HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	わが国における心的外傷概念の受けとめ方の歴史
Author(s)	菊池, 浩光
Citation	北海道大学大学院教育学研究院紀要, 119, 105-138
Issue Date	2013-12-25
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.119.105
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/53821
Type	departmental bulletin paper
File Information	AA12219452_119_05.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

わが国における心的外傷概念の受けとめ方の歴史

菊　池　浩　光*

【要旨】 古来から，心的外傷になるような衝撃体験は日常生活の中にあったはずで，神代の「古事記」の中にも外傷体験と思われるエピソードが見出される。本論では，わが国で人びとが心的外傷体験をどのように受けとめて対処してきたのかについて論じる。

明治期以降，日本は急速に近代化を進め，鉱工業や土木業が隆盛になり，労働災害後の，とりわけ頭部外傷を伴うさまざまな症状への対応が求められるようになった。すでに西欧で議論されていた心的外傷概念は，「外傷性神経症 Traumatische Neurose」や「災害神経症 Unfallsneurose」として移入された。これらの疾患は，現在の PTSD の近似概念と考えられてきたが，ヒステリーや器質的疾患が含まれるなど多義を擁して統一見解に至らず，また，多くの医家には賠償欲求が引き起こす心因性のものとして受けとめられていた。わが国では，戦前，戦後を通して心的外傷研究には関心が寄せられず，阪神・淡路大震災（1995）の発生で初めて注目を集めるようになった。

【キーワード】トラウマ　PTSD　外傷性神経症　歴史　変遷

1．はじめに

1－1．トラウマと共にある生活

古代から人は，天災，人災を問わず死傷を伴い重度のストレスをもたらす衝撃的な出来事と共にあった。わが国の災害史をひも解けば，自然災害だけでも，台風，水害，地震，津波，噴火，干ばつ，冷害などが何度も繰り返され，多数の犠牲者が生じた事実を容易に知ることができる（宮澤（編），2008）（災害情報センター・日外アソシエーツ（共編），2008）。

鴨長明の『方丈記』（佐竹・久保田（校注），1989）には，大火，辻風（竜巻），飢饉，地震の四つの自然災害がドキュメント風に描かれている。それらは作者が18～35年前の出来事を回想して書かれたものであるのだが，まるで現場からの実況中継のように描写が生々しく，それだけ記憶に鮮明に刻印されていたということだろう。飢饉を描いた場面では，自給生活をしていなかった平安京の都人と思われるが，財産を売り払おうとしても金品には見向きもされず，乞食となり悲痛の声が満ちたという記述がある。生命の維持に傾注しないと生きていけなかった時代では，ひとたび干ばつの乾風が大地に吹けば，人々が飢餓に苦しみ，体力を失った群衆の移動や不衛生から疫病が併発し，多くの民衆が実にあっけなく死に至ったことであろう。古書のなかにも「疫餓死」ということばがみられるというし，飢饉については，江戸時代だけでも大きなものとして享保，天明，天保の大飢饉が起こっており，正確な数は把握できないがそれぞれ数万人とも数十万人ともいわれる死者が発生している（立川，1979）。

疫病といえば，感染病のパンデミックも短期間に大量の死者数を出す。1879年（明治12年）には，コレラによって約10.6万人が犠牲になったといわれ，その死者数はその後に続いた日

* 北海道大学大学院教育学院博士後期課程

清，日露戦争の戦死者数を超えている（宇野他（編），1991）。世界中を襲ったスペイン・インフルエンザでは，1918年～20年（大正7～9年）に国内で45万人もの死者を出している（岡田（編），2006）。

このように，自然の猛威は容赦なく人命を奪い，社会を暗澹とさせてきたため，古代から人はいい知れないおそれや脅威を感じてきた。奈良・平安の人々はその原因を祟りや怨霊の仕業ととらえ，鎮魂，加持祈祷，供養，仏閣や仏像造立などで抗おうとした（保立，2012）。しかし，人間の努力ではいかんともしがたい力の前で，為政者も民衆も恐怖にかられ絶望に陥り，無常観が強まって末法思想の流行にも結びついていったものと思われる。

さて，生命の脅威は自然界だけにあるのではなく，人間社会においても喧嘩の類や領地をめぐっての小競り合いなどは現代と変わらず頻繁に起こっていたであろう。武士が支配する時代にあっては各地で合戦が起こり，合戦に際しては，食料，牛馬，人間を連れ去ることも多く行なわれたという（佐伯，2004）。中世の戦場では，功名や恩賞のために相手の首を取る打取りが行なわれ，切り捨てられた遺体がそのまま放置されることは珍しくなかった（藤木，1995）。戦闘による死傷者だけでなく，「非戦闘員の殺害は，珍しいことでもなかった」（佐伯，2004）と考えられており，民衆は，狼藉者による殺人，暴行，強盗，略奪，誘拐，強姦など生活や生命の危険に怯えなくてはならなかった。

以上のように，昔から生命を直接脅かす危険は日常と隣り合わせに存在しており，心的外傷を背負う場面は少なくなかったはずである。

さて，西洋の多くのトラウマ研究者たちは，トラウマやPTSDの起源を19世紀半ばの大量輸送時代の到来のときとしている（Young，1995/2001）（van der Kolk，1996/2001）（Herman，1992/1996）。すなわち，鉄道事故である。鉄道は産業革命が産んだ画期的な大量輸送手段であり文明の発達にはかり知れず寄与したが，他方で一度の事故による死傷者の規模を桁違いに大きくした。日本もまた，明治維新後，国を挙げて富国策が進められ，鉄道が次々と敷設され，土木業が隆盛し，鉱工業，機械工業の発達によって炭坑や工場で働く人が増えてきて，規模の大きい事故や災害が発生するようになった。また，近代兵器を用いた外国との戦争も経験するようになった。わが国においても，列強国への仲間入りをめざして近代化が図られていくに従って，たくさんの人が一度に死傷するような大規模被害に見舞われる機会が増えてきたのである。

１－２．日本では関心が薄かった心的外傷

森山（1990a）は，「わが国の場合，交通災害や工場災害でも先進国であり，PTSDで悩む患者が他の先進諸国に比べて極端に少ないとは思われない」と述べている。確かに十九世紀末から，暴力や転倒や墜落などの怪我の神経症的後遺症の症例報告がぽつぽつと出され始め，二十世紀に入ってからは鉄道医による鉄道関連事故後の神経症的反応への研究が盛んになって災害補償制度の影響も論じられるようになり，第二次世界大戦では戦争神経症の研究などが蓄積されてきた側面は認められる。

しかし，わが国では，当初より，災害や事故や戦争の際の心的外傷に関してそれほど強い問題意識が持たれてきたわけではなかった。この傾向は当初からみられ，初期においては，一部の医家が，欧米の疾患概念を移入・すり合わせをして自験例を報告する場合が多く，関心が薄いこの分野への認識を拡げるための啓蒙的な意味合いをもっていたようである。

たとえば1902年（明治35年）発行の「東京医事新誌」に山田（1902）による次のような記載がある。「余は明治二十七年本性（筆者注;「外傷性『ノイローゼ』」のこと。山田はCharcotの学説を受け入れ，外傷後の神経症は器質変化ではなく機能的変化によるものであるとし，「外傷性『ノイローゼ』」と表記している）の一例を報告せしが爾来今日迄二十一例に遭遇せり」として，11例を短く紹介し，「日本人も本病に対して感受性を有すること明かなれば此疾患に就ては後来実際問題として現わるること有るべければ今日に於て各工場主任に之に関係する医師の充分なる注意を希望す」（旧漢字は新漢字に変換し一部ルビ加筆. 以下同じ. 著者）。つまり，外傷性「ノイローゼ」に日本人も罹患することが明らかで，この病気は，将来問題になるだろうから今のうちに工場災害に関係する医師たちに周知すべきだといっているのである。19世紀末に欧米で盛んに議論されていた外傷性神経症の知識が，一般の日本人医師の間で希薄だったことを思わせる一文である。

それから27年経過した時点で，鉄道医の鈴木（1929）は，Oppenheimが命名した「外傷性神経症」は「其後永イ間殆ンド凡テノ医家カラ喜ンデ，寧ロ無批判的ニ濫用サレタ感ガアツタ。爾来外国ニ於テハ多クノ学者ニヨリ研究論議サレ，本症ニ関スル見解ガ変遷スルト共ニ本症ニ対スル補償制度モ次第ニ改善サレツヽアルモ，我国ニ於テハ他ノ方面ノ医学ガ長足ノ進歩ヲ示シタノニ拘ハラズ，本症ノ研究ハ従来甚ダ等閑ニ附セラレ，其ノ見解ハ永イ間舊套ヲ脱セズ，補償制度ニモ見ル可キ改善ガナカッタ様デアル」と述べ，無批判に濫用されるほど便利な概念であるのに日本では研究が進まなかった経緯を記している。戦前の外傷性神経症に関しては，西洋の概念を移入するにとどまり，国内において論争が盛り上がることはなかったようである。

わが国特有の原子爆弾災害の場合はどうであっただろう。精神科からのアプローチについては，小沼（1953），仁志川（1961），野中ら（1987）の研究がある。小沼は被爆者の神経症的な症状は器質性ないし機能性の障害として間脳症候群が示唆されるとし，心因性には否定的な見解を述べており，仁志川らは，被爆者の神経症様患者の実態を調査して被爆から15年経っても半数近くが神経症様愁訴に悩んでいることなどを見出したが，やはり放射能による器質的ないし機能的障害に基づくものと考えている。野中らは被爆者37例の精神障害を調査してDSM-Ⅲに従った診断分類を行ない，精神病状態を示すものの割合が多いことや病像が非定型的で変遷・付加重畳・発展が見られることなどを結論としているものの，既にDSM-Ⅲに掲載されていたはずのPTSDの検討はしていない。原子爆弾災害の研究は，「身体面のものが中心で，精神医学的・心理学的視点からの研究はごくわずかである」「原爆災害の心理学的研究は原爆投下50年を経た現在でもごく少ない」（西本・松本，2002）という状況で，早期から精神医学的研究をしたものは少数しかみられなかった。中澤（2007）は被爆者の心的外傷研究について「被爆当初を精神医学的に検討したものは，事実上なかった」とまとめ，アメリカの精神医学者Lifton（1968/2009）が，被爆者の聞き取り調査をおこない「生きていく上での悩み，痛み，苦しさ」を構造的にとらえるアプローチを行ない発表したのに対し，「わが国の精神医学者は被爆者に何もしなかったともいえる」と評価している。このように，わが国は唯一の被爆国であるにもかかわらず，精神医学的な被爆後の後遺症への積極的な研究は邦人の手によっては行われてこなかったのである。

森山（1990a）は，わが国では，心的外傷に対して第二次世界大戦を契機として本格的な論考が出た以外は臨床現場から問題意識が消えてしまったというくらい研究意識が薄かったことを指摘している。そして，PTSDの診断名がDSM-Ⅲに登場した1980年以降，欧米の主要な精神

科専門誌にPTSDの関連論文が急増している現状に比べて「わが国では，この問題が論じられることは極めて少ない」「この疾患に関する精神科医の関心は，二〇〜三〇年前よりさらに低くなっているし，まして精神医学以外の領域でPTSDが語られることは皆無であろう」と，1990年の時点でその関心の低さに言及している。だが，この分野にスポットライトが当たるには5年後の阪神・淡路大震災の発生を待たなくてはならなかった。

総じて，日本においての心的外傷分野への関心や認識は，その概念の移入期からごく最近まで西欧に比べて低かったということができる。

研究者が強い関心を寄せなかったとはいえ，心的外傷者の支援を考えていくにあたって，本邦での歴史を辿り先人が行なったトラウマへの支援や治療方法を調べてみることは有益なことであると思われる。

本論では，わが国で心的外傷がどのように扱われてきたのか，その概念のない時代まで遡り，欧米から移入されたトラウマ概念がわが国流にどう展開し，どのような対応や治療がなされてきたのかについて述べていきたい。

２．近世までの心的外傷の記録

２－１．遺体と接する機会と心的外傷

外傷を被った後の諸反応，いわゆるPTSDの三症状（再体験，回避・麻痺，過覚醒）は，生命維持のために働く防衛反応という側面を持っており，危険から身を守るために有効な反応である（森，2005）。すなわち，生来的なものであるから，自然界の脅威に直接さらされ，生存の危険に満ちていた古代から，これらは機能したはずである。

「心的外傷」という概念のない時代に，それがあったことをより確かにするためには，さまざまな記録に痕跡がないかどうか辿っていくしかないであろう。その一例として，よく知られている日本の神話の中に，心的外傷の表現ではないかと思われる箇所がある。それは腐乱遺体との遭遇という出来事が深く影響していると考えられるのだが，その話の前提として，まず，古今東西にわたって「遺体との遭遇がトラウマになりやすい」というところから論じていきたい。

現代の日本では，人が人の遺体に接する機会は，せいぜい，葬儀の場で姻戚関係や知己の関係にある人の遺体を見るくらいであり，傷んで変化した遺体に直面することは稀である。

現代は，死や病は人の眼から遠ざけられている。それは衛生学的にも正しいため，近代社会では当然のこととなっている。van den Berg（1966/1975）の表現を用いれば，「死は決して見られてはならない」ものとして，「病人は通常の社会生活からはずされ，病院や施設で生活」をするし，「重症患者は個室に移され」「死がやってきても，他の患者たちは，すぐには何も気づかない」ようにひっそりと死を迎える。その後，遺体は清拭された後，病院の裏口から搬出され，葬儀業者の手に任されて「安らかに」安置されるのが常である。近親者や知己の者は手が加えられたその姿を見るのであり，ショックは感じるかも知れないが，恐怖や戦慄を覚えてトラウマになるようなことは通常は生じない。

ところが，もし死後，遺体を自然放置するならば，死後硬直をへて分解が進み，ガスが発生

して膨満し，赤鬼現象，青鬼現象といった醜悪な姿に変貌し，蛆も湧き，凄まじい臭気も放つようになる。それだけに，もし凄惨な遺体に遭遇するようなことがあれば，通常の精神状態ではいられず，トラウマになることが示されている。

廣川（2005）が行なった海上保安官を対象にした研究によると，惨事体験を有した人の体験内容として，「自分の身に危険を感じた」（34.9%）の次に「凄惨な死体を見た，あるいは死体を扱った」（26.3%）が挙げられている。また，総務庁消防庁の調査（2003）によると，消防職員が惨事ストレスを受けた現場として，「死体を見た，あるいは死体に触れた」（51.7%），「死体が凄惨あるいは衝撃的な災害であった」（48.0%）の2項目が他の項目に比べて抜きん出て高い。飯塚（1998）は，御巣鷹山に墜落し520名の生命が一瞬にして奪われた日航機事故（1985年）における遺体確認作業にあたった検屍官たちが，暑さと死臭の中，不眠不休で凄惨な遺体と向かい合う過酷な姿を描き，心身に変調をきたす警察官や医師の様子にも触れている。

東日本大震災の新聞報道においても，傷んだ遺体の回収作業の連続によって精神的にダメージを受けている自衛隊員の記事（北海道新聞，2011.4.8）や，震災から1年半経っても心の傷が癒えず2割の人がPTSD状態であるという消防団員（岩手，宮城，福島3県）の記事（北海道新聞，2012.12.15）が掲載されている。被災地で救助や遺体捜索などに加わった消防団員は，通常の生活では決して遭遇しないような損傷遺体や知り合いの遺体に接するなどして重い外傷を背負った上に，組織的な惨事ストレス対策を受ける機会がないなど，課題が残されている。

