

# 犯罪被害者への心理支援の実践

— リソースや身体志向の視点から —

## Psychological support for crime victims

— With a focus on resources and somatic approach —

板倉 憲政 (岐阜大学)

Norimasa Itakura (Gifu University)

### Abstract

Foa らの創始した持続エクスポージャー療法 (PE) は、PTSD に対する治療法として広がりを見せている。しかしながら、犯罪被害をはじめとするトラウマ被害の場合には、周トラウマ期解離と呼ばれる微細な解離体験を被害の最中や直後に生じている場合がある。この場合、被害者への PE の適用にはかなりの工夫を要することになる。本論では、犯罪被害者のトラウマ・ケアの際の臨床上の工夫として、(1) 被害者のリソースの強化、(2) ソマティック・エクスペリエンス®といった身体志向のアプローチの 2 つを取り上げて、犯罪被害者の心理支援の実践について報告する。

**Key words:** 犯罪被害者, PE, リソース, ソマティック・エクスペリエンス®

#### 1) はじめに

2004 年の犯罪被害者基本法の施行に伴って大きく前進し、犯罪被害者等が被害を受けた時から、再び平穏な生活を営むことができるようになるまで、必要な支援が被害者に途切れなく行われるべきであるという基本理念が掲げられるようになった。犯罪被害による精神的影響としては、被害ならびに二次的な社会的困難による非特異的な心身の不調がもっとも頻繁に生じるが、より直接に被害と結びついた影響としては外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder : 以下 PTSD) がある (金, 2010)。実際、自然災害による PTSD 発症率は数パーセントであるに対して、戦争体験では約 40%、強姦被害では 60% 程度の PTSD 発症率が示されている (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995)。つまり、自然災害よりも人災による被害経験の方が圧倒的に PTSD を発症するリスクが高いのである。日本における犯罪被害者の実態についての調査では、精神健康尺度による重症精神障害 (治療が必要なレベルの精神健康状態) 相当者の割合は、犯罪被害を経験したことの無い対象者が 9.1% であるのに対し、犯罪被害経験者は 18.5% と著しく高いことが示されている (警察庁, 2018)。また、中島 (2012) は、殺人・傷害の被害者や性犯罪の被害者の多くが、今後充実を望む試策として「PTSD 等重度ストレス反応の治療専門家の養成」を挙げていることに触れ、今後は被害者が身近にエクスポージャー療法等の PTSD の専門治療を受けやすくなるような施策の必要性について言及している。しかしながら、わが国では PTSD の治療に関するアプローチが十分に浸透しているとは言い難い。また、トラウマ・ケアに関する技法上の困難が治療者側に生じることも稀ではない。

本論では、犯罪被害者の心理的特徴に触れた上で、犯罪被害者への心理支援の一つのアプローチとして考えられる外傷体験の記憶を取り扱う上での留意点や工夫について取り上げる。特に、本論では犯罪被害者へのトラウマ・ケアを実施する上で、1) リソースの強化の重要性および、2) 身体へのアプローチの有効性について焦点を当てることにする。

#### 2) 持続エクスポージャーと犯罪被害者の“解離”について

PTSD に対する Foa らの創始した認知行動療法である持続エクスポージャー療法 (以下: PE) は, PTSD に対する全ての治療法の中で唯一, 十分なエビデンスが実証されていると認められている (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007; 金, 2010)。PE は, PTSD の心理教育, 実生活内暴露 (in vivo), 想像暴露, ホームワーク等からなるプログラムであり, 週 1 回, 約 90 分間のセッションを 10 回~15 回行う。PE の中心は, PTSD 症状の原因が, トラウマ記憶への回避 (avoidance) であるとの仮定の上に立ち, 回避とは逆の直面化 (confrontation) を系統的に行うことによって, 体験記憶の馴化 (habituation), 処理 (processing) を促進する技法とされている。つまり, PE は, 避けていたトラウマ記憶にさらされる (曝露=エクスポージャー) 作業を繰り返す。しかしながら, Kubetin (2003) は, PE を受けている患者の内, 約 2 割が治療から脱落する可能性があることを報告している。PE では, あらかじめ心理教育と呼吸再調整法を用いて, クライエント (以下: CI) に自己コントロール法を修得させるが, 長時間のトラウマ記憶への暴露による苦痛が存在することについては, 治療者は念頭におかなければいけない。

このように PE をトラウマ・ケアに用いる際, CI の抵抗が強いため, PE を継続していくためにはより一層の工夫が求められる。とりわけ, 既述した解離を伴う CI への PE は留意が必要である。犯罪被害をはじめとするトラウマ被害の場合には, 周トラウマ期解離と呼ばれる微細な解離体験を被害の最中や直後に生じていることが知られている (金, 2010)。周トラウマ期解離は, 自分の意識が体から抜け出し, 外から自分をみていると感じる, 身体の感覚がなくなる, 力が入らなくなる, 離人感のために深刻な孤独感を感じる, 記憶の一部がなくなる, 体験が自己に所属するという感覚がなくなる, などである。金 (2010) は, 「周トラウマ期解離は, 犯罪被害に特異的とまでは言えないものの, 多く見られる病態であり, 犯罪被害による PTSD などのトラウマ反応を扱う時には常に十分に注意すべき現象である」と述べている。

