トラウマと心の傷に関する研究の動向と展望

――何が人を傷つけ苦しめるのか――

池田龍也・岡本祐子・森田修平

The perspective and some considerations on trauma and mental scars

Ikeda Tatsuya, Okamoto Yuko, & Morita Shuhei

トラウマによって形成される精神疾患として最も有名なPTSDの診断基準には，アメリカ精神医学会の刊行するDSMが用いられることが多い。特にその中でもA1基準はトラウマとは何かを定義している。この基準に従うならば，致死性の高い出来事に暴露されたり，その場に遭遇したりすること以外はトラウマとは呼ばない。しかしA1基準への合致の有無に関わらず，PTSD症状を呈すことが報告されている。そのため致死性の高さ以外に，当事者に深刻な影響を及ぼす出来事の属性を探索する必要がある。先行研究からは，出来事が長期間継続，複数回同じようなことが起きる「長期反復性」，これまでの対処法略では状況を改善できず，回避もできない「対処困難性」，自己の行動や対処の自律性を剥奪される「自己コントロール感の剥奪」の3属性が候補として挙げられた。このうち，対処困難性や自己コントロール感の剥奪はかなり主観的なものである。しかし，いかに出来事を客観的に測定できたとしても，過去の体験そのものをなかったことにはできない。そのため現在の状態を維持している主観的な認識を対象とすることで，介入可能な要因が明らかになることが期待される。

キーワード：外傷体験，DSMにおけるA基準，出来事の属性，出来事に対する認知

はじめに

近年，トラウマに注目が集まっている。厚生労働省 (2012) の統計によると，虐待の件数は年々増加の一途を辿っている。他にもいじめは社会問題化し，2011年に発生した東日本大震災の傷も深い。このように現在の日本は様々な形のトラウマを抱えている。このような社会情勢を背景とし，トラウマという語は最早，日常用語化していると言っていいだろう。トラウマという日常用語化は，トラウマに関する社会的関心の高まりと，決して無関係でない。つまり，人を深く傷つける出来事に対する社会的関心が高まり，トラウマという語が社会に浸透することで日常用語化しつつあると考えられる。そこで今一度，トラウマとはどのようなものなのか，何が人を深く傷つけ苦しめるのかを改めて問い直す必要がある。従って本研究では，トラウマに関する歴史，現代までの研究を概

観し，人を深く傷つける出来事やその属性の検討を目的とする。

1. トラウマの発見・忘却・再発見

トラウマとはギリシャ語で傷を表す τραύμα に由来しており，単純に身体的な創傷を示すものであった。しかし精神分析学が成立していく上で，トラウマが精神的な傷を示すようになった。日本においては心的外傷，外傷体験あるいは片仮名でトラウマと呼称する。

外傷体験に関する初期の研究は，18 世紀から 19 世紀にかけて Janet, P.と Freud, S.が行ったヒステリーの精神力動的研究である。その後に戦争による影響などが重大視され，現在の PTSD が成立した。1889 年に出版された Janet の『心理学的自動症』(Janet, 1889 松本訳 2013) において，ヒステリーの原因が過去の，多くは幼少期における外傷体験が原因であるとし，精神的な傷付きがもたらす影響を重視した。同時に Janet (1889 松本訳 2013) はヒステリーの中心機制は解離であり，外傷体験によって形成される外傷性記憶は解離によって，個人の記憶体系に組み込まれることのない下位意識を形成し，これがヒステリーの病因であるとした。その 6 年後，Freud も『ヒステリーの病因について』(Freud, 1896 高橋・生松訳 1983) の中で，ヒステリーの原因は幼少期の性的虐待であるとし，外傷体験がヒステリーを生み出すと考え，誘惑説を唱えた。

しかし Freud は間もなく誘惑説を取り下げ，治療場面で報告される幼少期の性的虐待は患者の空想か，あるいは治療者が性被害の空想を促していたとする空想説を唱えた (Freud, 1925 懸田訳 1970)。この誘惑説から空想説への転換は，患者の報告する外傷体験への認識を変化させた。前者では外傷体験を実際に起こった出来事であり，患者はいわば被害者という立場にあるのに対し，後者においては，報告された外傷体験はあくまで患者のファンタジーであり，実際には存在しない出来事であると認識されるようになった。一方 Janet の解離理論は外傷体験-解離-ヒステリーという三項関係を前提としていた。そのため外傷体験が実際には存在しないと認識されるようになると，力動精神医学界からの関心が急速に失われることとなった。

