

心的トラウマ研究

第16号 令和3年1月

巻頭言 亀岡 智美

[研究論文]

- 親子関係再構築プログラムを通じた支援連携のありよう 酒井 佐枝子 1
- 死別と悲嘆を主訴とした兵庫県こころのケアセンター附属
診療所外来受診者の臨床的特徴に関する研究 田中 英三郎 13

[資料論文]

- COVID-19 流行における PFA の応用について 大澤 智子 21
- PTSD 患者にみられる神経心理学的症状に関する一考察 大塚 美菜子 31
- PTSD 症状を持つ対象者の実行機能障害に関する文献レビュー 桃田 茉莉 39

[総説]

- 外傷的な喪失を経験したきょうだいの
レジリエンスに関する研究の動向と課題 太田 美里 49
- NET(Narrative Exposure Therapy) 研究新動向：文献展望
- 非組織的暴力による PTSD への効果と適応の検討 - 道免 逸子 61

心的トラウマ研究 投稿規定

編集後記

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

心的トラウマ研究

第16号 令和3年1月

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

巻頭言

2020年は、新型コロナウイルスとともに明けた年でした。事の始まりは、1月7日、中国当局が新種のコロナウィルスを検出したとWHOが発表したことでした。前年末から中国武漢で報告されていた原因不明の肺炎患者が、新型コロナウイルスによる急性呼吸器感染症（COVID-19）だったことが明らかになったのです。その後、COVID-19は瞬く間に全世界に広がり、WHOは3月11日には「パンデミック（世界的な大流行）とみなせる」と表明しました。そして、現実にはCOVID-19は世界を覆い尽くし、9月時点での全世界での感染者数は約2600万人、死者数約86万人（WHO発表）となり、医療崩壊を招いた国もありました。

一方、わが国でも、1月中旬にCOVID-19の第1号が確認されました。その後、1月末から2月初めにかけて武漢からのチャーター便で帰国した約800人の人たちの中に、さらには、2月初旬に横浜港に帰港したクルーズ船、ダイヤモンドプリンセス号の乗客乗員約3700人の中にも、COVID-19を発症した人達が報告されました。これらの発症者は、中国への渡航歴のある人達、あるいは、それらの人達との濃厚接触者でした。しかし、その後、渡航歴のない日本人同士の感染が広がっていきました。そして、世界各国で外出禁止や移動禁止の措置がなされる中、わが国においても、新型インフルエンザ等対策特別措置法が改正され、4月には、緊急事態宣言が発せられる事態となりました。

ここに至って、COVID-19は、公衆衛生だけではなく、政治上の問題にもなったのです。国家による公衆衛生と人々の人権とのバランスをいかに保ち、民主主義を守っていくのか、世界の国々の行き来が途絶え分断される中で、人々の連帯をいかに維持していくのかが論議されています。COVID-19は、私たちの生活様式や働き方にも変化を及ぼしました。社会的距離を保つことが奨励される中で、人々は知恵を絞り、オンラインでの学習や勤務、余暇の過ごし方を模索しています。人類の歴史は、ウィルスや細菌との戦いでもありました。しかし、人類がウィルスや細菌の根絶に成功した例はごくわずかしきありません。今後も、私たちは、ウィルスや細菌との共存を目指さなければならないのです。

さまざまに制限され、ストレスに満ちた世の中では、脅威は弱者に、より一層重篤な悪影響を及ぼします。もともと生活上の困難を抱えていた人たち、人との関わりが困難だった人たち、そして、未整理のトラウマを抱えている人たちへの支援が途絶えることがないように、私たちは、こころしておかねばならないのです。

親子関係再構築プログラムを通じた支援連携のありよう



酒井佐枝子

兵庫県こころのケアセンター

関係性という文脈の中で起きる子ども虐待において、親子関係の再構築は重要課題といえる。しかし、その背景には親の関係性構築の困難さがあることから、親の対人関係をサポートし、親自身の人生の軌跡を振り返る丁寧なアプローチが求められる。本研究は、児童相談所が関わった虐待ケースに対して、外部委託による親子関係再構築プログラムを施行することの意義を、児童相談所担当者の視点から振り返り、親子へのプログラム効果および機関連携による支援のありようを検討した。その結果、親は支援者との間でのアタッチメント体験を通して、自己理解とともに子どもに対する客観的視点を獲得し、子どもへの関わりに変化が生じた。加えて外部委託をすることにより、ケースに対する新たな情報や異なる視点からの親子理解が得られ、プログラム終了後のケースワークや支援方針の立案にも活かすことができることが明らかになった。以上のことから、多機関連携による支援の意義が示唆された。

Key words 子ども虐待、親子関係再構築、プログラム、連携、支援

I. はじめに

子ども虐待（以下、虐待）は関係性という文脈の中で起きる事象である^[3]。虐待をする親の関係性、すなわち子どもだけでなく、家族や社会とどのようなかかわりを持ち、サポートを得ながら子どもの成長発達を支えていくかという視点から虐待を考えると、親と支援者との関係性構築は虐待の再発防止における重要な視点といえる。

虐待の事実のある家庭における親子関係再構築支援の中核を担うのが児童相談所（以下、児相）である。家族への介入や子どもの保護という権限を発動する機能と、家族への支援を行う支援機能の両方を担う^[5]。こうした中では、関係性に困難を抱える親への継続的な支援を行うことは現実的には難しい。児童福祉法の改正（平成28年）により、親子の再統合等のための支援が明示され、措置解除時の保護者への助言・カウンセリングを非営利団体法人等に委託することが可能となった。また、被虐待児童への自

立支援の一環として、「親子関係再構築支援」を関係機関等が連携して取り組むことが明記されている。虐待の複層的循環的なメカニズムを鑑みるとこのような動きは必然であり、今後ますます多職種多機関での協働が求められる。

本研究では、児相が関わった虐待ケースに対して、外部委託による親子関係再構築プログラムを施行することの意義を、児相担当者の視点から振り返り、機関連携による支援のありようを検討する。

II. 方法

II -1. 実施プログラム

親子関係再構築支援プログラム「CRC 親子プログラムふぁり」（以下、プログラム）は、特定非営利活動法人チャイルド・リソース・センター（以下、CRC）が開発した親子を対象とした虐待の再発防止を目的とした心理教育プログラム^[9]である。アタッチメント理論をもとにした心理教育を通して親が子どもの欲求に気

づき、こたえることができるように、支援者は親に働きかける。その際、ソーシャルワークおよびバイオグラフィーワークの手法^[1]を取り入れ、親のこれまでの人生の歩みを通した自分自身への理解と内省力を引きだしながら、これからの子どもとのかかわりを考える。

約13か月間にわたるプログラム(2週間に一回、1回約2時間)は、事前面談(1回)、テーマに沿ったセッション(10回)・プログラム終了後フォローアップ(2回)の全13回からなる。親担当と子ども担当の支援者がプログラムを通して親と子どもに寄り添う。また児相担当者や、施設入所児童の場合には施設担当者と、CRCが開催する定期的なカンファレンスの場で、処遇に関わらない中立的な立場で親子のアドボケイトを行う。毎回の流れとして、親時間(親と親担当でテーマについて話し合う、交流時間を録画したビデオ視聴等)と子ども時間(子どもと子ども担当で遊びを通した観察を行う)の後に、親子交流時間(親子と両担当)を持ち、支援者を交えて親子で遊んだり、一緒におやつを食べる等の体験の共有を行う。

プログラムは、児童福祉法に基づき、児相の家族再統合支援事業の一環として、虐待・ネグレクトによる親子関係再構築支援が必要と判断された親子分離または在宅事例^[7]について、CRCに外部委託した親子に対して個別に実施される。外部委託基準は、児相で虐待・ネグレクトの状態にあることが確認された親子分離または在宅事例のうち、乳幼児から小学校低学年の子どもと、児相で指導を受けている重篤な精神疾患のない養育力(経験)不足と孤立等の背景がある親で、親子ともにそれぞれが親子交流時間に参加できる状態にあり、プログラム参加へのルールを守ることができることである。プログラムの特徴として親子の関係性に焦点をあて、親子両者に直接働きかける点があげられ、こうした支援が適した親子が対象となる。

II -2. 対象

2010年4月から2018年3月までの間にプログラムに参加した親子80組(うち2組は父母での参加)の児相における主担当支援者(以下、児相担当者)78名。なお、父母で参加した対象親子については、対象親子の児相担当者が父母それぞれについて回答した。

II -3. 尺度

児相担当者がプログラム施行による対象親子の変化をどのようにとらえているかを把握することを目的に、以下2つの質問紙を使用した。

「親子プログラム親子関係質問シート」：27項目からなる質問紙でCRCが独自に開発した親子関係に関する質問シートである。4カテゴリからなり、「子どもの状況」3項目(項目例「親に対して安心感を持っている」)、「親の状況」18項目(項目例「自分の子育てをよくしていきたいという認識がある」)、「親子の状況」3項目(項目例「親と子のどちらか、もしくは親子双方が一緒にいると不安や緊張がある(逆転項目)」)、「支援者の状況」3項目(項目例「担当ケースワーカーが親子の具体的なやりとりの様子についてイメージが沸く」)に関して、6件法(「1:あてはまらない」「2:あまりあてはまらない」「3:どちらともいえない」「4:ややあてはまる:」「5:あてはまる」「?:把握していない」)で回答する。逆転項目は2項目あり、得点が高いほど、項目内容に関する肯定的理解があることを意味する。本質問紙はプログラム開始前と終了後の2回記入する。

「親子プログラム終了時アンケート」：7問からなる自記式質問紙を主としたアンケートである。はじめに「プログラムを導入してどうだったか」に関する自由記載を行う。次に、「プログラム開始前と比較した対象親子の変化」(3項目)、「プログラムを通して支援者として得られた対象親子および具体的支援の手がかりに関する知見」(2項目)、「他のケースにもこのプ

プログラムを導入したいか」(1項目)の計6項目は、5件法(「1: そう思わない」から「5: そう思う」)による回答に加えて、その理由を自由記載する。本アンケートは終了時のみ記入する。本研究では、「プログラムを導入してどうだったか」に関する自由記載内容、および、「プログラム開始前と比較した対象親子の変化」のうちの「親子の変化」を解析対象とした。

II -4. 統計解析

量的分析の対象となる「親子関係質問シート」の各回答のうち、「?: 把握していない」を選択した場合には欠損値として扱うこととした。統計解析には、IBM SPSS Statistics25を用い、各カテゴリーが構成される項目の評定平均値についてプログラム施行前後で差があるかについて、正規性が棄却されなかった場合は対応のあるt検定を、棄却された場合はWilcoxonの符号付き順位検定を用いて検討した。

「終了時アンケート」の「プログラム開始前と比較した対象親子の変化」(2項目)に関する5件法による回答は評定平均値と標準偏差($M(SD)$)を算出した。また「プログラムを導入してどうだったか」および「プログラム開始前と比較した対象親子の変化」の自由記載内容の質的データ分析は、テキスト型(文章型)データを計量的に分析するために開発されたプログラムKH Coder(Ver.3.Alpha.17j)^[4]を使用した。テキストデータとして、各行に一件入力された各項目に関する自由記載内容をKH Coderに読

み込み、はじめにテキストから自動的に取り出された語の集計情報を頻出語として確認したうえで、それらの語の共起関係を検討した。

II -5. 倫理的配慮

回答内容に関する調査研究遂行にあたっては、CRCに設置されている外部委員を含む研究企画委員会において、研究内容が検討、承認された。

III . 結果

III -1. 対象親子の基本属性

プログラムに参加したのは80組の親子で、親82名(母親77名、父親5名)と対象児童82名(男児47名・女児35名、プログラム開始時月齢平均値38.2カ月(標準偏差26.0))であった。対象児童のプログラム開始時における処遇は、乳児院34名、施設入所34名、在宅9名、一時保護4名、里親委託1名と、89.02%が家庭からの分離状況にあった。

III -2. プログラム開始前後における児相担当者の認識の変化

児相担当者のとらえる親子や支援者の状況が、プログラム開始前と終了後で変化がみられたかについて、親子関係質問シート各カテゴリー評定平均値のプログラム実施前後による比較を通して検討した。その結果、全カテゴリーにおいてプログラム開始前に比してプログラム終了後の得点に有意な差が認められた(表1)。

表1 親子関係質問シート各カテゴリー評定平均値と検定結果

	プログラム開始前 平均値 (標準偏差)	プログラム終了後 平均値 (標準偏差)	検定結果
子どもの状況	2.73 (1.27)	3.42 (0.92)	$t(28) = -4.27, p = .000$
親子関係 質問シート	親の状況	3.28 (0.58)	$t(19) = -2.78, p = .012$
	親子の状況	2.82 (1.36)	$t(57) = -3.46, p = .001$
	支援者の状況	3.61 (0.61)	3.79 (0.43)

III -3. プログラム導入および親子の変化に関する認識

III -3-1. 主観的变化

「CRC 親子プログラム終了時アンケート」の「プログラム開始前と比較した対象親子の変化」に関する5件法による回答では、 $M(SD)$ =4.29 (0.78) であった。

III -3-2. 自由記載内容について

「CRC 親子プログラムを導入してどうだったか」および「プログラム開始前と比較したときの対象親子の変化」に関する自由記載について KH Coder を使用した分析を行った。これにより、テキスト型データ内容の中から自動的に言葉を取り出す処理が行われる。この処理ではデータの内容をあらわすような語のみに注目するために、助詞や助動詞をはじめ、どのような文章の中にも多く出現する一般的な語は省いて集計される。この処理により、記載内容について取り出された語の中で特に多く出現していたものを明らかにし、回答に特徴的な話題を抽出することが可能となる。

III -3-2-1. 「プログラムを導入してどうだったか」について

「プログラムを導入してどうだったか」について、74件の自由記述データを KH Coder を用いた前処理を行った。基本統計量として、すべての語の延べ数である総抽出語数は1352、重複を排除した語の数である異なり語数は428であった。特に多く出現していた語として母親(カッコ内は出現数：122)、出来る(58)、子ども(53)、良い(25)、見る(23)といった変化の主体に関する語があげられた。次に、抽出語間の関連性を検討するために、出現パターンの似通った語について共起関係を表す線で結んだネットワークで可視化する分析を行い、共起ネットワークを描いた。なお、分析にあたって

は出現数による語の取捨選択に関して最小出現数を5に設定し、描画する共起関係の描画数は65に設定した。共起ネットワークの見方として、丸の大きさが語の出現頻度を表し、共起関係の強い語ほど太い線でつながっており、グループを形成する。下記、文中の“ ”は自由記載内容を示す。

プログラム導入に関しては、7種類のグループを抽出することができた(図1)。

- ①「親と親子関係への理解」：“親子の関係”や“親についての理解が深まった”という記述からなる。
- ②「親子の変化」：“ビデオで視覚的に”“親子の様子”や“母親の変化”が提示されたことや、“ケースワークは母親の一面しか見ることができない”ため、“親子それぞれのアセスメント”および“具体的アドバイス”を通して、親子双方の“変化のきっかけ”あるいは“良好な変化”を実感したという肯定的記述が特徴といえる。
- ③「母親の自信の高まり」：話をするを通して“学びの機会”となり、“子どもに向き合う自信”、“養育”への“自信につながっている”ことに関する言及からなる。
- ④「親への支援の必要性」：“親子の関係性”の困難さを抱えるケースへの“家族再統合支援”の困難さから、ケースを“異なる立場”で担うことの必要性が言及された。プログラムで得られた“アセスメント”を含む情報が、“今後のケースワーク”等の支援“方針”に“活用できる”ことから、“支援者側の関わり方を考える機会”としても有用であった
- ⑤「ケースへの関わり理解」：親子への“丁寧”な“関わり”を通して、母親の“思い”を知る機会となり、母親の“強み”や“課題”への理解が得られたとともに、“母

親自身に寄り添い、思いを聞いてくれるスタッフがいることが支えとなり、それが子どもへの関わりの変化につながった”といった記述からなる。

- ⑥「プログラム活用の有効性」：プログラムを通して、母親の子どもへの“対応に余裕が出てきた”、“（プログラムが）親子に対する養育支援であるにも関わらず、親および親子関係についてアセスメントすることに柔軟に対応”し、“具体的な助言をもらえる機会”となったことから、“今後も他ケースに活用を考えていきたい”といった内容に関するグループである。
- ⑦「連携によるケース理解」：親子の“普段の面接や施設での様子とは違った一面を見聞きすることができてよかった”など、“別の視点から聞き取り分析”がなされたことにより、“（児相では）難しかった部分をCRCで補ってもらったり担っ

た”ことによる、親子理解の促進及び、“施設”と“児相”と“CRCとの連携の意義に関する記述からなるグループである。

III -3-2-2.「プログラム開始前と比較した親子関係の変化」について

「プログラム開始前と比較した親子関係の変化」について、65件の自由記述データをKH Coderを用いた前処理を行った。すべての語の延べ数である総抽出語数は386、重複を排除した語の数である異なり語数は163であった。特に多く出現していた語として子ども(29)、母親(27)、変化(14)、関わる(10)、親子(10)があげられた。次に、共起ネットワークを描くにあたって語数が少ないことから出現数による語の取捨選択に関しては最小出現数を3、描画する共起関係の描画数は60に設定した結果、6種類のグループを抽出することができた。

- ①「親子それぞれの変化」：“母親の子どもへの見方が変わった”ことや、子どもが

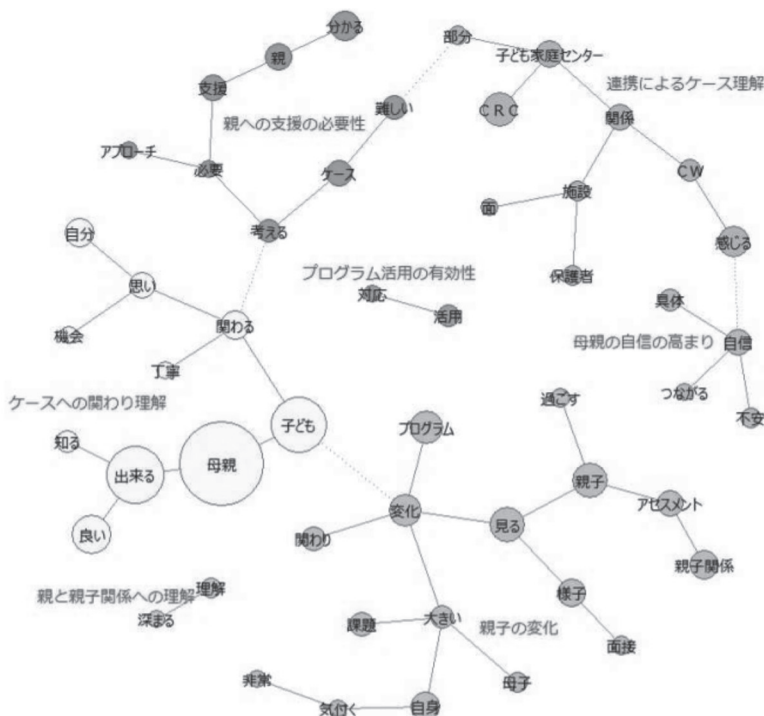


図1 プログラム導入に関する自由記述の共起ネットワーク

“安心して寄っていく”様子を通して、関係性にも変化がみられたという内容から構成される。

- ②「親の客観的視点と主体的関わりの獲得」：“母親自身、自分の養育を振り返るということで気付け、子どもの心情を考えるようになった”ことで、“自分本位だった関わりが、子どもに合わせる、待つ関わりができるようになった”。加えて“親子共自然に甘えたり、可愛いと思えたり、楽しいと思えたり”することで、“面会時に楽しい時間を共有することはできている”ことに言及する内容である。
- ③「見える形での変化」：“コミュニケーションの質が良い方に大きく変化した”など、支援者にも見える形で変化したことに関する内容である。

- ④「親子の距離の変化」：“親子でやりとりして遊ぶ場面”や“親子が安心して一緒に過ごす様子が見られる”など、“親子で過ごすことに抵抗がなくなった”様子が抽出された。
- ⑤「自然な関わりの増加」：“声掛け”や“プラス発言”、“意欲”や“頻度”において、“自然な関わり”が増加したことに関する内容である。
- ⑥「特定領域における変化」：“初めから母親との関係ができていたように思うので、大きく変わってはいない”または“見かけでは変化がないかもしれない”親子もいる一方で、“父親の意識の変化”や“心の距離は少し変化があったのではないか”といった部分的変化を認めた内容から構成される。

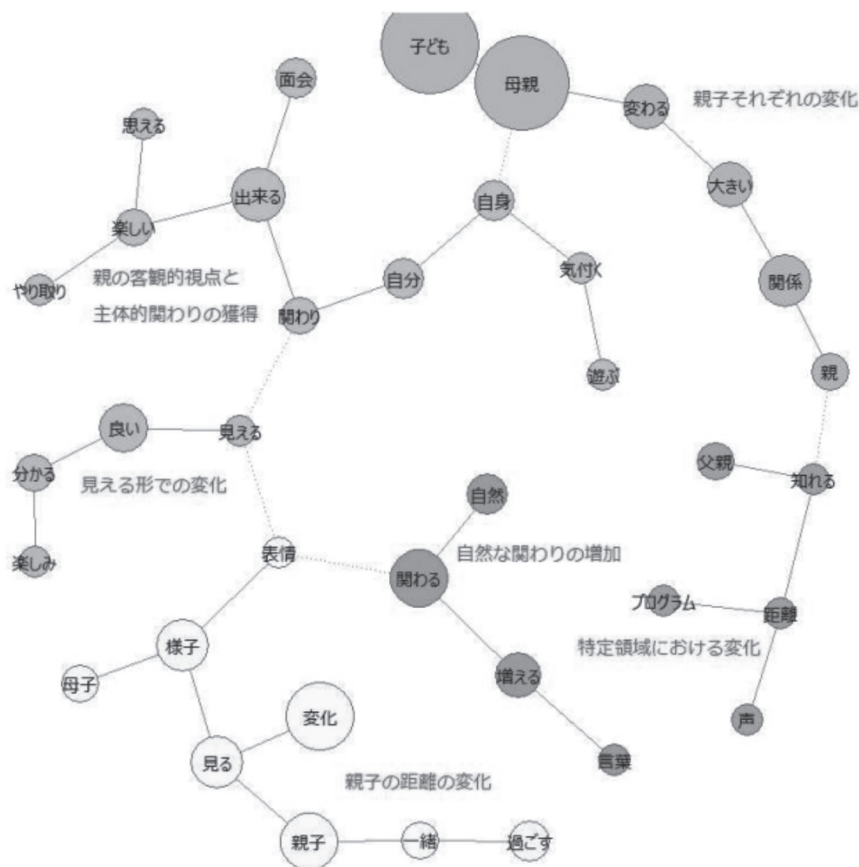


図2 親子関係の変化に関する自由記述の共起ネットワーク

IV. 考察

本研究では、外部機関に委託して実施された親子関係再構築プログラムの効果を、児相担当者の主観的認識から検討することを目的に、量的分析およびテキスト型データ分析を行った。その結果、プログラム実施による親と子および親子関係の変化を認める内容が抽出されたとともに、外部委託の意義も示唆された。

IV -1. プログラムによる親子の変化について

量的分析から、子どもと親、親子関係の状況についての肯定的認識がプログラム開始前と比して有意に高くなった。また、テキスト型データ分析においてその変化の具体的内容が示された。子どもに関しては、親に対して緊張することなく安心して寄っていく、甘える、分離の際に泣くといった変化が報告され、親をアタッチメント対象として認識していることが示唆された。また親の変化として、親自身が自分について安全に振り返る機会を得たことにより、自身の不安や子どもに対する感情への気づきが得られただけでなく、そうした気づきを通して子どもへの具体的関わりに変化が見られたことが報告された。具体的には、子どもの様子を観察し、子どもに合わせた関わりを持ったり、言葉かけが増えるなど声かけの仕方に変化がみられた。こうした変化から児相担当者は、子どもとの時間を親が自信や余裕を持って過ごすことと認識した。親と子どものこうした変化は、親子関係のありようの変化としても示唆され、やりとりを楽しむ様子や自然な関わりの増加など親子関係の距離の変化を、児相担当者が認識する結果となった。

プログラムは、虐待のある家庭を対象とした親子関係再構築を主眼としている^[9]。アタッチメント理論に基づいた心理教育とソーシャルワークの技法を組み合わせ、親と子どもそれぞれに寄り添い、両者にとっての安全・安心な場

を提供する中で、親子それぞれのニーズに応じて各テーマのもと進行する。このように親子双方へのアプローチが重要な背景には、虐待における世代間伝達のメカニズム^[15]があり、親を支援することなしに安定した家族再統合はないからである^[10]。虐待をする親の中には、幼少期に虐待を受けた経験を有する者もあり、プログラム参加者の約9割においても虐待や不適切な養育を受けた経験がある^[10]。虐待や不適切な養育を受けることは、アタッチメント対象者との安定した対人関係の構築に影響を及ぼすだけでなく、その後の対人関係全般にも影響を及ぼす^[8]。したがって、虐待をした親は支援につながりにくく、またたとえつながったとしても、支援関係を継続することが困難となる。プログラムでは、子どもが「この世界はいいところだ。生まれてきてよかった」^[9]と思えるとともに、「子どもを育てる親を支え、親が子どもを支えられるようにすること」^[9]を道標としている。そのためには、親自身が一時期であれ他者との間で安定した情緒的な相互作用を体験することを通して、親自身の内省機能を高めること、そして他者への共感や理解へと発達していくプロセス^[2]を伴奏する支援者が必要となる。本プログラムではスタッフが親にとってのアタッチメント対象として親を抱える役割を引き受け、プログラムを安全安心な場として保障した。これにより、親はスタッフとの間に関係性を構築する機会をえてアタッチメント関係を体験するとともに、自身の人生の軌跡を振り返るバイオグラフィーワーク等を通して内省を深める機会を得た。こうした人との関係性構築の土台となる基盤固めがなされたからこそ、親自身が子どもにとってのアタッチメント対象として機能することが可能となったと考えられる。こうしたプログラム体験を通じた親子の変化を児相担当者が認識していることがわかる。

IV -2. 外部委託の意義について

児相担当者はプログラムを外部委託することの意義について、親子へのプログラム効果だけでなく、新たに得られる情報の有用性として認識していることが示唆された。児相とは異なる立場の専門職が関わることにより、新たなアセスメントの視点が加わり、親の思いや強み、課題などを異なる視点から理解でき、結果として親子関係への理解の深まりにつながり、今後のケースワークや支援方針の立案にも活かすことができるとしている。異なる視点を柔軟に取り入れられた背景には、児相の業務範囲内では丁寧に関わることが難しく、親子の状況等を十分に把握することや扱うことに困難な部分があることへの気づき、外部委託することでそれらを補うことができるという強みがあることへの気づきがうかがわれ、児相担当者において多機関連携の意義が示唆される内容であった。

虐待への支援には、多機関連携の重要性^[14]が指摘されるが、プログラムでは定期的に児相担当者や施設担当者等とカンファレンスの機会を設け、親の了承のもと情報を共有し、共通理解の促進を図る。組織に属する支援者が担う役割にはそれぞれ違いはあるものの、安全な環境のもとで子どもが健やかに成長発達できるための家族再統合という目的は共通する。そのため、支援者側においても安全に自身の立ち位置を振り返りつつ、ケースとの関わり方を考える機会を得て、関係機関と連携しながらその家庭を支援することが必要となる。

しかし、虐待への支援を行う現場において、支援者自身が虐待というトラウマにさらされることによって傷つきを抱えることが指摘される^[11]。これは感情労働ともいえる相手の立場や心情への理解を通して支援を提供する立場に立つがゆえに生じる当たり前の自然な反応である。特に児相においては職権による一時保護や、子どもの権利擁護と発達保障の観点から児童福祉法第28条適用や親権の制限等の司法対応を行

う権限を有する役割ゆえに親と対立することもしばしば起きうる。こうした対立は、情緒的疲弊や無力感、余裕のなさ、威圧的な態度など支援者側にも様々な反応を生じさせる^[13]。これはトラウマの現実に直面するがゆえに生じる当たり前の自然な反応であり、こうした傷つきが気づかれることなく対処されずにいると、他機関との協働にも影響を及ぼし、結果として連携に対して否定的になりかねない状況に置かれることとなる。したがって、支援者自身も孤立することなく、自組織の役割とその限界を客観的に理解し、他機関の強みを活かした連携を通して役割分担を行い、ケースへの支援を展開することが求められる。プログラムにおけるカンファレンスは、親子理解という共通のプラットフォームの上に支援者が集うことを通して、客観的に自身の支援をも安全に振り返る機会となったことが示唆された。

親子関係再構築における支援において、児相は重要な役割を担う。専門性の高い困難ケースへの対応、措置解除後の定期的な連絡や訪問、相談支援を担うとともに、市町村に対するスーパーバイズの役割を担う^[5]など、高い専門性と権限を有することから、支援における役割分担はますます重要となってくるだろう。そのような中で親への受容共感的関わりが求められる支援のうち、特に親の関係性を構築する基盤作りという土台への丁寧な関わりが求められる支援は、プログラムのような外部委託の形態をとることの利点が大きいと考えられる。

IV -3. 本研究の限界と展望

本研究では、児相担当者の主観的認識から親子の変化及び外部委託の意義を検討し、親子関係再構築を主眼としたプログラムによる親子関係のありようの変化および外部機関との連携による児相担当者の親子理解の深まり等に関する知見が得られた。しかし、親子の生活や虐待の背景等の多様性ゆえに、これら要因を統

制した上でプログラムのみの効果を検証することには限界があった。また、プログラムに参加した親子のその後の処遇との関連から親子関係の改善を評価していないことも、本研究の限界といえる。

児相における家族支援の体制には、児相内における家族支援チームによるケースワークを通じた支援や各種プログラムをはじめ、外部委託による各種プログラムなどその形態は各児相の状況に応じて多岐にわたる^[6]。いずれのプログラムにおいてもケースの個性にあった形で実施される必要があること、また支援者と親との良好な関係性構築が基盤となること^[6]が求められる。本研究では外部委託プログラムの一つについて検証したが、児相内におけるものも含めた他プログラムとの比較検討がなされていない。今後、家族支援におけるこうしたプログラム間の効果検証をもとに、より詳細な外部委託の意義を検討する必要がある。

V. まとめ

虐待の再発防止への支援には、その家庭の歩みに応じた切れ目のない家族全体への地域ぐるみの支えが求められる。プログラムで親が体験した一時期のスタッフとのアタッチメント体験と、その体験により得られた子どもとのつながるやりとりの体験が、その後の生活の中でどのように根付いていくかを見守るのは、支援のバトンを引き継いだ次の支援者の役割といえる。支援者それぞれが担う役割もまた孤立することなく、紡がれていくことを願う。

引用文献

- 1) Burkhard G. *Taking charge: Your life patterns and their meaning*. Scotland: Floris Books, 1997; [樋原裕子. バイオグラフィー・ワーク入門. 水声社, 2006.]
- 2) Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, et al. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. UK: Routledge, 2002.
- 3) George C. A representational perspective of child abuse and prevention: Internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse Negl* 1996; 20(5): 411-424.
- 4) 樋口耕一. テキスト型データの計量的分析—2つのアプローチの峻別と統合—. *理論と方法* 2004; 19(1): 101-115.
- 5) 児童相談所運営指針, 第一章児童相談所の概要, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv19/01-01.html> (アクセス日2020年8月28日)
- 6) 厚生労働省親子関係再構築支援ワーキンググループ, 児童相談所における保護者支援のためのプログラム活用ハンドブック. 平成24~25年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)『児童虐待事例の家族再統合等にあたっての親支援プログラムの開発と運用に関する研究』2013.
- 7) 厚生労働省親子関係再構築支援ワーキンググループ, 社会的養護関係施設における親子関係再構築支援ガイドライン. 2014; 6-7.
- 8) Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monogr Soc Res Child Dev* 1985; 50(1-2): 66-104.
- 9) 宮口智恵・河合克子. 虐待する親への支援と家族統合—親と子の成長発達を促す「CRC親子プログラムふぁり」の実践. 明石書店, 2015.
- 10) 宮口智恵. 児童虐待の孤立・再発防止支援への挑戦. *ボランティア研究* 2018; 3: 1-7.
- 11) 野坂祐子. *トラウマインフォームドケア*. 日本評論社, 2019.
- 12) 奥山真紀子: 親子関係への支援—医療現場の試み. *発達* 2004; 100: 17-23.
- 13) 酒井佐枝子, Bloom S. 支援者が抱える課題と

トラウマインフォームドケア導入の工夫. 日本子ども虐待防止学会第25回学術集会抄録集 2019; 62.