例えば, 野坂 (2010) は, 性被害を受けた被害者に対して, PE を実施したところ, PE 療法の施行中や日常生活のなかでも頻繁に CI が解離を起こしていた事例を報告し, 自宅で宿題の録音テープを聞くときに CI に解離が起りやすいことを示唆している。また, 小西・吉田 (2014) は, 複雑性 PTSD の症状によって自傷行為が繰り返されている場合や, 毎週決まった時間に入室することができない場合などには, PE の適応にならないとし, そのような場合は, 感情や行動のコントロールが先に必要になるについて言及している。つまり, トラウマ・ケアに取り組む前に, 病態の重い CI に対して, 本人で行える対処スキルの構築や, さらに安定化やリソースの開発などが必要不可欠と考えられる。

実際, 吉田・市原・澁谷・野口・小西 (2013) は, 「トラウマ記憶を扱う時期については慎重な検討が必要であり, トラウマ体験による PTSD 症状が生活に支障を与えていることが明らかでも, それだけを軽減させれば良いというものではないことについて言及し, CI の置かれた状況や状態によっては, 日常生活における PTSD 症状以外の, いわば 2 次的な症状の改善や問題行動の減少, 情緒の安定に向けた心理学アプローチ等が優先されることもある」と述べている。以上のことから, トラウマに対するアプローチの時期を見極めるアセスメント能力がトラウマ・ケアを実施していく上で求められるといえる。

### 3) PTSD 患者へのリソース強化支援

PE の他に, トラウマ・ケアの代表的なアプローチとして EMDR が挙げられる。EMDR では, 左右両側性刺激によって不適応の情報ネットワーク (トラウマ記憶) と適応的情報ネットワーク (資源) の「連合」が促されることで, 前者が後者に統合されていくことを「再処理」と呼んでいる (福井, 2014)。再処理をスムーズにしていくために EMDR では CI の持つリソースを強化する場合がある。しかしながら, 福井 (2016) は, EMDR は適応的情報処理モデルで概念化されているため, 成功する再処理は適応的情報ネットワークすなわち, リソースの質と量, 利用可能性に依存するにも関わらず, そのことが必ずしも明確化されていないため, EMDR を学んだ臨床家の間でもこのことが重要視されていないと指摘している。このことから EMDR の成否がリソースに依存しているという認識を治療者は持つべきであろう。

齋藤 (2017) は, 不登校・引きこもり支援においてリソースの重要性について触れた上で, 喜び, 安心,

成功、達成、貢献、つながり、サポート、感謝、賞賛、強み、芸術、自然、思い出、愛着、愛情、健康、休息、憧れ、希望など、さまざまなものが私たちのリソースになり得ることを指摘し、家族内のリソースが高まった上で、不登校の子どもの支援に向けた働きかけが可能になることについて述べている。さらに、齋藤（2017）は、家族療法などによるアプローチによって、家族内の関係性を調整していくこともリソース構築の一つであることを指摘している。実際、犯罪被害者は、家族を含めた周囲に対する不信感を増大させることが多くみられる（末崎・若島・狐塚, 2008）ため、2次的に家族関係が悪化してしまうリスクもある。同様に、大岡・大塚・岸川・中島（2016）は、事件事故後の精神的不調のリスクとなるひとつの要因として、被害当時の人間関係の困難な状況にあることを挙げている。その点を踏まえると、被害者（家族を含む）への心理教育（例えば、飛鳥井・鶴田, 2010；吉田・市原・澁谷ら, 2013）やCI本人で行える対処スキルの構築などもリソース構築に寄与する点であろう。また、悲嘆やPTSD反応に対するブリーフセラピーに基づくスリー・ステップス・モデルが考案され、東日本大震災における被災地支援において有効性が示されている（若島・野口・狐塚・吉田, 2012）。

このようにリソースの強化の仕方は様々だが、家族療法やブリーフセラピーの諸技法はリソース開発に大いに役立つと考える。以下では、CI本人を取り巻く周囲のリソースの開発を行った後に、PEを実施した事例を紹介する。

**事例：傷害事件の被害者への心理支援（板倉, 2018）**

CIは、傷害事件の被害者で激しいフラッシュバックや悪夢などのPTSD症状を抱えていた。加害者を訴えたいので裁判の実施を考えているが、資料の作成が出来ないという主訴で来談された。ただ、なかなか過去のことを整理しようと思ってもどうしても回避してしまうという悪循環が見られた。セラピスト（以下: Th）は直ぐにPEを実施せずに、CIがこの被害体験をひとりで抱えていたことから、裁判に関連する疾病利得の心理教育に加えて、自身の家族や恋人をサポート源（リソース）として活用していくことを最初の目標に置いた。その後、CIを周囲が支える環境が整ったことからPEを実施した。その結果、少しずつではあるが過去の事実に向き合いながら裁判資料の整理が可能となり、それに付随してフラッシュバックや悪夢を見るのが軽減していき面接は終結となった。

