

平成 30 年度 博士後期課程学位論文

性暴力被害者の PTSD 症状への早期介入の
有用性の研究

武蔵野大学大学院 人間社会研究科
人間学専攻 博士後期課程

1477001 今野 理恵子

目 次

序論	7
第 I 部 性暴力被害者を含む心的外傷後ストレスへの治療に関する研究の概観	9
第 1 章 性暴力被害者の実態と定義	10
第 1 節 性暴力被害の暗数について	10
第 1 項 日本における性犯罪の実態と通報・相談に関する調査	10
第 2 項 世界における性犯罪の実態と通報・相談に関する調査	12
第 2 節 本研究における性暴力、早期介入の定義	14
第 1 項 性暴力の定義	15
第 2 項 早期介入の定義	16
第 2 章 性暴力被害者を含む心的外傷後ストレスに対する治療的介入	18
第 1 節 心的外傷後ストレスに対する治療的介入	18
第 1 項 急性期の心的外傷後ストレスに対する治療的介入	18
第 2 項 慢性期の心的外傷後ストレスに対する治療的介入	21
第 2 節 推奨されている PTSD に対する治療の概観	23
第 1 項 PE (Prolonged Exposure Therapy: 持続エクスポージャー療法)	23
第 2 項 CPT (Cognitive Processing Therapy: 認知処理療法)	26
第 3 項 EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing: 眼球 運動による脱感作と再処理法)	30
第 II 部 精神科における性暴力被害者の実態と治療補助のプログラムの作成および 検証	33
第 3 章 【研究 1】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	34
第 1 節 目的と背景	34
第 2 節 方法	36
第 1 項 研究対象	36
第 2 項 調査項目	36
第 3 項 分析方法	37
第 4 項 倫理的手続き	37

第 3 節	結果	37
第 1 項	対象者属性	37
第 2 項	転帰毎の内訳	39
第 3 項	心理検査の結果	41
第 4 項	CBT 実施状況	43
第 4 節	考察 1：臨床の実態について	44
第 5 節	考察 2：今後の課題として	46
第 6 節	本研究の限界	46
第 4 章	診療継続の補助ツール開発に関するレビュー	48
第 1 節	心的外傷後ストレスに対するインターネットベースの CBT	48
第 2 節	心的外傷後ストレスに対するインターネットベースの早期介入	49
第 1 項	身体的外傷患者における PTSD 予防のためのインターネットを使用した早期介入：RCT	50
第 2 項	トラウマ TIPS：トラウマ体験となる外傷を負った患者に対してのインターネットを使用した早期介入	52
第 3 項	大災害後のメンタルヘルスと物質使用問題に対するインターネットによる介入：実現可能性の予備研究	53
第 4 項	軍人の精神的ストレスに対するインターネットによる早期介入の予備的研究	54
第 5 項	病気やけがによる医学的なトラウマ体験を受けた子どもたちのトラウマティック・ストレス症状（PTSS）を予防するための新たなインターネットによる早期介入の予備的 RCT	56
第 3 節	性暴力被害者に対するインターネットベースの CBT	60
第 1 項	サバイバーからスライバーへプログラム：レイプ被害を受けた PTSD 患者に対するセラピストが関わるオンラインプログラム	60
第 4 節	PTSD に対するアドヒアランスの概観	63
第 1 項	イラクとアフガニスタンの退役軍人の精神保健医療の取り組みを強化するための電話によるモチベーションインタビューの RCT	64
第 2 項	退役軍人の PTSD 治療におけるモチベーション向上介入の効果	65

第 3 項	退役軍人のエビデンスベースドの PTSD 治療への参加と完遂における短期心理教育と治療計画グループの効果	66
第 4 項	PTSD を有する退役軍人間の治療の遵守および臨床結果に及ぼす電話ケアマネジメントの効果の RCT.....	67
第 5 項	心的外傷後ストレス障害のための遠隔医療に基づく共同ケア： RCT	67
第 5 章	【研究 2 & 3】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 WEB プログラムの作成－	70
第 1 節	目的と背景.....	70
第 2 節	方法	73
第 1 項	研究 2.....	73
第 2 項	研究 3.....	73
第 3 節	結果.....	75
第 1 項	研究 2.....	75
第 2 項	研究 3.....	79
第 3 項	改訂版プログラム	82
第 4 節	考察.....	86
第 5 節	本研究の限界と今後の課題.....	86
第 6 章	急性期性暴力被害者向けプログラム（SARA）の内容	88
第 1 節	画面.....	88
第 2 節	資料.....	102
第 7 章	【研究 4】急性期性暴力被害者向け WEB プログラム（SARA） －実行可能性の検証－	109
第 1 節	目的と背景.....	109
第 2 節	方法	109
第 1 項	研究対象.....	109
第 2 項	研究実施期間	110
第 3 項	研究実施場所	110
第 4 項	研究登録.....	110
第 5 項	SARA の内容	111

第 6 項	SARA 実施資料.....	111
第 7 項	調査項目.....	112
第 8 項	実施方法.....	113
第 9 項	評価項目.....	113
第 10 項	分析方法.....	113
第 11 項	有害事象.....	114
第 12 項	倫理的手続き.....	114
第 3 節	結果.....	115
第 1 項	対象者属性.....	115
第 2 項	中断率と有害事象の発生.....	117
第 3 項	心理検査結果.....	117
第 4 項	満足度アンケートの結果.....	118
第 4 節	考察.....	119
第 1 項	診療の継続.....	119
第 2 項	3 ヶ月以内群と 3 ヶ月超群の比較.....	120
第 5 節	本研究の限界と今後の課題.....	121
第 8 章	【研究 5】SARA の導入・未導入の比較－有用性の検討－.....	123
第 1 節	方法.....	123
第 1 項	研究対象.....	123
第 2 項	調査項目.....	124
第 3 項	分析方法.....	124
第 4 項	倫理的手続き.....	125
第 2 節	結果.....	125
第 1 項	対象者属性（全体）.....	125
第 2 項	転帰.....	127
第 3 項	心理検査結果.....	128
第 4 節	考察.....	130
第 1 項	診療継続の変化.....	130
第 2 項	診療補助の効果.....	131
第 5 節	本研究の限界と今後の課題.....	131

第Ⅲ部 総合考察	132
第9章 総合考察	133
第1節 先行研究のまとめ	133
第2節 本研究のまとめ	134
第1項 研究1	134
第2項 診療継続の補助ツール開発に関するレビュー	135
第3項 研究2	136
第4項 研究3	137
第5項 研究4	137
第6項 研究5	138
第3節 本研究の意義と限界	139
第4節 今後の展望	140
謝辞	142
参考文献	143

序論

性暴力が被害者の心身に深刻な影響を与えることは多くの研究で報告されている。WHO（World Health Organization：世界保健機構、以降WHO）¹は、性暴力による影響を性と生殖に関する健康（Reproductive health）、精神健康（Mental health）、行動上の影響（Behavioral）、生命にかかわる転帰（Fatal outcomes）の4つに分類して説明している。性と生殖に関する健康における影響は、性暴力による性器への外傷、思いがけない妊娠、その中絶、さらには将来的な妊娠を望めない機能不全の状態が挙げられている。精神健康としては、抑うつ状態、心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder：以降PTSD）、パニック障害等があり、行動としては、性的逸脱、アルコールや薬物の乱用等が、生命にかかわる転帰としては、自殺、妊娠合併症、安全でない中絶の結果、HIV感染等が挙げられている。

精神健康（Mental health）への影響として挙げられているPTSDは、とりわけ性暴力被害によるものが多い。性暴力被害者女性がPTSDに罹患する割合は45%で、その症状は未治療の場合、5年以上続くと言われている²。しかし、急性ストレス障害（Acute stress disorder：以降ASD）の治療と慢性PTSDの予防という観点に立った早期介入の研究を見ると、性暴力被害者への早期介入については、推奨される介入方法がまだないことが示されている³。本邦において、医療機関における性暴力被害者への早期介入についての報告は筆者の知るところではない。先行研究である浅野らの研究⁴では、性暴力被害者支援を行っている都内にあるワンストップ支援センター（以降C支援センター）と連携している産婦人科小児科病院（以降A病院）内に併設されている精神科（以降B精神科）へ、性暴力被害者が紹介される経緯についてと、紹介された性暴力被害者の情報が報告されている。C支援センターが開設された2012年6月からの3年半において、B精神科に紹介されカルテ情報の研究利用について許諾が得られた性暴力被害者は30名で、そのうち8名が平均受診期間36.75日で中断していたことが報告されていた。B精神科は、性暴力被害者支援やPTSD治療に特化した稀有な精神科であるが、そこでも治療を継続できずに中断してしまう被害者が約27%いた。臨床的な印象では、トラウマ反応の回避症状によって精神科の受診を避けてしまう可能性が考えられたが、その実態は明らかになっていない。多くの性暴力被害者が訪れるB精神

科の性暴力被害者の診療の実態をさらに検討することによって、中断を含む早期介入の課題を検討できると考えた。

本研究では、どうすれば、医療機関において性暴力被害者が早く適切な治療法と巡り合い、さらに、そのモチベーションを持ち続け治療に参加し、よい結果を得られるかについて模索するため、医療機関における性暴力被害者への早期介入の実態、問題解決の方法、実行可能性の検討として、以下の研究を行うことにした。第一に、精神科を訪れた性暴力被害者の実態と性暴力被害者に対する診療内容を明らかにする。続いて、診療継続を促進するツールとして自宅での使用を想定したプログラムを作成する。最後にそのプログラムの実行可能性の検証を行う。

本論文の構成は、3部9章から成る。第Ⅰ部第1章では、性暴力の実態、早期介入の実態を先行研究・調査から概観し、研究対象としての性暴力、早期介入の定義を行う。第2章では、性暴力被害者を含む心的外傷後ストレスに対する治療的介入の種類と最近の研究を概観する。

第Ⅱ部第3章では、精神科における性暴力被害者の実態をその被害後からの期間により比較検討した結果を示す。第4章では、過去10年間のWEBプログラムの研究と、PTSD患者の治療に対するモチベーションアップに関する研究を概観する。第5章では、性暴力被害者に対する治療内容を分析しWEBプログラム作成に必要なコンテンツを検討し、作成した暫定版プログラムを報告するとともに、性暴力被害者とワンストップ支援センターの支援員に対して行った暫定版プログラムについてのインタビュー内容を基に、コンテンツをさらに検討した結果を示す。第6章では、改定したプログラムの内容を抜粋して示す。第7章では、作成したプログラムを性暴力被害後に初診で精神科を訪れた被害者に対して実施した結果を示す。第8章では、プログラム導入前と導入後の性暴力被害者の実態を比較し、導入の有用性を検討する。

第Ⅲ部第9章では、総合考察を行うとともに、本研究の意義、限界および今後の課題について検討する。

第 I 部 性暴力被害者を含む心的外傷後ストレスへの治療に関する研究の概観

第1章 性暴力被害者の実態と定義

性犯罪の実態について、各国で調査が行われている。本章では、その結果を概観するとともに、本研究の対象となる性暴力被害者の定義を行う。

第1節 性暴力被害の暗数について

第1項 日本における性犯罪の実態と通報・相談に関する調査

日本では、2017年7月13日、性犯罪に関わる刑法改正⁵が施行された。「強姦」は「強制性交等」に変更され、その対象も「女子」から「者」と変更され、性別を問わなくなった。また、強姦罪は被害者の告訴を必要とする親告罪であったが、非親告罪となった。法制審議会では、親告罪であると、被害者が告訴する判断をしなくてはならないため被害者の心理的負担となることや、被害者が心身ともに悪影響を受けていて告訴することが困難となる場合が少なくないことが審議され、その内容を踏まえたものとなった。さらに、強制性交等罪に対しては、懲役3年以上の罰則が5年以上に引き上げられた(表1-1参照)。しかし、強姦罪等における暴行・脅迫要件の緩和について審議された結果、「13歳以上の者に対し、暴行又は脅迫を用いて」については、現行のままとされた⁶。

この法改正によって、今後の犯罪統計も変化することが予想されるが、ここでは、従前の定義を用いて性犯罪の実態を見ることにする。

日本における性犯罪の2016年の認知件数は、強姦が989件、強制わいせつが6,188件であり、それに対して検挙件数は、それぞれ970件、4,207件であった。強姦における過去20年を概観すると、認知件数は2003年の2,472件をピークに減少傾向にあり、検挙件数は逆に2002年に62.3%と最低値を記録したがその後上昇し、2016年は98.1%と最高値を示した⁷。この結果は、検挙が困難なケースを認知しなかった可能性も考えられ、性暴力被害の減少とは一概に言えない。通報・相談できなかつた暗数を鑑みると、この犯罪統計における性犯罪数が犯罪被害の実態をどの程度反映できているかという問題が考えられる。それについて、以下に述べる。

表 1-1. 改正された性犯罪規定

(強制性交等)

第177条 13歳以上の者に対し、暴行又は脅迫を用いて性交、肛門性交又は口腔性交（以下「性交等」という。）をした者は、強制性交等の罪とし、5年以上の有期懲役に処する。13歳未満の者に対し、性交等をした者も、同様とする。

(新設) (監護者わいせつ及び監護者性交等)

第179条 18歳未満の者に対し、その者を現に監護する者であることによる影響力があることに乗じてわいせつな行為をした者は、第176条（注：強制わいせつ罪）の例による。

2 18歳未満の者に対し、その者を現に監護する者であることによる影響力があることに乗じて性交等をした者は、第177条の例による。

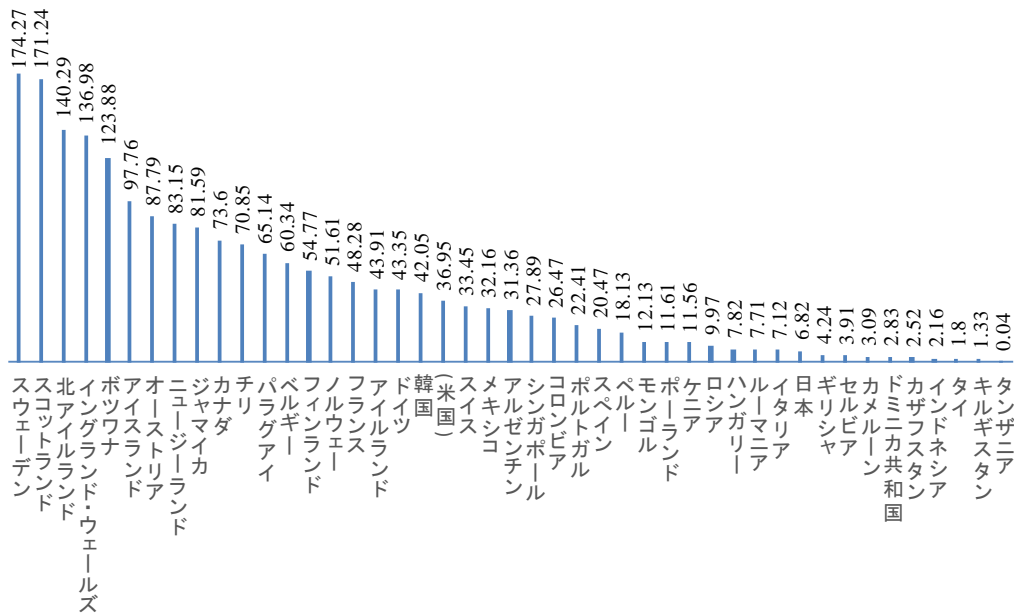
内閣府男女共同参画局の2017年の「男女間における暴力に関する調査」によると、13人に1人の女性は異性から無理やり性交された経験があり、その約6割がどこにも相談していないと報告されている⁸。その数値は、2008年、2011年、2014年の調査とあまり変わっていないことから、性暴力被害を相談する割合が変化していないことが推測される。

暗数が存在する理由は、以下の調査結果が示していた。上記の内閣府の調査⁸から、相談していない6割の人が相談しなかった理由（複数回答）として、「恥ずかしくてだれにも言えなかった」（52.2%）、「自分さえがまんすれば、なんとかこのままやっていけると思ったから」（28.3%）、「そのことについて思い出したくなかったから」（22.8%）となっていた。また、「若年層を対象とした性暴力被害等の実態把握のためのインターネット調査」⁹の中でも、被害に遭ったことを相談できない理由が調査されている。この調査の結果では、モデル・アイドル等の勧誘を受けたり、モデル・アイドルのアルバイトの募集広告を見て応募した2,575名のうち、契約時に聞いていない又は同意していない性的な行為等の写真や動画の撮影に応じるよう求められた経験がある人が105名で、その半数以上が10代であったと示された。105名の中でそのことを誰かに相談したことが「ある」が34.3%（36人）、「ない」が65.7%（69人）であり、相談しなかった理由としては、「相談するのが恥ずかしかったから」（39.1%）が最も高く、次いで「家族、友人・知人等に知られたくなかったから」（21.7%）、「自分の責任なので、自分でなんとかしなくては

けないと思ったから」(20.3%)、「自分にも悪いところがあると思ったから」(18.8%)であったと報告されている。このように、相談できなかった理由は、恥、回避、自責感などの心理的要因が主であった。

第2項 世界における性犯罪の実態と通報・相談に関する調査

このような性暴力被害に関して暗数が存在すること、被害者が相談しない理由は心理的なものであることは、日本だけの特徴なのだろうか。国連薬物・犯罪事務所（United Nations Office on Drugs and Crime：以降UNODC）が調査した統計結果であるUN-CTS（United Nations Surveys on Crime Trends and the Operations of Criminal Justice Systems）による2014年の海外における性暴力発生率¹⁰を見ると図1-1の結果となり、日本は各国の中では低い。なお、性暴力発生率とは、「性的暴力」と警察に通報された件数を人口10万人当たりの件数としてあらわしたものである。UNDOCでは「『性的暴力』とは、脅迫、強制、詐欺、欺瞞などの結果としての、同意なしもしくは有効な同意なしに、望ましくない性的行為、性的行為を得ようとする試みであり、『レイプ』『性的暴行』『性暴力のその他の行為』が含まれる（筆者要約）」と定義されている。日本のデータは、強姦と強制わいせつの認知件数の合計となっている。したがって、この統計は、「性的暴力」が司法に認知された件数であり、通報率が大きな意味を持つと考えられる。通報率が低ければ、性犯罪の発生率も低くなるため、各国の差は、犯罪率の差とは一概に言えないと考えられる。むしろ、スウェーデン、後述するイングランド・ウェールズなど、女性被害者支援の先進国と言われる国での発生率が高いことは、支援の進展とともに日本の発生率も変わる可能性があることを示唆している。



注) 米国は性暴力犯罪発生率のデータがなかったため、レイプ発生率を載せている
 出典：UN-CTS のデータより筆者が抜粋し作成した

図 1-1. 各国の性暴力犯罪発生率（人口 10 万人当たりの通報件数）

(Total Sexual Violence at the national level, number of police-recorded offences)

米国における性暴力全体の犯罪発生率がデータ上になかったが、米国司法統計局（Bureau of Justice Statistics : BJS）の国家犯罪被害調査（National Crime Victimization Survey : 以降 NCVS）¹¹によると、12 歳以上の 2014 年におけるレイプと性的暴力の 1,000 人当たりの被害発生率は 1.1 人となっていた。このデータは、米国の代表的な米国家庭のサンプルから「12 歳以上の致命的ではない犯罪に関する情報」を収集したものであり、警察へ通報していないデータも含む。その中で警察に通報した割合は 33.6%となっており、1.1 人の内訳は通報が 0.4 人、通報なしが 0.7 人であった。この値は、日本における「無理やり性交された体験を持つ女性が警察に相談した割合：2.8%」⁸と比べるとかなり高くはあるが、7 割近くが通報できないという結果からは、米国にも性犯罪の暗数がかかなりあると推測される。

また、英国のイングランド・ウェールズでは、法務省、内務省、国家統計局が共同作成した公式統計により性犯罪の概要が提供されている¹²。データは、2009 年~2010 年、2010 年~2011 年、2011 年~2012 年の 3 年間のデータの平均

が示されている。それによると、レイプ（未遂も含む）を警察に通報した件数は 15,670 件であり、そのうち立件されたのが 3,850 件（約 25%）、訴訟手続きに進んだのが 2,910 件（約 19%）、有罪となったのが 1,070 件（約 7%）と報告されている。イングランド・ウェールズの全犯罪の立件率は 27%であることから、レイプの立件率も平均的であるといえるが、対人暴力の立件率の 44%と比べるとかなり低い。さらに、同時に 16 歳から 59 歳の男女に対して行ったアンケート調査¹²は、被害に遭った女性の 28%が誰にも相談できず、警察に通報したのがわずか 15%だったと報告している。その理由として、「恥ずかしい」、「警察が助けてくれるとは思わなかった」、「私的な出来事であり、警察の仕事ではないと思った」との回答が寄せられていた。イングランド・ウェールズにおいても、暗数の存在は看過できないレベルであると考えられる。また、その理由は、日本と同様、心理的要因が主な理由であるとうかがえる。

以上の調査結果から、世界のいくつかの先進国においても日本においても性暴力被害について明らかになっているのは一部にすぎず、警察に通報していない性暴力被害者、相談機関に相談していない性暴力被害者、医療機関を訪れていない性暴力被害者、それぞれの実態については、まだ明らかになっていないことが示唆された。その理由を被害者に尋ねると心理的要因があり、その心理的要因、すなわち恥や回避や自責感などの感情がどこから生まれたかと考えると、そこには性暴力被害の 2 つの特質があると考えられる。一つは社会的問題である。性暴力に遭った被害者を責める社会的偏見が存在することは周知のことである。一方、このような感情はトラウマ体験としての性暴力被害への心理的反応からもたらされる。世の中や他者に対する不信感や自責感は、直接的にトラウマ反応としてもたらされる。

このように性暴力被害が暗数となりやすいことは世界に共通の問題であり、そこには世界に共通する性暴力被害者の心理的な問題が存在している。それは社会的な要因、及びトラウマへの心理的反応の両側面からもたらされるものである。

第 2 節 本研究における性暴力、早期介入の定義

第 1 項 性暴力の定義

前節で概観した日本及び各国の性暴力被害の実態では、それぞれ性暴力の定義とその実態を示しており、それぞれの用語が使用されている。UNDOC の定義は前節に示したが、米国司法省は、「性的被害 (Sexual assault) とは、受ける側の明示的な同意なしに発生するあらゆる種類の性的接触または行動である。強制的な性交、強制的な性交類似行為、児童虐待、近親相姦、性器等への接触、そして強姦未遂が性暴力の定義に含まれる (筆者要約)」¹³としている。さらに、米国司法統計局の NCVS では、レイプとレイプ以外の性的被害を以下のように定義している¹⁴。

レイプ (Rape) は、被害者の意思に反して、力を持ってもしくは脅迫による行為、またはそのような行為を試みることによる、人の不法な侵入である。心理的強制と物理的強制の両方を含む強制的な性交を示す。強制的な性交とは、犯罪者による性的な侵入 (性交、肛門性交、口腔性交) を意味する。レイプには、異物の侵入、男性と女性に対する被害、異性愛者と同性愛者のレイプの両方の事件も含まれる。強姦未遂には、言葉による脅迫が含まれる。(レイプ以外の) 性的被害 (Sexual assault) は、強姦、強姦未遂以外の、幅広い性的被害を指す。これらの犯罪には、一般に、被害者と犯罪者の間の望ましくない性的接触を伴う攻撃または攻撃未遂が含まれる。力を使用する場合もしない場合もあり、束縛や愛撫も含まれる。また、言葉による脅迫も含まれる。(筆者訳)

日本においては、刑法上強制わいせつは「13 歳以上の者に対しては、暴行又は脅迫を用いてわいせつな行為をすること」、強姦から呼称が変わった強制性交等は、「13 歳以上の者に対しては、暴行または脅迫を用いて、性交、肛門性交または、口腔性交をすること」を示している。

以上のように、各国により犯罪としての定義や用語がさまざまであるのは、当然であるが、本研究で取り上げる性暴力被害者とは、犯罪被害者として犯罪が認知された人に限らず、被害に遭ったことで心的外傷を受ける可能性がある被害者である。よって、より広義な以下の WHO の定義¹⁴を用いることとする。

性暴力（Sexual violence）の定義：家庭や職場などの場所や被害者との関係に関わらず、どんな状況下であっても強要を伴って人に対して行われる性的行為のすべて（望まれない性的発言、性的な誘い、人身売買を含む）である（筆者要約）

第 2 項 早期介入の定義

性暴力被害者に対する心理学的な早期介入の研究は容易ではない。その時期の被害者を研究対象とすることが、そもそも困難だからである。したがって、性暴力被害者を対象とした多くの心理学的研究は、慢性期を対象としている。

性暴力被害者に早期に介入する社会的な制度としては、警察司法や救急制度、緊急支援的な福祉制度などが考えられる。諸外国においては、ボランティアベースの 24 時間被害者支援組織などが 1970 年代から組織されてきた^{15,16}。日本では、性暴力被害直後からの支援を行う性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターが政策的に全国に設置されつつある。「性犯罪・性暴力被害者に、被害直後からの総合的な支援（産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法的支援等）を可能な限り一か所で提供することにより、被害者の心身の負担を軽減し、その健康の回復を図るとともに、警察への届出の促進・被害の潜在化防止を目的とするもの」である¹⁷。2005 年に施行された犯罪被害者基本法のもと、2011 年 3 月に策定された第 2 次犯罪被害者等基本計画においてその設置が促進されている。

このような支援機関には、早期介入を必要とする被害者が現れると考えられる。筆者らは前述の C 支援センターと連携した精神医学的・心理学的実践を行うことで、性暴力被害者への早期介入を研究対象とすることになった。全国的にも、性暴力被害者のワンストップ支援センターの整備が進められていること¹⁷から、今後、急性期の被害者が精神科を受診することも増えると考えられる。本研究では、今まで研究の対象とにくかった急性期の性暴力被害者を対象とし、急性期の性暴力被害者に対する精神科における治療的介入を早期介入と位置付けた。

以下では心理学的早期介入の時期についての先行研究を概観する。

心的外傷体験の後にトラウマ反応を示した場合、DSM- 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth edition : 精神疾患の診断・統計マニュアル 第5版 : 以降 DSM-5) ¹⁸では3日～1ヶ月間の状態を ASD、1ヶ月以上を PTSD と診断する。また、3ヶ月以内の PTSD は急性 PTSD と呼ばれ、その症状は ASD とかなり重複すると言われており、コクランレビューでは、臨床的な観点から、早期介入の期間を14日から3ヶ月とし、ASD、急性 PTSD、およびこれらの状態に準じる閾値下の症状をレビューし、心理的介入の影響を評価することが合理的かつ適切だとした ¹⁹。また、Roberts らのメタアナリシスで取り上げた早期介入の対象も、心的外傷体験の3ヶ月以内となっている ²⁰。

一方、国際トラウマティック・ストレス学会で編纂された PTSD 治療ガイドラインにおいては、児童青年期の心的外傷体験者に対する急性期介入を体験後6週間以内と定義している ²¹。成人に対しては、早期介入の方法として心理的デブリーフィング ²² と認知行動療法的早期介入 ³ に分けて評価している。心理的デブリーフィングの介入時期は心的外傷体験後1ヶ月以内としているが、認知行動療法的早期介入については、その時期は明確にはしていない。PTSD 治療ガイドラインは、“early intervention”、“acute stress disorder”、“cognitive behavioral therapy”、“posttraumatic stress”の用語で検索して収集した研究から、評価し作成されている。その結果、性暴力被害者に対して行った早期介入は数週間～3ヶ月以内であった。

急性期の性暴力被害者に対する早期介入は、心的外傷体験後に自然回復する場合も考慮し、コクランレビュー、PTSD 治療ガイドラインと同様に心的外傷体験後約3ヶ月以内とする。

第2章 性暴力被害者を含む心的外傷後ストレスに対する治療的介入

他のトラウマ体験に比べて性暴力被害は PTSD を発症する人が多いことが示されている²。本章では、B 精神科において使用する診療補助ツールのコンテンツや実施方法を検討するために、PTSD を始めとする心的外傷後ストレス反応に対する治療的介入について概観する。

第1節 心的外傷後ストレスに対する治療的介入

第1項 急性期の心的外傷後ストレスに対する治療的介入

性暴力被害を含むトラウマ体験直後の急性期の被害者は、ASD と診断される症状を示すことが多い。ASD は、DSM-IV ではハイリスク群を識別するための初期のスクリーニングの機能を持つ、すなわち、後の PTSD を予測する機能が高い診断基準としてとらえられていたが、DSM-5 では、ASD は、PTSD を予測するよりも、急性期のストレス反応そのものを説明するものとされている²³。DSM-5 の ASD 診断基準を以下に示す。

- A. 実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への、直接または、他人に起こった出来事の見撃、親しい人に起こった出来事の見撃、仕事に関連する体験の4つの曝露のうち、1つ以上を体験している
- B. 心的外傷的出来事後に発現または悪化した侵入症状、陰性気分、解離症状、回避症状、覚醒症状の5領域14症状の中から9つ以上の症状があること
- C. 心的外傷後3日から1ヶ月以内であること
- D. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能障害を引き起こしていること
- E. その障害は、物質または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではないこと

(出典：「DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル」¹⁸より筆者まとめ)

これらの症状を呈していても、PTSD を発症せずに、たいていの方はトラウマから回復する²⁴が、性暴力被害者女性の場合、回復するのは55%にとどまる²。回復せずに PTSD を発症することのリスク要因については、これまでさ

さまざまな研究がなされてきた。個人の特性としては、女性であること、被害に遭った時の年齢が若いこと、社会経済的状況が低いこと、学歴が低いこと、知能が低いこと、少数民族であることなどが知られている²⁵。以前のトラウマ体験や精神科既往歴との関連も指摘されている²⁶。また、特に初期の解離症状が後のPTSDの予測因子であることも示されている²⁷。PTSDの発症の仕組みは、トラウマやトラウマ後の過度なネガティブな評価、精緻化できない記憶とつながった強い思い込みや、強い知覚プライミングにより特徴づけられた自動記憶の障害で説明できると、EhlersとClark²⁸は報告した。つまり、トラウマ体験により認知の変化、偏った思い込みが持続していることが、PTSDの発症につながるかと主張した。また、最近のCarperらの研究では、性的暴力に遭った被害者が急性期に呈した再体験症状と感情麻痺の程度が3ヶ月後のPTSD症状の重篤さの度合いを示していることが指摘された²⁹。さらに、Shinらによると、初期の頃の回避と言語化されなかった記憶は、5ヶ月後のPTSD症状を予測したと報告された³⁰。このように過去20年間の研究では、深刻なレベルのASD、急性期のPTSDをリスク要因の知見を用いて予測し、慢性PTSDの発現を防ぐために、どのように支援するかということに焦点が当てられていた²⁴。

