

特集2 第23回 広島大学心理臨床セミナー講演録

トラウマ概念の再考

岡野 憲一郎¹

Kenichiro Okano

今日はトラウマ概念の再考と言うことでお話します。ただし私の中では「外傷性精神障害」（1995年）以降、すでにかなり何度も再考したので、「再々考」くらいにはなっているような気がします。

トラウマ前史

まずはトラウマ前史として、いくつかお話しします。皆さんご存知のようにフロイトの中で精神分析理論が成立する過程で、性的外傷（誘惑）説から、欲動論の展開ということが起きました。その転換点が1897年9月のことです。そしてそれまでのヒステリーの原因として「性的虐待があった」から、その記憶は実は「患者のファンタジーだった」という理解に移ったわけです。それ以降、精神分析はトラウマのテーマを正面から扱わなくなりました。ただし例外としてはサンドール・フェレンチ、マイケル・バリント、ハリースタック・サリバン、などの名前が挙げられます。

フロイト自身は1910年代以降は、戦争神経症の患者に多く接したわけですが、不思議なことにトラウマの要因を深刻なものとは考えなかったようです。彼は晩年にも「終わりある分析終わらない分析」（1937）の中でこう言っています。「分析が立派にその仕事を行うことができるのは、トラウマが優位を占める症例においてだけである」。つまり幼少時の親との葛藤を基点としたエディプスコМПレックスとは異なり、トラウマは二次的に生じ、それだけに治療により解決しやすいと考えていたようです。

フロイトの時代には、精神医学の世界でも、トラウマに対する考え方はきわめて不十分なものでした。第一次大戦中は、敵前逃亡は *cowardice* 怯懦として処刑された、という事実があります。つまり戦場で PTSD を発症して足がすくんで動けなくなったり、逃げ出したりしたら、その頃は治療の対象になるどころか、処刑の対象になってしまったのです。恐ろしいことですね。おそらくトラウマおよびそれによる精神的な障害という考えが欠如していた時代は、あらゆるトラウマの犠牲者がこのように扱われたのです。

しかしこの時期にすでに PTSD の前身となるような概念も提出されます。それがシェルショックの概念であり、心的なトラウマによる疾患はれっきとした障害であるということが確かめられるようになりました。そして1930年になり、戦場における処刑が廃止となります。ただしそれでも PTSD 概念の成立までには数十年を要することになります。たとえば1952年の DSM-I では *gross stress*

¹ 京都大学大学院教育学研究科 教授

reaction（全般的ストレス反応）の概念が出され、1968年のDSM-IIではsituational reaction（状況への反応）の概念が出されたのみでした。おそらくトラウマによる障害の意味や深刻さを認めるためには、社会が変化して文化が成熟するだけの長い時間がかかったということなのでしょう。米国では1960～70年代になってフェミニズム、公民権運動などの展開とともに、トラウマ概念が発展して行ったのです。そしてさまざまな名前のトラウマ関連障害の概念が提出されるようになります。Rape trauma syndrome, post Vietnam syndrome, prisoner-of-war syndrome, concentration camp syndrome, child abuse syndrome, battered women's syndromeなどが代表的なものです。こうして1970年代より「トラウマ」やPTSDは次第に流行の概念となって行きました。それが最終的に実を結んだのが、DSM-III（1980）によるPTSDの登場です。

ここでこれらの変化の背景に生じていたのは、どのような社会の変化だったのでしょうか？それまでは為政者や支配者層が「被害者」の訴えを黙殺する傾向にありました。また精神力動的な考え方もトラウマの概念とはなじみがあまり良くなかったのです。

DSM-IIIの時代になり、PTSDや「トラウマ」や「解離」や「被害者」などの概念が提出されましたが、ここで一つの問題も生じました。それはともするとトラウマという概念が実体化される傾向が生じたのです。そしてそこで一種のドグマとして広まったのが、「十分深刻なトラウマ」により健康な人が誰でもPTSDを発症する可能性があるという考え方です。

トラウマ概念の変化

さてそのようなトラウマのとらえかたがその後どのように変わったのかを示すのが、DSMが改訂されるごとに変更されたPTSDのトラウマの定義です。DSM-III（1980）のAクライテリアは「明らかにそうと認められ、ほとんど誰にとっても重大なストレスとなるような出来事」でした。それこそがPTSDを生むという考えです。その改良版であるDSM-III-R（1987）のAクライテリアは「人間の通常の体験の範囲を超えた、誰にとっても苦痛であるような体験」ですからあまり変わっていませんね。また1992年のICD-10のPTSDのトラウマの定義も同様です（「ほとんど誰にとっても打ちめされるような苦痛を引き起こし、格別に脅威となったり破滅的な性質を持ったりするようなストレスとなる出来事や状況」）。