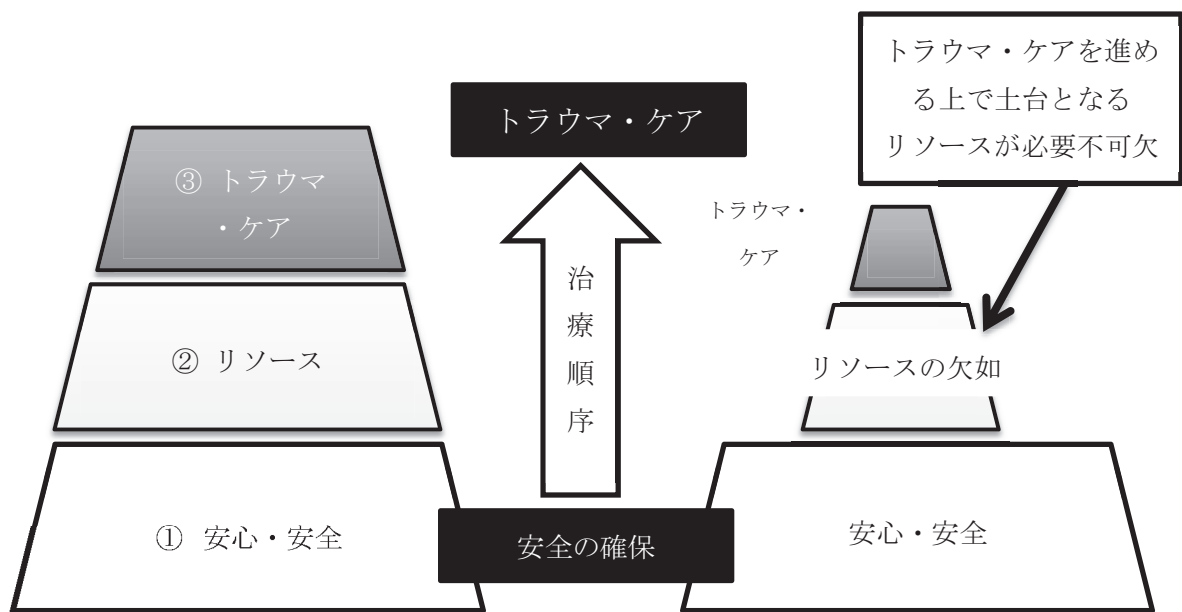


Figure1. トラウマ・ケアにおけるリソースの必要性  
（齋藤, 2017 を参考に作成）

このようにトラウマ記憶に焦点を当てて PE で扱う場合は、本人が一時的に不安定になる可能性はあるので、家族関係などの CI を取り巻く社会的なリソースを開発していくことが必要になる。したがって、被害者のトラウマ・ケアの治療としては、まずは、安心・安全な環境を整え、リソースの質と量が高まったうえで、ようやくトラウマ・ケアがスタートすることが可能になる。従って、Figure1 で示すようにリソースの質と量が、トラウマ・ケアの土台となるのである。さらに、近年では、安心感の構築と関係して身体感覚のリソースを開発するアプローチが着目されている。下記ではトラウマ・ケア領域の基礎理論として注目されているポリヴェーガル理論および、ポリヴェーガル理論を基礎に置いているソマティック・エクスペリエンシング®について触れることにする。

#### 4) ポリヴェーガル理論

ポリヴェーガル理論は 1995 年に Porges 博士によって発表された自律神経系の適応反応に関する理論である (Porges, 2011)。“polyvagal”という用語は、多くの (many) という意味を持つ “poly”と、迷走神経 (vagus) と呼ばれる神経を指す “vagal”を結合させたものである。ポリヴェーガル理論は、トラウマや自閉症スペクトラム症の病態理解に応用され、新たな治療法の開発に大きく寄与している (Porges, 2011 ; Porges, 2017)。以下、ポリヴェーガル理論の要点を絞って概説を試みる。

自律神経が正常に機能している場合は、Figure2 の通り、日々の日常 (例：仕事をして休息をとるといった繰り返し) の中で、交感神経と副交感神経のバランスを大きく崩すことなく、耐性の領域内で機能している。しかし、犯罪被害の経験を伴う場合、交感神経と副交感神経がともに、正常な活動の範囲 (耐性の領域内) を超えて、過剰に活性化してしまう場合が容易に想定される (Figure3 参照)。

