宿題」、「Q&A」、「最後に」からなる4つのコンテンツを示し、指示に従って読めるようにした。

2) 心理教育画面（症状について）

全体の説明と、各症状の説明、さらにトラウマ症状のつらさを認める説明を、カルテ情報の内容から記述した。なお、トラウマ反応の説明に関しては、より理解しやすいように音声でも聴取できるようにした。音声を選択する欄に、音声時間を表示し、聴取時間がわかるようにした。説明文は、つらさに共感し、いつまでも変わらないわけではないことを強調した記述とした。

① 心理教育メニュー画面

下記の7画面を選択するメニュー画面である。

- ▶ 心理教育画面1
「最初に—あなたが弱いせいじゃない—（トラウマの反応とは）」
- ▶ 心理教育画面2
「1. 感覚がよみがえる（再体験とは）」
- ▶ 心理教育画面3
「2. 考えたくない（回避とは）」
- ▶ 心理教育画面4
「3. 自分のせい（認知や気分の変化とは）」
- ▶ 心理教育画面5
「4. 眠れない、いらいら（過覚醒とは）」
- ▶ 心理教育画面6
「5. 自分が自分じゃないみたい（解離とは）」
- ▶ 心理教育画面7
「最後に（何でこんなにいつまでも苦しいの）」

