
被害者陳述の信頼性・信憑性評価法の開発
——心的外傷の法廷評価のために——

1 7 5 9 1 2 1 2

平成17年度～19年度 科学研究費補助金
(基盤研究(C)) 研究成果報告書

平成20年5月

研究代表者 岩 井 圭 司

兵庫教育大学大学院学校教育研究科 教授

Developing the Method for evaluating the credibility of a Victim's Statement in
Lawcourt.*

Keiji IWAI, MD., Ph.D (1961-)**

Professor,

Hyogo University of Teacher Education***

* Report of research
assisted by
National Grant-in-Aid for Scientific Research,
Japan Society for the Promotion of Science, 2005-2007.

** e-mail to : iwaik@med.kobe-u.ac.jp

*** 942-1 Shimo-Kume, Kato, Hyogo, 673-1494 JAPAN

被害者陳述の信頼性・信憑性評価法の開発
——心的外傷の法廷評価のために——

岩 井 圭 司

兵庫教育大学大学院学校教育研究科

<はしがき>

これは、平成17年度～19年度 科学研究費補助金（基盤研究（C））の研究成果報告書である。研究テーマの設定動機、研究内容については抄録や本文で詳しく述べたのでここでは繰り返さないが、研究の“背景”について2点だけ述べておきたい。一つには、MMP I という非常に良く知られ、また練られた心理検査がかなりの頻度で用いられてはいるのだが、わが国では十分活用されているとは言えないこと。もう一つには、心的外傷（トラウマ）やPTSDがこれだけ社会的な注目を浴びているにもかかわらず、少なからぬ臨床家がこれにかかわることに及び腰になっているという事実である。

本研究が、こういった現状を改善することに少しでも役立つことを祈念するものである。

研究組織

研究代表者：岩井圭司（兵庫教育大学大学院学校教育研究科 教授）

（研究協力者：市橋真奈美、古川香世、古宮美杉[†]、橋口亜矢、小田麻美、川口準也）

交付決定額（配分額）

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
平成17年度	1200,000	0	1200,000
平成18年度	300,000	0	300,000
平成19年度	400,000	120,000	540,000
総計	190,0000	120,000	2040,000

研究発表

（1）雑誌論文

- 1) 岩井圭司：被鑑定人死亡後の精神鑑定．トラウマティック・ストレス,4(1):15-22, 2006.
- 2) 岩井圭司：PTSD訴訟事例に関して精神科医にできることとしないこと．精神神経学雑誌,108(5):470-474, 2006.
- 3) 小田麻美、岩井圭司：解離現象の連続体モデルと類型学的モデル．精神科治療学,22(4):423-429, 2007.

(2) 学会発表

- 1) 岩井圭司：PTSD診断と法的側面。日本精神神経学会，東京，2005年5月。
- 2) 岩井圭司：PTSD症状の記述現象学的位置づけ。第5回日本トラウマティック・ストレス学会総会，神戸，2006年3月。
- 3) 岩井圭司：PTSDにおける侵入想起症状の精神病理学的位置づけの試み。臨床病理・精神療法学会，大阪，2006年10月

(3) 図書

- 1) 岩井圭司：重度ストレス障害および適応障害。一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト。厚生労働省雇用機会均等・児童家庭局，p.70-72，2008。

研究成果による産業財産権の出願・取得状況

該当なし

目次

研究成果

1. 全体抄録 Summary	2
2. 研究テーマ全体にわたる問題意識と研究の構成	3
3. 研究Ⅰ「外傷後ストレス障害の診断ツールとしてのミネソタ多面人格目録の特性」	5
4. 研究Ⅱ「被験者の意図に左右されないPTSD診断検査の開発」	10
5. 研究Ⅲ「模擬的“ニセ患者”を用いた回答行動の安定性についての研究被験者の意図に左右されないPTSD診断検査の下位が津」	15
6. 結語	18
7. 付論：今日の臨床家を覆う「萎縮傾向」について	20
文献と注	21

資料

研 究 成 果

1. 全体抄録 Summary

裁判において精神的被害を正しく評価するためには、被験者の意識的あるいは無意識的な意図によって症状が過大に報告されることの少ない質問紙が必要である。その目的で、まずは外傷後ストレス障害 (PTSD) 診断におけるミネソタ多面人格目録 (MMP I) の特性と有用性について検討した。対象としたのは自験例 55 例 (うち PTSD は 36 例) である。従来から MMP I 診断に用いられてきたプロフィール——4つの妥当性尺度と 10 の臨床尺度とからなるプロフィール——は、PTSD の病態を反映しており、PTSD と非 PTSD をかなり正確に判別しえた (正診率 0.82)。MMP I は PTSD 診断テストとしても有用であると考えられた。

MMP I の下位尺度である PK 尺度 (PTSD Keane Scale) 日本語版は、PTSD に関して非特異的な設問のみからなるにもかかわらず、PTSD 診断検査として有用であることが見出された。また、PTSD の各臨床尺度得点の単純加減による MMP I - PTSD Index (M-PTSD Index) を開発した。PK 得点も M-PTSD Index もともに、被験者の意図によって判定結果が左右されることのほとんどない PTSD 診断検査として PK 尺度と同程度に有用であると思われた。

次に、意図的に精神的被害を受けたかのように振舞う者と真に精神的被害を受けた者とを判別することを試みた。ドメスティック・バイオレンス (DV) から PTSD を発症した者と、模擬的に DV 被害者になりすました“ニセ患者”に出来事インパクト尺度改訂版 (IES-R) (資料 3) [5] を 2 週間の間隔をおいて施行した。2 回の施行間で 2 点以上の点数の移動があった項目数は、真の患者群 (DV 群) が“ニセ患者”群に比べて有意に少なかった。“ニセ患者”では真の患者に比べて回答行動における再現性が低い、という仮説が裏付けられた。

[Summary]

It is crucial to precisely and correctly evaluate the severity of mental injury in victims or plaintiffs in law court. But this task is quite difficult, for they unconsciously or sometimes consciously complain “too much” . We tried here to establish the measuring method for PTSD, of which results are hardly distorted by testees’ wanting. First we focused our attention on MMPI and its subscale named PK scale(Keane,T.M. et al.,1984). In our 55 cases including 36 patients with PTSD, both MMPI and PK scale were found to be efficacious for diagnosing PTSD. And then we developed the M-PTSD Index, a simple arithmetic discriminant formula consists of some regular clinical scores of MMPI, which could diagnose PTSD almost as precisely as the former two.

Next we investigated the nature of stated symptoms in simulated or “fabricated” patients in order to identify the “true” PTSD patients. Statements of simulated patients were more unstable and changeable over a couple of weeks than those of true patients.