以上のような経緯を辿り，外傷体験は精神医学や臨床心理学の中心的テーマから除外されることとなった。この点に関しては，Herman (1992b 中井訳 1999) をはじめとする後年の研究者や臨床家から激しく非難されている。外傷体験や解離に対する専門家の関心が失われた時代，外傷体験について精力的に治療・研究したのが Ferenczi, S.であった (森, 2005)。Ferenczi は外傷体験，特に性的虐待を受けた者への精神分析的治療に専念し，実際に起こった外傷体験が心理的問題を引き起こすことを重要視した (森, 2005)。加えて，Ferenczi (1985 森訳 2000) は外傷体験を抱える患者と面接を重ねるうちに，虐待を受けたときだけではなく，必要とする助けが得られなかったという，「ひとりでいること」も外傷体験となり得るという着想へと至った。しかし，患者の報告する幼少期の外傷体験が，当事者のファンタジーであると解される時代，それを本当に起こったことであると考え，取り扱うことは治療者や研究者にとっても危険なことであった (Herman, 1992b 中井訳 1999)。幼少期の外傷体験というものがファンタジーとされ，本来は存在しなかったものとして扱われたように，研究者や治療者も同業者から「村八分」にされるのである (Herman, 1992b 中井訳 1999)。それだけ

に，Ferenczi が幼少期の外傷体験を研究し，熱心に患者を治療したことは例外的であったと推測される。

1910 年代の第一次世界大戦，1930 年代から 1940 年代前半の第二次世界大戦，1960 年代のベトナム戦争では多くの犠牲者を生み，臨床家や研究者を再び外傷体験に注目させた。トラウマに関する研究は主にアメリカで発展してきたという経緯もあり，特にベトナム戦争帰還兵の戦争神経症と，帰還兵の社会復帰や治療が問題となった。その結果として，Kardiner (1947) の戦争神経症に関する研究を下地とした心的外傷後ストレス障害 (以下，PTSD) がアメリカ精神医学界 (以下，APA) の定める診断基準である，精神疾患の診断・統計マニュアル第 3 版 (以下，DSM-III) に収録されるに至った (APA, 1980 高橋・花田・藤縄訳 1982)。例えば Pearce (1985) や Foy & Card (1987)，Green & Berlin (1987)，Zatzick, Marmar, Weiss, & Metzler (1994)，Bremner & Brett (1997) はベトナム戦争帰還兵の PTSD について調査研究している。他にも戦争関連の PTSD の研究としては，面接法や質問紙法によって PTSD の診断基準の妥当性を検証した Keane, Wolfe, & Taylor (1987) や，レバノン内戦の兵士を対象とした Mikulincer & Solomon (1982) のものがある。PTSD 概念の発端が Kardiner (1947) の戦争神経症であったことを考慮すると，PTSD と戦争が結び付けられたことは当然の帰結であったといえよう。

トラウマ研究には別の流れもある。Freud が空想説へと転向して依頼，中心的テーマから除外されてきた，家庭内でのトラウマである。主にアメリカを中心に 1970 年代から始まったウーマン・リブ運動を背景とし，家庭内でのトラウマに注目が集まりつつあった。その鏑矢として，Burgess & Holmstrom (1974) は 92 名の強姦被害女性を対象とした研究から，レイプ・トラウマ症候群を提唱した。レイプ・トラウマ症候群は，感情・身体・運動など様々な領域に影響を及ぼすとされる。最新版の DSM-5 (APA, 2013) では，このような性被害についても外傷体験であることが明記されていることからも，性被害がいかに当事者へ深刻な影響を及ぼすのかが推察される。更に 1985 年に小児科医の Kemp らが被殴打児症候群の症例を報告すると，幼少期の外傷体験がより重大視されるようになり，幼い者や女性といった社会的に弱い立場にある者の被った被害とその影響に注目が集まった。

Herman (1992b 中井訳 1999) は『心的外傷と回復』において女性や子どもといった社会的弱者における外傷体験とその影響は政治的圧力により黙殺されてきたと指摘し，その一翼を担っていた Freud, S.の空想説への転向を強く非難した。またそれと同時に，彼女は従来のような明確なトラウマ体験 (単回性トラウマ) とは区別する形で，複雑性トラウマ概念を提唱した (Herman, 1992a; 1992b 中井訳 1999)。複雑性トラウマとは単一の出来事でなく，「全体的な支配下に長期間服属した生活史」(Herman, 1992b 中井訳 1999) に起因するものであり，感情調整能力・自己感覚・意識感覚などに影響を及ぼすとされる。なお，van der Kolk (1998) は複合型トラウマ (combined type trauma) を提唱しているが，内容や特徴は Herman (1992a; 1992b 中井訳 1999) の複雑性トラウマと同様である。これまで，トラウマ研究は主に自然災害や戦争など単回性の出来事を中心であったが，被殴打児症候群，複雑性トラウマ，複合型トラウマなどの提唱によって，長期間反復されるトラウマを検討する必要性が強調された。このように，Freud, S.が空想説へと転向し，関心の失われた幼少期の外傷体験や虐待が再び重大なテーマとみなされるようになったのである。

