



Title	心的外傷者の生きづらさ
Author(s)	菊池, 浩光; Kikuchi, Hiromitsu
Citation	北海道大学大学院教育学研究院紀要, 117, 83-111
Issue Date	2012-12-26
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.117.83
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/51021
Type	departmental bulletin paper
File Information	Kikuchi.pdf



心的外傷者の生きづらさ

菊池 浩光*

【要旨】 人が衝撃的な出来事に遭遇すると心的外傷を生じることがある。心的外傷は、被害者と社会との間に理解が困難な裂け目をつくり出す。1980年に心的外傷の特徴的な症候群がPTSDと診断されるようになり、心的外傷被害者の認知や救済に大きな役割を果たしてきた。しかし、被害者は医学的な症状だけに苦しんでいるのではなく、社会から正当に理解されず、孤独に追いやられて重い気持ちでひっそりと生きなくてはならないという生きづらさにも苦しんできたのである。

心的外傷が社会に正しく認知されないのは、外傷の伝達の困難性に由来している。それは、伝える側に「語ることの抵抗や困難」があるだけでなく、伝えられる側にも「聴くことの抵抗や困難」といった問題がある。双方の伝達困難な理由を明らかにして、改めて被害者の苦悩を考えたときに、外傷がもたらす「過去の自分との離断」と「社会との離断」という二つの離断が生きづらさの根底にあると考えられる。

【キーワード】 心的外傷 PTSD ト라우マ 生きづらさ 離断

1. はじめに

筆者は2000年の北海道の有珠山噴火災害において、室蘭、伊達市を中心とする地元の心理士たちとボランティア活動を立ち上げ、避難所訪問支援を重ねていったことがある(菊池, 2010)。当時勤務していた病院が災害拠点病院として医療支援を続け、惨事における心のケアという概念が病院スタッフや地域の市民に広まったせいも、これ以降、事故や災害などで心的外傷を被った患者¹との臨床での出会いが増えていった。

阪神・淡路大震災(1995)²以降、心的外傷受傷者はその存在が医学的にも社会的にも認められ、外傷に対する対応が各方面で講じられ、相談や治療ができる場が整備されてきた。医療においては、心的外傷は身体的外傷を伴うことが多いため、外科系の医師に認識が広がるのが肝要であるが、そのことは、総合病院の臨床心理科に勤務していた筆者のところに、外科、整形外科、形成外科、救急外来などから事故や災害後の患者を数多く紹介されるようになってきたことから認識の広がりがうかがわれた。また、地域の企業や救命救急業務を主とする公的組織、教育委員会などから、災害や惨事が発生したときに「心のケア」を依頼され現地に赴くことも多くなってきていた。

臨床心理士として、患者がその衝撃的な出来事を乗り越えていこうとする過程に関わっていくと、PTSDなどの症状よりも、輻輳する生活上のさまざまな困難に苦しんでいる実情に直面することが多かった。その部分を不問にして医学的な症状の消失だけに執心すると、患者の苦訴に対して的外れになってしまい、実際、医師の投薬だけの治療には不満を持つ話も聞かれた。一方、患者を元気にして気持ちを前進させるものは、誰かからの温かいひと言のよ

*北海道大学大学院教育学研究院博士後期課程

うな出会いや当事者の心情に配慮した出来事の数々であり、回復要因は日常生活に散りばめられていることも感じた。

そこで筆者は、心の傷の回復を促す要因は何か、回復を阻害する要因は何か、ということに問題意識を持ち、病院で医学的な治療を受け、筆者の心理療法も受けている4名の単回性³の心的外傷被害者を研究協力者として、治療経過の分析と半構造面接によって調査を行なった(菊池, 2007)。その結果、回復のためには、①心的外傷によるももとの症状だけでなく、二次被害(経過の中で気持ちを不快・混乱・不安にさせる二次的に生じる苦悩)の手当てが必要なこと、②小さな安心感を重ねていくことや経済的保証を確立していくこと、③過去の自己と再結合すること。つまり、衝撃体験によって、有能であった自己イメージや職場や社会に適応していた自己イメージが碎け離断しているので、過去の自分や社会との再結合を果たすことが重要であるといった知見を得ることができた。

それは、被害者が、通常であれば被ることのない精神的、社会的な不利益(本来得られる利得が得られないということも含めて)、すなわち生きづらさの問題をも包括して配慮・対応する必要があるということを裏付けるものであった。1980年にPTSDが診断名としてDSM-III⁴に登場して以降、PTSDや外傷の研究は急速に広まり、治療議論も深まったが、実際の心理的な支援にあたっては、PTSDなどの症状消失は一つのメルクマールではあるが、生きることへの困り感への対応が不可欠であると考えられた。

しかし、研究協力者の語りの中に出てきた生きづらさの問題は、これまで心的外傷の分野であまり論じられてはこなかった。そこで、本論では、心的外傷者はどのような生きづらさを抱えているのか、それは、心的外傷はどのような生きづらさをつくり出してしまうのか、と言い換えることもできるが、この問題について改めて考えていきたいと思う。

2. 共有することが難しい心的外傷

2-1. 心的外傷者の「わかってもらえなさ」

心的外傷は他人と共有することが難しい性質を持っている。それゆえ、受傷者は外傷の辛さや生きづらさを理解されることなく社会から次第に切り離され、孤独、隔絶へと追いやられることになりやすい。

一般に、精神的な悩みは他人に相談しづらいし、周囲も本人の不調に気がついて心の中のこととはなかなか聞き出しにくいものである。言いづらいし聞きづらいフラストレティングな関係は、心的外傷でなくても起きやすい。

筆者は、比較的長期にわたって被害者の経過に同伴してみても、この方たちの心の中に「分かってもらえなさ」が通奏低音のように響いているのを感じるようになった。

この「分かってもらえなさ」は、家族や職場など周囲にいる一般の人たちに対してだけでなく、理解していこうという姿勢で話を聴いているはずの治療者にも向けられていることをしばしば感じた。はっきりと「分かってもらえないと思いますが」という枕詞をおいて話が始まる場面もしばしばで、「分かってもらえるはずもない」と諦めている雰囲気や、治療者に言いたくても言い表すことの難しさをしばしば見て取るときがある。多くの体験談にも、「この気

持ちは体験したものでなければわからない」といった記述が出てくる。

中井(2006)は、心的外傷の理解、共有のしがたさに関して次のように記している。「心的外傷は、言語によって知られる他の精神障害の多くより伝達性に乏しい。言語化しにくいだけではない。痛みというものは訴えても甲斐がない。犯罪被害者の遺族たちと会った時、異口同音に『私たちも被害に遭うまでは人ごととっていました』と語るのを聴かされた。被害者は『有徴者』the markedとなり、疎外されがちである」。

地下鉄サリン事件⁵で多くのPTSDの患者に対応した中野(医師)は、村上のインタビューに答えて、「事件以来一年半経過しているわけですが、それでもいまだに、ことあるごとにその重さを、私自身あらためて思い知らされます。『ああ、こんなことがまだ自分にはわかっていなかったんだ』と、痛感することがあります」と述べている(村上, 1999, p.138)。このように、想定を超えたところに外傷者の困苦があることわかってきて驚かされることも少なくない。治療者も、最初から「分かっている」などとは言えず、丁寧に話を聞こうとすると「発見的」な分かり方になるのである。

筆者の共感力の未熟を差し引いても、心的外傷の受傷者との面接は、お互いが「分からなさ」「分かってもらえなさ」を抱えつつ、そこにある何ものかを共有することの難しさを感じながらの面接となることが多いように思われる。

2-2. あるがままに聴けない心的外傷体験

心的外傷の共有が難しいのは、その伝達の難しさに由来している。

阪神・淡路大震災で兵庫県心のケアセンターで扱った相談内容を分析した岩井(1999)は、相談場面において、感情麻痺や解離などの傾向が、来談者の主観的内面的症状の表出を妨げている可能性を挙げ、「潜在的PTSDとでもいうべきものの広がり」を考慮に入れる必要があると述べている。つまり、外傷となった出来事は否認されたり回避されやすいため表出が妨げられ、実際にはPTSDと診断される状態であっても病院に結びつかないケースがあるということである。PTSDには、PTSDが抱く回避・麻痺という性質によって、PTSDを把握しづらくなるという目眩まじのような構図があり、これもまた伝達を難しくする理由の一つになっている。

だが、伝達の難しさは、伝える側(受傷者)だけの問題ではなく、伝えられる側(治療者)の方にも問題がある。

治療者も、普通は忌避される悲痛な話を聞いていくことになるため、「これ以上聞きたくない」など直截に聞くのが辛くなり、自分の精神衛生がぐらつくような危険を抱えながらの面接になる。極端な話だが、治療者や周囲の人は、苦しみに共感することを放棄して、「他人ごと」としてしまえば傷つかなくてすむだろう。しかし、治療者として気持ちを受けとめ理解を示そうとすればそういうわけにはいかない。中井(2006)によると、「共感しうる少数者は、その共感による苦痛と、当事者でないことによる一種の罪悪感あるいは後ろめたさとの間の板挟みになり、さらに一般大衆からの疎外感を味わう」という。

共感による苦痛。トラウマ研究が、歴史に見え隠れしてきてなかなか浮上してこなかったのは、トラウマ(や出来事)が常に隠蔽されがちで発見しづらかったという理由のほかに、この要因が大きい。Figley(1995/2003)はこれを共感疲労(compassion fatigue)と表現し、「他者の苦痛を扱うことは手に余るという理由でトラウマを負った人びとに関する臨床や調査を断

念する多くの同僚や友人を筆者は目の当たりにしてきた」と述べている。森(2005)は「ある程度までの苦しみへの共感の研究や援助の意欲をかき立てるが、あまりにも強い苦しみへの共感、そこから人を遠ざける。そういうときは、苦しみから目を背けたり、苦しみの大きさ自体を小さく見積もったりする。苦しみを訴える被害者の声を、大げさであるとか、補償金目当てではないかなどと、苦しみに配慮せず、すむ方向に考えを進める」(p.47)と述べている。

このようにして、受傷者の訴えたいことは、治療者によって加工されたり削除されたりして、あるがままに受けとめられることが妨げられる。巧妙に苦しみから回避する方向に動くとするのは、受傷者だけでなく治療者や研究者も同じなのである。

3. 調査～心的外傷の伝達困難性

さて、他人の真の気持ちを共有することは到底困難であり、どこまでいっても「理解途上」の域を越えることはない。また、理解できないことは理解できないこととしてお互いにそれを納得するのでもいいのかもしれない。

しかし、心的外傷受傷者は、周囲からの不理解に怒り、嘆き、諦めている。「分かってもらえなさ」「分からなさ」の感覚をもつ外傷者と周囲・社会との間に、より理解できるための架け橋をかけることはできないのだろうか。

Herman(1992/1996)は、「外傷を受けた人と社会との間の裂け目を修復する作業は、第一に外傷的事件を公衆が正しく認知し評価することであり、第二に社会がどういう行動をとるかにかかっている」(p.105)という。外傷者と社会との間には裂け目がある。そしてその裂け目は、社会が心的外傷を正しく認知し、正しく評価し、それに基づいたアクションを起こすことによって修復されるというのである。

さて、正しい認知や評価をしていくためには、その前提として情報の授受が正しく行なわれなくてはならないが、上述したように、それを妨げる理由がいくつか存在する。しかし、体験者の発言に注目すれば、もっとさまざまな理由が見えてくるのではないだろうか。

