



Title	単回性トラウマティック・ストレス受傷者のresilience発現を促進・阻害する諸要因の研究
Author(s)	菊池, 浩光
Degree Grantor	北海道大学
Degree Name	博士(教育学)
Dissertation Number	甲第11857号
Issue Date	2015-03-25
DOI	https://doi.org/10.14943/doctoral.k11857
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/59181
Type	doctoral thesis
File Information	Hiromitsu_Kikuchi.pdf



博士論文

単回性トラウマティック・ストレス受傷者の resilience 発現を
促進・阻害する諸要因の研究

菊池浩光

目 次

序章 1

第1節 心的外傷受傷者の心理治療経験から

1. ト라우マティックな出来事とともにある世界
2. 市民権を得た心的外傷の受傷者
3. 整備されてきた「心のケア」
4. 医療に繋がりがやすくなった受傷者

第2節 心的外傷者支援でみえてきた問題点

1. 放置されやすい受傷者
2. 二次被害の大きさ
3. 治療者に生じる疲労感と無力感
4. 模索途上にある心のケア
5. resilience が論じられていない不思議

第3節 単回性心的外傷と本研究の目的

1. 単回性心的外傷とは
2. 目的と各章の構成

注釈

文献

第1章 わが国における心的外傷概念の受けとめ方の歴史 23

第1節 日本では関心が薄かった心的外傷

1. 心的外傷とともにある生活
2. 低かった心的外傷の研究意識

第2節 近世までの心的外傷の記録

1. 死体と接する機会と心的外傷
2. 古事記に記された PTSD
3. 隠れやすい心的外傷の記録
4. 近世までの心的外傷の「おさめ方」

第3節 近代以降 —— 移入された心的外傷理論

1. 西洋における心的外傷議論の歴史
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
 - (2) 新しい精神疲労の発生 —— 神経衰弱
 - (3) ヒステリーと外傷神経症の移入
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
 - (2) 補償問題と災害神経症
 - (3) 賠償欲求因に収束していった災害神経症
 - (4) 戦争神経症研究にみる治療の実態

第4節 心的外傷への関心が低かった理由

1. 大衆化されなかった外傷性神経症
2. 心的外傷への関心が高まらなかった理由

第5節 心的外傷治療の現在と問題点

1. 心的外傷治療の現在
2. 心的外傷への関わりで見落とされるもの

注釈

第2章 調査研究1 —— 心的外傷の伝達困難性 —— 62

第1節 心的外傷における生きづらさの問題

第2節 共有することが難しい心的外傷

1. 受傷者の「わかってもらえなさ」
2. 心的外傷の表明を阻害する心的外傷自身の性質
3. あるがままに聴けない心的外傷体験
4. 共有が難しい心的外傷

第3節 調査 —— 心的外傷の伝達困難性

第4節 語ることの抵抗や困難

- (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（日本の戦争体験者の場合）
- (9) 耐えることが美徳の文化背景
- (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

第5節 聴くことの抵抗と困難

- (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

第6節 受傷者の生きづらさ

1. 情報伝達の幾多の障害
2. 受傷者が抱く生きづらさ
3. 2つの離断
4. 生きづらさを和らげる
5. まとめ

注釈

文献

第3章 調査研究2 —— ケース研究 —— 93

第1節 目的と方法

1. 研究目的
2. 方法
 - (1) 研究協力者
 - (2) 研究依頼の方法と倫理的配慮
 - (3) 筆者の研究協力者への関わり

第2節 ケース

1. ケースA
2. ケースB
3. ケースC
4. ケースD
5. ケースE
6. ケースF

- 7. ケース G
- 8. ケース H
- 9. ケース I
- 10. ケース J
- 11. ケース K
- 12. ケース L

第3節 考察

- 1. ケース検討による回復の促進・阻害要因
- 2. ケース検討からみた回復の促進・阻害要因の特徴
 - (1) 繋がり感は大きな安心感をもたらす
 - (2) 「日常生活場面」には力がある
 - (3) 一つの回復(阻害)要因が他の要因を凌駕する
 - (4) 二次的ストレスは大きな阻害要因になる
 - (5) 非力の段階から自力が発現する段階へ変化する
 - (6) 時間の経過が回復を包み込む
 - (7) 受傷者の個人特性が影響する

注釈
文献

第4章 調査研究3 —— 回復促進・阻害要因の質的研究 —— 147

第1節 課題と研究方法

- 1. 先行研究と課題設定
- 2. 調査概要
 - (1) 調査対象
 - (2) アンケートとインタビューの方法
- 3. インタビューの分析方法

第2節 結果1 (アンケート結果)

第3節 結果2 (インタビュー内容の質的研究)

- 1. 回復に役立った要因
 - (1) 楽になった周囲の差し響き
 - (2) 楽にした自助努力
 - (3) 時の力
- 2. 回復を阻害した要因
 - (1) 辛くなった周囲の差し響き
 - (2) 辛くした自分の事情
- 3. 体験して導かれた方策
 - (1) 周囲の対処
 - (2) 当事者による対処
- 4. その他

第4節 考察

- 1. アンケートとインタビュー分析からみた回復の促進・阻害要因の特徴
 - (1) 周囲の差し響きの力は強力である
 - (2) 受傷者は実は話したがっている
 - (3) 「変わらないもの」は安心感をもたらす
 - (4) 心身の不安と経済生活の不安は大きな阻害要因になる
 - (5) 気分転換や養生は効果的である
 - (6) 回復には時間の経過が必要である
 - (7) 促進要因の共通点はエネルギー漏出がないことである

注釈
文献

第5章 総合考察 175

第1節 回復モデルと resilience

1. 回復モデルに基づいた支援
2. resilience 議論が少ないわけ
3. モラル・トリートメントと Janet の実践

第2節 resilience 発現の条件

1. 回復の促進と阻害要因を決めるもの
2. 「非力の段階」から「自立発現の段階」へ
3. resilience 発現の2つの条件

第3節 resilience 発現のための介入

1. 安心感を積み重ねること
2. 日日（ひにち）薬の効用を大切にすること
3. 傷つけないこと
 - （1）強力な阻害要因になる二次的ストレス
 - （2）「傷つけないこと」が抱く力
4. 素の感情の表出と交感に着目すること
5. エネルギーの賦活に注目すること
6. その人なりの努力を支えること

注釈

文献

終章 191

第1節 本研究で論じてきたこと

1. エネルギーの動きに着目
2. 心理療法家は何ができるか

第2節 本研究の意義と限界

1. 本研究の意義
2. 本研究の限界と今後の課題

文献

謝辞 197

資料 198

序 章

第1節 心的外傷受傷者の治療経験から

1-1. ト라우マティックな出来事とともにある世界

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、文字通り日本全体を揺るがした。いかに科学技術の粋が投入され安全性が謳われたとしても、自然の猛威は人間の思量や業の遠く及ぶところではないことを痛烈に知ることになった。そして、利便性が飛躍的に拡大され豊かな生活を享受してきた私たちだが、確からしいと思って立っていた生活や人生の基盤というのが、実は、物理的にも心理的にも絶対的な拠り所にならないことを思い知った。

文明の発達とともに、自然災害や病だけでなく、戦争や大規模な事故が脅威のモメントに加わり、「想定外」と考えられていた出来事が頻発するようになってきている。人生を揺るがし突然の衝撃や悲嘆に突き落とされる出来事は、日常生活の随所に潜んでいて、私たちの不意をついて姿を現してくる。無防備な私たちは、まるで奇襲攻撃に遭ったかのように、応戦するどころか体制を整える間もなく打ちのめされてしまう。「一寸先は闇」という言葉のとおり、この世界で生活するということは、常にこういったライフイベントと隣り合わせにあるということなのだろう。

変わることなく安全だと思って身をき、自分の役割を果たして献身してきた世界。あろうことかその世界から庇護も居場所も奪われるという体験は、絶対的な信頼感を寄せていた相手から完全に裏切られ、根こそぎすべてを削られるようなものである。それまで意識にも上らなかったほど当然の前提であった安全感や信頼感が覆される体験を、人はどう受けとめればよいのだろうか。

釈尊は、今から2600年以上も前に「諸行無常」を説いた。一切が流動し変化する世界、何が起きてもおかしくない世界に常なる安定を求めるからこそ苦が生じる。正鵠を得たこの言葉には首肯するしかない。しかし、人の世が諸行無常だと知っていても、激変体験や衝撃体験は圧倒的なリアルさを伴って心身や生活や生命までをも直撃する。感情の波がおさまり、世界への信頼感が取り戻されるのは必ずしも容易なことではない。

しかし、人間の心にはそれらの脅威や衝撃から自我を守る心のメカニズムが備わっていて、たいていは時間の経過とともに通常の心理状態に復することができる。また、社会的なレベルでも、理不尽ともいえる衝撃をいかにおさめるかといった工夫がなされてきた。自然災害を「神の怒り」として神話や物語の中に組み込んで教条化、教訓化したり、「治世者の不徳」「文明への警鐘」と時勢にあやかって意味づけしたりしようとするのはその一つの形であろう。日本の太平洋戦争の敗戦のように、甚大な衝撃体験を直視しない方向へと社会が抑圧することもあるが、これも一つのおさめ方といえなくもない。

このように、人は不条理な運命に対して何とか心の動揺を鎮めて納得できる形で受け入れようとしてきたわけだが、近年になって、こういった衝撃に対し、これまでにない特徴をもった2つのおさめ方が現れてきた。

1点目は、脅威あるいは危機的な体験をし、時間が経過しても強い衝撃が続いて心身に

障害を引き起こしている心の傷に対して「心的外傷」とネーミングされたことである(以後、「トラウマ」「心的外傷」の表記は、文献引用の場合を除き「心的外傷」に統一する)。もともとギリシャ語で身体的外傷を表わす言葉に心的外傷の意味をあてがったのは1887年のJanetの発表によるものといわれ(大藪, 2003)、今ではトラウマといえば通常は心的外傷を指すようになった。あたかも身体古傷が痛むかのように、心理的にも人は傷つき後遺症で苦しむことがあるという概念が見出されたわけだが、それが一般に普及していくのには約1世紀を要した。その契機になったのが、1980年、アメリカの精神医学会(APA: American psychiatric Association)がDSM^{注1}の第3版で、時とともに消失することがない心的外傷に対して、PTSD (Post Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害)という診断名を与えたことであった。APAによるPTSDの定義(APA, 2000)を表1に掲げる^{注2}。

これは、心的外傷は外部から襲ってきたものが原因であって主体の責任ではない、といった意味合いをもっていた。そのため成田(2003)が「心的外傷論が今まで無視されてきた多くの患者の苦しみに光をあて、彼らに援助の手を差し延べることを可能にしてきた」と述べているように、衝撃反応の受容や緩和に大きく役立った。このように、外傷の心的後遺症の実態に名前がついたことは、受傷者の精神的苦痛の正当性が社会的に認められることに繋がっていき、苦痛をおさめるのに大きく貢献した。

2点目に挙げられるのは、心的外傷をおさめるにあたって、その役割を担う専門家が出現してきたことである。広井(2000)によると、社会の単位が、共同体から「独立した個人」に移行していくにしたがって、従来、大家族やムラ、会社などの共同体が果たしていた抱えや癒しの機能は次第に失われ、その結果、「ケア」という仕事あるいは営みが生まれてきたという。実際、20～30年前に比べても、医療、教育、福祉、産業その他多くの分野で心理的なケアニーズは増大し、「ケア」を専門的に担う職業が増えてきている。そもそも心的外傷は医療的に手を差し伸べなくてはならない種々の症状を発生させる。たとえば、解離を伴うような外傷性の記憶は、「それが『記憶だ』という事実自体をその記憶を持つ当人が知らない」ために専門家の介入がなければ知りようがない性質をもっている(Young, 1995)。

「心的外傷」「PTSD」といった枠組みによって研究の進展が容易になったことや大災害や大事故の発生あるいは虐待やDV(domestic violence)などが表面化、深刻化して専門家の間で実践的な議論が進んだこと。こういった背景があって、これまであまり語られることがなかった心的外傷の概念や実態が徐々に明るみに出て、いまや惨事が発生すると同時に、心のケアが視野に組み込まれるようになるほど一般の認知も進んできた。そして、それらのケアは、専門的知識と技法を有した医療や心理分野の専門家の手に委ねられるようになってきたのである。

1-2. 市民権を得た心的外傷の受傷者

「PTSD」の登場によって、事故や災害などでショックを受ければ通常の状態から逸脱した著しい苦痛があること、それに対して心のケアが必要であること。これらが人々に広く知られるようになって、心的外傷受傷者(以後、心的外傷受傷者のことを単に「受傷者」と表記する)^{注3}はようやく真つ当な市民権を得た。

ようやくというのは、長い間、そういった苦痛があることが一般には知られず、第2章

表 1 PTSD(心的外傷後ストレス障害)診断基準

- A.その人は、以下の 2 つがともに認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。**
- (1)実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1 度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
 - (2)その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- 注:子どもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。
- B.外傷的な出来事が、以下の 1 つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。**
- (1)出来事の反復的、侵入的、苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
- 注:小さい子どもの場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。
- (2)出来事についての反復的で苦痛な夢
- 注:子どもの場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。
- (3)外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)。
- 注:小さい子どもの場合、外傷特異的な再演が行なわれることがある。
- (4)外傷的な出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
 - (5)外傷的な出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性
- C.以下の 3 つ(またはそれ以上)によって示される、(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺:**
- (1)外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力
 - (2)外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
 - (3)外傷の重要な側面の想起不能
 - (4)重要な活動への関心または参加の著しい減退
 - (5)他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚
 - (6)感情の範囲の縮小(例:愛の感情を持つことができない)
 - (7)未来が短縮した感覚(例:仕事、結婚、子ども、または正常な寿命を期待しない)
- D.(外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状で、以下の 2 つ(またはそれ以上)によって示される。**
- (1)入眠、または睡眠維持の困難
 - (2)いらだたしさまたは怒りの爆発
 - (3)集中困難
 - (4)過度の警戒心
 - (5)過剰な驚愕反応
- E.障害(基準 B、C、および D の症状)の持続期間が 1 カ月以上**
- F.障害は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。**
- ▼該当すれば特定せよ
- 急性症状の持続期間が 3 カ月未満の場合
- 慢性症状の持続期間が 3 カ月以上の場合
- ▼該当すれば特定せよ
- 発症遅延 症状の発現がストレス因子から少なくとも 6 カ月の場合

「DSM-IV—TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版」(APA,2000)

で詳述するが、受傷者は周囲に理解されないまま、不安とともに生きづらい生活を余儀なくされたからである。「過去に外傷の犠牲となった人々はその苦しみを主張する権利すら自覚せずに社会の片隅に埋もれてきたという歴史があった」（岡野，2009a）のである。

1995 年は日本における心のケア元年といわれる。阪神・淡路大震災(1995. 1. 17)^{注4}、地下鉄サリン事件(同. 3. 20)^{注5}が発生し、マスメディアに「心的外傷」「心のケア」「PTSD」といった言葉を目にするようになった。当時の新聞記事を見ると、大震災発生から一週間後には「被災者の『心の傷』どういやす」（北海道新聞, 1995. 1. 25 付）、『『こころの傷』癒やす支援を』（同. 1. 26 付）といった社説や特集記事が組まれ、PTSD の解説などもなされている。「被災児童に『恐震症』」（読売新聞, 同. 1. 28 付）、「『表現』がいやす心の傷」（朝日新聞, 同. 1. 28 付）など子どもにみられる反応とその対応について専門家の意見を掲載しているものもある。その2年前に奥尻島を襲った北海道南西沖地震(1993. 7. 12)^{注6}後に、心のケアの動きはあったものの(藤森, 2004)、災害時の心の傷を癒す支援の重要性が衆目を集めるようになったのは阪神・淡路大震災であった。

この大震災以降、わが国では、集団災害時での医療的対応が国レベルでも地域レベルでも整備され、実際の災害現場で効力を発揮してきている。広域災害・救急医療情報システムの運用、地域防災計画への医療者の参加、DMAT(Disaster Medical Assistance Team)の整備、ドクターヘリなど広域患者搬送システムの運用、災害拠点病院や救命救急センター(常時、重篤な救急患者に対し高度な治療を提供する第3次救急医療が可能な施設)の設置、災害医療訓練の推進やトリアージタグの標準化、日本集団災害医学会設置(1996 年)のほか災害医学に関する調査・研究の推進などにみられるように、災害時の医学的危機管理対策は急速に進められてきた(藤井, 2006)。「心のケア」の問題もそれらと軌を一にして、被災者のみならず、救援者も対象に対応意識が高まってきた。2013 年には、厚生労働省から「災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領について」が打ち出され(2014 年改訂)、DPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team)の体制整備活動の大枠が定められた(厚生労働省, 2014)。DPAT とは、各都道府県等が継続して派遣する災害派遣精神医療チームのことで、大規模災害時に精神疾患患者の対応や PTSD 発症予防を支援するものである。

2001 年も、えひめ丸原潜衝突事故(2001. 2. 10)^{注7}、附属池田小学校事件(同. 6. 8)^{注8}、アメリカ同時多発テロ事件(同. 9. 11)^{注9}など、衝撃的な事件、事故が続発した。その後の、イラク日本人質事件(2004. 4. 7)^{注10}、新潟県中越地震(同. 10. 23)^{注11}、スマトラ沖地震(同. 12. 26)^{注12}、JR 福知山線脱線事故(2005. 4. 25)^{注13}などは記憶に新しいところである。イラクへの自衛隊派遣のおりには、戦闘状態が予想され、隊員たちに極度の精神的緊張が強いられることを想定し、PTSD の発生を前提としたメンタルケア教育などの体制作りがなされた(北海道新聞, 2003. 12. 21 付)。

このように、衝撃的な災害や事故、事件のたびに、メディアからしばしば、「受傷者には癒えぬ心があり心のケアが課題である」という論調の報道がなされた。個人レベルの事故や犯罪、DV、虐待、いじめにおいても深刻な PTSD 症状を引き起こすことや、PTSD の診断がついた労災認定ケース、損害賠償の訴訟事案なども報道記事になった。だれがどのように心のケアを行なうのかという現実的な整備が追いつかないまま、言葉だけが濫用された感があるが、ともかく、「心的外傷」「心の傷」「心のケア」「PTSD」といった概念が広く一

般市民に知れ渡るようになったのは、メディアの力が大きく影響したといっていよいだろう。

そうした時代のニーズに呼応して、種々の対策が国や行政レベルでも整備されてきた。散発的であるがいくつか例を挙げてみたい。

1-3. 整備されてきた「心のケア」

厚生労働省は、2001年に「災害時地域精神保健医療ガイドライン」（厚生労働省, 2001）を策定し、自然災害時の精神保健医療活動におけるメンタルケアの方針を打ち出した。

レイプや強盗などの被害者は強い心的外傷を被りやすい。これら被害者に対し犯罪被害者基本法に基づいて策定された犯罪被害者等基本計画（2005年策定。2011年3月に第二次の基本計画が策定された）によると、重点課題の一つに「精神的・身体的被害の回復・防止への取組」が掲げられており、さまざまな原因で心的被害を受けた場合に、PTSD治療やカウンセリングなど精神的ケア推進のための整備事項が盛り込まれている（内閣府, 2011）。

学校は、災害、友人の病死や事故死、自殺、犯罪、教員の不祥事など児童生徒の心理に動揺を与えるような出来事が起こりやすい場所である。文部科学省や各都道府県教育委員会などにおいて、学校安全を保証するシステム作りと同時に、心のケアの観点からも、専門家と連携した緊急支援の体制作り、心のケアプログラムが整備されてきた（「子どもの心のケアのために——災害や事件・事故発生時を中心に——」（文部科学省, 2010）など）。その結果、教育委員会と臨床心理士会が連携して、緊急時には臨床心理士やスクールカウンセラーが派遣される体制が整えられつつある（福岡県臨床心理士会（編）, 2005）。

事故・災害時の救援活動には、遺体の収容作業を伴う場合が少なくない。凄惨な現場に遭遇する機会が多い災害救援者はPTSD、うつ病などの発症の危険率が高いとされ、自衛隊、消防庁、海上保安庁などでは惨事ストレス対策が整備されてきた。東京消防庁は2001年に惨事ストレス対策を打ち出した。総務省消防庁では、2003年に「緊急時メンタルサポートチーム派遣要綱」（総務省, 2003）を定めて、事案発生時に専門家の派遣や助言などが対応可能な体制を整えた。しかし、小規模な消防本部は専門家の確保が難しいとの理由で、2013年には、都道府県ごとにケアの専門家を配置する態勢づくりが始められた（北海道新聞, 2013.2.13付）。

札幌市消防局では、「札幌市消防局メンタルサポートチーム実施要綱」が2011年1月に策定され、2月には「札幌市消防職員惨事ストレスケア実施要綱」が制定されたが、それらが施行される4月を待たずに東日本大震災が起きた。関係者が初会合を開く前に初動し、筆者もメンタルサポートチームの一員として、被災地に派遣され帰道してきた札幌市消防局の職員に対して、惨事ストレスのメンタルチェックのためのミーティングの場を担当した。全国の各消防においてもそれぞれ惨事ストレス対策がなされたが、述べ500人を超える派遣職員の全員を対象にチェックしたのは、札幌市消防局だけであった。

東日本大震災で多数の遺体収容作業にあたった自衛隊では、損傷の激しい遺体に生理的、心理的ショックを覚えるなど強い衝撃反応が隊員に生じることが懸念されていた。そのため、「メンタルヘルス支援チーム」を組織し巡回指導体制を敷いてメンタルヘルスに関する教育や指導にあたり、被災地に派遣部隊を出した各駐屯地には「メンタルヘルス・ケアセンター」を設置して相談や助言業務の対応がとられた。また、現地の部隊では、メンタル

面のショック緩和のために「ストレス解除ミーティング」を強制的に実施し、その日の体験や苦労をチームで話す機会を作ってストレスの解消に努めたという(防衛システム研究所(編), 2012)。

2009 年度から、一般市民が刑事裁判に参加する裁判員制度が始まった。裁判では、血痕が生々しい殺人現場や凄惨な遺体などの写真が状況証拠として提示される場合がある。普通の市民であれば決して見るべきではない写真である。それらの映像は大きなショックを引き起こし、メンタル不調が想定される。その対応として、最高裁判所は「裁判員メンタルヘルスサポート窓口」を 2009 年 7 月に開設し(最高裁判所, 2009)、電話やメール、面談での相談が可能な体制を整えた。

また、災害時などには、災害に関連する学会が、専門性を生かして心理支援に迅速に動くようになった。東日本大震災から間もなく、各学会や団体からの心理支援に関する情報がインターネット上に多数アップされ、消化不良になるほどであった。筆者が所属する日本臨床心理士会および日本心理臨床学会の活動を例に挙げると、早々に「東日本大震災心理支援センター」を立ち上げ、心理的支援に関する諸情報の提供、報道機関への対応、被災県臨床心理士会との協同活動、諸団体ケアチームへの協力活動、被災県への学校支援カウンセラー派遣の調整、各種研修会の開催および講師派遣、「心の相談緊急電話」への協力、全国各地での心理支援活動、といった支援が行なわれた(鶴, 2011)。

以上のように、強い衝撃イベントが発生すると、心的外傷反応が起こりうることを前提として、各方面で対応策が整備、実践されてきている。心のケアが謳われるようになる前には取り沙汰されることがなかった対策である。

1-4. 医療に繋がりがやすくなった受傷者

医療の世界に目を向けてみよう。

PTSD という診断名の提唱により、治療環境の整備も進み、受傷者が治療を求めやすくなり、精神科などに足を運ぶことも増えてきたようである。以前、筆者のもとに、帰宅途上でひったくりに遭い、ハンドバッグを奪われまいと抵抗したときに相手に殴られた女性が相談にきたことがある。その路上の出来事を思い出して身体がドキドキ、ガタガタと恐怖反応を示すというが、「こんなことで病院にかかっていいんでしょうか、申しわけありません」と述べた言葉が印象的である。心的外傷の概念が普及していなかったときには、PTSD 様の症状が出ていても治療に結びつかなかった人は少なくないのではないだろうか。

心的外傷は精神科で対応するイメージが強いが、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り適切に初期対応されることが重要である。総合病院の臨床心理科に勤務していた筆者は、次のような紹介状をしばしば受け取るようになったことから、身体科の医師たちにも心的外傷の概念が浸透してきたことが感じられた(以下の紹介状事例は複数のものをもとにして作り上げたものである)。

事例 1

小児科医からの 3 歳女児の対診依頼:「患児は〇月〇日に車がスリップしてトンネル壁にぶつかるという交通事故に遭い、その後整形外科を受診して軽度の打撲であることが確認されていますが、

事故後に自動車への乗車、シートベルト、ブレーキ音に極度の恐怖があり、泣き出すことが多いとの訴えで本日受診されました。当科の診察上は脳神経や四肢筋に麻痺症状などはなく器質的な疾患は否定的です。事故後一過性の心理的後遺症の可能性が疑われ、ご両親が不安がっておられ貴科での診察を希望されております。ご多忙中申し訳ありませんが御高診よろしく願いいたします」

事例 2

整形外科医からの 40 代男性の対診依頼：「〇月〇日、車を運転中に後ろから追突された患者様です。後頭部の鈍痛を訴えておりましたが神経学的異常やレントゲン検査の異常はなく、頸椎捻挫と診断され内服・外用薬処方にて経過をみております。頸部痛に関しましては改善傾向にありますが、事故後より、イライラすることが多くなり、運転してぶつかったり責められているような怖い夢を見て、最近では、両下肢が棒のようになって歩けなくなることがあると訴えています。その際、呼吸も苦しくなるそうです。診察上、下肢の神経学的な異常はなく、歩けなくなるという症状も波があることから、事故による腰椎損傷などは考えづらく、精神的な要因に起因している可能性が高いと思われます。一度貴科にて御高診頂き、今後の方針についてアドバイス頂ければ幸いです。よろしく願いいたします」

こうやって紹介されてきた患者や同伴者は、たいてい待ってましたとばかりに心に感じている不安を一気に吐き出してくることが多い。

このようにして、受傷者はその存在が社会的にも医学的にも認められ、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ことで、以前に比べてケアを受けやすくなったといつてよいだろう。

それは同時に、心的外傷反応を出している人は決して精神力や性格の弱さが問題なのではなく、治療や支援の対象者として社会から正當に扱われるべきである、と認識が変化してきたということでもある。

第 2 節 心的外傷支援で見えてきた問題点

以上のように、心的外傷の認識が普及するにつれて心のケアの対応が進み、支援の網に救われる人は多くなったと思われる。こういった流れの中、心理療法家である筆者のところにも、惨事に遭遇した受傷者がぼつぼつと訪れるようになってきたのだが、それらの方とのかかわりを積み重ねる中で、以下のような問題点があることに気がついてきた。

1. 受傷者が支援ルートに乗りづらく、結果的に放置されやすい現状にあること
 2. 受傷者は外傷そのものからくる苦悩だけではなく周囲の不理解などで二次的に苦悩している場合が多いこと
 3. 治療的にかかわっていく中で治療者が疲労感や無力感を感じやすいこと
 4. 治療的手法についてはまだ発展途上であること
 5. 回復過程を考えるうえで“resilience”^{注14}がキーワードになると思われるが、日本ではこれに関する議論があまりなされていないこと
- 次に、それぞれの問題点を詳述してみたい。

2-1. 放置されやすい受傷者

第1節では、衝撃体験が心的外傷を生じさせることを前提にしてさまざまな支援が整備されてきたことについて述べたが、それでもまだ、支援の網から漏れてしまう受傷者が少なくない。筆者は、医師から紹介を受け身体的外傷を抱えた患者に対応しているうちに、医療の現場においても、心的外傷に対しての本格的な手当てがなされないまま放置されやすい現状があることに気がつき、この分野の心理的フォローの必要性を痛感している。

筆者は27年にわたって、精神科も心療内科も設置されていない総合病院の臨床心理科に勤務していた。臨床心理科には、20ほどある診療科のうちほとんどの診療科から心理査定、心理療法の依頼があった。2000年を過ぎたころより、救急外来、外科、整形外科、形成外科、リハビリ科、麻酔科などから、身体外傷後に精神的な不安定さがみられる患者が紹介されるようになった。事故後の心の問題に配慮しようとする医師たちからの依頼であった。そのため、交通事故などで入院している患者の病室に足を運ぶことが増えていった。多数の医療機器で囲まれたICUの部屋で面接をしたことも少なくない。

救命を使命とする医師とスタッフたちの戦場さながらの現場の懸命さには本当に頭が下がる思いがする。しかし、突然の衝撃的な出来事に遭遇し受傷した人たちやその取り巻きの人たちの心理的問題は切実であることが分かっているにもかかわらず、実際に介入していくだけの余裕もマンパワーも現場にはないようであった。最初に依頼を受けたときの救急医の言葉が忘れられない。「ぼくたちも本当なら患者や家族の心の方まで面倒みたいんだけど、とても手が回らないんです。是非手伝ってくださいませんか」。

事故などで傷病者が救急搬送されてくれば、救急外来のスタッフは全力を挙げて救命措置、生命機能の維持に努力する。緊急手術もまれではない。その間、駆けつけてきた家族や関係者は、予想外の出来事にパニックや極度の不安に陥っている。生死がかかっているときにICUや手術室の待合室で祈るように待っている家族の心細さは計り知れない。命をとりとめ、医療措置が一段落し、数日が経過して全身状態が回復に向かい始めたころ、今度は受傷者に精神的問題が表出してくる。しかし、一般には、精神病の既往や自殺企図などがみられれば精神科に繋がることもあるものの、心的外傷反応としての強い不安や情緒、認知の混乱などが認められても、それらは身体治療における副次的な症状として扱われることが多いのではないだろうか。

たとえば、日常的に発生している交通事故の調査をした藤田(2003)は、「PTSDを生じさせる可能性があるライフイベントの中で、現代人が、もっとも遭遇する危険性の高いライフイベントは交通事故である」にもかかわらず「交通事故のPTSDはあまり注目されてこなかった」「わが国では、交通事故のPTSDに関する実証的研究は非常に少なく、交通事故の被害に遭った人を支援するのに必要な知見が不十分である」と述べている。注目されず知見が不十分ということは交通事故のPTSDに対する医療的かかわりが積極的になされてこなかったことを示しているのだろう。

さて、患者が語る内容にも驚かされた。たいていの患者が、「もう二度とハンドルはもてない」「ガーッとぶつかる夢を何度もみる」「トラックが横を通っただけでも身が凍るように動けなくなる」「事故のニュースが始まるとチャンネルを変える」「わけもなくイライラしてどうしようもない」など、再体験、回避・麻痺、過覚醒といった外傷後の強い反応や

症状を次々と話し始めてくるのである。

そして、出来事に対して、「相手からの謝罪が何もない」「保険会社の対応が許せない」「殴り殺してやりたい」「悪いことしてないのに何で私がこんな目に」と怒っていたり、「自分はこれからどうなっていくんだろう」「本当によくなるのか」「この痛みさえなくなれば」「仕事に戻れるだろうか」と将来に不安をもっていたり、「自分が弱いからこうなった」「運命だとあきらめるしかない」「相手を恨んだってしょうがない」など何とか自分の心におさめようと葛藤したりしている話を多分に聞かされた。しかし、これらの不安や葛藤は、必ずしも周囲の人たちに語られてはいなかった。

わずかばかりの患者の話をきいただけでもこうなのだから、心的外傷の苦悩を抱えている人は想像以上に多いのではないかと、思わずにはいられなかった。

大規模災害の場合は報道の影響などで PTSD の問題が喚起されやすい。だが、先の藤田の指摘のように、日常的に生じている交通事故のような場合、身体的治療やリハビリの方に焦点が向きやすく、心理的な症候群に対して専門的な視点で治療している外科系の病院は、現在でも少ないのではないだろうか。第2章で論じるが、身体科だけでなく精神科においても、心的外傷の訴えは拾い上げられることが難しい性質を有している。つまり、医療の世界においても、心的外傷は治療の対象になりづらく「放置」されやすいのである。

この現状の問題性を指摘する声がある。古川・江藤(2004)は、リハビリテーションの日常場面においても PTSD ないしは PTSD 症状を示す患者に遭遇している可能性を挙げ、これらの症状に注意を払うことが、よいリハビリテーション環境を提供することに繋がるとしている。同様に広常(2002)は、「PTSD の病態やそのケアを理解することは、日々の救急臨床が患者や家族のその後の生活に好影響をもたらさうものである」と述べ、「救急入院中のケアにおける重要な点は、PTSD 発症のハイリスクと思われる患者の早期の同定と、その人たちを今後の精神科的治療に結びつけることである。そして可能ならば、外傷的出来事を経験したときに誰でもが蒙りうる心理的反応を説明することによって、安心感を提供すべく患者と家族への心理教育が行なわれることが望ましい」と救急入院中の具体的かわりについても触れている。

また、中村(2004)は、救急後医療における心的外傷の問題は今後大きな課題になるとし、次のように述べている。「狭義の精神障害による自殺企図等に対するケアはむしろたやすい。重度外傷における心的外傷、すなわち単純性 PTSD の問題や、児童虐待後遺症による複雑性 PTSD(第3節で詳述)の問題が 21 世紀の救命後医療最大の懸案となることは必至である」「救命後の社会復帰を考えたとき、身体外傷に伴う心的外傷の問題は決してパンドラの箱ではなく、患者それぞれの人生の物語における支援すべき屈曲点として、今日の救命医療・救命後医療の重点的課題である」。

これらリハビリテーション医や救急医の指摘は、患者の経過を丁寧に見守ってきた現場スタッフの実感なのであろう。重病や大怪我の経験をする、しばしば、ものの感じ方や生き方が変わるなど人生の転換点になる。本人も周囲も、外傷体験やその治療体験を意識・無意識的に箱に押し込めようとしがちだが、中村(2004)が述べるように「人生の物語における支援すべき屈曲点」ととらえるならば、新たな治療的環境やかかわり方が構築されなくてはならないだろう。

2-2. 二次的ストレス^{注15}の大きさ

心的外傷は周囲からの理解が乏しく、経過中、周囲の言動によって二次的に傷つくことが存外によく、回復の新たな阻害要因になってしまう。受傷者は、周囲の言動に過敏になっているため、他人の悪意のない態度や何気ないひとことによって外傷を深めることになってしまいやすい。二次的なストレスによって「分かってもらえない」という感覚が強まると、自ら口を閉ざしてしまう。そして元来の外傷よりも二次的な傷の方がダメージが大きいことも少なくない。

これがよく生じるのは、責任や補償の問題が絡むときである。交通事故後の加害者や保険会社、勤務先の対応にショックを受け、「加害者から謝罪のひともない」「保険会社の対応がいい加減だ」「全然痛みがとれてないのにもう補償を打ち切るのか!」「保険会社から早く働いてくださいといわれて頭にきて……」「職場の対応が冷たい。こんなところに勤めていたのかと思うと……」など怒りや落胆を感じてしまうことがしばしば生じる。本人の気持ちを配慮して温かくかかわろうとする家族成員の間でも、関係がぎくしゃくしてくることがある。

事例3

ある女性交通事故被害者は、肉体的苦痛が激しく、気分が激昂して辛辣な言葉で家族に当たってしまう自分を抑えられないときがあった。家族は我慢したり刺激しないように聞き流したりしていたが、そういう態度も自分への当てこすりのように感じて「どうせ私のいうことなんか」と卑屈な言葉を返していた。家族もまた、本人に怒りを表すようになったり距離をとるようになり、陰湿な関係に陥っていた。本人にしてみれば身体的痛みに加えて、「私なんか死んでいたらよかったんだ」といった家族の中での肩身の狭さと、理不尽な目に遭ってしまったやりきれない怒りで苦しむことになった。

このように、外傷の影響で、人間関係を避けて孤独を求めたり、抑えがたい怒りによって人間関係が壊れて問題が拡大していったりする例は少なくない。Herman(1992)は、外傷が人間関係的生活に与える打撃は、二次的なものではなく一次的なものであると述べている。

会社の人や友だち、家族のひとことによって気持ちが安堵して前向きに振り向けることができたという話は多い。しかし耳から入ってくる他人のひとは、諸刃の剣の性質をもつ。

事例4

工場でガス漏れの事故が起きて2名が意識不明の重体になり、現場にかけつけ救出搬送した同僚が、ガスを軽く吸ったかもしれないというので念のために入院した。結局身体的な損傷は何もなかったが、かけつけた奥さんから「何ともなくて良かった」といわれたとき、「何言ってるんだ、今、人が死ぬかもしれないんだぞ!」と怒鳴ってしまい、その怒気に奥さんも本人自身もビクビクしてしまった。

どちらが悪いという話ではないが、気持ちのすれ違いは人間関係に亀裂を入れる可能性がある。

その上、生き残ったことの罪悪感や自分が何とかできなかったものかという後悔で苦しんでいる死傷事故の生存者にとって、「生きていて良かったね」といった言葉は、いっそうの苦痛を感じさせてしまう。自分の心情に相容れない言葉を受けてしまうと、その処理に苦しまなくてははいけない。他者と自分の気持ちの離隔を感じたとき、孤独感が強まってしまう。ある事故生存者は、「そういうときには表面上は相手に合わせて軽く受け流すようにしています」と話してくれた。いちいち自分の気持ちを説明するのは面倒だし分かってくれないだろうから、という理由だった。しかし、周囲は、受傷者に本心と異なる対応をさせていることや葛藤を引き起こさせていることに気づいてはいないのである。

また、支援場面において、受傷者の同意を得ることもなく、「衝撃的な出来事が起きると心の傷が生じるものであり専門家が心のケアを施さないといけない」といった紋切型の理解にもとづく一方的な「ケアの押し売り」も、受傷者を戸惑わせるばかりか心情を悪化させてしまう。中には、必要な援助を受けること自体に屈辱感を感じる人もいるし(安, 2011)、救援者が救援者の役割を頑張れば頑張るほど、被災者を受け身の無力な人間に変えてしまう(野田, 1995)といった弊害も生む。

このほか、「これからの仕事や生活の保障がないから不安でたまらない」「新聞報道が事実と違うので誤解されないか心配でたまらない」など、出来事から派生した諸問題は多岐にわたり、時間の経過とともに複雑化して二次被害、三次被害として本人を大きく圧迫することがある。

2-3. 治療者に生じる疲労感と無力感

筆者は長年、受容、傾聴を旨としたカウンセリングでクライアントにかかわってきたが、相手が心的外傷を抱えている場合、無力感や閉塞感を感じる事が多く、これでいいのだろうか、もっと実りあるかかわり方はないだろうかと自問することが、他の疾患の場合よりも頻繁にあることに気がついた。

それは、2000年3月の有珠山噴火災害の支援において、地域心理士が協力してボランティアの避難所訪問を続けたときも同じであった(菊池, 2010)。「リラクセーション教室」を開いたり「喫茶室」を作って交流したりしたものの、自分たちが行なっていることが災害支援全体の規模に比べると卑小すぎる感が強く、噴火が収束し、避難区域が解除され、仮設住宅の整備が進んで避難住民が減少していく中で、一体私たちはどれほど避難者の役に立っているのだろうかと自問するのが常であった。

さて、筆者はもともと、心理臨床の仕事を行なうにあたって、「具体的にクライアントの役に立つ」ことをモットーとしていた。その背景は、1982年に総合病院で心理職に就いて以来、診療報酬の関係で収入に結びつかない心理臨床業務を周囲に理解してもらうために、心理の仕事はこのような形で貢献できるということを周囲に示さなくてはならないという事情があった。そのため「自分はクライアントや病院の役に立っているのか」という問いかけを常に抱きながら業務にあたっていた。学会発表に努めたり、心理部門として積極的

に地域貢献活動をして病院の宣伝に繋がったり、何らかの役立ち感を周囲に理解してもらうことに苦心してきた。目の前のクライアントに対しても、わずかながらでも役に立った面接だったかどうかは最も大切なことであった。

この問いかけをことさら意識することになったのが、外傷を被った人のカウンセリング場面であった。まず、遭遇した災難自体が凄絶である。

仕事中に高所から落下して脊髄損傷となった作業員、妻の焼身自殺の火を消そうとして大やけどを負った男性、熱せられた太いプラスチックの棒が顔面に突き刺さった工場勤務者、自分たちの作業ミスにより同僚が生死の境をさまようことになった救助員、自分が機械のスイッチを入れたことで仲間が圧死した工場作業員、瀕死の人の救急蘇生術を間近に目撃することになった作業員、親孝行のため温泉まで冬道をドライブ中にスリップしてしまい父親が死亡した男性、縊死遺体の異様な顔貌が脳裏に焼き付いた女性、車の衝突の恐怖を語る女性、入浴中に倒れて救急車で搬送された夫に「お父さん、死なないで」と泣き叫んでいる妻。

これらの人との面接では、小手先の心理技術など吹っ飛んでしまい、素の人間となって、ただ話を聴くしかできないことが多い。凄まじい体験を耳にした後のエネルギー消耗感は強く、自分はこの人にかかわっていけるだろうかという不安にも襲われた。こんなにひどい被害や苦痛を与える社会や他人というものは怖いものだと感じるようになり、話を聞く前にはなかった恐怖感や過剰な警戒感、世界に対する疑惑意識のようなものが生じてきているのに気づくこともしばしばであった。

クライアントの心身の状態が改善に向かわないときには、自分は何をしているのだろうかといったその無力感を感じるが多かった。50分の面接のために、わざわざ遠くから通ってくる人には申し訳なかった。しかしほとんどの方は面接を拒否することはなかったし、楽しみにしているクライアントもいた。「こうやって通ってきてくれているということは何らかの意味を感じているからなんだろうな」「それにしても、本当に意味あることをしているのだろうか」といった思いを抱えながら面接に向かうことが多かった。

岡野(2009a)は、「外傷性精神障害の治療に携わるスタッフがしばしばもつ疑念は、『自分たち治療者は、患者さんが必要としている治療を正しく行なっているのだろうか?』、『自分たちは何もやっていないのではないか?』などである。(略)しかしここで治療者が何もせずに患者を見守ることもまた重要なのである」と述べているが、こういう言説に出会うと救われるような思いになった。

また、治療者はクライアントが外傷を深めることがないようにしないといけない。しかし、面接室で話題にすること自体が不快感を引き出すことが想定されるときには、治療者がその傷に立ち入っていくことは控えられる。畢竟それは、直接外傷となった出来事に関する話題に触れられないもどかしさやクライアントの心情がよく把握できないもどかしさに繋がってくる。

受傷者とかかわる際には、治療者の側が、無力感に沈んだり、かなりの衝撃を受けたり、受傷者の苦しみにいたく共感して過剰なまでに力になろうとしたり、トラウマティックな反応が出てきて情緒的に不安定になったり、自身が受傷していないことに罪悪感を感じたりして、心理的なゆさぶりや心的エネルギーの浪費は相当なものであることを実感した。

2-4. 模索途上にある心のケア

筆者は PTSD の診断がつく以前の、受傷から 1 ヶ月以内のケースにかかわる機会が多かったのだが、『サイコロジカル・ファーストエイド』（後述）が現れるまで、この時期の効果的な治療的介入について書かれたものが少ないことに気がついた。そして、PTSD の治療技法も、専門性が高かったり、必ずしも有効性の合意が得られていなかったりした。受傷直後の介入法であるディブリーフィング^{注16}が日本にも導入されたが、現在は有効性に否定的という見解が一般的である (McFarlane, 1994)。そもそも、外傷体験を語り感情を表出させる欧米流のケアが、黙って悲しみを噛みしめる風土をもつ日本人にそのまま適合できるのかという問題も未検討のまま移入されてきた経緯がある。つまり「PTSD の臨床疫学は、米国を中心とした海外に比べると、日本では研究の質および量の双方においてまだまだ大きな遅れをとっている」（飛鳥井, 2005）現状にあり、日本人を対象にした実証的な研究と対応指針の開発が待たれている^{注17}。

金 (2011) は次のように述べている。「過去の災害事例を考えてみると、特定の技法、介入、理論が、あたかもそれが万能であるかのごとくに喧伝された例はいくつも思い浮かべることができる。しかし筆者の承知している限り、そのどれ一つとして日本に根付いたとは言えないのは、そのいずれもが文化内発的な基盤を持たず、どこかしら借り物のような、声を大にしなければなかなか周知ができないような無理な性質をもっていたためではないだろうか」。

先進的な取り組みの実績がある欧米諸国で編み出された手法や対応は、確かに治療者にとって道標となり、援用して有用な場合があるが、金の指摘のように、日本人への適合感という点では乏しい印象が否めない。

筆者は、心的外傷の受傷者に対して、心理教育によって反応（症状）のノーマライズ化を行なうことを心がけたほかは、受容的なカウンセリングで対応していた。そのため、そのときに心を悩乱させている出来事の数々を聴くことができた。

経験的にいえば、前述したように、受傷者は症状から派生するところの生活上のさまざまな困難が輻輳した生きづらいつきに現状に苦しんでいる。他の精神疾患にもこういった要素は多分にあるだろう。症状と生活上の悩みを区別するのは困難かもしれないが、もし治療場面で、主体（個人）の生活が切り離されて反応（症状）だけに対応するとすれば、受療者は「何か受けとめてもらってない」とか「何か違う」といった^{かつかそうよう}隔靴搔痒のような感覚になってしまうのではないだろうか。安 (2011) は、PTSD を精神科の病気としてだけで扱うことや、「治療」という観点で「精神障害」という形でくくってしまうことに疑問を呈している。筆者は、PTSD の症状などの消失は一つのメルクマールであり医学的な目標となりやすいが、実際の心理的支援にあたっては、症状も含めた生活全体を視野に入れる必要があることを実感している。つまり、「生きづらさ」を踏まえ、「生きづらさ」を手当てしていくことの重要性であり、その視点からの有効な支援を構築していくことの必要性である。

東日本大震災で、筆者たち心理療法家が現地の支援に入るときに推奨されたマニュアルがある。兵庫県こころのケアセンターが翻訳し、ウェブ上でも公開されている『サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版』（National Child Traumatic Stress

Network and National Center for PTSD(2006))である。これは決して医学的な治療マニュアルでもなく、災害時に限ってのものでもなく、エビデンスが明らかなものでもなく、専門家にしか使えないものでもない。「これまでの経験知から、安全で、被災者などに負担をかけることがない非侵襲的なメンタルケアの内容を、項目ごとに分かりやすくまとめたものである」(飛鳥井, 2011a)。つまり、外傷体験をした人に対して、専門的対応以前にできる基本的な心のケアの方法論(明石, 2012)であり、具体的な介入の指針が多様な受傷者の多様な日常生活に配慮されてしるされている^{注18}。筆者の感覚では、この手引きは心理療法家が被災者にかかわるにあたる際にもかなり有用であるように思われた。

「被災者の生活が安定し、回復の基盤が整うためにできることであるならば、それはあらゆるものが『こころのケア』に繋がります」という大澤(2011)の言葉のとおり、当たり前ともいえるべき日常生活への支援は、厳密には心理療法家の専門性を発揮する場所ではないのかもしれないが、被災者の立場に立ったときには広く心理支援になっていることが少なくない。

総じて、一般の心理療法家が、外傷を抱えた目の前のクライアントにどうかかわれば良いかについての指針、そして日本の土壤に根づいた指針は、現在も模索中であり発展途上の段階であるといえる。

2-5. resilience が論じられていない不思議

岡野(2009b)は、明らかな外傷が見出せなくても PTSD 様の症状を引き起こす人がいたり、外傷的出来事に遭遇しても PTSD を引き起こさない人がいたりして、「これらにはレジリエンスという概念が深く関与しているが、ほとんど学問的には問題とされてこなかった」と述べている。

筆者は、外傷からの回復要因は何か、といった問題意識をもち、心理面接場面で「これまでこうやって頑張ってこられたのはどういうことが支えになったからだと思いますか」「どういうときに気持ちがホッとしたり前向きになったりしましたか」という問いかけをすることが多かった。悪くならないための引き上げる力に注目し強化することは、クライアントの精神状態の維持や回復に有用であるとの印象をもった。病気の脆弱性(なぜ発病するのか、悪くなるのか)に注目するのではなく、なぜ発病しないのか、悪くならないのか、と抗病的に機能する resilience という概念に出会ったとき、自分の支援の考え方と少なからず一致しているように思えて、さらに resilience について深めてみようと思った。

“resilience”は、辞書的には「はね返り」「弾力」という意味で、「回復力」「復元力」「しなやかさ」という意味でも使われる。Mastenら(1990)は、resilienceを「困難で驚異的な状況にもかかわらず、うまく適応する過程・能力・結果」と定義している。精神医学における resilience について、武田(2012)は「急性ストレス・外傷、さらには持続的ストレスに対抗して適応する能力のこと」、加藤(2009)は「病気に陥らせる困難な状況、ひいては病気そのものを跳ね返す復元力、回復力と理解してよいだろう」と述べている。

日本トラウマティック・ストレス学会が、東日本大震災後、ホームページにも掲載した「今般震災被災者に対するトラウマケアの基本的な原則」(前田・加藤, 2012)は、メディアによる PTSD の治療やケアに関して誤解を招きかねないものが散見されるとして、学会がト

ラウマケアの原則の見解を9項目にまとめたものである。第1項で、被災者にはさまざまなトラウマ性の反応が出ることを述べたあと、第2項で「一方で、被災者の方は皆トラウマ反応から立ち直る自然回復力や復元力(レジリエンス)を持っています。それゆえ医療機関などの専門機関にかからなくても自然に回復することも少なくありません」と記載され、resilienceによる回復の力に注意を促している。心的外傷の回復を考えるうえで、resilienceは重大な鍵を握っているのである。

東日本大震災の支援に関する論文や資料には、対PTSDといったものよりもサイコロジカル・ファーストエイドのように生活支援など当たり前の支援の重要性や、resilienceに着目していく必要性を指摘したものが増えてきた感がある。たとえば、災害支援を論ずる中で、小澤(2011)は、「コミュニティ再建のメドが立たない現実の中で、心理的な回復を支援するには、このレジリエンス・モデルによる支援が重要といえよう」と述べ、加藤(2011)は「この危機的な局面においてこそ、人を堅固な仕方で将来へと押し出してくれるレジリアンスの視点、および外傷後成長の視点が有用と思われる」と述べている。

また、災害被災の受傷者のみならず広く精神医学の方向性として、「これからの臨床精神医学が、発病モデルではなくレジリエンス(回復)モデルに沿って構築されることを期待する」(八木, 2011)、「レジリエンス研究の進展は、さまざまな困難に対する広い応用可能性が期待される分野だということになる」(木村, 2012)など、その有効性が期待されている。

八木(2009)が「2008年は日本の精神医学会にとって、『レジリアンス元年』とも言うべき年であった」というように^{注19}、少し前まではこの言葉は論文にまれに散見される程度であり、resilience自体をテーマにした論文も少なく^{注20}、日本の精神科医療の分野でこの言葉を耳にし目にするようになったのはごく最近のことである。

筆者は、多くの事例とかかわってきた結果、受傷からの立ち直りをもたらすのは治療場面だけでなく生活場面の全体であり、そう考えたときに、resilienceが発現しやすい生活環境整備が重要であると感じてきた。それはちょうど、外敵や変異細胞から身を守るために備わっている免疫機能をより発動しやすい状態にもっていくことにたとえられる。ポテンシャルティーを引き出すかわり方である。resilienceの活用は、他の治療手段にも増して奏功力があると考えられ、この力を活用しない手はないと思われる。

「ここ最近アメリカで、ストレスやトラウマを跳ね返すレジリアンスを重視する動きが一層助長されている」(加藤, 2011)ことに比して、総じて日本では心的外傷のresilienceを論じたものが少ない。resilienceに着目し、回復モデルの視点に立った支援がもっと議論されてよいと思われる。

第3節 単回性心的外傷と本研究の目的

3-1. 単回性心的外傷とは

本研究で対象としている、「単回性トラウマティック・ストレス受傷者」について、単回性という意味と、なぜ単回性の受傷者を取り上げるのかという点について明確にしておきたい。

心的外傷には、そのきっかけとなる体験内容が、1回の突発的に生じた衝撃的な出来事

によって生じるものなのか、複数回あるいは長期の出来事にさらされて生じるものなのか、といった、体験にさらされた頻度によって分ける分け方がある。前者が単回性であり、これには災害、事故、事件などが該当し、後者が反復性であり、虐待、DV、いじめなどが該当する。