また，裁判員制度によって，一般市民生活では見る機会のないむごたらしい遺体写真が，犯罪の証拠として提示される時があり，これもまたPTSDを生み出す可能性があるとして心のケア対策がとられている。

このように，悲惨な現場を数多く体験してきたはずのプロの救助員でさえ，傷んだ遺体に接することは強いストレスを引き起こしてしまう。いわんや，そういう機会がほとんどなくなった現代の一般市民にとってはなおさらのことであろう。

では，かつての日本社会において，遺体を見る機会というのは現代に比べてどうであったのだろう。少し歴史を遡ればそういう機会は珍しくなかったようである。

鎌倉時代の仏教絵画に，九相詩絵巻など「九相図（くそうず）」（小松（編），1977）という人が死んでから白骨となるまでの姿を段階的に描いたものが残されている。同じ時期に描かれた「六道絵」「餓鬼草紙」にも同様のものが描かれている。すなわち，美しい女性の遺体が，膨れ，黒ずんで，腐乱し，溶解し，虫がわいたり鳥獣に食い荒らされたりして骨だけになる有り様がリアルに描写されている。「人の体がしだいに腐敗してゆく姿は，火葬だけが葬法ではない中世においては，現代とは違って眼前にすることが十分ありえたといってよい」「とくに飢饉のときなどには，しょっちゅう見ることができたはずだし，葬地とされた山に入れば，飢饉のときでなくてもそうした死体に出会うことができたに違いない」（日本美術館，1997）と解説されている。

鴨長明の『方丈記』（佐竹・久保田（校注），1989）には，養和元年（1181年）から2年にかけての大飢饉のありさまが活写されている。「又，養和ノコロトカ，久クナリテ覚ヘズ。二年ガアヒダ世中飢渇シテ，アサマシキ事侍リキ。（略）乞食路ニホトリニ多ク，ウレヘ悲シム声耳ニ満テリ。（略）カク侘ビシレタルモノドモノ，歩クカト見レバ，スナハチ倒レ臥シヌ。築地ノツラ，道ニホトリニ，飢エ死ヌル物ノタグヒ，数モ不知。取リ捨ツルワザモ知ラネバ，クサキ香世界ニ充チ満テ，変リユク貌（かたち）・アリサマ，目モ当テラレヌコト多カリ。イハムヤ河原ナドニハ，馬・車ノ行キカフ道ダニナシ《訳注；死体で満ち溢れた賀茂川の河原には，馬，牛車の往来する道さえな

い》。」

時代は下がるが，中世のフランスの詩人Villon（1461/2000）は「遺言の歌」という作品の中で「死は　死にゆく者を顫え上がらせ　まっ青にする　鼻はまがり　血の管はふくれ　頸は腫れあがり　肉はたるみ　関節はきしみ　腱はゆるむ」と，遺体の変化を題材にしている。海外でも遺体が恐怖をかきたてるのは同様であり，Huizinga（1919/2001）によると，ヨーロッパの中世の死の思想について，「現世蔑視を説く教会関係の論説は，ずっと以前から，肉体腐敗の恐怖を人びとの心に想い起こさせていた。（略）口をぽっかりあけ，むきだしの内蔵には，うじ虫がからみあっている。この時代，死の思想は，ついにこの恐怖のイメージにとらわれたの観があった」という。

九相図もVillonの詩も，現世や肉体への執着を戒めた宗教的背景が存在するが，ここで問題にしたいのは，近代に至るまでの人びとにはこのように死後経過した遺体を垣間みる機会があったということである。それは地獄のような想像上の世界ではなく，目前の遺体が膨張，変色，膿爛し腐敗していくリアルな世界であり，強い嫌悪感を催し，忌避心や恐怖心を引き起こしたことであろう。

２－２．古事記に記されたPTSD

遺体との遭遇が心的外傷を生じやすく昔はその機会があったことについて述べてきたが，日本の神々の物語を描いた「古事記」に，腐敗した遺体と接して心的外傷を呈したのではないかと思われる一節があるのでそれについて述べてみる。（以下の出典は、（荻原・鴻巣（校注・訳），1973）による。）

伊邪那岐命と伊邪那美命によって，日本の国土とそれを守る神々が次々と産まれていたとき，火の神を産んだことがもとになって伊邪那美は死んでしまう。愛する人に思慕を募らせた伊邪那岐は，「もう一度会いたい」と思い黄泉の国に行くが，そこにあったのは彼女の腐乱遺体であった。遺体は生前の美しい面影を全く失い，蛆虫が湧き，身体のあちこちから八つの雷（の神）がゴロゴロと鳴り響いていた。伊邪那岐は，おぞましい姿に変わり果てた妻の身体を見て，驚き，おそれおののいて逃げ帰る。しかし，自分の姿を見られて怒った伊邪那美は，ヨモツシコメという黄泉の国の醜女たち（鬼女，悪霊）を遣わせて追いかけさせる。伊邪那岐は御鬘を投げたり爪櫛の歯を投げたりして，それが山ぶどうや竹の子に成長して追っ手が食べている間に逃げのびる。しかし，次には八種の雷神と千五百もの悪霊たちの軍勢に追いかけられ，桃の実を投げつけて応戦して追い返す。そして最後には伊邪那美自身が追いかけてくる。伊邪那岐は千人かかってようやく動くくらいの巨岩を引っぱってきて黄泉の国の入口を塞ぎ，岩を間に挟んで伊邪那美とことばを交わす。一日で千人を殺すという伊邪那美の呪詛のパワーに対して，では一日で千五百人を生ましめようと伊邪那岐は応じる。ようやく死の世界の追っ手から解放された伊邪那岐は，穢い国に行ったことによるケガレを清めるための禊ぎをする。身につけていた杖や袋や服や冠を投げ捨てるたびに十二の神が生まれ，水にもぐって身を清めるときも十柱の神が生まれる。「禊ぎ」の最後で，黄泉の国の穢れを見た目を洗ったときに天照大神と月読命，穢れを嗅いだ鼻を洗ったときに建速須佐之男命が生まれる。

この話で注目したいのは，腐乱遺体を見たときの恐怖心と，執拗な悪霊の追跡と，入念なまでの禊ぎである。

遺体に生まれていた八つの雷神は，遺体の恐るべき形状を，ものや土を裂き人を地に伏せさ

せるほどの威力を持つ落雷に例えて神秘的に表わしたものと解説されている。見た目のグロテスクさだけでなく，ハエがたかる音や蛆が蠢々（しゅんしゅん）とうごめいて肉を喰う音は雷鳴と同じように人を震え上がらせ，耐えがたい腐臭が拡散し，視覚，聴覚，嗅覚に突き刺さる強烈な刺激がいかに当時の人に恐怖と戦慄の情をかきたてたか想像に難くない。

逃げても逃げても追いかけてくる死の世界の悪霊たちのしつこさ。悪霊が食べ物に気を取られて安堵できるのもほんの一瞬で，すぐに次なる軍団が波状的に追いかけてくる様子は，意識に繰り返し侵入してくるフラッシュバックを連想させる。それは，恐怖体験を自分の頭から振り払おうとしても振り払えない執拗なフラッシュバックを物語化したのかも知れない（再体験）。あるいは，染み付いた死臭が，拭っても拭っても拭いきれない匂いに起因するフラッシュバックなのかも知れない。遺体の腐敗臭はすさまじく，一度嗅いだら一生忘れることがないともいわれ，現実にもなかなかとれるものではないという。

それらから身を守るためには，最終的に大きな岩で通路を塞ぎ，死の世界を「封印」しなくてはならなかったが，これは深淵な闇の世界を抑圧するとも世界を分断して解離してしまうとも解釈できるような作業である。さらに，伊邪那岐が死の世界の醜悪な穢れを浄化して自由になるためには，禊ぎ祓いをしなければならなかった。身につけていたものを清め身体も清める中で，わざわざ目を洗い鼻を洗ったという記述があることは，視覚と嗅覚に相当な忌まわしい記憶が染み込んだことを表わしていると思われる。恐ろしくておぞましい記憶を断ち切るのはなかなか困難であることを示唆しているようなエピソードである。

物語を先に進めると，その後伊邪那岐は，須佐之男命に海原を治めるように命じるが，彼は泣いてばかりいて治めることをしない。その訳を尋ねると「亡くなった母（伊邪那美）のいる国に行きたい」と答えたので，伊邪那岐はひどく腹を立て，「お前はこの国に住んではいけない」といって国から追放してしまう。ここで，伊邪那岐は須佐之男命のことばに過剰にまで反応して激怒しているように思われる（過覚醒）。しかも罰の与え方が「追放」である。この部分の読み下し文は「やらひにやらひ賜ひき」となっており，「追放する」を意味する「やらふ」ということばが二度重ねられているところが興味を引く。つまり，（そんなことは聞きたくもないから）そんなことをいうのだったらとっとといなくなってしまえ！といった気持ちが強調されているのである。このあたりは，過去の忌まわしい体験やそれを想起させるものを自分の意識から一刻も早く追いやってしまいたいという心理（回避）が推測できる。

以上のように，伊邪那岐の一連の言動は，危うく死ぬような出来事に遭遇し，恐怖と戦慄反応を示しており，再体験，回避，過覚醒の諸反応ではないかと思われる節もあって，PTSDの定義を満たす要素が見て取れる。神話の作者は，腐乱遺体に接して，それがトラウマティックな記憶として焼き付いてしまっていたのではないだろうか。そうであれば，この小編は，古代の人が被った心的外傷反応を表現したものであるといえるだろう。

２－３．隠れやすい外傷体験の記録

森山（1997）（2000）は，衝撃的な出来事によって引き起こされるストレス反応は，物語や逸話，個人的体験の記録などを眺めてみると枚挙にいとまがないと述べており，重度ストレス反応や適応障害の実態は，神話や物語，個人史の中で早くから記載されたという。森山（1997）は，紀元前8世紀に成立したホメロスのイリアスの中の，アキレウスがその親友が惨殺されたときの反応，また英国作家Charles Dickens（1812～1870）が列車事故に遭遇して汽車恐怖が続

いた反応に，重度のストレス反応の描写があるという。影山（1994）は哲学者Pascalが馬車の事故に遭遇した後の反応がPTSDの範疇に入るものであると考え「パスカル症候群」を提唱している。

しかし，歴史の記録においては，こういった個人的な心情は出来事の陰に隠れやすいものである。

慶応から明治に変わるその年に起きた「堺事件」（1868年）を例に挙げてみよう（大岡，1992）。堺の警備に当たっていた土佐藩士たちが，フランスの軍艦デュプレックス号から上陸した水兵たち11名を，命令を聞かないという理由で殺害するという事件が起きた。当時国力の弱い日本は，賠償を迫る相手国の要求を受け入れ多額の賠償金の支払いと20名の処刑を受け入れ，堺の妙国寺で刑が執行されることになり，フランス側からは証人として艦長と約20名の水兵が臨席した。一人ひとりが切腹，斬首されていく場で，ある者は外国人を睨みつけて口上を述べ，ある者は憎悪と復讐の歌を歌い始め，ある者は内臓を掴んで投げつけようとしたともいわれ，「11人目の処刑が終わったところで，フランス人たちは耐え切れなくなって，デュ・プチ・トゥアール艦長が残り九名を助命するように頼んだ。彼はこの場面を私に説明してくれたが，それは血も凍るような恐ろしさであった。彼は大変勇敢な男であったが，そのことを考えるだけで気分が悪くなり，その話を私に語る時，彼の声はたどたどしく震えていた」（下線 筆者）という記録が，英国公使館員であったMitfordの著書（1915/1985）に残っている。この内容から，「勇敢な」艦長にとっても，そのときの体験が外傷的出来事になっていたであろうことは想像に難くない。詳細は触れないがこの事件は，「時代の流れに翻弄された悲運の烈士の姿」として人々に印象づけられ，森鴎外もこれを作品にしているが，フランス人たちの心理的後遺症はこういったわずかなエピソードとしてしかうかがうことができない。

このように，一般に，事故，災害や戦闘の歴史的記述においては，史実としての経過や結果や目に見える惨禍は記録に残りやすいが，「その渦中にいた人々がその後どのような心理・生理的な反応を示したか」については記録の対象になりにくいものである。森山が述べるところの「枚挙にいとまがない」というのは，個人史，エピソード，物語化された文学の中でのことであると思われる。

２－４．近世までの心的外傷の「おさめ方」

通常と異なる精神状態は，それを異常なものとみなすかどうかも含めて，当該の時代や社会の文化と密接に関わって扱われる。ここではまず，わが国において，癲狂といわれた精神の狂いや乱れが近世までどのように理解され，扱われてきたのかについて，立川（1979）と昼田（1999）の著述に従って概略を述べておきたい。PTSD様の反応については，幻覚・妄想や自動症のように明らかに奇異な行動に至るような場合[1]を除いて，癲狂の中に含まれていたとは考えにくいが，不条理としかいえないような災厄に巻き込まれた人々の不安に対して，それをなだめ鎮めようとする対応がなかったわけではない。

もともと日本人は，病気や死のような災厄に出会った時，その原因を物の怪つまり生霊・死霊の祟りであると考えてきたが，やがて狐・狸・蛇など霊力があるとされる動物の霊が人間にとり憑くことによってそうした不幸が起こると信じるようになった。そして精神病というのは，古代ではおもに共同体との違和による『狂れ（たぶれ）』として，中世ではもっぱら超自然的存在の憑依による『物狂い』あるいは『物の怪』として考えられていた。近世になると，「気違い」とい

う言葉で表現されるように，人と人との間にある気の違い，つまり対人関係における違和としてとらえられ，「乱心」「乱気」という言葉が示すように，心・気つまり精神の乱れとして認識されるようになったという。

古代の医学は癲狂に対して霊力に頼るしかなく，中世においても仏教思想や民間思想にもとづく祈祷が医療の中で大きな位置を占めていた。近世になってから精神障害の治療は僧や神官から医師の手に移行し，蘭学の流入，法の整備（狂気や乱心による犯罪の取り扱い）などによって，漢方医を中心に精神病治療が広まっていった。精神病の療法としては，灸法，薬法，水療法，精神療法が古くから行なわれていたほか，岩倉大雲寺のような精神病者の収容施設があり，宗教的な精神療法，参詣，霊水の飲用，滝による潅水，煙浴その他の行事による治療が行なわれていた（加藤，1999）。

物怪（もののけ）や怨霊のなせる業と考えられたのは，心身の異常だけではなく，天変地異などの災厄が襲ってきたときもそうであった。地が揺れ雷鳴が轟き山が噴火するさまに，荒れ狂う妖力を感じとった当時の人々は，恐怖におののいたに違いない。保立（2012）によると，奈良・平安時代の為政者は地震や噴火災害は神意や怨霊の祟りによって引き起こされたものであると考え，加持祈祷，写経，読経，出家の奨励，寺院や仏像の建立，恩赦，改元などで災いを鎮め物怪を追い払おうとした。