さらに、以前の研究では、被害直後を含めた急性期の症状として、記憶の侵入、回避反応、睡眠障害、集中力の問題、感情の麻痺、現実感喪失、離人感などのストレス反応が特徴として示されていた。しかし、最近の研究では、そのストレス反応がより複雑な時間的経過をたどることが示されている³¹。多くの研究では、トラウマ体験後の経過を4種類で示しており、①一貫してPTSD症状をほとんど示さない、②初期に苦痛を示すが段階的に回復する、③反応が遅れて出現し、時間経過とともに増加する、④臨床的に重度なPTSD症状が常にあると分類している^{32,33,34}。トラウマ体験後早期にASDと診断されても回復する人、トラウマ体験直後には症状が現れずASDの診断はされない人等の対象者から、PTSDを発症するかどうかを判断するのは困難であり、ASDの診断がPTSDを発症するリスクが最も高い人を識別するのに十分ではないと批判されている³⁵。一方、レイプ被害者においては、ASD診断を受けた約3分の2のケースがその後PTSD診断を受けたことが示されており²⁷、レイプ被害者に

においては、ASD の診断が PTSD の発症リスクの識別に一定割合有効な可能性がある。

PTSD やトラウマ症状に対する早期介入に関しては、Litz らによると、比較的明白な事故の被害者が顕著な PTSD 症状を呈している際に、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: 以降 CBT) を用いることが推奨されているが、性暴力被害者については、十分なエビデンスが不足しているため、推奨される介入方法がまだないことが示されている³。コクランレビューによると、トラウマ体験 3 ヶ月以内に行った介入の中で、トラウマに焦点づけした CBT は、待機や支持的カウンセリングと比較して、PTSD 症状の軽減に有効であったことが示されているが、今後さらなる追跡、質の高い試験の必要性が示唆されている¹⁹。また、心的外傷後に早期介入で心理的デブリーフィングを行った 12 件のランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial: 以降 RCT) を見ると、被害内容に性暴力被害はなく、交通事故、強盗被害、流産、PKO 派遣等であり、その効果量は -0.22~0.22 となっていた。デブリーフィングの内容も、心理教育的なもの、感情の放出を促すものとさまざまであり、また対象としては個人の場合、集団で行った場合もあったが、いずれの結果も効果が顕著には見られず、PTSD 症状が悪化したケースも見られた²²。

一方、Rothbaum らの最近の研究では、持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: 以降 PE) の手法を使い、全 3 セッションで、想像エクスポージャー、心理教育、呼吸再調整法を行い、宿題として現実エクスポージャーを行う修正版 PE (Modified Prolonged Exposure Therapy: 修正版持続エクスポージャー療法) の検証が行われた。修正版 PE は、トラウマ記憶が定着する前に記憶の修正を行うことを目指したもので、トラウマ体験後平均 11.79 時間以内に症状評価された後、3 週にわたって実施された。その結果、レイプ被害者は、他のさまざまなタイプの被害者と比較して、4 週後、12 週後に PTSD 反応が一番減ったと報告があり、レイプ被害者における CBT の早期介入の効果の可能性が示唆された³⁶。しかし、対象者はトラウマ体験直後に救急センターに来院している患者に限定されており、性暴力被害者全体を論ずることはできず、今後も研究が必要である。

このように、急性期の性暴力被害者に対しては、確固たる指針が明らかにされていない。

第 2 項 慢性期の心的外傷後ストレスに対する治療的介入

早期介入の参考にするため、慢性期と言われるトラウマ体験後 3 ヶ月以上の PTSD 症状をはじめとする心的外傷後ストレス反応を示すトラウマ体験者に対する研究を見てみる。心的外傷体験全般を対象にした研究では、PTSD は、全く治療がされなくても 30% の患者が完全に回復し、残りの 70% のうち、40% が軽度の症状を持続的に体験し、20% は中等度の症状があり、10% が不変か悪化すると示されている³⁷。PTSD を発症するリスク要因については前項で述べたが、PTSD の慢性化は、「通常回復の失敗」と表現されている。Cahill らは、通常回復の過程とは、トラウマ記憶が繰り返し賦活されることによって、感情が処理されていくが、トラウマ記憶への感情的な取組みを避けていると、記憶が賦活されず、いつまでも PTSD 症状が続くと示唆している³⁸。

性暴力被害者の場合には、被害に遭ったことについて恥ずかしい、自分が悪かったからという思いが強かったり、被害のことを忘れたいという気持ちがあるため、より回避的であることは多くの研究が示すところである^{8,9,12,39}。また、日本では心療内科や精神科への受診をためらう風潮が今でも根強い。日本の調査⁴⁰では、PTSD に限ってではないが、こころの健康問題で専門家を受診しないと答えた人は 35%、専門家を受診していることを友人に知られると恥ずかしいと答えた人が約 45% であった。このような受診回避が、症状を自覚するよりも、否認したり回避したりする心理を助長し、PTSD を慢性化させる要因の一つとなっていることも考えられる。Kessler ら²の研究では、心的外傷体験の中でもレイプ被害に遭った人のうち、男性は 65%、女性は 45.9% が PTSD を発症したことが報告され、自然災害、事故、暴行などの被害者に比して 5 倍以上高いことが示された。さらに、PTSD に罹患し未治療の場合、その症状は平均 5 年以上持続することも示され、被害者に深刻な健康問題が発生することが考えられた。

慢性期の PTSD に対する治療については、PE、認知処理療法（Cognitive Processing Therapy：以降 CPT）をはじめとする CBT、眼球運動による脱感作と再処理法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing：以降 EMDR）、薬物療法、力動的な精神療法、催眠療法、自助グループ等、さまざまな療法が研究及び実践されている。PE、CPT、EMDR の詳細については、次節で述べる。薬物療法で使用されている代表的な薬物として、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRIs：以降 SSRI）をはじめとする抗うつ薬が挙げられる。抗うつ薬は、うつ病の治療薬として開発されたが、PTSD に対する治療薬の効果も検証されている。種類としては、SSRI、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRIs：以降 SNRI）、三環系抗うつ薬（TCAs）、モノアミン酸化酵素阻害薬（MAOIs）等があるが、第 1 選択薬として SSRI、SNRI が推奨されている⁴¹。

上記で示した PTSD に対する治療毎に、その治療効果を測った 2013 年の Watts ら⁴²の 112 件の研究におけるメタアナリシスによると、CBT 全体の効果サイズは、1.26 となっており、その中では CPT の効果サイズが 1.69 と最も高く、以下、認知療法（Cognitive Therapy：以降 CT）：1.63、PE：1.38 であった。抗うつ薬全体に対する治療の効果サイズは 0.43 であり、SSRI は 0.48、TCAs は 0.36、MAOIs は 0.28、VENLAFAXINE は 0.48 であったことが報告されている。また、EMDR：1.01、力動的な精神療法：0.78、催眠療法：0.72、自助グループ：0.44 とそれぞれ、中等度から高等度の効果サイズが認められた。

また、PTSD に対する治療の中で、CBT に関しては、RCT が多数行われている。Cahill ら⁴³のレビューによると、24 件の RCT が検討され、その技法としては PE を含む曝露療法（Exposure Therapy：以降 EX）、ストレス免疫訓練（Stress Inoculation Training：以降 SIT）、CPT、CT、リラクゼーショントレーニング、弁証法的行動療法（Dialectical Behavior Therapy：以降 DBT）、アクセプタンス & コミットメントセラピー（Acceptance and Commitment Therapy：以降 ACT）の 7 つと、それらの組み合わせの治療が挙げられている。その中で、EX、CT、SIT、もしくはある程度の形式の EX と定型的 CT（例えば CPT）ないしは SIT を組み込んだ多くの組み合わせプログラムの中のの一つを、慢性 PTSD に対する治療の第一選択として推奨するとしている。RCT の対象とする心的外傷体験

は、自動車事故、戦闘体験、テロ、性的暴力、性的虐待等であり、被害内容に関わらずその効果が示された。

性暴力被害者に対する RCT としては、Rothbaum が、参加者 74 名を PE 群、EMDR 群、待機群に分けてその効果を測った⁴⁴。その結果、PE 群および EMDR 群がともに、待機群と比較して、治療直後に臨床的および統計的に有意な改善が同等にもたらされたと報告されている。治療後には、PE 群の 95%と EMDR 群の 75%は PTSD の基準を満たさなくなり、ほとんどの場合、その効果は治療後 6 ヶ月においても維持されていた。このことは、PE と EMDR の治療内容の中で、被害の記憶に直面している被害者を援助し、安心して記憶にとどめることができるまで曝露を繰り返すこと、外傷の感情的な処理を助け、治療プロセスを介して認知的な変化を目指すことが共通しているためと推察されている⁴⁴。

現在、PTSD の心理療法としては、PE、CPT、EMDR が国際トラウマティック・ストレス学会⁴¹の PTSD 治療ガイドライン、VA/DoD 臨床実践ガイドライン⁴⁵、コクランレビュー⁴⁶等で推奨されているが、日本の医療機関や心理相談機関では、実施している機関は多くはない。B 精神科においては、性暴力被害者に対して、PE、CPT を B 精神科内、もしくは関連機関において行っている。治療補助のツールに使用できる要素がありうると考え、推奨されている以下の心理療法を概観する。

第 2 節 推奨されている PTSD に対する治療の概観

第 1 項 PE (Prolonged Exposure Therapy : 持続エクスポージャー療法)

PEは、Foa⁴⁷らにより開発されたPTSDに対するCBTであり、情動処理理論を背景としている。通常、現実的に危険な場面で恐怖を感じ危険を回避することは、適応的な行動である。しかし、PTSDの人は、現実を歪曲させ過剰に反応した結果、日常生活の中で特に危険でもないのにトラウマ体験を思いだして多くの場面で恐怖が賦活される。そのため、恐怖を感じないように記憶の賦活を回避し、情動処理が進まず、PTSD症状が継続される。つまり、状況と感情の関連性が誤ったまま維持され、侵入症状や認知の変容などの症状が慢性化することになるというのが、情動処理理論である。FoaとKozak⁴⁸は、その恐怖構造

を病理学的関連と位置づけ、情動処理には、恐怖構造の活性化と、恐怖構造の病理学的要素と両立しない新しい情報の取り込みという2つの条件が必要であると提唱した。また、個人が状況を回避または逃れるために新しい情報が利用できない場合、恐怖構造は変わらないままであると述べた。さらに、病理学的関連に加えて、恐怖構造の病理学的要素には誤った評価が含まれることも示唆した⁴⁹。

Foaらは、PEにおいて、安全で危険のない状況でありながら、恐怖を覚えるような状況や物などの刺激に対して徐々に向き合っていく、恐怖構造の活性化と同時に状況や物を現実的に捉え、それまでの誤った認知を修正していくエクスポージャーを組み込んだ。PEでは、新しい認知を獲得していくことで、恐怖構造が変わっていく、回避せずにセッションを重ねることにより、刺激に対する馴化が生じ、PTSD症状が軽減していくことを目指している。以下にそのセッション内容を示す⁴⁷。

セッション1：プログラムの全体の説明、「想像エクスポージャー」、「現実エクスポージャー」の説明、「トラウマ面接」による情報の収集、「呼吸再調整法」の紹介、宿題「呼吸再調整法」の設定

セッション2：トラウマ反応の心理教育、「現実エクスポージャー」の原理の説明、「SUDS^a」の紹介、「現実エクスポージャーの不安階層表」の作成、宿題「現実エクスポージャー」の設定

セッション3：宿題の振り返り、「想像エクスポージャー」の原理の説明、「想像エクスポージャー」の実施、「想像エクスポージャー」の処理、宿題「現実エクスポージャー」の設定と「想像エクスポージャー」の録音聴取の設定

セッション4：宿題の振り返り、「想像エクスポージャー」の実施、「想像エクスポージャー」の処理、宿題「現実エクスポージャー」の設定と「想像エクスポージャー」の録音聴取の設定

^a Subjective Unit of Discomfort：ある特定の状況がどの程度の苦痛や不安を生じるのを知るための尺度であり、何のストレスもない状態を0、最高レベルの恐怖と苦痛を100とする

セッション5または6：セッション4と同様、ただし、「想像エクスポージャー」では最も苦痛を感じる場面（ホットスポット）に焦点づけして実施

セッション7～最終セッションの1回前：セッション5または6と同様

最終セッション（8～15セッション目）：セッション4と同様に「想像エクスポージャー」は全体を実施、改善したことのまとめと、今後についての助言、終結の挨拶

セッション数は、8回～15回が推奨されている。セッション前に自記式心理検査を実施し、症状の変化を確認する。

近年、スマートフォンアプリでPEを行うPEコーチが米国のNational Center for PTSDから報告されている⁵⁰。PEセッション中に、患者の宿題のサポートを行うために開発され、コンテンツはPEのセッションの進み具合と連動し、適切なポイントで関連するツールを提供していく内容となっている。機能としては、まず、セッション中の録音機能である。セッション全体の録音と、想像エクスポージャーの部分の録音を自動的に保存し、患者が宿題で録音を聞くときに簡単に選択できるようになっている。次に、モニタリング機能である。PEにおいては、治療の進捗状況をモニタリングし、課題の問題解決を通知し、患者へのフィードバックが必要であるが、PEコーチでは、奇数番号のセッションごとに、PTSD症状評価の自記式検査であるPCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) をモバイル上で実施でき、その結果が保存される。治療の進行に関する評価が治療者、患者双方で見られるようになっている。3番目の機能としては、セッションの欠席を防ぐスケジュール機能である。モバイル上に次回の予約がスケジュールリングされ、リマインダーによってセッション参加を促すようになっている。4番目が心理教育の機能である。宿題の中で、心理教育について読む課題があるが、それをモバイル上から閲覧できるようになっている。コンテンツはビデオとテキストの2つの形で提供されている。5番目に、呼吸再調整法の機能である。第1セッションで呼吸再調整法を学ぶが、以降毎回の宿題でそれを実施する。モバイル上には、呼吸再調整法の心理教育的な説明のセ

クション、呼吸再調整法のトレーニング方法の説明のセクション、一緒に実施するアニメーション

のセクションが用意され、呼吸のアニメーションは速度やペースを変更することもできるようになっている。6番目には、現実エクスポージャーの不安階層表をモバイルから作成できる機能である。セッションで治療者と一緒に作成し、宿題で実施したときに入力することができる。7番目の機能は、宿題のレビュー機能である。心理教育の宿題でアプリを使用した時間の表示、心理教育コンテンツのアクセスの有無、患者のコンテンツの理解度の評価が行える。最後の機能として、すべての不安階層表の表示である。セッションが終了した時に、セッション2の SUDSと最終セッションのSUDSを各項目で比較でき、治療全体を振り返ることができる。

PEコーチは、PEに参加する患者により良い環境を提供する可能性があり、患者の宿題の進み具合がデータでわかるため、治療者のフィードバックに役立つ可能性があるとして示唆されている⁵⁰。今後、その有用性、有効性の研究が行われると、より多くの臨床現場での活用が進むと考えられる。

第2項 CPT（Cognitive Processing Therapy：認知処理療法）

CPTは、Resickらがレイプ被害者のPTSD治療のために開発した心理療法である⁵¹。PTSDの社会認知理論に基づいており、トラウマティックな出来事がどのように解釈されるか、自分の人生を自ら送りコントロールできているという感覚を得るためにどう対処するかという点に焦点をあてている。PTSDを説明するLangの情報処理理論⁵²では、逃避と回避行動を引き起こす恐怖ネットワークがPTSD症状を引き起こすと考えられているが、社会認知理論は、恐怖ネットワークの発生にとどまらず、恐怖、怒り、悲しみ、恥、罪の意識のような他の関連した感情反応にも焦点を当てており、認知の内容と、歪んだ認知が感情や行動に与える影響を重視し、トラウマティックな出来事があったという現実を十分に考慮に入れた上で、自ら持っていた信念をバランス良く変えることを目指す⁵³。

CPTは、さまざまなバリエーションが用意されている。個人療法と集団療法、さらに、個人セッションと集団セッションを交互に行うバージョン、ASD向き、

性的虐待向きのバージョンも実施され、かつ、それぞれに対してその効果が検証されている^{54,55,56}。内容としても、当初はトラウマ体験の筆記を行うエクスポージャーのセッションが入ったものであったが、その後、Resickら⁵⁷の解体研究により、トラウマ筆記のないCPT-C（Cognitive Processing Therapy, Cognitive only version：以降CPT-C）の効果も検証された。Resickらは、2008年トラウマ筆記なしのCPT-C、従来のフルバージョンのCPT、筆記のみのWA（Written Accounts）に分けて解体研究を行い、治療後の効果はすべてに認められたが、特にCPT-C群の改善が一番早かったという結果を報告した。また、WAの中断率が34%、CPTの中断率が26%であったのに比べて、CPT-Cの中断率は22%に収まったことも報告された。この結果を踏まえて、ResickらはCPT-CをCPTと呼び、従来のCPTをCPT+Aと呼ぶようになっており、CPT-Cが主流となっている。以下にトラウマ筆記なしのCPT-Cのプロトコルを説明する⁵³。

セッション1：PTSDの症状の心理教育、社会認知理論に基づく治療原理の説明、宿題「出来事の意味筆記」の設定

セッション2：「出来事の意味筆記」からスタックポイント^bの同定、考え・感情・行動のつながりについて説明、宿題「ABCシート」の設定

セッション3：「ABCシート」から思考と感情の区別、スタックポイントの考え直し、宿題「スタックポイント・ログ」の設定

セッション4：「ABCシート」、「スタックポイント・ログ」から考え直し、責任と非難の違いの説明、宿題「考え直し用紙」の設定

セッション5：「考え直し用紙」から考え直し、宿題「問題ある思考パターン」の設定

セッション6：「問題ある思考パターン」の振り返り、宿題「信念を考え直す用紙」の設定

セッション7：「信念を考え直す用紙」の振り返り、「自己と他者に関する安全のテーマ」を紹介

^b スタックポイント：PTSD症状の回復を妨げ行き詰らせている信念、引っかかり

セッション8：安全についての「信念を考え直す用紙」の振り返り、「自己と他者に関する信頼のテーマ」を紹介

セッション9：信頼についての「信念を考え直す用紙」の振り返り、「自己と他者に関する力とコントロールのテーマ」を紹介

セッション10：力とコントロールについての「信念を考え直す用紙」の振り返り、「自己と他者に関する価値のテーマ」を紹介、「コンプリメント」の説明

セッション11：価値についての「信念を考え直す用紙」の振り返り、「自己と他者に関する親密さのテーマ」を紹介、宿題「出来事の意味筆記」の設定

セッション12：親密さについての「信念を考え直す用紙」の振り返り、2セッションで書いた「出来事の意味筆記」との違いについて話し合う、治療経過の進展の振り返り

セッション7以降で使用される「信念を考え直す用紙」は、セッション2～3で使用した「ABCシート」、セッション4～5で使用した「考え直し用紙」、セッション6で使用した「問題ある思考パターン用紙」をすべて1枚に盛り込んだものである。「ABCシート」で、思考と感情を区別し思考を変えることで感情の強さや種類が変わることを学ぶ。「考え直し用紙」では、スタックポイントを分析し、「問題ある思考パターン用紙」では、自分の思考パターンのうち自動的にになっている癖を見つける。「信念を考え直す用紙」は、それまでのセッションで学んだことを総合して、新しいバランスの取れた根拠に基づく考えを探していくためのものである。セッション7からは、トラウマ体験によって影響を受けた人生に関わる信念について、「安全」、「信頼」、「力とコントロール」、「価値」、「親密」の5つのテーマから考え直していく。

最近の研究を見てみると、セッション数の違うCPTを取り上げたGalovskiら⁵⁸は、12セッションの従来のCPTの代わりに、PTSD症状やうつ症状が低く、治療者との同意のもと、患者が治療のゴールだと思い、アセスメントによりPTSD診断が無くなったと判断された時に、治療完遂とする手続きでCPTを実施した。

セッション数は4セッションから18セッションまでとしたが、患者のうち58%が12セッションは必要なく、残りの42%は12セッション以上必要だったと報告されている。12セッション必要がなかった患者のCAPS (Clinician-Administered PTSD Scale ; PTSD臨床診断面接尺度 以降CAPS) の平均得点は実施前67.86点の実施後12.48点と下がっており、12セッション以上必要だった患者の結果である実施前69.81点、実施後34.76点と比べると、かなり予後の良い集団であったと推察される。生活の質を測るQOLI (The Quality of Life Inventory) の得点、健康状態を測るSF-36 (36-Item Short Form Health Survey) の得点を見ても、12セッション必要がなかった群は、健康度が高かったことが示され、患者の状態に合わせたCBTのカスタマイズの可能性が考えられている。

また、個人版と集団版のCPTを比べたResickら⁵⁹のRCTによると、268名の参加者を個人群と集団群に無作為に振り分けて、12セッションをそれぞれ行った結果、PTSD症状を測るPSS-I (Posttraumatic Symptom Scale-Interview Version : 以降PSS-I) では、効果量 (Cohen d) は個人版が1.3、集団版が0.7であり、PCL-S (Posttraumatic Stress Disorder Checklist- Specific : 以降PCL-S) では、効果量 (Cohen d) は個人版が1.2、集団版が0.6と、双方とも治療の効果が認められたが、個人版のほうがPTSD重症度の改善がより大きかったと示されている。しかし、うつ病の症状と自殺念慮の改善は、群間で大きく異ならなかったとされ、多くの患者を抱える場面においては、集団版の実施が有効であることが示唆された。

PEコーチと同様に、CPTコーチ⁶⁰が研究開発されている。CPTに参加する際のアプリとして機能するが、現時点では論文化されていない。内容は、症状評価、PTSD症状の心理教育、次回のセッションのスケジューリングとなっており、CPTに参加する人の自宅学習を補助するものである。

日本では、堀越らがCPTを導入、紹介している^{61,62}。個人版、集団版CPTの対照群なしの前後比較研究が2012年から行われ、個人版のCPTについては実施可能性や有効性の成果が得られたとされ⁶³、個人版CPT-CのRCTが2016年から行われている (臨床試験登録 : UMIN000021670)。

第3項 EMDR（Eye movement desensitization and reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理法）

EMDRは、心的外傷性ストレス治療を目的としてShapiro⁶⁴により提唱された。Shapiroは1987年に開発した眼球運動による脱感作法（Eye movement desensitization：EMD）において、行動学的なアプローチから不安の低減ができることを報告していたが、その後、より統合的な情報処理理論に基づいたEMDRへと発展させた。急速な眼球運動を行いながら、トラウマ記憶やイメージに触れることが重要であるという主張は、眼球運動は刺激の一形態に過ぎず、脱感作が目的ではないと変化している。

EMDRの理論的背景である適応的情報処理理論（The Adaptive Information Processing Model：AIPモデル）において、PTSD症状は、心的外傷体験の際のイメージ、音、感情、身体感覚の情報が適切に処理されずに、混乱したまま維持されているため、内的・外的刺激によって引き起こされると示されている。EMDRにおける眼球運動に代表される刺激は、外傷記憶を想起しながら行うことによって、情報処理システムを賦活させると言われている。情報処理システムが賦活されると、人間が本来持っている自然治癒機能が働き、失われたバランスを良好なバランスに戻すと考えられている。以下にEMDRのプロトコルを説明する⁶⁵。

フェーズ1：生育歴・PTSDの症状の聴取からEMDR治療の標的を特定し、治療スケジュールを設定する

フェーズ2：心的外傷的記憶に取り組む前段階として、治療関係を確立し、安全、環境マネジメント、自己コントロールなどの個人資源の活用に対して認識する

フェーズ3：処理の対象となる記憶を同定し、否定的認知と結びつく感情を主観的苦痛尺度（Subjective Unit of Disturbance scale：以降SUD尺度（0：何も感じないか穏やかな気分～10：考えられる限り最悪））で示す

認知尺度（Validity Of the Cognition：以降VOC尺度）により肯定的認知の評価を7段階（1：完全に間違い～7：完全に本当）で行い、治療目標を設定する

- フェーズ4：視覚イメージ、否定的認知、身体の感覚に焦点を当て、眼球運動、指のタップなどを行い、対象とする記憶に関する否定的認知のSUD尺度がゼロになるまで繰り返す
- フェーズ5：眼球運動などの刺激を経験しながら、処理の対象となる記憶と最も肯定的な認知を同時に考え、VOC尺度が6または7を示すまで行う
- フェーズ6：クライアントの身体に緊張感、異常感覚がある場合、イメージと肯定的認知に焦点を当てながら、緊張が緩和するまで眼球運動などを繰り返す
- フェーズ7：記憶が適切に処理されたかをセラピストが判断し、次回のセッションまでに、夢、記憶、感情、洞察について記録するように促す
- フェーズ8：毎セッションの開始時に、前セッションで処理した対象に関する治療効果が維持されているか、その効果が一般化されているかを再評価する
- 対処する必要がある新しい問題を特定する

また、Shapiroは、EMDRは他のPTSDに対するCBTと比較すると、トラウマ体験の詳細を話さない、直接的な信念に取り組まない、長期間の曝露を行わない、宿題をしない等の特徴を挙げ、その結果、治療セッション数がより少ないと述べている^{66,67}。

EMDRの有効性は、20以上のRCTによって検証されており、米国退役軍人局及び米国国防総省⁴⁵、WHO⁶⁸におけるガイドラインにおいても、推奨されている。また、コクランレビューのメタアナリシスによると、PTSD症状の軽減では、CBTと同様の効果があることが示されている⁴⁶。心理教育、想像上の曝露、執筆課題および認知再構成などのコンテンツを持つCBTの一種であるBrief eclectic psychotherapyとEMDRの効果を比較したRCTにおいては、PTSD症状、抑うつ症状および全般性不安症状の減少に関しては等しい効果を示したが、EMDRは症状の低下が有意に速かったことが報告された⁶⁹。

また症例報告では、Claytonは、レイプにあったことによりアルコール・薬物依存症になった被害者に対して、被害後2年たってからEMDRを行った結果、6回の治療により、自分が汚れてしまった、屈辱感等の認知を処理して、アルコールと薬物の使用を中止し、元の機能している状態に戻ったという結果を述べている⁷⁰。特に性的暴力は、無力感、思いやり、恥の気持ちが残り、自己嫌悪が多く見られるとClaytonは述べ、それに対する認知の処理が必要であることを示している。

EMDRによる早期介入（early EMDR intervention：以降EEI）の有効性を調査する研究はまだないと言われている⁷¹。しかし、EEIには、トラウマ体験2日以内に行うERP(Emergency Response Protocol)、2日後以降3ヶ月以内に行うR-TEP（The Recent Traumatic Episode Protocol）、集団で行うIGTP（Integrative Group Treatment Protocol）などの新たなプロトコルが提案されており⁷¹、今後の研究が期待されている。

第Ⅱ部 精神科における性暴力被害者の実態と治療補助の プログラムの作成および検証

第3章 【研究1】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^c

第1節 目的と背景

犯罪被害や自然災害等のトラウマ体験をした多くの人が、その直後にはフラッシュバックや悪夢、過覚醒状態などの症状がみられる ASD の状態を示すが、そのうちの大多数はその後自然に回復することが知られている⁷²。しかし、中には症状が1ヶ月以上続き、PTSD を発症し、慢性化する人もいる。筆者らは、A 病院に併設されている B 精神科においてトラウマ治療を行っている。そのため、受診患者の多くは、性暴力被害などのトラウマ体験後に前述のワンストップ支援センターである C 支援センターやその他の機関からの紹介で訪れる。そのうち、C 支援センターからの紹介が最も多く、来院した数は2012年9月～2015年11月までの3年3ヶ月で40名を超えている。

浅野ら⁷³は、2012年6月～2014年5月までの2年間に、C 支援センターから紹介されて精神科を受診したトラウマ体験者の中で、PTSD と診断された人が71.4%であったことを示した。

トラウマ体験の中でもレイプは、PTSD の生涯発病率が男性 65.0%、女性 45.9%と他のトラウマ体験より高いことが報告されている²。また、PTSD は低いクオリティ・オブ・ライフ (QOL)、医療ケアの使用頻度の高さ、低い業務生産性、幅広い機能障害や併存症状に関連しており、それは、慢性化した時に最も大きな問題となると言われている³。性暴力被害に遭ったことから、フラッシュバックや、夜眠れず常に緊張している状態だったり、自分を責めたり、恐怖感や不安感が消えずに苦しんでいる状態の性暴力被害者に対して、症状の軽減や慢性の PTSD への移行を防ぐことを目指した早期介入は重要であろう。しかし、トラウマ体験後に、早期介入の対象を適切に選択するのは難しく、当初の ASD 診断による判断は、最終的に PTSD を発症する人の多数を識別することができなかったという結果が示されている²³。前述の通り、Litz ら³によると、

^c 第3章は、「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」¹¹⁸女性心身医学 第21巻第3号 295-305 (2017年) (今野・小西他)を一部改編したものである。

性暴力被害者の PTSD やトラウマ症状に対する早期介入について、実証ある推奨すべき介入方法はまだないと示されている。しかし、トラウマ記憶が定着する前に記憶の修正を目指した修正版 PE (Modified Prolonged Exposure Therapy : 修正版持続的エクスポージャー療法) の実施を行った最近の研究では、ベースラインと比べた 4 週後、12 週後に測定した PTSD 反応は、さまざまなトラウマ体験者のうちレイプ被害者が最も減ったと報告されており、レイプ被害者における CBT の早期介入の効果の可能性が示唆されている³⁶。

メタアナリシス研究でトラウマ症状に対する CBT の効果は実証されており⁷⁴、トラウマ体験者への CBT は、PTSD と ASD に対して効果的であることが示されている。B 精神科においては、PTSD の評価を行い、CBT 実施可能と判断した者に対して、B 精神科内や関連機関において、専門家による CBT を実施している。