そこで複数の文献と筆者の体験から、伝達困難の理由を広く拾い集めていくことを試みてみたい。

【目的】

なぜ心的外傷は伝達が困難なのか？この理由をさらに明確にしておくことは、外傷被害者の支援にあたり、不理解や誤解を最小限に止め、より正しい認知と評価をもたらす、両者の間の裂け目を修復する作業に寄与していくものになると思われる。ひいては、理解や共有の難しさからくるところの生きづらさの現状を浮き彫りにしていくにも有用である。

心的外傷の伝達の困難性に関して、伝える側が抱く困難を「語ることの抵抗や困難」として、受け取る側が抱く困難を「聴くことの抵抗や困難」として、それぞれの抵抗や困難を生み出している要因を明らかにしていく。

【方法】

まず、「語ることの抵抗や困難」を考えるにあたって、特に外傷体験を一人称で記述している書籍資料を中心にして、なぜ語れない（語らない）のかについて記載されている箇所を抽出していった。体験談だけでなく、支援者や研究者の言にも着目し、取り出されたものをカテゴリー化していった。

しかし、心的外傷を被る出来事や体験談は多岐にわたり、網羅することはとてもできない。そこで、主に対象としたのは、阪神・淡路大震災（安克昌『心の傷を癒すということ』、加藤寛・最相葉月『心のケアー阪神・淡路大震災から東北へ』）、えひめ丸沈没事故（前田正治・加藤寛『生き残るということーえひめ丸沈没事故とトラウマケア』）、レイプ（小林美佳『性犯罪被害にあうということ』、緑河実紗『心を殺された私 レイプ・トラウマを克服して』）、地下鉄サリン事件（村上春樹『アンダーグラウンド』）、原子爆弾（中澤正夫『ヒバクシャの心の傷を追って』）、戦争（NHK『戦争証言アーカイブス』など）といったトラウマティックな出来事である。

取り上げた外傷体験は、原則として単回性の事象である。戦争体験は単回性とは言えないが、PTSDの出自であり、反応（症状）が明確で示唆するところが大きいと思われたのでベトナム戦争体験も含めた（Kovic.R『7月4日に生まれて』、Nelson.A『戦場で心が壊れて』）。

「聴くことの抵抗や困難」については、心的外傷に関する治療解説書などから、「正しく聴けない」要因についての記載を拾い出してカテゴリー化していった。

【結果】

「語ることの抵抗や困難」に関しては、個々の出来事と体験は大きく異なるし、体験者の個性や立場によっても記述内容に違いが出てくるが、語れない理由には共通するものが多かった。その結果、11のカテゴリーにまとめられたので、それぞれについて体験者の発言を引用しながら第4節で述べていく。続いて「聴くことの抵抗や困難」に関して、カテゴリー化された4項目について第5節で述べる。

4. 語ることの抵抗や困難

(1) 表現する力の喪失

外傷は人間関係を壊すのに十分な力を持っている。Herman (1992/1996) は外傷的事件がもたらす打撃について「外傷的事件が一次的効果を与えるのは自己の心理学的構造だけでなく、個人と地域社会とをつなぐ意味と感情的紐帯アタッチメントとのシステムに対してもである」(p.75) という。

語ることの抵抗や困難の理由の第一に、圧倒的な出来事によって、受傷者の表現能力どころか人間関係や生活機能を保つ力を喪失してしまうことがあげられる。

レイプ被害者：「事件の時に感じたはずの何かが身体の中で凍りついている。それを抑えつけるしか、自分を守る方法がない。感情や表現する力が凍っていることに気づいてはいるが、身体反応が先に出てくるため、『恐怖』という感情だけを強く感じてしまう」(小林, 2008, pp.63-64)。

受傷者は強い恐怖、戦慄、無力感という反応を自覚するが、溢れてくる感情や不安を抑え込むことに多大なエネルギーを注ぎ込み、他の活動に向けるエネルギーは枯渇してしまう。日常生活を維持しようとするだけでもエネルギーが消耗し、抑うつ状態になり、「生きるのが大変なことに変化してくる」(緑河, 1998, p.55)。感情表現力も凍結され、言語化という道は閉ざされることになる。

先にも引用したサリン事件で診療にあたった中野は、「たとえば『怖い』と言えない方がいます。それは『怖いと口に出して言えないくらい怖い』という場合であることが多いんです。怖いということを怖いと言えるようになれば、かなり落ち着いてこられた証拠だとも言えるのです。つまり何だかわからないという状態にまで混乱させられている」ために、体験が言葉で表現できるようになるには、しばらく時間が必要で、それまでは「うまく言語化できないかわりに身体化するしかない」(村上, 1999, pp.135-136)という。

えひめ丸沈没事故⁶の生存生徒のある担任が「父親から『心のケア、心のケア、とかいうけれども、なにもしてくれんじゃないか！俺の息子は事故後まったく変わってしまったんや』と怒鳴りつけられた」というエピソードが残っている(前田・加藤, 2008, p.109)。また、ベトナム戦争帰還兵の母親が息子にこういう。「アレン、もうおまえがだれなのかわからない。おまえは、私が知っているアレンではなくなってしまった」(Nelson, 2006, p.36)。

自分の身内がかつてのその人でなくなっていく姿を見ることは辛いことである。そういった変化が劇的なため、心が死んだ、あるいは心を殺されたという表現もしばしば見受けられる。Herman (1992/1996)によると「事件のあと長期間、外傷を受けた人間の多くは自分の一部が死んだと感じる。もっとも深く傷ついた人たちは死にたいと願う」(p.73)という。

あるレイプ被害者は、「正直、あの打撃以前の私は、絶対に永遠に還ってこない。あの私は死んだ。他人の瞳にはなにも変わることなく映っていても私の内部は徐々に確実に殺された」(緑河, 1998, p.111)と表現している。本人も周囲も、以前のその人が変わっていく姿を死に例えるほど、そのダメージは大きい。

Kardiner (1959/2004)は「自我の収縮」という言葉を使ってこの状態を説明している。「外傷的事件は自我が用いる対抗手段を圧倒して自我と環境との平衡を破壊する」ために、「不安は圧倒的であり、自我の萎縮は完璧であって、死を招くこともあるほど」(p.340)の結果をもたらすものとしている。もはや受傷者は保護作用を奪われてしまい、世界は敵対的の意味を帯びてきて「世界の中から快樂を汲み取る能力が著しく縮小する」(p.341)。つまり、外傷受傷者は自我資源という心的エネルギーが減少してしまい、圧倒的な恐怖の中で生活機能が低下して思考も行動も抑止されるため、人間関係を保つ力も自分のことを世界に表明する力も失ってしまうと考えられる。

外傷受傷者がしばしば、「自分に関わらないでほしい」「放っておいてほしい」「そっとしておいてほしい」という気持ちになるのは、後述するように、外傷体験を思い出したくないといった防衛もあるが、外界と交流する力が残っていないことを感じているからなのであろう。そうすると、周囲の親切な気遣いも、本人にとっては大きな負担でしかなくなってくると思われる。

(2) 理解しがたい反応や症状

外傷を受けた後、自分に何か変化が起きている、以前と何かが違う、と思っても、その自我違和感の輪郭をつかみとることが容易ではない場合がある。中には、それがPTSDの症状であると気がつかないことも少なくない。その結果、受診に結びつかないこともある。

ベトナム戦争に従軍したRon Kovicは、自伝的小説である「7月4日に生まれて」を著した(Kovic, 1976/1990)⁷。彼は戦闘中の混乱の中で、民間人と部下を誤射・射殺してしまい、さらに自分も銃弾を浴びて脊髄を損傷し下半身麻痺になってしまう。心身に深い傷を負って帰国したが、厳しい反戦運動の目に晒され、自分は何のために戦ったのかと苦悩が深まっていく。

「俺は毎朝、車椅子でシャワールームに行き、もどした。一人ぼっちで暮らしているという思いと、麻痺した体、それにベトナム戦争の思い出が重なりあって俺を苦しめていた。いつも殺した伍長のことを夢にみた。夜中に、バネ仕かけのようにとび起き、車椅子にのって、部屋じゅうをこぎまわった」(Kovic, 1976/1990, p.138)。「俺は戦争から死んで帰ってきた。ただ息をしているというだけだ。『おふくろ、おやじ、神様、誰でもいい、助けてくれ』誰も愛してくれなかった。誰も戦争前にさわったように、さわってはくれなかった。まるで小さな点になったような気がした。毎日毎日、小さくなっていく……」(同上, pp.179-180)。

同じくベトナム帰還兵のAllen Nelsonによる記述。「日常の中にありながら、まるで現実と戦場を行き来するような、分けの分からない体験。(略)原因も分かりませんでした。私は、その見えないような恐怖感に怯えていました。(略)私の中では、何かおかしいという感覚はあったものの、それが何なのかはわかっていませんでした」(Nelson, 2006, pp.16-17)。

自分がコントロール力を失い、どうなっていくのか分からない恐怖。自分が小さな点になっていくような卑小感覚。抗し難い暴力的な力による生活破壊。強力なトラウマ反応に翻弄され、自分の中で何が起きているのかよく分からない不可解さ。これらは世界からの離断感や孤立感をもたらし、いっそうの不安をかき立てることになる。

Shell shock⁸のような特異な反応を持ち出すまでもなく、代表的な反応であるフラッシュバックを例に取り上げてみよう。今現在、安全な場所にいるにもかかわらず意識や身体感覚は受傷時に戻っているというフラッシュバック。何の知識もなければ、次のような状態が生じた時に、自分に何が起きているのか理解のしようがないのではないだろうか。

レイプ被害者:「津波に呑み込まれるかのように、目覚めたとき、電車に乗っているとき、歩いているとき、トイレに行ったとき(略)いつでも構わず突然、発作のように事件のときの諦め感・恐怖感・絶望感に襲われ、思考が停止してしまう。『あり得ない』ことだが、再び襲われているかのように、身体が硬直し、あの大きな音楽や男の声が聞こえたりもする」(小林, 2008, pp.58-59)。

地下鉄サリン事件被害者:「突然、何かの拍子に事件のことがふっと頭をよぎることがあります。すると何か内側に閉じこもってしまうような感じになるんですね。(略)地下鉄とか、地下から入るデパートとか。電車に乗ろうと思っても、足がすくんで動かないんですよ」(村上, 1999, pp.348-349)。

筆者は、ある惨事ストレスのグループ支援に関わったものの、支援対象者たちの気持ちが沈鬱なままびくとも動かず、終了時間がきて重い気持ちでその場を閉じなくてはいけなかった。その後、ボーッとすることが多くなり、気がつくとそのときのことを思い出していたり、

感情の制御がつかずに急に泣けてきたりした。つらいとか憂うつという感覚はなかったが、それまで何でもなくてできていた行動を起こすことができないような、萎縮した感覚と行動が約3か月続いた。何か変だと思いつつも、それが二次的に被った外傷性ストレスだと自覚したのは後になってからだった。不覚にも、支援対象者に起きていた心理状態が自分にも起きていたことに、気がつけなかったのである。

(3) 言葉にできない強烈な体験

心的外傷をもたらすトラウマティック・ストレスは、定義上も、トラウマになるような強い恐怖、無力感または戦慄の体験を経ているため、原因となる出来事そのものが圧倒的で強烈である。被災者は、その甚大な衝撃を言葉に変換することができない。

原爆体験者⁹の語りに注目した中澤(2007)は、「だれもが一様に『筆舌に尽くしがたい』としている。どうしても伝えきれないものがあるということ—伝達手段の限界というか、体験共有の限界を感じているのがわかる。事実、受けた『心の傷』の深さはわれわれの想像を超えるものである」(p.162)と述べている。