2. 研究テーマ全体にわたる問題意識と研究の構成

〔研究テーマ〕 被害者陳述の信頼性・信憑性評価法の開発 —心的外傷の法廷評価のために—

〔精神的被害をめぐる今日の状況〕

近年、悲惨な事故災害や犯罪の被害者に対する支援運動の高まりとともに、司法の現場においても精神的被害をめぐる訴訟が増加してきている。

「被害者鑑定」は、民事賠償裁判において原告（＝被害者）の精神的被害の有無と程度を査定するために行われることが多いが、刑事裁判においても、精神的加害行為によって心的外傷性の精神障害（たとえば外傷後ストレス障害（PTSD））が生じた場合に傷害罪を構成するかどうかということを検討するために行われるケースが実際に出てきている。

精神的被害ないし心的外傷の評価にあたっては、被害者本人の陳述が大きな比重を占めることになる。それは、DSM-IVの心的外傷体験の定義（PTSD診断基準〔後掲の資料1〕のA項目）が、それまでの「稀少性要件」を捨てて「主観性要件」をより重視した——つまり、それほど特異な体験でなくとも被害者の主観にとって著しく驚異的であったことは心的外傷体験に含める——ことにより、より一層顕著となった。しかし、だからと言って、被害者の陳述を無批判に受け入れていたのでは、精神鑑定に求められる公正性・中立性・客観性が保障できない。

一般に被害者は、自分を重篤かつ純粋な（落ち度のない）被害者であると認めてもらいたいために、無意識裡に精神症状を過大に報告することがある。その一方で、心的外傷のために生じた解離症状のために被害体験の全体を整合的に叙述することができない被害者もいる。

そこで筆者は、被害者陳述の心理学的・精神医学的に公正・中立・客観的な評価法を確立することをめざすことにしたものである。

これまでも、被告（つまり加害者ないし被疑者）の自白の信憑性の評価については浜田寿美男らの「自白の心理の研究」[1]があるが、被害者についての同種の研究は、国内・国外を問わずほとんど見当たらない。

〔問題意識〕

今日わが国では、外的証拠を欠くような精神的被害事件の裁判において、被害者が精神的被害を客観的に立証でなかったために救済されなかったと思われるケースや、逆に専ら被害者の報告に基づいて精神的被害の過大視とPTSDの過剰診断がなされたと思しきケースがある。またときには、両者が法廷論争において一步も譲らず、水掛け論が延々と行われている。本研究は、このような不毛な水掛け論に終止符をうつための科学的な論拠を提供しようとするものである。

〔研究の構成〕

本研究は、法廷での精神的被害の司法的評価、とくに被害者鑑定における外傷後ストレス障害(PTSD)の診断のために、被験者の意識的あるいは無意識的な意図の影響を受けにくい(症状が過大に報告されることのない、あるいは症状が過大に報告された際にそれを検出できる等)評価尺度を開発することをめざすものである。

本研究ではまず、ツールとしてミネソタ多面人格目録(MMPI I)を取り上げる。MMPI Iはその名の通り被験者の人格を総合的に描出することにおいて極めて優れた心理検査であると同時に、今日世界中で最も多用されている心理検査である。したがって、MMPI Iをもとにして開発した評価尺度は汎用性が高く、また臨床家にとってなじみやすいものになりやすいと考えられる。

また、MMPI Iの設問の多くは、被験者にとって特定の精神病理との関連が見通しづらいものとなっている。たとえば、全部で550問あるMMPI Iの設問の巻頭の「機械類の雑誌が好きだ」という質問[巻末資料2参照]に対して「あてはまる」あるいは「あてはまらない」と答えたらどのような心理学的評価を受けることになるのか、被験者にはふつうわからない。それゆえにMMPI Iは、その判定結果が被験者の意図に左右されない尺度を得たいという我われの目的に非常に適したものであるといえる。加えて、MMPI Iには3つの妥当性尺度(疑問尺度も加えると4つ)が備えられており、被験者が意図的に自分を好人物に見せかけようとしたり、ことさらに自分の精神病理を過大に見せかけようとしたときにはこれを検出できるようになっている。

本研究では、MMPI IがPTSD診断に関して有効な検査法であることを最初に確認したうえで、これを用いて、被験者の意図の影響を受けにくい評価尺度を開発する。次いで、意図的にPTSD患者になりすまそうとする者が質問紙に対する回答で示す特徴について、“模擬的ニセ患者”を用いて検討し、これから逆照射するかたちで真のPTSD患者の回答特性について検討する。

3. 研究 I

外傷後ストレス障害の診断ツールとしてのミネソタ多面人格目録の特性

[抄録]

外傷後ストレス障害 (PTSD) 診断におけるミネソタ多面人格目録 (MMPI) の特性と有用性について検討した。従来からMMPI 診断に用いられてきたプロフィール——4つの妥当性尺度と 10 の臨床尺度とからなるプロフィール——は、PTSDの病態を反映しており、PTSDと非PTSDをかなり正確に判別しえた(正診率 0.82)。MMPI は PTSD 診断テストとしても有用であると考えられた。

キーワード: 精神鑑定、外傷後ストレス障害(PTSD)、ミネソタ多面人格目録(MMPI)、
陳述の信用性

Key Words: forensic examination, posttraumatic stress disorder(PTSD), Minnesota Multiple Personality Inventory(MMPI), credibility of statement

[はじめに]

ミネソタ多面人格目録 (MMPI) は、被験者の人格を総合的に描出することにおいて極めて優れた心理検査であり、今日世界中で最も多用されている心理検査である。

MMPI は、その判定結果が被験者の意図によって左右されにくいことが知られており、また、被験者の回答態度が歪曲されたものであったとき (意図的に自分を好人物に見せかけようとするとか、ことさらに自分の精神病理を過大に見せかけようとする等) にはこれを妥当性尺度によって検出できるという特性を有している。このことは、被験者の意図に左右されない尺度を得たいという我われの目的に非常に適したものであるといえる。しかし、この特性は、少なくとも日本においては、外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断に十分に活かされているとはいえない。

そこで本章では、PTSD 診断についてのMMPI の有効性を検討することとする。

[対象と方法]

対象は、2004年4月1日より2008年3月31日までの4年間に、精神科無床診療所および大学附属のカウンセリングセンターにおいて筆者宛にPTSDの疑いで他機関から紹介されてきた者 55名 (男性 15名、女性 40名) である。

全員に初診時にMMPI を施行するとともに、初診から1か月以内に構造化面接 (臨床診断面接尺度 (CAPS) [2]あるいは精神疾患簡易構造化面接法 (M.I.N.I.) [3]のいずれか) を行い、DSM-IVの診断基準 [資料1] に基づいてPTSDの有無を診断した。

[結果と考察]

構造化面接によって36名(男8名、女28名)がPTSDと診断された。

PTSD罹患の有無と性別によって対象を4群に分け、それぞれのプロフィール特性とMMP Iの各尺度の得点(T値)を示す(表3-1、図3-1-1、図3-1-2)。

表3-1 対象者のMMP I得点

N=55	n	年齢	M M P I 得点 (T 値)													mean	SD	
			?	L	F	K	M M P I											
							Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma			Si
男性PTSD (M+群)	8	32.8 10.8	48.3 5.8	49.3 4.8	59.1 16.0	48.9 13.6	78.4 16.3	79.0 14.7	77.9 17.0	67.1 5.7	58.8 6.1	71.8 12.8	74.0 9.6	73.3 14.7	47.6 8.5	58.6 11.3		
女性PTSD (F+群)	28	37.3 10.1	53.9 7.9	49.2 9.5	81.5 23.9	47.2 10.7	72.0 15.2	80.3 12.9	74.8 11.8	76.0 10.9	47.8 12.0	82.4 14.4	80.9 13.8	86.8 19.0	59.5 10.9	60.5 14.2		
男性非PTSD (M-群)	7	41.1 12.4	45.9 3.0	53.3 10.7	60.9 10.4	48.7 10.0	66.6 19.4	69.3 15.1	67.9 15.4	59.9 7.8	52.7 7.4	70.9 13.7	68.0 17.8	67.6 14.6	52.3 8.7	57.3 11.3		
女性非PTSD (M-群)	12	37.0 11.2	49.0 12.7	49.5 13.6	62.9 22.9	46.1 13.8	60.9 18.0	62.8 17.5	63.3 17.2	61.0 17.3	46.8 11.4	72.1 28.4	64.9 20.7	66.5 22.0	53.6 18.3	53.6 16.5		

(臨床尺度得点はK点補正值)