2. PTSD 概念の成立および DSM における A 基準の変遷

トラウマ関連の精神疾患としては上述の PTSD が最も知られている。PTSD が疾病単位として現れたのは 1980 年に刊行された DSM-III である。その後, PTSD は DSM-III の改訂版である DSM-III-R (APA, 1987 高橋訳 1988), DSM-IV (APA, 1994 高橋・大野・染矢訳 1995), DSM-IV-TR (APA, 2000 高橋・大野・染矢訳 2002), DSM-5 (APA, 2013) まで継承されている。日本では 1995 年の阪神淡路大震災によって PTSD が周知されるようになった。

PTSD には大きく 3 つの症状があり，覚醒亢進，麻痺・回避，再体験がこれにあたる。覚醒亢進症状は，常に興奮状態で易刺激性を持ち，イライラした状態に特徴付けられる。それとは対極に麻痺・回避症状は刺激に対する反応の鈍さや，トラウマとなった出来事のあった場所や関連する事物などを回避することに特徴付けられる。再体験症状は侵入症状であり，忘れようと思っても当時の場面が生々しく蘇ってきたり，関連するものによってフラッシュバックが生じたりする。また，悪夢という形をとる場合もある。

ただし，PTSD であると診断されるには，上述の 3 大症状を呈しているだけではならない。当事者の体験した出来事がトラウマか否かという A 基準に合致して初めて，PTSD と診断されるのである。DSM の改訂が繰り返される中で A 基準も様々な形をとっている。たとえば始めて PTSD が疾病単位として登録された DSM-III では「ほとんど誰にでもはっきりとした苦悩を起こすような明白なストレス」，改訂版の DSM-III-R では「患者は，通常の人が体験する範囲を超えた出来事で，ほとんどすべての人に著しい苦痛となるものを体験したこと。たとえば，個人の生命や身体的保全に対する重大な脅迫や傷害；家庭や共同体の突然の破壊；または自己や身体的暴力の結果，他の人が，最近あるいは今，深く傷害されたりしたのを目撃すること」がトラウマであると定義されている。

DSM-IV および DSM-IV-TR では「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傷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機を，患者が体験し，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」とされる。最新版の DSM-5 についてはより詳細に記述され「実際に生命の危機，重症，あるいは性被害を一度または数度，以下の方法によって実際にあるいは危うく体験した。(1) 外傷体験を実際に体験した。(2) 他者が外傷体験に遭っているところを目撃した。(3) 近親者あるいは親密な友人が外傷体験に遭ったと知ること。この場合，暴力あるいは事故によるものでなければならない。(4) 有害で詳細な外傷体験に繰り返しあるいは強烈に暴露されたこと (例：救命救急，児童虐待の詳細について繰り返し晒される警察官)」とされている。以上の A 基準を Table 1 に示す。

改訂によって，より詳細な条件が追加されているが，一貫して変化していない部分が存在する。それは，その出来事が当事者にとって生命の危険を感じさせるものであるという点である。つまり DSM は，外傷体験という概念が致死性の高さを中核とし，これを満たさない限り外傷体験とは呼ばないという観点に立脚している。DSM-IV (-TR) 以外は外傷体験の性質として，特に客観的な性質

Table 1.

DSM の PTSD A 基準における外傷体験の定義

引用元	定義
DSM-III (1980)	ほとんど誰にでもはっきりとした苦悩を起こすような明白なストレス。
DSM-III-R (1986)	患者は，通常の人が体験する範囲を超えた出来事で，ほとんどすべての人に著しい苦痛となるものを体験したこと。たとえば，個人の生命や身体的保全に対する重大な脅迫や傷害；家庭や共同体の突然の破壊；または自己や身体的暴力の結果，他の人が，最近あるいは今，深く傷害されたりしたのを目撃すること。
DSM-IV (1994) DSM-IV-TR (2000)	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傷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機を，患者が体験し，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。
DSM-5 (2013) [1]	実際に生命の危機，重傷，あるいは性被害を一度または数度，以下の方法によって実際にあるいは危うく体験した。 1. 外傷体験を実際に体験した。 2. 他者が外傷体験に遭っているところを目撃した。 3. 近親者あるいは親密な友人が外傷体験に遭ったと知ること。この場合，暴力あるいは事故によるものでなければならない。 4. 有害で詳細な外傷体験に繰り返しあるいは強烈に暴露されたこと（例：救命救急，児童虐待の詳細について繰り返し晒される警察官）。 注）A4 基準は職業に関連したものでなければ，電子媒体やテレビ，映画，写真には適用されない。

1) DSM-5 については邦訳版が刊行されていないため，第一著者が和訳した。

に着目している。たとえば DSM-III では「ほとんど誰にでもはっきりとした苦悩を引き起こすような」ものであり，DIS-III-R では「通常の人が体験する範囲を超えた出来事」である。両者とも客観的判断が可能であり，診断に主観が入り込む余地を小さくしている。そのため，当事者がどのように感じたかという，出来事に対する感情的側面は扱われることが少ない。例外は DSM-IV (-TR) であり，A2 基準として当事者の感情的反応を規定している。しかし，DSM-5 では以前のように感情的反応を除外した基準に戻っており，DSM が客観的に観測可能であるという点に大きな比重をおいていることが推測される。