しかしやがて次のようなことがわかってきました。それはリスクファクターの多い人ほどPTSDになりやすいという事情なのです。ある研究はPTSDの発症を促す因子として、このように述べています。

- ・精神障害に関する遺伝要因があること。
- ・小児期のトラウマの既往があること。
- ・特定の性格傾向（反社会的、依存的、被害妄想的人格障害、境界人格障害など）を有すること。
- ・最近ストレスやトラウマを体験していること。
- ・サポート・システムが不十分なこと。
- ・最近の深刻な飲酒の既往があること。
- ・おきた事を自分がコントロールできないと感じたこと。

- ・知的レベルが低いこと。

(Davidson and Foa, 1993)

こうして PTSD は「異常な体験に対する正常な反応である」という理解から、「正常範囲の体験に対して、リスクファクターを持った人が示す異常な反応である」という理解へ変化していったといえます。その結果としてトラウマの定義が大きく変更になったのが、1994年のDSM-IVです。ここでトラウマについて、その主観的な要素と客観的な要素に分かれた定義がなされました。つまりAが、A1（客観的）とA2（主観的）に分かれたわけです。

A1（客観的な定義）としては「死や外傷が実際に起きたり起きそうになったり、自分や他人の身体的保全が脅かされるという事態を体験したり、それらを目撃したり、それらに直面したりする be confronted with したこと」。(これはいわゆる「セカンドハンド基準」と言います。つまり「又聞き」でもいい、と言うことです。そしてA2（主観的な定義）としては「本人の反応が、極度の恐れや絶望や恐怖体験であったこと」。となります。

さてそれから後の話ですが、DSM-5の作成段階でおきたさまざまな議論がありました。ある人はA1は必要ないのではないか？と問い、別の人はA1の「セカンドハンド基準」は必要ないのではないか？A2は必要ないのではないか？と問いました。そしてどうなったかと言えば、結局A1の部分だけが詳細になり、A2が消えた！これは驚きでした。

結構複雑ですが、最終的に出てきたA基準をここに掲げましょう。

A. その人が、次にあげる出来事のうちの一つ以上に遭遇した場合。死や死に瀕すること、実際の深刻な外傷や、それに瀕すること、実際の性的暴行やそれに瀕すること。その際以下の1~4のひとつまたはそれ以上の体験の形をとる。

1. 自分自身がその出来事を体験した場合。
2. その出来事が他人に起きるのを自分自身で目撃した場合。
3. その出来事が近親者や友人に起きたことを知った場合。
4. その出来事のぞっとさせるような詳細について、繰り返さないしは極度に暴露された場合。(例えばバラバラ死体を拾い集めるために最初に現場に到着する、警察官が幼児虐待の詳細について繰り返し聞かされる、など)。

注) ぞっとするような詳細を目撃したりそれに暴露される場合、それらの目撃が電子媒体やテレビや映画や写真のみによる場合は、それが職業に関するものでないなら除く。死のぞっとするような詳細への暴露は、不自然死によるものに限られる。

では、どうしてA2はDSM-5では削除されたのでしょうか？以下はその理由です。強烈な恐れや絶望や恐怖は、6ヵ月後のPTSDの予測因子としては十分でなかったこと。他の感情（怒りや恥など）も同レベルの予測因子であったこと。A2を満たさずに他のPTSDの基準を満たす少数の人もいたこと。A1、B-Fを満たす人の23%は、A2を満たさない為にPTSDの診断を受けなかったこと、

A2 のあるなしで B-F の程度は変らなかったこと、多くの兵士は、戦場から戻されるまで、感情がわからなかったこと、などです。ひとことで言えば、トラウマを負ったときには解離現象が生じ、その意味で主観的な体験をそのトラウマの深刻さと同等と考えることはできないと言うことです。何しろショックすぎて何も覚えていない、ということも起きるわけですから。そこで主観性や感受性を重視した新しいトラウマ概念としては、