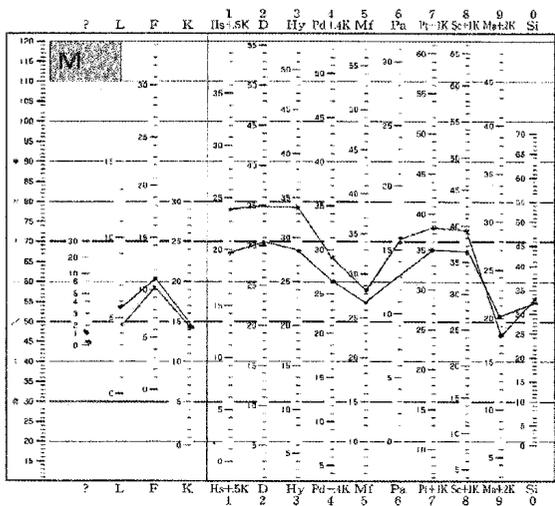


図3-1-1 男性のMMP Iプロフィール
(赤線はM+群、黒線はM-群)

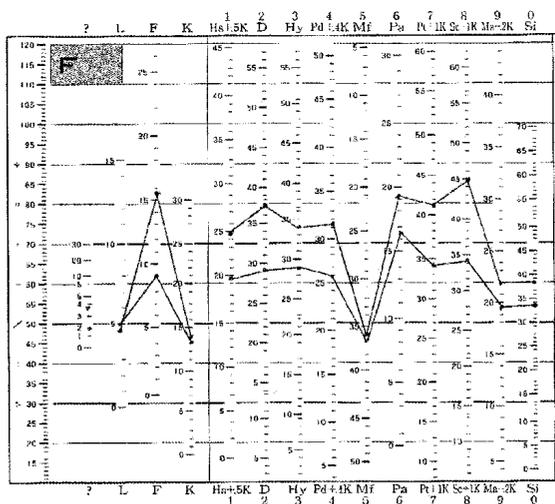


図3-1-2 女性のMMP Iプロフィール
(赤線はF+群、黒線はF-群)

10個ある臨床尺度のうち、1(Hs)、2(D)、3(Hy)、4(Pd)、6(Pa)、7(Pt)、8(Sc)において、PTSD群が非PTSD群に比べて高得点をとっていることがわかるが、すでに米国ではPTSD患者はF、D、Sc、Ptが高得点であるということが定説化されており[4]、今回の結果は、日本人においてそれを再現したということになる。尤も、単独の尺度ではPTSD群と非PTSD群とを峻別できなかった。今回の対象中の非PTSD群とは、「PTSDを疑われて筆者の外来を受診しながら、PTSDと診断されなかった者」であり、実際には“PTSDの不全型”が多く含まれていたことが、PTSD群と非PTSD群を弁別させにくくしていた可能性は残る。

一方、PTSD群の中にも様々な形のプロフィールのものがある。ここではその分類を試みてみよう。まず、MMP Iの診断学においては伝統的に「右下がり型」、「平坦型」、「右上がり型」を区別する。ここでは、1(Hs)、2(D)、3(Hy)の3尺度のT得点の平均点と6(Pa)、8(Sc)の2尺度のそれとを比較して、前者が後者より10点以上高ければ「I型(右下がり型)」、両者の差が10点未満であれば「II型(平坦型)」、前者より後者が10点以上高得点であれば「III型(右上がり型)」と定義する。

さらに5(Mf)と7(Pt)とに特徴的な深い“谷”(dip)が見られる場合、これを添え字で表すことにする。5(Mf)の得点が45点以下でかつ両隣の4(Pd)、6(Pa)のいずれよりも15点以上低い場合にはFを添え字する。5(Mf)の得点が45点以上であるが4(Pd)、6(Pa)のいずれよりも15点以上低い場合にはfを添え字する。7(Pt)の得点が両隣の6(Pa)、8(Sc)のいずれよりも10点以上低得点である場合にPを添え字する。このPは、伝統的に“paranoid V”と呼ばれてきたものである。

以上のプロフィール型分類を模式的に示すと3-2図のようになる。

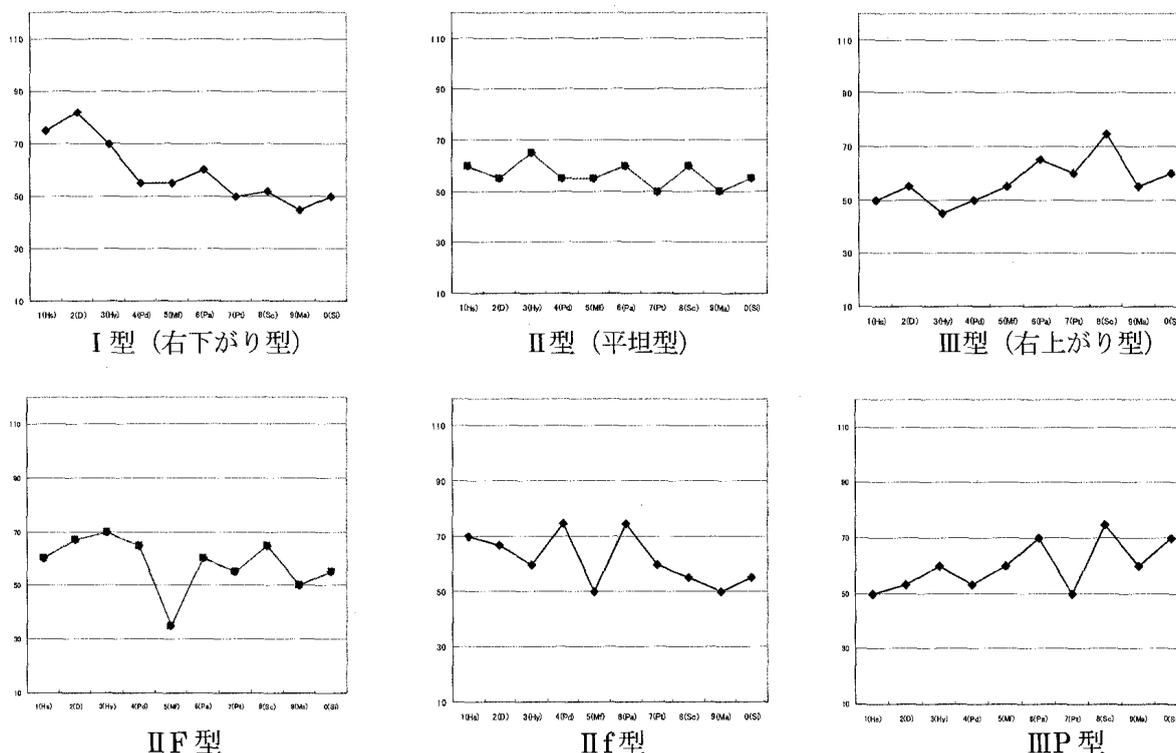


図3-2 MMP Iプロフィールの型

PTSD群 36 例を、PTSDの原因となった心的外傷体験との関連でこのプロフィール型で分類してみたものが表3-2である。

ドメスティック・バイオレンス (DV) 被害によるPTSDが女性のPTSDの半数 (28 例中 14 例) を占めるのは、弁護士やDV被害者支援団体からの患者紹介が多いという筆者に特有の臨床事情による。また、例数が十分に多いとはいえないため断定するには尚も若干の留保を要するとはいえ、DV被害によるPTSD患者のMMP Iプロフィールは、筆者の言うFまたはfパターンを取ることが多いように思われる。DV被害によるPTSD例全 14 例のうち実に8割 (11 例) がF/fパターンをとっているのに対し、DV被害以外の心的外傷に起因するPTSD女性例 14 例ではF/fは5例に見られたに過ぎない。

これは、もともと 5(MD)得点の低い女性、すなわち受苦的・受忍的な態度をとる傾向の強い女性がDV被害に遭遇したときにPTSDを発症しやすいのかもしれないし、長年にわたるDV被害の結果5(MD)得点が高値をとることになったということなのかもしれない。いずれにせよこのことは、MMP IがPTSD患者のサブタイプに関わる様態を検知し得ることを示しているように思われる。