- 14) 高岡昂太. 子ども虐待へのアウトリーチ多機関連携による困難事例の対応. 東京大学出版会, 2013.
- 15) VanIjzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg S. Intergenerational transmission of attachment: A move to a contextual level. (Eds.) Atkinson L, Zucker KJ. *Attachment and psychopathology*. New York : The Guilford Press, 1997, 135-170.

Support collaboration through child-parent relationship rebuilding program

Saeko SAKAI

Hyogo Institute of Traumatic Stress

In child abuse that occurs in the context of relationships, rebuilding the parent-child relationship is an important issue. However, many of the parents have difficulty in building interpersonal relationships. Therefore, careful approaches on supporting parents' interpersonal relationships and reflecting on the trajectory of their own lives are necessary. This study reflects on the significance of the outsourced parent-child relationship reconstruction program for abuse cases in which child guidance center was involved, from the perspective of the person in charge of the child guidance center, and examines the effects of the program on parents and children, and the nature of support through agency collaboration. As a result, parents gained an objective perspective on their child as well as self-understanding through the attachment experience with their supporters, which led to a change in their relationship with their child. It was also suggested that outsourcing provided new information and different perspectives on cases, which leads to a better understanding in casework and support policies after the program. Consequently, the significance of multi-agency support was supported.

Key words: child abuse, Rebuilding child-parent relationship, program, collaboration, support

死別と悲嘆を主訴とした兵庫県こころのケアセンター 附属診療所外来受診者の臨床的特徴に関する研究



田中英三郎* 籾比加里** 道免逸子***

* 兵庫県こころのケアセンター ** 向陽病院 *** 関西国際大学

目的：本研究は、兵庫県こころのケアセンター附属診療所外来受診者で死別と悲嘆を主訴としたものを対象に、ICD-11の遷延性悲嘆障害の診断基準である12の悲嘆症状が、どのようにどの程度訴えられていたかを明らかにし、かつ治療内容と効果も探索した。

方法：診療記録レビュー及び主治医への聞き取り調査による情報の補完を実施した。悲嘆症状は、予診サマリー及び初診時診療録を対象に質的内容分析を実施した。治療内容と効果は、初診時と最終受診時の社会機能(GAF)と悲嘆症状のレベル(CGI)を主治医が回顧的に量的評定し、治療前後の効果量(Cohen's D)を計算した。また、認知行動療法群と通常治療群に分けてその効果差も検定した。

結果：最も多く認められた悲嘆症状は「とらわれ」であり、「自責・他責」、「怒り」がそれに続いた。一方、「自分の一部が無くなったように感じる」、「肯定的な感情が感じられない」、「社会的な活動に従事できない」といった症状の頻度は低く、「拒絶感」に関しては表出されていなかった。治療効果に関しては、社会機能及び悲嘆症状ともに大きな効果量が認められた。認知行動療法群では通常治療群と比べ、有意に社会機能及び悲嘆症状の改善が認められた。

考察：本研究は、悲嘆症状が前向きに体系的に聴取されていないことや、認知行動療法群と通常治療群の群分けが恣意的であるなどの限界を有する。今後、ICD-11の診断基準に準拠した悲嘆症状評価尺度の開発やランダム化比較試験による治療効果検証が必要となるであろう。

Keywords：遷延性悲嘆障害、ICD-11、質的内容分析

I. はじめに

死別と悲嘆が遺族の心身に様々な影響を与えることは1990年代以降幅広く議論されており、複雑性悲嘆やトラウマ的悲嘆などの臨床概念が提唱されてきた。2013年に改訂されたDSM-5では、持続性複雑死別障害という臨床単位が新たに検討すべき課題として取り上げられた¹⁾。2018年に公表されたICD-11では遷延性悲嘆障害(prolonged grief disorder)として正式な医学診断に組み込まれることになった²⁾。また、国内外の専門機関では、有効な心理療法のプログラム(複雑性悲嘆療法、外傷性悲嘆療法等)が開発、提供されつつある^{3,4)}。しかし、一般の精神科医療者にとって遷延性悲嘆障害という新たな診断カテゴリーは、いまだなじみの薄い

ものであろう。

日本の悲嘆に関する症例報告から悲嘆症状を質的に分析した研究によると、精神科治療を求めて来院した遺族には、抑うつ、悲しみ、自責感などうつ病症状と再体験と過覚醒、回避などのPTSD症状がそれぞれ認められたが、うつ病症状の頻度が高いことが明らかになった⁵⁾。しかし、悲嘆症状はうつ症状やPTSD症状とは独立したカテゴリーとして存在することが示されている⁶⁾。ICD-11で提案された悲嘆症状が、日本の臨床現場で遺族によってどのように表出されているは明らかではない。悲嘆の表現型は国や文化によって多少異なる可能性があり、ICD-11の診断基準が、日本の臨床例ではどのように表現されているのかを明らかにすることは今後の悲嘆研究を進める上で重要であると考

える。

そこで本研究は、兵庫県こころのケアセンター附属診療所外来受診者で死別と悲嘆を主訴としたものを対象として、ICD-11の遷延性悲嘆障害の診断基準である12の悲嘆症状が、こういった形でどの程度訴えられていたかを明らかにし、かつ治療内容と効果も探索した。

II. 方法

II-1. 研究デザイン

診療記録レビュー及び主治医への聞き取り調査による情報の補完を実施した。

II-2. 対象

兵庫県こころのケアセンター附属診療所外来を2013年4月1日から2018年3月31日の5年間に初診した患者で、死別と悲嘆を主訴とするもの30名を対象とした。

II-3. 調査項目と分析方法

基本属性として、性別、初診時年齢、死別者の属性、死別の種類、死別から初診までの期間、婚姻状況、同居家族の有無、就業状況、主診断、治療内容（通院期間、通院回数、服薬の有無、認知行動療法の有無）を診療録で確認した。また、予診サマリー及び初診時診療録を質的データ分析ソフト（MAXQDA2018）に取り込み、ICD-11の遷延性悲嘆障害の診断基準に示された12の悲嘆症状の有無をコードした。コーディングは田中と藪が独立して実施した。コーディングが一致しない箇所に関しては道免も含めて議論して解決した。また、すべてのコーディングされた記述のなかから典型的な悲嘆症状と考えられるものをそれぞれの悲嘆症状に関して1-3個抽出した。この典型的な悲嘆の表現型の抽出は、田中、藪、道免の合議で決定した。

治療効果に関しては、初診時と最終受診時の「機能の全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning: GAF）」と「臨床的全般重症度（Clinical Global Impression: CGI）」を主治医の回顧的評定により決定した。GAFとは、精神

保健従事者や医師が、成人の社会的・職業的・心理的機能を評価するのに用いられている1～100の数値スケールである。数値が大きいほど、機能状態が良好であることを意味する⁷⁾。CGIでは7段階のリッカートスケールで複雑性悲嘆症状の全般的な重症度を評価した。その具体的な内容は、「1. 正常」、「2. 正常と病的状態の境界の状態」、「3. 軽度の病的状態」、「4. 中等度の病的状態」、「5. やや重度の病的状態」、「6. 重度の病的状態」、「7. 最も重度な病的状態」である。数値が小さいほど、複雑性悲嘆症状が軽度であることを意味する³⁾。

連続変数は平均値と標準偏差で、カテゴリ変数は割合で要約した。治療効果に関しては、GAFとCGIの群内効果量（Cohen's D）を計算するとともに、認知行動療法を受けた群と通常治療群の2群の治療効果に差があるか否かをT-testを用いて検定した。また、群間効果量（Cohen's D）も算出した。統計検定は、両側P値で0.05以下を有意差ありとした。計算にはSTATA version 16を用いた。

なお本研究実施にあたり、すべての対象者から匿名化された診療データの研究目的での2次の利用に関する同意を取得している。

III. 結果

III-1. 基本属性

分析対象者の基本属性を表1に示した。男女比は1:2、初診時平均年齢は38歳であった。死別者の属性は子どもが過半数であり、親、配偶者がそれに続いた。また、死別の種類は、自殺が約3分の2を占めた。死別から兵庫県こころのケアセンター外来受診にいたるまでの平均期間は約3年弱であった。半数が既婚者であり、9割近くの方には同居家族がいた。就業状況としては、フルタイム勤務と専業主婦がそれぞれ約3分の1であった。臨床的な主診断は、約4割が複雑性悲嘆、約2割がPTSD、約1割が適応障害であった。

表1. 対象者の基本属性(N=30)

		平均 (標準偏差)
初診時年齢 (歳)		38 (14.1)
死別後期間 (月)		31.6 (57.5)
		N (%)
性別	女性	20 (66.7%)
	男性	10 (33.3%)
死別者の属性	親	5 (16.7%)
	配偶者	4 (13.3%)
	子ども	15 (50%)
	兄弟	3 (10%)
	祖母	1 (3.3%)
	同僚	2 (6.7%)
死別の種類	自殺	19 (63.3%)
	事故死	6 (20%)
	殺人	2 (6.7%)
	病死	1 (3.3%)
	その他	2 (6.7%)
婚姻状況	既婚	15 (50%)
	未婚	8 (26.7%)
	死別	4 (13.3%)
	離婚	3 (10%)
同居家族の有無	有	26 (86.7%)
	無	4 (13.3%)
就業状況	フルタイム	11 (36.7%)
	パートタイム	3 (10%)
	学生	4 (13.3%)
	主婦	9 (30%)
	無職	3 (10%)
	主診断	複雑性悲嘆
PTSD		7 (23.3%)
適応障害		4 (13.3%)
急性悲嘆		2 (6.7%)
うつ		1 (3.3%)
その他		3 (10%)

III-2. 悲嘆症状

悲嘆症状の頻度と典型的な表現型を表2に示した。最も多く認められた症状は「とらわれ」であり、「自責・他責」、「怒り」がそれに続いた。「とらわれ」の典型的な表現型は“故人のこと

ばかりを考えてしまう (例:故人のことばかり、今は頭の中であって)”であった。自責は、養育者としての自責感 (例:自殺するような子に産んで申し訳ない) や自分が自殺の原因になったのではないかという自責感 (例:自分のかけた言葉や態度が自殺の原因になったのではないかという自責の念があり・・・)、他責は故人を責めるかたち (例:なぜもう少し踏ん張れなかったのかと故人を責めてしまう) で表現されていた。また、怒りは、自分、故人、家族などに向けられていた。一方、「自分の一部が無くなったように感じる」、「肯定的な感情が感じられない」、「社会的な活動に従事できない」といった症状の頻度は低く、さらに「拒絶感」に関しては表出されていなかった。

III-3. 治療内容

治療内容を表3に示した。調査時点での平均通院期間は約1年半弱、平均通院回数は25回であった。半数が薬物療法を受け、約4割が認知行動療法を受けていた。認知行動療法の具体的内容は、複雑性悲嘆療法³⁾、外傷性悲嘆療法⁴⁾、持続エクスポージャー療法⁸⁾であった。治療効果 (図1) に関しては、全体で初診時と最終受診時を比較すると社会機能 (GAF: 前57 → 後74、群内効果量1.3) 及び悲嘆症状 (CGI: 前4.3 → 後2.5、群内効果量1.2) とともに改善していた。また、認知行動療法群 (N=13) と通常治療群 (N=17) を比較すると、前者がGAF変化量25.6、ICG変化量-2.5、後者がGAF変化量14.1、ICG変化量-1.2であり、社会機能に関しては境界有意 (P=0.0502、群間効果量0.75)、悲嘆症状に関しては有意に (P=0.004、群間効果量1.1) 認知行動療法群で改善が認められた。なお、通院期間に関しては、認知行動療法群 (平均550日、標準偏差113) と通常治療群 (平均488日、標準偏差138) で有意な差は認められなかった (P=0.74)。

表2. 悲嘆症状(ICD-11)の頻度と典型的な表現型

悲嘆症状	頻度	典型的な表現型
思慕	7 (20%)	#1 「どうして君がいないのか」元気な姿・笑っている姿が目に見えなくなる(40代, 男性) #2 どんなことでも良いので、(故人)に夢でも出てきて欲しい(30代, 女性)
とらわれ	28 (93.3%)	#1 (故人)のことばかり、今は頭の中であって(60代, 女性) #2 (故人)の関連しているものを見たり聞いたりすると辛い(50代, 女性)
悲しみ	8 (26.7%)	#1 悲しくてもう、場所わきまえず涙が止まらない(60代, 女性) #2 (故人)と一緒にいった場所を通ると悲しみが押し寄せてくる(50代, 女性)
罪悪感	8 (26.7%)	#1 (故人)に対して申し訳ないという罪悪感でいっぱい(40代, 女性) #2 楽しむことに罪悪感を感じる(50代, 女性) #3 自分の環境が良いと感じるほど罪悪感を持ち苦しくなった(50代, 男性)
怒り	16 (53.3%)	#1 どのようなことで怒りを感じるかたずねると、「なんであんなささいなことで死んだんやって思う」とのこと(10代, 女性) #2 なぜ死ぬほどのことがあったのか、(故人)に対して怒っていた時期があった(30代, 女性) #3 自分自身にも両親に対しても怒りがある。両親とも病んでいるのに何で自分たちと子供を産んだんだろうという思いがある(20代, 男性)
拒絶感	0 (0%)	
自責・他責	22 (73.3%)	#1 (故人)が亡くなってからは、自殺しような子に産んで申し訳ないと自分自身を責め続けている。最近では、なぜもう少し踏ん張れなかったのかと(故人)を責めてしまう気持ちも出てきている(50代, 女性) #2 自分のかけた言葉や態度が自殺の原因になったのではないかと自責の念があり、親御さんに対しても申し訳ない気持ちがありました(20代, 男性)
死を受け入れられない	7 (23.3%)	#1 (故人)が亡くなった事実は理解しているが、本当に死んだのかと思ったり、新人がいたころの風景を思い出して、まだ(故人)がいるような感覚になったりする(20代, 男性) #2 本当の事なのか受け止めきれなかった。きっと今も受け止められていないと思う(50代, 男性)
自分の一部が無くなったように感じる	2 (6.7%)	#1 内臓の一つがなくなった(30代, 女性) #2 三分の一が無くなった(30代, 男性)
肯定的な感情が感じられない	2 (6.7%)	#1 以前楽しめていた菓子作りも全く楽しめない(30代, 女性) #2 なにも希望が持てない(40代, 女性)
無感情になる	5 (16.7%)	#1 感情も自然にわいてこない(30代, 女性) #2 感情麻痺、麻酔をかけられているような感じ(30代, 女性)
社会的な活動に従事できない	2 (6.7%)	#1 休職になった(40代, 女性) #2 学校を時々休む(10代, 男性)

表3. 治療内容

	平均 (標準偏差)
通院期間 (日)	512 (500)
通院回数	25 (22)
	N (%)
服薬	15 (50%)
支持的精神療法	17 (56.6%)
認知行動療法	13 (43.3%)
複雑性悲嘆療法	9 (30%)
持続エクスポージャー療法	2 (6.7%)
外傷性悲嘆療法	2 (6.7%)

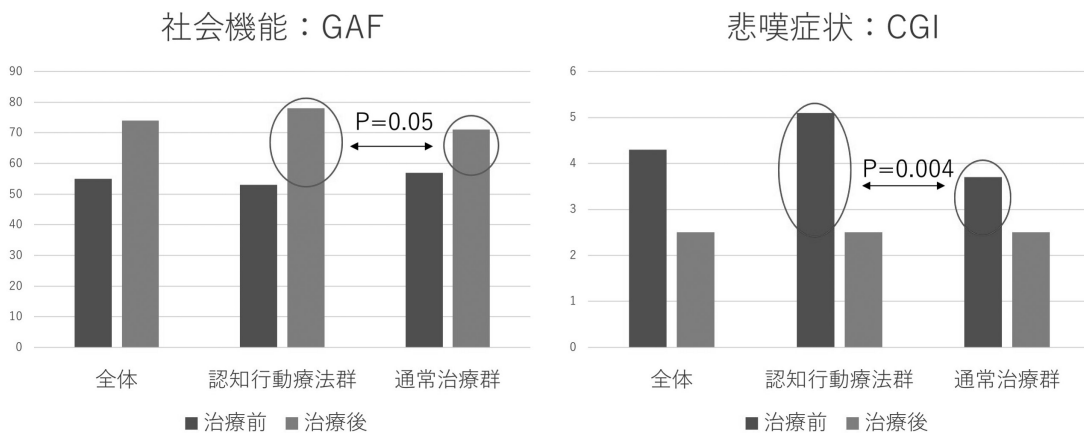


図1. 治療効果

IV. 考察

本研究は、死別と悲嘆を主訴に精神科外来を受診した日本の遺族が示す ICD-11 の悲嘆症状を質的に分析した初の知見である。悲嘆症状としては、「とらわれ」、「自責・他責」、「怒り」の頻度が高かった。また、臨床経過に目を向けると、全体としては平均 1 年半の通院治療で中等度の社会機能障害や悲嘆症状が軽度もしくは正常境界域まで改善を示した。特に認知行動療法を受けた群は、通常治療群に比べて有意に社会機能及び悲嘆症状の改善を認めた。

悲嘆症状

先行研究を見渡す限り、ICD-11 の悲嘆症状を臨床事例の遺族に体系的に調査したものは本研究が初である。日本の一般人口を対象とした疫学調査によると、遷延性悲嘆障害と類似概念である複雑性悲嘆の有症率は 0.7-2.4% であった^{9,10)}。しかし、これらの研究では個別の悲嘆症状の頻度が報告されていないため、本研究結果との比較は困難であった。日本の一般人口を対象とした簡易版複雑性悲嘆質問票の妥当性検証研究の結果によると、「死を受け入れられない」、「悲嘆のために生活に支障がある」、「(故人の)死について考え悩まされる」、「(故人に関する

ことを) 避ける」、「他人から切り離されたように感じる」、という 5 つの症状のうち最も頻度が高かったものは「死を受け入れられない」であり、「死について考え悩まされる」がそれについていた¹¹⁾。「死について考え悩まされる」は ICD-11 の「とらわれ」に近い症状ではないかと考えられ、臨床事例と一般人口に共通して高い頻度で認められる悲嘆症状と言える。

治療内容と効果

日本で実施された外傷性悲嘆患者に対する認知行動療法の予備的效果研究(外傷性悲嘆療法)では、悲嘆症状に対する群内効果量は 1.72 であった⁴⁾。また、複雑性悲嘆に対する別の認知行動療法の予備的效果研究(複雑性悲嘆療法)でも、悲嘆症状に対する群内効果量が 1.8 と報告されていた¹²⁾。本調査では認知行動療法群の群内効果量は 1.2 と先行研究にはやや劣っていたが、絶対値としては 1 以上であり大きな効果を示していた。

限界点

本研究の限界点として以下の 2 点を記しておく。まず、悲嘆症状は後方視的に診療記録から収集されたものであるため、遺族が積極的に訴えたものか面接者が確認したものしか拾えてい

ない。今後は、ICD-11の診断基準に基づいた悲嘆症状評価尺度の開発とそれを用いた前方視的な調査が必要である。次に、治療効果に関して認知行動療法群と通常治療群の群分けは恣意的なものであるため、今後はランダム化比較試験のデザインを用いた効果検証が日本でも必要になってくるであろう。

おわりに

日本での遷延性悲嘆障害の研究は端緒にすぎたばかりである。今後、悲嘆症状の症候学や悲嘆に焦点化した心理療法の効果検証などのさらなる研究が必要であろう。

引用文献

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth ed2013.
2. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. 2018.
3. Shear MK, Reynolds CF, 3rd, Simon NM, Zisook S, Wang Y, Mauro C, et al. Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2016;73 (7) :685-94.
4. Asukai N, Tsuruta N, Saito A. Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. *J Trauma Stress*. 2011;24 (4) :470-3.
5. Tanaka E. A literature review on empirical evidence of complicated grief in Japan and qualitative analysis for case reports among Japanese bereaved. *Japanese Bulletin of Traumatic Stress Studies*. 2020;15:1-10.
6. Tsutsui T, Hasegawa Y, Hiraga M, Ishiki M, Asukai N. Distinctiveness of prolonged grief disorder symptoms among survivors of the Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Psychiatry Res*. 2014;217 (1-2) :67-71.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed1994.
8. Foa E, Hembree E, Rothbaum B. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences: Therapist Guide (Treatments That Work) . New York: Oxford University Press Inc; 2007.
9. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*. 2010;127 (1-3) :352-8.
10. Mizuno Y, Kishimoto J, Asukai N. A nationwide random sampling survey of potential complicated grief in Japan. *Death Stud*. 2012;36 (5) :447-61.
11. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One*. 2012;7 (2) :e31209.
12. Nakajima S. A study on the effectiveness of and mechanisms underlying complicated grief treatment (CGT) among Japanese patients. KAKEN; 2017.

The clinical features of bereaved patients at the Hyogo Institute for Traumatic Stress affiliated clinic

Eizaburo Tanaka* Hikari Yabu** Itsuko Domen***

*Hyogo Institute for Traumatic Stress **Koyo Hospital ***Kansai University of International Studies

Purpose: In the present study, we explored grief symptoms which were proposed in the ICD-11 diagnostic criteria among bereaved patients at the Hyogo Institute for Traumatic Stress affiliated clinic. We also examined the treatment effect of cognitive behaviour therapy (CBT) and/or treatment as usual.

Methods: We conducted a retrospective chart review and interviews with the attending doctors of the participants. As for grief symptoms, we did a qualitative content analysis with the patients' intake summaries and medical records at their first visit. Regarding the treatment effect, we asked their attending doctors to evaluate the social function measured by global assessment of functioning (GAF) and grief symptom level measured by clinical global impression (CGI) at the first visit and last visit retrospectively. Then we calculated the effect size of the treatment. We compared a CBT group and a treatment-as-usual group in terms of GAF and CGI scores by using T-test.

Results: "Preoccupation with the deceased" came first, and "Blame" and "Anger" followed. "Feeling one has lost a part of one's self", "An inability to experience positive mood", "Difficulty in engaging with social or other activities" were seldom observed. None reported "Denial". Regarding the treatment effect, large effect sizes were observed in terms of both the social function and grief symptom level. The CBT group showed significantly better treatment outcomes than the treatment-as-usual group.

Discussions: There were limitations for this study, such as not having a prospective systematic survey for grief symptoms based on the ICD-11, and selection bias for the treatment choice. Therefore, further studies are needed to develop a grief symptoms questionnaire which follows the ICD-11 diagnostic criteria and to conduct a randomized controlled trial.