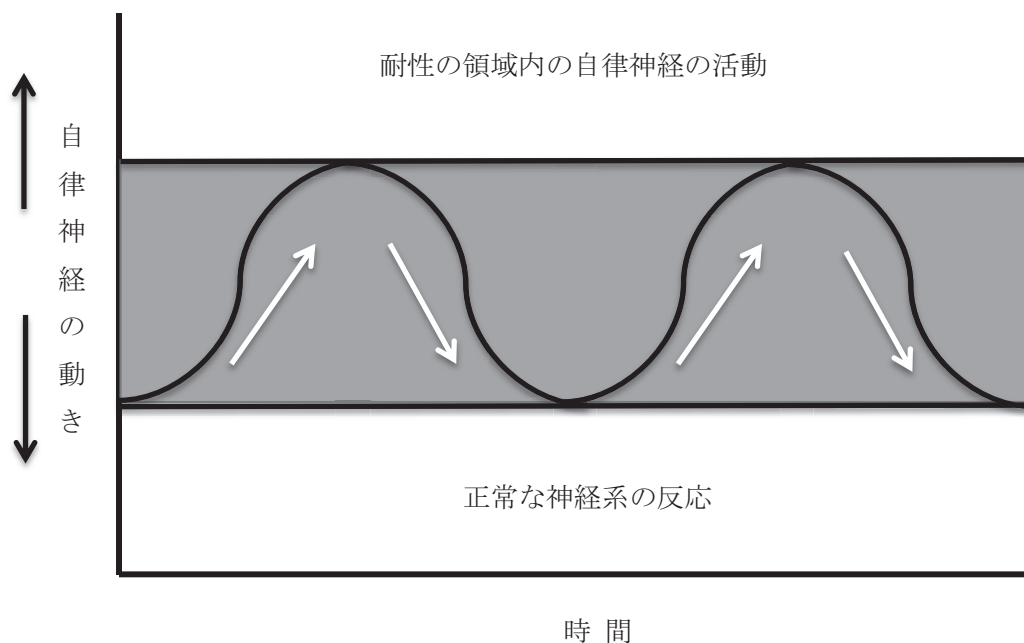


Figure2. 正常な自律神経の反応  
(藤原, 2015 を参考に作成)

ポリヴェーガル理論では、被害者の自律神経系の機能を捉える上で非常に役立つ理論である。人間の神経系は、中枢神経系と末梢神経系から構成されており、末梢神経系は、中枢神経系から全身に張り巡らされ、身体の各部と連絡している。末梢神経系には、自律神経系と体性神経系がある。そして、今までは、自律神経の働きは交感神経と副交感神経という 2 系統で説明されてきた。しかし、人類の進化の過程から



副交感神経に含まれる2つの迷走神経の働きが見つかり、それは社会的交流の動きを司る“腹側迷走神経”と、原始的な動きを支配する“背側迷走神経”である。

Figure3 に示す通り、ポリヴェーガル理論では、①交感神経（過覚醒システム）、②腹側迷走神経（社会交流システム）、③背側迷走神経（低覚醒システム）の3つの神経系によって構成されていると考える（Porges, 2011 ; Porges, 2018）。例えば、ショックに陥り、気を失うような反応では、副交感神経が働いており、迷走神経では、背側迷走神経が働いている。動物は、生命の危機に直面した際に、生命活動をシャットダウンする場合がある。動物が、捕食動物に捕獲されそうになった時にする「死んだふり」がこれに当たる。捕食動物は、自分自身を獲るために、死んだ肉を食べることはなく、「死んだふり」をすることによって、餌食になりかけた動物は生命の危機から逃れることができるのである。あるいは、運悪く、捕食されても、意識が肉体から遊離していることによって、肉体を噛み千切られる際に、痛みを経験する必要がないのである。つまり、シャットダウンのような反応は、命を守るための本能的な防衛反応なのである。また、悲鳴を上げて大騒ぎするような反応では、交感神経が機能しており、これは脊椎動物になって発生した神経系である。力強い敵と出会った時、自分自身をあるいは、家族を守るために敵に対して反撃するか、もしくは敵わない敵と判断すると一目散に逃げるといった反応がこれに当たる（例えば、Maruta, 2013 ; Porges, 2011 ; Porges, 2018）。

そして、Porges (2011) は、哺乳類の生存にはもうひとつ大切な欠くことのできない要素があり、それを系統的に新しい腹側迷走神経を中心としたシステムが調整しているとした。その要素が、social engagement（社会的な関わり）である。社会的な関わりが機能しているときは、人は人との関わりによってもたらされる安心・安全な環境の中で落ち着いていく。この状態は、交感神経と副交感神経が、危機へのサバイバル対応である闘争／逃走反応、もしくは凍り付きやシャットダウンを取る必要がない状態である。ポリヴェーガル理論では、この2種類の迷走神経（背側迷走神経・腹側迷走神経）と交換神経が階層構造を構成し外界への適応反応とホメオスタシスの維持を担っているとする理論を体系化したのである（花澤, 2017）。