宮地(2013)は、単回性の場合、反応が比較的明確で因果関係もはっきりしているのに対して、反復性の場合、反応が複雑になって因果関係が見えにくくなり、その後回復へのアプローチの仕方が大きく変わってくるという。

van der Kolk ら(1996)や McFarlane&Giolamo(1996)によると、単回性、すなわち急性の限局された出来事によって引き起こされた心的外傷は、単純性 PTSD を引き起こすリスクが高くなるという。単純性 PTSD というのは、いわゆる DSM に示されている PTSD の状態であり、治療においては、一つの段階から次の段階へとすばやく移っていくことが可能になる場合も少なくない。しかし、より複雑で心的外傷が蓄積されたようなケースでは、他の精神医学的障害を生じたり、一連の人格的变化をもたらして対人関係における基本的信頼感や未来への確信を崩壊させる傾向が強まったりする。そのため、治療においては、安定化の段階を何度も繰り返す必要が生じることも珍しくないという。

そこで、現 PTSD の基準だけでは不十分として、人格へのダメージが大きく、より深刻な状態に陥っている病態を新たに定義すべきという意見が出てきた。その代表的なものが、Herman(1992)が提唱する「複雑性 PTSD」である。Herman は、PTSD の当時の診断基準(DSM-III の診断基準を指す)は主に戦闘、自然災害、レイプなど典型的な限局性外傷的事件の被害者に基づいてつくられたものであるため、自己同一性のおよび対人関係の歪みなどがみられ、しばしばはるかに複雑で深刻な症状像を呈する長期反復性外傷の生存者の症状をとらえ切れていないとして、複雑性 PTSD という新たな診断基準を提唱した。

複雑性 PTSD とは、生活の中での常習化した心的外傷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たのものであり、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。たとえば、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、まったくの孤在感、分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。

ただ、単回性の出来事だからといってすべてが単純性の心的外傷に止まるということではない。森(2005)は、単回性の心的外傷でも複雑性 PTSD にみられるような反応を呈することが多いという。実際、レイプなどは単回性の出来事ではあるものの PTSD の発症率は非常に高く(Kessler et al, 1995)、先に挙げた自己感覚の変化など複雑性 PTSD に示されている深刻な症状を強く伴い苦悩は深い(小林, 2008; 緑河, 1998)。

単回性の受傷者を研究対象とした理由については、心的外傷のダメージの大小にかかわらず、原因と反応が比較的単純に結びつき、かつ長期化してないため回復要因と阻害要因がより容易に抽出できると考えたことである。また、筆者のところに心理療法で通うことになった受傷者の多くが単回性の出来事がきっかけであり、研究協力者になってもらいやすかったという現実的な理由がある。

3-2. 研究の目的

受傷者の回復が促進されるファクターは日々の生活の中にある。投薬などは心身状態の改善には寄与するものの、本人の苦悩を本質的には和らげず、安堵や癒しを与えるのは、人間関係の支え、職場の支え、経済的な保証、ちょっとした言葉など、毎日の生活における数々の出会いや出来事、そして生活再建に結びつくような情報提供や具体的な支援であったりする。そして、そういった数々の出会いを重ねる中で resilience が引き出され、そこからさらに自らの力が引き出されて立ち直っていく印象を抱いている。

そこで、こういった突然の事故や災害、事件に巻き込まれ、トラウマティック・ストレスにさらされた受傷者の回復を促進する要因と阻害する要因とその本質を明らかにすること、ひいてはそこから、心理療法家として、その人自身の resilience を発現させていくためにはどのようなかかわりが必要なのかを模索、提案していくことが本研究の目的である。

そのためには、実際に受傷した人の声に耳を傾け、毎日の生活や仕事、さまざまに生じる出来事が満ちる日常において、何に困りどのように苦しんできたのか、それらの衝撃をどのように受け止め、癒され、あるいは足踏みし後退もしながらも自分の人生に組み込んでいったのか、といった経過に着目していきたい。

なお、「回復」という状態をどうとらえるかという点については、衝撃の大きさと情緒のコントロールが利かなくなってしまうたり毎日の生活に支障をきたしたりしている状態から、出来事の影響を受けなくなったり行動面で通常の日常生活が送られるようになること、ととらえたい。それは、仮に外傷性記憶が蘇るなど心理的緊張の場面が生じても日常生活にかかわる力を失うことがない状態で、日々の些細な葛藤にも自分で対処でき、自分の感情や行動をコントロール下におさめている状態ということである。そのような方向性に差し向ける要因を回復の促進要因、促進を停滞させたり逆の方向に差し向けたりする要因を回復の阻害要因、とする。

3-3. 各章の構成

第1章では、わが国において、心的外傷がどのように受けとめられどういった扱いや治療を受けてきたのかについて、その歴史的変遷を概観し、とりわけ明治期に外国から移入された心的外傷概念がわが国の社会の変化とともにどのように解釈され治療実践されたのかについて述べ、現在の治療の現状にも触れる。わが国ではなぜ最近までこの概念が広くゆきわたらなかったのかについて考察を加え、治療の流れの問題点についてふれる。

第2章では、調査研究1として、回復を大きく阻害してしまう「生きづらさ」に焦点を当てる。生きづらさを生んでいる最大の要因は、受傷者と一般の人の間にある裂け目であり、これが情報伝達の困難性という心的外傷自身が抱く特徴と深くかかわっていることについて検証する。そして、受傷者の生きづらさを描き出し、生きづらさまでを視野に入れた支援の必要性について述べる。

第3章では、調査研究2として、筆者がかかわった12名の受傷者の経過を描き出し、ケース検討を行なう。それぞれのケースの諸相から、回復の促進要因と阻害要因を抽出し、考察を加えていく。

第4章では、調査研究3として、受傷者のアンケートとインタビューの質的研究という側面から、回復の促進要因と阻害要因を抽出し、考察を加えていく。

第5章では、resilienceに基づいた回復モデルについてふれ、調査研究1から3から導き出された結果をもとに、resilienceとはどういう力であるのか、それを引き出すための心理療法家の介入のポイントは何かについて考察する。

終章では、本研究が心的外傷への支援においてどういった位置づけになるかを再度明確化し、本研究の成果と限界について言及する。

注釈

注1)DSM はアメリカ精神医学会(APA)が定めた精神疾患に関するガイドラインである。「精神障害の診断と統計の手引き」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)の第3版が 1980 年に発表され、その中で初めて「PTSD」が掲載された。

注2)2013 年に発表された DSM-V はまだ邦訳が出ておらず(2014 年 12 月時点)一般的とはいえないので DSM-IV-R の定義を掲載した。

注3)心的外傷受傷者は、状況に応じて、victim, patient, survivor, sufferer などの意味があるが、本研究では、治療や支援を求める人あるいはその対象となる人という意味で「受傷者」を用いる。ただし、引用文献の表記で「被害者」となっている場合と、レイプや地下鉄サリン事件など事件性が明らかな場合は、慣用的に「被害者」という言葉を用いているところもある。本来、被害者＝受傷者とは限らないが、被害者の立場でありかつ心的外傷を受けた者という意味で「被害者」を用いている。

注4)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。犠牲者 6434 名という、震災ではその当時に戦後最大の死者を出した。

注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。

注6)1993 年 7 月 12 日発生の海底地震。地震発生後数分で大津波が奥尻島などを襲い、犠牲者 230 名を出した。

注7)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。船内にと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。

注8)2001 年 6 月 8 日、大阪府の附属池田小学校で起きた小学生を標的にした無差別な殺傷事件。児童 8 人が死亡、児童 13 人、教師 2 人が障害を負った。

注9)2001 年 9 月 11 日に、テロ組織によって4機の航空機がハイジャックされて起きた大規模なテロ事件。ニューヨーク世界貿易センタービルなどが破壊され、死者数は約 3000 人。

注10)2004 年4月7日、イラク武装勢力が日本人3名を誘拐、拘束し15日に解放。この3人は、誘拐の恐怖に加え、帰国後、激しいバッシングに遭い、こころのケアが必要とされた。

注11)2004 年 10 月 23 日に新潟県中越地方を襲った直下型地震で、阪神・淡路大震災以降初めて震度7を観測した。犠牲者 68 名。

注12)2004 年 12 月 26 日にスマトラ島沖で発生したマグニチュード 9.1～9.3 の超巨大地震。大津波が発生してインドネシアやインド、アフリカ諸国にも押し寄せ、犠牲者数は 22 万人を超えるが正確な数は不明。

注13)2005 年 4 月 25 日、JR 福知山線で発生した脱線事故で、先頭の2両は近くのマンションに激突した。乗客と運転士あわせて 107 名が死亡、負傷者 562 人の大惨事となった。

注14)本稿では resilience の表記は原語のまま“resilience”と表記しているが、引用箇所において「レジリエンス」「レジリアンス」などとなっている場合は、引用原文の表記の通りとした。

注15)受傷者が、もともとの出来事ではなくその後の経過の中で被った二次的ストレスのことを、「二次被害」とか「二次的ストレス」と呼ぶ。似た言葉に、「二次受傷」という言葉があるが、これは支援者が受傷者を支えようとするときに支援者に生じる外傷のことをいい、そういった外傷を指して「二次的外傷性ストレス」という。

注16)ディブリーフィングとは、衝撃を和らげ正常な機能に戻す手助けをすることを目的として開発されたグループワークである。それは、導入(自己紹介、目的理解、ルール確認)、事実確認、思考、感情、ストレス反応(症状)、教育(学び、今後どうすればよいかなど)、再復帰(日常復帰にあたって不安など質問)の段階からなっている。急性期の危機介入として欧米では盛んに実施されてきたが、この方法の効果には本国のアメリカでも否定的な意見が多い。

注17)その後、飛鳥井(2011)は、PTSD という共通の枠組みが用いられたことで、わが国においても臨床研究の進展は着実であると評価し、阪神・淡路大震災、地下鉄サリン事件、和歌山毒物混入カレー事件、交通事故、配偶者暴力などの場面での疫学的知見についてまとめている。

注18)2011年にはWHOからもPFA(Psychological First Aid)が提示され、Web上で公開されている。

(http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf)

注19)八木は、2008年、医学雑誌『臨床精神医学』でresilienceがテーマで特集として生まれ、同年の日本精神神経学会総会でこの話題が取り上げられたことに言及している。2008年発行の「臨床精神医学」37巻4号のテーマは「脆弱性とレジリエンス」、2012年発行の同誌41巻2号では「レジリエンスとこころの科学」という特集が組まれている。

注20)CiNii(論文や図書・雑誌などの学術情報で検索できるデータベース・サービスを提供しているNII論文情報ナビゲータ)による検索では、精神、心理的な意味での「レジリエンス」または「レジリアンス」での検索ヒット論文数は、1999年に初出で2件、その後、2005年まで毎年それぞれ6,3,5,3,1,9件と少なかったが、2006年以降増加してきて2012年まで毎年それぞれ20,23,26,47,25,74,49件である。

文献

明石加代(2012).サイコロジカル・ファーストエイド—災害時の基本的なこころのケア.こころの科学,165,44-49.

American Psychiatric Association.(2000).Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,Fourth Edition,Text Revision;DSM-IV-TR. APA,Washington D.C.

高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2002).

DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.

安克昌(2011).心の傷を癒やすということ(増補改訂版).作品社.

飛鳥井望(2005).PTSDの臨床疫学.臨床精神医学,34(7),893-898.

飛鳥井望(2011a).PTSDへのケア.臨床心理学,11(4),536-541.

飛鳥井望(2011b).心的外傷後ストレス障害(PTSD)の診断と治療—15年の歩みと今後の課題.精神医学,

53(12),1215-1223.

防衛システム研究所(編)(2012).自衛隊のPTSD対策.内外出版.

藤井千穂(2006).集団災害の医療対応—何が提唱され、何が整備されつつあるのか—.日本病院会雑誌,

(9),1228-1238.

藤森和美(2004).災害援助の過程と終結.臨床心理学,4(6),752-762.

藤田悟郎(2003).交通事故の精神的後遺症.トラウマティック・ストレス,1(1),39-45.

福岡県臨床心理士会(編)(2005).学校コミュニティーへの緊急支援の手引き.金剛出版.

古川俊一・江藤文夫(2004).リハビリテーションとPTSD.総合リハビリテーション,32(1),51-56.

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.

- Kessler,R.C.,Sonnega,A.,Bromet,E.,Hughes,M.,Nelson,C.B.(1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry,52,1048-1060.
- 広井良典(2000).ケア学 越境するケアへ.医学書院.
- 広常秀人(2002).救急医療と心的外傷後ストレス障害(PTSD).救急医学,26,11-17.
- 加藤敏(2009).現代精神医学におけるレジリアンスの概念の定義. 加藤敏・八木剛平(編). レジリアンス—現代精神医学の新しいパラダイム—.金原出版,pp.1-23. .
- 加藤敏(2011).現代人のヒュブリスと外傷後成長.Imago,39(12),152-165.
- 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.
- 木村美也子(2012).脆弱性とレジリエンス.こころの科学,165,16-21.
- 金吉晴(2011).東日本大震災と心のケアチームの診療レポート.精神医療,64,138-148.
- 小林美佳(2008).性犯罪被害にあうということ.朝日新聞出版.
- 厚生労働省(2001).災害時地域精神保健医療活動ガイドライン.
http://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/saigai_guideline.pdf#
- 厚生労働省(2014). 災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html
- 前田正治・加藤寛(2012).学会員および本ホームページ閲覧の皆様.トラウマティック・ストレス, 10(1),37-38.
- Masten,A.S.,Best,K.&Garmezy,N.(1990).Resilience and development:Contributions from the study of children who overcame adversity.Devolopment and Psychopathology,2,425-444.
- McFarlane,A.C.(1994).Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America,17(2),393-408.
- McFarlane,A.C.,Girolamo,G.(1996). The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reactions. In van der Kolk,B.A.,MaFarlane,A.C.,Weisaeth,L.(Eds.). Traumatic Stress. The Guilford Press,New York.西澤哲(監訳)(2001).トラウマ性ストレス因子の本質とトラウマ後反応の疫学.トラウマティック・ストレス. 誠信書房.
- 緑河実紗(1998).心を殺された私 レイブ・トラウマを克服して.河出書房新社.
- 宮地尚子(2013).トラウマ. 岩波書店.
- 文部科学省(2010).子どもの心のケアのために—災害や事件・事故発生時を中心に—. .
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1297484.htm
- 森茂起(2005).トラウマの発見.講談社.
- 内閣府(2011).第2次犯罪被害者等基本計画.
http://www8.cao.go.jp/hanzai/kuwashiku/keikaku/pdf/dai2_basic_plan.pdf
- 成田善弘(2003).心的外傷—問題の所在—.臨床心理学,3(6),771-774.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD(2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition.兵庫県こころのケアセンター(訳)(2011).サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版.医学書院.
(web 上では http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_text.pdf#zoom=100)

- 中村俊規(2004).三次救急医療における心的外傷とその対応.総合リハビリテーション,32(5),435-441.
- 野田正影(1995).災害救援.岩波書店.
- 岡野憲一郎(2009a).新外傷性精神障害.岩崎学術出版社.
- 岡野憲一郎(2009b).心的外傷とレジリエンスの概念.トラウマティック・ストレス,7(2),52-60.
- 大澤智子(2011).あらゆることが「こころのケア」になりうる.Imago,39(12),48-55.
- 大藪敏宏(2003).因果的決定論の科学史と近代心理学の成立 — P.ジャネのハーヴァード講演と精神分析理論の成立 — .富山国際大学人文社会学部紀要,3,9-20.
- 小澤康司(2011).過去の災害事例から学ぶ.臨床心理学,11(4),531-535.
- 最高裁判所(2009).裁判員メンタルヘルスサポート窓口制度.
http://www8.cao.go.jp/hanzai/kuwashiku/suishin/kentokai/mental/k_2/pdf/s8.pdf#
- 総務省(2003).消防職員の惨事ストレス対策に係る緊急時メンタルサポートチームの創設等について.
<http://www.fdma.go.jp/html/data/tuchi1505/150527syoudou104.html>
- 武田雅俊(2012).精神疾患のレジリエンス.臨床精神医学,41(2),121-125.
- 鶴光代(2011).東日本大震災心理支援活動レポート.臨床心理学,11(4),472-475.
- van der Kolk,B.A., McFarlane,A.C.,van der Hart,O.(1996). A General Approach to Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In van der Kolk,B.A.,MaFarlane,A.C.,Weisaeth,L.(Eds.). Traumatic Stress.The Guilford Press,New York.西澤哲(監訳)(2001).外傷後ストレス障害の治療に関する概略.トラウマティック・ストレス. 誠信書房.
- 八木剛平(2009).あとがき.加藤敏・八木剛平(編).レジリエンス— 現代精神医学の新しいパラダイム—. 金原出版.pp.223-225.
- 八木剛平(2011).脳病神話にもの申す— 統合失調症を中心に、レジリエンスの立場から—.こころの科学 精神科臨床はどこにいく,96-102.
- 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・辰野剛・内藤あかね(訳)(2001).PTSD の医療人類学.みすず書房.

第1章 わが国における心的外傷概念の受けとめ方の歴史

第1節 日本では関心が薄かった心的外傷

1-1. 心的外傷とともにある生活

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ともにあった。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わき起こり、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」という言葉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、感染症のパンデミック(爆発感染)も短期間に大量の死者数を出す。1879年(明治12年)には、コレラによってわが国で約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、1918~20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る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、西洋の多くの研究者たちは、心的外傷や 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 ; van der Kolk, 1996 ; Herman, 1992)。すなわち、鉄道事故である。鉄道は産業革命が生んだ画期的な大量輸送手段であり文明の発達に計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したがって、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. 低かった心的外傷の研究意識

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 19 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ぼつぼつと出され始め、20 世紀以降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、災害や事故や戦争の際の心的外傷に対してそれほど強い問題意識をも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が多かったが、これには、関心が薄いこの分野への認識を拓げるための啓蒙的な意味合いがあったようである。

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^{こうらい}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)。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言っているのである。19 世紀末に欧米で盛んに議論されていた外傷性神経症 (同義で「外傷神経症」の言葉も使用されていたが、以下、引用の場合を除いて「外傷性神経症」と表記する) 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、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、本症ノ研究ハ從來甚ダ等閑ニ附セラレ、其ノ見解ハ永イ間舊套^{きゅうとう}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、小沼ら(1953, 1954)、仁志川・築城(1961)、野中ら(1987)の研究がある。小沼ら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にしたが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・発展がみ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)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、邦人の手による精神医学的な被爆後の後遺症への積極的な研究は行な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、20～30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えることができる。

研究者が強い関心を寄せなかったとはいえ、受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心的外傷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。

本章では、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心的外傷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。

第2節 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

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もっており、危険から身を守るために有効な反応である(中井, 2004; 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。

心的外傷の概念のない時代に、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「遺体との遭遇が外傷になりやすい」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まれである。

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)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しれないが、恐怖や戦慄を覚えて外傷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惡な姿に変貌し、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、通常の状態ではいられず、外傷になることが示されている。

廣川ら(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、御巢鷹山に墜落し520名の生命が一瞬にして奪われた日航機墜落事故(1985.8.12)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 付)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 付)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ときがあり、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」(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つてよい」「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、久クナリテ覺ヘズ。二年ガアヒダ世中飢渴シテ、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。取り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^{かたち}貌・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)は「遺言の歌」という作品の中で「死は 死にゆく者を^{ふる}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)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起させていた。(略)口をぽっかりあけ、むきだしの内蔵^{ママ}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、目の前の遺体が膨張、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さ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)。

いざなぎのみこと いざなみのみこと
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生まれていたとき、火の神を生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って黄泉の国に行くが、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、身体のおちこちから八つの^{いかずち}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^{みかずら}御鬘を投げたり^{つまぐし}爪櫛の齒を投げたりして、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ば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言葉を交わす。一日で千人を殺すという伊邪那美の呪詛に対して、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、穢い国にい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^{たけはやすきのおのみこと}建速須佐之男命が生まれる。
^{あまてらすおおみかみ} ^{つくよみのみこと}

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もつ落雷にたと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^{しゅんしゅん}が蠢々とうごめいて肉を食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しれない(再体験)。あるいは、拭いても拭いても拭いきれない死臭に起因するフラッシュバックなのかもしれない。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」と言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言葉に過剰なまでに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」という言葉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、という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みてとれる。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・トゥール艦長が残り 9 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）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、森鷗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う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かかわって扱われる。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）の著述にしたが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^{注1}を除いて、癲狂の中に含まれていたとは考えにくい。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とき、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』^{もののけ}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患者の収容施設があり、宗教的な精神療法、参詣、霊水の飲用、滝による濯水、煙浴その他の行事による治療が行なわれていた(加藤, 1999)。

物の怪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の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、人々はいつそ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^{いんせん}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^{かいい}恠異等なり。いかなる謀略を廻らして、彼の天殃^{ようおう}(わざわい)を銷さんや。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、怒りや悲しみやおそ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災者や受傷者の中では、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のような答を見出していたのかについて、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。

1782 年(天明 2 年)に始まった天明の大飢饉は、日本の総人口の約 1 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、その翌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か。

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みられた)
- 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みてとれる。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(1858 年)であるが、これは、正確な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、病氣平癒を祈願する「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、不条理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」ことに重きがかれたのではないだろうか。

第3節 近世以降 — 移入された心的外傷理論

3-1. 西洋における心的外傷議論の歴史

心的外傷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)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)は心的外傷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)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、外傷性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)は心的外傷概念の歴史の変遷と PTSD に至るまでの流れを図化し、ともに近年は 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)は心的外傷の歴史の変遷から心的外傷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、受傷者に特徴的な反応がみられたことや、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、心的外傷の研究はその後1世紀にもわたって「間歇的健忘」と Herman(1992)が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 の歴史の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、森山ほか複数の文献を参照しながら簡略にまとめておきたい(van der Kolk, 1996; 森山, 1997, 2000; 飛鳥井, 1998; 鈴木, 1929; Herman, 1992)。

心的外傷研究は鉄道事故に始まるといわれ、まず、受傷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变化や精神症状が生じるとした。その後、Erichsen の同僚医師 Page たちによって、すべ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。

ドイツの神経学者 Oppenheim は 1889 年に『外傷性神経症 (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患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。ドイツの神経学者 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。多数の兵士にみられた精神神経症状に対して、イギリスの精神科医 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、外傷性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、スイスの精神医学者 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ふ社会的処遇しかない結論した (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、ドイツの精神医学者 Bonhoeffer らは、1926 年に外傷性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」とであると結論した (van der Kolk, 1996)。森山 (2000) は、ドイツにおいていわゆる外傷性神経症の本態は、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た。そし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」なり、「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、外傷性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; van der Kolk, 1996)。

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つ

た(森山, 1997)。

PTSD 登場の先駆けとなったのは米国の精神科医 Kardiner(1947)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)は、Kardiner はだれ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 PTSD の概要を描くに至った(Herman, 1992)。

1970 年、米国の精神科医 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受傷者に関する研究と、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、レイブトラウマ症候群、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)。

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、心的外傷や 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生きていた。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 薨 中ニ蟄伏スルニ至ル」。記憶力は減退しているが「負傷当時ノ事情ニ至リテ八充分記憶シテ諄々説イテ止マズ遂ニハ感情激発シテ語氣震顫ヲ帯ビ流涙スルニ至ル」。数週間「薬剤的鎮經」の後、転地療法を行なったところ、約 2 ヶ月後には症状が雲散霧消して全治した。

鈴木の場合(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し、その模様を恐怖の情ととも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 など心的外傷反応ととらえられるであろうが、

葛谷のケースは、「純粹ニ神經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。鈴木の場合は、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 PTSD かどうかの見当をつけることができるが、そうでなければ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、純粹に 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まとめると、次の3点になる。

1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^{注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〇〇神経症とか〇〇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、心的外傷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、外傷性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)の論文にみ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。

2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^{注3}、高次脳機能障害など外傷後遺症^{注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・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見せ、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「歇斯的里性攣縮^{ヒステリー}」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。

3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、PTSDの概念とは異なる意味で使われていたことである。言葉の上から「外傷性神経症」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ると、前述したように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している。

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うえで、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、受傷者へのかかわりの歴史を回顧するうえでは、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, 2007; 毎日新聞, 2013. 6. 22 付^{注5}; 蟻塚, 2014)。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、「不問」あるいは「除外」という扱いを受け、ケアの対象からバツサリ切り捨てられたとみなすことができる多数の受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太平洋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とも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^{はじめ}榎俣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)。

19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^{注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、これを生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つ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、一例として Baelz の評を挙げると、「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」と観察している(Schottlaender, 1928)。渡辺(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墮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（1890）の意見と同様に、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 20 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言葉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広がっていった。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）ヒステリーと外傷性神経症の移入

それでは実際に、心的外傷にかかわる学説や知識はどのように国内に広がっていったのか、「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 19 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、20 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^{注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。したが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ではいけない。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識する」としたうえで、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『外傷性神経症』を発刊したのがこの翌年で、その後この概念をめぐってCharcotらとの議論が開始されたわけだが、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。また、「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。不眠と恐怖心を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教授。Baelzの薫陶を得た)の「外傷性(遭難性)『ヒステリー』ノー実験」(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、それほど時間差は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」という概念が広がったようである。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・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みられる。

翌年、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(臭化カリウム)の投与を行ない、1ヶ月少して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9事例とともに発表されている。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粹に官能的(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。外科手術後の外傷性神経症の事例は珍しく、がん治療における心的外傷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發し、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發する者もいる。知覚機能障害は一定しないが發生する。脊椎部を受傷するとそこに疼痛と頭痛を發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^{注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・藤田の事例(1895)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。1点目は、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、Baelz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。2点目は、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、ヒステリーは外傷によって誘発されたものであり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いる。つまり「外傷性神経症」よりも「恐怖性神経症」の方が、現在の PTSD の診断基準により近いものとされていることである。

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、この言葉を初めて使用した 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 なものとして外傷性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かち考え方が出てきた。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、外傷性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^{注9}。また、外傷という言葉も注意が必要で、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えることができる。

(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損害補償の不備が改善され、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 年代ころから、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が偽りの病気かという問題が追及されるようになり、外傷性神経症は受傷者の賠償欲求が生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、外傷性神経症に対して、Charcot の見解を取り入れ「神経中枢殊ニ脳ニ器質的变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いろ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ときに患者は安心し快癒に赴くものと考えられ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、発達した外傷性神経

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しないこと、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。外傷性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、水治療^{註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(Naegeli は、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、器質的变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。医療の治療に関しては、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、十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^{注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1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「外傷性神経症」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2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3には、患者の周囲に災害神経症者の前例があつて、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、鈴木論文からは、外傷性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、外傷性神経症への社会的な対応、すなわち賠償問題対策ともいえる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得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、外傷性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うえ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。これはもともと煩惱による『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、非日本の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、このような大病院の対応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、外傷性神経症というのは、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^{注12}。したがって治療も、心因神経症の原則にしたがい、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先入観をもっ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いきわたっていたようである。佐々木は、医師が賠償闘争の行末にかかわり合いをもつことを戒めるWeizsäcker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)は外傷性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言葉は放棄して、「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、身体的な損傷ととも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

日露戦争で捕虜になり、松山の収容所での半年間の体験を記録したロシア人士官の手記が出版されている(Kupchinski, 1906)。当時の日本民衆の様子も描かれている貴重な本で、捕虜たちは市民と交流し日本人看護師たちの献身的な姿をほめる記述もあるのだが、精神に異常をきたした数名のロシア兵が出てくる。そのうちの一人は、「毎晩敵を捜しながらバラック内を歩きまわった。幾度も寝ているものを襲い隔離された」と記されている。日常と戦場の区別がつかなくなっているのは心的外傷の影響と思われるが、もちろんそういった発想はみられず、拘禁的な収容所や病院の環境の悪さが人間を錯乱状態に追いやったものとしている。

日露戦争から 10 年後に勃発した第一次世界大戦では、兵士たちに全身の震盪など一連の不思議な症状がみられ、shell shock(砲弾ショック。のちに戦争神経症と呼ばれるようになる)と名付けられた。戦争は PTSD のアウトラインをあらわしやすく、以降 PTSD の診断名新設に至るには、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、わが国の太平洋戦争当時の戦争神経症の発症や治療の状況はどうだったのだろうか。

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。

小倉陸軍病院に勤務し 504 名の戦争神経症患者を治療したという中村 (1950)は、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ない、暗示の為には電気刺激を用いた。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 ボルトで意識障害を起す様な激しい刺激ではない。例えば下肢麻痺による歩行障害の患者では、先ず抱きかかえてベッドに^{もた}せ、若し自分が電気をかけて下肢が伸びるならば、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。此处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步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、駆足をさせたという。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かわりとして、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かかわった。日米開戦前の、主戦場が中国大陆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」と医官の方が心的外傷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ロ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うえで療養所に転地・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^{注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った」(高橋, 1967)し、「わが国の軍隊では、前線で精神医学的診療の行なわれる機会は、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、^{へいたん}兵站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。

海軍にいた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患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、精神治療は不适当であり、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ぬ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国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もち、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、陸海軍ともに、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みてとれる。

第4節 心的外傷への関心が低かった理由

4-1. 大衆化されなかった外傷性神経症

これまで、わが国において、人々が心的外傷となるような出来事にどのように対応し、明治期に欧米から移入された心的外傷概念が医家たちによりどう受けとめられ治療的展開をみせていったのかをたどっていった。

移入直後から、外傷後の症候群はヒステリーとみなされ、災害の賠償制度が整備されてくると、それは賠償欲求がつくり出した心因性のものであるという受けとめ方が主流になった。軍隊では、戦争神経症はほとんど問題にされることはなかった。このような帰趨を生んだのは、名誉を重んじ、卑怯なことはせず、勤勉で労働に励む日本人の道德観や、帝国軍人の勇猛果敢・忠君愛国・滅私奉公の精神が尊ばれた日本の風土の影響が大きかったものと思われる。しかし、前節までみてきたように、一部の医家たちは治療や対応に向けて真摯に考え、取り組んできた。身体的治療、養生、精神療法のほか、給付金、家族知人の影響、医師の影響まで配慮した関与のありかたが議論されてきた。中には身体を張って患者と格闘する医師の姿も描かれていた。大局的には、戦前・戦後を通して研究者や医家たちは関心を示さず議論も盛んにならなかったのだが、一方で、外傷後の心身の反応に対しては多数の関連疾患名が生まれるという事実もあった。つまり、命名が主張されるだけの実態(症状)を臨床医たちが感じとっていながらも、なかなか議論や研究対象にはならなかったのである。米国で PTSD という診断名が生まれても、阪神・淡路大震災の発生まで、わが国での反応は鈍かった。

ではなぜ、長い間、わが国の研究者たちは心的外傷に関心を向けなかったのだろうか。

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、外傷性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1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2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1の要因を招いた基盤になったとする。第3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4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き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5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ことである。

4-2. 心的外傷への関心が高まらなかった理由

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る。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。

1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。外傷性神経症は、その姿を追究しようとする、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、外傷性神経症は細分化されたり多義を抱くようになり、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喻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。研究の結果が困難で曖昧模糊とした中であって、たとえば「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、2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。

3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見下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、日本の精神に反する不心得者の考え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いた。そのような文化的背景をもつ社会では、治療を求めることは憚られ、症状は隠さなくてはならず、結果的に病気は表面に現れず研究対象になりにくかったと思われる。

4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つ

たことである。それは、阪神・淡路大震災と地下鉄サリン事件が起きた 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太平洋戦争や原子爆弾、空襲といった戦災のとき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 1 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 2 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。外傷後の心理的症候群はだれにでも生じるものであり、決して性格の弱さや臆病を示すものではないものとして、かなり洗練された診断基準とともに PTSD が登場してきた。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異なり、いわば装いを新たに現れたため、受容に抵抗がなかったと思われる。第 3 に、医学の進歩により生物学的理解が深まっていたことが挙げられる。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、混沌としていた脳損傷後の後遺症が生物学的に究明されることで、心的外傷反応の輪郭がより明確になってきた。第 4 には、当時、AC (アダルトチルドレン) や虐待など幼少期の家庭の機能不全問題に関心が集まってきており、事故や災害とは異なる方向から心的外傷に目が向けられてきたことも要因として挙げられる。以上のような社会の成熟、脱スティグマ化、科学技術の進歩、人びとの関心がそろったうえで生じた阪神・淡路大震災は、戦災のときには注目を浴びることがなかった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。

第 5 節 心的外傷治療の現在と問題点

5-1. 心的外傷治療の現在

1980 年、DSM-Ⅲに PTSD の診断名が登場して以来、「心的外傷の治療」「PTSD の治療」は急速に発展してきて、種々の方法が提唱されてきた。

心的外傷からの回復に関し、わが国で大きな影響を与えたのは Herman (1992) の訳本『心的外傷と回復』であった (1996 年出版)。Herman の心的外傷からの回復の見解を以下にまとめておく。

Herman は、外傷症候群の回復に関して、「複雑な障害であって複雑な治療が必要である。外傷は人間の機能の生物学的な面から社会的な面までの全ての面をおかすものであるから治療もまた総合的でなければならない」として、回復の展開には、第 1 段階「安全の確立」、第 2 段階「想起と服喪追悼」、第 3 段階「再結合」の三段階からなるとしている。

それぞれの段階の中心課題をまとめると次のようになる。

第 1 段階「安全の確立」。受傷者の安全を確保する段階であり、これには、自己統御を外

れている身体の不安全感を医学的なケア、薬物や精神療法、ストレスマネジメントなどを用いて、身体の自己統御の感覚を強めていくこと。次には環境の安全感確立のために、避難場所の確保、信頼できサポートしてくれる人との関係作り、その他の社会支援などにより安全な環境を構成していくこと。それらの行動を通じて、有能性や自己統御性の感覚が回復されていくことが肝要とされる。

第2段階「想起と服喪追悼」。被害経験者が外傷のストーリーを語る段階であり、外傷的記憶が形を変え、強烈な感情がかきたてられることなく他の記憶と変わることのない記憶になっていく、すなわち、ライフ・ストーリーの中に統合されていく過程である。ストーリーをイマジナリーを含めて言語化するという作業が重要になり、そのためには治療者が、共感的に聴き再構成を支援する姿勢が必要になる。この作業を通じて、外傷によって失ったもの、断ち切られたものを服喪追悼する苦しい過程も経ながら、「どうしてこの私に？」という問いに意味を与える信条体系を再建してゆく。

第3段階「再結合」。受傷者が積極的に世界にかかわって新しい自己、新しい関係、新しい信念を作り上げていく段階である。自己との和解を果たして自分自身を所有していると感じ、自律的に他者との信頼感や結びつきを保ち、中には外傷体験に政治的あるいは宗教的次元を認識するなど新しい使命を見出して社会的行動に移す人がある。回復を成し遂げた生存者は、何が大切で何が大切でないかはっきりしたセンスをもち、しばしば人生に感謝の念をもつ。

Herman は、この3段階も、「本来複雑な渦を巻いている過程を無理やり単純化し整理しようというもの」であって、「外傷症候群にはこれ一発で効くという魔法の弾丸はない」と、あくまで便宜的なフィクションなのだとしている。

わが国においても、阪神・淡路大震災以降、こういった先駆的な欧米での研究の流れを受けて災害時の危機対応やPTSDへの関心が高まり、序章でみたように、外傷受傷を想定した種々の予防やケア対策が各分野で整備されてきている。2002年には日本トラウマティック・ストレス学会が創設されている。

では次に、わが国における心的外傷治療の現状はどうなっているのについて押さえておきたい。

PTSDに対する治療法は、一般的な対応と特異的な対応がなされる^{注14}。一般的対応では、最初に安全と安心の確保に努める点は識者の間で共通認識がもたれている。このあたりのことを中島・金(2004)は、「被害者を保護し、現実の生活上必要とされる援助を与え、安全、安心、安眠の確保に努める。トラウマ被害者の多くはPTSDを発症することなく自然に回復し、またPTSDを発症した者でさえ、半数程度に自然回復が見込まれるので、自然回復のための条件を整備し、二次的なトラウマを与えないように心がける」と述べている。

PTSDの特異的な治療としては、暴露を含む認知行動療法、EMDR、薬物療法、催眠、TFTなど多岐にわたっているが、多くは、断片的で戦慄や無力感を伴うトラウマ性記憶を、思い出しても不安や苦痛を感じない通常の記憶におさめることに重きがおかれている。これは、ポップアップしている写真をアルバムの中におさめていくような作業である。ただ、それぞれの治療の有効性については十分に確かめられているわけではない。国際トラウマティック・ストレス学会の特別作業班が中心となって作成した『PTSD治療ガイドライン第

2版』(Foa et al(Eds.), 2009)には、暴露療法を含む認知行動療法、抗うつ薬などの薬物療法、EMDR、集団療法、力動的療法、心理社会的リハビリテーション、催眠療法、夫婦・家族療法、創造的芸術療法、PTSDと合併障害(他の精神障害を伴う PTSD)の治療といった最新の治療法がレビューされたあと、全体的な問題点として、これらの治療法はまだ研究途上にあるとされ、エビデンスがあるといわれている認知行動療法においても効果には疑問の余地があると述べられている。ただ、飛鳥井(2011)は、PE療法(prolonged exposure therapy、持続エクスポージャー法)が、欧米だけでなく、文化的背景の異なる日本においても PTSD 治療において十分有効であることが示されたとして、認知行動療法を主体とする治療戦略が、国際的におおむね共通したものになるであろうと今後の展望を述べている。

さて、わが国においては、受傷者が受診した場合の対応・治療についてどのような治療方針が周知されているのかについて、『今日の精神疾患治療指針』(樋口他(編), 2012)を参照してみよう。それによると、まず、物理的・心理的な安全の確保、レジリエンスを発揮できる環境支援、心理教育などを行ない、重篤な場合は精神療法や薬物療法を行なう。現実的には薬物療法が治療の柱になることが多く、症状に応じた処方を施す。精神療法については、認知行動療法や EMDR は専門家が少ないため、多くの施設で可能な介入はリラクゼーション指導を含めた心理教育と支持的療法であるとされ、心理教育のポイントも述べられている。

このように、安全と安心感の確立を重要視する一般的対応は諸家の意見の一致をみせているのに対して、特殊な治療法についてはようやく有効性を示す方法が見つかったが、わが国で臨床実践するには人材不足で、普及はこれからという段階であるといっている。

5-2. 心的外傷へのかかわりで見落とされるもの

本章でみてきたように、西欧においても日本においても、心的外傷研究は社会情勢の影響を受けて歴史に見え隠れしてきた。そして約 1 世紀をかけて「心的外傷の研究は正当な研究分野であるということが確立したように思われる」(Herman, 1992)ところまでいきついた。心的外傷は、現在では精神医学や臨床心理学領域でトレンドというほどの位置を占めるに至っているが、治療的かかわりにおいては、未だに確固とした治療法に乏しいほか、多くの課題が残されている。

序章で述べたことだが、心的外傷概念が普及し PTSD が診断名になったことで研究が進み、医療的恩恵で救われる人は多いだろう。しかし、心的外傷のダメージは、身体、心理面のみならず、社会・経済面や、生きる意味など実存的な面にまで広がっている。筆者が危惧しているのは、PTSD の三症状(再体験、回避・麻痺、過覚醒)だけが注目されるようになって、それ以外の苦悩が見過ごされてしまうことである。症状の減弱化を否定するものではないが、三症状に焦点を当てるといことは、広い裾野をもった苦悩を切り捨てうわずみだけ拾い上げて対応するようなもので、もともと表出しにくい多彩な苦悩がいつそう沈潜し拾い上げられにくくなる。また、外傷が専門家の手に任されてしまうことで、有力化が必要な受傷者を逆に無力化してしまうという本末転倒なことが生じる可能性がある。

さらに、古代からトラウマティックな出来事とともにあった人びとの生活には、心的外

傷を癒していくさまざまな工夫が編み出されてきた。蓄積された工夫や智慧が、今後、軽くあしらわれるようになってしまわないかというのも気がかりな点である。宮地(2013)は、「トラウマへの対処を医療の領域にしてしまうことによって、人々が日々の生活の中で培ってきた対処法や伝統儀式、暗黙知といったものが壊されてしまう危険性がある」と述べている。なぜならば、トラウマは生活文化の中でおこり、専門家によって対応されることもなく、疾患としてみなされることもなく、ほとんどが処理されていくからであるという。遠い神代の物語には、腐乱遺体に接した体験に訣別するために、入念な禊ぎをした。理不尽ともいえる自然災害に対しては社会への不満をぶつけるなどの意味づけをした。近年の戦争の外傷は、個人においても社会においても強く回避・抑圧された形で表面化を防いできた。土着の宗教的行事や思想が理不尽な運命や衝撃体験を受容するのに果たした役割も大きかったと思われる。このように、心的外傷は、疾患という扱いはされずとも文化の中で解消されてきた歴史があり、その文化・風土に根を張った生活の智慧を侮ってはいけな

いだろう。

PTSDをはじめとする外傷後の精神疾患研究が進んできた今だからこそ、再度、切り捨てられがちな受傷者の苦悩に目を向け、心情や生活に根づいた全人的な支援に立ち戻る必要性を感じずにはおれない。わけても、医療主導ではなく、日常生活の多様ななかかわりのなかで当事者の回復力が自ずから目覚め育っていくような、つまり、resilience が引き出されるような支援のあり方を探り出す必要性である。なんとなれば、身体の免疫機能が外的から身を守る最強の軍隊であるのと同様に、心的ダメージから回復していくための強力な力になりうる可能性があるからである。

Herman(1992)は、こういった問題意識に関して次のように述べている。「回復過程への洞察はまた、世界中に広がっている外傷後生存者の大多数の英知を引き出すことによっても得られるのではあるまいか。世界の外傷被害者はどういう形のまともな治療をも全く受けていない。この人たちの回復過程を見れば、被害者の大部分は自分なりの回復術を編み出し、自分たちそれぞれの力と自分の共同体にいれば自然に入手できる支持的関係とをひねり出しているにちがいない。未治療被害者の回復力の体系的研究は、今よりも効率的で広範囲に使用できる治療的介入法の開発の期待を大きくさせてくれる。治療的介入法の単純明快で再現性のあるモデルを探し当てることは、現在すでに、国際的・多文化間的项目の目的となっている」。

注釈

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臍^{いか}りとびだした。婦人はふるえ、ついにはその号呼臥起^{ごうこがき}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。

注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」

注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,2003)。

注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)。

注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。

注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もち、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年に離日している。

注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せた。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。

注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誑導すること、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。

注9)桜井(1951)は、外傷性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。

注10)冷摩擦、海綿浴、灌注、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。

注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}や不安などの病的な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。

注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)

注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。

注14) 本研究で対象としているのは事故を中心とした単回性のトラウマティックな出来事の体験者であるのに対し、多くの成書や論文では、特に単回性と反復性とに分けて PTSD の治療法が記載されているわけではない。

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.

蟻塚亮二(2014).沖縄戦と心の傷 ―トラウマ診療の現場から―.大月書店.

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.

飛鳥井望(2011).心的外傷後ストレス障害(PTSD)の診断と治療 15年の歩みと今後の課題.精神医学, 53(12), 1215-1223.

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).^{ベッシ} 鼈氏内科学下巻 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.F.(1970).The Discovery of the Unconscious. Basic Books, New York. 木村敏・中井久夫 (監訳)(1980).無意識の発見(上)―力動精神医学発達史. 弘文堂.

江馬賤男(1888).東京医学会雑誌,2(13),38-40.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., Cohen, J. A. (Eds.) (2009). Effective Treatments for PTSD (2nd edition). Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. The Guilford Press. 飛鳥井望(監訳)(2013). PTSD 治療ガイドライン第2版. 金剛出版.

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.

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(男性歇私埒里)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.

樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田隆・中込和幸(編)(2012).今日の精神疾患治療指針,医学書院.

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.
- 飯塚訓(1998).墜落遺体 ―御巢鷹山の日航機 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―.イマージ,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.
- 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.
- 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.
- Kupchinski,F(1906). V Yaponski Nyevolye. 小田川研二(訳)(1988). 松山捕虜収容所日記 ロシア将校の見た明治日本.中央公論社.
- 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.榊井迪夫・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.
- 宮地尚子(2013).トラウマ.岩波書店.
- 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.
- 中井久夫(2004).徴候・記憶・外傷.みすず書房.
- 中島聡美・金吉晴(2004).PTSD 理論と治療,臨床心理学,4(6),720-725.
- 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).ヒパ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(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.

- 佐藤雅浩(2013).精神疾患言説の歴史社会学.新曜社.
- 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生涯と業績——.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——江戸時代の病氣と医療——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・クロニク).講談社.
- van den Berg.(1966).The Psychology of the Sickbed.早坂泰次郎・上野轟(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 van der Kolk, B.A,MacFarlane,A.C.,Weisaeth,L.(Eds.). 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라우マティック・ストレス.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・辰野剛・内藤あかね(訳)(2001).PTSD の医療人類学.みすず書房.

第2章 調査研究1 — 心的外傷の伝達困難性 —

第1節 心的外傷における生きづらさの問題

これまで述べてきたように、阪神・淡路大震災以降、受傷者はその存在が医学的にも社会的にも認められ、心的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。

心理療法家として受傷者が衝撃的な出来事を乗り越えていこうとする過程にかかわっていると、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い。また、受傷者の気持ちを前進させて元気にするものは、だれかからの温かいひとことであったり、心情に配慮した出来事や何気ない生活の一場面の数々であり、回復要因は日常生活に散りばめられていることが分かってきた。

そこで筆者は、外傷の回復を促す要因は何か、阻害する要因は何か、ということに問題意識をもち、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名の単回性の受傷者を研究協力者として、治療経過の分析と半構造化面接によって調査を行なった(菊池, 2007)。その結果、全員の回復に貢献した要因には「時間の経過」「気分転換」「目前のことに集中した」「家族の支え」「カウンセリング」、全員に該当した阻害要因は「考え込みやすさ」「思ったことを言えず我慢」などが抽出された。また、回復が容易であった人とそうでなかった人の差は、安全の確保ができていのかどうかという点と、離断が起きているかどうかという2点であった。これらを総合し、①心的外傷によるもと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砕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、の3点が回復のために重要であるという知見を得ることができた。

それは、受傷者が、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も裏付けるものであった。つまり、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、これまで心的外傷研究の分野であまり論じられてこられなかった。そこで、本章では、受傷者はどのような生きづらさを抱えているのかについて改めて考えていきたい。この問題はまた、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、といい換えることもできる。

第2節 共有することが難しい心的外傷

2-1. 受傷者の「分かってもらえなさ」

まず、交通事故に遭って小児科でPTSDと診断された小学生の父親が、整形外科医とのや

りとりで不安が高まった事例を示したい。

事例 2 - 1

7歳の男児が下校時に自動車にはね飛ばされ救急搬送されて手術、入院となった。退院後も整形外科やリハビリに通っていたが、車を怖がり、いきなり「轢かれちゃう！」と怯えたり、「お母さん(お父さん)車にはねられないようにね」と過剰に心配したりするようになった。怒りっぽくなって、攻撃的になったかと思うと、赤ちゃんのように甘えてきたり夜尿が再開したりした。一人で留守番ができていたのができなくなり、親の携帯に「早く帰ってきて」と泣きながら電話してきた。怖いと言って夜に泣き出したり、部屋の戸を閉めるのを嫌がって電気はつけたままでないと眠られなくなった。事故から約3か月後、小児科医師の診察を受けたところ、それらの症状から PTSD という診断名がついて心理相談に結びついた。両親は自分たちでも PTSD について調べ、息子の反応はそれからくるものだとなし、心理面接で子どもへのかかわり方について話し合い、次第に子どもは一人でいられるようになるなど落ち着いてきていた。

小児科受診から2ヶ月後、整形外科診察時に、父親が医師から「PTSDって何ですか？どうしてそんな診断をつけたんですか？本当にそうなんですか？」としつこく聞かれてとても困ってしまい、「小児科の先生か心理の先生に聞いてください」と応えるのが精一杯だった。それまでの実践をまるで否定されたようにいわれ、他のことも含めて、結局医師は何をいいたいのかわからず、ただいじめられているような不快な気分しか残らなかったという。父親は「これまでの(心理治療の)方向でいいんでしょうか？」と改めて尋ねてきて、整形外科医との会話で不安が喚起されたことがうかがわれた。

この医師の本意を知る由はないが、言葉だけを取り上げてみると、筆者には、心的外傷に共感的で理解的な姿勢とは異なるものが感じられた。少なくとも患者の側は不快と不安の思いになり疑念が生じた。治療の側から心的外傷への不理解や誤解を示されると、「分かってもらえなさ」の苦しみが新たに加わってしまう。

受傷者のほとんどの人が、家族や職場など周囲にいる人たちに心的外傷の辛さを分かってもらおうと話をしたが分かってくれないばかりか逆に自分が傷つく結果になった、という経験をしている。筆者は、面接場面でも「分かってもらえないと思いますが」のフレーズが挿入される話にしばしば遭遇するに至って、受傷者の心の中には「分かってもらえなさ」が通奏低音のように響いているのではないかと思うようになった。

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やすいのである。

2-2. 心的外傷の表明を阻害する心的外傷自身の性質

次に挙げるのは、夫が自死した婦人の事例である。

事例 2 - 2

夫が交通事故に遭い、身体に障害が残って仕事を辞め、車も趣味の道具も手放さざるをえなくなった。毎日のように「死にたい」「寂しい」を繰り返すので精神科で治療を受け始めた。しかしある

とき、妻が外出している隙に縊死してしまった。妻は大きなショックを受け、それ以降、沈鬱で重たい気持ちを抱えるようになった。家にいるとどうしても夫のことを思い出さないわけにはいかず、生前の表情や些細な会話のやりとりもハッキリと浮かんでくるといい、後悔や罪悪感に繰り返し苛まれていた。フツと考えて可哀想になったり、なんで！と腹立たしくなったり、もっと私が何とかできたんじゃないか、など、気がついたら考え込んでいるという。パートの仕事は続けていたが、強い倦怠感、めまい、動悸、発汗といった心身の変調が続いていたため心療内科を受診し、抑うつ状態を示していたためうつ病としての治療を受けた。同時にカウンセリングを勧められて面接を開始した。その出来事は考えない、思い出させるものに近寄らない、話題に触れない、忘れようとするなど強い回避の姿勢が認められた。そのことが話題になることを怖れて、友人とも親戚ともかわりを避け、人間関係が希薄になっていた。他人にはこの話ができず、ときには嘘をつかなくてはいけないことが辛かったが、泣いたらおしまいと思い人前では明るく気丈に振る舞っていた。治療者から進んで夫の話題に触れることはないが、話の流れで話題になった後は具合が悪くなっていた。「もう夫のことは一生ひきずっていくしかないと思います」と、諦めとも決意とも受け取られるような言葉が何度も語られ、やや強引にこの言葉で解決しようとしているように感じられた。

この事例の問題は、暴力的な死別を体験した外傷反応で、外傷性悲嘆^{注1}とっていいと思われる。クライアントの希望を取り入れて、心身の辛さを緩和していこうと治療目標を設定したとしても、体験した出来事を想起したり直面したりすることは回避されるため、外傷に関する話題は表現されない。治療者もリスクを冒してまでそのことに足を踏み入れることができない。お互いが、「触れてはいけない部分」を取り囲んでの面接は、問題の周辺をグルグルと回っているだけに思えてきて、しばしば治療者に徒労感や不全感を起こさせる。このように、心的外傷など外傷反応の痛みは、言葉として表明されづらい性質をもっている。

阪神・淡路大震災で兵庫県こころのケアセンターで取り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」を考慮にいれる必要があると述べている。外傷となった出来事は否認、回避を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医療に結びつかないケースがあるというのである。つまり、心的外傷は、心的外傷が抱く回避・麻痺という症状によって、心的外傷を把握しづらくさせ表明を妨げるという目眩ましののような性質を有しているのである。

2-3. あるがままに聴けない心的外傷体験

心的外傷が抱く性質により、心的外傷は表明が困難で伝達に支障を生じる。しかし、伝達の難しさには、伝える側(受傷者)だけではなく、伝えられる側(治療者)の方にも問題があるのである。

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、「共感する少数者は、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。

心的外傷研究が、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、心的外傷(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、共感による苦痛という要因が大きい。Figley(1995)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。そういうとき人は、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、苦しみに配慮せずにすむ方向に考えを進める」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こうとするのは、受傷者だけでなく治療者や研究者も同じなのである。

2-4. 共有が難しい心的外傷

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。いづらいい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。

宮地(2013)は、家庭や職場や身近な人、親密な人からの被害であったり、共犯性や加害者性、犯罪性を帯びていたりなど、内容自体に語られにくいものがあることを指摘している。

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と思っていました』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」。

地下鉄サリン事件で多くの PTSD の患者に対応した中野(医師)は、村上(1999)のインタビューに応じて、「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。このように、想定を超えたところに受傷者の困苦があること分かってきて驚かされることも少なくな。治療者も、最初から「分かっている」などとはいえず、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。