阪神・淡路大震災を経験した安(医師)(2001)の記述。「地震による建物の破壊、身近にむき出しになった生死のありさま(略)、それらはあまりにリアルな、疑いようのない事実としてある。圧倒的な地震体験や破壊された事物を前にして、人々はことばを失った。さまざまな感情がわき起こっても、ことばで表現できなかった。私は、ことばにすると嘘になってしまうと感じた。ことばを失わせてしまうほどに、リアルなものは容赦情けがない。そのことを私は思い知った」(pp.183-184)。

筆者も、東日本大震災(2011年)の被災地(陸前高田市)を災害から2ヶ月半後に訪れて、津波の爪痕を目の当たりにした。木々と新緑の世界(日常の世界)と泥と茶色の世界(非日常の世界)の冷酷なまでの分断の現場を見、一面の瓦礫の中に立って破壊しつくされた市街地の現場を見たとき、現実の過酷さに言葉を失った。まさに情け容赦のない現実が飛び込んできて、ウワッという叫び声だけが自分の心にあがってきたが、それを翻訳することばは見つからなかった。気持ちが一挙に内向・閉塞していくのが感じられ、涙が出そうになったのを憶えている。その気持ちは、今でも表現のしようがない。

そもそも言葉にしづらいのが外傷性の記憶である。安(2001)はいう。「心的外傷の後遺症というのは、実は外傷性記憶の問題でもあるわけです。(略)外傷性記憶というのは、まず第一に、何かの要素的、断片的なものが多いんです。(略)それから第二に、外傷性記憶は非言語的です。これは言葉にあらわしにくいということです。外傷性記憶が断片的であるからでもあります、それを言葉にして話すのはとても難しいんです」(pp.368-370)。

(4) 理解してもらえないはずがないという諦め

自分の体験や気持ちは誰にも理解してもらえないだろうと思いつつも、それでも理解してもらおうとするのか、その努力を放棄するのか。これは聴き手の姿勢に依るところが大きい。外傷受傷者は、最初から理解してもらえないはずがないという諦めの気持ちに傾きやすい。

レイプ被害者:「今、私が説明を試みようとしている感覚を誰かが訴えていても、『なにいつてるの?』というくらいだったろう。たとえ理解しようとする努力をしたとしても、残念ながらまったく理解できなかったと思う」(緑河, 1998, p.23)。Herman(1992/1996)もレイプ被

害者に関して「彼女たちの実際の体験とレイプについての世間一般の思い込みとの間には大きいというよりもおろかな距りがある」(p.100)という。

地下鉄サリン事件被害者:「ですからその痛さがどんなものなのか、これは本人だけにしかわかりません。(略)でもたぶん、この私の気持ちはほかの誰にもわからないだろうと思います。ものすごく孤独です。これがたとえば腕の一本でも落ちていれば、あるいは植物人間にでもなっていたら、おそらく辛さをわかってもらえるのかもしれませんがね」(村上, 1999, p.172)。

地下鉄サリン事件被害者:「事件のあと、もう一年近く経過してからです。そんなとき、『人にはわかってもらえないだろうな』という気持ちはあります。会社でも、まわりのみんなはすごく気をつけてくれるんです。家族も優しくしてくれます。でもそのほんとうの恐さというのは、誰にもわかりませんよね。『わかってほしい』とも思わないけれど……」(村上, 1999, pp.348-349)。

衝撃が強くて、話したって分かってもらえない、体験した人間じゃないと分からない。だから、話そうとしない。その結果、自分の胸にだけおさめておこう、このことはあの世をもって帰ろうと考えて、自ら話をする行動を制止する。

中澤(2007)は、原爆体験者の調査をして、「自分が被爆者であることを、子や孫に語っている人は決して少なくない。どこで被爆し、どこを逃げまどい、だれを失ったかを語っている。しかし『語って思いが伝わった』と思っている人はそう多くない。ましてや『受け止めてもらえた』と思っている人はもっと少ない」と述べている(p.123)。

高橋ら(2005)が1980年に行なった「戦友会についてのアンケート調査」によると、戦争体験を子や孫に伝えたいかという設問に、「ぜひ伝えたい」と回答したのは32.4%で、約半数(48.3%)の人は「伝えたいが理解されないだろう」、11.5%が「伝えるつもりはない」と回答した(回答者数は1215名)。戦争という極限の体験は、地獄のようなその修羅場を共にくぐり抜けたものでないとはわからないというのは多くの元兵士たちの認識だが、実際にそれはその通りなのだろう。戦闘参加帰還兵は、一般市民を「無垢で手が汚れていないと同時に現実を知らない無知な人」という目で眺め、「一般市民ならば、まして婦女子ならば誰一人として、自分が悪と死に直面しなければならなかったことをわかってもらえるはずがないと想像している」という(Herman, 1992/1996, p.98)。

阪神・淡路大震災で多くの患者と接した安(2001)はこう語る。「心的外傷は、被った人にしかその苦痛がわからない。苦痛に苛まれる人と、心的外傷をもたない人との間には決定的な断絶がある。心の傷をもつ人は『この気持ちはだれにもわかるはずがない』と考える。もちろんどんな体験であっても、それはその人の固有の体験であり、他者がそれを完全に理解するなどということはありません。だが、とくに心的外傷の場合は、その人自身でさえ、自分の中に受け入れることができないような過酷な体験である。当事者すら理解できない体験を、第三者が外側から『理解』するなどということはさらに困難なことである」(p.248)。

心的外傷者が、早々に「理解してもらおう」ことを断念するのは、これまでみてきたように、不可解な反応やコントロール不能な力に圧迫されて、それを自分でもよく把握できないために、他人ならなおさらわかるはずもないと、投影の心理機制がはたらいている場合があるのであろう。

(5) 記憶を封印したい衝動

話すことは記憶の想起を伴う。受傷者は、想起の力と徹底抗戦している。その際、意識領域も無意識領域も総動員されている。すなわち、引き戻され体験ともいふべきフラッシュバックなどの再体験症状が辛いから、想起のきっかけとなる一切のものへの接触を避けようとする。当然、話すことは辛いこととして遠ざけられる。外傷と関連した思考、感情、そして記憶は封じ込められようとするが、これはPTSD診断基準の「回避・麻痺」に該当し、外傷反応の典型の一つである。

話したいと思っても話せない。そういう回顧も多い。話をすると感情が一気にあふれてきて自分を保てなくなるのではないかと、話す相手がいない、相手が受け止めてくれるかどうかの疑念、恥ずかしさや後悔など、そこにはさまざまな気持ちが渾然となっているのだろう。

ベトナム戦争帰還兵：「私は、しじゅう戦場の光景や記憶にとりつかれているような状態でしたが、戦場のことについて周囲の人に話すことはありませんでした。それは、あまりにも恐怖に満ちたできごとばかりであり、私は無意識のうちに、戦場で自分がしたこと、どこかに封印してしまおうとしていたのではないかと気がします。ですから、わざわざそんな記憶を思い出したり、まして他人に話すなど、とんでもないことでした。(略)しかし、どうして自分はベトナムのことを話せないのかというのは、実は私自身も疑問に思っていたことでした」(Nelson, 2006, pp.56-57)。

原爆体験者についての記述。「時間によって『風化する』というより、意識的に、あるいは無意識的に、現実生活というふたを重ねていくことにより密閉し、それらを記憶の底にしまいこもうとするのである。自ら口にしないのはもちろん、思い出しそうなことを避ける生活ぶりを選ぶ」(中澤, 2007, p.87)。

「見るのが辛いのではなく、見ると『思い出してしまう』のが怖いという。(略)そのため、これまで『隠れ被爆者』を通してきた。(略)平井さんの例は、突如おこる『引き戻され体験(フラッシュバック)』の辛さ、それを避けるため『隠れ被爆者』を通してきた生き方を、よく表わしている」(同上, pp.94-95)。

レイプ被害者：「少なくとも、私は、親には知らせたくなかった。心配かけたくないとか、そんな思いやりからじゃなく、話せなかった。それがなぜかはいまでも解らない」(小林, 2008, p.79)。

地下鉄サリン事件被害者：「そんないろんな後遺症みたいなものがありましたが、そういうことは家族にも一度も話しませんでした。(略)話せなかったというか。(略)いろんな辛いことを、一人で抱え込んでしまっていました。話せる相手がいなかったんです」(村上, 1999, pp.484-485)。

阪神・淡路大震災被災者：「先生も『大丈夫か』『おうちの人どうや』って声をかけてくれる。『大丈夫です』みたいな強がりもあるし、『心配してもらわなくて結構です』『私はそんな価値ないんです』みたいな思いもあって。口に出していえたらよかったですけど、全然いえないので、小さい声で『大丈夫です』みたいな……」(加藤・最相, 2011, pp.137-138)。

大東亜戦争元従軍兵士：「それはまあいつも思うちゃあおらんにしても、折にふれて思い出すのは間違いないだろうと思います。それはしかたがないです。まあ、わたしに課せられたね、しょうがない運命じゃから。その、苦しい思いをしますよね。もうそういうことは質問されとうないです、頭からね。もういやですよ。まあ、このたびの話でも、本当を言うたら話した

くないんじゃないけど、話すいうことは非常に苦しみを感じますよ。嫌なことをまた言われる思いは。ほいて、また、あの当時のことを思い出さされて」(NHK, 2010, 中本一二三元兵士の証言)。

外傷者は、他人からそのことに触れられることに極度に嫌がるようになる。筆者に次のようなことを語った患者がいる。「人に(外傷の)話をしても、必ずその後、言わなきゃよかったって必ず後悔するんです。だから本当のことは私は言わない。その話をすると、また相手の人からいろいろ聞かれるので、説明しないといけなくなって。それがすごく面倒なんです。とにかくそれが面倒。だから適当に答える。すると今度は、自分が嘘をついている気になって、すごく辛くなる。でもやっぱり、いろいろ聞かれることがイヤなので、嘘はこれからもずーっとつき通していかないといけないのかなーって思ってます」(複数人の言を一つにしたもの)。

子どもに目をやると、子どもは心的外傷を被っていないような態度をとることが多い。山下(2004)によると、小さな子どもの場合、周囲の大人の動揺が強いときに一見何事もなかったように振る舞うことがあるという。それは外傷を封じ込めるための行動であるので、子どもたちに問題がないように見えても、心的外傷を過小評価しないように注意することを喚起している。

地下鉄サリン事件の証言を収集しようとした村上(1999)は、140人余りの人に取材を申し込んだが、取材ができて掲載も認めた人は約60名であったという。「『もう事件のことは思い出したくない』『オウムとかかわり合いになりたくない』『マスコミが信用できない』といったさまざまな理由で取材を拒否された。(略)まわりの家族の方の『これ以上巻き込まないでほしい』という強い要望によって証言がとれなかった例もいくつかあった」と拒否された事情を述べている(p.22)。

体験者にとって、外傷となった出来事は記憶の奥底に沈めたいものである。邪悪なものを封印しその片鱗の気配さえからも遠ざかりたいのである。

「そのこと」が強い力で意識から排除された結果、外傷となった出来事やその周辺の記憶を、実際に想起できなくなることもある。

レイプ被害者の事情聴取と証書作成の場面:「正直、何も覚えていなかった。思い出すことを拒否していた。というか、何も感じない、何も考えられないなかで起きていたことだったので、『わからない』ことが多すぎる。それなのに、なぜか質問に答えている私がいた。半分は適当。答えられなくて、責められている気にもなった」(小林, 2008, p.45)。

原爆体験に関して中澤(2007)の記述:「『自身も自覚しない傷』(略)記憶のない期間に『自分が受けたと考える以上の被害を受けた』可能性があるのである。(略)『記憶がない・ぼんやりしている』ということは、脳の記憶装置に何も残っていないことを意味しない。何かのきっかけで『残っている』ものを思い出す可能性があるのである」(p.164)。