下記では、ポリヴェーガル理論を基礎に置き、トラウマを出来事ではなく、自律神経の調節不全の観点から捉えるソマティック・エクスペリエンシング®（以下：SE™）について触れていく。

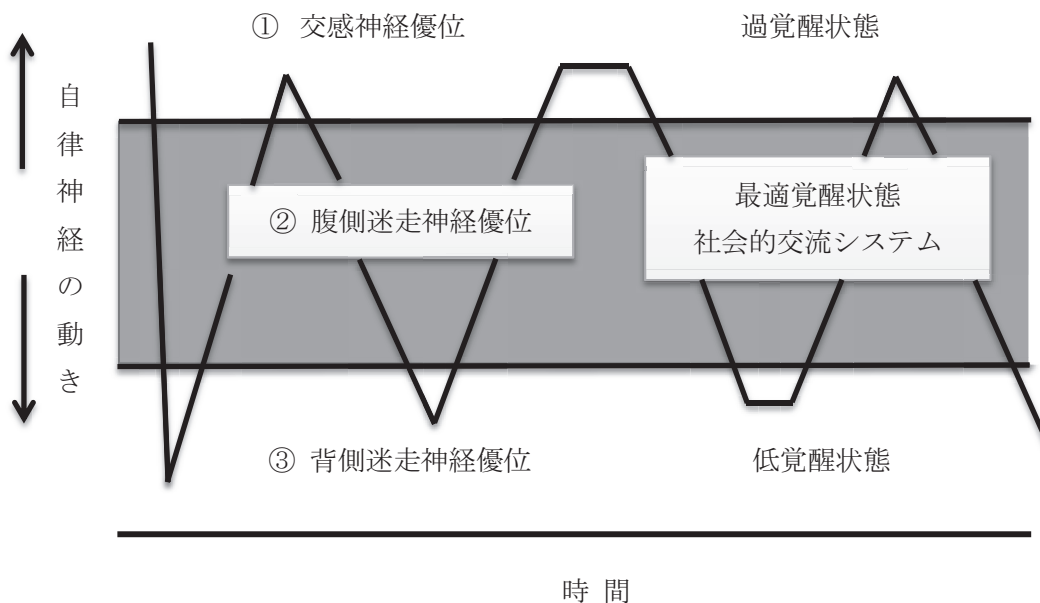


Figure3. ポリヴェーガル理論  
 (藤原, 2015 を参考に作成)

## 5) ソマティック・エクスペリエンス® (SE™)

SE™とは、Levineによって開発された身体志向のトラウマ・ケア技法である。SE™では、トラウマを「生存のための防衛反応が未完了の状態」として定義している。SE™では、身体的に賦活された「闘争か逃走」反応のためのエネルギーが脳神経に閉じ込められて、解放される機会を待っていると考えている。動物とは異なり、人間が被害体験の生ずる場面において、交感神経が闘争／逃走反応を実行する機会がなく、そのエネルギーが振るい落とされることはない。また、動物が危機を脱することができないと悟ったときには凍りつき反応が起こる。動物の場合は、スムーズに再交渉のプロセスを経て元の状態に戻ることが出来るが、人間の場合は発達しすぎた大脳皮質が解放を妨げたり、回避したりするため、症状が蔓延化することになる。SE™におけるトラウマとは、これらの活性化したエネルギーが身体の中に閉じ込められた状態を示し、それを解放することがあらゆる心身症状の治療に効果的であると考えている（例えば、Levine, 1997; Levine, 2010; 福井, 2013; 福井, 2016; 福井, 2017）。

SE™では、トラウマに圧倒されることがないように自らのリソースを強化しておくことが必須と考えており、そのリソースの身体感覚とトラウマの身体感覚を行き来する Pendulation（振り子）と、CIの耐性の領域を超えない範囲で少しずつトラウマに触れていくといった titration（滴定）を重視して、トラウマと再交渉していく。トラウマ症状に圧倒されてしまう場合には、まず「リソースの身体感覚」を感じてもらおう。例えば、安全な場所をイメージしたり、肯定的な身体感覚の経験（自然の中での経験、音楽や芸術など）を思い出してもらったり、その身体感覚に焦点を当ててもらおう。また、今まで問題に対処し、乗り越えた経験や力を感じた経験を思い出してもらい、そのときの身体感覚（レジリエンスの感覚）を身体で十分に感じてもらうように促す。そして、トラウマの身体感覚にアクセスすることが可能な場合は、「トラウマの恐怖と硬直を切り離す」ことに取り組む。例えば、被害体験に関する話をするとき自体で、面接場面の「今、ここ」で身体に変化が起こっている。その身体感覚（例：頭が痛い、頭がぐるぐる回る、肩が硬い、胸が痛い、喉が詰まる、胸が痛い、足が緊張して固まっているなど）に注意を向けてもらうように働きかけるのである（西, 2009）。