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、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」の感覚をもつ受傷者と「分からなさ」の感覚をもつ周囲・社会との間に、架け橋をかけることはできないのだろうか。

Herman(1992)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にかにかかっている」という。受傷者と社会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、受傷者の発言に注目すれば、もっとさまざまな理由がみ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？この理由を明確にしておくことは、受傷者の支援にあたり、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し、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」を引き出していくにあたって、書籍資料から、なぜ語れない(語らない)のかについて集約していった。その手順は以下のとおりである。

①心的外傷の体験談は多岐・多数にわたる。PTSD だけが心的外傷反応ではないのだが、体験と反応の繋がりが明確であるため、まず PTSD の症状が比較的明確に記載されているもの、次に外傷体験を一人称で記述していたり、受傷者の語りやインタビューが豊富に記載されている書籍を数冊選んだ(表2-1 A欄)。また、受傷者は成人で、とり上げた外傷体験は、原則として単回性の事象である。単回性は、その原因と結果(反応)が複雑でないため、語ることの抵抗や困難の要因を抽出しやすいと思われた。戦争体験は単回性とはいえないが、PTSD の出自でもあり、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含めた。体験となった出来事は、災害、事故、テロ事件、レイプ、戦争と多様であるが、逆にこうすることで PTSD による語れなさが包含できるのではないかと考えた。

②「語れなさ」に関する記述を書籍本文から拾い出してその原文を縮約していった。そ

の縮約内容をグルーピングし、カテゴリー化していった。その例を表 2-2 に示す。

③「聴くことの抵抗や困難」については、筆者自身の体験を振り返りながら、①②と同様に、治療者のとまどいなど内観的な記述がある書籍・論文、また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。主にとりあげた書籍を表 2-1 B 欄に記載した。

④「語ることの抵抗や困難」「聴くことの抵抗や困難」のカテゴリーに当てはまる記載が他の文献でみつかったときは、それらを積極的に加えていった。

表 2-1 (書籍詳細については文献欄参照)

A	災害	安克昌(2001)「心の傷を癒すということ」 Raphael.B(1986)「災害の襲うとき カタストロフィの精神医学」
	事故	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」
	テロ事件	村上春樹(1999)「アンダーグラウンド」
	レイプ	小林美佳(2008)「性犯罪被害にあうということ」 緑河実紗(1998)「心を殺された私 レイプ・トラウマを克服して」
	戦争	野田正影(1998)「戦争と罪責」 Kovic.R(1976)「7月4日に生まれて」 Nelson.A(2006)「戦場で心が壊れて」 中澤正夫(2007)「ヒパクシャの心の傷を追って」
B		Herman (1992)「心的外傷と回復」 中井久夫(2004)「徴候・記憶・外傷」 岡野憲一郎(2009)「新外傷性精神障害」

表 2-2 カテゴリー化の例示

原文	縮約内容	カテゴリー
私は頭を覆いながら道を歩くようになった。このような毎日の連続では、次第に消耗して疲れきってくる。(心を殺された私,55)	消耗して 疲れる	表現する力の喪失
ショック後、通常の生活サイクルを維持するにはものすごい精神力を要求されるようになってくる。これでは本当の「敗者」になると私は考えた。(心を殺された私,57-58)	生活維持 が困難	
まるで自分の中に異物がぐいぐいと押し寄せてくるような感じなのです。…だから被害者の方も本当の意味では、そのときの恐怖感をまだきちんと言語化できていないのだと思いますね。結局うまく言語化できないから、そのかわりに身体化するしかないということになります。(アンダーグラウンド,126-127)	恐怖感を 言語化で きない	言葉にできない強烈な体験
そういう私をみて母も姉も妹も、驚き、おびえました。夜中、悪夢にうなされ悲鳴を上げる私、あるいは昼までも何かのきっかけから、恐怖に満ちた表情で、わけの分からない言葉を独り言のように言いながら家中を歩き回る私…。私は神経が異常に過敏になり、ささいなことで彼女たちを怒鳴りつけることもしばしばでした。(戦場で心が壊れて,35)	わけが分 からない、 コン ト ロ ー ル で き な い	理解しがたい反応 や症状
ただ身体が何かを覚えていて、それを感じ、症状が現れてくる。吐いたり震えたり頭の中が真っ白になったり…些細なことが引き金となり、自分では制御できない感覚が溢れてくる。(性犯罪被害にあうということ,56)	症状をコン ト ロ ー ル で き な い	

【結果】

「語ることの抵抗や困難」に関しては、個々の体験には違いがあったが、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

について受傷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。

第4節 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もっている。Herman(1992)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繋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」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が喪失されることが挙げられる。

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)

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)。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」という(村上, 1999)。

えひめ丸沈没事故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。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)。

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)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」。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)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たとえるほど、そのダメージは大きい。

Kardiner(1959)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」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、世界は敵対的意味を帯びてきて「世界の中から快楽を汲みとる能力が著しく縮小する」。つまり、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。

受傷者がしばしば、「自分にかかわらないでほしい」「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) ^{注2}。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さらされ、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」。「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、だれでもいい、助けてくれ』。だれも愛してくれなかった。だれ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……」。

同じくベトナム戦争帰還兵の 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往来するような、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、そこ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)。

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。強力な心的外傷反応に翻弄され、自分の中で何が起こっ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 shock ^{注3}のような特異な反応をもち出すまでもなく、PTSD の代表的な反応である

フラッシュバックを例にとり上げてみよう。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ときに、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、目覚めた時、電車に乗っている時、歩いている時、トイレに行った時(略)いつでも構わず突然、発作のように事件の時の諦め感・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)。

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)。

筆者の経験だが、ある惨事ストレスのグループ支援にかかわったとき、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のままその場を閉じなくてはいけないことがあった。その後、仕事中にボーッしたり、そのときのことをいつの間にか思い出していたり、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、それが二次受傷^{注4}によるもの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、心的外傷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に強烈である。受傷者は、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^{注5}の語りに注目した中澤(2007)は、「だれもが一樣に『筆舌に尽くしがたい』としている。どうに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」と述べている。

阪神・淡路大震災を経験した医師である安(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、疑いような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」。

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、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、ウワッーという叫び声だけが自分の心にあがってきたが、それを翻訳する言葉は見つからなかった。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。これはことば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、それをことばにして話すのはとても難しいんです」。

(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だれにも理解してもらえないだろうと思いながら、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、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。

「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)。Herman(1992)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」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だれ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)。

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、だれにもわからないですよ『わかってほしい』とも思わないけれど……」(村上, 1999)。

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、このことはあの世に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。

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とまにくぐり抜けたものでないと分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だれ一人として、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くれるはずがないと想像している」という(Herman, 1992)。

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とはありえない。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」。

受傷者が、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、他人ならなおさら分かるはずもないと、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べきフラッシュバックが辛い、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、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、記憶を、どこかに封印してしまおうとしていたのではないかという気がします。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)。

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)。

「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)。

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)。

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けど、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)。

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んですけど、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)。

太平洋戦争の元従軍兵士：「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、話すということは非常に苦しみを感ずりますよ。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)。

受傷者は、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、必ずその後、言わなきゃよかったって後悔するんです。だから本当のことは私は言わない。その話をする、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、嘘はこれからず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」(複数人の言の一つにしたもの)。

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なにごとで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。

受傷者にとって、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）。

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」。

(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)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つたかのように、それを隠そうとすることも珍しくないのである」という。

諦観や恥の文化が強い日本においては、たとえば「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「いまさら何と言ったって事態が変わるわけではないし、愚痴をいうのは潔くない」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いるんだ」という風評を気にして口を閉ざすこともある。「欲深い」と思われないように、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う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もない姿をさらすことになったらどうしようという、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とら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受傷者は、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の問題も潜む。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。

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・加藤(2008)は述べている。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。」「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」(中澤, 2007)。

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、一般社会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、有徴者は疎外されやすく、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）

一方的な被害者であっても、自分があのかときこうしていれば犠牲者が出なくてすんだんじゃないか、もっとこうしていれば救えたのに、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ればよかった』と考えている生徒も少なくなかった」（前田・加藤, 2008）という。しかし他人は、合理的にみてそう感じるのはおかしいとしか思えない。こうやって受傷者の心は、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）。

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、不安はいっ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)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」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、それは受傷者をさらなる無力化に追いやるというのである。どこまでも受傷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です。親切心からかけられた言葉を素直に受け取れなかったり、その皮相性を見抜いてしまったりするのだろう。

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）。

永井ら(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。

受傷者は場所を選び、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とき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^{注6}というグループ精神療法の場がもたれて、お互いが戦争の体験を告白したり語り合ったりした。

Young(1995)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)語ることができないと言い、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」。

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。彼らにとってもまた、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」。

(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。たとえば Raphael(1986)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がらない場合があると述べている。

衝撃に対する外傷反応は人間として普遍的なものであろう。それにもかかわらず、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、文化的要因が心的外傷を語りにくくした例として、日本の太平洋戦争の従軍兵士の場合を取り上げて考えていきたい。

戦争は心的外傷の受傷者を大量生産する。太平洋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、命の危険にさら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はいけなない。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をそれを表現することがないような「禁圧訓練」(Young, 1995)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。

太平洋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、戦闘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、自死を促されたりすることになった。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、^{ほうほうのてい}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みなされる場合が多数あった」(Dower, 2000)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」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)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、「生き恥をさらすこと」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の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、疎開や引揚げの苦労話だけでなく、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)

目黒(1966)が、1938～45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「今後いつか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もっていこ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)。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息づかい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』を見ていても、こんなにも悲惨で無惨な死に方をしたという事実をとて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)。

(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、苦悩多きとき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しれないという。

「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」。

しかし、語るよりも語らないことを選ぶほうが大量のエネルギーがいるとも考えられる。突如新鮮によみがえ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、

我慢や沈黙は早晩、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ときの回顧：「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）。

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）。

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。そしてそれによってはじめて、悲しみは乗り越えてゆけるもののようである」「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」。

（10）急速に薄れる受傷者意識

受傷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」（被災者・受傷者の側）にいった人でも、「こちら側」に戻ってきてしまうと、「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』くらいの、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）。

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。「こういうふうには、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）。

体験があっても被災者・受傷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。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つそうの心理的距離をこうとする。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ったりする。

よく大災害被災地からの復興が長期になると「私たちに忘れないで」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ときに虻田体育館(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を訪問すると「きてくれたんですか」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」にいる被災者・受傷者の気持ちは、「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

受傷者は、人間関係をも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)とも思っている。Herman(1992)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」という表現は受傷者の葛藤を端的に表わしている。

だが、声を上げようとす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。

レイプ被害者:「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)。

周囲も本人にどうかかわればいいのか分からない。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」。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い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』傾向が濃厚にみられる。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)。

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

せたくないし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。

第5節 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^{注7}。

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も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う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とれる」(小林, 2008)。

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^{注8}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しれない。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)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ゆき」であり「自然な副産物」としてとらえている。Herman(1992)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ろしい」と述べている。

すなわち、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。

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。したが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。

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の事例で、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」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」。

(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とり上げられずに見落とされることがある。

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。

また、医療化は、多彩な個性や感情が切り捨てられ、個人が個人でなくなっていく。医療の現場では決して珍しいことではないが、診断が確定すると、「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、しょうがないですね。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)。

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」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)も「患者を既存の診断枠という人工産物の鋳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」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。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たりして、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も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もっていた。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みられないので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、だれ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ことがないし、頻繁に休むなど明らかな抵抗がみられた。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、面接をも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ある人は、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ときに、「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）と陳述している。

受傷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へん生じてくる。経験的には、「加害者からひとこと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かかわってくる」「まだ治ってないの？といわれて頭にきた」「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よかった」と話した人さえいる。

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条件があることも、受傷者の話を聴く困難のひとつではないかと思われる。

第 6 節 受傷者の生きづらさ

6-1. 情報伝達の幾多の障害

第 4 節と第 5 節では、受傷者の「語ること」、非受傷者、中でも治療者の「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) 急速に薄れる受傷者意識
- (11) 相手を困らせることへの配慮

次に、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

治療者と受傷者の治療関係の難しさについて、Herman(1992)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」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. 受傷者が抱く生きづらさ

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受傷者の困苦を、今一度まとめてみよう。

受傷者は、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。突如として記憶によみがえ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を強いられる日常生活(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。受傷者の心的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」のような孤立感や疎外感が深まり、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、ときにはルサンチマンと呼ばれるような感情が強まる。社会の居心地が悪くなった受傷者は、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」になってしまって、自分の苦しみを訴える力もなくしてしまい、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^{注9}、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と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。受傷者は、「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かか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」送ることに全力を上げる人もいる。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、受傷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受傷者は、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。受傷者と社会との間に横たわる裂け目が修復されない限り、受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. 2つの離断

Herman(1992)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こさせるその力である」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もっている。そして、自分以外の人々との関係において形成され維持されている自己を解体させ、信念のシステムを空洞化し、実存的な危機に受傷者を投げ入れ、その結果、基本的信頼感が粉々に砕け、見捨てられ、孤独であり、放り出されたといった「離断(disconnection)」の感覚をもつに至るという。

この「離断」こそが、受傷者に生きづらさをもたらすものではないだろうか。

受傷者は、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」「感情が死んでしまった」「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)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。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、受傷者は、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. 生きづらさを和らげる

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一人一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に着目するようになったが、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、心の回復にかかわる者は、この生きづらさの問題を避けて通ることはできないだろう。

安(2001)は、「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。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」と述べている。

受傷者にかかわる人の基本的な姿勢に関して、安(2001)は次のように述べている。

「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」。

安の眼差しは、まずそこに発することのない受傷者の苦しみがあることに気づくことを何よりも大切にする。それは語られる人が関心をもって佇むことで、やがて語られるときが開かれてきて、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で開発された新規の治療法にとびつきやすいが、それ以前に、苦しみに気づき、聴く耳をもって受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。

6-5. まとめ

さて、「離断」され生きづらさを背負った受傷者は、社会との間にある越えがたい裂け目を目の当たりにして懊悩する。本章の調査研究1では、この裂け目に注目し、裂け目をつくっているものは情報伝達の困難性にあると考え、心的外傷の情報の授受に関して、受傷者の「語ることの抵抗と困難」と受け取る側の「聴くことの抵抗と困難」の要因を明らかにしていった。その結果、それぞれ11項目と4項目の要因が抽出され、心的外傷が心的外傷を語り聴く機能にダメージを与えてしまっている姿などがみえてきた。伝達の困難性から生じる「分かってもらえなさ」「分からなさ」は受傷者が周囲の人と繋がる妨げになったり、不理解感から日常生活の安定・安心感が得られなくなったりするため、外傷からの回復を考えるうえで、大きな回復阻害要因と考えることができる。つまり、裂け目の修復が回復にあたっての大きな課題となる。修復のためにはどうしていけばいいのかについては、第3章以降で論じる。

注釈

注1) 事故、殺人、自殺など暴力的死別は、強い悲痛感と思慕、喪失の受容困難、故人への没頭、喪失を思い出させるものからの回避、強い怒りなどを示し自然死に比べて PTSD を伴う割合が高く、遷延化、複雑化、難治化しやすい。こういった悲嘆のことを、病的悲嘆、複雑性悲嘆、外傷性悲嘆などと称している。(飛鳥井, 2008)

注2) 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 とともに脚本を書いている。

注3) 砲弾ショックともいう。Young(1995)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。

注4) 序章の注15参照。

注5) 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。

注6) 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, 1995)。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)。

注7) この他、たとえば『カウンセリングの実際問題』(河合, 1970)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。それをとり入れてこそすばらしいが、これをとり入れるまでは、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。もし弱めるのであれば、つまり、自我防衛を弱めるような態度でいくのだったら、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」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。

注8) 二次的外傷性ストレスは、「心的外傷を受けた人あるいは苦しんでいる人を支える、支えようとするることにより生じるストレス」のこと (Figley, 1995) で、共感疲労とも共感ストレスともいう。序章の注15参照。

注9) 米国成人の生涯有病率は約 8% (APA, 2000)。

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)

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision; DSM-IV-TR. APA, Washington D.C. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.

飛鳥井望ほか(2002). PTSD とその周辺をめぐる. 臨床精神医学, 増刊号, 7-21.

飛鳥井望(2008). 暴力的死別による複雑性悲嘆の認知行動療法. ト라우マティック・ストレス, 6(1), 59-65.

Dower, J.W. (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. (1995). Compassion Fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In Stamm, B.H. (Ed), Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Sidran Press. New York. 小西聖子・金田ユリ子(訳)(2003). 共感疲労——ケアの代償についての新しい理解に向けて——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. 「こころのケアセンター」(編). 災害とトラウマ. みすず書房.
- 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, この引用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.
- 河合隼雄(1970). カウンセリングの実際問題. 誠信書房.
- 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(未公刊).
- 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.
- 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.
- 宮地尚子(2013). *トラウマ*. 岩波書店.
- 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, 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, A. (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/bangumi/list.cgi>
- 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: How Individuals and Communities Cope With Catastrophe*. 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.

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①.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・辰野剛・内藤あかね(訳)(2001).PTSD の医療人類学.み
すず書房.

第3章 調査研究2 ― ケース研究 ―

第1節 目的と方法

1-1. 研究目的

衝撃的な出来事にさらされて心的外傷を負い、その苦しみを自分から訴えてくるクライアント(以下 C1 と表記)と出会う機会は、筆者の日常臨床ではそれほど多いわけではない。しかし、ケースが少数であっても、個々のケースの実態に立ち返り、その経過を検討することは、ケース支援の上で不可欠の作業であると考え。そこで、医療または心理的な専門的関与だけではなく、C1 の症状、苦悩や葛藤、本人を取り巻く多岐にわたる周囲の人間との相互関係や出来事、本人自身の工夫や努力、その時に生じた感覚や考えなど、面接場面で C1 が発言したり話題になったりしたことを幅広く記述してみたい。その経過の総体をもって、C1 の回復促進要因と阻害要因を抽出し検討していくのが本章の目的である。

1-2. 方法

(1) 研究協力者

研究協力者(ケース)は 2002 年から 2010 年にかけて筆者が担当した 12 例で、概要を表 3-1 に示す。

筆者は総合病院の臨床心理科、一般の心理相談室、学校臨床などにおいて心理療法家という立場で仕事をしてきた。研究協力者は、なんらかの形で筆者と結びつき、A を除いて心理療法的なかわりを継続してきた人たちである。医師から紹介された人もいれば自発的に相談に結びついた人もいる。A は自身の事故体験記録を筆者に送ってくれた。

全ケースが PTSD と診断されたわけではないが、無傷の A を除き、何らかの心的外傷反応を呈した。性別では、男性 4 例、女性 8 例で、年齢別には 20 代、30 代、40 代、50 代がそれぞれ 5、1、2、4 例である。12 例のうち 4 例は出来事の直接体験者ではなく、危機的状況体験者の傍らにいて心的外傷を負った人たちである。

12 ケースの共通点は以下のとおりである。

1 点目は、すべてが単回性のアクシデント(衝撃的な出来事)に遭遇していることである。アクシデントの内容は、交通事故が 6 例、死の目撃または死亡事故遭遇が 3 例、強盗、雪崩、配偶者の安否不明によるパニックが各 1 例である。7 例で死亡者が発生している。

2 点目は、症状(反応)がそれほど重篤ではなかったということである。多くは比較的短期のうちに落ち着きを取り戻していった。精神的脆弱性という点ではっきりしているのは、パニック障害の治療歴があったものが 1 例だけで他に精神疾患の既往はなかった。親からの虐待を受けていたと思われるケースが 1 名あったが面接場面や行動面において人格的な偏りを感じることはなかった。解離と思われる症状をみせたケースが 2 例あったが一時的であり防衛反応として了解できるものであった。そのほか、高次脳機能障害を発症したケースが 1 例あった。

3 点目は、周囲のサポートに比較的恵まれていたということである。4 点目は、アクシ

デント発生にかかわる加害、被害という点では、過失を背負う加害者の立場に立つケースは皆無であったことである。また、加害の立場になった相手側の過失性については、1名は強盗で犯意があったが特定の個人を狙ったものではなく、他はすべて交通事故など過失によって生じたものであり故意性のないものであった。

なお、心理面接に対しては、いずれも積極的な姿勢をみせていた。

表 3-1 ケースのプロフィール一覧

ケース	性	年代	職業	事故概要など	身体 損傷	IES-R 最高／ 最低値	アンケ ート	インタビ ュー
A	男	50代	会社員	なだれで複数人死亡。本人も雪に埋まるが同僚に救出される	無	6/3	○	－
B	女	20代	介護員	勤務先の介護施設の入所者が外泊中に火事で死亡	無	72/33	○	－
C	女	50代	主婦	災害時の夫の安否に関してパニック。パニック障害の既往あり	無	63/8	○	－
D	女	40代	会社員	宴会中、心臓発作で急死した上司の死にゆく場面の一部始終を目撃	無	57/5	○	○
E	女	50代	介護員	交通事故(運転中、対向車がスリップしたところに衝突。過失なし)	重傷	62/33	○	○
F	男	40代	会社員	勤務先に刃物をもった強盗が現われ対応	無	78/38	○	○
G	女	30代	アルバイト	交通事故(助手席に乗っていて、交差点で車に側面衝突される。過失なし)	軽傷	58/17	○	○
H	男	20代	アルバイト	交通事故(友人と自転車信号待ちしているところに後方から車がつっこんできて跳ね飛ばされる。友人は死亡。過失なし)	重傷	79/48	－	－
I	女	50代	パート	交通事故(ワゴン車に同乗して出勤中、車が衝突してきて複数人が怪我。過失なし)	重傷	57/5	○	－
J	女	20代	店員	交通事故(助手席に乗っていて、車が高速で壁面に衝突。交際相手の運転者が死亡)。	重傷	25/5	○	○
K	男	20代	アルバイト	交通事故(荷物落下のため停車して回収中に後続車に跳ね飛ばされる。過失なし。2名死亡)	重傷	22/3	○	○
L	女	20代	アルバイト	同僚の水難事故死に遭遇	無	49/6	－	－
* 「重傷」とは1ヶ月以上の入院治療を要したもの * 心理的受傷の程度の目安のため、面接経過での IES-R^{註1}の最高得点、最低得点を記載した。 88点満点のうち25点以上であればPTSDが疑われるものとする。 * 右欄「アンケート」「インタビュー」欄は、第4章の研究協力者であることを示す。								

（２）研究依頼の方法と倫理的配慮

研究協力者は、研究の主旨、協力しなくても治療的にかかわりの上で不利益になることはないこと、個人が特定されるようなことはないこと、研究協力は自由意志による選択であることなどを文書または口頭で示し、同意を得た人たちである。ただ、ケースⅠに関しては、本研究が始まる前にかかわったためこの手続きを踏むことができず、表記にあたっては十分に配慮した。以下の紙面では、すべてのケースについて、匿名性を保つため事態の本質を損なわないように留意しつつ情報の一部を加工している。なお、筆者は１回 50 分の面接で、面接中にメモをとりながら C1 の話を聞き、面接後にも書き加えている。このメモは筆者自身が忘備録としてとっているもので、１回について、おおむね A 4 版の用紙 2/3 ～1 ページ(約 500～800 字)程度のものであり、ケースをまとめる際にはこれをもとにした。ただ、長い人では面接が４年以上にもおよぶため、かなりの部分を割愛しなくてはならず、プライベートな内容、治療経過とは関連が薄いと思われた内容、繰り返された話、具体的に詳細な内容などは省略あるいは短縮した。逆に、C1 の心情がよく現れている言葉はできるだけ残すようにした。

（３）筆者の研究協力者へのかかわり

心理面接の多くは、保険診療のもと、病院の心理療法室で対面して行なわれたものであり、医師や他科とも連携し、身体治療(薬物治療や疼痛コントロール、リハビリなど)を併行しているが、一部、病院以外の心理室で面接を行なったこともある。手法としては、エクスポージャー法や EMDR など心的外傷に特化した治療を行った例はなく、受容・傾聴を旨とするカウンセリングでかかわった。

面接を行なうにあたって、その場の状況や対象、タイミングによって違いはあるが、基本的に筆者は次の①から⑦のスタンスでかかわってきた。①これから面接をもつのは少しでも気持ちが楽になることを願ってのものである、と目的を告げる。②前回の面接から本日までどうだったか、という切り出しから始まり、その後は、その時に話したいことを自由に話してもらい、受容的にかかわった(話したくないことは話さなくていいと最初に説明している)。③ほとんどのケースで、今、生じている反応は異常事態における正常な反応であり、しばらくすると収束していくものであるといった心理教育を行なっている。④ソリューション・フォーカスト・アプローチ的な質問「どういうことが気持ちを楽にしたか」「ホッとできたのはどんな時だったか」を多用して、C1 の自助努力を支持することが多い。⑤ C1 自身や周辺にあるリソースや支援力にも注目する。⑥睡眠と休養を十分とることは指示的に話している。⑦薬の力を借りた方がいいと判断した場合は本人に了解をとり、主治医に相談し判断してもらう。

以下の表記では、心理治療者(筆者)を Th とし、面接回数は # を用いて表現した。

第２節 ケース

衝撃的な出来事に遭遇しても、多くの人は PTSD を発症しないまま経過し、問題になることはない。最初に、生命の危機にさらされながらも心的外傷を発生しなかったケースを紹介する。

1. ケース A

【年齢・性】50代男性

【生活歴など】会社員

【外傷的な出来事】X年Y月、冬山訓練のため、10名程度のパーティーで登山・訓練中、雪崩に巻き込まれ数名の死亡者が発生した。身体的受傷はない。筆者はその約2か月後にAがその事故に遭遇していたことを知り、Aがしたためていた「忘備録」を読むことができた。

【IES-Rの変化】 IES-Rの事故直後の点数は、事故発生後のことを振り返って2ヶ月後に記入してもらったものである(図3-1)。

【経過】以下は、Aの手記を抜粋、要約したものである。

(1) 出発～雪崩が起きる前まで

AAさんの車で出発し、集合場所の駐車場に到着。ほかのメンバーも徐々に集まってきて、簡単なミーティングを行ない、予定より少し遅れて出発した。

天候はときおり小雪が降る状態であり風はない。すでにトレースがしっかりとついていて、我々はさらに道を広げようとトレースの左右をラッセル(雪を払いのけること)しながら歩いた。

風は弱いものの雪の降り方が多少強めになってきた。かわるがわるラッセルしながら、早く戻って温泉に入ろう、と話した記憶がある。僕はおおむね、道の左側を歩き、BBさんとときどきラッセルを交代した。膝まである雪に悪戦苦闘しているといつの間にカスルツとBBさんが出てきて前に行ってしまう……何度こんな事を繰り返しただろうか。BBさんの笑顔がいい。

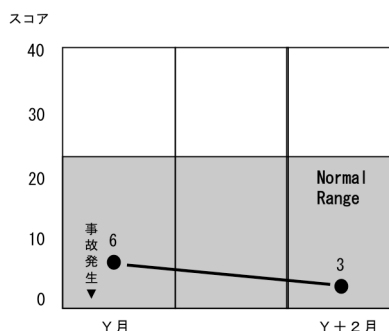
昼前に休憩となる。ここでスキーをデポ(おくこと)し、つぼで歩く(前の人の足跡を踏み込んで垂状の足場を作りながら歩くこと)ことになった。僕は周囲にいたDDさんたちと会話していた。

この先から雪庇を崩しながら歩くようにという指示があり、前を歩いていたCCさんが崩しながら進む。僕も最後尾でその後に続く。見える範囲の山の斜面には雪はついていないが、上方はガスに隠れて見えない。先頭のラッセルを交代して進む。僕の前には女性が数人いて、会話を交わした。雪が降っており、先頭はやや離れていた。上の視界はよくないが、ほとんど傾斜もなく歩きやすいと思っていた。後ろからリーダーたちの話声がちらと聞こえてきた。その内容はそろそろ戻ろうか……ということだった。

(2) 雪崩の発生

それからほどなく、下を向いて歩いていると突然目の前に雪煙が見えた。それは爆風とともにやってきて、瞬間にドーンというものすごい音響が響きわたり、身体は宙に舞い上がった。一瞬にして雪崩だと思い、どのような状況にも対応できるよう心をたてなおした。心は揺れ動くこともない。すぐさま、左手のストックを離し左手で鼻と口を覆い呼吸を確保した。今回は三本指のミトン(二股の手袋)をアウターの手袋としてはいてきたので、覆うのには都合がよかった。まわりの空間はうす暗かったが雪がチラチラ光っており、静寂そのものだった。うつぶせ状態で飛んでいたのだが、上

図3-1 AのIES-Rの変化



方が明るくなり「しめた！」と思ったが、瞬間に雪がまた覆った。その時、左手で口の前の雪を払いのけながら、左手を雪の外につきだした。先ほどの感覚から、それほど深い雪の下に埋もれたのではないと思ったからである。呼吸のための「気道」を確保した。

左手を雪面から出したものの、ほかはずっと雪の下となり、すでに身体を動かすこともできなくなっていた。身体を覆っている雪はコンクリートのように重い。右手はストックを握ったままの状態である。この時、どうやって脱出しようか非常に不安になった。幸い、顔面を覆っている雪は薄く、左手で少しずつ雪を取り除いた。すると、CCさんがきて、身体の雪を取り除き始めてくれた。すぐ近くから数人の呻き声が聞こえ、すぐそばにも人が埋まっていると思った。

CCさんが立ち上がり両手を振りながら、「助けてくれ～！手伝ってくれ～！」と救助を求めた。Z山の会が駆けつけてきてくれた。ぼく感覚では雪崩が発生してから15分くらいで引っ張りあげられて脱出できた。僕は斜面の中ほどの位置にいたようだ。このあたりの僕の記憶は鮮明で何一つ忘れていることはないと思う。

脱け出したものの、激しい脱力感で、ザックを降ろしゾンデ(ゾンデ棒：雪面に突き刺しながら埋没者を検索する長い棒状のもの)とスコップの用意をするが、スコップの組み立てすらままならない。柄をはめるのだが二つの穴にさしこむことができない。ようやく動けるようになったころには、DDさんは掘り出され、Z山の会の人がかかるがわる心肺蘇生を行っていた。DDさんはかなり早い段階で掘り出されていたが、意識がなかった。「大丈夫だ！しっかりしろ！」「がんばって！！」と大声で怒鳴りつけるくらいの勢いで声をかけている。でも、DDさんはぐったりしたままで動かない。

(3) 搜索活動

近くにいたはずのBBさんを探そうとするが、場所の範囲を狭めることができない。まず、僕たちが埋まっていたあたりから探す。ゾンデもすぐには組み立てることができなかった。だれが生きていて、埋まっているか、その事実すら分からない状況だった。リーダーが「AAさんがいない！」という言葉ではじめてAAさんが埋まっていることを知った。僕たちの後から出発したYパーティーがこの異変を知り救援に駆けつけてくれた。

上部ではZ山の会の人たちが1m以上雪を掘り、そのなかでビーコン(電波受発信装置)で「距離1.8m！」と叫んでいるのを記憶している。そのくらい掘らないと、ゾンデが下に届かないのだろうか？

僕は三人で、僕が埋もれた斜面から下をゾンデで搜索するが何も発見できない。皆疲労が極限状態に達しており、のろのろとしか身体が動かない。その後、Yパーティーと組織的な探索をするが、皆についていけない。ゾンデを雪中にさしこみ、抜く動作が遅れてしまうのだ。

DDさんへの心肺蘇生はゆうに1時間以上続けられた。が、やむなく、Yパーティーが設営したテントに運びこまれる。その後、上部で掘り出されたAAさんもテント近くに運ばれ、心肺蘇生をうけていた。AAさんはやはり先ほどの深い雪の堆積層の中から発見された。

この時点でまだ発見されていないのは、BBさんただ一人となった。時間がたち、空も少しずつ暗くなってきたため、リーダーは三人をテントに収容したまま、怪我人を下に降ろすことを決断した。怪我人を載せるそり轎を作るためスキーを取りにいき、Z山の会の方たちがスキーで轎をつくってくれていた。搬送にはそのメンバーたちが担ってくれた。轎は途中で壊れてしまい再度作り直す、Z山の会の人たちがやってくれた。そこからは下山する別の山の会そして警察の救助隊が搬

送してくれた。一人を搬送するだけでも、相当な労力と装備が必要なことを痛感した。

駐車場には警察関係、報道陣が集まっており、ライトがこうこうと照らし出していた。事情聴取はほぼ1時間程度行なわれた。

C Cさんとともに僕も先に寝てしまった。が、一緒に歩いていたB Bさんの笑顔がすぐに蘇ってきてなかなか寝付けなかった。

【小括】

この翌朝、Aも捜索活動に加わり、やがてB Bさんが遺体で発見された。報道によると、メンバーたちは山のベテラン揃いであったが、ビーコンを身につけていた人は一部で、結果的に、ここで雪崩は起きないだろうという判断ミスがあったようだ。パーティーは疲労が蓄積しないように全員が五十歩ずつ隊列の順番を交代して歩いていた。全員が雪崩に吹き飛ばされたが、後方のメンバーは雪が浅く、亡くなったのは前方にいたメンバーであり、生死を分けたのは隊列の順番という偶然の巡り合わせであった。雪崩は2回起こり深さは2メートル。新聞によると、掘り起こされた他の人たちは、一瞬で20~30メートル流されて自力で出られない恐怖を証言している。一步間違えていたら自分も犠牲者だった、というような死の淵にだれもがいたわけである。

しかしAは雪崩で身体が舞い上がった後、瞬時に顔の前を手で覆い、その手を雪の外に突き出して「気道」を確保している。そして「まわりの空間はうす暗かったが雪がチラチラ光っており、静寂そのものだった」「僕の記憶は鮮明で何一つ忘れていることはないと思う」とするされ、意識は清明で覚醒し、きわめて落ち着いて考え、行動していたことがうかがえる。身体に損傷を受けず、埋まった深さが浅かったという幸運も味方した。それでも自力で動くことはできず、近くにいた人が助けを呼んでくれて15分くらいで雪から引き上げられ、命を取りとめたのである。もし人の力がなかったらAも助からなかったかもしれない。だが、こういう体験をしながらも、その後、フラッシュバックや登山恐怖が起きることはなく、むしろ家族から冬山登山をいさめられた時には受け入れられなかったという。事故を想起して忘備録を書いたことも、記憶がコントロール下にあったということだろう。Aにとって、この出来事は心的外傷にならなかったのである。

身体の保全に迫る危険にさらされても心的外傷にならないAのようなケースは、実は多数を占めるが、当然のことながら、治療的立場の人の前に現れることはない。しかし、だからこそ、なぜ外傷にならなかったかという点は重要である。そこで問題になってくるのがPTSDになりにくい人となりやすい人の差で、主体の側に存在する要因である。Aの場合は「どのような状況にも対応できるよう心をたてなおした」「心は揺れ動くこともない」状態に心を瞬時にもっていくことができた。こういった力がパニックを防ぎ、アクシデントの衝撃を弱体化させることができたのではないかと思われる。

この出来事を通して、Aは、自分は何のために生きているのかを深く考えるようになり、一つ一つのやるべきことに、朝のゴミ出しさえも目的意識を強くもつようになったという。有り体のいい方だが、生きていることや命の大切さに深く感じ入るところがあったのだろう。

次に、かかわりのあった人が思いがけない死を迎えて以来、驚愕反応が生じて仕事でも考え込むことが多くなったケースを挙げてみる。自分自身は命の危機にさらされたわけではないのに反応が起きたという、ケースAとは対照的なケースである。

2. ケース B

【年代・性】20 代女性

【生活歴など】介護員 独居

【外傷的な出来事】X 年 Y 月、B が勤める介護施設の入所者 R さんが、外泊中、自宅が火事になって焼死した。B は R さんの担当ではなかったが、レクレーションなど一緒に行なうので、よく知っていた。翌日、火事は新聞で報道され、職員たちも騒然とした一日を送った。葬儀に参列した B は、R さんの黒縁の写真を見

た時から涙が止まらなくなった。その後も、R さんの人懐っこい笑顔を思い出して泣いてしまうことはあったが、何とか仕事はこなしていた。火事から 4～5 日たったある晩、真っ暗な自分のアパートに帰宅した時に急に恐怖心がわいてきた。それきっかけに暗闇恐怖が始まり電気を消して寝ることができなくなった。また、一人だと思うと急に怖くなって一人であることができなくなった。葬儀で着た喪服も怖くて触ることができず片付けられないでいた。勤務先で忙しく立ち振る舞っても、火事や葬儀のことを思い出してはいつのまにか考え込んでしまう、ということが多くなったため、同僚に勧められて来所した。

【IES-R の変化】（図 3-2）

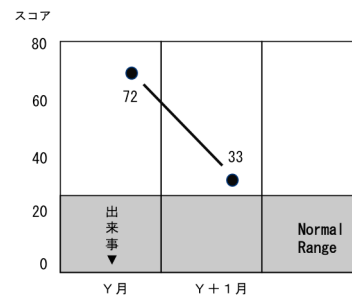
【面接経過】 Th と面接したのは火事から 1 週間後であった。医学的治療は受けていなかった。仕事を休むようなことはなかったが、「とにかく怖いんです」と涙があふれ、自分はおかしくなったのではないかと不安を訴えてきた。突然出来事が頭に思い浮かんでは、情緒が揺さぶられて動悸を感じるということを繰り返していた。仕事場には、R さんを思い出すきっかけが多くあった。だれかがそばにいれば恐怖心は感じないというので、すでに、友だちの家に泊めてもらったり週末には実家に帰ったりしていた。Th は、一人にならないようにするのはとてもいい方法だと支持した。また、症状は自然な反応であるとノーマライズ化をはかり、やがて軽減していくことを保証した。その後も家族と過ごすなどしてだいぶ落ち着き、一人でも電気を消して眠れるようになったと報告を受けた。同僚の職員が「悩んでいるわけじゃないけどボーッとしてしまう」とか「実感がまだわからないんだよね」とか立ち話しているのを聞く機会があり、自分だけじゃなかったんだ、と安心したという。

1 か月後には、面持ちがひきしまり「立ち直った」雰囲気を出していた。IES-R はまだ正常範囲内の点数ではなく、神経過敏なところは残っていたが、本人のストレス対処力や、家族・職場の同僚の支援力がしっかりと認められたため、面接はいったん終了とした。

【小括】

B は、職場で交流があった入所者が焼死するという衝撃的な出来事に遭遇した。ショックは大きく、IES-R で高値(72 点)を示し、面接中もすぐに落涙し、オロオロして取り乱していた。ただ、よく話を聞くと、R さんが亡くなったショックよりも、なぜ自分は一人きりになることが怖くなったり、暗いのが怖くなったりするのだろうということに困惑していた。つまり、いつもの自分とは違う自

図 3-2 B の IES-R の変化



分が現れてきたことの不安が強かった。第2章で述べたように、衝撃体験後の反応は本人にとってしばしば不可解な症状をみせるため、「自分はいったいどうなってしまったのだろう、おかしくなってしまったのではないか」と不安になる人は非常に多いように思われる。

その場合、その異常にみえる反応は実は正常な(当然の)反応であるとノーマライズ化することが大変有効である。Bの場合もこの心理教育が功を奏した。加えて、同僚が「いつもと違う」「変な」感覚を感じていたのを知り、自分だけではないという安心感が得られたようであった。

また、Bは自分の不安を緩和するための行動を起こしており、他人の力を借りる力もあった。すなわち、「知人や家族などだれかがそばにいる」状況を自分で作り上げて、「大丈夫感」を確保する力である。周囲もそれを理解し応じるだけの支援力もあった。これらのことがBの回復を促進していったものと考えられた。

AとBのケースを通して、心的外傷は、出来事の客観性だけで決まるものではなく、体験の主観性が大きく影響するものであることを再度認識させられる。

さて、ケースBは、周囲の人の衝撃的な死亡事故で強い反応を示した。では、その人がもっと身近な場合はどうであろうか。一緒に生活の時空をともにする人が命にかかわるような危機的状況に陥ったり(ケースC)、死亡したりして(ケースD)、極度のパニックや不安状態に陥ってしまった例を二つ挙げる。

3. ケースC

【年代・性】50代女性

【生活歴など】主婦

【外傷的な出来事】夫が東北に出張中、東日本大震災が発生した。大惨事の映像がテレビから流れてきて、Cは夫の安否が不安でたまらなくなった。義母もまた不安に陥っていたため、Cは車で義母を迎えに行ったが、往復したはずの運転の記憶がまったくなかった。家にきた義母も取り乱してしまい、二人はテレビの前でオロオロするだけだった。兄弟や知り合いが電話を入れても、人と話をすることができず、着信音にびくつき、最後は電話をとれなくなった。夫が出かける前のことや最近交わした会話などが思い出されずっと泣いていた。また、目をつぶるとテレビで見た津波の映像が繰り返され、ちょっとした物音で目が覚めるためその晩はほとんど眠られなかった。義母も衝撃で寝込むような状態だった。

翌日になって夫から連絡があり、大丈夫だったということを聞いてひとまず落ち着いた。夫はしばらく東北に滞在しなくてはならなかった。ところが、Cは、何かの拍子に、「夫は死んだんじゃないか」という考えが頭をよぎり、不安がっていた自分の状態が再現されて、苦しくなることが繰り返されていた。C自身、「夫が生きていることが分かって安心していいはずなのに、不思議なんですけど」と話していた。特に、一人っきりになった時に症状が出てきて涙が溢れてくるという。かかりつけの内科医から、精神的ショックが残っているのでカウンセリングを勧められ、Thに繋がった。

【IES-R の変化】 (図 3-3)

【面接経過】

初回面接時、すでに夫の生存が分かって数日たった。それにもかかわらず、IES-R は高得点(63 点)であり、安否が分からず悲嘆にくれていた時のことがいきなり記憶に蘇ってくる、と苦悶表情で訴えてきた。「今のように落ち着いて話をすることさえ最近までできなかった」という。あの時座っていた場所でテレビを見たくない、電話の着信音で心臓がバクバクする、

震災のニュースは見たくないなどの回避症状も認められた。Th はまず C の不安を受けとめ、C の心身が疲弊し切っているような印象を覚えたので薬の力を借りて十分に睡眠をとること、身近な人の死の危機を感じたわけだから普通の精神状態でいられなくてもおかしくないこと、不安症状は必ず良くなってくる、うっかりミスに気をつけること、など説明して、再度来所してもらうことにした。

その次は発熱のためキャンセルとなり、結局 1 か月たってから 2 回目の面接を行なった。すでに夫は帰宅して日数はたった。「この 1 ヶ月は、辛かった時を思い出したりはするが動揺することはないし、薬もほとんど飲まなくて大丈夫だった」という。面接態度は前回のような心ここにあらずといった焦燥感が消え、「自分の反応に自分がびっくりした」という話や、「どうして災害時に、すぐに電話が繋がるようにならないのですかね」と冷静になっていた。周りが心配して夫のことを聞いてきた時、「説明しなきゃ、言わなきゃ」と気丈に振る舞ってはいたが、本当は聞かれなかったという。

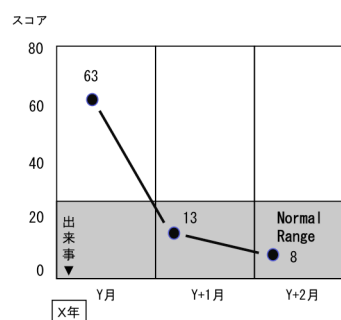
そして、あれほど不安になったのはいくつかの蓄積があって、昨年、子どもの問題で心労を重ねたこと、最近新しく始めたパートの仕事は楽しかったけどある事情で急に辞めなくてはならなかったこと、更年期のような症状が出始めていたことなど、「そういうこれまでのことが一気に吹き出たのかもしれない。また、義父が事故に巻き込まれて急死しているので、義母が(息子も同じようになるのではないかと)すごい不安に襲われて、泣いて目を腫らして、しゃべらなくなったりうなだれたりして、そういう姿を見たことも影響しているんじゃないか」とも話していた。「自分は以前、仕事でいろいろな人の悩みを聞くことが多くてアドバイスしたりしていたので、強い人間だと思っていたけどそうではなかった」と振り返っていた。この時点で IES-R は 13 点、さらにその 1 ヶ月後には 8 点に下がり、精神的に安定してきたので面接を終了した。

【小括】

夫の死の危機を身近に感じて、不快な記憶の侵入や過覚醒、回避・麻痺症状が認められたケースである。

C は、20 代のころ、パニック障害の診断を受けたことがあり、その後は全く落ち着いていたというが、もともと不安が増長しやすいような神経症的傾向があったと思われる。また、義母は、その夫が突然事故死するという衝撃的な体験を抱えていた。C の話によれば、複数の要因が原因となって症状が現れたというが、中でも義母の狼狽ぶりが C の不安を増長させたことは想像に難くない。一人でいるのが不安だったのは C だけでなく義母も同様であっただろう。しかし、お互いが一緒に

図 3-3 C の IES-R の変化



いることで不安を和らげようとした試みが、お互いの脆弱性が響きあうような結果になり、不安と沈鬱が蔓延するような状況に陥ったのではないだろうか。二人の場には気持ちを引き上げる要素はなく、目の前の義母のうなだれる姿や自分の身体反応など、その絶望的な状況自体が、Cにとってはトラウマティックな体験となって、その後再現されたのではないかとと思われる。

何よりもCが心の安定を取り戻してきたのは、夫の無事の連絡と帰宅という事実である。たいてい、アクシデントというのは起きてしまったら取り返しがつかない。受傷者が現実を受け入れられず夢であってほしいとどんなに切望しても、リアルな現実は残酷なまでに変わりようがないものである。しかし、このケースの安心感醸成の特徴は、夫が不帰の人になるようなアクシデントが生じることなく、膨張していた不安が収束していったことである。

4. ケースD

【年代・性】 40代女性

【生活歴など】 会社員

【外傷的な出来事】

規模の小さい事業所兼店舗で、取引先、一般客の電話対応や接客をしていた。支店長は異動してきて2年目で、気さくで明るく、相手への気配りがゆきとどく人で、客からも慕われ、従業員の相談にも公私にわたってのってくれるような人だった。X年Y月、職場の親睦会があり、ホテルの広間で夕食を終えて雑談に興じている時、支店長が急に意識を失って倒れた。周囲やホテルの人が駆け寄って大騒ぎとなり、AEDなど試みたが反応がなく、やがて救急車で搬送された。Dは、支店長の四肢や首が力なく担架に載せられていく様子、周囲の人たちの固唾をのんで見守る様子など、一部始終を目にすることになった。間もなく、病院から死亡確認の情報が入ってきた。親睦会の日程と場所を決めたのは自分だからという理由で、支店長の死は自分のせいだという気持ちがわいてきた。

その後、職場で涙が止まらなくなったり、その場面を思い出していたりして、仕事に集中するのが難しくなり、通っていた内科医に相談したらカウンセリングを勧められ、出来事から約1ヶ月たってThに繋がった。

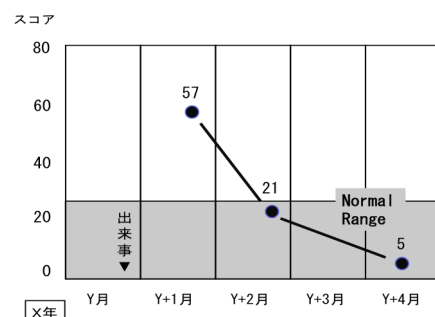
【IES-Rの変化】 (図3-4)

【面接経過】

事務所の窓口のような立場にいるDは、葬儀が済んで仕事が再開してから、勤務中に涙が出ないようにと自分にいい聞かせていたが、取引先の人たちが支店長の話題を出すのでそのたびに泣いてしまっていた。支店長に何があったのか質問されるのが辛かった。別のスタッフに接客を代わってもらおうと何度も思ったが実際には頼まなかった。

支店長の机を見るのが辛かったし、一人きりでは事務所にいられなかった。支店長が誕生日祝い

図3-4 DのIES-Rの変化



に小品をくれたことがあったため、支店長の誕生日には朝からこらえきれず泣きっぱなしだったという。四十九日の法要に参加したいと述べたので Th は参列を勧めた。また、Th は # 1 で心理教育的な話をし、決しておかしくなったのでも弱くなったのでもなく回復していくことを説明した。

出来事の約 1 週間後、以前から予約していた旅行に行くが、気持ちをひきずってしまい楽しめなかった。これではダメだと思い、しばらくして遠方に旅行したらだいぶ気持ちが吹っ切れたという。

4 ヶ月後には泣くことはなくなっていた。「お客さんに『大丈夫?』と聞かれたりした。支店長の死をずっと知らずに、2、3 ヶ月たってから話をしてくる人がいたけど、その時はもう大丈夫だった。葬式の時に流れた曲や、似たような曲を聴いて思い出すことはあるけど、不安になることはない」「職場に一人で居残ることもできる。こういう話をしても大丈夫になった」

D は、職場の人の笑い声が苦痛だったという。「私が泣きながら客と対応しているのに、奥の方で笑い声が聞こえるとカッとなった。なんでこんな時に笑えるんだろう」

4 回の面接をもち、IES-R は問題ない点数に落ち着き、不安が軽減し自分で克服できそうだという気持ちを確認して終了とした。

【小括】

一緒に仕事をしてきた上司が倒れてほぼ息を引きたるまでの一部始終を目撃してしまい、死のショックに加えてその場面の衝撃に悩んだケースである。このケースの特徴は、仕事場で次々と質問してくる人たちに対して、出来事の説明をして、ときには相手を慰めなくてはならず、その度に感情と涙があふれてきてしまうといった辛い立場にあったことである。つまり、自分として最も避けたい話題から避けられないことであった。

外傷的な記憶がやがて通常の記憶におさまって、気持ちが動揺しなくなるためには、どうしても一定の時間が必要である。D は 3 ヶ月ほどかかった。心理教育も有効に機能したと思われた。

また、D は知り合いや家族に積極的に辛さを分かってもらい、旅行、コンサート、飲み会などで気持ちを切り替えようとした。Th はそういった行動を後押しした。死者が発生した時に、このような楽しみをもつことはたいてい抵抗感があり、ストイックに過ごそうとする人が多い。死んだ相手のことを考えれば自分だけ楽しい思いをするわけにはいかない、相手に申し訳がない、という罪悪感を感じるのである。D も、親睦会の場所を決めたのは自分だから自分のせいじゃないかという過剰な罪悪感が心を横切っていた。

こういう場合、Th としては、この気持ちも十分に尊重したいが、かといって重い気持ちをひきずって時間を過ごしているというの忍びない。逆転移にほだされて、そこまでしなくても、とか、故人はそれを望んでいるだろうか、といったくなる場面である。第 4 章で述べるが、多くの人は、症状の回復に役立ったこととして、旅行や趣味の時間をとったことを挙げている。中にはそういう時間をもって辛いことを忘れないし気分を切り替えをしたいのだけど、思い切ることができないので、周囲の人に決断してほしいという心性もあるのではないと思われる。自分だけ楽しむ私はずるい人間、という自己非難を軽減するためには、治療者が決断の責任を引き受けて指示的にかかわることも必要でないかと考える。必要以上の罪悪感からの解放は、心的外傷からの回復において一つのポイントになる部分であると思われる。

筆者は次のように話すことが多い。「自分自身が楽しむ時間をもつことは故人にとって何も不誠実なことではないと思う。それで故人への悲しみやお悔やみの気持ちが変わるわけではない。悲しみを抱えながら自分なりの日常を送っていけばいいのではないか」。D もまた、周囲の人の支援を受け

て楽しむ時間をもっていった。

次に提示するケース E、F、G は、いずれも仕事またはアルバイトをもち、会社や保険会社との関係で二次的なダメージを被ったケースである。E、G は女性で怪我による容貌の変化を気にしていた。生じた困難に対する折り合いのつけ方はケースごとに異なるが、それぞれの経過は回復に向けての示唆に富んでいた。

5. ケース E

【年代・性】 50 代女性

【生活歴など】 介護員 独居

【外傷的な出来事】 X 年 Y 月、雪道で対向車がスリップしてきて衝突。鼻骨ほか顔面多発骨折、右上眼瞼ほか複数箇所を打撲した。痛みの訴えが続き、目の傷や目が十分開かないことから目つきの悪さを気にし、医師より、眼瞼下垂が残るかもと言われてショックを受けた。足と顔の創

傷部位の変色を気にして、もう仕事ができないのではないかなどの不安が強くなった。医師から心理療法を紹介され受診を希望し、心理面接に繋がった。強い痛みに対しては麻酔科で治療を受けていた。

【IES-R の変化】 (図 3-5)