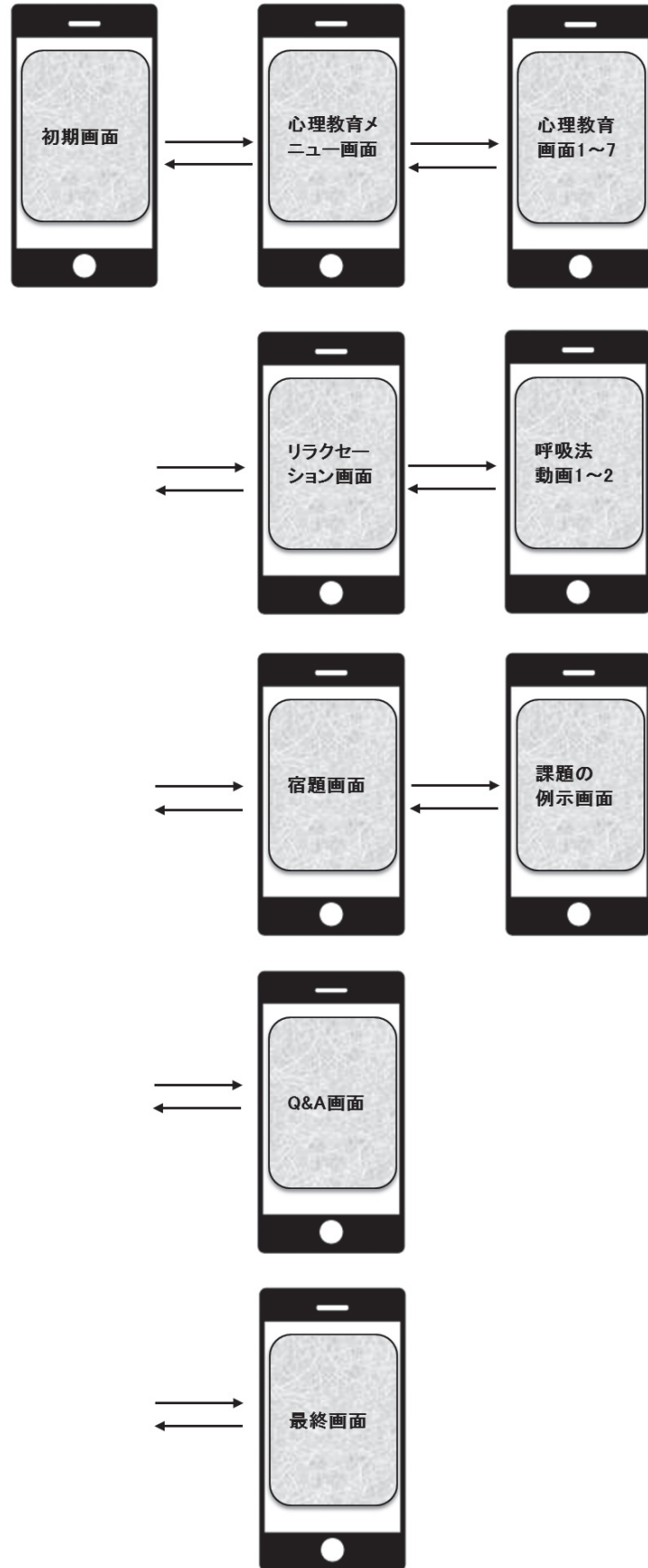


図2：プログラムの画面遷移図

2. 考えたくない（回避とは）

音声で聞く (2'18")

停止

トラウマ体験は、とても衝撃的で、再体験の症状が起きると本当に怖くなります。それを避けたいので、トラウマ体験のことを話さないようにしたり、そのことについて考えないようにしたりする反応が起きてきます。



例えば、考えることを避けるために、今まで以上にバイトや仕事を詰め込んで、無理やり忙しくして、自分が考えないようにする人もいます。

～略～



何か嫌なものがあつた時に避けるのは、人間の普通の行動ですが、その時に、被害にあつた場所、同年代の男性、その時に着ていた服を全部避けるということは、日常生活に大きな影響が出てきてしまいます。

～略～

でも、長い目で見た時には、今の状態を改善するためには役に立たない対処の仕方だといえます。

戻る

トップページへ

進む

図3：プログラムの心理教育内容例

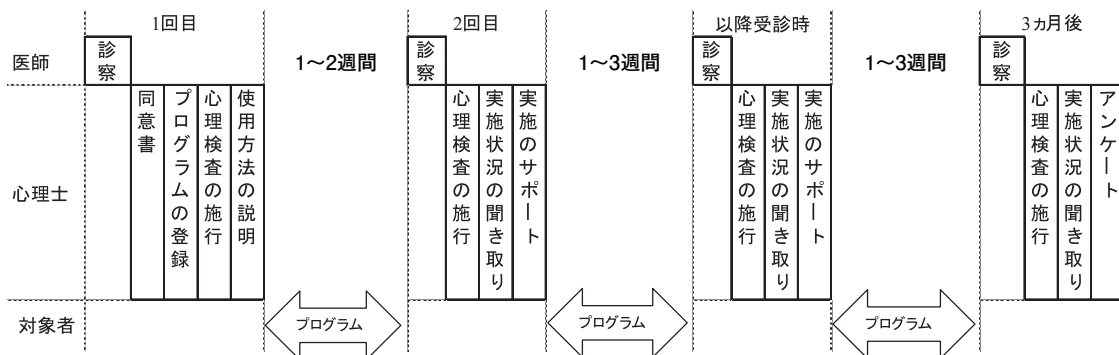


図4：プログラムの実施手順

- ② 心理教育画面 1：トラウマ反応の全体の説明
再体験（侵入症状）、回避、認知や気分の変化、過覚醒、解離の 5 つの反応についての概要を記述した。
- ③ 心理教育画面 2～6：各症状（再体験、回避、認知や気分の変化、過覚醒、解離）の説明
実際の症状にはどのようなものがあるかという例を示し、その症状が起きる理由について下記のように説明した。
 - ▶ 心理教育画面 2（再体験）：急にふっと思い出したり、その時の状況が思い浮かんだりする等の再体験の症状があり、その反応は身を守るため起きるてくる正常な反応である。
 - ▶ 心理教育画面 3（回避）：再体験症状が起こると怖いので、トラウマ体験を思い出さないようにする等の回避症状があり、回避していることは回復を妨げる。
 - ▶ 心理教育画面 4（認知や気分の変化）：トラウマ体験を受けたことで自分を責めたり、世の中がすべて信じられなくなったりする認知や気分の変化も症状であり、その結果、また危険に遭う可能性がある。
 - ▶ 心理教育画面 5（過覚醒）：危険な場所では緊張するのが普通であるが、安全な状況でも夜眠れない、集中できない、神経が過敏になっていることはトラウマ反応の一つである。
 - ▶ 心理教育画面 6（解離）：衝撃的な出来事に遭うと、自分が自分でないみたい、ぼうっとする等の解離の症状が現れ、一時的にはつらさを感じないでいられる。
- ④ 心理教育画面 7：トラウマ症状が長引く理由について
回避や認知の変化が症状を長引かせることの説明と、それが自分のせいではないこと、さらに、回復に関しての情報を示した。