(6) 恥ずかしさ

外的で不可避の脅威に対しての自分の反応を、「恥ずかしい」という理由で口に出せない場合がある。それは、レイプなど性的な恥ずかしさや、いじめや脅迫などで相手に屈した恥ずかしさ、勇気がなかった自分、無力だった自分や倫理的に逸脱した行動をとってしまった自分への恥ずかしさといったものだけではない。出来事を前にして恐怖心が湧いてきただけで

あっても、その自分を恥ずかしいと感じ、他に披露することが憚られてしまうことがある。

自然災害の研究をしたRaphael (1986/1989) は、「ある災害の脅威に対して当然の対応をした者が、あとになるとその行動が恥ずべきことであったかのように、それを隠そうとするのも珍しくないのである」(p.56) という。

諦観や恥の文化が強い日本においては、例えば「過去のことをいつまでもひきずっているのはみっともないことだ」とか「今更何と言ったって事態が変わるわけではないし、愚痴を言うのは潔くない」といった、恥ずかしさと諦めの気持ちがないまぜになることは多いだろう。また、「あの人たちは賠償金欲しさにPTSDとかなんとか言ってるんだ」という風評を気にして口を閉ざすこともある。「欲深い」と思われまいように、世間の目に自分が恥ずかしく映らないように工面する結果、話を後退させてしてしまうことも考えられる。

一般に、精神的な問題を他人に相談することは自分の弱さを披露するようで「恥ずかしい」という気持ちが生じやすい。学校や企業でカウンセリングルームを準備しても自発的に利用する人は少ない。外傷体験は、いわば「不幸体験」である。他人の不幸は蜜の味というように、うっかり体験を他言することで、他人や世間からどういった眼差しや扱いを受けるのか。弱くてダメな人間とみられないか。その場合の羞恥心を予想して語れないということも少なくないだろう。

また、後述する原爆体験者のように、強烈な体験を話しているうちに感情が溢れてきてあられない姿をさらすことになったらどうしようといった、予期不安からくる恥ずかしさが抵抗することもある。

(7) 傷つくことへの恐れ

自分の体験や反応を話したところで、それはあなたの性格の弱さだと捉えられるのではないかと思えば、話す意欲は失われる。いわんや、「あなたにも非がある」「甘えている」「なにをバカなことを」「あなただけじゃないんだ」といった対応は傷を深めてしまうだけである。既に十分傷ついている被災者は、無神経な人によっていっそう傷つくことを恐れ、自ら訴えることをしなくなる。そこには差別や偏見といった問題も潜む。その結果、苦悩を自分一人で抱え込んでしまう。

相手が親身になって話を聞いてくれる場合であっても、傷つかないとは限らない。岡野(2009)は、「同様の体験を共有していない場合には、その代理体験や感情移入ないし共感の能力にも自ずと限界が生じる。さらにはその相手が結局は自分の体験したような外傷を背負っていないのだという事実の認識は、その当人に深刻な憤りや恥の気持ちを抱かせることに変わりはないのかもしれない」と述べている (p.114)。

えひめ丸の原潜衝突事故では、生還してきた高校生たちに対して、「生きて帰ってよかったね」「生きて帰っただけまし」など、世間はおよそ彼らの心情を斟酌する風潮はなかったという。それゆえ、「生存者には、自分たちの苦悩を語ることは事実上封印されていたのである。とくに学校内でそれを語ることは、タブーにさえ感じられたようである。これは生きて帰ってきた者の負い目ともいえる」と前田は述べている (前田・加藤, 2008, p.97)。自分たちの心情とかけ離れた言葉が返ってくることは孤立感を深めることになるだけである。

原爆体験者はしばしば偏見と差別の眼差しを向けられ、被爆者であることを知られないようにしなければならなかった。

「多くの被爆者が偏見差別を味わっている。(略) 仲間はずれ(略) 被爆者とわかったとたんに失恋(略) 一年中長袖(略) 温泉に行ったことがない(略) 何が悔しいとって、娘が被爆二世とわかったとたんに破談になったことだという。このことは、いままでだれにもいえなかった。『今日、はじめてくちにできた……』とって、インタビューしたときに、筆者の前で涙を流し続けた」(中澤, 2007, p.108)。

「しゃべることは辛くきついことであり、『得にはならない』ことを直感しているようである。苦悩も恐怖も『自分だけの胸のうちに納めたまま』の生を選んでいる」(同上, p.119)。

原爆体験者だけではない。病いや障害、被害、死など、ケガレたとされたものは、一般生活の外に締め出されることが多かった。災いを被ったとされた者も隔離された。心の病に対しても、まだ偏見や差別的な風潮が残っているのを否めない。冒頭に示した中井の指摘のように、有徴者は阻害されやすく、それゆえ自ら語ろうとしなくなり、理解の可能性がますます遠のいていく。

地下鉄サリン事件被害者の診察をした中野の言:「他人に対する不信感がどんどん募っていくばかりなんです。本当のところを理解されることがない—これがサリン事件被害者の特徴的なことですね。みんな本当に孤独なんです。それから社会の中に、目に見えない差別のようなものもあるかもしれません。サリン事件の被害者に対する心理的な差別ですね。(略) あくまで私の推測ですが、これは日本社会の『ケガレ』みたいな概念とも関連しているかもしれない。日本では昔から、死とか災いとかに触れると、その人にケガレがかかるんです。そしてケガレたものはまわりから隔離される、そういう伝統がありますね」(村上, 1999, pp.131-132)

一方的な被害者であっても、自分があの時こうしていれば犠牲者が出なくてすんだんじゃないか、もっとこうしていたら救えたのに、自分が悪いんじゃないか、など罪悪感を感じていることは珍しいことではない。「生き残った人の罪悪感」(survivor's guilt)とは、自分だけ生存したことに対する罪責の感情であり、死亡者が発生した場面で生存者は生き残ったことに幸福感を感じることはなく、個人倫理の中で自分を許すことができない。後述する旧日本軍兵士もそうであったが、えひめ丸の場合も「『こんなことなら死んでいけばよかった』と考えている生徒も少なくなかった」(前田・加藤, 2008, p.53)という。しかし他人は、合理的にみてそう感じるのをおかしいとしか思えない。こうやって被害者の心は、自身の内面からも強い圧迫を受ける。その苦しみをあるレイプ被害者はこう書いている。

「この罪悪感にも似た後ろめたさを理解してもらうことが本当に難しい。私が、被害者が、罪悪感を抱いていることなど、誰も察し得ないから。罪悪感を抱くなんておかしいことだと思っているから。理にかなわないと笑い飛ばすから。被害者は苦しいのだ」(小林, 2008, p.88)。

心的外傷を生じる出来事は非日常的、すなわち予測不能であり、今後の予測もつかない状況下では何かをしても無力感に陥りやすい。このことを話したら何らかの「得」があるといった環境が保証されていなければ、人は語ることに慎重にならざるを得ない。語った後、もし想定外の反応が起きれば、不安はいつそうかき立てられ無力感という傷つきを重ねることになってしまう。

Herman (1992/1996) は、レイプやDVなどで無力化された女性たちについて、「生存者がしばしば家族に打ち明けるのをためらうのは、理解してくれないのではないかという恐ればかりでなく家族の反応によって自分の反応が塗りつぶされてしまう恐れのためでもある」(p.96)

と述べている。つまり、話を聞いて怒りを吸い取った周囲の者が、生存者の意志を無視して復讐などに走り出そうとする行動は、自立感覚を再建しようとする本人の欲求を軽視することになり、それは被害者をさらなる無力化に追いやるというのである。どこまでも被害者の気持ちに寄りそった対応が必要なのである。

さて、専門家の対応が話す意欲を失わせることも少なくないようである。受傷者が抱く期待が大きい分だけ、それにそぐわなかったときの失望も大きい。受傷者は周囲の反応に過敏になってしまっているのだから、親切心からかけられた言葉も素直に受け取れない気持ちになるか、その皮相性を見抜いてしまうのだろう。

レイプ被害者:「いくつか電話をしたり訪ねてみたりしたが、電話に出た受付の人や、白衣を着たカウンセラーに、『辛かったですね』『わかりますよ』と、嘘くさい言葉や笑顔を浮かべられ、『もういいです』と逃げてきたところが何軒あったことか」(小林, 2008, p.133)。

永井(2004)は、レイプトラウマの治療過程で、患者が相談に行った先の女性弁護士が「それはあなたにも問題があるのよ」と発言したことが、本人のみならず治療行為や倫理観まで否定されたとして、その非情さに憤りと悲しみを感じたことを報告している。

安(2001)は、「一般に、心の傷になることはすぐには語らない。誰しも自分の心の傷を、無神経な人にいじくられたくはない。心の傷にまつわる話題は、安全な環境で安全な相手にだけ、少しずつ語られるのである」と述べている(p.74)。

被害者は場所を選び、相手を選んで、安全感を確認しながら少しずつ語っていくというのである。しかし、それでも自分のことを話す時には大きな苦痛が伴う。

ベトナム戦争の帰還兵でPTSDを発症した患者の治療施設では、ラップ・グループ¹⁰というグループ精神療法の場が持たれて、お互いが戦争の体験を告白したり語り合ったりした。

A.Young(1995/2001)は「PTSDの医療人類学」に、その様子をメモして再現している。Youngは次のようにいう。「一部の患者は、外傷事件の語りを拒否するか、外傷事件自体はそれとなく伝えても具体的内容にはいっさい口をつぐむ。それは要求への抵抗である。こういう諸君は、頭痛、絶望感、悪夢、自殺念慮が起こるとし、自分の記憶は苦しすぎて想起し、そして(あるいは)語るができないと言い、思い出せば、また語れば、治療者は(現場に居合わせなかったからなどのために)事件の意味を理解する能力がないという理由を挙げて抵抗の正当化を行なう」(p.272)。

ラップ・グループに患者として参加したNelson(2006)は次のように述べている。「私も含め、そこにいた帰還兵はみな、自分の苦しみについて話すことに慣れていませんでした。それは本当に苦しいことだったのです。多くの帰還兵が、話している間に泣き出してしまったり、床に伏せたり気分が悪くなってしまったりしました。ほかの帰還兵が自分のことについて話すときの、そういう苦悩を目の当たりにするのは、本当につらいことでした。彼らにとってまた、私の告白を聞くというのはつらいことだったろうと思います」(p.66)。

(8) 社会的理由(日本の戦争体験者の場合)

語れない理由の一つに、その時代の社会的、文化的な背景がある。例えばRaphael(1986/1989)は、災害で死ぬことに対して「因果応報」「神の意志」「宿命」などによるものとして受容されるような社会制度や文化形態は、災害の脅威を認めたくない場合があると述べている(p.60)。

衝撃に対する反応としての外傷反応は人間として普遍的なものであろう。それにも関わらず、ベトナム戦争やイラク戦争で、ベトナムやイラクの人たちのPTSDがとりあげられていないのは、人間的な苦しみが小さいということではなく、社会の窮状や荒廃の問題が大きすぎて、差し迫った問題とはみなされていないのだろう。

その時代や社会の制度や風潮、文化的要因がトラウマを語りにくくした例として、日本の大東亜戦争の従軍兵士の場合を取り上げて考えていきたい。

戦争は心的外傷者を大量生産する。大東亜戦争に参加した旧日本軍兵士たちの中にも、戦場や軍隊生活において極度の精神症状を呈した兵士は多かったに違いないが、彼らは戦場で体験したことを語ろうとしなかった。