当時，災害は天が不徳な為政者に下す罰であるという考え方，すなわち天譴（てんけん）思想が強調されていた。その例として，平安時代初期の淳和天皇は，続く群発地震に「今回の地震の多発は自分の不徳に起因する。そこで無実の罪で牢獄につながれている者がいないか調査する。また六十一歳以上の老人は課税を免除する。八十歳以上の生活困窮者には援助の物資を与えよ」といった詔を出したという（外川，2011）。「天皇は，読経によって仏の力に頼ろうとする一方，善政を誇示することで地震を止めようとした」のである。

天変地変が止むことがかなわなければ，人々はいっそうの恐怖や無力感に追いやられるしかなかった。為政者の混乱をよく示すものとして，平安末期の後白河法王の院宣（いんぜん）の一節を挙げてみる。「近日，衆災競ひ起こる。所謂，炎早，飢饉，関東以下諸国の謀反，天変怪異（かいい）等なり。いかなる謀略を廻らして，彼の夭殃（ようおう）（わざわい）を鋪（け）さんや。朕，すでに成敗に迷ふ。公（九条兼実を指す），宜しく思ふ所を奏すべし。あへて時議に憚ることなかれ。努力努力てへり（力を尽くしてほしい次第である）」（三木，1984）。この院宣は為政者たちの終末感や絶望的心情をよく示しており，院は，せめてもの対策として非常の恩赦，特に，禁獄中の悪僧をことごとく赦免しようとし，年号も養和に改めたという。

さて，私たちは理解困難や衝撃的な出来事に遭遇すると，それが衝撃的であればあるほど，怒りや悲しみや畏れなどの情動を含んで「なぜこんなことが起きたのか？」と疑問が高まり，その高まりを鎮めるために，その問いかけに向かって答を探し始める。現代においても，自然災害が起きたときに物質文明や倫理を喪失した人間への警鐘であるといった超自然的なメッセージを汲み取ろうとする論説がみられる。前述した天譴論もその一つの考え方であろう。理不尽な事故や災害や事件に巻き込まれた被害者の中では，心身の苦痛を癒していく過程でこの問いかけが反芻され，納得できる答を見つけようとするものである。この観点から，心的外傷の概念のなかった時代に人々はどういう答を見出していったのかについて，江戸時代の浅間山噴火とコレラの流行とを取り上げてみていきたい。

天明2年（1782年）に始まった天明の大飢饉は，日本の総人口の約一割が減少するほどの餓

死者を出した。飢饉に拍車をかけたのが，天明3年（1783年）に起きた浅間山大噴火で，火砕流などで直接の死者約1500名を出し，噴煙によって日照時間を短くさせ天候不順を加速させた（外山，2011）。渡辺（2003）の『浅間山大噴火』は，噴火に遭遇した当時の人々がそれをどう記述，解釈し，復興のためにどういったことを行なったかを調査した著書である。このトラウマティックな自然災害が引き起こした不安を，民衆はどのように鎮めようとしたのだろう。

浅間山大噴火の当時の原因の諸説について，渡辺（2003）は次の5点にまとめている。

① 噴火は天の戒めとする考え方（食物や衣服などの暮らしが豊かになって民衆の奢りやわがままが強まったことへの天の戒め）

② 山から硫黄や金などを採掘しようとして噴火をひき起こしたとする，いわば人間による自然の改変がひき起こした手ひどいしっぺ返し

③ 森林伐採により，神の住む林を伐り荒らしたため（森林伐採は洪水や土石流が起こるという言い伝えは各地に広く見られた）

④ 印旛沼（下総国）を干拓しようとしたので噴火したとする説（両者の間には地脈が通じていて，両者の関係は口と尻のようなものであり，噴火とは口を閉じれば尻から息が出るようなものと考えられた）

⑤ 為政者に庶民を恵む気がなく，運上などを搾り取ったため，天が泥や雨を降らせたというように，噴火の原因を直接当時の為政者の失政に求める考え方

①は責任の所在を為政者でなく世間一般の奢りとし，現代でもしばしば見聞する考え方である。②③は，物理的な反作用か神仏の怒りかの違いはあるが自然破壊は必ず人間に反作用を及ぼすという考え方で，自然破壊に対する畏れの心意が見てとれる。④⑤には当時の田沼意次政権への政治批判が背景にあるようである。④は彼の施策であった印旛沼干拓工事が浅間山噴火の遠因とされ，⑤は天譴論といえるが，為政者自身が自らの不徳のなすところと唱えているのではなく民衆が政治批判の論理として用いられている点が古代と異なる。

次に，江戸末期の安政の時代に流行したコレラであるが（1858年），これは，正確な全国の犠牲者数は不明であるが多数の死者を出し，コロリと呼ばれて人々はおそれた。この疫病に対して，病原体の知識がない当時の民衆が示した反応のうち，もっとも受け入れられたのは，異国人が毒を流したとする説であった。おりしも幕府が外国に開港して国内が開港か攘夷かで揺れている時勢であり，外国人たちが井戸に毒を投入したという噂はたちまち広まり外国人排斥の動きが強まったという。また，昼夜カネや太鼓を叩き，鉄砲を撃ち，病魔退散，疫病追放，病気平癒を祈願する「コレラ祭」が盛大になり，呪符や俗諺（ぞくげん），疫病除けの絵や歌が広く流行ったという（立川，1979）。

現代から考えれば，科学的知識が不十分な時代の，浅間山噴火やコレラの流行に対する民衆の理解と対応は荒唐無稽に見える。しかし民衆はただ無力さにうちひしがれているだけではなく，理不尽な災厄に対して理由や意味を探し，ときには時勢を利用しときには鬱積を発散させながら，何とか不安を鎮めようとたくましいともいえる努力を示してきたように思われる。

すなわち，理不尽ともいえる災厄がなぜ我が身に降りかかってきたのかというおさまりがつかない感情の高揚に対して，その理由や因果関係となる答を時勢の流れに与しながら見出し，「意味づけ」を行なって何とか心におさめることで，不安を解消しようとしたのである。心的外傷の概念のない時代には「なおす」という発想はなく，出来事を心に「おさめる」ことに重きが置かれたのではないだろうか。

３．近代以降　移入された心的外傷理論

３－１．西洋におけるトラウマ議論の歴史

トラウマやPTSDの歴史については，すぐれたレビューが多く残されている。Young（1995/2001）は，外傷性記憶の起源とPTSDに至る過程を医療人類学者の立場から論じている。van der Kolk（1996/2001）は，トラウマ研究が復権と健忘を繰り返してきた歴史について述べている。Herman（1992/1996）は，ヒステリー，戦闘神経症，性暴力と家庭内暴力の3つの流れが一つになって現在の心的外傷理論ができてきた経緯を述べている。森山（1990a）（1990b）（1990c）（1990d）（1997）（2000）は，英語圏，独語圏，仏語圏，わが国におけるそれぞれの研究の流れを多くの文献から追っており，PTSDの諸問題を論じるとともに，PTSDの不十分な理解に警鐘を鳴らし，二次被害を被りやすい悲惨な状況におかれている患者に手を差し伸べる研究者の責務を訴えている。飛鳥井（1998）は，外傷神経症をめぐって器質因か心因か，真の病気か偽りの病気かといった論争を紹介し，大塚（2002）は，トラウマ概念の歴史的変遷とPTSDにいたるまでの流れを図化し，共に近年はbiopsychosocialモデルとしてのPTSDの病態理解やアプローチが進んでいると述べている。森（2005）は，トラウマの歴史の変遷からトラウマとは何かを論じている。

これらのどの文献においても，PTSDが診断名として結実するまでの歴史は直線的な道のりではなかったことが述べられている。

産業革命以降，大量輸送手段の発達，労働災害の大規模化など人為災害で多数の死傷者が出るようになって，被害者に特徴的な反応が見られたことや，それらを扱う専門家が出現してきたことを背景に，19世紀後半から心的外傷はその概念の輪郭を現わし始め，研究や治療の対象になるようになった。それ以降，心的外傷の概念は，西洋において紆余曲折を経て徐々に形成されていくのだが，トラウマの研究は，その後1世紀にもわたって，Herman（1992/1996）が「間歇的健忘」と揶揄しているように，「時代による盛衰，研究者の熱心な探求と忘却が繰り返され」（飛鳥井，1998）る歩みを辿ることになるのである。わが国でのPTSDの論考については後述することにして，PTSDの歴史的変遷において西洋でどういった議論があったのかについて，van der Kolkや森山ほか複数の文献を参照しながら次に簡略にふれておきたい（van der Kolk，1996/2001）（森山，1997）（森山，2000）（飛鳥井，1998）（鈴木，1929）（Herman，1992/1996）。

トラウマ研究は鉄道事故に始まるといわれ，まず，被害者が示す症状は器質因か心因かという議論が起こった。英国の医師Erichsenが，鉄道事故による症状を記載した著書を発刊し（1866年），原因は脊椎震盪にあって，肉眼では認められない損傷が起因し進行して器質的変化や精神症状が生じるとした。その後，Pageたちによって，全てを脊椎震盪の結果による傷病とするのは無理だと批判された。

Oppenheimは1889年に『外傷神経症（traumatischen Neurosen）』という本を著し，反応は神経学的な器質的障害が基盤にあって生じるもので，ヒステリーとは別個であると主張した。ヒステリー研究の権威Charcotは，Erichsenが挙げたような症状はヒステリーと考え，Oppenheimには批判的であった。この，器質因モデルと心因モデルの対立はしばらく続くことになる。次に出てきたのは，災害賠償制度が普及していくにあたり二次的疾病利得の様相を示す患者が増え，真の病気なのか，補償や金銭への欲求が生んだ偽りの病気なのかという議論

である。Strümpellは，補償や年金への欲求観念が本病状を作り上げると考え，Oppenheimに反論した（1895）。決着がついたのは第一次世界大戦後であった。多数の兵士に見られた精神神経症状に対して，Myersはshell shockと命名し器質因とした（1915）が，砲弾を経験していなくても生じる兵士がいることから大多数は恐怖や驚愕という心理的原因であるものとされ，後年になって自身も器質因説を退けた。第一次世界大戦中にはNonne，Gaup，Naegeliら心因説の学者によって，外傷神経症はヒステリー症状であると主張され，Oppenheimは立場を失い失意のままこの世を去った（1919）といわれる。

1917年，スイスのNaegeliは『災害並ニ欲求神経症』という著書を著し，外傷の有無にかかわらず災害事変によって本症が発現することから「災害神経症」と呼ぶべきと説いた。また，その大部分は（補償金への）欲求観念が引き起こすと考え，これらは一種の社会病で，補償額で満足させるという社会的処遇しかないと結論した（鈴木，1929）（森山，1997）。鈴木は，Naegeliの「災害並ニ欲求神経症」という著書は当時の見解の代表的なものであるとも述べており，日本の研究者にも影響を与えたようである。その後，ドイツのBonhoefferらは，1926年に外傷神経症は病気ではなく保険システムの人工的産物 ―「補償神経症」であると結論した（van der Kolk，1996/2001）。森山（2000）は，ドイツにおいていわゆる外傷神経症の本態は，生来のヒステリーが事故によって増悪したか，年金欲求か，訴訟魔か，詐病のいずれかであり，一種の社会病とみなされるようになったと述べている。

一方，Freudは，幼少児期の外傷体験の抑圧に失敗して神経症が生じるという初期のヒステリーの成立論が，実は患者が申告する体験は事実ではなく空想であると認めるようになって，外傷性神経症に対しても，侵襲的な想念，過動，再体験の中核症状は認めているものの，「外傷という現実よりも，その事件をどうとらえているかという内的問題，あるいは心象の方が重要視されるように」なって，「実際の外傷体験そのものは影が薄くなって」いったという（森山，1997）。飛鳥井（1998）は，Freudは結局，外傷神経症を自身の神経症理論に統合しきることはできなかったという。

フランスのJanetは，19世紀後半に，外傷的事件があるとそれが意識下に沈められ症状に置きかわるとする意識下固定観念が存在するとし，これを解体または変形という形で破壊する必要を述べた。つまり，激越な感情が体験されるときには現存の認知の枠組みにその恐ろしい体験を適合させることができず，経験の記憶は意識内に統合されずに意志の支配から切り離されるという解離の機制で病理を説明した（Ellenberger，1970/1980）（van der Kolk，1996/2001）。

しかし，FreudやJanetのこういった見解は，外傷性神経症の議論にのることはなかった（森山，1997）。

PTSD登場の先駆けとなったのは米国のKardinerによる，第一次世界大戦と第二次世界大戦における戦争神経症の患者研究である。Van der Kolk（1996/2001）は，Kardinerは誰にもましてその後のPTSDを定義づけた人であると評価している。KardinerはFreudの精神分析学を学びその理論にもとづいて戦争神経症理論を作ろうとしたが失敗し，患者の症状を詳細に記述することで，現在通用しているとおりの心的外傷症候群のおおよそを描くに至った（Herman，1992/1996）。

1970年，ShatanとLiftonがベトナム帰還兵を対象に，戦争の体験について語る「ラップ・グループ」を開始し，Kardinerの論文やホロコーストの生存者の文献や火事や事故の被害者に関する研究と，ベトナム帰還兵の臨床記録とを比較して，決定的と思われる要素を抽出し，つい

にPTSDはDSM-Ⅲに登場することになった（1980）。そして，レイプトラウマ症候群，パタードウーマン症候群，ベトナム帰還兵症候群，被虐待児症候群はPTSDとして統括されるに至った（van der Kolk, 1996/2001）。

3－2．わが国における心的外傷概念の導入

(1) 心的外傷後症候群の多様なとらえ方

明治以降，わが国でも多数の死傷者を伴う災害や事故が増加し，それらがもたらしたであろう心的外傷反応やそのほかの後遺症に対しては，一部の医家しか関心を寄せず議論が盛り上がらなかったことについては前に述べた。では，その医家たちが知り得た疾患概念や治療的対応は，いつ，どのようにわが国に移入され展開してきたのだろうか。

だが，このようにPTSDの歴史を考えようとすると，大きな困難に直面する。

PTSDは1980年に米国に現れた診断基準であり，「急性かつ比較的限局された外傷性精神障害が示す臨床症状を的確に捉えたもの」（岡野，2009）である。しかし，PTSD概念成立までは，西欧においてもわが国においても，外傷後の身体的・心理的衝撃反応は社会や時代の影響を受けて多様な見解でとらえられてきた。二つのケースを例に挙げてみよう。

●葛谷のケース（葛谷，1902）

19歳未婚女性。凶漢の狼藉を制しようとして，頭部背部上下肢を乱打されたが，腫起溢血など外傷性の異変は認められず，微痛と心身の違和感がややあったものの平常と同じく家事などできていた。しかし24日目に胸部苦悶を訴え寝込んでしまい，食欲もなくなり，夜に3〜4回悪夢に襲われ恐怖状態で覚醒し不眠症に陥ってしまった。頭痛や便秘も訴え，反応が鈍くなり昼間も雨戸を閉めていた。「眼火閃発及ビ幻像アリテ覚醒時ニ於テ時々暴漢ノ枕辺ニ立テリナドト訴ヘ忽チ涙流シテ恐慌ノ状ヲ示メシ蓐中（じょくちゅう）ニ蟄伏（ちっぷく）スルニ至ル」。記憶力は減退しているが「負傷当時ノ事情ニ至リテハ充分記憶シテ諄々説イテ止マズ遂ニハ感情激発シテ語気震顫（しんせん）ヲ帯ビ流涙スルニ至ル」。数週間「薬剤的鎮経」の後，転地療法を行ったところ，約2ヶ月後には症状が雲散霧消して全治した。

