

犯罪被害者支援における精神援助の発展と役割

公益社団法人全国被害者支援ネットワーク理事
公益社団法人被害者支援都民センター理事長
精神科医

飛鳥井 望

I はじめに

犯罪被害者やその遺族を対象として、物質的援助や相談・情報提供、刑事手続における権利擁護などと合わせて、危機介入モデルによる精神援助が提供されるようになったのは、欧米先進国ではおおむね1970年代からであり、その活動の多くを担ってきたのは、現在も活発に活動が続いているさまざまな非営利民間援助団体である。当事者を含む草の根運動から始まったそれらの団体は、活動を発展させる中で、組織的に訓練育成されたボランティア・スタッフが精神援助を提供してきた。

一方、1980年に登場した精神疾患概念としてのPTSD（心的外傷後ストレス障害）は、被害者の補償や精神的ケアにおいて重要な指標の一つとなった。ことに2000年代からは相次いでPTSD治療ガイドラインが出されたことで、この10年余は、被害者支援の現場においても、PTSD関連症状をきちんとアセスメントし適切な治療的ケアにつなげることが求められるようになったのは、大きな変化であろう。このことはPTSDを伴う悲嘆の苦悩を抱えた被害者遺族においても同様である。したがって専門職カウンセラーによる精神援助を支援の枠組みの中に位置づける必要性は益々高まってきている。

そのような変化を背景として、本邦においても、専門職によるカウンセリング費用の公費負担制度の実現に向けた議論が、筆者も参画した平成18—19年度の「経済的支援に関する検討会」以来重ねられてきたが、なかなか制度化にはいたらなかった。その後、「犯罪被害者等に対する心理療法の費用の公費負担に関する検討会」による平成25年の提言を受けて、警察庁所管の有識者からなる「犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する研究会」が平成26年に設けられた。同研究会には筆者も参画したが、医師及び臨床心理士が日常業務の中で行っている犯罪被害者のカウンセリングの実態調査の結果も踏まえて、平成27年4月に、警察における部内カウンセラーの確実な配置やカウンセリングの公費負担制度の全国展開などの提言がなされた(1)。これを受けて警察庁により平成28年度からカウンセリング費用の公費負担制度運用のための予算措置が取られるようになった。警察においては平成30年4月現在、40都道府県警察で135人（うち臨床心理士85人）の部内カウンセラーを配置するとともに、36都道府県警察でカウンセリング費用の公費負担制度が運用されている(2)。

しかしながら問題点は、PTSD等の心理療法・カウンセリングを担える医師や心理専門職が全国的にはいまだ大きく不足していることである。全国被害者支援ネットワーク傘下の各被害者支援センターにおいても問題は同じであり、ごく一部のセンターを除けば、若干名の非常勤心理カウンセラーが面接回数等々の制約条件の下で「何ができるか」と活動を模索しているのが現状ではないだろうか。PTSD関連症状の治療を引き受けてくれる紹介先を見つけることがなかなか容易ではないことも各センター共通の悩みであろう。

このような現状の中で、犯罪被害者支援における危機介入モデルによる精神援助の成り立ちを振り返るとともに、PTSD関連症状に対して活用できる有効な認知行動療法プログラムについて紹介し、精神援助のさらなる充実に向けた課題を考える。

- (1) 犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する研究会「犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する報告書」(2015)
- (2) 国家公安委員会・警察庁「平成30年度版犯罪被害者白書」(2018)

Ⅱ 歴史的背景

1 危機介入理論の発展

危機介入モデルによる精神援助の歴史は、1942年11月28日にボストンのナイトクラブ、ココナッツグロープで発生し、死者492名を出した火災にまでさかのぼることができる。地元のマサチューセッツ総合病院に収容された犠牲者も多く、同病院精神科部門の医師リンデマンを中心として、犠牲者遺族に対して精神科面接が実施された。リンデマンはこのときの犠牲者遺族を含む101名の遺族の臨床観察の結果をまとめ、1944年に論文報告した(3)。急性悲嘆の状態にある遺族には、身体反応（ため息、全身脱力、味覚喪失、胃部空虚感）、故人への没頭（故人の姿が繰り返し蘇ってきて頭から離れない）、罪責感、怒り、日常生活行動の停滞ないしは落ち着きを欠いた活動過多、故人への同一化（故人と似たような仕草や振る舞い）などの特徴的徴候が認められた。また一部の遺族には病的悲嘆（甚だしい反応や遷延した反応など）が見られた。この臨床研究は、急性悲嘆に対して4～6週間に8～10回の精神科面接を行い、遺族のグリーフワークが進むように危機介入が行われたことで、多くの場合、心身不調が慢性化することを予防できたと思われた先駆的報告となった。

後にリンデマンは地域精神保健プログラムをボストンに立ち上げたが、その仲間の1人が、1960年代に危機介入理論の主たる構築者となったキャプランである。

危機介入理論によれば、危機的状況がもたらす精神的ストレスは、個人の対処能力を凌駕するほどであれば、個人の身体的・心理的・社会的な恒常性のバランスを崩すものとなる。危機的状況には、災害や事件・事故被害などのトラウマ体験も含まれる。危機に際して出現する反応は、感情的変化（恐怖、怒り、不安、羞恥、自責、後悔、無力感、孤立無援感、先々の心配、感情麻痺ないし無感情）、認知的変化（知覚変容、集中困難、健忘、意識狭窄、思考判断力の低下）、身体的変化（動悸、震え、疲労感、落ち着きのなさ）、行動的变化（過度に依存する、ないしは引きこもる）などが共通して見られる(4)。