【面接経過】

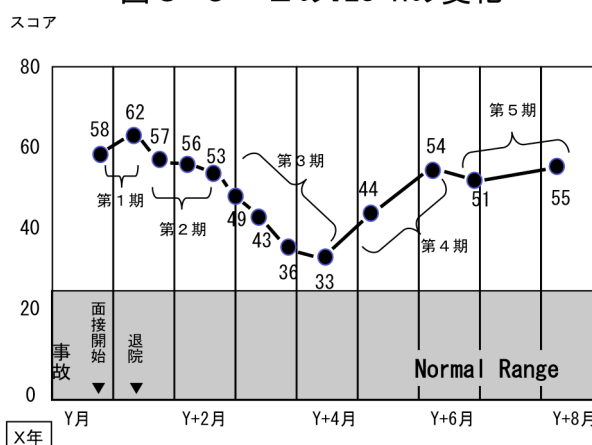
第 1 期：事故を受けとめられない入院期（#1～#3） X 年 Y 月～Y+1 月

E は、面接が始まるなり一気にしゃべり始めた。まず、身体の痛さのこと。「身体は良くなってきているけど、顔の痛みや手足のしびれが強い。顔はちょっと触っただけでも飛び上がるように痛い。加害者がきて泣いていたけど、痛いということは伝えた」。右目のあたりが腫れ上がって変色しているのが痛々しい。「顔が一番心配。医師に、半年くらいかかると言われてショックだった。賑やかでニコニコしているのが自分らしいのに、顔を見られたくないので下を向いてしまう。人目ですごく疲れる」

そして「これから先の仕事のこと、経済的なことが不安。どのくらいで復帰できるのか分からないし、会社に迷惑をかけている」と言っていたが、「上司に退職をほのめかされた。開院の時から一生懸命頑張ってきたのに」「外泊の時に同僚が家にきてくれて嬉しかった」。職場が退職の方向で動いているのを知った時はかなりショックだったようで「事故が起きていなかったら退職することはなかったのに、とか、コンビニに立ち寄っていれば、とか思う。ボーナスももらえないし、今までやってきたことが全部オジヤンになった気がする」と落胆していた。

事故後の心的外傷に関する苦しさも苦悶表情で訴えてきた。「胸のモヤモヤがとれない。いつも事

図 3-5 E の IES-R の変化



故のことを考えてしまう。涙が出てくる。目をつぶると事故のことがよみがえる。身体が寒くなったり熱くなったりする。物音にドキッとする。ちょっとしたことで不安。テレビにも集中できない」「タクシーに乗ったら、怖くてしがみついていた。車に乗ると、横からくる車が迫ってくるみたいで、正面を見ている。今度から人を乗せて運転できない」「考え過ぎて眠れない。常に考え事している。悪い方に。事故のことは極力思い出したいくない。涙が出る。気が張っているのは確かだ。イヤな夢を見る」「何かしようと思うけど気力がわかない。(好きな)編み物が続かない。自信がない。4 kgやせた」

従来の自分のように考え行動することができず、イライラも強く、病院スタッフとぶつかることがあった。「退院の話が出た時に『どうしてこんな身体と顔で帰れるの!』と医者に怒ってしまった」「こんな自分じゃなかった。老人とか弱い人の世話をしたいから介護の仕事をしてきた。気性はテキパキしていた」「何も悪いことをしてないのにどうしてこんな目に?」「保険会社と加害者の会社の上役がきた。保険会社は、こちらがお願いしたことをやってくれないので頭にきている」

Eを一人にしておくの不安に思った娘は、しばらく同居することを提案した。「一人でいると考え込むので娘の家で世話になる。私にこういうことが起きるなんて。あの事故さえなかったら、と泣きたくなってしまう」。悔やんでも悔やみきれない気持ちは、この後もずっと続いた。

第2期：顔を見せられない苦悩に直面（＃4～＃7） X年Y+1月～Y+2月

退院後も痛みで悩まされ強いイライラ感を訴えてきた。「額の痛みがすごい。洗髪や洗顔や、顔を拭く時はゆっくりやらないといけない」。麻酔科で痛みの治療を続けたが、楽になるのは一時的だった。「顔が痛みだと憂うつで仕方ない。針でチクチクという感じ。娘が外出に連れ出してくれたけど、痛くて楽しめなかった」「頭が割れるように痛くて、薬を飲んでも眠れなかった。そうすると頭をかきおしてしまう」「働きたいと思うけど、痛みがくるとまだだなーと思う」

娘と孫のところで生活しているので、家事にかかわる機会が増えた。「食事を作ってみた。味を孫に確かめながら作った」「近くの公園に孫を連れて行った。自分は出たくないけど、孫が行きたいというので出かけて、花を見たりしている」。家の掃除や孫の面倒は、熱中してやれるという。この同居の環境は、本人にとって安心感だけでなく役割意識ももてたようだ。

しかし、退職したことや顔の創痕は行動を抑制し、気分を落としていた。「買物好きだけど外に出たくない。友だちから食事に誘われても行きたくない。顔の傷が気になってサングラスを買った」「笑うことが少なくなった。飲めなくても盛り上げる方だったのに、退院祝いをしてもらっても冗談が言えなかった。テレビを見ても笑えない。子どもたちが笑っていても笑えない。前だと笑わせる側だった」「友達は『傷がきれいになったねー』と言ってくれるけど、痛みがあるので『それほどでもないんだけどなー』と思ってしまう」「こんな私じゃなかった。昔は賑やかでニコニコしていた。人を笑わせ、人の相談に乗り、人前で技を見せてテキパキと仕事をして、さすがEさん、と言われた。その日のことはその日に済ませていた。そういった前の自分に戻りたい」

心的外傷反応に関しては「前よりはいいけど、タクシーで横から車がくるとドキッとする」が、「運転してみようかな」という気持ちが芽生えてきた。「人の言葉や、一人になった時に、事故が思い出されて落ち込んでしまう」「怖い夢を見る。だれかに追いかけられるとか、事故に繋がるような『フー怖い』という夢。とにかく怖くて、自分の叫び声で目が覚める時がある。身体がフワフワして、吐き気、めまい、更年期のような症状が出る」

この後、内科医が抗うつ剤を変更し、それからは睡眠状態が良くなって夢も見なくなったという。

第3期：楽しみを見出し始める（#8～#11） X年Y+3月～Y+4月

目の周囲の傷は目立たなくなってきたが、強い痛みは続いていた。「傷は良くなったけど、ずきずきした痛みがあって、掻きたくなったり顔をこすりつけたくなったりする」「額が突っ張って痛いから右目は上を向けない。打ったところが痛痒いのでかきむしりたくなる」

一方、回復した点もみられた。「なるべく事故のことを忘れるようにしている。前ほどドキドキはしなくなった」「カイロに行って首や肩が腰が回るようになった」「家の近くだけ運転してみた。思ったよりは怖くなかった」。また、家事についても、「少しずつ洋裁を始めて孫のリュックサックを作っている。楽しんでできる。こうしたい、ああしたい、と以前のように思えるようになってきた」「孫と一緒に外に出るように心がけている。一日中、家にいると変になる。孫はかわいい」と、手芸や孫との交流を楽しむようになってきた。「ばあちゃん、何でもできるんだね」と言われて嬉しかったという。

また、保険担当者との間では話がスムーズに進まず、今後の生活に不安を感じていた。「頼んだことを保険屋がやってくれない。ちゃんとした説明もない。保険の対応が不安だ」

周囲から、「働いてないの？」と言われると事故を思い出してしまうので辛いという。

この期間は来院する毎に IES-R のスコアが下がってきていた。

第4期：痛みと保険の関係でイライラする（#12～#13） X年Y+5月～Y+6月

ときどき襲ってくる執拗な痛みで気力を落とすことがみられた。「ズキンとする痛みは無くなったけど、目の痛みがあって熱くなる。頭を長く下げていられない。死んでしまいたいほど痛い」「自分はもう治らないのかなーと思う。元の身体に戻してほしい」「痛みがあると、最近、孫たちにも当たり散らしてしまう。娘ともケンカになる。いきなり、どうでもよくなって死にたくなったりする」「痛みさえ治ればいい、お金はいいから元の身体に戻して！と思う。痛みがあるといろいろなことを思い出して不安になる」と痛みの辛さ、そして死にたくなる気持ちを語っていた。IES-R の値も上昇した。

運転の方は平気になってきて、ハンドルを握る頻度は増えてきた。頭の激痛があるので脳外科に行き検査したが異常はなく安心したという。

保険については「担当者が代わり、テキパキやってくれるのでやきもきすることはなくなった」が、痛みが続くので経済的な不安が以前にも増してきた。「保険の話をする、情けなくなって泣きたくなる。示談にしまうと、その後のことが不安だし、かといって、お金お金と言っているふうにも思われたくない。考えると頭がゴチャゴチャしてくる」

第5期：あの事故さえなければ、と苦悩（#14～#15） X年Y+6月～Y+8月

痛みに関しては「ひどい痛みは遠のいてきたように感じる」と改善方向。家の掃除など、なるべく身体を動かすようにしていた。

運転に関しては、「運転していると、どこかから車が飛び出してくるんじゃないかと思う。危険な場面では足が震えて汗が出てくる。恐怖感はあるけどノロノロの安全運転で隣の町まで運転した。事故のニュースは怖くてダメ。見ていられない」と不安を述べていた。

急に保険金打ち切りの連絡があり、事前に説明がなかったと激怒することがあった。

痛みや保険会社との交渉で苦しみを重ねてきて、なぜ自分がこんな目に遭わなくてはいけないのか、これからどうしていけばいいのか、あの事故さえなければこれまで通りの生活が送られたのに、といった声が繰り返し聞かれ、「最初のころのように仕事に戻りたいという気持ちは薄らいだ。患者

に当たってしまうんじゃないかとか思って介護の仕事には復帰できないと考えてしまう」「何で私が仕事を辞めなければいけなかったの？どうして？私は全然悪くないのに……。すごくイヤになって、親(故人)のところに行きたいな—と思った」「娘に悪気はないのが分かっているけど、ちょっとした言葉で傷ついて涙がポロポロ出てきてしまう」。表情や口調が陰しく、IES-R 値は高値のまま下がることはなかった。

【小括】

E は、身体的な激痛、不眠、容貌の問題が回復への大きな阻害要因になったケースである。痛みのコントロールが叶わない時は自棄的になって、「死にたくなる」「お金はいいから元の身体に戻してほしい」と悲痛な気持ちを何度も訴えてきた。意識は常に事故に戻り、事故被害の憤りを増長させ、将来への悲観的な考えへと連鎖していた。つまり、疼痛や鏡に映る自分の姿は、事故や不快な感情を想起させる強力なリマインダーになっていた。

E は、加害者の誠意は感じていたが、間に立つ保険会社の担当者の話には納得せず、どうして被害者である自分がお金を出さなければいけないのか、といきり立ち、でもお金にたかっているとも思われたくないと葛藤し、担当者と話をするとき必ず気分が滅入っていた。一時は低下した IES-R の得点が上昇しているのは、事故から半年が経過して示談の話が出るようになってから(第4期)であり、これは生活の基盤である経済的問題が大きく浮上してきたことと関係していると思われる。初老の時期に急に給料生活から離れることは、老後の経済生活の不安に直結する問題である。顔面の傷が目立たなくなってきても、「働いてないの？」と聞かれる恐怖は残っていた。

しかし、E の場合は、経済的基盤以外にも喪失したものがあつた。

E は商家に嫁ぎ、地域でも厳しいという評判の姑のもとで、早朝から夜遅くまで男勝りと評されるほど仕事に明け暮れ、さまざまな技能を身につけた。離婚してからも、持ち前の明るさとサービス精神と器用さと手際の良さで、人から頼りにされることが多かった。それだけに、仕事を辞めさせられた悔しさと、これから仕事ができるのかという不安は余計強かったと思われる。仕事を失うことは、E の自己イメージである「働く私」「いろいろなことができる私」「さすがと言われる私」を断絶させた。したがって、仕事から離れて自分らしさを発揮できない日々を過ごすことは、E にとって受け入れがたいことであつた。

支えになったのは、かつての同僚との間で素の自分が出せるような会話のやりとりや、家族が提供してくれた生活環境である。娘は E を独りにしない方がいいと判断したが、同居することによって「おばあちゃん」としての役割が具体的に生じた。E もまた、孫たちが成長していく喜びとともに、家事や手芸にいそしんで、孫に「何でもできるおばあちゃん」を見せ、楽しませることができ、それが気持ちの回復に役立った。

また、怖れていた運転も、近距離を乗るというチャレンジの結果、比較的早期に再開でき、克服していった。

ただ、初めは、何としても仕事に復帰してみせるという意欲が支えになっていたが、思うように痛みが改善しないことや保険交渉が難渋したことによって、その意欲は退いてしまった。

結婚以来、働きづくめでだれにも負けまいと努力して周囲に認められてきた E は、人に認められることに生きている証を感じてきた。老後の経済生活の不安に加え、自己効力感を発揮できる場を喪失したことが、E の大きな苦悩だったと思われる。

6. ケース F

【年代・性】 40代男性

【生活歴など】 会社員

【外傷的な出来事】 X年12月、勤務先の店舗に刃物と灯油をもった強盗が現れ、Fは他のスタッフを制して対応した。強盗は結局何も盗らずに逃走。Fは身体を傷つけられることもなく、恐怖を感じることもなかったというが、しばらくして、フラッシュバック、不眠、反復夢、強い恐怖、飲酒量の増加などがみられるようになり、電話でThに相談があって心理面接を開始した。

【IES-Rの変化】 (図3-6)

【面接経過】

第1期：理不尽な出来事への怒り（#1～#4） X+1年1月～3月

相談の電話が入った時は、事件から3週間たったが、自分の辛さを分かってもらいたいという藁でもすがるような切迫した気持ちが感じられた。

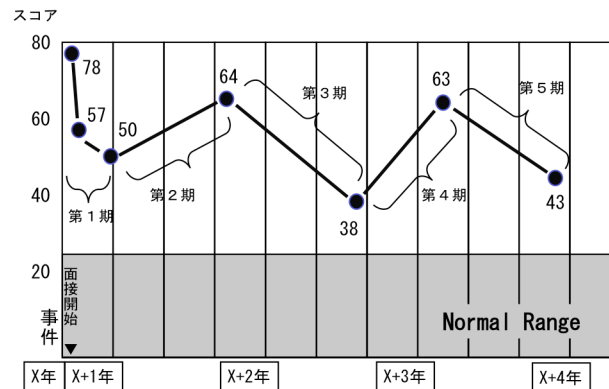
#1では、「(予約の電話で)『それは辛かったですよね』とされた時には本当に癒された。事件直後は何ともなかったのに後になって恐怖感が出てきた。でもだれにもこの辛さが分かってもらえないので、酒の量が増え愚痴も増えて妻もまいてきており、どこか旅行にでも行って気分転換するように勧められていた」「事件後の調書などに相当な時間をとられ、仕事がたまって休日出勤してこなしているが、事件の光景が思い浮かんで手が止まる。しかし、職場では弱音を吐けずに、わざと元気そうに振る舞っている。寝付かれず、悪夢で汗びっしょりになって目が覚める。集中力がなくなっている」と、困惑していることを話してきた。IES-Rは78点、STAI^{注2}の特性不安、状態不安はいずれも74点(高不安状態)であった。

会社の対応に不満をもっていた。「トップが事件現場を見にきたが、自分のことにはひとことも触れず部屋の損傷のことばかり気にしていた。事件が大事に至らなかったのにねぎらいの言葉が一つもない。労災にもしないと言われてショックだ」「10日くらいの休みが欲しい」

医師より診断書が出て、Thの勧めもあって休暇をとった。「10日間の休みをもらってとても楽になった。家族と遠くの町に出かけた。休みをとること自体が不安だった」「家族で裁判をみに行ってきた。行って良かった。『ここにこなれば父さんの大変さが分らなかった』『父さんは会社のイエスマンじゃないことが分かった』」など、休みをとったり、家族が大変さを理解してくれたりと安心していった。「職場でイライラしてくる時には水を飲むようにしている」と気持ちを抑えていた。

ちょうどこのころ、会社では組織のスリム化が押し進められ、Fも複数の人と降格人事になった。「職場に対してへたな期待感をもたないようにした。冷たい人もいれば温かい人もいる。警戒心は

図3-6 FのIES-Rの変化



強くなった」「減給になる。ショックで何をしでかすか分からないような気持ちになった。会社は何も手を差し伸べてくれないというのが分かった」。しかし、しばらくすると「新しい仕事はマイペースでできるし、定時に帰れる。イライラしなくなったし、夜もぐっすり眠れる。いい方向に向いていると思うようにした」と仕事が楽になったことを喜んでいて。立場が上がることを望んで働いてきたFだが、もう職場にこだわって生きる必要はないという気持ちが強くなっていた。

事件に対しては「悔しい。犯人に対してというよりも会社が守ってくれなかったことへの悔しさだ」

これら一連の出来事に対して、「25年前、飼い犬を死なせてしまったことや母に恩返しをしていないので罰が当たったのかなと思った」という。

第2期：募る疎外感（#5～#11） X+1年4月～X+2年1月

初期の不快感はこの時期にはだいぶ落ち着いてきたようで「睡眠はとれている。イヤな汗をかかなくなり、あの苦しさは乗りきったかなーという感じ。飲酒もピタッと止めた」

人事異動後の仕事については次のように話していた。「仕事は重責から解放された。定時に帰れるし呼び出しもない。自由な時間で読書や散歩などやっているし旅行にも行くようにした」。その一方で、「仕事一辺倒じゃない自分が堕ちていくような」不安を訴えたり、「会議で『病み上がり』と言われた」「不信感がますます募ってきた。人が近寄ってくると何か言われるんじゃないかと不安。一人除け者にされているようだ。しゃべりたくない。でも弱みをみせたくないで虚勢を張っている」など、仕事内容は楽になったが、職場の人間不信から心を開けずイライラしながらもじっと耐えて時間を過ごしている様子が語られた。

「自信がなく、職場の人間の顔をみるのも避けてしまう。逃げ出したいくらい。上の人たちを殴ってやろうかと腹が立つけど抑えている」「職場ではバリアーを張っている。面白い話も入ってこないけどイヤな話も入ってこない。一人でブツブツ愚痴って独り言が多くなった気がする」。職場にどうしてほしいかと尋ねると「放っておいてほしい」ということだった。「事件のこと、裁判のことは毎日のように思い出し、その時の会社の対応に屈辱感を感じる。職場での疎外感は抜けきれなし、寂しい。重要な仕事を任せてもらえない。何で俺が、と思う。事件のことより職場の冷たさが辛い」「仕事に行きたくない気持ちがあって階段を昇る足取りが重いので、気合いを入れるようにしている」

これらの苦しさに対して「息抜きで水を飲んだり、昼休みに散歩したりするのがいいし、ちょっとした外出もいい」「一人になるのがいい」「休日は地元を離れて楽しむようにしている。環境的に外に出るのが精神衛生上いいと思う」「家族の間では面白おかしくしている。家族があるから頑張れる」など対処していた。

IES-Rの点数は、いったん下がったが、事件から1年経過した時点では上昇傾向を示していた。

第3期：新しい職場への適応と不適応（#12～#21） X+2年2月～12月

職場では「記憶力が低下しているみたい。独り言が多い。上司が大声で部下を怒鳴りつける声を聞きたくない」「普段気にならないようなことが気になる。仕事で注意されると動悸がする。しめつけられるような、頭がボーッとする感じ。会社は自分を守ってくれないから自分で守るしかない」などと話していた。

上司が変わり、「今度の上司は、事件のことを気にしてくれて、『辛い時には休んでいいよ』と言ってくれる。気持ちにゆとりもできて、上司でこんなに違うものなのかと不思議だ」「仕事に慣

れてきて自信がついた。恐怖とカイヤイラとかが少し改善しているような気がするの嬉しい」と明るくなっていた。

しかし、同じフロアに大声で怒鳴る苦手な人がおり「仕事は楽しいが、人の顔が怖くて小さくなって仕事をしている。6時には帰宅している。仕事がたまってくと『まだ書類できてないのか』と言われるんじゃないかと怖い。口がきけなくなったり頭がボーッとしたりする。同僚がミスして怒鳴られるのを見ていると、明日は我が身かと」「新しい仕事なので人に聞けず自分で考えなくてはならない。心理的にきつい。他人の評価を随分気にしていた。よく眠れるけど、集中力がなく議論に熱中できないし、記憶力が落ちている」「朝は氣力を振り絞って職場にくる。強気の人、声が大きい人は避けている。今はここにいるしかないという気持ちで仕事をしている」「独り言が多いが、自分に対して励ましているようだ。言われたことが理解できないのでメモをとる。抜けていくので焦ってしまう」

「気がつく、読む小説が、攻撃的なものが多くなった」「加害者には、目には目をという気持ちがある」と、攻撃心が強くなっていることを自覚していた。

昼休みの散歩は気分転換にもなって1年半続いていた。「職場を離れれば家族と楽しくやっている」「2年前の事件のことはだいぶ落ち着いてきた。記憶も薄れた。自分で蓋をしているのかもしれないね。半年の間は悔しくて弱音も吐けずダメだと思った。とんでもない事件だったけど、責任がなくなり身軽になったことがすごく楽だし、時間的制約もなくなった。弱音を吐けるようになって安心感をもてた。良いこともあったと思う」と事件のプラスの面についても述べていた。

事件後2年目の時点で、IES-Rは大きく下降した。

第4期：あの事件がなければ（#22～#26） X + 3年1月～6月

面接室では元気そうに見えたが、職場では憂うつ感が強まっている印象であった。「健康面では良くなっているけど、憂うつだ。決断力、集中力がなく自信がない」「考える力がなくのぼせるような感じになる。落ち着きがなくなり注意されるとパニックになりやすい」「午前中、ボーッとしていて気分がすぐれない。身体がだるく人とかかわるのも面倒」「相変わらず物忘れや頭が真っ白になることがある。自分のミスで失敗したと思っても、周りから見たら大した失敗ではないことが多い」

職場では我慢しながら仕事をしていた。「しょうもない私語や、役職者にしたがない雰囲気など、組織がなってない！」「電話が鳴っているのに私語をやめない人とか怒鳴る人とか、視野に入れたくもない。自分の仕事は支障なく進めているが」「怒鳴られる人が気の毒で、聞いているだけで気持ちが沈む」

そして、「仕事がいき詰まると『何で俺はこんな辛い思いをしているのか、あの事件がなかったら』と思う。何でもかんでもすべてはあのことから始まった。あの事件がなければ陰口を叩かれることもなかったんじゃないか。謝罪のひとつも聞いてないので悔しくて、犯人が出所してきたら弁償してほしいと思う」

これらのストレスを和らげるものとして「昼の散歩は汗をかくくらい歩いている」「地元の外に出て刺激を受けるのが良い」「家族がもしいなかったらどうなっていただろう。家族の支えは大きい」と語っていた。

第5期：高まる^{てきがいしん}敵愾心（#27～#34） X + 3年7月～X + 4年4月

再び職場異動。仕事は楽だが職場への不満や怒りは続いていた。「神経を使う仕事なのにパート

のおしゃべりなど聞かされていると頭にくる」「組織や人事が全くなってない。田舎者に毛が生えたような組織運営をしているだけだ」「仕事が慎重になって時間がかかり、残業が増えて余裕がない」「近寄ってくる人が皆、敵。一人静かに仕事をさせてくれないかと思うほど雑談が多い。会社のやることにに対して疑心暗鬼。職場のマナーがなってない」「ここの住民は人が悪いという話をたくさん聞いた」

この時期、しばらくぶりに引っ越しをした。「家具は相当捨てた。環境が変わると気持ちも変わった。家でも職場でも肩の荷をもたないで楽な気分で生活している。睡眠も十分とれる」「定時に退社すると、身体も心も楽だ。週に1～2回飲みに行くようになり、楽しめるので活力源になっている」

何かにつけて攻撃的な気持ちになることについては、若いころ、自分にも周囲にも厳しかったころに戻ったのかもしれないと捉えていた。「職場の人数が増えて仕事の負担感が減った。何事にも攻撃的になってきたのは、仕事にゆとりが出てきたので、昔のガンガンやる自分が出てきたのかと思う。でも、大事な仕事を任されている人はうらやましい。自分は先がみえているのだからどうでもいいとも思う。会社は、上部の取り巻きだけが運営していて、他の人はどうでもいいのだということが分かった。自分はその取り巻き連中の中には入っていない。仕事は楽になったけど不安はある。事件さえなければ、とか、事件があったことは仕方ないけどその後の会社の対応が不満とか、そういうことを思っている」

事件後、3年3か月の時点で、IES-Rは前回より下降していたが、STAIによる不安の程度は非常に高かった。

【小括】

Fは元来上昇志向が強く、20年来、会社でバリバリと仕事をこなしてきた。強盗事件に遭遇し、凶器をもつ犯人と対面して涉り合い、一歩間違うと大変なことにもなりかねず、無我夢中で他の職員や客を守ろうとしたに違いない。幸い、人的被害はなく犯人もすぐに逮捕された。

しかし、事件から3週間後に会った時には、決して弱い性格の人ではないのだが、いろんな症状に翻弄されて「参って」いた。社内や警察の調査が続いて仕事がたまり、休日出勤でこなしていたが、家庭では飲酒と愚痴に明け暮れて、奥さんも困惑していた。これらは長めの休暇をとってゆっくりしたことでかなり改善した。

当初からFは、犯人に対するよりも、表彰どころか評価もねぎらいもなく、労災扱いにもしようとしめない会社の対応に怒りを向け、それは事件から4年たっても変わらなかった。重ねて、職場のスリム化の時期に降格人事で出世を断念しなくてはならないことは大きな痛手となり、会社への不信感を増していった。会社の理不尽と思える対応や出世に遅れをとってしまった運命に対して、これまでの悪行への罰であるという因果応報的な考えを持ち出してきたが、それほど納得がいかなかったのであろう。心的外傷の症状(一次被害)を直接話題にすることは長く続かず、職場が自分を守ってくれないというショックの連打の中で、「正當に評価されない」不条理感が膨らんでいった。つまり、自分がこれまで会社のために尽くしてきたことや、事件で「命を張って会社を守った」ことへの満足な給付(見返り)が職場から与えられなかったことが、二次的な傷を発生させた。そういう意味で回復の足を最も引っ張っていたのは、事件後の会社の対応からくる気持ちの整理のつかなさであったといえよう。

Fの約4年にわたる経過をみると、その二次的衝撃への対応の歩みがみてとれる。事件の法的な

決着(裁判)がつき、社内でそれは過去のこととして風化してきても、Fは会社と自分との折り合いがつかず、人にイライラ、語気にイライラ、雰囲気イライラ、与えられている仕事にイライラ、人事体制にイライラ、と怒りと憂うつ感を人知れず重ねていた。周囲の言動に過敏になってきて会社の人間に恐怖感を抱くようになり、会社の評価を切り下げる発言が頻発するようになった。職場への嫌悪感、職員への不信感、さらに地域全体への軽蔑感。他人を羨むような発言はなかったが、机上に電話がない我が身の職階に臍を噛む思いも繰り返されたことだろう。もはや職場は自分を証明するような場であるどころか、敵陣であり、敵の中でどう生き抜いていくのかという言葉が大袈裟でないほど居づらい場所となった。つまり、安全な場所ではなくなった。

そこで、職場でストレス対策として、いくつかの工夫が見られた。いい方向に思うようにした、水を飲むようにした、昼休みの散歩、外出、オフの時には地元を離れるなどの日常セルフケアである。一方で、いろんな決断(断念)もしていった。自分は会社の身内の人間ではなく外の人間であるとの見切り。上のポストに昇っていくことの断念。会社やこの地域はしがみついている必要はないのだという断念。しかし、辞めさえしなければ生活の保障はあるから退職はしないという決断。一生懸命に仕事をやるのを止め、仕事は生活の糧を得るだけのものとの決断。真実をしゃべったら自分は損をする、ここで生きていくためには仮面をつけていくしかないという決断。これらは、前途が塞がれていく心細さへの必死の抵抗として繰り出したFの葛藤処理方法とみることもできる。この格闘は、新しい生き方へとシフトしようとするFと、従来の生き方に親しんできたFとの内的な格闘ともいえるだろう。

さて、最も本人を支えたと思われたのは家族であった。事件後の不調を契機に、これまで以上に家族の絆を深める体験を重ねていく内に、「家族のために」「家族を守る」という気持ちを強め、不快な気持ちを抱えながらも自己破壊や他者破壊に至ることなく、気持ちを立てなおして仕事に向かう原動力になったと考えられた。

7. ケース G

【年代・性】 30代女性

【生活歴など】 アルバイト

【外傷的な出来事】 X年Y月、夫が運転する車に子ども(T君)を抱いて助手席に乗っていた時、交差点で信号無視の軽トラックが助手席側面にぶつかってきて、車は反対車線の歩道まで飛ばされた。GとT君は救急車で搬送。過失は相手側。Gは前額部を強打して外傷を負うが夫とT君に外傷はなかった。ところがその後、T君の様子がおかしくなった。逆上して暴れたり物を投げる、怒りっぽくなる、憤怒状態(グーッと力んでためこんでギャーッ)をみせる、夜寝たがらず身体を突っ張ったりひっかいてくる、母親と離れられなくなる、車への怯えや不安が強くみられる、というので近医小児科を受診し、そこよりThを紹介され来所した。性格の変化に見えるものは事故後のストレス反応と考えられやがて軽快していくことを説明し、安心感を与え一緒に楽しく遊ぶことに両親が努めたところ、事故から約2か月後にはすっかり元気になった。

当初より、母親であるGのショックも大きいと感じられたので、T君が落ち着いてきたのに代わって、Gに焦点を向けて心理的かかわりをもつことになった。

【IES-Rの変化】（図3-7）

【面接経過】

第1期：母子ともに心的外傷を受傷

（#1～#5） X年Y月～Y+2月

最初は、T君が別人のように乱暴、凶暴になり、事故のことを心配するという話題が中心で、G自身についてはあまり語られなかった。Gも事故のことをスローモーションのように鮮明に覚えていたが、T君も細部まで覚えていて母親の額の傷をみるたびに事故のことを思い出していた。「こっちからドーン、クルマグルグルする」「青の

時ドーンするよ」など、盛んに事故のことを話してきていた。母親が寝るのを嫌がるかと思えば逆に寝かしつけようとする。T君がどうすれば落ち着くかを模索する中で、好きなことを十分させてあげたり、雪遊びで疲れさせたり、一度止めたおしゃぶりを与えたりすれば夜泣きや暴力的行動が少なくなってくることが分かってきた。2か月後には「子どもは良くしゃべるし、良く食べるようになった。本当に元気になった。もし家で一人だったら私は落ち込んでいたと思う」。そこで、ThはG中心の面接に切り替えた。

同席した夫が、相手は無傷なのに車から降りようともせず電話をかけているだけで大丈夫かのひとこともない、とか、やってきた家族も写真を撮ったりいいがかりをつけてきたりして、謝罪が一切ないことに腹が立った、など話している時、Gも深く頷いたり補ったりして怒りを表していた。

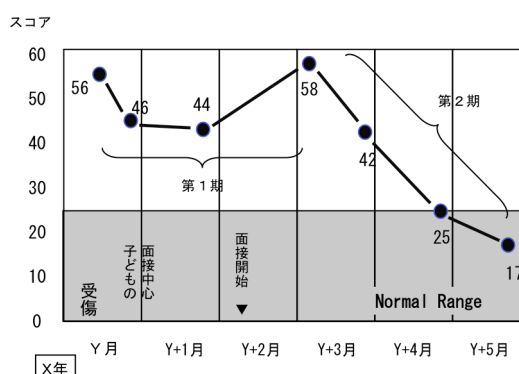
Gは「頭のコブは残る。回復は時間がたつしかない」と医師に言われて、毎日、リハビリに通って握力や痛みやしびれの改善に努めていた。「身体が動かないので、何かしようとしても段取りができなくなった」「家事はゆっくりだとできる。でも物干みたい高い所の作業は辛い」。頭痛、前額部や腰の痛みの他、運転ができず、助手席にさえ乗れず、事故のニュースを見たくない、急な動悸、物忘れ、不眠、事故などの変な夢、などを訴えていた。不眠のため整形外科から睡眠導入剤をもらっていた。

また、Gはアルバイトを2つしており、両方とも休んでいたが、そのうち1つは辞めなくてはならなくなった。そのため「仕事もやって家のこともやって、という充実感がなくなった」

生活で困るのは運転ができないことと物忘れで、「病院に行く時に夫に連れていってもらうけど車に乗るのが怖い。焦ると息が苦しくなる。子どもの誕生日をど忘れしたし、その他のことでも物を忘れるようになった」

保険の関係で頭にくる出来事が多かった。「保険担当者が連絡をよこさないし、こっちの気持ちを汲んでくれない。『まだ病院通ってるんですか』みたいな言い方をされたりタクシーじゃなくてバスで通ってほしいと言ってきたり。聞いたら、事故の写真も見えてないらしい」「保険屋のいうことがコロコロ変わる。出ますと言ってた休業補償金が少ししか出ないし、不満をいうと『決まったから』とか。どうして夫は全額出て私は出ないのか？『身体どうですか』のひとこともなく、何事も気持ちが入っていないのでイライラする」。夫から見たGの様子は「調子が良いように見えても、

図3-7 GのIES-Rの変化



保険屋と話した後は「ドーンと落ちる」ということだった。

この時期、IES-Rが高いまま下がらないので、Thが主治医(内科医)と相談した結果、薬物が処方された。

第2期：支えになったこどもとの交流（#6～#9） X年Y+3月～Y+5月

Gはずっと外出を控え、運転もしていなかったが、子どもが風邪をひいて病院に行かなくてはならなくなり、運転を再開した。対向車にドキッとすることはあったが、その後、慣れてきて、リハビリの病院まで車で通えるようになってきた。しかし、歩いていて、対向車がくると、そんなことはないと思って、突っ込んでくるように感じがして締めつけられるように苦しくなっていた。毎日のように運転するようになったが、「雨の日は緊張するので肩が凝る。横から自転車がきたりするとドキッとする」。ある日、Thの病院まで運転して来院できたことが自信になったようで、「今日は雪道の中、ここまで車でできたけど、こんなに速くまでくるのは初めて。飛び出てくる車が怖い。でもだいぶ楽に運転できるようになった」。その後も自家用車で通ってきていた。

睡眠障害や夢について、「頭がしびれたりグッとなったりする。眠剤飲まないと2時間おきに目が覚める」「夢を見る。ブレーキ踏んでも止まらないとか、轢かれそうになる夢。子どもが2階から落ちる夢」「落ち着いたと思って薬を止めるとやっぱりドキドキする」「薬を飲まないと2時間くらいしか眠れないので眠剤は必要だと思った。このごろは薬を飲んでも悪い夢を見る。駐車場で当て逃げされるとか、車で自分がぶつける方だったり、自分が病気になっていたりとか」。このように不快な夢が続いていたが、薬さえ飲んでいれば睡眠状態は良かったようで「目が覚めても二度寝ができるので睡眠はとれている」

痛みやしびれのためのリハビリは続いていた。「リハビリは毎日。背中が痛く、毎日鍼を打ってもらっている。腕はだいぶ上がるようになった」「頭痛があるとおでこも一緒に痛む」

事故後の衝撃は次第に和らぎ、事故のことを思い出すことはほとんどなくなってきたが、「子どもがスポンジのバットを振った時に車が飛び込んでくるように思った。そんな時、まだ衝撃が残っているのかなと思う」

問題に感じていた保険のことは、こちらから強く申し出て担当者が代わった。復帰を待っていていたアルバイトに戻り、要領よく動けないといいながらも、「リハビリ行って、バイトして、結構忙しい」毎日を送るようになってきた。「仕事を楽にしよう。神経質にならないようにしようと努めた」という。

T君は情緒不安定になることはなく、母子のゆったりした交流は、Gにとっていい時間になったようだ。また、気分転換を心がけて身体を動かすようにしていた。「自分が暗くなっているとこの子に伝わってしまうことが、先生に言われて気がついた」「子どもと公園で遊んでいる時と、ご飯を食べている時が、ほっとする」「このごろ、天気がいいので、子どもと公園で遊んだり草むらに寝転がったりしている。自然の中に入っていくのはもともと好きだし、外遊びもよくする」「息子は、前のようなことは一切ない。でもよく覚えていて、私の傷を見てさすってくれたり信号の色を注意して見ている。私が横になっていると、頭をなでてきて『ごめんね』と言ってくれたりする」「家の掃除、気分転換。こういうのも良かった」

IES-Rは来院のたびに下降をみせ、事故から5か月後に正常範囲内に入ったところで、面接を終了した。

【小括】

Gは、一家3人で交通事故に遭い、2才のT君が、性格が変わったように乱暴、凶暴になり、退行、怯え、過敏性が著しいということで通院していた。GはT君とかわかることにエネルギーを注いで、自身の症状は後方に退いていたが、心的外傷のダメージは強かった。

回復促進要因として、G自身が特に思い当たるのは、周囲に自分の辛さを理解してくれた人がいたことである。特に、職場に交通事故に2回遭遇した人がいて、「見た目には傷がなくても具合悪かったりする」し、「なった人にしか分からないよね」とよく分かってくれ、同じ痛みを抱いた者同士の共感が心を楽しにしたということだった。逆に「まだ治ってないの?」「そろそろ仕事して下さい」という言葉や、リハビリに通っている人から、暇つぶしにリハビリにきているのだらうと思われたことは、たとえ悪気がなくても傷ついてしまっていた。見た目では辛さや痛みを分かってもらえないので、そのような場合は、何を言われても気にしないようにしたという。回復のための効果的なポイントは「怪我の痛みや心の傷は周りの人が思う以上に病んでいる、そこを理解してもらうこと」だとGは述べた。

また、幼いわが子から、「ママ、大丈夫?」「ママ、死なないで」「今でも傷が痛むでしょ」といった言葉が出てきたことがどれだけ慰めになったか。T君が元気になってきたこと、一緒に公園で遊んだり話したりすることがどんどん楽しくなったことも、エネルギーを引き上げたようで、「子どもの笑顔」「子どもと遊ぶ」ことは大変効果的だった。

それだけでなく、T君の病氣通院のために運転を再開しなければならなくなったり、子どものために身体を動かしたり海に連れ出したり、少し無理をしなくてはならない状況が訪れたわけだが、そういったこともGの元気を引っ張り出した。T君が症状を強く出したことでさえ、Gが痛みや苦しさで落ち込むのを防いだという側面がある。つまり、T君を守ろうとしたGはT君からも守られ、二人は一体となって回復していったということである。「世話をする相手がいること」の効用は大きい。

生活の忙しさに充実感を感じるGはまた、職場の人から「待っていますよ」と言われたことが励みになって、仕事に復帰した。2つのアルバイトのうち1つを失ったのはショックであったが、経済的な理由というよりも忙しくしている自分を取り戻せたことが、元気を生じさせたようである。家事、子育てもそうであるが、何かに夢中になっている(夢中にならざるを得ない)方が余計なことを考えなくてすむという効果があることも自覚していた。

以上のような積み重ねの中で、徐々にGの症状や不安は消退していった。

阻害要因として最も大きいのは保険会社との関係である。加害者からの謝罪が全くなかったことについては、いまさら会っても頭にくるだけ、と気に留めていなかったが、保険会社に対しては夫とともに不信感を抱き、納得がいけない対応に落ち込むことが多かった。Gが引っかかったのは「こちらの気持ちを分かってくれない」し、外見だけでは分からない辛さを無視されるような、心情的な配慮がない言葉を言われるような場面であった。

Gの場合、自分が感じている痛さや辛さを、分かってくれるか分からないか、共感してくれるかどうか、気分を左右し、回復の力が出るか出ないかの分岐点の一つであった。

次に示す男性は、事故で親友を亡くし、自身も瀕死の重傷を負い、脳外傷によって高次脳機能障害^{注3}の諸症状が出た。Thはしばらくの間、外傷後の諸反応を心理的な反応として

理解していたが、それだけではないと気がつき始め、脳の機能障害からくる反応への注意深い観察が必要であることを刻むことになったケースである。

8. ケース H

【年代・性】 20 代男性

【生活歴など】 アルバイト 独居

【外傷的な出来事】 X 年 11 月、親友の W と自転車と並んで信号待ちをしていたところ、後ろからきた車に跳ね飛ばされ、W は死亡。H は、脳挫傷、外傷性クモ膜下出血、頭蓋骨骨折、足骨折などの重傷を負って手術、入院。事故時の記憶はなく、最初は自分が病院にいる理由が分からなかったというが徐々に事故前のことを思い出してきた。事故から約 1 ヶ月後、整形外科医を通して心理面接に繋がった。

【IES-R の変化】 (図 3-8)

【面接経過】

第 1 期：事故と親友の死を受けとめられない (#1~#5) X 年 1 2 月~X+1 年 1 月

家族から W の死が告げられた時「嘘だろ、できの悪い悪夢か？ 最悪だ。へこんでも仕方ないけど、へこんでへこんで……」。ストレスからの逃げ道がタバコか W と愚痴るかだった H は、外傷性てんかん発作の可能性があるというのでタバコ禁止となり、「W もいない、ストレス解消もない。皆、失ってしまった。一気に奈落の底にズドンと落とされた感じです」

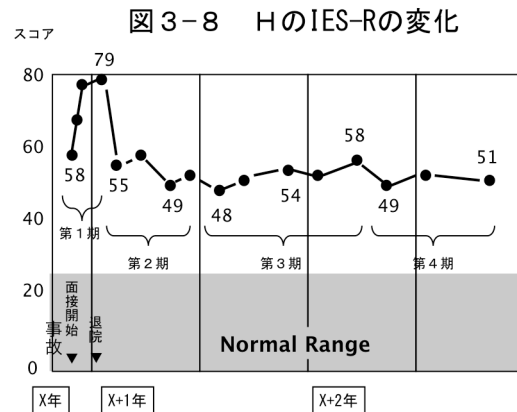
その後も、W の死を受けとめられず、怒りと後悔の吐露が続いた。「人生 540 度変わった。何でだ！ 犯人を殺してやりたい、億近く奪い取ってやる！ でもそれで友達が戻ってくるわけではない。何も悪いことをしていないのに。途中のコンビニであと 1 本タバコを吸っていれば……。悔やんでも悔やみきれない。事故のことを考えるとフーンと思い出して苦しい。携帯には彼とのメールや写真が保存してあるけど見たくない」。夢であればいいのにと、やるせない気持ちを語っていた。

心身の不調については「膝痛。聞こえにくさ。音に異常に敏感。急に人が出てくるとドキドキして怒鳴りたくなる。怖い夢。車が近づいてくるだけで怖くて足がすくむ。」「思い出したくもない。でもどう頑張っても思い出してしまう」といった状態であった。

その後、退院が決まり、Th は継続面接を勧め(遠隔地なので月 1 回)、「これから一つ一つ現実的に辛い出来事と遭遇することになる。不安定になるのはおかしいことではない。恐怖心などは必ずよくなっていく。病気の治療だけの話じゃなくて生活が全部変わっていくから、新しい生活をつくっていかないとね」と話した。退院時に脳外科から精神科への紹介状が出されていたが、H は受診には長らく抵抗していた。

第 2 期：退院後日常生活になじめない (#6~#11) X+1 年 1 月~6 月

父の車で事故現場を通った時は辛かったという。「事故をきっかけに父の嫌なところが見えてきた。



父と話をすれば喧嘩になる」と、保険金が絡んだ時の父親の態度に腹を立てていた。

不眠が最も辛く、頭痛や関節痛などの痛み、意欲低下の訴えも多かった。また、「暗闇の光のチラチラがだめ。列車がすれ違うグアーツという音と人混みがイヤで地下鉄に乗れない」「近づいてくる車が怖い。後ろからくる車が本当に怖い」など乗物への恐怖も強かった。車のライトが見えると遥か遠い場所からでも立ち止まっていた。

警察から、20mも飛ばされていたと事故の説明を受けて辛かったこと、事故現場の地名が大嫌いであること、なども話してくれた。

アルバイトは週2回勤務のシフトから再開したが、簡単なことが思い出せない、前できていたことができないというのでショックを受けていた。周囲からも、しゃべりが回らない、怒りっぽくなった、作業手順が抜け落ちる、キャラが変わったと指摘されたという。

そういう中でも「漫画本を読んで気をそらす」「新鮮な空気と手を伸ばしたところにあるタバコ」「友だちと気兼ねなくおしゃべりする」「飼い猫と遊ぶ。猫に癒される」「昔好きだった音楽。何も考えずに聞ける」など自分を楽にする方法も編み出していた。

第3期：何か自分はおかしい（#12～#22） X+1年7月～X+2年4月

今までできていたことができない、物忘れが激しいなどのつまづきが日常生活で目立ってきて、毎回、話題になった。カタカナやひらがなが思い出せず、5分前のことを忘れ、凡ミスが多くて職場で注意され、悔しい思いをして落ち込んでいた。失敗が繰り返されるので、この先仕事を続けられるのかといった不安も出てきた。「何かがおかしい」と感じるようになってきた。

嗜好も変化してきた。というより、物事への興味関心が減退して何事も面倒臭くなってきた。「とにかくヒマ。でも何をすればいいんだろう。夢中だった趣味も面倒臭い。全然面白くない。引きこもりたい」「あり余る時間がイヤ。何かしなきゃということはあるけど、やる気が出ない」「楽しいということがない。家でボーッとしているだけ。もう人生終わってもいいという感じ」

感情が抑えられなくなったのも事故後の大きな変化だった。考えられないくらい怒りやすくなったという。被害妄想的な受けとめも出てきて、レストランにいる人たちの目線が自分の方を向いて笑っていると思うことがあると言い出した。実際にトラブルを起こすこともあった。「赤信号で突っ込んできた車がいたのでカッとなって車を蹴った」「公園でベンチに座って同じ行動をしているおじさんがいる。保険屋の内偵調査員だと思う。保険会社に頼まれたのか？と聞いてみたい」「家の近くに毎日路駐している車があって、中にいる人が自分を見る。警察に排除してくれと電話した」「路駐の車をタクシーで追いかけて警察でもめた。警察ではあまり取り合ってくれなかった」

自分がおかしいと感じる数々の状況は、高次脳機能障害からくるものの認知障害や人格変化によるものであると思われた。Hが精神科にいきたがらない理由を尋ねると、どこにいけばいいのか、自分のどの辺が悪くて何を訴えればいいのか分からない、話を聞いてくれない医者で(保険を切られるなど)おとしめられるかもしれない、という不安からだった。Thから繋がりのある精神科に紹介状を書くことを提案したら、「よろしくお願いします」と答えた。

事故から1年目を迎えた。「自分は本当に生きているのか、という気持ちがある。自分が見ているこの世界は本当にあるのか。不思議だ。死んだらどうなるのかを考えることが多くなった」

裁判は実刑が下されて結審した。意見陳述では恨みをひとつと言ったけど感情を込めることができなかったという。

めまい、立ちくらみ、不眠、膝痛など身体的な不調も続いた。「全身を検査してほしい」「もう嫌

だ。疲れた」「全部投げ出したい。ニートになることを真剣に考えている」「何に腹が立っているんだろう？ 自分にとって不快な環境がイヤなんでしょうね。何をしたいかと聞かれても、ない。社会に出るのは苦痛で仕方がない。働かないでいたいもしくは骨壺に入れて欲しい」と自棄的な言葉も聞かれた。車への恐怖感も続いていた。

「気分のいい時と悪い時は3：7」。ホッとするのは、「近くの喫茶店でおいしいコーヒーを飲む時」「飯を考えている時」「賭け事のゲームをしている時」であった。

Hの得意のジョークや軽妙な表現がときどき話の中に出てきたが、本人にしてみれば「全くジョークを言えなくなった」という。

第4期：精神科の管理下になる（#23～#29） X+2年5月～10月

ようやく精神科を受診し、医師も話を聞いてくれる人だったと安心した。諸検査を行ない、抗てんかん薬、睡眠導入剤のほか抗精神病薬が処方された。薬を飲んでみて、90度後ろ向きなところが80度くらいになったという。周囲に懐疑的になることは和らぎ、気分が上向きになってきたが、だるさや眠気で仕事に支障が出ることもあり、また、食欲が出て急激に体重が増加していく副作用もみられた。

驚愕、警戒状態も続いていた。「物音が家の中でちょっと鳴っただけでも、何だ！と思う」「食器のガチッという音がダメ。救急車の音も。過敏になっている。高い音にドキッとする」

目立ってきたのが、大金をギャンブルにつぎ込むようになってきたことである。馬券が当たり、大儲けした時は、「ほかのことはどうでもよくて、イラつくこともない。食事もうまいし酒もうまい。やっぱりお金ですね」と悦にいていたが、その後、大損をした。お金はこれまでの借金返済に回すなど大事に使うよう忠告していたが、示談金をあてにしているのか、抑えがきかないようだった。当然経済的には苦しくなってきた。

仕事は週3日の出勤を続けていた。物忘れや激高は続いていた。「切れたら抑えられなくなる。人を怒鳴ったり、車がぶつかりそうになると、走って行って飛び出してブレーキをかけさせたりする。冷静に考えたら自分の方が変だけれども一度そうになったら止められない」

意欲の低下を訴える言葉が増えてきた。「あーやだやだ」「やる気が出ない。すべて面倒臭い。病院も食事も風呂も」「仕事行きたくない。できれば365日休みたい」

事故から2年。「思い出すことがある。夢にWが出てきて、あー夢か、本当に逝ったんだろうかと思ったり、何か隠しているんじゃないか、警察が。ないだろうけどそう思ったりする。死んだという実感がない。考え出すと面倒なので考えないようにしている」「早いような、長かったような。借金が増えただけだ。すべてがイヤになってきた。眠剤だと1万錠飲まないと死ねないそうですね。首くくった方が早い。気が長続きしない。1時間で終わる仕事が1日かかる」と述べていた。

保険会社より、今月から心理面接にかかわる代金を補填できなくなると言われて、面接を急に終わることになった。「死んだりするなよ」「そんな勇氣ありませんから」というやりとりをして笑顔で帰っていった。

【小括】

Hは、いわゆる現代風の若者であり、深刻な内容でも笑いにしてしまうような軽妙洒脱な話し方ができ、周囲から人気もあったようだ。そのHに不慮の事故が降りかかり、20代にして親友の死と自らの心身の損傷という災難を被った。

「何かがおかしい」という違和感を感じたのは、HだけでなくThも同様であった。Thは、これ

までかかわってきた惨事遭遇ケースとは訴えの内容が異なっていたにもかかわらず、それが脳損傷に由来するものであると気がつくのに時間がかかってしまった。

第1期の入院の時期にそれを感じることはなかったが、第2期で復職してから、もの忘れ、想起不能、事務作業のミスなどで困り、職場でも指摘されていた。それもひらがなや簡単な暗算が出てこないというものであった。すでに第1期に、てんかん管理の必要から脳外科より精神科受診を勧められていた。第3期になるとそれらはいっそう顕著になり、記憶・記銘力の障害とともに、感情(怒り)の暴発や極端な行動、飽きやすさや意欲の低下を示すようになった。ひらがなやカタカナを思い出せないショックは大きかった。Thは、それらの症状を地元で通院中の脳外科医に必ず詳しく報告するように伝えていたが、その医師からは特段のアクションはなく、とおり一遍の話をされるだけだったという。そのうち、周囲の意図を被害的・攻撃的に受けとる妄想が出てトラブルを起こすに至り、Thからも精神科受診を強く勧めたが、それでも行こうとしないので受診しやすいようにてんかんに詳しい精神科医のところに道筋をつけた。精神科治療が開始された第4期では、投薬などによって妄想はおさまったが、仕事をせず廃人のような生活をしたいといった意欲の低下と、賭け事などに大金を投じる軽率な行動が見られた。遂行機能障害や自発性・活動性の低下、抑制の欠如などが続き、自棄的気分に戻ってしまうことがあった。面接を忘れることもしばしば起きたので、直前に電話連絡を入れて注意を喚起したこともあった。

退院してから約2年間、IES-Rの値は50点前後で不変だった。イライラ、集中力の低下、神経過敏や警戒心の強さなど、高次脳機能障害とPTSDの症状とが重なる部分が多いためと考えられる。乗物が接近してくる時の強い恐怖や大きな音への嫌悪感は続いていて、地下鉄などは乗られなかった。

最後は、経済的な理由で面接が続けられなくなった。Thは、これまで経験した心的外傷とは異なる反応にとまどいながら、脳機能障害による生きづらさにつきあったケースである。

次は、ケースEと同じく、交通事故によって、身体の激痛に煩悶し、仕事を奪われたことに強い失望感を抱いた年輩の女性のケースである。同居家族ともこじれて、家族も本人への接し方で困惑する。また、事故時の意識消失がみられ、事故の記憶がなく、退院後、物忘れや感情のコントロールがきかなくなるといったケースHと同様な反応もあった。障害の認定もした。ところが、EやHと異なり、ある時を境にして劇的といっているくらいの改善をみせた。