ストレス + 個人の特異的な感受性（素因） = トラウマ反応

と表現することができます。

PTSD の概念の推移から学ぶこと以下の通りです。まずはトラウマへの反応には個人差はありますが、B, C, D（フラッシュバック、鈍麻反応、過覚醒）を起こすためには、客観的にもそれと同等出来るような、トラウマの「強度」が必要となるということです。また主観的なトラウマの体験よりは、B, C, D を起こすか否かが PTSD の成立として重要となります。つまりその個人の生理学的な感受性が発症に重要となります。トラウマの主観的な要素は、そこに解離が関わるためにその程度の判断が難しくなるということです。

欧米のトラウマ理論への問題提起

さてここで私が特に主張したいのは、トラウマ概念がステレオタイプ化され過ぎではないだろうか？ということです。その一つは、最大のトラウマは加害行為に存在する可能性があるということです。その点が見過ごされていることです。加害行為（戦場での非戦闘員の殺害など）がなぜ PTSD のトラウマのクライテリアに入っていないのはなぜでしょうか？

そして第二に主張したいのが、最終的なトラウマ理論の形態はしばしば不定形 *amorphous* で曖昧 *ambiguous* であるということです。対人間のストレスがトラウマになる事情には大きな個人差があります。対人間のトラウマでありながら、加害者があいまいな（あるいは特定できない）ケースが非常に多いのです。

ここでこれまでのトラウマ理論の変遷のまとめを簡単に示します。最初は客観的な現象としてのトラウマが考えられました。そこでは主観的な要素の重視が起きていたのですが、主観的な要素の問い直しが生じ、トラウマはしばしば不定形で加害者の存在も曖昧であるということになったのです。

愛着理論から導かれる解離の文脈でのトラウマの理解

愛着理論はボウルビーやスピッツにさかのぼりますが、トラウマ理論と同じ性質を持っていました。すなわちそれは現実を重視し、かつ精神分析の本流からは阻害される傾向にあったのです。乳幼児研究は精神分析では珍しく、科学的かつ実証的な実験が行われる分野であり、その結果としてエインスウォースの愛着パターン理論、そしてメアリー・メインの成人愛着理論の研究へと進んだのです。

最近になって知られるようになってきたアラン・ショアの「愛着トラウマの議論」は、愛着理論の新しい流れを代表しています。ショアは愛着の形成が、きわめて脳科学的な実証性を備えたプロセスであるという点を強調しました。ショアの業績により、それまで脳科学に関心を寄せなかった分析家達がいやおうなしに大脳生理学との関連性を知ることが余儀なくされました。しかしそれは本来フロイト自身が目指したことでもありました。

<Schore の愛着トラウマ理論>

ここでショアの論点をまとめますと、生後の一年間は、乳児にとっては心という建物の基礎工事としての意味を持つということであり、愛着トラウマは基礎工事中に起きる様々なストレスにより、心の基礎が十分成立しなかった状態であるという考え方です。基礎工事の成立には母子間の愛着の成否が関係し、子供の側の先天的な問題も深刻な影響を及ぼします。たとえば折れ線型の自閉症を発症する運命になる乳児に、いかに完璧な愛着の形成を求めても、そのためにいかに情緒的に安定した献身的な母親が用意されていたとしても、それは無理であろうというわけです。

乳児は最初の一年間で、母親と乳児の間できわめて重要なコミュニケーション（右脳間でのコミュニケーション）が行われ、そこで精神生物学的な意味での情動的な調律が行われます。この時期に乳児の大脳皮質は十分発達してはおらず、今後のその発達を支える情動調律が、母子間で行われるのです。そこでは匂いや音、皮膚感覚などを通して、大脳辺縁系でのコミュニケーションが行われ、乳児の覚醒レベルが維持されていきます。そこで大切なのは、刺激が大きすぎず、少なすぎずということであり、そこでは母子が情緒的にシンクロナイズするわけです。もしそれが起きないと、一種の衝突（「間主観的衝突」）が生じ、乳児の情緒的安定性の成立の妨げにつながります。これとトラウマを呼ぶことは出来ないまでも将来トラウマを受けやすいような素地を生むと言っていいでしょう。

ショアやフィリップ・ブロンバークは、これを自律神経の過覚醒、「正気を圧倒し、心理学的な生き残りを危うくする、混とんとして恐ろしい情動の洪水」と理解し、それが解離につながると説明します。

