

令和2年度
【長期研究1】

大規模災害の被災者を対象とした
包括的心理社会状況評価ツールの開発に関する研究

(要旨)

昨年度、被災者の抱える心理社会的な問題やニーズを評価するために調査票の原案を作成する中で、PTSD 診断面接のゴールドスタンダードである CAPS (Clinical-Administered PTSD Scale)-5 の標準化作業が完了していないことが明らかになった。CAPS は 1989 年に米国 National Center for PTSD が開発した、PTSD (心的外傷後ストレス障害) の診断、および重症度を評価する構造化面接である。CAPS はトラウマの診断評価に不可欠な構造化面接ツールであり、大規模災害、事故や犯罪被害など幅広いトラウマの影響を評価するために使用されている。その妥当性は広く検証され、臨床、研究および司法場面等で幅広く使用されており、トラウマ関連領域における PTSD の評価尺度のベンチマークと認識されている。アメリカ精神医学会の発行する精神障害の診断と統計マニュアル (DSM) が 2013 年に第 5 版の DSM-5 へと改訂され、第 4 版の DSM (DSM-IV) に準拠していた CAPS-IV は CAPS-5 へと改訂された。

日本語版 CAPS-IV は標準化研究を経て、臨床、研究や司法現場において広く使用されてきた。しかしながら、CAPS-5 に関しては未だ日本語版の標準化研究がなされていない。そこで、こころのケアセンターに通院中の患者を対象に CAPS-5 の標準化を開始し、今年度はバックトランスレーションを完了させた後、予備的フィールドトライアルを行った。

特に幼少期の虐待に起因するトラウマ症状を評価する際には特有の留意点はあるものの、標準化の実施可能性を脅かすような大きな問題はなかった。

研究体制：須賀楓介、亀岡智美、加藤寛

緒言

大規模災害、事故や犯罪被害のトラウマ体験は急性ストレス反応をもたらし、時に遷延して心的外傷後ストレス障害（PTSD）に移行する。PTSD の治療戦略を立てるためには、妥当性および信頼性が実証されている診断評価ツールが必要である。

CAPS（Clinical-Administered PTSD Scale）は 1989 年に米国 National Center for PTSD が開発した¹⁾、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の診断、および重症度を評価する構造化面接である。CAPS はトラウマの診断評価に不可欠な構造化面接ツールであり、大規模災害、事故や犯罪被害など幅広いトラウマの影響を評価するために使用されている。その妥当性は広く検証され²⁾、臨床、研究および司法場面等で幅広く使用されており、トラウマ関連領域における PTSD の評価尺度のベンチマークと認識されている³⁾。アメリカ精神医学会の発行する精神障害の診断と統計マニュアル（DSM）が 2013 年に第 5 版の DSM-5 へと改訂され、第 4 版の DSM（DSM-IV）に準拠していた CAPS-IV は CAPS-5 へと改訂された。

日本語版 CAPS-IV は標準化研究を経て、臨床、研究や司法現場において広く使用されてきた。しかしながら、CAPS-5 は日本語へのフォワードトランスレーションはなされていないものの、バックトランスレーション以降の標準化がなされていない状況である。

目的

本研究においては日本語版 CAPS-5 の標準化を行うことを目的とする。

方法

1：言語的妥当性の検証

言語的妥当性の検証には、フォワードトランスレーション（FT: 英語→日本語）、バックトランスレーション（BT: 日本語→英語）の 2 つのステップが必要となる。

すでに飛鳥井らが米国 National Center for PTSD から日本語版作成の許可を得て、FT が完了しており、言語的妥当性の検証には BT を残すのみとなっていた。

本年度は、英語能力が母国語相当のバイリンガル翻訳者（姫路市総合福祉通園センター 田宮聡、翻訳業者の専門翻訳者）に BT を依頼した。2 つの BT を研究担当者（須賀楓介）が統合し、研究チーム内での合意を得て、BT を完成させた。それをもって National Center for PTSD にコンタクトをとり、原文である英語版 CAPS-5 と BT の意味的互換性を英語ネイティブに確認を依頼した。