危機介入とは、ストレスフルな状況がもたらす大きな精神的困難に対する精神援助技法であり、恒常性のバランスを崩した状態からの脱却を図り、本来の適応状態を取り戻すことを目的としている。危機介入の技法としては、危機的状況の評価、援助者と対象者との関係性の構築、さし迫っている事態と主要な問題の把握、対象者の気持ちや思いの共感的かつ積極的な傾聴と正当化（ノーマライゼーション）、行動計画を立てることなどが含まれる。

2 非営利民間援助団体の立ち上がり

1975年にベトナム戦争は終結したが、1970年代の米国は、ベトナム戦争末期の反戦運動とフェミニストによる女性解放運動が大きな高まりとなり社会を動かした時代であった。まさにそのような時代背景の中で、トラウマの精神的後遺症について当事者達が続々と声を上げ、社会的にも認識されるところとなり、さまざまな援助組織が立ちあがった。精神的後遺症を抱えたベトナム帰還兵の自助グループの運動は、復員軍人局におけるピア・カウンセリング主体の心理治療プログラム・センターの各地での設置につながった。同じく精神的後遺症を抱えたレイプ被害者の自助グループの運動から、1971年に米国初のレイプクライシスセンターが開設されると、10年後には数百の同種のセンターが全米各地に誕生したという(5)。そして犯罪や事故の被害者や遺族に対しても、ほぼ同時期の1975年に「全米被害者支援援助

機構（NOVA）」、1980年に「飲酒運転に反対する母親の会（MADD）」など、精神援助を提供する非営利民間援助団体が設立されている。

英国では、さらに古く、さまざまな死別体験者のためのボランティア組織である「クルーズ・ビリーブメント・ケア」が1959年に設立され、災害や事件、事故の被災者・被害者遺族の多くに精神援助を提供してきた。現在では、5,000人以上の訓練されたボランティアがイングランド、ウェールズ、北アイルランドで活動しているという(6)。

オーストラリアでは、死者83人と傷病者210人を出した1977年のグランヴィル鉄道事故を契機として、遺族のための非営利民間援助団体「喪失と悲嘆のための全国協会（NALG）」が、精神科医のラファエルらにより設立された。ちなみにラファエルが著した「災害が襲うとき－カタストロフィの精神医学」の翻訳書(7)は、1995年に阪神淡路大震災が起きた当時は、災害精神医学の唯一といってよいほどのテキストであったため、広く読まれた書籍である。

犯罪被害者のための民間援助団体では、周知のように1974年に英国のブリストルでヴィクティム・サポートの最初の組織が発足し、1976年にドイツの「白い環」が設立された。

3 サイコロジカル・ファーストエイド

危機介入モデルに近縁のアプローチとして、軍陣精神医学に端を発したサイコロジカル・ファーストエイド（PFA）という概念(8)も、すでに1944年には米国で報告されている。この概念は、兵士の戦闘ストレス反応に対して、専門医を活用できない前線の近くで、落ち着かせるようにすぐにサポートし、戦友のいる前線に戻ることを期待し目標として、兵士としての適応的な機能を取り戻させ、戦争神経症への発展を予防することが目的であった。それが「近接proximity」「迅速immediacy」「期待expectancy」（PIE）の3原則である。このように、専門医の治療やケアに頼らず、現場ですぐに行うことが可能なPFAは、その後、市民生活の中での災害や集団被害後の早期介入にも良くマッチするアプローチとして活用されるところとなった。現在では本邦を含め世界各国で、災害やテロ、大規模事故の被災者・被害者集団に対してPFAが提供されている。実施者は精神保健専門職に限らず、訓練を受けた災害救援者であれば行える内容である。

4 本邦における精神援助のはじまり

1985年の国連宣言（犯罪およびパワー濫用の被害者のための司法の基本原則宣言）では、身体的傷害、経済的損失、基本的人権の重大な侵害と並んで、精神的傷害や感情的苦痛も犯罪被害として定義づけられた。そして司法手続における権利擁護及び被害弁償・補償に続いて、被害者援助の項目において「被害者は、政府・ボランティア・コミュニティに基礎をおく機関、および地域固有の機関などから、物質的、医療的、精神的、社会的に必要な援助を受けることができる。」(9)と謳い、精神的困難からの回復のための援助を被害者支援の中に明白に位置付けたのである。

この国連宣言と、その背景になったと思われる1970年代以降の欧米先進国の被害者援助団体における精神援助の展開は、本邦の関係者にも知るところとなった。1990年に米国での被害者支援の調査研究に従事した安田貴彦氏（当時警察庁、現ネットワーク顧問）が、1991年の「犯罪被害給付制度発足10周年記念シンポジウム」の開催に参画し、その席上で米国NOVAのヤング氏が招聘講演を行った。またシンポジストの山上皓教授（前ネットワーク会長）が、犯罪被害者に対する精神援助の充実の必要性を指摘した。