表3-2 心的外傷体験の種別とMMP Iのプロフィール型

			心的外傷体験の種類							
			DV	その他暴力	性被害	交通事故	その他事故	脅迫	二次受傷	
			14	2	8	3	5	3	1	
MMP I プロフィールの型	I型	男	4							
		女	2	2			1	2		
	I F型	男	1							
		女	1				1			
	II型	男	3							
		女	6				3	2	1	2
	II f型	男	4	2						
		女	4	2			1			1
	II F型	男	9	7						
女		9	7			1		1		
III型	男	3	1							
	女	3	1			1			1	
III f型	男	2	2							
	女	2	2							
III P型	男	1								
	女	1		1						
					1					
						1				

それでは次に、MMP IはPTSDの有無についてはどの程度の精度の判定能力を有するかということが問題になってくる。このことを検証するために、PTSDの有無を目的変数に、MMP Iの臨床尺度の各得点を説明変数にしてロジスティック回帰分析を施行した。結果を表3-3、3-4に示す。

表3-3 MMP IによるPTSD診断のロジスティック回帰分析(1):回帰式

説明変数	偏回帰係数	標準誤差	Wald-square	P値	標準偏回帰係数
1(Hs)	-0.019	0.0489	0.154	0.694	-0.105
2(D)	0.118	0.0593	3.933	0.047	0.600
3(Hy)	-0.079	0.0589	1.790	0.181	-0.370
4(Pd)	0.098	0.0568	2.995	0.084	0.405
5(Mf)	0.049	0.0408	1.418	0.234	0.169
6(Pa)	-0.023	0.0417	0.310	0.578	-0.151
7(Pt)	0.043	0.0615	0.499	0.480	0.234
8(Sc)	0.023	0.0471	0.239	0.625	0.154
9(Ma)	-0.029	0.0413	0.497	0.481	-0.127
0(Si)	-0.106	0.0504	4.418	0.036	-0.486
定数	-5.652	4.1899	1.819	0.177	

表3-4 MMP IによるPTSD診断のロジスティック回帰分析(2):判別クロス表

	PTSD+	PTSD-	全体
0.5以上	33	7	40
0.5未満	3	12	15
全体	36	19	55

表3-4より、今回の対象では、MMP Iの臨床尺度はロジスティック回帰分析によって感度0.92、特異性0.63でPTSD診断を的中させた。正診率は0.82であった。

MMP Iのプロフィールは、臨床的使用に堪えられる程度にPTSD診断を予測しうる事が確かめられた。

4. 研究Ⅱ

被験者の意図に左右されないPTSD診断検査の開発

[抄録]

MMPⅠとその下位尺度であるPK尺度(PTSD Keane Scale)日本語版は、PTSDに関して非特異的な設問のみからなるにもかかわらず、PTSD診断検査として有用であることを示した。

裁判において精神的被害を正しく評価するためには、被験者の意識的あるいは無意識的な意図によって症状が過大に報告されることの少ない質問紙が必要である。PK尺度は、そのような目的で用いることが可能である。また、PTSDの各臨床尺度得点の単純加減によるMMPⅠ-PTSD Index(M-PTSD Index)を開発した。M-PTSD Indexは、PTSD診断検査としてPK尺度と同程度に有用であると思われた。

キーワード: 精神鑑定、外傷後ストレス障害(PTSD)、ミネソタ多面人格目録(MMPⅠ)、PK尺度

Key Words: forensic examination, posttraumatic stress disorder(PTSD), Minnesota Multiple Personality Inventory(MMPI), PK scale

[はじめに]

一般に被害者は、自分を重篤かつ純粋な(落ち度のない)被害者であると認めてもらいたいために、無意識裡に精神症状を過大に報告することがある。その一方で、心的外傷のために生じた解離症状のために被害体験の全体を整合的に叙述することができない被害者もいる。

そこで筆者は、裁判における精神的被害の司法的評価のために、被験者の意識的あるいは無意識的な意図によって症状が過大に報告されることの少ない質問紙の開発をめざすことにした。ここでは特に、精神的被害の中でもPTSD発症例をとりあげる。

[問題意識と先行研究概観]

これまでも、PTSDの診断やスクリーニングのための質問紙は多数あった。しかし、そのほとんどは、具体的なPTSD症状についてその有無を直接問う形式のものであった。その代表的なものとして、「出来事インパクト尺度改訂版(IES-R)」(飛鳥井ら、1998 [5])を巻末に資料3として掲げておく。このような質問紙では、どのように回答すれば重症のPTSDと診断してもらえる

かが、誰にも一見してわかる。したがってその結果は、被検者の意識的あるいは無意識的な意図によって左右されやすいといえる。

一方で、PTSDに関して非特異的な設問からなる質問紙を用いてPTSDを診断しようという試みもなされてきた。そういった試みには、「ミネソタ多面人格目録 (MMP I)」を用いたものが多い。MMP Iの第1頁を稿末資料2として掲げる。これを見れば明らかなように、MMP Iはもともと被験者の人格を多面的かつ包括的に診断することを目的として開発されたものであり、とくに一定の症状や疾患に特化したものではない。

MMP IからPTSD診断に有用な項目を統計的に取り出してPTSD診断尺度としたもののうちで、最も良く知られているのがPK尺度 (Keane, T.M. et al.[6]) である。つまり、PKはMMP Iの下位尺度である。PK尺度を稿末資料4として掲げる。ちなみに、PK尺度の日本語版はこれまでに標準化されていない。

資料2と4を見比べてみると、MMP Iの1頁からもいくつかの項目がPK尺度に採用されていることがわかる。これらの項目の採用は、まったく統計的妥当性に基づいており、その診断的有効性を設問内容から説明することはほとんど不可能である。

以下、本稿では、このPK尺度日本語版の臨床的有効性について検証することとする。

【対象と方法】

対象は、前章 (研究 I) と同一である。すなわち、2004年4月1日より2008年3月31日までの4年間に、精神科無床診療所および大学附属のカウンセリングセンターにおいて筆者宛にPTSDの疑いで他機関から紹介されてきた者55名 (男性15名、女性40名) である。このうち、既に前章で述べたように、構造化面接によって18名 (男8名、女28名) がPTSDと診断された。

全員に初診時にMMP Iを施行するとともに、初診から1か月以内に構造化面接 (臨床診断面接尺度 (CAPS) [2]あるいは精神疾患簡易構造化面接法 (M.I.N.I.) [3]のいずれか) を行い、DSM-IVの診断基準 [資料1] に基づいてPTSDの有無を診断した。

初診時のMMP IからPK得点 (埋め込み型PK得点) を算出したほか、IES-R (資料3) [5] を施行した。MMP I施行から2週間後にスタンダローン型PK (資料4) を施行した。

なお、MMP Iは『MMP I新日本版』[7]を用いた。スタンダローン型PKの質問紙は、『MMP I新日本版』から該当項目を抜き出して列挙することで構成した (資料4)。また、MMP I、スタンダローン型PKのそれぞれの施行回数に合わせた数のII型回答記録用紙を購入することで、著作権料を支払った。

【結果と考察】

① PK尺度日本語版の検討

PK尺度 (埋め込み型) の得点 (mean±SD) は、全体 (N=55) で 20.6±9.9 であった。同じ

くスタンダロン型では 20.7 ± 8.3 であった。危険率 5% で、両者には有意差を認めなかった。また、両者の相関係数は 0.868 であり、統計学的にスタンダロン型の PK 得点でも臨床的実用に十分堪えられると考えられた。PK 得点はまた、IES-R と弱い正の相関を示した。年齢とは有意の相関を示さなかった (表 4-1)