一般に戦争では、命の危険に晒されても怯えることのない勇猛果敢な兵士を作り上げ士気を高めていかなくてははいけない。それゆえ兵士、とりわけ将校の教育においては、戦場で恐怖感を感じることやそれを表現することがないような、いわゆる「禁圧訓練」(Young, 1995/2001, p.83)が重要な教育要素となる。それゆえ、兵士は恐怖を感じることを抑制し、それを表現することも意識的に抑制される。

大東亜戦争での日本軍兵士もまた、「帝国陸海軍に弱卒なし」といわれるように、精神主義に重きをおいた軍人精神が骨身に染み込むまで叩き込まれた。諸外国と大きく異なり、死者数を倍加させる悲劇に繋がっていった理由の一つに、「生きて虜囚の辱を受けず」(戦陣訓)という教育で、捕虜になることや投降することを強く禁じた点があげられる。「敵の捕虜になるのを防ぐため、最後の突撃や後退に際して、傷病兵に『自決』を強要したり、時には直接その命を断ってしまうのは、アジア・太平洋戦争の直前に確定された軍としての方針だった」(吉田・森, 2007)。その結果、戦場の帰趨が決した場合にも、多くの兵士は、全滅するまで戦い続ける、自殺行為としかいえないようなバンザイ突撃や玉砕戦へと追いやられたり、自死を促されることになった。また、制海空権を奪われ補給路が断たれた日本軍は、糧秣も武器も医薬品も不足したまま、戦わずして餓死、病死していった兵士が数知れず多い。

しかし、酸鼻をきわめる戦場を生き抜き、這々の体で戻ってきた元兵士たちを、故郷は必ずしも温かく迎えてはくれなかった。「元軍人たちは、武運つたなく軍人の使命を果たせなかった人たちであるだけでなく、きっと口には出せないような行為をした人間なのだと思なされる場合が多数あった」(Dower, 2000/2004, p.53)し、死んだ戦友の家族からは、生き残って帰ってきたことに皮肉や罵倒を浴びせられることも多かった。彼らは、敗残兵という惨めさを感じ、戦死した戦友たちに強い負い目を感じ、中には命令で残虐行為に加担したことを良心に恥じ、まるで犯罪人のような眼差しを向けられ、「知り合いも見知らぬ人たちも、自分たちを責めるような目で見るという復員軍人の投書は、当時おなじみのものであった」(同上, p.53)という。そして「社会の『まともな』集団に属せない人間にとっては、現実の日本は冷酷で住みづらい場所」(同上, p.54)であったが、そこに生きなくてはならなかった。

部下や仲間が戦死したのに自分が生き残ることは、「生き恥を晒すこと」とされ、多くの元兵士は戦争体験を語ろうとしなかった。武勲とは対局の、人に話をするのが憚られるような過酷、残虐、そして悲惨な体験をしたという理由だけではなく、生還したこと自体がみつともないことであり、体験したことなど語れなかったのである。自分の体験や感情を口にすることを許さない社会の風潮があったのである。

「親たちは、決して自分が行なった侵略について語らなかった。(略)戦後世代は父母に尋ねはしなかった。空襲の恐怖、疎開や引揚げの苦勞話だけでなく、あなたは戦争時に何をしていたのか、何をしていたのか、聞きはしなかった。確かに、彼らの重い沈黙があった。国を挙げてのはぐらかしがあった。『悲惨な戦争』と紋切り型に述べるだけで、侵略戦争の具体的事実を述べようとはしなかった」(野田, 1998, pp.301-302)

目黒たち(1966)が、1938～45年(昭和13～20年)に戦争神経症として国府台陸軍病院に入院した患者の予後調査を行なった際(1965年)、176名にごく簡単な連絡と質問紙を郵送したところ、返信は104例(59.1%)、さらに返信があった人に質問紙と心理検査用紙(CMI)を郵送をしたところ、返信は35例(最初に郵送した全体のうち19.9%)にしか過ぎなかった。さらに「今後いつさいこのような連絡をしないでくれ、今回限りに願いたい」と書き添えていたものが多かったという。目黒は、返信率が低いのは、質問項目が多岐にわたるため手間がかかるものと受けとめられたからとその理由を解釈しているが、過去の戦争の体験や症状に触れることを拒絶した人が少なくなかったのではないだろうか。

グアム島で「発見」された横井庄一元伍長は、1972年に帰国した際の記者会見で「恥ずかしながら生きながらえてグアム島に暮らしていたのも、私の信念からです」と語り、「恥ずかしながら帰って参りました」はその年の流行語となった(講談社編集, 1990)。生きながらえて帰国すること自体が恥なのであるから、外傷的な心理反応があったとしてもそれは強く禁圧されたに違いない。戦場での体験は墓場まで持っていかうと決めていた元兵士は多い。筆者の周辺にも、招集されて中国戦線であしかけ9年間陸軍の兵士として戦った人がいた。「俺は(死んだら)いいところ行けないだろうな」と妻に語っていたというのが具体的なことは一切語ることはなかった。

近年になって、「各地で、元兵士たちが重い口をようやく開き、戦場の生々しい現実を語り始めている」(吉田, 2009, p.9)。インターネットで公開されているNHKの戦争証言アーカイブス(NHK, 2010)の「証言記録 兵士たちの戦争」には、元兵士たちの、胸が痛くなる語りと思わずかきと表情があふれている。その中には「今まで絶対に語らなかった話」も少なくないし「これ以上は話せない」発言も出てくる。かつての上官や仲間たちが死去して語りやすくなった背景もあるが、戦争体験を後世に残しておきたいという切実な思いから、絞り出すように語る人も少なくなく、体験の一つ一つに圧倒される。

『証言記録 兵士たちの戦争』を見ても、こんなにも悲惨で無惨な死に方をしたという事実をととも遺族には伝えられない、という強い思いを兵士たちが抱いていたことがわかる。(略)自分だけが生き残ったという自責の念や負い目と結びつくことによって、兵士たちの口を重くしていたのである」(吉田, 2009, p.11)。

(9) 耐えることが美德の文化背景

「忍」の一字に表わされる日本の文化の影響も少なくない。外傷は他者に打ち明けづらい内容であるだけに、愚痴や泣き言をいうこともなく、ひたすら苦しみを抱えて耐え忍ぶ姿勢に結びつきやすいと思われる。大災害などで多数の被災者が出たとき「私なんて他の人の苦しさに比べたらまし」と思って、自制して語らない人も少なくない。この人たちはサイレント・マジョリティの群に属することになり、どんな悩みを抱えているかは知りようがないが、後年になってから語り始めたり、突然の自死という形などで、苦悩多き時を生きてきたことを

知らされることがある。

中澤(2007)は、原爆被害者に関して、被爆者であることをいまだ何も語らない約40~50パーセントの存在であるサイレント・マジョリティこそ最も重い被害を抱えている人たちかも知れないという。

「このサイレント・マジョリティの存在の中にこそ『心の被害』の本質があるに違いない。(略)サイレント・マジョリティとは、最も重い『心の被害』を抱えている人かもしれないし、そう重くなくても『孤立』している人かもしれない。すべてわかっていてあきらめている人かもしれない。彼らは『沈黙している』のであって『存在していない』のではない。(略)だが、沈黙しているのには理由があるはずである。『無言でいる意味』を無言で受け止めるしか、いまのところはなさそうである」(pp.158-160)。

しかし、語るよりも語らないことを選ぶ方が大量のエネルギーがいるとも考えられる。突如新鮮に蘇る記憶を押し込めるために必要なエネルギーは並大抵のものではなく、我慢や沈黙は早晚、限界に達することがある。

阪神・淡路大震災を経験して10年後、大学生活を送っていた男性が、抑うつ状態を発症した時の回顧:「それまで考えないように考えないように、ふれないようにふれないようにギュッと抑え込んできたことが、ある日、限界になってダムが決壊したみたいな感じでしょうか」(加藤・最相, 2011, pp.139-141)。

レイプ被害者:「やはり『我慢や忍耐』が枠を超えていたことによって、極度の無気力やうつに蝕まれていたようである」(緑河, 1998, p.155)。

安(2001)は指摘する。「じつと静かに堪えるのが日本の文化だという意見もあるが、それは嘘だと私は思った。文化は静かに堪えることを遺族に強いているかもしれない。しかし遺族は、ほんとうは十分に悲しみを表現したいのだ。そしてそれによつてはじめて、悲しみは乗り越えてゆけるもののようなのである」(p.120)「泣き言を言わず苦しみに耐えることを『美風』とする価値観は、今も日本に健在である。しかし<心のケア>の見地からは、自分の体験を整理し、感情を表現することが気持ちの立て直しにはとても重要である」(同上, p.108)。

(10) 急速に薄れる被害者意識

被害者が心の回復を果たしていくのはもちろん望ましいことであるが、社会から弾き出されるように「あちら側」(被害者の側)に行った人でも、「こちら側」に戻ってきしまうと、「あちら側」にいた実感は急速に薄れていく。

もともと「こちら側」にいた人が、いったん被害者になって「あちら側」の人間になると、いかに社会も自分も「あちら側」の世界に関心がなかったかに痛打される。

レイプ被害者の言:「この歳月は、『こちら側』と『あちら側』くらの、性的打撃に関する社会通念の認識の差を生み出した。『こちら側』の時期は、時代も女性も被害について、ほとんどといっても過言ではないほど、なにも発言していなかった」(緑河, 1998, p.41)。

ところが、「あちら側」にいて生活し、同じ世界の患者の心的外傷に取り組んだ医師でさえも、「こちら側」にきてしまうと「あちら側」の人の気持ちが想像しにくくなると述べている。「こういうふうに、1年が過ぎて、いまだ被災地という当事者であり続けている人たちと、ある程度以上生活が復旧した人たちとの格差が広がってきている。私は自分が被災者でなくなったと感じたころから、被災者であり続けている人の気持ちが想像しにくくなった」(安,

2001, p.192)。

体験があっても被害者としての苦悩から解放されてくれば、途端にその苦悩の実感が薄らいでいくというのは注目すべきことである。「自分ごと」はたちまち「他人ごと」になるのである。

それは次のように説明できるのではないだろうか。岡野(2009)によると、人間は強烈でそこから逃避したいような体験から常に距離をとりながら生きており、精神的な距離を保つことは、自我の重要な機能であるという(pp.14-15)。しかし体験距離がゼロであれば、衝撃に吞まれて精神が圧倒されるため、その機能を発動することができない。だが、そこから少し距離がとれる、すなわち、当事者意識が薄れてくるようになると、この機能がオンになり、自我は体験との間にいっそうの心理的距離を置こうとする。その結果、衝撃のリアルさはさらに遠のいてしまい、他人ごとになったり、忘れ去られやすくなる。

よく大災害被災地からの復興が長期になってくると「私たちを忘れないで」というメッセージが発せられる。裏を返せば、被災者の切実さが人々の意識から容易に消え去ってしまうということなのだろう。有珠山噴火災害支援の時に虻田体育館(最後の避難所になった場所)に避難していた人から「避難解除が進んで自宅に帰れる人はいい。でも帰れない人はますます取り残されて辛いんです」という話を聞いたことを思い出す。また、ボランティアなどがどんどん引き上げていった後の時期に筆者らが避難所訪問すると「来てくれたんですか」ととても歓迎され、こちらが恐縮してしまったことがあった。

被災者は人々の関心が薄らいで忘れられることを不安に思っている。復興や回復の波に乗れた人と乗れないでいる人の落差はどんどん離れていくということである。「あちら側」にいる被害者の気持ちは、「こちら側」に立つやいなや遠くに追いやられてしまいやすい点も、語りを妨げる要因なのだろう。