2：予備的フィールドトライアル

I. 研究デザイン

横断調査

トラウマ臨床の専門家が研究参加者に一対一面接調査を実施した（本年度は須賀楓介が担当した）。また、研究参加者には自記式質問表の記入を依頼した。

II. 研究対象者の選定方針

対象者：トラウマ体験に起因する精神症状を主訴に、兵庫県こころのケアセンターを受診した18歳-65歳の患者

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、研究責任者及び研究協力者がトラウマ体験を聴取するのに不適切な状態だと判断した場合

III. 実施場所

兵庫県こころのケアセンター附属診療所または相談室の、プライバシーが確保された個室で面接を実施した。

V. 評価項目

Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 version (CAPS-5) & DSM-IV version (CAPS-IV) :

研究参加者に対して行う構造化面接である。

CAPS-5は、トラウマ体験に関する質問1つ、PTSD症状（再体験、回避、否定的認知、覚醒亢進）に関する質問20つ、持続期間に関する質問2つ、機能障害に関する質問3つ、全般状態に関する質問3つ、その他の質問2つの合計30の質問からなる。それぞれの質問項目について最近一ヶ月の症状の重症度を元に面接者が評定を行う。

CAPS-IVは、トラウマに関する質問1つ、PTSD症状（再体験、回避、覚醒亢進）に関する質問17つ、持続期間に関する質問2つ、機能障害に関する質問3つ、全般状態に関する質問3つ、関連症状に関する質問5つの合計30の質問からなる。それぞれの項目について症状の重症度と頻度を元に面接者が評定を行う。

なお、面接内容は、本人及び保護者から書面での同意が得られれば、評価者間一致度を判定するために録画若しくは録音を行う。

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5 (PCL-5) : DSM-5におけるPTSD症状についての20項目の質問について最近一ヶ月の状態を自記式5段階で評価する。

Beck Depression Inventory -second edition (BDI-II) : 21項目からなる抑うつの重症度を評価するためのものであり、最近2週間の状態について自記式4段階（0-3）で評価する。

State-Trait Anxiety Inventory (STAI): 不安についての評価尺度であり、「状態としての不安」と「性格特性としての不安」に関する、それぞれ 20 項目の質問で構成され、自記式 4 段階で評価する。

WHO QOL26: 疾患特異的ではなく、被験者の主観的幸福感、生活の質を測定する。身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の 4 領域に関して生活の質 (QOL) を問う 24 項目と、QOL 全体を問う 2 項目の、全 26 項目について自記式 5 段階で評価する。

Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE): 個人のストレス対処方略を評価するための 28 項目の質問からなり、自記式 4 段階で評価する。

セルフ・コンパッション尺度 (SCS): セルフコンパッションの三要素である「自分への優しさ」、「共通の人間性」、「マインドフルネス」と、その対極にある「自己批判」、「孤独感」、「過剰同一化」の 6 因子からなる尺度で、26 の質問に対して自記式 5 段階で評価する。

基本属性: 年齢、性別、婚姻の有無など家庭状況、トラウマ体験前の精神的問題、家族の精神的問題、身体的問題および心理社会的サポートの有無を聴取する。なお、主治医が Global Assessment of Functioning (GAF) の評価を担当する。

V. 分析

信頼性: CAPS-5 の総得点及び症状クラスター得点毎に、クロンバックの α 係数を算出し、信頼性を確認する。評価者間一致度に関しては、CAPS-5 全面接の 30% をランダムに抽出し、結果がブラインドされた独立した評価者によって、スコアリングを行い、 κ 係数を算出する予定である。

妥当性: 収束的妥当性は、CAPS-5 と CAPS- IV および PCL-5 のそれぞれの得点の相関により確認する。また、CAPS-CA-5 と CAPS- IV および PCL-5 の診断一致度は、 κ 係数で確認する。弁別的妥当性は、CAPS-5 と BDI- II、STAI、WHO QOL26、Brief COPE、SCS のそれぞれの得点との相関により確認する予定である。