表 4-1 PK 得点と年齢、IES-R との相関

	年 齢	PK(スタンダロン)	IES-R
PK(埋め込み)	0.067	0.868**	-0.309*

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

PTSD 群 36 例の PK 尺度 (埋め込み型) の得点 (mean \pm SD) は 23.0 ± 8.4 で、非 PTSD 群 19 例の 16.0 ± 10.9 より有意に高いといえた ($p < .05$)。

これを男女別に見たのが、表 4-2 である。男性では PTSD 群と非 PTSD 群の間に有意差が認められなかったが、これは例数 (n) が小さいためである可能性がある。

表 4-2 群別の PK 得点

N=55	n		年 齢	IES-R	PK (埋め込み型)	
男性 PTSD (M+群)	8	mean	32.8	53.1	19.1	n.s
		SD	10.8	8.7	8.4	
男性非 PTSD (M-群)	7	mean	41.1	33.5	15.1	n.s
		SD	12.4	1.5	10.6	
女性 PTSD (F+群)	28	mean	37.3	50.2	24.7	*
		SD	10.1	14.6	8.1	
女性非 PTSD (M-群)	12	mean	37.0	26.1	15.7	*
		SD	11.2	12.4	10.4	

* : $p < .05$

PTSD 診断についての PK 得点の ROC 曲線を次頁図 4-1 に掲げる。

ROC 曲線から、PK 得点の PTSD 診断上の区分点は 17/18 点であると推定される。区分点における感度・特異度は約 70% であり、まずまず良好な数字であるといえる。このとき、正診率は 65%、オッズ比は 3.4 であった。

実際には、今回の対象は、全例が PTSD を疑われて紹介受診したものであり、非 PTSD 例といっても大半が PTSD 近縁の病態にあるものであることを考えるならば、PK 得点はかなり鋭敏な検出力を有していると言ってよからう。

尤も、PK 尺度をスクリーニング検査として用いる際には区分点を 15 点前後に下げること、得意度を多少犠牲にして感度を上げるのが実用的であるかもしれない。

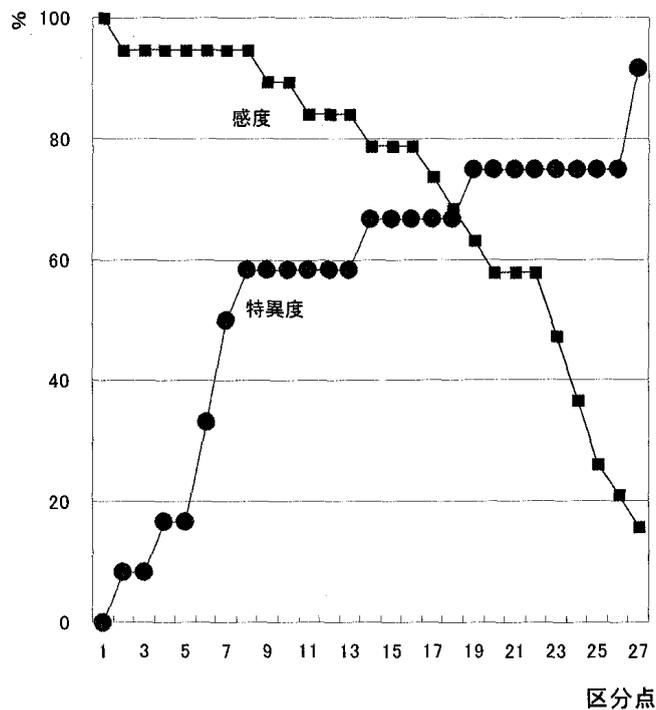


図4-1 PK得点のPTSD診断上のROC曲線

区分点を 18 点とした際には、擬陽性例が 6 例生じる。この 6 例のうち 2 例は PTSD からの回復例であり、過去に専門医によって PTSD と診断されていたが今回の調査時点では PTSD の診断基準を満たさなくなっていたものである。別の 1 例は心的外傷に起因する解離性障害の事例であり、最後の 1 例は交通事故による頭部外傷の後遺症である。つまり、この 6 例はいずれも PTSD の診断基準を（現在）は満たさないものの、心的外傷体験の既往があることが確認されている症例である。

PK 得点は、PTSD というよりももっと広い範囲での心的外傷性病態を反映する尺度であるといえるかもしれない。今後引き続き検討していきたい。

②MMP I からの PTSD 診断指標

わが国で、PTSD 患者の MMP I 所見について論じた文献はほとんどない。米国では PTSD 患者は F、D、Sc、Pt が高得点であるということが定説化されており [4]、今回われわれは日本人においてそれを確認したことは前章で述べたとおりである。

MMP I の判定に当たっては、従来よりさまざまな“指標(index)”が作成されている。ここでは、統合失調症を診断するための係数である Goldberg's Index 等にならって、MMP I の標準下位尺度の単純 1 次線形結合による PTSD 診断を試みた。

13 個の下位尺度の T 得点をそれぞれを加減してできる係数のうち、PTSD 診断を最も高率に予測し得た式は；

$$D + Pd + Sc - Pa - Ma - Si (\equiv \text{MMPI-PTSD Index})$$

であった。

このMMPI-PTSD Indexの、PTSD診断についてのROC曲線を次頁図3に掲げる。

25/26を区分点にした場合、正診率は73%、オッズ比は6.5であった。この係数は、PK尺度とほぼ同程度かそれを上回る峻別力を有していると言えよう。

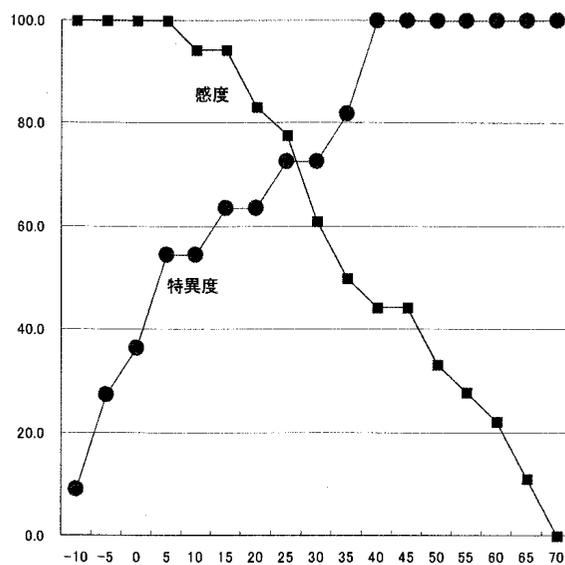


図3 MMPI-PTSD IndexのROC曲線

5. 研究Ⅲ

模擬的“ニセ患者”を用いた回答行動の安定性についての研究

[抄録]

意図的に精神的被害を受けたかのように振舞う者と真に精神的被害を受けた者とを判別することを試みた。ドメスティック・バイオレンス(DV)からPTSDを発症した者と、模擬的にDV被害者になりすました“ニセ患者”に出来事インパクト尺度改訂版(IES-R)を2週間の間隔をおいて施行した。2回の施行間で2点以上の点数の移動があった項目数は、真の患者群(DV群)が“ニセ患者”に比べて有意に少なかった。“ニセ患者”では真の患者に比べて回答行動における再現性が低い、という仮説が裏付けられた。

キーワード：模擬患者、外傷後ストレス障害(PTSD)、出来事インパクト尺度回転版(IES-R)、ドメスティック・バイオレンス(DV)、陳述の信用性

Key Words : simulated patient, posttraumatic stress disorder(PTSD), Minnesota Multiple Personality Inventory(MMPI), credibility of statement

[はじめに]