(11) 相手を困らせることへの配慮

心的外傷受傷者は、人間関係を持とうとしなくなるが、自分の体験や心情を「わかりっこないけど、わかってほしい」(安, 2001, p.74)とも思っている。Herman(1992/1996)が著書「心的外傷と回復」の序文の最初に触れていることだが、「身の毛のよだつ怖ろしい事件を否認したい意志とそれを声に挙げて言い触らしたい意志との相克」(p.xii)という表現は被害者の葛藤を端的に表わしている。

だが、声を挙げようとするれば相手を困らせてしまうのではないかと躊躇する。実際、聴く側も困惑してしまう。

レイブ被害者:「家族や友人に助けてほしい。でも迷惑をかけたくない。家族や友人だからこそ、と思う気持ちが伝わらない。伝えられない」(小林, 2008, p.72)。

周囲も本人にどう関わればいいのかわからない。その結果、お互いがそのことには触れず「忌避」する関係になりやすい。原爆体験者とその子どもたちの両者の間に流れる無言の空気の様子を、中澤(2007)は次のように表わしている。

「子どもがせがんでも断わることが多い。子どもは子どもで、突っこんで語らせることにより、これ以上、親を苦しめたくないと考えるのである。日頃の親の行動から十分苦しんでいるのがわかるからである。親のほうでは『被爆者は自分一代でよい、これ以上子どもを巻きこみたくない』と考えている気配さえある」(p.131)。このようにお互いを思いやって、表面上は

もめごとなく親子で暮らしていても、被爆体験の伝達についてはうまくいってない例がいくつもあるという。

「親子の間には、すでに述べたように『いわなくてもわかっているよ』的表面的理解や、聞きたいが、話したいが、そうすると相手を一層傷つける予感があり『いすくんでしまう』傾向が濃厚に見られる。なぜわが子に感情をこめて伝えられないのであろうか。思いのたけをこめて語れば感情が激し、声がつまり滂沱の涙で語れなくなる、あるいは語ることは自ら傷口を開くことだから『あの日』がフラッシュバックして絶句してしまう(略)。そんなみっともないことは親としては見せられない、というのが穏当なこたえのようである」(同上, p.142)。

原爆体験を子どもに話したいし、子どもは聞きたい。しかし話すことで混乱する姿を見せたくない子どもの方も親に辛い思いをさせてまでは聞きたくない。それゆえお互いが、話したいけど話せない、聞きたいけど話させたくないジレンマを抱えている状態。その関係を中澤は、「いすくみ」とよんでいる。もともと「いすくむ」とは、恐怖などですわったままでちこまって動けなくなることをいう。

5. 聴くことの抵抗や困難

次には、心的外傷を聴くことへの抵抗と困難について、その要因を考えていきたい。

(1) 聴くことのプレッシャーと脅威

河合(1967)は、初期の著作で、心理療法で他人の内面を扱うことに関して「患者と共に、その暗い世界に入っていくことは、いかに発展の可能性を含むとはいえ、危険に満ちたものであるから、治療者としても一個の人間として、その危険を意識的・無意識的に回避してしまうことも多い」と述べ、その後の著作の随所にも、他者の内面に触れていくことの恐ろしさについて述べている¹¹。

一般の人間関係でのコミュニケーション場面は、心理的な負担が被ってきそうになると(いわゆる「重く」なると)適度なところで切り上げられる。人の内面や秘密を聴くということは、その重さが聞く側にも同じくのしかかってくるし、安易な慰めも空虚だと思えば、どのように応えてあげればいいのか言葉がみつからない。いわんやトラウマティックな体験の暴露は、聞き手は「困ってしまう」ために歓迎されるものではない。

「おそらく事件後に恋人が離れていってしまうのは、その人が薄情なのではなく、プレッシャーや責任に耐えられなくなってしまふからなのではないか。みんな言葉に詰まってしまう。多くの友人が、困った顔をする。引く。明らかにそれが感じ取れる」(小林, 2008, p.75)。

聴くことを仕事としている精神療法家であっても、過酷な体験の聴取は、二次的外傷性ストレス¹²を被る危険を感じとって回避したくなるのだろう。ときには治療者自身の外傷体験が再活性化されるかも知れない。かくして治療者の側も、内面が激しく揺さぶられることへの対応として、精神安定を保つためにさまざまな自我防衛機制が動員されることになる。

Figley(1995/2003)は、「二次的外傷性ストレスや二次的外傷性ストレス障害は、二者間にあって、相手のことで心を砕くときの自然な成り行き」であり「自然な副産物」として捉えて

いる。Herman (1992/1996) はまた、「災害あるいは残虐行為の証人の役割をつとめるうちに時には情緒的に圧倒される」ため、「外傷患者の治療者は時々精神的バランスを失うものと覚悟しておいたほうがよるしい」(p.217) と述べている。

すなわち、心的外傷受傷者との面接は、受傷の危険が高い場所にわざわざ飛び込んでいくような面接となる。トラウマティックな話題を傾聴していくには相当な覚悟が伴うといえよう。

(2) 聞かれない外傷体験

外傷は多様な精神障害や症状を引き起こす。岡野 (2009) は、広い意味での外傷により生じる精神障害として、外傷のみが要因というわけではないが、PTSDや解離性障害のほか、自傷や自殺、境界性パーソナリティー障害、身体化障害、適応障害、うつ病、パニック障害、摂食障害、行為障害などが挙げられるとしている (pp.66-75)。

しかし、受療者は外傷の事実を最初から、しかも自分から語るとは限らないし、受療者自身が現在の症状と過去の外傷との間に因果関係を見出していない場合も少なくない。従って治療者側から誘い水がないとその体験が引き出されにくい。しかし、精神科臨床の場面では、外傷そのものに関する質問が用意されておらず、状態像を見てパーソナリティー障害やうつ病などとして対処されることが少なくなく、岡野 (同上) は「これまで境界性パーソナリティー障害と呼ばれてきたものの中には、解離性、ないしは外傷性の障害を多く含んでいた可能性がある」と指摘している (p.69)。

治療者が治療経験不足であれば、外傷がすくいとられることがなく、たとえすくいとられても回復過程のイメージが描きにくい。

末田 (2006) は、「不眠、家から出られない、強い不安・緊張・焦燥感、自己嫌悪」を主訴に外来を訪れた男性に対し、不安障害や気分障害であると診断しかけた事例を報告している。実際はPTSDの診断基準を満たしていたが、それに気がついたのは、治療者が問診を見て、生死を左右する重大事故を体験していることが分かったからであった。

中井 (2004) は、PTSDの診断がやさしくない理由の一つに、「伝統的な医学は基本的な外傷症状を問診項目から外している」(pp.174-175) ことを挙げている。「多くの外来患者はフラッシュバックなど侵入症状を初めとする外傷関連症状の存否をそもそも聞かれていない。それには怠慢ばかりでなく、心的外傷には、土足で踏み込むことへの治療者側の躊躇も、自己の心的外傷の否認もあって、しばしば外傷関与の可能性を治療者の視野外に置く」(p.96)。

(3) 医療化による見落としの発生

医療化によって、外傷で苦しむ患者の訴えが取り上げられずに見落とされることがある。

その一つの要因は、診断基準の問題である。Hermanが提案しているような複雑性PTSD¹³の症状が、森 (2005) によると、「実際は、一回性のトラウマであってもここで見たような影響が現れていることが多い」(p.167)、すなわち、一回性のトラウマでも複雑性PTSDにみられるような反応を呈することが多いという。PTSDの診断には、「再体験」「回避・麻痺」「過覚醒」の三症状が必要であるが、一回性のトラウマティック・ストレスでも多彩で複雑な反応を見せるという指摘は重要である。子どもの場合は、大人以上に人格に影響がのこる可能性がある (山下, 2004)。医療化され精神疾患として扱われる際、PTSDの三症状だけに視点が向くと、患

者の他の反応や生活上の苦悩などが切り捨てられやすくなる。

二つ目の要因は、個人が個人でなくなっていく問題である。医療の現場では決して珍しいことではないが、診断が確定することで、「〇〇さん」は患者Aになってしまう。その人固有の名前は後方に退き、代わりに病名が前方に出てくる。診断名は、疾病を分類しその概念を共有するにはまことに便利であるが、生身の患者の生活や人生をみえにくくする。とりわけDSMのような特徴的な症状を拾い上げる操作的診断は、治療者が感情を移入しなくても可能である。つまり、PTSDだと診断されれば、その後の治療はprotocolの流れにのって行なわれ、受療者の「個性的な」訴えは退けられる可能性がある。

地下鉄サリン事件被害者：「病院に行っても、しょうがないですよ。何を言っても薬をくれるだけだから。頭が痛いなら頭痛薬、おなかが痛いならなんとかとか、要するに対症療法っていうの、そんなのだけ。(略)まあ向こうも、何をすればいいのかわからないんだろうけどね。だから病院なんて行く気になれなかったな」(村上, 1999, p.464)。

マスコミの世界でも同様のことが生じやすい。そのため、サリン被害者の証言取材をした村上(1999)は、「そこにいる生身の人間を『顔のない多くの被害者の一人(ワン・オブ・ゼム)』で終わらせたくなかった」(pp.27-28)と述べ、一人ひとりの体験や人生を著書に描き出そうとした。被害者のリアルな顔(一人ひとりの交換が不可能なあり方)が容易に失われることを懸念したのである。

Herman(1992/1996)も「患者を既存の診断枠という人工産物の鑄型に当てはめようとすることは、一般に、問題の部分的理解と断片的な治療的アプローチとなるのが関の山である」「かりに訴えても、訴えをちゃんと理解されないことが余りにも多い」(p.186)と、診断枠に押し込めて考えることを危惧している。

PTSDの診断名の登場で救われた人は多いだろう。しかし同時に、医療化によって視点の固着も生んでしまう。診断がつく、すなわち反応の正体が分かることのメリットは大きいですが、診断基準という視点が硬直化すれば、受傷者の日々の生活に伴う苦悩や症状が見落とされやすいデメリットが生じるということである。外傷受傷者は、全員が必ずしも正しい診断や投薬だけを望んでいるわけではなく、「苦しい」「辛い」「心が痛い」ことを十分に受けとめてほしいと願っているのではないだろうか。

(4) 治療者の徒労感

PTSD患者の精神療法にあたってはいくつかの困難がある。

まず、外傷体験を話題の俎上にのせるまでが大変である。第4節でみてきたように、受傷者の語りへの抵抗は強力である。安全感の保証と信頼関係の確立のために患者は話をしているかどうか厳しくチェックを繰り返すだろうし、体験の語りには、相当な勇気やストレスを伴うことになる。そこでもし、治療者が外傷記憶を呼び起こそうとして先走りしすぎたり、受けとめ方が当事者の心情から離れていたりすると、精神療法自体が外傷を与えることにもなりかねないため、細心の注意が求められる。

次に、患者は、語りと一緒にこぼれてきた記憶や情動を抑えることにエネルギーが使われやすいため、治療者が、「洞察」や「気づき」を期待しても、そちらにはエネルギーが向きにくい。患者は、面接後、極度の疲労感に襲われたり不快な感情の調御に躍起になって、治療意欲は萎えやすい。治療者は、そのような患者を支えることに力を注がなくてはならなくなる。

ただ、これは精神療法が無効という意味ではなく、安全感・安心感を十分すぎるほど確保して、丹念に話を聴いていく方法が基本であることに変わりはない。しかし、治療者が期待する回復のペースに比べて、実際のペースが停滞したり効果が認められなかったり、治療に対して陰性の感情を持たれたりしたときに、治療者はしばしば無力感や不全感に陥りやすいということである。