結果

1. 言語的妥当性の検討

完成した BT をもとに National Center for PTSD にコンタクトをとり、BT と原版 CAPS-5 との意味的な互換性を英語ネイティブが確認した結果、大きな意味的相違点はなく、言語的互換性が確認された。

2. 予備的フィールドトライアル

本年度は予備的調査であり、令和3年3月5日時点で研究同意が得られ、かつ面接及び自記式評価尺度への記入を終えた4名についての結果から、CAPS-5とCAPS-IVの結果の比較、およびCAPS-5とPCL-5の結果の比較を行い、傾向を確認した。その結果を表1に示す。

		事例1	事例2	事例3	事例4
CAPS-5	侵入症状	8	12	4	6
	回避	7	7	0	3
	認知と気分の陰性変化	19	26	12	10
	覚醒度と反応性の変化	6	11	10	10
	総得点	40	56	26	27
	PTSD診断	あり	あり	なし	あり
CAPS-IV	侵入症状	19	27	4	14
	回避	44	52	16	17
	覚醒亢進症状	17	28	20	16
	総得点	80	107	40	47
	PTSD診断	あり	あり	あり	なし
PCL-5	侵入症状	13	20	11	18
	回避	8	9	4	9
	認知と気分の陰性変化	25	35	23	23
	覚醒度と反応性の変化	19	19	17	24
	総得点	65	83	55	74

表1. PTSD症状に関する評価の結果

PCL-5は1-5の5段階評価であり、CAPS-5は0-4の5段階評価であるため単純比較はできないものの、質問項目の意図は同じである。しかしながら、自記式質問紙であるPCL-5はCAPS-5よりも得点が高くなる傾向がみられた。

また、CAPS-IVからCAPS-5へのアップデートに伴い症状クラスターの構成が変更されたことにより、2例においてCAPS-IVとCAPS-5の間でPTSD診断の不一致がみられた。

考察

1. 予備的フィールドトライアルの結果について

自記式質問紙であるPCL-5は、臨床場面において主観的な苦悩を把握するには有用であるがそれ単体で診断に用いるには限界があり⁴⁾、PTSDの症状を正確に把握し、診断するためにはCAPS-5の実施が必要になると思われる。また、CAPS-IVとCAPS-5の診断不一致については、米国にて行われたCAPS-5の妥当性を検証した研究⁵⁾においても報告されている。他の症状評価尺度との関連も含めて、今後事例数を重ねて検討する予定である。

2. CAPS-5実施時の留意点

予備的フィールドトライアルから、CAPS-5を実施する際の留意点を以下にまとめる。

CAPS-5を実施する前の準備

面接結果の信頼性、妥当性を確保するためには、面接者はCAPS-5についてのトレーニングを受け、CAPS-5の構造や特徴、および、評価対象であるPTSDという疾患の基礎的

概念や症状等についても十分に理解していなければならない。CAPS-5 は半構造化面接であり、予め定められた質問に対して被面接者が答えた返答内容に応じて面接者はさらに補足の質問を追加する必要がある。この補足質問は明示され準備されている質問を繰り返すことで足りることもあれば、被面接者が質問の意図を理解してさらに詳細を語ることでできるように面接者がアドリブで対応しなければならない場合も多く存在する。その上で、被験者が返答した内容が、心的外傷に関連しているものかどうかの判断を下さなければならない。そのためには、前述の通り、CAPS-5 および PTSD についての深い理解が必須となる。

基準 A の判定について

PTSD の診断を下す際には、被面接者が経験したトラウマ体験が基準 A を満たすかどうか検討しなければならない。つまり、実際に死の恐怖を感じたか / 重症を負ったか / 性的暴力を受けたか、そしてそれを直接体験したか / 直に目撃したか / 近親者や親しい者に起こったことを知らされたか / 不快感を抱く場面に繰り返し曝されたかという観点から、トラウマの性質や曝露のタイプをそれぞれ特定しなければならない。