Keywords : prolonged grief disorder, ICD-11, qualitative content analysis

COVID-19 流行における PFA の応用について



大澤智子

兵庫県こころのケアセンター

COVID-19 の登場で日常は一変した。この緊急事態はいつ収束するか分からず、新しい生活を営むための対策が必要だ。サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid: PFA) は事件や事故後のこころのケア活動における指針である。そこで、コロナ禍で生じている不安やストレスを乗り切るための基本的な態度を PFA から紹介した。

Key words : COVID-19、コロナ禍、サイコロジカル・ファーストエイド、こころのケア活動

1. はじめに

2019年12月、中華人民共和国湖北省武漢市において原因不明の肺炎患者が多数報告され、その後、新型コロナウイルス感染症 (Novel Coronavirus disease 2019 : COVID-19) と確認された。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は、翌年の1月30日に「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」と宣言し、同年3月11日には同感染症をパンデミックとみなせると発表した。その間、わが国では2020年1月16日に武漢市から帰国した神奈川県在住の中国籍男性の感染が確認される。同月末には武漢市からの観光客を乗せた日本人バス運転手への感染を受け、「ヒトヒト感染」が否定されない、との報告が厚生労働省によりなされ、2月1日に COVID-19 が指定感染症とされた。そして、2020年9月1日付では、全世界で2530万人 (うち死亡者84.8万人)、わが国は68,390人 (うち死亡者1,298人) が感染しており、終息はもちろん、収束の目途も立っていない。

COVID-19 の特徴は、無症状の感染者が一定の割合にいる反面、急激に状態が悪化し軽症だった人も死に至る点にある。しかし、ワクチ

ンも有効な薬も存在しないため、各人の免疫に頼るしかない。その上、ウイルスは見えず、感染が発覚するまでに時差があるため、自身が感染する不安に加え、知らないうちに自分が感染源になる可能性もあり、二重の不安をもたらす。そして、これらの不安は、感染者に対する脅迫、中傷、差別の素となり、感染するかもしれない不安をさらに強く、大きくしている。

2. アメリカ版サイコロジカル・ファーストエイドの基本原則と活動内容

サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid : PFA) は、COVID-19 に関連したこころのケア活動においても指針とするべきものと言われている (例えば、国内外の人道支援関連機関で構成される機関間常設委員会のガイドライン²⁾)。PFA は危機的状況に見舞われた人や組織に対してどのような関わりが望ましいかを記したプログラムで、世界中に数十のバージョンが存在する。和訳されているものは2つ存在し、アメリカの国立 PTSD センターが開発し、兵庫県こころのケアセンターが翻訳した「アメリカ版」³⁾ と呼ばれているものと、WHO が出版している「WHO 版」⁴⁾ である。後者は誰

もが簡単に使えることを念頭に簡略化されており、「Look、Listen、Link」＝「見る、聴く、つなぐ」の合言葉が主軸となっている。反して、アメリカ版は8つの活動内容(表1)と、それらの行動を導く原理原則(図1)を示している。本稿では、アメリカ版PFAの肝であるこの原理原則を概観し、8つの行動内容がCOVID-19対応にどう応用できるのかを考える。

表1 8つの活動内容

サイコロジカル・ファーストエイドの8つの活動内容	
1	被災者に近づき、活動を始める
2	安全と安心感
3	安定化(必要に応じて)
4	情報を集めるーいま必要なこと、困っていること
5	現実的な問題の解決を助ける
6	周囲の人々との関わりを促進する
7	対処に役立つ情報
8	紹介と引き継ぎ

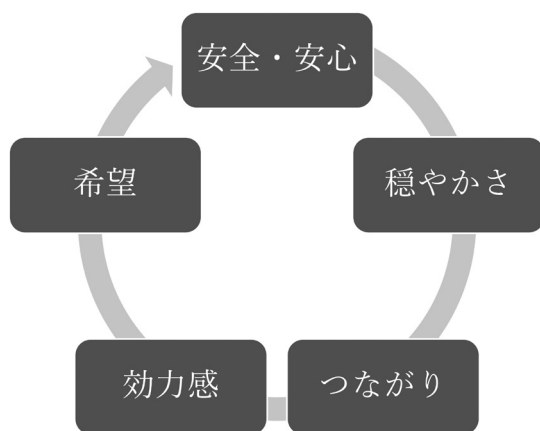


図1 介入における5つの原理原則

図1の「介入における原理原則」は、事件・事故に遭遇した人が回復するにあたり必要とされる環境要因をHobfollら(2007)が先行研究から精査・抽出したものである。アメリカ版PFAは、同定された5つの要因を基に8つの行動内容を提唱している。以下、5つの要素を簡

単に説明する。「安全・安心(Safe and safety)」は、まず自分の命を守ることを、そして大切な人の安否が確認できることをさす。その上で、自宅などの財産や職場が無事であることを意味する。「穏やかさ(Calming)」は、事件・事故を経験し、動揺した心や身体が落ち着き、冷静さを取り戻せることの重要性を指摘している。トラウマ体験はストレス反応をもたらし、睡眠や生活に支障を生じさせる。そのような状況が続く、動揺が和らがないと、平時ならば対処できることにうまく対応できなくなることがある。すると、問題が解決されないだけでなく、新たな問題を生み、状況がより複雑になるわけだ。「つながり(Connection)」は人、物、情報とのつながりをさす。これまで経験したことがない出来事に遭遇すると様々な困りごとが生じる。それらを解決するために必要な人、物、情報とつながることで、安全や安心、穏やかさを取り戻してもらいたいのだ。「効力感(Efficacy)」は、トラウマ体験後に抱く無力感を和らげ、自分に備わっている力やスキルを再認識し、利用することを目指す。そうすることで、目の前の問題や困難に対処するための力が自分にもある、と感じられるようになる。そして、「希望(Hope)」は前の4つが整うことで派生する。つまり、酷い目に遭った後、安全・安心をほどほどに抱け、動揺することが起きても自分をなだめ、落ち着かせる方法を持ち、安心感を脅かし動揺の源となっていることを解決するために必要な人・物・情報とつながり、この困難を乗り越えるために必要なことを自分ではできると感じられることで、希望が生まれる。これらの原理原則は、PFAが提唱している行動内容をどのように行うのかを導く、指針となる。また、これらの要素は被災者には回復の道を歩くために必要とされる力が備わっているという前提の下に機能する。いわゆる、災害弱者と呼ばれる人であっても彼らなりにできることはあり、支援を求め、助けてもらいながら回復することもそ

の人の力である、と考える。なので、PFA において、支援者の役目は被災者の代わりに何かをするのではなく、被害者らが自分の力を行使できるような環境調整となる。だからこそ、この5つの原理原則が重要になるのだ。

では、8つの行動内容についてみて行こう。一般的な支援の流れを想定し、1から8の行動に分けられている。第1の行動内容はアウトリーチを示唆している。昨今、事件や事故が起こると被災者に対するこころのケア活動の重要性が叫ばれるが、当事者らの多くは自分がケアを必要だと思っていないことが多い。これは不要だからと言うよりは、「こころのケア」が何を意味するかよく分からず、精神科的なものだと解釈し、関わりたくないと感じていると推測される。そのため、被災者が自ら支援を求めてやって来ることは稀なのだ。よって、すでに十分辛い思いをしている被害者がこれ以上嫌な思いをすることなく（＝害を与えず）、彼らに近づくことがとても大切になる。そして、近づきながら、原理原則の一つ目である「安全と安心」が確保されているかを確認する。

「安定化」とは、被災者が落ち着きを取り戻し、自分の力を行使できるようになるための方策を講じることだ。茫然自失に陥り、声掛けに反応しない場合などに安定化が求められる。とは言え、誰にでもできることではないかもしれず、自信がない場合は対応できそうな人につなぐ、というやり方でも構わない。支援者が安心して関われない状況で、被災者が安定できるわけではないことを肝に銘じるべきだ。

情報収集は4つ目に記されているが、ここに至るまでの過程で情報は常に集めている。つまり、活動を開始する前から情報収集は始まっており、新しい情報が加わるたびに見立てや支援のあり方は更新される。しかし、支援者はどんな情報をどこから集めればいいのか。被災者本人は情報源の一つであるが、何を目的にするかによって目を向けるべきところ、耳を傾

けるポイントは異なる。そこで指針となるのが、5つの原理原則だ。支援者が自問するべきは各要素に沿った情報収集と言える。例えば、「この人は物理的に安全なのか？命は脅かされていないのか？この状況下でも得られる現実的なレベルの安心感を抱けているのか？もし、そうでないなら、何が邪魔をしているのか？」。何を目的に情報を集めているかが明確でないと、集まった情報はまとまりに欠けたり、十分でなかったりする。そうだと被災者の状況を見立てたり、何が必要なかを考えたりする際に役立たない恐れがある。なので、この質問への答えを得られそうな情報源を当たればいいのだ。

5つ目は問題解決だ。ここでいう「問題」とは「いま必要なこと、困っていること」である。最も簡単な方法は、被災者に「今、困っていることは何ですか？」と尋ねることだ。それに答えてくれるなら、情報収集をする中で、問題が何かをある程度、査定できるだろう。しかし、被災直後、被災者は困惑し、事情が呑み込めていないことも少なくない。何に困っているのかよく分からない、という場合もある。そんな場合は、相手の立場になり想像力を酷使することが支援者には求められる。「自分や自分の大切な人がこんな目に遭っていたら何に困るだろうか」「その困りごとを解決するために、必要なものはなんだろうか」と。

また、事件・事故の状況によっては関係者と直接やりとりができるまで時間がかかることもある。そんな場合は、原理原則に照らし合わせ、どんな困りごとがあるかを想像して欲しい。「安全と安心」に関連する要因に問題がある（＝安全が保たれていない）なら、今より少しでも安全に過ごせる場所、今よりも安心感を抱けるようになるには何が必要なかを考える。「穏やかさ」が示唆するのは、この人の動揺は何によって持続しているのか；何が（あるいは誰が）落ち着きを取り戻すのに役に立つのか、と考えることだ。穏やかさとは冷静さも意味する。動揺

しては既存の力が発揮できない。なので、少しでも落ち着き、冷静になれる状況を作り出すことで、目の前の困りごとを解決する確率を上げたい。

活動内容の6と7は原理原則の「つながり」と密接に関係する。困りごとを解決するために必要な「人」や「情報」を見極め、それぞれと結びつけるのだ。あるいは、被災者が安全と安心を抱けるように、または被災者の動揺が今よりも和らぐために「誰」と、あるいはどんな「情報」とつながればいいのか、という視点で想像するのもいい。PFAの実施の手引き²⁾にはストレス反応やそれに伴う問題行動等に対処するための情報が付録としてまとめられている。支援経験が少ない場合は、このような資料を読むことで被災者が抱えやすい困りごとを把握するのもいいだろう。

被災者によっては専門性の高い支援やサービスが必要な場合がある。例えば、直後の典型的なストレス反応が悪化し、食欲や睡眠の問題から日常生活に支障が生じ、近隣の心療内科や精神科受診が必要になるかもしれない。しかし、被災者は過去にそのような専門機関を受診したことはなく、利用にためらいがある。そんな場合を想定しているのが8番目の「紹介と引き継ぎ」である。彼らが安心してサービスを利用できるように、あるいは利用する確率を上げるために必要なことが何かを見極める。一緒に行ってくれる人を探したり、精神科に対して抱いている誤解を解く情報を提供したり、受診時に何を言えばいいのかを一緒に考えたり、などが含まれる。

3. 感染症対応とPFA

では、COVID-19の場合、PFAはどう応用できるのだろうか。すでに述べた通り、PFAは対象者が抱える困りごとを彼らが解決できるようにするため、その人が持つ力を発揮しやすくなる環境を整えることを目的にしている。よって、

その困りごとを本人が解決できるような支援を行うわけだが、COVID-19をはじめとする感染症は関係者と接することに危険が伴う。そこで、本稿では本人との直接的なやりとりが難しい場合を想定する。

PFAで支援を検討する際、最初に行うのは対象となる人を想像することだ。なぜならば、対象者によって抱える困りごとは異なるからだ。例えば、感染リスクが高い仕事に就いている対象者とテレワークができる対象者とは困りごとの内容は違うだろう。前者の対象者もいくつかのグループに分けることができる。年齢、業務内容、経験年数、同居人の有無や年齢構成、基礎疾患の有無など、これらによっても困りごとの内容は違ってくる。また、支援する側の人的・物的資源に限りがある場合、支援の優先順位を考えなければならないこともある。そのためにも、誰が支援対象者であるのかを適切に見立てることは支援を計画するために不可欠なのだ。

コロナ禍において対象となる人や組織の例を表2にまとめた。

表2 対象者および対象組織

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) 保健師－保健所 2) 医療関係者－病院/診療所/クリニック 3) 介護職－老人介護施設 4) 保育士や教員－保育園/学校/大学 5) 感染者およびその家族－家庭 6) 救急隊員や警察官などの災害救援者－消防署/警察署 |
|--|

対象者が明確になったら次に行うのはその対象者や組織が抱える困りごとを5つの原理原則に沿って確認あるいは想像することだ。問題＝困りごとが分かれば、それを8つの行動内容に照らして対応・介入できる。5つの原理原則ごとにどのようなことが課題になり、何ができるのかを概観する。

1) 安全・安心

コロナ禍においても関係者が安全で安心であることは最重要事項である。では、物理的な安全と安心を感じられるために必要なことは何だろうか。まずは自身が感染しないこと。そうすれば、誰かを感染させる心配もなくなる。そのためには、感染リスクが高い人や場所には近づかないことが望ましい。しかし、業務内容によっては、それを避けられない人たちがいる。ならば、その業務を安全に行えるために必要な資機材が十分に支給されることが肝要だ。消毒薬、マスクやフェイスシールド、プラスチックガウン等の在庫があるだけでも安心感は得られる。物品が揃っているなら、これらを正しく使えるかも重要な点だ。ガウンが支給されても着脱が適切でなければ感染してしまう。消毒薬も濃度が適正レベルでなければ目的を果たさない。十分な資機材があっても正しく使えなければ、感染予防はできない。また、自分たちが適切な予防処置を取れていないのではと感じることは不安や動揺を生み、ヒヤリハット案件が起こる可能性を高めるかもしれないのだ。

職場の態度も重要である。感染リスクが高い仕事に就いている人たちは家族に感染させないためにさまざまな努力をしている。例えば、帰宅後すぐにシャワーを浴びる；職場や自家用車に寝泊まりする；自腹でホテルに滞在する；電車通勤から車・自転車・徒歩通勤に替える；仕事着を自宅に持ち帰らず職場で洗濯する、などがある。職場によっては職員が利用できる宿泊場所を手配したり、宿泊費を一部支弁したりするところもあるようだが、このような組織的対応はすべての職場ができるわけではない。その際に重要なのは、職場が職員の不安を理解し、安心して働けるように支援したいという気持ちを態度で示すことだ。そのためには、職員が何に不安を感じているのか、何がどうなれば安心感を抱けるようになるのかを尋ね、できる範囲で対応することが職員の安心感につながるこ

もある。このような対話は現場が抱える困りごとを見極められる上に、実際的な対応策を得る場にもなり、一石二鳥だ。管理職はこのような職員の心理を理解した上で、それぞれの立場でできることを行って欲しい。「感染するのは悪」であるような言動は士気を下げるだけで、何の助けにもならないことを肝に銘じるべきだろう。

2) 穏やかさ

コロナ禍に穏やかさを維持するのは簡単ではない。感染リスクがそれほど高くない職場や生活であっても、継続的に緊張を強いられると誰もがストレスを溜める。コロナ前の生活でストレス発散となっていたことが三密回避のために利用できないならなおさらだ。加えて、感染やクラスター発生のリスクが一般住民のそれよりも高い医療や介護の現場で働く人のストレスはその職場環境ゆえにさらに強くなる。彼らの多くはコロナ対応をするために業務量が増えたり、急な配置変更を言い渡されたり、慣れない仕事を行う羽目になったりするからだ。このような状況はボディーブローのように心身の安定を脅かし、できていたことができなくなり、後述の「効力感」にも影響を及ぼす。自分でコントロールできることが少なくなったように感じる「新しい日常」において、落ち着きや冷静さを取り戻すにはセルフケアとピアサポートが重要な役目を担う。

セルフケアとは各個人が自分の状態を観察し、早期に注意サインを見つけ、必要な対応をおこなうことだ。ピアサポートのピアは「仲間」を意味し、同僚同士がお互いを見守り、支え合うことである。どちらも当人や関係者が意識するだけで行うことが可能であり、制限や無力を抱かせる現状において、生活にコントロール感を取り戻す意味でも有益だ。セルフケアもピアサポートも目的は同じ：身体的、情動的、行動的興奮を減らすことにある。よって、この目的

を達成できることであれば、どんなことでもいい。例えば、(ずっと動き回っていたなら) 数分でも座る；嫌な気持ちになる場から離れる；(吐く時間を長くすることを意識した) 呼吸をする；誰かに話を聴いてもらう；好きな動物の動画を見る；大切な人と話す；(直接話すのが難しい場合は) 録音していた家族の声を聴く、など。どれも動揺や興奮を和らげるのに役立つだろう。中程度の負荷(=話すには問題ないが、歌うには苦しい程度)がかかる運動を20分から30分、週に2、3回程度行うことが軽度の不安や抑うつに効果があることも報告されている⁵⁾。とは言え、こんな状況下であるため、何をやってもその効果は長く続かないかもしれない。しかし、心や身体が動揺したままだと確実に機能レベルは下がり、仕事の効率も悪くなる。すでに過労状態にあるならなおさらだ。なので、継続して行え、ちょっとがんばればできることを実行してもらいたい。

ピアサポートは、一緒に働いているからこそできることだ。同じ職場だからこそ仕事の辛さを理解、共感してもらえないはずだ。ピアサポートが機能するには普段から同僚を見守り、観察していることが大前提である。しかし、それができれば同僚の小さな変化に気づくことが可能になる。例えば、職場のムードメーカーの口数が少ない；おしゃれな人が同じ服ばかり着ている；食事の量が減った、などが小さな変化にあたる。これは外部の人間や専門家には気づけない。コロナ前の生活では家族が気づく、ということもあっただろう。しかし、感染させるかもしれないリスクを考え、自宅へ帰らない人や一人暮らしの人にとっては、職場の同僚が身近な存在になる。気づいたら声を掛け、心配している旨を伝え、必要な人や場所、あるいは情報につなぐ。そうすることで心身の不調が悪化するのを防ぐ一助となる。また、同僚や組織が見守ってくれているというのが安心感にもつながるのだ。

3) つながり

必要な物資が手元にあり、安心や穏やかさを生む情報とつながっていることはコロナ禍で働くためには不可欠である。安全・安心の項目でも述べた通り、物資を入手できてもそれが正しく使えなければ感染予防にはならない。そのため、正しく使えるための情報提供や訓練/練習が必要となる。例えば、新しい情報が入ると更新したものを所属組織は配布してくれる。その行為はありがたいが、あまりにも頻繁だと混乱を生むだけかもしれない。そのため、受け手が確実に目を通してくれる状態に「加工」することもその情報とのつながりを確実にするために大切だ。つまり、情報の提示方法に工夫が必要となる。文字だけではなく、イラストや動画を用いるのもいいだろう。若者に見て欲しいならSNSの利用は不可欠だ。逆に高齢者の場合、紙やテレビなどが重要な媒体となるかもしれない。確実に必要な人のところに届くにはどのような手段がいいのかを考えなければならないのだ。

密を避けなければならない状況下で人とのつながりをどう作り出すかは知恵の絞りどころだ。感染者が少ない地域などで罹患した場合、同じ境遇の人とつながることができると気持ちを吐露でき、安心・安全や穏やかさにもつながる。LINEやFacebookなどがその媒体として活躍することもある。密を避けることは支援のあり方にも影響を及ぼす。しかし、SNSやビデオ通話などをうまく使うことで直接サービスを提供する人の感染リスクを減らすことは十分に可能だ。当然、サービス内容によっては「間接的な」関わりでは不十分な場合もあろう。ただ、不要な接触を極力避けることは支援する側の感染リスクを抑えるためにも大切なことだ。

イタリアのミラノで多数の感染者を治療している病院は患者と面会ができない家族が不安な状態に陥ることを防ぐためいくつかのことを試みている⁶⁾。それによると、1) 主治医や心理

士が毎日、電話で近況を伝えると同時に、病院や担当医師らの写真を送り、少しでも患者家族と関係が構築できるよう努めた。2) 遺族はご遺体との対面、お別れを言うことや葬儀を出すこともできず、遺された家族が複雑性の悲嘆反応を示すことを考え、ビデオ通話等を使い、離れたところからでも喪の儀式を開始できるよう手配をした。すでに十分辛い状況に直面しているご遺族の望みが安全な形で叶う方法を模索した例である。

必要なサポートにつながることも安心・安全、穏やかさ、組織の効力感を得るために必要だ。「穏やかさ」で記したピアサポートは、スタッフルームや食堂でのおしゃべりが減っても同僚や上司らとつながっていられる、と感じられることにもつながる。コロナ対応の前線に上層部が顔を出し、職員を労うことも組織が想像する以上に職員の士気に影響を及ぼす。閉じた扉の後ろでどれだけ職員のことを考えていても現場には伝わらない。思いは態度と言葉で伝えなければならないことを管理職らは理解し、実践して欲しい。そして、セルフケアであれピアサポートであれ、明らかに様子がおかしいと思う人が見つかった場合に本人や周囲の人が相談できる内部および外部の専門家や組織との連携も必要だ。ここでの専門家はメンタルヘルス領域に限らず、経済的な問題や子育てなどに関する課題を解決することを後押ししてくれる個人や組織も含まれる。在宅ワークが増える中、ドメスティックバイオレンスや児童虐待の件数が増えていることを考えると職員が示すストレスの原因は職場外にあるかもしれない。仕事に起因していない問題の解決に職場が関わるのか、と思うかもしれないが、職員の機能レベルが下がると当然業務にも影響は出る。業務の継続に問題が派生するならばそれは職場が関与せざるを得ない状況だと捉えるべきだ。

4) 効力感

「自己効力感」とは目の前の状況に対処するため自分が行うべきことを実行できると感じられる状態をいう。コロナ禍においては、感染予防ができる；この状況下でも業務がこなせると実感できることや、家族や同僚と良い関係が維持できていると思えることは、安心や穏やかさ、そして希望にも通じるだろう。しかし、過重労働のため物理的に時間が取れないことや帰宅できない中、良好な関係やコミュニケーションを維持するにはお互いが相手を思いやる必要がある。

また、つながることができても、関係を維持するためのスキルを使いこなせなければつながりは途切れてしまうかもしれない。ストレスが溜まることで既存の社交スキル、コミュニケーションスキル、セルフケアスキルや業務に必要なスキルが一時的に低下することも想定できるからだ。そうなると、同僚や家族との関係にひびが入ったり、仕事で失敗が増えたりし、自己効力感は下がり、負のスパイラルから抜け出せなくなる。そのようなことを防ぐためにも、セルフケアやピアサポートは欠かせない。

最前線でコロナ感染者や感染疑いの人たちへの対応は、一人ではできない。同僚や関係異業種と連携しなければこの災害を乗り越えることはできないのだ。そのためには、それぞれが期待されている役割をこなさなければならない。ここでも各組織や関係者とのコミュニケーションや関係構築が不可欠であり、目的を達成するためにさまざまな能力やスキルが忌憚なく発揮されなければならない。そのためにも関係者が安全・安心を感じ、そして冷静さを取り戻せなければならないのだ。

組織が効力感を抱けることもコロナ禍を乗り切るには大切だ。組織の効力感は、直面している困難に組織が対応できると感じられることであり、そのためには、組織構成員である職員が能力を発揮できなければならない。結局のとこ

ろ、彼らが安心して働ける環境の整備が求められ、管理職のリーダーシップが問われるのだ。

5) 希望

コロナ禍において関係者に抱いて欲しい希望とは何か。自分、同僚、資機材、管理職や組織、そして、自分の役割や仕事の意義を信じられることではなからうか。状況が急展開する中で、現実的な希望を持てる組織や人材は目の前の課題を見極め、優先順位をつけ、問題解決を行い、困難に立ち向かうことができる。そのためには、職員が安心して、動揺するようなことに見舞われても冷静さや落ち着きを取り戻せ、必要な物品や情報と大切な人とつながることができる環境が必要だ。組織や地域ができること、支援に関わる個々人ができることを考え、実行に移すのみだ。

おわりに

今後も COVID-19 との長い付き合いは続く。「新しい生活様式」を実践し、新型コロナウイルスを正しく恐れながら、日々を送るしかない。免疫力同様、人には困難を乗り越える力が備わっており、それを上手に発揮できればコロナ禍も乗り越えられるわけではない。PFA が提案する原理原則を念頭に、それぞれが職場や家庭でできることを行って欲しい。

参考文献

- 1) 日本経済新聞「新型コロナウイルス感染 世界マップ」
<https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/coronavirus-world-map/>
(2020年9月1日 アクセス)
- 2) 緊急時のメンタルヘルスと心理社会的サポート (MHPSS) に関する機関間常設委員会 (IASC) リファレンス・グループ、『新型コロナウイルス流行時のこころのケア Version 1.5 暫定版』
[https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC Interim Briefing Note on COVID-19 Outbreak Readiness and Response Operations - MHPSS \(Japanese\).pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20(Japanese).pdf) (2020年9月1日 アクセス)
- 3) National Child Traumatic Stress Network and National PTSD Center (2006) Psychological First Aid Field Operation Guide. 兵庫県こころのケアセンター訳 (2008) サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版.
http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf#zoom=100 (2020年9月1日アクセス)
- 4) World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011) . Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳: (独) 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン (2012) . 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド: PFA) フィールド・ガイド . https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf (2020年9月1日 アクセス)
- 5) Babyak MA, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy PM, Moore KA, Craighead WE, Baldewicz TT, & Krishnan KR (2000) . Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosomatic Medicine, Vol. 62.633-638.
- 6) Lissoni B, Del Negro S, Brioschi P, Casella G, Fontana I, Bruni C, & Lamian G. (2020) . Promoting resilience in the acute phase of the COVID-19 pandemic: Psychological interventions for intensive care unit (ICU) clinicians and family members. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12 (S1) , S105-S107.
<http://dx.doi.org/10.1037/tra0000802>

Application of PFA in COVID-19 Epidemic

Tomoko OSAWA

With the advent of COVID-19, everyday life has changed completely. In order to make an adjustment to the New Normal and respond to this emergency, the concept of psychological first aid, which is regarded as the guideline in the activities of mental health care after traumatic events, is helpful. The underlying concepts and attitude of PFA are introduced as well as how they can be applied in the epidemic.

Key words COVID-19、coronavirus pandemic、psychological first aid、mental health activities

PTSD 患者にみられる神経心理学的症状に関する一考察



大塚美菜子

兵庫県こころのケアセンター

PTSD は強度のストレス体験を契機に発症する疾患であり、その症状は心理的問題に留まらず持続性注意や遂行機能、認知的情報処理速度の低下に結びつくとの指摘がなされており、日常生活に著しい障害が生じることが知られている。しかし、日常生活場面に即した遂行機能上の問題を測定した研究は少なく、そこで本研究では研究協力に同意が得られた当センター受診中の患者を対象に、PTSD 症状評価目的で実施するCAPS (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: PTSD 臨床診断面接尺度) に加え、日常生活場面での遂行機能のアセスメントを中心とした神経心理学的検査である BADS (Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome: 遂行機能障害症候群の行動評価) を施行し、ストレス体験の種類、PTSD 症状の重症度と、患者の実生活上の遂行機能に関する問題との間に関連が見られるかを分析した。

トラウマ体験を有する 15 名の患者を対象に CAPS-5 および BADS を実施した結果、遂行機能「障害」水準での機能低下は認められなかったものの、PTSD 診断基準のすべてを満たす群では、満たさない群に比べて短期記憶の保持や、ルール変更への柔軟な対応、そして目的達成のために逆算して計画を立て実行に移す問題解決能力が低下しやすいことが伺えた。

キー・ワード：PTSD、認知機能、遂行機能

I. はじめに

PTSD は強度のストレス体験を契機に発症する疾患であり、その症状は心理的問題に留まらず、脳部位の構造的変化に伴う機能低下をも引き起こす可能性が指摘されている¹⁾。その機能低下は、持続性注意や遂行機能、認知的情報処理速度の低下に結びつくとの指摘がなされており¹³⁾、日常生活に著しい障害が生じることが知られている。遂行機能とは「目的を持った一連の認知活動を効果的に遂行するための機能」と定義づけられており⁷⁾、大きく①目標設定、②計画立案、③計画実行、④効率的な遂行の4段階で成り立っていると考えられている^{7) 8)}。

本邦においても、被虐待児を対象とした認知、行動、情緒機能の特徴について、認知機能検査を用いた検討が行われているが¹⁾、一方で成人を対象とした PTSD 症状と日常場面に即した問題を測定した研究は少ない。

そこで本研究では、研究協力に同意が得られた当センター受診中の患者を対象に、PTSD 症状評価目的で実施する CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: PTSD 臨床診断面接尺度) に加え、日常生活場面での遂行機能のアセスメントを中心とした神経心理学的検査である BADS (Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome: 遂行機能障害症候群の行動評価) を施行し、ストレス体験の種類、PTSD 症状の重症度と、患者の実生活上の遂行機能に関する問題との間に関連が見られるかを分析した。

II. 方法および期間

II -1. 方法

(1) 対象者

診療所に受診中のトラウマ体験がある成人を対象とした。除外基準は以下の通りである。

除外基準：①活発な精神病症状、②重篤なうつ症状、③切迫した自傷他害のリスク、④その他、

研究責任者および主治医がトラウマ体験を聴取するのに不適切な状態であると判断した場合。

(2) 実施場所

プライバシーおよび実施者・協力者双方の安全が確保された個室（ドアは2箇所にある）の相談室を使用した。

(3) 調査協力者へのインフォームドコンセント

調査に際し、調査協力者に「研究対象者への調査説明書」を渡し、目的、方法、倫理面への配慮、研究への参加は任意であり、参加しない場合でも今後の治療やケアを受けるうえで何ら不利益は受けないこと、参加に同意した後でも同意を撤回できること、同意撤回を行った場合も当然治療やケアに関してなら不利益を被ることはないこと、対象者のプライバシーが外部に漏れることはないこと、調査で得られたデータは個人名を排したうえで統計的に処理されることを対面にて口頭で説明をした上で、「研究対象者からの同意書」への記載を求めると同時に「研究対象者からの同意撤回書」を渡した。

(4) 使用した尺度

1) CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 : PTSD 臨床診断面接尺度)

PTSD 症状の重症度を量と強度に基づいて評価する構造化面接である。「A:出来事」の確認、「B:侵入症状」に関する5つの項目、「C:回避症状」に関する2つの項目、「D:認知と気分の陰性の変化」に関する7つの項目、「E:覚醒度と反応の著しい変化」に関する6つの項目に加え、「F:持続期間」で1項目、「G:苦痛または機能障害」で3項目、「総合評価」で3項目、「解離症状」で2項目の全30項目で構成されている。それぞれの質問項目について過去1か月間の状態を4段階（0:全くなし、1:軽度/閾値以下、2:中等度/閾値レベル、3. 重度/閾値を顕著に上回る、4. 極度/能力を損

なう）で面接者が評価を行う。

2) BADS (Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome : 遂行機能障害症候群の行動評価)

日常生活上の遂行機能に関する問題点を検出することを企図して考案された評価法である。下位検査は①規則変換カード検査、②行為計画検査、③鍵探し検査、④時間判断検査、⑤動物園地図検査、⑥修正6要素検査の6つ、および20項目の自記式質問への回答を求め自覚症状を測定するDEX(The Dysexecutive Questionnaire)で構成されており、それぞれ0~4点の5段階によるプロフィール特典が算出される。各下位検査項目の詳細は以下の通りである。

① 規則変換カード検査

全2施行。21枚の赤と黒のトランプカードを使用。前半の検査では、赤のカードには「はい」、黒のカードには「いいえ」の回答を求める。後半は、新しいカードが前のカードと同じ色なら「はい」、異なる色なら「いいえ」の回答を求める。
目的：規則変換に柔軟に対応する能力、注意や概念の変換、思考抑制記憶力を測定

② 行為計画検査

台、透明ビーカー、小さな穴が開いた蓋、透明な試験管、コルク、L字金属フック、小容器、小容器の蓋のセットを使用。決められた制約に従いながら、試験管内のコルクを取り出す課題。