治療により性暴力被害者の PTSD 症状が軽減されることが示されてはいるが、治療に至る性暴力被害者は多くはない。社会の実情を見ると、性暴力被害女性が被害のことを相談しない割合は 58.9% であり、その理由として「恥ずかしくて誰にも言えなかった」、「そのことについて思い出したくなかったから」、「自分さえがまんすれば何とかこのままやって行けると思ったから」が挙げられている⁸。このように、性暴力被害の体験をなかったことにしたいという思いから、性暴力被害を語ることを避けている人や、自責の念にとらわれている被害者が多く受診を躊躇する場合もあると考えられる。さらに、B 精神科においては、受診後に続けて治療に通うことに対しても、上記のような理由から抵抗を示し数回の受診でドロップアウトする人も一定数いる。

トラウマ症状が自然回復する場合の多くが、トラウマ体験後 3 ヶ月以内とされており⁷²、3 ヶ月時点で回復していない場合には、トラウマ症状がほぼ継続することが示されている⁷⁵。本研究では、性暴力被害後 3 ヶ月以内に医療機関へ初診で訪れた患者を急性期群、それより後を慢性期群と定義し、急性期群と慢性期群の転帰や症状評価の比較検討を行い、臨床の実態を明らかにする。本研究においては、性暴力被害者に対する介入の実態を明らかにするため、対象者は性暴力被害後に B 精神科を受診した被害者とした。既述の通り B 精神科では C 支援センターから紹介されて受診に至る被害者が多いが、C 支援センター以外から紹介された性暴力被害者も対象とし、被害内容が性暴力以外の被害者は除いた。

第 2 節 方法

第 1 項 研究対象

B 精神科において、2012 年 9 月～2015 年 11 月末の 3 年 3 ヶ月に性暴力被害後に初診となった性暴力被害者女性のカルテから、情報を収集し分析する。

第 2 項 調査項目

調査項目は以下の通りである。

- 1) 心理社会的背景：年齢、教育歴、婚姻の有無、同居の有無、精神科既往歴、精神科既往の診断名、親族の精神科既往歴
- 2) 被害関連事項：被害時期、被害内容
- 3) 治療関連事項：初診日、診断名、処方の有無、来院経路、付き添い人の有無、治療転帰、治療転帰日、CBT 実施の有無

4) 心理検査結果

- ① IES-R (Impact of Event Scale-Revised；改訂版出来事インパクト尺度：以降 IES-R)

Weis らによって開発された PTSD 症状を測るものであり、日本語版は飛鳥井らにより十分すぐれた信頼性・妥当性が検証されている⁷⁶。

- ② DES (Dissociative Experiences Scale：解離体験尺度：以降 DES)

Bernstein & Putnam による解離症状の程度を測る尺度の日本語版は、大学生母集団においてその信頼性・妥当性が認められている⁷⁷。

- ③ SDS (Self-Reported Depressive Scale：自己評価式抑うつ尺度：以降 SDS)

Zung により開発された尺度であり、日本版 SDS も信頼性・妥当性を有する⁷⁸。

- ④ BDI-II (Beck Depression Inventory-II：日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票：以降 BDI-II)

Beck らによって開発、改定されたうつ病評価質問票の日本語版の信頼性・妥当性は、原版と同様に有用であることが示されている⁷⁹。

- ⑤ JPTCI (Posttraumatic Cognitions Inventory：日本版外傷後認知尺度：以降 JPTCI)

心的外傷体験の認知を測る尺度として Foa らにより開発された尺度を日本語に翻訳したものであり、信頼性・妥当性が長江らにより検証されている⁸⁰。

⑥ CAPS

米国精神医学会診断基準 (DSM-IV) に対応した PTSD の構造化診断面接法であり、その日本語版は飛鳥井らが翻訳し、その信頼性・妥当性を確認している⁸¹。

1)～4)は、浅野ら⁷³が C 支援センターから紹介された被害者の実態を調査した情報に追記する。

第 3 項 分析方法

性暴力被害から初診までが 3 ヶ月以内の性暴力被害者を急性期群とし、それ以降の性暴力被害者を慢性期群とする。2 群に分けて心理検査や治療転帰について分析する。

第 4 項 倫理的手続き

本研究は武蔵野大学倫理委員会にて承認された。本研究は、自らの研究機関において保有している既存試料・情報を用いて実施する研究のうち、人体から取得された試料を用いない研究にあたる。よって、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」⁸²に基づき、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得られた者としている。その上で個人情報の取り扱いについては匿名化して厳重に管理した。

第 3 節 結果

第 1 項 対象者属性

2012 年 9 月～2015 年 11 月末に B 精神科を受診し、カルテ情報の研究利用について書面にて許諾が得られた患者 56 名のうち、受診動機が性暴力被害に遭ったとする者は急性期群 21 名、慢性期群 12 名の計 33 名であった。調査対

対象者の平均年齢は 27.0 歳 (SD=7.5) で、急性期群と慢性期群は、それぞれ 21.8 歳、30.6 歳であった。急性期群の年齢の方がおよそ 9 歳低く、急性期群と慢性期群の平均年齢に有意傾向があった。教育歴、婚姻歴、同居の有無、親族の精神科既往歴、処方の有無については、両群に有意な差はなかった。対象者全体では、教育歴では半数が大学または大学院卒であり、未婚者が 8 割を超えていた。親族の精神科既往歴があると答えた者は 48.5% であった。ただし、親族の精神科既往歴については、不明となっている者がいるため確かなことは言えない。精神科既往歴は両群に差が見られ、急性期群の精神科既往歴は「あり」と「なし」とで同数であったのに対して、慢性期群で精神科既往歴がない女性は 1 名 (8.3%) で、「あり」の割合は 11 名 (91.7%) とその差が顕著であった (表 3-1 参照)。

C 支援センターからの紹介で来院した急性期群の被害者は 21 名中 17 名、慢性期群は 12 名中 10 名であった。急性期群の中には未成年者が 7 名おり、その中の 5 名には初診時に付き添いがいた。付き添いの内訳は、4 名が母親と C 支援センターの支援員、1 名が区民センターの相談員であった。残りの 2 名については、付き添いの有無が不明だった。

表 3-1 対象者の属性

		全体(N=33)		急性期(n=21)		慢性期(n=12)		Z値	p値 ^{※1}
初診時年齢	平均(SD)	27.0 (7.5)		21.8 (5.3)		30.6 (6.8)		1.951	.051
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	χ^2 値	p値 ^{※2}
教育歴	高校生	3	(9.1)	3	(14.3)	0	(0.0)	1.104	.293
	高校中退または高校卒	6	(18.2)	5	(23.8)	1	(8.3)		
	専門学校または短大卒	6	(18.2)	4	(19)	2	(16.7)		
	大学または大学院卒	17	(51.5)	9	(42.9)	8	(66.7)		
	不明	1	(3)	0	(0)	1	(8.3)		
婚姻歴	あり(既婚)	5	(15.2)	2	(9.5)	3	(8.3)		.338
	なし	27	(81.8)	18	(85.7)	9	(75)		
	不明	1	(3.0)	1	(4.8)	0	(0)		
同居の有無	あり	21	(63.6)	13	(61.9)	8	(66.7)		1.000
	なし	12	(36.4)	8	(38.1)	4	(33.3)		
遺伝負因	あり	16	(48.5)	8	(38.1)	8	(66.7)		.249
	なし	13	(39.4)	10	(47.6)	3	(25)		
	不明	4	(12.1)	3	(14.3)	1	(8.3)		
精神科既往歴	あり	20	(60.6)	9	(42.9)	11	(91.7)		.024
	なし	10	(30.6)	9	(42.9)	1	(8.3)		
	不明	3	(9.1)	3	(14.3)	0	(0)		
処方の有無	あり	17	(51.5)	11	(52.4)	6	(50)		1.000
	なし	16	(48.5)	10	(47.6)	6	(50)		
既往の診断名 (複数選択可)	神経発達症群	2		1		1		0.926	.336
	精神病性障害群	0		0		0			
	双極性障害群	3		2		1			
	抑うつ障害群	6		2		4			
	不安症群	5		1		4			
	強迫症群	1		1		0			
	心的外傷群	4		0		4			
	解離症群	1		0		1			
	不明	4		2		2			

※1: 年齢はMann-WhitneyのU検定を行った。

※2: 婚姻歴、同居の有無、遺伝負因、精神科既往歴、処方の有無は不明を除いて、 χ^2 検定(Fisherの正確確率検定)を行い、教育歴と既往の診断名はKruskal-Wallis検定を行った。

第 2 項 転帰毎の内訳

両群の転帰を、寛解、治療中(軽快/不変/悪化)、治療中断、紹介に分けて、被害からの平均日数、平均診察期間、PTSD診断の有無、平均年齢、CBT実施数をそれぞれ調査した(表 3-2 参照)。

表 3-2 転帰毎の被害者の属性

	人数	被害からの日数		診察日数		PTSD	CBT	
		M	SD	M	SD	診断	実施数	
急性期	21	47.5	26.1	149.3	161.1	16	7	
転帰	寛解	6	31.5	19.9	187.3	194.7	6	2
	治療中	6	51.8	22.8	269.5	147.1	6	5
	軽快	4	49.0	18.7	344.8	97.2	4	4
	不変	2	57.5	19.2	119.0	171.9	2	1
	悪化	0					0	
	治療中断 紹介	9 0	55.3	28.4	43.5	56.0	4	
慢性期	12	3492.5	3733.0	268.3	226.1	7	5	
転帰	寛解	0						
	治療中	8	2036.9	3270.1	395.4	157.8	7	5
	軽快	7	2275.4	3456.4	380.9	164.6	6	5
	不変	1	367.0	—	497.0	—	1	
	悪化	0					0	
	治療中断 紹介	3 1	5146.3	2405.6	11.7	10.7	0	
		7300.0	—	21.0	—	0		

急性期群 21 名のうち、寛解した者が 6 名、治療中断者が 9 名、治療中の者が 6 名であり、治療中 6 名のうち悪化した者はいなかった。治療中で不変の 2 名は、それぞれ初診から 196 日、42 日であり、治療中で軽快した者の平均診察期間 344.8 日に比して、かなり短かった。被害からの平均日数は、寛解した者が 31.5 日と少なく、治療中の者、治療中断者はそれぞれ 51.8 日、55.3 日と差がなかった。寛解した者の平均診察期間は 187.3 日とおおよそ 6 ヶ月であり、治療中断者の平均診察期間は 43.5 日と 2 ヶ月に満たない時点で治療中断となっていた。寛解した者の診断名はすべて PTSD であったが、中断者の半数以上が PTSD 以外の診断名、もしくは未診断であった。中断者 9 名のうち、過去被害があった者が 5 名、精神科既往があった者も 5 名いた。

慢性期群においては、寛解はなく、治療中断が 3 名で治療日数の平均が 11.7 日と、いずれも、1 回か 2 回の診察で中断となっていた。治療中の 8 名のうち 7 名が軽快、1 名が不変となっており、その被害からの平均日数は 2036.9 日となっていたが、その範囲は 180 日から 27 年までと幅広く、中央値は 365 日であった。紹介となった 1 名は初診から 21 日で紹介に至り、その診断名は広汎性発達障害であった。中断者は 3 名とも、精神科既往歴と過去被害歴が

あった。診断名は発達障害疑い、統合失調症疑い、うつ病で、PTSD 診断はなかった。

第3項 心理検査の結果

IES-R、DES、SDS、BDI-II、JPTCI の心理検査の結果を前後に分けてそれぞれの平均を示した（表 3-3 参照）。初回とは、初診後 1 回目に検査した結果とし、終了時とは、調査期間の最終日以前の直近の検査結果とした。そのため、調査期間中に心理検査実施が 1 回のみを対象者は除き、各心理検査においての人数にはばらつきがある。

表 3-3 性暴力被害者の急性期と慢性期における PTSD に関する心理尺度の結果

	n	急性期					統計 量:Z	p値 [※] ₃	n	慢性期					統計 量:Z	p値 [※] ₃
		初回 M	SD	終了時 M	SD					初回 M	SD	終了時 M	SD			
IES-R	12	49.17	17.93	29.33	19.63	2.55	.011	8	47.25	24.14	34.75	26.07	1.54	.124		
DES	12	29.88	20.20	14.32	18.22	2.31	.021	8	28.21	18.17	22.72	13.93	1.40	.161		
SDS	12	54.75	8.65	48.00	10.27	1.38	.170	8	56.36	14.67	50.00	13.61	1.57	.116		
BDI-II	6	29.33	12.11	15.17	14.74	2.20	.028	8	30.13	18.23	23.00	20.85	0.84	.401		
JPTCI	10	148.40	34.46	121.20	51.78	1.99	.047	8	150.88	53.95	137.00	51.15	0.35	.726		

※3: Wilcoxonの符号順位和検定を行った。

急性期群と慢性期群における各心理検査の初回平均には、大きな差はなかった。終了時平均を見ると、急性期群、慢性期群共に、初回平均よりは下がっていたが、急性期群の方が、すべての心理検査で慢性期群より平均が低くなっており、急性期群は前後において Wilcoxon の符号順位和検定を行った結果、SDS 以外は 5%水準で得点の減少に有意な差が出た。また、中断者を除いた結果では、急性期群のすべての心理検査結果の前後の得点の減少に有意な差が認められた（表 3-4 参照）。

表 3-4 性暴力被害者の急性期と慢性期における PTSD に関する心理尺度の結果

(中断者を除く)

	n	急性期				統計量:Z	p値 ^{※4}	n	慢性期				統計量:Z	p値 ^{※4}
		初回 M	SD	終了時 M	SD				初回 M	SD	終了時 M	SD		
IES-R	10	51.50	11.04	26.60	15.31	2.70	.01	8	47.25	24.14	34.75	26.07	1.54	.12
DES	10	30.30	19.45	10.18	9.58	2.67	.02	8	28.21	18.17	22.72	13.93	1.40	.16
SDS	10	55.30	8.45	45.50	9.26	1.94	.05	8	56.36	14.67	50.00	13.61	1.57	.12
BDI-II	6	29.33	12.11	15.17	14.74	2.20	.03	8	30.13	18.23	23.00	20.85	0.84	.40
JPTCI	8	146.75	32.11	108.13	46.77	2.52	.01	8	150.88	53.95	137.00	51.15	0.35	.73

※4: Wilcoxonの符号順位和検定を行った。

表 3-5 には CBT 実施群、未実施群に分けた心理検査結果を示した。急性期群の結果では、CBT 実施群の方が DES、BDI-II、JPTCI の前後比較において有意な差や有意傾向が認められた。また、CBT 未実施群は IES-R 以外は前後の差は認められなかった。しかし、データ数が少なく、CBT 実施群の中には、実施後間もない被害者のデータが数名含まれているので、さらに今後の検証が必要である。

表 3-5 性暴力被害者の急性期と慢性期における PTSD に関する心理尺度の結果

(CBT 実施・未実施)

	n (%) ^{※5}	急性期				統計量:Z	p値 ^{※6}	n (%) ^{※5}	慢性期				統計量:Z	p値 ^{※6}
		初回 M	SD	終了時 M	SD				初回 M	SD	終了時 M	SD		
IES-R														
実施	5 (41.7)	50.20	10.33	27.00	17.93	1.75	.080	6 (75.0)	48.83	16.45	32.67	20.30	1.57	.116
未実施	7 (58.3)	48.43	22.73	31.00	22.02	1.78	.076	2 (25.0)	42.50	36.50	41.00	36.00	1.54	.124
DES														
実施	6 (50.0)	24.30	18.96	5.53	5.20	2.02	.043	5 (62.5)	31.58	14.61	22.21	13.84	2.02	.043
未実施	6 (50.0)	35.47	21.54	23.10	22.77	1.15	.249	3 (37.5)	22.60	25.57	23.57	17.14	0.00	1.000
SDS														
実施	6 (50.0)	52.00	7.95	43.33	6.09	1.57	.116	5 (62.5)	57.20	11.39	48.00	15.73	1.83	.068
未実施	6 (50.0)	57.50	9.12	52.67	11.94	0.52	.600	3 (37.5)	55.00	22.11	55.33	11.24	0.45	.655
BDI-II														
実施	4 (66.7)	28.00	10.33	8.50	4.93	1.83	.068	5 (62.5)	30.60	16.55	17.80	19.49	1.48	.138
未実施	2 (33.3)	32.00	14.00	28.50	15.50	1.34	.180	3 (37.5)	29.33	24.79	31.67	24.13	1.07	.285
JPTCI														
実施	6 (60.0)	143.70	25.65	97.67	40.43	2.20	.028	5 (62.5)	157.40	41.30	124.60	33.89	1.21	.225
未実施	4 (40.0)	155.50	48.51	156.50	50.51	0.00	1.000	3 (37.5)	140.00	80.57	157.70	76.40	1.60	.109

※5: それぞれの心理検査の中でのCBT実施・未実施の割合を示した。

※6: Wilcoxonの符号順位和検定を行った。

第4項 CBT 実施状況

対象者のうち、急性期群7名、慢性期群5名に CBT を実施した。CBT 実施内容と CBT 前後の IES-R と CAPS の心理検査結果、および転帰について表 3-6 に示した。

表 3-6 CBT 実施内容と転帰・IES-R/CAPS 結果

ケースNo	実施 CBT	初診日から実施までの日数	被害から実施までの日数	転帰	IES-R得点		統計量:Z	p値 ^{※7}	CAPS得点		統計量:Z	p値 ^{※7}
					PRE	POST			PRE	POST		
急性期(n=7)	M	184.7	229.4		39.6	8.9	2.366	.018	59.2	19.5	1.992	.046
1	CPT-G	37	100	軽快	42	16			53	16		
2	PE	105	139	軽快	40	2 ^{※8}			80	16 ^{※8}		
3	PE	112	167	軽快	43	15			61	-		
4	PE	176	237	軽快	39	6 ^{※8}			64	34 ^{※8}		
5	PE	279	350	寛解	40	0			60	3		
6	PE	288	305	軽快	25	10 ^{※8}			26	34 ^{※8}		
7	CPT	296	308	寛解	48	13			72	14		
慢性期(n=6)	M	304.5	約853		43.80	29.40	1.887	.106	92.80	52.00	1.572	.080
1	CPT	105	約340		73	36			74	77		
2	+PE ^{※9}	588	約830	軽快	23	14			81	17		
3	CPT-G	163	460	軽快	42	51 ^{※8}			93	100 ^{※8}		
4	CPT	177	約540	軽快	60	20			95	24		
5	CPT	184	517	軽快	44	30			83	32		
6	PE	610	約2430	軽快	50	28			112	87		

※7: Wilcoxonの符号順位和検定を行った。

※8: 調査期間中はCBT実施中だったためPOSTデータは調査期間後のものを掲載した。

※9: CPTとPEを両方実施した。

実施した CBT は、PE、CPT の 2 種類である。集団で行うグループ CPT を CPT-G と表記した。

初診から CBT 実施までの日数の平均は、急性期 184.7 日、慢性期 304.5 日となっていた。また、被害からの日数を見ると、急性期 229.4 日、慢性期 853 日となっていた。心理検査の結果については、1 名を除いて得点が下がっていた。その 1 名も主治医の診断では、転帰は軽快となっており、急性期、慢性期共に、すべての CBT 実施者が寛解か軽快に至っていた。急性期の IES-R、CAPS の得点は、CBT 実施後に下がっており、Wilcoxon の符号順位和検定を行った結果、それぞれ p 値は 0.018、0.046 であり、5%水準で得点の減少に有意差が見られた。慢性期の平均点は下降してはいたが、有意差は認められなかった。

第4節 考察1：臨床の実態について

急性期群と慢性期群の属性を比較してみると、急性期群の方が慢性期群に対して初診時年齢が低い傾向が見られた。慢性期群の場合、被害に遭ってから来院するまでの期間が平均約9年と長いため、この差が生まれた可能性が考えられる。初診時に母親やC支援センターの支援員などに付き添われて来院した未成年者が5名いた。特に未成年者が被害に遭った場合、母親をはじめとする周囲のサポートがあることが早期受診につながる可能性が考えられる。急性期群と慢性期群で有意差があった精神科既往歴を見ると、急性期群42.6%、慢性期群は倍以上の91.7%であった。急性期群の精神科既往歴の診断名は、うつ、パニック障害、双極性障害、強迫性障害、軽度発達遅延となっており、慢性期群の既往の診断名はPTSD、適応障害、うつ病、パニック障害、解離性障害、双極性障害、気分変調症となっている。PTSD発症のリスク要因として精神医学的既往歴があり、特にうつ病や不安の既往はPTSD発症のリスクを高めているといくつかの研究で示されている^{83,84}が、特に慢性期群はPTSD発症のリスクが高い群でありながら受診につながらなかった可能性が示された。さらに、慢性期群の中には既往歴にPTSDがあることから、いわゆる「複雑性PTSD」の症状を示す者が多い可能性もある。

次に、転帰について比較した結果を見ると、急性期群では、21名中6名が寛解しているのに対し、慢性期群では寛解者はいなかった。急性期群の寛解者の場合、平均診察期間が6ヶ月強となっており、すべてPTSDの診断がなされていた。さらに、寛解者の被害から診察に至るまでの平均日数は1ヶ月程度であり、治療中や治療中断の50日余りと比べて少なかった。このことから、被害後早い段階で診察に至ることがより良い予後につながる可能性が考えられる。また、中断者を見ると、急性期群の場合、9名のうち2名はIES-Rにおいて明確なPTSD症状が示されず、1件は初診のみで中断していた。平均診察期間が2ヶ月であったことから、PTSDの確定診断がなされていないケースもあり、評価を行って治療の方針を立てる前に中断となってしまったことがうかがえる。また、急性期中断者9名のうち、過去被害があった者が5名、精神科既往があった者も5名いた。さらに、慢性期中断者3名も1回～2回の診察で中断しており、3名とも精神科既往歴と、過去被害歴があった。以上のことから、

中断者が治療を持続できなかった要因としては、直近の被害以外の影響もあることが推測される。

急性期群、慢性期群の初診後直近と 2015 年 11 月 30 日以前の直近の前後比較を行った結果、急性期群では IES-R、DES、BDI-II、JPTCI の心理検査において得点の減少に有意差が認められた。少人数である限界はあるが、初診後直近の心理検査結果の平均は急性期群、慢性期群との間に大きな差はなく、急性期群の方が顕著に得点の軽減が見られる。特に中断者を除いた結果を見ると、前後の差はさらに大きくなり、急性期に一定期間診療に訪れていた患者の方が、より症状が軽減したと考えられる。

B 精神科内、もしくは関連機関において CBT を実施する場合、PE と CPT が行われる。CBT は、PTSD に対するエビデンスのある治療法として推奨されており、その中でも PE と CPT はメタアナリシスで効果量がそれぞれ、1.38、1.69 と示されている⁴²。実施した CBT の転帰や心理検査の結果を見ると、急性期群で CBT を実施した 7 名すべての IES-R、CAPS 得点が下がっており、転帰も寛解が軽快になっていた。厳密に言えば、急性期群も初診時が被害後 3 ヶ月以内で、CBT 実施時には被害後平均 7 ヶ月余りとなっていて、CBT 開始時は急性期とは言えないが、比較的早い時期から CBT 実施を行っているとは言える。一方、慢性期群は初診から CBT 実施までの平均日数がおおよそ 10 ヶ月と、急性期群の約 6 ヶ月と比べて CBT 実施に向けてのモチベーションの向上を図る準備に、より時間がかかっていることが示されている。また、IES-R や CAPS 得点の実施前の平均値も、急性期群に比べて高く、実施後の平均得点も高かった。実施前後で平均得点は下がっており、症状も 5 名全て軽快にはいるが、被害後からの期間が短い人で 1 年弱、長い人で 6 年半強であった。急性期群に較べると慢性期群の実施前の IES-R 得点、CAPS 得点の平均は高く、PTSD 症状が重篤だった可能性があり、CBT 実施後も診察を継続している状態である。PTSD が慢性化するメカニズムは、認知的・行動的回避によって、トラウマ記憶の活性化が制限され、トラウマ記憶が変化しないためと言われている³⁸。このため、PTSD 症状を回避しないことが PTSD の回復につながると考えられており、PE、CPT 共にトラウマ記憶を回避しないで扱うことが治療の基本となっている^{47,51}。

初診に至るまで時間がかかっている慢性期群は回避の期間が長くなっており、回避からの脱却がなかなか進まなかった可能性が考えられる。

CBT の中断率を調べたメタアナリシス⁸⁵によると、治療中のドロップアウト率は 26.2%であったと報告されているが、本研究で調査した急性期群、慢性期群双方の CBT 実施者の中に、中断した者はいなかった。B 精神科においては、CBT 実施可能かどうかの評価を行い、CBT 実施へ向けての準備を十分に行っている。そのことが CBT 完遂率 100%につながった一因と考えられる。

以上のことから、性暴力被害者に対して早い時期に CBT 実施を行うことが、PTSD 症状を減らすためには、ひとつの有効な選択であると考えられる。ただし、CBT 実施前には、被害者が治療へのモチベーションを持つための一定の準備期間が必要であり、その期間の中断をいかに防ぐかが今後の課題である。

第 5 節 考察 2：今後の課題として

本研究のデータで示されている急性期に初診で訪れた患者に対して、早い時期に CBT を実施すると PTSD 症状が軽減されるということは、CBT がトラウマへの早期介入として十分なエビデンスがあるという研究⁸⁶や、CBT が急性期の被害者の慢性 PTSD を予防する効果があるという研究⁸⁷と一致している。治療開始から CBT 実施までの期間で、中断することなく治療を継続すれば、PTSD が軽快するということから、その期間に中断を防ぐ対策を講じることは必須であると考えられる。中断する理由として考えられるのは、回避の症状である。回避しないように心理教育することが必要であるが、診療場面でその内容が頭に入らない状態の患者が多い。そこで、診療場面以外でも行える強度の低い心理教育として、自宅で行える補助的ツールを作成することにした。第 5 章では、治療を継続させるために行っている治療内容について分析し、対策を検討する。また、ツールとしては、自宅等でいつでも見ることができるインターネットを使用したプログラムが適当であると考えられる。さらに、ツールの媒体は、急性期で受診する被害者が 10 代、20 代を中心としていたことから、パソコンだけではなくスマートフォンなどを想定する。

第 6 節 本研究の限界

3年3ヶ月という期間で、週1回のみ行っているB精神科の診察では、十分なサンプル数を得ることができず、性暴力被害者全体をこの結果から論ずることはできない。また、治療開始時期がすべて違っていることから、治療を始めたばかりの患者のデータと何年も治療している患者のデータを一律には見られないということも、性暴力被害者の実態を調査する点で限界の一つである。

第4章 診療継続の補助ツール開発に関するレビュー

本章では、診療継続の補助ツール開発のために、心的外傷後ストレスに対するインターネットベースやWEBで行うCBT及び早期介入の最近の研究と、PTSD患者等の診療継続のモチベーションアップに関する研究を概観する。補助ツールは、スマートフォンによる使用を想定しているため、心的外傷後ストレスに対するインターネットベース・WEBのプログラムの内容、実施方法をツール開発の参考とする。さらに、診療継続の促進のため、PTSD治療に対するアドヒアランスの研究から検討する。

第1節 心的外傷後ストレスに対するインターネットベースのCBT^d

PTSD症状に罹患している人に対するインターネットやWEBを通じて行うインターネットベースの治療のすべてが認知行動療法の手法を使用している^{88,89}。インターネットベースのPTSDに対する治療には、いくつかの研究がエビデンス⁸⁸を示しているが、その数は多くはない。

PTSDに対するCBTの有効性は前述した通り確固としたものであるが、その普及には、技術習得やコストの側面で困難がある。インターネットベースのCBTを行うことは、多くの利益を生むと考えられており、梅垣ら⁹⁰はうつ病に対するインターネットを用いたCBT（Computerized CBT：CCBT）について、対面式の治療・援助と比べて時間的・経済的コストがかからない、従来治療や援助を求めなかった人に対してサービスを提供できる、いつでもどこでも受けることができる、バーチャルリアリティを恐怖症やPTSDに対する曝露法に用いることができる等の長所を述べている。また、PTSDのインターネットベースのCBTは、診断スクリーニングに費用対効果の高い、無駄な時間を使わない手段を提供するだけでなく、治療プロセス全体を通じてセラピストの時間を短縮し、医療費を削減することも、利点として挙げられている⁸⁸。

^d 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）の助成を受けて実施した。第1節、第2節は、武蔵野大学心理臨床センター紀要第15号（今野・小西）「心的外傷後ストレスに対するインターネットやWEBによる早期介入についてのレビュー」¹¹⁹を一部改編したものである。

インターネットはこの10年間にも、急激に変化している。我が国においては、2005年頃からネットワークのIP（Internet Protocol）化が進展し、スマートフォンも登場後急速に普及した⁹¹。2014年中に、インターネットを利用した人は1億人を超え、人口普及率は全体の82.8%に達している⁹²。欧米においても、アメリカ84.2%、カナダ85.8%、イギリス89.84%であり、ほぼ日本と同程度の普及率である⁹³。世界的に見ても、2000年には世界のインターネット普及率は6.5%であったが、2013年時点では38.5%に達しており、契約数は日本・アメリカ・カナダ・ヨーロッパで3.1倍、それ以外の国全体で16.6倍の増加を見せている⁹⁴。

近年のインターネットの普及により、インターネットベースのPTSD治療については、その有効性が示されつつある⁷⁴が、その研究の対象は十分統制されているとは言えない^{95,96}。Kuesterら⁹⁷のメタアナリシスによると、インターネットベースのCBTは、全体として将来的に有望であるが、研究数は十分ではなく、今後の研究が必要である。対象についても、トラウマのタイプが混在しているもの、軍隊関係、自然災害、自動車事故等と雑多で、介入の開始時期も一定していなかった。

第2節 心的外傷後ストレスに対するインターネットベースの早期介入

本節では、インターネットベースのCBTを早期介入として行った研究を展望した。文献データベースPsycINFO、PubMed、PILOTSから、以下の条件で検索した。

- ・ 抄録上の語句：
（“posttraumatic stress” OR “post traumatic stress” OR “acute stress”）
AND （“early intervention” OR “prevent”）
AND （“internet” OR “web”）
- ・ 言語：英語
- ・ 査読：有
- ・ 期間：2006年～2015年