SE™におけるトラウマ・ケアの原則として、中核的な部分から始めるのではなく、周辺的な部分から取りかかることが推奨されている。周辺部分からワークすることによって、中核的部分に関わる頃には、いきなり渦の中央部分に足を突っ込むことに比べると、はるかに圧力は下がっており、楽に処理を進めることができるのである（福井, 2013）。

下記では SE™ の治療プロセスについて実際のセッションの逐語の一部を報告する。

## 6) SE™ の治療プロセス

ここでは、被害経験に関するトラウマ記憶にアクセスをしたところ、CIが耐性領域を超えたことにより、一時的に不安定になった事例（部分的な解離が疑われた事例）の一部を取り上げる。なお、本事例はCIの承諾を得ているものである。トラウマ場面の想起によって、不安定になったCIに対して、著者(Th)がSE™による titration（滴定）と Pendulation（振り子）を駆使して、CIの安定化を図ったセッションの逐語の一部を抜粋して報告する。

### 事例：部分的な解離が疑われたCIへのSE™

CI.: 今、手に力が入らないです。手の感覚がなくなってきました。あと、さっきまで胸にあたり嫌な感覚があったんですが、喉のところまで嫌な感覚が広がってきています。息がしづらいです。

Th.: 身体のどこが、今一番“不快”に感じますか？

CI.: 今は、親指が一番変な感覚です。自分のものではないみたいです。しびれているわけではないんですけど、自分が動かしている感覚がないです。手に力が入らないです。

Th.: では、“自分のものだな”と思うところを意識してもらおうと、どこになりますか？

Cl. : 足ですかね。

Th. : では、そこ（足）に意識を集中してもらって、そこ（足）をしばらく感じてもらっていいですか？

Th. : 今、何を感じていますか？

Cl. : 床を踏んでいる感覚、これは自分の感覚です。

Th. : では、それがどうなっているかもう少し観察してみてください。

Th. : 今、何を感じていますか？

Cl. : 手の嫌な感覚がさっきより回復してきた感じがあります。手の感覚が少しずつ戻ってきました。ただ、親指がまだ変です。親指以外はいい感じです。

Th. : では、親指以外のいい感じの部分に集中してみてください。

Th. : 今、何を感じていますか？

Cl. : 第2関節までは自分のものですが、その先を曲げた時に自分のものではない感じがします。その先をぎゅっと握ろうとすると自分のものではない感じがします。

Th. : では、“自分のものであると感じる部分”を少し意識してみてください。

Th. : 何か気づいたことがあれば教えてください。

Cl. : さっきよりも手の感覚がだんだん戻ってきました。だけど、手を開くと違うものになります。握った感覚が自分の感覚はするんですけど、やっぱりまだ違和感がありますね。ダメですね。

Th. : では、もう一度、また「足」の感覚に意識を集中してみましよう。踏んでいる感覚に意識を向けてみましよう。

Th. : 何か感じられますか？

Cl. : 足はいい感じです。

Th. : いい感じを意識しながら、今度は「手」に意識を向けてみましよう。

Cl. : ああ、握りやすくなっています。さっきまでは自分の手ではなかったんですが、力が入るようになってきました。左は戻ってきました。右はまだ力が入らない感じです。