大人になって以降に経験した単回の事故や被害であれば、この基準 A を判定することはさほど難しいことではない。一方、幼少期や児童思春期に受けたトラウマの場合には、難しい判断を迫られることがあり、今回の調査的フィールドトライアルにおいても悩まされた点であった。多分に個人情報を含むため、詳細なトラウマの記述は避けるが、特に両親の激しい言い争いを日常的に目撃したりネグレクトを受けたというような感情的虐待について、どの程度までの体験が基準 A を満たすと判定されるべきかという疑問が積みまとった。トラウマ体験による苦悩は極めて主観的なもので、加えて、子どもの頃の体験には客観的な目撃者からの情報が得られないことも多いため、面接者は報告されたトラウマの性質や曝露のタイプだけでなく、それを受傷した年齢や状況を総合的に判断材料としなければならない。基準 A を満たすかという判断は、いいえ / たぶん / はいから選択されるが、実際には、満たさないという判断を下すのは中々に難しいことがある。

基準 B の判定について

B 1 は侵入的想起、B 2 は悪夢、B 3 は解離性フラッシュバック、B 4 及び B 5 はリマインダーに触れた際の心理的苦痛 / 身体的反応についての評価項目である。

B 1 では、想起の不随意性、反復性や侵入性について評価を行う。フィールドトライアルでは、加害者に対する怒りが強く、「そのことを忘れたいのでずっと考えています」という返答があり、これは一聴すれば自発的に考えているようであるが、詳細を尋ねていくうちに、「脇に置いておきたくてもその時のイメージが頭の中に繰り返し浮かんできて、

こびりついて離れない」という主観的な体験であり、強い侵入性があることがわかったことがあった。

B 3では、解離性フラッシュバックについて尋ねる。考えるということではなく、現在にいながら当時に引き戻される、今そこに戻っているように感じるという解離についての評価であり、しばしばその意味が被面接者に伝わりにくいことがあるので、留意する必要がある。

B 4では、トラウマ体験を想起させるリマインダーに曝露された際の心理的苦痛について評価する。規定された質問には、「何らかのきっかけで出来事を思い出した時に気持ちが動揺することがありましたか」とあるが、フィールドトライアルでは、幼少期に虐待を受けた被面接者が「動揺というのはどんな感じですか?」と尋ねたことがあった。感情にラベリングがされておらず、快/不快といった両極端な感覚しかない、感情への気づきが乏しい場合には、「動揺」という細分化された感情を尋ねられても体感的理解が難しい可能性がある。

基準 C の判定について

C 1では考えたり感じたりするということへの内的な回避を、C 2では外的なリマインダーの回避を評価する。

C 2で、現実生活における回避を評価する際、時に被面接者も今更それを回避と気づかない程、巧みに、自然に回避が成立していることがあるので、注意が必要である。

基準 D の判定について

D 1では、解離性健忘によるトラウマエピソードの想起不能、D 2では自身、他者および世界に対する否定的信念、D 3では自責/他罰感、D 4ではネガティブ感情、D 5では興味関心の喪失、D 6では孤立無援感、D 7ではポジティブ感情の欠如を、それぞれ評価する。

D 1を評価する際、幼少期のトラウマ体験が、単純に昔のことで思い出せないのか、それとも苦痛が強すぎて想起することが困難になっているのか、判然としないことがある。

D 5では、「以前は楽しめていた活動」への興味減退を尋ねるが、体験が幼少期のもので現在と時間的な隔たりが大きければ大きいほど、トラウマ体験前後の比較が難しくなる。その場合には、現在の興味関心の喪失/減退が、過去のトラウマ体験と関連していると思うか、そうであればどのように関連しているのかについての確認が重要となる。

基準 F の判定について

ここでは、症状の出現時期と持続期間を評価する。トラウマ体験から比較的日子が浅い場

合には評価は難しくないが、トラウマ体験が幼少期で現在は成人である場合には、しばしば正確な発症時期の判定が困難であることがある。ただし、発症時期が正確にはわからなくても、大体の時期（例えば、高校生頃とか大学生の前半頃、社会人になってすぐ、など）がわかれば、遅延顕症型かどうか、症状が一ヶ月以上持続しているかは判定可能である。