検索結果から、重複する論文を除外し、実践研究の論文を対象とし、介入方法や介入結果について概観した。なお、該当する語句に関してはシソーラス検

索を行った。実践研究の論文は 5 件あった（表 4-1 参照）。以下に、その 5 件の概要を述べる。

表 4-1. 検索論文の中で該当した論文

No	発行年	論文名	代表著者	介入プログラム	参加者情報	介入時期
1	2013	Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: Randomized controlled trial.	Mouthaan, Joanne	Trauma tips	n=300(介入群: 151名) (コントロール群: 149名) 平均年齢 43.8(SD=15.9) ログイン: 117名	72時間+ 1週間後
2	2011	Trauma tips: An Internet-based intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injured trauma patients.	Mouthaan, Joanne	Trauma tips	n=10(介入群: 5名) (コントロール群: 5名) 平均年齢: 34.4(SD=19.5) 完遂者: 5名	1ヶ月以内
3	2006	Internet-Based Intervention for Mental Health and Substance Use Problems in Disaster-Affected Populations: A Pilot Feasibility Study.	Kenneth J. Ruggiero	モジュール毎のプロ グラム (PTSD/パニックモ ジュール、 抑うつモジュール、不 安モジュール、アル コールモジュール等7 種類)	n=285 平均年齢: 41.9(SD=13.6) PTSD/パニックモジュール完遂 者: 98名中55名	直後(想定)
4	2012	Pilot study of Internet-based early intervention for combat-related mental distress.	Benjamin W. Van Voorhees	VETS PREVAIL	n=50 平均年齢: 29.57(SD=7.17) 完遂者: 38名	明記されず
5	2015	Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Web-Based Intervention to Prevent Posttraumatic Stress in Children Following Medical Events.	Nancy Kassam- Adams	Coping Coach	n=72(介入群: 36名) (待機群: 36名) 平均年齢: 9.8(SD=1.5) 完遂者: 28名	2週間以内

第 1 項 身体的外傷患者における PTSD 予防のためのインターネットを使用した早期介入：RCT

(Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB, et al. ,2013,Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients : Randomized controlled trial) ⁹⁸

1) 方法

アムステルダム の医療機関に救急で運ばれた 18 歳以上の身体的外傷患者を対象とした。除外基準としては、脳機能障害の既往、うつ、躁うつ症状の既往、中等度から高等度の意識障害が挙げられていた。救急搬送されてから 72 時間以内に対象条件の審査を行い、同意を得られた対象者をランダムに介入群とコントロール群に振り分けた。介入群は、トラウマ TIPS という研究

者らの開発した介入プログラムへの参加を依頼した。トラウマ TIPS は、CBT の技法を基に、心理教育、ストレスマネジメント／リラクセーション、現実エクスポージャーなどのエレメンツを含んだ 6 ステップからなる介入プログラムである（図 4-1 参照）。介入群は、WEB にログインし、介入プログラムに自由にアクセスするようにした。ベースライン時、外傷後 1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後に、CAPS、IES-R 等で症状評価を行った。

2) 結果

2007 年 9 月～2010 年 6 月に実施され、救急で運ばれた 1,807 名中、適格者が 712 名、参加許諾者が 300 名であった。300 名をランダムに介入群（151 名）とコントロール群（149 名）に振り分けた。介入群で 1 回もログインしなかった参加者が 34 名、1 回ログインした参加者が 63 名、複数回ログインした参加者が 54 名であり、複数回ログインした参加者の平均ログイン回数は 3.6 回であった。12 ヶ月後の査定に参加した人数は、介入群 70 名、コントロール群 69 名であった。

CAPS と IES-R の評価結果については、介入群とコントロール群に差異はなかったが、時間経過では差異が認められた ($p < .001$)。また、ベースラインの PTSD 症状の重症度によって分けた潜在的混合モデル解析の結果、ベースライン時に PTSD 症状が重篤であった介入群においては、介入後に症状が減少した。

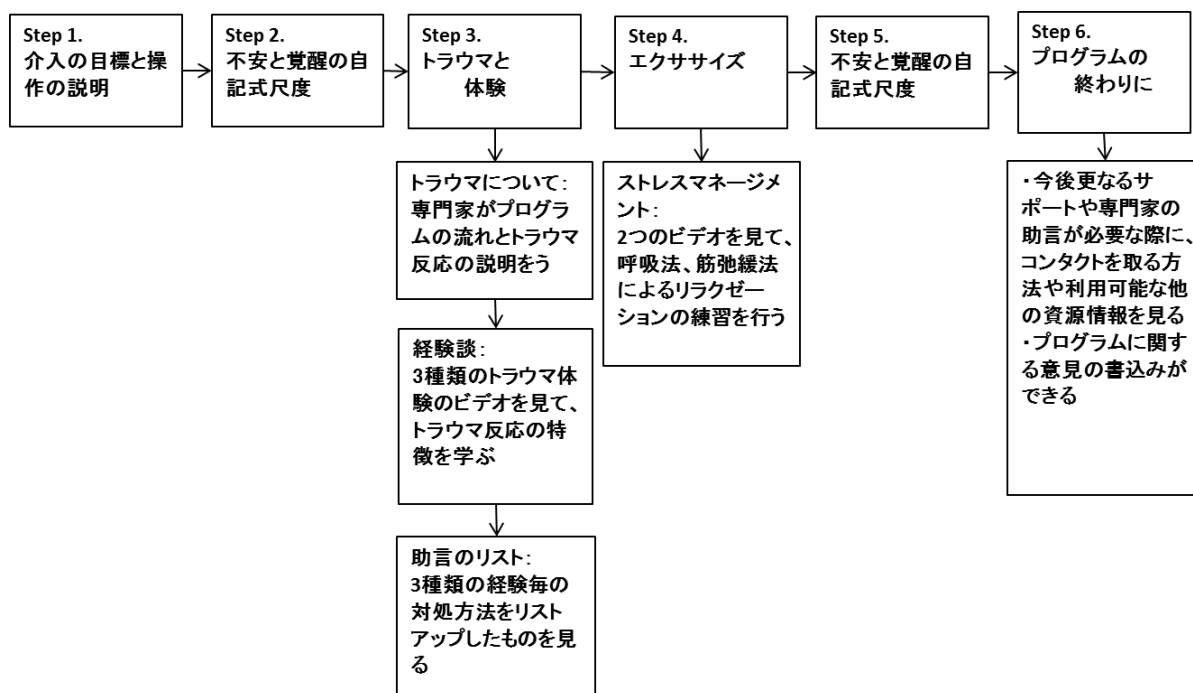


図 4-1. トラウマ TIPS の流れ

第 2 項 トラウマ TIPS : トラウマ体験となる外傷を負った患者に対してのインターネットを使用した早期介入

(Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB, et al.,2011,Trauma TIPS : An Internet-based intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injured trauma patients) ⁹⁹

1) 方法

参加者は、2006 年 12 月～2007 年 1 月までの間にトラウマ体験となる外傷を負った 4 名の男性と 1 名の女性を介入群とし、健康な男性 4 名と女性 1 名をコントロール群とした。STAI (State-Trait Anxiety Inventory : 状態－特性不安尺度 : 以降 STAI) と IES-R の評価を行い介入前後についてと、介入群とコントロール群について、それぞれの比較検討を行った。また、介入プログラムの実行後に、電話インタビューによる実行可能性についての聴き取り面接を行った。この研究は、1) の RCT 研究の前段階として、実現可能性と有害事象が起こらないことを保証するために行われた予備的研究であり、使用した介入プログラムは、トラウマ TIPS である。

2) 結果

IES-R では、すべての症状で時間とともに得点は減少したが、STAI に関しては、前後、介入群・コントロール群のどちらも差異がなかった。この結果から有害事象は起らなかったことが示されていた。電話インタビューによる結果は、トラウマ TIPS が実現可能であり、プログラムが明確で使いやすいという意見が多く、専門家のビデオによる情報は役に立つとした参加者は介入群 3 名、コントロール群 3 名で、明確で教育的であるとした参加者は介入群・コントロール群ともに、全員であった。一方、STAI の質問数の多さ、同じような質問が多いという意見もあり、この後の RCT における改善すべきポイントが示唆された。

第 3 項 大災害後のメンタルヘルスと物質使用問題に対するインターネットによる介入：実現可能性の予備研究

(Ruggiero KJ, Resnick HS, Galea S, et al. ,2016,Internet-Based Intervention for Mental Health and Substance Use Problems in Disaster-Affected Populations : A Pilot Feasibility Study) ¹⁰⁰

1) 方法

2001 年 9 月 11 日のテロ事件の 6 ヶ月後から行われたニューヨーク在住者への疫学研究の 3 回目調査（ウェーブ 3）参加後の成人（1,832 名）をリクルートし、インターネット環境がない、英語を話せない等の除外基準に当てはまらない対象者（1,036 名）を選定した。研究に同意を得た参加者に対して、WEB スクリーニング検査を行い、7 種類のモジュールに該当するかどうかを審査した。7 種類のモジュールとは、PTSD/パニックモジュール、抑うつモジュール、不安モジュール、アルコールモジュール、マリファナモジュール、薬物モジュール、喫煙モジュールである。例えば、PTSD/パニックモジュールは、PTSD の心理教育、曝露への焦点化、回避の減少、呼吸法からなるものである。

この研究の手続きとしては、該当するモジュールを行い、参加者のモジュールに関する評価や、モジュールを行ったことにより知識が増えた等の教育内容評価、および PTSD 症状やうつ症状がモジュールを行ったことで変化し

たかどうかを査定するものであった。大災害後におけるこれらのモジュールによる介入の実現可能性を測る目的で行われた。

2) 結果

PTSD/パニックモジュールの完遂率は 56.1% (98 名中 55 名)、抑うつモジュールの完遂率は 63.5% (115 名中 73 名)、不安モジュールの完遂率は 36.4% (33 名中 12 名) であり、特に不安モジュールの完遂率が低かった。これは、過去にうつ症状を呈していた 10 名がひとりも完遂できなかったことが原因と考えられた。

また、モジュールで扱う知識の変化については、7 つのモジュールのうち PTSD/パニックモジュールと抑うつモジュールにおいて、モジュールの前後に 3 つの質問からなる評価を行った。その結果、PTSD/パニックモジュールでは、3 問中 1 問で有意差が認められた ($t(51) = 3.12, p < .01$)。その質問は、「危険でないトラウマ体験を思い出させるきっかけへの回避」が PTSD の症状であるかということ、モジュール開始前が 62% の認知率であったのが終了後には 81% になった。抑うつモジュールにおいては、3 問中 3 問ともに有意差が認められ、モジュールによる知識の増加が得られたことが示された。

満足度の調査においては、モジュールを完遂した 199 名に対して行われ、プログラムの理解しやすさは 98% と高く、ほとんどの人が満足していた。また、「2001 年 9 月 11 日後の数週間において、助けとなるものか」という問に対しては、PTSD モジュールの参加者は 75% が助けになるとした。この研究では、完遂率や満足度の結果を踏まえ、リクルート方法の改善、参加者と研究者との面接による研究目的の理解の推進、参加者の動機づけ等が、課題として挙げられた。

第 4 項 軍人の精神的ストレスに対するインターネットによる早期介入の予備的研究

(Van Voorhees BW, Gollan J, Fogel J., 2012, Pilot study of Internet-based early intervention for combat-related mental distress) ¹⁰¹

1) 方法

参加者は、2001年9月11日以降にイラクかアフガニスタンに派遣され、5年間任務に就いた退役軍人を対象とし、インターネット環境がない、過去10年間の精神科入院歴あり、統合失調症・双極性障害の既往歴あり、過去の自殺企図あり、CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression: 抑うつ尺度: 以降 CES-D) 得点 > 35、CES-D 得点 < 9 の人々を除外した。

介入プログラムは、VETS PREVAIL 介入 (表 4-2 参照) という 6 ステップからなる。この研究は、シングルグループにおける介入前後の比較検討を行い、PCL-M (PTSD Checklist-Military version: 軍隊用 PTSD チェックリスト: 以降 PCL-M)、CES-D、SF-12 (12-Item Short Form Health Survey: 健康調査: 以降 SF-12) を使用し PTSD 症状やうつ症状、健康度を評価した。また、治療に何を求めるかを理解するために、TPB フレームワーク (Theory of Planned Behavior: 計画的行動理論) を基とし、いくつかの 5 件法の質問を行った。例としては、「私は行動を変えることにより、抑うつ気分を変えられる」という自己肯定感、「もし、主治医が PTSD やうつ病と告げたら、私はそれを受け入れられる」という治療を受け入れる意志や、「もし、私がうつや PTSD のために専門的援助を受けていることを友人が知ったら恥ずかしい」という社会的スティグマの認知に関する質問である。

2) 結果

CES-D によるスクリーニング審査を 708 名が受け、その後の評価を行うことに同意した 457 名が最初の適格審査を受けた。CES-D 得点が 9 点～35 点までで適格と認定された 53 名に対して電話審査が行われた。その結果適格と評価された 50 名に対して、VETS PREVAIL 介入プログラムが行われた。参加者は、ホームページ画面からプログラムを実行し、完遂者は 38 名であった。4 週後、8 週後、12 週後にポスト評価が行われたが、その参加者は、それぞれ 37 名、41 名、28 名と、減少していった。

CES-D10 (CES-D の 10 項目版) で測定されたうつ症状は、治療企図解析 (Intention- to-Treat analysis: 以降 ITT 解析)、完遂者の分析ともに、ベースラインから 4 週後、12 週後は下降しているが、ベースラインから 8 週後は下がっていない。スクリーニング査定で CES-D10 の得点が 10 点以上の深刻なうつ症状を示した人は、介入プログラムを行うベースライン時まで、うつ

症状の減少が見られ、完遂者の分析では、ベースラインから 4 週後と 12 週後に下降を示した。PTSD 症状の変化を PCL-M で見ると、ITT 解析では、4 週後、12 週後に減少が見られたが、完遂者の分析では、12 週後に若干の減少が見られたただけだった。また、SF-12 には、大きな変化は見られなかった。

TPB の質問の結果から 12 週後に改善が見られた項目は、「精神健康的な自己肯定感」ではなく、「治療を受ける意志」と「社会的規範/スティグマを認知する」であった。

この研究の介入前後の結果から、VETS PREVAIL 介入プログラムが、帰還兵のうつ症状や PTSD 症状への早期介入や予防に提供できる実現可能性が示され、今後の RCT に向けてコンテンツの追加を検討する可能性が示唆された。

表 4-2. VETS PREVAIL の介入内容

No	レッスン
1	戦闘における通常の反応と、症状的反応について議論する； PTSD 症状とうつ症状の紹介をし、症状を回復させる要因について教える
2	コーピングメカニズムとしての回避について紹介する；回避が症状を悪化させることがあることを教える；どのように症状を減らしていくのかを図で示す
3	機能不全に陥る考え方のきっかけの概念を教える；考え方や計画を再評価して、そして順応的対応ができるように導く
4	①問題が何であるかを定める、②ブレインストーミングする、③意志決定戦略を使う、④現実的な行動計画を行うというプロセスを示す
5	目標を設定する；目標が自分にとって助けとなるかならないかを考え、その違いについて教える
6	環境に身を置き時間をかけて経験することが、回復力の強化につながるという概念を教える；すべてのレッスンを振り返る

第 5 項 病気やけがによる医学的なトラウマ体験を受けた子どもたちのトラウマティック・ストレス症状 (PTSS) を予防するための新たなインターネットによる早期介入の予備的 RCT

(Kassam-Adams N, Marsac ML, Winston FK, et al. ,2016,Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Web-Based Intervention to Prevent Posttraumatic Stress in Children Following Medical Events) ¹⁰²

1) 方法

2 週間以内に病気やけがなどによるトラウマ体験をした 8 歳～12 歳の子どもの中から、グラスゴー昏睡尺度が 12 点以上（意識がある状態）で、査定・面接を行えるくらいの英語力を持ち、自宅にインターネット環境があり、病

気やけがの原因が家庭内暴力や児童虐待によるものでない子どもたちを選定し、参加者とした。スクリーニング検査により研究該当者となった子どもたちとその親の同意を得て登録後、ランダムに介入群と待機群に振り分けた。介入群は、介入プログラムを行い、両群とも6週間後、12週間後、18週間後にCPSS (Child PTSD Symptom Scale: 子ども用 PTSD 症状尺度: 以降 CPSS)、PedsQOL (Pediatric Quality of Life Inventory: 小児科用健康関連 QOL: 以降 PedsQOL)、CPTCI (Child Post-Traumatic Cognitions Inventory: 子ども用外傷後認知尺度)、HICUPS (How I Coped Under Pressure Scale: ストレス時の対処方法尺度)による査定を行った。待機群は12週間後の査定を行った後に介入プログラムを任意で実施できることになっていた。

介入プログラムは、双方向型のゲーム仕立てになっており、参加者はゲームを行いながら、トラウマ体験による反応や症状について学ぶというものである。ゲームでは、①重篤な喘息発作を起こす少女、②公園で暴行を受けている兄弟を目撃した少年、③自動車事故に遭った少女、④火事に遭った少年の4つのキャラクターから一人選び、3段階の冒険に挑戦しながら学んでいく。レベル1では、急に起きたトラウマ体験の後にどのような感情を経験するのかを考え、レベル2では、感情と行動と認知のつながりについて学び、レベル3ではトラウマ体験を思いだすきっかけを避けることが、不利になる点と有利に働く点について識別する。参加者は3段階をクリアするとポイントをもらえ、何度でも繰り返し参加することが許されている。

2) 結果

リクルートした451名のうち参加資格の条件にあった人が83名、スクリーニング検査に合格した人が74名、研究に同意し登録された人が72名であった。介入群と待機群にそれぞれ36名ずつ振り分けられた。介入群の中で介入プログラムを遂行した参加者は35名、6週後、12週後、18週後の完遂者は、それぞれ24名、22名、20名であった。また、待機群は、6週後が34名、12週後が28名完遂し、介入プログラムを実施した参加者は19名であったが、18週後の査定には31名が参加した。

介入群と待機群の査定の結果を見ると、CPSSにおける介入群と待機群の有意差は、ベースライン時のみに認められた($t(69) = 2.28, p = .03$)。PedsQOL

では、12 週後の結果において介入群と待機群に差異が認められた ($t(48) = 2.13, p = .04$) が、他の査定時期、他の検査においては、差異が認められなかった。

さらに、介入プログラムの効果が PTSD 症状の重症度によって違う可能性を見るために、CPSS 得点を 15 点以上と未満で分けて、それぞれを高リスク群、低リスク群として、その平均点の推移を見て (図 4-2 参照)、エフェクトサイズを求めた。その結果、高リスク介入群のエフェクトサイズは、ベースラインから 6 週後 ($d = -.84$)、12 週後 ($d = -.68$) で、中から大の大きさであった。高リスク待機群のエフェクトサイズは小さくそれぞれ、6 週後 ($d = -.15$)、12 週後 ($d = -.24$) であった。このことから、介入の効果は、最もリスクの高い子どもたちに主に見られたことを示し、今後の研究において、高リスク介入群と低リスク介入群を階層化した無作為抽出試験をすべきであることが示唆された。

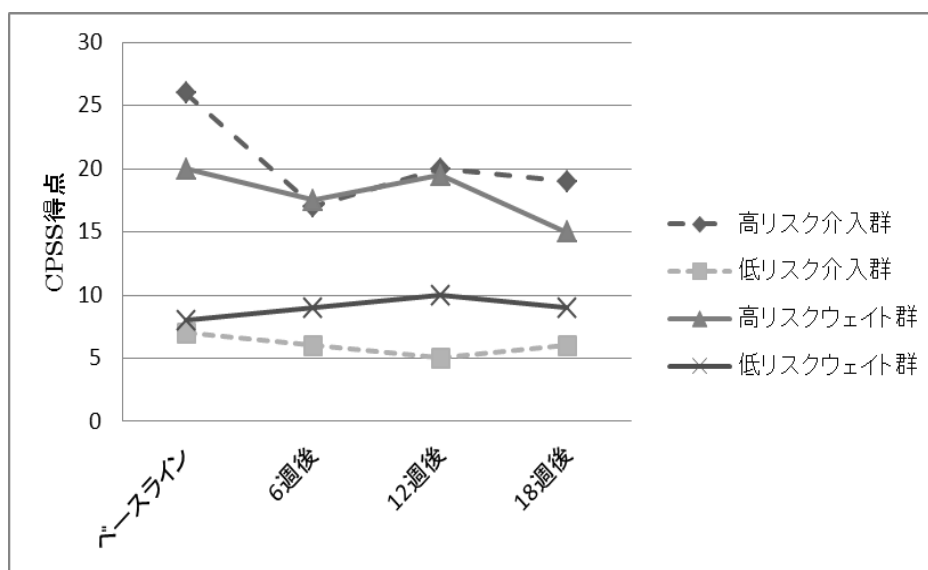


図 4-2. CPSS 得点の経過毎の平均点

上記 5 つの介入研究は、医療をフィールドとした研究が 3 件、軍隊が 1 件、大規模疫学的調査からの介入研究が 1 件となっており、犯罪被害や性暴力被害を対象とする研究はなかった。このことから、早期介入の研究は、医学的出来事や戦争体験を研究対象としたものが多いことが推察される。PTSD を予防す

る介入研究の最近のシステマティックレビュー¹⁰³によると、レビューした 19 の研究のうち性暴力被害もしくは身体的暴力被害を対象の一部に含めた研究は 3 件しかなく、インターネットや WEB を介さない研究においても、研究の対象として取り上げられる件数が少なかったことが示されている。

また、今回概観した研究は全て早期介入となっているが、その介入時期はそれぞれ違う（表 4-1 参照）。医学的出来事の場合は、直後から病院に収容されるため、比較的早い時期からの介入研究を行っているが、それ以外は、早期に介入したらという想定の研究（研究 3）や、被害の時期を明確にしていない研究（研究 4）であった。これは早期介入の概念がまだ曖昧であり、研究が十分されていないことを示していると考えられる。

それぞれの介入プログラムには、トラウマ反応についての心理教育、回避が対処行動として行われることについての心理教育、呼吸法等が盛り込まれている。これらの要素は、実際にトラウマに焦点化した CBT の代表的なプログラムである PE の一部分であり、エビデンスは PE 全体としてのみ得られている¹⁰⁴。しかし、今回の研究においては、実現可能性を測る予備的研究が多く、RCT による介入プログラムの効果を見ていたのは、研究 1) のみであった。研究 1) においては、介入プログラムの効果が顕著に示されたとは言えなかったが、これは、全体的な介入前の参加者のトラウマ症状が、比較的軽いものだったことが一因として考えられる。全参加者をトラウマ症状の重症度で 2 分した分析によると、トラウマ症状が重篤な参加者における介入後の効果は認められたという結果が示されており^{98,102}、介入の対象者をトラウマ症状の重篤な人に絞ることにより、介入プログラムの有効性が明らかにされる可能性がある⁹⁸。

今回概観した 5 つの介入研究において、参加登録をした人が実際に介入プログラムを実施した割合は、通常の PTSD に対する CBT の完遂率に比べて高いとは言えなかった。トラウマに特化した CBT の RCT のメタアナリシスでは、治療中のドロップアウト率は 16.7% である¹⁰⁵。また、CBT のドロップアウト率を調べたメタアナリシスによると、PTSD に対する CBT のドロップアウト率は、治療前で平均 7.8%、治療中で 27.2% である⁸⁵。今回概観した研究においては、介入中のドロップアウト率は、研究 5) が 28% に対して、それ以外は 35%～45% 程度あり、インターネットや WEB を介さない PTSD に対する CBT に比べて、

総じてドロップアウト率が高かった。またこの結果は、前述の CBT のドロップアウト率のメタアナリシスにおいて、治療前で 24.2%、治療中で 34.2%と示された治療方法別で見たインターネットや WEB を使用した CBT のドロップアウト率⁸⁵と大きな差はなかった。一方、研究 5) が低いドロップアウト率を示したことについて、研究 1) ～4) と比べてみると、まず研究参加者の平均年齢に大きな違いがあった。研究 5) の研究参加者の平均年齢が 9.8 歳 (SD=1.5) に対して 1) ～4) の研究参加者は 20 歳代後半～40 歳代半ばであった。研究 5) は未成年者が対象であり、介入プログラムの実施に関して保護者が関わっていることが、介入前のドロップアウトを防いだ可能性が考えられる。また、研究 5) は週 1 回、リマインダーのメールや郵便によって、介入プログラムの実施を促していたことも、ドロップアウト率が低かったことの一要因かもしれない。

インターネットや WEB による介入においては、参加者自身に介入プログラムの実施の意志やタイミングが委ねられており、研究者がコントロールできない部分が多い。研究 4) においては、介入プログラムの中に、参加を促すチャットによる面接を導入したり、研究 1) では、最初のログインをメールや電話等で促しており、動機づけのためのツールを使用しているが、ドロップアウト率を減少させるまでには至っていない。インターネットや WEB プログラム自体を持続させるためには、その方法をさらに模索する必要があり、今後検討すべき課題であると考えられる。

第 3 節 性暴力被害者に対するインターネットベースの CBT

早期介入ではないが、2006 年から 2016 年までの 10 年間の研究を対象とし、文献データベース PsycINFO、PubMed、PILOTS から、抄録上の語句を (“ptsd” OR “posttraumatic stress” OR “post traumatic stress” OR “post-traumatic stress”) AND (“sexual assault” OR “rape” OR “sexual violence” OR “sexual abuse”) AND (“internet” OR “web”) で検索した結果、性暴力被害者に対するインターネットベースの CBT の RCT は 1 件あった。以下にその概要を記述する。

第 1 項 サバイバーからスライバーへプログラム：レイプ被害を受けた PTSD 患者に対するセラピストが関わるオンラインプログラム

(Littleton H, Grills AE, Kline KD, Schoemann AM, Dodd JC.,2016,The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD) ⁹⁶

1) 方法

参加者は、4つのキャンパスにおいて、大学の広報や広告、大学心理学部門の参加申し込み用ウェブサイトへの投稿、ソーシャルメディア等によってリクルートされた。PSS-Iを用いてPTSD診断は決定した。参加希望者は電話スクリーニングインタビューが行われ、参加が決定した後、無作為に対話型プログラム群39名、心理教育をWEBサイトで行う心理教育WEBサイト群35名に割り振られた。評価尺度としては、PSS-Iに加え、FDAS (Four Dimensional Anxiety Scale: 不安症状尺度:以降FDAS)、SLESQ (Stressful Life Events Screening Questionnaire: ストレス体験スクリーニングアンケート)の他、対話型プログラム群はWAI-S (Working alliance inventory: 治療同盟インベントリ)によって、参加満足度を測った。対話型プログラムは、9つのモジュールによって構成されており、モジュール1~3は第1フェーズで、心理教育を提供するとともに、一般的な苦痛管理戦略(リラクゼーション、グラウディング)や健康的な対処法スキルを紹介するように設計されている。第2フェーズ(モジュール4~5)は、認知モデルを導入し、参加者に対し、歪んだ、または役に立たない自動思考を特定し、これらの考えに対応するために挑戦的な質問技法を利用するよう教えた。第3フェーズ(モジュール6~9)は、性的暴力の後の女性の間で共通の特定の懸念(暴行に自己責任を負う)に対処するために、数多くの認知行動技術(例えば、挑戦的な質問技術、賛否両論技術、行動実験)を使って行う。

2) 結果

合計で、150人の女性が電話で適格性を審査された。このうち87人の女性がスクリーニングを完了し、参加資格を得た。資格停止の最も一般的な理由は、PTSDの診断基準を十分に満たさない(31.3%、n=20)、現在心理療法中(26.6%、n=17)、監護者/親族によって幼児期からの性的虐待の継続中(15.6%、n=10)、現在の物質依存(6.3%、n=4)、向精神薬(4.7%、n=3)などであった。

87名の参加者の平均年齢は22歳(18~42歳)、レイプ被害からの経過期間は、1.5ヶ月~21年と広範囲にわたっていた。2つのプログラムに割り当てられた参加者間に人口統計学的特徴や以前の外傷歴に有意差は認められず、さらに、PSS-I、FDAS、CES-Dの得点の比較においても、両群に統計的な有意差は示されなかった。PSS-I得点のプログラム前後比較を見ると、対話型プログラム群は、 $t(22) = 7.02$ 、 $p < .001$ 、 $d = 2.22$ 、心理教育WEBサイト群では、 $t(27) = 8.06$ 、 $p < .001$ 、 $d = 1.10$ と、両群ともPTSD症状の軽減が認められた。また、ITT解析では、両群がミディアムサイズのPTSD症状による障害の減少が示された。さらに、3ヶ月後のフォローアップ時には、対話型プログラム群の80.0%は、PSS-I得点からPTSD症状が確実に減少したことが示されている($t(19) = 7.55$ 、 $p < .001$ 、 $d = 2.60$)。同様に、心理教育WEBサイト群のうち70.0%は、PSS-I得点からPTSD症状が確実に減少したことが示されている($t(20) = 8.54$ 、 $p < .001$ 、 $d = 2.26$)。ITT解析は、対話型プログラム群が、実施前からフォローアップまで、PTSD症状、 $d_{ITT} = 1.80$ 、うつ症状、 $d_{ITT} = 0.84$ 、および不安症状 $d_{ITT} = 0.78$ の大きな減少を有し、心理教育WEBサイト群は、実施前からフォローアップまでで、PTSD症状の大きな減少($d_{ITT} = 1.80$)、中程度のうつ病の減少($d_{ITT} = 0.62$)、および不安症状の減少($d_{ITT} = 0.68$)が示されている。実施前にPTSD症状が軽い参加者を見ると、対話プログラム群の方が、心理教育WEBサイト群よりも実施後のPTSD症状得点が高いことが明らかになった($b = 5.12$ 、 $SE = 2.89$ 、 $p = .082$)。対照的に実施前にPTSD症状が重い参加者は、対話型プログラム群の方が、心理教育WEBサイト群よりも実施後のPTSD症状得点が低くなった($b = -3.93$ 、 $SE = 2.77$ 、 $p = .164$)。このことから、治療前PTSD症状のレベルが高い個人に対する対話型プログラムの優位性と、治療前PTSD症状のレベルが低い個人に対する心理教育WEBサイトの優位性が示された。さらに、対話型プログラムを完遂した参加者からは、プログラムとそのセラピストに対する高い満足度と強力な治療同盟が報告された。プログラムを自助的に行うか、またはセラピストが援助して行うかのいずれが有効であるかを決定するためには、今後の研究が必要である。最後に、今後の研究では、オンライン治療の関与を高めるためだけでなく、個人のグループごとに必要な