「自律神経の過覚醒」についてはスティーブン・ボージスの polyvagal theory が重要となります。副交感神経系には二種類があり、腹側迷走神経は、通常の適応につながるのですが、ストレス下では背側迷走神経という、いわばアラーム信号に匹敵するような逆向きのシステムが働き、低覚醒状態、痛み刺激への無反応性を生みます。いわば解離が生じるためのメカニズムが発動するのです。トラウマとは、性的、身体的虐待だけではなく、実に様々なものがあります。その中でもとりわけ注目すべき第一点は、幼少時に不可避的に起きた可能性のある、しばしば加害者が特定不能なトラウマ、特に「自分は望まれてこの世に生まれたのではなかった」というメッセージを受け取るということです。

トラウマはあからさまな児童虐待以外の状況でも生じ得る母子間の一種のミスコミュニケーションであり、ミスマッチである可能性があります。（そこにはもちろん親の側の加害性だけではなく、子供の側の敏感さや脆弱性も考えに入れなくてはならないのです。）

第二点は愛着の問題の重視、それにしたがってより関係性を重視した治療を目指すということです。フロイトが性的誘惑説の放棄と同時に知ったのは、トラウマの原因は、性的虐待だけではなく、実に様々なものがある、ということでした。その中でもとりわけ注目すべきなのは、幼少時に起きた、時には不可避的なトラウマ、いわば加害者不在のトラウマの存在です。私が日常的に感じるのは、いかに幼少時に「自分は望まれてこの世に生まれたのではなかった」というメッセージを受けることがトラウマにつながるかということです。しかしこれはあからさまな児童虐待以外の状況でも生じる一種のミスコミュニケーションであり、母子間の mismatch である可能性があります。そこにはもちろん親の側の加害性だけではなく、子供の側の敏感さや脆弱性も考えに入れなくてはならない状況です。

<D型愛着は解離の原因なのか？>

エインスワース (1978) が開発したストレンジ・シチュエーション法による分類には3つありましたが、メアリー・メインにより付け加わったのが、**Dタイプ (無秩序型)** であり、A~C のいずれにも該当せず、一貫する行動特性が見られないというものです。Dタイプのアタッチメントパターンはいわば、アタッチメントシステムそのものが組織化されていない状態です。Aタイプ、Bタイプ、Cタイプは、ある一定の方略を持っており、その点では健全です。しかしその方略すら形成できないような、非常にシビアな養育を受けると、アタッチメントシステムをどのように使えばいいか、決まったパターンを持っていないという事態に陥ることがあり、それがD型です。これについてリオッティという学者は「愛着の混乱はそれ自身が解離の過程であり、将来のトラウマやストレスに対する病的な解離を伴う反応を起こしやすくする。」と述べています。

Liotti G. A model of dissociation based on attachment theory and research. *J Trauma Dissociation*. 2006;7(4):55-73.

<解離とトラウマの深い関連性>

解離性障害は「トラウマ関連障害」として組み込まれるべきでしょう。幼少時からその萌芽がみられる解離性障害 (特に解離性同一性障害) においては、幼少時のトラウマは解離の病理の生成にとってほぼ必然的な条件と言えるのです。トラウマは解離の機制を介して処理され、トラウマ記憶や解離性の人格の成立を導きます。治療過程はそれが安全な形で解離されるか、あるいは解毒されて人格へと組み込まれることを目的とするのです。

ちなみにここで解離を起こすストレス *dissociogenic stress* (解離原性のストレス) という概念についても紹介して起きます。その条件とは、ストレス下において投影や外在化が抑制され、感情表現の手段を奪われることです。ある「性別違和」を有する患者は、幼少時にスカートをはくことを嫌悪しつつ、それに抵抗できなかったため、「A君」(男の子の人格) と Bちゃん (女の子) が出現したということを語っていました。外傷性のストレスは文化によりさまざまな表現形態を取り得ます。そこで解離性障害の原因となる外傷性のストレスに関しても幼児期の明らかな身体的性的虐待等の定型的なものにのみ注意を向けるだけでなく、見かけは非外傷的なストレス一般をも含めて考察の

対象にすべきなのです。投影や外在化が抑えられるようないくつかの状況としては次の三つが考えられます。

状況1 ネガティブな心の内容を否認したり秘密にすることを強要されること。

状況2 ネガティブな心の内容について語ることに對する恥の意識を持つ（植えつけられる）こと。

状況3 ネガティブな心の内容について責任感や罪悪感を持つ（植えつけられる）こと。

以上時間の都合でこれ以上論を進めることはできませんでしたが、トラウマの概念の始まりと現在の状況について駆け足でお話をいたしました。