●鈴木のケース（鈴木，1929）

25歳の女性料理員。夜中に便所の扉を開いた所，男性が死亡しているのを発見して極度に驚愕し，その夜から離床できなくなった。診察時には発病後3週間たっていたが，激しい心悸亢進，眩暈，逆上感，下肢脱力感などと恐怖憂懼の念，不安で興奮しやすく常時恐ろしかったことに考えが糊着（ママ）し，その模様を恐怖の情と共に詳説に語るという状態だった。1ヶ月の間に軽快に向かった。

この2例は，現代であればおそらくPTSDと診断されるであろうが，葛谷のケースは，「純粋ニ神経官能ノ疾患ト見ナスベク即チ一般『ヒステリー』ノ状態ニシテ（略）本症ハ即チ外傷性ノ官能的神経症ノ診断ヲ下シテ当ヲ得タルモノナラン」，すなわち「外傷性ヒステリー」と診断されている。鈴木のケースは，身体的外傷は一切なく，目撃しただけで極度の不安状態を呈しており，「恐愕神経症」と診断されている。

これらの例は個別に細かな報告がなされているため，他の診断名がついていてもPTSDの見当をつけることができるが，そうでなければPTSDは他の診断名に姿かたちを変えて身を潜めてしまっているため，純粋にPTSDの変遷だけを拾いあげることが容易ではない。

拾い上げるのが困難な理由をもう少し詳細にまとめると，次の3点になる。

一点目は，PTSDはかつて，ヒステリー，神経衰弱，災害神経症，戦争神経症，外傷性神経症など多種の疾患名で診断や治療を受けていたことである。外傷後の精神的な症候群をどのように理解するかというのは，西洋もわが国も苦慮してきた点であり，多種多様な診断名が登場している。森山（2000）によると，19世紀以降日本で流布したPTSDに関する病名はなんと29にも上り[2]，それは「社会的には道徳や補償との繋がりで議論され，心理学的には精神分析学に格好の材料を提供し，生物学的には器質病変の有無が問われ続けて」くるなど，時代の波に翻弄されたありさまが各名称に反映されているからだという。

そもそも「神経症」（ノイローゼ）は，古典的に「心因性に生じる心身の機能障害で，器質的原因の除外，特有な症状群ないし状態像，それらの発生・固定・消長と心因との相関関係の確認，精神病，心身症，性格障害などとの鑑別によって診断される」（加藤・保崎他（編），1975）ものに冠されてきた名称で，「精神病」の重いイメージとは異なり，何かのきっかけで起こる比較的軽症の心の病を意味するものであった。もちろん専門的には神経症は軽度精神病ではないのだが，しばしば重篤な精神疾患を耳ざわりにならない神経症などの呼び名に換えることもあり（西園，1985），ある種の使いやすさがあったようである。また，この診断名は，ある特徴に着目して○○神経症とか○○ノイローゼいえばそれに納まる利便さがあるため，次々と名称が増えていったのであろう。横山ら（2006）は，1980年以前の精神科で「神経症」は多用されていたと述べている。

中根（2002）は，わが国においては，トラウマとそれに続く精神神経症状の関連用語としては，戦争神経症，災害神経症，外傷神経症などが近似した疾患概念として用いられていたと述べている。だが，後年には，桜井（1951）や太田（1970）の論文に見られるように外傷（性）神経症を論じるのに災害神経症が内包されていたり，災害精神医学の「災害」を論考するにあたって戦争や原爆も人為災害の一部とみなされていたりするなど（荒木，1998），これら三つの疾患概念も錯綜していた。

二点目は，医学とりわけ神経・脳外科学が未発展のため脳損傷などによる器質的疾患や後遺症が心理的反応と判別できなかったことである。

精神疾患の診断カテゴリーや分類法は時代の経過とともに変化するものではあるが，神経症といっても，神経や脳の組織学，内分泌機能などが未知，また，検査法が未熟だった時代においては，疾患の枠組みは現在とは大きく異なっている。PTSDの歴史を回顧するにあたって，おそらく最も問題となるのは，過去の論者たちが挙げている外傷性神経症や外傷性ヒステリーの事例に，頭部外傷による脳挫傷，頭蓋内出血，びまん性軸索損傷など器質因によるものや[3]，高次脳機能障害など外傷後遺症[4]といわれる状態などが多分に含まれているように思われることである。

一例を挙げると，日露戦争中にも厭戦気分にかられる兵士たちが存在したようで，戦線を脱するために小銃や拳銃で自傷した複数の兵士の例が報告されている（篠尾，1906）。軍隊においては，傷病兵のうちに戦線離脱願望や兵役忌避によるヒステリー症状を見分けることが急務であった。岸ら（岸直・波多野，1906）が紹介しているのは，歩兵連隊に所属していた二等卒の19才男性で，日露戦争が始まった1904年に高所から墜落して顔面を打傷し，その翌年末に誘因なく症状が現れて拡がりをみせ，左上肢の知覚脱失，顔面を含む左半身の知覚減少，左の第三指と第五指の屈曲性攣縮，視野の外側の狭窄，指や膝の関節痛，その他の知覚異常，神経過敏症状などを呈した。この男性は，最終的に「歇斯的里（ヒステリー）性攣縮」と診断されているが，今日にお

いては脳神経外科学的に違った診断が下されるのではないかと思われる。

三点目は，PTSDに最も近いとされる外傷性神経症という診断名も多義を擁しており，必ずしもPTSDに近似しているとは限らない意味で使われていたことである。この「外傷神経症」は言葉の上からはPTSDに近い概念であるように思えるが，実際の使われ方をみてみると，器質的疾患やヒステリーという考え方にもとづいていたり，脳損傷による症状や高次脳機能障害を指していたりなど，必ずしもPTSDの類同概念とは限らない（後述）。

以上のような理由で，PTSDの歴史を調べるにあたっては，ヒステリーや器質性神経疾患なども含んだ広い括りでたどらざるを得ない。こういった限界をわきまえた上で，ここでは，わが国の近代医療において，心的外傷概念の導入や患者へのアプローチの変遷をまとめていきたい。

なお，心的外傷者への関わりの歴史を回顧する上では，限定された医家や患者たちの記録しか把握できないという制約がつきものである。なぜなら，心的外傷後のストレス反応に対して，当人自身も周囲も医家も問題にしなかったであろう人たちの群れの存在が推測できるからである。ヒバクシャや沖縄の地上戦における民間人が調査されて，PTSD状態を呈している人が「発見」されたのは最近のことである（中澤正夫，2007）（毎日新聞.2013.6.22）[5]。この人たちのように，PTSD概念が普及しなければ問題にもならず，長年にわたってPTSD症状にさいなまれながらも医学的な俎上にのることもなく，平凡な一市民として過ごしてきた人たちがいた（いる）ということである。つまり，いわば「不問」あるいは「除外」という扱いを受け，ケアの対象からバッサリ切り捨てられたとみなすことができる多数の心的外傷者の存在を忘れてはならないだろう。心的外傷を認めようとしない姿勢が顕著にみられるのは大東亜戦争の戦争神経症の場面であり，詳細は後述する。

(2) 新しい精神疲労の発生—神経衰弱

明治初期，精神の異常は憑物，幽魂，天狗や鬼や怪異なるものの仕業なのではなく，脳や神経の病であると啓蒙され，民間に広く根づいていた伝統的な迷信からの脱却が図られた。当時，国としての医学教育の整備が急がれ，政府は近代医学導入のため，海外への留学生派遣と共に外国人教師の日本招聘に力を入れ，医学界でも西洋の高度な内容の教育が始まり，医学書の翻訳や出版も進んだ。やがて1886年にはドイツ留学から帰国した榊俶（はじめ）が帝国大学医科大学教授に任ぜられて精神病学の講義がはじまり，その後全国各地の医育機関に精神病学教室が創設され，この分野の近代教育が本格的に開始された（岡田，2002）。

十九世紀後半の時期は，このように教育機構が整い，精神疾患概念も整理され，精神疾患の診断分類も他科の医学と同様に圧倒的な西洋の影響のもとに発達した（金，1998）。欧米を出自とする心的外傷に関連する知識や概念も当然この動向の下で移入されるわけであるが，移入される側の土壌がどうであったかという問題も重要である。

明治期になって，幕藩体制のもとでの封建社会から大きく国体が変わり，急激な近代化・西洋化が押し進められていく中で，市井の人びとの精神にも変化が起きてきた。ここでは，「神経衰弱」が流行した背景から明治期に「神経症」が受け入れられていった様子をたどっていきたい。

神経症という用語が定着する前には，神経衰弱という用語が一般的にも広く用いられていた（山田，1999）。明治の半ば，内科医の坪井（1890）は，米国のBeardが，米国人の生活が繁劇

で商工に汲々としとどまることなく精神を労する状態を「神経衰弱症（neurasthenia）」と命名したことを紹介し，開化国に蔓延するものであるとしている。そして，帝国大学医科大学のBaelz[6]が診断した外来神経患者のうち3分の1がこれに該当したことに触れ，わが国においても今の社会状況から推測すればはなはだ多いと断言できるとしている。興味深いのは，神経衰弱を「開化時代の病的標章」ともいいあらわし，これを産み出す疲労感について記している次の部分である。「政治家，学者，美術師，製造家，工学家などそれぞれの事業に完全無欠であろうとして精神疲労は大きい。開化国はこれらの人たちが集まって成果を出し，それをもって各国が富強を争い知識を闘わせる。人びとは天運をもって足れりとすることなく，競争進取して安逸するときがない。行遊観劇で精神を安逸させようとするがそれも実は安逸ではなく一時の嗜欲を満たそうとするものであってかえって精神をぼんやりとさせ身体を過労させている」。

当時の日本人の性格に関しては多くの外国人が記録を残しており，たとえばBaelzは「愛想が良く，慇懃で，快活で，気立てが良く，あらゆる新しいものに容易に，あまりにも容易に感激し，呑気で，浪費家で，軽率で，楽天的で，死ぬことすらあまり苦にせず，徹底した運命論者で，騎士的精神の持ち主で，戦闘を恐れず勇敢である」と評している（Schottlaender, 1928/1995）。渡邊（2005）は，幕末に，危険や苦難に対して眉一つ動かさず平然としている日本人や，世界地図で自国がいかに小さいかを見て笑ってしまう幕府官吏の姿に異邦人たちが驚いたという話を挙げ，その成員（日本人）の親和と幸福感，あたえられた生を無欲に楽しむ気楽さと諦念などにおいて，異邦人を讃嘆へと誘わずにはいられない文明を当時の日本社会がもっていたと記している。また，美しい日本人の意匠が，やがて訪れてくるであろう資本主義の波によって堕落していく姿を想像し懸念した外国人も少なくなかったという。

西洋文化の導入は，外国人が驚嘆したという貧しいが陽気で幸福に満ちた国民性（渡辺，2005）に変容をもたらしたようである。つまり，近代国家創設に向けて一途に突き進む歴史の流れの中で，「天運をもって足れり」として「与えられた生を無欲に楽しむ」とする旧来の運命享受的日本文化が，進歩や合理性，生産力，能率や効率，業績などを追い求める西洋の文化に傾斜していき，比較競争も激しさを増して社会が慌ただしく変容していく過程で，新しい精神疲労が発生してきたのである。

1894年には，呉秀三によって日本語で初めて書き下ろされた精神医学教科書が出版され（『精神病学集要』），その中に「神経衰弱狂」が分類されている（金，1998）。内科医の高田（1896）は，神経衰弱症を「一種ノ機能性神経病ニシテ神経系統カ其抵抗力ヲ減却シ為ニ刺激ニ対シテ興奮シ易ク次テ速ニ疲労スルヲ謂フナリ」と定義し，坪井の意見と同様，この病の患者がわが国に多いことは明瞭だとしている。治療に関しては「精神過労ヲ禁シ其休養ヲ旨トシ一日七時間以上ノ安眠ヲ為サシメ不愉快ノ境遇ヲ転セシムルヲ要ス又適宜ノ運動ヲ命シ食養ヲ適正ナラシム可シ　転地療養，電気療法，水治法殊ニ入浴及ヒ冷水摩擦法適良ナリ」と述べている。

しかし，当時この診断名の概念は曖昧で，度会（2003）によると，さまざまな精神疾患（統合失調症，うつ病，森田神経質，ヒステリー）や内科疾患からくるだるさや疲れやすさ，そして心身の過労までも含んで使用されていたようである。

その後二〇世紀初頭から「神経衰弱」という診断名は新聞紙上に出現するようになり，1930年代にかけて社会に広く流通するようになった（佐藤，2013）。度会（2003）は，神経衰弱が大流行したのは，欧米列強に追いつけとばかりに文明開化，殖産興業が急がれ，ひとまず国家目

的を達成したことに付随して生じてきた疲労感や，国家の総力を挙げて戦った日露戦争の疲労感などを表現する隠喩になりえたからではないかと分析している。明治人が感じていた主観的な疲労感を表現するのに，神経衰弱の用語がぴったりであったというのである。また，古い日本を否定しようとした明治の知識人たちはこのことばを好んで使ったというが，それは「開化時代の病的標章」，すなわち，負の側面ではあるものの文明開化に付随する象徴的出来事として，半ば積極的に使用され受容されていたからではないだろうか。

このように，明治期には西洋医学の導入などによって神経病学が整備され，精神錯乱（癲狂）は脳や神経の病であるという認識が拡がっていった。同時に，神経症状の拡がりについても，社会がこれだけ急激に変化しているのだから人の心は疲労しやすくなり神経衰弱症状が増えることは致し方のないことだ，と，人びとは受け入れていったのではないかと思われる。それに加え，近代化や工業化，交通網の整備などに伴って増加してきた災害後症候群への医学的対応が現実的にも要請されてきた。こういった国内の事情から，西洋の心的外傷の知識を導入・研究するだけの基盤は整っていたものと考えられる。実際，西洋で議論されている外傷後の精神反応はわが国でも認められるし今後増えてくるはずだと警鐘を鳴らしている日本人研究者の論文が散見される。

(3) ヒステリーと外傷神経症の移入

それでは実際に，心的外傷に関わる学説や知識はどのように国内に拡がっていったのか，「ヒステリー」と「外傷性神経症」をキーワードにたどっていきたい。

ヒステリー概念の移入に関して，佐藤（2013）によれば，遅くとも十九世紀半ば以降の日本医学会に伝えられて症例紹介も行なわれていたと考えてよいという。その後，二〇世紀に入り，前節で述べた「神経衰弱」とともにマスメディアで頻繁に用いられ人口に膾炙するところとなっていく。

さて，外国から招いた医学教師は精神病学の分野においても大きな貢献を果たしたといわれるが，その一人であるBaelzは，内科学のほかに精神医学にも関心が深かったようで，日本で初めて精神病学の講義をおこなったとされ，狐憑きなど憑依の研究のほか，ヒステリー患者の公開治療もしている[7]。