有効治療用量を決定することが重要である。これらの領域での研究は、PTSD に対するセラピスト資源を有効活用したオンライン介入を開発するために必要である。

この研究では、インターネットを使用したプログラムにおけるセラピストの介入と非介入の結果を比較していた。両群に大きな差はなかったが、セラピスト介入群の方が、参加者の満足度が高く、特に実施前に PTSD 症状が重い参加者の場合、セラピスト介入が有効であることが示唆された。これは、最近の PTSD に対するインターネットベースの CBT に関するメタアナリシスによる知見とも一致する内容となっていた。Sijbrandij ら⁸⁸のメタアナリシスの報告では、合計 12 の研究が対象となっており、そのすべてのプロトコルには、心理教育と認知再構成が含まれていた。12 件中 7 件の研究では、セラピストによる電話やメールの支援が行われていた。12 件中 10 件の研究には想像エクスポージャーが含まれ、そのうち 9 件はトラウマ体験に関する執筆課題が行われていた。12 件中 4 件の研究では現実エクスポージャーが含まれ、3 件の研究では外傷性記憶への曝露は含まれていなかった。方法論はさまざまであり、情報が不十分な研究もあったが、結果としては、セラピストが介入するインターネットベースの CBT の効果サイズが、自的に行うものよりも有意に大きく、8 セッション以上の方が未満よりも効果サイズは大きかった。以上のことから、インターネットベースの CBT は、特に、セラピストの支援によって、インターネット介入における不明点を補うものであり、PTSD 症状を有する個人にとって効果的な治療であり、伝統的な PTSD 治療の有望な代替物となりうると述べられていた。このことから、インターネットベースの治療を行う際に、セラピストの介入方法について検討すべきであると考えた。

第 4 節 PTSD に対するアドヒアランスの概観

概観したインターネットベースの CBT におけるドロップアウトの課題については、ネットを介さない CBT においても課題^{85,105}となっている。本節では、CBT などの治療に対していかに動機づけを行うかについて、患者側の PTSD 治療に対するアドヒアランスに関する文献レビューを示し、検討する材料とする。

Kehle-Forbesらは、PTSD患者である退役軍人を含む軍人の心理療法や精神医学的治療において、大部分の治療があまり成功していない現状から、患者をPTSD治療、特にエビデンスベースドの治療（Evidence-Based Psychotherapy：以降、EBP）に関与させる可能性が高い要因を説明するために、入手可能な文献を選択的にレビューした¹⁰⁶。要因としては、年齢、性別、人種、民族性などの人口統計学的要因が最も頻繁に研究されており、治療の開始と保持との重要な関連性が証明されているが、それ以外に治療が必要であるという認識をもつことが診療を開始させる強固な要因であると報告した。その上で、PTSD治療における患者の関与を改善する可能性のある介入をレビューしている。

以下に、その研究内容を示す。

第1項 イラクとアフガニスタンの退役軍人の精神保健医療の取り組みを強化するための電話によるモチベーションインタビューのRCT

(Seal KH, Abadjian L, McCamish N, et al. , 2016. A randomized controlled trial of telephone motivational interviewing to enhance mental health treatment engagement in Iraq and Afghanistan veterans) ¹⁰⁷

1) 方法

2008年4月23日から2011年2月25日の間に、電話による心理評価において、精神健康上の問題が陽性であったが、治療していない73人のイラクとアフガニスタンの退役軍人を、4セッションの電話による動機づけインタビュー（Motivation Interviewing：MI）を行う介入群、4回の動機づけ等のない通常通話のみである対照群のいずれかに無作為に割り付けた。両群とも、通話内容に精神健康サービス治療の紹介を含む。MI介入は事前のパイロット研究により、マニュアル化されていないMIセッション20分～30分を2、4、8週おきに行う手続きとした。両群ともベースライン、2、4、および8週後に4回のニュートラルな電話によるチェックインセッションが行われ、精神健康サービスへの訪問の有無等について聴取した。8週後と16週後に、電子カルテや自己報告の結果から、受診状況、精神健康状態の変化、精神健康サービス治療に取り組む意向等を調査した。

2) 結果

ITT 解析によると、介入群の 62%が少なくとも 1 回の電話セッションに参加し、対照群の 26%と比して大きな効果 (Cohen's $h = 0.74$) を示した。介入群の参加者は、精神健康サービスへの平均受診数 = 1.68 (SD=2.73) となっており、対照群の平均受診数 = 0.38 (SD=0.81) より有意に高かった ($p < .01$)。8 週間後、16 週間後の PTSD 症状やうつ症状の軽減については、両群に有意差は認められなかったが、介入群は対象群に比べて、8 週間後、16 週間後の両方でマリファナ使用頻度が有意に減少し ($p < .05$)、治療に対する偏見は、8 週間後には有意に減少し ($p = .05$)、16 週間後にも保たれていた ($p = .07$) ことが示された。以上のことから、電話による動機づけインタビューは、退役軍人の精神健康サービスへの治療のエンゲージメントを強化したと考えられる。

第 2 項 退役軍人の PTSD 治療におけるモチベーション向上介入の効果

(Murphy RT, Thompson KE, Murray M, et.al. , 2009. Effect of a Motivation Enhancement Intervention on Veterans' Engagement in PTSD Treatment) ¹⁰⁸

1) 方法

米国南東部の大規模退役軍人医療センターの PTSD 患者のための 12 ヶ月の認知行動外来治療プログラムに参加した退役軍人を対象に、プログラムの 2 ヶ月後から 4 週間の 4 セッションを外傷後ストレス障害モチベーション強化群 (PME 群 : PTSD motivation enhancement Group) と心理教育群に無作為に分けてランダム化比較試験を行った。PME 群は、PME に加えて心理教育セッションへも参加した。PME 群のセッションは、1 セッション 90 分のグループセッションであり、参加者が承認していない PTSD 関連の問題を変更する必要性を参加者自身が認識できるように意思決定スキルの使用に焦点を当てたものである。プログラム実施前に、問題識別フォーム (PIF) に「問題があるかもしれない」、「確かに問題がある」、「確かに問題はない」のいずれかで問題リストを作成しておく。

2) 結果

75 人の参加者のうち、PME 群 44 名、心理教育群 31 名が割り当てられた。両群の参加前の PIF の「問題があるかもしれない」の平均数に有意差は認め

られなかったが、4セッション終了時に、PME群は、「問題があるかもしれない」が「確かに問題がある」に変化し（ $M=33.19\%$ 、 $SD=32.22$ ）、心理教育群の平均（ $M=9.88\%$ 、 $SD=20.91$ ）より有意に高かった（ $t(73)=3.53$ 、 $p<.001$ （エフェクトサイズ、Cohen's $d=0.86$ ））。PME群は、最初は不確実だった行動や考え方を、問題として認識し再分類したが、12ヶ月の認知行動外来治療プログラムの完遂率には両群に有意差は認められなかった。PME群のグループ平均参加人数が5名、心理教育群のグループ平均参加人数が20名と実施時の人数に大きな差があり、今後さらに統制した条件で実施する必要性が示唆された。

第3項 退役軍人のエビデンスベースのPTSD治療への参加と完遂における短期心理教育と治療計画グループの効果

(DeViva JC, Bassett GA, Santoro, GM, et al. , 2016. Effects of a brief education and treatment-planning group on evidence-based PTSD treatment utilization and completion among veterans) ¹⁰⁹

1) 方法

ニューイングランド南部のVA医療センターにおいて、PTSDの診断を受けた退役軍人のうち、教育／治療計画グループへの参加が可能であった介入群（EG群）に対して、4セッションからなる心理療法の選択準備プログラムを実施した。スケジュール上参加できなかつたり、参加を拒否した通常診療群（TAU群）との間に、心理療法の選択に違いがあるか検討した。

2) 結果

2012年4月から2014年8月までの教育グループの少なくとも1回のセッションを受けたEG群は114名、TAU群は68名であった。EG群の91名（79.8%）が第4セッションを含む少なくとも3回のセッションに参加した。114名のうち52名（45.6%）がEBP（CPTまたはPE）を選択し、TAU群（14.7%）よりも選択した割合が有意に高かった（ $\chi^2(1)=18.1$ 、 $p<.0001$ ）。しかし、完遂者の割合には有意差がなかった（ $\chi^2(1)=.2$ 、 $p=.65$ ）。ランダム化割り当てを行っていないため、EG群の結果には、プログラム参加以外の要因も考えられ、今後の研究の必要性が示唆された。

第4項 PTSDを有する退役軍人間の治療の遵守および臨床結果に及ぼす電話ケアマネジメントの効果のRCT

(Rosen CS, Azevedo KJ, Tiet QQ, et al. , 2017. An RCT of effects of telephone care management on treatment adherence and clinical outcomes among veterans with PTSD) ¹¹⁰

1) 方法

2009年3月から2013年4月の間に、3つのVAメディカルセンターの外来メンタルヘルスプログラムを受けている1,346名の退役軍人のうち、新たに外来PTSD治療を行うか新しい治療段階（例えば、心理教育グループから他の心理療法に移行する）に入ったという適格基準を満たした1,156人のうち参加に同意した358人（31%）を対象とし、通常の外來メンタルヘルス治療のみの対照群と、通常の治療に加えて1ヶ月に2回の電話ケアマネジメント（Telephone Care Management：TCM）を行うTCM群にランダムに割り付けた。TCM群には、3ヶ月間、臨床心理の専門家が指導した臨床心理を専攻する学生が電話により、参加者の治療出席、投薬コンプライアンスおよび副作用、症状の重症度を聞き取り、対処スキルの使用や治療法の遵守などを伝えた。4ヶ月後および12ヶ月後のフォローアップ調査を郵送および電話により行った。

2) 結果

TCM群191名、対処群165名が研究に登録された。TCM群191名中182名が研究に参加し、全6回のTCMの平均回数は5.16回（SD=1.3）、平均通話時間は25.16分（SD=11.11）であった。3ヶ月間の介入期間中、TCM群5.9回（SD=6.8）は、対照群4.1回（SD=4.2）よりも通常の外來メンタルヘルス治療に多く参加した（ $\chi^2(1)=6.56, p<.01$ ）が、介入期間後には、治療の参加は持続されなかった。また、臨床的な症状の改善については、両群に差は認められず、その後、PTSDに特化したCBTの実施者はほとんどいなかった。

第5項 心的外傷後ストレス障害のための遠隔医療に基づく共同ケア：RCT

(Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, et al. , 2014. Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial) ¹¹¹

1) 方法

2009年11月23日から2011年9月28日にかけて募集された農村部に住む退役軍人のうち、現在 PTSD の診断基準を満たす 265 名がベースラインに登録され、通常ケアを行う UC 群、または PTSD の遠隔医療アウトリーチ (Telemedicine Outreach for PTSD : TOP) を行う TPO 群にランダム化され、12 ヶ月間追跡調査された。TOP は、PTSD 患者に対して地域の外来診療所の医師や看護師、ソーシャルワーカーと退役軍人医療センターの精神科医が提供者となって、支援サービスを受けられるものである。支援サービスには、自宅で電話によって受けられる PTSD 症状のチェック、心理教育、アドヒアランス・カウンセリング等と、地域の外来診療所で受けられるインタラクティブビデオによる心理療法 (CPT)、精神科医のコンサルテーション等である。

2) 結果

登録された農村部の退役軍人は、高レベルの PTSD 重症度、多数の併存疾患、及び健康に関連した生活の質の低下によってかなりの病的な負担を有しており、精神病薬の服用もしくは、カウンセリングを受けていた人たちがほとんどであった。

12 ヶ月の研究期間中に、TOP 群 133 名中 54.9%、UC 群 132 名中 27.1% が CPT を実施し、その実施率は TOP 群の方が有意に高かった ($\chi^2(1) = 58.87, p < .001$)。また、同様にセッション参加回数が 8 回以上だった割合は TOP 群が 27.1% であり、UC 群の 5.3% に対して、有意に高かった ($\chi^2(1) = 23.09, p < .001$)。一方、精神科医のコンサルテーションを受けたのは、TOP 群が 33.1%、UC 群が 40.9% で両群に有意差は認められなかった。

6 ヶ月後のフォローアップ時の PTSD 症状を測る PDS 得点の減少は、TOP 群が 5.31 点、UC 群が 1.07 点であり、有意に TOP 群の減少が大きかった。それは、8 セッション以上の CPT 参加が PTSD 症状の重症度の改善を予測し ($\beta = -3.86 [95\% \text{CI} : -7.19 \sim -0.54], p = .02$)、介入効果をもたらしたと考えられた。遠隔医療を地域と専門センターで共同して行うことにより、PTSD 症状を改善する CBT の実施ができた。

以上のことから、PTSD 治療への動機づけに関して、電話による介入やグループによるセッションがある程度の影響を与えた可能性が示唆された。しかし、介入の内容や、電話の場合は通話時間にも動機づけの効果は左右されることが考えられ、今後もさらなる研究が必要である。また、すべて退役軍人が対象であり、一般市民対象の研究も待たれる。さらに、研究内で CPT を実施した Fortney らの研究以外では、EBP を開始したり、完遂するまでには至らなかったことも示されている。電話のみの介入やグループによるセッションではその後の診療継続の動機づけには十分とは言えず、よりきめ細やかな介入が必要であると考えられる。

第 5 章 【研究 2 & 3】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 WEB プログラムの作成－^e

第 1 節 目的と背景

第 3 章で既述したように、筆者らは、トラウマ治療を行っている A 病院 B 精神科において 2012 年 9 月～2015 年 11 月までの 3 年 3 ヶ月に、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。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 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な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 ヶ月以内に受診し、診療を中断した 9 名の平均診療期間は 2 ヶ月未満と短かったことから、診療開始直後からの中断を防ぐための援助が必要であると考えられた。

PTSD に対する CBT に関しては、RCT が多数行われており、その効果が示されている^{43,44}。B 精神科における CBT 治療においても、第 3 章の結果を見ると PTSD に対する 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。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、診察時や面接時に伝える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かったりすることが少なくない。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

^e 第 5 章は「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－」武蔵野大学人間科学研究所年報 第 7 号（今野・小西他）¹²⁰を一部改編したものである。

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⁹³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。第3章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は21.8歳となっており、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。そこで、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。まず、性暴力被害後に受診した患者を対象として、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、次にコンテンツの検討を行い、WEBプログラム作成を行う(研究2)。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^f(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(研究3)。その手続きを図5-1に示す。

^f 性暴力被害者との直接な関わりが多く、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

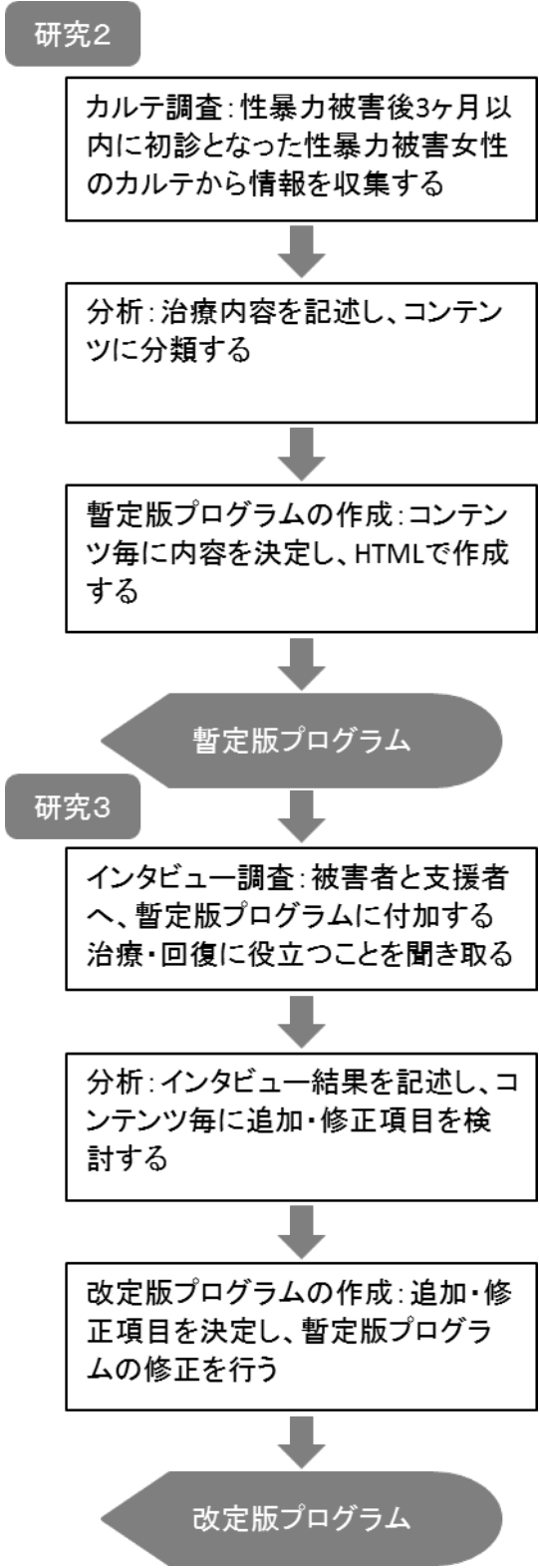


図 5-1 プログラム作成の手続き

第 2 節 方法

第 1 項 研究 2

1) 研究対象

B 精神科において、2012 年 9 月～2015 年 11 月末の 3 年 3 ヶ月に性暴力被害後 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 2 は武蔵野大学倫理委員会にて承認された。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」⁸² 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 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。

第 2 項 研究 3

1) 研究対象

① B 精神科において、研究期間の 3 年 3 ヶ月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 1 時間前後

② 調査場所

武蔵野大学心理臨床センター、C 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 3 も武蔵野大学倫理委員会にて承認された。研究 3 に関しては、「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 2 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。

第 3 節 結果

第 1 項 研究 2

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のうち、研究の同意が得られた対象者は、研究期間の 3 年 3 ヶ月で 21 名、平均年齢 21.8 歳 (SD=5.3) であった。その属性を表 5-1 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セ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。

表 5-1 対象者の属性 (N=21)

		M	SD
診療情報	初診時年齢	21.8	5.3
	被害からの初診までの日数	47.5	26.1
	平均診察日数 ^{※1}	149.33	161.1
		n	(%)
教育歴	高校生	3	(14.3)
	高校中退または高校卒	5	(23.8)
	専門学校または短大卒	4	(19.0)
	大学または大学院卒	9	(42.9)
	不明	0	(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	
	精神病性障害群	0	
	双極性障害群	2	
	抑うつ障害群	2	
	不安症群	1	
	強迫症群	1	
	心的外傷群	0	
	解離症群	0	
	不明	2	
転帰	寛解	6	(28.6)
	治療中	6	(28.6)
	治療中断	9	(42.9)
その他	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

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（CBT）、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5-2に示した。

表 5-2 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 5-3 に示す。心理教育では、PE⁴⁷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、PE⁴⁷ 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 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、CAPS⁸¹ や IES-R⁷⁶ を行い、その説明を行っていた。

表 5-3 介入内容（抜粋）

症状の聞き取り	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時間がたっている
	心理教育	侵入症状
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	

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、診療場面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⁴⁶。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-5¹⁸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。

第2項 研究3

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、気持ちが楽になると述べていたが、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、自分が診療を受け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5-4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。

表 5-4 インタビュー結果

コンテンツ	変更区分	内容
心理教育	変更	<p>音声があと何分って出てくるといいと思いました</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>言葉が難しい。漢字がどこらへんまでか、過覚醒、解離とか。</p> <p>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。</p> <p>色も変えた方がいい。小西先生のキャラとか入れると。</p> <p>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。</p> <p>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いんじゃないかと。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。</p> <p>解決できるんだよっていうのをもうちょっと入れると。期待持てるっていうのがあっても、苦しいのが長いっていうより、もうちょっと何か。</p> <p>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のかも。</p> <p>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ない方がいいかもしれないです。最初にと、最後になっての方がいいかもしれない。</p>
	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。
リラクセーション	変更	<p>動画にテロップがでるといいかな。</p> <p>声と文が一致していないのがそわそわしちゃう。</p>
	追加	<p>音声だけのバージョンがあったら、選べる。</p> <p>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。</p>
宿題	変更	<p>もう少し説明がある方がいい。</p> <p>音声が付いた方がいい。</p>
最後に	追加	<p>ねぎらいの言葉があるといい。</p> <p>ラッキー占いとかが、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。くるくる回したら、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。</p>
その他	変更	出来なくても大丈夫って急押しをされた方が嬉しいかもしれないです。
	追加	<p>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ると思います。</p> <p>病院に来るのが億劫になるのはなぜか、継続をやめたくなくなるのはなぜかっていう項目があってもいいかなと。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>今日ここまで進みました、次進むとどこまで行きますっていうのがあれば。</p> <p>良くなった人の体験談があった方がいい。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>欲しいのは優しい言葉。</p> <p>リラックスする音楽が流れるとか。呼吸法するときは、この音楽に合わせていやりましょうって。</p> <p>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。</p> <p>犬の写真見て落ち着かせましょうとか。</p> <p>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。</p> <p>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セ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いですとか。</p> <p>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とか。</p> <p>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。</p> <p>リラックス効果のゲームとか最後にあるといい。</p>

第3項 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5-2、画面例を図5-3、プログラムの実施手順を図5-4に示した。

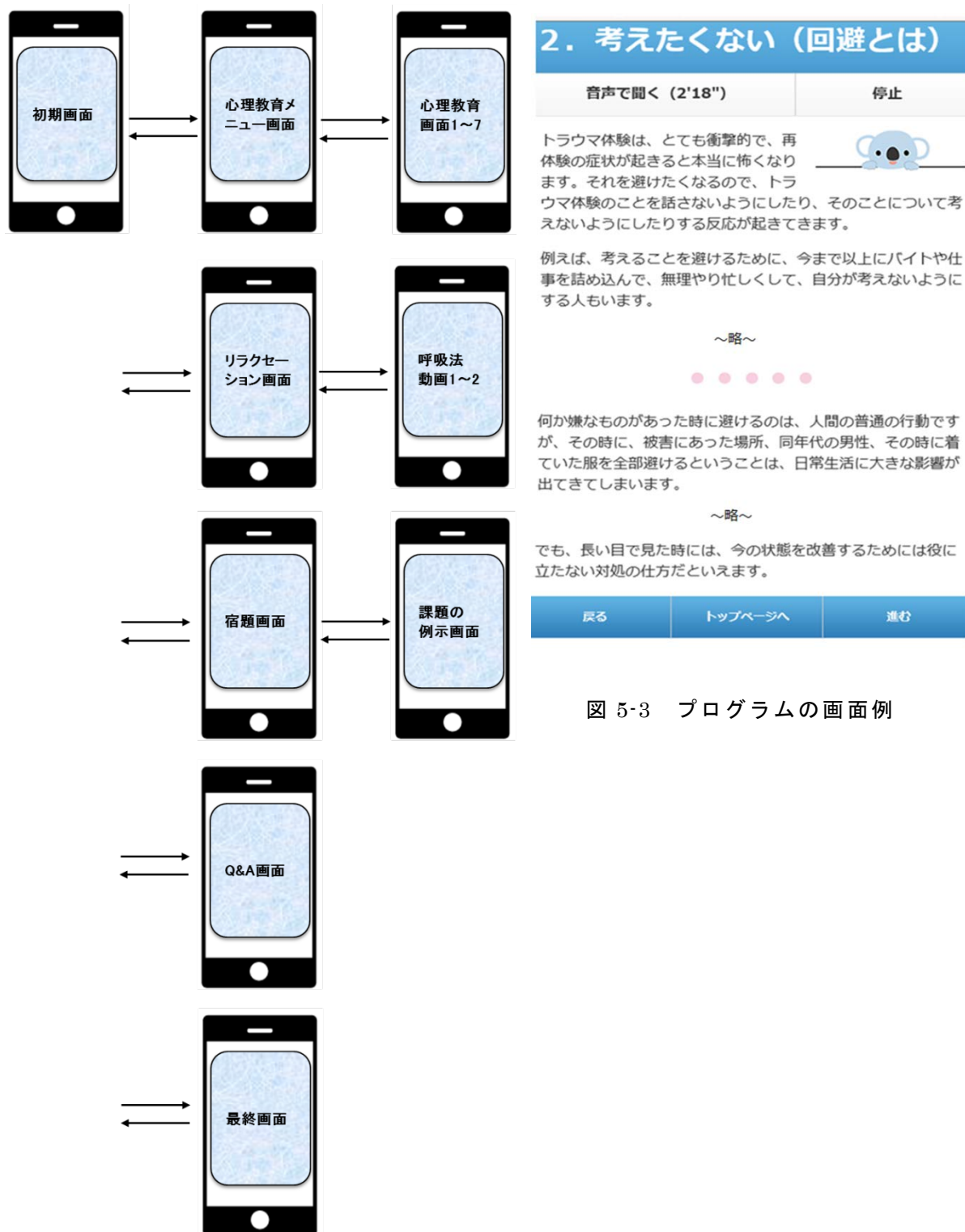


図5-2 プログラムの画面遷移図

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。それを避けたいになるので、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5-3 プログラムの画面例

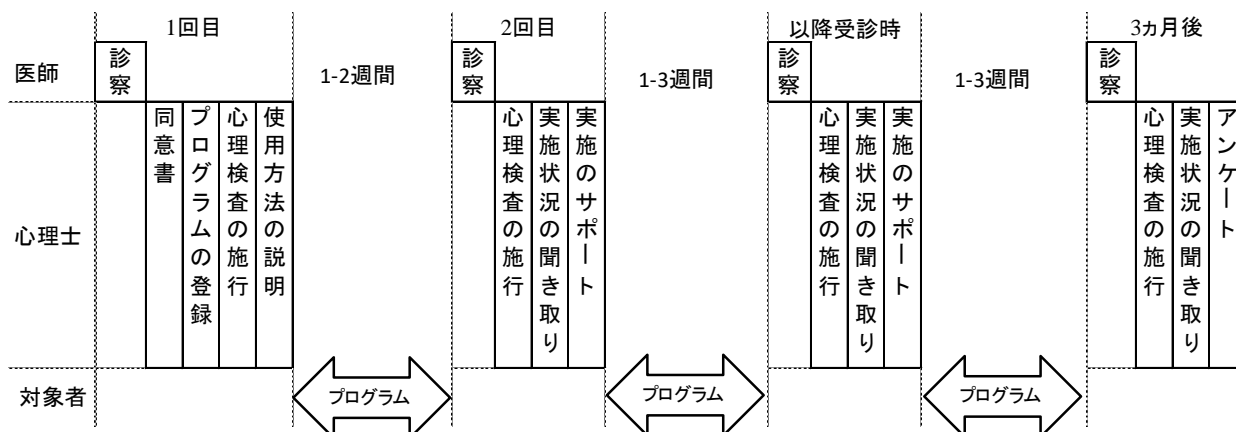


図 5-4. プログラムの実施手順

1) 初期画面

「症状について」、「リラクゼーション」、「宿題」、「Q&A」、「最後に」からなる5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、いつまでも症状が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

「最初にーあなたが弱いせいじゃないー（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）」
- 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説明を記述した。
- 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)

人間は怖い時や興奮した時には息苦しさを感ずるので、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に感じたかを数値化したものの記入方法。

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) 最後に

初めてプログラムを使った人と、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づけの内容とした。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。実施には、診療時の1対1のサポートも必要であると考え、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が記入できるようにし、診療継続の動機づけとなるようにした。

第4節 考察

本研究では、急性期群の性暴力被害者に対する3年3ヶ月の診察記録から、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、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であるため、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、前述した通り、現在、PTSDの治療としては、CPT、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アナリシスによると、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。

第5節 本研究の限界と今後の課題

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、インタビューから得られた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、経費面を考慮して行わなかった。

また、今回は、工数面、経費面から、双方向の機能は盛り込めなかった。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実施の有無が左右されること、性暴力被害者が主体となって行うため、プログラムを見るだけの気力がなくてプログラムを見ることができない場合、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。受診時に実施について聞き取り、実施できなかった人には、実施できないことも心理教育の課題として取り上げ、実施してきたことについては、どんなことでもポジティブなフィードバックを行う等のサポートが必要であると考えられる。

第 6 章では、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、今後、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について検討し、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。

第 6 章 急性期性暴力被害者向けプログラム（SARA）の内容

第 5 章で作成した WEB プログラムである「急性期性暴力被害者向けプログラム（SARA：Sexual Assault Recovery Application）」の内容を示す。前章で記述した通り、「症状について」、「リラクセーション」、「宿題」、「Q&A」、「最後に」からなる 5 つのコンテンツからなり、初期画面からそれぞれを選択できるようになっている。

第 1 節 画面

「初期画面」



ひとりでは抱えこまなくて。

このプログラムは、次回の診察までに、自宅で見てもらうものです。

お渡ししたプリントを見ながら、進めましょう。
まず、プリントに書いてある項目を選んでください

- * 1. 症状について
- * 2. リラクセーション
- * 3. 宿題
- * 4. Q&A
- * 5. 最後に

当サイト内の文章・画像等の内容の無断転載及び複製等の行為はご遠慮ください。

1. 症状について

まず、「最初に」を読んでみてください。それから、好きなところを読みましょう。何回読んでもかまいません。お渡ししたプリントの読んだところに日付を記入してください。読み終わったら、「最後に」を読んでください。



最初に —あなたが弱いせいじゃない— (トラウマ反応とは)

- 1. 感覚がよみがえる
(再体験とは)
- 2. 考えたくない
(回避とは)
- 3. 自分のせい
(認知や気分の変化とは)
- 4. 眠れない、いろいろ
(過覚醒とは)
- 5. 自分が自分じゃないみたい
(解離とは)

最後に (なんでこんなにいつまでも苦しいの)

戻る

トップページへ

進む

最初に —あなたが弱いせいじゃない— (トラウマ反応とは)

音声で聞く (4'44")

停止



レイプやわいせつ行為などの性的被害はトラウマ体験のひとつです。トラウマ体験を受けた後に出る反応をトラウマ反応と言います。

それについて、大きく分けると5つの反応があります。

1. その時の体験が、思い出されて、とても苦しく怖い
(再体験)

～ 略 ～

す。全部当てはまる人もいますし、いくつか当てはまるという人もいます。

戻る

トップページへ

進む

Copyright (c) 2016 小西聖子研究室 All Rights Reserved.