有名な逸話であるが、安田貴彦氏から招かれ同シンポジウムに参加した大久保恵美子氏（現ネットワーク顧問）は、前年に、飲酒運転の車による事故で息子を亡くされ、旧知の米国人弁護士からMADDを

紹介してもらい、手紙と資料による精神的サポートを受け、渡米しMADDの活動を視察してきたところであった。そしてシンポジウムのフロアから発言し、日本においても被害者や遺族が精神的に支援を受けられる場が必要であることを自らの体験から強く訴えた⁽¹⁰⁾。そこから歯車が動き出し、翌年の山上教授による「犯罪被害者相談室」の立ち上がりから、1998年の全国被害者支援ネットワーク（NNVS）の設立にいたるまでの経緯は、本書別項のコラムに詳述されている。

NNVSが現在も「電話や面接による相談」「直接的支援」と並んで「専門職によるカウンセリング」を活動の3本柱として位置付け、精神援助を重視しているのは、このような歴史的経緯にも関係していると思われる。

- (3) Lindemann E : Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry 101, 141-148 (1944)
- (4) Reyes G : Crisis intervention, adult. In : Reyes G, Elhai JD, Ford JD eds. The encyclopedia of psychological trauma. Wiley (2008) pp174-179
- (5) ハーマン JL (中井久夫訳)「心的外傷と回復」(みすず書房、1999)
- (6) パークス CM「災害による死別体験」シュトレベ MS、ハンソン RO、シュトレベ W編 (森茂起、森年恵訳)『死別体験』(誠信書房、2014) .
- (7) ラファエル B (石丸正訳)「災害の襲うときーカタストロフィの精神医学【新装版】」(みすず書房、2016)
- (8) Reyes G : Psychological first aid : principles of community-based psychosocial support. In : Reyes G, Jacobs GA eds. Handbook of international disaster psychology, vol 2 practice and programs. Praeger Publishers (2006) pp1-12
- (9) 第7回犯罪防止および犯罪者の処遇に関する国連会議および総会「犯罪およびパワー濫用の被害者のための司法の基本原則宣言」(1985)、警察庁ホームページより
- (10) 大久保恵美子「犯罪被害者支援の軌跡ー犯罪被害者の心のケア」(少年写真新聞社、2001)

Ⅲ 犯罪被害がもたらす精神的影響に関する調査結果

本邦で実施されたこれまでの報告からも、犯罪被害者や遺族の精神的影響の実態が明らかにされている。

犯罪被害者実態調査報告書（犯罪被害実態調査研究会、2003）⁽¹¹⁾によれば、事件直後の被害者に生じた精神状態や感情の割合は、「驚いた、信じられないと思った」87%、「不安だった」84%、「運が悪いと思った」68%、「誰かにそばにいてほしかった」53%、「自分を責めた」49%、「恥ずかしかった」41%、「痛みや感情を感じなかった」39%の順に多かった。この結果は、驚愕、不安、心細さ、自責、羞恥、感覚・感情麻痺といった精神的変化を、多くの被害者や遺族が事件直後に体験している実態をあらわしている。一方、事件直後の援助ニーズについては、「そばで話を聞いてくれること」及び「警察や病院への付添い」といった要望が高かったが、これらの援助は実際に行われている割合も多かった。しかし「カウンセリング」については要望の高さに比べて実際に行われている割合は低いものであった。

犯罪被害の中でも暴力や性暴力による被害は精神的後遺症のリスクが高いこともあきらかにされている。警察庁が実施し2018年に報告された「犯罪被害類型別調査」⁽¹²⁾では、ウェブ調査により集計サンプル合計1,696人から有効回答を得た。そのうち犯罪被害等の経験者のサンプル人数は、DV125人、ストーカー行為等163人、児童虐待140人、性的被害（痴漢等）100人、性的被害（無理やりされた性交等）69人、交通事故191人、暴力犯罪（殺人・殺人未遂・傷害等）129人、合計909人で、残り779人は被害体験のな

い一般対象者として分類した。

「過去30日間に身体上の問題を感じた者」の割合は、犯罪被害者等では29.9%、一般対象者では25.8%で、両者に大きな差は見られなかった。一方、「過去30日間に精神的問題や悩みを感じた者」の割合は、犯罪被害者等では41.0%、一般対象者では23.5%と約2倍の差があった。犯罪被害類型別に、この割合を多い順に並べると、無理やりにされた性交等56.5%、児童虐待54.0%、DV48.4%、暴力犯罪40.6%、ストーカー行為等37.9%、痴漢等31.0%、交通事故29.3%であった。

精神健康状態を測定する尺度（K6）の得点により比較すると、同尺度で重度精神障害に相当する13点以上の割合は、犯罪被害者等で18.5%、一般対象者で9.1%であり、同じく約2倍の差があった。犯罪被害類型別に13点以上の割合を多い順に並べると、児童虐待29.4%、暴力犯罪23.8%、無理やりにされた性交等20.6%、DV18.8%、ストーカー行為等14.8%、痴漢等13.1%、交通事故11.5%であった。