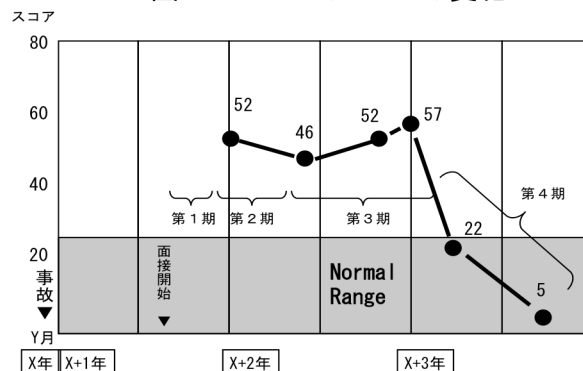
9. ケースI

【年代・性】 50代女性

【生活歴など】 パート。20代に夫が交通事故死し、現在は娘の家族と同居。

【外傷的な出来事】 X年10月、送迎車で出勤途中、車がぶつかってきて複数人が大怪我をし、相手の運

図3-9 IのIES-Rの変化



転手も重傷。Iも重傷で、事故時の記憶はなく、外傷性血気胸、肋骨ほか多数の骨折のため、骨接合術を複数回受けた。

事故後、車に対する強い恐怖心が出てきた。6か月間の入院生活後、自宅に戻るが引きこもり状態で、ときおり興奮したり、話のつじつまが合わなくなるなど、精神的に不安定な状態が見られたため、主治医(外科)から、心理的フォローの依頼があった。初回面接は、事故から10ヶ月たった。慢性疼痛、末梢神経障害、うつ状態などを示し、抗うつ剤、精神安定剤、睡眠導入剤も処方されていた。身体の激痛のほかに、えも言われぬ恐怖、怒りの暴発、記憶力の低下、やり場なく叫びたいような苦悶などの自覚症状があり、家族も手を焼いていた。

【IES-Rの変化】 (図3-9)

【面接経過】

第1期：身体の痛みと心の痛み（#1～#4） X+1年8月～10月

心身の苦痛を吐露する場面が続いた。「肋骨のあたりが鉄板を張ったように痛くなる。モヤモヤして抑えきれない何かが胸に迫ってきて叫びたくなる。横になって耐えている。励まされても『あんたに何が分かるの！』とうっとうしい。人と話したくない」「眠っていても悪いことばかり駆け巡る。目をつぶって吸い込まれていくのが怖い」

働けない辛さについては2年以上も訴え続けていた。「何もいらないから元の身体に戻して欲しい。若いころから働いてきたから1年も働かないと自分がダメになっていく気がする」「指が曲がらないし手が上がらない。カレーを作るのに1時間半。リハビリだと思って、掃除機かけたり何かしている」

職場の対応も不満だった。「会社に何年も勤めたのに社長は誠意がない。裏切られた気分だ。相手の運転手も怪我をしているのだから憎んでもしょうがないし自分が汚くなるだけ。でもやるだけのことはやってほしい」

見捨てられる不安も強かった。「人に助けられて生きてきたのにそれに応えられない自分は、家族にも見捨てられるんじゃないか。何か一つでも娘にも孫にもしてあげたいのにそれができない」

家族から「記憶が飛ぶ、話が飛ぶ、さっき言ったことが分からない、忘れっぽい」と指摘されていた。娘とのケンカの様子。「娘のことを皮肉に受け取って私が辛口をきくと『あっ、そう』と返ってくる。『どうせ私が何しゃべっても、あっ、そうっとしか聞いてくれないんでしょ！』『下手なことといえないから流しているだけなんでしょ！』『私をバカにしてるからしゃべってくれないんでしょ！』と言ってしまう。娘は何もいわないが困っているみたい。傷つけたくないし、すまないと思うから私が閉じこもる。そして『余されるんじゃないか』『一人になりたい』『あの時死んでいなかった』『生きていくのがイヤだ』と考えてしまう」

事故から1年後には記念日症候群が見られた。「事故の時間になると身体が震えて部屋にいらなかった。『今、家を出た時間だ』とか怖かった。事故日の数字を見るとやりきれない気持ちになる」

Thは共感的に話を聞いていった。「こうやって先生と話をするのが楽しみ。いろんなことを話す相手がいなかった。今日は娘の悪口を言ってこようと（笑）」

第2期：緩徐な回復をみせる（#5～#15） X+1年10月～X+2年4月

手先が器用でモノを作るのが好きなIは、リハビリにもなるというので、音楽を聴きながら、鶴を折ったりジグソーパズルに取り組んだりして時間を過ごすようになった。塗絵にもいそしむようになった。「塗絵は頭の神経にもいいし、明るいものを描くのでいい。手が震えるのでまっすぐには

描けないけど夢中になれる」。このように、何かに集中していないと自分がダメになっていく気がすると言って、それらに向かうようになってきた。Thはそういう話がでてきた時には大いに支持し、勧めた。

もう一つの楽しみは、習慣になっていた早朝のコーヒーで、まだだれも起きてこない時間にコーヒーを入れ一息つくのがいい時間になった。ペットの犬も癒しになった。紅葉も楽しめたという。

手のリハビリは週2回通っていた。指が数本曲がらず、震えもあった。

痛みは天候に左右されていた。「肋骨や傷口や指が痛む。たまに狂いそうにグワーツとなる時がある。ストレスが溜まってモヤモヤして、やり場がなくて当たり散らすしかなくなる」「この痛みや苦しみは自分にしか分らないと思う。だから家族にも言わず我慢している」「天気がよければ、掃除も洗濯もする。天気が崩れそうだと傷口がちぢんで裂けそうになる。雨の前はどことなく身体がモヤモヤしてきて横になる」

「考えるのは仕事のこと。今の時間なら、皆、こういうことをやってるなーといつも考える。仕事に戻りたい。何でもいから仕事したい。家でボーッとしているのは本当に辛い。働きたい。働けるのかなあ。そんなこと考えてるとどうしても事故のことを思い出す。何で私だけが！」

「事故を覚えていないけど、事故現場を通れない。救急車の音もザワーツとくる。交通事故のニュースを見ると、自分が事故に遭った感じがする。事故日の数字に反応してしまう。車が怖い。自分でも分からない。何でこんなに怖いのかな。どうして私だけこうなるんだろう？」

「リハビリで加害者を見かけても、頭一つ下げてこないで、『あんたのせいで』とくってかかたくなる」と言っていたが、ある日、加害者の親族数人が自宅に謝罪に訪れた。「本人は頭を下げっぱなしで何も言わなかった。私は言いたいことを半分も言えずに部屋に入った」という。

この期間、Thは、生活の中でホッとする時間を少しでも多く作るようにしばしば勧め、Iは、手作業に気持ちを向け気晴らししていた。努力の甲斐もあって、精神的には「以前に比べると良くなってきていると思う。安定剤を減らしてもらおうか」と話すようになり、娘も「週に2回ほど調子良い。良くなってきているのが分かる」と評価していた。ただ、Iは「調子いいのは週に2日あればいい方だ」という言い方をしていた。

第3期：激痛に苦しむ日々（#16～#32） X+2年4月～X+3年3月

この1年は、激痛の訴えが多かった。「筋肉を絞られるように肋骨が痛い。痛いから眠られない。眠られないから考える。考えるのはこれからの生活のこと。仕事できないなー」「座薬やブロック注射では楽にならない」「肋骨の痛みで息苦しくて電話もしゃべられない。天気が悪いと傷という傷が病んで横になるしかない」。あまりの痛さに解離と思われる心理機制がみられた。「病んで病んで、ちゃんとしているもう一人の自分が我慢していて、もう一人の私は痛くて痛くて泣き叫んで気持ちをぶつけたい」

手の震えも辛く、料理、化粧に難渋し、リハビリには通っていたが思わしく改善しなかった。

疼痛が強ければ精神状態も良くなく、家族との関係もねじれがちであった。「娘は『考えても、なるようにしかならない』と言うけど、『それはあんたが働いているからそういえるんでしょ！』と言いつ返し。『パチンコで気晴らししようかな』と言うと『遊んでばかりいて』。その言葉は許せなかった。『働きたくても働けないんだわ、もう1回言ってごらん！』」「言いたいことが言えないから私も話さないし、食事をしたらすぐに部屋に入る」「心がモヤモヤすることが何回もある。何やっても溜息つくような。どうにもならない。いつか爆発するんじゃないか」「姉ともケンカ。『あんたに私

の痛みがどれだけ分かるの!』と言ってしまった」

痛みがあれば手作業も遠のいて、もっぱらテレビで気分を紛らわすようになってきたが、楽しんでるわけではなかった。「何の楽しみもない」「これといってすることがない。希望がない。ジグソーパズルも飽きた」「テレビに集中する。考えたら爆発しそうになる」「気分転換といえば、犬と遊ぶこと」

体調がいい時には、家事に務めていた。「晴れると、全く痛みがないこともある。そういう時は、茶碗洗って掃除機かけて、米を研いで風呂を洗って、犬の散歩に行って、私ができることはやるつもり。でも娘は、私が長椅子で寝ている姿しか見ていない」

保険会社にも怒りの矛先が向いた。「この痛さはあんたたちには分かんない。慰謝料じゃなくて毎月ずっと食べていく分が欲しいんだ」「タクシー代が今日から出ないと電話がきた。今ごろそんな話をしてくて腹立ってしょうがない」。タクシーからバスによる通院に切り替えたが、痛みを背負っての移動は大変だったようだ。保険について、娘は、痛い思いしているんだから級を上げてこれからの生活のことを考えたら、と本人に話し、また、しゃべる場所が必要だからカウンセリングは切らないように保険会社に頼んだという。「先が見えないから不安で不安で。何で自分だけこうなるんだろう」「診断書をもらって役所で障害の認定をしてもらうことになった。働けないから」。間もなく級数が決まり、手帳が交付された。

後遺症によって、行動がまとまらずに本人も周囲も困惑することが多かった。「キャッシュコーナーにお金を忘れてきたり、鍋に火をかけて忘れてしまったり、失敗が増えてきた」「何を話したかも忘れるのですぐに行動しないとイケない。『同じことを何回も聞く』と言われる。犬とはしゃべっていて、孫は『おばあちゃん、バカじゃないの』とか言っている（笑）」「自分がやっていることが分からなくなる」

生きている意味に関する発言も聞かれた。「生きていて何が面白いんだろう。こうやって死ぬのを待っているだけだったら面白くないよね、と人と話をした」「ふと『あー働きたいなー』と思う。仕事ができないのは分かるけど家にいるのがたまらない。今時間はあの作業をやってるんだろうなと思う。何でもいいから仕事したい。あきらめなさいと言われたけどそういうもんじゃない」「事故のことを考えることがある。あの時死んでいればよかったのに。何でこんなに痛いのか。何で私だけこうなるのか」

ある時、自分の状況や葛藤を具体的に語ってくれたことがあった。「ある朝、4時ごろ起きて『仕事に行かなきゃ』と時間を気にして、茶の間に行って、トイレ行って、御飯のスイッチを入れて、『あら、私何やっているんだろう』と思って横になった。その時は痛みは全然感じていなかった。すべてのことを忘れて仕事のことだけが頭の中にあった。『やっぱり私、狂ってるんだなー、働きたいなー、手さえ動けば仕事にいけるのになー』と思った。その後コーヒー飲んで一息ついて、寂しいな、と思い始めると加害者がすごく憎らしくなった。すると、頭がキーンとして、モヤモヤしてきて、寒気もしてきて、自分が自分でなくなってくる。腹が立って腹が立って、ものをぶつけたり壊したくなる。体全体がウワーツとなる。それが怖い。『落ち着け』といい聞かせ深呼吸して黙って座っている。暴れたい自分が頭の中に走ってくる。どうして私だけこんな思いをしなきゃならないんだろう。周りは保険金が入るからいいというけど、そうじゃなくて働く喜びが欲しい。働けないで一人にいるのは辛い。原因分かんないけどムカムカしてくる。抑えきれずに大きな声で怒鳴りたくなる。自分は気違いかと思う。ケンカになるのが分かるから家族とはしゃべらないで部屋に行

く。ドアの開け閉めも乱暴に音を立てるようになって、家族が『何怒ってんの』と言う。言いたくないことも言わずにおれなくなる。それを言うと親子でなくなるから、言ってはいけないと我慢している。孤独なのかな。でもね、そうじゃない、孫もいるし、孤独じゃない。人から見たら、何糞沢なことってんだと自分に言い聞かせている」

第3期の終わりころ、加害となった相手の運転手が新聞の死亡欄に掲載されているのを見たという。「何の恨みもない。残された人が大変だ」と話していた。

第4期：前向きに生きようと気持ちが変わる（#33～#44） X+3年3月～11月

この期、Iは急激な変貌を見せた。保険の示談金が決定し、その内容には「ただ痛い思いをしただけ」と不服だったが、これで気持ちが吹っ切れたようであった。「前はクヨクヨしていたけど今はしようがないと思える。生かしてもらったんだから悔いのないように生きていこうと思う。考えたって戻ってくるわけでもないし、苦しむだけ損かな」「こんな私でも生きていてくれたらと子どもたちも孫も思っているようだし」。姉との電話で、声も明るくなって考え方も変わったと言われ、近所の人からも、歩き方がしっかりしてきたと言われ、また、孫からは「ばあちゃんの部屋から笑い声とか鼻歌が聞こえてくる」と言われたという。周囲からみても変化がみとられたようだ。「働けないのは辛いけど、もらった命だ。いい方にとっていきたい」と、考え方も前向きになってきた。ただ、辛い時は辛いようで、「調子の悪い時もあって二重人格みたい。週1回くらい、『きたきた』と思うと痛みがきて、頭がグアッとおかしくなって、ものをぶつけたくなる。頭振ったり掃除して忘れようとしたりするけど。モソーツとした天気の時がたまらない」

本州の妹が病気になるって「生きてても面白くないけど死ぬのは怖い」と電話してきた時、「病気になることは何も恥ずかしいことじゃない。生きてる方が辛い。死ぬのは簡単。怖くないし、いつ迎えがきてもいいと私は思っている。親は早死にした。その分まで生きなきゃいけない」と応えた。妹は「どうしてそんなに変わったの？」と聞いてきたので「何もかにも吹っ切れた。相手恨んでもしようがない、なっちゃったんだし」と話し、「今日も生かしてもらったと思いながら生きた方がいい」「私は『祖母ちゃん何もやらないんだね』と言われるのがイヤなので家事はやった」「元気になったら花でも見においで」と言ってあげたという。

面接時の声や表情にも張りや強さが出てきて、髪も美容室で手入れするようになった。

それから「考え方変えてから調子がいい。毎日犬の散歩して、距離も伸ばしている。自分でもいきいきしているのが分かる。どこも悪いように見えないと言われる」「少々の痛みなら痛み止めだけで我慢できる。もらった命だ」。前年は着られなかった半袖の服で外出できて嬉しそうであった。「お金はなんとかなる。自分が明るくいれば、いいこともある」「何も怖いものはない。あと何ヶ月か生きられないとしたらとか考えると、子どもには迷惑かけたくない」。姉は「どうすればそんなに明るくなれるの？声まで違うもの。声を聞いただけで明るくなれる」と言ってきたという。

IES-Rの点数は正常範囲内におさまってきて、とうとう5点にまで下がった。

その後も調子のよさを伝えてきた。ブロック注射が効いて楽だという。「時間が忘れさせてくれる感じ。『元気はつらつだね』と言われるので『もらった命だもん』と応えている。痛みで落ち込むことはなくなった。優しく皆が愛してくれて、周りの力があってこうなれたと思う。私の方が教えられた」

天候の影響を受けて体調や痛みが悪化することはあったが、日常生活はそれまでと変わらず保っていた。3年目の事故日を前に「その日がくるのがイヤになった」と不安が高まっていたが、当日

は、娘が「毎年くるんだからリハビリ行くよ」と追い立ててきて、買い物にも行って、考え込むことはなかったという。「クヨクヨすることはない。泣くこともない。何とかなるべーと思える」と、楽観的にものごとを受けとめていた。労災の給付が打ち切りになったことをきっかけに、心理面接もうち切りたいと申し出てきた。

【小括】

疼痛のコントロールが奏効せず、激的な痛みとやり場のない煩悶感の訴えが繰り返されたケースである。家族は決してⅠの状態に無理解ではなく、むしろ刺激しないように配慮していたが、どういう態度をとっても被害的にものごとを受け取り、感情をぶつけてくるので手を焼いていた。痛みの強烈さはのたうちまわるほどで、「痛みでグアーツとなる自分」を解離させるほど辛かったと思われる。苦しい時を除けば、Ⅰなりに家事を心がけて行ない、自分のささやかな楽しみをもつようになり、Thはそれを支持した。

身体障害が残り、働けない身体であることが公的に認定された。心的外傷症状としては、記憶の侵入というよりも痛みや働けないことから事故の悔しさを思い出すというものであったが、事故の記念日症候群が明確に見られ、事故に関する場所や音を回避する症状、入眠障害、集中困難、怒りの暴発など覚醒亢進症状を呈していた。ただ、理解力の低下、物忘れ、感情コントロールのきかなさは脳損傷の影響や年齢的な影響も考えられるが明確ではない。

Ⅰは、20年来続けてきた仕事の復帰を切望していた。若いころから仕事一筋で生きてきたⅠにとって、仕事に就いていない日というのは経験したことがなく、自分が家にいる現実を受け入れるのは容易でなかったし、仕事を断念することも長らくできなかった。働けないことは、Ⅰのアイデンティティを揺るがせただけでなく、家族に余されるのではないかと、家での居場所を失う不安にも繋がった。

ところが、第4期、突然に心境に変化が訪れた。「もらった命だ」「悔いのないように生きていきたい」「明るければいいこともある」「何も怖いものはない」「周りの力があってこうなれた」と、これまで出てこなかった前向きな言葉が続出する。周囲が驚くほど、その変化は明瞭であった。きっかけになったのは保険の金額が決まったことで、Ⅰはその金額に満足はしなかったが決まったことだからと納得はした。それから苦しむだけ損だという考え方に変わっていった。妹がその理由を質問してきた時に「何もかも吹っ切れた。相手を恨んでもしょうがない、なっちゃったんだし」と答えた。

「相手を恨んでもしょうがない」というのはⅠにとっての2度目の言葉であった。リハビリに行くと加害の運転手に会々と、猛烈な怒りがわいてきていたし、仕事ができない現実に向かい合うたびに「相手がすごく憎らしく」なって自分が自分でなくなるような怒りと痛みで狂いそうになっていた。その相手が理由は分からないが死亡した。

実は、経過には記載しなかったが、もう一つの物語があった。Ⅰは20代で夫を交通事故(胸骨の圧迫による死)で亡くしている。本人の過失というので補償はなく、夫のきょうだいからは家を追い出されるように冷たく扱われ、労苦の生活を重ねなければならなかった。「いくら頑張っても追いつかない、でも子どもは育てなくてはいけない」思いで、悔しくて夫の家族を恨み通してきていたという。娘の家族から余されて追い出されるのではないかという不安が強かったのは、過去にそのような経験をしていたことが影響していたと思われる。

事故の前年に、Ⅰは夫の三十三回忌と義母の法要の連絡を受けて参加するかどうか悩んだ。そし

て、嫁としてその務めだけは果たそう、亡くなった人に手を合わせてこようと思って参加を決めた。そこでかつて怨讐の関係にあった夫のきょうだいたちと出会い、話をし、義理の妹から「お姉さん」とも呼ばれた。Iの事故後、入院したことを聞きつけたこの義妹を介して、なんと夫のきょうだいたちが見舞いにきてくれた。Iはその時「人を恨んだってどうしようもないんだ」と思ったという。これが1度目であった。きれいな心でいたい、というのがIの願いでもあった。

事故で一時は恨みの塊ようになってしまったが、加害の相手の死と示談金の決着で「相手を恨んだってどうしようもない」気持ちが再び引き出されたのかもしれない。恨みがほどけて、考え方が変わるとみるみる心身の調子がよくなり、効かなかったブロック注射もよく効くようになり、人を励ます側に力強く変わっていった姿にはThも驚いてしまった。怨恨から離れることで心身が良い方向に回転を始めたようにThにはみえた。

これまでのケースでも、知人の喪失、仕事の喪失、健康な身体の喪失によって苦悩するケースをみてきたが、そういう大切なものを失った時に体験する複雑な心理的・身体的・社会的反応を指して悲嘆という(高木, 2007)。悲嘆そのものは喪失に伴って生じる正常な反応である。次に提示するケースJは、不慮の事故によって恋人が死亡し、自分だけが生き残ってしまった感覚になって、心的外傷反応というよりも悲嘆によって苦悩した女性である。

10. ケースJ

【年代・性】 20代女性

【生活歴など】 店員 独居

【外傷的な出来事】 X年6月、2年以上交際していたSとドライブに行った帰り、車がコンクリート壁に激突。運転していたSは病院に運ばれて死亡が確認され、助手席に乗っていたJは多発骨折のほか内臓を大きく損傷し、緊急手術によって一命を取りとめた。事故時、Jは眠っていたため事故の前後は覚えていないが、救急車がくるまでの車内のSの様子は記憶していた。事故から2週間後に、家族によってSの死を知らされ、感情の起伏や不眠など訴えてきたため、担当医(外科)からカウンセリングの依頼があった。

【IES-Rの変化】 (図3-10)

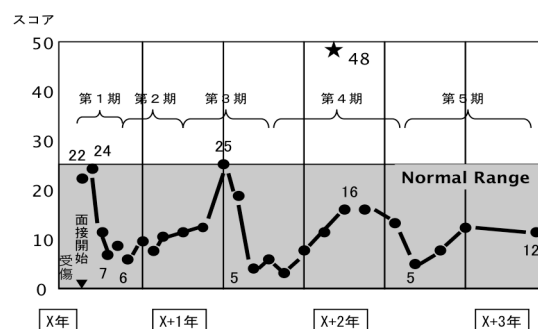
【面接経過】

第1期：死の告知と現実直面の努力

(#1~#16) X年7月~10月

#1の面接は事故から3週間後であった。医師とともに病棟個室に入ると、Jはベッドに寝たままで、母親が付き添っていた。医師の退出後、3人で話をした。Jは手術から目覚めてSの安否ばかりを気にしていたという。家族はSの死を伏せていたが、医師から、隠しておくこ

図3-10 JのIES-Rの変化



れからの治療にもかかわるからと言われ、事故の新聞記事を見せて知らせた。

「記事に死亡と書いてあるのを見て、嘘だろー！と思った」。最初は泣きわめくようなこともなく、その晩はSの思い出を母親に話した。起きてから、やっぱり死んだんだと泣いた。そして、どんな状況で死んだのかを知りたくて、救急処置をした医師から「輸血や蘇生術などして手術室まで運ばれ、心臓が停止して眠るように死んだ。意識がなかったから痛みは感じなかっただろう」と聞き出して安心していた。「考えるつもりはないけどSのことを考えてしまう。私の生活の中心がSだったんだと気がついた」「Sには持病があって『俺は長生きはしないかも』と言っていた。『俺が死んだら一日だけ泣いてくれ、その後も俺のことを忘れないでくれよな』『一日じゃ足りない』と応えた。『お前の部屋にくとホント安心するもんなー』とも言っていた」といった思い出を話してくれた。

Thは、また話を聞きにきてもよいかと尋ねた。IES-Rはそれほど高くなく(22点)、面接終了までの3年間、正常範囲を逸脱することはなかった。

その後、Sの死を受けとめられない葛藤が続いた。「夜は考え込む。一度目が覚めると寝つけない」「携帯電話にSとのメールのやりとりが残っている。それを見たいような、見たくないような。まだ見るような気持ちではない。Sからかかってくる時の着信音が、二度と鳴らないなんて(涙)」「Sがその日の内に死んだことをどうしてすぐに教えてくれなかったのだろうと思う。後で知らされたから、生かされてしまった、という感じがする。だから治療が進んでくると『なるようになるのだからそんなに急がせるな』と思う。周囲の人は『元気になって良かったね』というけど、身体が良くなっていく自分が許せない」「自分だけが生きていることが辛い」と、回復していく葛藤や生き残った辛さを話していた。「もしSがいたら『こうして生き残ったんだから生きろや』と言うと思う。そういう人だ。Sも、身体が病んでいたので長生きしない命だったかもしれない」「一番考えたのは、一人で逝っちゃったんだなーということ。Sが死んだというのがまだ嘘のような。自分が事故に遭ったのに、他人が事故に遭ったような感じ」「『付き合っている人いるの?』と聞かれれば『亡くなった』と答えている。しっかりと事実は受けとめたいと思うから」「一緒にいてくれてありがとうという気持ちだ(涙)。喧嘩することもなかったし、いい思い出だけが残っている」

Sの思い出に浸っては泣き続けることが長く続いた。Jは、Sと過ごした時間をノートにしたため始めた。「携帯の写真やメールを見て思いっきり泣いた」「月命日には1日中ボーッとしたい。好きだった銘柄のビールと食べ物を食べさせてあげたいけど、それはできないな」「毎夜、泣いていますよ。付き合っている時もいつも心配していた。今も同じだ」「オムライスを作ってあげたらとても気にいってくれた。その後何回か作ってあげて、最後に作ったのもオムライス」「Sと出会ってから今までのことを綴っている。昨年の今ごろはこういうことがあったな、とか。Sは淋しかったんだなーとしみじみ思った」「二人で飲みに行った時のことを思い出した。一刻でも一緒にいたいという人だった。次々と思い出すとノートが進まない」「このごろ一番考えることは、本当にいなくなったんだなー(涙、沈黙)」「月命日やお盆の時は、花を買ってきて冥福を祈った」

一緒に行った旅行先をもう一度たどってみたいと希望していた。「旅行先をもう一度行ってみたい。沖縄の海でSははしゃいでいた。元気な時は元気だけど、体調は悪かった。海岸近くの森で二人の髪の毛を埋めて大きな石をおいた。そのままあるはずだ。東北にも行った。そのアルバムをずっと離さずにもっている。アルバムは自分の一部だ。親はあきれているけど自分は手放せない」

Thは、JがSとの思い出を一つ一つ反芻しては涙に暮れる作業を繰り返すことでSの死を受けとめようとしているように思えた。ある時、「Sとの約束があるから現実を受けとめようと思っている。

『俺が死んだら忘れないでくれよな』。この約束がなかったら自分も後を追っていたかもしれない』と話してくれた。

一方、身体治療は続いていて、手術がときどきあり、リハビリは気分転換にいいと言って通っていた。内臓も損傷していたのでお腹の調子を崩すことが多く、内科的な治療も併行していた。

警察の事情聴取があった。「事故の時、自分は寝ていたため、恐怖とかはなく、車がどうなったのかも分からない。Sが向こう向きになっていたのは覚えている。それが最後の姿（涙）」「できれば今すぐにでもそこに行って、花束をおいてきたい。でもそんなことはできないし」。Jはその時、事故車の写真を見たいと警察の人をお願いした。これについては警察も考えたようで、後日、電話でThに、写真を見せても大丈夫かどうかの相談があった。Thは、「本人は事故をしっかりと受けとめようとしている。これまでも事故と向き合い、その時は泣くがすぐに落ち着いていた。前向きに受けとめようとする強さをもち合わせているので、車の写真は、生々しいものでない限り受けとめられると思う」と返答し、そういうやりとりがあったことを本人にも伝えた。しばらくたって、警察が事故車の写真をもってきた。「前がつぶれてひどかった。1時間半くらい眺めてスッキリした。自分だけが知らない状況があるというのは不安だから。泣いたりしなかった」

もう一つ、JはThに病院の霊安室に連れて行ってほしいと要求してきた。Sの遺体はどういうところに運ばれたのか知りたかったようだ。Thは霊安室の前まで案内し、それで納得したようであった。

4ヶ月にもおよぶ入院生活だったが、退院が決まっても全然喜んでいなかった。それは以前から関係が悪い母親と暮らさなくてはならないからであった。Jのアパートは母親が解約し、荷物類も勝手に処分されていた。

第2期：母親との確執と生きることへの葛藤（#17～#25） X年10月～X+1年3月

退院してからは、遠隔地でもあり、月1回の面接頻度になった。

母親との確執については、第1期からしばしば語られていた。小さい時から母親が異常なまでに束縛してきて、高校の時は電話も外出も管理され休日も遊びに行けず、働き始めてからもかなりのお金を家に入れさせられたという。その後、家を飛び出し、この数年はかかわりを断っていた。母が病院にきてもお金の話ばかりで、保険金は、面倒をかけたのだから全部没収するといきまいていたという。

退院後、実家で暮らさざるをえなくなったJは、「最悪。母親がいつもそばにいる。外出もお風呂も寝る時も一緒。夕飯は私が全部支度している。私の鞆の中のもち物まで見られる」「これまでの保険金は親が受け取った。預金も『全部使ったからね』と言われた」

そういう状況でもJはいつもSに思いを向けていた。「一人になれないので泣くことができない。でも、前以上にSのことを考えている。Sのことを話せる友達はいない。いなくていい」「一昨日の夜、寝ている時にボロボロ泣いていて、母親が『どうして泣いてるの?』と聞いても『知らない』というだけ。起きてからは何も覚えていなかった。寝ている内に涙を流していることがよくある」「携帯の目覚まし音をSからの着信音にした。目覚ましが鳴って1秒もしないうちに飛び起きて携帯を探す自分がいる」

事故から半年後の月命日。『俺のこと、忘れないでくれよな。半年過ぎたら泣かなくていいから』とSは言っていたから、もう泣けないのかな、と思う。半年は早い。ビールと卵焼きでその日を迎え、その後、しばらくの間、ピタッと泣かなくなったという。

「自分が生き残っていることが申し訳ない。身体が良くなって痛みがなくなっていくのが辛い」
「Sに『私が先に死んだらどうする?』と聞いた時『ずっと忘れないと思う』と応えてくれた。きっと今、自分に対しては『もう少し生きてろ』と言うと思う」「一番大切なものを無くしたのであとはどうでもいい。家で一人になる日があって、昼から夜までずっと泣いていた。感情が溢れてきて『ごめんね』しか出てこなかった。Sも『もう悲しむなよ』とあきれていると思う」「これから2回手術がある。私は、自分だけ良くなっていくことが嬉しくない。お腹が痛くても背中が痛くても、薬をきちんと飲んでない。別にどうでもいいと思っている」「保険もどうでもいい。病院代さえ出れば」

事故車の写真もそうだったが、見た方がスッキリするからというので事故現場を見たいと言い出し、家族がそこを車で通るということがあった。ブレーキ跡がないのに気がついたくらいで、動揺することもなく通りすぎたという。車に乗るのは平気だと思っていたけど、急ブレーキやスピードに恐怖感を感じていた。また、無意識に、Sの車と同じ色の同じ車種を探してしまうという。

3年ぶりに会った友達が、Jの元気のない姿をみて家を出た方がいいと言ってきて、同居することになった。友達が買物など手伝ってくれた。引越してから、「いつまでもメソメソしていても仕方ない。Sと行ったバーに寄ってみようと思う」と自分で行動を起こし始めた。

第3期：Sの死の意味を考える（＃26～＃32） X+1年3月～9月

実家にはたまにしか戻らず、新しい生活が始まった。外出が増え、リハビリも独力で通っていた。腰や傷口の痛みは続き、機能低下をきたしたせいでお腹の具合も良くなかった。物忘れがあるので、脳外科でCTを撮ったが異常なかった。

事故から1年がたった。Sの死をどう受けとめればいいのか、Sは自分にとって何だったのか、といった模索は続いていた。「私はSの話をずっと聞いていた。Sは家族の温もりを知らないで育った。最初に会った時に、私が一番辛かった時の気持ちとそっくりのように感じた。私も自殺を考えるほど辛かった。まるで自分を見ているみたいだったので、他の人より薄皮一枚くらいはSの気持ちを分かってあげられるかもしれないと思った。自分はそういう時に、黙って話を聞いてくれる人がいてくれたらいいと思ったので、自分がSにとってそういう人でありたかった。そのせいか、自分が好きだった人が死んだ、とは思えない。自分の大事な友達のような、もう一人の自分が死んでしまったと思っている」「このころ、思い出すことが多くなったと思ったら、付き合い始めたのも旅行に行ったのもこの時期だ」「もうすぐ命日。1年が早い。去年の思い出が今年のことのように思える。事故の年で止まっているみたい。遺体を見たわけではないから、まだ死んだと思えない。新聞記事ではダメ。墓碑でも見れば死んだと思うのかもしれない。でも今度は遺体を見てないから信じられないと思うかも」。Sの命日近くに、「何をやってもぼろぼろと泣けてきて、泣き疲れて寝てしまうことが1週間くらい続いた。Sの墓参りに行きたい」「自分はどのように生きているのだろう。逆だったら良かったのに。どうして事故の時に自分も死んでなかったんだろう。生きていることの罪悪感を感じる」「ようやく夢に出てきた。『俺のこと忘れて、俺が生きられなかった分、生きて幸せになってくれ』『お盆過ぎたらお墓参りにきてくれ』『忘れてくれないと上に行けないんだよなー』そういうんだったら仕方ないなー、分かったよ、あなたがそう願うのだったら自分に嘘をついてもそうしてあげるよと思った。本人が出てくるのが一番説得力がある」

思い出を綴ったノートは完成して、燃やしたという。家人の拘束もなく身体もだいぶ動かせるようになってきて、いろいろなことをやってみようという気持ちが芽生えてきた。「テレビゲームした

り、友達とゲーセンに行ったり。当面の楽しみは好きな物語の読書」「海に行きたい。ゴルフしたい。仕事したい」。事故以来、お腹の底から笑ったことがないというが、リハビリの先生に「笑顔が良くなった」と言われた。車恐怖については、「車がやっぱり怖い。特に飛び出してくる車が迫ってくるように感じて怖いし、ブレーキも怖いし、スピードが上がると怖いし、車間距離がない時も身体に力がはいる」

第4期：保険金をめぐる争いと2回目の命日（#33～#41） X+1年9月～X+2年7月

Jは友人の口添えで新しい仕事を始めた。保険金を手に入れようとする母親の動きにひどく不快感を覚えていた。「母親から保険会社に、いくら出るのが、いつ出のかと問い合わせが入ったらしい」。家に押しかけて力づくで通帳と印鑑をもっていくような母親であることが分かっているので、Jは母親の動きに警戒していた。そんな時に、保険会社の担当者が転勤してイライラが募った。「次の担当者は信用おけない。何でこんなにイライラしなければいけないのか。毎日、こちらから電話をかけて進めてもらっている」。ところが、一度は保険金を手にすることはできたが、「最低。お金は全部母にもっていかれた(この経緯は複雑、省略)。こんなに怒ったことはない。考えるだけで腹立たしい。資格とか免許とかをとろうと思っていたのに全部ダメになった。もうお金は入ってこない。どうでもよくなって考える気にもなれない。本当に怒っている」と、相当な悔しさをにじませていた。

このような事態があったためSに関する話題は一時後退したが、次のような発言が聞かれた。「半年ぶりに生花を買った。その日、一日泣いていた。時計を見ながら、この時刻に事故に遭って、今ごろ死亡した……とかボーッと考えていた」「もうすぐ2年と思うと早い。そんなに時間がたつの？」「前よりもSのことを思い出すことが多くなった。時間は止まっている。過去は過去だけどのくらい過去なのか？ 過ぎたことだけど終わったことじゃないという感じ」「2年目の命日は活花も供えた」

気持ちが安らぐのはどんな時かを尋ねると、「3か月ぶりに料理して楽しかった。本の冊数も増えた。ホテルに泊まったり JRに乗ったり買い物することも楽しい」「飼い猫が、まったりしてまとわりついて甘えてくるのがかわいい」「来年の春には東北に行きたい。桜を見たいしSと行ったところをたどりたい」

第5期：助かったのではなく生き残ってしまった私(#42～#52) X+2年8月～X+3年5月

生活上は大きな変わりはなく、保険金の件はどうでもいいと思うようにしたといい、話題に出てくることはなかった。悪夢ばかりをみて十分に睡眠がとれない時期が続いていた。自律神経の不調や後遺症によるお腹の張りで苦しいことはあったが、リハビリも終わり、杖なしで歩行できるようになった。仕事は人手がないのでなかなか休みがとれず、楽しみにしていた旅行もあきらめなくてはならなくなった。

「3時間くらいしか眠られない」「身内と争っている夢が多い。夢から覚めてから、『いい加減にしろさいよ』とつぶやいてしばらく怒っている。いろんなことを母親が私にガーツと言ってきて私が切れる。夢に出てきただけでイライラする」「休むための休みが欲しい。疲れがとれない」「東北旅行は休みがとれず行けそうにない」。Jにとって、Sと旅行に行った時期に休みがとれなければ意味がないのだが、周囲はそういうことに頓着するはずもなかった。

好きな読書に時間を割いたり、衣服を自分で仕立てたり、展示会に出かけたり、そのときどきに楽しめることを自分で見出していた。しかし、「一人で何かしている時に『どうして自分は今ここで

こんなことやっているんだろう』と思う。それが楽しいことであっても」と、「独りに気づく瞬間」があった。

Sを追想したり近くの思い出の場所を訪れたりしていたが、事故から3年を迎えようとしていた時、Sの死も、自分だけが生きていることも受け入れられないという話がたびたび出てきた。

「Sとは、もしもの話をたくさんした。『もし自分が先に死んだら忘れないでほしい』。この言葉がなかったら、こうしていないし、事故当初、Sのことを直接いろいろな人に聞くことはなかったし、Sとの思い出の場所に行きたいと思うこともなかったと思う。Sの人生を救えなかったという気持ちがある」

「時間が過ぎるのが早い。先月、バーでSと一緒に座った席でお酒を飲んできた。Sと行った道筋通りに旅行したい。印象的なところは細かくたどってみたい」「このごろ、泣くことが多い。一番の理由は旅行の計画を考えただけで過去のことをいろいろ思い出すから」「『悲しみを支える本』という本を読んでボロボロ泣いた。こうだったよなー。周りは、いつまでクヨクヨしているの！とか、忘れなさいという感じで言ってくるけど、そう言われると、この人たちに話したってしょうがない、どうせまた同じことを言われてイヤな思いをするだけなんだろうな、としか思わない。『そんなの忘れられるはずないだろー』と言ってくれた人は一人だけだった。この本は自分にとってなくてはならない本だ」「今日は月命日。花でも買ってゆっくりと思い出に浸りたい。毎日仕事が忙しくて思い出に浸ることもない。Sの思い出の品は写真とわずかのもの。その他は親に全部捨てられた」「1週間くらい前、ある人に事故の話をしたら『忘れる』『まだそういう……』ふうなことを言われて、その瞬間、ダメだ、と思って涙が出てきた。やっぱり分かってくれない。頭にきたので、その人に『あなたの言っていることは、マラソンのスタート地点に立ってようやく歩き始めようとしている人間に向かって、ゴールに瞬間移動した人間が言っているようなものだ！』と言った。だから、事故から2年以上たっても、忘れると言われると思うと、自分から事故の話はできない」

「先日、『愛し合っている二人がいて、私だったら相手に先に逝ってもらった方がいい、私が先だと悲しい思いをさせるので自分が後に残りたい』。そのことはすごく良く分かるし、自分も人に対してはそういうと思う。でも、何もしてあげられずにSは死んでしまった。私は何もできなかった。でも私は生きている。そういう自分が許せない。新聞で死亡記事を見てから気持ちは変わっていない。生き残ったのが私というのは、自分の中ではあってはならないことだと思っている」

「彼にあげていたバレンタインのチョコの銘柄は、死後買えなかった。その他にもきつと無意識に避けていることがあると思う」「先日、空港近くの駅に行くと、朝日が入っていた。以前、Sと飛行機に乗る時にも、同じ時間にこの駅の階段でSを待って、私を見つけた時に嬉しそうな顔をしたことを思い出した」

【小括】

IES-Rの点数はずっと正常範囲とされる状態が続いた。第4期に、事故とは別にSの死というイベントに焦点を当てて検査に取り組んでみると言いだし、事故に関しては5点、死別に関しては48点であった。事故そのものの外傷記憶に悩むPTSDというよりも、彼氏の死(喪失)による悲嘆反応が続いたケースである。

経過中、身体の辛さに加え母親との確執で悩んではいたが、中心はSの死の受容の問題であった。

母との関係については、その一方的な支配から逃れるために家を出たのに、退院後は同居して世話を受けなくてはならない身の上になった。それでもJは家事や料理をやり、友達とも遊び、それ

なりに過ごしていた。しかし、保険金に対して母親が搾取してくるのは明白であった。Jは友達の家に転がり込んだ。そして、保険会社の担当者が自分の希望通りに動いてくれるか、うっかり自分の居場所などの情報を母親に漏らしたりしないか、職場で母の知り合いと偶然に出会って仕事場が見つかりはしないかなど、母親の動きに戦々恐々とする日々が続き、第4期ではそのことが結構話題になった。

結局、保険金は母親にもっていかれ、次の生活資金を奪われたJは、怒りと落胆にうちひしがれることになった。ただこの点は意外と短期のうちに見切りをつけたようで、毎日の多忙な仕事をこなしていた。

このケースで特徴的だったのは、事故やSの死に関する不明な点を、情報を集め、目で見て確認し、自分やSが経験したことを再確認する作業が続いたことである。また、思い出をノートに綴り、二人の思い出の場所を再訪したいと切望するなど思い出の反芻にも積極的であった。つまり、PTSDの回避・麻痺症状とは逆に、真っ向からこの出来事に向かい合っていたのである。Sがどのように死んだのかを医師に尋ね、警察にお願いして事故車の写真を見、ThにはSが安置された霊安室に連れていくように頼んできた。不明瞭さはしばしばストレス要因になり遺されたものはさまざまに思いを巡らせることになるという(伊藤ら,2012)。Jは不確かさのストレスを解消するだけの、事態に直面していく強さをもっていた。

Jの行なったことは、追悼(生前の故人を偲び、悲しみに浸ること)という言葉そのものであった。Sを忘れようとするのではなくむしろ積極的にS(との思い出)を求め近づこうとした。命日には花や料理を供え喪に服した。このようにして死を受け入れようとしていたが、Sだけが死んで自分だけ生き残っている罪悪感は強かったし、自分の身体が良くなっていくのは許されないことだった。Sと過ごした時間を追憶すると必ず、応えてあげられず救ってあげられなかった後悔がわいてきていた。

この背景には、愛する人と運命をともにしたいというだけでなく、J自身の成育も関連していると思われる。きょうだいの中で母親に反抗したのはJだけだったというが、その分、暴力や暴言を一身に浴び続けることになり、自殺を考えるほど辛かったという。それゆえ家族から疎まれ身体も弱かったSに出会った時に、まるでその時の自分を見ているように感じ、自分がしてほしいようにSの話を聴き、献身した。第3期で「自分が好きだった人が死んだ、とは思えない。自分の大事な友達のような、もう一人の自分が死んでしまったと思っている」と語っている。虐待といていいような経験をもち、自分を葬りたいとまで思ったことがあるJは、Sを愛することで自分自身をも癒そうとしていたのだろう。SはJにとってもう一人の自分であったのかもしれない。そして、献身の対象を失い、死ぬべきだった自分が、彼との約束があって生きる側に立たされた葛藤も強かったと思われる。

Jの悲嘆は長引き、面接期間の3年間ほとんど変わらず、「時による癒し」も特段起きなかった。Jは生活上は仕事に就いて社会復帰を果たしたが、悲嘆や自責の念はこれからも心に抱えていくのだろう。この状態を称して、親しい人を喪失したことによる慢性的悲嘆というのだろうが、これを異常だとか治療の対象にすべきだとかは到底思えなかった。つまり、そうやって心に重荷を抱えて生きていく人生があってもいいと思った。心理療法家としては失格かもしれないが、Jとの面接では、悲しみが癒えるとか立ち直るという心理面接の目標が空虚に思えてきて、ただちょっとでも支えになればいいという思いだけで話を聴き続け、Jの不安を受けとめたり、行なおうとしているこ

とを後押しするだけだった。

心的外傷体験は、ときにそれを契機にして本人が抱く内的課題を浮きぼりにさせることがあり、その課題を乗り越えていくことができれば人間的な成長を導くことがある。ケースKとLはいずれも20代の若者であるが、課題に向き合う内的な強さをもっていたと思われるケースである。

11. ケースK

【年代・性】20代男性

【生活歴など】アルバイト 独居

【外傷的な出来事】 X年Y月、3人でトラックに乗り仕事場に向かう途中、荷物が落下したことに気づき、路肩に車を停めて回収していたところ、後続車が高速で突っ込んできて2名はほぼ即死。Kは病院に搬送され、骨盤や大腿骨骨折、腹部・腸間膜動脈損傷、クモ膜下出血など重傷を負い、

9時間を要する緊急手術となった。Kは、仕事が発生した時だけのアルバイトをしており、死亡した2人のうち1人はつきあいが長かったが、もう1人は初めて組む人だった。ICU入院時から、不眠、イライラ、不安が強くみられ、事故の恐怖を思い出しては興奮することがあった。睡眠導入剤と抗不安薬が処方されたが効果はみられなかった。「他の2人はどうしているかな」と心配していたが、スタッフは「他院で治療中」と対応していた。集中治療により全身状態は徐々に回復していった、入院11日目に整形外科に転棟。転棟後、母親から同僚2人が死んだことが伝えられるが、「ICUに(彼らが)いなかったからうすうす感じていた。でも僕は大丈夫だから」と応えたという。家族から心理ケアの希望があって、受傷から19日目に心理面接を開始した。

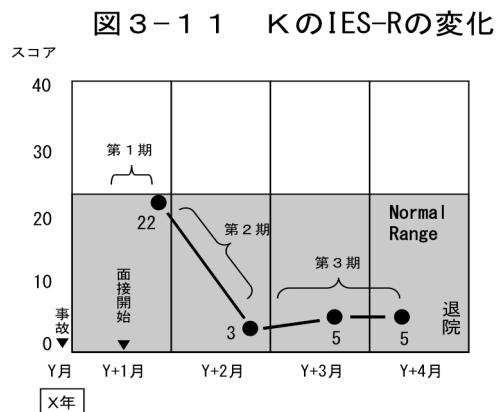
【IES-Rの変化】(図3-11)

【面接経過】

第1期：混乱から落ち着きを取り戻すまで(＃1～＃4) X年Y+1月

Thは整形外科医に連れられて病室を訪れた。寝たまの面接であったが、終始、苦悶表情で、じっとしてられないらしく上肢をばたばた動かしていた。医師には「先生、注射打って下さい。早くしてください」と繰り返し叫んでいた。医師退室後「叫んでいいですか」と言うので「いいよ」と言うと、ウァーッと声を上げていた。「何か分からないけど何とかしてください」「閉じ込められるような気がして怖いから、動かなくちゃと思ってじっとしてられない。身体を動かしたい」と、呼吸が早く、切迫的で、会話をやりとりするという状態ではなかった。「大丈夫、必ず良くなっていくから」と繰り返すと少し落ち着いたが、すぐに元の混乱状態に戻っていた。

＃2からは、対面して話ができるようになって、表情に落ち着きや笑顔がみられるようになってきた。しかし陰しい表情をするときも多い。遠隔地に住む母親は事故後ずっと付き添っていた。「一



人になるのが不安。母親に話をしてもらって気分を落ち着かせている。4時に起きて7時に母親がくるまでの時間が辛い。母には朝早くから夜もいてほしい。実家に帰られることを考えると今から不安だ」「眠れない。日中あくびが出て眠くない。ナースコールを押すけど、看護師もどうしていいかわからないみたい」と熟睡感が得られないことが辛い様子。「イライラしやすく、テレビは集中して見れないので見ない。好きな音楽もすぐに聴きたくなくなる。イライラさえなくなればと思う」。これに対しては「身体が回復して自由になるにしたがって必ずイライラはなくなってくる。それまでは辛抱の時」と保証的に話をした。

気持ちが楽なのはどんなときかと聞くと「何かに集中しているとき。ガムを食べるといいみたい。うんこしているときもいい」と彼なりの対処方法を教えてくれた。不安が高まるのは心や身体に刺激がないときだと自覚しており、対処能力が高い印象を受けた。

この時期、新たに抗うつ剤が投与開始となった。

IES-Rは22点で正常域内の点数であった。しかしこれは、事故の記憶がなく再体験の症状がないため、過覚醒、回避症状だけで22点というのは心的外傷の程度が低いとは考えられなかった。

第2期：回復の実感、加害者を慰める（#5～#9） X年Y+2月

この1か月間は、松葉杖の歩行が可能になるなど、身体の自由度の回復とともに睡眠状態も気分状態も目覚ましく改善し、前向きで現実的な言葉が増えてきた。母親の長期帰宅、警察や加害者の訪室という出来事も続いたが卒なくこなしていった。自発的発言が多く表情も良い。交通事故のニュースには敏感になっていた。

「6時間くらい眠れる。目が覚めても二度寝ができる」「何もしなくても時間がたって良くなっていることが分かるから楽しい。毎日、回復していることが楽しくて気分が良くなってきた。身体を動かせるのが嬉しくて、リハビリをもっとしたい」「ヒマを感じるようになった。何かしたい。検査でもいいです。ヒマな時は足を動かすようにしている。痛い分、良くなっていると感ずることがができる」「以前の叫んでいた自分がウソのよう。今、叫べと言われても恥ずかしくてできない」

安心の拠り所であった母親の帰宅については「母が実家にしばらく帰宅した。頼る人がいなくなったので、気持ちが吹っ切れた。自分一人になったのが良かったと思う」「うちの親は過保護だ」と余裕をみせていた。この後、親が病院にくるのは、用のある時だけになった。

警察の事情聴取があり、加害者に望む刑罰の程度を尋ねられた時に「普通に」と応えたという。「自分は許してもいいけど、死んだ人のことを考えると全く許すということもできない」

加害者には「別に恨みなどは感じていない。相手の方が心配なくらいだ」と話していた。加害者が実際に謝罪に訪れた時には、「いきなり土下座して泣かれたので困った。死亡者の四十九日に参加しようとしたら追い出されたく、傷ついていた。彼には『君の方が辛くなるんだから、僕も死んだ人の分まで生きるから君も生きてほしい、このことをプラスにしてほしい』と慰めた。相手の方がカウンセリングが必要だ」

さらにこの後、死亡者の遺族の訪問があったが、こういった出来事が続いても混乱することはない。本人の性格の鷹揚さが大きく影響していると思われた。

「こんなところで作業してたら危ないな、と思ったところまで記憶がある。目が覚めたらICUにいて首だけ動いて、人工の身体を作るロボット工場じゃないかと思った」「事故で折れた足のX線写真を先生が見せてくれるというけど怖い気持ちと楽しみな気持ちがある」「(警察がもってきた写真を見て)相手の車の方が損傷が激しく、相手が無傷というのが信じられない」「ギターを弾いてみた

い」「フリーターなので経済的な損失はない」「周囲の人が事故のことをよく知っているのでもそんなに大きな事故だったのかと思う。『大変だったでしょう』と言われるけど、記憶がないので適当にハーと応えるようにしている。あまり事故のことを掘り返されると話したくなくなる。新聞記事を見る勇気はまだない」「事故以降、自分が変わってきた。よくしゃべるようになったと言われるし自分もそう思う。生まれ変わったような気がする」という発言も聞かれた。また、看護師からは、このごろ、ときどきベッド上でボーッと何か考え事をしているという報告を受けた。

しかし、この時期の、本人のストレス対処能力や克己心には感服するところが多く、そのたびに、混乱と苦悩のトンネルをよく乗り切ったことを讃えたが、これらはThの素直な気持ちであった。

この時期の最後にはリハビリ科に転棟した。杖なしで歩行できるようになり、精神的にも安定してきたので、抗不安薬、抗うつ薬を中止したが問題はなかった。IES-Rは3点。

第3期：困難を克服していく（#10～#14） X年Y+3月～Y+4月

リハビリに励み、身体回復も順調で、他者とふれあう機会も多くなった分、周囲が事故のことに触れてくるのに敏感になってきていた。「『無事でよかったね』という言葉をかけてほしくない。亡くなった人がいるから。苦笑するしかない」「自分だけ生き残ったと考えた時、後ろめたさで落ち込んだ時があった。でも自分も死んでいたところをたまたま運がよかった、拾った命だと親戚に言われて、そういうふうと思う方が気分が楽。きっと何か意味があるんだろうな。今回の出来事は大きすぎて考えられないけど」「周りの人はもう終わったことだというけど、こういうことが起きるのは限りない確率なので、これは一体どういう意味があるのか、と考えてしまう」「未だに事故にあったことが信じられず他人事のような気がする」「良い方向に考えようと思う。落ち込んだら、死んだ人に殴られそうだ」