筆者に紹介があった婦人は、4年前に子どもが縊死し、その第一発見者となって夫とともに遺体を降ろしたという体験を持っていた。それから強い抑うつ状態を呈して仕事もできなくなった。医師からは、外傷が深刻なため薬物だけでは回復が見られないのでEMDRを含めた心理療法をしてほしいとの依頼があり、そのつもりで面接を繰り返したが、誰にも言っていないようなことを話してくれるようにはなったものの、当の事故については語る事がなく、頻繁に休むなど明らかな抵抗が見られた。決してこちらからその話題に直面させるようなことはせず、極めて遅いペースで「待ち」の姿勢で構えているつもりであるが、面接を持つこと自体が圧迫感を与えているのではないかと、無駄なことなのではないかといった不安や無力感に陥っているのを感じるが多かった。

阪神・淡路大地震で息子を亡くし、その後は遺族として慰霊やボランティアで被災者の支援活動に回った白木は、長いときがたってから信頼できる精神科医と出会うことになる。だが、殻にこもっていた時期のことを振り返った時に、「トンネルに入っていた四年間に先生と会っても、たぶんなにも話せなかったでしょう」(加藤・最相, 2011, pp.157-158)と陳述している。

外傷被害者の精神療法において、治療者は、自分の精神的健康が損なわれるような衝撃的な話を聴き続ける共感疲労に耐えるだけでなく、患者のペースで、「語られるとき」を待つ忍耐力が必要なのであろう。

また、治療関係が成立しても、患者の生活上に次なる問題が生じることが多い。外傷の出来事から派生して、職業生活、経済生活、保険、裁判、人間関係など多岐の側面で、社会や他人の対応や言動などから、二次被害ともいえるべきショックや傷を受けることがたいてい生じてくるのである。経験的には、「加害者からひと言も謝辞の言葉がない」「こんなに痛みがあるのに保険会社がもう補償を打ち切ると言ってきた」「家族が腫れ物にさわるように自分に関わってくる」「まだ治ってないの?と言われて頭にきた」「これからの生活の保障がなくて不安でたまらない」「新聞報道が事実と違うので誤解されないかと心配だ」「会社の扱いは、まるで辞めてくれといわんばかりだ」などの問題である。これらは、当該の外傷体験に輪をかけて外傷を重ねやすく、「こんなことになるのなら死んでいた方がよかった」と話した人(交通事故被害者)さえいる。

患者は生活の中で新たに傷つき、怒り、治療者も、その強い怒りや絶望感を伴った語りを重ねて聴くことになる。患者のみならず、治療者もその重みを背負うことになり、治療がしんどくなってくる。

このように、治療者は自分の努力に比して、容易には治らない患者、しんどい患者として陰性の逆転移を起こしやすいと条件があることも、外傷者の話を聴くことの困難のひとつではないかと思われる。

6. 心的外傷者の生きづらさ

6-1. 情報伝達の困難性

第4節と第5節では、心的外傷者の「語ること」、一般とりわけ治療者側の「聴くこと」の双方に幾多の障害があることを項目立てしながら、両者の間に横たわる情報の伝達困難性の問題を検証してきた。

語ることの抵抗や困難の理由は、次の11項目にまとめられた。これらはそれぞれ独立しているのではなく関連しあい重複していると考えたほうがいだろう。

- (1) 表現する力の喪失
- (2) 理解しがたい反応や症状
- (3) 言葉にできない強烈な体験
- (4) 理解してもらえないはずがないという諦め
- (5) 記憶を封印したい衝動
- (6) 恥ずかしさ
- (7) 傷つくことへの恐れ
- (8) 社会的理由
- (9) 耐えることが美德の文化背景
- (10) 急速に薄れる被害者意識
- (11) 相手を困らせることへの配慮

また、心的外傷を聴くことへの抵抗と困難の理由については、次のような要因が考えられた。

- (1) 聴くことのプレッシャーと脅威
- (2) 聞かれない外傷体験
- (3) 医療化による見落としの発生
- (4) 治療者の徒労感

治療者と外傷受傷者の治療関係の難しさについて、Herman (1992/1996) は、「外傷は患者が信頼関係に入る能力に打撃を与える。それはまた、治療者にも間接的にはあるが強烈な打撃を与える。だから、患者、治療者の双方がともに治療同盟の関係に入るまでにはさまざまな困難が見込まれて当然である」(p.210) と述べている。外傷が双方にもたらすダメージは、伝達の困難性に大きく力を及ぼしている。

そして外傷がつくり出す「裂け目」は、これら伝達の困難性という特徴によって埋まることがなく、心的外傷とその苦しみを他人や社会が正しく認知できないという帰結を生んでいる。

6-2. 心的外傷受傷者が抱く苦しみ

ここで、これら伝達の困難性を考えてきたときに、そこに見え隠れしていた外傷受傷者の困苦を、今一度まとめてみよう。

外傷者は、本人にしかその辛さが分からない(あるいは本人にも分からないような)不可思議な症状に襲われる。突如として記憶に蘇る外傷の恐怖の瞬間(再体験)。フラッシュバックを抑え込もうとする内的な闘い(回避、麻痺)。常に過剰な警戒状態で送らなければならない

日常生活(過覚醒)。そこには、強い怒りや恨み、絶望感や罪悪感が惹起される。外傷者の内のエネルギーは消耗されるばかりで、日々の普通の生活を送る力は奪われてしまう。

自分はいったいどうなってしまったのか？ 過去の自分とは明らかに違う自分の姿に自我違和感を強く憶える。そして、以前は適合していたはずの社会との関係がぎくしゃくしてきて、自分は「よそ者」「除け者」のような孤立感や阻害感が深まり、社会から切り離されたような感覚や、社会への敵対的な感覚が強まる。社会の居心地が悪くなった外傷被害者は、しばしば自己破壊や他者破壊の衝動によって自他への傷害にまで至ることも珍しいことではない。

社会の「異物」になってしまっ、自分の苦しみを訴える力もなくなってしまい、辛うじて訴えたとしても周囲からの理解を得ることができず、その結果、多くはサイレント・マジョリティとして生きなくてはならない。

PTSDの有病率は決して低くないにもかかわらず¹⁴、病的反応と気づかなければなかなか受診に繋がらないし、せっかく繋がっても治療の抵抗性は高い。治療者の側も、知見や経験不足から通り一遍の問診で済ませば外傷を見逃しやすい。また治療者自身の防衛から、踏み込んで聴くことが回避され、外傷は治療対象の網の目をすり抜けてしまうことになる。また、網の目に残っても、専門家の前でしばしば患者は再度無力化される。症状の消失や緩和のための薬物や技法があてがわれても、個々のニーズや訴えが真摯に取り上げられなければ、孤立感は深まるばかりである。

外傷を力で封じ込めても、何かのきっかけでいつ突然記憶が噴出してくるか分からないし、押し隠して生きることは窮屈このうえない。外傷者は、「そのことがあってもまるでなかったことのように生活しなくてはいけない」し、事実を知った周囲の者は「そのことがあってもまるでなかったことのように関わらなくてはならない」といったいすくんだ関係が生じる。世間の風潮により、いわれなき差別を受ける場合もある。

崩壊しそうな自分を保とうとするために、社会生活を「普通に」送ることに全力を挙げる人もいる。余計なことを考えないように仕事に打ち込んだり、身体を動かしたり必死の対処をする。しかし、それは自分の気持ちを否定して精一杯逆の自分を取り繕っている生活でもある。また、周囲の期待に合わせて、あたかも回復したかのように振る舞わなくてはならないときがある。まるで他人にも自分にも嘘をつくかのような毎日を強いられれば、心底喜んだり楽しんだりすることはできないだろう。実際、嘘をつかなければならないこともあり、それもまた苦しみをつくり出してしまう。周囲が想像だにしていけない「欺きのお芝居」の日々は心労を蓄積させ、ますます社会からの疎外感を強めていく。

さらに、歴史を遡れば、心的外傷で戦闘不能になった兵士が臆病者として処刑、あるいは治療と称してより強い不快刺激を与えられて前線に送り返されたという不幸、レイプや他の暴力被害者が泣き寝入りをしなくてはいけなかった現実があった(ある)。社会はまた、その時代の都合で、外傷被害者の声に蓋をしてきた。

このように、一生を狂わせられるような出来事に遭遇し、理不尽な処遇と多大な忍耐を強要されてきた心的外傷者は、声を上げることも憚られ、傷を隠し、一人で苦悩を抑圧したまま、晴れることのない重たい心を抱えなくてはならなかった。心豊かに楽しんで生きるとか、充実感とともに生きるといった生活は奪われて、生活の質は低く貶められ、ひっそりと沈黙を守って生きなくてはならなかった。外傷を受けた人と社会との間に横たわる裂け目が修復

されない限り、外傷者はこのような生きづらさを背負ってしまうのである。

6-3. 生きづらさをつくるもの

Herman (1992/1996) は、「心的外傷のもっとも突出した特性は恐怖と孤立無援感とを起させるその力である」(p.47) と述べている。心的外傷は基本的信頼感を砕き、庇護された安全な環境から自分が放り出されたという不安と恐怖、そして孤独感や無援感、疎外感を生じさせ、人間関係を壊す力を持っている。これら心的外傷の数々の打撃に共通して認められる特徴が「離断 (disconnection)」である。

この「離断」こそが、心的外傷者に生きづらさをもたらすものではないだろうか。

外傷者は、衝撃体験のあと、「以前の自分ではなくなった」「かつての自分は死んでしまった」「自分は何かが変わってしまった」「自分だけが変わってしまった」「人間でなくなってしまった」など、過去の自分との繋がりが断ち切れたような感覚を覚える。「自己」が損なわれるのである。記憶が離断され、断片的になることもある。

それは次には、過去の自分が繋がっていた周囲や社会との関係に影響を与え、Herman (1992/1996) の表現によると、「外傷的事件は基本的な人間関係の多くを疑問視させる。それは家族愛、友情、恋愛そして地域社会への感情的紐帯を引き裂く」ことに至る。また、人間関係の破壊は二次的でなく外傷の一次的効果であるとも述べている (p.75)。それまで抱いていた社会や人への信頼感を喪失し、不適応感覚が強まってしまうため、自分自身が異物化した感覚がさらに強まり、社会で生きることが辛く困難に感じてくるのである。

つまり、第一の離断として、過去の自分や過去の生活との離断があり、第二の離断として、社会との離断があり、外傷者は、内側からの自我違和感と外側からの孤立無援感に強く追いやられてしまい、生きづらくなると考えられる。

6-4. 生きづらさに気づくこと

心的外傷に対して社会が理解を示すようになったのは、社会が成熟を迎えてからのことである。飛鳥井(2002)は、かつては命令一下で何十万という兵士が死んでも、大災害で多数の死者が出ても、個人の心の問題がとりあげられることはなかったが、「社会が成熟して個人主義の時代に入って1人1人の持つ心の痛手というものに注目されるようになったという変化は大きい」と述べている。

しかし、大局的には個人の痛みが社会が着目するようになったが、外傷受傷者は決して生きづらさから解放されたわけではない。病気の治療だけであれば医師に繋がればよいが、依然として残る生きづらさは、「なぜ私にこんなことが」を繰り返して自問させ、生きる意味や生命の価値にも繋がる実存的な思惟を必要とするもので、解決は容易ではない。