「この1年間で仕事や日常生活が行えなかったと感じた日数」の平均は、犯罪被害者等では26.2日、一般対象者では7.5日と顕著な差が見られた。したがって精神的影響は日常生活や社会生活上のパフォーマンスにも大きな影響を及ぼしていることがあきらかとなった。

これらの調査結果は、被害者支援において精神的後遺症からの回復のための援助が不可欠であることの共通認識をさらに深めることとなった。

- (11) 犯罪被害実態調査研究会「犯罪被害者実態調査報告書」（2003）
- (12) 警察庁犯罪被害者等施策担当参事官室「平成29年度犯罪被害類型別調査 調査結果報告書」（2018）

Ⅳ 危機介入モデルによる精神援助

危機介入の目標は、初期の精神的苦痛を和らげ、身体的・心理的・社会的な恒常性のバランスを取り戻し、本来の対処能力や適応状態を回復することである。実際に、多くの被害者は、直後に適切な危機介入によるサポートを受けることで、その後の長期的ケアを必要とせずに回復することができている⁽¹³⁾。その目標に向けて、被害者支援の各現場で現在広く行われている危機介入モデルによる精神援助では、関係性の構築、共感的・積極的傾聴、精神的ストレスによる心身反応のノーマライゼーションとストレスマネジメント、現実的問題の整理と対処、他の援助資源への橋渡しなどが典型的な構成要素となっている。具体的には以下のような内容である。

- (1) 関係性の構築
 - ・自己紹介し、支援者の役目と目的を伝える。
 - ・被害者が安心できるように共感的態度で接する。
 - ・突然の被害による精神的衝撃と心身への影響、被害者を取り巻く現実的困難や二次被害に対する支援者の理解を伝える。
- (2) 共感的・積極的傾聴
 - ・被害の内容について確かめながら、被害後に生じているさまざまな気持ちや思いについて、相手のペースで話してもらい、共感的・積極的に傾聴する。
- (3) ストレス反応のノーマライゼーション
 - ・どのような気持ちや思いであれ、被害後に生じた心の変化はすべて「異常な事態に対する正常な反応」であることの認識を促す。
 - ・被害について被害者がどう受け止めているかを引き出す。罪責感（自分のせいで起きた）などの非機能的認知があれば、そのような思いもよくある心の変化であることを説明したうえで、「悪いのは加害者であり、あなたは悪くない」ことを明確に伝える。

(4) 現実的問題への対処

- ・差し迫った現実的問題（安全の確保、刑事手続への関与、仕事面・経済面・生活面の困難など）の優先順位をつけ、問題解決の手助けをする。
- ・その際に、家族や友人・知人などからの实际的・情緒的サポートが期待できるならば、接触を促す。

(5) ストレス反応への対処

- ・今後予想されるストレス反応について、リーフレットなどを使いながら説明し、その人に見合った取り組みやすい対処法（リラクゼーションなどのストレスマネジメント）を共に考え勧める。

(6) 他の援助資源への橋わたし

- ・ニーズに合わせて利用できる他の援助資源（弁護士、医療機関、カウンセラー、行政機関など）について情報提供し、紹介する。

以上のような構成要素による精神援助の大枠の流れは、対象者の性別や年齢（大人、高齢者、子ども）、被害内容の種別、被害者本人か家族・遺族か、支援者の所属機関と職種、専門職か非専門職か、などによらず共通したものである。それに沿って先進各国では各援助団体が、組織化された訓練システムの下でケアワーカー（有給スタッフ、ボランティア、ピア・カウンセラー）を育成し、国内どこでも誰でも容易にアクセスでき、無料で提供される精神援助サービスの普及を実現し、いまでも常に質の向上のための工夫と努力が重ねられている。

災害やテロの直後に実施することのできる心理的支援として同様に発展してきた前述のサイコロジカル・ファーストエイド（PFA）も、被災者の初期の精神的苦痛を軽減し、短期・長期的な適応機能と対処行動を促進することを目的としている。2005年の同時多発テロを契機に、米国で作成されたPFAのマニュアル⁽¹⁴⁾においても、先に述べた危機介入モデルと構成要素の多くは重なっている。

(13) 小西聖子：犯罪被害者の心の傷〔増補新版〕（白水社、2006）

(14) アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク、アメリカ国立PTSDセンター「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版」兵庫県こころのケアセンター訳（2009）、兵庫県こころのケアセンターホームページより

V 被害者支援とPTSD

PTSDとは、実際にまたは危うく死ぬ、深刻な怪我を負う、性的暴力など、精神的衝撃を受けるトラウマ体験に晒された後に生じる、特徴的なストレス症状群である。

現行の米国精神医学会診断基準（DSM-5）によるPTSDの症状項目は、以下の4症状クラスターから構成される。

① 侵入症状

外傷的出来事に関する不快で苦痛な記憶が突然蘇って来たり、悪夢として反復される。また思い出したときに気持ちが動揺したり、身体生理的反応（動悸や発汗）を伴う。

② 回避症状

出来事に関して思い出したり考えたりすることを極力避けようしたり、思い出させる人物、事物、状況や会話を回避する。

③ 認知と気分の陰性の変化

否定的な認知と陰性の感情、また興味や関心が乏しくなり、周囲との疎隔感や孤立感を感じ、陽性の感情（幸福、愛情など）がもてない。

④ 覚醒度と反応性の著しい変化

いらいら感、無謀なまたは自己破壊的行動、過度の警戒心、過敏反応、集中困難、睡眠障害
以上の4症状クラスターがそろって1ヵ月以上持続し、顕著な苦痛感や社会生活や日常生活の機能に支障をきたしていることが診断条件となる。なおWHOによる診断基準ICD-11では、侵入症状、回避症状、過覚醒症状に項目数を絞った内容となっている。