3. A 基準に関する実証研究

これまで，上述の A 基準の妥当性についてはあまり検討されてこなかった。しかし A 基準はどのような出来事を外傷体験とみなすのかを定義いている部分であり，非常に重要な箇所である。近年の研究によると，A 基準への合致が必ずしも PTSD 症状の深刻さを予測せず，逆に A 基準を満たさないストレスフルな体験をした者の方がより強い PTSD 症状を示すことが報告されている (Long, Elhai, Schweinle, Grubaugh, & Frueh, 2008)。このような A 基準の妥当性についての議論および疑問は，A 基準問題と呼ばれることもある (Weathers & Keane, 2007)。たとえば Mol, Arnts, Metsemakers, Dinant, Montfort, & Knottnerus (2005) や Bodkin, Pope, Detke,& Hudson (2007) は PTSD 様症状の様態と，DSM-IV-TR の A 基準への合致の有無について調査したが，共に A 基準への該当と PTSD 様症状の様態に有意な関連性が見いだせなかった。また, Long, Elhai, Schweinle, Grubaugh, & Frueh, (2008) は大学生を対象とし，DSM-IV-TR の A1 基準への合致の有無と PTSD 症状の程度に差が認められるか否かを調査した。その結果，A1 基準に合致しない者のほうがむしろ PTSD 症状の程度が高かったことに加え，尺度の並びと A1 基準への合致の有無において交互作用が認められた。Green & Berlin (1987) はベトナム戦争帰還兵の PTSD 症状の説明変数として，戦争体験に対する主観的なインパクトや戦争体験の強度などを挙げて，調査を行っている。その結果，戦争体験の強度そのものよりもむしろ，当事者の感じた主観的インパクトの方が PTSD 症状に対する説明力が強いことが明らかとなった。

戦争体験以外では，Lloyd & Turner (2003) は A 基準を満たすか否かによって PTSD 症状の程度に差があるか否かを検討した。その結果，A 基準を満たすか否かに関わらず，全ての出来事が PTSD 症状の程度に関与していることが明らかとなった。加えて Gold, Marx, Soler-Baillo, & Sloan (2005) は，DSM-IV-TR における PTSD の診断基準 A1 に当てはまる者と当てはまらない者の，PTSD 症状を比較し，後者の方がより PTSD 症状を持ちやすく，PTSD と診断されやすいことを指摘した。Lloyd, & Turner (2003) や Gold et al. (2005) の対象とした A1 基準に当てはまらない者とは，落第や失恋といった，日常生活のストレスだけを体験した者である。この結果を踏まえ Gold et al. (2005) はトラウマの定義を拡大する必要性を指摘し，両親の離婚や報われない恋なども，その範疇に含める必要があることを示唆した。

以上のように，必ずしも A 基準と PTSD 症状の深刻さに関連が見られるとは断言できない。しかし，宮地 (2012) や金 (2001) のように，トラウマ概念の定義拡大に慎重な姿勢をとる者もいる。例えば宮地 (2012) はトラウマという語はインパクトが強く，これが政治利用される危険性を指摘している。金 (2003) も，当事者が強い苦痛を感じたらトラウマであるという観点が，来談者との関係構築上有用であることを認めつつも，トラウマであるか否かという点とは別問題であるとし，定義拡大については慎重になるべきであると指摘している。両者が指摘しているように，トラウマという語は周囲に与えるインパクトが強い。近年，トラウマという語が日常語化している印象を受けるが，定義を明確にし，致死性を伴うもの以外をトラウマと呼ばないことで用語の混乱を防ぐ必要があるのかもしれない。

また，天災を除きトラウマには必然的に危害を加えた加害者と，それを被った被害者という図式が設定されやすい。上述のようにトラウマはこれまで様々な政治的な影響下にあり，これからもその影響下から逃れることはできないだろう。トラウマが政治的に利用されてきたことは，この概念の社会的影響の大きさを物語っている。加えてトラウマという語の日常用語化は，トラウマという心の傷つきへの社会的関心の高まりを反映していると考えられる。そのため，この概念が係争に利用されないよう，これからも明確な定義が求められるだろう。

4. 何が人を傷つけ苦しめるのか

以上概観してきたように，A 基準への合致の有無が当事者に深刻な影響を与えるわけではない。アメリカで実施された，一般群 5877 名を対象とした大規模な調査では，外傷体験の経験率は男性で 60.7%，女性で 51.2%であった (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995)。しかしその中で PTSD を発症するのは男性で 8%，女性で 20%と，明らかな外傷体験に暴露されたとしても，多くは PTSD を形成せずに済んでいることが明らかとなっている (Kessler et al, 1995)。外傷体験であっても PTSD を形成しなかったり，外傷体験ではないのに PTSD 症状を呈したりといった研究報告は，致死性の有無以外に，人間が大きな影響を被る出来事の属性が存在している可能性を示唆している。ここでは，先行研究における「トラウマ」を外観し，その共通点を明らかにしたい。