元気が出るのは、好きな音楽を聴いたり、ネットで知り合った人と電話でおしゃべりをしてるときだという。タバコを吸いたかったようだが我慢していた。

警察からの現場検証の話が出た時には、「最初はドキッとして、行きたくないけどいつかは行かないといけないと思った。相当な覚悟が必要だ。今すぐは行けない。現場で事故のことを思い出したらいやだなーと怖い。でも行かないと裁判にならない」と迷いを見せていた。「今の段階で何割くらい大丈夫だろう？」「6～7割」「それが8～9割になるにはどんな条件が揃えばいいだろう？」「分からない」「もしThが同行すれば？」「随分楽になりそう」というやりとりがあった。警察の方からも本人の現場検証の時期についてThに相談があり、少し待ってもらうことになった。その2週後でも、「現場検証のことを考えると、記憶が戻る不安というよりも、また車が突っ込んできたらどうしようという不安を感じる」と訴えていた。

ところがこの後、自分の家に帰らなくてはいけない事情ができ、家族が運転する車に乗って事故現場を通ることになった。Thは、実験のつもりでその時の自分の反応や気持ちを観察するように指示し「その結果によってどうするか考えよう。Thが現場検証に同行することもできる」と伝えると安心した様子だった。車で現場を通ったところ「見る前はドキドキしていたが、見てみたら『こんなだったかな』と冷静で、カーブや風景が思っていたものと違っていた」と、動揺がなかったことを教えてくれた。その時点で、現場検証は何割くらい大丈夫？と尋ねると「8割」。「でも先生に頼らないで行ってみたい。退院前のことなのであえて自分だけで行ってみたい。自分に負けるような気がするから。もし不安になったらその時考える。また病院に戻ってくるわけだし。自分が納得する形で退院したい」という。このように、あえて困難な方を選んで乗り越えていくという選択

の仕方は、これまでもよくやっていたという。一人で現場検証に出かけるという課題を退院の条件のようにKが捉えていたので、「そういう気持ちだったら9割5分は大丈夫だよ」とThから保証的な言葉を伝えた。その後、「時間おいても一緒だろうから早く行った方がいい」とまで言いはじめ、その2週後に現場検証に出かけたところ、「大丈夫でしたよ」「記憶にある光景と違うな」と感じたという。警察の人から、自分が20mもはね飛ばされ仰向けになって叫んでいた状況を聞いて、「ゾットはしたけど不安になることはなかった」と、最大の懸案を乗り越えた。

そしてこのころには、気持ちが随分変わって事故のことで考え込むことはめっきり少なくなっていた。退院後の地元の病院でのリハビリの方針が決まった。これからの仕事のことなど将来の不安材料はあるがそれほど気にしていなかった。

Thは、他人に依存することなく1つ1つ困難を乗り越えていくKの行動に感服することが多かった。この時も現場検証を自力で遂行したことに対して、克己心を讃え、退院前には4か月の頑張りを何度も讃え、かわりを終了した。

【小括】

Kが遭遇した事故は、死者が2名出てK自身も瀕死の重傷を負うという大きな惨事であった。そのアクシデントの大きさにもかかわらず、急速にIES-Rのスコアは収束し、現実にも回復の手応えを感じることができた。

仕事は不定期的なアルバイトであり、経済生活の支援や保険の対応は親が行なっていたので、失業や保険会社の対応の件で悩乱することはなかった。回復の大きな要因は、一つは、事故現場の暴露体験から生じた自信、もう一つは克己心ともいうべき心のもっていき方であった。

暴露体験というのは、第3期に、家族が運転する車に乗って事故現場を通った体験のことで、事前に思い描いていた不安は生じず、冷静でいられた。この出来事が、最も怖れていた警察の現場検証に向かう不安を払拭し、大変大きな自信になった。認知行動療法の中に、不安や恐怖を起こさせるものに暴露し回避反応を消去していく暴露療法という手法があるが、Kは、結果的にそれと同様の体験したのである。

克己心というのは、Kの物事に対する受け止め方や解決の仕方が、困難を試練と受け止め、逃げることなくあえて厳しい選択をして乗り越えていく方向に向いていたことである。警察の現場検証をThの力を借りずに一人でやりたい、なぜならそれは退院の卒業証書のような意味があるから、という話に、Thは少なからず感動させられた。Kは内省、内観の力が強い。親がクリスチャンで、本人はキリスト教に懐疑的だったが、人生に訪れる困難は神様から与えられた試練であるという考え方が身に付いていたといい、今回の事故も、自分にとってどんな意味があるのだろうと考えていた。土下座してきた加害者に対して逆に心配して励ましの言葉を返しており、面接でも恨んだり憎んだりする気持ちが語られることはなかった。

Kは話し方もゆっくり、おっとりして、穏和で鷹揚な性格にみえた。苦しみの直撃を防ぐ受け止め方を身につけており、「苦しい時は苦しい気持ちを味わってみよう」「苦しい状況を楽しむにはどうすればいいのだろう」と考えてみるなど、ゆとりある受け止め方にもっていくことで、結果的に自分を窮地に追い込まずにすんでいた。自分の心の動きを冷静に眺め掘み、コントロールしていく術をもっていて、それが心的外傷のダメージを食い止めているように思われた。Kは冗談のつもりでやっていることだと言っていたが、なかなかできるのではなく、自動的にわいてくる一つの捉え方に固執しないで別の考え方にもっていくあたりは、これもまた認知行動療法を自然と行なっ

ていたともいえる。入院生活でみられた様々な困難への対処力も、こういうところから出てきたものであるのだろう。

その他、身体の順調な回復(身体状態の回復に連れて身体活動や行動範囲に広がりが出てきたことが苦しい心理生活を解放した)、家族や医療スタッフの支え、加害者の誠実さといった要因が回復に寄与したと思われた。

12. ケースL

【年代・性】 20代女性

【生活歴など】 アルバイト 独居

【外傷的な出来事】 X年Y月、バイト先の友人たちと海水浴にきていた時、先輩のU(男性)が波に流されて、捜索活動の結果、遺体が発見された。UはLと同大学出身という繋がりが、仕事の相談にも親身にのってくれていた。Uの葬儀のあとから、嘔吐、震え、フラッ

シュバック、舌の異物感が出てきた。職場でもケアレスミスが増え、感情が不安定になったりするので、周囲の勧めもあってバイトを長期で休み実家で休養することにした。しかし、症状が変わらないため口腔外科を受診したところ、舌の運動制限や器質的变化は認められず、精神的ショックの影響が大きいと考えられて、心理面接に繋がった。

【IES-Rの変化】 (図3-12)

【面接経過】

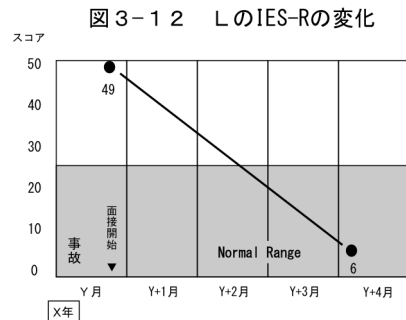
#1は、事故から3週間が経過していた。その時の症状は、「舌が邪魔で口が回らない。息が吸い込めない」「思い出してしまう。海のこと、皆が泣いたこと、Uの顔、声。毎日続いてつらい。海は見たくない」「寝ようと思えば思い出して眠れなくなる」「捜索の時も、葬式の時も、泣いていたけど現実感がなかった」「友達は笑ってるし、もう立ち直ったみたい。でも自分は皆のようになれない。自分だけがおいでいかれるように思う」。バイト先の上司(男性)が心配して、何でも相談するようにとメールを送ってきた時、「あんたに何が分かるの!」と怒りがわき、絶対に頼りたくないと思ったという。それつが回らず話をするのも辛そうだった。

面接の終わりに、Lと母親に、「しばらく思い出の場所から身を遠ざけて、安心感を少しずつ拡大していくこと」「十分な睡眠と休養、そして栄養をとり体力をつけていくこと」といった話をし、心理面接の継続を勧めた。内科医からは安定剤が処方された。

#2は、「すごく眠れて楽。舌が喉につまる感じも良くなった」「友達といるとハイテンションになる。でもバイト先の友人とは明るく話せない。大丈夫と聞かれて大丈夫と応えるけど大丈夫ではない」「上司からメールや電話がくるとすごく腹が立ってひどい言葉を返してしまった。頼るのが悔しい。悲しみを怒りに変えているように感じる」と語った。

Thは、Lと母親に外傷後ストレスの状態を説明し、今起きている症状は異常ではなく、時間は必要だが必ず良くなることを保証するとともに、「十分な体力と安心感が重要」など話をした。

#3には、舌の異物感は全く消失し、薬も頓服で足りていた。「一人暮らしはまだ無理と思う」「遊



びに誘われ、行くのは不安、行かないのも不安なので思い切って行ってきた」「上司には怒りが出るけど冷静に考えたら頼れるのはこの人だなーと思った」。そして、頼ることについて、「自分はこれまでだれかによりかかってきた。自分の意志ではなく親や友達の影響で何かを決めてきた」と、内省的な話題が出てきた。

Thからは、アパートに戻る件は無理をせず、ここまでは大丈夫という行動を拡大していくように話をした。また、Lが自分の生き方に触れてきたことについて大切な気づきが得られてきていることを感じ、「この度の辛さを他の人に依存できないのは、苦しいけどとても大きい体験のように思う」と話した。

ところがその後、Lが過量服薬をして親が病院に連れてくるという出来事が生じた。外来から連絡を受けてLに会うと、命にかかわる量ではなく、意識は清明で、受け答えもしっかりしていた。そのきっかけはこういうことだった。仕事が休みの日に、皆でUの実家にお線香を上げに行こうということになって、Lも行った。その帰り、駅で皆と別れたら、「おいていかれた」「また一人だ」と急に悲しくなった。どうやって実家まで帰ったかも覚えておらず、その夜、薬を飲んでも眠れず、また薬を飲んで、を繰り返しているのを母が気づいた。「自分はただ眠りたかっただけ」「自殺じゃないですよ」と落ち着いた様子で話してくれた。Thと母親とLと3人で相談し、「薬は親が管理する」「母親と一緒に寝る」ようにした。

その後の回復は急速であった。#5には、「眠れる。食べれる。一人でアパートに戻れそう。薬飲まなくていいくらい元気」「親はもう少し私を信頼して欲しい。『大丈夫』と言えるようになりたい」「私みたいにつまでも泣いてる人がいてもいいと思った。『泣いていると成仏できない』という人がいるけど、Uはそういう人じゃない。つまでも泣いていればいいという人だった」

親と一緒に行動することが疎ましくなり、「親は切り札。切り札を頼らずにやってみたい。そうしないと、治った気がしない。そう思うと、何か頑張りたい気持ちが出てきた」

母親は「昔のLに戻ったようだ」と回復を認めていたが、一人で生活させることへの不安は拭えなかった。そこで、アパートに戻っても母親とメールか電話で1日2回は連絡をとること、週末は必ず実家に戻ることに、という約束を取り付けた。間もなくLは、アパートに戻って生活を再開し、決まりごとを守った。気分が不安定になることはなく、上司に気持ちを荒立てることも減ってきた。

次第に、Lは、アパートに一人でいても平気で、安定剤を飲むこともなく、以前の生活を取り戻しつつあった。Thは、表情や口調に強さが出てきて自信が回復しているのを感じた。

その後も「大丈夫、自分のアパートに友達が出入りして楽しい。イライラもないし、元の自分に戻ったと思う。寝る前、海でUが助かったように考えて、想像の中で一緒に遊ぶ。毎週、家に帰るのも楽しみ。苦しかったけど、これを通して自分は大人になったみたいだ」といっそうの元気さを見せていた。

最終回(#9, Y+4月)では、バイトを再開・継続しており、辛い記憶のきっかけになる人や場所と接触しても不安にならないことを確認し、Thは、「万が一、何かあればきてほしい」とLと母親に告げて心理面接を終了とした。

【小括】

このケースの特徴は、一つは症状の不可解さ、二つ目は不穏行動、三つ目は体験を通しての成長である。

まず、このケースは、自身は直接体験はしていないが、衝撃的な出来事の傍らにいて、再体験、

回避・麻痺、過覚醒の症状を呈した。舌が邪魔で会話や呼吸に支障があるという独特な症状が前面に出たことで、最初は口腔外科を受診した。医師は検査で器質的疾患を否定し、先輩の事故のエピソードとの関連に気づいて直ちに臨床心理科に送ってきた。その時の本人は、心身が消耗し、話とともに涙が溢れてきてしまうありさまで、事件のダメージの大きさがうかがわれた。舌が咽頭をふさぎ苦しくなる感覚は、溺死という先輩の死のあり方と関連があるかもしれず、これが心的外傷反応であると早期に理解したことが結果的によかった。

2 で、外傷反応について L と親に心理教育を施したことは、両者の不安を和らげるのに効果的だった。親が協力的な上、L との関係もよく、家族の支援力は大きかった。受容的、保証的な心理面接を続け、薬の力も借り、十分に睡眠と休養をとっているうちに、舌の異物感も他の症状も早々に消失して、順調な回復をみせてきていた。

しかし、U の実家に仕事先の仲間と訪問した夜に薬を多めに飲んでしまうといった不穏行動が生じた。訪問後、駅で皆と別れて一人になったことが「おいていかれた」「また一人だ」という気持ちを喚起して、その後だらだらと薬を飲み続けたようだ。# 1 で、仲間たちがどんどん明るく普通に帰ってきているのに自分だけそうなれないことに悩んで、おいていかれるようだ強い疎外感を感じているという話をしていたが、駅での別れがきっかけで同様の気持ちが再現されたと思われる。

L との面接で、U への恋愛感情が話題になることはなかったが、もし思慕感情があったとすれば、U に「おいていかれた」と感じたことも考えられる。最終回で U が助かって一緒に遊ぶところを想像すると述べているのは、L の感情移入の深さを思わせる。L は U の死後、溺死する時の U の状態や気持ちを想像して、相当深く感情や感覚を移入したのではないだろうか。舌の症状も、おいていかれて一人になった感覚も、まるで U とシンクロしているようでもある。

このケースで重要な点は、症状からの回復と並行して、L が抱えていた依存から自立へという心理的な課題に進展がみられたことである。L は、事故の強い不安から一人になれず親を頼らなくてはならない状況に陥る。その時、自分を頼ってきていいと言ってきた上司に激怒し、「頼るのが悔しい」と感じ、人を頼ることに強い拒否感をみせた。このテーマは、# 3 で、これまで自分の意志で決めるのではなく人に頼って生きてきた、と自分の生き方に関する話に続く。そして、# 5 で、「親を頼っている限り自分は本当に治った気がしない。(そう思うと)頑張りたい気持ちが出てきた」と話し、自立に向かっていく意欲をみせている。そして、親の過保護も利用して良好な関係を保ちながら、親依存を徐々に断ち切り、最後は一人のアパート生活に戻っていったのである。

実際、L が抱えた死別の苦悩は他人に依存できる性質のものではなく、自分の心で受けとめていくしかなかった。辛さを乗り越えたことに対して「苦しかったけど、これを通して自分は大人になったみたいだ」と # 8 で述べているのは、何らかの成長感を得たからであろう。

また、L は、周囲から取り残されることの不安が強かった。最初、皆と同じように明るくなれない、いつまでも泣いている自分はおいていかれる、と感じていたが、# 5 で「自分のように泣き続けている人間がいてもいい、故人はそうであってでもいいという人だった」という。この認識の変化は、孤立や見捨てられ感からの大きな転換であり、自己肯定感を伴った力強さを感じさせるものである。

3-1. ケース検討による回復の促進・阻害要因

衝撃的な出来事に遭遇した12のケースの経過を提示し、それぞれについて小括を加えた。衝撃の受け方も、苦悩の仕方も、また、本人の性格や考え方、価値観、周囲の支援の在り方や立ち直りの経過もそれぞれであった。一人一人には、かけがえのない人生の道行きがあって、それを安易に論ずることなどできないとは思いますが、心的外傷からの回復という点に絞って、これら12ケースについて、特に回復に作用したと思われる要因を拾い上げたのが表3-2、回復を阻害したと思われる要因をまとめたのが表3-3である。

表3-2 ケースの回復促進要因

ケース	周囲の環境や出来事	本人が発揮した力
A	—	瞬間的に心を建て直す力
B	心理教育 自分だけではないことが分かって安心 周囲の理解	不安緩和の行動を起こす力 大丈夫感を確保する力 他人の力を借りる力
C	憂慮した状況が現実には起きず不安が収束	他人の力を借りる力
D	心理教育、罪悪感からの解放 一定の時間	積極的に気持ちを切り替え楽しめる力 周囲に分かってもらおうとする力
E	周囲の理解(家族との同居) 孫たちとのかかわりによる和み 「おばあちゃん」という新しい役割	家事や趣味に打ち込んで楽しめる力 孫の面倒、孫たちを楽しませる力 恐怖(運転)を克服にチャレンジする力
F	カウンセラーの「辛かったでしょう」のひとこと 家族の理解と絆の深まり 休みを長めに取れたこと	気分転換の方法を編み出し楽しめる力 断念と決断力(会社へのかかわり方や人生観を自分から変えた)
G	周囲の理解(同じ痛みの共感があった) 子どもの笑顔や優しい言葉 職場の人の「待ってますよ」の言葉 バイト復帰で忙しんでいる自分を取り戻せたこと 薬の力による十分な睡眠	気に障ることを言われても気にしない力 子どもと交流する力(世話をする力) 何かに夢中になる力
H	友人の多さ ペットの癒し	気を紛らわせる力
I	家族の理解 一定の時間	恨みを感謝に転換する力(人生観を変えた) 人を励ます力 家事や趣味に打ち込んで楽しめる力
J	友人の支援 ペットの癒し	不明・不安な点を追究していく力 恐怖(車の同乗)に立ち向かおうとする力 故人との思い出を追悼する力 趣味に打ち込んで楽しめる力 自立心と生活力
K	家族や医療スタッフの支援 身体の順調な回復(一定の時間) 事故現場への暴露体験 キリスト教の影響(「試練」という受けとめ方) 加害者の誠実さ	内省・内観する力 自己コントロールする力 人を頼らず自分に負けず不安を乗り越えていこうとする克己の力 加害者を励ます力
L	心理教育 家族の理解と支援 薬の力による十分な睡眠と休養	出来事から自分の課題(依存から自立へ)を見出して克服しようとする力 自己肯定の力

表 3-3 ケースの回復阻害要因

ケース	周囲の環境や出来事、症状	本人に関する阻害要因
A	—	—
B	外傷を想起してしまう職場	—
C	一緒にいる人が狼狽して不安が増長	神経症的傾向(パニック障害の既往)
D	外傷を想起してしまう職場 最も辛いことを人に説明しないとイケない立場 同僚の笑い声にいらだち	自分のせいだという罪悪感
E	身体の痛み、不眠、容貌の変容 仕事を辞めざるをえなくなり経済的不安が増長 保険会社の対応に怒り	「できる自分」「役立つ自分」といった自己イメージや自己効力感の喪失 仕事に代わる生きがいの未発見
F	会社の対応(ねぎらいなし、降格、減給)に怒り 周囲の傷つく言葉 加害者の謝罪なし	出世断念の葛藤
G	痛み、疲れ、不眠 周囲の傷つく言葉 一つのバイトを辞めなくてはならなくなった 保険会社の対応に怒り	—
H	できていたことができないなど高次脳機能障害の不可解な諸症状 経済的問題	今後の生活の不安
I	身体の激痛煩悶感 20 年来の仕事の喪失 加害者の不誠実 周囲の傷つく言葉 保険会社への怒り	家族からの疎外感 仕事に代わる生きがいの未発見
J	恋人の死という喪失体験からくる追想の日々 家族の保険金搾取による不安と怒りと落胆 周囲の傷つく言葉	自分だけ生き残ってしまった罪悪感
K	話をする友人が近くにいないこと 周囲の返答に困る言葉	考え込んでしまう性格
L	不可解な症状	感情移入の強さ

表をまとめるにあたっては、本人にもたらされた周囲の環境や出来事であったり本人のコントロールがきかない部分に属する要因と、本人自身の要因(回復に向けて本人が発揮した力、阻害に影響を与えた本人の内的要因)とに分けて記載した。

3-2. ケース検討からみた回復の促進・阻害要因の特徴

(1) 繋がり感は大きな安心感をもたらす

安心感の確保に向けて、ほとんどの人が自分から行動を起こしていたが、この安心感は、人と話をすること、心理教育、周囲の温かい配慮や何気ないひとこと、忌憚なく話ができる人の存在、カウンセリング、職場の受け入れ態度、加害者の態度、リラックス、趣味など多岐にわたる場面で得られていた。不可解な症状や疑問があっても治療者から適切な説明がなされれば安心できていた。これらは、他人との繋がり、過去の自分との繋がり、日常生活との繋がりなど何らかの繋がり感が感じられて、同時に安心感をもたらすものであ

った。特に、周囲の理解的な言葉や態度からくる繋がり感は、受傷者を大いに安堵させていた。

第2章で述べたように、受傷者は、社会や過去の自分と離断して苦しんでいる。離断はしばしば連鎖して受傷者を孤立に迫りやり、気力を低下させる。一方、人や社会との繋がり感は気力を引き上げる。

Eは交通事故によって、身体の激痛や容貌の変容に悩んだほか、高齢期を前にした経済的な不安のため職場から切り離されたことへの憤りが強かった。Eにとって、仕事を失うことは社会から切り離されることであり、同時に、「働く自分」「できる自分」「さすがと言われる自分」「皆の役に立っている自分」といった自己効力を発揮する場を失い、過去のそういった自己イメージから切り離されることを意味していた。

仕事やバイトを辞めなくてはならなくなったのは、G、I、Jも同様で、だれしもが失職を無念に感じていた。注目したいのは、それが経済的な理由というよりも、「働いている私」を失うショックからであった。特にIは、Eと同じく、自分のアイデンティティーを仕事においていたため、事故でそれを失って2年半がたっても、自宅で生活している自分の姿を受け入れられないで苦しんだ。

Fは、職場で立場が上がっていくことを目指していたが、事件によって待遇が悪くなり、会社に怒り、失望した。退職することはなかったものの、トップを走る勢いで成績を上げてきた「できる自分」「出世街道にいる自分」が切り離される状況に直面した時の口惜しさは相当なものであった。Hもまた、事故後にもとのパート職に戻ったが、簡単な計算やひらがななどを忘却したり、以前は難なくできていたことができなくなったり、かつての自分とは異なる自分に戸惑い、大きな不安を抱えていた。

だが、だれもが元の自分に復帰できるとは限らない。Fは、出世を断念し「自分は会社のアウトローである」「会社にしがみついている必要はない」「会社は生活の糧を得るためのもの」「真実をしゃべったら損をする」「会社では仮面をつけて生活する」など、自分の信念を変えることで会社との関係を新しく構築していった。Iは「もらった命だ」「悔いなく生きていきたい」「周りの力があってこうなれた」「相手を恨んでもしょうがない」など、加害者や出来事を恨む心情から解放され新しい信念と生き方にシフトしていった。EやIは、仕事ができなくなったことでかえって孫や子どもとのかかわりが増え、しばしば孫に癒される体験をした。「働く自分」から「おばあちゃん」という新しい自己像を作っていく時期がきていたのかもしれない。

また、Kの「自分が変わってきた。生まれ変わったような気がする」といった発言や、Lが、親を頼る自分を断ち切ることに努力し「苦しかったけど、これを通して大人になったみたいだ」といった発言にも注目したい。再復帰の一つの姿に、外傷後成長(Posttraumatic Growth)と呼ばれるような、外傷的出来事を通して人間的な成長を果たす人たちがいるが、その片鱗がうかがわれる発言である。

このように、元のネットワークや過去の自分に復帰することができないとすれば、違うネットワークに繋がることでも、社会や世界と新たなかかわり方を見出すことでも、自分の役割や信念を変えて新しい自分を作り上げることでも、繋がり・安心感を得ることができる。

（２）「日常生活場面」には力がある

受傷者がたどった経過を眺めてみて是非挙げておきたいのは、回復を左右する諸要因は日常生活の中に散在していることである。日常生活の形形色色な出会いの中には、受傷者が傷ついてしまう場面が少なくないのも確かである。しかし、ほとんどの人が家族や職場や周囲の理解的な言葉や態度との出会いによって元気づけられ、子どもや孫によって、また、ペットによって癒されたりもしていた。

受傷者の多くは趣味の世界に没頭する時間をもっていた（D、E、F、H、I、J）。趣味で出てきたのは、旅行、コンサート、読書、手芸、編み物、塗絵、飲み会、散歩、喫茶店、ゲームなどで、ホッとする時間やコーヒーで一服して忘我の時間を作り上げている人もいた。また、家事、子や孫の面倒など目の前のことに集中したり（E、G、I）、仕事をやり続ける時間も重要であった（F、G）。Gは、バイトに復帰することで、以前のように忙しくしている自分を取り戻せたことが嬉しかったようだ。

これら日常生活（の再開）は、非日常の体験から自分を取り戻していく上で、1つには安心感を感じとり確かめることができる意義と、2つには徐々にコントロール感を培っていく意義があると思われる。日常生活は昨日のように今日があり、明日もまたこれまで通りあるだろうといった連続性のあるループのようなものである。毎日、想定内の範囲で同じことが反復される生活というものは、盤石な安心感をもたらす作用があるのではないだろうか。また、趣味でも仕事でも、自分はここまでできる、ここまで楽しめる、ここまでの状況を作り上げることができる、といったある種の達成感、小さなことがらであっても自分の力を確かめることになる。その中には、子どもや孫の面倒をみて喜ばせたり、家事や仕事をしたりして、他人の役に立つ経験をすることも多く、自己の有用感や人や社会との繋がり感を呼び起こすものがある。

このように、心的外傷からの回復に必要な安心感、自己コントロール感、自己有用感、繋がり感をよみがえらせる要因は、日常生活場面に散りばめられているということであり、必ずしも治療的にかかわりだけが回復を促進するものではないことが分かる。

（３）一つの回復（阻害）要因が他の要因を凌駕する

受傷者のプロフィールや環境、遭遇したアクシデントは多様であるため、回復に向けての経過も多様である。だが、回復の促進・阻害を決めるものは、要因の数や性質によって決定づけられるのではなく、促進・阻害のいずれにはたらくにしても、抜きん出た一つの要因が他の要因を圧倒する姿がいくつかの例でみられた。

たとえば、EとIは身体の痛みによって心身が悩乱し、Fは会社の理不尽な対応に憤り、Hは遂行機能障害などに不安をもち、Jは恋人との死別の葛藤を抱え続けた。このように一つの要因が長期にわたって受傷者を圧迫した。一方、Gは子どもとの交流、Kは高い個人対処能力という一要因が他の阻害要因を抑えて回復を支えていったと思われた。Iの経過を例に挙げると、前半はくり返される激痛が主要因となって、仕事ができない辛さ、加害者への恨み、保険会社への不満、今後の生活への不安、家族とのトラブル、自分の生きる価値の喪失、などが連鎖して苦しんでいた。もしこの時期に身体の激痛という一要因がなければ回復に向けて違った様相をみせたに違いない。実際、3年を過ぎてから、心持ち

が急に怨恨から感謝に変わっただけで、今度は全てが一転して身体の痛みなどの阻害要因を抑えてしまった。

諸要因の中でも、症状や身体的苦痛というのは他の要因を凌ぐ強力な力を持ちやすく、医学的な対応が極めて重要になると思われた。

身体状況の悪さは心理状況に連動してしまう。身体損傷を被ったケース(E、G、I、J、K)は、痛みのほかに容貌や体躯の変容を気にしたり悩んだりしていた。また、睡眠障害もAを除き全例にみられ、悪夢をみる例もあった。心的外傷後の不眠は過覚醒反応として頻度の高いもので、不安を増長させ体力や気力を落とし、回復に向かうことを困難にするものである。睡眠導入剤によって救われた思いになる受傷者は多く、抗うつ剤なども含めて、向精神薬が果たす役割は大きかった。

器質的要因の関与が疑われた場合などは、より専門的な治療に結びつけないと症状そのものの回復が促進されない。ケースHは、脳損傷による諸症状で適切な認識や行動ができなくなっていたが、地元の脳外科に通院していたものの、そこでは脳の機能障害としての説明やリハビリ対応が施されることはなかったようである。それゆえ、なぜこんな簡単なことができなくなったのか、なぜ記憶力や計算力が落ちたのか、といった疑問はカウンセリング場面でしばしばつぶやきのように出てきていた。Hはその後精神科に繋がった。日々の小さな不安を受け止めるカウンセリング的対応も重要ではあるが、症状の表れ(脳の障害など)に応じたより専門的できめ細やかなリハビリテーション的かわりを行なう場所に繋ぐことで、不安も和らぎ、早期から効果的な対処ができるものと思われた。

(4) 二次的ストレスは大きな阻害要因になる

回復を阻害するものは、本来の症状や反応が単独で作用するというよりも、その後の周囲の不理解など二次的な傷つきによるものが圧倒的に多い。

二次的な受傷場面は多岐にわたる。その代表的なものが事件・事故後の会社の対応(E、F)であり、保険会社の対応(E、G、H、I、J)であり、加害者の対応(F、G、I)であった。Aを除き周囲の人の言葉に傷つく経験をもっていない人はいなかった。特にD、E、G、I、Jは他人のちょっとしたひとことに涙を流して悔しさを訴えることがあった。理解的ではない言葉を投げかけられたりかわられたりすると、怒り、悔しさ、悲しさ、情けなさ、あきらめ、後悔、屈辱などの感情がわいてきていた。そして極度の不快感と疲労感を感じさせ気力を減入らせてしまっていた。最終的には、なんで私がこんな目に遭わないといけないのか、という運命へのやりきれない気持ちを表明する人も少なくなかった(E、F、G、H、I、J)。このように、受傷者が現在の気持ちをかき乱されるような出来事があると、それまで培ってきた安心感なども崩れ、大きな阻害要因になってしまっていた。

かき乱されるとまでいなくても、相手の言葉に困惑して何と答えればいいのか分からない場面も疲労してしまう。慰めの言葉も、その時の本人の心情に添っていなければ阻害要因になってしまう。第2章で論じた、受傷者と一般との裂け目は、こういうかたちで受傷者を孤独に追いやってしまうのだろう。逆に、ちょっとでも周囲の理解的な言葉を受けとった時には大いに安堵する人が多かった。

(5) 非力の段階から自力が発現する段階へ変化する

表3-2では、受傷者自身にみられた回復促進要因を「～する力」という表現でまとめて

みた。すると多数の自助努力の足跡とそれを行なった本人の力には多様なものがあることが分かってきた。受傷者たちは決して恐怖と無力にうちひしがれているわけではなく、生活場面でどのようにすれば苦痛から逃れられるか、気持ちが楽になるのかを考え、積極的に行動している浮かび上がってきた。そして、何か行動を起こせば、効果を感じ、持続できていたし、新たにチャレンジしたことはたいてい成功していた。たとえば、衝撃的な出来事の後、一人暮らしをしていた人がひとまず実家に戻るなどしてそばに人がいる状況をつくりあげて不安を防いでいた(B、C、E、L)。そのほか、さまざまな形で安心感を手に入れようと自分から行動を起こしていた。ときには必要に迫られて実行せざるを得なかった場面もあるが、他人からあてがわれたものでないため、無理をしているという印象は受けなかった。このようにして徐々にコントロール感を手にしていくことは、心的外傷治療の王道であるのだが、治療者が企むまでもなく本研究のケースたちがその道の上にいたということに気づかされた。

だが、その状態に至るまでは違う状態が認められた。衝撃によって心理・生理的機能に支障が生じている受傷者は、生活力そのものが剥奪され、当たり前になっていたことさえもできず、人や社会にかかわることに臆病になってしまっていた。ケースB、C、D、E、F、H、Iは、衝撃直後の非力感が顕著だった。

Bは自分に何が起こったのか混乱していたが、心理教育を受け一人にならないような対処をしているうちに、積極的に他人の力を借りるようになり、仕事にも集中できるようになって立ち直っていった。Dはあふれる感情をコントロールできないでいたが、心理教育を受け、人と交流したり趣味の旅行やコンサートに出かけて気持ちを切り替えているうちに、進んで楽しみの時間をもったり仕事に集中できるようになったりした。E、G、Iは怖かった運転や車の同乗にチャレンジしてみようという気持ちが芽生え、恐怖心を克服していった。KやLも自分の弱さに打ち克とうという姿勢がみられた。

このように、最初は何らかの理由で思考も行動も制限されているが、少し自力が発現して行動を起こせるようになると、次の行動が発現しやすくなっていた。つまり、行動意欲が立ち現れてきた。ちょうど、車の運転で一番力が必要な1速(ロー)ギアを入れエンジンの回転数が増してくれば、次の2速、3速は当初ほどの力を必要とせず次々と速度を上げて走行できるのにとえられる。

これは、最初はおそるおそるの行動であっても、少しでもうまくいったというフィードバックがあれば自分の力を確認できることになるし、自分は周囲にはたらきかけたり自分を変えていったりすることができるのだといった自己効力感や自信に繋がるために、次なる行動を起こすのにそれほどの抵抗がなくなるからであろう。

ある程度行動が回り始めたら、その後は自発的な行動拡大が期待される。ということは、受傷者が力を見失い、周囲の影響を受けて心がかき乱されている「非力の段階」から、落ち着きを取り戻し、小さくてもいいから何らかの行動に踏み出せる「自力が発現する段階」へとともにいくにはどうすればいいのかという問題が重要になってくる。

行動を起こす内的な力や意欲に灯が点され、小さな克服体験や成就体験を重ねることができるようになるには、心が守られて本来ののびやかな弾力性を回復し、十全な力を発揮できるようになる準備が必要だろう。

（６）時間の経過が回復を包み込む

全体のケースを通して、包み込むように回復の促進要因になっていたのが時間の経過であった。

受け入れがたい出来事に決着をつけるのは容易なことではない。比較的短期のうちに改善した例（ケースB、C、D、G、K、L）であっても、心身の症状が軽減していくにはいくばくかの時間の経過が必要であった。多くの人が、１ヶ月、２ヶ月が経過すると衝撃が薄れ、日々の雑事によって自然と忘れていく（思い出さなくなる）ことが多くなっていた。年単位の年月を経て変わっていった例（F、I）もみられた。

Fは、事件後の会社の対応に怒り、落ち込み、会社を敵視しながら勤務する日が続いたが、自分の考えを変えて会社との付き合い方を変えるまでに長い年月を要した。Iは、執拗な身体の痛みと加害者への恨みが続いて突然のように感謝の心境へと変化をみせたが、その時が訪れるまで３年という月日がかかった。葛藤や激痛を抱えながら、数々の断念や決心の末に気持ちを清算するまでにはそれ相応の時間が必要であった。

衝撃的な出来事からの回復には、心の動揺がおさまり日常生活が再開される、あるいは再開しながら通常の心理生活に復していくことが必要で、それには一定の時間が必要である。十分な睡眠と休養をとり、しばらくの時間、体験の想起環境から離れることも安心感を培って回復を促進していく。

（７）受傷者の個人特性が影響する

受傷者自身の個人特性が回復の促進・阻害要因になる側面もみられた。ただ、個人の性格や考え方が事故以前から同一なのかどうかは不明である。

人命を２名も失うという深刻な事故に遭って自分も瀕死の重傷を負ったKが、わずかの期間に回復したのは驚異的であった。特徴的なのは、出来事の受け止め方、考え方であった。決して自分だけ助かってよかったと思う利己的な人ではない。苦しみや痛みを和らげるコーピング法を生み出す力に秀でていたこと、人を頼らずわざわざ困難な道を選んで克服していこうとしたことなど、心理的な強さが回復を促進させたと思われる。

キリスト教にふれていたKはこの悲惨な事故を「試練」と受け止めその意味を考えようとした。人生の道筋において、このようなアクシデントは意味などなく、排除したいものである。簡単に同化できないからこそ苦しむといってもよい。アクシデントを試練と捉えるというのは、その対極にあるもので、偶然のように生じた出来事を自分の人生に積極的に組み込む作業である。Kは、こんなありえないことが起きたのはきっと何かの意味があるに違いないと考え、出来事に孕まれる神様からのメッセージを探求する姿勢をみせた。宗教は、遥か昔から理不尽で困苦に満ちる無数の人生の痛みを包み込んできたが、その力の一端だったのかもしれない。

F、I、J、Lにも、時間はかかっても、不安や恐怖、あるいは自分の課題に対峙して自分を変えていこうといった内的強さが感じられた。

一方、Cは、母親の不安がる姿に接することで自分の不安が共鳴・増幅し、その場面が外傷になってしまった。C以外に精神的脆弱性を抱えた人はいなかったが、回復の促進・阻害を考えていく上で個人特性の要素は重要な点であると思われる。

注釈

注1) IES-R(Impact of Event Scale-Revised) 改訂出来事インパクト尺度日本語版。PTSD の自記式評価尺度として Asukai ら(2002)によって標準化され、簡便に実施できるためスクリーニングなど多くのフィールドで使用されており、2006 年度より、医療保険において、臨床心理・神経心理検査として保険点数が算定できるようになった。

注2) STAI(State-Trait Anxiety Inventory)は、不安の強さ(特性不安)と、それぞれの状態で感じている不安の強さ(状態不安)を測定する自記式質問紙の心理検査である。

注3) 高次脳機能障害については、第1章の注4参照。

文献

Asukai,N., Kato,H., Kawamura,N., Kim,Y., Yamamoto,K., Kishimoto,J., Miyake,Y., Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease,190(3), 175-182.

伊藤正哉・中島聡美・金吉晴(2012).災害による死別・離別後の悲嘆反応.トラウマティック・ストレス,10(1), 53-57.

高木慶子(2007).喪失体験と悲嘆.医学書院.

第4章 調査研究3 一回復促進・阻害要因の質的研究一

第1節 課題と研究方法

1-1. 先行研究と課題設定

心理療法家は心の問題を抱えている人の問題解決を支援していく立場にあるが、単回性の心的外傷を背負ってしまった人に対してどういった面接や心理療法的かかわり方が効果的なのだろうか。この問題を考えていくにあたっては、序章と第2章で述べてきたことであるが、受傷者が医学的症状の消失だけを求めているのではなく生活上の「生きづらさ」への理解を求めていることを念頭に支援していかなくてはならない。

PTSDの症状や生きづらさなどの心的負担を軽減するのは何も面接・治療場面に限ったことではない。普段の生活で生じるさまざまな出会いや出来事、多様な人間関係などの中で、ときには大きく癒され、ときには苦しみを深めてしまう。家族や職場など周囲の人たちの、ささやかなひとことやまなざしやかかわり方、一顰一笑^{いっぴん}によって、心は浮いたり沈んだりを繰り返し、そういった心の揺れの総体が回復への道のりであると考えることができる。

浮き沈みの状態を、クライアントは、「心が楽になった」「安心した」「気持ちが軽くなった」「ホッとした」「モヤモヤがパッとはれた」「スーッと落ち着いた」「癒された」「救われた」など多様な表現で「浮いた」状態を報告してくるかと思えば、「不安になった」「イヤだった」「ショックだった」「イライラした」「辛い時に引き戻された」「調子が悪くなった」「落ち込んで眠れなくなった」などこちらも実に多彩な表現で「沈んだ」状態を報告してくる。心的外傷からの回復において、一番の資源となるのは、本人自身の治る力であるが、沈んだ状態ではこの力は引き出されにくい。

本章では、アンケートとインタビューによって、回復の促進要因と阻害要因の抽出を試みていくが、その前に先行研究の知見を調べておきたい。

衝撃的な出来事に暴露してもPTSDを発症する人とならない人、回復が可能な人と遷延する人が認められることから、特にPTSDの脆弱因子(vulnerability)の関与が研究されてきた。

Holbrookら(2001)は、トラウマ受傷後の予想的疫学的研究として、トラウマセンター病院を受診した1048名について多面的な調査をした結果、6か月後にPTSDと診断されたのは32%で、PTSDのリスクファクターとして、生活への脅威、女性であること、若年の低収入層であること、受傷メカニズムが貫通性外傷または強姦であることを見出している。交通事故に関して、Delahanty, D.Lら(1997)は交通事故の責任帰属に着目し、自己責任群よりも他者責任群の方がPTSDの症状が強いことを見出している。

飛鳥井(2006)によると、PTSDを発症しやすい脆弱因子として、出来事やストレスの強度、性、遺伝的素因、精神疾患の既往と性格傾向、過去のトラウマ歴、養育環境、トラウマ体験時の精神麻痺と解離体験の7項目が挙げられており、PTSDの防御因子には、家族やコミュニティの社会的サポート、ストレス対処経験や訓練、が挙げられている。ただ、この根拠となる文献は全てが外国での研究にもとづくものである。

トラウマからの回復に関して、Herman(1992)は「安全の確保」を第一段階に挙げており、

小西(2012)も「治療で最初にすべきことは、その人の生活を安定させること」とし、安定して治療意欲が出てこないことには治療技術を整えても無意味であると述べている。Mohtara(2003)は、病院に搬送されてきた心的外傷患者のマネジメントにおいて、深刻な問題に発展させないために病棟で実践できることには、苦痛の解放、感覚と睡眠剥奪の防止、親しみやすい環境の提供、注意深い説明と保証といった項目を挙げている。大規模災害におけるライフラインの確保や通常の生活に近づけるような生活支援も然りであるが、安全、安心、安眠の確保は、回復のための基礎工事のようなものなのだろう。

次には、いかに自然回復を邪魔することなく復元を果たしていくかが重要になる。回復に関与する要因として、中島ら(2004)は「現実生活上の不安、事情聴取や取材、生活環境の変化への不適応、身体疾患の治療、経済的被害への補償、必要な時に相談できる非専門的援助者(友人、災害時の一般援助者など)の確保など」を挙げている。小西(2003)は、世界との絆の関係性が重要であり「まずは家族関係や治療関係やサポートグループなどの対人関係」の中でそれは生じるとしている。

また、厚生労働省が編纂した「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」(厚生労働省, 2001)は、地域災害時における精神保健医療活動下の「心のケア」についてまとめられたものであるが、「自然回復の促進要因」「自然回復の阻害要因」が具体的に挙げられているのが興味深い。それによると、自然回復のためには、(1)身体的安全の確保、(2)二次的災害からの保護(地震の後の火災、有毒物質などの汚染など)、(3)住環境の保全、(4)日常生活の継続(学校、仕事、日常的な家事など)など 11 項目、阻害要因としては、(1)生活再建の遅れ、(2)避難先での生活環境の悪化、プライバシー確保の困難、(3)家族・知人の死傷、消息不明のほか、災害弱者という本人の属性など 12 項目が挙げられている。これらは、地域住民全体が被害に遭うような中～大規模な被災場面を想定しているものである。

事例を挙げて、回復の経過について述べている論文もある。

岡野(1998)は、女性臨床家が、散歩しながら男性患者と面接をしていたところ危うく暴行されるという事件に遭遇し、その後、加害者以外の人びとの反応によっても傷つけられ、専門的な分析治療と EMDR を受けるが不満やストレスが大きく、結局は、一番自由に自分の考えを表現できた心理療法家との間で徐々に自信を取り戻していった例を挙げている。信頼にもとづく関係の中でお互いが率直に話ができることが良かったという。

中村(2004)が挙げている事例は、重度外傷で心的外傷を呈した若い大工である。大工という仕事はできなくなったが、回復を押し上げたのは「リハビリテーションの先生も、看護婦さんも救急の先生も、カウンセラーさんも、母さんも妹も僕を支えてくれた」と感じさせた、医療チームの頻回のブリーフィングと緊密な連携、実存的命まで支えたいと願ったスタッフ一人一人の思いと行動であった、と述べている。

前田(2002)は、スライサーに自分の手を巻き込んでしまった 20 代女性が、職場復帰を焦って希望を失いかけて、仕事ができないことからくる患者の苦痛は相当なものであったが、趣味の登山を再び始めたことから回復をみせていった事例を紹介している。その回復の要因を、前田は「患者は仕事に復帰するという行動面での回復ではなく、楽しいと感じ取れるようになるという感覚面での回復を目指したのである」と分析している。

藤森(2004)は、北海道南西沖地震で夫と娘たちを一挙に失った一人の女性受傷者の 11 年

間を取り上げて、仕事などの役割の獲得、辛い体験の新たな意味づけ、今を生きることの理解が本人の中で図られていった経過を述べている。

このように、PTSD からの回復の促進・阻害要因や PTSD のリスクファクターの抽出研究が進められている。しかし、受傷者自身の陳述にもとづいて回復のプロセスを明らかにしていこうとする研究はまだ乏しいといえる。八木澤ら(2008)もこのことを指摘しており、「外傷体験から回復した者に焦点を当てた研究や、広義の外傷体験を扱った研究はあまり見受けられず、外傷体験から回復に至るプロセスの詳細については十分に検討されているとはいえない」と述べている。

回復に至るプロセスを明らかにしていくには、体験者の回顧的な意見を収集していく作業が極めて有効であると思われる。紆余曲折をたどるプロセスの途上で、どういったことが自分を支え回復を促進したのか、どういったことが自分を不快や不安にさせ回復を阻害したのか、そして、どのようにすることが有効な支援になると思うか、といったことを「本人に聞いてみる」作業である。このようにして受傷者自身の声を集め、それらの智慧の蓄積の中に、より实际的で適切な支援の在り方が見出せるように思われる。

そこで本章では、単回性の受傷者の声にもとづいて回復の促進要因と阻害要因を広く抽出すること、そしてそれらの要因の特性を明らかにしていくことを目的とする。

1-2. 調査概要

(1) 調査対象

研究協力者は、第3章で論じた12例のうち10例(第3章表3-1 参照)である。すなわち、筆者が勤務する病院や心理相談などの機関の臨床で心理療法的かわりをもった受傷者9名と、あやうく死の危険に見舞われた事故の手記を送付してくれた1名(ケースA)の計10名で、インタビューの機会を得ることができたのはその中の6名であった。いずれも第3章に記載したとおりの手続きで、研究協力の同意を得た。

(2) アンケートとインタビューの方法

アンケートタイトルは、「災害、事件、事故後の回復要因と阻害要因に関するアンケート」である。内容の作成にあたっては、筆者がそれまでクライアントと対峙して気がついていた回復・阻害要因を羅列して選択肢とし、回答者が要因を多様な角度から考えられるようにした上で、自由記述の欄を設けた。(アンケート用紙は資料として添付した)

インタビューは、アンケートの質問を用いた半構造化式を用いた。すなわち、アンケートの回答を一つ一つたどっていく要領で、記載内容を再確認しながら、文字だけでは分からない、あるいは表現し切れていないクライアントの心情をすくい取るために、それに触発されて連想された発言も拾っていった。インタビュー内容はMD機に録音された。

アンケートは手渡しまたは郵送でやりとりした。アンケートおよびインタビューは、2006年11月～2010年11月にかけて行なわれた。

1-3. インタビューの分析方法

インタビュー内容の分析にあたっては、佐藤(2008)の質的データ分析法にもとづいて、以下の手順で行なった。

- ① 書き起こし。録音されたインタビューは文字に書き起こされた(インタビュー記録)。
- ② セグメント分割。インタビュー記録をセグメントに分割した。1セグメントは1文とは限らず、また、長短にかかわらず、意味をなす最小のまとまりを1セグメントと考えた。
- ③ セグメントの要約。数行に及ぶような文字テキストであるセグメントをそのままコーディングしていく作業は煩雑である。そこで一度、セグメントを要約し短い語句または文書に縮約(要約)した。
- ④ オープン・コーディング作業。要約セグメントにしたがってそれぞれに小見出し(オープン・コード)をつけていった。オープン・コードは、「現場の言葉」を「理論の言葉に」移行していく第一歩となるものである。研究目的に沿って、心的外傷体験からの回復を促進・阻害する「要因」をあぶり出すことに焦点をおいて考案していった。
- ⑤ 焦点的コーディング作業。オープン・コードから焦点的コードを考案し、同じテーマをもったものを一括りにしていった。手作業として、セグメント片(ハサミで小片に切ったもの)を寄せたり離したりしてグルーピングしながら進めた。これは、「かなり抽象度の高い、しかも比較的少数の概念的カテゴリーに対応するコードを選択的に割り振って」(佐藤, 2008)いく作業である。既出の焦点的コードに該当するかどうかを考え、該当しなかったりしっくりこなかったりした場合には、セグメント内容に立ち戻って探索的にセグメント内容とコード名を何度もつきあわせ、コードを追加したり変更するなどして、柔軟に改変しながら設定していった。

なお、言語表現の豊かさ、次々と連想が出てくる人なのかある点に固着する人なのか、また、年齢の違いや男女差、身体損傷の程度の違い、職業、子どもや孫の有無、など多様なインタビュー어의プロフィールを考慮すれば、何が回復・阻害要因になったかというインタビューにおいては、発言の中で、どうしても個人差による偏りが出てくることは避けられない。したがってオープン・コードが1項目しかなくても、焦点的コードを設け、発言を網羅的に拾っていった。

- ⑥ データの振り分け。研究の目的に沿って、予め設定した枠組みを上位項目として各コードをあてがっていった。すなわち、次の8項目に全てのデータは分類された。
 - 1) 回復に役立った要因 - 楽になった周囲の差し響き^{注1}
 - 2) 同 - 楽にした自助努力
 - 3) 同 - その他
 - 4) 回復を阻害した要因 - 辛くなった周囲の差し響き
 - 5) 同 - 辛くした自分の事情
 - 6) 体験して導かれた方策 - 周囲の対処
 - 7) 同 - 当事者による対処
 - 8) その他

- ⑦ 以上の作業を基にして、ケースを横軸、コードを縦軸に設定し全ての文書セグメントを書き込んだコード・マトリックス表を作成した。その際、ケース毎に色分けして、一目で弁別できるようにした。このコード・マトリックス表は、6ケースがタペストリーのように編み込まれ、「一方ではそれぞれの事例の個別性や具体性に対して十分に配慮

しつつ、かつ他方では、事例の特殊性を越えた一般的なパターンやある種の規則性を見出していく上で極めて有効な作業になりうる」(佐藤, 2008)機能をもっている。抽象化したコードもセグメントも一緒に記載されているため、ただちに現場の言葉に立ち戻れるというメリットも大きい。

上記の手順①～⑥の具体例を表 4-1 に示す。また、手順⑦で示したコード・マトリックスの一部を表 4-2 に示す。

表 4-1

手順	例 示	
①書き起こし	(そういう出会いというのは気持ちが楽に?) そうですね。そんな時には、「大丈夫、Eちゃんはまだ元気になった」と言ってくれるんで、やっぱり、人が少なくなったり、ちょっとしたきっかけで、まだ、閉ざしてしまうって部分もなかなか取れないんですけども。(E8)	
②セグメント分割	(そういう出会いというのは気持ちが楽に?) そうですね。そんな時には、「大丈夫、Eちゃんはまだ元気になった」と言ってくれるんで、(E8-1)	やっぱり、人が少なくなったり、ちょっとしたきっかけで、まだ、閉ざしてしまうって部分もなかなか取れないんですけども。(E8-2)
③セグメントの要約	「大丈夫、Eちゃんはまだ元気になった」	ちょっとしたきっかけで心を閉じやすい
④オープン・コード	励まされた	心の変調
⑤焦点的コード	楽になった言葉	症状
⑥データの振り分け	回復に役立った要因 楽になった周囲の差し響き	回復を阻害した要因 辛くした自分の事情