海外の諸研究の結果、犯罪被害では自然災害や事故など他の被害に比べてPTSDの発症率が高いことがあきらかにされてきた。性暴力被害によるPTSD生涯有病率は被害の内容に応じて30%から80%にまでわたり、身体的暴行被害によるPTSD生涯有病率は23%から39%にわたっている⁽¹⁵⁾。また同じ犯罪被害であっても恐怖が強く実際に負傷するなど被害内容がより重度となるほどPTSD発症率も高くなる量―反応関係が存在している。これらの結果は、深刻な犯罪被害によるPTSDは、まれどころかよくある精神的傷害であることを示している。

- (15) Kilpatrick DG & Acierno R : Mental health needs of crime victims : epidemiology and outcomes. J Traumatic Stress 16 : 119-132 (2003)

Ⅵ 専門職カウンセラーによるPTSDの心理療法プログラム

1 都民センターでの取り組み

暴力や性暴力の犯罪被害はPTSDの発症につながるリスクが高いことがあきらかにされたことから、近年の被害者支援では、危機介入モデルによる精神援助にとどまらず、被害者のPTSD関連症状を注意深くアセスメントし、必要に応じて適切な専門的治療やカウンセリングに確実につなげることが、きわめて重要となっている。

東京都では平成20年4月より、被害者支援都民センター内に総合相談窓口を設置し、その活動の一環として、精神援助サービスを提供している。本事業では、精神科医のほかに、PTSDに対して最も有効性の高い心理療法（認知行動療法）プログラムのひとつとして知られるPE療法のセラピスト資格を有する臨床心理士4名も関わっている。この約10年間、都民センターでは犯罪被害者のPTSDに対してPE療法の積極的な活用を図ってきた。さらに子どもの被害者のPTSDに対してはトラウマフォーカスト認知行動療法を、被害者遺族のPTSDを伴う遷延性悲嘆に対してはPE療法を応用した外傷性悲嘆治療プログラムを提供している（図1）。いずれの療法も本邦での治療的有用性を検証されたものである。

総合相談窓口におけるこのような専門的心理療法プログラムの積極活用は、「第3期東京都犯罪被害者等支援計画」⁽¹⁶⁾における取り組みにも盛り込まれている。それに関連するデータとして、東京都が支援計画策定にあたり「犯罪被害者等の実態に関する調査」を行った結果、被害後の心身への影響でPTSD（フラッシュバック、回避・まひ、過覚醒）と回答した者の割合は、性犯罪・性暴力被害者の約8割、その他の被害者の約3割に上り、カウンセリングの充実を望むと回答した者の割合は、性犯罪・性暴力被害者の約6割、その他の被害者の約5割に上っていた⁽¹⁷⁾。

被害者支援センターで専門的心理療法を積極活用することの利点と意義については、前回2011年の論集「犯罪被害者支援の過去・現在・未来」にも寄稿したが、改めて述べる。

第一には、自治体の助成により、深刻な犯罪被害を原因としたPTSDに苦しむ利用者に、エビデンスに基づいた有効なケアを提供することが可能となったことである。しかも短期プログラムであるため期間は限定的（3～4ヵ月）であり、PTSD症状の程度、治療動機の種類、刑事手続や公判のスケジュール、生活条件などに合わせる形で、柔軟なプログラム導入をはかることができる。

第二には、総合的支援と精神的ケアを同一機関で提供することで、相談員と臨床心理士が常時緊密に情報交換しながら、車の両輪となって効率的に協働できるようになり、利用者の物理的・精神的負担は少なからず軽減される。