外傷体験に関する研究は数多く存在する。そのため Table 2 に示したのは該当する領域のごく一部であるが，先行研究におけるトラウマの定義，あるいはトラウマとして扱われた出来事である。その中でも，DSM-IV-TR の A 基準に一致していないか，部分的な一致にとどまるものを中心に検討する。Miller (1994) は医療行為であってもトラウマになりうると指摘している。Miller (1994) によると，トラウマとなる医療行為の背景には絶望感やコントロール感の欠如，生命の危機が実際に存在たり，生命の危機を感じたりすることが存在しているとしている。他にも，帝王切開 (横手, 2005)，心筋梗塞 (Ginzburg, Solomon, Dekel, & Bleich, 2006)，出産 (松本・横尾・岡村・中込, 2006) などがトラウマになりうると指摘されている。Miller (1994) が述べるように，これらの特徴は回避不能な痛みが存在することであり，死を予感させるような出来事であると考えられる。死を予感させるという部分は，A1 基準が定める致死性と一致するが，回避不能であるという点は A1 基準にはない部分である。

上述の研究で扱われた出来事は，事故や災害のような色が濃い。医療行為は人が介在するものであるが，トラウマの根源は症状にあり，人災とは言いがたい。一方，他者によってもたらされた出来事がトラウマとなることもある。Herman (1992a) は複雑性 PTSD の診断基準を作成し，「全体主義的な支配下に長期間 (月から年の単位) 服属した生活史」が複雑性 PTSD を引き起こす出来事であるとした。Herman (1992a) はその具体例として，人質や捕虜，強制収容所生存者，全体主義的システムの服属者などを挙げている。Draijer & Langeland (1999) は性的虐待などをトラウマとして挙げる一方，陰湿な対人間の暴力もトラウマになると考えた。Schäfer, Harfst, Aderhold, Briken, Lehmann, Moritz, Read. & Naber (2006) も，身体的虐待などに加えて情緒的虐待や情緒的ネグレクトがトラウ

Table 2.

先行研究におけるトラウマの定義あるいはトラウマとして扱われた出来事

引用元	内容 [1]	A 基準への合致 [2]
Horowitz (1983)	強姦・暴行・軍役・闘争・洪水・地震・重傷を負うような自動車事故・飛行機の墜落・大火災・爆撃・拷問・死亡する可能性の高い収容所にはいること，などが当てはまる。一方で，慢性疾患・結婚生活における葛藤・失業は含まれない	○
Herman (1992a)	全体主義的な支配下に長期間（月から年の単位）服属した生活史。実例には人質，戦時捕虜，強制収容所生存者，一部の宗教カルトの生存者を含む。実例にはまた，性生活および家庭内日常生活における全体主義的システムへの服属者をも含み，その実例として家庭内殴打，児童の身体的および性的虐待の被害者および組織における性的搾取を含む。	△
Miller (1994)	*当該医療行為の背景に絶望感やコントロール感の欠如，実際に生命の危機があったり感じたりすることが存在する医療行為はトラウマになりうる*	△
Miller (1994)	*回避不能な痛み*	△
倉戸 (1995)	*震災とこれによる死別*	○
Cloitre et al. (1997)	*性的虐待*	○
Draijer & Langeland (1999)	*性的虐待，身体的虐待，陰湿な対人間の暴力*	△
井沢 (1999)	実際に治療の必要が得られたか否かにかかわらず，医学的処置を必要とする身体への痕跡，打ち傷，切り傷などを引き起こすような両親いずれかからの体罰	○
Fullerton et al. (2001)	*大きな自動車事故*	○
金 (2003)	戦争に匹敵するような，人間の生死に関わるような強い恐怖をもたらす体験	○
横手 (2005)	*緊急帝王切開と，オペに至るまでの激痛や無力感，胎児死亡の可能性*	△
Ginzburg et al. (2006)	*心筋梗塞*	×
松本他 (2006)	*出産（特にNICU入院児の母親の場合に多い）*	×

Table 2 の続き

Schäfer et al. (2006)	*女性のトラウマ体験として性的虐待・身体的虐待・身体的ネグレクト・情緒的虐待・情緒的ネグレクト*	△
西澤 (2008)	*ネグレクト・身体的虐待・DV の目撃・母親からの見捨てられ・性的虐待*	△
杉山 (2008)	*性的虐待*	○
Dutra et al. (2009)	*養育者の感情的反応性の欠如と心理的虐待*	×
白瀧 (2010)	予期しない自己および他者の身体的，精神的安全が極度に脅かされるような体験 (症例としてバックしている自動車の後輪に巻き込まれ，「頭部打撲と体幹部の軽い捻挫程度の受傷」をした 5 歳女児)	△
大河原 (2010)	*小学生男児の嘔吐とそれに伴う大人からの拒絶*	×