以上、予備的フィールドトライアルの経験から、CAPS-5実施時の留意点をまとめた。指標となるトラウマ体験が単回で、遠くない過去に起こったものであるほど評価しやすくなり、逆に、幼少期のトラウマ体験のように、現在との時間的隔たりが大きければ大きいほど考慮すべき要因が増え、評価の難易度が増すことが確認された。

今後の展望

本年度は、現在のPTSD診断面接のゴールドスタンダードであるCAPS-5の標準化作業として、言語的妥当性の確認と、少数例に対する予備的フィールドトライアルを実施し、実行可能性を検討した。特に幼少期の虐待に起因するトラウマ症状の評価の際には、それ特有の留意点はあるものの、実施可能性を脅かすような大きな問題はないように思われた。

次年度は、標準化作業を完了させるため、より多くのデータを収集する必要がある、本施設のみならず、トラウマ診療を行っている施設を共同研究施設として加え、データ収集を進めていく予定である。

引用文献)

- 1) Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, Keane TM. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. Behavior Therapist.1990; 13:187-188.
- 2) Weathers FW, Keane TM, Davidson JRT. Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. Depression and Anxiety. 2001; 13:132-156.
- 3) Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB, Franklin CL. Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals. Journal of Traumatic Stress. 2005; 18:541-545.
- 4) Ito M, Takebayashi Y, Suzuki Y, Horikoshi M. Posttraumatic stress disorder checklist for DSM- 5 : Psychometric properties in a Japanese population.J Affect Disord. 2019 Mar 15;247:11-19.
- 5) Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, Keane TM, Marx BP. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM- 5 (CAPS- 5) : Development and Initial Psychometric Evaluation in Military Veterans. Psychol Assess. 2018 Mar;30 (3) :383-395.

CAPS-5
PTSD Clinical Diagnostic Interview Scale (for DSM-5)
(Past Month Version)
National Center for PTSD
CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE FOR DSM-5
PAST MONTH VERSION

Name: _____
Interviewer: _____
Study: _____

Not for
Date: _____

Version Date 15 April, 2018
Public Release

Frank W. Weathers, Dudley D. Blake, Paul T. Pincus,
Danny G. Kaloupek, Brian P. Marx, & Terence M. Keane
(2015)

National Center for Posttraumatic Stress Disorder
URL <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>

Japanese Version
Nozomu Asukai, Takumi Tsutsui
Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science
Mental Health Promotion Project

参考資料

CAPS-5バックトランスレーション版 冒頭部分のみ

Instructions for Use

It is essential that the CAPS-5 be administered and scored in a standardized manner to establish the reliability and validity of the score and provide a diagnosis. The CAPS-5 should be administered only by an interviewer who has received formal training in structured interviewing and differential diagnosis, who has a thorough understanding of the foundational concepts of PTSD and its diverse symptoms, and who has detailed knowledge of the features and rules of the CAPS-5 itself.

When Administering

1. Identify the “targeted traumatic event(s)” that will be the basis for symptom evaluation. Use the Life Events Checklist and the Criterion A directed questions on page 4, or question in any other evidence-based structured manner. The “targeted event(s)” may be a single incident (e.g., an accident) or multiple related incidents (e.g., the most miserable military experience).
2. Read the supplemental questions exactly as they are written, one by one, in order. The following cases are exceptions.
 - a. When using the exact words the interviewee used to describe their symptoms or the target event
 - b. When rewording the standard supplemental question with words provided in a past response. However, you must return to the questions exactly as they are written as soon as possible. For example, it would be okay to say the provided question for item 20 as, “You already mentioned that you have problems with sleeping. What kind of problems do you have?”
 - c. When asking clarifying questions because there is still insufficient information after all supplemental questions are finished. In this case, repeating the original supplementary questions often helps the interviewee focus again.
 - d. When asking about a specific example, even if it is not specified in the supplementary questions, as needed to encourage the interviewee to speak in detail
3. Generally, do not suggest responses. If it is clear that the interviewee cannot understand a supplementary question, you may need to provide a brief example to clarify and explain the question. However, examples should not be given excessively and should be given only after ensuring a sufficient opportunity for the interviewee to respond spontaneously.
4. Do not tell the interviewee the scoring anchor points. An anchor point is intended for use only by the interviewer since the clinical judgment and sufficient understanding of the CAPS-5 scoring rules are required for its appropriate use.
5. Administer the interview as efficiently as possible to minimize stress on the interviewee. Effective methods:
 - a. Be sufficiently familiar with CAPS-5 for fluent supplementary questioning.
 - b. Obtain enough information for a valid rating from the minimum supplementary questions.
 - c. Minimize notetaking while the interviewee is speaking to prevent long pauses in the interview.