これらの利点により、時機を逸せず、なるべく早期の症状解決と健全な生活の回復により、PTSD遷延化の二次的影響をもたらす生活の困難と破綻を防ぐことが可能となる。

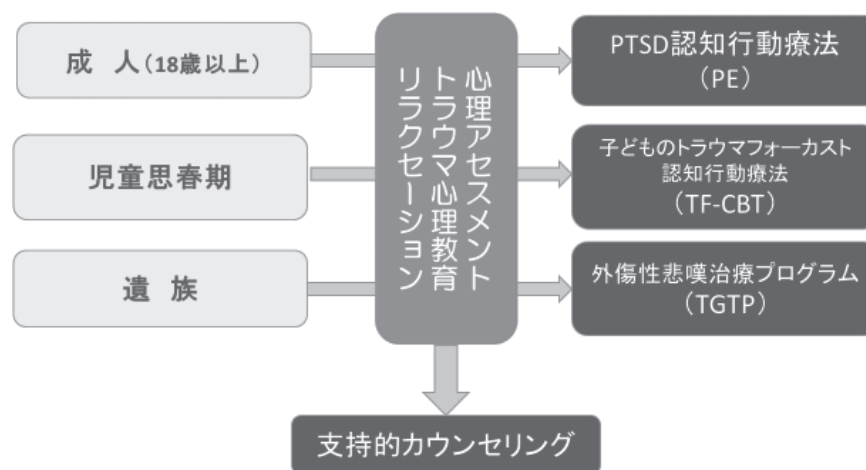


図1 総合相談窓口（被害者支援都民センター）における専門的心理療法の実践

2 アセスメントの重要性

犯罪被害者の心理カウンセリングを開始するにあたっては、アセスメントをきちんとすることがかかせない。都民センターでは、まず相談員がアセスメントし、その上で臨床心理士が関わる場合に心理アセスメントを行った後に、心理カウンセリング導入のための評価をしている。以下はその内容例である。

【相談員アセスメント項目】

- ・被害内容（発生日時と犯罪種別、加害者との関係、警察通報の有無、有責性の程度）
- ・安全性（身体受傷の有無程度、加害者に関する情報、再被害の危険性など）
- ・刑事手続の進捗状況
- ・他機関による支援状況
- ・生活状況（家族状況、経済面など）
- ・精神状態とPTSD関連症状の可能性
- ・被害前の社会適応や既往歴

【心理アセスメント－全般的項目】

- ・精神状態・精神症状及びPTSD関連症状の程度
- ・対処行動（望ましい行動、問題となる行動）
- ・パーソナル・リソース：内的（対処能力）；外的（家庭・学校・職場などのサポート）
- ・心理的脆弱性（トラウマ歴、精神科既往歴、知的障害、発達障害など）
- ・被害前の社会適応（不登校や職場不適応など）

【心理療法プログラム適用の判断項目】

- ・現在の精神状態・精神症状は被害によるものか、以前からの問題によるものか

- ・心理面接以外に優先すべき他の支援はないか
- ・支持的カウンセリングの継続で回復が期待できるか
- ・心理療法プログラムに適応か不適応か
- ・薬物療法など医療機関への紹介が必要か
- ・刑事手続のストレスにどこまで耐えられそうか

3 支持的カウンセリングをベースとしたトラウマ心理教育とストレスマネジメント

アセスメントの結果としてPTSD関連症状が認められた被害者のすべてが後述の専門的心理療法プログラムをすぐに必要とするわけではない。身体暴行や性的暴行の被害者では、少なくとも被害後数週間程度の早期においては、PTSD関連症状の経過を注意深く見守りながら、トラウマ心理教育やストレスマネジメント（呼吸法や筋弛緩法などのリラクセーション）をまじえた支持的カウンセリングを続けることが望ましいとされる(18)。実際、このような支持的カウンセリングをしばらく続けるうちにPTSD関連症状が顕著に軽減し、心理面接の終結にいたるケースも少なくない。

被害者カウンセリングの基本となるのがトラウマ心理教育である。心理教育では、被害体験後に生じている一連のトラウマ反応（侵入、回避、認知や感情の変化、過覚醒）についてカウンセラーが説明し、クライアント自身の症状理解を促す。心理教育の効果には、クライアントの中で起きている心の変化に対する共感的理解と、進むべき方向や見通しを示してくれる専門家がいるということの安心感も大きく関わっている。したがって単なる知識の伝達ではなく、クライアントの中にそのような安心感が生まれるような心理教育を心がけねばならない。心理教育を進める上でポイントは、以下のとおりである。

(1) 双方向性のコミュニケーション

カウンセラーからの説明は、一方的な講義調にならないように、個々のトラウマ反応について、クライアント自身の具体的な体験内容を聞き出しながら、双方向性に進める。

(2) 症状の外在化

クライアントに困難をもたらしている一連の心の変化を、トラウマ体験後に生じる反応行動パターンや思考パターンとして「見える化」し、治療やケアの標的とすることをカウンセラーとクライアントとの共通理解とする。トラウマ体験前後の状態を比較し、以前はなかったにもかかわらずトラウマ体験後に生じた変化は、トラウマによる反応であることを説明する。現在の症状がトラウマによる影響であることを認識することで、症状の回復という治療の焦点化が可能となる。

(3) ノーマライゼーション

たとえば反復するフラッシュバックや悪夢の症状に対して、「自分は精神的におかしくなったのではないかと戸惑い混乱しているクライアントは少なくない。症状を「異常な事態に対する正常な（普通の）反応」として説明してもらえらることで、症状に対する不安が大きく緩和される。

(4) 症状の理解

クライアントが自分に起きている心の変化を理解して、症状と一定の距離をとれるようになることが必要である。さらにトラウマ体験に伴う過剰な自責感や他者不信などの非機能的認知を修正し、バランスの取れた考え方ができるようになることも重要な治療的課題となることを説明する。

4 PE療法

米国ペンシルベニア大学のエドナ・フォア教授が開発したPE療法（持続エクスポージャー法）は、1回90分で週1回、計10-15回の個別セッションから構成されるマニュアル化された曝露療法プログラム（代表的なトラウマ焦点化認知行動療法）である。本邦でも効果検証され(19)、PE療法は平成28年度