1) 具体的な出来事は斜体で記載した。 2)DSM-IV-TR を基準とし， ○…一致，△…部分的に一致，×…不一致

マとなることを指摘している。西澤 (2008) は母親からの見捨てられ，大河原 (2010) は大人からの拒絶，Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik, & Lyons-Ruth (2009) は養育者の感情的反応性の欠如と情緒的虐待がトラウマになるとしている。これらには Herman (1992a) の述べるような長期間反復的に生じたストレスフルな出来事がトラウマとなっているという共通点がある。加えて Herman (1992a) を除くと，生命の危機を伴わないものもトラウマになりうるとされる点も共通している。捕虜，強制収容，情緒的虐待，感情的反応の欠如，見捨てられなどには，当事者が自身の力で解決しづらいという点も共通し，Roberts (2000) が危機について論じる中で，危機とは「心理的に不安定な時期である。またそれはこれまで慣れ親しんできた対処法略では改善できない重大な問題によって構成される，危険な出来事や状況の結果として体験される」としている。つまり，状況を自力で改善できないという対処のできなさは，それだけで個人に大きな影響を及ぼすことが推察される。

以上をまとめると，個人に深刻な影響を及ぼす可能性のある出来事の属性は，回避不能，解決不能，長期反復，自己コントロール感剥奪の 4 つであると考えられる。また，回避不能と解決不能という 2 つの属性は，出来事への対処の困難さを示すと思われるため，対処困難性とまとめることができるだろう。加えて，これら 3 属性はそれぞれ独立しているのではなく，相互に影響を及ぼし合う関係にあると考えられる (Fig. 1)。例えば，対処困難な状況が長期間継続すれば環境に働きかける意欲や自己効力感が低下することが予想され，また環境に働きかける意欲や自己効力感の低下は対処行動を阻害し，対処できないことが状況の長期化を招く。DSM の掲げる致死性の高さはこれらの要因を満たすが，先行研究が示唆するように，致死性が低い場合にこれらの要因を満たさない，と

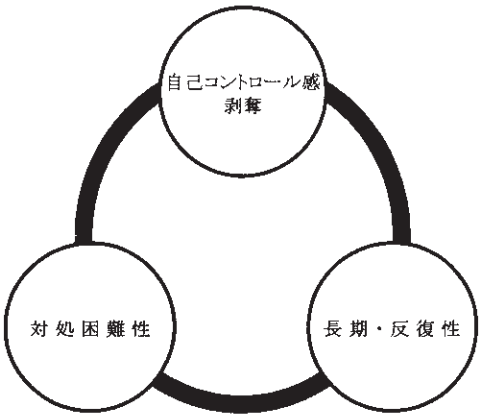

Fig. 1. 外傷的出来事の3属性

いうわけではない。従って，致死性の高さのほかに，これらの属性を考慮して検討する必要性が推察される。上述の自己コントロール感の剥奪，対処困難性，長期反復性は，致死性の有無と比較すると非常に主観的であり，個人差が大きいと考えられる。しかし Green, & Berlin (1987) や Weathers & Keane (2007) が指摘しているように，主観的認識は PTSD 症状と強い関連を持つことから，客観的基準だけではなく当事者の主観的認識を考慮する必要があるだろう。

5. 今後の展望と課題

トラウマと，トラウマを巡る研究は常に社会的な要請と圧力から大きな影響を受けてきた。特に対人間のトラウマについては，被害者-加害者間の係争をもたらし，トラウマの存在や症状は被害者の空想であるとされた時期もあった。現在，日本では様々な形のトラウマが存在し，心のケアの必要性が訴えられている。これまでのトラウマ研究は主に致死性の高い，A1 基準に合致するものが中心に扱われてきた。しかし上述のように致死性の高低に関わらず，PTSD 症状を呈することが報告されている。そのため，今後は致死性の高い A1 基準に合致するようなトラウマだけでなく，致死性は低いものの当事者に深刻な影響を与える出来事について検討する必要がある。

本稿では，致死性の高さのほかに，3 つの属性が個人に深刻な影響を与える出来事の属性である可能性を示唆した。出来事が単回性ではなく長期間継続する，複数回同じようなことが起きるという長期反復性，これまでの対処法略では状況を改善できず，回避もできないという対処困難性，自己の行動や対処の自律性を剥奪される自己コントロール感の剥奪がこれにあたる。これらを踏まえると，必ずしも致死性の高い出来事だけが個人に大きな影響を与えるとは言いえない。上述のように A1 基準の有無による PTSD 症状に差が認められていないことからも，今後はこういった属性と個人への影響の関連について検討される必要があるだろう。

もちろん，災害や殺人現場の目撃，強姦などによって PTSD が引き起こされることは否定できない。A1 基準の合致の有無によって PTSD 症状に差がみられないとしても，致死性の高い出来事に暴