Baelz（1881）は1881年に，ヒステリーに関する論文を学会誌に発表している。それには，「医士が脳脊髄病と誤診するものにヒステリーがあり，それは日本では軽症をみせるが，欧米では，失覚・麻痺・緊縮・カタレプシー及び狂乱痙攣などを主徴とする。栃木の32歳女性で，筋肉が緊縮して手足が屈曲し口を開くこともできず，知覚異常を示した患者に対して『感電電気』を試みたところ益効を現わしたが，それは電気の力だけではなく患者が治療を信認するによるところが大きい。それゆえ，僧侶神官が患者を治す卓効をみせるのも，市民が神仏に祈念して偶治するのも皆この例のものである。従って医士は患者の信頼を得る必要があり，不動や御嶽も全く無効だといってはいけない。病者を治療するものを知らずにいてはいけない」といった趣旨のことが記されている。

一方，外傷性神経症であるが，1888年（明治21年）に江馬（1888）は「外傷的神経性疾患」と題した論文を東京医学会雑誌に掲載している。それには，「わが日本国において土木工業が隆盛になり，そのために生じる外傷的神経性疾患の現状・予後・治療を論ずるのは国家にとって無用のことではないのでその説を意訳する」とした上で，同年にOppenheimが，汽車転覆な

どの不幸の際に発する神経衰弱をどう総括するかの問題を演説したことなどが早くも紹介されている。Oppenheimが著書『外傷神経症』を発刊するのがこの翌年で，この概念をめぐってCharcotらとの議論が開始されるわけだが，西欧の動向は遅れをとらずにわが国に移入・共有されていたわけである。「Erichsenらの鉄道脊髄は旧名であり，鉄道脳という新名称をつけ，おそらくそれは外傷性脊髄膜脊髄炎から外傷性弊私底里（ヒステリー）（Traumatische Hysterie）が発症するものである。脊髄外傷の程度が違っても症候の状態は少しも異なることがない。これは精神の変化が顕著であり，精神感動の不調と刺激に応じやすい二障害が特徴である。患者は憂うつになり閑静なところを好みときに非常に恐怖感をもつ。不幸危険なことを再三想像して狂念を発することがある。不眠と恐怖心がはなはだしくなると夜中に寝ることができず狂走する」など，再体験，回避・麻痺，過覚醒症状に該当する記述がある。

1893年，Charcotのもとで学んだ三浦謹之助（後の東京帝国大学内科学の教授，Baelzの薫陶をえた）の「外傷性（遭難性）『ヒステリー』ノ一実験」（1893）によると，ドイツ留学中に自分が直接OppenheimとCharcotに諸説を聞いて判断するには，鉄道脊髄も鉄道脳も外傷性ノイローゼもことごとくヒステリーであるか，ヒステリーにヒポコンデリー，神経衰弱その他の神経病が混ざったものであると主張している。外傷による神経病はヒステリーに似ているので，強いて特別に名をつけなくてもよいと述べている。

このように，外傷性神経症，つまり，外傷に遭遇した後には神経症状が現れるといった新しい概念やヨーロッパでの議論がわが国へ入ってくるのにタイムラグはそれほどなかったようである。そして，外傷性神経症はヒステリー以外の何ものでもないとするCharcotの主張にもとづいて，直ちに「外傷性ヒステリー」という概念が拡がったようである。これは国内で論じられた結果というよりも，すでに西洋で優勢であったCharcotのヒステリー論の影響が大きかったと思われる。

３－３．わが国における外傷性神経症研究の変遷

(1) 外傷（性）神経症が意味したもの

1895年には北原と藤田（1895）によって「外傷性神経官能的疾患（外傷性ヒステリー）の一例」が報告されている。論文の最初には，外傷性神経官能的疾患という特異な症病（ママ）があることを報告して日本の医説に欠けているものを補いたいという意図が述べられ，頭部を棍棒で殴打されてから5年後に上下肢他に疼痛や知覚鈍麻が広がって業務ができなくなった38才男性の事例が紹介されている。北原らは，本症は正しくは神経衰弱症と診断すべきものであるが視野狭窄，腱反射の廃絶，脈拍増進といった他覚的症状があるので外傷性ヒステリーすなわち外傷性神経官能的疾患と診断した，と述べている。ここには外傷性ヒステリーが神経衰弱から枝分かれし，他覚的症状をもって特異性を同定しようとする努力が見られる。

1896年，橋本（1896）は，転倒し前額部を強打してしばらく経ってからめまいや痙攣，譫語，頭痛，疼痛，知覚鈍麻，運動障害を呈した19歳男性患者に対して，電気療法と臭剥（しゅうぼつ）（臭化カリウム）の投与を行ない，1ヶ月少しで全治して退院したヒステリー診断事例を報告している。

1897年には川原（1897）によって「外傷性神経病ニ就テ」という解説が九事例と共に発表されている。これによると，「外傷性神経病は，外傷によって生ずるも神経系統に器質的毀損を起こさず純粋に官能的（機能的）神経障害をきたすもので，精神上の負傷のみでも起き得ることがある。そして外傷が激烈なこともあるが，この神経病の最も特異なところは，外傷の軽重を問わ

ず，恢復して数週とか数か月あまり経過した後に神経病徴を生ずることであり，偶然の負傷に限らず外科手術を施した後にも生じることが稀ではない」とする。手術後の例として川原は2例を示し，2例目は，複数の無痛性硬結物（癌）が腋下腺に蔓延し手術を憂懼（ゆうく）している56才男性に摘出手術を施したが，苦痛，苦悶，衰弱の末，術後約1ヶ月半で死亡し，解剖の所見から直接の死因がみあたらず，手術の衝動によるものとされたケースである。外科手術後の外傷神経症の事例は珍しく，がん告知や治療場面におけるトラウマ研究の先駆けといえないこともないが，患者が示した精神症状がトラウマティックな反応であったのかどうか疑問が残る例である。

Baelzが日本人医師のために書いたという『鼈氏（べっし）内科学』は1893年に翻訳初版が発行されており，第六版の第七編「神経学緒論」の最後には「解剖的原因の不明なる神経症」として，神経質，癲癇，ヒステリー，狐憑（こひょう）病，ヒポコンデリー，神経衰弱，外傷性神経症（Traumatische Neurosen）など16の病名が挙げられている（Baelz，1902-1903）。

Baelzは外傷性神経症について次のように解説している。「これは独立した一疾病なのかヒステリーの一症候に過ぎないのか今も弁論中である。急卒に身体に震盪を受けあるいは非常に驚怖することで発病する。皮膚は冷たく脈は細くなり嘔吐を発し，局所麻痺が徐々に増悪するか数ヶ月後に初めて全麻痺を発する者もいる。知覚機能障害は一定しないが発生する。脊椎部を受傷するとそこに疼痛と頭痛を発し神経痛を訴える者もいる。五官の衰弱，視野狭窄を認め，毛髪の変化をきたすことがある。意識においては，悲哀，職業不快を感じ，重症者は職業につくことができない。睡眠はしばしば悪夢によって障害される。予後については重症虚脱の者は全く回復することなくしばらくして死亡する。他は多く慢性になり病気は消長して治癒しない。療法としては，ヒステリーで奏効する精神療法を試みる[8]。電気の効用は精神的な回復において価値がある。」

これによるとBaelzが考えていた外傷性神経症は，現在のPTSDの概念とはだいぶん異なったものであり，当時はおそらく判明しなかった外傷性脳損傷や頭蓋内病変，それから生じる高次脳機能障害の症状を指しているようである。前記した北原と藤田の事例もしかりである。

東京帝国大学の三宅（1919）の「外傷と精神の異状に就て」と題した講演によると，この時期には外傷後の精神異状がかなり整理されてきていることがうかがえる。病気の真の原因が外災ではない疾病（外災によって引き出された疾病）と，外災が真の原因だとする疾病に分けられ，後者には脳震盪後の精神異常，炭酸瓦斯（ガス）中毒による精神異常，恐怖性神経症，外傷性神経症が属すとしている。この論文から次の3点を指摘しておきたい。一つ目は，外傷性神経症の特徴が，出来事から時間が経過して発症することや作業能力の減退を主徴候とすることとされ，クレペリン法で調べることができるとしている。すなわち，Baelsと同様に，外傷性神経症は脳損傷や社会行動障害や遂行障害を伴う高次脳機能障害のことを多分に指していると思われることである。二つ目は，外傷性神経症とヒステリーとが分離したことである。Charcot説のように外傷性神経症はことごとくヒステリーであると考えられた時期もあったが，外傷後に起こる真の外傷性神経症は神経衰弱またはヒポコンデリー様状態を示すもののみで，「ヒステリー性の症状を示すものは，固有のヒステリーという病が外傷のために起こったものである」，つまり，ヒステリーは真の外傷性神経症ではないと考えられるようになってきたことである。三つ目は，真の外災によるものの一つに分類された「恐怖性神経症」は，突然の恐怖その他の精神激動によって起きるものとされ，逃避，知覚異常，過覚醒，再体験などの症状が記載されており，現在のPTSDの診断基準に近いものは「外傷性神経症」ではなく「恐怖性神経症」であ

るということである。

飛鳥井（1998）は，PTSDが診断カテゴリー化されるまでに「外傷神経症」が多く使われてきたと述べている。しかし，これまでみてきたようにこの診断名の使われ方は多義である。もともと，このことばを初めて使用したOppenheimは，外傷による中枢神経系の分子レベルの目に見えない変化，すなわちsomaticなものとして外傷神経症を考えていた。欧米ではその後ただちに反論が起き，わが国においても西洋の流れを受けて，三浦（1893）にみられるように外傷性神経症は基本的にヒステリーであるという考え方が浸透してきた。その後，三宅（1919）のように外傷性神経症とヒステリーを分けて分類する考え方が出てきた。Baelzや三宅の定義をみると，外傷性神経症はPTSDというよりも脳損傷による各種病態や高次脳機能障害に近いニュアンスをもっている。さらに，災害場面で賠償問題が絡むようになってからは，外傷神経症は災害神経症と同義に使われるようになり（高折，1931），戦後に至っても，たとえば桜井（1951）にみられるように，賠償欲求などpsychogenicなものに起因するという意味合い（心因神経症）をもって「外傷神経症」の名称が用いられていた[9]。また，外傷ということばも注意が必要で，力動精神医学では，外傷といえば身体的外傷ではなく心的外傷を指すのが通例である。

このように，「外傷（性）神経症」の病名は，時代の変遷とともに意味するものが変化してきており，その内容を検証してみると必ずしも現在のPTSDと類同概念ではなかったということができる。

（2）補償問題と災害神経症

山田（1902）は，工場業務によって起きた精神障害に損害補償をするという法案が1871年にドイツで成立したことを受け，「本邦に於ては身体上の疾患に就ては適宜の保護法あれど精神上の障害に対しては全く顧みずして若し之れを訴ふるの患者あるも『彼は神経也』即ち怠慢を意味する言葉を以て排却せらるるを普通とす」と日本の患者の不遇と社会的補償制度の不備を問題視している。

心的外傷に関するわが国の研究で，黎明期に症例報告されたのは，暴力，落馬や転落・転倒などの打撲（主に頭部外傷）など個人の例が多かった。それが第一次世界大戦後の1920年代になると，鉄道病院に勤務する鉄道医による災害研究の論考が増えてきた。その背景には，山田が懸念していた保証制度の不備が改善され，労働者の組合制度や保険制度が整備されてきて，「補償」という新しい問題が生じてきたことが挙げられる。かくして外傷後の心的後遺症の問題は，1920年代頃から，純粋な医学的問題だけでなく社会的問題の様相を帯びるようになってきた。そのあたりの論考を3編取り上げてみていきたい。

なお，山田の問題意識は，補償システムが整備されてきたからといって解決したわけではなかった。なぜならば，補償が法的に認められるようになったと同時に，保険金の給付にあたり企業側の給付抑制の意図が介入することによって，患者の訴えが真の病気か偽りの病気かという問題が追及されるようになり，外傷性神経症は被害者の賠償欲求がうみだしたものという見解が当時の趨勢になっていったからである（後述）。

1922年（大正11年），仙台鉄道病院の諫山の論文（1922）では，外傷神経症に対して，Charcotの見解を取り入れ「神経中枢殊ニ脳ニ器質的変化ナク災害後ニ発シタル純然タル機能的疾患ナリ即チ外傷性比斯的里ナリトシテ外傷性神経症ノ見解ヲ完成スルニ至レリ」と位置づけている。そして，機関車に触れて転倒・打撲するなど鉄道事故に関連する16の事例を取り上げて考

察し，治療の結果は全治3名軽快3名不治10名であったが，治療後一定の救済金が給与された後には，全治9名軽快6名不治1名に変化し予後ははなはだ良好だった。このことから，一定期間種々の療法を施しても軽快しないものは治癒困難だが，救済金によって多くは短期に快癒する，と結論している。また，賠償神経症または欲望神経症は，救済金に対する欲望だけから生じているのではなく，長期の経過をとっているうちにいろんな関係によって救済制度の下で知らず知らずのうちに欲望神経症を惹起してしまうものであり，救済金が支給された時に患者は安心し快癒に赴くものと考えることができるとしている。このくだりは，患者の賠償欲求は必ずしも本人の恣意的なものではないといわんとしているようである。

治療法の原則は，「他ノ神経症ノ場合ト同様」であり，次のような点を指摘している。「最も必要なのは患者の精神に作用しその活動力と道徳心を向上させること，外傷が軽度の場合は早期に職務に復帰させること，健康に復するときには症状を再び訴えるものだからその苦痛には意義がなく労働能力は回復していることを説明すること，発達した外傷神経症は治療がはなはだ困難であり，内服，水治療，電気療法，マッサージ，体操，温泉療法を行なっても効果がないこと，入院中は軽度の作業をさせると結果が良好であること，病状が伝染するので外傷性神経症患者を同室に置かないこと，一定期間の治療をしても軽快しないものは退院させて相当の救済金を給与すれば快癒すること」などである。また，「医師ノ持続的人格療法」といって，困難な患者に人格的感化と教育を施す才能をもって人間として理解と敬意を払って合理的精神療法を行なう医師の態度が侮れない影響を及ぼすと記している。

その翌年，東京鉄道病院の井村（1923a）（1923b）は，「外傷性神経症ノ療法」と題した講演で次の趣旨のことを述べている。

「外傷性神経症は他の神経症と変わるものではなく独立疾患として認めているわけでもないが，職務上の便宜があるのでこの名称を襲用している。外傷神経症は外傷後に起こった全身もしくは限局性の官能的精神ならびに精神障害を意味するものである。外傷性神経症は誤解の基になるというのでこれに代わるものとして災害神経症，欲望神経症または年金係争神経症などの名称が現れた」。予防については，「予防は神経症状を訴え始めたときが最も大切で，重い病気であるという感じを抱かせないように注意し誘導するべきである。すぐに診断を下して種々の療法を施せばかえって病感を強めて神経症の発生を助長することになってしまう。外傷治癒の後は疼痛が残っていても早く作業につかせることがよい」。治療については，「治療としては精神療法が肝要で，実地家には暗示法で足りる。治療の第一歩は説明で，精細な診察をして所見を詳しく患者に説明すべきである。その場合『大したことない』『すぐ治る』というような言い方をすると信頼を害するので慎むべきである。ほどなく苦悩も軽減すると予言すれば理性的な患者は苦悩に打ちかつ努力をはじめて治癒する。説明を施すことによって，障害が重篤だと思っている患者の観念を矯正指導することが精神療法の極致である。このように言葉による暗示で軽快治癒の観念を吹き込むほか，電気や薬物を用いて暗示をかけることが有効である。こういった精神療法を有効にするためには，環境を良くすることで，家族知人からの誤った観念や同情を吹き込まれないように，また，類似の症状の患者からの隔離が必要である。患者の性質によっては，病気が治らなければ不利なことが生じるという脅威を与えることがすこぶる有効なこともある」。