目的：問題解決能力、管理注意能力の測定

③ 鍵探し検査

A4用紙の中央に100mm四方の正方形と、その下50mmの位置に黒い点が描かれた用紙を使用する。この正方形内のどこかに鍵を落とすと仮定し、黒い点からスタートして必ず鍵を見つけることができる探索ルートの記入を求める。

目的：有効かつ効率的な道筋を計画する能力、自身の行動をチェックする能力の測定

④ 時間判断検査

日常的な4つの場面について、その事柄が生じる時間の推測を求める。

目的：推測力の測定

⑤ 動物園地図検査

広場、ゾウ舎、ワニ園、サル山などの12のゾーンとそれを結ぶ道が描かれた動物園の地図を題材に、ルールに従って決められた6か所を巡るルートを示すよう求める。異なるルールで2施行実施する。

目的：プランニング能力、および行動修正の能力の測定

⑥ 修正6要素検査

10分間の時間制限とルールに従い、「口述」「算数問題」「絵の呼称」の3種類の課題を行うことを求める。

目的：自己の行動を計画、組織化、修正、監視する能力の測定

(5) 分析方法

統計解析には IBM SPSS Statistics (ver.25) を使用した。

II-2. 倫理的配慮

本研究はひょうご震災記念 21 世紀研究機構 兵庫県こころのケアセンター倫理委員会にて承認を受けた。

III. 結果

III-1. 対象者の属性

合計 15 名の患者が研究対象者として選ばれた。すべての対象者において回答に欠損は見られなかったため、15 名を分析対象とした。その基本属性を表 1 に示す。年齢の平均は 44.33 歳 ± 14.94、性別は女性 11 名 (73.3%)、男性 4 名 (26.7%) だった。トラウマ体験種別として

は死別 (事件や事故などのショッキングな出来事による死別) が最も多く 4 名 (26.7%) だった。

表 1. 対象者の基本属性

	平均値	SD	最小値	最大値
年齢	44.33	14.94	21	73
人数		%		
性別	女性	11	73.3	
	男性	4	26.7	
トラウマ体験種別	死別	4	26.7	
	DV	3	20.0	
	交通事故	3	20.0	
	性被害	2	13.3	
	事故	1	6.7	
	災害	1	6.7	
	ハラスメント	1	6.7	

III-2. BADS の基本統計量

本調査の対象者における BADS 基本統計量 (15 名) および、参考までに田淵 (1999) が実施した日本人を対象とした結果 (健常対象群 31 名, 大脳損傷群 25 名) の結果を表 2 に示す。図 1 には、本調査対象者の検査成績の区分を示す。年齢が検査成績におよぼす影響を除外するために、総プロフィール得点を年齢換算表を用いて標準化した得点をもとに判定を行った。区分の内訳は「境界域 1 名」「平均下 3 名」「平均 5 名」「平均上 1 名」「優秀 4 名」「きわめて優秀 1 名」であり、「障害あり」に該当する者はいなかった。

表 2. BADS 成績の基本統計量

	本調査結果		田淵 (1999) より抜粋			
	トラウマ体験群		対象群		遂行機能障害患者群	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
規則変換カード検査	3.20	1.08	3.74	0.51	2.60	1.29
行為計画検査	3.53	0.92	3.74	0.63	2.67	1.17
鍵探し検査	2.60	1.24	2.68	1.01	1.36	1.25
時間判断検査	2.27	1.10	1.52	0.72	1.14	0.89
動物園地図検査	2.67	1.23	2.72	1.13	1.69	3.37
修正 6 要素検査	3.87	0.52	3.74	0.51	2.21	1.32
総プロフィール得点 (合計)	18.13	3.64	18.11	2.36	11.54	4.10

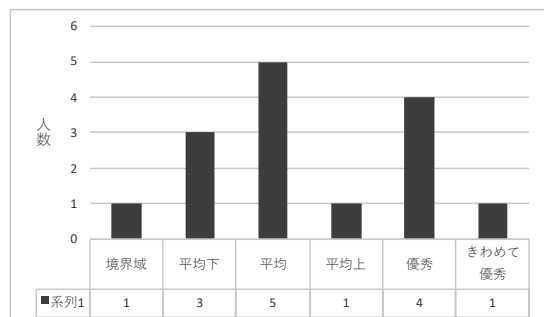


図 1. BADS 成績の区分

III-3. CAPS の判定結果および基本統計量

15名中10名(66.7%)がA基準である「実際にまたはあやうく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露」を満たし、そのうち9名(全体の60%)がDSM-5におけるPTSDの診断基準であるA~G項目全てを満たしていた(表3)。表4にはCAPS各項目の基本統計量を示す。

表3. CAPS判定結果

項目	区分	人数	%
A基準を満たすか	満たす	10	66.7
	満たさない	5	33.3
全ての基準を満たすか	満たす	9	60.0
	満たさない	6	40.0
解離症状を伴うか	伴う	4	26.7
	伴わない	11	73.3
遅延顕症型か	はい	2	13.3
	いいえ	13	86.7

III-4. CAPS による PTSD 診断基準を満たす群-満たさない群とBADS 検査結果の差の検討

基準を満たす群(9名)、基準を満たさない群(6名)の間でBADSおよびCPAS下位検査に差がみられるかの検定を行った。サンプル数が少ないため、あくまで参考資料としてはあるが、等分散性が成り立つことを確認した上でt検定を行った結果を示す。

BADSの各下位項目との比較を表5に示す。群間で有意差がみられた項目は、規則変換に柔軟に対応する能力と記憶力を測定する「規則変換カード」検査($t(13) = 2.35, p < .05$)と、問題解決能力を測定する「行為計画検査」($t(13) = 3.05, p < .01$)だった。

自覚症状を測定するDEXとの比較を表6に

表4. CAPS基本統計量

	全体 (N=15)		PTSD診断基準を満たす (N=9)		PTSD診断基準を満たさない (N=6)	
	平均値	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
B-1 侵入的な記憶	2.80	0.78	3.11	0.60	2.33	0.82
B-2 苦痛な夢	1.53	1.46	2.00	1.58	0.83	0.98
B-3 解離症状	1.20	1.27	1.78	1.20	0.33	0.82
B-4 きっかけに曝露された際の心理的苦痛	2.27	0.88	2.33	1.00	2.17	0.75
B-5 きっかけに曝露された際の生理学的反応	2.07	0.96	2.11	1.17	2.00	0.63
B 侵入症状	9.87	3.76	11.33	3.74	7.67	2.73
C-1 記憶、思考、または感情の回避	1.60	1.55	1.89	1.62	1.17	1.47
C-2 記憶を思い出させる外的なものからの回避	2.27	1.34	2.44	1.24	2.00	1.55
C 回避症状	3.87	2.13	4.33	1.80	3.17	2.56
D-1 出来事の重要な側面の想起不能	0.73	1.16	0.89	1.36	0.50	0.84
D-2 過剰に否定的な信念または予想	2.60	1.24	2.89	0.78	2.17	1.72
D-3 自分自身や他者への批判につながるゆがんだ認識	2.33	1.11	2.33	1.22	2.33	1.03
D-4 持続的な陰性の感情状態	2.53	1.30	3.00	1.00	1.83	1.47
D-5 活動への関心または参加の減退	2.13	1.19	2.33	1.00	1.83	1.47
D-6 他者から孤立している、または疎遠になっている	1.67	1.50	2.11	1.54	1.00	1.26
D-7 陽性の情動を体験することが持続的にできないこと	2.33	1.11	2.56	1.13	2.00	1.10
D 認知と気分の陰性の変化	14.33	5.18	16.11	4.04	11.67	5.89
E-1 いらだたしさと激しい怒り	0.33	0.82	0.56	1.01	0.00	0.00
E-2 無謀なまたは自己破壊的な行動	0.67	1.05	0.56	0.88	0.83	1.33
E-3 過度の警戒心	2.07	1.44	2.22	1.39	1.83	1.60
E-4 過剰な驚愕反応	0.80	1.01	1.22	1.09	0.17	0.41
E-5 集中困難	2.07	1.39	2.33	1.00	1.67	1.86
E-6 睡眠障害	2.47	1.36	2.78	1.09	2.00	1.67
E 覚醒度と反応性の著しい変化	8.40	3.54	9.67	2.83	6.50	3.89
G-1 主観的苦痛	2.87	0.74	3.11	0.60	2.50	0.84
G-2 社会機能の障害	1.33	1.18	1.33	1.22	1.33	1.21
G-3 職業上の機能障害	1.87	0.92	2.00	0.87	1.67	1.03
G 苦痛または機能障害	6.07	2.37	6.44	2.46	5.50	2.35
全般的妥当性	0.27	0.46	0.11	0.33	0.50	0.55
全般的重症度	2.20	0.41	2.33	0.50	2.00	0.00
離人感	0.60	0.83	0.56	0.88	0.67	0.82
現実感消失	0.60	0.83	0.67	0.87	0.50	0.84
解離合計	1.20	1.37	1.22	1.39	1.17	1.47
CAPS重症度合計	36.47	11.03	41.44	9.37	29.00	9.40
CAPS症状数合計	12.40	3.44	14.00	2.24	10.00	3.69

示す。全 20 項目のうち、「多幸」は PTSD 診断基準を満たす群が 1.33 ± 1.22 、満たさない群が 2.83 ± 0.75 で有意差がみられた ($t(13) = 2.66, p < .01$)。

IV. 考察

本稿では PTSD 臨床診断面接尺度 1) 対応 CAPS-5 および遂行機能障害症候群の行動評価検査 BADS を用いて PTSD 症状と遂行機能の関連について検討を行った。

まず、BADS の結果であるが、表 2 には田淵³⁾ による対象群（健常者）と遂行機能障害患者群の結果を引用して併記した。本調査の結果と統計的に比較をすることはできないが、本調査対象者の結果は概ね対象群に類似した傾向を有しているようだ。ここから、本研究においてはトラウマ体験の有無によって遂行機能全般が障害レベルに相当する著しい問題は生じにくいことが示唆された。ただし、CAPS-5 による PTSD 診断基準を満たす／満たさないで群分けをして

表5. BADS 下位項目の平均値、標準偏差および t 検定

	PTSD 診断基準を満たす (N=9)		PTSD 診断基準を満たさない (N=6)		t 値	有意差
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
規則変換カード検査	3.67	0.50	2.50	1.38	-2.35	*
行為計画検査	4.00	0.71	2.83	0.75	-3.05	**
鍵探し検査	2.33	1.41	3.00	0.89	1.12	
時間判断検査	2.33	1.32	2.17	0.75	-0.28	
動物園地図検査	2.56	1.24	2.83	1.33	0.41	
修正 6 要素検査	3.78	0.67	4.00	0.00	0.81	
BADS 総プロフィール得点	18.67	3.43	17.33	4.13	-0.68	
BADS 年齢標準得点	102.00	16.98	96.83	17.90	-0.57	

* $p < .05$ ** $p < .01$

表6. DEX の平均値、標準偏差および t 検定

	PTSD 診断基準を満たす (N=9)		PTSD 診断基準を満たさない (N=6)		t 値	有意差
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
抽象的思考の障害	2.22	1.09	2.00	1.26	-0.36	
衝動性	2.00	1.00	2.00	0.89	0.00	
作話	0.56	0.73	0.83	0.75	0.72	
計画性の障害	2.44	1.13	2.17	0.98	-0.49	
多幸	1.33	1.22	2.83	0.75	2.66	**
時間的順序の障害	2.00	1.32	1.50	1.05	-0.77	
病識の欠如と社会的気づきの障害	3.00	1.12	3.00	0.89	0.00	
アパシーと意欲低下	3.00	0.87	2.33	1.03	-1.35	
脱抑制	1.00	1.00	1.00	0.89	0.00	
衝動制御の障害	3.00	1.00	2.33	1.37	-1.10	
情緒的反応の浅さ	2.33	1.12	2.17	1.47	-0.25	
攻撃性	2.11	0.78	1.67	0.82	-1.06	
無関心	1.00	1.00	1.17	1.17	0.30	
保続	1.33	1.22	1.17	0.98	-0.28	
落ち着きのなさ・多動	1.44	1.33	1.67	1.37	0.31	
反応抑制の障害	1.11	1.05	1.33	1.37	0.36	
知識と反応の解離	1.33	1.00	1.50	0.55	0.37	
転導性の亢進	2.33	1.12	2.17	0.75	-0.32	
判断能力の欠如	2.67	1.00	2.33	0.82	-0.68	
社会的規則への無関心	1.44	1.13	1.50	0.84	0.10	
DEX 合計	37.67	13.12	36.67	7.99	-0.17	

** $p < .01$

t検定を行った結果からは、診断基準を満たす群は「規則変換カード」検査および「行為計画検査」の成績がわずかに低い。この2つの検査は短期記憶の保持や、注意集中、思考抑制、ルール変更への柔軟な対応、そして目的達成のために逆算して計画を立て実行に移す問題解決能力を測定するものであり、これらの機能に問題が生じると、他者とのコミュニケーション場面で会話の内容を適切に記憶、保持し理解することへの困難さや、注意の対象を他に移すこと、仕事や家事などの手順を考え効率的に実行するための計画立案の力や、自身が「正しい」と確信したことを実際の行動に移す力が弱まりやすくなる。PTSD診断基準を満たす重症度の高い群でこの傾向がみられたことは、思考抑制はPTSDに関連して生じやすいこと¹²⁾や、トラウマ関連刺激に関する注意からの転換が困難である⁶⁾といった先行研究による知見に近い結果ともとれるが、しかしながら群間で差がみられたとはいえ、前述したように遂行機能障害レベルでの問題が生じているとは言えないことから、この結果を遂行機能の「低下」と判断するには注意が必要である。BADsは脳の器質的問題による重度の遂行機能障害をスクリーニングする目的で作られた検査であるために、トラウマ関連症状や主観的な苦痛は有するものの社会生活、日常生活は送ることができている本研究の被験者では、日常的な遂行機能上の問題を拾いにくかった可能性、すなわち使用する測定ツールの妥当性についても再考する必要があるものと考えられ、これは今後の本テーマに関わる研究における課題ともいえるだろう。

遂行機能に係わる問題の自覚を測定するDEXの合計得点の平均値は、PTSD診断基準を満たす群で 37.67 ± 13.12 、満たさない群で 36.676 ± 7.99 で差はみられなかった。DEXにカットオフ値は設定されていないが、BADs日本語版マニュアル⁴⁾によると同検査を遂行機能障害患者に施行した場合の平均値は $27.21 \pm$

14.48 、そして客観的に患者の能力を観察している第三者からの評価は 32.85 ± 15.98 である。ここから、BADsの得点は対象群に近く臨床上周篤な機能上の問題の可能性が少ない一方で、自らの機能を低く評価しやすい状態にある可能性が伺える。幼少期に被虐待経験を持つ者はメタ認知に問題が生じやすいという知見や⁵⁾、DSM-5によるPTSD診断基準のD項目¹⁾にある「認知と気分の陰性変化」の影響を受け、自分自身について否定的に捉え、日常生活上の諸行動についても低い評価を下す傾向にある可能性も考えられる。

なおDEXにおいて、PTSD基準を満たす群、満たさない群間の比較で有意差がみられた「多幸」であるが、この名称からはポジティブな気分の測定が連想されそうだがそうではなく、質問項目の内容は「ものごとくに夢中になりすぎて、度を越してしまう」であり、因子分析結果としては「衝動」に位置付けられているものである⁴⁾。PTSDにおいてはその症状に「覚醒度と反応性の著しい変化」があり¹⁾、覚醒度や集中における調節障害が生じる。調節障害を説明する概念として「耐性の窓／耐性枠 (Windows of Tolerance)」があるが¹⁰⁾、これは最適な覚醒度を著しく上回った場合、過覚醒、過剰な警戒、過集中や衝動的な情動反応が起こり、下回ると低覚醒となり麻痺や感情の平板化などが起こることを指すものである。ここに言及するにはデータが不十分であることは否めないが、PTSD診断基準を満たす群においては、この問題への自覚もしくは苦慮感が回答に反映された可能性も考えられる。

本研究の限界と課題としては、対象者がトラウマ体験およびPTSDあるいはPTSD類似症状を呈しかつ先述した除外基準に該当しない者であるという性質上、少なくとも現時点でのサンプル数が少数に留まった点にあり、今後も継続的なデータの蓄積が必要となるのではないかと考えられる。PTSD症状についてはCAPSを使

用することで信頼性妥当性共に問題なく症状評価ができるものの、遂行機能については測定に使用するツールの精査が必要であるだろう。また、今回のように評価の機会を検査場面での1回に限るのではなく、日常生活の聞き取りといった質的研究の手法や、被験者の日常をよく知る第三者からの評価、医師をはじめとする主たる支援者の評価、被験者の学習歴や知的レベルにまつわる情報の収集なども導入する必要があると考えられる。

【謝辞】

本調査を実施するにあたり、ご協力を頂いた皆様に本紙面をお借りして心より感謝申し上げます。

参考文献

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, the 5th edition: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 『DSM-5:精神疾患の診断・統計マニュアル』, 日本精神神経学会監修, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村将・村井俊哉訳, 医学書院, 2014年.
2. 黒崎碧, 田村恭子, 江原佳奈, 清水俊明 被虐待児における認知, 行動, 情緒機能の特徴についての検討 *順天堂醫事雑誌*2013; (59)6, 490-495
3. 田淵肇, 森山奏, 三村蔭, 加藤元一郎, 坂村雄, 水野雅文, 村松太郎, 鹿島春雄 1999 脳損傷者における時間的長さの推察 *失語症研究* (19),53
4. Barbara, Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome. *Thames Valley Test Company*, 1996; England;BADS 鹿島春雄(監訳), 三村蔭, 田淵肇, 森山奏, 加藤元一郎(翻訳)2003 遂行機能障害症候群の行動評価 日本語版 株式会社振興医学出版社
5. Daly BP, Hildenbrand AK, Turner E, Berkowitz S, Tarazi RA. Executive functioning among college students with and without history of childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2017 ; 26(7); 717-735.
6. Kimble MO, Fleming K, Bandy C, Kim J, Zambetti A. Eye tracking and visual attention to threatening stimuli in veterans of the Iraq war. *Journal of Anxiety Disorders*, 2010; 24, 293-299.
7. Lezak MD, The problem of assessing executive functions. *Int Psychol* 17, 1982; 281-297.
8. Lezak, MD. 1995 *Neuropsychological Assessment*,3rd Ed.,; 鹿島晴雄(総監修), 三村将, 村松太郎(監訳)遂行機能と運動行為, レザック神経心理学的検査集成 創造出版, 375-394.
9. Lezak MD,Howieson DB,Loring DW.(2004) *Neuropsychological Assessment*,4th ed:Oxford UniversityPress.
10. Ogden P, Minton K, Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 2000; 6 (3), 149-173.
11. Yamasue H,Kasai K,Iwanami A,et al, Voxel-based analysis of MRT reveals anterior cingulate gray-matter reduction in posttraumatic stress disorder due to terrorism *Proc Natl Acad Sci USA* 100, 2003; 9039-9043.
12. Wenzlaff RM, Wegner DM, Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 2000; 51, 59-91
Wolfe J, Schesinger L.K. (1997). Performance of PTSD patients on standard tests of memory: implications for trauma. *Annals of New Academy of Sciences*, 1997; 821, 208-218.

PTSD 症状を持つ対象者の実行機能障害に関する 文献レビュー



桃田茉莉

兵庫県こころのケアセンター

これまで PTSD 患者において実行機能の低下が起こることに関し、概ね一致した知見が得られている。一方、その問題は実行機能全般か、特異的な機能に生じるのか、PTSD の重症度は、実行機能障害の程度に比例するのか、そして併存症状が与える実行機能への影響については一致した知見が得られていない。

そこで本研究では、これまでに実施された PTSD 症状を持つ対象者の実行機能研究を概観する中で、それらを整理することを目的とした。

結果は、PTSD 症状が与える実行機能への影響は特異的な問題であるという共通した結果が得られた。一方、PTSD の重症度と実行機能障害の程度は比例するという結果、および PTSD の併存症状が媒介して実行機能に影響を及ぼすことを示唆する結果が多かったが、これらはすべての研究結果間で一致した見解ではなかった。

今後は、PTSD 症状に伴う併存症状を捉えること、そして実行機能をより包括的に検討するためには非日常での検査場面、日常生活場面でのアセスメントが必要であると考えられる。さらに、PTSD と実行機能障害の関連をより正確に捉えるためには、対象者の PTSD 発症前の実行機能レベルを想定できるような情報を収集することが望ましいと考えられた。

Key word：PTSD、認知機能、実行機能、実行機能障害

I, はじめに

実行機能とは、目的を達成するために、適切な行動の選択を可能にする能力の総称とされ¹⁰⁾、抑制、シフト、ワーキングメモリという3つの下位要素を中核とする¹³⁾。関口・山田(2017)は、実行機能は、人の様々な日常行動の基礎となる複合的な能力であるため、実行機能が低い場合には何らかの日常生活上の不便が生じる可能性がある^{と述べている。}

心的外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder; PTSD) 患者を対象に実行機能を測定した研究では、健常者と比較して機能低下が認められており、その背景には、心理的苦痛や不快な内的経験に対処するためのリソースに割り当てる必要があるため、そのことが注意力の低下につながっていると考えられている^{17) 22)}。

例えば、治療においても抑制は、不適切な思考を止める役割、シフト、ワーキングメモリは思考の切り替えや意味づけに有効な影響を与えることがわかっている¹¹⁾。さらに元の実行機能のベースラインが低い対象者は、統制群と比較してトラウマ焦点化療法に対する効果が低く、また治療の中断率が高いということが明らかになってきているが²⁾、PTSD 患者の実行機能に関する研究は多くはなく、また結果に関しても各研究に差異が存在する。

先行研究において結果間に差異が挙げられる問題として測定上の問題があげられる。PTSD に関する実行系機能の神経心理学測定は、個別で実施されるために40分から60分程度の長い時間が必要とされる³⁾。1人に対し長時間が必要な検査であるため、サンプルサイズが小さい研究が多い。また、日常生活の中で実行機能に

明らかな障害を観察できる患者であっても個別の評価課題では問題が現れない場合があることも報告されている¹²⁾。そのため、浮穴ら(2008)は、非日常的な状況で実施される実行機能の個別評価課題だけでなく、日常生活に即した行動評価の使用が必要であると指摘しているが、それらを補完した研究は多く行われていない。

PTSDが与える実行機能への影響に関して各下位機能を測定し、それらが個人に及ぼす影響について詳細に検討することは、臨床的介入への貢献に結びつくと考えられるが¹¹⁾、これまでの研究でPTSD症状が実行機能に影響を及ぼすという見解は、概ね一致しているものの、それらは実行機能全般か、特異的な機能に問題が生じるのか、PTSDの重症度は、実行機能障害の程度に比例するのか、また、PTSDに伴う併存症状の影響などには一定した知見が得られていない。

そこで本研究では、これまでのPTSD症状を持つ対象者の実行機能研究を概観する中で、PTSDと実行機能障害、症状の重症度と実行機能の特徴、併存症状との関連について整理することを目的とした。

II, 方法

文献選定のプロセス

文献の選定条件は、①実行機能が測定されているもの、②PTSDが内容的に含まれているものとし、成人を対象に、ハンドサーチも併せて行った。除外条件は、実行機能の測定が実施されていないもの、PTSD以外の疾患を対象にしているもの、特定の介入研究、解説・ケースレポート、文献レビューは除外した。以上の採択基準の決定、および文献検索は、PRISMA声明(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and meta-Analyses)に即して実施した。

文献検索に当たっては、PubMedおよびGoogle scholarを利用した。期間は、2015年から2020年までに公表された論文を検索した。

文献検索に当たっては、「PTSD」、「PTSD-related cognitive impairment」、「executive dysfunction」の言葉の組み合わせで行った。

対象文献選定のための4段階フローチャートを図1に示す。2020年7月22日時点においてデータベース検索により抽出された49本(PubMed 18本、Google scholar 29本)の文献についてスクリーニングを行った。具体的には、タイトル及び抄録の精査を行い、選定基準のいずれかを満たさない38本を除外した。検出した文献の中で題目と抄録の内容を確認し、判断できない場合にはフルテキストを精査した。フルテキストを13本精読し、適格基準を満たさないPTSDと他の疾患が併存する対象者が研究参加者とされていた4件を除外し、最終的に9本の文献を詳細なレビューの対象とした。

III, 結果

最終的に選定基準に従って9件を選定した。該当した文献については、概要を表1に整理した。

対象者の属性

対象者の属性は、子ども時代に不適切養育を受けた大学生⁵⁾、子ども時代に不適切養育を受けPTSDと診断された成人女性¹⁵⁾、乳がん治療を経験した女性⁹⁾、消防士²¹⁾、戦地での軍事経験を有する元兵士^{1) 6) 7) 19) 20)}であった。平均年齢は、10代後半から60代までであった^{1) 5) 6) 7) 9) 15) 19) 20) 21)}。

トラウマ体験

戦闘体験が5研究^{1) 6) 7) 19) 20)}、不適切養育の経験2研究^{5) 15)}、がんに対する化学療法が1研究⁹⁾、消火活動の現場経験²¹⁾が1研究であった。

PTSD症状およびトラウマ体験の評価

PTSD症状の評価に用いられた課題は、PTSD臨床診断面接尺度(Clinical Administered PTSD

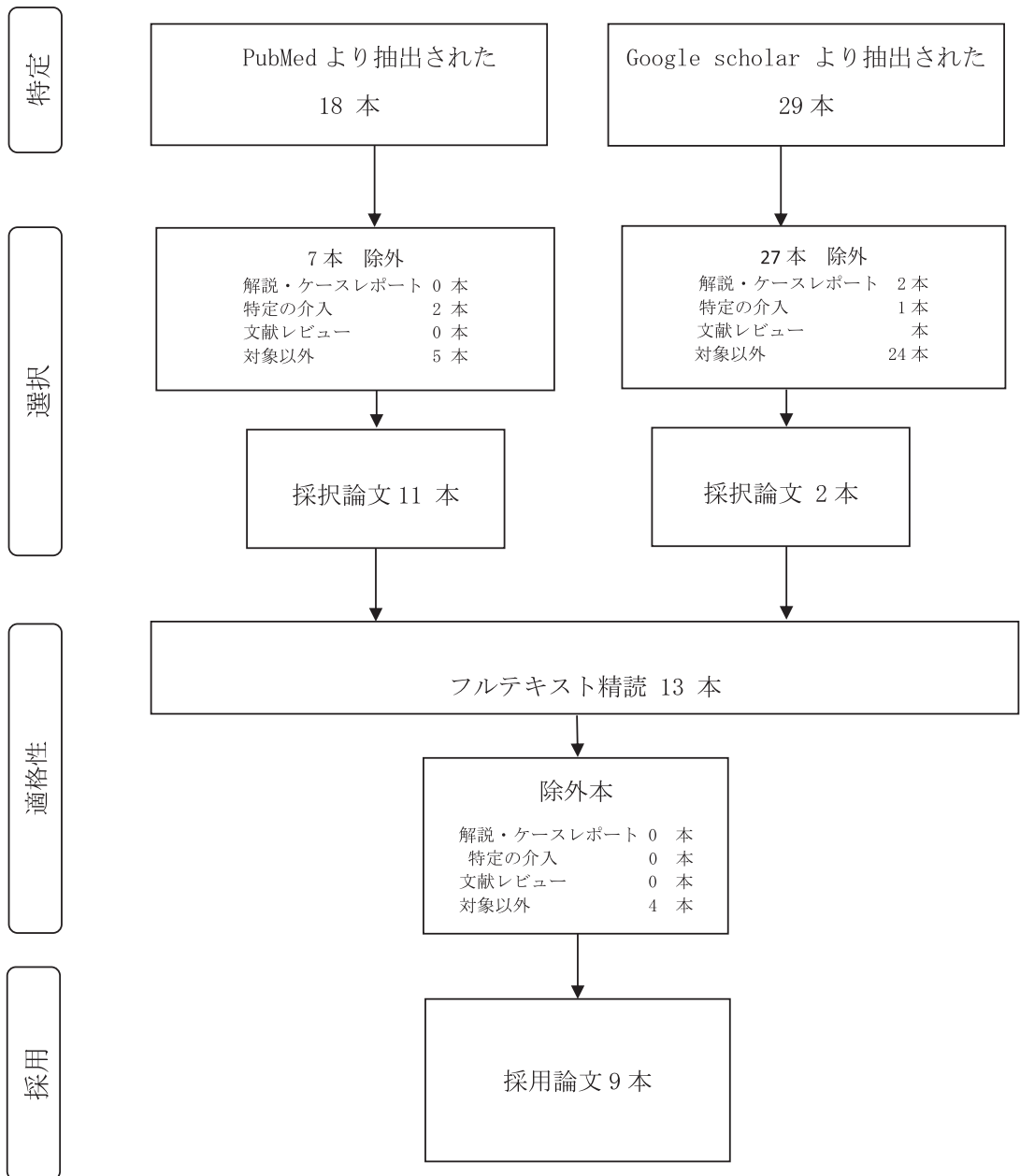


図 1 対象文献選定のためのフローチャート

scale; CAPS) 2 研究^{1) 20)}、PTSD チェックリスト (PTSD checklist; PCL) 3 研究^{6) 7) 20)}、精神科診断面接マニュアル Structured Clinical Interview for DSM- IV (SCID)^{9) 15)} 2 研究、DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)²¹⁾ が 1 研究で使用された。また、幼少