d. Conduct the interview politely but such that the interviewee's attention does not stray from the task even between one question and the next, between asking for specific examples, or when pointing out inconsistencies.

Scoring method

1. Excluding “8. Amnesia” and “12. Loss of interest,” which is rated based on amount and intensity, rating of symptom severity on the CAPS-5 is based on symptom frequency and intensity as it was for the previous version (CAPS). However, on the previous version, it was necessary to calculate frequency score and intensity score separately as scores were either totaled to yield the severity score or combined for rating according to various rules (present/absent). In contrast, each item on the CAPS-5 is rated as a single severity score. Therefore, on the CAPS-5, the interviewer integrates information on frequency and intensity before carrying out a single severity rating. Depending on the item, frequency is rated with either number of occurrences (number of times in the past month) or percent of time (how much time over the past month). Intensity is rated using the usual 4-point scale of “slight,” “apparent,” “considerable,” “extreme.” Intensity and severity are related, but distinct. Intensity expresses how strong a given symptom typically is when it appears. Severity expresses the total stress resulting from symptoms in a given period of time and combines both intensity and frequency. This is similar to the method of rating using amount/frequency for alcohol consumption. Generally, excluding the fact that severity ratings must consider a combination of intensity and frequency, intensity anchor points correspond to the severity anchor points mentioned below and should be interpreted and used in the same way. Therefore, if we do not consider frequency, the intensity rating of “slight” is consistent with the severity rating of “mild/below threshold,” “apparent” with “moderate/at threshold,” “considerable” with “severe/greatly surpasses threshold,” and “extreme” with “extreme/impairs function.”

2. CAPS-5 symptom severity rating uses a 5-point scale for all symptoms. The rating scale anchor points must be interpreted and used as follows:

- 0 **Not at all** The interviewee denies any issues (symptoms/disorders), or the interviewee's responses do not meet the DSM-5 symptom criteria.
- 1 **Mild/below threshold** The interviewee discusses issues that match symptom criteria, but the extent is not severe enough to consider clinically significant. The issues discussed do not meet the DSM-5 symptom criteria. Therefore, the issues discussed are not included among the items for a PTSD diagnosis.
- 2 **Moderate/at threshold** The interviewee discusses issues that have clinical significance. The issues discussed meet the DSM-5 symptom criteria. Therefore, the issues discussed are included among items for a PTSD diagnosis. The issues discussed could be targets for intervention. For this rating, it is necessary that, in addition to being present at least two times per month or 20–30% of one month, the intensity be at least “apparent.”
- 3 **Severe/greatly surpasses threshold** The interviewee discusses issues that fully surpass threshold. The issues discussed are difficult to control and are overwhelming. The issues discussed could clearly be targets for intervention. For this rating, it is necessary that, in addition to being present at least two times per week or 50–60% of one month, the intensity be at least “considerable.”

- 4 ***Extreme/impairs function*** The interviewee discusses extreme issues that far surpass threshold. The issues discussed are intrusive, uncontrollable, and overwhelming. The issues discussed are a high priority for intervention.