「治療医がもっとも不愉快なのは，欲望観念が土台となっている患者で，病気の増悪を欲しているありさまだから治療が困難である。このような患者はNaegeliが主張しているように，

給与金を与えて治療を打ち切ることが唯一の療法である。身体的療法は精神療法の効果を助長させるし，中には身体的療法を必要とする者もいるため，これを廃棄するのは穏当ではない。身体的療法としては，催眠剤などの薬物療法，栄養療法，電気療法，水治法があげられており，電気療法はこの病気には必要なものであり暗示的作用を有する。水治療[10]は，外傷性神経症の療養中最も重要視されるものの一つで全ての例に応用される」。

昭和に入り，鈴木（1929）は，スイスのNaegeliの見解（外傷性神経症は災害神経症と呼ぶのが妥当であり，災害神経症は欲求観念が引き起こすものが大部分を占めるとすると1917年に発表）に準じて85例の鉄道事故患者を詳細に考究し，直接外傷の結果による真性外傷性神経症と，災害に関連して発病する精神性災害神経症とに区分すべきとした。前者は，直接外傷そのものによる神経系の機能障害で，器質的変化によるものは除くが実際には脳震盪後の微細な損傷による精神変化を否定することはできないとしている。後者は災害に関連して生じた神経反応として発病する神経症のことを指し，恐愕神経症，災害ヒステリー，苦悶性災害神経症，欲求神経症の四病型に分けている。

治療に関する部分を簡略にまとめると，「平均半年の治療で36.8%が全治し，1年半後には63.2%が医療を受けることなく作業に復帰し，本症の予後はさほど不良ではない。医療的治療に関しては，鎮静剤，強壮剤，消化剤ほか対症療法的薬剤などの薬物療法，水治療法，マッサージ，電気療法，腰椎穿刺などの理学的療法，温泉療法などを行なったが，これらによって疾病を治癒に導いたと認められた症例はほとんどなく，これら一般医学的療法は真性外傷性神経症の場合のみ有効で，精神性災害神経症には精神療法の補助法の価値しかない。最も期待される根本療法は，災害に関連して生じた病的観念や情緒を除去する精神療法で，具体的には，充分な医学的診査をし，その診査を根拠として医師が断固たる信念を示し，詐病並に誇張を看破し，精神性の苦痛を虚偽であるとは否定せずにその精神性であることを合理的に説明してあげることなどが精神療法の第一歩である。ヒステリー患者にはヒステリーの精神療法が有効であり，苦悶性災害神経症[11]の場合は，器質的障害ではなく精神性のものであることを巧みに理路正しく説明し，暗示を与え納得させるべきである。欲求神経症（補償欲求観念を動機とするもの）が容易に治癒しない場合には，最後に金で解決するほかなく，一時金の給与で根本的に解決するのが最良である」。

また，患者の心理状態を左右する立場にある人間の環境的な要因にも言及している。それによると，第一には医師の誤った態度，すなわち，無理解な親切を患者に示し，長期休業診断書を与えたり多数の投薬をしたり，早急に「外傷神経症」の診断を下して患者が外傷による罹患を信じてしまうような態度，種々の症状を単なる詐病と誤診し医師が不親切だと思われるような態度，医師が患者の欲求観念を助長させる態度，が重大な悪影響を与えるとしている。第二には，患者の外傷に責任を負うべき者が責任を解せず冷淡または不法であるかのような場合，第三には，患者の周囲に災害神経症者の前例があって，症状が消失しているにもかかわらず休養して補償金で遊んだり安楽に暮らしたりしているような人がいる場合も環境的に悪影響になると述べている。

諫山，井村，鈴木の論文からは，外傷神経症は相当の割合で賠償欲求観念などに由来する心因性のものであると考えられるようになり，いかに患者の賠償欲求を増幅させず沈静化させるかといった論点に重きがおかれていることが分かる。つまり，外傷神経症への社会的な対応，すなわち賠償問題対策ともいうべき対応の仕方が前面に出ていることが，これまでと違ってき

ている点である。従業員の災害時の救済保護制度が整備・拡張されることによって，賠償を強く訴える患者が増え，企業との板挟みになった医師たちは大いに悩むことになった。医師は，患者が訴えてくる症状が賠償欲求からきているか否かの判断を迫られ，その判断次第で災害補償金がえられるかどうかが決まるといった責任を背負うことになったのである。それだけに，医師がそのプレッシャーに負けず，患者を強く教育，説諭，誘導，感化するだけの人格や技術を求めるような論説が増えてきたのであろう。これらの論文では，一般の治療については画期的なものはみられず，むしろ患者と対峙する際の医師の態度の影響力が取りざたされ，医師たちは患者が賠償欲求に凝り固まって労働意欲を失うようなことがないように，早期の労働復帰や軽作業を促したり，患者を取り巻く環境にも配慮していくように促したりしている点が特徴的である。ここに述べられている患者への対応の仕方は，医師が，賠償神経症の先入観をもって一方的に決めつけたりする姿勢とは異なって，検査と説明を合理的に行ない，できるだけ労働復帰にもっていこうとしているなど，文言上は概して良心的であるように感じられる。

なお，1931年の高折（1931）の論文によると，「外傷神経症」と「災害神経症」は，そのころから同義で使われる場合があったようである。

(3) 賠償欲求因に収束していった災害神経症

1939年の日本医事新報の「特別課題」コーナーで，軍需工場で外傷性神経症の患者を診る機会が多くなったという工場医から「外傷性神経症」の質問が寄せられている（日本医事新報，1939）。それに対して複数の回答者が答えており，当時の本症への認識や対応を知る上で興味深い内容が記されているので，杉田（名古屋医科大学教授），植村（日本労働科学研究所参与所員），馬渡（東京鉄道病院内科）の3人の回答から，ポイントをまとめてみよう。

1点目は，外傷性神経症患者が減少してきたという様相の変化である。植村は，当時本病の患者数がほとんど発生していない状況にふれ，馬渡も，本病患者を診ようと思っても診られないほど減少したと述べている。その理由について馬渡は，十余年前に外傷性神経症患者が多数発生して治療や補償で面倒なことが起きたので，調査委員会（1926年に鉄道省が設置した「外傷性神経症調査委員会」のこと）を作って調査した結果，外傷性神経症は直接外傷によって起こったものではないという見解に至り，その見解に基づいて編み出した予防法と治療法の効果であるとしている。

2点目は，従来の倫理観などに基づいた強い精神論色を帯びた考えがみられることである。杉田は次のようなことを述べている。「外傷性神経症は，潜在している賠償欲求をあばきたてても治癒するものではない。これはもともと煩悩による『賠償を受けるのが当然であり，賠償がなくては今後の生活が不可能だ』という歪められた人生観に基づく病的性格的反応とみるべきものである。一時金による解決が必要だが，賠償によって本人の欲求が満たされない場合は医学的治癒はできない。根本的な宗教的諦観，無常観，苦集滅道の理による本能的欲求の消失を期しえない限り本症の治療は望まれない。生活不安定の時代には念仏宗などの力で不安神経症はたいがい予防されていた。すなわち，本症のようなものは文明開化病の一つで，非日本的精神の現われというべきだ。英仏の軍人には現れたようだが我が皇軍にはそういう不心得の者は全く出ていない。医師は始めから本病者を深く取り合わず，温情を示さず，人生の不如意の実相を説示して何事も現状に感謝して，生活苦に甘んじて服すべきことを説教した方が有効である。このような神経症は，性格的異常，人生に対する態度の社会的適応性を欠くところか

ら発生するのだから，学校，工場，日常において宗教ないし哲学的教養を図り人生の本質をあきらめ災厄に処する道を平生から修養させておく必要がある」。

3点目は，外傷性神経症が統一見解に至っていなかったことが分かることである。馬渡は「現代もこれに関する学説が必ずしも一定したというわけではなく人によって大なり小なり内容に関する見解が異なっている」と述べている。植村は，自分が特に主張したいこととして，「一時金の交付兼退職と病気全治の間に因果関係を認めない」と述べ、Naegeli以降わが国で受け入れられていた一時金の効果を真っ向から否定している。そして，外傷性神経症には多くの詐病やこの類似のものを含み，彼らは退職して一時金をもらえば直ちに全快するだろうが，真の本症はそのような手段を行なっても治癒せず，幸いに治っても数年を要するか不治である，と当時としては異質な意見を呈している。

また，馬渡は，医師の安易な本症の診断，特に大学での診断を糾弾している。すなわち，鉄道病院の医師は外傷との因果関係を否認するが，同じ患者が大学病院に行って外傷が原因との診断を受けると，症状が固定し治癒の望みがなくなるので診断は慎重にしてほしいというのである。患者減少のために予防や治療に尽力してきた鉄道病院医としては，このようなことは遺憾であったに違いないが，これも本症への統一見解の欠如からくるものであろう。しかし，大勢は，その後の戦争の激化でナショナリズムが高揚して精神論が闊歩するようになったことも重なり，外傷性神経症の心因論は動かなかったものと思われる。

戦後になり，桜井（1951）は，災害事故事例を挙げて，外傷神経症というのは，一定の事態が必要ではあるが必ずしも外傷は必要ではなく，自分の過失や天災による負傷からは起こらず特殊な心理的原因（不満や賠償欲求など）によって起こる心因神経症だと考え，「事態神経症」と呼ぶのが適切であると述べている[12]。従って治療も，心因神経症の原則に従い，軽症の者はNaegeliの強制治癒法，説得，暗示，重症者には一時全解雇の方式によらなければならないとし，ある種の者は電気衝撃療法が奏功する，と述べている。

このように，賠償欲求などの心因が災害神経症をつくり出すという概念は，1969年の時点で佐々木（1969）が「現在においても諸家の多くが災害神経症即賠償神経症といつた（ママ）先入観をもつていることは否定できない」と述べているように，その後も広く医療者に行き渡っていたようである。佐々木は，医師が賠償闘争の行末に関わり合いをもつことを戒めるWeizsackerの見解を紹介し，同一性の危機にさらされて不信や攻撃という態度をとる患者に対して，ヒステリーや疾病利得という病名をつけることで自らの同一性を保とうとする医師の逆転移の問題に触れ，補償や助力を求めている患者の苦悩を読み取ること，すなわち病者を病者として正しく認識することの大切さを主張している。

太田（1970）は「外傷神経症」の病名は誤解を招くおそれが強いとし，災害後の異常な精神反応に対しては外傷性神経症ということばは放棄して，「災害後の異常精神反応とその発展」または「災害後の神経症」と呼ぶのが実情に即しているとしてこれを提案している。そして，賠償以外の問題が多く絡んで神経症が発展しているとして，心理，身体的な損傷を共に考えに入れて総合的に考え，「十分に患者をacceptし，いろいろの方面から何でも言いたいことを言わしめる必要」「1例1例について，十分に神経症の発生機転を考究し，それぞれについて必要な精神科的療法を行なうことが必要」「薬剤による治療も補助的に必要」を説いている。また，従来からいわれてきているように，医師の診療態度，事務的処理などで悪影響を与えないように喚起を促している。

(4) 戦争神経症研究にみる治療の実態

時代は少しさかのぼるが，古くは第一次世界大戦時のshell shock の衝撃にみられるように，PTSDは戦争においてそのアウトラインをあらわしやすく，PTSDの診断名の新設には，戦争神経症の研究，とりわけベトナム戦争後の帰還兵の体験と研究が大きな影響を与えた。では，わが国の大東亜戦争当時の戦争神経症の発症や治療の状況はどうであったのだろう。戦争神経症は，井村（1965）によると，戦時において軍隊に発生した神経症をすべて包括するとする。

504名の戦争神経症患者を治療したという中村（1950）は小倉陸軍病院に勤務していたが，戦争神経症患者の治療に当たって，個人治療と集団治療を施行した様子をかなり具体的に描いている。「個人治療に際しては専ら暗示を行い，暗示の為には電気刺戟を用いた。之は精神科で使用している電気治療用のものを用いたが，ボルトは10乃至20ボルトで意識障碍を起す様な激しい刺戟ではない。例えば下肢麻痺による歩行障碍の患者では，先ず抱きかかえてベットに凭（ママ）らせ，若し自分が電気をかけて下肢が伸ぶならば，お前の足は悪くなっているのではないから爾後自分の命ずる儘に動く様にと前提して四頭股筋に低ボルトを通ずる。当然の結果として患者の目の前で気持ちよく下腿は伸展するし患者の非暗示性著しく強いので之を利用して爾後は立てない患者は歩けるまで，跛行（はこう）の患者は姿勢が直るまで，1時間でも2時間でも或は手を持ち或いは腰を支え患者も余も汗みどろになって治療を続けて行く。而して集団治療室に入れる。此処では同様な一見不治の病に罹り乍ら，或は全治し或は軽快しつつある患者が多数ある。患者は患者相互の暗示により階段的に著しい治療的効果を示すものである」。集団治療では，同室者に室長を定めて，常に行動を矯正監視させて治療者不在のときも強制を緩めないようにし「患者は強い枠の中にあり，癒らなければ之の枠外に一歩も出る事が出来ない」ようにした。また，体操などの運動の強制参加，歩行練習，尖足歩行，駈足をさせたという。この治療によって，速やかに治癒するものが多かったという。

中村の論文から，小倉陸軍病院では治療的な関わりとして，暗示と行動療法と訓練療法というべきものが行なわれたことがうかがえる。電気刺激は直接の治療手段というよりも暗示の介在として使われ，回復者の中に患者を置いて集団暗示作用を用いたり，嫌悪環境からの脱出をめざした行動療法的な環境を整えたり，訓練療法ともいうべき強制的な運動をさせたりしている。

戦争が激しくなる前の治療の様子を，桜井（1965）は次のように記録している。

桜井は，軍医見習士官で招集されていた1938年から3年間，国府台陸軍病院における戦争神経症患者の治療に関わった。日米開戦前の，主戦場が中国大陸という時代のことである。患者たちは無作法で挑発的で執拗な訴えを繰り返し，その攻撃的な態度に医官が手を焼いていて，神経症の治療は医官が勝つか患者が勝つか「人間対人間ノ格闘テアル」状況を呈し，「白状スルト，余ハ神経症ノ患者カツクツクイヤニナツテ了ツタ」「余ハ今テモ当時ノ神経症患者ノ後味ヲ反芻スルトイヤナ気カスル」と医官の方がトラウマになっているかのような記述がみられる。当初「軍隊ニ於ケル此ノ種ノ患者ノ治療法ニ関シテハ未タ何等ノ定見モ保得ナカツタ」から始まり，「電気痙攣療法ヲ強ヒタリ口ヲ酸クシテ説得シタリシナカラ，日ヲ送ツテ居タ」3年であったという。手強い患者のコントロールに苦心し，除役処分にすると素直になるとか，看護婦を配置すると雰囲気が和やかになったとか，神経症患者の病室に寛解期の統合失調症患者を移して雑居させたり，神経症患者のうち外傷性のものを外科に分離したり，懲罰的・強圧的環境を備えている本院に送ったりしたことが功を奏したことも書かれている。医学的な治療