精神的被害ないし心的外傷の評価にあたっては、被害者本人の陳述が大きな比重を占めることになる。それは、DSM-IVの心的外傷体験の定義(PTSD)診断基準〔後掲の資料1〕のA項目が、それまでの「稀少性要件」を捨てて「主観性要件」をより重視した——つまり、それほど特異な体験でなくとも被害者の主観にとって著しく驚異的であったことは心的外傷体験に含める——ことにより、より一層顕著となった。しかし、だからと言って、被害者の陳述を無批判に受け入れていたのでは、精神鑑定に求められる公正性・中立性・客観性が保障できない。

一般に被害者は、自分を重篤かつ純粋な(落ち度のない)被害者であると認めてもらいたいために、無意識裡に精神症状を過大に報告することがある。今日わが国では、専ら被害者の報告に基づいて精神的被害の評価をなしたために、精神的被害の過大視とPTSDの過剰診断がなされたと思しきケースがある一方で、被害者が精神的被害を客観的に立証でなかったために救済されなかったと思われるケースもある。

ここでもし、被害者の陳述の真实性を、その陳述の様式から判断できたとしたら、このような不毛な事態に終止符を打つことができると考えられる。

そこで筆者は、被害者陳述の心理学的・精神医学的に公正・中立・客観的な評価法を確立するために、ここではまず、意図的に精神的被害を受けたかのように振舞う者と、真に精神的被害を受けた者

との訴え方の違いを、質問紙によって明らかにしたいと考えた。

[対象]

以下の3つの群を対象とした。

1) DV被害者群：[DV群]

2002年4月1日より2008年3月31日までの6年間に、精神科無床診療所および大学附属のカウンセリングセンターにおいて筆者が治療に携わったドメスティック・バイオレンス被害者全24名（全員女性）。なお、その際のPTSD診断は、DSM-IVの診断基準 [資料1] に基づいて構造化面接（臨床診断面接尺度（CAPS）[2]あるいは精神疾患簡易構造化面接法（M.I.N.I.）[3]のいずれか）によって行われた。

2) 臨床心理学を専攻する大学院（修士課程）学生50名（男性18名、女性32名）：[CP群]

3) 国立A大学医学部医学科の2年生88名（男性52名、女性36名）：[Med群]

[方法]

上記のDV群については、初診時と2週間後に出来事インパクト尺度改訂版（IES-R）を施行した。

CP群とMed群に対しては、授業の中で次のような教示を行った後に、IES-Rを施行した。「あなたは夫からの暴言暴力を10年余りにわたって受け続けてきた妻です。夫の暴力で骨折したこともあります。そのときには、このまま死んでしまうかもしれないと思いました。そのような妻になったつもりで、いま配った質問紙に答えてください」。

そしてその2週間後には、「2週間前には、“夫からの暴言暴力を10年余りにわたって受け続けてきた、夫の暴力で骨折したこともあり、そのときにはこのまま死んでしまうかもしれないと思った妻”になったつもりで質問紙に回答してもらいました。今から全く同じ質問紙を配りますので、2週間前とできるだけ同じように回答してください」と教示して、IES-Rを再度実施した。

[結果と考察]

表5-1 IES-Rの再検・再現

	n	年齢	IES-R得点		相関係数	2点以上の移動		
			1回目	2回目			mean	SD
DV群	女	24	35.8	62.1	0.830	1.64	mean]**
			10.3	11.8		14.0	1.25	
CP群	全	50	29.9	62.2	0.808	1.88	mean	
			10.9	10.7		12.1	2.48	
	男	18	41.1	56.0	0.836	2.89	mean	
			10.2	11.5		12.9	2.03	
女	32	23.5	65.7	0.641	2.25	mean		
		4.4	8.8		10.3	1.81	SD	
Med群	全	88	22.1	48.5	0.797	2.09	mean	
			4.3	48.1		14.1	3.40	
	男	52	21.4	49.9	0.702	3.71	mean	
			1.9	10.2		13.2	2.44	
女	36	23.2	46.4	0.898	2.94	mean		
		6.3	16.7		15.6	1.31	SD	

**：p<.01
***：p<.001

この3群のうちCP群とMed群は、ドメスティック・バイオレンス（DV）によるPTSDの謂わば“ニセ患者”ないし模擬患者 *simulated patient* 群である。

真の患者は自己の症状に依拠して質問に回答するため、病状に大きな変化がない限り回答内容は再検によっても保存されるはずである。一方“ニセ患者”では、前回の自分の回答を記憶していない限りは再検時に回答を再現することは困難であると考えられる。よって、2回の施行間での相関係数（心理テストの開発の際に「再検査信頼性」と呼ばれているものと数学的には同一である）は、前者に比べて後者では低いことが予想された。

実際の結果（表5-1）では、相関係数に有意差は見出されなかった。しかし、2回の施行間で2点以上の点数の移動があった回答数は、真の患者群（DV群）が“ニセ患者”（CP群、Med群）に比べて有意に少なかった。“ニセ患者”では真の患者に比べて回答行動における再現性が低い、という仮説は裏付けられたと言ってよかろう。

再検によって2点以上の移動があった項目数の分布を、3群ごとに示したものが図5-1である。真の患者群（DV群）では2点以上の移動が3項目以上にわたってみられることはほとんどないが、“ニセ患者”（CP群、Med群）では2～4項目みられることはふつうのことであることがわかる。

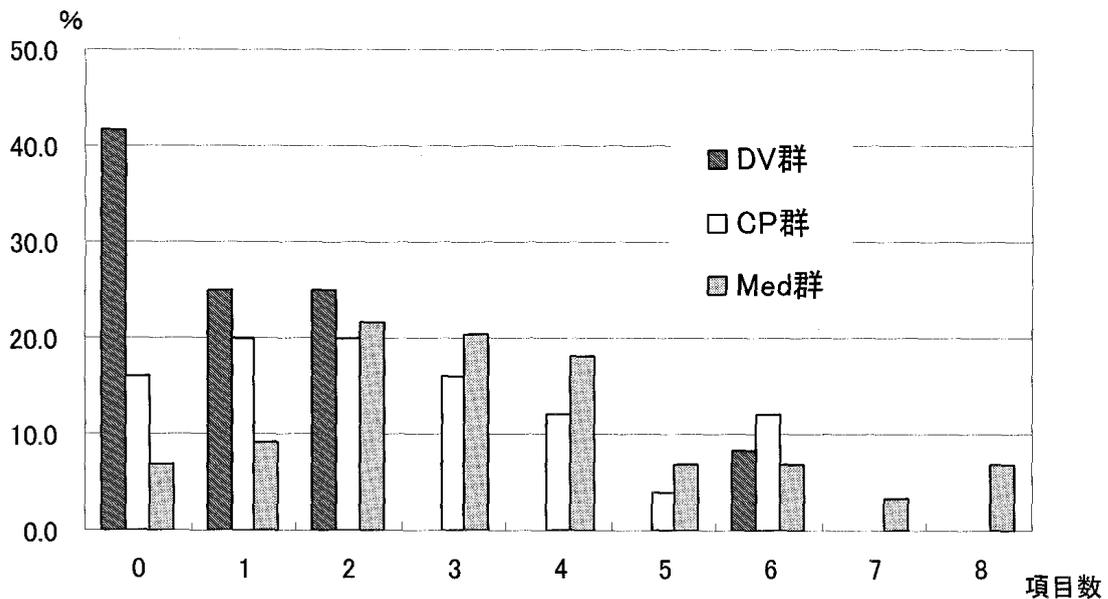


図5-1 IES-Rの再検による2点以上の点数の移動

6. 結語

以上、法廷における精神的被害の正当な（公正中立な）評価をめざして、被害者心理に左右されない（歪曲されない）心理学的評価法に向けて研究に取り組んだ。今回はひとまず、精神的被害の中でも外傷後ストレス障害（PTSD）の診断に焦点をあてた。