3) リラクゼーション画面

リラクゼーションとして、呼吸再調整法の説明と実施を動画で示した。動画は字幕をつけ、目と耳で確認できるようにした。また、音声のみで実施できるように音声を選択できるボタンを追加し、動画を見られない状況でも聴取できるようにした。

- ① 呼吸法動画 1（呼吸再調整法の説明）：人間が怖い時や興奮した時には息苦しさを感じるので、過呼吸になりやすいが、苦しさを減らすためには、呼吸のペースをゆっくりにして、吸う息を少なくすることが有効である。
- ② 呼吸法動画 2（呼吸再調整法の実施）：「普通で吸って、ゆっくり吐いて、息を止めて（4 秒間）、普通に吸って」の繰り返しを動画で示した。

4) 宿題画面

PE の現実エクスポージャーを参考にし、その説明を行い宿題の例を示した。

- ① 現実エクスポージャーの説明：今避けている状況を取り上げて、回避しなくても良くなるように練習する。
- ② 宿題の例示画面：「友達と一緒に街を歩く」の例を用いて、課題を行った日時やどれくらいストレスを感じたかを数値化したものの記入方法を示した。

5) Q&A 画面

よくある質問、受診継続のための対処について、Q&A 方式で記述した。

6) 最終画面

初めてアプリを使った人と、それ以外の人に対してそれぞれ、次回の診察に継続してこられるような動機付けの内容とした。次回の受診時にプログラムの質問や困ったことがあれば、聞くことができるという記述を加えた。

上記のプログラムに加えて、実施する際に使用する配布資料の作成を検討し、実施する手順を記述した初回用の資料、コンテンツ毎に実施記録を記入する一覧表、宿題を設定した場合に、その説明と宿題を記入する用紙を作成することにした。実施用資料には、メモ欄を設け、質問や、次回の診療で話したいことなどをまとめられるようにした。

IV 考察と今後の課題

本研究では、急性期群の性暴力被害者に対する3年半の診察記録から、コンテンツを検討し、暫定版WEBプログラムを作成し、そのプログラムを性暴力被害者と、支援員に提示し、改善点をインタビューで明らかにした。その結果、改善点をすべて反映させることは、内容が冗長になり、理解しにくくなる可能性があることや、工数面、経費面を考えて行わなかったが、暫定版プログラムを修正し改訂版プログラムを作成した。性暴力被害者に理解してもらうことが必須なので、できるだけ平易な表現を使用した。自分の症状を明確に知ってもらうために、症状を示す専門用語の多くを使用して記述した。

診察や面接時に行っているPTSD症状の心理教育やリラクゼーション法では、PEのコンテンツが多く使用されていた。PEは、現在、PTSDの治療としては、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: 以下CPT)、眼球運動による脱感作と再処理法(Eye movement desensitization and reprocessing: 以下EMDR)とともに国際トラウマティック学会¹¹⁾、VA/DOD臨床実践ガイドライン¹²⁾、コクランレビュー⁹⁾等で推奨されている心理療法である。また、PTSDへの治療効果を測った2013年のWattsら¹³⁾の112件の研究におけるメタ分析によると、CBT全体の効果サイズは、1.26となっており、その中ではCPTが1.69、PEが1.38と高い効果量が示されていた。B精神科や協力機関においても、CBT治療としてPEやCPTが行われているため、その手法が部分的に使われていると考えられる。実際にPEとCPTのプロトコルで使用されている心理教育に大差はなく、双方ともDSM-5の症状に対応した心理教育となっている。今回のプログラムの心理教育にPEのコンテンツを採用したのは、PEの開発者であるFoa博士の了承が得られたことによる。