としては，昭和13年に発明された電気痙攣療法を実施したところ「此ノ療法ノ応用ハ神経症ノ治療ニ対シテ画期的ナモノテアルト余ハ信シテイル」というように，意外な効果に驚いたという。もう一つは，退院が決まるなど条件を整えた上で療養所に転地・温泉治療をすると無理なく治癒し得たという。

ただ，注意しなければいけないのは，これら内地の特定の病院でこのような治療を受けられたのは，運良く戦地から内地に送還され移送されて陸軍病院に入院できた人たちであり，「前線で発病後すでに数ヶ月ないし一，二年を経ているのであって，症状の固定したふるい神経症患者であり，症状を固定させている異常な心構えやその背景にある特有な人格のめだった症例」（井村，1965）が多かったということである。

それにしても，支那事変の翌年に至っても，治療法の定見がなかったというのは驚きである。また，電気痙攣療法の導入など試行錯誤的に治療がなされ，手強い患者を相手に懲罰の仕組みを取り入れるなど，治療が患者との力の戦いの様相を呈していた様子がうかがえる。中村や桜井は表現していないが，野田（1998）によると，電撃療法は訓練への脅しとしても使われたようで，「暴力主義の文化において，患者を追いつめることにしか方向を見出し得なかった」というように，病院でありながらまるで軍隊のような強圧的な患者支配の実態があったようである。

陸軍の精神障害者の診断と治療のセンターであった国府台陸軍病院[13]ですらこういう状況であったから，「一般に精神医学の知識に乏しい当時の軍医たちに神経症の正確な診断と治療的対応ができたとは思われない」と細渕ら（2000）はいう。野田（1998）は，軍医として戦地に赴いたある医師が戦争神経症の概念すら知らなかったが心因反応を呈する兵士を多数みたという話を紹介している。

戦場の前線においては，内地の陸軍病院で古い神経症患者たちが示した症状とは異なり，「戦闘消耗」と呼ばれる状態が生じる。それは，井村（1965）によると，いらだちと睡眠障害，自分でもどうにもならない過敏さ，びっくり反応，悪夢，仲間からの孤立，身体的なふるえ，嘔吐，下痢などの症状であり，さらに進行すると，極度の急性不安反応である恐慌反応や記憶喪失などが生じてくる。しかし，戦場においては，「戦時中の神経症の概念にしても一般兵士は勿論，一部専門医官を除く医官でさえも十分な認識はもたれていなかつた」（高橋，1967）し，「わが国の軍隊では，前線で精神医学的診療の行われる機会は，偶然に隊付軍医として応召した精神医が個人的に行なう以外は皆無であったと言ってよい。組織的な精神医学的診療は，前線はもとより，兵站（へいたん）病院でも満足に行なわれなかったようである」（井村，1965），「陸海軍共に『戦時神経症』患者の示す頭重，食欲不振，不眠等の愁訴も軽度であれば，単なる『疲労』として処理されることが多かったに違いない」（細渕ら，2000）といった現実だった。

海軍に至っては兵士の精神的な問題は最初から考慮の対象にならなかったようである。軍医としてブーゲンビル島や呉の海軍病院で勤務した黒丸（1997）は「軍医学校には精神科の教育はなく教官もいませんでした」「海軍の上層部には精神病者のことなど気にとめる人は一人もいませんでした。海軍には精神科は無用とまでいわれていました」「（診断書に）神経症と書くとそのまま詐病と判断されるような時代でした）と回想している。

これらを裏付ける資料が米軍によって残されている。米海軍対日技術調査団が国府台陸軍病院長の諏訪敬三郎元大佐など日本の精神科医5名へのインタビューに基づいてまとめた「医学的対象―日本軍の精神神経症」（日本の戦争責任資料センター研究事務局（編），2003）であ

る。当レポートの序論に，結論じみた，そして皮肉めいた次のような一節がある。「以下の報告は，精神医学的問題がしばしば認知されずあるいは無視され，精神治療は不適当であり，日本陸軍及び海軍の医療部隊においては精神医学が未熟であったという事実を単に確認するものである」。日本軍の神経症の対応については，「戦闘中の神経疲労と恐怖は理解ある軍医の治療ではなく，兵科将校の厳しい叱責によって処理されてきたようである。軍医の裁量でバルビツール剤のような弱い鎮静剤が使用された。野戦病院では何らかの精神療法も試みられたが，通常は回復には休養を取るようにと軍医にいわれるだけであった。ショック（電気）療法の機械も野戦病院では治療に利用でき，『神経症』患者は全員が仮病ではないかと慎重に審査された。この供述は尋問された日本軍人の『神経症の問題は軍隊ではほとんどなかった』という主張を覆す」と述べ，「入手できた全ての情報から，戦闘中に起こる神経症の新しい治療法は何も開発されなかったことが明白である」とまとめている。報告書には，米軍がラバウルの空襲を強化したときに，民間の精神科医を連れてこなければならないほど神経疲労が発生していたことが書かれている。報告書全体を通して，実際には戦争神経症者は多く発生していたであろうが，日本や日本の軍隊の精神治療は米国に比べて極めて粗末であったという米研究者の驚きが読み取れる。

「神経症の問題は軍隊ではほとんどなかった」という日本軍人の発言は注目すべきである。実際は，井村（1965）が述べていることだが，軍医は神経症に対して無知あるいは否定的な眼を持ち，神経症を『精神力の弛緩』とみなし兵士は非国民扱いされることもあった，というのが現実だろう。「鍛えれば強くなる，報国の集団心理によって死の不安は解消すると単純に考える帝国陸軍からみれば，戦争神経症という概念は余分なものでしかなかった」（野田，1998）のである。

つまり，神経症のような症状や後遺症を示していても，前線では診断や治療を受けさせるという発想すらなく，ただただ精神力を重んずる軍隊の強圧的な力によって前線に立たされ，兵士として死を背負った労役を強いられた人が数知れずいたということである。

以上をまとめると，日本の軍隊は，陸海軍共に，精神主義一辺倒で戦争による神経症症状を不問にしてきた姿勢が見て取れる。

４．おわりに―わが国でトラウマへの関心が低かった理由

さて，本論の前半では，わが国において衝撃体験後の心的外傷がどのように表わされ扱われてきたのか振り返り，後半では主に近代以降の医学の領域における外傷後の心理的後遺症の概念と治療の変遷についてみてきた。現在では精神医学や心理学の領域で，「トラウマ」はさまざまな症候を引き起こすとされる基本用語であるばかりか，一般語としても流通している。しかし，第一節で述べたように，わが国においては長らくトラウマ研究への関心は低く，米国でPTSDの診断名が登場してもその状況は変わらなかった。それはなぜだったかを最後に考察しておきたい。

佐藤（2009）は医療社会学の視点から外傷性神経症の医学的知識の構成過程を論じている。その中で，外傷神経症の非大衆化要因，すなわち外傷性神経症が明治期の「神経衰弱」や戦後

の「ノイローゼ」のようにマスレベルで認知を獲得できなかった背景について，5つの要因を指摘している。

第一の要因は，本症およびその患者に対する「スティグマ化」とも呼べるような医学的解釈の存在で，医療保険制度を悪用する「詐病」行為と紙一重の位置づけをされることで，患者の出現を抑制し純粋な医学研究を志向する研究者の離反を招いた可能性があるという点である。第二の要因は，患者が比較的低い階層の人たちであり，生活苦の経験の少ない医師には，彼らの行為や欲求は軽微な疾患を誇張する強欲な「詐病」患者に映り，これが第一の要因を招いた基盤になったとする。第三の要因は，医療経済学的要因で，金融恐慌などの影響で公的扶助財政が逼迫し，補償が抑制の方向に向いて診断名も使用されなくなったという理由である。第四の要因は，日本の社会保障制度の後発性とグローバルな学説転換という事情で，日本で社会的な保障制度が進んだ時期にはすでに外国においては，この疾患がすでに欲求観念に基づいたスティグマ化された意味合いを帯びていたということである。第五の要因は，診断名の大衆化を促すような象徴的事件がなかった点である。

筆者が問題にしたいのは，医療者や研究家といった専門家集団の間で心的外傷への関心が高まらなかった理由であり，佐藤の分析を参考にしながら，考えられる四つの要因を述べてみる。

一点目は，外傷後の神経症がもっていたおぼつかない性質である。本症は，その姿を追究しようとすると，輪郭が曖昧なものになってしまうという性質があった。外傷後の精神変容は明らかに認められるにもかかわらず，器質因なのか心因なのか，独立した疾患なのか従来の神経症にすぎないのか，それらを追究していこうとすればどちらの可能性も捨て切れないといった胡散臭さは最後まで解消しなかった。ＣＴやＭＲＩなど脳の画像診断から遠い時代には，やむをえないことであっただろう。かくして，外傷神経症は細分化されたり多義を抱くようになったり，わざわざ「真性」と差別化しないといけなくなったりした。高折（1931）は，外傷性神経症の研究を次のような比喩を用いて表現している。「ひとつのことを知るために10匹の動物実験をする場合に，最初の2匹の実験をすればだいたいの見当はつくものだ。要領の良い人は2匹の実験だけでやめて次に進んでいく。丁寧な人は残る8匹も実験してみる。ところが8匹の実験をやったためにいろいろと一致しない成績が現れて判断に苦しむ」。これが当時の研究者の実感だったのであろう。研究の甲斐がなく曖昧模糊とした中にあって，例えば「外傷性神経症は賠償欲求に由来する」といった見解は，患者をそのような色眼鏡をかけてみればそのように見えてくるし，医療者も迷わなくてすむので，受け入れやすかったであろう。つまり，二点目に挙げられるのは，そういった単純な理解がそれ以上の探求を長い間阻んでいた要因になっていたことが推測できることである。実際，災害後の諸症状は心因だとする安直な理解は戦後も長く続いたようである。

三点目には，佐藤の挙げている「スティグマ化」に通じるもので，伝統的な精神論による病気の抑え込みである。戦時，日本の軍隊においては，帝国軍人の精神力をもってすれば英米など一撃であるといった科学技術力や物量を無視した無謀な作戦命令が随所にみられ，精神のたるみは厳しく批難された。国のために散華する兵士像が求められる中，精神的な辛さを訴えるのは臆病者や懦夫（だふ）のすることで訴えてもせいぜい私的制裁を加えられるだけで，自分から申し出ることなどは到底できなかっただろう。さまざまな困難を精神力でしのごうとする姿勢が求められたのは国内でも同様で，賠償欲求観念などは「日本的精神に反する不心得者」のする

ことだとみなされた。しかも，これらは権力の側から一方的に白眼視されただけではなく，不利な場面でも名誉や世間体を重んじようとする日本の伝統的な倫理観に基づき，世間に非難されるようなことはとても恥ずかしくてできないとか，泣き言をいうのはみっともないといった自己抑制，つまりスティグマ化を怖れての我慢が市民の側にも強くはたらき，結果的に病気が抑え込まれることになったと思われる。

四点目は，心的外傷を研究の対象にせざるをえないような大きな社会的出来事がなかったことである。それは，阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件のあった1995年を境に，PTSDへの関心と研究が一気にわが国に拡大したことから理解できる。しかし一つの疑問が残る。死傷者数ではそれよりはるかに大きい大東亜戦争や原子爆弾，空襲といった戦災の時にはなぜわが国で心的外傷は研究の対象にならなかったのかということである。これについては，心的外傷概念を受容する社会や人びとの意識のレディネスの点に大きな違いがあるように思われる。第一に，戦後は生活や社会の復興のために必死にならざるをえず，そういうときは心の問題は表面化しにくい。「命は鴻毛より軽し」の格言に象徴されるように，国家のために国民が犠牲になるような集団では個人の人格や欲求は抑圧されやすい。個々人の心の痛みについて考慮されるような社会の成熟がみられてはじめて心的外傷は問題として取り上げられやすくなる。第二に，かつての外傷性神経症の診断にはスティグマ化を伴っていたが，阪神・淡路大震災のときはこれがなかった。すなわち，脱スティグマの状態で受け入れられた。阪神・淡路大震災の15年前に疾患名として登場したPTSDは，外傷後の心理的症候群は病気であって誰にでも生じるものであり決して性格の弱さや臆病をしめすものではないものとして，個人の欲得という汚いイメージが強かった外傷性神経症とは違って，いわば装いを新たにして日本人の前に現れ，受容しやすかったといえる。第三に，医学の進歩が挙げられる。多岐の定義を含んだ外傷性神経症，または賠償欲求因に単純帰属化された外傷性神経症だが，脳や神経系の研究が進み脳の器質的変化と各種症状の因果関係が明らかになったことで，混沌としていた脳損傷後の後遺症が以前よりも器質因と心因とに区分けされやすくなり，心理的反応としてのPTSDが抽出されて受け入れやすくなったということである。以上のような社会や科学技術の進歩，人びとの意識の変容があった上で生じた阪神・淡路大震災は，専門家の心的外傷への関心を急速に高める契機になったと考えられる。

注

1　岡田（2002）によると「大津の一婦人は猫の櫃中にあるをしらずに蓋した。2，3日してあけると，猫はうえていてひどく瞋（いか）りとびだした。婦人はふるえ，ついにはその号呼臥起（こうこがき）が猫のようになった。先生はこれに甘草瀉心湯をあたえてなおした」という癲狂の一例が江戸時代の『生生堂治験』（小野匡輔編集 1804年）第2巻にあるという。

2　森山（2000）は心的外傷後ストレス障害の関連病名として次の29の名称を挙げている。「鉄道脊髄症，脊髄震盪，外傷ヒステリー，戦時神経症，戦争神経症，事態神経症，外傷（性）神経症，外傷後神経症，外傷後神経衰弱，震盪神経症，頭部外傷後遺症，驚愕神経症，感動神経症，拘禁神経症，災害神経症，被災神経症，治療神経症，社会的神経症，環境神経症，年金神経症，保険神経症，年金係争神経症，補償神経症，要求神経症，要償神経症，願望神経症，目的神経症，権利神経症，欲求神経症」

3　頭部外傷によって，軟部組織の損傷，頭蓋骨骨折，頭蓋内病変が発生する。一次的損傷から頭蓋内出血など

により血腫や脳浮腫，脳の腫脹，頭蓋内圧亢進などが起こり脳幹が損傷して死に至ることがある（窪田惺，2003）。

4 高次脳機能障害とは，外傷性脳損傷や脳血管障害など脳損傷に起因する認知障害全般をさす。易疲労性（意識障害やあくび，動きや反応の鈍さ，傾眠など），脱抑制（感情制御が利かない，暴言暴力，熟慮のない行動など），意欲や発動性の低下（自分から行動を起こすことができない，興味関心の低下），注意・集中力の低下，失語，記憶障害，遂行機能障害（物事を計画し行動に移す機能の低下。計画，推察，解決，実行することができない），病識の欠如，見当識障害などがみられる（橋本・上久保（編），2009）。

5 精神科医や保健師でつくる「沖縄戦トラウマ研究会」によると，沖縄戦を体験した高齢者の4割が，戦後68年経過した今もPTSDになっている可能性が高いという調査結果を毎日新聞が取り上げている。