露されたことによる影響の深刻さは，また別の問題である。本稿はそういった生存者の心の傷を軽視するものではないことを付け加えておきたい。しかし，致死性の高い出来事に限ったことではないが，出来事は一旦起こってしまったらあとから取り消すことができない。体験は一度体験すると時間を遡ってなかったことにはできない。そのため介入可能な，出来事や自己に対する認知と，トラウマの関連性を検討することは臨床的に意義のあることだろう。仮に出来事に対する認知や自己に対する認知が，出来事とトラウマ反応の仲介要因であれば，心理臨床場面において認知を取り扱うことでトラウマ反応を低減させることができるかもしれない。

Kessler et al (1995) が報告しているように，実際に命にかかわるような外傷体験に遭遇したとしても，全員が PTSD を発症するわけではなく，大半は治療場面に現れることなく自然に回復することもある。細澤 (2001) は解離性同一性障害 (以下，DID) の臨床から「われわれは生きているかぎり心の傷つきは日常的に経験している。それでもわれわれが外傷性精神障害を発症しないのは，外傷を消化できる心的な力，および外的支持環境をもっているからである。つまり DID 患者はこの自然治癒能力が心的，あるいは外的要因により発揮できなくなっていると考えられる」とし，出来事そのものだけの影響でなく内的あるいは外的な脆弱性を考慮する必要性を指摘した。奥山 (2005) や Sandberg (2010) は，そのような脆弱性の 1 つとしてアタッチメントに着目している。奥山 (2005) によると，愛着の形成が不完全であると「易トラウマ性」を持つこととなり，外傷体験の影響をより受けやすくなるとしている。実際，Sandberg (2010) の調査から成人期におけるアタッチメントの型が，外傷体験と PTSD の調整変数として作用することが指摘されており，外的要因だけでなく個人要因についても検討する必要があると推察される。加えて細澤 (2001) が指摘しているように，外傷体験が個人に大きな影響を及ぼす場合には，当事者の自然回復力が何らかの要因によって阻害されているという観点も重要である。これまでのトラウマ研究では，多くが外傷体験に注目してきた。今後は過去に起こった出来事という変えようのないものではなく，変化可能性のあるものとトラウマの関連，そして介入の方法に関する研究の充実が待たれる。

引用文献

American Psychiatric Association (1980). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III*. New York: American Psychiatric Publishing.

(アメリカ精神医学会　高橋三郎・花田耕一・藤縄昭 (訳) (1982). DSM-III 精神障害の分類と診断の手引　医学書院)

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition-revised*. New York: American Psychiatric Publishing.

(アメリカ精神医学会　高橋三郎 (訳) (1988). DSM-III-R 精神障害の診断・統計マニュアル　医学書院)

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth*

edition-revised. New York: American Psychiatric Publishing.
(アメリカ精神医学会　高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳) (1995). DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル　医学書院)

American Psychiatric Association (2000). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. New York: American Psychiatric Publishing.
アメリカ精神医学会　高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版　医学書院)

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition*. New York: American Psychiatric Publishing.

Bodkin, J. A., Pope, H. G., Detke, M. J., & Hudson, J. I. (2007). Is PTSD caused by traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorder*, **21**, 176-82.

Bremner, J. D., & Brett, E. (1997). Trauma-related state and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, **10**, 37-49.

Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, **131**, 981-986.

Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, **10**, 437-452.

Draijer, N., & Langeland, Willie. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, **156**, 379-385.

Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma a prospective study of developmental pathway to dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **197**, 383-390.

Ferenczi, S. (1985). *Journal clinique*. Paris: Payot.
(フェレンツィ, S.　森茂起 (訳) (2000). 臨床日記　みすず書房)

Foy, D. W. & Card, J. J. (1987). Combat-related post-traumatic stress disorder etiology: Replicated findings in a national sample of Vietnam-era men. *Journal of Clinical Psychology*, **43**, 28-31.

Freud, S. (1896). *The aetiology of hysteria*. Standard Edition, Vol.3. trans. J. Strachey London: Hogarth Press, pp.189-221.
(フロイト, S.　高橋義孝・生松敬三 (訳) (1983). ヒステリーの病因について　フロイト著作集 10 文学・思想篇 I　人文書院　pp.7-32)

Freud, S (1925). *An autobiographical study*. Standard Edition, Vol.20. trans. J. Strachey, London: Hogarth Press, pp.3-74.
(フロイト, S.　懸田克躬・生松敬三 (訳) (1970). 自己を語る　フロイト著作集 4 日常生活の精神病理学　人文書院　pp.422-476)

Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K., Kao, T. C., Dougall, A., & Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *The American*

Journal of Psychiatry, **158**, 1486-1491.

Ginzburg, K., Solomon, Z., Dekel, R., & Bleich, A. (2006). Longitudinal study of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and dissociation following myocardial infarction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **194**, 945-950.

Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J. M., & Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Anxiety Disorders*, **19**, 687-698.

Green, M. A. & Berlin, M. A. (1987). Five psychosocial variables related to the existence of post-traumatic stress disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, **43**, 643-649.

Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, **5**, 377-391.

Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
(ハーマン, J. L. 中井久夫 (訳) (1999). 心的外傷と回復〈増補版〉 みすず書房)

Horowitz, M. J. (1983). Post-traumatic stress disorders. *Behavioral Sciences & the Law*, **1**, 9-23.

細澤 仁 (2001). 解離性同一性障害の精神療法――終結3例を通して―― 思春期青年期精神医学, **11**, 89-98.

井沢功一郎 (1999). 境界性人格特性の高さに対する心的外傷体験の持続的効果の検討 性格心理学, **7**, 89-98.

Janet, P. (1889). *L' automatisme psychologique: Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Alcan.
(ジャネ, P. 松本雅彦 (訳) (2013). 心理学的自動症――人間行動の低次の諸形式に関する実験心理学試論―― みすず書房)

Kardiner, A. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Paul B. Hoeber, pp.196-216.

Keane, T. M., Wolfe, J., & Taylor, K. L. (1987). Post-traumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, **43**, 32-43.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, **52**, 1048-1060.

Kemp, C. H., & Silverman, D. F. N., Steele, C. B. F, Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1985). The battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*, **9**, 143-154.

van der Kolk, B. A. (1998). Trauma and Memory. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **52**, 52-64.

金 吉晴 (2003). 心的トラウマと精神医学 医療, **57**, 231-236.

厚生労働省 (2012). 平成24年度全国児童福祉主管課長・児童相談所長会議資料 厚生労働省 2012年7月26日 <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/kaigi/dl/120726-all.pdf> (2014年2月24日).

倉戸由紀子 (1995). 心的外傷と心のケア――「阪神・淡路大震災」の体験をもとに―― 大阪女学院短期大学紀要, **24・25**, 29-43.

Long, M. E., Elhai, J. D., Schweinle, A., Gray, M. J., Grubaugh, A. L., & Fruch, B. C. (2008). Differences in

posttraumatic stress disorder diagnostic rates and symptoms severity between criterion A1 and non-Criterion A1 stressors. *Journal of Anxiety Disorders*, **22**, 1255-1263.

Lloyd, D. A., & Turner, R. J. (2003). Cumulative adversity and posttraumatic stress disorder: evidence from a diverse community sample of young adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, **74**, 381-391.

松本鈴子・横尾京子・岡村　仁・中込さと子 (2006). 産後 1 か月における出産に伴う母親の心的外傷後ストレスの出現――NICU 入院児の母親と健常新生児の母親の比較――　広島大学保健学ジャーナル, **6**, 71-80.

Mikulincer, M. & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic disorder. *European Journal of Personality*, **3**, 269-284.

Miller, L. (1994). Civilian post-traumatic stress disorder: clinical syndromes and psychotherapeutic strategies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **31**, 655-664.

宮地尚子 (2012). 文化とトラウマ　こころの科学, **165**, 22-27.

Mol, S. S., Arntz, A., Metsemakers, J. F., Dinant, G. J., Vilters-van Montfort, P. A., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, **186**, 494-499.

森　茂起 (2005). トラウマの発見　講談社.

西澤　哲 (2008). 幼少期後期から学童期の子どもの愛着とトラウマに焦点を当てた心理療法　トラウマティック・ストレス, **6**, 24-32.

奥山眞紀子 (2005). 虐待を受けた子どものトラウマと愛着　トラウマティック・ストレス　**3**　3-11.

大河原美以 (2010). 感情制御の発達不全とその回復――嘔吐経験がトラウマとなった小学生事例の治療過程から――　医学のあゆみ, **232**, 33-37.

Pearce, K. (1985). A study of post traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, **41**, 9-14.

Roberts, A. R. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A. R. Roberts. (Ed) *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. New York: Oxford University Press, pp.3-30.

Sandberg, D. A. (2010). Adult attachment as a predictor of posttraumatic stress and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, **11**, 293-307.

Schäfer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., Read, J., & Naber, D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: An exploratory study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **194**, 135-138.

白瀧貞昭 (2010). 過去の体験を思い出して恐ろしくなる――心的外傷後ストレス障害 (PTSD)――　小児科診療, **1**, 51-55.

杉山登志郎 (2008). 性的虐待のトラウマの特徴　トラウマティック・ストレス, **6**, 5-14.

Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring. *Journal of Traumatic Stress*, **20**, 107–121.

横手直美 (2005). 緊急帝王切開における女性のトラウマの要因——産褥1週間における出産体験の認識からの分析—— 母性衛生, **45**, 432-438.

Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. (1994). Does trauma-linked dissociation vary across ethnic groups? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **182**, 576-582.