期のトラウマ体験のアセスメントで 3 研究^{1) 5) 15)} が CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) を使用し、その他出来事インパクト尺度 (Impact of Event Scale-revised; IES-R) が 1 研究で用いられた¹⁵⁾。

表1, 各研究の概要

著者(出版年)	対象者	調査方法/評価尺度	主な結果/考察
Aase et al., (2017) ¹⁾	OEF/OIF/OND の元軍人90名 (平均年齢33.01歳) PTSD群 31名 (平均年齢33.87歳) 人種 PTSD群45%が アフリカ系アメリカ人 CTQ 有意差なし CAPS 総得点 有意差あり 戦闘経験 有意差あり MDD有意差あり BDI- II 有意差あり TBIスクリーニング 有意差あり 向精神薬の服用 有意差あり	トラウマ・PTSD CAPS CTQ 戦闘経験CES 抑制CPT- II ワーキングメモリ BVMT-R 言語WTAR CVLT-2 うつBDI- II	抑制:有意差なし ワーキングメモリ:全サンプルの視覚記憶の成績とCAPS下位項目である回避、麻痺との間に相関が認められた。 実行機能全般:有意差なし 言語学習:全サンプルCAPS総得点および下位項目と言語学習スコアに相関が認められた。 PTSD群は有意差なし。 考察:うつを調整すると言語学習においても有意差が認められなかったのでPTSD症状による影響ではない。 限界点:発病前に関しては詳細な情報がない。サンプルサイズが小さい。男女比が結果に関わっている可能性。TBIに関しては厳密な診断を行っていない。
Daly et al., (2017) ⁵⁾	大学生110名 (平均年齢20.36歳) 子どものころに不適切養育を受けた経験を持つ研究参加者 66名 女性72% 白人53% 性差、服薬、病歴については有意差なし	トラウマ・PTSD CTQ-SF-SF 実行機能BRIEF-A D-KEFS 不安BAI うつBDI- II	ワーキングメモリ:子どものころに不適切養育を受けた経験を持つ群は、統制群よりもメタ認知の課題成績が有意に低かった。 言語:不適切養育の程度は、抑制/シフト、言語流暢性に有意な負の相関を示した。 限界点:不適切養育を受けた経験がある程度現実的に対処してきたことが予想されるサンプル。自記式評価によるレポーターバイアスがある可能性。
DeGutis et al., (2015) ⁶⁾	OEF/OIF/OND の元軍人37名 (平均年齢32.8歳:PTSD該当者は18名) 学習歴 平均13.9年 戦闘経験 DRRI 平均14.1 (中等度の暴露経験) PCL-C 35.2 (中等度PTSD症状) BDI- II (中等度気分障害) アルコール 平均5.3杯/日(ボーダーライン)	トラウマ・PTSD PCL-C 戦闘経験DRRI 抑制Grad CPT シフトCANTAB ワーキングメモリ WAIS; 数唱 D-KEFS; 言語表出 うつ DASS BDI- II	抑制:PTSD症状との相関あり シフト: PTSD症状との相関なし ワーキングメモリ: PTSD症状との相関あり うつ:抑制、ワーキングメモリ、ストループ課題で影響が認められた。BDIとGrad CPTに影響が認められた。 考察:実行機能全体よりも抑制に特異的な影響を及ぼす。注意の持続は、解離得点との相関が認められた。 限界点:サンプルサイズが小さい。実行機能のテストバッテリー、PTSDの診断が明確ではない。
Dunbar et al., (2019) ⁷⁾	現役/元兵士326名 (平均年齢40歳代;75.5%男性) 学習歴 高卒/短大卒35%、 大33.4%、それ以上31.6% 人種 大部分が白人 軍事経験 少なくとも1年以上 62.9%、OFF/OIF経験51.8% PCL \geq 50 19.6%	トラウマ・PTSD PCL-C PHQ-9 認知機能課題 NIH-TB リストソート課題 抑制 フランカー課題 処理速度 パターン 比較課題 ワーキングメモリ PSMT	実行機能課題:PTSD症状の重症度とNIH-TBの成績は強い相関があった。特に、リストソート課題、フランカー課題、パターン比較課題、PSMTはPTSDの重症度とパフォーマンスの相関がみられたが、単語、リーディングパフォーマンスには有意差は認められなかった。 うつは単独でパフォーマンスに影響を与えてはいない。 考察:シフト課題にはPTSD症状との有意な相関が認められた。 限界点:TBIの症状歴は自己申告であるためバイアスが生じている可能性。学習歴が短い研究参加者や女性などは入っていないサンプル。
Hermelink et al., (2017) ⁹⁾	乳がんステージ0-3と診断された18歳から65歳の女性166名、 科学療法なし群(平均年齢53.4歳)、 科学療法群(平均年齢47.7歳) 学習歴 有意差なし 就業 有意差なし 抑うつ、乳癌患者用QOL尺度 有意差あり	PTSD SCID PHQ-D VLMT 乳癌患者用QOL尺度 FEDA	抑制課題:乳がん患者のGo/No go課題成績は統制群と比較して有意に低い。PTSD症状は、乳がんの併存症状としてGo/No go課題に影響を与える。 限界点:サンプルサイズが小さい。

著者(出版年)	対象者	調査方法/評価尺度	主な結果/考察
Shaji (2020) ²¹⁾	消防士60名 (現場勤務20名、オフィス勤務20名、現場とオフィス両方で勤務20名)	トラウマ・PTSD DSM-5 認知機能課題 MoCA	オフィス勤務と現場+オフィス両方で勤務している群の認知機能障害得点を比較すると有意な差が認められた。 認知機能障害と PTSD には、年齢、婚姻状況、勤務経験年数により有意差がみられた。 限界点:ひとつの現場のみのデータ。サンプルサイズが小さい。
Shwartz et al., (2020) ¹⁹⁾	元兵士123名 (平均年齢45.30歳男性90.2%;) 教育歴13.39年 病歴 気分障害 55.3%、 PTSD17.9%、軽度認知機能課題17.9%、物質関連障害 17.1%、 ADHD 8.1% その他精神障害 29.3%、診断なし 8.9%	精神症状 MMPI-2 実行機能 BRIEF-A	実行機能:BRIEF-Aの行動調整因子とMMPIの精神症状に関連性が認められた。メタ認知項目は、士気低迷と関連し、実行機能全般とは大きく関連しなかった。 考察:本研究の元兵士のサンプルでは、実行機能の能力よりも全般的な感情的苦痛をもっともよく表した。
Swick, D., & Ashley, V.(2017) ²⁰⁾	PTSDと診断されたイラク・アフガニスタン元兵士28名 (平均年齢35.14歳) 学習歴:統制群15.54年、PTSD群14.00年 有意差あり	トラウマ・PTSD CAPS もしくは、 DSM-5、PCL、CTQ 認知機能課題 ドットブルーブ課題 うつ BDI	抑制:統制群と比較して PTSD 群は、有意に反応時間が長かった。PCL 得点と個人内変動性は有意な相関がみられた。注意バイアス変動性は反応時間に強い相関、認知障害に関連した。 うつとの関連:PCL 得点との相関が認められた。 考察:全般的な実行機能障害ではなく、認知のトップダウン処理への障害なのではないか。 限界点:注意バイアス変動性が注意バイアスを正確に測定できているかは不明。統制群と PTSD 群に有意な学習歴の差、うつや軽度の TBI も要因を分けることなく分析しているために結果に影響を及ぼしている可能性。
Nakayama et al.,(2020) ¹⁵⁾	子ども時代に不適切養育を受け PTSDと診断された成人女性50名(平均年齢38.7歳)、学習歴、喫煙の有無に関して有意差無し。 STAI、BDI、CTQスコアは PTSD 群が健常群と比較して有意に高かった。	トラウマ・PTSD SCID IES-R CTQ 認知機能課題 RBANS 不安 STAI- II うつ BDI- II	認知機能課題:CTQの性的虐待項目とRBANSの言語、総得点が健常群と比較して有意な負の相関見られた。 限界点:サンプルサイズが小さい。女性だけのサンプルである。不適切養育をどのくらい期間受けたかわからない。

Note. BAI=Beck Anxiety Inventory; BDI=Beck Depression Inventory; BRIEF-A= Behavior Rating Inventory of Executive function for Adults; BVMT-R= Brief Visio spatial Memory Test; CANTAB=Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery; CAPS= Clinical Administered PTSD scale; CES=Combat Exposure Scale; CFQ=Cognitive failures Questionnaire; CPT- II =Conner's Continuous Performance; CTQ=Childhood Trauma Questionnaire; CVLT-2=California Verbal Learning Test-2nd edition; DASS= Depression Anxiety Stress Scales; DKEFS= Delis-Kaplan Executive function System; FEDA=Questionnaire of Experienced Deficits of Attention; Grad CPT=gradual onset continuous performance task; PCL=PTSD checklist; DRRI=Deployment Risk and Resilience Inventory-2 combat experiences portion; MMPI-2= Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2; MoCA= Montreal Cognitive Assessment; NIH-TB=NIH Toolbox Cognitive Battery; PHQ-9=Patient Health Questionnaire; RBANS=Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status; STAI=State-Trait Anxiety Inventory; SCID= Structured Clinical Interview for DSM- IV ; WAIS=Wechsler Adult Intelligence Scale; WTAR=Wechsler Test of oral word recording.

その他アセスメントに使用された評価課題

PTSD の併存症状に関して、うつ病自己評価尺度 (Beck Depression Inventory; BDI) でうつを評価した研究が 4 研究¹⁾⁶⁾¹⁵⁾²⁰⁾、DASS (depression, anxiety, stress scale) で評価した研究が 1 研究¹⁾であった。

不安の評価には、ベック不安評定法 (Beck

Anxiety Inventory; BAI)⁵⁾と状態 - 特性不安尺度 (State-Trait Anxiety Inventory; STAI)¹⁵⁾が使用された。その他、兵士を対象にした研究では、軍事経験に CES (Combat Exposure Scale)¹⁾、DRRI (Deployment Risk and Resilience Inventory-2 combat experiences portion)⁶⁾が使用され、また、乳がん治療を経験した女性を対象

にした研究では、がん特異的 QOL 尺度 (The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30; EORTC-QOL-CF) が使用された⁹⁾。

その他、研究参加者についての情報は、人種^{1) 5) 7)}、結婚歴などで、消防士を対象にした研究については結婚歴の有無が症状の重症度と関連があったと報告された²¹⁾。その他外傷性脳損傷 (Traumatic Brain Injury; TBI) に関する情報は 2 研究で示され^{1) 7)}、教育歴^{1) 6) 7) 9) 15) 19) 20)}、アルコール摂取に関するスクリーニング⁶⁾、その他向精神薬の服用¹⁾や病歴¹⁹⁾があげられた。

実行機能の評価方法

実行機能の評価方法は、コンピュータを用いた CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) が 1 研究⁶⁾、iPad を用いて NIH Toolbox Cognitive Battery を実施したものが 1 研究であった⁷⁾。

検査者との個別検査が 8 研究で実施され^{1) 5) 6) 7) 9) 15) 20) 21)}、質問紙評価である BRIEF-A (Behavior Rating Inventory of Executive function for Adults) を用いた研究が 2 研究であった^{5) 19)}。質問紙評価と個別検査の両方が実施された研究が 1 研究であった⁵⁾。

各評価項目の結果

多くの結果において実行機能全般の課題成績に PTSD の影響が認められることはなく、特異的な機能に影響が認められるという共通した結果であった^{1) 5) 6) 7) 9) 15) 20) 21)}。

一方、PTSD の重症度と実行機能障害の程度は比例するという結果^{5) 7)}、および PTSD の併存症状が媒介して実行機能に影響を及ぼすことを結果^{1) 9)}が示されたものの、これらはすべての研究結果間で一致した見解ではなかった^{1) 7)}。

抑制課題

課題成績が統制群と比較して有意な低下⁹⁾お

よび症状との関連を示した研究が 3 研究あった^{5) 6) 20)}。また、脅威刺激への選択的注意に関する課題において PTSD 群は、有意に反応時間が長かったとするもの¹⁾、注意の持続は、解離との相関がみられるなど、他の項目よりも PTSD 症状との関連が多く認められた。

シフト課題

CANTAB で実施されたシフト課題については、統制群と比較して課題到達度や成績自体に有意な差は認められなかったという結果⁶⁾の一方で、個別検査や質問紙調査において有意な関連がみられた研究が 3 研究^{5) 7) 19)}という結果であった。

ワーキングメモリ課題

全サンプルの視覚記憶の成績と CAPS 下位項目である回避、麻痺との間に相関が認められたとされる一方で、うつを交絡因子として調整すると言語学習においても有意差が認められず、PTSD 症状による影響ではないとする結果が 1 研究¹⁾で報告された。また、不適切養育を受けた経験を持つ群は、メタ認知の課題成績が有意に低かった研究⁵⁾や、同じく不適切養育体験を持つ研究参加者の CTQ の性的虐待項目と RBANS (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status) の言語、総得点は、健常群と比較して有意な負の相関を示したと報告した研究¹⁵⁾。その他、BRIEF-A のメタ認知項目とミネソタ多面人格目録 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI) の下位項目に関連がみられた研究が 1 研究で挙げられた¹⁹⁾。

IV, 考察

本研究では、これまでの PTSD 症状を持つ対象者の実行機能研究を概観する中で、PTSD と実行機能障害、症状の重症度と実行機能の特徴、併存症状との関連について整理することを目的とした。

まず、PTSD 症状の影響は、実行機能全般に問題が生じるのか、それとも特異的な機能に問題が生じるのかということについては、本研究で用いた文献に関しては、実行機能の全てが障害されているわけではなく、抑制、シフト、ワーキングメモリの一部の特異的な障害であるとの報告が多かった。しかし、先行研究でも言及されてきたように、測定に使用されている検査課題が一致しておらず、検査者と対面の神経心理学的個別検査を実施している場合や課題をコンピュータで実施しているなど実行機能の測定方法が異なっている。本研究で挙げた研究のシフト課題に関しても、コンピュータで実施されたシフト課題については、統制群と比較して有意な差は認められなかったという結果⁶⁾の一方で、他の個別検査や質問紙検査では有意な関連が認められている^{5) 7) 19)}。これらは、検査課題の実施時間や認知的負荷の差が結果に影響している可能性も考えられ、その解釈に注意が必要であると考えられた。また、山村ら(2011)は、実行機能の問題は日常生活で現れやすいと考えることから、日常場面を想定した測定の重要性が言及されているが、非日常場面の実験的測定と日常場面を想定した質問紙を併用し、包括的に調査した研究は少なかった。国内の PTSD と実行機能障害の関連に関する研究では、本研究で選定された文献で用いられたような BRIEF-A など日常場面を想定した質問紙が使用されている研究はより少なく、また標準化なども行われていない。そのため今後そのような質問紙評価を使用し、非日常場面の実験的測定の弱点を補完することでより詳細な検討が可能になると考えられる。

次に、PTSD の重症度が、実行機能障害の程度に比例するのかということについては、重症度と実行機能障害について必ずしも比例する結果ではなかった。この結果は、メタ分析の結果とも一致している²⁵⁾。しかし、これらの結果において研究参加者の元の実行機能レベルを想定

する情報が少ないことは注意が必要である。PTSD 発症以前の情報が少ないために対象者は、PTSD によって実行機能が低下したのか、元から実行機能が低いサンプルなのか判断することができない。今後はその点を踏まえ、これまでに実行機能と関連することがわかっている社会経済因子などの情報を収集することが望ましいと思われる。

最後に、PTSD に伴う併存症状の影響に関しても共通した報告が得られなかった。併存症状の影響を見るために多くの場合、うつが交絡因子として考慮されているが、その結果も研究により差異がみられた。PTSD はうつの他、睡眠障害、アルコール依存など併存症状が多くみられる^{14) 17)}。それら併存症状も含め症状には個人差がみられることが考えられる。そのトラウマの特徴、および症状の個人差が反映される項目を追加した分析が必要であると考えられる。

以上の結果から今後は、PTSD に伴う併存症状を捉えること、そして実行機能をより包括的に検討するためには非日常、日常場面でのアセスメントが必要であると示唆された。さらに、PTSD と実行機能障害の関連をより正確に捉えるためには、対象者の PTSD 発症前の実行機能レベルを想定できるような情報を収集することが望ましいと思われる。

V, 限界点

本研究における選定論文の基準は、「PTSD」、[PTSD-related cognitive impairment] というキーワードで抽出しているが、PTSD の診断や症状が他者評価や自己報告によるチェックリスト方式で行われた研究が混在している。そのため、厳密に PTSD の診断基準に当てはまるには疑問が残る論文も含まれ、妥当性が十分ではない点に注意が必要である。よって PTSD 症状と実行機能の関連ではなく広義のトラウマ症状との関連を検討した研究が含まれる可能性も示唆される。

本研究では、2つのデータベースを対象にしたため研究結果によりすべてを包括できたとは言えない。以上のような限界点はあるものの、本研究はPTSD症状を持つ対象者の実行機能の問題についての近年の研究を明らかにし、今後の展望について考える手がかりを示したと考える。

VI, 引用文献

- 1) Aase DM, DiGangi JA, Babione JM, Schroth C, Levy DM, Kennedy AE, ... & Langenecker SA. PTSD symptoms are associated with visual retrieval performance in OEF/OIF/OND veterans. *Psychiatry Research*. 2017; 257:156-62.
- 2) Crocker LD, Jurick SM, Thomas KR, Keller AV, Sanderson-Cimino M, Boyd B, ... & Jak AJ. Worse baseline executive functioning is associated with dropout and poorer response to trauma-focused treatment for veterans with PTSD and comorbid traumatic brain injury. *Behaviour research and therapy*.2018;108:68-77.
- 3) Casaletto KB, & Heaton RK. Neuropsychological assessment: Past and future.*JINS*.2017;23 (9-10):778.
- 4) Crocker LD, Jurick SM, Thomas KR, Keller AV, Sanderson-Cimino M, Hughes C, Ensor R, Wilson A, & Graham A. Tracking executive function across the transition to school: A latent variable approach. *Developmental neuropsychology*. 2009;35 (1):20-36.
- 5) Daly BP, Hildenbrand AK, Turner E, Berkowitz S, & Tarazi RA. Executive functioning among college students with and without history of childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*.2017;26(7):717-35.
- 6) DeGutis J, Esterman M, McCulloch B, Rosenblatt A, Milberg W, & McGlinchey R. Posttraumatic psychological symptoms are associated with reduced inhibitory control, not general executive dysfunction. *JINS*. 2015;21(5):342-52.
- 7) Dunbar KE, Raboy AL, Kirby ZM, Taylor PL, & Roy MJ. Distinguishing the relative impact of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury on iPad-measured cognitive function. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*.2019;22 (12):761-65.
- 8) Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, & Kenworthy L. Test review behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychology*.2000; 6(3):235-38.
- 9) Hermelink K, Bühner M, Sckopke P, Neufeld F, Kaste J, Voigt V, ... & Rjosk-Dendorfer D. Chemotherapy and post-traumatic stress in the causation of cognitive dysfunction in breast cancer patients. *JNCI*.2017;109 (10):djx057.
- 10) Hughes C, Ensor R, Wilson A, & Graham A. Tracking executive function across the transition to school: A latent variable approach. *Developmental neuropsychology*.2009;35(1):20-36.
- 11) 上條菜美子 & 湯川進太郎. ストレスフルな体験の意味づけにおける侵襲的熟考と意図的熟考の役割.*心理学研究*.2016;86(6):513-23.
- 12) 小松伸一. 教育講演 認知心理学からみた発達障害: 実行機能と注意機能の分析 (第 87 回 [日本小児精神神経] 学会特集号 発達障害児への包括的支援).*小児の精神と神経*.2002;42(3):159-67.
- 13) Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, & Wager, TD.The unity and diversity of executive functions

- and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology*.2000;41(1):49-100.
- 14) Morina N, Malek M, Nickerson A, & Bryant RA. Meta – analysis of interventions for posttraumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low – and middle – income countries. *Depression and anxiety*.2017;34(8):679-91.
- 15) Nakayama M, Hori H, Itoh M, Lin M, Niwa M, Ino K, ... & Kunugi H. Possible long-term effects of childhood maltreatment on cognitive function in adult women with posttraumatic stress disorder. *Frontiers in psychiatry*.2020;11:344.
- 16) 永野美咲 & 清水寿代. 幼児の自己調整機能・実行機能が社会的スキルに及ぼす影響. *幼年教育研究年報*.2016;38:43-50.
- 17) Nishith P, Resick PA, & Mueser KT. Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*.2001;14(3):469-79.
- 18) Op den Kelder R, Van den Akker AL, Geurts HM, Lindauer RJ, & Overbeek G. Executive functions in trauma-exposed youth: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*.2018;9(1):1450595.
- 19) 関口理久子 & 山田尚子. 実行機能質問紙 (Executive Functions Questionnaire) の開発. *関西大学心理学研究*.2017;(8):31-48.
- 20) Schwartz SK, Roper BL, Arentsen TJ, Crouse EM, & Adler MC. The Behavior Rating Inventory of Executive Function®-Adult Version is Related to Emotional Distress, Not Executive Dysfunction, in a Veteran Sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*.2020;35(6):701–16.
- 21) Swick D, & Ashley V. Enhanced attentional bias variability in post-traumatic stress disorder and its relationship to more general impairments in cognitive control. *Scientific reports*.2017;7(1):1-10.
- 22) Shaji PC. Cognitive Impairment and Post Traumatic Stress Disorder among Firefighters, *International Journal of Innovative Science and Research Technology*.2020;5(3):165-75.
- 23) Twamley EW, Allard CB, Thorp SR, Norman SB, Cissell SH, Berardi, KH, ... & Stein MB. Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*.2009;15(6):879-87.
- 24) 浮穴寿香, 橋本創一, & 出口利定. 知的障害を伴う発達障害児の実行機能の特徴: ルールの切り替えを含む課題を用いた経年的視点からの検討, *東京学芸大学紀要 総合教育科学系*.2008;59:183-89.
- 25) Woon FL, Farrer TJ, Braman CR, Mabey JK, & Hedges DW. A meta-analysis of the relationship between symptom severity of Posttraumatic Stress Disorder and executive function. *Cognitive neuropsychiatry*. 2017;22(1):1-16.
- 26) 山村麻予, 辻本耐, & 中谷素之. 幼児期における実行機能と他者感情理解の関連性. *大阪大学教育学年報*.2011;16:59-71.

外傷的な喪失を経験したきょうだいの レジリエンスに関する研究の動向と課題



太田美里
香川大学

本研究は、殺人、事故、自死といった外傷的な喪失によってきょうだいを失った「遺されたきょうだい」の文献レビューを行い、①遺されたきょうだい特有の死別後の経験やネガティブな心身への影響、②遺されたきょうだいの回復に必要な個人内外の要因とそれらによって生じる回復プロセス（レジリエンス）の2点を検討することを目的とする。

CiNii, PubMedおよびGoogle Scholar等を用いて研究資料を検索し、32件の文献を分析対象とした。レビューの結果、国内外問わず外傷的な喪失を経験した遺されたきょうだいの研究は乏しいことが示された。また、レビューを行った先行研究の知見を基に、きょうだいのレジリエンスについて理論的な整理を行うと共に、「遺されたきょうだいにおけるレジリエンスの理論的仮説モデル」を作成し、文化的価値観を含めた環境と遺族個人の相互作用を検討する必要性等、今後の研究の課題と展望を考察した。

キーワード：レジリエンス、意味づけ、きょうだい、外傷的喪失

I. 問題と目的

殺人、事故、自死のように、予期せず暴力的な死別によって愛する者を失う経験をした遺族は、心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder: 以下、PTSD）等の精神疾患に罹患するリスクが高い^[26]。本邦の平成30年度における犯罪による死亡者数は690名、交通事故では3,532名^[19]、自死では20,840名にのぼり^[20]、こうした故人の背景に数倍の遺族が存在することを考慮すると、遺族の心的理解を深め、その心理的ケアの質を向上させることは重要な課題と言える。

本研究はこうした遺族の中でも、予期せず暴力的な死別によって大切なきょうだいを失った「遺されたきょうだい」に着目する。先行研究^[10]では、“The forgotten bereaved”（忘れられた遺族）として遺されたきょうだい表現され、子どもを失った親に注意が向けられる中で、きょうだいに支援が行き届いていないことが指摘さ

れている。我が国でも同様の状況であることが想定され^[35]、きょうだいの研究を行い、その知見を基に支援を充実化させていくことが求められている。そこで、本研究ではまず、「遺されたきょうだい」の文献レビューを行い、先行研究の知見を整理することで、今後の研究の課題と展望を示すことを目的とする。なお、本研究ではレビューを行う際に、以下の2点を検討する。

まず1点目は、遺されたきょうだい特有の死別後の経験やネガティブな心身への影響を検討する。大切なきょうだいとの死別に伴う経験や、心身への影響を整理することは、遺されたきょうだいに必要な臨床心理学的研究を考慮する上で重要である。

2点目は、遺されたきょうだいにおけるレジリエンスの検討を行う。レジリエンス(resilience)は、人間の「回復」を示し、重篤なストレスからの良好な適応とそれに必要な個人と環境の資源に着目した概念である。上述の死別後に生じ

るネガティブな心身への影響のみならず、適応的な回復プロセスとそれに必要な個人内外の要因を整理することは、きょうだいの強みを活かすようなサポート体制を検討する上で重要である。なお、レジリエンスは重篤なストレスからの適応とそれに必要な個人内外の資源を検討した概念であることは一定の理解が得られているものの、その心理学的定義は多様化しており、統一した見解は得られていない。具体的には、レジリエンスを個人特性と捉える立場^[52]、個人と環境の相互作用から生じる力動的なプロセスと捉える立場^[31]、そしてその双方に注目する立場^[32]がある。本稿では遺されたきょうだいのレジリエンスを幅広く理解するため、いずれの定義の論文も採用し、レジリエンスと明確に述べられていない論文であっても、きょうだいの適応的な回復プロセスやそれに資する個人内外の資源について検討された論文であればレビューの対象とする。

また、本研究ではレジリエンスを検討する際に、「意味づけ (meaning making)」にも着目する。紙面の都合上詳細なレビューは割愛するが、意味づけの定義やメカニズムの理解は研究者間によって多少異なる。意味づけ研究の詳細なレビューを通して構築された Park^[40] の統合的意味づけモデル (Integrated model of meaning making) によると、人間は独自の信念システム (世界観や自己観) を保持しており、外傷的な出来事に直面すると、個人が保持している信念システムと出来事の評価に差が生じることから、人は意味づけに動機づけられる。例えば、殺人で大切な家族を失うという出来事は、故人が明日も生きている、世界は安全であるといった個人の信念を打ち崩す体験をもたらす、それによって人は「なぜ (Why)」このような出来事が起きたのかと、意味を探索していくことが想定される。先行研究では^{[5][40]}、こうした探索プロセスそのものや、そのプロセスを経て生じた理解を、既存の信念へ統合していくことが意味づけと考

えられている^[40]。意味づけの代表的な概念として、外傷的な出来事を経て自らの人間的な強さをより実感する等のポジティブな心理的変容を示す「心的外傷後成長 (Post-traumatic growth 以下、PTG)」が挙げられる^[50] (p.1)。意味づけとレジリエンスは異なる概念ではあるが、外傷的な喪失の適応に必要な個人の資源やレジリエンスの結果の一つとされているため^{[14][27][24]}、本稿では意味づけを遺されたきょうだいの心的理解やレジリエンスを検討する上で特に重要な概念と考えレビューを行う。なお、本研究では先行研究に倣い^{[9][36]}、殺人、事故、自死を外傷的な死別とする。

II. 方法

文献検索のプロセス 分析対象とする文献は、①殺人、事故、自死のいずれかの出来事によってきょうだいを失った「遺されたきょうだい」を対象者に含むこと (総説の場合は殺人、事故、自死のいずれかの出来事によってきょうだいを失った「きょうだい」に関する記述があること) を絶対条件とする。そして、②遺されたきょうだいの死別後の体験や心理的影響及び適応までのプロセスについて検討していること、あるいは③遺されたきょうだいの適応に資する個人内外の要因を明らかにしていることのいずれかを満たすものを選定した。なお、外傷的な喪失という死別の出来事の影響や遺されたきょうだいに特化した分析・考察がなされていない文献、特定の心理療法の効果を主に検討した文献は除外した。海外の文献検索は、PubMed および Google Scholar を利用し、国内の文献検索は CiNii と Google Scholar を用いた。国内外問わず、上記のデータベースと併せてハンドサーチも行った。文献検索の条件は、雑誌論文あるいは書籍とし、発行年数は特に定めなかった。国外の文献は “bereaved siblings” or/and “resilience” or “meaning”、国内の文献は「きょうだい」に加え「悲嘆」、「喪失」、「レジリエンス」、「意味