6 Erwin von Baelz. 1849〜1913。ドイツ人医師。1876年（明治9年），東京医学校（その後の東京帝国大学医学部）に教師として赴任し，西洋の近代医学の日本への導入に大きな貢献をしたことで知られる。いわゆる雇われ外国人教師ではあるが，医学のみならず人類学など幅広い見識を有し，皇室や大臣級の日本の指導者とも交流を持ち，また，日本への造詣を深め1876〜1902年の長期にわたって教師を務めた人物である。彼はその後も日本に滞在し1905年離日している。

7 安井（1995）によると、1888年12月15日の前に，Baelzのヒステリー治療の様子を日本在留のドイツ人Schmiedelが残している。Baelzは，5年前から眼も見えず歩くことも出来なかった婦人に対して「20日後の午後2時に必ず歩けるようになる」と告げ，毎朝その日が近づいてくることを知らしめた。その当日，助手と多くの学生の前で「すぐあなたは歩けるようになります。こちらへ来なさい」と呼びかけたところ，女性は彼の方に歩いてきた。さらに「10分以内に眼も見えるようになるでしょう」と告げて電流をかけ，眼を開けるように命令したところ，目の前の「きれいな帯」を認めた。まるでCharcotさながらの公開ヒステリー治療であり，Baelzは「奇蹟を行なう医者」の名声を博したという。

8 Baelzは同じ著書で，ヒステリーの治療に関して，精神機能の変態であるから治療においても精神的療法を主眼とし，入院させ医家を信用させ，電気など強烈な刺激物を利用して深く感動させ誘導すること，催眠術は無効であること，金属療法などについて触れている。

9 桜井（1951）は，外傷神経症の発病には一定の事態が必要であるが外傷は必ずしも必要でなく，事態神経症と呼ぶ方が適切であると述べている。

10 冷摩擦，海綿浴，潅注，遊泳浴などにより寒冷または温熱刺激を与えて神経を興奮または鎮静させるもの。

11 鈴木（1929）は，外傷の治療経過中に種々の苦悶や憂懼（ゆうく）や不安などの病的不快性情緒や観念を生じて疼痛や睡眠障害が加わって発生したものを苦悶性災害神経症として提唱している。

12 桜井（1942）は，「事態神経症」として戦争神経症を考察している。（注9参照）

13 細渕ら（2000）によると，当時陸軍では，精神神経疾患のなかでも「戦時神経症」対策が緊急課題となっており，国府台陸軍病院は，そのための治療・研究センターとしての性格を有していた。

文献

荒木憲一（1998）. 災害精神医学. 松下正明（編），臨床精神医学講座23　多文化間精神医学. 中山書店.

飛鳥井望（1998）.外傷概念の歴史的変遷とPTSD. 精神科治療学，13（7），811-818.

Baelz，E.（1881）. 弊私的里論.弘医月報社，1（9），1-8.

Baelz.E. 馬島永徳・本堂恆次郎・土岐文二郎（訳）（1902-1903）. 鼈（ベッシ）氏内科学下巻1（六版）.金原医籍.近代デジタル

ライブラリーで公開；http://kindai.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/834857/81

Ellenberger, H.（1970）. The Discovery of The Unconscious.New York.木村敏・中井久夫（監訳）（1980）.無意識の発見（上）. 弘文堂.

江馬賤男（1888）. 東京医学会雑誌, 2（13）, 38-40.

荻原浅男・鴻巣隼雄（校注・訳）（1973）.日本古典文学全集　古事記・上代歌謡.小学館.

橋本圭司・上久保毅（編）（2009）. 脳解剖から学べる高次脳機能障害リハビリテーション入門. 診断と治療社.

橋本左武郎（1896）. 外傷性神経症（男性歇私垤里）ノ一例.医事新聞, 456, 5-7.

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.

廣川進・飛鳥井望・岸本淳司（2005）. 海上保安官における惨事ストレスならびに惨事ストレスチェックリストの開発. トラウマティック・ストレス, 3（1）, 57-65.

昼田源四郎（1999）.日本の精神医療史.松下正明（編）.臨床精神医学講座S1 精神医療の歴史.中山書店.

保立道久（2012）.歴史の中の大地動乱―奈良・平安時代の地震と天皇. 岩波書店.

細渕富夫・清水寛・飯塚稀世（2000）　日本帝国陸軍と精神障害兵士［Ⅱ］―国府台陸軍病院『病床日誌（昭和20年度）』の戦争神経症患者の症例―埼玉大学紀要　教育学部, 49（2）, 51-62.

Huizinga, J.（1919）.中世の秋Ⅰ.堀越孝一（訳）（2001）.中央公論新社.

藤木久志（1995）.雑兵たちの戦場―中世の傭兵と奴隷狩り―. 朝日新聞社.

飯塚訓（1998）.墜落遺体―御巣鷹山の日航機123便―.　講談社.

井村英次郎（1923a）. 外傷神経症ノ療法. 日本鉄道医協会雑誌, 9（1）, 1-7.

井村英次郎（1923b）. 外傷神経症ノ療法（続）. 日本鉄道医協会雑誌, 9（3）, 91-95.

井村恒郎（1965）. 戦時下の異常心理―戦争神経症を中心として―. 井村恒郎（編）. 異常心理学講座5社会病理学. みすず書房.

諫山直（1922）. 外傷性神経症ノ予後及療法ニ就テ. 日本鉄道医協会雑誌, 8（7）, 297-306.

影山任佐（1994）.ジャネ理論と心的外傷体験―「パスカル症候群」の提唱―. イマーゴ, 5（8）, 140-153.

加藤正明・保崎秀夫他（編）（1975）. 精神医学事典集. 弘文堂.

加藤伸勝（1999）.岩倉を主とした民間における精神医療史. 松下正明（編）.臨床精神医学講座S1　精神医療の歴史.中山書店.

川原汎（1897）.外傷性神経病ニ就テ.中央医学会雑誌, 17, 1-16.

葛谷貞一（1902）.外傷性官能的神経症ノ一例.中央医学会雑誌, 46, 31-34.

金吉晴（1998）.日本における精神疾患概念および分類の時代的変遷.松下正明（編）.臨床精神医学講座1 精神症候と疾患分類の疫学.中山書店.

岸直次郎・波多野輔（1906）. 歇斯的里性攣縮ニ就テ. 軍医学会雑誌, 175（154）, 900-907.

北原信明・藤田國太郎（1895）. 外傷性神経官能的疾患（外傷性歇私帝里）ノ一例. 千葉医学会雑誌, 24, 4-8.

小松茂美（編）（1977）.日本絵巻大成7 餓鬼草紙　地獄草紙　病草紙　九相詩絵巻.中央公論社.

小沼十寸穂・古谷誠・久保摂二（1953）.原子爆弾後遺症としての間脳症候群.日本医事新報, 1547, 4853-4860.

小沼十寸穂・三宅毎三郎・古谷誠他（1954）.原爆症後遺症に関する神経学的研究.内科の領域2, 261-282.

窪田惺（2003）. 脳神経外科ビジュアルノート改訂第3版. 金原出版.

黒丸正四郎（1997）.海軍の精神医療.精神医療, 12, 82-85.

Lifton.R.（1968）. DEATH IN LIFE :Survivors of Hiroshima. Random House, Inc., New York.桝井迪夫・湯浅信之・越智道雄・松田誠思（訳）（2009）. ヒロシマを生き抜く（上）（下）. 岩波現代文庫.

宮澤清治（編）（2008）.シリーズ　災害・事故史3　台風・気象災害全史.紀伊国屋書店.
三木紀人（1984）. 閑居の人　鴨長明.新典社.
Mitford, A.B.（1915）. MEMORIES.長岡祥三（訳）（1985）. 英国外交官の見た幕末維新. 新人物往来社.
三浦謹之助（1893）.外傷性（遭難性）「ヒステリー」ノ一実験.東京医学会雑誌, 7（4）, 155-156.
森茂起（2005）.トラウマの発見.講談社.
森山成彬（1990a）.外傷後ストレス障害の歴史と展望（一）.日本医事新報, No.3444, 59-62.
森山成彬（1990b）.外傷後ストレス障害の歴史と展望（二）.日本医事新報, No.3445, 62-64.
森山成彬（1990c）.外傷後ストレス障害の歴史と展望（三）.日本医事新報, No.3446, 64-66.
森山成彬（1990d）.外傷後ストレス障害の歴史と展望（四-完）.日本医事新報, No.3447, 62-66.
森山成彬（1997）.重度ストレス反応および適応障害の概念と歴史的展望.松下正明（編）.臨床精神医学講座5 神経性障害・ストレス関連疾患.中山書店.
森山成彬（2000）. PTSDの歴史的展望.臨床精神医学, 29（1）, 5-10.
中村強（1950）. 戦争神経症の統計的観察.医学研究, 25（19）, 1801-1813.
中根允文（2002）.自然災害とPTSD. 臨床精神医学, 増刊号, 125-130.
中澤正夫（2007）. ヒバクシャの心の傷を追って.岩波書店.
日本美術館（1997）.小学館.
日本医事新報（1939）.880.11-16.
日本の戦争責任資料センター研究事務局編（2003）.アメリカ軍ならびに日本軍における戦争神経症についてのレポート. 戦争責任研究, 39, 23-31. なお原題と所蔵先は以下のとおり；U.S.Naval Technical Mission to Japan, Medical Targets: Neuropsychiatry in the Japanese Armed Forces, Index No.M-D, December 1945.（米海軍対日技術調査団記録, 国立国会図書館憲政資料室所蔵, NTM-1, Reel.3.原資料は米国立公文書館RG38）
仁志川種雄・築城士郎（1961）.原子爆弾被災者についての精神医学的調査. 長崎医学会雑誌, 36（11・12）, 717-722.
西本実苗・松本和雄（2002）.災害の心身保健学的研究：阪神大震災6年後における報告.人文論究, 52（3）, 65-79.
西園昌久（1985）.神経症と精神病のちがい.こころの科学, 1, 48-54.
野田正影（1998）.戦争と罪責.岩波書店.
野中猛・遠山照彦・中沢正夫他（1987）. 被爆者87例にみられた精神障害―被爆後40年の調査―.精神医学, 29（7）, 725-733.
岡田晴恵（編）（2006）.強毒性新型インフルエンザの脅威.藤原書店.
岡田靖雄（2002）.日本精神医学史.医学書院.
岡野憲一郎（2009）.新外傷性精神障害. 岩崎学術出版社.
大岡昇平（1992）.堺港攘夷始末. 中公文庫.
太田幸雄（1970）.外傷性神経症について.災害医学, 13（11）, 937-941.
大塚俊弘（2002）.PTSD概念の精神医学史.臨床精神医学, 増刊号, 23-29.
災害情報センター・日外アソシエーツ共編（2008）. シリーズ　災害・事故史2　地震・噴火災害全史. 紀伊国屋書店.
佐伯真一（2004）.戦場の精神史―武士道という幻影.NHKブックス.
桜井図南男（1942）.事態神経症ニ就テ. 福岡医誌, 35, 1283-131.
桜井図南男（1951）.外傷神経症の診断について.医学, 11（2）, 110-114.
桜井図南男（1965）.戦争神経症治療の記録.九州神経精神医学, 11（1）, 28-34.

佐々木時雄（1969）.いわゆる災害神経症の精神力学と心気症について.精神医学，11（5），18-21.
佐竹昭広・久保田淳（校注）（1989）.新日本古典文学大系39　方丈記　徒然草. 岩波書店.
佐藤雅浩（2013）.精神疾患言説の歴史社会学.新曜社.
佐藤雅浩（2009）.戦前期日本における外傷性神経症概念の成立と衰退―1880-1940―.年報　科学・技術・社会，18，1-43.
Schottlaender，F.（1928）.Erwin von Baelz，1849-1913:Leben und Wirken，eines deutschen Arztes in Japan. 石橋長英（訳）（1995）.エルウィン・フォン・ベルツ―日本に於ける一ドイツ人医師の障害と業績― .大空社.
篠尾明済（1906）.自傷銃創鑑定法.軍医学会雑誌，175（151），424-439.
消防職員の現場活動に係るストレス対策研究会（2003）.消防職員の惨事ストレスの実態と対策の在り方―消防職員の現場活動に係るストレス対策研究会報告書.
http://open.fdma.go.jp/hiyarihatto/juyo/stress.pdf
鈴木和夫（1929）.災害神経症ニ就テ.福岡医誌，23，1018-1200.
高田耕安（1896）.神経衰弱症ニ就テ.東京医事新誌，934，333-338.
高橋政雄（1967）.第二次世界大戦における戦争神経症の考察.防衛衛生，14（3），59-65.
高折茂（1931）.外傷性神経症管見［上］，実験医報，205，113-119.
立川昭二（1979）.近世病草紙―江戸時代の病気と医療―平凡社選書.平凡社.
外川淳（2011）.天災と復興の日本史.東洋経済新報社.
坪井速水（1890）.神経衰弱症ニ就テ.東京医学会雑誌，4（8），418-424.
宇野俊一他（編）（1991）.日本全史（ジャパン・クロニック）.講談社.
van den Berg.（1966）.THE PSYCHOLOGY OF THE SICKBED.早坂泰次郎・上野矗（訳）（1975）.病床の心理学.現代社.
van der Kolk，B.A.，Weisaeth，L.，van der Hart，O.（1996）.History of Trauma in psychiatry.In:（eds.）.B.A.van der Kolk，A.C.MacFaarlane，L.Weisaeth. Traumatic Stress. The Guilford Press，New York. 西澤哲（監訳）（2001）. 精神医学におけるトラウマの歴史　トラウマティック・ストレス. pp.66-100. 誠信書房.
Villon，F（1461）.ヴィヨン詩集成.天沢退二郎（訳）（2000）.白水社.
渡辺京二（2005）.逝きし世の面影.平凡社.
渡辺尚志（2003）.浅間山大噴火.吉川弘文館.
度会好一（2003）.明治の精神異説.岩波書店.
山田鐵蔵（1902）.外傷性「ノイローゼ」第二報告.東京医事新誌，1281，21-23.
山田和夫（1999）.神経症の治療史.松下正明（編）.臨床精神医学講座S1 精神医療の歴史.中山書店.
安井広（1995）.ベルツの生涯.思文閣出版.
横山裕一・塩入俊樹・染矢俊幸（2006）.神経症圏障害の診断―DSMの立場―.臨床精神医学，35（6），609-620.
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.

Historical Perceptions of Psychological Trauma in Japan

Hiromitsu KIKUCHI

Key Words

Trauma, PTSD, traumatic neurosis, history, change

Abstract

Since ancient times, people have undergone shocking experiences that have resulted in psychological trauma, which has been given different names in different eras. One such traumatic episode takes place in the Japanese myth *Kojiki* from the Age of Gods. This study discusses how the Japanese have perceived and dealt with psychologically traumatic experiences.

Following the Meiji Period, Japan encouraged widespread modernization. Industrial and civil works flourished, making it necessary to deal with various symptoms following work-related accidents, especially those associated with head injuries. The concept of psychological trauma, previously discussed in Europe, was introduced as *Traumatische Neurose* and *Unfallsneurose*. These disorders are often regarded as being similar to today's post traumatic stress disorder (PTSD), but are also characterized by hysteria and organic diseases. This resulted in ambiguity, with no consensus among experts. Many physicians also considered these disorders as psychogenic illnesses that generate compensation desires. In Japan, prior to and after World War II, the study of trauma gathered little interest; it was only after the Hanshin-Awaji Earthquake Disaster in 1995 that it began to attract attention.