1. 感覚がよみがえる（再体験とは）

音声で聞く (1'49")

停止

トラウマ体験のことを忘れようと思っても忘れられず、そのことが常に頭に付きまとっていることはありませんか？



～ 略 ～

いう人も、危険じゃないと安心するとうような反応が出てくることもあります。

戻る

トップページへ

進む

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



～ 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

3. 自分のせい（認知や気分の 変化とは）

音声で聞く (1'17")

停止

こんな体験をしたのは自分のせいだと思っ
ていませんか？

私が周りの人をみんな不幸にしていると思っ



～ 略 ～

難しくなりますよね。

戻る

トップページへ

進む

4. 眠れない、いろいろ（過覚醒とは）

音声で聞く (1'32")

停止



夜なかなか寝つけない、寝ても途中で起きてしまって、ぐっすり眠った感じがしないことはありませんか？

ドアが閉まる大きな音に以前よりびっくりした

～ 略 ～

から、緊張が続きます。ドキドキ、びくびくが続くのです。

戻る

トップページへ

進む

5. 自分が自分じゃないみたい (解離とは)

音声で聞く (1'34")

停止

ぼうっとして、気が付くと時間がたっていることはありませんか？



事件のことや病院で話したことを全く

～ 略 ～

きます。でも、そのために、自分でどうしたらいいのか、何が起こったのかを考えることができません。

戻る

トップページへ

進む

最後に（何でこんなにいつまでも苦しいの）

音声で聞く（1'59"）

停止



トラウマ体験の後に、様々なトラウマ反応が起きることをお伝えしました。いつまでもこういう反応が続くととても苦しいですね。

こういう反応が長く続くのは、怖いことを避け

～ 略 ～

でも、症状が続く仕組みを理解することができると、自分でどんどん回復していくこともできます。それは、また、診察の時に話しします。

戻る


トップページへ

進む

「リラクゼーション画面」


リラクゼーション

これから、リラックスできる呼吸法について説明します。
人間が怖い目にあったり興奮した時には息苦




～ 略 ～

では、まず呼吸法の説明を動画で見ましょう。
(2回目からは、この動画は飛ばしても大丈夫です。)



次に、実際の呼吸法です。下の動画を見て一緒にやってみましょう



これが大体3分です。3回繰り返して、10分くらいになるようにしましょう。

※音声だけで行いたい方はこちら

音声で聞く (2'49")	停止	
戻る	トップページへ	進む

「宿題画面」

宿題



現実エクスポージャーについて説明します。

つらい記憶、状況、考え、感情から逃げ出したり、避けて通るのはとてもよくあることです。

～ 略 ～

トの課題を練習しましょう。初めはやさしいものから取りあげます。

それでは、[例](#)を見ながら練習した結果をプリントに記入しましょう。

戻る

トップページへ

進む

「課題の例」

宿題の例

練習課題ができたなら、例を見ながら、お渡ししたプリントに記入しましょう。

練習課題：友達と一緒に街を歩く



日にち	時間	SUDS 前	SUDS 後	SUDS 最悪
4/10	14:00 ~14: 30	40	20	50
4/11	13:30 ~13: 40	35	20	40

～ 略 ～

戻る

トップページへ

進む

「Q&A 画面」

Q & A (よくあることをまとめてみました)



Q このプログラムを見るだけで気分が悪いのですが、どうすればいいですか？

A 少しでもトラウマ体験につながるようなことにさらると、それだけで症状が出る状態です。少しずつ読んだりすることで、よくなっていくのが普通です

～ 略 ～

Q 食べないほうがいいものがありますか？

A コーヒーなどのカフェインが入っているものは、緊張を高めるので、大量には摂らないほうがいいです。

～ 略 ～

戻る

トップページへ

進む

最後に

初めてこのアプリを使った人 へ



<[症状について](#)>を読んで、どうでしたか？
最初は、あまり見られなくても大丈夫です。
少しずつ取り組んでいきましょう。また、あ
てはまるどころ、当てはまらないところがあったと思います。
症状は、つらいものですが、いつまでもそのままではありません。
次回の受診の時に、ご感想や困っていることを聞かせてく
ださいね。

何回かこのアプリを使ってきている人 へ

<[症状について](#)>を読んだり<[宿題](#)>をしたり、お疲れさまで
した。少しずつ変わったなとか、ここは変わらないなとかある
と思います。また、今回はうまくできないってこともよくあり
ます。取り組まれたことを、今度の診察の時に、一緒に確認し
ましょう。
本当にお疲れ様でした。

戻る

トップページへ

進む

第2節 資料

プログラムの実施対象者には、最初に「初回用資料」を渡し、使い方を説明する。また、「毎回実施用資料」は、実際にプログラムを実施した時の日付、どのコンテンツを行ったかを○で囲んでもらい、感想や次回の診察で話したいことなどを記入してもらうものである。現実エクスポージャーの宿題を行ってもらう場合は、面接時に課題を決めて「宿題用資料」に記入して渡す。

「毎回実施用資料」と「宿題用資料」は、プログラム実施期間中に行う心理士との面接において、実施状況や、それに伴う問題点や疑問点を確認するために使用する。以下にそれぞれの資料を示す。

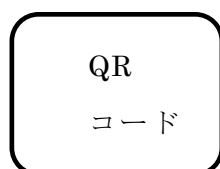
「初回用資料」

初めて診察を受けられた方へ

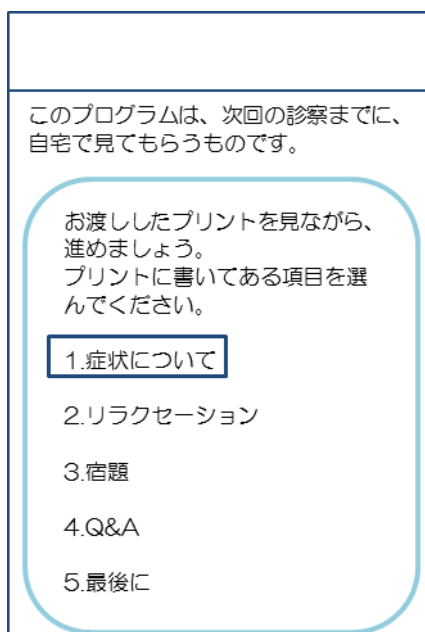
このプリントは、おうちで診察の振り返りをするものです。診察でお話した内容や十分お話しできなかった内容がプログラムから読めるようになっています。

診察で URL か QR コードを入力したスマートフォンを見ながら、プリントに沿って進めてください。

URL _____



- ① メニュー画面が出てきましたら、“症状について”を選んでください。



- ② “トラウマ反応とは”を選んで読んでみましょう。

最初に—トラウマ反応とは

- 1.再体験とは
 - 2.回避とは
 - 3.認知の変化とは
 - 4.過覚醒とは
 - 5.解離とは
- 最後に

- ③ “再体験とは”～“解離とは”の中から好きなところを読んでみましょう。
- ④ “最後に”を読んで、毎回実施用プリントに日付と読んだところの数字に○をつけてください。
- ⑤ メニュー画面に戻って、“リラクセーション”を選びましょう。

このプログラムは、次回の診察までに、自宅で見てもらうものです。

お渡ししたプリントを見ながら、進めましょう。
プリントに書いてある項目を選んでください。


- 1.症状について
- 2.リラクセーション
- 3.宿題

⑥ リラクゼーションの方法を読んだら、呼吸法の説明の動画を見ましょう。


その後、実際の呼吸法の動画を見ましょう。

これから、リラックスできる呼吸法について説明します。

まず説明の動画を見ましょう。



次に、実際の呼吸法です。下の動画を見て一緒にやってみましょう。



⑦ 動画を見ながら、一緒にリラクゼーションをしましょう。見終わったら、○をつけてください。

「毎回実施用資料」

日付を入力するプリントです。見た内容の番号に○をつけてください。メモは何でも好きなことを書いていいです。(次の診察で聞きたいこととか、今日の気分とか、感想とか)

日付	プログラムの内容	メモ
/	1.最初に 5.過覚醒 2.再体験 6.解離 3.回避 7.最後に 4.認知や気分 8.リラクセーション	
/	1.最初に 5.過覚醒 2.再体験 6.解離 3.回避 7.最後に 4.認知や気分 8.リラクセーション	
/	1.最初に 5.過覚醒 2.再体験 6.解離 3.回避 7.最後に 4.認知や気分 8.リラクセーション	
/	1.最初に 5.過覚醒 2.再体験 6.解離 3.回避 7.最後に 4.認知や気分 8.リラクセーション	
/	1.最初に 5.過覚醒 2.再体験 6.解離 3.回避 7.最後に 4.認知や気分 8.リラクセーション	
/	1.最初に 5.過覚醒 2.再体験 6.解離 3.回避 7.最後に 4.認知や気分 8.リラクセーション	
/	1.最初に 5.過覚醒 2.再体験 6.解離 3.回避 7.最後に 4.認知や気分 8.リラクセーション	

宿題について

宿題についてご説明をします。

- ① メニュー画面が出てきましたら、”宿題”を選んでください。

このプログラムは、次回の診察までに、自宅で見てもらうものです。

お渡ししたプリントを見ながら、進めましょう。

プリントに書いてある項目を選んでください。

1. 症状について
2. リラクゼーション
3. 宿題
4. Q&A

- ② 内容を読んだら、”例”を見ながら、練習しましょう。

現実エクスポージャーについて
.....

例

- ③ 練習が終わったら、次のページの一覧に日付を記入してください。

練習課題：_____

日付	時間	SUDS前	SUDS後	SUDS最悪
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			

練習課題：_____

日付	時間	SUDS前	SUDS後	SUDS最悪
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			
/	: ~ :			

第 7 章 【研究 4】急性期性暴力被害者向け WEB プログラム (SARA) — 実行可能性の検証 —

第 1 節 目的と背景

第 3 章では、筆者らがトラウマ治療を行っている B 精神科における 3 年 3 ヶ月の結果から、治療を中断せずに継続するための補助となるツールの必要性が示された。第 4 章で示したように、海外における性暴力被害者に対するインターネットベースの CBT の RCT⁹⁶ は 1 件であった。また、PE や CPT を行う際の補助的ツールとしてアプリ (PE コーチ⁵⁰、CPT コーチ⁶⁰) が使用されていた。しかし、本邦において、性暴力被害者を対象としたインターネットベースの補助ツールは筆者の知る限りではまだない。第 5 章では治療継続のツールとして、実際に治療で行っている内容から心理教育、リラクゼーション、現実エクスポージャーのコンテンツを抽出し WEB プログラムとして作成したことを示した。その WEB プログラムを SARA と名付け、その内容を第 6 章で示した。本章の研究の目的は、筆者らが開発した WEB プログラム (以降 SARA) の安全性、実行可能性を検証することである。性暴力被害後に初診で訪れた性暴力被害者であれば、性暴力被害後 3 ヶ月以内の急性期の被害者以外に被害後 3 ヶ月超の被害者に対しても、SARA を提供し検証する。

第 2 節 方法

第 1 項 研究対象

B 精神科を受診する性暴力被害患者のうち、以下の適格基準・除外基準を満たす者とした。

1) 適格基準

- ① 受診前に、性暴力被害に遭っている。
- ② 研究同意時に、13 歳以上である。
- ③ 研究への参加に同意する。
- ④ 未成年者の場合は、保護者が研究への参加に同意する。
- ⑤ 日本語を母国語とする。
- ⑥ スマートフォンなどの WEB プログラムを実行できる媒体を持っている。

2)除外基準

下記の除外基準を設けた。研究登録時には診断がつかない場合もあるため、対象者が研究の途中で以下の症状を呈した場合は、ただちに除外することとした。

- ① 併存する精神障害（統合失調症、双極性障害、アルコール・薬物関連障害、人格障害 A 群）およびこれに伴う精神症状の存在（重度の精神病症状、重度のうつ症状、自傷行為、自殺企図等）のために治療の継続が困難である場合
- ② 臨床診断で生命に関わるような重篤な、あるいは不安定な状態の身体疾患を認める者

第 2 項 研究実施期間

2016 年 12 月 1 日～2017 年 11 月 30 日

第 3 項 研究実施場所

A 病院 B 精神科

第 4 項 研究登録

以下の手順で行った。

- 1) B 精神科主治医から適格・除外基準を満たす対象候補者が、研究者及び研究実施者へ紹介された。なお、研究者及び研究実施者は、B 精神科に勤務する臨床心理士であり、性暴力被害者の PTSD 治療経験を有し、事前に本研究の実施方法を理解している者である。
- 2) 研究者及び研究実施者は、対象候補者に本研究の概要を説明し、本研究への参加について書面にて同意を得た。
- 3) 研究者及び研究実施者は、書面にて研究参加の同意を得られた対象候補者に対して、再度適格・除外基準についての聞き取りを行い、研究参加についての適格性を評価した。
- 4) 対象候補者は、研究参加の適格性が研究者により確認された場合、対象者として本研究に登録された。なお、本研究の適格基準を満たさない場合でも、

本研究の参加に不同意であっても、B 精神科における治療を受けることは可能であり、その旨を対象候補者に説明した。

第 5 項 SARA の内容

SARA の初期画面から、「症状について」、「リラクゼーション」、「宿題」、「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。詳細は第 5 章に示した。

1) 症状について（心理教育）

トラウマ反応の全体を説明し、再体験（侵入症状）、回避、認知や気分の変化、過覚醒、解離の 5 つの反応については症状を例示し、症状が起きる理由を文書にて説明した。

2) リラクゼーション

呼吸再調整法の説明と実施を動画で示した。

3) 宿題

PE の現実エクスポージャーを参考にし、その説明を文書にて行い宿題の例を示した。

4) 最後に

初めてプログラムを使った人と、それ以外の人に対してそれぞれ、次回の診察に継続して来られるような動機づけを記述した。

第 6 項 SARA 実施資料

使用方法や実施日時の記入のために、以下の用紙を対象者に渡した（各用紙フォーマットは第 6 章参照）。

1) 初回用資料

プログラムの使用方法が記載されているもの

2) 毎回用資料

課題の案内と実施日時の記入用紙

3) 宿題用資料

現実エクスポージャー用記入用紙

第7項 調査項目

調査項目は以下の通りとした。

1) 対象者の属性（初診時年齢、教育歴、婚姻歴、親族の精神科既往歴、本人の精神科既往歴、診断名、被害後日数）

2) 自記式心理検査、及びアンケート

① PTSD 症状評価の IES-R

カットオフポイントは 24/25⁷⁶ である。

② うつ・不安症状評価の BDI-II

29 点以上が重度、20 点から 28 点が中等度¹¹² となっている。

③ 精神的健康を評価する K10（Kessler10：以降 K10）

カットオフポイントは 25 点¹¹³ である。

④ 解離体験症状評価の DES

健常な青年期の中央値は 14.11 であり、PTSD 罹患者の中央値は 31.25 と示されている¹¹⁴。

⑤ 外傷後認知評価の JPTCI

原版である PTCI における総得点の平均は、トラウマ体験がない場合は 45.4 点、トラウマ体験があるが PTSD ではない場合は 49 点、PTSD は 133 点と示されている¹¹⁵。

⑥ 心理教育、リラクゼーション（呼吸法）、宿題、治療の動機づけ等各コンテンツに対する満足度と実施前後の不安についてのアンケート

➤ 満足度は、5 件法で「1：大変悪い、役に立たない」、「2：悪い、役に立たない」、「3：どちらでもない」、「4：良い、役に立った」、「5：大変良い、役に立った」とした。

➤ 実施前後の不安は、苦痛や不安が全くないレベルを 0、苦痛や不安が最高に高いレベルを 100 とし、SARA を行う前後で苦痛や不安に変化があるか数値で答えてもらった。

①～⑤については、SARA の効果を測るものではない。これらの結果から、症状の悪化の有無を確認した。

第 8 項 実施方法

実施の手順は以下の通りとした。

- 1)初診から 2、3 回目までの診察時に、対象者のスマートフォンなどに SARA を登録した。
- 2)SARA の安全性の評価のため、自記式心理検査を取った。
- 3)SARA の使用方法について文書を用いて説明し、初回用資料、毎回実施用資料を渡した。
- 4)次回以降の診察時に、毎回実施用資料に記入してもらった内容を振り返り、その実施状況を聞き取った。さらに、自記式心理検査を取り、次回までの毎回実施用資料を渡した。
- 5)以降、3 ヶ月間原則として 1 週間～3 週間に 1 回受診することとし、受診毎に④を行った。
- 6)3 ヶ月後の実施終了時に、満足度アンケートを取った。

第 9 項 評価項目

評価項目は以下の通りとした。

- 1)中断率
- 2)有害事象の発生
- 3)第 7 項の調査項目

第 10 項 分析方法

分析項目は以下の通りとした。

- 1)中断率の結果について中断と中断以外を数値化して記述した。
- 2)対象者の連結可能匿名化されたデータセットを用いて解析を行った。サンプルサイズが小さいため、各事例の各指標についての数値の変化を確認した。ただし、参考として、心理検査の結果は Wilcoxon の符号順位和検定により各指標の前後の得点変化を検定した。その際、被害後 3 ヶ月以内を 3 ヶ月以内群、3 ヶ月を超える 3 ヶ月超群に分けて得点変化を比較した。
- 3)各コンテンツに対する満足度を数値化して記述した。

第 11 項 有害事象

本研究では、プログラムを実施した対象者に生じたあらゆる好ましくない医療上の出来事を有害事象と定義し、それはプログラム実施による因果関係の有無は問わないものとした。以下の通り設定した。

1)有害事象の重篤性の判断基準

発生した有害事象のなかでも、①自殺による死亡、②非自殺による死亡、③生命を脅かすまたは活動不能に至る自殺企図(自殺念慮を認める自損行為)、④その他有害事象共通用語規準 v4.0 日本語訳 JCOG 版¹¹⁶が定める Grade3 (重症または医学的に重大であるが、ただちに生命を脅かすものではない; 入院または入院期間の延長を要する)以上の重症度と判断されるものを、重篤な有害事象と定義する。

2)有害事象の観察

有害事象(口渇、便秘、排尿障害、視力調節障害、起立性低血圧(たちくらみ/ふらつき)、眠気、倦怠感、不眠、不安・焦燥、食欲不振、体重増加、体重減少、性欲低下、自殺企図・自殺念慮)が発生した場合、記録する。

第 12 項 倫理的手続き

本研究は武蔵野大学倫理委員会にて承認された。ヘルシンキ宣言及び文部科学省、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」⁸²に則り、本研究は実施された。

研究者は、本研究に関する説明を口頭ならびに「説明文書」を用いて十分に行い、研究協力を依頼する。十分に理解が得られた対象者候補者のうち研究に参加する意思を示した者から「同意文書」にて、同意を取得した。対象者が研究期間中あるいは研究参加後に症状が悪化する場合のリスクに対応するため、連絡先を記載した説明書を渡し、研究終了後も連絡が可能であることを本人に通知した。症状が悪化した場合は、専門家である精神科医師と臨床心理士が対応することとした。

個人情報の保護については、データ記録は USB やハードディスクに保存し鍵付きキャビネットに保管し、他者には渡らないこと、研究終了後には保存したデータは破棄することを文書で説明し、同意書を入手した。

第 3 節 結果

第 1 項 対象者属性

対象期間中に性暴力被害後初めて精神科を受診した患者は 17 名ですべて女性であり、主治医が研究参加は適当であると判断した者は 12 名、説明後同意を得られたのは 11 名であったが、1 名は Wi-Fi の環境がなく SARA 実施には至らなかったため、10 名が SARA を実施した。研究参加が適当でなかった 5 名の理由は、PE 治療に進んだため（1 名）、PTSD 症状が顕著ではなく SARA 実施の必要がないと主治医が判断したため（4 名）であった。SARA を実施した対象者の属性を表 7-1 に示す。

表 7-1 対象者の属性 (N=10)

		M	SD
初診時年齢		24.6	9.2
		n	(%)
教育歴	高校生	4	(40.0)
	高校中退または高校卒	2	(20.0)
	専門学校または短大卒	2	(20.0)
	大学または大学院卒	2	(20.0)
婚姻歴	あり(既婚)	2	(20.0)
	なし	8	(80.0)
親族の 精神科既往歴	あり	3	(30.0)
	なし	7	(70.0)
精神科既往歴	あり	4	(40.0)
	なし	6	(60.0)
診断名 (複数あり)	PTSD	7	
	適応障害	1	
	解離性障害	1	
	うつ病	2	
	急性ストレス障害	1	
被害時期から	1ヶ月以内	2	(20.0)
	3ヶ月以内	3	(30.0)
	1年以内	1	(10.0)
	1年超	4	(40.0)

対象者の年齢は、10代5名、20代2名、30代2名、40代1名であり、10代が一番多く、5名中4名が高校生だった。3ヶ月以内群は5名であり、PTSDもしくはASDと診断されているが、3ヶ月超群5名のうち、2名は解離性障害と適応障害と診断され、PTSDの診断が確定されていない。性暴力被害の内容は、3ヶ月以内群の5名は強姦被害か強制わいせつ被害であったが、3ヶ月超群の5名中4名は性虐待であった。精神科既往の診断名は、PTSD1名、うつ病2名、不安障害1名であった。被害時期を見ると、性暴力被害後3ヶ月以内の受診が5名、1年超が4名であった。1年超の4名のうち10年前の被害が1名、12年前の被害が1名いた。親族の精神科既往歴では、母1名、きょうだい2名となっていた。

第2項 中断率と有害事象の発生

対象者 10 名は、研究参加の 3 ヶ月間だけではなく、研究期間終了時の 2017 年 11 月末時点においても診療を中断することはなかった。また、有害事象も発生しなかった。

第3項 心理検査結果

プログラム開始時と 3 ヶ月後のプログラムが終了した時点の心理検査結果を対象者全体の結果である全体群と、被害後の期間で被害後 3 ヶ月以内群、被害後 3 ヶ月超群に分けて表 7-2 に示す。

表 7-2 PTSD に関する心理尺度結果前後比較

	全体群(N=10)			被害後3ヶ月以内群(n=5)			被害後3ヶ月超群(n=5)		
	開始時 M (SD)	終了時 M (SD)	統計 量:Z ^{*1}	開始時 M (SD)	終了時 M (SD)	統計 量:Z ^{*1}	開始時 M (SD)	終了時 M (SD)	統計 量:Z ^{*1}
IES-R	59.50 (20.39)	40.00 (22.64)	2.14 *	69.20 (15.58)	43.20 (21.83)	2.02 *	49.80 (21.38)	36.60 (25.74)	0.81
BDI-II	33.90 (17.77)	21.30 (16.31)	1.78 †	41.00 (16.11)	22.20 (19.73)	2.02 *	26.80 (18.03)	21.80 (12.78)	0.13
DES	39.96 (25.90)	22.15 (22.75)	2.40 *	46.44 (25.90)	22.78 (27.72)	2.02 *	33.48 (27.08)	21.38 (20.06)	1.48
JPTCI	165.00 (40.03)	133.30 (51.93)	1.17	178.20 (36.87)	140.80 (62.23)	1.21	151.80 (42.53)	130.80 (43.67)	0.40
K10	33.50 (11.71)	29.90 (12.80)	0.56	37.40 (10.21)	31.00 (11.92)	0.67	29.60 (12.90)	29.80 (13.75)	0.13

(*<0.05, †<0.10)

※1: Wilcoxonの符号順位和検定を行った。

全体群、被害後 3 ヶ月以内群、被害後 3 ヶ月超群の心理検査得点を見ると、被害後 3 ヶ月超群の K10 以外は、開始時より終了時の心理検査得点が下がっていた。PTSD 症状を測る IES-R の結果は 3 群とも開始時、終了時とも検査得点がカットオフポイントを超えていた。BDI-II は、全体群、被害後 3 ヶ月以内群の開始時は重度、終了時は中等度となっていた。被害後 3 ヶ月超群は、開始時、終了時とも中等度であった。DES の全体群、被害後 3 ヶ月以内群の開始時は PTSD 罹患者の中央値を超えていたが、被害後 3 ヶ月超群は、PTSD 罹患者の中央値を超えていなかった。3 群すべて、終了時は PTSD 罹患者の中央値より低く、健常な青年期の中央値より高いレベルであった。JPTCI の全体群、被害後 3 ヶ月以内群の開始時、終了時の総得点は PTSD に罹患した人の平均得

点を超えていた。被害後3ヶ月超群は、開始時はPTSD患者の基準を超えていたが、終了時は基準を下回った。K10は、3群すべての開始時、終了時はカットオフポイントを超えていた。開始時、終了時の比較においては、全体群ではIES-RとDESの得点の減少に有意差が、BDI-IIの得点の減少に有意傾向が認められた。被害後3ヶ月以内群では、IES-R、BDI-II、DESの得点有意に減少していた。双方ともJPTCI、K10の平均得点は下がっていたが、有意差は認められなかった。全体群より被害後3ヶ月以内群の開始時、終了時における平均得点の方がすべての心理検査において高かった。被害後3ヶ月超群は、いずれの心理検査においても、開始時と終了時の得点の減少に有意差は認められなかった。

第4項 満足度アンケートの結果

1)満足度

SARAの終了時に行った5件法で調査した満足度の結果を表7-3に示す。

表 7-3 満足度の結果

アンケート項目		M	SD
	治療の補助として役に立つか	4.4	1.10
内 容	「症状について」は役に立つか	4.4	0.70
	リラクセーションは役に立つか	4.0	0.86
	宿題は役に立つか	3.2	0.42
	プログラムの使いやすさ	4.1	0.99
使 用 感	使い方の説明のわかりやすさ	4.1	0.57
	音声ガイドは役に立つか	3.9	0.84

満足度は、4~5が多かった。「宿題は役に立つか」については、3の「どちらでもない」が多かった。

2)不安のレベル

SARA を行う前後の苦痛や不安の気持ちの変化を図 7-1 に示した。

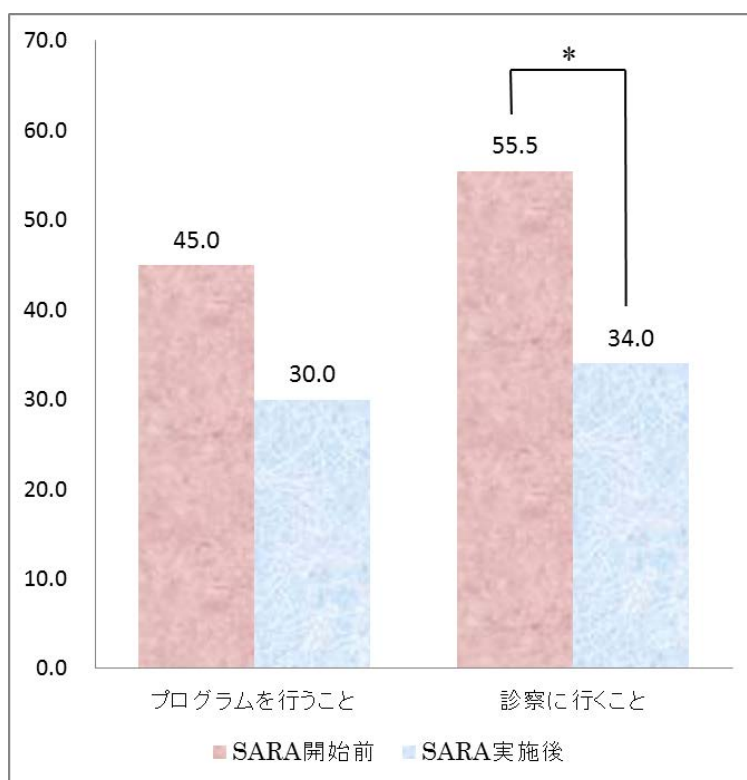


図 7-1 苦痛や不安の気持ち

いずれも、SARA 開始前より実施後の方が不安のレベルが下がっていた。特に診察に行くことについては、開始前の不安や苦痛が大きかったが、SARA 実施後に有意に減少していた（Wilcoxon の符号順位和検定=2.37、 $p=.180$ ）。

第 4 節 考察

第 1 項 診療の継続

結果にも述べたように、対象者 10 名は、3 ヶ月間の研究参加期間においても、研究期間である 2016 年 12 月～2017 年 11 月においても中断することなく診療を継続した。通常診療においても、初診の性暴力被害者は、SARA の対象者と同様に 1～3 週間毎の診療が 2～3 ヶ月行われていることが多い。第 3 章で示した 2012 年 9 月～2015 年 11 月までの中断を見ると、被害後 3 ヶ月以内に初診で訪れた性暴力被害者 21 名中 9 名、被害後 3 ヶ月を超えて初診で訪れた性暴力被害者 12 名中 3 名が治療を中断しており、それぞれの平均診察期間は

43.5日、11.67日であった。それに比べると、対象者の診察期間は3ヶ月を超えて継続されている。1~3週間毎にSARAの実施状況を確認できたことが中断を防ぐために有効であったと考えられ、SARAの実行可能性が示唆された。

SARAの終了時の満足度アンケートを見ると、「治療の補助として役に立つか」には6名が「大変良い、役に立った」の5点をつけており、その他の項目も平均は4前後と高く、SARAへの満足感が高かったと考えられる。また、SARA実施前は、診察に行くことへの苦痛や不安の気持ちが55.5と高かったが、SARA実施後は34.0に下がっていたことも、SARAが安全に実施できたと同時にSARAの実施が診療の継続を促す一端を担っていたと考えられる。

対象者が毎回実施用資料に記入した内容を見ると、6名が3ヶ月間ほぼ毎日記入し、3名が2週間から5週間分を記入していた。具合が悪い、用紙に記入することが煩わしい等の理由から、あまり記入してこないのではないかという危惧があったが、記入してきた人数は9名であり、欄外にはみ出るほどの量を記述していた人も4名いた。内容はSARAを見た感想や、心理教育の内容についての質問であり、それに対しては、SARAを使ってさらに詳しい心理教育を行った。SARAは、自宅で診療と診療の間に自宅で使用するツールとしてだけでなく、診療場面でも使用できるツールとなりうると考えられた。一方、診療の際に実施の状況を聞き取ったり、不明点を説明したりという実施するための援助も、中断を防ぐ一因と考えられ、SARAは単なるWEB上プログラムとして配布するだけのものではなく、診療時のフォローを含めた診療補助ツールとして、診療継続のために機能することが示唆された。先行研究においても、インターネットベースのCBTの実施において、セラピストの介入がその完遂率を高めたと報告されている⁹⁾。WEBプログラムを使用する際には、診療時のフォローが必要であると考えられた。