PTSDないし心的外傷の有無や程度を判定するには、その特異的な症状を把握することは避けては通れない。それは当然のこととして、心的外傷特異的な項目からなる評価尺度は、悪くすると“誘導尋問”になりかねない。すなわち、どのように回答すれば重症のPTSDと判定してもらえるかが被験者にとって明らかなき、必ずしも意図的に虚言・詐病をなすつもりがなくとも、被験者たる被害者は「自分の被害を認めてほしい」という心理からややもすると過大な症状報告をしてしまうことがある。（もちろんその逆もあり得よう。自分の精神的被害を否認したい被害者は、症状を過小に報告するということがあるだろう。）

それ（だけ）では、正当で客観的な評価たり得ないことは明らかである。被験者の意識的・無意識的な意図によって判定結果が左右されることのない、心的外傷の評価法が望まれるところである。

実は、そのような心理学的企ては、心的外傷ないし精神的被害を対象にしたものではないにせよ、以前からあった。そのうち最もよく知られているのがミネソタ多面人格尺度（MMP I）である。MMP Iの各臨床尺度を構成する設問は、それぞれ特定の疾患に罹患した患者が高率に選択する項目からなっているが、それらの項目の採用はまったく統計的妥当性に基づいており、その診断的有効性を設問内容から説明することはほとんど不可能である。先にも述べたように、「機械関係の雑誌が好きだ」と答えることがどのような判定につながるのか、被験者には皆目見当がつかないのである。

本研究では、このMMP Iの既存の臨床尺度を用いたロジスティック回帰分析によって、正診率80%を超えるPTSD診断が可能であった。また、より簡便な方法として、臨床尺度得点の単純線形結合としてのMMP I-PTSD Index（M-PTSD Index）を開発した。

米国のKeane, T.M.は既にMMP Iから一部の項目を取り出して、つまりMMP Iの下位尺度としてのPTSD診断尺度を構成している[6]。PK尺度といわれているものがそうである。PK以外にも、PTSD診断のために開発されたMMP Iの下位尺度はいくつかあるが、それらの多くが健常者とPTSD患者を判別するものであるのに対して、PKはPTSD患者とその他の神経症患者を判別するものとして作成されたものであるところがユニークである。

PK尺度の日本語版は、これまでに標準化されていなかった。そこで我われは、PK尺度の標準化にも取り組むことにした。自験例に適用して区分点を設定してみたところ、正診率は70%前後と決して高いとはいえないが、PTSDの補助的な診断ツールとして十分に実用に堪え得るものであることを確認した。

構造的にMMP Iは、鋭敏なPTSD診断を行い得るポテンシャルを有していると思われるので、PK尺度の項目を入れ替えるなどして、今後より有効性の高い尺度を構成していくことを目指したい。

なお、敢えて付言しておくが、筆者は心的外傷に特異的な症状について問う質問紙の意義を否定し

ているわけではない。そうではなく、むしろそういった質問紙と、ここで私が「被験者の意図によって判定結果が左右されることのない尺度」とは、心的外傷の公正な評価に当たって車の両輪の如くに協働すべきものなのである。

さて、心的外傷ないし精神的被害の公正な評価ということを考える際には、評価の道具（方法）だけでなく対象（すなわち被害者）の特性をも考慮にいれなければならないであろう。そういった視点から、本研究ではIES-Rを用いて、真のPTSD患者は模擬的“ニセ患者”に比して、再検査における回答の再現性が高いということを実証的に示した。今後は、被害者の自由陳述においても同様のことがいえるのかどうか、あるいは自由陳述における信用性の評価方法といったことにまで射程を広げ、被害者陳述の信頼性・信用性評価をより立体的なものとしていきたい。

7. 付論：今日の臨床家を覆う「萎縮傾向」について

精神科医が裁判における鑑定や証言、あるいは労働災害や各種損害保険の診断書などにおいて精神的被害についての意見や判断を求められれば、これに応えることは、現代社会における専門家としての当然の責務である。責務であるにとどまらず、専門家としての矜持の拠り所とすべきことでもあろう。専門家が言いたいことも言えないような社会は、成熟した社会とはいえない。また、専門家に限らずとも、人は裁判所から求められたなら、法廷で自己の体験を述べなければならない。その意味において臨床医とは、患者の病態の目撃証人に他ならない。

しかるに、残念なことに精神科医がそういった要請に対して十分に応えているとはいえないのが現状である。たとえば、裁判への関与を嫌って診断書の発行やときには診療さえも拒否する——もちろんこれらは違法行為である（医師法第19条第2項は医師に診断書発行義務を課している）が、多くの場合その認識すらないままに行われている——精神科医師が稀ならずみられる。その傾向がますます強まっているように感じているのは私だけだろうか。彼らはPTSDの過剰診断をしているという謗りを受けることを極端に怖れているように、私には思える。

それはなぜなのだろうか？ ここで、今日の臨床家を覆うこういった“萎縮傾向”の原因について検討しておくことは意味のあることと考える。

そういった“萎縮”の原因としては様々なものが考えられる。たとえば、法や裁判制度についての知識不足、事件の“加害者”に対する恐怖感（累犯者である、あるいは医学界の重鎮である等）といったものである。

しかし、専門職にある者として我われが忘れてはならないのは、きちんとした方法論の確立である。われわれ精神科医は、好むと好まざるとにかかわらず、裁判に関与せねばならない。その際に臨床家に少しでも役立つ所見を、本研究およびその今後の発展が提供できることを祈念する。

[文献と注]

- [1] この領域における浜田寿美男氏の著作は数多くあるが、ここでは特に、
浜田寿美男：「うそ」を見抜く心理学—「供述の世界」から。日本放送出版協会, 2002.
浜田寿美男：自白の心理学。岩波書店, 2001.
の2冊を挙げておきたい。
- [2] CAPS PTSD 臨床診断面接尺度。東京都精神医学総合研究所, 19967
- [3] M.I.N.I.—精神疾患簡易構造化面接法。星和書店, 2000.
- [4] Wilson, J.P., Keane T.M (eds.): Assessing psychological trauma and PTSD. The Guilford Press, New York, 1997
- [5] Asukai, N., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., Nishizono-Maher, A.: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic event. The Journal of Nervous and Mental Disease 190:175-182, 2002.
- なお、IES-Rの原版(英語)の出典は次の通りである。
Weiss, D.S. & Marmar, C.R.: The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson, J.P., Keane T.M. eds., Assessing psychological trauma and PTSD. The Guilford Press, New York, 1997, p399-411.
- [6] Keane, T.M., Malloy, P.F., Fairbank, J.A.: Empirical development of Combat-related Posttraumatic stress disorder. J.consul.Clin. Psych.:52(5):888-891, 1984.
- [7] MMP I 新日本版。三京房, 1993.

資 料

<資料1>PTSDの診断基準

309.81外傷後ストレス障害

A その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。

(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

注：子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。

B 外傷的な出来事が、以下の1つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。

(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。

注：小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。

(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。

注：子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。

(3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)。

注：小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。

(4) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。

(5) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。

C 以下の3つ(またはそれ以上)によって示される、(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。

(1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。

(2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。

(3) 外傷の重要な側面の想起不能。

(4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。

(5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。

(6) 感情の範囲の縮小(例：愛の感情を持つことができない)。

(7) 未来が短縮した感覚(例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない)。

D (外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒充進症状で、以下の2つ(またはそれ以上)によって示される。

(1) 入眠、または睡眠維持の困難

(2) 易刺激性または怒りの爆発

(3) 集中困難

(4) 過度の警戒心

(5) 過剰な驚愕反応

E 障害(基準B・C・およびDの症状)の持続期間が1カ月以上。

F 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

▼該当すれば特定せよ：

急性症状の持続期間が3カ月未満の場合

慢性症状の持続期間が3カ月以上の場合

▼該当すれば特定せよ：

発症遅延症状の始まりがストレス因子から少なくとも

6カ月の場合。

「DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル」、医学書院、1996から引用。

<資料2>MMP I 新日本版 より

1

1. 機械関係の雑誌が好きだ..... 1.
2. 食欲はある..... 2.
3. 朝、目がさめた時は、たいていよく休まったという感じがする..... 3.
4. 図書館の仕事（司書）をしてみたいと思う..... 4.
5. ゲーム（勝負事）には、負けるより勝ちたい..... 5.

