

性犯罪被害者の心理的ケアについて

武蔵野女子大学 小西聖子

(1) 臨床から見た被害の現況

1 . 心的外傷としての性犯罪

性犯罪の被害は様々な暴力犯罪のうち最も高率に PTSD をもたらす。このことは先進諸国でも繰り返し確認され、わが国のデータでも追証されつつある。実際に稼働している犯罪被害者支援組織でもっとも多い相談は性暴力被害相談である。

(資料参照： Kessler ら (1995), 安藤ら (2000), 広幡(2002))

2 . 子どもの被害

見知らぬ他人からの被害も、家族を含む他人からの被害も少なくない。暗数が多い。子どもの被害は無視されたり過小評価されやすい。また診断評価が難しい。また小学校低学年での被害と、思春期における被害が異なった様相を示すように、発達に応じた対応が必要となる。専門家の対応が必要だと思われる重篤なケースが、学校や警察、地域の施設だけで抱えられていることもある。

(資料参照： 小西 (2001))

3 . 性的虐待とその影響

性的虐待の被害を受け成人した人は治療の主要な対象のひとつであるが、対応に専門的技術が長期にわたり要求されることが多い。

4 . ケアから見た被害の特性

性暴力の被害者は事件事故遺族と同様に最も心理的ケアを必要としている人たちであるが、被害者の権利についてグループで声を上げることが困難である。

必要なケアの程度はさまざまである。継続面接を必要とする被害者でも単回性の被害で順調に経過すれば、数ヶ月から一年でかなりの改善が期待できる。一方、長期にわたる被害の場合、入院を含む治療が数年にわたって必要な被害者もいる。疫学的データでは PTSD については 6 , 7 年で病状は固定する。

司法とのかかわりが多いために、臨床家が遠ざかるケースがある。

女性の犯罪被害には社会一般に思われているよりも性暴力被害が含まれることが多い。

(実際には性暴力被害を受けていながらそのことが公表されていない場合もある。)

(2) 性暴力被害者ケアのここ数年における変化と現況

1. 女性相談、警察、民間組織(女性への支援、犯罪被害者支援)

相談できる場所はこの数年で格段に増えた。このような心理的ケアの必要性も広く社会に認識されてきている。

動いている組織と動いていない組織がある。たとえば週に一回程度の相談では、ほとんど休眠状態となることが多い。また女性団体の支援活動は訴訟の支援などを主としたものがある。しかし、英米諸国のような多様なかわりはまだない。多くの民間組織は経済的な困難を抱えている。

相談に来る人たちの困難を目の前にして、自分たちのできること、自分たちしかできないこと、ほかの人を紹介すべきこと、などが混乱していると思えることが多い。支援がネットワークとして捉えられていない、また捉えようとしてもネットワークを組む先がない。また周囲から要請されていること自体が組織にとって無理なことである場合もある。支援者のバーンアウトが憂慮される。ボランティアにできることは何か？専門職でない電話相談員にできることは何か？警察の中の心理職にできることは何か？訴訟とどのようにかかわっていくのか？

2. 医療

徐々に精神科医療のなかでも性暴力被害の認知は高まってきている。ただし、医療の中での専門家への紹介も多くなっている。

事件直後から被害者支援に専門家が組み込まれることも増えた。

JSTSS(日本トラウマティックストレス学会)が発足した。しかし、国際学会に比べ女性に対する暴力への対応は相対的に見て弱体である。

最終的な対応ができる場所であるはずの精神科医療は、全体としては対応力は高くない。被害者の精神科への偏見は根強いし、また医師の側の患者への偏見も根強い。統合失調症中心に作られた従来の精神医療体制の問題もある。現在多くの PTSD 患者を診ている医師は、ほとんど保険診療としては経済的に成り立たないところでやっている。予想される PTSD の患者数から考えても、民間診療所や精神病院で、保険診療で治療が成り立たなくては、全国的なレベルでの対応はできない。あるいは被害者が心理的ケアを受けるための経済的な支援が必要である。

特に性暴力被害の場合女性医師が求められることが多いが、女性の性暴力被害者を専門とする女性医師はごく少数である。またこのことに関心を持つ女性医師は多いが、研修の機会が少なく、継続して研究臨床をできる状況でない。また医師の側にも従来の患者と異なる対応を要求されることに戸惑いが多い。また多職種の支援者には「女性医師が望まれるが、適切な人がどこにいるのかわからない。」という相談を受けることが多い。

臨床研究のレベルでも、女性にしかできないことが多いが、もともと日本は女性研究者が少ないため、この問題にかかわれる人の数が限られている。職業として研究していける人の数が極端に少ないため、研究のレベルがなかなか高くない。実証的なデータを提出することに困難がある。

司法とのかかわりが要求されることが多いが、司法精神鑑定を含め、このことについての仕事としての枠組みが未整備なため、医師に過大な負担がかかる。司法との連携がうまくいかない。また医師の側にも臨床と司法に関する認識が足りないために、不適切な診断書や鑑定書が提供されることも経験する。

3. 臨床心理

徐々に臨床心理領域のなかでも性暴力被害の認知は高まってきている。ケースを担当する人も多くなっているを感じる。ただし、スーパーバイザーの不足もあり、全体としての対応力はまだ高くない。

臨床心理士会には被害者支援の部会が設けられた。研修会が(ここまではほぼ一年に一回)大規模に開かれ、熱心に討論されている。性暴力被害やDVも対象としている。また警察や女性相談の中の専門職として被害者に接する人も増えてきている。

心理的ケアのうちのかなりの部分を今後は臨床心理士が担っていくしかないと思われるが、捜査や訴訟との現実的な対応、アウトリーチなど、これまでと違った働き方を要求されるのでモデルがない。

臨床心理の臨床行為そのものが議論の渦中にある状況で、どのような形式をとれば被害者のケアができるか、どのような心理治療が可能なのか、その研修はどうするのかといった問題は今後に残されている。

(3) 心理的ケアの現況と問題 - まとめ

1. 性暴力への認識の変化。対応の変化。

行政、マスメディア、医療などそれぞれの部門での意識変革、先進国の情報の流入。

2. 心理的ケアの需要の拡大(「モデルの提供」から「社会的システムとしてのケア」へ)

3. 医療、心理の対応の不十分さ

「PTSD 治療を保険診療で行えるようにする」and/or「被害者の心理的ケアに経済的援助をする」が必要。どちらにも長短がある。日本のメンタルヘルス・サービスにすでに存在していた問題が表面化しているとも言える。

医師および心理専門家の専門的研修の強化が必要である。需要に研修による育成が追いついていない状況にある。

4. 司法との関係

司法との関係が専門家の個人的な水準にとどまっていて、十分に議論されていないこと。臨床家が通常の職務として行える位置づけも質の保証も必要。司法の専門家にも被害者の心理と精神疾患についての正しい理解が必要である。司法精神鑑定の専門性の問題と連動。医師に対しては研修制度や認定制度が必要か。

5. 日本の専門職におけるジェンダー差別の問題が反映されている。

支援専門職におけるジェンダーの構造。特に臨床における女性研究者、指導者の少なさが心理的ケアの実践に困難を与えている。