だが、そこに苦悩がある以上、心の回復に関わる者は、この生きづらさの問題を避けて通ることはできない。

安(2001)は次のように述べている。「災害直後の『正常な反応』がいったん落ちついたように見えても、心の傷が解消したと言い切ることはできないのである。目立った症状はなくても、ある種の『生きづらさ』が持続していることがあるからである。それは、心から楽しむことができない心境、社会との齟齬の感覚、孤立感といったものである。こうした苦痛は、精神科の『症状としてはとらえにくく、『病気』として治療を受けられることは少ない。」そして、

心のケアの長期的な目標は、こうした「生きづらさをいかに和らげるかということにある」(p.241)と述べている。

心のケアを考えていくにあたって、安(同上)は、被害者に関わる人の基本的な姿勢に関して次のようにいう。

「苦しみを癒すことよりも、それを理解することよりも前に、苦しみがそこにある。ということに、われわれは気づかなくてはならない。だが、この問いには声がない。これは発する場を持たない。それは隣人としてその人の傍らに佇んだとき、はじめて感じられるものなのだ。臨床の場とはまさにそのような場に他ならない。そばに佇み、耳を傾ける人がいて、はじめてその問いは語りうるものとして開かれてくる。これを私は『臨床の語り』と呼ぼう」(p.324)。

安の眼差しは、まずそこに発することのない被害者の苦しみにあることに気づくことを何よりも大切にしている。それは語られる人が関心を持って佇むことで、やがて語られる時が開かれてきて、初めて語られるものであるのだろう。

支援にあたる周囲の者は最初に何をすればよいのか。専門家はともすれば、欧米などで開発された効果的と思いき〇〇療法を取り入れてそれをあてがって、と走りやすいが、それ以前に、苦しみに気づき、聴く耳をもって心的外傷者に寄りそうこと、なのであろう。苦しみや痛みをあるがままに受けとめていく中に「生きづらさ」も少しずつ語られていくに違いない。

注

- 1 病院の受療者として心理面接で関わった場合、クライアントということばは使わず「患者」とした。
- 2 1995年1月17日に兵庫県を襲った震度7の都市直下型地震。震災では、犠牲者6434名というその当時に戦後最大の死者を出した。
- 3 心的外傷には、いじめ、DV、虐待など反復される性質をもつイベントに由来するものと、事故、災害、事件など一回のイベントによって生じるもの(単回性)とがある。
- 4 DSM精神障害の診断と統計の手引き(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)。アメリカ精神医学会が定めた精神疾患に関するガイドライン。American psychiatric Association(2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders.4th -TR. American Psychiatric Pub.高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2003):DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル.医学書院。
- 5 1995年3月20日、オウム真理教が引き起こした無差別殺人テロ事件。信者数名が東京の営団地下鉄車内でサリンを散布し、死者13名、重軽傷者6300名に上る被害を出した。
- 6 2001年2月10日に発生。宇和島水産高校の練習船「えひめ丸」が、ハワイ沖でアメリカ海軍の原子力潜水艦の浮上により衝突し沈没した事件。船内に取り残された生徒と教員の合計9名が死亡し、生還した生徒たちは深刻なPTSDで苦しんだ。
- 7 原作は、1989年にOliver Stone監督によって映画化され、原作者はOliver Stoneと共に脚本を書いている。
- 8 砲弾ショックともいう。Allan Youngによると、当初は高性能の爆発物による脳震盪あるいは脊髄震盪ショックに続発した強度の全身の振戦、健忘、頭痛などの病的状態を示していたが、後には、実際に身体を揺さぶる力がない場合でも起こっていることから、「戦争神経症」と同義語となった(Young, A.(1995/2001))。
- 9 1945年8月6日に広島、8月9日に長崎に原子爆弾が投下。以下で引用している中澤の著書の「ヒバクシャ」と

は両市の被爆者を指す。

- 10 共通の話題を何でも話し合う「おしゃべり」「分かち合い」グループ(Young.A.(1995/2001))。反戦帰還兵たちが組織し、同調してくれる精神科医に援助を求め、戦争の外傷的体験を再話し再体験したという(Herman(1992/1996))。
- 11 この他、例えば「カウンセリングの実際問題」(1970, 誠信書房)では「自我防衛によって防いでいるものは、それ自体非常に恐ろしいものです。それを取り入れてこそすばらしいが、これを取り入れるまでは、恐ろしいものです。だから、自我防衛を簡単に弱めることをわれわれはしてはいけません。もし弱めるのでしたら、つまり、自我防衛を弱めるような態度できくのだったら、その恐ろしいところへ相手が入っていったとしても、自分も共に入ってゆくのだという確信があってこそするべきです。」(p.108)など、内面を聴いていく側に覚悟が必要なことを述べている。
- 12 二次的外傷性ストレスは、共感疲労とも共感ストレスともいう。「トラウマを受けた人あるいは苦しんでいる人を支える、支えようとするにより生じるストレス」のこと(Figley(1995/2003))。
- 13 Herman(1992/1996)は生活の中での常習化したトラウマの反復や蓄積が人格にまで深く影響が及んだ症状を総称して、複雑性PTSDの診断名を提案しており、その症状が現れるポイントを、「感情制御」「意識」「自己感覚」「加害者への感覚」「他者との関係」「意味体系」が変化するというところにおいている。例えば、自己感覚の変化とは、「孤立無援感あるいはイニシアティブ(主動性)の麻痺」「恥辱、罪業、自己非難」「汚辱感あるいはスティグマ感」「他者とは完全に違った人間であるという感覚(特殊感、全くの孤在感、わかってくれる人はいないという思い込み、自分は人間でなくなったという自己規定が含まれる)」から成り立っている。
- 14 米国成人の生涯有病率は約8%(高橋三郎・大野裕・染谷俊幸訳(2003)「DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院」による)。

引用文献

- 安克昌(2011)(増補改訂版)心の傷を癒すということ—大災害精神医療の臨床報告. 作品社. (増補改定前の出版は2001年に角川書店から発行されているので、本文中の文献の年号は2001年とした)
- 飛鳥井望他(2002). PTSDとその周辺をめぐって. 臨床精神医学, 増刊号, 7-21.
- John W.Dower.(2000).Embracing Defeat: Japan in the Wake of World War II. W W Norton & Co Inc. 三浦陽一・高杉忠明(訳)(2004).敗北を抱きしめて 第二次世界大戦後の日本人. 岩波書店.
- Figley, C.R.(Ed).(1995). Compassion Fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H.Stamm(Ed), Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Lutherville, MD: Sidran Press. New York. 共感疲労—ケアの代償についての新しい理解に向けて—小西聖子・金田ユリ子(訳)(2003). 二次的外傷性ストレス—臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題. 誠信書房.
- Herman, J.(1992). Trauma and Recovery. Basic Books, New York. 中井久夫(訳)(1996). 心的外傷と回復. みすず書房.
- 岩井圭司(1999). 被災地のその後—阪神・淡路大震災の三三カ月. 「心のケアセンター」編. 災害とトラウマ. みすず書房. pp. 1-25.
- Kardiner.A.(1947). War Stress and Neurotic Illness. Paul B.Hoeber & Brothers, New York, London. 中井久夫・加藤寛(訳)(2004).戦争ストレスと神経症. みすず書房. (ただし、この箇所は本編の付録である1959年版のアリエッティ編『アメリカ精神医学ハンドブック』に寄稿した「戦争外傷神経症」Traumatic

Stress of Warの訳部分である)

- 加藤寛・最相葉月(2011). 心のケア－阪神・淡路大震災から東北へ. 講談社現代新書.
- 河合隼雄(1967). ユング心理学入門. 培風館. pp.255-256.
- 菊池浩光(2007). 緊急事態ストレス(CIS)からの回復に影響を与える諸要因の研究. 北海道大学大学院教育学研究科・修士論文(未公開).
- 菊池浩光(2010). 地元心理士による有珠山噴火被災者支援のボランティア活動経過－現場の臨床心理士会はどのように心のケア活動を起動し継続したか－. *トラウマティック・ストレス*, 8(1), 65-70.
- 小林美佳(2008). 性犯罪被害にあうということ. 朝日新聞出版.
- 講談社編集(1990). 昭和二万日の記録 第15巻. 講談社. p.38.
- Kovic.R(1976). BORN ON THE FOURTH OF JULY. 日高義樹(訳)(1990). 7月4日に生まれて. 集英社文庫.
- 前田正治・加藤寛(2008). 生き残るということ えひめ丸沈没事故とトラウマケア. 星和書店.
- 目黒克己(1966). 20年後の予後調査からみた戦争神経症(第1報). *精神医学*, 8(12), 33-41.
- 緑河実紗(1998). 心を殺された私 レイプ・トラウマを克服して. 河出書房新社.
- 森茂起(2005). トラウマの発見. 講談社.
- 村上春樹(1999). アンダーグラウンド. 講談社文庫.
- 永井俊哉 岸広子(2004). レイプトラウマによるPTSDの治療報告. *社会精神医学研究所紀要*, 33(1), 44-48.
- 中井久夫(2006). トラウマについての断想. *こころの科学*, 129号, 22-29.
- 中井久夫(2004). 徴候・記憶・外傷. みすず書房.
- 中澤正夫(2007). ヒバクシャの心の傷を追って. 岩波書店.
- Nelson. Allen(2006). 戦場で心が壊れて. 新日本出版社.
- NHK戦争証言アーカイブス <http://cgi2.nhk.or.jp/shogenarchives/> (2010年8月2日取得)
- 野田正影(1998). 戦争と罪責. 岩波書店.
- 岡野憲一郎(2009). 新外傷性精神障害. 岩崎学術出版社.
- Raphael.B.(1986) When Disaster Strikes. Basic Books, New York. 石丸正(訳)(1989) 災害の襲うとき カタストロフィの精神医学. みすず書房.
- 末田耕一(2006). 事故受傷による単純型外傷後ストレス障害の1例－複雑性外傷後ストレス障害の3症例との比較. *広島医学*, 59(7), 578-598.
- 高橋三郎編(2005). 共同研究戦友会. インパクト出版会.
- 山下仰(2004). 児童期のPTSD－特に単回性の心的外傷によるPTSDの治療について. *児童青年精神医学とその近接領域*, 45(2), 54-61.
- 吉田裕・森茂樹(2007). アジア・太平洋戦争(戦争の日本史23). 吉川弘文館, p.252.
- 吉田裕(2009). 兵士たちが語り始めたアジア・太平洋戦争の記憶. NHK「戦争証言」プロジェクト著. 証言記録兵士たちの戦争I. 日本放送協会出版会.
- Young.A.(1995) The Harmony of Illusions : Inventing Post-traumatic stress disorder. Princeton University Press, Princeton. 中井久夫・大月康義・下地明友ほか(訳)(2001). PTSDの医療人類学. みすず書房.

The Pain of Those Living with Trauma

Hiromitsu KIKUCHI

Abstract

Disastrous events often give rise to psychological trauma, creating a difficult to understand breach between the traumatized person and community. In 1980, the characteristic syndrome of psychological trauma became diagnosed as PTSD (post-traumatic stress disorder). This diagnosis played a large role in the recognition and relief of psychological trauma victims. However, these victims do not suffer from only medical symptoms. They also suffer from an agonizing lifestyle of not being fairly understood by community, driven to loneliness, and living in the shadows.

Psychological trauma is not properly acknowledged by community because of the difficulty in communication that is associated with trauma. This is caused not only by the conveyor, because of resistance or difficulty in talking about it, but also by the listener because of resistance or difficulty in hearing about it. Clarifying the reasons for difficulties in communication of both sides, and reconsidering the victim's pain, the root of the pain of living could be two forms of disconnection brought about by the trauma, "a disconnection from one's past self" and "a disconnection from community".

Key words

psychological trauma, PTSD, trauma, pain of living, disconnection