6. 犯罪に関する新聞記事を読むのが好きだ..... 6.
7. ふだん、手足は温かい..... 7.
8. 毎日の生活は充実しているほうだ..... 8.
9. これまでと同じように、今も仕事ができる..... 9.
10. 選挙の時、よく知らない人に投票したことがある..... 10.

11. だれでも自分の見た夢の意味を知り、夢の教えに従うべきだ..... 11.
12. 推理小説や探偵小説はおもしろい..... 12.
13. 仕事をする時は、ひどく緊張する..... 13.
14. 月に何度も下痢をする..... 14.
15. 時たま、人に言えないようなことを考える..... 15.

16. 私は、たしかに世間からひどい仕打ちを受けている..... 16.
17. 父は良い人だ（だった）..... 17.
18. 便秘で困ることはあまりない..... 18.
19. 新しい仕事につく時、だれと親しくしたらよいかを、そっと教えてもらいたい..... 19.
20. 気分がすぐれないとイライラすることがある..... 20.

21. 時どき、たまらなく家をとび出したくなる..... 21.
22. 急に笑い出したり泣き出したりして、おさえられないことが時どきある..... 22.
23. 突然、吐き気がしたり吐いたりするので困る..... 23.
24. だれひとり私をわかってくれない..... 24.
25. お金を払わずに映画館に入っても絶対に見つからないなら、私はたぶんそうするだろう..... 25.

26. めんどうなことが起きた時は、黙っているのが一番いいと思う..... 26.
27. 時どき、悪霊にとりつかれる..... 27.
28. 不当なことをされたら、当然仕返しをするべきだと思う..... 28.
29. 週に何度も胸やけがして困る..... 29.
30. 時には、悪い言葉を口にしたくなる..... 30.

<資料3> I E S - R

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。_____に関して、この1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけてください。（なお答に迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。）

		0. 全くなし	1. 少し	2. 中くらい	3. かなり	4. 非常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気もちがぶりかえしてくる。					
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。					
3	他のことをしていても、思わずそのことを考えていることがある。					
4	イライラして、怒りっぽくなっている。					
5	そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ちつかせるようにしている。					
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。					
7	そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。					
8	そのことを思い出させるものには近よらない。					
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。					
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでできっとしてしまう。					
11	そのことは考えないようにしている。					
12	そのことについては、まだいろいろな気もちがあるが、それには触れないようにしている。					
13	そのことについての感情は、マヒしたようである。					
14	気がつくと、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある。					
15	寝つきが悪い。					
16	そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある。					
17	そのことは、もう忘れてしまうようにしている。					
18	ものごとに集中できない。					
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、ドキドキすることがある。					
20	そのことについての夢を見る。					
21	警戒して用心深くなっている気がする。					
22	そのことについては話さないようにしている。					

<資料4>PK尺度（スタンダード型）

1. 質問紙

PK質問紙

氏名

この質問紙には、いろいろな内容の文章が番号順に並んでいます。各文章を読んで、それが自分に「あてはまる」か「あてはまらない」かどちらかに決めて下さい。文章に書かれていることなみに「あてはまる」または「だいたいあてはまる」場合は「はい」、「あてはまらない」または「あまりあてはまらない」場合は「いいえ」と答えて下さい。

選びにくい質問もあるかもしれませんが、できるだけどちらかに決めて答えて下さい。

1	食欲はある。	はい	いいえ
2	朝、目が覚めたときは、たいていよく休まったという感じがする。	はい	いいえ
3	毎日の生活は充実している方だ。	はい	いいえ
4	時たま、人に言えないようなことを考える。	はい	いいえ
5	私は、たしかに世間からひどい仕打ちを受けている。	はい	いいえ
6	急に笑い出したり泣き出したりして、おさえられないことが時どきある。	はい	いいえ
7	だれひとり私をわかってくれない。	はい	いいえ
8	二、三日おきぐらいに悪夢にうなされる。	はい	いいえ
9	作業や仕事に打ち込むことができない。	はい	いいえ
10	非常に奇妙な体験をしたことがある。	はい	いいえ
11	時どき、物をぶちこわしたくなる。	はい	いいえ
12	時どき人のうわさ話をする。	はい	いいえ
13	眠りが浅く、よく目が覚める。	はい	いいえ
14	人づき合いは良いほうだ。	はい	いいえ
15	私は、正しい生き方をしてこなかった。	はい	いいえ
16	私も、せめてほかの人ぐらいに楽しくできたら良いのと思う。	はい	いいえ
17	「みぞおち」のあたり(胸の中央下部)の不快感に悩まされる。	はい	いいえ
18	いつも憂うつである。	はい	いいえ
19	生きることは価値があると感じている。	はい	いいえ
20	後悔することをよくしでかす(後悔することが、人よりもはるかに多い)。	はい	いいえ
21	むしょうに、人を困らせたり驚かしたくなる時がある。	はい	いいえ
22	自分がどうなってもかまわないような気がする。	はい	いいえ
23	悪いことをしてしまったと、いつも思っている。	はい	いいえ
24	たいてい気分はよい。	はい	いいえ
25	頭をぎゅっと締めつけられているような感じがよくする。	はい	いいえ
26	家庭生活は世間並みにうまくいっている。	はい	いいえ
27	時どき、自分や他人に危害を加えずにはいられないような気がする。	はい	いいえ
28	すぐに決心がつかないために、よく損をする。	はい	いいえ
29	たいてい、雑念などに悩まされないで眠りにつく。	はい	いいえ
30	奇妙なことを何回もしでかして、後で何をしていたのか覚えていないことが多い。	はい	いいえ
31	気が狂うのではないかと恐れている。	はい	いいえ
32	くよくよと心配しやすいほうだ。	はい	いいえ
33	人に言わないでおきたいような夢をよく見る。	はい	いいえ
34	ひとりぼっちでいる時ほど幸福なことはない。	はい	いいえ
35	あることについては非常に怒りっぽくなるので、それを話すこともできない。	はい	いいえ
36	人と一緒にいる時でも、いつもひとりぼっちのように感じている。	はい	いいえ
37	ちょっとしたことで他人に我慢できなくなる。	はい	いいえ
38	自分が気にしなくていいことまで、深刻に悩む。	はい	いいえ
39	死んでしまいたいと、いつも思っている。	はい	いいえ
40	私は非常に奇妙な考えを持っている。	はい	いいえ
41	ひとりでいると妙な音や声が聞こえてくる。	はい	いいえ
42	悪い言葉や恐ろしい言葉が浮かんできて、それを払いのけることができない。	はい	いいえ
43	何でもない考えが頭から離れずに、何日もそれが気になることがある。	はい	いいえ
44	私の計画はとんでも実行が難しく、あきらめなければならぬことが多い。	はい	いいえ
45	たいていの警官は誠実に仕事をしている。	はい	いいえ
46	一つの趣味にこるようなことはしないで、いろんな趣味をあれこれやろうとする。	はい	いいえ

2. 採点シート

PK質問紙



1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			