152

楽になった言葉			楽な関係			カウンセリング			子ども・孫			
声をかけてくれた	友人たちが来て、私が落ち込んでいて「泣きな〜」と言って、泣けなかったけど、すごく楽になった	（あと友人たち？）そうですね。えと、友人や知り合いが店にきたときに、多分私を見て、落ち込んでしまったのかな、と思ったんですよ。で皆さん気遣ってくれて、元気出してみたいな感じのことを言った後に、もう部屋に閉じこもって音楽ガンガンかけて泣きな〜とか、お風呂に入って泣きな〜とか言ってくれたんですよね。うん、でもなんか泣けなかったんですけど、泣ければよかったなとは思ったんですよね、なんか泣いた後に目を腫らして上がってくるのが嫌だったんですよね。後々のこととか考えてしまっ、あと次の日、目を腫らして職場にいたらどうしようとか、そんなことを考えてしまっ、うん、でもすごいなんか、気持ち的に楽になりましたね、そう言ってくれて。	D 8	動いてくられた	保険担当者の動きが期待以上	J 9	話ができた	カウンセリングで心にしみていたことを話せた	E 11	感情が和む	孫の笑顔や片言のおしゃべりで和んだ	E 5
声をかけてくれた	会社の人が家にきてくれて笑わせてくれて、お茶にも誘ってくれた	（「周りの人たちの声かけ、励まし、自分の辛さをわかってくれたこと」 具体的にどのような言葉をおかけしてくれましたか？） えーと、前の会社の人たちがほとんどうちの方に来まして、で、Eちゃんの元気な声聞きたいし、またわーわー騒いで笑ってくれたりして、またあそこにお茶飲みに行こうとか言って誘ってくれたときもありました。気を遣って。	E 7	気さくな若い看護師にホッとした	うん、それから、何か、入っても何かイヤで。中には気さくな看護婦さんもいて、若い子だったんですけど、気を遣って話してくれたり、そのときは、ワーいてくれたらホッとするわ、くらい言っ、今日の当直は誰なんだろっと思っ、うん、で、必ず、顔出すじゃないですか、今日、夜勤のだからですって入ってくるんですよ。その人だったらすごいホッとするっというか。	E 3 3	見守ってくれた	カウンセリングで見守ってもらった	F 12	感情が和む	孫が自分を手伝ってくれるのを見て嬉しい	E 6
休ませてくれた	「休め」の一言で癒され、命の恩人だ	たとえ事件の直後であっても、やはりそのような一言があったお陰で、大分癒されたし、今でもその人はね、思い出すけど命の恩人ですね。命の恩人。	F 17	見えないう辛いや、辛いといえない辛さを理解してもらった	（「周りの人の理解」？） あ、書き方がおかしくなっちゃったんですけど、要は、精神的、あと、怪我が表面的に見えていない、むち打ちみたいとか、が、知らない人からしたら、やっぱり何でも健康な人じゃないですか。本人、辛い辛いとも言えないし、もう周りが理解してくれると、やっぱり、有り難いっというか。	G 3 9	話ができた	カウンセリングで思ったことが話せて効果あった	K 9	感情が和む	おもちゃを作ったと子どもが喜ぶ	G 7

第2節 結果1（アンケート結果）

10名がアンケートに記載した内容を以下に集約した。

質問1 災害(または事件、事故)後の経過を振り返り、心身の状態はどう変化したと評価されますか？ 5段階で評価してください。	
悪化 やや悪化 1 不変 2 やや改善 2 改善 5	
質問2 上記について、主にどんな点が改善(悪化)しましたか？	
改善した点	悪化した点
☐ 記憶の濃度が薄くなった。新しい体験か古い記憶、特に自分にとって都合の悪いもの、思い出したくないことを頭の外へ押し出している。 ☐ 事故のことを考えても深くは考えないようになった。 ☐ 運転中にフラッシュバックしなくなった。あまりイライラしなくなった。 ☐ 思い出しても涙が出なくなった、お客さんに言われても普通に話せるようになった。 ☐ 常に思い出すことがなくなった。 ☐ 主人が元気になってくれたこと。 ☐ 車に乗っていても怖くなくなった。 ☐ 何のために生きているのかということを深く考えるようになった。	☐ 逆にふと思い出すと以前よりも恐怖感、落ち込み感が強くのしかかってくる。それがときに人に対する暴力的言葉などの攻撃性に変わってきているのが自覚できる。 ☐ 保険の対応 ☐ 事故のときのケガがいまだに治らなく、事故前のように動くことが困難になった。子どもがいまだに救急車や消防車を見るとおびえる。 ☐ 事故を思い出す、気持ちが落ち着かない(不安)、自分の身体でない。 ☐ 事故のときのケガが原因で日常生活に支障が出る時がある。
質問3 災害(または事件、事故)からこれまでを振り返って、あなたにとって回復の要因となったことには、どんなことが思い当たりますか？(どのようなことが気持ちを楽にしてくれましたか) 特に思い当たる・・・◎ 思い当たる・・・○ でチェックして下さい。 (*◎と○の数は人数を示す)	
時間の経過	◎◎◎◎◎○○○
休みを十分にとったこと	◎○○
好きなことや気分転換に心がけたこと	◎◎◎◎○ *1
睡眠を十分にとったこと	◎
身体の回復が順調だったこと	◎
目の前のこと(仕事、家事、子育て、勉強など)に集中したこと	◎◎○○
周囲の人たちの声かけや励まし、自分の辛さを分かってくれたこと	◎◎◎◎◎◎○ *2
賠償(保険)の話が順調に進んだこと、または保険会社の対応	◎○
加害者や当事者からの誠意が感じられたこと	◎○
職場の組織的な対応	○
信仰心・宗教心	◎
専門家の話を聞いた、あるいはカウンセリングなどを受けたこと	◎◎◎◎○○○○
余計なことを考えないようにしたこと	◎○
いつも通りに振る舞うようにしたこと	◎◎○
1人にならないようにしたこと	◎○
人と話をするようにしたこと	◎○○○
その出来事に関しては話さないようにしたこと	○
その出来事に関して、積極的に話すようにしたこと	◎◎○
自分の楽天的、前向きな性格	◎◎○
*1 それはどんなことでしたか？ ・本を読む、趣味、生活圏からのエスケープ ・手芸、家事 ・パチンコ ・旅行、コンサート、飲み会 ・外に出て家の中にいないようにしたこと ・体調に合わせて遠出してみたり買物をしたりしたこと	*2 それは誰でしたか？ ・配偶者と子ども ・親、親戚、友だち ・親や兄弟 ・子ども、親戚、友だち、職場の同僚 ・配偶者、子ども、友だち、職場の同僚、同じく事故でケガした経験のある人 ・子ども、友だち、病院の看護師さんたち

その他、自分で心がけたこと、実行したこと、周囲の関わり、偶然の出来事で、心が楽になったことはありませんでしたか？	
・一生懸命に生きることをやめた。 ・職場に復帰できたこと。子どもが元気になって一緒に公園で遊んだり話すことがどんどん楽しくなった。 ・怖い、辛いという思いを人に話したこと。 ・車にはなるべく乗るようにした。特に助手席。助手席に乗って事故にあっているの、また何事もなく平気で車に乗れるようになりたかった。あと、運転手に手伝ってもらって、事故のときと同じスピードを出してもらってそのGに慣れるようにした。入院中、救命救急の先生に事故の話聞かせてもらったり、警察の人に事故車の写真を見せてもらったりしたのも大きい。	
質問4 どんな言葉があなたの気持ちを楽にしましたか？（これを言ってくれて楽になったという言葉）	
・「少し休みなさい」自分から言い出せないでいたときの上司の一言 ・「亡くなった人の分まで頑張ろうとは思うな」（親の知人） ・「今でも傷が傷むでしょ？」「ママ大丈夫？」（子ども） ・「思いっきり大声で泣いてごらん」（友人） ・「事情が事情なので何も変ではありませんよ」（カウンセラー）	
質問5 災害（または事件、事故）からこれまでを振り返って、あなたにとって回復を阻害した要因となったことには、どんなことが思い当たりますか？（どのようなことが気持ちを苦しめましたか） 特に思い当たる・・・◎ 思い当たる・・・○ でチェックして下さい。	
時間の経過	◎◎○
休みを十分にとれなかったこと	◎○
好きなことや気分転換ができなかったこと、またはできなくなったこと	◎○○
睡眠状態が悪かったこと	◎◎○○
身体のリハビリが順調ではなかったこと（痛みが続くなど）	◎◎◎◎
障害が残ったこと、身体的能力が低下したこと	◎◎◎○○
仕事を失ったこと または家事ができなくなったこと	◎○○○
仕事上の待遇が悪くなったなど職場の組織的な対応	◎○○
マスコミに不本意なことを書かれたこと	
知られたくないことまで知られたこと	○
話し相手がいなかったこと	◎○
周囲の人たちが自分の辛さを分かってくれなかったこと	◎◎ *1
賠償（保険）の話が順調に進まなかったこと、または保険会社の対応	◎◎○
加害者や当事者からの誠意が感じられなかったこと	◎◎◎
病院やリハビリでの対応	◎○
専門家のカウンセリングなど	
*1 特に分かってほしかった人は？ ・職場の上司 ・職場の同僚 ・親 ・年齢が近い兄弟	
その他、周囲の関わりや偶然の出来事で、心が苦しくなったことはありませんでしたか？	
・自分が被害者であったのはその事件の数日。いつの間にか周囲の観点が変わっていた。 ・仕事を失ったこと。 ・リハビリに来ている人に、暇つぶしにきてると思われたこと。 ・昼間の仕事を辞めたこと。 ・病院通いで子どもとの時間が減った。 ・お客さんに対応中の同僚の楽しそうな笑い声。私だけがすごく悲しいのかと感じたとき。 ・身内他人関係なく、自分に接してくるときの言動がころころ変わる。必要以上に同情されること。 ・何も知らないのに知った風なことを言われること。 ・外出していて事故車と同じ車種やナンバーの車を見たこと。 ・歌詞を見て自分に当てはまったりすると涙が止まらなくなったりした。	

質問6	どんな言葉があなたの気持ちをいっそう苦しめましたか？(言ってほしくなかった言葉)
	・入院中は亡くなった人のことを考えない感じで「助かってよかった」と言われるのが嫌だったのですが退院してからは気にならなくなりました。 ・「まだ治ってないの?」「そろそろ仕事して下さい」(相手の保険屋) ・「自分のこと分かんなかったんだな」(お客さん) ・「あなたが元気じゃないと、ご主人は元気にならない」というプレッシャー的言葉 ・「生きていてよかったね」「亡くなった人の分まで生きないとね」と言われて素直に喜べない。自分の気持ちに嘘をついて笑顔で「そうだね」って返事をしなくちゃいけないときが多いから。相手が身内他人は関係ない。どちらかと言えば身内に言われる方が精神的には辛いかも知れない。同じ他人でも、亡くなった人と一緒にいた頃を知っている他人に言われるのも、そうでない他人に言われるよりも辛い。
質問7	災害(または事件、事故)後、仕事や生活に関して心がけるようになったのはどんなことですか？
	・真実は人に話せない。 ・周囲(事故を知らない人)からいろいろ言われても気にしないようにした。 ・あまり無理しないようにした。具合の悪いときは具合悪いことを伝えるようにした(夫)。 ・笑い声は何度も注意させていただきましたが、分かってもらえず。時間も解決させてはくれましたが考えないように、気にしないように。 ・忙しく働く、一人にならない。 ・家族と過ごす時間の大切さを知って、今まで以上に思い出をたくさん作りたいと思ったことかな。 ・人の話を根掘り葉掘り聞かない。なるべく事故前と同じように日常生活を送るようにする。
質問8	災害(または事件、事故)に遭った人が立ち直っていくために、どういうことが効果的だと思いますか？
	・時間の経過とゆとり。加害者の謝罪。 ・僕の場合は、事故のことを人に話すことが良かったのですが自分の思っていることを人に話すのが効果的だと思います。それと、あまり深く考えないようにすることだと思います。 ・一日も早く自分のやりたかった仕事に向かってガンバロウという気持ち。 ・周りの人の理解(心の傷やケガが周りの人が思う以上に病む)、気晴らし、子どもと遊ぶ、子どもの笑顔。 ・人の優しさや思いやり、時間の経過(考えても仕方がない)。 ・いろんな人に話すこと、思いきり泣き叫ぶこと、一人で悩まないこと、旅に出ること。 ・周囲の人の支え。 ・私の場合は、当たり前前の生活を普通に生活していくことで以前のように戻っていたので、特別に何かしたというのは一時的だと思う。自分が今どんな状態かを知るために、やはりカウンセリングをしてもらって自然と良くなるのが効果的と思う。 ・話を聞いてくれる。日常生活に戻ろうと努力しているのを邪魔しない人。その人に対して接する言動を変えないこと。それができないとってしまう場合は何もしなくていいから本人が望むときになるべくそのことに応えてあげてほしい。話を聞いてほしいと言われれば聞き、どこかにいきたいとお願いされれば一緒に出かけ、一人にしておいてほしいと言われたら本当にいなくなるんじゃないで隣部屋とか少し離れたところで待ってるとか。つきすぎず離れすぎず、でも決して一人ではないということを「いい聞かせる」のではなく「感じられる」こと。責めないこと。否定しないこと。身体の治りが早かったとしても心が回復するには時間がかかる。周囲の人にとっては励ましの言葉でも、本人にとってはそうでないことは多い。本人が専門家のカウンセリングを受けているのであれば一番その人と話すことの多い人も、その専門家に「本人にどう接してあげたらいいのか」アドバイスを本人に知られず聞いてみるのもいいと思う。

6名のケースのインタビュー内容は1-3の項で述べた手続きにしたがって分析され、表4-3に示すように集約された。セグメント数は280であり、25の焦点的コードに分類された。以下、オープン・コードを《 》、焦点的コードを【 】、対象者の発言は丸ゴシック

表4-3

		焦点的コード	オープン・コード
回復に役立った要因	楽になった周囲の差し響き	楽になった言葉	声をかけてくれた、自分だけじゃない、繋がった、励まされた、負担が軽減した、迷いが吹っ切れた、認めてくれた、休ませてくれた、理解された
		楽な関係	動いてくれた、考えてくれる、気さく、侵入してこなかった、誠意、待ってくれた、休みやすい、理解された、わきまえてくれた
		カウンセリング	気持ちが変わった、話ができ、見守ってくれた、理解された、信頼関係、聞いてくれた
		子ども・孫	頼りにされる、配慮、認めてくれた
	楽にした自助努力	意識を移動させた	気分転換した、目の前に集中した
		エネルギー保持・備給	休んだ、ゆっくりした、普通にした、考えないようにした、気にしないようにした
		心を軽くした	納得しようとした、話した
		役に立つ自分	仕事・世話をした
		考えを変えた	表わさないようにした、覚悟した、恐怖に立ち向かった、試練と受けとめた、前向きになった、発想を変えた
	その他	時の力	時間の経過
回復を阻害した要因	辛くなった周囲の差し響き	辛かったひとこと	傷ついた、プレッシャーを感じた、見放された、本心と違った
		辛いかわられ方	傷ついた、誠意がない、見放された、理解されない、納得できない
		負担・厄介	不安になった、プレッシャーを感じた、休めなかった
	辛くした自分の事情	症状	思い出してしまう、かわりたくない、心の変調、私はおかしい
		身体の変調	身体的不安
		浮かない気分	心を閉じた、子どものストレス、納得できない、プレッシャーを感じた、良くなると思えない、気分転換できない、話せなかった、不本意な回復
		経済生活の不安	仕事を失った、収入がない不安
体験して導かれた方策	周囲の対処	心に添う	気遣いしない、気持ちを察する、待つ、本人に合わせる、理解する
		孤独にさせない	話を聞く、家族関係が第一、一人にしない
		気を遣わせない	言動を変えない、邪魔しない、責めない・否定しない、プレッシャーを与えない、休ませる
	当事者による対処	専門家に聞く	専門家に聞く
		発散・抱えない	話をする、感情を出す、知る・納得する
		リラックス	気分転換をする、新しい体験でリセットする、ゆとりをもつ、煩わされない、休む、以前の日常生活をする
その他	その他	楽に考える	自分が背負わなくていい、性格を生かす、かわりを変える
		気づいたこと	生活が大切、加害者の謝罪、事件(犯人)のおかげ 人生の分かれ道、人間が変わる、見えてきたことがある

ク体で、筆者の発言や補足については（ ）で表記し、1-3の項目で述べた⑥の分類の順に記述していく。例示として発言のいくつかも記載していく。

3-1. 回復に役立った要因

(1) 楽になった周囲の差し響き

心的外傷を被った人が回復に役立った周囲や環境の在り方の要因には、【楽になった言葉】
【楽な関係】【カウンセリング】【子ども・孫】といったものが考えられた。

【楽になった言葉】

周囲の人びとの「言葉」が回復・阻害に与える影響は極めて大きい。「このひとことがあったおかげ」を受傷者は感じている。自分の沈鬱な姿をみてアドバイスをくれたり、心配して家にきてくれたりお茶に誘ってくれたりなど、「声をかけてくれた」こと自体に嬉しさを感じたり、同じような体験をした人と出会い、辛い思いをしたのは《自分だけじゃない》ことが分かって安堵したり、回復を待ってくれる職場や人の言葉で《繋がった》感がもてたりしたときなどに心が楽になっていた。励ましは本人の負担になることが多いといわれるが、身近な人から《励まされた》ことが気持ちを引き締め前向きに振り向ける場合があった。相手のひとことによって、心に抱えていた重荷や迷い、頑張らなくてはいといった気負いが緩み、《負担が軽減した》《迷いが吹っ切れた》と感じさせるような場合、また、自分の事情や辛さを《認めてくれた》《理解された》と感じられた場合、また、有職者は、職場から休みを明快に指示され、《休ませてくれた》場合も、大きな安堵感をもたらしていた。

「前の会社の人たちがほとんど家の方に来まして、Eちゃんの元気な声聞きたいし、わーわー騒いで笑わせてくれたりして、またあそこにお茶飲みにいこうとか言って誘ってくれた時もありました」(E)

「支店長が亡くなって1週間ちょっとだったんですね。なんで、(予定していた旅行を)どうしようかなってというのはあったんですね。でも周りに言われて、『行ってきた方がいいよ』というのがあって、思い切って行ったんですけど」(D)

「自分が亡くなった人の分まで頑張ろう、みたいなこと言ってたんですけど、その時は。で、その人にそれは違うと言われて。亡くなった人の分まで頑張ろうとすると自分までダメになっちゃうって言われたんですよ。そういう亡くなった人のことを思うのはお坊さんに任せておけばいいんだって」(K)

「『少し休みなさい』職場の上司です。この人が言っていたいたお陰でね、私もその場でガクンと膝着いちゃったんですね。ガクンと本当に。そのひとことって大きいですね」(F)

「なった人にしか分からないよねっていうふうに言ってくれるんです。大きかったですね」(G)

「辛いこと、一緒にいた方が亡くなったこと、そんなのいつまでも覚えている必要ないだろう、忘れてしまえって言うてくる人がすごく多かった中で、一人だけ、いたんですね。『そんなの忘れられるわけないでしょう！』って。『忘れなくたっていいんだ』って言うてくれた人がいてそれはすごい嬉しかったですね、あーって。それまでずっと忘れろ忘れろと言われて続けてきて、忘れないといけないのかなーって、でもやだなーって思ってた中で、そうやって言うてくれた人がいて」(J)

【楽な関係】

楽な関係というのは、安心や繋がりが感じられ心が軽くなったり緩んでいったりするようなかかわり、また、気を遣わなくてすむようなかかわりを具体的な行動で示してくれたもので、《動いてくれた》《考えてくれた》《気さく》《侵入してこなかった》《待ってくれた》《休みやすかった》《理解された》《わきまえてくれた》と感じられたものである。心がかき乱されないためエネルギーが漏出することはない。

「何かあんまり、そういう事故の話をしないうっていうか、してもあんまり深く突っ込まない感じだったんです。ただ、普通に話していて良かったっていうか。励ましていう励ましとかじゃなくて、ただ普通に話しているだけなんですけど」(K)

「要は、精神的、あと、怪我が表面的に見えていない、おち打ちみたいとか、が、知らない人からしたら、やっぱり何でもない健康な人じゃないですか。本人、辛い辛いとも言えないし。もう周りが理解してくれると、やっぱり、有り難いっていうか」(G)

「逆に、入院している間とかは、看護師さんとか先生方がすごい分かってるじゃないですか。ただ接し方をきちんと分かっているからだと思うんですけど、すごい気が楽になったりとか、うん、すごいあって、ちゃんと100%理解してくれてなくても、そう感じさせないで接してくれるのって大事なんだなーとは思ってましたね」(J)

【カウンセリング】

カウンセリングについては全員が言及していた。しかし、何が良かったのかという点については各人によってポイントが異なっていて、《気持ちが違った》《話ができた》《見守ってくれた》《理解された》《信頼関係》《聞いてくれた》などの要素が挙げられていた。筆者のように支援において傾聴を旨にしているものは、その役立ち感がしばしば分からず徒労や無力感に陥りやすいので、こういった声は興味深い。

「やっぱりこのカウンセリング、受けたことによって、なんか、気持ちが違いましたね」(D)

「心理の先生にかかって、言いたいこと、自分の心の中にしまっていたこととかをお話しできたということは、すごく楽な部分もすごくありました。助けられたところがありました」(E)

「専門の先生に話を聞いてもらったということね。よく分かってる人に聞いてもらうというのは違うと思いますよ」(F)

「そうですね、やっぱり話すことによって発散されるっていうか、うん、やっぱり聞いてもらえるだけでも違うし、辛いのを認めて自分は分かってもらえるっていうのが大きかったですね」(G)

「分かってくれる人がいない中で、こういうところ来じゃないですか。言いたくても言えないこととか言っても分かってもらえないことを、ここで言ってしまうんですよね。そしたら、ずっと溜め込んでから、やっぱ、ムカムカしてきたりとかするんですよ。精神的にイライラしたりとか。で、そういうのが、ここに来て、話して、あー楽になった、また来月来ましょう、と。そう、ここに来るのが、楽しみでもあるんですよ。ちゃんと聞いてくれる人がいる」(J)

「思ったことが話せて、というのが想像してたよりも全然効果あって、と感じたんですよ。入院してた時に。思ったことが話せるのは想像以上に効果あった」(K)

【子ども・孫】

家族の支えの力は大きいですが、中でも子どもや孫の力は大きいようである。仮に年齢が幼くても、いたいけない存在から《頼りにされた》《配慮してくれた》《認めてくれた》とい

った優しい思いやりを受けたような時は、受傷者をすこぶる元気にさせていた。

「孫たちに、踊ってみせたりとか、もともとそういうふうにしてた人なんで。(略)そういうことをするとすごいケラケラ笑って、で、手芸とかも孫たちに教えたり編み物とかも教えたりとか、料理もしたりするんで、ばあちゃん何でもできるんだねってことを言われるとやっぱり嬉しくなるかな」(E)

「あの一温泉とか連れて行ってきてるんですよ、娘たちも、温泉がいいということなので、連れてって来て」(E)

「おもちゃ作ったりしてあげたら、ママ上手だねって誉めてくれて、また作ってあげようと思って」(G)

「『ママ、痛い?』とか『大丈夫?』とか。事故の次の日に私寝たきりになってる時に、『ママ、死なないで』って言ったんですよ。よくそんな言葉知ってたなーと思って」(G)

(2) 楽にした自助努力

次に、受傷者自身の気持ちが沈下しないように、あるいは引き上げるためにどういった試みが行なわれてきたのかという点を挙げていきたい。偶然もたらされるものといった要素をもつ周囲や環境の差し響きと異なり、この部分は恣意的に心がけ努力した要因である。

【意識を移動させた】

ストレス解消法の常套手段とでもいうべき《気分転換した》というのが、心的外傷からの回復場面でも多かった。具体的には、旅行、コンサート、飲み会、温泉、遠出、読書、趣味、買物、子どもと散歩などであった。また、家事や仕事など《目の前のことに集中した》ことで意識を逸らせるやり方も有効であった。

「本当に何十年ぶりかで東京まで行ってきたんですよ。それは多分大きかったと思いますね」(D)

「えーと、手芸がもともと好きなので、やっぱり一番最初に取り入れたというか、手芸からはじめようという感じで」(E)

「うちに閉じこもってもダメなんで、できる限り自分の生活圏から、逃げるっていうかなー。エスケープするってのが。僕たちの生活圏から逃げ出す、エスケープする、これが私にとっての一番の癒しかなって思ってんです」(F)

「やっぱりフと考えること、あるんですよ。事故のこと思い出したりとか。でもなるべく、ゆとりなくあれやってこれやってって(子どもが)言うんで、それにしがたって遊ぶのに集中したっていうか」(G)

【エネルギー保持・備給】

エネルギーの保持・備給というのは、無駄なエネルギーを浪費しない、またはエネルギー蓄積に心がけたというものである。それには、睡眠を取り休暇を取って《休んだ》こと、《ゆっくりした》時間を取ったこと、《普通にした》り、余計なことを《考えないようにした》り、人から何か言われても《気にしないようにした》といったものが挙げられた。

「もうとにかくもう考えないようにしようとか、少しでもグッと寝ると身体が楽になって、次の日が楽になって」(E)

「ゆっくりした時間を過ごすっていうことが、あんまりなかったんで、怪我をして動けないのもありましたけど、ゆっくりした時間ってこんなにいいものなんだな、と思ってましたね」(J)

「病院のリハビリに來ているおじいさんおばあさんからいろいろ言われるんですよね。一人っ子が悪いとか言われたりもするし、今までね、事故で通って辛いのに、そんなこと、何で言われなきゃいけないのかなーとか。気にしないように、流して」(G)

【心を軽くした】

自分から《話した》りすることで、重く沈みそうな気持ちを少しでも軽くしようとする人が多かった。またある人は、情報がなくて気持ちが晴れないのを解消するために、不確かだった情報を人に聞いて《納得しようとした》。

「なんか自分だけ一人で落ち込んで悩んで抱えてっていうのは嫌だったんですよね。だから、割と何でもそうなんですけど、何か嫌なことがあると、だれかに相談しますね。」(D)

「これ良かったのかは分かんないんですけど、何かこう、話さないのが、自分にとってダメなんじゃないかと思ったんですよね。事故のこと。普通に話さなくてもよくても話したり。(とにかく話した方がいいと思った?)うん。こう、自分の中で止めちゃうと、ダメなんじゃないかなって思った(もし止めると、どういうふうになりそう?)何かその、考え込んじゃうような」(K)

「しゃべって楽になる部分が結構あるから、別に事故の話じゃなくてもギャーギャー騒いでいるだけでもいいんですけどね、それはそれで楽しかったりするから、少なくとも暗い気持ちにはならないですからね」(J)

「間に人を挟んで、こうだったんだよと聞かせるよりも、実際、かかわってくれた人に直接聞いた方が、納得がいくと思ったんですよね、自分の中で納得がいくから、それだったら、ちょっと時間割いてもらって、話を聞かせてもらえたらなーと思って、無理矢理頼み込んで」(J)

【役に立つ自分】

仕事をしていた人は早く仕事に復帰したいと願う。在宅の人は家事や子ども・孫の面倒で役に立つことを願う。経済生活に困るからということよりも、《仕事・世話をした》ことで、迷惑感の解消や貢献感覚に結びつく満足感があるように思えた。

「昼間の仕事辞めたことも悔やんでたし、あと、夜のバイトは復活を待ってもらっていた状態なので、それで結構、胃を悪くしたりとか用心してたんですけど、復活したことで迷惑かけなくて良くなるというのもあったし」(G)

「家事も、しばらくやってなかったんですけど、娘が仕事に行くようになってから少しでもお手伝いしようという気持ちがあって。孫はみてたんですけども、前、作っていたものを作って、帰ってきたらすぐ食べれるように。あと、お風呂を焚いたりとか」(E)

【考えを変えた】

不快な気持ちを《表わさないようにした》り、嫌な思いをしなければならないことを《覚悟した》り、わざと《恐怖に立ち向かった》りなど、自然に湧いてくる感情にほだされることなく自分の意志で決断・実行したという事柄がみられた。また、《試練と受けとめた》《前向きになった》《発想を変えた》など、襲ってきた災難に対して考え方を変えて対処した試みも報告された。

「気をつけてはいるんですけども、こう、何かいろんな場面に当たると、ショックっていう感じ。だから、ちょっとした言葉でも、すごく気になるときがあるんですよ、娘と話していても。で、顔に出したらまずいなって思うときは、奥の方の部屋に行って、うん、何かブスブス、私、自分で言ってるんですよね」(E)

「とりあえず、だいたい1ヶ月は覚悟しなくちゃいけないな、と思って、うん、だから、自分の中で、絶対に冷静にしようというのありましたね」(D)

「なるべく、車の事故だったじゃないですか、車には乗るようにしてましたね。(略)事故に遭って怖いから乗れないんじゃないこの先、困るんで、それはまずいなと思って」(J)

「キリスト教の人って、何かあると、それが何か神がくれた試練という考え方してて、試練というか、それを試されているというか、考え方してて、で、そういう考え方とかあったから、慣れてたから、そういうの良かったんじゃないかなって思います」(K)

「ふだんそんなに前向きじゃないんですけど(笑)。なんかあんまり、あんまり深刻過ぎて、前向きにならざるを得ないっていうか」(K)

「落ち込んで何かブルーになってて、世界が違うように見えちゃったことがあったんですよ。(略)普段は感じないところに自分がきた、と思うようにしたんですよ。世界が変わってみえちゃうというので。それで思ったのは、多分どうせ何かのきっかけで、また普通に戻るから、ブルーのときはそのままブルーな感じを楽しもうと。それで気が楽になったことがあります」(K)

(3) 時の力

「時の力」は、人や周囲の影響でもなく自助努力の範疇でもないが、6名全員が回復要因として挙げていた。いわゆる日日(ひにち)薬といわれる《時の経過》である。強い衝撃を受けた体験は、次々に生じる日常生活の雑多な出来事に紛れるようになり、忘却作用によって薄れてくるようである。

日々薬の効果は、「痛みがなくなった」という肉体的な変化と、「頭の中で整理や忘却が起き、新しい知識や体験が積み重なっていく」「その時の感情がその後いろいろな出来事があって忘れる」など辛いことを「忘れることができる」という記憶の薄らぎのときに感じられていた。

「えーと、頭なんですけども、今まですごいい痛みが強いのが、ほとんどだったんですよ、強いのが。(随分訴えてられましたねえ)ハイ、それが今は、強い痛みが少なくなって、ジワジワと病んでることは病んでるんですよ、今でもね。その強みが少なくなったということには、ちょっとは楽になったかな」(E)

「やっぱり時間の経過とともにね、自分の頭の中にね、色んなのが整理されてくるんだけど、だんだん自分にとって都合の悪いものが忘れていくというようなことがあるんですね、だから時間の経過とともに、どんどん新しい知識とか、いろんな体験を積んでいくことなんでしょうね」(F)

「時間の経過は結構大きいですね。やっぱりある程度時間が経てば忘れるっていうか」(G)

「もう、そのまま時間の経過で、なんか忘れるわけじゃないんですけど、何となく、その時の感情っていうのか、そういうのが忘れるっていうか、その後にいろいろあって、そういうのを忘れちゃう」(K)

3-2. 回復を阻害した要因

(1) 辛くなった周囲の差し響き

周囲の人が意図的であろうとなかろうと、回復を妨げるのは不快感や憂うつ感や負担感を感じさせるもので、それは【辛かったひとこと】【辛いかかわられ方】【負担・厄介】と

いったものに集約された。

【辛かったひとこと】

辛かったひとことというのは、「ムツとした」「カチンときた」「すごいショックだった」「何でこんなことを言われなきゃいけないのか」「イヤになった」などの感情的表現にみられるような、《傷ついた》体験をしたときの言葉である。

「上司から『保険証もらっていきたい』ということで、入院してまだ何日も経ってないのに言われた時はすごいショックだったですね」(E)

「最初はね、大変だったねとか何とかの言葉があったけれども、だんだんそれがね、やっぱり何か変な意味になってきて、『お前、この病気で一生食わしてもらおうと思ってんのか』という言葉も実はあったんです。イヤになりましたね」(F)

「相手に悪気がないことが分かっているけども傷つく。職場でもそうだしどこでもそうなんですけど、『まだ治ってないの？』みたいな感じで、本人的には大して悪気はないと思うんですけど、こっちからしたらそれが傷つくっていうか……」(G)

また、傷つくというわけではないが、《プレッシャーを感じた》《見放された》《本心と違った》ことを相手の発言に感じたときに心が辛くなっていた。それぞれ言葉を換えると、相手の言葉で心の重荷を感じたとき、繋がりが切れたと感じたとき、自分の気持ちに添わないことを言われたとき、である。

「その人(亡くなった同僚)の親に『亡くなった人の分まで頑張ってるね』と言われたんで……それがまたプレッシャーみたいな」(K)

「やっぱり、周囲の人ってね、傍観者なんですよね。その時限りで、なんていうか、大変だったねという言葉はあるんだけど、それはその場限りですね」(F)

「『亡くなった人の分まで生きないとね』と言ってくれる人は慰めてくれてるわけですよね。それが分かるから逆に、いや自分は実はそう思っていないだとは言えないわけですよね。だから結局、そうだねって言うしかないんですよ。で、後から一人になった時に、なんで、そんなこと、思っていないのになーって」(J)

「言い方によるんですけどね、亡くなった人とかの話をしながら言われるのは全然いいんですけど、そういう人の話が一切なくて、自分が助かって良かった的なことを言われると、結構イヤな感じで」(K)

【辛いかかわられ方】

言葉だけでなく周囲の態度や対応によって《傷ついた》と感じたり、《誠意がない》《見放された》《理解されない》《納得できない》といった気持ちを引き起こすような接し方をされたりすると、落胆や怒りが生じ、回復にマイナスになると受けとめられていた。

「(必要以上に同情されると)だんだん、イライラしてくるんですよね。いや、そこまで深刻になってないから！とか。ひとことで言うならそんな感じですね」(J)

「これは未だに相手(加害者)の顔も知らないっていうか、一切会っていないで。連絡もないし」(G)

「それとやっぱり極限に達したのは、裁判のことでしょうね。裁判にだれも職場の人間が来なかった。無関心だったということですよね。それがやっぱり会社の実態だったんですね」(F)

「とりあえず皆に何度か言ったんですよね、とにかくこっちは笑い声は漏らさないでって、(略)

喪に服すわけではないけど、なんかこう、笑ってるような状態ではないんだからっていう話はしたんですよ。そうすると、分かったとは言うんですけど、やっぱりこう、分かってもらえてなかったって。もう4回5回言ったんですけど」(D)

「けどどう考えてもおかしいですよ。そこまでやっぱり冷遇されてるっていうんですかね。そんなのも、こうやってお話ししている最中も、またちょっと、カッカカッカ、してましたね」(F)

【負担・厄介】

日常、ストレスを感じる場面があるのは普通のことではあるが、心的エネルギーが低下している受傷者にとっては日常的ストレスもひとしおダメージは大きいダメージになるようである。いつもと違うことが起きたり物事が順調に進まなくて《不安になった》り、立場上、負担を背負わなくてはならなかったり、関係ないことを聞かれて《プレッシャーを感じた》り、休みたくても《休めなかった》りして、負担や厄介感を感じる時である。

「保険会社の担当さんが代わった時は、もうダメでした。もう、担当が代わってから終わるまでの間、ずっとイライラしてました。またか、この担当って。ホント、すごいイライラして」(J)

「できればこう、忘れよう忘れよう、考えないようにしようって思いながらも、(略)皆、そうなんです。何人もこう、(どういう理由で上司が亡くなったのかを)聞いてくるんで、ある程度こう、詳しくってというか、教えなくちゃいけない。それを毎回毎回、だったんですよ」(D)

「ゆとりがないです。だからそこでもね、(休みを取らないで)一生懸命やらなきゃいけないという気持ち、まだまだ働いてたんですよ」(F)

(2) 辛くした自分の事情

回復の促進を阻害するのは自分自身の側にも要因がある。それには【症状】【身体の変調】【浮かない気分】【経済生活の不安】が挙げられた。

【症状】

何かのきっかけで《思い出してしまう》という再体験、不眠などの過覚醒、思い出す場面や人と《かかわりたくない》回避のほか、心を閉ざしやすくなったり記憶や思考や集中力の低下を感じたりする《心の変調》は、大きな不安をもたらし、《私はおかしい》のではないかといった拠り所を失ったような気持ちが認められた。

「うん、それでやっぱり眠れない分があって、薬に頼ってる分もあるのかなと思うんですけど、とにかく考えたくないんです、何にも、夜は」(E)

「この地域を忌避、忌み嫌うわけだから、違う地域に行きたい、1歩でも2歩でも遠くに行きたいという気持ちが働いたんでしょうね。このね、一連の流れから、人ガイヤになったんでしょうね」(F)

「やっぱり、人(と会うこと)が少なくなったり、ちょっとしたきっかけで、まだ、閉ざしてしまっていて部分もなかなか取れないんですけども」(E)

「やっぱりなんか、ふと、こう、思い出し思い出しというのはあったんですよ、この時には。なんか信じられないっていうのもありながら、こう、周りに話してても、なんか、絶対、今の私はおかしいだろうなっていうのはあったんですよ」(D)

【身体の変調】

いつもと違う身体の変調や痛みはリアルで切実であり、意識が固着しやすく不安を醸し出す。執拗な痛みが襲ってきたり、傷が腫れたり、思うように身体が動かなかったり、新しい病気が発見されて薬を飲まなければならなくなったりなど、《身体の不安》が増長すると、体調に自信を失い今後の見通しにも閉塞感が出てきやすい。

「で、すぐ治るもんじゃないし、3ヶ月ないし1年くらい薬飲んでもらうよって言われたのもすごいショックだったんですよ。で、自分は、病氣したことないっていうのがあったんで、すごいなんかショックで」(D)

「私、自信ないのは、痛みだとか首が回らない、そういうふうになったときにちゃんと上手に(介護者として)患者に接していけるのかなって思うんですよ。で、あっち痛いこっち痛いって言いながら、仕事はできないので、だから、最初のうちは働いても、パートかなって」(E)

「あれもなあさら、身体動かない自分がすごい悔しくてしょうがなかったんですね」(G)

【浮かない気分】

身体の変調だけではなく、気分がすぐれなくなることで気持ちがいつそう後退することも多い。その背景には、人間関係がこじれて《心を閉じた》とき、《子どものストレス》を感じたとき、《納得できない》とか《プレッシャーを感じた》《良くなると思えない》ときなどがあった。また、好きなことができなくなるなど《気分転換できない》ときや、話をしたくても相手が聞いてくれる雰囲気ではなくて《話せなかった》ときも気分を落としていた。亡くなった人がいるのに自分だけが良くなっていく状態を受け入れられないという、いわば《不本意な回復》の体験を語る人もいた。

「それは、最初の頃は(家事を)やろうという気持ちだったんですけど、で、つい最近ですけど、やりたくなかった時もあるんですよ。すごーもう、(家族と)喧嘩になると、なんで私がこんなことしなきゃいけないのって気持ち。で、そのままほったらかしにしておくとかいう感じ

の部分もあったんですよ」(E)

「で、この子も間が空いちゃったんで、そういう所に預けられるのがイヤだって、週に1回通ってた話児所も、もう、泣くんで辞めちゃったんですよ。毎度毎度行く前に大泣きするんで良くないなと思って」(G)

「時間が経つにつれて、身体って少しずつ治っていくじゃないですか。でも自分一人だけが治っていくんですよ。事故に遭った時は二人なのに。なんで自分一人だけって、それがすごい許せなかったんですよ。だから時間、止まっちゃえばいいのになって思ったりもしましたね」(J)

「私は、きつとなんかそういうカウンセリング受けても、今の私はきつとどうすることもできないだろう、っていうか、そういうのはあったんですよ。聞いてもらうことによって私って気持ちが変わるかな、楽になるのかなとか、うん、それはすごく思ったんですよ」(D)

「自分は本当は休みたいな休みたいな、もうちょっとゆっくりしたいな、という気持ちがあったんだけど、自分からなかなかそんなこと、言い出しにくいんですよ」(F)

「そうですね。身内関係は、話しても、またかよって感じていたから、そのうち話するのもやめましたね」(J)

【経済生活の不安】

仕事やアルバイトが継続できなくなった人は《仕事を失った》《収入がない不安》を強く

訴えていた。経済生活のゆきづまりという理由だけでなく、仕事を手放すことへの抵抗感がみてとれた。

「長くやるつもりで(仕事に)入れてもらってて、それで、一時待っててくれたんですよ。できませんって言う時は辛かったですね。今も、たまにその上の人と連絡とってるんですけども、なかなか復活するには辛いというか」(G)

「前してた仕事がすごい好きで好きで好きでしようがなかったんですよ。身体を使う仕事だったんですけどね。好きでやってたことだったから、それができなくなった、となった時に、ああーって」(J)

「まあこれで示談しましたよって言うんだったら、いくらかのお金が入ってきて、1か月これだけ使えばいいんだわって、その間に仕事捜せばいいんだわって思うけど、その見通しもつかない感じなんで、そういうのがすごい不安」(E)

3-3. 体験して導かれた方策

さて、受傷者たちは、自らの体験を振り返った時に、災害や事故に遭った人たちが心の回復を果たしていくためにはどのような対処が効果的だと考えるのであろうか。当事者自身が提案する回復の手法を次にまとめてみる。

質問時には、特に「周囲の対処」、「当事者による対処」といった分け方はせず、自由に語ってもらったが、この2つの括りで叙述をコーディングした。その結果、周囲の対処としては、【心に添う】【孤独にさせない】【気を遣わせない】【専門家に聞く】といった対応、当事者による対処としては、【発散・抱えない】【リラックス】【楽に考える】といった対応が挙げられた。

(1) 周囲の対処

【心に添う】

心に添うことがどんなに大切か、Jはそのことを強く語っている。相手の気持ちが分からないのに分かった振りをするような《気遣いしない》こと、説明しなくても《気持ちを察する》こと、周りが焦らせることなく《待つ》こと、本人がどうしてほしいのか、《本人に合わせる》こと、回復には時間がかかることなどを《理解する》ことである。

「結構、浮き沈みが激しいんですよ。ものすごく激しいから、こう、そばにだれかがいるのが嫌だったりするときもあるわけですよ。泣きたいときとか、みられたくないと思ったら、いて欲しくないし、逆に、独りでいると不安になるときがあるから、そばにいて欲しいときもあるんですよ」(J)

「急がせないことかも知れませんね。(心が回復するには時いや、全然いいですよ。(そのひとことがあるといい?) それ、自分はあんまり感じなかったんですけど、それあった方がよかったと思います」(K)

【専門家に聞く】

周囲の対応として、分からないことは【専門家に聞く】対応がよいという意見があった。

「本人が専門家のカウンセリングを受けているのであれば、一番その人と話すことの多い人、その専門家に『本人にどう接してあげたらいいのか』アドバイスを本人に知られず聞いてみるのもいいと思う」(J)

(2) 当事者による対処

【発散・抱えない】

心の中の不安、疑惑、積もった感情を、だれかと話をして、発散したり納得したりして解消していくことが勧められていた。たとえば、一人で感情を抱え込むのではなく分かってくれそうな人に《話をする》、話したり泣いたりして《感情を出す》、疑問の点を《知る・納得する》、といったことである。

「娘には先生は(私の怪我のことを)お話ししてみたいなんですけど。まあそれは聞かなくても良かったのかなという部分はあるけど、でもやっぱり知っという方が自分的には、いつになったら治るんだろうって思うよりも良かったのかなって思ったりして」(E)

「何か自分で実感して、あー大事なんだな、何か話すっていうのは。(それは仮に専門家でなくても、何でも話ができるっていうことはとてもいい、ということですか?)ええ、そういう相手がいるとないんじゃないかな全然違う」(K)

「(実際に泣けたら本当にもっと楽になったと?)そうですね。もっと早く楽になったかなとは思いますがね」(D)

【リラックス】

リラックスは、平常生活でも脱ストレスのために必要であるが、受傷者の回復のためにも有効な手段になるということであった。旅行などで《気分転換をする》、《新しい体験でリセットする》、時間的、経済的な《ゆとりをもつ》、《煩わされない》、《休む》、なるべく《以前の日常生活をする》といった対応が挙げられていた。

「新しい体験を積極的に取り入れないと古いものは消えていかないわけだから。言葉で言うと、リセットっていうのかな。これはやっぱり必要なんじゃないですかね」(F)

「そんな人(ゆとりのない人)にはちょっと気の毒なんだけれども、結局は、病気を悪くしたり、その頭の方が整理できなくなったりというのがないんじゃないでしょうかね。(ゆとりというと?)経済的なゆとりです」(F)

【楽に考える】

無理な頑張りをやめ、負担にならないような楽な受けとめ方やしのぎやすい考え方に変えていくことが示されていた。《自分が背負わなくていい》と思うこと、楽天的な人であればその《性格を生かす》こと、また、仕事生活を続けていくために職場での《かかわりを変える》ことなどの工夫をすることである。

「その時にお坊さんが何でいるのか分かったんです。(じゃ、亡くなった人のことは自分が背負うんじゃないかってお坊さんにお任せしようというふうな?)と思えたというか、そうなんだなー」(K)

「今更一生懸命やることはないんじゃないかな。私自身の哲学です。もう、一生懸命にやることを止めました。適当にやるようにします。結局それがね、自分を追い込んだと思うんですよね」(F)

「今回の裁判でハッキリ分かったです。正論を言っても通らないっていうことなんですよ、世の中はね。だから、逆に言うと、真実を言わない方が自分にとっては得なのかなっていう感じがしてるんです」(F)

3-4. その他

回復要因にも阻害要因にも当てはまらない発言があり、それらはこの出来事を通して今まで分からなかったことに【気がついた】こととして集約された。それは、《生活が大切》《加害者の謝罪》《事件(犯人)のおかげ》《人生の分かれ目》《人間が変わる》《見えてきたことがある》などであった。

「うん、だから、不思議なんだよね。逆に犯人に対してね、どうもすみません、よくやってくれましたっていう気持ちもあるんだよね。なんだよね、これ。同情心っていうか。(今まで伏せられていたものが開かれて)あんたのお陰で見えたよって感じで。何か変でしょ」(F)

「これが命を失うような怪我を負ったとかね、腕がちょん切れたとかあった場合はこんなことは言ってもらえないんだけど。うーん、私にとっては、人生の分岐点だったのかなって思います」(F)

「見えたの。見えてきたの。何が見えてきたかという、周囲の人の僕たちに対する評価が分かってきたっていうこと」(F)

第4節 考察

4-1. アンケートとインタビュー分析からみた回復の促進・阻害要因の特徴

第2節と第3節では、単回性の心的外傷受傷者の声に基づいた回復促進要因と回復阻害要因を広く抽出していった。次には、それら全体の要因から、促進・阻害となってしまう要因の特徴を検討していきたい。

(1) 周囲の差し響きの力は強力である

受傷者は周囲の些細な言動に翻弄されてしまう。調査から、小さな出来事に動揺と安堵を繰り返し、そのたびに気持ちの軽重の度合いが目まぐるしく変化している受傷者の様子がうかがわれた。なぜならば、気持ちを楽に、あるいは苦しくした出来事には、たったのひとことやちょっとした言動が多数挙がっていたからである。

自分の状態や辛さを《理解された》《認めてくれた》というのは安心感をもたらす上で非常に有効で、《声をかけてくれた》とか《侵入してこなかった》だけでも安心していた。さらにその上で《考えてくれる》《待ってくれた》《休みやすい》など行動として配慮してもらえると、心的負担は軽減されていた。アンケートでも「周囲の人たちの声かけや励まし、自分の辛さを分かってくれたこと」の項目に10名のうち7名が「特に思い当たる」とチェックしていた。逆に、《理解されない》《誠意がない》《傷ついた》《納得できない》《プレッシャーを感じた》《見放された》《休めなかった》などの周囲の言動は心を直撃して心労を深めていた。

これには、外傷の衝撃が他人や周囲とかかわる力を萎えさせるため、初期のころはどうしても他者の言動に過敏になり、通常であれば気にならなかったりはね返すことができるような言葉でもダメージになりやすい、という背景があると思われる。また、受傷者は他人や社会からの刺激に対して無防備で一方的な受け身の態勢になりやすいことも、周囲の言動に翻弄されやすい一因なのであろう。

回復方向であれ、阻害方向であれ、とりわけ受傷後初期の段階には、他者の言動は容易に受傷者の気持ちの方向づけ、目まぐるしい浮き沈みを生み出してしまっていた。

実際に、こういった周囲の言葉が受傷者を楽にし、逆に傷つけたのか、それを一覧にしたのが表4-4である。

表4-4 救われた言葉と傷ついた言葉

救われた言葉	B「事情が事情なので何も変ではありませんよ」(カウンセラー) D「思いっきり大声で泣いてごらん」(友人) D「そこまでお前がショックを受けているとは」(夫) E「大丈夫、Eちゃんはもう元気になった」(昔の同僚) E「おばあちゃん、何でもできるんだね」「私たちのばあちゃんに良かった」(孫) F「苦しかったでしょう」(カウンセラー) F「少し休みなさい」「休んでいいよ」(自分から言い出せないでいたときの上司の言葉) F「父さんの大変さが分かった」(家族) G「今でも傷が傷むでしょ」「なった人にしか分からないよね」(知人) G「ママ、死なないで」「ママ、痛い?」「大丈夫?」(子ども) G「待ってますよ」「よくなってからでいいよ」「具合悪いときは休んでもいいから」(上司) J「そんなの忘れられるわけないだろう」(友人) K「亡くなった人の分まで頑張ろうと思うな」「人の命なんて背負えるほど軽くない」「そんなのお坊さんに任せろ」(親の知人) K 事故のことを聞くと「ちょっと事故のことを聞いてもいいか?」と言われると楽
傷ついた言葉	C「あなたが元気じゃないとご主人は元気にならない」(友人) D 急死した人に対して「自分の健康のこと分かんなかったんだな」(客) E「保険証もらっていきたい」「もしよかったら(職場に)きてもいいんだよ」(上司) E「働いてないの?」 E「傷がきれいになったねー」痛みが残っているのでそれほど良くなっていないのと思う F「この病気で一生食わしてもらおうと思ってるのか」(同僚) F「その場限りの「大変だったね」(同僚) G「まだ治ってないの?」(保険担当者、同僚) G「まだリハビリに通わないといけなの?」リハビリに暇つぶしにきていると思われた G「腫れが治ったらもう治っただろう」(夫) G「そろそろ仕事して下さい」(保険担当者) J「生きていてよかったね」「亡くなった人の分まで頑張らないとね」(知人) K 死亡者のこと抜きで「助かって良かったね」という言葉をかけてほしくなかった K「亡くなった人の分まで頑張ってね」と言われてプレッシャーだった

(2) 受傷者は実は話したがっている

第2章では、心的外傷受傷者が出来事を語れない理由を考察した。本調査でも、《傷ついた》《プレッシャーを感じた》《見放された》《本心と違った》《理解されない》《不安になった》《話せなかった》《表わさないようにした》《気にしないようにした》など、語れない、あるいは語りたくない心情を裏付けるようなコードが見出された。第2章で見出された「理解してもらえないはずがないという諦め」や「傷つくことの怖れ」「相手を困らせることへの配慮」の心情は本調査でも認められた。

話しても分かってくれないのではないかと、どう思われるのか、思いやりのない態度や邪険な言葉が返ってきたらどうしよう、本心を抑えて相手に合わせるのもいやだ、という不安はしばしば現実化するため、これ以上傷つきたくないと思っている受傷者を過敏かつ臆病にさせてしまう。

しかし、本調査では、それとは違う受傷者の一面が現われていた。それは、体験して導かれた方策のところで、周囲は《話を聞く》、当事者は《話をする》《感情を出す》、ということが挙げられていたことである。つまり、受傷者は理解者を求めるために自分から話を

したがっているのではないか、そして話を聴いてくれる周囲の人を捜しているのではないかと思われたのである。

これが顕著に表れているのが「カウンセリング」に関する記述である。アンケートでも、カウンセリングを受けていない1名を除いた9名のうち8名が「専門家の話を聞いた、あるいはカウンセリングを受けた」ことを回復要因に挙げている。

その理由は、カウンセリングが、傷つくこと、プレッシャーを感じることに、見放されること、本心を繕わなくてはならないこと、理解されないこと、不安になることなど、受傷者が日常の周囲の人たちとのかかわりで抱えている不安や重荷を放免して話ができるからであろう。

このことから、受傷者が慎重になって話をしたがらないのは、話をすることで生じる重荷を想定し心痛が重疊化^{ちようじょう}することを怖れているだけで、必ずしも話をしたくないわけではないと考えられる。つまり、不安を与えずに丁寧に話を聴いてくれるという保証があれば、むしろ話をしたいと思っているのではないか。話を聴いてくれる人の存在は回復の上で大きく機能し、カウンセリングではさらに「よく分かっている人(専門家)に聞いてもらう」効能があると語った人がいた。

(3)「変わらないもの」は安心感をもたらす

【楽になった言葉】や【楽な関係】の特徴は、気を遣わなくてもいいところである。いつもと同じように《声をかけてくれた》《気さく》《見守ってくれた》ようなかかわりは安心感を生んでいた。また、自分自身も《普通にした》《ゆっくりした》、家事や子育てにいそしんで《仕事・世話をした》りして、日常生活を再開していた。方策にも《言動を変えない》《気遣いしない》などが挙がっていた。Jはアンケートで「当たり前の生活を普通にしていくこと」が効果的と書いた。仕事に戻ることが効果的という人もいた。つまり、変わらないものにふれたり確認したりする作業は相当な安心感をもたらしていた。第3章で、日常生活場面には力があると考察したが、アンケートやインタビューの声の端々から、日常生活を取り戻すことが心の建て直しに重要であることがうかがえた。