Th. : 右手は今どんな感覚ですか？ もう少し感じてみましよう。

Th. : 今、何か感じられますか？

Cl. : 手が少し熱いですね。固まった感じがまだします。右手を大きくばぁーと広げると自分のものではない感じがします。

Th. : では、もう一度、「足」に意識を向けてみてください。

Th. : 今、何を感じていますか？

Cl. : ちょっと楽な感じ。

Th. : 楽な感覚は身体のどこで感じますか？

Cl. : 手が楽な感じがします。さっきみたいな気持ち悪い感じがしません。

Th. : ではその感覚（楽な感覚）がどうなるかもう少し感じてみましよう。

Th. : どうですか？ 今、何を感じていますか？

Cl. : いい感じですね。なんか、深呼吸できそう。

Th. : では一緒にやってみましようか。深呼吸をしてみましよう。無理しない範囲で一緒に空気を吸ってみましよう（Th と Cl と一緒に深呼吸を実施）。

Th. : どうですか？ 今、何を感じていますか？

Cl. : 吐いたときに、すごく楽になりました。

Th. : では、もうしばらく“楽な感覚”を味わいましよう。

Th. : 身体のどこで、楽な感覚を感じますか？

Cl. : 息を吐けて楽な感覚を味わいました。息をしやすいのが楽ですね。

Th. : では、その感覚（楽な感覚）を意識してみましよう。それがどうなっていくかもう少し観察してみま

しょう。

Cl.: 吸うよりも、吐くときにすごく楽に感じます。

Th.: では、“吐くこと”にもう少し意識を向けてみましょう。

Th.: どうですか？ 今、何を感じていますか？

Cl.: だいぶ楽になりました。手もだいぶ楽になりました。手が握れます。あっ！自分のものですね。自分のだ。

Th.: では、もう少し自分のものであるという感覚を味わいましょう。

Th.: どうですか？ 今、何を感じていますか？

Cl.: 苦しくなくなりました。手の感覚もありますし、息もしやすくなりました。

以上、SE™における titration (滴定) と Pendulation (振り子) の一部を紹介した。ここでは、滴定を重視しながら、トラウマに基づく不快な感覚に圧倒されてしまわないよう、トラウマの身体感覚 (Clの手の感覚) と、安心感の感覚 (Clの足の感覚) とを、交互に行ったり来たりすることによって耐性領域を広げ、トラウマによる身体感覚の不快感を和らげていった。実際、福井 (2016) は、解離性障害の治療において、SE™のような身体に焦点を当てたボトムアップによる介入の有用性を指摘しており、SE™では、「今、ここ」の身体感覚について注意を向けることから、トラウマ記憶への没入・没頭を防ぐことができる利点があることを述べている。しかしながら、SE™はエビデンスに基づいたアプローチというよりも“アート”性が強いアプローチであり、具体的なマニュアルなどは存在しないことから、臨床家の臨床経験と勘に基づく治療技法と言える。従って、PEとは異なり、SE™における効果研究が十分には報告されていないという課題が存在することを付記しておく。

## 7) おわりに

実際の犯罪被害者の臨床では、マニュアル通りにケースが進むことは稀である。本論では、PEを用いる際、犯罪被害者の病態が重い場合、特に解離の問題に留意する必要性に触れた。吉田・市原・澁谷ら(2013)は、「トラウマ臨床において、トラウマに特化した道具(例：心理教育やエクスポージャー)が安全に効果的に行える状況設定やタイミングの見極めや、それをもたらす工夫や努力、さらにその前提となる広い視野に立ったClの問題の理解、治療関係の安定などに、治療上の困難と工夫が存在する」ことを指摘している。その点から、本論では被害者の病態が重い場合は、まずはClの家族関係を含めたリソースを強化していく必要性や、身体に焦点を当てて安定化を図ることが先決な事例などを紹介した。PEや心理教育などは、認知面に働きかけるトップダウンの色が強いアプローチである。一方、SE™は身体面へ働きかけるボトムアップの色が強いアプローチである。どちらが効果的なのかという議論を本論で進めるつもりはない。重要なことは、両アプローチを上手に補完することである。実際、福井(2016)は、ボトムアップのSE™による介入と、トップダウンの要素が大きいEMDRによる介入の統合的な使用を報告している。トラウマ臨床では、“あれかこれか”といった一元的なアプローチでは困難な場面が多く、“あれもこれも”といった柔軟性が必要とされる。とりわけ、トラウマ臨床では、トラウマに対するアプローチの時期(介入順序)や方法(ボトムアップかトップダウンか)を見極めるアセスメント能力が必要不可欠であり、被害者個人の治療だけでなく、個人を超えた家族や地域まで拡大したシステミックな視野が求められる場合もあることを念頭におかなければならない。

最後に、トラウマからの回復は、一般的に①安全の確立、②想起と服喪追悼、③通常生活との再統合という3段階に分けられる(Herman, 1992)。本論で取り上げた心理支援は、あくまで、リソースの観点に焦点を当てた②想起と服喪追悼に限定された側面があるといえるだろう。とりわけ、犯罪被害者の心理支援では、被害者の安心感の構築は困難な場合が存在する。なぜならば犯罪は、自明と考えてきた世界や人への信頼感・安全感を打ち砕かれてしまう(大岡, 2008)。警察庁の調査(2018)によると、犯罪被害者等で



は「学校または仕事をしばらく休んだ」、「家族間で不和が起こった」、「長期に通院したり入院したりするようないけがや病気をした」、「自分が別居・離婚した」等の回答比率は、一般回答者の回答比率を上回っており、犯罪被害者等では生活や対人関係のネガティブな変化が多くなっていることがうかがえる。このことから犯罪被害者等の精神的苦悩は深刻であり、大岡・大塚・岸川ら（2016）が指摘するように、被害者の暮らしを支える制度・サービスの拡充・広報の充実とともに、相談を受けた際の適切な相談支援が行える地方公共団体等の体制整備が急務といえる。2019年には初の国家資格である公認心理師が誕生することもあり、本論で触れたような専門性の高いトラウマ・ケアの普及がより一層求められる時代に入ろうとしている。

## 付記

現在、著者は第7期のSE™のトレーニングを受講している。本論で取り上げたSE™は、すべてのトレーニングを終えていない段階（初級トレーニングの段階）のものであるが、既にレクチャーを終えたトレーニングの内容に加え、著者の経験・体験に基づいて報告している。