の診療報酬改定で保険適用となった。

曝露療法とは、恐怖を覚える事物、状況、記憶・イメージに、安全な環境の下で向き合うことを促すためにデザインされた一連の技法を指し、手技としては「イメージ曝露」(想像エクスポージャー)と「実生活内曝露」(現実エクスポージャー)の2つを含む。イメージ曝露とは、トラウマ体験の記憶への直面を促すものであり、セッションの中でPTSDの原因となったトラウマ体験場面を想起してもらい、その時の感覚や感情を賦活しながらトラウマ体験を繰り返し語ることで馴化を促す技法である。一方、実生活内曝露とは、不安を引き起こすために回避している事物や状況に徐々に近づく練習を繰り返すことで、馴化を促す技法である(20)。

各セッション(S)の内容は以下のとおりである。

S1：プログラムの概要説明；リラクセーションのための腹式呼吸法指導

S2：トラウマ心理教育；実生活内曝露の原理説明；不安階層表(回避対象のリストアップ)の作成；以後、トラウマ想起刺激となるため回避している事物や状況を毎週宿題として課題を設定し回避対象に近づく練習を実施。

S3：イメージ曝露の原理と方法の説明；イメージ曝露(トラウマ体験の想起と陳述)；プロセッシング(イメージ曝露の陳述内容についての話し合い)

S4～9：イメージ曝露とプロセッシング

S10：イメージ曝露とプロセッシング；プログラムの振り返り；再燃予防と終結

PE療法での回復プロセスとは、トラウマ記憶の反復賦活と修正された情報を受け入れることである。修正された情報とは、過去(トラウマ体験)と現在の弁別、危険と安全の弁別、世界と自己に関する認知の修正に他ならない。そしてこの賦活と修正は想起刺激への直面を通じて生じるとするのが基本的な考え方である。たとえば回避対象に実際に近づいてみることでそれが実際には危険でないことを学習し、現実の危険と恐怖による危険信号とを弁別し、認知の修正が進む。またイメージ曝露を繰り返す中で馴化が進み、トラウマ記憶を想起することは危険ではないことを学習する。さらにPE療法は、PTSD症状としての否定的認知(罪責感、無力感、孤立無援感、自己不信感など)の修正を強力に促す作用を持っている。

5 子どものトラウマフォーカスト認知行動療法(TF-CBT)

米国のコーエン、マナリーノ、デブリンジャーらによって開発された「子どものトラウマフォーカスト認知行動療法(TF-CBT)」は、当初、性的虐待を受けた子どもを対象としていたが、現在では、さまざまなトラウマによるPTSD関連症状に苦しむ3歳から18歳の子どもに実施されている(21)。子ども面接、保護者面接、親子合同面接から構成され、週1回60—90分、8—16週の構造化された認知行動療法プログラムである。基本となる治療構成要素は「PRACTICE」の頭文字で評されている。教育的要素からトラウマ記憶の曝露までの過程は、ゲームやクイズを取り入れて楽しい雰囲気で行われ、子どもが強い不安や恐怖を感じることなく段階的に取り組むことができるように配慮されている。

P 心理教育；ペアレントスキル

R リラクセーション

A 感情表現と調整

C 認知コーピング

- T ト라우マナラティブとプロセッシング（トラウマ体験の記述による曝露と認知処理）
- I 実生活内でのトラウマリマインダーの統制
- C 親子合同セッション
- E 将来の安全と発達の強化

すでに国内では、兵庫県こころのケアセンターを中心に、岩手医大／いわてこどもケアセンター、大阪府子ども家庭センターと被害者支援都民センターの4施設で集積されたプログラム実施例の結果から有用性が報告されている（22）。

6 被害者遺族のための外傷性悲嘆治療プログラム

悲嘆は愛する対象の死別・喪失による感情的反応であるが、認知・行動・身体生理的次元にわたる一連の変化をも含んでいる。犯罪や事故の被害者遺族には、外傷性悲嘆（PTSDを伴う悲嘆）の状態がまれならず出現し、しばしば遷延・複雑化する。現場目撃、死亡告知、遺体確認場面などの執拗なフラッシュバックに悩まされるかたわら、日常生活では喪失への直面化の回避が続き、回復への出口は見失われてしまう（表1）。

表1. 外傷性悲嘆による一般的な反応（心理教育の内容）

1. 悲しさ、寂しさと思慕
2. 現実と信じられない気持ち
3. 怒り
4. 抑うつと空虚感
5. 自責感と申し訳なさ
6. 再体験と過覚醒の反応
7. 回避
8. 感情麻痺
9. 否定的な考え
10. 人間関係への影響

筆者は2006年に、複雑性悲嘆の認知行動療法プログラムを作成した米国コロンビア大学のキャサリン・シア教授より直接指導を受けた。その経験をもとに、PE療法を応用し、殺人・事故の被害者遺族及び自死遺族のPTSD及び遷延性・複雑性悲嘆の双方の症状に焦点をあてた認知行動療法である「外傷性悲嘆治療プログラム（TGTP）」（23）を作成し有用性をあきらかにした（24）。セッションは週1回90分計15回で構成される。基本的なセッション（S）構成の内容は以下の通りである。