3. Generally, the stipulated severity ratings must be given only when both the frequency and intensity meet the rating criteria. However, if intensity meets the criteria, but frequency is slightly below the criteria, a clinical judgment can be made based on the stipulated severity ratings. For example, if symptoms occur once per month (rather than the necessary criterion of twice per month), as long as intensity is either “considerable” or “extreme” (rather than the necessary criterion of “apparent”), a severity rating of moderate/at threshold is acceptable. Similarly, if symptoms occur once per week (rather than the necessary criterion of twice per week), as long as intensity is “extreme” (rather than the necessary criterion of “considerable”), a severity rating of severe/greatly surpasses threshold is acceptable. If you cannot decide between two severity ratings, you must choose the lower rating.

4. It is essential to verify that symptoms not only phenomenologically meet the DSM-5 criteria but are functionally associated with the index psychologically traumatic event, in other words, that the symptoms occurred or were exacerbated as a result of the event. CAPS-5 items 1–8 and 10 (re-experiencing, efforts to avoid, amnesia, blaming self/blaming others) are fundamentally connected to the event. The relevance of the remaining items to the psychologically traumatic event must be rated using the following rating scale.

Rating of relevance to the psychological trauma:

- a. Obviously = The symptom is evidently arising due to the index psychologically traumatic event. This is because (1) there is a clear change from the pre-trauma functioning level and/or (2) the interviewee is convinced that the index traumatic event is the cause.
- b. Probably Yes = The symptom may be related to the index psychologically traumatic event, but a definite relationship cannot be confirmed. This rating could be given in the following situations. (1) It seems there is a change in level of functioning compared to before the psychologically traumatic event, but it is not definite enough to call “evident.” (2) The interviewee believes there is a causal relationship between the symptom and the index psychologically traumatic event, but is not confident enough for a rating of “evident.” (3) There is thought to be a functional relationship between the symptom of re-experiencing (a symptom intrinsically derived from a psychologically traumatic event) and the symptom being rated (e.g., emotional numbness or social withdrawal increase when re-experiencing increases).
- c. Probably No = The symptom derives from a cause other than the index psychologically traumatic event. This is because (1) There is an evident functional relationship with another cause, and/or (2) the interviewee is confident that it is from a different cause and denies a relationship with the index psychologically traumatic event. As it is difficult to rule out a functional relationship between a symptom and the index psychologically traumatic event, the rating of “not probable” should be used only when the information obtained strongly suggests a cause other than the index psychologically traumatic event. Note: Symptoms for which relevance to a psychologically traumatic event is “not probable” should not be included as items for a PTSD diagnosis or in the total CAPS-5 severity score.

5. The CAPS-5 total severity score is the total of the severity scores for items 1–20. Note: The two items about dissociation (items 29 and 30) cannot be included in the total score.

6. The CAPS-5 symptom cluster severity scores are calculated by adding the individual severity score for each symptom included in a DSM-5 cluster. Therefore, the B Criterion (re-experiencing) severity score is the sum of the individual severity scores for items 1–5, the C Criterion (avoidance) severity score is the sum of the severity scores for items 6 and 7, the D Criterion (negative changes in cognition and mood) severity score is the sum of items 8–14, and the E Criterion (hyperarousal) severity score is the sum of items 15–20. For dissociation, the cluster score is found by adding items 29 and 30.

7. For a PTSD diagnosis, individual symptoms are first divided into either “symptom present” or “symptom absent” after which a diagnosis is determined according to the DSM-5 diagnostic criteria. Each symptom is considered present only when the respective severity score is 2=moderate/at threshold or above. Items 9 and 11–20 must further be rated either “evident” or “probable” concerning their relevance to the psychologically traumatic event. In all other cases, symptoms are considered absent. The DSM-5 diagnostic criteria require at least one B symptom, one C symptom, two D symptoms, and two E symptoms. The F Criterion and G Criterion must also be met. The F Criterion requires that the disorder lasts at least one month. The G Criterion requires that symptoms be causing clinically significant distress or dysfunction with a rating of at least 2=moderate for items 23–25.

Criterion A

Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one(or more) of the following ways:

1. Directly experiencing the traumatic event(s).
2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others.
3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a close family member or close friend. In cases of actual or threatened death of a family or friend, the event(s) must have been violent or accidental.
4. Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse).