また、今回は対象者がSARA上に書き込むという双方向機能がなかったため毎回実施資料を用いたが、資料に記入してきた対象者が多く、SARA実施へのモチベーションアップにも寄与したと考えられ、双方向機能がなくてもモチベーションを維持できることが示唆された。

第2項 3ヶ月以内群と3ヶ月超群の比較

対象者 10 名は、性暴力被害後初めて精神科を受診したが、その被害時期は急性期と定義している性暴力被害後 3 ヶ月以内群が 5 名しかおらず、残り 5 名中 4 名は 1 年を超えていた。その内実として、B 精神科では、第 3 章に既述の通り C 支援センターからの紹介で受診する性暴力被害者が多い。C 支援センターに相談する被害者は急性期に限らないことも多々あり、浅野らは、2012 年 6 月から 2014 年 5 月末までに C 支援センターからの紹介で B 精神科を受診した性暴力被害者の 21.4% が、被害後 15 年以上だったと報告している⁷³。被害内容が子どものころの性虐待である場合、数年たってから PTSD 症状が現れることもよく知られている¹¹⁷。今回も急性期以外の被害者が紹介され SARA 実施に至ったため、性虐待の被害者 4 名を含む 3 ヶ月超群が半数あったと考えられる。

3 ヶ月以内群と 3 ヶ月超群の心理検査結果を比べてみると、3 ヶ月超群の開始時の平均得点の方がすべて低く、3 ヶ月以内群では開始時と終了時の得点の減少に有意差は認められたが、3 ヶ月超群では開始時と終了時の得点の減少に有意差はない結果となった。3 ヶ月超群には、PTSD 症状が軽い被害者が含まれていたことが、この結果となった可能性も考えられる。また、性暴力被害後 3 ヶ月以内の急性期群よりも 3 ヶ月超の慢性期群の性暴力被害者の平均治療期間が長く、研究期間中に寛解した者がいなかったという研究 1 の結果から考察すると、実施期間の 3 ヶ月間では PTSD 症状に顕著な変化が見られなかったことが一因であるとも考えられる。しかし、SARA の実施対象者の終了時の心理検査結果の平均は開始時より低くなっており、少なくとも SARA が PTSD 症状やうつ症状、精神健康に対して害をなすものではなかったと考えられる。これらのことから、被害後の期間に関わらず、SARA 実施の安全性は検証できたと考えられる。

第 5 節 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、本研究では 1 週間に 1 度の診療という特異な状況の単一施設での実施のため、1 年間に初診で訪れた性暴力被害者は 17 名と少なく、分析には限界があった。また、その 17 名すべてに対して SARA を実施できず、SARA 実施件数は 10 件にとどまった。さらに、今回の SARA 実施においては、

その安全性が未知である点からも、併存する症状がある場合や、回避症状が強く受診に前向きでない性暴力被害者の場合は、かなり慎重に実施の可否を判断せざるを得ず、実施にいたらなかったケースが見られた。このように、治療継続を促すことが目的の WEB プログラムでありながら、すべての性暴力被害者に実施することができなかつたことは、臨床場面の実情であった。また、初診時に SARA の説明をすることは、時間の関係や、診察に来ただけで具合が悪くなっているような被害者に対してはできないなどの制約があった。現時点では、SARA 実施の可否やタイミングは、性暴力被害及び PTSD 症状に精通した臨床家が判断する必要があるなど、臨床場面では制約が多かつたが、治療継続を促す点で SARA の実行可能性には一定の評価が得られたと考えられる。

第 8 章 【研究 5】 SARA の導入・未導入の比較—有用性の検討—

第 7 章で SARA の安全性や実行可能性が示唆され、今後、SARA が診療の中断率を下げる効果と診療の補助的効果について検証する必要性が示された。しかし、B 精神科の診療が週に 1 回のみであることや、性暴力被害後に初診で訪れる患者数が多くはないため、プログラムの RCT による効果研究を行うことが難しいのが現状である。そのため、本章では、ランダム化されていない群間比較に準じたものとして、SARA を導入した 1 年間と導入前の 1 年間のカルテ記録から情報を取得し、2 群間の比較を行った研究結果を示すこととする。本章の研究では、転帰や心理検査結果等を比較し SARA 導入・未導入により、診療継続の変化の有無と診療補助の効果の有無を検証することが目的である。

2012 年 9 月から B 精神科の診療を開始している中、2016 年 12 月に SARA の導入を開始した。本研究では、SARA を導入する前の期間である 2015 年 12 月～2016 年 11 月末に初診で訪れた対象者を未導入群、SARA を導入した 2016 年 12 月～2017 年 11 月末に初診で訪れた対象者を導入群とした。導入群、未導入群は以下の図 8-1 の通りである。



図 8-1 研究対象の 2 群

B 精神科では、通常診療として、診療を録音して家でも聞いてもらうことや心理教育の冊子を渡すことを行っていた。したがって、導入群は通常診療に SARA の実施が加わったという状況である。

第 1 節 方法

第 1 項 研究対象

2015年12月1日～2017年11月30日の期間に、B精神科を初診で訪れた性暴力被害者の中からカルテ記録利用の許諾が得られた者。

第2項 調査項目

調査項目は以下の通りである。

- 1) 心理社会的背景：年齢、教育歴、婚姻の有無、同居の有無、精神科既往歴、精神科既往の診断名、親族の精神科既往歴
- 2) 被害関連事項：被害時期、被害内容
- 3) 治療関連事項：初診日、診断名、処方の有無、治療転帰、治療転帰日
- 4) 心理検査結果
 - ① IES-R
 - ② BDI-II
 - ③ DES
 - ④ JPTCI

①～④のカットオフポイントは、第6章参照。

第3項 分析方法

1) 診療継続の変化

転帰に変化があったかを見るために、研究対象者すべてを未導入群、導入群に分けて調査項目を比較する。2群間で差があるかを明らかにするために、年齢は Mann-Whitney の U 検定、同居の有無、婚姻歴、本人の精神科既往歴、親族の精神科既往歴、処方の有無は χ^2 検定 (Fisher の正確確率検定) を行い、教育歴と精神科既往の診断名は、Kruskal-Wallis 検定を行う。転帰については、中断と中断以外で χ^2 検定 (Fisher の正確確率検定) を行う。該当項目が複数以外の項目については、割合を算出する。

2) 診療補助の効果

B精神科では、初診時もしくは2回目の受診時に初回として自記式の心理検査を行い、以降3～4ヶ月に1回行っている。SARAの実施中にも3ヶ月間心理検査を実施したことから、初回と3ヶ月後の心理検査の結果の前後比較を行い、診療補助としての有効性を評価する。上記の未導入群、導入群の中

から、初回と3ヶ月後の心理検査を行った患者を対象とするが、中断、寛解
終結などの理由により心理検査を3ヶ月後には行わなかった対象者がいると
考えられる。そのため、3ヶ月後の心理検査の代わりとして、1ヶ月以上の間
隔を開けて心理検査を2回以上行った患者も対象とする。心理検査得点は、
治療開始時の得点に2群間で差があるかを Mann-Whitney の U 検定を使用す
る。また、M 導入群、導入群の初回と3ヶ月後の心理検査結果を Wilcoxon
の符号順位和検定により前後比較する。

第4項 倫理的手続き

本研究は武蔵野大学倫理委員会にて承認された。ヘルシンキ宣言及び文部科
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」⁸²に則り、
B精神科において公告された。

個人情報の保護については、データ記録は個人情報が特定できないようにし
て鍵付きキャビネットに保管し、研究終了後にはデータは破棄することとした。

第2節 結果

第1項 対象者属性（全体）

B 精神科を初診で訪れた研究期間内の対象者の属性を表 8-1 に示す。なお、
別機関への紹介を目的として受診した性暴力被害者2名は除いた。その結果、
未導入群の対象者が10名、導入群の対象者が17名であった。すべての属性に
おいて未導入群と導入群に有意差は認められなかった。また、導入群の11名、
未導入群の6名に対して PTSD 診断がなされたが、PTSD 診断の有無における
 χ^2 検定（Fisher の正確確率検定）においても有意差はなかった ($p=1.000$)。

表 8-1 対象者の属性 (N=27)

		未導入群(n=10)		導入群(n=17)		Z値	p値※1
初診時年齢	平均(SD)	28.0 (7.6)		26.1 (9.2)		0.679	.497
		n	(%)	n	(%)	χ ² 値	p値※2
教育歴	中学生	0	(0.0)	1	(5.9)	1.557	.212
	高校生	1	(10.0)	4	(23.5)		
	高校中退または高校卒	2	(20.0)	4	(23.5)		
	専門学校または短大卒	2	(20.0)	3	(17.6)		
	大学または大学院卒	4	(40.0)	4	(23.5)		
	不明	1	(10.0)	1	(5.9)		
同居の有無	あり	6	(60.0)	11	(64.7)	1.000	
	なし	4	(40.0)	6	(35.3)		
婚姻歴	あり(既婚)	2	(20.0)	4	(23.5)	1.000	
	なし	8	(80.0)	13	(76.5)		
遺伝負因	あり	3	(30.0)	7	(41.2)	.692	
	なし	7	(70.0)	10	(58.8)		
精神科既往歴	あり	3	(30.0)	8	(47.1)	.448	
	なし	7	(70.0)	9	(52.9)		
既往の診断名 (複数あり)	神経発達症群	1		0		1.133	.287
	精神病性障害群	0		0			
	双極性障害群	0		0			
	抑うつ障害群	1		2			
	不安障害群	0		2			
	強迫障害群	0		0			
	心的外傷及びストレス因関連障害群	1		2			
	解離性障害群	0		0			
	不明	0		2			
診断名 (複数あり)	PTSD	6		11		.733	.392
	ASD	1		1			
	適応障害	0		3			
	うつ病	1		2			
	解離性障害	1		1			
	不明	2		1			
処方	あり	5 (50.0)		9 (52.9)		1.000	
	なし	5 (50.0)		8 (47.1)			
処方の種類 (複数あり)	SSRI	3		5		.911	
	ベンゾジアゼピン系抗不安薬	2		5			
	ベンゾジアゼピン系睡眠薬	1		1			
	非ベンゾジアゼピン系睡眠薬	1		1			
	非定型抗精神病薬	1		0			
被害時期から	1ヶ月以内	2 (20.0)		2 (11.8)		.768	.381
	3ヶ月以内	4 (40.0)		5 (29.4)			
	1年以内	1 (10.0)		4 (23.5)			
	1年超	3 (30.0)		6 (35.3)			

※1: 年齢はMann-WhitneyのU検定を行った。

※2: 同居の有無、婚姻歴、遺伝負因、精神科既往歴、診断名、処方の有無はχ²検定(Fisherの正確確率検定)を行い、教育歴と処方の種類、既往の診断名、被害時期からの期間はKruskal-Wallis検定を行った。

第 2 項 転帰

未導入群は 2016 年 11 月末時点、導入群は 2017 年 11 月末時点における中断率を図 8-2 に示す。

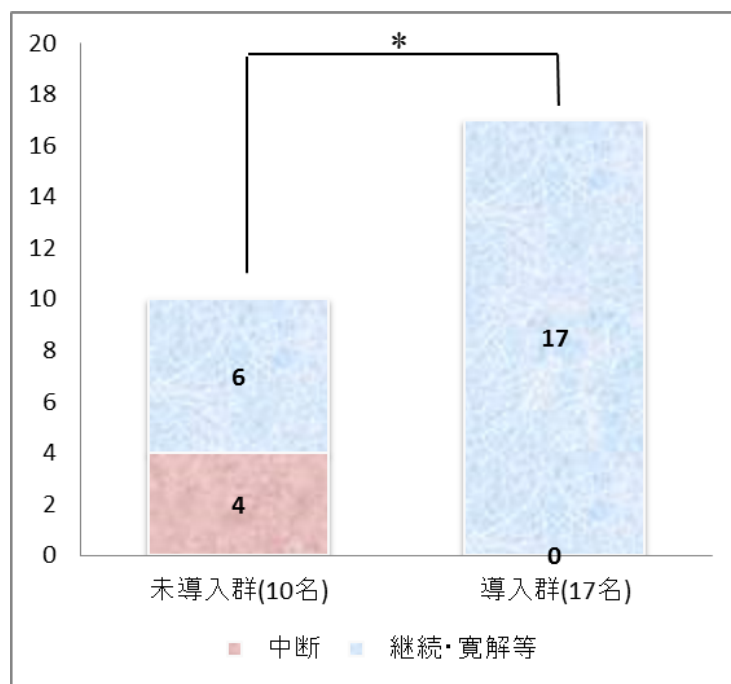


図 8-2 未導入群と導入群の中断率

未導入群は、中断が 4 名おり中断率が 40%だったが、導入群の中断率は 0%であった。未導入群の中断は、診断名が決定する前に初診のみで中断となった 1 名、PTSD と診断され 7 日～49 日で中断となった 2 名、解離性障害と診断され 217 日で中断となった 1 名であった。中断とそれ以外で χ^2 検定 (Fisher の正確確率検定) を行った結果、未導入群と導入群の中断率には有意差が認められた ($p=.012$)。

今回の未導入群において、被害後 10 日と 36 日後に初診で訪れた 2 名が 1～2 ヶ月で PTSD 症状が軽減し診療を終結していた。導入群では、被害後 3 ヶ月以内の急性期の寛解はなかったが、症状が軽かった被害後 1 年以内と 1 年以上の 2 名は 1 ヶ月以内に、20 数年以上前の性虐待の 1 名は、半年間で診療を終結していた。

第3項 心理検査結果

心理検査を行った対象者の属性を表 8-2 に示す。

8-2 対象者の属性 (N=18)

		未導入群(n=6)		導入群(n=12)		Z値 p値 ^{※3}	
初診時年齢	平均(SD)	29.0 (7.0)		25 (9.0)		0.893	.372
		n	(%)	n	(%)	χ ² 値	p値 ^{※4}
教育歴	高校生	1	(16.7)	4	(33.3)	2.233	.372
	高校中退または高校卒	0	(0)	3	(25)		
	専門学校または短大卒	2	(33.3)	3	(25)		
	大学または大学院卒	2	(33.3)	2	(16.7)		
	不明	1	(16.7)	0	(0)		
同居の有無	あり	5	(83.3)	7	(58.3)		.600
	なし	1	(16.7)	5	(41.7)		
婚姻歴	あり(既婚)	2	(33.3)	2	(16.7)		.569
	なし	4	(66.7)	10	(83.3)		
遺伝負因	あり	2	(33.3)	4	(33.3)		1.000
	なし	4	(66.7)	8	(66.7)		
精神科既往歴	あり	2	(33.3)	5	(41.7)		1.000
	なし	4	(66.7)	7	(58.3)		
既往の診断名 (複数あり)	抑うつ障害群	1		2			.000 1.000
	不安障害群	1		1			
	心的外傷及びストレス因関連障害群	1		1			
	摂食障害群	1		0			
診断名 (複数あり)	PTSD	3		8		1.512	.219
	ASD	1		1			
	適応障害	0		2			
	うつ病	1		2			
	解離性障害	1		1			
処方	あり	4	(66.7)	8	(66.7)		1.000
	なし	2	(33.3)	4	(33.3)		
処方の種類 (複数あり)	SSRI	2		5		0.125	.724
	ベンゾジアゼピン系抗不安薬	1		4			
	ベンゾジアゼピン系睡眠薬	1		1			
	非ベンゾジアゼピン系睡眠薬	1		1			
	非定型抗精神病薬	1		0			
被害時期から	1ヶ月以内	2	(33.3)	2	(16.7)	2.778	.096
	3ヶ月以内	2	(33.3)	4	(33.3)		
	1年以内	0	(0)	2	(16.7)		
	1年超	2	(33.3)	4	(33.3)		

※3: 年齢はMann-WhitneyのU検定を行った。

※4: 同居の有無、婚姻歴、遺伝負因、精神科既往歴、診断名、処方の有無はχ²検定(Fisherの正確確率検定)を行い、教育歴と処方の種類、既往の診断名、被害時期からの期間はKruskal-Wallis検定を行った。

未導入群は、初診～2回目の受診で中断し、初回の心理検査が未実施だった2名と、2回目の心理検査を未実施だった中断1名、寛解終結1名を分析の対象外とした。導入群は、1回も心理検査を実施しなかった初診～2回目の受診で、寛解、他院へ紹介となった2名、受診直後の1名、研究期間内に1回しか心理検査を行わなかった寛解者2名が分析の対象外となった。中断者や寛解者の心理検査結果を反映させるために、2回目の心理検査が1ヶ月以上開いていれば分析対象とする予定であったが、3ヶ月以内に治療を中断、終結した人は、2回目の心理検査を行っていなかった。そのため、前後比較する心理検査の時期はすべて初回と3ヶ月後であった。

両群の属性の比較を見ると、被害時期においては、未導入群と導入群に差がある傾向が示されたが、それ以外の属性においては、未導入群と導入群に有意差は認められなかった。また、導入群と未導入群の初回の心理検査結果の比較を表8-3に示すが、初診直後の心理検査においても、未導入群と導入群の得点結果に有意差は認められなかった。

表 8-3 未導入群と導入群における初回の診察時の PTSD に関する心理指標結果

	未導入群(n=6)		導入群(n=12)		統計量	
	M	SD	M	SD	Z値	p値 ^{※5}
IES-R	58.67	19.83	67.50	11.17	0.704	.482
BDI-II	38.67	0.97	31.33	17.97	0.752	.452
DES ^{※6}	31.70	15.01	36.10	25.83	0.316	.752
JPTCI ^{※6}	183.60	11.87	158.00	40.92	1.265	.206

※5: Mann-WhitneyのU検定を行った。

※6: 欠損データ(1件)あり

導入群、未導入群とも、初診時と3ヶ月後の心理検査の得点結果を前後比較した(表8-4)。未導入群の初診時と3ヶ月後の前後比較では、IES-Rの得点減少に有意傾向、DESの得点減少に有意差が認められ、導入群の初診時と3ヶ月後の前後比較では、IES-R、DESの得点減少に有意差が認められた。

表 8-4 未導入群と導入群における PTSD に関する心理指標の前後比較

	未導入群(n=6)						導入群(n=12)					
	初回		3ヵ月後		統計量 Z値	p値 ^{※7}	初回		3ヵ月後		統計量 Z値	p値 ^{※7}
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
IES-R	67.50	11.17	53.50	17.98	1.78	.075	58.67	19.83	40.92	21.70	2.43	.015
BDI-II	38.67	9.67	28.50	16.86	1.62	.106	31.33	17.97	21.67	14.82	1.41	.158
DES ^{※8}	31.70	15.01	16.92	19.06	2.02	.043	36.10	25.83	20.69	21.55	2.75	.006
JPTCI ^{※8}	159.60	52.51	152.40	41.44	0.41	.686	158.00	40.92	135.75	47.67	0.59	.556

※7: Wilcoxonの符号順位和検定を行った。

※8: 欠損データ(1件)あり

また、初診時と3ヶ月後の得点差を導入群、未導入群で比較したところ、統計的な有意差はなかった(表 8-5)。

表 8-5 初診時から3ヶ月後における PTSD に関する心理指標の変化

	未導入群(n=6)		導入群(n=12)		統計量 Z値	p値 ^{※9}
	M	SD	M	SD		
IES-R	14.00	15.52	17.75	20.37	0.14	.888
BDI-II	10.17	12.59	9.67	20.24	0.52	.606
DES ^{※10}	14.78	13.52	15.41	21.06	0.63	.526
JPTCI ^{※10}	7.20	82.69	22.25	57.82	0.00	1.000

※9: Mann-WhitneyのU検定を行った。

※10: 欠損データ(1件)あり

第4節 考察

第1項 診療継続の変化

SARA 導入前の1年間の未導入群と、SARA 導入後の1年間の導入群のデータを比較した結果を見ると、それぞれの集団の属性や初診時の心理検査結果に有意な差はなかったことから、ほぼ等質な集団に対しての SARA 実施の有無の結果であると考えられる。

導入群のデータを見ると、SARA 実施者以外も含む17名全員が治療を中断しなかったという結果となっている。未導入群の中断率が40%であること、また、研究1でも中断率が36.4%であったことから鑑みると、その差は大きい。精神科の診療が年数を追うごとに習熟してきた可能性も考えられるため、

SARA の実施のみが中断率を下げたとは一概には言えない。しかし、未導入群や研究 1 のデータと比べると、SARA 導入が診療継続の一要因となった可能性が示唆された。

第 2 項 診療補助の効果

初診時と 3 ヶ月後の心理検査の前後比較において、未導入群は IES-R の得点減少に有意傾向 ($p<.10$) があり、導入群は有意差が認められた ($p<.05$)。DES の得点減少については、未導入群は、5%水準の有意差 ($p<.05$)、導入群は 1%水準の有意差 ($p<.01$) が認められた。データ数が少ないことや、すべての対象者に心理検査を行えなかったことが、結果に影響した可能性も考えられるため、確かなことは言えないが、両群とも、診療により PTSD 症状等の軽減がなされた可能性が考えられる。しかし、SARA の導入の有無による診療補助の効果を見ると、心理検査の初診時と 3 ヶ月後の得点差の検定において両群の間には差はなかったことから、SARA の導入が PTSD 症状の軽減に効果をもたらしたかどうかは現時点では不明である。

第 5 節 本研究の限界と今後の課題

本研究では、SARA 導入・未導入の 1 年間を比較しているため、その後の診療継続については、今後もデータの収集を行う必要があり、データ数を蓄積していかななくてはならない。さらに、第 7 章でも述べた通り、単一施設での結果であることも性暴力被害者全体を論ぜないという限界点である。今後、他機関での実施を行い、さらなるデータの収集から、SARA 導入の効果検証をしていきたいと考える。

第Ⅲ部 総合考察

第9章 総合考察

性暴力被害は性犯罪件数だけでは測られない暗数が多く存在しており、日本の場合、被害者の6割はどこにも相談しないと報告されている。各国においても、警察に通報した割合は、米国が33.6%、英国のイングランドとウェールズが15%であったと報告されており、事件化されていない性暴力被害の数はかなりの数に上る。通報・相談できない被害者の調査によれば、暗数が発生する原因としては、心理的要因が多くを占めている。

また、精神科医療機関の受診に関しても、同様の被害者心理があると推察される。自ら医療を受けようと受診するものは少なく、また被害の内容を話したくないと考える被害者も少なくない。それが受診中断につながることもある。

医療機関を受診する性暴力被害者の実態と課題を明らかにすることによって、性暴力被害者が診療を継続できる方法を探索することは、性暴力被害者にとって有用なものであるだけでなく、性暴力被害者を支援する機関においても、援助の指針となりうる。

本論文では、まず、第II部で、性暴力被害についての調査結果や、性暴力被害によるPTSD症状への治療についての先行研究を概観した。次に第II部では、性暴力被害者の臨床現場の調査からWEBプログラムの作成、実施を示した。具体的には、性暴力被害者の実態を被害後からの期間の違いによって比較検討するためにカルテ調査を行った。その結果から、診療継続の必要性が示唆され、診療継続のツールとして、WEBプログラムが有効であると考えた。WEBプログラム作成にあたり、インターネットベースのCBTについて検討した。さらに、治療継続促進については、アドヒアランスの研究を文献的に検討した。その後、WEBプログラムを作成した経緯を示した。さらに、作成したWEBプログラムを実際に性暴力被害者に実施した結果を示した。

以下に、本論文の総合考察として、「先行研究のまとめ」、「本研究のまとめ」、「本研究の意義、限界」、「今後の展望」に分けて述べる。

第1節 先行研究のまとめ

早期介入に関しては、トラウマ体験後3ヶ月以内に行ったトラウマに焦点づけたCBTは、症状の軽減に有効であるとする報告がなされていた一方、性暴

力被害者に対しての早期介入は、エビデンスが十分でなく、推奨される方法はまだない。性暴力被害者以外のトラウマ体験者が対象ではあるが、早期介入として心理的デブリーフィングを行った結果は、効果が見られず悪化したケースも存在した。トラウマ体験直後に3セッションで行われた修正版PEは、他のタイプの被害者と比較してレイプ被害者の症状を軽減した。このように、早期介入については、確固たる指針が示されていない。特に、性暴力被害者に対する早期介入の研究は、交通事故被害者と比べて、被害直後に医療的な介入が行われないことも多く、対象者のデータを収集しにくいことも、研究結果の蓄積の大きな障害となっていると考えられる。

慢性期に移行してPTSDと診断された被害者に対しては、有効な治療法がいくつかある。PE、CPT、EMDRは、国際トラウマティック学会、コクランレビュー等で推奨されているCBTなどの心理療法である。CBTは、完遂すればPTSD症状を軽減することが示されているが、いくつかのメタアナリシスを見ると、中断する割合が16.7～27.2%と少なくはない。最近、PE、CPTは治療を有効に進めるために、スマートフォンアプリの補助治療プログラムを用意している。プログラムにはセッションとセッションの間に、宿題を行ったり、PTSD症状評価を行ったり、文章による心理教育を行ったりという治療のサポートの機能とともに、セッションへの不参加を防ぐスケジューリング機能が含まれている。これにより中断が減少したかどうかについてはまだ実証的な報告はない。

このように性暴力被害者に対する早期介入に関しては、先行研究は少ない。さらに、PTSD症状に対する治療法はCBTなどがその効果を実証されているが、性暴力被害者を対象とした治療の中断を防ぐ対策の研究は、本邦においては筆者の知るところではまだない。このことから、診療を継続するための治療補助ツールの検討を行うことが重要であると示唆された。

第2節 本研究のまとめ

第1項 研究1

研究1として、性暴力被害後、精神科を受診した被害者の実態を、そのカルテ情報から被害後からの期間により3ヶ月以内、3ヶ月超に分けて比較検討した。その結果、以下の知見を得た。

まず第1に、3ヶ月以内の急性期群21名と3ヶ月超の慢性期群12名の属性では、年齢は急性期の方が低い傾向が認められ、慢性期群は被害後から受診に来るまでの期間が長かった。また、急性期群の精神科既往歴が42.6%に対して、慢性期群の精神科既往歴は91.7%と高く、その診断名は、PTSD、適応障害、うつ病等となっており、慢性期群ではいわゆる「複雑性PTSD」の症状を示す者が多かった可能性が示唆された。

第2に、急性期群では21名中6名が寛解したが、慢性期群では寛解者はいなかった。特に、寛解者の場合、被害から診察に至るまでの期間が平均1ヶ月程度であり、平均診察期間は6ヶ月余りであった。一方、中断者は、急性期で9名、慢性期で3名であったが、中断までの平均診察期間が急性期で約2ヶ月、慢性期群で約12日と、初診からの受診数が1~2回の被害者が12名中8名であった。症状の評価を行い、治療方針を立てる前に中断となったケースが多かった。

第3に、初診後直近と、研究期間終了直近の症状評価の心理検査結果を比較したところ、急性期群では、IES-R、DES、BDI-II、JPTCIの心理検査において有意差が認められたが、慢性期群では有意差は認められなかった。

最後に、対象者の中で、CBTを実施した者は急性期群で7名であり、すべての被害者のIES-RとCAPSの得点の実施前後で有意に下がっており、症状も寛解か軽快となっていた。CBTを実施した慢性期群6名の場合は、IES-R、CAPSの前後得点において、共に有意差は認められなかった。また、急性期群のCBT実施期間に至るまでの平均を見ると被害後7ヶ月強、初診後6ヶ月であったが、慢性期群がCBT実施に至った期間の平均は、初診後10ヶ月、被害後は2年以上となっていた。両群ともCBT実施者は、中断することなくCBTを完遂したが、これは、実施に向けて十分な準備を行ったためと考えられた。

以上のことから、性暴力被害後に早い時期にCBTを実施することが、PTSD症状を減らすための有効な選択であるが、実施に至る準備期間は必要であり、その間の中断を防ぐことが課題である可能性が示された。

第2項 診療継続の補助ツール開発に関するレビュー

早期介入として、行われているインターネットや WEB を使用する CBT の結果が報告されていた。インターネットベースの CBT は、対面式の治療と比べて、時間的・経済的コストが低く、従来治療を求めなかった人に対して行えること、いつでもどこでも受けられる等の利点があり、インターネットの普及に伴い、今後更なる普及が見込まれる療法と考えられる。2006 年以降 10 年間のインターネットベースの CBT を概観すると、対象者を性暴力被害者としたものはなかった。また、中断率が 28～45% と高く、実施方法や治療の動機づけをどのように行うかが検討課題として挙げられていた。中断率が比較的低かった研究においては、保護者や研究者の関わりが多かったことも示されていた。性暴力被害者の PTSD に対するインターネットベースの CBT においては、セラピストが介入し対話型でプログラムを実施した方が、有効であったという報告もなされていた。

次に PTSD 治療におけるアドヒアランスの研究を展望した。5 つの研究はすべて退役軍人を対象としていた。うち 3 つの研究では、PTSD 治療への動機づけとして電話による介入が行われており、介入により PTSD 治療への受診が高まった可能性が示唆されていたが、目標とするエビデンスベースの治療の開始や完遂には十分でなかった。

第 3 項 研究 2

研究 2 では、急性期の性暴力被害者の診療内容を調査・分析した。研究 1 の対象者のうち、急性期群の被害者 21 名のカルテ記録から、初診後診断が確定するまでの診療に関する内容を調査し、WEB プログラムの作成に必要なコンテンツを検討した。その結果、以下の知見を得た。

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、CBT、心理教育、呼吸法、アセスメント、受診の動機づけの 7 つの介入内容に分類した。症状の聴き取りと心理教育は、PTSD、ASD の症状を侵入症状、回避症状、認知と気分の変化、過覚醒症状、解離症状に分けて行っており、特に心理教育では、ノーマライゼーションを強調して行っていた。また、緊張状態を軽減する目的で行った呼吸法、PTSD 症状を測る IES-R や CAPS 等