づけ」のいずれかの語句が含まれているものを抽出した。検索実施日は、2019年11月15日であった。2019年11月15日に、データベースおよびハンドサーチにより検索された論文355件の文献について、タイトルおよび抄録を精査し、分析対象のスクリーニングを行った。その結果、選定基準を満たさない323件を除外し、最終的に入手可能であった32件の文献をレビュー対象とした。なお、選定基準に従い採用した国外の文献は27件、国内の文献は5件であった。

III. 結果

III - 1. 遺されたきょうだいの心身への影響

遺されたきょうだいの喪失後の経験やネガティブな心身への影響について述べた国外の文献は22件^{[1][3][10][11][12][13][18][21][22][25][29][30][34][39][41][42][43][44][45][46][48][51]}、国内では5件^{[35][37][38][47][49]}であり、研究の数は乏しかった。また、海外では大規模な数量的研究が行われているのに対し、国内は白井ら^[47]のみであった。

III - 1 - 1. 外傷的な喪失に伴う遺族の反応

遺されたきょうだいは死別後、死が信じられない気持ち、抑うつ、加害者あるいは故人に対する怒り、故人を助けられなかった罪悪感等、混乱した感情を体験する^{[1][10][18]}。先行研究では、子どもを亡くした親は侵入症状が強いが、より若いきょうだいの場合、回避症状が強いことが報告されている^{[10][11]}。遺されたきょうだいは、きょうだいの喪失について話すことを避けるようになり、人知れず外傷性悲嘆が悪化し、学校や仕事に通えなくなるケースや、ネット、アルコール等に依存する場合もある^{[22][35]}。さらに、きょうだいを失っていない者に比べ、殺人等の外傷的な喪失によってきょうだいを失った者は脳卒中のリスクが50%も高いことが報告されており^[44]、きょうだいの喪失は遺されたきょうだいの心身に大きなダメージを与え、長期的な健康にも多大なる影響を及ぼす。

III - 1 - 2. 遺されたきょうだい特有の喪失後の体験

多重の喪失 「きょうだい」とは生涯に渡って継続されることが期待され、遊び相手やライバル関係、自己や世界を理解し、探索していく上でのロールモデルにもなりうる非常にユニークな関係性であることが指摘されている^{[1][22]}。そのため、「きょうだい」の喪失は、遺されたきょうだいにとって多様な関係性の喪失を意味する。また、遺されたきょうだいは、故人そのものだけではなく、安定した情緒的サポート源であるはずの家族をも失う場合がある。当然のことではあるが、子どもを亡くした親は自らの喪失体験に圧倒され、きょうだいに対して安定して関わるのが難しくなる^[12]。先述の、遺されたきょうだいが喪失に伴う感情について話すことを避けるといった行動は、悲嘆反応に苦しむ親をこれ以上悲しませないよう、自身の気持ちを隠すようになった結果とも考えられる^{[10][30][34]}。実際に、遺されたきょうだいは情緒的に親を支えようとし、自身が家族を守らなければならないと感じる等、家族役割や将来設計を変更する必要性に迫られることがある^{[13][38]}。また、遺されたきょうだいは、悲嘆に苦しむ親を目の当たりにし、故人に比べると自分は必要のない存在なのではないかと自身に無価値観を感じる一方、いつまで親は悲しんでいるのかと怒りを感じる等、家族間において複雑な感情を体験することもある^{[1][35][51]}。

遺されたきょうだいの性差と発達段階 遺されたきょうだいが脳卒中になるリスクは、男性よりも女性の方が高い等、女性の方がきょうだいの喪失にネガティブな影響を受けやすいことが指摘されている^[44]。また、統計的に有意な差は示されなかったが、複雑性悲嘆等の精神疾患の尺度のカットオフ値を超えた者のパーセンテージも、女性の方が高いという報告が存在し^[11]、これらの結果には、女性の方が情緒的な結びつきを重視する傾向にあることが影響してい

るのではないかと考えられている^[44]。

発達段階によっても、遺されたきょうだいの体験は異なる。例えば、幼児期の子どもは、死の概念を正確に理解することが難しいため、きょうだいがいなくなった理由を自身に帰属しやすく、言語能力も未発達であることから、遊びの内容の変化といった行動によって死別の葛藤が表現されやすいたことが指摘されている^[49]。また、特にきょうだいの死別によって心身にネガティブな影響を受けると報告されているのが、青年期のきょうだいである^{[21][42][43]}。野坂^[37]は、青年期のきょうだいは死別により、将来の不確かさや再喪失の不安等が生じ、将来展望を持ち難くなることを指摘している。そして、こうした将来の不確かさに対する不安は、アイデンティティの確立という青年期の発達課題の達成を困難にする^[37]。さらに、再喪失の不安から親がきょうだいに過干渉になる等の関係性の変化も、きょうだいのアイデンティティの確立を妨げると考えられている^[30]。

出来事の性質 本稿は、事故、殺人、自死という外傷的な喪失に関する文献レビューを行ったが、当然ながら出来事の内容によって遺族への影響は異なる。まず、殺人や事故は明確な加害者が存在することから、遺族は警察の捜査や裁判を経験する。裁判は親だけが参加する 경우가多く^[25]、きょうだいはそうした状況下で加害者の刑罰を気にする様子が報告されている^[30]。また、テロ等の意図的な殺人は、遺族に多大なる恐怖感をもたらすことも特徴的である^[25]。さらに、事件によっては被害内容がメディアに取り上げられることもあり、そうしたメディアへの露出は複雑性悲嘆と正の関連があることが示されている^[25]。

一方、自死の場合、遺族は自ら命を絶った故人に対する怒りを感じる一方で、そのような感情を抱くことに罪悪感が生じる場合がある^[29]。また、自死に対する社会的なスティグマによって恥を抱え、喪失の話周囲にすることが難し

くなることも自死遺族の大きな特徴とされている^{[41][45]}。さらに、大切なきょうだいが周囲の人に助けてもらえず自死に繋がったことから、自身も助けてもらえないのだと感じ、遺されたきょうだいが他者への援助希求を行い難くなるケースも報告されている^[41]。

Ⅲ - 2. 遺されたきょうだいのレジリエンス

遺されたきょうだいの回復に必要な要因や回復プロセス（意味づけも含む）について検討した国外の文献は15件であり^{[1][3][7][8][10][12][13][15][16][18][28][34][39][43][48]}、その内10件^{[1][3][10][12][13][18][34][39][43]}^[48]は「Ⅲ - 1. 遺されたきょうだいの心身への影響」で挙げた文献にも含まれた。ただし、海外の文献において、レジリエンスを明確に定義づけ、検討を行った研究は見受けられなかった。国内では、きょうだいのレジリエンスを検討した文献は確認できなかった。なお、本稿では遺されたきょうだいのレジリエンスを理解する上で、回復プロセスに寄与する保護的要因だけではなく、精神的健康を妨げるリスク要因も理解することが重要と考え、リスク要因にも着目したレビューを行った。

Ⅲ - 2 - 1. 遺されたきょうだいのリスク要因と回復に必要な要因

個人要因 先行研究によると^[8]、若年層であること、過去に他のトラウマ体験を経験していること、学歴の低さは、外傷的な喪失の回復におけるリスク要因となることが示されている。また、回復を促す要因としては、安定的な愛着スタイルが遺されたきょうだいの回復に重要な役割を果たすことが示唆されている^[7]。安定型の愛着スタイルの者は、状況に応じたコーピングを柔軟に用いることができ、外傷的な喪失によって生じた新しい理解を既存の信念体系に統合しやすく、悲嘆が複雑化しにくいといった特徴があり、レジリエンスの結果の一つとして考えられているPTGと正の関連が示されている^[7]。また、他者にサポートを求めたり、気持ちを表現したりする力も、遺族の回復に重要であること

が指摘されている^[48]。先行研究^[28]では、複雑性悲嘆反応に対する自己開示と愛着スタイルの交互作用を検討し、愛着スタイルに関わらず自己開示を行う者は、複雑性悲嘆の評価点が低いことが示されている。そして、喪失からの回復においては、愛着スタイルそのものが悲嘆反応を予測するのではなく、不安定な愛着スタイルを持つ故に他者にサポートを求められず、このことが悲嘆を複雑化させることが明らかになっている^[28]。さらに、前述したとおり、悲嘆のプロセスにおいて生じる様々な危機に対し、遺されたきょうだいがある有効なコーピングを用いることは回復に重要である^[7]。実際に、喪失後も仕事や学校といった日常の生活を維持し、ボランティアなど意義ある活動へ参加したり、食事を整える等自分をケアしたりする行為が、喪失に直面する時間を減少させ、ストレス関連の症状を軽減させることに繋がったとする報告が見受けられる^{[16][18][48]}。また、自然死に限定されるという指摘もあるが^[15]、宗教的コーピングも故人の死を理解する際に有効であることが示唆されている^[13]。この他、日記やネット上に故人との思い出を保管するといった対処も、後述する意味づけプロセスに重要と考えられている^{[1][13]}。

環境要因 遺されたきょうだいにとって、ソーシャルサポートが回復に重要であることが示されている^[15]。ソーシャルサポートといっても、悲嘆に関する専門的な情報を与えてくれるといった道具的サポートから、気持ちを聴いてくれるなどの情緒的なサポートまで多様である^{[3][48]}。先行研究の中では^[10]、親と同居しているきょうだいは別居しているきょうだいに比べ、精神的健康が低いことが示されている。その理由として、後者のきょうだいは、自身で構築した新しいコミュニティや配偶者等からサポートを受け、精神的健康を維持している可能性があると考えられている^[10]。また、故人の他にきょうだいが存在することも重要であり、3人以上きょうだいがいることは喪失に伴う精神疾患の保護的因

子となることが示されている^[43]。また、心理士等の専門家からのサポート^[18]のみならず、友人、同じ経験をした遺族の情緒的サポートが、遺されたきょうだいの支えとなることも報告されている^{[34][48]}。ただし、レジリエンス研究において重要な「文化」の影響を検討している研究は、ほとんど見受けられなかった。

III - 2 - 2. 意味づけを中心とした遺されたきょうだいの回復プロセス

先述した通り、遺されたきょうだいは、喪失に伴う悲嘆や家族関係の変化に直面しながらも^{[13][48]}、他者と繋がり、上記の様々な対処方略を用いて、自身の気持ちと向き合ったり回避したりすることを繰り返して変化する^{[3][48]}。そして、そうした回復プロセスの中で重要となるのが「意味づけ」である。個々人で意味を模索する時期や期間は異なるが、意味づけは喪失に伴う様々な感情と向き合う中で生じるという点は共通している^{[12][18][48]}。この意味づけが生じる際に重要となるのが、「継続する絆“continuing bonds”」である。これは、故人と心の中で関係を維持し続けることを示し^[23]、きょうだいは遺品を所持する^{[39][48]}、日記等で故人とのポジティブな記憶を想起する、宗教的な視点からあの世にいる故人を想像するといった行為を通して、故人と内的な絆を結び直していく^{[1][13]}。この継続する絆は、遺されたきょうだいが故人の死を理解する上で重要な役割を果たし、その結果きょうだいは自分自身を見つめ直し、創造的な未来に向かって新たな人生を歩む。つまりPTGを感じることに繋がるのである^{[1][13]}。

その一方で、継続する絆は故人が生きていた頃の関係性が反映されやすい側面も持つ^[39]。故人と遺されたきょうだいは、家族力動上ライバル関係といった葛藤的な関係であることも多く、心地よい内的な絆の形成が困難となることが予想されており、続柄に着目した継続する絆の差異を検討する必要性が指摘されている^[39]。

IV. 考察

本研究は、遺されたきょうだいの文献レビューを行い、外傷的な喪失による遺されたきょうだいの心身への影響や、レジリエンスについて国内外の知見を整理し、これまでの研究の動向や課題を明らかにすることを目的とした。

IV - 1. 遺されたきょうだいの心身への影響

IV - 1 - 1. 遺されたきょうだいのメンタルヘルスに関する研究の課題

本研究では、国内外問わず外傷的な喪失を経験した遺されたきょうだいのメンタルヘルスに関する文献が乏しいことが示された。特に、本邦の遺されたきょうだいの長期的な心身への影響を理解する上で、縦断的な量的研究を行うことが必要と考えられる。また、遺されたきょうだいの場合、発達段階によって周囲や家族関係の中で生じる体験、対処方略などに差が生じることが考えられ、年齢を統制した上で調査を行うことも必要である。

IV - 1 - 2. 遺されたきょうだいに対する研究を実施する上での課題

先述した通り、国内外問わず遺されたきょうだいに関する研究は乏しい現状にあるが、こうした研究の乏しさには、きょうだいを対象とした調査を実施すること自体が困難であるという課題が存在する。研究法によって程度の差はあるが、研究を行う際には遺族に故人の死や、自身について振り返ってもらう必要があり、これはきょうだいにとって大きな負担を伴う体験となることが予想される。赤田・坂口^[2]は、調査によって遺族に二次被害を与えないよう、調査方法、調査後のフォロー等について配慮を行う必要があると述べている。特に遺されたきょうだいは、回避傾向が高く^{[10][11]}、親以上に故人の喪失について語る機会が乏しい可能性があるため、一層の配慮が必要と思われる。また、研究者側も研究を行う過程で、無力感等トラウマに関する様々な感情を経験することから、研究

を続けていくことそのものが困難であることも指摘されている^[33]。そのため、対象となる遺族と研究者の双方が安全に研究を行えるよう、調査前から調査後に至るまでの配慮を含めた研究方法そのものを精緻化していくことも研究を進展させる上で必要である。

IV - 2. 遺されたきょうだいにおけるレジリエンス

IV - 2 - 1. 遺されたきょうだいに対するレジリエンス研究の必要性と課題

本研究により、レジリエンスという概念を明確に定義づけた研究は国内外問わず乏しいことが示された。しかし、海外では主に2000年以降からレジリエンスという概念を用いずとも、遺されたきょうだいの回復に必要な個人内外の資源や回復プロセスに着目した研究がなされていた。本研究では、レビューで整理を行った知見を基に「遺されたきょうだいにおけるレジリエンスの理論的仮説モデル」(Figure 1)を示し、Figureに沿ってその課題について考察を述べる。

先行研究^[39]によると、遺族の喪失後の回復は(1)個人要因、(2)環境要因、(3)出来事の性質の3つの要因が相互に作用して生じると考えられているため、それらを「1. 遺されたきょうだいの回復に影響する要因」として図示した。まず、(1)個人要因における①回復に影響を与える要因は、性別、発達段階等、先行研究で明らかとなっている回復に影響を与える個人特性を示した。そして、②回復の保護的要因は、遺されたきょうだいの回復プロセスにおいて肯定的に寄与する要因を示した。

また、(2)環境要因の①回復に影響を与える要因は、遺されたきょうだいの回復に影響を与える環境要因を示した。②回復の保護的要因は、きょうだいの回復に寄与する環境要因を示している。先述した通り、遺されたきょうだいの回復において、親の情緒的サポートは重要である。しかし、親から情緒的サポートを得ることが難しい場合であっても、他のきょうだいや友人等の情緒的サポートが遺されたきょうだいの回復

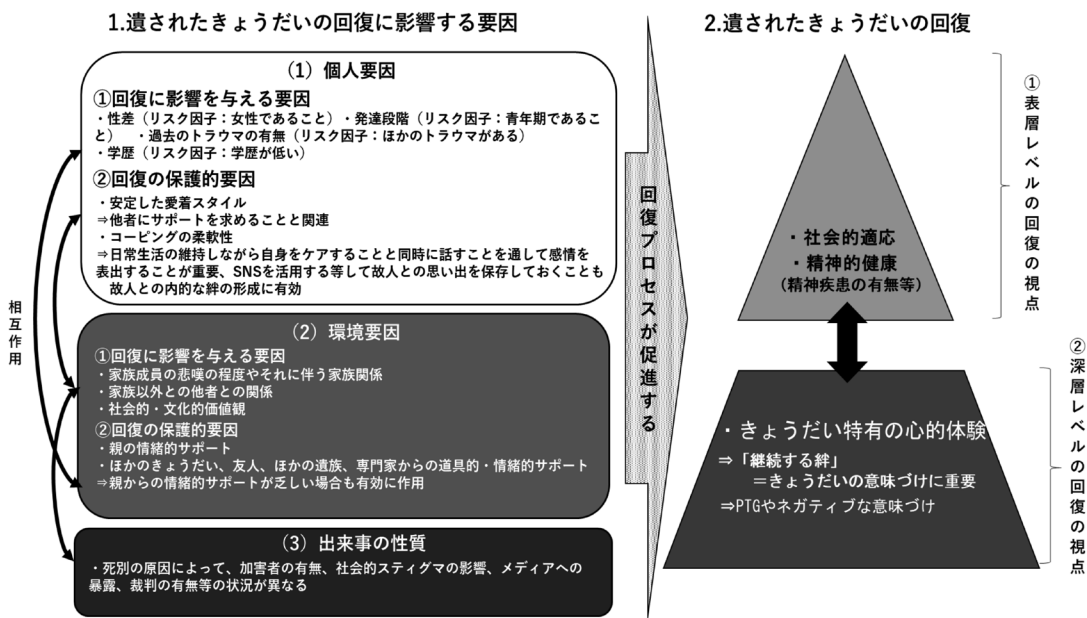


Figure 1. 遺されたきょうだいにおけるレジリエンスの理論的仮説モデル

を支えることが先行研究において示されていることは注目すべき点である。遺されたきょうだいは、家族関係の変化等きょうだい特有の危機の中で、自身の持っている回復力 ((1) 個人要因) を駆使し、周囲のサポート等の (2) 環境要因の影響を受けながら変化しているはずである。しかし、本邦におけるきょうだいが喪失後どのような危機を体験し、(2) 環境要因の影響を受けながら (1) 個人要因の力を発揮しているのかといった、個人と環境の相互作用から生じる回復プロセスの検討はなされていない。きょうだいのレジリエンスを理解する上で、個人と環境の相互作用を検討することは非常に重要である。

また、その際に考慮すべき重要な要因は、(2) 環境要因の「①回復に影響を与える要因」で示した、社会的・文化的価値観である。本研究のレビューでは、レジリエンスに重要と考えられている社会的・文化的価値観の影響について検討した研究が乏しいことも示された。今後は本邦の遺されたきょうだいの回復に社会的・文化的価値観がどのように影響を与えているのかも詳しく検討する必要がある。また、その際には、

(3) 出来事の性質にも着目し、出来事や発達段階を統制した上で、それぞれの出来事によってもたらされるきょうだいの体験の質的な違いについても検討していくことが必要である。

IV - 2 - 2. 遺されたきょうだいの回復における意味づけ

ここまで、本研究では「回復」という言葉を用いてレジリエンスについて概観してきた。先行研究では、回復の指標として、PTSD等の精神疾患の有無や^[8]、社会的適応が用いられるが、それらに問題がないことが、遺族の苦しみが無い状態を指すわけではない。石原・中丸^[17]は、レジリエンスが元の状態に戻るといった意味合いを含む概念であることから、逆境の性質を考慮し、回復の定義を明確にすべきと指摘している。永続的に続くと考えられる遺族のレジリエンスの定義を明確にすることは、研究の重要な視点であると共に大きな課題と思われる。本研究では、Figure 1の「1. 遺されたきょうだいの回復に影響する要因」の相互作用により、きょうだいの回復プロセスが促進されることを理論的に想定すると共に、「2. 遺されたきょうだいの回復」

を大きく2つの視点で理解した。まず、①表層レベルの回復の視点としては、PTSD等の精神疾患の有無及びその程度を示す「精神的健康」や日常生活を円滑に送れているかといった「社会的適応」が挙げられ、いずれも心理尺度や遺族の状態を客観的に観察することによってきょうだいの回復を捉える視点である^[8]。一方、②深層レベルの回復の視点は客観的な観察だけでは捉え難い、きょうだいの心的状態や変化を鑑みて回復を捉える視点である。これには、本研究で検討を行った「意味づけ」や「継続する絆」が含まれ、例えば、肯定的な意味を見出しているからといって、精神的健康が高いとは限らない等、これら2つのレベルの回復の視点は相互に影響を与え合いながらも異なるレベルで生じていることが想定される。遺族の心的体験を深く理解する上では、特に②の深層レベルの回復の視点にも着目してレジリエンスを検討することが必要と考えられる。先行研究では、きょうだいと故人と内的な絆を結び直しながら、自身の成長を感じていくことは示されている^{[1][13]}、意味づけや継続する絆のネガティブな側面はほとんど検討されていない。ライバル関係等、複雑な関係性であるきょうだい特有の継続する絆や意味づけプロセスを検討することは^[39]、遺族の心理的側面の理解を深める上で重要である。

なお、本研究ではきょうだいの回復を捉える上で意味づけは重要であると述べたが、先行研究^{[4][6]}では、回復に必ずしも意味づけが必要な訳ではないことが指摘されており、多様な回復の軌跡や心的機能を想定して検討を行うことも必要と思われる。

引用文献

- [1] Adams E, Hawgood J, Bundock A, Kölves K. A phenomenological study of siblings bereaved by suicide: A shared experience. *Death Stud.* 2018 Sep 11;43(5):324-332.
- [2] 赤田ちづる, 坂口幸弘. 犯罪被害によるきょうだいとの死別体験に関する研究の動向. 心的トラウマ研究: 兵庫県こころのケアセンター研究紀要. 2020;15:47-56.
- [3] Alves-Costa F, Hamilton-Giachritsis C, Halligan S. “Everything Changes”: Listening to homicidally bereaved individuals’ practice and intervention needs. *J Interpers Violence.* 2018;DOI:10.1177/0886260518766558.
- [4] Bonnano GA, Wortman CB, Nesse RM. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychol Aging.* 2004 Jan;19(2):260-271.
- [5] Bower JE, Kemeny ME, Taylor SE, Fahey JK. Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *J Consult Clin Psychol.* 1998 Dec;66(6):979-986.
- [6] Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: An expand framework. In: *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice.* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2006. p.1-23.
- [7] Cohen O, Katz M. Grief and growth of bereaved siblings as related to attachment style and flexibility. *Death Stud.* 2015 Dec 26;39:158-164.
- [8] Cozza SJ, Fisher JE, Fetchet MA, et al. Patterns of comorbidity among bereaved family members 14 years after the September 11th, 2001, terrorist attacks. *J Trauma Stress.* 2019 Jun 17;32:526-535.
- [9] Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Stud.* 2006 Jun;30(5):403-428.
- [10] Dyregrov K, Dyregrov A. Siblings after suicide “the forgotten bereaved”. *Suicide*

- Life Threat Behav. 2005 Dec;35(6):714-724.
- [11] Dyregrov K, Dyregrov A, Kristensen P. Traumatic bereavement and terror: The psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *J Loss Trauma*. 2014 Nov 20;20(6):556-576.
- [12] Forward DR, Garlie N. Search for new meaning: Adolescent bereavement after the sudden death of a sibling. *Can J Sch Psychol*. 2003 Dec 1;18(1-2):23-53.
- [13] Gamino LA, Hogan NS, Sewell KW. Feeling the absence: A content analysis from the Scott and White grief study. *Death Stud*. 2002 Dec;26(10):793-813.
- [14] Harvey MR. An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *J Trauma Stress*. 1996 Jan;9(1):3-23.
- [15] Henderson DX, Bond GD, Alderson CJ, Walker WR, et al. This too shall pass: Evidence of coping and fading emotion in African Americans' memories of violent and nonviolent death. *Omega Journal of Death and Dying*. 2015 Apr;71(4):291-311.
- [16] Hogan NS, DeSantis L. Things that help and hinder adolescent sibling bereavement. *West J Nurs Res*. 1994 Apr;16(2):132-153.
- [17] 石原由紀子, 中丸澄子. レジリエンスについて: その概念, 研究と歴史の展望. 広島文教女子大学紀要. 2007 Dec;42:53-81.
- [18] Kasahara-Kiritani M, Ikeda M, Yamamoto-Mitani N, Kamibeppu K. Regaining my new life: Daily lives of suicide bereaved individuals. *Death Stud*. 2017 Feb 23;41(7):447-454.
- [19] 警察庁: 令和元年版一犯罪白書平成の刑事政策. 2019a. < <http://hakusyo1.moj.go.jp/jp/66/nfm/mokuji.html> >
- [20] 警察庁: 平成30年中における自殺の状況. 2019b. < <https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html> >
- [21] Kennedy B, Chen R, Valdimarsdóttir U, Montgomery S, Fang F, Fall K. Childhood bereavement and lower stress resilience in late adolescence. *J Adolesc Health*. 2018 Apr 30;63(1):108-114.
- [22] Khang M, Lee DH, Kim Y. Parental perceptions of surviving sibling grief responses to an adolescent's violent and sudden death by the Sewol ferry disaster in South Korea. *Omega Journal of Death and Dying*. 2018 Jan 18;81(3):454-474.
- [23] Klass D, Silverman PR, Nickman SL. *Continuing bonds: New understandings of grief*. Philadelphia: Taylor & Francis, 1996.
- [24] 小西聖子. 犯罪被害者の心の傷. 白水社, 2006.
- [25] Kristensen P, Dyregrov K, Dyregrov A, Heir T. Media exposure and prolonged grief: A study of bereaved parents and siblings after the 2011 Utøya Island terror attack. *Psychol Trauma*. 2016 Mar 28;8(6):661-667.
- [26] Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Bereavement and mental health after sudden and violent losses. *Psychiatry*. 2012;75(1):76-97.
- [27] Lepore SJ, Revenson TA. Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In: *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2006. p.24-46.
- [28] Levi-Belz Y, Lev-Ari L. Is there anybody out there? attachment style and interpersonal facilitators as protective factors against complicated grief among suicide-loss survivors. *J Nerv Ment Dis*. 2019 Mar;207

- (3):131-136.
- [29] Lindqvist P, Johansson L, Karlsson U. In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*. 2008 Apr 21;8(1):DOI: 10.1186/1471-244X-8-26.
- [30] Lohan JA, Murphy SA. Parents' perceptions of adolescent sibling grief responses after an adolescent or young adult child's sudden, violent death. *Omega Journal of Death and Dying*. 2002 May 1;44(1):77-95.
- [31] Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000 May-Jun;71(3):543-562.
- [32] Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol*. 1990 Oct;2(4):425-444.
- [33] 宮地尚子. 環状島＝トラウマの地政学(新装版). みすず書房, 2019.
- [34] Moss E, Raz A. The ones left behind: A siblings' bereavement group. *Group Analysis*. 2001 Sep 1;34(3):395-407.
- [35] 仲 律子. 犯罪被害者のきょうだいへの支援について. 鈴鹿大学・鈴鹿大学短期大学部紀要 健康科学編. 2018;1:47-55.
- [36] Norris FH. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*. 1992 Jun;60(3):409-418.
- [37] 野坂祐子. きょうだいの喪失に伴うグリーフ・カウンセリングの過程—交通事故で弟を亡くした青年期女性の事例から. 聖マリアンナ医学研究誌. 2006;6(81):83-88.
- [38] 大和田攝子. 犯罪被害者遺族の心理と支援に関する研究. 風間書房, 2006.
- [39] Packman W, Horsley H, Davies B, Kramer R. Sibling bereavement and continuing bonds. *Death Stud*. 2006 Nov;30(9):817-841.
- [40] Park CL. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull*. 2010 Mar;136(2):257-301.
- [41] Pettersen R, Omerov P, Steineck G, et al. Suicide-bereaved siblings' perception of health services. *Death Stud*. 2014 Dec 17;39(6):323-331.
- [42] Rostila M, Berg L, Saarela J, Kawachi I, Hjern A. Experience of sibling death in childhood and risk of death in adulthood: A national cohort study from Sweden. *Am J Epidemiol*. 2017 May 3;185(12):1247-1254.
- [43] Rostila M, Berg L, Saarela J, Kawachi I, Hjern A. Experience of sibling death in childhood and risk of psychiatric care in adulthood: A national cohort study from Sweden. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Apr 1;28(12):1581-1588.
- [44] Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Fatal stroke after the death of a sibling: A nationwide follow-up study from Sweden. *PLoS One*. 2013 Feb 22;8(2):e56994.
- [45] Rostila M, Saarela J, Kawachi I. "The psychological skeleton in the closet": mortality after a sibling's suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Oct 15;49(6):919-927.
- [46] Shalev R, Dargan C, Abdallah F. Issues in the treatment of children who have lost a family member to murder in the Arab community in Israel. *Omega Journal of*

Death and Dying. 2019 Apr 30;0(0):1-14.

- [47] 白井明美, 中島聡美, 真木佐知子, 辰野文理, 小西聖子. 犯罪被害者遺族における続柄の相違が精神健康に与える影響についての分析. 精神保健研究. 2010 Mar 3;23:27-33.
- [48] Sundar P, Nelson G. Moving towards resiliency: A qualitative study of young women's experiences of sibling bereavement. Current. 2003;2(1). <https://www.ucalgary.ca/currents/files/currents/v2n1_sundar.pdf>
- [49] 高柳奈生, 辻尾佳澄. 犯罪によってきょうだいと死別した子どもの人間的成長をどう支援するか. 関西学院大学社会学部紀要. 2003 Oct 28;95:255-268.
- [50] Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry. 2004;15(1):1-18.
- [51] Van Riper M. Death of a sibling: Five sisters, five stories. Pediatr Nurs. 1997 Nov-Dec;23(6):587-595.
- [52] Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas. 1993 Jan 1;1(2):165-178.