- S1：プログラム説明；死別体験とその影響に関する話し合い；呼吸法指導
- S2：心理教育（外傷性悲嘆による一般的な反応）
- S3-10：回避している事物・状況への段階的接近
- S4-10：死別体験記憶の反復想起と陳述及びプロセッシング
- S5-10：故人の思い出の振り返り（写真、思い出フォーム）

S11-12：故人とのイメージ対話

S13-15：終結、再燃防止

外傷性悲嘆からの回復は、喪失の現実を受容するプロセスでもある。その中では、安全な環境下でトラウマ記憶と向き合い、トラウマに覆われて見失われた過去（思い出）を取り戻し、罪責感などの否定的認知を修正し、外的表象であった故人の内的表象への移行が必要となる。

なお、上記で紹介した心理療法プログラムはすべて、定められた研修とスーパービジョンを受けたセラピストのみが実施できるものである。

(16) 東京都「第3期東京都犯罪被害者等支援計画」(2016)

(17) 同上添付資料参照

(18) リッツ BT、プライアント RA「成人の認知行動的早期介入」フォア EB, キーンTM, フリードマン MJ, コーエンJA編（飛鳥井望監訳）『PTSD治療ガイドライン』（金剛出版、2013）

(19) Asukai N, Saito A, Tsuruta N et al : Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events : a randomized controlled study. J Trauma Stress, 23 : 744-750 (2010)

(20) 飛鳥井望「PTSDのためのPE療法」精神経誌117巻6号457-463頁（2015）

(21) 亀岡智美、齋藤梓、野坂祐子ほか「トラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）－わが国での実施可能性についての検討」児童青年精神医学とその近接領域 54巻1号68-80頁（2013）

(22) Kameoka S, Yagi J, Arai Y et al. : Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan : a pilot study. Int J Ment Health Syst 9 : 26 (2015)

(23) 飛鳥井望「喪失／死別による複雑性悲嘆からの回復のために認知行動療法を活用する」臨床心理学12巻2号206－211頁（2012）

(24) Asukai N, Saito A, Tsuruta N et al : Pilot study on Traumatic Grief Treatment Program for Japanese women bereaved by violent death. J Trauma Stress 24 : 470-473 (2011)

Ⅶ おわりにーある被害者の言葉

突然の事件被害で受傷したことで難儀な身体的後遺症を抱え、精神的後遺症では執拗に続く悪夢の苦痛と回避症状による顕著な生活機能障害に悩まされていたある被害者の方がいた。しかし諸般の事情と事件を思い出すことの恐怖心から、精神的ケアを受けることを勧められても終始後ろ向きであった。犯給金の裁定通知をした警視庁犯罪被害者支援室の担当警察官は、そのような被害者の姿を見て、「警察との関わりは今日が最後です。いまきちんと心のケアをしなければ、これからは悪い夢に苦しめられ、不自由な生活が続くかもしれません。私はどうしても都民センターをご紹介しますと思いますので、嫌でなければ、この場で電話でお話してみませんか。」と思いあまってやや強引ながら電話をつないだ。信頼していた担当警察官がそこまで言うならばと、その被害者はようやく都民センターを訪れ、改めて臨床心理士からトラウマの影響の説明を受け、PTSDの心理療法プログラム（PE療法）にも同意された。

以下の言葉は、プログラムを完了した後に、これから支援を受ける人のためにと、記していただいたものである。

「センターに来た当初は、心が治療できるとは夢にも思っておらず、回復した今の自分の姿を想像することもできませんでした。

来ることができて本当に良かったと思います。

もう一人で悩まないでください。これまでずっと見えない不安と戦ってきたと思います。私もこの先ずっとこの不安と向き合って生きていかなければならないとあきらめていました。

できなくなった事もまたできるようになりました。以前の日常が戻ってきました。

いまあなたは一人ではありません。あなたのペースに合わせて一緒に考えてくれる人がいます。どうかあなたももとの日常を取り戻してください。」

1991年に歯車が動き出してから28年が経ち、犯罪被害者支援の場で活用できる精神援助としてのトラウマケアに関しても随分と進んできたことは確かである。しかしながら冒頭でも述べたように、支援センター内部で提供するにせよ、提携する外部の医療機関や心理相談室で提供するにせよ、有効な専門的心理療法の全国的普及にはいまだはるかに及ばないのが現状である。

そうであれ、温かく共感的で、PTSD関連症状による苦悩と生活の支障に対する注意深い適切なアセスメントと心理教育をまじえた精神援助は、全国どこでも誰に対してでも提供が可能なものであり、それによって回復への力を得る被害者は決して少なくないのである。また援助組織としてそのような土台がなければ、専門的心理療法を導入することも難しい。

最後に、トラウマケアが必要な被害者を見出しつないでくれるのは、多くの場合、警察官、検察官、弁護士、他の援助機関の相談員などである。日頃の地域連携の中で、被害者支援センターに紹介すれば、どのような精神援助の提供が可能か、「できること」を少しずつ広げながら、それを知ってもらうコミュニケーションも欠かせない。

10年後、20年後においても、犯罪被害者支援におけるトラウマケアの課題はおそらく変わらないであろう。