の実施、場合によっては現実エクスポージャーの宿題を行っていた。また、治療によって回復していくイメージを伝える等の治療の動機づけを行っていた。

7つに分類した介入内容から心理教育、リラクセーション、宿題、動機づけをコンテンツとして、13画面からなる暫定版プログラムを作成した。心理教育は全体の説明と、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、文字だけではなく音声で再生できるようにした。リラクセーションは動画を取り入れ、呼吸再調整法の説明と実施を示した。宿題は、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。動機づけとして、継続して来院することができるような励ましの言葉を記述した。プログラムは、HTML言語のWEBプログラムの形式をとり、パソコン、スマートフォンから見られるようにした。

今回のプログラムの限界から、使用する被害者自身がスマートフォン等に書きこむことができなかった。そこで、実施記録用の紙ベースの資料を用意した。具体的には、実施手順を記述した初回用資料、実施記録をコンテンツ毎に記入する毎回実施用資料、宿題を設定した場合に使用する宿題用資料を作成した。

第4項 研究3

研究2で作成した暫定版プログラムを性暴力被害者2名、支援員3名、合計5名に対して提示し、コンテンツ内容についてインタビューを行った。その結果から、以下のように暫定版プログラムを改訂した。

インタビュー結果から、よりわかりやすい表現、つらさを支える表現等の文言の変更、動画にテロップをつける、Q&A画面の追加等を行った。初期画面から、Q&A画面を含めた5つのコンテンツを選択できるようにし、Q&Aでは、よくある質問や、受診継続のための対処について記述した。

第5項 研究4

研究4では、研究3で完成したWEBプログラムを性暴力被害後に精神科を受診した被害者に3ヶ月間実施し、その安全性、実行可能性を検証した。被害後3ヶ月以内だけではなく3ヶ月超に受診した被害者にも実施し、両群の結果を比較した。その結果、以下の知見を得た。

第 1 に、WEB プログラムの実施対象者は、1 年間に性暴力被害後に精神科を初診で訪れた被害者であり、17 名であった。そのうち、PTSD 症状があり、実施可能と主治医が判断し、同意が得られ実施に至ったのは 10 名であった。PTSD と診断された対象者が 7 名、ASD と診断された対象者が 1 名、残りは、適応障害、解離性障害であった。被害後 3 ヶ月以内に受診した対象者は 5 名、被害後 3 ヶ月超で受診した対象者は 5 名であった。すべての対象者は、3 ヶ月間の実施を完遂し、有害事象は起らなかった。

第 2 に、プログラム開始時と終了時の心理検査結果について、3 ヶ月以内群と 3 ヶ月超群に分けて分析した。その結果、IES-R、BDI-II、DES の得点を前後比較すると、3 ヶ月以内群は得点結果が有意に下がっていたが、3 ヶ月超群には有意差が認められなかった。しかし、実施者 10 名のプログラム実施後の心理検査の平均得点は、実施前の平均得点より低くなっており、プログラムが両群に対して PTSD 症状やうつ症状、精神健康に対して害をなすものではなかったと考えられた。

第 3 に、プログラム実施後の満足度アンケートの結果を見ると、プログラムの使いやすさやプログラムが役に立ったかについて 5 件法で 4 点～5 点が付けられており、実施した人からはプログラムが一定の評価を得られたと考えられた。また、診察へ行くことの苦痛や不安な気持ちが、プログラム実施後には下がっており、診療の継続を促した可能性が示唆された。

第 4 に、プログラムの実施時に記入してもらう毎回実施用資料には、10 名中 9 名がプログラムの感想、内容についての質問を記入していた。それに対しては診療時に対応したり、プログラムと一緒に再確認したりという関わりを行っており、資料は双方向機能を補うだけではなく、診療場面でも使用可能であると考えられた。このような診療場面での対応や援助も、中断を防ぐ一因と考えられ、プログラムは診療時のフォローを含めて診療継続のために機能することが示唆された。

第 6 項 研究 5

研究 5 では、ランダム化されていない群間比較に準じたものとして、プログラムを導入した 1 年間と導入前の 1 年間のカルテ記録から情報を取得し、2 群

間の比較を行い、診療継続の変化と診療補助の効果について調査した。その結果、以下の知見を得た。

第1に、診療継続の変化を調査する対象となったのは、未導入群10名と導入群17名の性暴力被害者であった。その属性としては、年齢、教育歴、同居の有無、婚姻歴、遺伝負因、精神科既往歴、既往の診断名、診断名、処方の有無と種類、被害後日数を調査した結果、未導入群と導入群に有意差はなかった。初診直後の心理検査結果においても、未導入群、導入群の得点結果に有意差は見られなかった。また、両群とも、診療時の録音を聞いてもらう、冊子を使った心理教育を行うという通常診療には変わりはなく、プログラム実施以外はほぼ等質な集団だったと考えられた。

第2に、両群の中断率を見ると、未導入群が40%、導入群が0%であり、両群に有意差が認められた。精神科の診療が年数を経て習熟してきた可能性もあるが、研究1（未導入群前の3年3ヶ月）の中断率が36.4%であり、研究1と未導入群の間には有意差が認められなかったことから、プログラム導入が中断を防ぐ一端を担った可能性が示された。

第3に、診療補助の効果を調査する対象となったのは、未導入群6名、導入群12名であった。その属性についても、ほぼ両群に差はなかった。両群の初診直後と3ヶ月後の心理検査結果を前後比較したところ、未導入群ではIES-Rの得点減少に有意差、DESの得点減少に有意傾向が認められ、導入群は、IES-RとDESの得点減少に有意差が認められた。データ数が少ないという限界があるが、両群とも、診療の継続によりPTSD症状等が軽減されたと考えられた。しかし、SARA実施前後の心理検査の得点差を導入群、未導入群で比較した結果を見ると、PTSD症状を測るIES-Rにおける得点減少は導入群の方が多かったが、両群の得点差の間に有意差は認められず、SARAがPTSD症状の軽減に有用だったとは、今の時点では言えない。

第3節 本研究の意義と限界

本研究の意義は、以下の4点である。

第1に、性暴力被害後に3ヶ月以内の急性期で精神科に初診で訪れた被害者の実態が明らかになったことである。3ヶ月を超えて初診で訪れた被害者に比

べて、急性期の被害者の方が中断率は高かったが、中断しなければその予後はよく、特に CBT 実施者の症状は軽減していたことが示された。そのため、中断せずに精神科の診療を継続させるためのツールの必要性が示唆された。

第 2 に、わが国では性暴力被害者に対する精神科における診療内容について報告されていない中、3 年 3 ヶ月の期間であるが性暴力被害後に初診で訪れた被害者の診療内容を明らかにできたことである。

第 3 に、上記の診療内容をもとに WEB プログラムを作成したことである。CBT を実施する際の援助を行うアプリは海外では使用されているが、性暴力被害者に対して、診療の継続を促す機能を持ったプログラムは、筆者の知るところではまだない。性暴力被害に遭ったことによって PTSD 症状が現れ、その中でも回避症状のために、診療を躊躇する被害者に対して、ノーマライゼーションを中心とした診療内容から、プログラムのコンテンツを決定した。

第 4 に、プログラムの実施の安全性、実行可能性が示されたことである。性暴力被害後に精神科を受診した被害者 10 名に対して、プログラムを実施し、10 名すべてが診療を中断することなく、その心理検査の得点結果が減少したことが示され、プログラム実施による悪影響はなかったと示唆された。

本研究の限界は、以下の通りである。

研究 1、4、5 の結果は、すべて都内にある単一の精神科における調査結果であり、一般に広く適用できるものではない。また、研究対象者は精神科を受診している性暴力被害者の一部であることも限界である。

研究 2、3 から、プログラムを作成したが、研究 2 の結果はあくまでも一精神科で行っている診療記録から得たものであり、治療の補助として必要な要素がすべて含まれているとは限らない。

第 4 節 今後の展望

今後の展望としては、大きく分けて 2 つある。まず、1 番目として今後の SARA についての展望である。SARA については、今後更なる改良、普及を目指すため、以下の 3 つの展望を考えている。

第1は、他の医療機関におけるプログラムの安全性、実行可能性の検証である。性暴力被害者が多く来院し、性暴力被害や PTSD 症状に精通した治療者がいる医療機関のみならず、一般の医療機関においても使用可能であれば、多くの被害者が治療を継続することが可能となり、治療継続によってその症状を軽減することに役立つことができると考える。

第2は、プログラムの改善である。コンテンツの追加や、双方向機能の追加を進めることにより、心理検査の結果や、次回の診療予約等を被害者自身が確認でき、診療継続のモチベーションをさらに上げることができると考える。

第3に、プログラムのカスタマイズである。プログラムの安全性が担保されれば、医療機関以外のワンストップ支援センターなどの支援機関でも使用可能となる。その際、支援者が使用しやすいようなプログラムに改版すれば、支援者の支援ガイドラインとしての使用が可能となると考える。

次に、2番目として、中断の要因についてのさらなる追及である。研究1では、中断した被害者の属性として、過去の被害歴、精神科既往歴が示されたが、さらに詳細を検討するため、カルテ調査のデータ項目の見直しを行い、新たに調査件数を積み重ねていきたい。

PTSD に対する CBT (例えば PE や CPT) の効果は、もはや確定したものであると言ってもよいが、それをどのように実行していくか、普及していくかが、世界共通の現在の課題である。米国における現役・退役軍人を対象とした研究でも、一般の診療のレベルで、実証のある心理治療がなかなか使われていないことが明らかにされている^{106,109}。

治療へのモチベーションを高めたり、インターネットを通じて治療したりという試みの多くが、この問題の解決を模索しているといえる。筆者も性暴力被害者の精神科における心理治療、及び大学研究機関における心理療法にかかわり同じ思いを持った。引き続き、どうすれば患者が早く適切な治療法と巡り合い、さらに、そのモチベーションを持ち続け治療に参加し、よい結果が得られるかということを探求し、その解決策を実践していきたいと考える。

謝辞

本研究を遂行し、学位論文をまとめるにあたり、臨床及び研究の機会を与えていただき、ご指導、ご鞭撻を賜りました武蔵野大学大学院 小西聖子教授に深謝いたします。

本研究遂行にあたりまして、武蔵野大学大学院のゼミ生、病院の同僚、武蔵野大学心理臨床センターの皆様にご協力いただきました。心より感謝いたします。

最後になりますが、本研究にご協力いただいた A 病院の方々、調査にご協力いただいた機関および対象者の皆様にも深く御礼申し上げます。

参考文献

1. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women Sexual violence. World Health Organization.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8165%3A2013-understanding-addressing-violence-against-women&catid=3425%3Aviolence-publications&Itemid=0&lang=en. Published 2012. Accessed July 20, 2007.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.
3. Litz BT, Bryant RA. Early Cognitive-Behavioral Interventions for Adults. In: Foa EB, Kearn TM, Friedman MJ, et al., eds. *Effective Treatment for PTSD (2nd Edition)*. New York: Guilford Press; 2009. (飛鳥井望監訳. (2013). PTSD治療ガイドライン 第2版. 金剛出版. 183-203, 2013.)
4. 浅野敬子, 今野理恵子, 小西聖子. 性暴力被害者のためのワンストップ支援センターからの精神科へ紹介された被害者の実情と治療の課題. *トラウマティックストレ*. 2017;2017-15 (1) :59-68.
5. 法務省. 刑法の一部を改正する法律.
<http://www.moj.go.jp/content/001227677.pdf>. Published 2017. Accessed August 11, 2017.
6. 法務省. 性犯罪の罰則に関する検討会「第6回会議議事録」.
<http://www.moj.go.jp/content/001138926.pdf>. Published 2017. Accessed August 11, 2017.
7. 法務省. 犯罪白書平成29年版.
<http://hakusyo1.moj.go.jp/jp/64/nfm/mokuji.html>. Published 2018. Accessed March 29, 2018.
8. 内閣府男女共同参画局. 男女間における暴力に関する報告書(概要版).
http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/h29danjokan-7.pdf. Published 2018. Accessed March 29, 2018.

9. 内閣府男女共同参画局. 「若年層を対象とした性暴力被害等の実態把握のためのインターネット調査」報告書.
http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/boryoku/siryo/pdf/h28_jakunen_report.pdf. Published 2017. Accessed August 11, 2017.
10. United Nations Office on Drugs and Crime. Total Sexual Violence at the national level, number of police-recorded offences. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics.html>. Published 2017. Accessed August 11, 2017.
11. Bureau of Justice Statistics. National Crime Victimization Survey. <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv15.pdf>. Published 2015. Accessed August 11, 2017.
12. Ministry of Justice, Home Office, Office for National Statistics. An Overview of Sexual Offending in England and Wales. <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/crime-stats/an-overview-of-sexual-offending-in-england---wales/december-2012/index.html>. Published 2013.
13. The United States Department of Justice. Sexual Assault. <https://www.justice.gov/ovw/sexual-assault>. Published 2017. Accessed August 11, 2017.
14. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
15. Bawar. Bay Area Women Against Rape. <https://www.bawar.org/>. Accessed May 21, 2018.
16. Women's Aid. W.s.A.F.o. <https://www.womensaid.org.uk>. Accessed May 21, 2018.
17. 内閣府. 性犯罪・暴力被害者のためワンストップ支援センター開設運営の手引き. https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/kohyo/shien_tebiki/pdf/zenbun.pdf. Published 2012. Accessed March 29, 2018.
18. 高橋三郎大野裕(監訳). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル第5版. American P. 東京: 医学書院; 2014.

19. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;3(3):CD007944. doi:10.1002/14651858.CD007944.pub2.
20. Roberts NP, Kitchiner NJ, Bisson JI, et al. Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry.* 2009;166(3):293-301. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040590.
21. Brymer MJ, Steinberg AM, Pynoos RS, et al. Acute Interventions for Children and Adolescents. In: Foa EB, Kearn TM, Friedman MJ, et al., eds. *Effective Treatment for PTSD (2nd Edition)*. New York: Guilford Press; 2009. (飛鳥井望監訳. (2013). PTSD治療ガイドライン 第2版. 金剛出版. 93-100, 2013.)
22. Bisson JI, McFarlane SR, Watson P, et al. Psychological debriefing for Adults. In: Foa EB, Kearn TM, Friedman MJ, et al., eds. *Effective Treatment for PTSD (2nd Edition)*. New York: Guilford Press; 2009. (飛鳥井望監訳. (2013). PTSD治療ガイドライン 第2版. 金剛出版. 77-92, 2013.)
23. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(2):233-239. doi:10.4088/JCP.09r05072blu.
24. Bryant RA. Early Interventions for Trauma. In: Friedman MJ, Kearn TM, Resick PA, et al., eds. *Handbook of PTSD Second Edition: Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2014.
25. Dawne S, Vogt DS, King DW, King LA. Risk pathways for PTSD. In: Friedman MJ, Kearn TM, Resick PA, et al., eds. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2007. (金吉晴(監訳). (2014) PTSDハンドブック - 科学と実践. 東京: 金剛出版. 311-338.)
26. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748.
27. Elklit A, Christiansen DM. ASD and PTSD in rape victims. *J Interpers Violence.* 2010;25(8):1470-1488. doi:10.1177/0886260509354587.

28. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000;38:319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
29. Carper TL, Mills MA, Litz BT, et al. Early PTSD symptom sub-clusters predicting chronic posttraumatic stress following sexual assault. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy.* 2015;7(5):442-447. doi:10.1037/tra0000060.
30. Shin KM, Chang HY, Chung YK, et al. Avoidance symptoms and delayed verbal memory are associated with post-traumatic stress symptoms in female victims of sexual violence. *J Affect Disord.* 2015;184:145-148. doi:10.1016/j.jad.2015.05.051.
31. Bryant RA, O'Donnell ML, Silove D, et al. A Multisite Analysis of the Fluctuating Course of Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(8):839. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1137.
32. Bonanno GA, Mancini AD, Horton JL, et al. Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed US military service members: Prospective cohort study. *Br J Psychiatry.* 2012;200(4):317-323. doi:10.1192/bjp.bp.111.096552.
33. DeRoos-Cassini TA, Mancini AD, Bonanno GA, et al. Psychopathology and resilience following traumatic injury: A latent growth mixture model analysis. *Rehabil Psychol.* 2010;55(1):1-11. doi:10.1037/a0018601.
34. Bryant RA, Nickerson A, Creamer M, et al. Trajectory of post-traumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. *Br J Psychiatry.* 2015;206(5):417-423. doi:10.1192/bjp.bp.114.145516.
35. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychol Bull.* 2002;128(6):886-902. doi:10.1037/0033-2909.128.6.886.
36. Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, et al. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol Psychiatry.* 2012;72(11):957-963. doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.002.
37. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's of Synopsis of Psychiatry.* Wolters. Kluwer Health Inc; 2015. (井上令一(監訳).(2016) カプラ

- ン臨床精神医学テキスト 東京:メディカル・サイエンス・インターナショナル. 489-499.)
38. Cahill SP, Foa EB. Psychological theories of PTSD. In: Friedman MJ, Kearn TM, Resick PA, et al., eds. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2007. (金吉晴(監訳). (2014) PTSDハンドブック - 科学と実践. 東京: 金剛出版. 65-85.)
 39. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press; 1992. doi:10.1080/00029157.1994.10403078.
 40. 川上憲人他. こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業).
<http://www.khj-h.com/pdf/soukatuhoukoku19.pdf>. Published 2006.
 41. Friedman MJ, Davidson JRT, Stein DJ. Psychopharmacotherapy for Adults. In: Foa EB, Kearn TM, Friedman MJ, et al., eds. *Effective Treatment for PTSD (2nd Edition)*. New York: Guilford Press; 2009. (飛鳥井望監訳. (2013). PTSD治療ガイドライン 第2版. 金剛出版. 183-203, 2013.)
 42. Watts B V., Schnurr PP, Friedman MJ, et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):541-550. doi:10.4088/JCP.12r08225.
 43. Cahill SP, Rothbaum BO, Resick PA, et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Adults. In: Foa EB, Kearn TM, Friedman MJ, et al., eds. *Effective Treatment for PTSD (2nd Edition)*. New York: Guilford Press; 2009. (飛鳥井望監訳. (2013). PTSD治療ガイドライン 第2版. 金剛出版. 115-163, 2013.)
 44. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*. 2005;18(6):607-616. doi:10.1002/jts.20069.
 45. U.S. Department of Veterans affairs & U.S. Department of Defense. 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>. Published 2017. Accessed August 6, 2017.

46. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(12). doi:10.1002/14651858.CD003388.pub4.www.cochranelibrary.com.
47. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD.* New York: Oxford University Press Inc; 2007. (金吉晴・小西聖子監訳: PTSDの持続エクスポージャー療法.星和書店, 東京, 2009.)
48. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986;99(1):20-35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20.
49. Foa EB, Huppert JD, Cahill SP. Emotional Processing Theory: An Update. *Pathol anxiety Emot Process Etiol Treat.* 2006:3-24.
<http://www.amazon.com/Pathological-Anxiety-Emotional-Processing-Treatment/dp/1593852231>.
50. Reger GM, Hoffman J, Riggs D, et al. The “PE coach” smartphone application: An innovative approach to improving implementation, fidelity, and homework adherence during prolonged exposure. *Psychol Serv.* 2013;10(3):342-349. doi:10.1037/a0032774.
51. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(5):748-756. doi:10.1037/0022-006X.60.5.748.
52. Lang PJ. Imagery and therapie: An information processing analysis of fear. *Behav Ther.* 1977;8:862-889.
53. Resick PA, Monson CM, Chard KM. *Cognitive Processing Therapy Veteran/Military Version: THERAPIST’S MANUAL.* Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2014.
54. Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, et al. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(5):898-907. doi:10.1037/0022-006X.74.5.898.
55. Chard KM, Weaver TL, Resick PA. Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cogn Behav Pract.* 1997;4(1):31-52. doi:10.1016/S1077-7229(97)80011-9.

56. Bass JK, Annan J, McIvor Murray S, et al. Controlled Trial of Psychotherapy for Congolese Survivors of Sexual Violence. *N Engl J Med*. 2013;368(23):2182-2191. doi:10.1056/NEJMoa1211853.
57. Resick PA, Galovski TE, Uhlmansiek MO, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(2):243-258. doi:10.1037/0022-006X.76.2.243.
58. Galovski TE, Blain LM, Mott J, et al. Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(6):968-981. doi:10.1037/a0030600.
59. Resick PA, Wachen JS, Dondanville KA, et al. Effect of Group vs Individual Cognitive Processing Therapy in Active-Duty Military Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(1):28. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2729.
60. The United States Department of Veterans Affairs. CPT Coach. https://www.ptsd.va.gov/public/materials/apps/cpt_mobileapp_public.asp. Published 2014. Accessed October 9, 2017.
61. 堀越勝, 福森崇貴, 樫村正美. 認知処理療法. *トラウマティック・ストレス*. 2006;第6巻第1号:67-74.
62. 堀越勝. PTSDに対する認知処理療法. *精神医学*. 2017;59(5):449-457.
63. 伊藤正哉, 堀越勝, 中島聡美, et.al. 心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法—犯罪被害後のトラウマ治療を中心に—. *精神科治療学*. 2016;31(2):221-225.
64. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures., 2nd Ed*. New York: Guilford Press; 2001. (市井雅哉訳. (2004). EMDR : 外傷記憶を処理する心理療法 金剛出版.)
65. Shapiro F and Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. *J Clin Psychol*. 2002;58(8):pp933-946.

66. Shapiro F, Solomon R. Eye movement desensitization and reprocessing therapy. In: Gold SN, ed. *APA Handbook of Trauma Psychology: Trauma Practice*. American Psychological Association; 2017:193-212.
67. Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *Perm J*. 2014;18(1):71-77. doi:10.7812/TPP/13-098.
68. World Health Organization. WHO guidelines on conditions specifically related to stress. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1. Published 2013. Accessed August 6, 2017.
69. Nijdam MJ, Gersons BPR, Reitsma JB, et al. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200(3):224-231. doi:10.1192/bjp.bp.111.099234.
70. Clayton D. Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Sexual Assault. In: Bryant-Davis T, ed. *Surviving Sexual Violence: A Guide to Recovery and Empowerment*. Rowman & Littlefield; 2011:129-141.
71. Shapiro E. EMDR Treatment of Recent Trauma. *J EMDR Pract Res*. 2009;3(3):141-151. doi:10.1891/1933-3196.3.3.141.
72. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, et al. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):455-475.
73. 浅野敬子, 平川和子, 小西聖子. 性暴力被害者支援の現状と課題ーワンストップ支援センターと精神科医療の連携に関する報告から. 被害者学研究. 2016;26:37-52.
74. Kar N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7(1):167-181. doi:10.2147/NDT.S10389.

75. Riggs DS, Rothbaum BO, Foa EB. A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *J Interpers Violence*. 10(2):201-214.
76. ASUKAI N, KATO H, KAWAMURA N, et al. Reliability and Validity of the Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (Ies-R-J): Four Studies of Different Traumatic Events. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(3):175-182. doi:10.1097/00005053-200203000-00006.
77. 田辺肇, 小川俊樹. 質問紙による解離性体験の測定: 大学生を対象にした DES (Dissociative Experiences Scale) の検討. 筑波大学心理学研究. 1992;14:171-178.
https://tsukuba.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=3038&item_no=1&page_id=13&block_id=83.
78. 長濱輝代. SDS(自己評価式抑うつ尺度). In: 氏原寛, 亀口憲治, 山中康裕, et al., eds. 心理臨床大事典. ; 2004:499-500.
79. 西山佳子, 坂井誠. 日本人大学生に対するうつ病評価尺度 (日本版BDI-II) 適用の有用性. 行動療法研究. 2009;35(2):145-154.
80. 長江信和, 増田智美, 金吉晴, et al. 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本版外傷後認知尺度の開発. 行動療法研究. 2004;30(2):113-124.
81. 飛鳥井望, 廣幡小百合, 小西聖子, et al. 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. 2003;1(1):47-53.
82. 厚生労働省, 文部科学省. 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイドランス. http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443_01.pdf. Accessed May 1, 2016.
83. Freedman S, Brandes D, Peri T. Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 1999;174:353-359.
84. Shalev AY, Peri T, Canetti L, Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(2):219-225. doi:10.1176/ajp.153.2.219.

85. Fernandez E, Salem D, Ramtahal N, et al. Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy : Magnitude , Timing , and Moderators
Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy : Magnitude , Timing , and Moderators. *J Consult Clin Psychol*. 2015:1-15.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000044>.
86. Litz BT, Gray MJ. Early intervention for trauma in adults: A framework for first aid and secondary prevention.. In: Litz BT, ed. *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford Press; 2004:87-111.
87. Bryant RA, Harvey AG, Basten C, et al. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(5):862-866. doi:10.1037/0022-006X.66.5.862.
88. Sijbrandij M, Kunovski I, Cuijpers P. Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Anxiety*. 2016;33(9):783-791.
doi:10.1002/da.22533.
89. Boasso A, Kadesch H, Litz BT. Internet-Based Interventions for PTSD. In: Friedman MJ, Kearn TM, Resick PA, et al., eds. *Handbook of PTSD Second Edition: Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2014:15668-16036.
90. 梅垣佑介, 末木新, 下山晴彦. インターネットを用いたうつへの認知行動療法の現状と今後の展望. *精神医学*. 2012;54(8):768-778.
91. 総務省. 通信自由化とICT産業の発展. 総務省情報通信白書.
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h27/pdf/n1300000.pdf>.
Published 2016. Accessed May 22, 2017.
92. 総務省. 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. Published 2016. Accessed May 22, 2017.
93. 総務省統計局. 世界の統計2017.
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/pdf/2017al.pdf#page=147>. Published 2017.
Accessed May 22, 2017.

94. 総務省. ICT利活用の進展. 総務省情報通信白書.
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h27/html/nc123210.html>.
Published 2016. Accessed May 22, 2017.
95. Brief DJ, Rubin A, Keane TM, et al. Web-based intervention for returning veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder and risky alcohol use. *J Contemp Psychother*. 2011;41(4):237-246. doi:10.1007/s10879-011-9173-5.
96. Littleton H, Grills AE, Kline KD, Schoemann AM, Dodd JC. The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *J Anxiety Disord*. 2016;43:41-51.
doi:10.1016/j.janxdis.2016.07.010.
97. Kuester A, Niemeyer H, Knaevelsrud C. Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:1-16. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.004.
98. Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB, et al. Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2013;15(8):333-345.
99. Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB, et al. Trauma tips: An internet-based intervention to prevent Posttraumatic Stress Disorder in injured trauma patients. *J Cyber Ther Rehabil*. 2011;4(3):331-340.
100. Ruggiero KJ, Resnick HS, Galea S, et al. Internet-Based Intervention for Mental Health and Substance Use Problems in Disaster-Affected Populations: A Pilot Feasibility Study. *Behav Ther*. 2006;37(2):190-205.
doi:10.1016/j.beth.2005.12.001.
101. Van Voorhees BW, Gollan J, Fogel J. Pilot study of Internet-based early intervention for combat-related mental distress. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(8):1175. doi:10.1682/JRRD.2011.05.0095.
102. Kassam-Adams N, Marsac ML, Winston FK, et al. Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Web-Based Intervention to Prevent Posttraumatic Stress in Children Following Medical Events. *J Pediatr Psychol*. 2016;41(1):138-148.
doi:10.1093/jpepsy/jsv057.

103. Forneris CA, Gartlehner G, Lohr KN, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Am J Prev Med.* 2013;44(6):635-650. doi:10.1016/j.amepre.2013.02.013.
104. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, et al. 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):953-964. doi:10.1037/0022-006X.73.5.953.
105. Kliem S, Kröger C. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behav Res Ther.* 2013;51(11):753-761. doi:10.1016/j.brat.2013.08.005.
106. Kehle-Forbes S, Kimerling R. Patient Engagement in PTSD Treatment. *ptsd research quarterly.*
<https://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/V28N3.pdf>.
Published 2017. Accessed June 4, 2018.
107. Seal KH, Abadjian L, McCamish N, Shi Y, Tarasovsky G, Weingardt K. A randomized controlled trial of telephone motivational interviewing to enhance mental health treatment engagement in Iraq and Afghanistan veterans. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(5):450-459. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.04.007.
108. Murphy RT, Thompson KE, Murray M, Rainey Q, Uddo MM. Effect of a Motivation Enhancement Intervention on Veterans' Engagement in PTSD Treatment. *Psychol Serv.* 2009;6(4):264-278. doi:10.1037/a0017577.
109. De Viva JC, Bassett GA, Santoro GM, Fenton L. Effects of a brief education and treatment-planning group on evidence based PTSD treatment utilization and completion among veterans. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy.* 2017;9(2014):35-41. doi:10.1037/tra0000189.
110. Rosen CS, Azevedo KJ, Tiet QQ, et al. An RCT of Effects of Telephone Care Management on Treatment Adherence and Clinical Outcomes Among Veterans With PTSD. *Psychiatr Serv.* 2017;68(2):151-158.
doi:10.1176/appi.ps.201600069.

111. Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, et al. Telemedicine-Based Collaborative Care for Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(1):58. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1575.
112. Beck AT, Steer RA, Brown G. *日本版BDI-II 手引き*. 日本文化科学社; 2003.
113. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002;32(6):959-976. doi:10.1017/S0033291702006074.
114. Bernsein EM, Putnam FW. Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. 1986:727-735.
115. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The posttraumatic cognitions inventory (PCTI): Development and validation. *Psychol Assess*. 1999;11(3):303-314. doi:10.1037/1040-3590.11.3.303.
116. JCOG. 有害事象共通用語規準 v4.0日本語訳JCOG版. http://www.jcog.jp/doctor/tool/CTCAEv4J_20170912_v20_1.pdf. Accessed January 21, 2018.
117. Trickett PK, Putnam FW. Developmental consequences of child sexual abuse. In: Trickett PK, ed. *Violence against Children in the Family and the Community*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998:39-56.
118. 今野理恵子, 小西聖子, et al. 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*. 2017;21(3):295-305.
119. 今野理恵子, 小西聖子. 心的外傷後ストレスに対するインターネットやWEBによる早期介入についてのレビュー. *武蔵野大学心理臨床センター紀要*. 2015;第15号:39-51.
120. 今野理恵子, 浅野敬子, 小西聖子, et al. 急性期性暴力被害者向けプログラムの開発ー診療の補助としてスマートフォンプログラムの作成ー. *武蔵野大学人間科学研究所年報*. 2018;7号:97-112.