A review of resilience of siblings who experienced traumatic loss

Misato OHTA
Kagawa University

Key words : resilience、meaning making、siblings、traumatic loss

NET (Narrative Exposure Therapy)

研究新動向：文献展望

- 非組織的暴力による PTSD への効果と適応の検討 -



道免逸子

関西国際大学人間科学部、兵庫県こころのケアセンター特別研究員

ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (Narrative Exposure Therapy: 以下 NET) は心的外傷後ストレス障害 (以下 PTSD) の認知行動療法である。NET は組織的暴力と family violence による PTSD を適応対象としているが、難民などの PTSD への効果のエビデンスが多く蓄積されてきたため、組織的暴力による PTSD の治療法という側面が強調されてきた。そこで本稿では、非組織的暴力による PTSD を対象とした NET 研究のみを対象に文献展望を行い、その効果と適応を検討すると共に、NET 活用の現状を概観した。

その結果、NET は family violence や災害をはじめとする非組織的暴力による PTSD にも効果が示され、国際的なガイドラインで「強く推奨する技法」とされていることが明らかになった。平時の市民を対象とした研究では、その適応が幅広く検討され、特に解離症状、BPD 症状への適応と効果が示されていた。子ども版の KIDNET のほかに、加害者の PTSD と「欲求としての攻撃性」の治療技法である FORNET、大災害後の大量の PTSD に対応するための短縮版 NET-R などが開発され、RCT によって効果が示されていた。難民の複雑なトラウマを対象に開発された NET は、ISTSS の Complex PTSD (以下 CPTSD) のガイドライン (2011) で有効な技法とされていた。2018 年、ICD-11 により CPTSD の診断基準が明示されたことから、今後 NET の CPTSD への効果がさらに厳密に検証されていくことが期待される。

NET は物語するという人類共通の営みに基盤を置くシンプルな技法で、習得が容易である。英国 NICE のガイドライン (2018) の推奨を受け、英国では子ども虐待、大災害、難民問題など、公衆衛生的課題に対応する技法として NET 実施者を増やすプロジェクトが始められていた。同様の課題を持つ我が国においても NET 実施者を増やす試みがなされることが期待される。

Key Words : ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (Narrative Exposure Therapy: NET)、PTSD、非組織的暴力、family violence、加害者支援

I. はじめに

ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (Narrative Exposure Therapy: 以下 NET) はシャウアー、ノイナー、エルバートにより 2000 年代初頭にドイツで開発された、心的外傷後ストレス障害 (以下 PTSD) に対する認知行動療法である¹⁾。証言療法²⁾に曝露療法を組み合わせた技法で、誕生から現在に至るまでの全人生史を語る中で、トラウマ体験については詳細に語り、繰り返しイメージ曝露を行う。NET の機序は、全人生史の構築による自伝的記憶の整理

と再構築、および馴化による恐怖学習の消去である。

NET マニュアル第 1 版¹⁾をみると、NET は「組織的暴力、拷問、戦争、レイプ、市民生活上の外傷、子ども虐待などの被害者が抱える外傷的ストレス症状の緩和」を目的とする、と記されている (下線筆者)。しかし、これまで組織的暴力、拷問、戦争などの被害者を対象とした研究が数多く積み上げられてきたために、NET の「組織的暴力による PTSD の治療法」という側面が強調されがちであった。実際、NET のマニュアル第 1 版では、暴力のタイプを組織化

の程度により非組織的暴力(脅迫、ドメスティックバイオレンス(Domestic Violence: 以下DV)、性的虐待など)と組織的暴力(戦争、武力紛争、政治的迫害など)に分類した上で、組織的暴力のみを対象としてとりあげている。

しかし、マニュアルの第2版³⁾では、組織的暴力と並んで、family violence による暴力(DV、子ども虐待など)を、新たに追加した項で取り上げ、こうした非組織的暴力へのNETの適応を明記している。近年、family violenceのみならず、自然災害や職業上体験する惨事ストレスなど非組織的暴力によるPTSDを対象としたNET論文は増加している^{4) 5)}。まだ危険の残る場所での実施と平時の安定した市民生活の中での実施という実施状況の違いによって、また対象によって、NETの効果や適応、実施方法などについて異なる点があるのかを検討することを目的に、非組織的暴力によるPTSDへのエビデンスを検証する必要がある。

これまで書かれたNETのレビュー論文は56本にのぼり、NETに対する関心の高さが窺われるが、対象を非組織的暴力によるPTSDへのNETの論文に限った文献展望はまだ行われていない。そこで本稿では、対象を非組織的暴力によるPTSDへのNET論文に絞って文献展望を行い、平時の市民生活の中で遭遇するトラウマ体験によるPTSDへのNETの効果と適応について考察する。

NET技法^{1) 3) 6)}

具体的技法はマニュアル等に詳しい^{1) 3)}。ここでは簡潔に要点のみを示す。初回は、人生を表す紐の上に、よい体験を花、トラウマ的体験を石で表して置く「人生ライン」のワークを行う。この作業によって人生を概観しNETのセッション数と実施期間の見通しを持つ。2回目以降は、患者は誕生から時系列順に人生を物語る。治療者は、それを筆記し、次のセッションまでに文章化し次回の最初に読み上げる。患者

はそれを聞き、必要に応じて修正、追加を行ったのち、その先の人生の語りに進む。このようにして人生史を語る中で、トラウマ的出来事に遭遇した時は、「映画のコマ送りのように」詳細に語る。治療者は五感に働きかける頻繁な質問と辛い語りを回避させないようなサポートを行う。その過程で、非機能的認知が見られたときは、心理教育あるいは認知の修正のためのかかわりを挿入する。最終回には、全人生史を治療者が読み上げ、患者と治療者が署名し、患者が自伝を受け取る。NETの各セッションは、90分を平均的な所要時間とし、高まった情動が馴化により下がってから終了する。頻度は週1~2回が望ましいとされている。セッション数は、人生史の長さや外傷的な出来事の数により異なり、最新の記述では12回までを標準としている。

II. 方法

Pubmed、Medline、PsycINFO、Google scholarで、“Narrative Exposure Therapy”をキーワードに2020年前半までに出版されたNET文献について検索し、その中から、組織的暴力によるPTSDを対象とするNET論文を除き、論文でない形の文献や、文中や参考文献にNETが言及されているだけの文献を除いた結果、入手可能な研究論文が187本あった。うちわけはRCTが14本、対照群のない実施報告・事例報告が34本、レビュー論文が56本、効果や適応の検討および推奨などが83本である。また、NETの有効性を評価した国際的なガイドラインがいくつかヒットした。本稿では、まずこの国際的なガイドラインのうち主たる5つのガイドラインの中でのNETの位置づけを示し、続いて非組織的暴力によるPTSDへのRCTと対照群の無い実施報告・事例報告について結果を示し、考察を行う。展望に際し匿名性の保持に対する十分な配慮を行った。

III. 結果

国際的ガイドラインにおける NET の位置づけ

PTSD 治療のガイドラインのうち、特にトラウマ研究が盛んであるとされる北米、オセアニア、ヨーロッパの⁷⁾ガイドラインで、NET の位置づけを概観する。概観にあたっては、アメリカ国立 PTSD センターの Hamblen が行った、5 つのガイドラインの比較検討を参照した⁸⁾。5 つのガイドラインとは、American Psychological Association (以下 APA) が 2017 年に出した Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD in adults⁹⁾、International Society for Traumatic Stress Studies (以下 ISTSS) が 2018 年に出した New ISTSS prevention and treatment guidelines¹⁰⁾、また National Institute for Health and Care Excellence (以下 NICE) による 2018 年の Post-traumatic stress disorder NICE guideline¹¹⁾ と Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health (以下 Phoenix) による 2013 年の Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress

Disorder¹²⁾、そして Department of Veterans Affairs/ Department of Defense (以下 VA/DoD) による 2017 年の Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder¹³⁾ である。

ガイドラインは RCT 論文のみを対象としたシステムティックレビューに基づいて作られ、効果に基づく推奨を 5 段階で表示している。すなわち、Strong recommendation、Moderate recommendation、Very Low recommendation、Insufficient recommendation、Emerging recommendation である。NET は NICE と VA/DoD のガイドラインで Strong recommendation、それ以外の 3 つのガイドラインで Moderate recommendation の評価を得ていた⁸⁾。NET を Moderate とした APA は、「最新論文の動向によっては Strong に変わる可能性」があることを付記している⁹⁾。このように、NET の効果への評価は国際的なガイドラインにおいて定着しつつあることが示されていた。NET は 2000 年代初頭に開発された技法であり、APA の前版のガイドライン(2004 年)¹⁴⁾ と NICE の前版のガイドライン(2005 年)

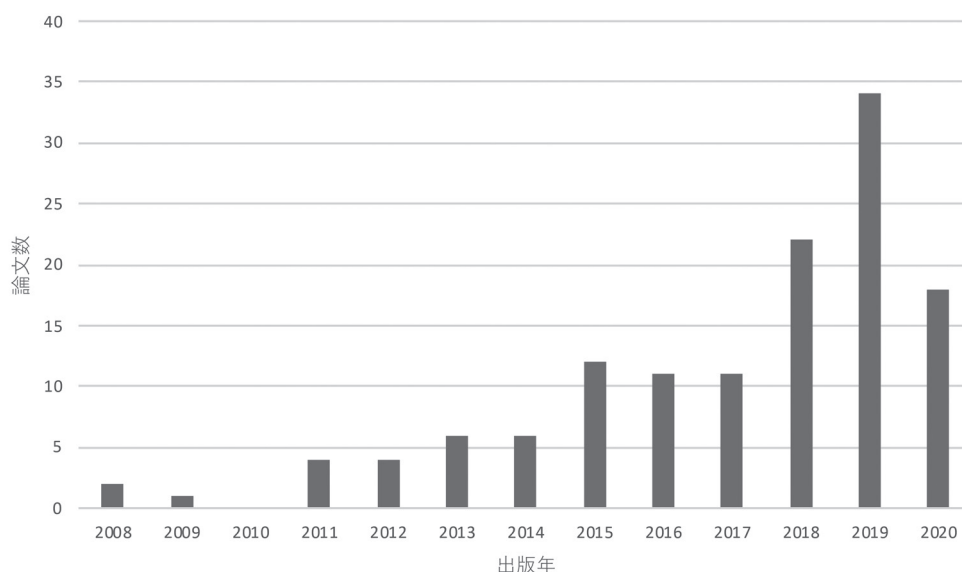


図1 市民生活由来の PTSD への NET 論文数の推移
(2020年は6月までの半年間の数を表す)

¹⁵⁾には、NETへの言及がなかったことを考えると、さらに今後の研究の動向を注視していく必要がある。

非組織的暴力により生じるPTSDに対するNETの論文数

家庭内の暴力や自然災害など、通常の市民生活の中で遭遇するトラウマの出来事から生じるPTSDへのNETの有効性と適応をみた131本の論文を出版年別に見ると(図1)、論文数は近年増加していた。組織的暴力由来のPTSDでない、市民生活由来のPTSDに対してもNET実施数が増加し、その有効性と適応が検討されてきたことがわかる。

非組織的暴力によるPTSDへのNETの効果と適応：RCT

まずRCT文献14本を紹介する(表1、2)。対象総数は473名である。トラウマの種類は、暴力被害・子ども虐待など長期的反復的なトラウマ、消防士の惨事トラウマ、津波・大地震などの自然災害によるトラウマである。対象には、背景に戦争や難民の傷つき体験を持つものを一部含む。14本のうち、成人を対象とした研究が10本(うち1本は平均年齢が60歳を超える高齢者)、子どもを対象とした研究が4本(表1、2の2と3, 6, 10)であった。子どもを対象とした研究では、NETの子ども版であるKIDNET¹⁶⁾が使われていた。

NETのPTSDへの効果はRCT全研究で検討され、この他にうつ、欲求としての攻撃性(Appetitive Aggression: 以下AA)、境界性パーソナリティ障害(Borderline Personality Disorder: 以下BPD)症状、解離症状、睡眠障害、トラウマ記憶の質、被虐待傾向などが検討されていた。対象群は、瞑想-リラクゼーション、BPDの専門家による治療などで、使用尺度は、PTSD診断と症状に、Scale of Posttraumatic Symptoms、UCLA PTSD Index for DSM-IV、PTSD Symptom

Scale-Interview、Posttraumatic Stress Diagnostic Scale、Impact of Event Scale-Revisedが使用され、うつ症状には、Hospital Anxiety and Depression Scale、Hamilton Depression Scaleが、併存した精神症状に、AA Scale、Borderline Symptom List23、Dissociative Experiences Scaleなどが使用された。併存症状は、うつ、解離症状、身体症状、AA、BPD症状、睡眠障害などで、治療の除外としたのは、精神遅滞、神経障害、高い自殺傾向、薬物依存、妊娠などであった。

NET治療の回数は、マニュアルでは4回~6回とされており^{1) 3)}、まだ危険が残る場所での実施では、この短期療法という特徴が奏功する¹⁷⁾が、平時の実施においては、対象の人生史の長さ、つまり年齢とトラウマの数によって決まる。RCTでは、3回から15回、BPDを併存した患者を対象とした研究(表1、2の9)では3回から30回、60分から120分、ペースは2~4日おきから週1回あるいは隔週で実施されていた。

実施者は、もともとNET技術を持つセラピストや医師による実施が3本、訓練を受けた援助者による実施が12本であった。研修を受けてNETを実施した援助者の多くが心理学修士程度の学生といった、心理臨床の素地のある者で、研修とスーパービジョンを受けつつ実施されていた。

PTSD症状へのNETの効果は、1~3ヶ月、6ヶ月の時点で比較検討され、13本においてPTSD症状は顕著に、あるいはあきらかに軽減され、エフェクトサイズはHedge's $g=1.09 \sim 3.61$ 、Cohen's $d=0.44 \sim 1.96$ であった。NET実施後にPTSD症状が悪化した群(表1、2の3)も、コントロール群の悪化より少なく、日常暴力の軽減が認められた。高齢者への実施が安全に行われ、曝露療法によって悪化したりドロップアウトしたりした対象がいなかったことが報告されている。

うつへのNETの効果は、検討していた7本(表

表1 対象と施行者：非組織的暴力による PTSD への NET の RCT

	Study(author, year)	Country	Population	Mean Age	Male Subjects	Providers	Translator
1	Alghamdi et al. 2015 1)	サウジアラビア	消防士 34名	NET 28.7 WL 32.2	not reported (34)	研究者	無
2	Catani et al. 2009 9)	スリランカ	過去に戦争体験があり 津波被害(2004)の子ども 31名	NET 11.6 MR 12.3	NET 10 MR 7	NET研修を受けた 現地の教師,セラピスト	無
3	Crombach et al. 2015 14)	ブルンジ (アフリカ)	元ストリートチルドレン 32名	17.0	32	ドイツ人,ノルウェイ人の セラピスト	有
4	Hinsberger et al.2016 31)	南アフリカ	治安の悪い地域の男性成人 39名	22.95	39	NET,CBTの研修を受けた ドイツ人と南アフリカ人の 健康の専門家	有
5	Hinsberger et al. 2019 32)	南アフリカ	頻回の暴力を受け加害的に なった男性44名	NET 23.53 CBT 23.82 WL 20.89	FORNET(n=17) CBT(n=11) WL(n=26)	NETはドイツ人セラピスト4名 および南アセラピスト2名 CBTは南アセラピスト3名	有
6	Kangaslampi et al. 2019 36)	フィンランド	フィンランド臨床現場のPTSD family violence 10名、戦争歴30名 子どもと青少年計40名	13.3	21	トラウマ臨床の経験のある 心理学者、医師、ソーシャル ワーカー、看護師が研修後	一部有
7	Lely, 2019a 38)	オランダ	外来患者で55歳以上の高齢者 33名	NET=62.65 PCT=62.47	NET=13 PCT=11	臨床心理学修士の学生で 研修を受けた後SVを受けつつ	一部有
8	Orang et al. 2018 46)	イラン	IPVを受けた後、まだ被害的な 環境にある女性45名	NET=17 TAU=18	0	心理学修士レベルの現地の カウンセラー2名 研修を受け、SVを受けつつ	無
9	Pabst et al. 2014 48)	ドイツ	精神科通院・入院中の BPD+PTSD患者 22名	NET 30.36 TBE 29.45	NET 0 TBE 0	臨床心理士 精神科医	無
10	Peltonen et al. 2019 49)	フィンランド	フィンランド臨床現場のPTSD 家庭暴力13名、難民37名 少年少女計50名	NET=13.4 TAU=13.0	NET=18 TAU=11	トラウマ臨床の経験のある 心理学者、医師、ソーシャル ワーカー、看護師が研修後	無
11	Weinhold et al.2016 61)	ドイツ	精神科通院・入院中の BPD+PTSD+睡眠障害 患者21名	NET31.9 TAU29.5	NET TAU	NET研修を受けた 臨床医	無
12	Xulu 2018 62)	南アフリカ	頻回の暴力を受け加害的に なった男性30名	NET 23.53 CBT 23.82 WL 20.89	NET=10 CBT=10 WL=10	NETはドイツ人セラピスト4名 および南アセラピスト2名 CBTは南アセラピスト3名	無
13	Zang et al. 2013 63)	中国	四川省大地震(2008)被災者 22名	NET 56.64 WL 54.82	NET 3 WL 2	セラピスト	無
14	Zang et al. 2014 64)	中国	四川省大地震被災者 30名	NET53.50 NET-R 56.50 WL 50.90	NET 1 NET-R 2 WL 0	セラピスト	無

Note. IPV=intimate partner violence; MR=Meditation-Relaxation; NET=Narrative Exposure Therapy; NET-R=revised NET; TAU=Treatment as usual; TBE=Treatment by Experts for Borderline Personality Disorder; WL=Waiting List

1、2の1、8～10、13、14)のうち6本で示された。このほか、BPD症状(表1、2の8、9)、解離症状の軽減(表1、2の9)、精神的健康の向上(表1、2の2、10、13、14)、PTG(表1、

2の13、14)、欲求としての攻撃性(appetitive aggression; 以下AA)の軽減(表1、2の5)といった効果が示された。PTSDやAAを生じるような持続的なトラウマ的ストレスがエピソード

表2 方法とデータ：非組織的暴力によるPTSDへのNETのRCT

Study (author, year)	Interventions	Variables	Measures	Effectiveness of the therapy on PTSD severity	Other information	Effect size for NET : PTSD severity
1 Alghamdi et al. 2015 1)	NET(n=17)4回90分, 3週間 2~4日おき	PTSD うつ	SPTSS HADS	前, 後, 3-6ヶ月後 NETのみ顕著に軽減 6ヶ月後効果はやや低下	NETはうつを顕著に軽減 しかしその効果は6ヶ月後には維持されず (洪水被害があったため)	NET後 Hedge's $g=2.05$
	WL(n=17) 2週間後にNETへ	コーピングスキル ソーシャルサポート	Brief COPE Scale Social Support Scale			
2 Catani et al. 2009 9)	KIDNET(n=16)6回90~90分 MED-RELAX(n=15)6回 60~90分	PTSD 機能障害 精神的健康	UPID	前, 後, 1-6ヶ月後 KIDNET, MED-RELAX共に顕著に軽減 自然回復率より高い, 効果維持	KIDNET, MED-RELAX共に 機能障害, 精神的健康に有効	Cohen's $d=1.96$
	FORNET(n=16)5回 60~120分 TAU(n=16)同上	日常の暴力行為 PTSD AA 身体的健康	offense checklist UCLA Index AA Scale	前, 4~7ヶ月後 NET後が増悪したが TAU群はNETより増悪	AAはNETもTAUも軽減 身体症状は両群とも漸増だが TAUの方がより増悪 日常暴力はNETのみ軽減	not reported
4 Hinsberger et al. 2016 32)	FORNET(n=15)8回120分 TFAC(n=11)7回120分 WL(n=13)	PTSD AA	PSS-I AA Scale	前, 8ヶ月後 FORNETのみが軽減	AAへの効果は明らかでない	Cohen's $d=0.97$
	FORNET(n=17) CBT(n=11) WL(n=26)	PTSD AA	PSS-I AAS	前, 8ヶ月後, 16ヶ月後 NETのみが顕著に軽減 CBTとWLには変化がみられず	NETのみがAAを明らかに軽減	Cohen's $d=0.86$
6 Kangaslampi et al. 2019 36)	NET(n=23) 90分を 3ヶ月間に7~10回 TAU(n=17) ベース同上	PTSD トラウマ記憶の質 トラウマ後認知	CRIES TMQ OPTCI	前, 後, 3ヶ月後 PTSD症状はいずれの群も経時軽減あり NETの方が軽減が大	NETによりトラウマ記憶の質は改善したが, トラウマ後の否定的認知はどちらも改善されず	
	Lely, 2019a 38)	NET(n=18) 90分を11回 週1から隔週 PCT(n=15) 90分を11回 週1から隔週	PTSD	CAPS 前, 後, 4ヶ月後 前→後まではPCTの方が効果が高いが 4ヶ月後に, 侵入・回避症状が上昇した PCTと下がり続けたNETの効果は逆転	高齢者にも曝露療法は安全に実施できる	Cohen's $d=0.44$
8 Orang et al. 2018 46)	NET(n=17) 8~15回 3~6ヶ月 TAU(n=18) 同上	PTSD うつ ストレス感 被害傾向 適応 BPD症状	PSS-I, MACE PHQ-9 PSS CAS WSAS BLS-23	前, 後, 3ヶ月後, 6ヶ月後 NETだけが顕著に軽減	NETだけが, うつ症状, ストレス感を顕著に軽減 被害傾向, 適応状態, BPD症状は2群に差がなかった	Hedge's $g=1.77$
	Pabst et al. 2014 48)	NET(n=11)平均17.2回, 90分 週1~2回 TBE(n=11)同上 DBTを含む 解離	PTSD BPD症状 うつ 解離	PSSI/PDS BSL-23 HAMD FDS(=DES)	前, 6ヶ月後, 1年後 TBEも軽減したが NETは顕著に軽減	BPD症状, うつは TBEは軽減, NETは顕著に軽減 解離はNETのみ顕著に軽減
10 Peltonen et al. 2019 49)	NET(n=29) 90分を7~10回 TAU(n=17) 45~90分を同上 KIDNETを使った対象あり	PTSD うつ レジリエンス 心理的苦痛	CRIES DSRS CYRM SDQ	前, 後, 3ヶ月後 PTSD症状はいずれの群も経時軽減あり NETの方が軽減が大	NETは心理的苦痛も緩和 うつ症状はNETもTAUも効果なし	Cohen's $d=0.83$

ネティクスに与える影響およびPTSDとAAに対するFORNETの効果について、DNAのメチル化やテロメアの長さから検証した論文もあった(表1、2の12)。

このAAに対する効果をみた3本(表1、2の3、4、5)では犯罪加害者が対象とされ、FORNET (NET for Forensic Offender

Rehabilitation)¹⁷⁾が用いられていた。治安の極めて悪い地区で生活する住民は幼少期より家庭内外の暴力被害に晒されており、保身のためギャングなど加害者集団に所属するうちに暴力行為に快楽を覚えるようになる対象がいる。こうした対象には、自らの傷つき体験と加害の体験の双方に治療的介入を行い、暴力的行動への

表2 方法とデータ：非組織的暴力による PTSD への NET の RCT

Study (author, year)	Interventions	Variables	Measures	Effectiveness of the therapy on PTSD severity	Other information	Effect size for NET : PTSD severity
11 Weinhold et al. 2016 61)	NET(n=13)90分,週1~2回 TAU(n=8)同上DBTを含む	PTSD 睡眠障害	PDS,HAMD 睡眠ポリグラフ検査 PSOI	前後,6ヶ月後 NETのみが軽減 睡眠時間が長い人ほど軽減	NETは睡眠障害に有効 入眠時間の短縮、中途覚醒の 減少がみられた	not reported
12 62)	Xulu, 2018 FORNET(n=10) CBT(n=10) WL(n=10)	PTSD 遺伝子のメチル化 テロメアの長さ	PSSI * **	前、8ヶ月後、16ヶ月後 NETのみが顕著に軽減 CBTとWLには変化がみられず	reelinのメチル化はAAと相関 COMTのメチル化はPTSD症状と 相関する AAとテロメアの長さは相関せず	
13 63)	Zang et al. 2013 WL(n=11) 2週間後にNETへ	PTSD うつ PTG 精神的健康 ソーシャルサポート コーピングスタイル	IES-R HADS CiQQ-S GHQ-28 MSPSS SCSQ	前、2週間後、2ヶ月後 NETのみ顕著に軽減 効果は維持	NETはうつと不安を軽減し 大きなPTGをもたらした 精神的健康向上 ソーシャルサポート変化なし コーピングスタイル変化なし	Hedge's g = 1.09-1.35
14 64)	Zang et al. 2014 NET-R(n=10)3回 60~120分 1,2日おき WL(n=10) 2週間後にNET-Rへ	PTSD うつ 精神的健康 PTG ソーシャルサポート コーピングスタイル	IES-R HADS GHQ-28 CiQQ-S MSPSS Brief COPE Scale	前、1・2週間後、3ヶ月後 NET、NET-Rは顕著な軽減 NETとNET-Rは同様な効果 3ヶ月後にはさらに向上	NET、NET-R共に うつを顕著に軽減 ソーシャルサポート向上 コーピングスタイル向上	Hedge's g = NET 3.61 NET-R 4.79

Note. AA=Appetitive Aggression; AAS=The Appetitive Aggression Scale; BSL-23=Borderline Symptom List23; CAS=Composite Abuse Scale;

CiQQ-S=Short Form of the Changes in Outlook Questionnaire; CPTCI=The Child Post-Traumatic Cognitions Inventory; CRIES=The Children's Revised Impact of Events Scale;

CYRM=Child and Youth Resilience Measure; DBT=Dialectical Behavior Therapy; DES=Dissociative Experiences Scale; DSRS=Depression Self-Rating Scale for Children;

FORNET=Forensic Offender Rehabilitation Narrative Exposure Therapy; GHQ-28=General Health Questionnaire28; HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale;

HAM-D=Hamilton Depression Scale; IES-R=Impact of Event Scale-Revised; KIDNET=Narrative Exposure Therapy for children;

MACE=Modified Adverse Childhood Experiences; MED-RELAX=Meditation-Relaxation; MSPSS=Multidimensional Scale of Perceived Social Support;

PCT=present-centered therapy; PDS=Posttraumatic Stress Diagnostic Scale; PHQ-9=The Patient Health Questionnaire; PSS=Perceived Stress Scale;

PSS=PTSD Symptom Scale-Interview; PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index; PSOSH=The Perception of Stigmatization by Others for Seeking Help;

PTG=Post Traumatic Growth; SCSQ=Simplified Coping Style Questionnaire; SDQ=Strengths and Difficulties Questionnaire; SPTSS=Scale of Posttraumatic Stress Symptoms;

TAU=Treatment as Usual; TBE=Treatment by Experts for Borderline Personality Disorder; TFAC=Thinking for a Change; TMQQ=The Trauma Memory Quality Questionnaire;

UPID=UCLA PTSD Index for DSM-IV; WL=Waiting List; WSAS=Work and Social Adjustment Scale;

* The Human Mental Disorders EpiTect Methyl II Signature PCR Array

** quantitative polymerase chain reaction(qPCR)

コントロールを取り戻すことが必要とされる。FORNETはNET開発者らにより開発された、AAに焦点づけた特殊なNETである。その概略は以下の通りである¹⁷⁾。FORNETは1~2時間の6セッションからなる。初回は心理教育とライフラインのワーク、2回から5回はそのライフラインで特定した最悪の被害体験と最悪の加害体験、最初の加害体験、暴力集団への帰属と脱退の体験に焦点を当てて曝露と馴化、人生史の構築を行う。6回、つまり最終回はグループセッションで、役割変化と将来への希望、現在の困難を乗り越える工夫に焦点づける。このFORNETにより、AAは2本で軽減(表2の3と5)、1本で効果が明らかでない(表2の4)

と報告されていた。

また、自然災害の被災者を対象とした研究2本(表1、2の13、14)ではNET-RというNETの短縮版が開発され使用されていた。開発者のZangらによれば、NET-Rとは以下のような技法である。初回到技法の説明・査定・心理教育などを行った後、ライフラインのワークは行わず2回目からすぐに被災体験の語りに入る。2回のセッションはこの地震の語りに終始し、4回目、つまり最終回到ライフラインのワークを行い、誕生から現在までの流れを語り、その中に地震の体験の読み上げを入れ、最後に最終原稿を読み上げる。NET-Rが用いられた四川大地震は8万人を超える死者・行方不明者と

37万人を超える負傷者を出した大惨事であった。Zangらは同時期に大量に発生するPTSDの治療のために、単回のトラウマに対する簡便な技法を考案したと述べている。地震後1年7ヶ月から2年8ヶ月後の時期に、NETとNET-Rの探索的RCTが実施された。NET-RはPTSD症状を顕著に軽減し、NETとNET-Rの効果の違いはみられなかった。同じ単回の自然災害によるPTSDであっても、CataniらのRCTの対象は、背景に戦争体験を持つ子どもの津波被災者である。発災後1ヶ月以内に6回のKIDNETが実施され、PTSDを顕著に軽減、自然回復よりも回復率が高かった。