## 引用文献

- 飛鳥井望・鶴田信子（2010）. PE療法に学ぶトラウマ心理教育 臨床精神医学, 39 (12), 1601-1605.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD Emotional Processing of Traumatic Experiences*. Oxford University Press. (金吉晴・小西聖子 監訳 (2009). PTSDの持続エクスポージャー療法 ト라우マ体験の情動処理のために 星和書店)
- 花澤 寿（2017）. 多重迷走神経理論による神経性過食症理解の可能性について 千葉大学教育学部研究紀要, 65, 349-354.
- Herman, J.L. (1997). *Trauma and Recovery*. Basic Books. (中井久夫 訳 (1999). 心的外傷と回復 増補版 みすず書房)
- 福井義一（2013）. 交通事故とトラウマ・ケア—身体志向の心理療法の有用性— 交通科学, 44 (1), 14-20.
- 福井義一（2014）. ブリーフセラピーの技法と実践—EMDR, TFT, 催眠— ころの科学, 176 (7), 35-39.
- 福井義一（2016）. EMDRとSomatic Experiencing療法の統合的使用—トップダウンとボトムアップのバランスを保つために— EMDR研究, 8 (1), 47-53.
- 福井義一（2017）. ト라우マ・ケアの技法—伝統的な心理療法と新しい身体志向の心理療法— そだちの科学, 29 (10), 23-29.
- 藤原千枝子（2015）. ソマティック・エクスペリエンス 身体叡智を用いたトラウマ療法 <身>の医療, 1, 72-75.
- 板倉憲政（2018）. 公認心理師とブリーフセラピー：福祉分野 Interactional mind, 11, 73-79.
- 警察庁（2018）. 平成29年度犯罪被害類型別調査 調査結果報告書 <https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/kohyo/report/h29-1/index.html#001> (平成30年12月25日閲覧)
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., & Hughes, M., & Nelson C.B. 1995 Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey *Archives of General Psychiatry* 52 (12), 1048-1060.
- 金吉晴（2010）. 犯罪被害と持続エクスポージャー療法 精神神経, 112 (9), 868-871.
- 小西聖子・吉田博美（2014）. 持続エクスポージャー法（Prolonged Exposure Therapy）によるPTSD治療 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 14, 21-28.
- Kubetin, S.K. (2003). 20% dropout rate hinders prolonged therapy *Clinical Psychiatry News*, 31 (1), 54.
- Levine, P. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books. (藤原千枝子 訳 (2008). 心と身体をつなぐトラウマ・セラピー 雲母書房)

- Levine, P. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Release Trauma and Restores Goodness*. Berkley : North Atlantic Books. (池島良子・西村もゆ子・福井義一・牧野有可里 訳 (2016). 身体に閉じ込められたトラウマ:ソマティック・エクスペリエンシングによる最新のトラウマ・ケア 星和書店)
- 末崎裕康・若島孔文・狐塚貴博 (2008). 犯罪被害者への支援の歴史 —基本的な考え方とその心理的支援— 心療内科, *12* (2), 127-132.
- Maruta, G. (2013). ポリヴェーガル理論 —人間にとって安全とは何か?— [http://www.banyantree8.com/blog/images\\_mt/Polyvagaltheory1215.pdf](http://www.banyantree8.com/blog/images_mt/Polyvagaltheory1215.pdf) (平成30年12月27日閲覧)
- 中島聡美 (2012). 犯罪被害者の支援とこころのケア こころの科学, *165* (9), 56-61.
- 西順子 (2009). 「身体感覚」に耳を傾けるトラウマ療法 ソマティック・エクスペリエンスに学ぶ *Feminine life cycle*, *19*, 24-31.
- 野坂祐子 (2010). 性暴力被害により PTSD を呈した成人女性への曝露療法 学校危機とメンタルケア, *2*, 28-34.
- 大岡由佳 (2008). 被害者支援の立場から 犯罪被害者とは何か? 精神保健福祉, *39* (2), 133-134.
- 大岡由佳・大塚淳子・岸川洋紀・中島聡美 (2016). 犯罪被害者等の実態から見えてくる暮らしの支援の必要性 : 511名の犯罪被害者等のWEB調査実態調査結果から 厚生指標 *63* (11), 23-31.
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. W. W. Norton & Company New York.
- Porges, S.W. (2017). *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe*. W. W. Norton & Company New York. (花丘ちぐさ 訳 (2018). ポリヴェーガル理論入門 心身に変革をおこす「安全」と「絆」春秋社)
- 齋藤暢一郎 (2017). 第IV部援助技術各論 第2章家族支援 一般社団法人 日本臨床心理士会監修 江口昌克 編集 ひきこもりの心理支援 心理職のための支援・介入ガイドライン 金剛出版, 175-192.
- 若島孔文・野口修司・狐塚貴博・吉田克彦 (2012). ブリーフセラピーに基づくスリー・ステップス・モデルの提案 *Interactional mind*, *5*, 73-79.
- 吉田博美・市原わかゆ・澁谷美穂子・野口普子・小西聖子 (2013). 心理相談室におけるトラウマ臨床の困難と介入 *トラウマティック・ストレス* *11* (1), 27-34,