Note: Criterion A4 does not apply to exposure through electronic media, television, movies, or pictures, unless this exposure is work related.

[Administer the Life Events Checklist (LEC) or another structured psychologically traumatic experience screening]

Now, I'm going to ask questions from a questionnaire form about the stressful experiences you filled in. First, I'll ask a little bit about the experience that was the worst for you. Then, I'll ask about how that event has impacted you over the past month. I'll ask for enough information to understand the various problems you may be facing, but in most cases, not too much information is necessary. If anything during the interview greatly upsets you, please say so. In that case, we can stop the interview in order to discuss together what to do. Please also speak up if you have a question or if there is anything you don't understand. Do you have any questions before we begin?

In that case, I'll ask about (the event) you said was the worst. Please briefly tell me about what happened.

Index event (specify): _____

<p>What kind of things happened? (How old were you? How did you get involved? Was anyone else involved? Was anyone severely injured or killed? Was anyone's life put at risk? How many times did it happen?)</p>	<p><i>Type of exposure:</i></p> <p style="padding-left: 40px;"> <i>Experienced</i> ___ <i>Witnessed</i> ___ <i>Learned</i> _____ <i>Exposed to aversive details</i> ___ </p> <p style="padding-left: 40px;"> <i>Life threatened?</i> <i>no</i> <i>yes</i> [<i>self</i> ___ <i>other</i> ___] <i>Severe injury?</i> <i>no</i> <i>yes</i> [<i>self</i> ___ <i>other</i> ___] <i>Sexual violence?</i> <i>no</i> <i>yes</i> [<i>self</i> ___ <i>other</i> ___] </p> <p style="padding-left: 40px;"> <i>Criterion A met?</i> <i>no</i> <i>maybe</i> <i>yes</i> </p>
---	---

For the rest of the interview, I'll ask about various issues that may have happened to you. Please answer while bearing in mind that (event). You may have had some issues before, but this interview focuses on the past month. I'll ask about whether or not you had each issue over the past month, and if so, its frequency and how much it troubled you.

Criterion B:

Presence of one (or more) of the following intrusion symptoms associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred:

1.(B1) Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s). Note: In children older than 6 years, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed.

<p>In the past month, have you <u>remembered</u> (the event) <u>even when you didn't want to</u>? Meaning, when you were awake and not including dreams. [Rating 0=rate as no if only during sleep]</p> <p>How do you remember (the event)?</p> <p>[If unclear:] (<i>Do you remember even when you don't want to remember, or are you intentionally thinking about (the event)?</i>) [Rating 0=rate as no if it is not an uncontrollable, intrusive sensation]</p> <p>How much are you troubled by that kind of memory?</p> <p>Are you able to get it out of your mind and think of other things?</p> <p>[If unclear:] (<i>Overall, how much does this disturb your daily life? In what ways?</i>)</p> <p>Circle one: distress = Minimal / Clearly present / Pronounced / Extreme</p> <p>In the past month, how often did you remember it? <i>Number of times</i></p> <hr/> <p><i>Major rating scope = frequency/intensity of distress</i> Moderate = At least twice a month/Distress clearly present, memories somewhat difficult to drive away Severe = At least twice a week/Distress pronounced, memories notably difficult to drive away</p>	<p>0 <i>Not at all</i></p> <p>1 <i>Mild/below threshold</i></p> <p>2 <i>Moderate/at threshold</i></p> <p>3 <i>Severe/greatly surpasses threshold</i></p> <p>4 <i>Extreme/impairs function</i></p>
--	---

2.(B2) Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the event(s).

Note: In children, there may be frightening dreams without recognizable content.

<p>In the past month, have you had <u>unpleasant dreams</u> about (the event)?</p> <p>Please tell me about a typical dream (<i>What kind of things happen in the dream?</i>).</p> <p>[If unclear:] (<i>Do you wake up because of those kinds of dreams?</i>)</p> <p>[If response is yes:] (<i>What happens when you wake up? How long does it take you to fall back asleep?</i>)</p>	
--	--