非組織的暴力によるPTSDへのNETの効果と適応：対照群の無い実施報告・事例報告

対照群のない実施報告・事例報告が34本、治療モデルの提案が1本の中で、NETのPTSDへの効果と臨床的意義が検討されていた。対象群のない実施報告とケース報告34本の対象は非常に幅広く、PTSDと診断された外来患者¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾を始め、次のような併存症状を持つPTSD患者が対象とされていた。BPD²²⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾、複雑性悲嘆²⁶⁾、解離性障害²⁷⁾²⁸⁾、自閉症と精神病様症状²⁹⁾、重度の鬱と不安障害・摂食障害²⁹⁾、複数回の心臓手術後の睡眠障害・不安障害²⁹⁾、アタッチメントの問題³⁰⁾、未完成婚に起因するvaginismus（膣痙攣）³¹⁾である。このほか、孤児³²⁾、スキー事故の負傷者³³⁾、犯罪者・収監者³⁴⁾、大地震被災者³⁵⁾、洪水被災者³⁶⁾、ICU治療によるPTSD患者³⁷⁾、高齢者³⁸⁾³⁹⁾、Intimate Partner Violence（以下IPV）被害者⁴⁰⁾、パラノイア³⁴⁾などへの適応が検討されていた。

PTSDとうつへの効果については、1本を除き⁴¹⁾、RCTと同様の効果が示されたほか、解離症状への効果が8本¹⁸⁾²⁰⁾²²⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾で検討され、いずれも顕著あるいは明らかに軽減していた。また、BPD症状への効果が5本²²⁾

²⁴⁾²⁵⁾²⁷⁾⁴²⁾で検討され、いずれも顕著に軽減していた。このほか罪悪感、パラノイア症状、身体症状、複雑性悲嘆、適応障害³⁰⁾などへの効果が示されていた。

また、簡便な技法というNETの特徴から、子どものトラウマ治療に対応する「階層ケアモデル（cascade model）」が提案されていた⁴³⁾。KIDNET技法を身につけた専門家が地域のカウンセラー（第一世代）を養成し、第一世代による治療効果をRCTによって明らかにし、第一世代が第二世代を養成する。これを繰り返して実施者を増やすというものである。

IV. 考察

本稿ではFamily violenceを始めとする非組織的暴力によるPTSDに対するNETの有効性と適応について、文献展望を行った。近年、システマティックレビューやメタアナリシスによる文献展望が盛んであるが、こうしたRCTのみの検討では抜け落ちてしまう事象があるとの指摘もある⁴⁴⁾。本稿では、対照群のない実施報告や適応の検討の研究なども検討することで、通常の臨床場面で、NETが現在どのように使われているのか、また今後、どのような使われ方が期待されるのかを考察する。

文献展望の結果、NETは市民生活の中で遭遇するトラウマ的出来事によるPTSD症状をも顕著に軽減するというエビデンスがRCTによって蓄積されつつあることが明らかになった。また、組織的暴力によるPTSD研究で調査項目となっていたのは、PTSD、うつ、AA、疼痛などであるが⁴⁾、非組織的暴力によるPTSD研究では、はるかに広範な症状や対象が検討されていた。その中で特に、解離症状（9本）とBPD症状（7本）へのNETの効果は、効果量が高いことが示されており、重要な知見と考える。

NETは難民のPTSDを対象に開発された。難民の負うトラウマが単回の出来事によることは稀で、長年、繰り返し受け続ける被害による複雑なト

ラウマであることがほとんどである。NET が特に複雑なトラウマに有効とされる^{45) 46) 47)} 所以であろう。そして Fazel も指摘しているように²⁹⁾、この、長期的反復的な被害を受け、逃げ出すことが困難な状況に置かれることで負う複雑な PTSD、とは、International Classification of Diseases 11th Revision (以下 ICD-11)⁶⁵⁾ で登場した Complex Posttraumatic Stress Disorder (以下 CPTSD) の概念と重なるところが多い⁴⁸⁾。ISTSS は最新のマニュアルで、まだ概念自体が新しい CPTSD の推奨される治療法は今後の研究に委ねる、としている¹⁰⁾ が、Cloitre は Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices (2011)⁴⁶⁾ と The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults (2012)⁴⁹⁾ の中で、NET を CPTSD に有効な技法、と述べている。2018 年に CPTSD という診断名が ICD-11 で登場し、その診断基準も明示されたことから、NET の CPTSD への有効性がどのように示されていくか、今後慎重に検証していく必要があると考える。

NET は短期療法である。マニュアルでは、危険が残るような場で実施される NET の回数を 4～6 回程度としており、組織的暴力による PTSD への RCT では最長でも 12 回である⁴⁾。しかし、BPD を併存する PTSD を対象とした RCT⁵⁰⁾ では 3 回から 30 回と多く、解離症状を併存する PTSD を対象とした研究では 40 回に及ぶもの²⁸⁾ もあった。NET の回数は人生史の長さ、遭遇したトラウマの数により決まるが、こうした回数が多い NET 実施において、何か質的に異なるものが生じているのか、さらに検討することが必要であろう。

NET は当初より子ども版の KIDNET が存在したが、他にも用途により技法に工夫を加えた技法が開発されていた。その 1 つが犯罪加害者の治療・更生という切実な課題に応えるべく、加害者の PTSD と「欲求としての攻撃性

(Appetitive Aggression:AA)」をターゲットに NET 開発者らにより開発された FORNET である¹⁷⁾。Hecker らは加害者がどのように生まれるのか、加害する瞬間にどのような情動が動くのか、といったことについて詳細に検討していた。Fazel も FORNET を用い、誘拐されレイプされ兄弟の拷問や殺害を強要された少女が少年兵に育成され、加害に快楽を覚えるようになるプロセスを記述していた²⁹⁾。FORNET は、欲求としての攻撃性を治療するためには、過酷な被害体験と加害体験の両方を扱う必要があるという考えから開発された。FORNET は司法領域において、加害者の治療プログラムの有効な選択肢となることが考えられる。

また、災害場面で NET-R という短縮版が開発され、RCT によって NET と同様の効果が認められていた^{51) 52)}。四川大地震発災後に、大量の PTSD 患者の治療という必要に迫られて開発された技法である。物語るといふ人類に共通した営みに基盤を置くシンプルな NET 技法には、習得が容易で短期間に実施者を増やしやすいという特徴がある。本稿で紹介した RCT14 本のうち、もともと NET 技術を持つセラピストや医師による実施は 3 本、訓練を受けた援助者による実施が 11 本であった。実施者は、心理学修士程度の学生など心理臨床の素地のある者で、研修とスーパーヴィジョンを受けつつ実施していた。短期療法で実施者を増やしやすいため NET は、災害後の心理療法の選択肢の 1 つとなり得る。

本稿では、非組織的暴力による PTSD に焦点を当てたが、難民の大量発生は続き、世界的に難民の受け入れが求められていることから、我が国の受け入れる難民数も増加することが予想される。難民はホスト国の国民に混ざって定住していき、その中で family violence や性被害、暴力被害、災害など通常の市民が遭遇するトラウマ体験に遭遇する。こうした、背景に難民の傷つきを持つ PTSD 患者を対象とした研究が散

見された^{31) 53) 54)}。イギリスでは、NICEのガイドラインがNETを Strong recommendation としたことを受け¹¹⁾、European Refugee Fund (ERF) が “Multi-Centre NET-work Capacity-building” Project を立ち上げ、すでに500名以上のNET実施者がプロジェクトとして養成されている²⁹⁾。Courtoisによる The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action⁵⁵⁾ はトラウマの学会の重鎮がトラウマセラピストの圧倒的不足、養成の必要性を叫んだ画期的な論文とされる⁵⁶⁾ が、その状況は我が国でも同様である。こうした対策を検討する上で、本稿が何らかの参考となれば幸甚である。

V. 限界と課題

本稿では family violence を始めとする非組織的暴力による PTSD に対する NET の有効性と適応について、文献展望を行った。RCTのみならず対照群のない実施報告や事例報告も検討することで、NET研究の広がりや多様性を考察することができたと考えるが、示したエビデンスは限られている。システムティックレビューやメタアナリシスが必要であろう。また実施回数が多いNETにおいて、治療の質的な変化が起きているのか、実施回数によって効果量は変わるのか、といった検討は今後の課題である。また、急増し、全世界に散らばりつつある難民の問題を考えると、組織的暴力による PTSD と非組織的暴力による PTSD の区分も曖昧になってくる。2016年のNET文献展望⁴⁾に続いて今回は非組織的暴力に焦点づけた文献展望を行ったが、今後どのような括りで検討していくのがふさわしいか慎重に検討する必要がある。また、今回の展望で、抄録は英語だが本文はペルシャ語、韓国語、フランス語、ドイツ語といった文献がかなりあり、英語で読める研究はNET研究の一部であることを心にとめておきたい。

引用文献

- 1) Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. : Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. Ashland, Hogrefe & Huber, 2005. (森茂起監訳: ナラティブ・エクスポージャー・セラピー. 金剛出版, 2010.)
- 2) Cienfuegos, J., Monelli, C. : The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am. J. Orthopsychiatry*, 53; 43-51, 1983.
- 3) Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. : Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. 2nd revised and expanded edition. Ashland, Hogrefe & Huber, 2011.
- 4) 道免逸子, 森茂起: ナラティブ・エクスポージャー・セラピーの効果に関する文献展望. *トラウマティック・ストレス*, 14(2); 55-66, 2016.
- 5) 道免逸子: ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (Narrative Exposure Therapy: NET) による複雑性 PTSD の治療 - 日本における効果と適応の検討-. 博士論文 甲南大学 2018
- 6) Schnyder, U., Cloitre, M. (eds.): Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. Springer International Publishing, Switzerland, 2015. (ウルリッヒ・シュニーダー、マリリン・クロワトル編、前田正治、大江美佐里監訳: トラウマ関連疾患心理療法ガイドブック-事例でみる多様性と共通性-. 誠心書房, 2017.)
- 7) 飛鳥井望: PTSD の臨床研究: 理論と実践. 金剛出版, 2008.
- 8) Hamblen, J.L., Norman, S.B., Sonis, J.I., et al.: A guide to guidelines for Treatment of

- Posttraumatic Stress Disorder in Adults: An update. *Psychotherapy*, 56(3); 359-373, 2019.
- 9) American Psychological Association: Clinical Practice Guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder(PTSD). 2017 <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>(accessed 2020-9-10)
 - 10) International Society for Traumatic Stress Studies: New ISTSS prevention and treatment guidelines. 2019.(<https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines>) (accessed 2020-09-10)
 - 11) National Institute for Clinical Excellence: Post-traumatic stress disorder NICE guideline. Published date: December 2018. (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>) (accessed 2020-09-10).
 - 12) Phoenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health: Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2013. <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>(accessed 2020-9-10)
 - 13) VA/DoD: VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Department of Veterans affairs, department of defense version 3.0 – 2017. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf>(accessed 2020-9-10)
 - 14) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*, 161, November supplement, 2004.
 - 15) National Institute for Clinical Excellence: Posttraumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care, London, 2005. (<http://www.nice.org.uk/guidance/CG26>) (accessed 2016-11-1).
 - 16) Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., et al.: Narrative Exposure Therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): From neurocognitive theory to field intervention. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 17; 641-664, 2008.
 - 17) Hecker, T.: Perpetual perpetration: How violence shapes the offender: The interplay between organized and family violence, appetitive aggression and mental health. Doctoral Thesis, University of Konstanz, 2013.
 - 18) 道免逸子, 江尻真樹, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性PTSDの治療(2)---効果と適応の検討---. *日本サイコセラピー学会雑誌*, 13(1); 67-73, 2012.
 - 19) Heilmann, K.R., Måkestad, E. : Narrative Exposure Therapy as treatment for posttraumatic stress disorder: An intervention study. Master Thesis, The University of Bergen, 2008.
 - 20) Milde, A.M., Nordling, T.S., Nordanger, D.O.: The effect of Narrative Exposure Therapy on posttraumatic stress disorder: An outpatient intervention study. *Eur. J. Psychotraumatol.*, March, 2012.
 - 21) Smiddy, M.: Efficacy of Narrative Exposure Therapy in the treatment of childhood trauma-related posttraumatic stress disorder: A case series design. Master thesis, Leiden University, 2016.
 - 22) 道免逸子, 江尻真樹, 森茂起: Narrative Exposure Therapyによる複雑性PTSDの治療

- 境界性パーソナリティ障害を伴う症例への効果と適応の検討---. 日本サイコセラピー学会雑誌,16(1); 71-81, 2015.
- 23) 江尻真樹,道免逸子,森茂起:Narrative Exposure Therapyによる複雑性PTSDの治療(1)---医療現場への導入例---. 日本サイコセラピー学会雑誌, 13(1); 59-65, 2012.
- 24) Pabst,A.,Schauer,M.,Bernhardt,K., et al. : Treatment of patients with borderline personality disorder and comorbid posttraumatic stress disorder using Narrative Exposure Therapy: A feasibility study. *Psychother.Psychosom.*, 81(1); 61-63, 2012.
- 25) Steuwe,C.,Rullkotter,N.,Ertl,V. et al.: Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy(NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder - a pilot study. *BMC Psychiatry*, 2016.; 16 254 DOI: 10.11186/S12888-016-0969-4
- 26) 道免逸子, 森茂起:Narrative Exposure Therapyによる複雑性PTSDの治療---複雑性悲嘆を伴う1事例の報告---. 日本サイコセラピー学会雑誌, 14(1); 77-85, 2013.
- 27) 鈴木逸子:Narrative Exposure TherapyによるPTSDの治療 -解離症状を伴う症例への効果と適応の検討-. 心的トラウマ研究, 14; 75-82, 2019a.
- 28) 鈴木逸子, 沢井智子:構造的解離を伴うPTSDへのナラティブ・エクスポージャー・セラピー. サイコセラピー学会雑誌, 21(1), 2019b.
- 29) Fazel,M., Stratford,H.J., Rowsell,E., et al.: Five applications of narrative exposure therapy for children and adolescents presenting with post-traumatic stress disorders. *Front Psychiatry*, 2020;11:19, PMID: 32140112, 2020. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.00019
- 30) 鈴木逸子:アタッチメントの問題を背景に持つ Complex PTSD症状へのナラティブ・エクスポージャー・セラピー. 心的トラウマ研究, 15; 67-76, 2020.
- 31) Bokaie,M, Khalesi,Z.B., Yasini-Ardekani,S. M.: Diagnosis and treatment of unconsummated marriage in an Iranian couple. *Arfican health sciences*, 2017, Sep; 17(3):632-636. Doi: 10.4314/ahs.v17i3.5 PMID: 2908
- 32) Hermenau,K., Heckerr,T., Ruf,M. et al.: Childhood adversity, mental ill-health and aggressive behavior in an African orphanage: Changes in response to trauma-focused therapy and the implementation of a new instructional system. *Child Adolesc. Psychiatry Ment.Health*, 5:29; 2011.
- 33) Harb,B.M.,Wonisch,M.,Fruhwald,F. et al.: Tako-tsubo cardiomyopathy and post-traumatic stress disorder after a skiing accident: A case report. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 127(5/6), ; 222-224,2015.
- 34) Campbell,C.A., Albert,I., Jarrett,M. et al.: Treating multiple incident post-traumatic stress disorder(PTSD) in an inner city London prison: the need for an evidence base. *Behav. Cogn. Psychother.*, 44(1); 112-117, 2016.
- 35) Jha,A.,Shakya,S.: Rational for conducting PTSD research and challenges of recruiting and training volunteer to screen and treat PTSD among the Nepal 2015 Earthquake survivors. *Nepal Med.Assoc.*, 53(199); 202-7, 2015.
- 36) Crombach, A.: Impact and cultural acceptance of the Narrative Exposure Therapy in the aftermath of a natural disaster in Burundi. *BNC Psychiatry* 2018 18:233 <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1799-3> (<http://www.healthquality.va.gov/>

- guidelines/MH/ptsd/)(accessed 2016-11-1).
- 37) Colville,G.A.: Narrative Exposure Therapy with parents who have been traumatized in pediatric settings: a case series. 2017. Doi: 10.1037/cpp0000187
- 38) Lely,J.C.G., DelaRie,S.M., Knipscheer,J.W., et al.: Stronger than my ghosts: Narrative Exposure Therapy and cognitive recovery in later life. *Journal of loss and trauma*, <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1603008> 2019b
- 39) Morkved,N., Thorp,S.: The treatment of PTSD in an older adult Norwegian woman using narrative exposure therapy: A case report. *Eur J Psychotraumatol*, 9(1), 2018. Doi: 10.1080/20008198.2017.1414561 PMID: 29372012
- 40) Lane, S.: Using narrative exposure therapy to treat women with a history of intimate partner violence for post-traumatic stress: a series of single case studies. D Clin Psy thesis, University of Nottingham. 2019.
- 41) Doef,L.M.: Effectiveness of narrative exposure therapy on re-experiencing symptoms in early childhood trauma-related posttraumatic stress disorder: A single-case experimental design. Master thesis, Universiteit Leiden, 2016.
- 42) Weinhold,S.L.,Goder,R.,Pabst,A. et al.: Sleep recordings in individuals with borderline personality disorder before and after trauma therapy. *J.Neural.Transm.*, 1-9, 2016. DOI:10.1007/s00702-016-1536-3
- 43) Ruf,M.,Schauer,M. : Facing childhood trauma: Narrative Exposure Therapy within a cascade model of care. (ed.), Murray,J. : Exposure therapy: New developments. Nova Science Publishers, Inc., 229-262, Chapter 9, 2012.
- 44) Bisson,J.I., Berliner,L.,Cloitre,M., et al. : The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*, August 2019, 32; 475-483.
- 45) Bichescu,D.,Neuner,F.,Schauer,M., et al.: Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behav.Res. Ther.*, 45(9); 2212-20, 2007.
- 46) Cloitre,M., Courtois,C.A.,Charuvastra,A., et al.: Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J.Trauma.Stress*, 24(6); 615-627, 2011.
- 47) Elbert,T.,Schauer,M.,Neuner,F.: Narrative Exposure Therapy(NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence. (eds.) Schnyder,U., Cloitre,M.: Evidence based treatment for trauma-related psychological disorders. A practical guide for clinicians. Springer, 229-253, 2015.
- 48) 大江美佐里:ICO-11分類におけるComplex PTSD概念について. *トラウマティック・ストレス*, 14(1); 56-62, 2016.
- 49) Cloitre,M., Courtois,C.A., Ford,J. et al.: The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. Retrieved from http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=%2FCM%2FContentDisplay.cfm&ContentID=518 2012.
- 50) Pabst,A.,Schauer,M.,Bernhardt,K. et al.: Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clin. Neuropsychiatry*, 11(4); 108-117,

- 2014.
- 51) Zang,Y.,Hunt,N.,Cox, T.: A randomized controlled pilot study: the effectiveness of Narrative Exposure Therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 13:41, 2013.
- 52) Zang,Y.,Hunt,N.,Cox,T.: Adapting Narrative Exposure Therapy for Chinese earthquake survivors: A pilot randomized controlled feasibility study. *BMC Psychiatry*, 14:262, 2014.
- 53) Catani,C., Kohiladevy,M., Ruf,M., et al.: Treating children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in north-east Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9; 22, 2009.
- 54) Kangaslampi,S., Peltonen,K.: Changes in traumatic memories and posttraumatic cognitions associate with PTSD symptom improvement in treatment of multiply traumatized children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00255-3>
- 55) Courtois,C.A., Gold,S.N.: The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 3-23, 2009.
- 56) Henning,J., Brand.: Implications of the American Psychological Association's Posttraumatic Stress Disorder Treatment Guideline for Trauma Education and Training. *Psychotherapy*, 56(3); 422-430, 2019.
- 57) Alghamdi,M., Hunt,N., Thomas,S.: The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatized controlled study. *Behav. Res.Ther.*, Mar;66; 64-71, 2015.
- 58) Crombach,A., Elbert,T.: Controlling offensive behavior using Narrative Exposure Therapy: A randomized controlled trial of former street children. *Clin.Psychol.Sci.*, 3 (2); 270-282, 2015.
- 59) Hinsberger,M.,Holtzhausen,L.,Sommer,J. et al.: Feasibility and effectiveness of Narrative Exposure Therapy and cognitive behavioral therapy in a context of ongoing violence in South Africa. *Psychol.Trauma*, Advance online publication. online first publication, 2016. DOI:10.137/tra0000197
- 60) Hinsberger,M., Holtzhausen,L., Sommer,J., et al.: Long-term effects of psychotherapy in a context of continuous community and gang violence: changes in aggressive attitude in high-risk South African adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* Published online by Cambridge University Press, 2019 May doi: <https://doi.org/10.1017/S1352365819000365>
- 61) Lely,J.C.G., Knipscheer,J.W., Moerbeed,M., et al.: Randomised controlled trial comparing Narrative Exposure Therapy with present-centered therapy for older patients with posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 214(6): 369-377, 2019a. Doi: 10.1192/bjp.2019.59. PMID: 3099957736
- 62) Orang,T., Ayoughi,S., Moran,J.K. et al.: The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother.* 2018, Nov; 25(6): 827-841, 2018. Doi: 10.1002/cpp.2318 PMID: 30079583
- 63) Peltonen,K., Kangaslampi,S.: Treating

children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *Eur J Psychotraumatol*, 2019; 10(1): 1558708. Doi: 10.1080/20008198.2018.1558708 PMID: 30693077

- 64) Xulu, K.R.: Understanding and treating trauma and violence-related pathologies in South African townships: Emergence and modifiability of epigenetic and neural memories of traumatic stressors and appetitive offending. Doctoral Thesis, Stellenbosch University, 2018
- 65) International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. World Health Organization. 2018. <https://icd.who.int/en> (accessed 2022-9-10)

A new trend in the study of NET (Narrative Exposure Therapy) : A literature review of the adaptation and effects of NET for PTSD due to non-organized violence

Itsuko Domen

Dept of Psychology, Kansai University of International Studies

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Narrative exposure therapy (NET) is a cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder (PTSD). NET is effective in treating PTSD related to organized violence and family violence. As abundant evidence of NET's effectiveness for refugees' PTSD has accumulated, the efficacy of NETs for organized violence has been emphasized. I reviewed only the literature on NET for PTSD resulting from non-organized violence to examine its adaptation, effectiveness, and the current status of NET utilization in the general public.

The results show that NET is effective for treating people with PTSD due to non-organized violence, such as family violence and disasters, and some international guidelines "strongly recommend" the use of NET. NET adaptation has been widely studied for use with the general public for PTSD, especially regarding dissociative symptoms and BPD symptoms.

In addition to KIDNET (NET for children), FORNET (narrative exposure therapy for forensic offender rehabilitation), and NET-R (revised NET for treating PTSD after natural disasters) have been developed, and their effectiveness is evaluated by RCT.

NET was developed for refugee complex trauma and was promoted as an effective therapy for complex PTSD in the guidelines by ISTSS. Now that the symptoms of CPTSD have been defined in ICD-11, it is expected that the effectiveness of NET for CPTSD will be rigorously evaluated.

NET is a simple technique based on narration and shared activities, and it is easy to master. In the UK, as NET was regarded as the strongly recommended therapy for PTSD by NICE guidelines, the national project was launched to train NET therapists to address those affected by public health issues such as child abuse, PTSD after natural disasters, and refugee issues. It is expected that the number of NET therapists will also increase in Japan, a nation whose citizens face many of the same problems as the UK.

Key words: Narrative Exposure Therapy (NET)、PTSD、non-organized violence、family violence、help for perpetrators

■心的トラウマ研究 投稿規定■

1. 本誌への投稿は、原則として兵庫県こころのケアセンター所属の研究員及びその共著者、その他編集委員が必要と認めたものに限ります。
2. 本誌は他誌に発表されていないものを掲載します。したがって他誌に掲載された論文、または投稿中の論文はお受けできません。
3. 投稿の対象は研究論文、資料論文、総説、実践報告等です。それぞれの規定は以下の通りです。
 - a) 研究論文、資料論文、総説は8,000字～12,000字以内（400字詰め原稿用紙で20～30枚程度、図表込み）、実践報告は8,000字以内（原稿用紙20枚程度、図表込み）を原則とします。
 - b) 研究論文の投稿原稿は次の順番で作成して下さい。表題（日本語）、著者（日本語）、所属（日本語）、抄録（日本語）、Key words（日本語）、本文、文献、表題（英語）、著者（英語）、所属（英語）、抄録（英語）、Key words（英語）、図表。
 - c) 英語表記に際し、著者名については名、姓を略さずにローマ字で綴り、所属機関名については英語の名称で表記して下さい。
 - d) 抄録は日本語で400字以内、英語で250語以内とし、Key wordsを5つ以内で付記して下さい。
 - e) 本文中の引用・参考文献は、バンクーバー方式に従って記載してください。
 - f) 文献リストの引用・参考文献（書誌情報）は、NLMスタイルに従って記載してください。
 - g) 資料論文、総説では抄録（英語）、実践報告については抄録（日本語・英語）、Key words（英語）は不要です。研究論文の規定に準じ、資料論文、総説では抄録（日本語）、Key words（日本語・英語）を、実践報告についてはKey words（日本語）を作成して下さい。
4. 研究論文については、方法論の中で倫理的手続きについて言及して下さい。その際、著者所属機関の倫理委員会の承認の有無、対象者から同意を得た方法などを明記して下さい。資料を二次的に使用した場合は、著作権者の許諾、その他必要と思われる事項を記載して下さい。助成、寄付を受けての研究等については、その旨を記載して下さい。
5. 投稿原稿には、外国の人名、薬品等は原語で、また専門用語はわが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要な場合には訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
6. 投稿に際しては、原則としてデータのみご提出ください。
 - a) 原稿は、以下の規定でお願いします。
余白：上下左右20mm
字体：日本語・MS明朝、英数字・Century（全文）

フォント：10.5（全文）

文字数と行数：文字数40、行数30

図表は本文中に挿入場所を明示して、1枚につき1点ずつ原稿末に添付

- b) 写真を使用する場合には、写真は白黒で、印刷されたもの、あるいはデータをお送り下さい。
なお、原稿、写真については返却しませんのでご了承下さい。
- c) 見出しの取り方は以下を基本として下さい。
 - I. I-1. I-1-1.

- 7. 原稿の採否は編集委員会で決定します。また、編集方針により加筆削除等をお願いすることがあります。ただし、編集上の事項を除き、掲載された論文の内容に関する責任は著者にあります。
- 8. 著者校正は原則として二度行います。
- 9. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は兵庫県こころのケアセンター研究部にあります。掲載された論文を書籍等に転載される場合は、お問い合わせ下さい。
- 10. データは「心的トラウマ研究」編集事務局宛にお送り下さい。なお、必ずお手元にコピーを保存して下さい。

投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

心的トラウマ研究編集委員会

編集委員長 加藤寛
編集委員 亀岡智美、須賀楓介、酒井佐枝子
編集事務 中井浩子

編集後記

2020年は新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、近代史に残る激動の一年となりました。これまで当たり前だった多くのことが、あたかも手の届かない“過去のもの”になってしまったかのようです。実際に会って話をするという、あまりにも“当たり前”に出来ていたことが出来なくなりました。外出する際にマスクを忘れたことに気付くと自宅に引き返さなければならない気にさえなります。以前の日常を返してほしいという多くの人の願いと共に、2020年も終わりを迎えようとしています。地球全体からすれば人類のわがままなのかもしれませんが、2021年は、少しでも平和が取り戻される一年になってほしいものです。

さて、今回の心的トラウマ研究には7本の論文が収録されています。テーマを概観してみると、死別と悲嘆の臨床、親子関係再構築、喪失体験後のレジリエンス、非組織的暴力へのナラティブエクスポージャーセラピー、PTSD患者の神経心理学的症状や実行機能障害、そしてCOVID-19流行下におけるPFAと、幅広いものになっています。これらの研究がトラウマで苦しんでいる方々を救うための礎になっていくことを願ってやみません。(S)

心的トラウマ研究 第16巻

2021年1月発行

編集・発行 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター研究部
〒651-0073
神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号
TEL:078-200-3010
FAX:078-200-3026
URL:<http://www.j-hits.org>

印刷・製本 株式会社旭成社
〒651-0094 神戸市中央区琴ノ緒町1丁目5-9
TEL:078-222-5800 FAX:078-222-8559

(非売品)

Japanese Bulletin of Traumatic Stress Studies

Number 16, 2021

CONTENTS

Support collaboration through child-parent relationship rebuilding program	Saeko SAKAI
The clinical features of bereaved patients at the Hyogo Institute for Traumatic Stress affiliated clinic	Eizaburo TANAKA
Application of PFA in COVIC-19 Epidemic	Tomoko OSAWA
A study of Neuropsychological symptoms in PTSD patients	Minako OHTSUKA
A review of executive dysfunction in PTSD patients	Mako MOMODA
A review of resilience of siblings who experienced traumatic loss	Misato OHTA
A new trend in the study of NET (Narrative Exposure Therapy): A literature review of the adaptation and effects of NET for PTSD due to non-organized violence	Itsuko DOMEN

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109