本研究において、作成したプログラムのコンテンツは、あくまでもB精神科で行っている臨床が基本となっている。プログラムはCBT治療そのものではなく、エビデンスがあるわけではない。他の医療機関において有用であるかも不明である。

また、今回は、WEBプログラムであるため、アプリのような双方向の機能はない。そのため、実施時には、性暴力被害者が、自宅で資料を見ながら行うことができ、実施の感想や、不明点の質問を書き込める配布資料の使用が必要であった。

さらに、スマートフォンを使用するため、使用する人の意志に左右されること、性暴力被害者が主体となって行うため、プログラムを見るエネルギーがない場合、PTSD 症状の回避により実施することもできない場合があることが考えられる。

今後、作成した改訂版の WEB プログラムを急性期の性暴力被害者に対して実施し、有害事象の有無、ドロップアウトの有無、実施上の問題点等を明らかにしていきたい。その上で、宿題の結果やメモを入力できるような双方向機能を持つアプリの開発を行い、今回の研究結果のうち、WEB プログラムの性質上反映できなかった部分についても、検討していきたいと考えている。

謝辞：本研究は平成 26-28 年度日本学術振興会科学研究費助成事業（基盤研究（B））「性暴力被害者を対象とした PTSD の急性期治療 / 回復プログラムの開発および効果検証」(研究代表者：小西聖子、課題番号：2628158) によって行われた。

文献

- 1) 今野理恵子, 浅野敬子, 小西聖子ほか (2017). 急性期と慢性期の性暴力被害者の臨床における実態と今後の治療における課題. *女性心身医学*. 第 21 巻 3 号, 295-305.
- 2) Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A., et al. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Adults. In: Foa, E. B., Kearn, T. M., Friedman, M. J., et al. (Eds.) *Effective treatment for PTSD (2nd edition)*. New York: Guilford Press. (飛鳥井望監訳. (2013). PTSD 治療ガイドライン 第 2 版. 東京: 金剛出版, 115-163.)
- 3) Rothbaum, B. O., Astin, M.C., Marsteller, F. (2005). Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 18 (6), 607-616.
- 4) 総務省 (2016). 平成 27 年通信利用動向調査の結果, http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/data/160722_1.pdf (2017 年 5 月 22 日取得)
- 5) 厚生労働省・文部科学省 (2016). 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイダンス. (http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443_01.pdf) (2016 年 5 月 1 日アクセス)
- 6) Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD Therapist Guide*. Oxford: Oxford University Press (金吉晴, 小西聖子監訳 (2009). PTSD の持続エクスポージャー療法. 星和書店, 東京)
- 7) 飛鳥井望, 廣幡小百合, 小西聖子ほか (2003). CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. *トラウマティック・ストレス*, 1 (1), 47-53.
- 8) Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-revised (IES-R-J) : Four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (3), 175-82.
- 9) Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI : 10.1002/14651858.CD003388
- 10) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. 2013. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳 (2016). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院.)
- 11) Friedman, M. J., Davidson, J. R. T., Stein, D. J. (2009). Psychopharmacotherapy for Adults. In Foa, E. B., Kearn, T. M., Friedman, M. J., et al. (Eds.) *Effective treatment for PTSD (2nd edition)*. New York. Guilford Press. (飛鳥井望監訳. (2013). PTSD 治療ガイドライン 第 2 版. 東京: 金剛出版, 183-203.)

- 12) U.S. Department of Veterans affairs & U.S. Department of Defense. (2017). VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction. [https : //www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf](https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf) (2017年8月6日閲覧)
- 13) Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 74 (6), e551-e557.