非日常的で了解困難な事象による混乱は、まず安心・安全感によっておさめていかなくてはならない。復興庁(2014)の発表によると、東日本大震災において、「助かった、助けられた命」であるにもかかわらず体調を崩すなどして死亡する震災関連死が2014年3月の段階で3000人を越えている。肉体的・精神的疲労などが原因の一つとされているが、その中には環境の激変によっていつもの日常生活が奪われたことによる安心感の剥奪がストレスとなり、生命力を奪われたケースが少なくないのではないだろうか。

私たちが故郷に帰って安堵するのは、かつて親しんだ山河、家々や街並の風景や人々や方言が、変わらずそこにあるからであろう。変わらないと思っていたものが突然変わったり、世界が急に牙を剥いて自分に襲いかかってきたりするのは、自分が拠り所としていた軸足を失ってしまうような不安と恐怖の体験である。人がそこから立ち上がっていくためには、変わらないものを見出しそれを軸足にしていく必要があるのではないか。軸足を失ったかのように感じている人が、「変わらないもの」を見出し依拠していく、あるいは再建し復興の姿に接することは大切であると思われる。

だからこそ、災害時の学校の再開などは、子どもたちだけでなく地域の人びとを元気に

するのだろう。子どもたちの姿、登下校風景、部活や合唱の声、音楽、黄色い年少児の声など、いつもそこにあったものが蘇ったときに、こころは高揚し活気づくのだと思われる。たとえば東日本大震災から4年目になる2015年春には、JRの鉄路が石巻線の終着駅であった女川駅まで延長し復活する。こういった出来事は、地域の人にとっては実利を超えた深い意義があるはずである。

「いつもと同じ風景」「いつもと同じ子どもや孫の笑顔」「いつもと同じ知人(の振る舞い)」「いつもと同じような家族」「いつもと同じ生活の匂い」「いつもと同じ音」、そして「いつもと同じようにかかわってくれる支援者」が果たす役割は大きいと考えられる。

(4) 心身の不安と経済生活の不安は大きな阻害要因になる

第3章の考察で、症状や身体的苦痛があれば他の回復・阻害要因を凌駕して影響するため、医学的な対応が重要であると述べたが、アンケートでも、回復の阻害要因として割合が多かったのは身体状況に関することであった。「睡眠状態が悪かったこと」「身体の回復が順調でなかったこと」「障害が残った、または身体的能力が低下したこと」のチェック数が他の項目より多かった。インタビューでは、【症状】【身体の変調】として、《思い出してしまう》《かかわりたくない》《心の変調》《私はおかしい》といった心的症状と、執拗な痛み、腫れ、服薬の不安、不自由な身体による困難などの《身体の不安》が挙げられていた。

また、【経済生活の不安】として《仕事を失った》《収入がない不安》が挙げたが、これらは身体症状の不安と別物ではなかった。まず、本人にとってリアルな身体症状は、なぜ自分がこのような目に遭わなくてはならないのかと、逃げようにも逃げようのない煩悶となる。次に症状や疼痛は気分や気持ちをかく乱し、落胆へと導いてしまう。さらに、気分の後退は、社会復帰や経済生活への不安へと直結して悪循環の回路をつくる場合が少なくないのである。

事故がもとで失職したケース(E、G、I)に顕著であったことだが、身体の不安とお金の不安は、生存の危機を脅かすものとして回復の阻害要因になりやすいものと考えてよいと思われた。

(5) 気分転換や養生は効果的である

280のセグメントからなるコード・マトリックス表を俯瞰してみると、受傷者は確かに周囲の差し響きに影響されないわけにはいかない。しかし、いつまでも一方的な受け身ではなく、意識的であれ無意識的であれ、態勢を立て直して、徐々に自力で不快感克服や回復への道をつくりはじめている。気分転換や日常作業復帰、対人関係の工夫など多岐にわたる自助努力は、回避症状ともみなされるが、不快な記憶に引き戻されたり鬱陶しい気分陥ったりすることから身を守り、回復へと努力している姿である。

受傷者は、回復を前進させたこととして、ゆっくり休んで気分転換やリラックスのときをもち、衝撃記憶や周囲の煩瑣なことからフリーになってエネルギーを蓄えてゆくプロセスを体験した、あるいはこのプロセスが必要だということを異口同音に唱えている。立ち直りには【リラックス】が効果的だというのである。《休んだ》《ゆっくりした》《気分転換をする》《新しい体験でリセットする》《ゆとりをもつ》《考えないようにした》などの項目が該当する。

Gは怪我のため握力が落ち腕を上げることができず、台所仕事や洗濯干しや運転に支障

をきたしたが、無理することなく夫の力を頼り、自分は子どもと公園や海岸に行って遊んで楽しんだ。積極的に趣味に打ち込んで気分転換をはかる方法もよいが、こういった無理のないゆっくりした時間をもつこともいいのだろう。逆に《休めなかった》《気分転換できなかった》ことは阻害要因に挙げられていた。アンケートでも、休むことや気分転換が回復を左右したとしている人は多い。

これらは「治療」というよりも「養生」の領分といえる。中井(1994)は、養生の包括的方法を、「できるだけ有害な要素を除き、悪循環を発生しないようにし、生活を無理のないものにして、病をもっとも後ぐされのない、もっともよい形で経過させること」と記述しており、これは受傷者たちのいわんとしたことを適確に集約しているように思われる。かつて盛んであった「養生」は、医療技術の発展とともに片隅に追いやられてきた感があるが、受傷者の立場に立てば効果が大きく、養生の復権が求められているかのようである。

(6) 回復には時間の経過が必要である

第3章のケース検討からも、「時間の経過が回復を包み込む」を考察に挙げたが、アンケートとインタビュー研究の結果からも時が抱く癒しの力を欠かすことはできない。というのは、インタビュー全員が「時の力」を回復要因に挙げていたのである。アンケートでも受傷した9名のうち8名がこの項目にチェックしていた。

前述したように、肉体的痛みは、出来事を想起させ多様な苦悩と直結してしまう。その肉体的痛みが和らぐことによって思い出す機会が減ってくるし、日々の雑事に紛れて出来事への記憶、感情が薄らいでくる。日日薬(ひにちぐすり)という言葉があるように、心の傷も身体の傷と同様、時間が癒していく、あるいは、癒えるための時間がどうしても必要だという側面をもっていることが示唆される。実際、衝撃体験後の心理的動揺は、直後は脅威的であってもたいてい1ヶ月以内に収束し、PTSDに至る人は少数である。

しかし、本来PTSDは、フラッシュバックによって心的外傷体験が新鮮に再現され、時の力が機能しないのが特徴である。本調査では、研究協力者が被った体験が、戦闘やレイプなど凄惨なものではなかったこと、強烈な再体験症状に襲われる人がいなかったことが結果に影響していると思われる。

なお、一人だけ、時の経過を回復要因にも阻害要因にも挙げている人がいた。阻害の理由は、車を運転していた恋人が死亡してしまったのに、自分の怪我や痛みが治っていくことが許せないように感じたことであった。自分の気持ちに反して身体が回復してくることが受け入れられなかったのである。これは、心的外傷反応というよりも、喪失反応とか悲嘆反応の影響と考えられる^{註2)}。大切だった人に思慕を募らせれば募らせるほど、時間の経過は死者と生者の隔たりを覚えさせてしまうため、しばしば日日薬が効かず、記憶が薄れていくこと自体に罪悪感を感じることもある。

(7) 促進要因の共通点はエネルギー漏出がないことである

【楽になった言葉】【楽な関係】【カウンセリング】【子ども・孫】といった回復に役立った外部要因は、不安を鎮めた、安心感を引き出した、気持ちを弛めた、心を穏やかにしたという結果を導くものである。また、【意識を移動させた】【エネルギーの保持・備給】【心を軽くした】【役に立つ自分】【考えを変えた】という回復の内部要因もまた、陰鬱に向かう心の方向性をシフトする、あるいは重苦しい気持ちを軽減するなどしてエネルギーを落

とさない、または引き上げる工夫のヴァリエーションである。これらは、余計なエネルギーを使わなくてすんだか、引き上げたかのいずれかである。

一方、阻害の外部要因である【辛かったひとこと】【辛いかわられ方】【負担・厄介】、内部要因の【症状】【身体の不調】【浮かない気分】【経済生活の不安】、これらは、怒りや不安を引き出し、不満や葛藤を強め、心に負荷をかけ、気分を鬱陶しくさせるものである。これらは、心労という形でエネルギーを消費するものである。

また、方策をみても【心に添う】【孤独にさせない】【気を遣わせない】【専門家に聞く】【発散・リラックス】【楽に考える】というのは、心をスッキリさせる、十分に休養する、楽しむ、負担を生じない考え方に変えるといった機能を持ち、心的エネルギーの浪費を少しでも防いでエネルギーが蓄積されていくような対策の数々である。

これらの受傷者の声から、回復の促進と阻害の分水嶺となる極めてシンプルな法則が浮かび上がってくる。それは、回復を促進するのは、心的エネルギーが保持されるか高まる出会いや出来事で、少なくとも漏出が防がれている状態である。一方、阻害に働くものは心的エネルギーの低下をもたらすそれらであるということである。

注釈

注1) 差し響くとは他者の影響が周囲におよぶことをいう。他者が積極的に、あるいは意図的に受傷者に対してかかわってきた場合に限らず、受傷者は他者の様々な有り様の影響を受けて心が揺れ動いてしまう。たとえばたまたま放映されていたテレビ番組のドラマの1シーンが気持ちを左右する。差し響き、という言葉を用いたのは、他者や周囲が意図的であろうとなかろうと、その言動や在り方が受傷者に広く影響を与えるとの意味からである。

注2) 重要な人との死別後の悲嘆反応は正常な反応であり、伊藤ら(2012)は、八割前後の遺族は自然経過をたどるため過度にメディアライズするべきではないと述べている。悲嘆が長期にわたって続き、喪失を受けとめられないとか故人への没頭、自責と後悔、ひきこもりなどがみられる場合を病的悲嘆とか複雑性悲嘆といい(飛鳥井,2008)、こういう場合は心身の健康や QOL への有害な影響も認められるので適切な心理的介入が必要とされ介入法が検討されている(飛鳥井,2008;中島ら,2012)。

文献

- 飛鳥井望(2006).概念・診断・心理社会的研究.外傷後ストレス障害.臨床精神医学,35(6),849-856.
- 飛鳥井望(2008).暴力的死別による複雑性悲嘆の認知行動療法.トラウマティック・ストレス,6(1),59-65.
- Delahanty,D.L.,Herberman,H.B.,Craig,K.J., Hayward,M.C., Fullerton,C.S.,Ursano,R.J., Baum,A. (1997). Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 560-567.
- 藤森和美(2004).災害援助の過程と終結.臨床心理学,4(6),758-762.
- 復興庁(2014).震災関連死の死者数等について.
<http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2/sub-cat2-6/20140526131634.html>
- 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.
- Holbrook,T.L., Hoyt,D.B.,Stain,M.B.,Sieber,W.J.(2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. The Journal of Trauma, 51(2), 287-293.
- 伊藤正哉・中島聡美・金吉晴(2012).災害による死別・離別後の悲嘆反応.トラウマティック・ストレス,10(1), 53-57.
- 小西聖子(2003).トラウマのケア—治療者、支援者の二次的外傷性ストレスの視点から—.トラウマティック・ストレス,1(1),7-12.
- 小西聖子(2012).トラウマの心理学 心の傷と向きあう方法. NHK 出版社.
- 厚生労働省(2001).災害時地域精神保健医療活動ガイドライン.
http://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/saigai_guideline.pdf#search
- 前田正治(2002).職場事故とPTSD—症例から学ぶ回復の道程.こころの臨床,21(2),221-225.
- Mohta,M.,Sethi,A.K.,Tyagi,A.,Mohta,A. (2003).Psychological care in trauma patients.Injury,34(1),17-25.
- 中井久夫(1994).養生を念頭においた精神科治療.精神科治療学,9(7),799-807.
- 中島聡美・金吉晴(2004).PTSD 理論と治療.臨床心理学,4(6),720-725.

- 中島聡美・伊藤正哉・村上典子・小西聖子・白井明美・金吉晴(2012).災害による死別の遺族の悲嘆に対する心理的介入.トラウマティック・ストレス,10(1),71-76.
- 中村俊規(2004).三次救急医療における心的外傷とその対応.総合リハビリテーション,32(5),435-441.
- 岡野憲一郎(1998).PTSD の治療(個人、集団療法).精神科治療学,13(7),825-831.
- 佐藤郁哉(2008).質的データ分析法 原理・方法・実践. 新曜社.
- 八木澤麻子・丹羽奈緒・野村和孝・嶋田洋徳・神村栄一(2008).大学生における外傷体験からの回復過程に関する検討.トラウマティック・ストレス,6(2), 191-199.

第5章 総合考察

本章では、これまでの論述をふまえて、最初に、回復モデルと resilience について叙述し、resilience をどのように捉えればよいのかについて述べる。次に resilience を引き出していくために心理療法家は受傷者にどのようにかかわるのが望ましいのか、という問題を考察していく。

第1節 回復モデルと resilience

1-1. 回復モデルに基づいた支援

序章で述べたことだが、阪神・淡路大震災以降叫ばれるようになった災害時におけるこのケアのあり方については、近年、『サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版』（National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006）に記載されているような、特に専門的ともいえないが、現実的で具体的な生活支援や介入のあり方が見直されてきている。心理支援に限らず、困っているだろうから周囲が何とかしてあげなければ、といった一方的な支援は、災害被災者の実態や心情にそぐわない場合が多かった。阪神・淡路大震災当時話題になったディブリーフィングが有効性に疑問があるとされて消退したように、災害地などで、被災者に対し専門的技法を繰り出さなくてはならないといった専門家ゆえの強迫的な関与姿勢は反省されて改まってきたように思われる。

こういった変化を生んだ背景の一つには、どのように病気になるのかを志向する従来の発病モデルでなく、resilience に注目して、なぜ病気にならないのか、そして病気や心的外傷からどのように回復するのかといった回復モデルに基づく考え方の台頭がある。resilience は「はね返り」「弾力」という原意で、「復元力」「しなやかさ」などの意味でも使われる（序章第2節参照）。

飛鳥井(2012)は、「明らかに深刻なストレスに晒された場合でも、PTSDを発症する者は一部に限られており、大多数の者は一過性に軽度のストレス反応を生じることはあっても、じきに無症状ないしはサブクリニカルな症状レベルにまで自然回復するのである」と述べている。衝撃的な出来事に遭遇してもほとんどの人が外傷にならないのは、resilience の作用であり、PTSDと診断されても自然回復していく人が多いのもこの力があるからと考えられている。

田(2009)はPTSDの治療について、「レジリアンスをいかに高めていくかということが治療上の大事なポイントになる」と述べている。

加藤(2009)は、「現在の日本の精神科医療は精神科患者に対する過剰な『障害化』と『脱主体化』の方向に進んでいる観をぬぐえない」として「レジリアンスモデルを踏まえて、主体化、ひいては責任化を促す治療方針が肝要である」と述べている。

心的外傷者の支援は専門家の手に委ねられるようになってきた。しかし、委ねられれば委ねられるほど患者は弱者の立場に迫いやられ、傷を深めたり無力化したりするといった

背反的現象が生じやすい。それゆえいっそう、resilienceに着目し有力化をはかる回復モデルベースの支援が求められるのである。

1-2. resilience 議論が少ないわけ

さて、これだけ発病を抑え回復を支えているにもかかわらず、わが国で resilience に関する議論が少ない理由は何であろうか。1点目には、resilience の概念やそれを測定する研究方法が小塩(2012)、小塩ら(2002)、森ら(2001)によって進められているものの、まだ十分でないこと。2点目には、自然回復のような現象には、治療者は研究対象として魅力を感じないという点があるのではないかと思われる。骨折という「異常事態」が起きたとき、治療者は骨の位置を正すなど治癒力が発揮しやすい状態にもっていきただけであり実際には生体の自然治癒力によって治っていく。オートマティックに治癒し回復していく身体の復元力には驚嘆するばかりだが、医療者としては、放っておいても治る性質のものは力を入れる必要がないから議論も少ないのではないだろうか。

3点目には、医療のパターナリズムの影響があると思われる。Herman (1992)は、心的受傷者の回復に関して、「回復の基本原則は被害者に力と自己統御とを奪回することにある」など、有力化(エンパワメント)がその基本原則であることを著書『心的外傷と回復』の中で繰り返し述べている。しかし、医療モデルにのっとりた専門家はこの基本原則を実践するのがむずかしい、ともいう。それについて小西(1996)は、「日本では、米国よりもっと広い範囲の専門家がこの困難を感じるだろう。日本の医療は米国よりさらにパターナルであり、強く有能な専門家が、弱く無力な患者を救済するという図式からなかなか抜けられないからである。医療だけでなく、日本の社会全体が人を有力化することが苦手である」と述べている。有力化の前提には、受傷者に潜在する resilience への認識と信頼が不可欠である。この概念がなければ、その力を引き出して有力化していくという発想は生まれようがない。つまり、「専門家が一方的に何とかしてあげなければいけない」とする医療のパターナリズムが、エンパワメントや resilience を論じる風土を耕しにくい一要因になっていると考えられる。

1-3. モラル・トリートメントと Janet の実践

近代科学の発展はめざましい革新と変化を生活にもたらし、医療の現場でもそれが顕著であった。その目を見張る進歩に人々の意識は釘付けになりがちだが、最終的に自己治癒力に頼る医療のあり方の基本は変わっていないと思われる。過去の医療の中に、回復モデルに基づいた実践の形が見出される例として、ここでは、モラル・トリートメントと Janet の実践について取り上げてみたい。

八木ら(2007)によると、精神病患者に対する近代的医療は、18世紀末から19世紀初めに「モラル・トリートメント」と総称された医療活動から出発したとされ、そこには人道的処遇そのものが回復を促進するという観察と経験があったという。鈴木(1999)によると、この時代は、物理的・機械的な拘束を行なったり、医者が芝居がかった心理ショックや個人的なカリスマ性を使ってだましながら患者をコントロールする治療の成功例が報告されたりしていた。次第に「がむしゃらな心理ショックやおどろおどろしい仕立ての治療ではなく、

有害な要素は取り除きながら患者の精神への心理的な介入や操作を控えめにし、その自然治癒力を恃んで回復を待とう」といった「待ちの医学の思想」が現われた。モラル・トリートメントが行なわれる場合は精神病院であり、病院の環境整備や患者の生活習慣の管理などを操作するような精神医療の態度がみられたという。ここには、発病論的視点とは異なり、養生的環境を重視する回復論的な治療観が認められる。

19世紀後半から20世紀初頭に活躍したJanetは、Freudに先駆けて外傷体験と解離の関係を初めて明らかにしたといわれ(影山, 1994)、解離という現象を早くから記載した学者として再評価されてきているが、心的エネルギーのシステムを考えたことにもオリジナリティーがあるとされる。Ellenberger(1970, 1976)によると、このシステムは、心理力^{注1}と心理緊張^{注2}の2つの媒介変数^{パラメーター}を特徴とし、神経症患者を診る場合にはこれらの程度を測ることに目が向けられねばならず、これらの力が落ちている無力症状群と緊張低下症状群の治療のために(この両者はほとんどの場合入り混じり絡みあっているのだが)必要なのは次のようなことであるとしている。

まず、無力症状群は心理的貧困者であるため、①心的エネルギーの収入を増やし、②心的エネルギーの支出を減らし、③負債を清算すること、である。より具体的には、①睡眠、休養、栄養などによってエネルギーを充填していくこと、②生理エネルギー漏れを防ぐことと、周囲にエネルギー貪食者(中井は「食力鬼」と訳している)がいれば距離をおくなどして何らかの方法で葛藤の解消を成し遂げること、③外傷性記憶を清算の済んでいない行為とみて、治療者とともに事実の意味を探り、放棄と清算を薦めること、である。

次に、緊張低下症候群に対しては、二群の治療法があり症例により占める割合が異なる。第一群は派生的事象の再吸収の作業で、興奮やいだちを有用で能動的な活動、たとえばハイキング、スポーツ、狩猟、登山、手仕事などを推奨すること、第二群は、心理的緊張を高めることである。余剰心理力が高度な水準で使われるようにするために、患者が自発的に探し求める刺激を活用するやり方と、訓練によって一つの完結した行動をやりとげ、その水準を上げていくやり方が提唱されている。

Janet の治療論は、どんな病気、どんな患者にも適用可能な柔軟性と包括性を備えた方法であることが十分分かるものであると Ellenberger(1970, 1976)は述べている。それは、エネルギーの無駄使いを正しい水路に誘導するだけでなく、精神病の過程と正反対の心理過程を発動させるからであるという。有害な要素を取り除き、葛藤を解消することでエネルギー漏れを防ぎ、適切な日常生活を送らせることを通してエネルギーを高めて治癒にもっていくこのプロセスは、まさに回復モデルに依拠したものであるといえる。

第2節 resilience 発現の条件

2-1. 回復の促進と阻害要因を決めるもの

さて、第3章のケース検討からは、回復と阻害の諸要因に関して次の7点の特徴が見出された。(1)繋がり感は大きな安心感をもたらす、(2)「日常生活場面」には力がある、(3)一つの回復(阻害)要因が他の要因を凌駕する、(4)二次的ストレスは大きな阻害要因になる、

(5)非力の段階から自力が発現する段階へ変化する、(6)時間の経過が回復を包み込む、(7)受傷者の個人特性が影響する。

また、第4章の質的研究からは、次の7点が導かれた。(1)周囲の差し響きの力は強力である、(2)受傷者は実は話したがっている、(3)「変わらないもの」は安心感をもたらす、(4)心身の不安と経済生活の不安は大きな阻害要因になる、(5)気分転換や養生は効果的である、(6)回復には時間の経過が必要である、(7)促進要因の共通点はエネルギー漏出がないことである。

回復モデルに基づけば、治療の方策は回復の促進要因を表出、強化させ、相対的に阻害要因が減弱していけばよいということになるのだが、ここで、何が回復の促進要因となり、何が阻害要因になるか、その両者を分けるものは何か、ということに注目したい。なぜ、繋がり感、日常生活、変わらないもの、時間の経過、気分転換や養生は回復を促進するものとして挙げられ、二次的ストレス、心身や経済生活不安は阻害要因になるのだろうか。

回復の促進と阻害を分岐させるものとして何よりも考えられるのは、安心感を胸中におさめることができるか、それとも安心感が揺さぶられて剥奪されるか、ということではないかと思われる。安心と安全感の確立はPTSD治療の第一原則とされている。また、回復には社会との繋がりなど「再結合」が課題といわれ(Herman, 1992; van der Kolk et al., 1996)、第3章でも繋がり感(再結合)が促進要因になり、疎外や離断状況は阻害要因になる知見が得られているが、これも安全と安心感の有無で説明できる。時間の経過に包まれることも、決まりきった毎日の生活や養生も、安心感をもたらす作用が大きい。安心感の確保は回復の土台のようなものであるだろう。

しかし、そもそもなぜ安心と安全感の確保が重要なのであろうか。

それは「促進要因の共通点はエネルギー漏出がないことである」という4章で得られた知見と関連しているように思われる。つまり、心的エネルギーの変化で表現すれば、安心と安全感の確保というのは、エネルギーが保持または増大することを意味すると考えられる。Janetの心的エネルギー論に倣えば、エネルギーの支出を減らし収入を増やすということである。逆に、周囲の差し響きからの二次的ストレス、心身や経済生活不安などは、心がかき乱され、エネルギーが漏出・減退している状態と考えられる。

受傷者が疲弊し切ってしまい、日常生活を保つことすら困難になってくるのは、外傷の諸反応(再体験、回避・麻痺、過覚醒)によって実に大量の心的エネルギーを使うからであろう。それに重ねて、周囲や社会との関係でエネルギーを消費、浪費せざるを得ない状況が生じる。思いがけず、周囲からの襲撃に無防備のままエネルギーを奪われてしまうのである。そういうときに、人としゃべらず、かかわらず、殻に閉じこもってしまうのは、それ以上のエネルギーの流出を防ごうとする防衛の姿であるのだろう。

受傷者にとって、出会いや出来事、また、自ら起こす行動が心的エネルギーを保持し増大させるものであるのか、それとも消費・漏出されるものであるのか、この一点が、回復の促進要因になるか阻害要因になるかを方向づける本質ではないかと思われる。

2-2. 「非力の段階」から「自力発現の段階」へ

第3章のケースのそれぞれにみられたように、受傷者は決して無力ではないいつまで

も無策に止まっているわけでもない。しかし、衝撃的な出来事に遭遇した受傷者が直ちに行動を起こすことができるかといえば、それは困難であり、意欲が立ち上がり行動に踏み出せるようになるにはある程度の時間が必要である。一定の時間を経て、第3章の知見で得られた「非力の段階から自力が発現する段階へ変化する」ということがみられるのである。

まず、「非力の段階」とは、エネルギーを使うことができない段階である。この状態は、エネルギーが封じ込まれて、生活力がひどく落ちてしまう。二次的なダメージにも次々とさらされ、社会や人とのかかわりがひどく億劫になり、疎隔感や孤独感を深めてしまう。打ちのめされている状態といってもいい。その一方で、安心感と安全感を希求していることも間違いのないのだが、それよりも、危機場면을回避することに必死になっている様相をみせる。

次の、「自力が発現する段階」とは、次第に使えるエネルギーの量が増えてきて、前向きな意欲が発現してくる段階である。逡巡を重ねながらさまざまな形で安心感が培われてくると、脅威だったことは次第に無害化しエネルギーの蓄積が始まる。安心と安全感を拠り所にして自ら行動を起こしたり、考えを変えたりして、脅威に対して迎撃ができる状態になってくる。活用できるエネルギー量が増え、意欲や行動が拡大し、繋がり感や安心感がさらに確かなものになり、こういったことが繰り返されると能動性が増して好循環の回路が回り出すことが期待される。ちょうど、風雪に耐えた植物が、温度、日照、土壌の条件が整うことで、三寒四温をくり返しながら春になって発芽するのに似ている。最終的には、自己コントロール感の手応えをおさめ、困難や危機場面が訪れても対処できるようになってくる。このあたりのことを、Herman(1992)は、虐待の被害者の回復の論述ではあるが、「行動を計画し自分のイニシアティブで開始し、自分の最善の判断力を活用すること」と表現しており、こういう能力を実際に使えるようになると、有能感、自己評価、自由感が強化されると述べている。

つまり、「非力の段階」とは、衝撃によってエネルギーが圧縮され萎縮し切った状態で、「自力が発現する段階」とは、そのエネルギーが十分な伸縮力を取り戻しつつある状態、換言すると、エネルギーを力に変換できるようになった状態とも、意欲や能動性が立ち上がってきた状態とも表現することができる。

ここで、resilience の概念を、復元力といった原義とすり合わせて考えるならば、resilience は、エネルギーを意欲や行動に昇華させる動力として捉えることができるように思われる。ばねが伸縮性を発揮して反発するように、幽閉されていたエネルギーが解放され、伸長し、その勢いがあるレベルに到達すると、意欲や行動が発動する。つまり、resilience は、「非力の段階」を「自力が発現する段階」に移行させる力であるとも考えられる。岡野(2009a)は、高い resilience をもつ人(逆境に強い人)のイメージを「苦痛な体験に拘泥せず常に自分のプライド(自尊感情)を保つことができ、思考が柔軟で余裕があり、ポジティブな姿勢を保ち続けることができる人」と表現している。resilience が高いとは、「非力の段階」に足を取られず、早々に「自力が発現する段階」に立って感情や行動をコントロール下における人といえる。

2-3. resilience 発現の条件

では、どうすれば、封印されたエネルギーを解放して、「非力の段階」を「自力が発現する状態」に移行することができるのであろうか。

PTSD の疾患名の策定に大きな役割を果たしたとされる Kardiner(1959)は、軍隊生活で兵士の士気が高まる条件を次のように述べている。「兵士の士気の高さを維持するのは、まず十分な食事があり、進撃路も休息も適切であって、戦友とのよい関係があり、武器に信頼性があり、勝ち戦の側にいることである。士気が低い場合とは、ろくに食事がなく、喉も渇き、体力も気力も尽き、戦友との関係がぎすぎすし、指揮官が頼りにならず、武器も信頼性に欠け、道に迷いがちで、負け戦の側にいる場合である」。

東日本大震災の初期に救援に赴いた消防隊員の中に、強風が吹き込む寒いテントで睡眠もままならず食事も乏しくて疲労が回復しなかったこと、隣の敷地には有事を想定した自衛隊の立派な設備があつて、それをみてうらやましかったことを冗談めいて筆者に話をしてくれた人がいた。十分な休養と睡眠と温かい食事がとれないまま一日中水に浸かって捜索活動が続けるのは労苦が要ったことだろう。

神谷(2003)は「経済的あるいは実生活にかかわる具体的な支援がより充実しないと、心理的支援だけではなんとも限界がある」と指摘している。飛鳥井(2012)もまた、「レジリエンスの発揮は社会的サポートにより促進され、逆に社会的サポートが欠如すれば妨げられることも明らかである」と述べている。第4章で、受傷による職業生活や今後の経済生活の不安を訴える受傷者の声が少なくなかったことを考慮しても、衣食住や経済的側面の基盤を作り上げる生活支援が優先してあてがわれるべきであろう。これらの充足が不十分で不安と緊張感で覆われた生活であれば、resilience のスイッチは入りにくいだろう。

つまり、心的外傷を背負った人が、生活を再開し外の世界とわたりあつていくためには、周囲のサポートなどによる安心の裏付けが必須なのである。それは上記に述べた経済的側面だけでなく、人間関係であつたり物理的なものであつたり、日常生活から離れて休養をとったりなどいろいろなやり方でいいのだが、何らかの「安心感」「大丈夫感」を確たるものにすることが、resilience 発動の第1の条件になると思われる。

次に、今一度、resilience の原意に立ち戻ってみたい。resilience は、バネや形状記憶合金がもとの形に戻る姿をイメージすると分かりやすい。バネに加えた力 F は、 $F=kx$ (k はばね定数、 x は距離)という公式で表わされ、バネを引っ張ったり押ししたりすると、もとの長さへの戻ろうとする力(復元力)が働く。この復元力が resilience である。

ここで、押しバネの復元をイメージして考えたい。押しバネの片方がはね返ってもとの位置に戻るためには、もう片方の端が固定されていないといけない。もし砂浜のような砂地の上におかれれば、復元力は砂に吸収され、もとの高さの位置まで戻らないだろう。

歩くためには地面を蹴る力が必要である。地面が砂浜やぬかるみであれば、蹴る力は四散され、前進が困難になってしまう。復元力 F が最大限に発揮される、つまり、resilience を最大限に引き出すには、エネルギーが分散してしまわないように脆弱で不安定な土台を、硬く安定したものにしていくことが必要なのである。岡野(2009b)の表現を借りると、「レジリエンスは自然治癒過程がスムーズに進行することを可能にし、そこで個人が独自の自己治癒を目指すことを可能にする。このプロセスはおそらく治癒の根幹部分を構成し、治

療者はその過程がスムーズに進むための安全な環境を提供することだけかもしれないのだ」ということである。モラル・トリートメントにおいても、非人間的な処遇を人道的処遇に転換することで、患者のエネルギー漏出を止め蓄積の方向に仕向けるはたらきがあったのではないかと思われる。

resilience 発動に必要な2つ目の条件は、受傷者が前進しやすいように道を整えることではないだろうか。すなわち、すでに有しているエネルギーの漏出を可能な限り防ぎ、使えるエネルギーを維持できる環境を整備することである。実際、受傷者たちの生活には、エネルギー漏れの場合があふれていて、そこで苦悩する姿は痛々しかった。

安心感の醸成とエネルギー漏れを防ぐこと。この2つの条件が十分に満たされれば、エネルギーは蓄積され、蓄積されたエネルギーを回復の方向に使うことができるようになり、受傷者は「非力の段階」から「自力が発現する段階」に進むことができるのではないかと思われる。

第3節 resilience 発現のための介入

田(2009)は、PTSDの治療に当たって、「レジリエンスを促進する治療的なかわりは大切であり、この概念をどのように治療・心理教育に取り入れていくかが今後の課題である」と述べ「resilience-based intervention」という言葉を提起している。

では、心理療法家が受傷者のresilienceを発現していくためのinterventionにはどういったものが考えられるだろうか。resilienceの発現のためには、①十分な安心感が醸成され、②エネルギー漏れを防ぐ環境が整えられることが必要である、と述べた。この2条件を満たしていくかわり方とは、どういうものになるのだろうか。以下に、介入のポイントとなるものをまとめていく。

3-1. 安心感を積み重ねること

文明の発展は、科学技術の発達にしても社会制度の整備にしても、人が基本的生活を営んでいく上で、安全・安心感をいかに確保していくかという課題克服の歴史だったといえるだろう。昨今の世界事情を鑑みると、安全で安心して暮らせる社会の創設は、人類の悲願といってもいいとさえ思う。

さて、受傷者は、それまで根を張っていた安全圏から突如弾き出された人たちである。その人たちを再び安全圏に引き入れて庇護し、安全・安心感を取り戻してもらう作業は、支援の出発点におかれる対応である。筆者がかかわったケースの経過も、多様な形で「安心感」「大丈夫感」を積み重ねていった側面がみてとれる。

安心感の深まりと拡大は常に意識しておきたいところであるが、中でも、専門家ができることとして、「心理教育」と「分かっってしまう話の聴き方」はそれを促進するポイントであると思われるので、この二点について述べる。

心理教育の意義や方法については、『PTSDの伝え方』(前田・金(編), 2012)に詳しく盛り込まれ、実践用のマニュアルも添付されている。前田によると、心理教育は、心的外傷反応を呈した当事者の治療やケアにおいて、もっとも基本的かつ必須のアプローチの1つと

して位置づけられている。

筆者も、それぞれのケースの初動の段階で心理教育を行なってきたが、これだけで胸のつかえがとれる人がいて、ケースB、D、F、Lに顕著であった。説明のポイントは、不可解で周囲の理解が得がたい自身の違和感覚や心情の変化や症状に対し、それらは決してあなたがおかしくなったのではなくだれもがそうなりうる可能性があると話してノーマライズ化することであった。それによって、事態はより合理的に受け止められ、異常感や不理解感が和らぎ、専門家への信頼感が一気に強まってくることを経験した。心理教育は、安心感の醸成に大きな役割を果たすと思われた。

次に、「分かってしまわない話の聴き方」であるが、これは、安直な理解を戒め、探求的姿勢をもつということである。第2章で論じたように、トラウマティックな出来事を聴くのは治療者も辛いし、ASD(Acute Stress Disorder:急性ストレス障害)^{注3}やPTSDの概念を当てはめて心的外傷反応だと分かってしまえば、とりあえずの対処は可能であるから、踏み込んで聞く必要はなくなってしまう。しかし、いわくいいがたい苦しみを分かってほしい受傷者の気持ちは解消されないままである。笠原(2007)は、うつに対して、過剰な了解や解釈をしないように注意しなければならないことを述べているが、これは他の精神疾患にも同様のことがいえるだろう。

筆者自身は、強烈な外傷経験がないため、外傷後の症候群に関する知識はあっても、実感的な理解に乏しかった。そのため、相手の話を傾聴し、不明な部分は、こんな感じ？あんな感じ？と詳細に尋ねて理解していくしかなかったが、それがかえってよかったようである。話を重ねあわせているうちに、受傷者が「そうですそうです」と意を得たようにホッとする瞬間に何度か出会うことができた。

心的外傷反応には、フラッシュバックによる心身の再反応、自我違和感、社会や世界との疎隔感、感情の縮小など独特な苦悩があり、受傷者は一人悶々としているものである。心理的、医学的な言葉や診断基準にはめ込んで分かったことにされてしまうと、不理解感から失望という傷がつく場合がある。したがって、治療者だからといって専門家然とする必要はなく、受傷者の痛みに耳を傾け、分からない余白部分を残した塩梅のところで話を聴くような、探求的姿勢が必要であると思われる。

3-2. 日日（ひにち）薬の効用を大切にすること

心身は相関関係にある。心的外傷に限らず、ストレスなど精神的困難を乗り越えていくためには、寝る、食べる、休むことを通して基礎体力の涵養を図ることが欠かせない。時間をかけて、適切な医学的治療やリハビリ、そして基本的生活習慣を整えるなどして身体状況の改善を図っていく重要性にも留意しておきたい。

受傷者は、唐突の衝撃的出来事が生じて打ち砕かれた自分から、安全・安心感を確かなものとしながら、世界や周囲に徐々にかかわりはじめる。時には自発的に動き、時には偶然の出会いの中で、世界や他人と再び繋がる感覚を取り戻していく。しかしこれは、自己のスクラップ・アンド・ビルドを果たすようなものであり、人生の大事業とっていいだろう。途上では出口が見えないトンネルをさまようようなしんどさを伴うときもあるが、暗中模索の末に光が見えて抜け出るまでには、どうしても時間という要素が必要である。

大事業を果たすためには時間をかけてもいいのではないだろうか。

岡野(1998)は、「心的外傷の種類によっては、それについて決して語らず、自分の心に留めて時間が癒すのを待つという治癒過程もまた尊重すべきだろう」と述べている。先ほどふれた Janet も、江口(2003)によれば、時間は心理療法において熟練の匠なのだと、結局「時間をかけた」適応をゴールに据えた日常的なかかわりを薦めており、それは時間の経過が過去の出来事の重大性を軽減し、外傷を無害なものに転化するからだという。

時間は1回限りという側面と循環するという側面の、矛盾した二つの側面をもっている。前者の性質によって現在を圧迫してくる過去の出来事を無害な出来事にしていくこと、後者の性質によって、日常生活のありきたりの日々に安心感の根を張ることという二つの効用をもたらすことができる。

ただ、時の経過は人為の外にある。したがって、心理療法家ができることは、やがて症状は落ち着いてきますよ、といった心理教育を施して見通しをもたせ、焦ることなくまた焦らせることなく、エネルギーが賦活して活動の幅が増えたり感情が蘇っていったりする変容を見守り、辛抱強くサポートしていくことだろう。

3-3. 傷つけないこと

(1) 強力な阻害要因になる二次的ストレス

二次的ストレスが大きな阻害要因になることは第3章で述べた。ケースDの同僚の言動、EやFにみられた職場の対応、E、G、I、Jの保険担当者の言動など、周囲の言葉で傷つき、怒りや悲しみを深めたケースが少なくない。富永(2004)は、災害や犯罪は自責感や不信感、孤立無援感や無力感をもたらすが、そのような感情や気持ちは否定的な認知を起こし、それは周囲の心ない言葉やかかわりなどの二次被害によって、さらに深刻化、固定化して人生に大きな影響を及ぼすとしている。心情を斟酌しない周囲の態度や言葉は、傷ついている当人のエネルギーをさらに奪い取ってしまう。Janet はこういう人たちを食力鬼と呼んでおり、強力な毒性があってエネルギーを吸いつくすため、距離をおき、別れ、離婚を助言することも許されると手厳しい(Ellenberger, 1976)。これらの人たちがつくり出す葛藤が多分に回復を阻害している様子は、第3章のケースの経過においてここかしこにみられた。

また、ケースKは、「無事で良かったね」とか「亡くなった人の分も頑張らないと」という悪意のない言葉に対しても複雑な心境に陥り困惑をみせていたが、こういったことは特別なことではない。ケースを重ねてきて痛感したことの一つは、容易に二次的ストレスを被ってしまうことであった。それは、受傷者と周囲の人の間に大きな裂け目があるからである。その自覚がないために不慮のうちに受傷者を傷つけ、追いやり、生きづらくさせてしまう(第2章参照)。

このことは重要で、治療者や支援者によっても、何気ない言動、善意ある言葉が不本意にも受傷者を害してしまう可能性が十分にあることを示唆している。

治療者や支援者が患者や受傷者を傷つけないことは、ヒポクラテスの誓い^{注4}を引用するまでもなく、治療の原則であり倫理である。災害時における被災者支援で推奨されている『サイコロジカル・ファーストエイド』(National Child Traumatic Stress Network and

National Center for PTSD, 2006) について、訳者の一人である加藤は「本書に貫かれているのは『害を与えない』ことと『回復力を促進する』という態度である」と述べている。

心理療法家として、相手を傷つけず、ここでは何を話してもいいという安全で守られた空間を提供することは、率直な心情の吐露や負担の軽減を促進し、resilienceを引き出し、いくことに繋がっていくものと思われる。

治療場面で相手を傷つけないことは、3-1で述べた安心感を与える大前提になるものである。目の前にいる治療者や支援者が安心して話ができる人であるという保証がない限り、精神的な支援は困難ではないかと思われる。治療者側は、うっかり受傷者を傷つけてしまう言動に十分すぎるほど注意しておかなくてはならないだろう。

(2)「傷つけないこと」が抱く力

傷つけず害さずというのは、現実的には必ずしも容易なものではない。支援者が自分の辛さから無意識に逃れるために、あるいは専門家としての責任を果たさなくてはならないと力が入るために、つい善意めいた慰めの言葉をかけてしまったりすると、それが受傷者にとっては「よけいなひとこと」になりかねない。

しかし、治療者はしばしば、よけいなことをして傷つけてしまう。「『よけいなことをしない』というのは、事態が深刻なときほど、また、専門家であるほど、難しくなりがち」(宮地, 2013)なのである。水島(2011)は「回復のためにできる最善のことは『回復の邪魔をしないこと』です。『回復を引き起こす』のではなく、『本来回復するものの足を引っ張らない』というところがポイントなのです」と述べている。

また、治療者が聞きたい衝動に駆られる部分は、受傷者が最も話したくないところに位置していることが多い。治療者もまた話を聴いて安心したいため、因果関係がはっきりしていたり起承転結におさまる語りを無意識に求めてしまいがちである。しかし、興味本位で尋ねることはもちろん、こちらが得心するような話のストーリーを求めることは慎まなくてはならないだろう。宮地(2013)は、精神科や心理の臨床は「虫食いだらけで結末も決まっていない推理小説を読み続ける」ようなものとたとえているが、まさにその感がある。

水島(2010)は、誠実な治療者であっても、思わぬひとことで患者を傷つけてしまう例を挙げ、患者をありのままに受け入れて「安全」を提供することが困難であることを述べている。その背景には治療者による患者へのジャッジメントがあるとし、治療者の主観的な評価は暴力性を抱きやすく、心的外傷治療に向き合う治療者の姿勢として、ジャッジメントを手放す重要性を強調している。

また、岡野(2009a)は、治療者は、自我に弱さをもっている外傷性精神障害の患者に対して、人為的な(治療的な考え方に基づいた)ストレスやフラストレーションはできるだけ与えないようにする必要性を述べている。外傷となる可能性があるためである。

他を害さないことを、仏教では「不害」という(中村ほか(編), 1989)。筆者が強調したいのは、治療者や周囲の人が「不害を貫く」ことがいかに重要かということである。

害さないというと、消極的なイメージのように聞こえるが決してそうではない。インド独立運動の父 Mahatma Gandhi(1869-1948)がこれをモットーに非暴力運動を展開したことに思いを馳せると、「不害」が抱く力の大きさが分かる。不害を貫くことは、まず何よりも、受傷者にとって、安心感獲得の土壌になる。さらに、不害は煩悩を克服するという積極的

な意味をもっており、治療者の自我(煩悩)を透明にして、相手の心情に立った「共感」ができる治療者に鍛え導くはたらしがある。受傷者にとっても治療者にとっても、害さない(傷つけない)ことの意義は大きいと思われる。

3-4. 素の感情の表出と交感に着目すること

負の感情であれ正の感情であれ、素の感情を表出したり、瞬間的にも治療者と感情交流ができたりすることは、極めて重要な回復へのファクターであると思われた。

ケースの経過の中で、子どもや孫、ペットの話題が出てくるところに注目したい。ケースEとIは孫との交流、ケースGでは子どもとの交流のエピソードがあり、年少者が大人の傷を癒すのに大活躍している。ケースIは犬、ケースHとJは猫に癒されている。幼児やペットは、世話をする対象でもあり、感情に覆いが無いので率直な交流が可能で、自己有用感や疎通感(繋がり感)も感じやすいのだろう。中でも、自分が行動すれば世界はそれに応えてくれるという自己効力感は回復の証しの一つとされるが、無垢な存在との関係ではそれを培いやすいのではないだろうか。

安心感や安全感の土壌ができれば、治療者との間でも気兼ねのない表現が保証され、素の感情を表明しやすくなる。ケースとの面接場面では、不安や怒り、悲しみ、悔しさといった感情が涙とともに語られてきてその切実感がひしひしと伝わってくるが多かった。一方、深刻な話の最中でもフと肩の力が抜けたり、思わず笑いが漏れたり、時には大笑いする場面も少なくなかった。たとえば、ケースFが会社の職員がいかに変な人たちであるかを述べている時、「話しているうちにもっと腹が立ってきました」と、面白おかしい表現に拍車がかかって二人で爆笑したことがあった。こういうやりとりを繰り返しながら、受傷者は徐々に出来事に直面・暴露し心におさめていくことが可能になってくるのではないだろうか。

感情の抑制や麻痺に傾いている受傷者にとって、素の感情の表出は感情賦活の突破口のような役割をもつのだろう。怒りや悲しみ、不平不満の表出も、それを受けとめていく作用によって、自分はこういう感じ方をしてもいいしここではそれを表現してもいいんだといった自己肯定感や安心感を引き出すことになると思われる。治療者は、安心・安全感に満ち自由な表現ができる精神療法の環境を整えることであろう。そのためには、治療者の理解と共感の姿勢が核になることを強調したい。治療者が探求的姿勢で感性を全開してより深い共感を心がけようとする、「そうだったのか」「そういうことだったのか」と発見的に心に落ち、その治療者の姿をみて受傷者が胸をなでおろす瞬間がある。お互いの言葉の杖を繰り出しているときに、その先が一瞬ふれあうような瞬間である。内海(2004)は、うつ病者の苦悩を真摯に尋ねたときにみせる感極まった表情に関して「こうした交感の強い瞬間は、苦悩のありどころをしるすことによって、治療関係の原基となり、また回復の方向性を与えるものともなりうるのである」と述べている。一瞬であっても、こういった心の交感が果たす役割は大きいと思われる。

3-5. エネルギーの賦活に注目すること

心的エネルギーの低下を防ぎ、貯蓄することは回復促進のポイントになることを第4章

で述べ、resilience 発現の条件の一つであることも上に述べた。

心的エネルギーについては、ダム为例を用いた笠原の心的エネルギー水準仮説が分かりやすい。笠原(1978, 1996)はフランス由来の心的水準論を重用して、軽症うつの治療において小精神療法を提唱しており、現在も多くの臨床家がうつ病治療の基本原則として実践している(中村, 2005)。笠原の小精神療法は7項目からなる^{註5}ものであるが、一にも二にも心理的エネルギーを高めるという戦略を背景としている。笠原(2008)はダムの水位に例えて「元気なときの人間の心は発電用のダムでいえば一定の水位を保ってエネルギーを蓄えている。それによって社会生活を維持する。うつ病になると、この水位が低下する。うつ病のすべての症状の背後にはこの水位の低下がある。すべからく治療はこの水位の回復を目指す。薬と心理的休息によって」と述べている。

このように、心的外傷もうつも、エネルギー量の増加を目指す点で類似している。しかし、エネルギーのあり方には異なっている点がみられる。というのは、たとえば、第4章の質的研究のところで、【意識を移動させた】というコードには《気分転換した》《目前のことに集中した》という下位コードがあるが、これらは、今を楽しむ力や集中する力が必要である。【役に立つ自分】の《仕事・世話をした》は、そのことで自己有用感、コントロール感、自尊心が蘇ってくる要素をもつ。周囲の理解的なかかわり方によって不安解消がはかれ、人や社会との繋がりが感じられるとたちまちエネルギーが蘇ってくる。これらのことから、心的外傷は、決してエネルギーが枯渇しているわけではないことが分かってくる。

また、うつの人が自分から何かにチャレンジしてみると言ってきたとき、実際には実行できないことが多い。なぜならば、十分にエネルギーがあるわけではないのに、焦燥感に駆られて、あるいはあるべき論に縛られて無理をしていることが多いからである。それに比べて、受傷者の場合は、実際にチャレンジできる人が多いような印象を筆者は抱いている。実行するだけのエネルギーがあるのである。

すなわち、結果として生活維持・推進のためのエネルギー量が低下しているのはうつ病も心的外傷も共通だが、うつはエネルギー量そのものが乏しくなっているのに対して、心的外傷はエネルギーがあるのに何らかの理由で使えなくなっている状態、つまり、ダムでいえば、うつが水量不足状態であるのに対して、外傷は水量があっても水が凍るなどの理由で発電に支障を来しているような状態にたとえられる。「凍る」という表現は心的外傷の恐怖と戦慄場面で汎用されているが、まさにそのようなイメージである。したがって、うつはエネルギーを蓄積していくことを考えれば良いのに対して、心的外傷はショックで固まった心を解凍していくように、心を安堵させ、温かく柔らかく解きほぐし、エネルギーを使えるようにしていく対応が鍵になると考えられる。これは前項の、素の感情の表出というところにも繋がる。

第4章で、【子ども・孫】とのかかわりにおいて小さな子どもや孫が受傷者を大きく癒した事実は注目すべき点である。ペットとの交流も同様である。このときに重要な心の変化は、「和む」という要素である。気持ちが柔らかくなるのであり、生きた感情が蘇ってくることが重要であることが見えてくる。前田(2002)の症例(第4章1-1参照)で「感覚面での回復」が有用であったのも、養生が効果的だというのも、そういった意義があるのだろう。

3-6. その人なりの努力を支えること

心理療法家は知らないうちに専門家としての自分に縛られ、また、受傷者も専門家にかかることで、心的外傷は専門的な治療を施さないと(受けないと)治らないと両者ともが思い込んでしまいやすい。治療者はまずこの呪縛から解放される必要があるだろう。

ケースやインタビューにみられるように、受傷者はすでに多種多様な自助努力を行なおうとしている。KやJはこういう力が強く、実行することで有能感を強化したのではないと思われる。その方向が飲酒や自傷など破壊的な方向でない限り、それらの努力を支えることだろう。そして小さなことでも実行したり遂行できたときは、そのことを取り上げ、強化するかかわり方が必要であろう。

特に、気分転換や養生することに関してはしっかりと話題にしてもいいと思われる。養生という言葉は現代医療では蚊帳の外におかれているが、精神医療においても近代まで主要な治療法であった。

受傷者の日常生活における数々のチャレンジに耳を傾け、この人はどういうときにエネルギーが湧出してきて元気になるのか、治療者は、そういった視点をもって対応の仕方を話し合えればいいのではないだろうか。

注釈

注1) 心理力とは単純に心的エネルギーの量を示す。この力が低下した弱力症候群では、疲労が努力すれば増え、休めば減る形で現れる(Ellenberger,1970,1976)。

注2) 心理緊張とは、高級な傾向性が活動する程度を示す。たとえば、複雑な相違なる多数の操作を単一の行動に集約することができるのを心理張力が高いとする。この力が低下した低張力症候群では、心理的総合行為をやりとおす能力に欠け不全感を感じる場合と、神経力の浪費からくるおちつきのなさ(いらだち)を感じる場合がある。このときには疲労が休息のときに増大し、働くとき減少する特徴がある (Ellenberger,1970,1976)。

注3) ASD は、生死にかかわるような心的外傷を受けたあと、再体験、回避・麻痺、過覚醒など PTSD のような症状が出るが、岡野(2003)によると、外傷の出来事から4週間までの間に診断され、DSM-III-R で生まれた外傷後の空白を埋める役割を与えられたという。

注4) ヒポクラテスの誓いに次のような文章がある。「養生治療を施すにあたっては、能力と判断の及ぶかぎり患者の利益になることを考え、危害を加えたり不正を行なう目的で治療することはいたしません。」(小川・緒方(編),1985)

注5) 7項目とは以下の通り。(1)軽いけれども治療の対象となる「不調」であって単なる「気のゆるみ」や「怠け」ではないことを告げる。(2)できることなら、早い時期に心理的休息をとるほうが立ち直りやすいことを告げる。(3)予想される治癒の時点を告げる(笠原は治療期間は短くても三ヶ月、平均六ヶ月はかかることを告げるといふ)。(4)治療の間、自己破壊的な行動(たとえば自殺企図など)をしないことを約束してもらう。(5)治療中、症状に一進一退のあること(三寒四温的な起伏のありうること)を繰り返し告げる。(6)人生にかかわる大決断(退職、離婚など)は治療終了まで延期するようアドバイスする。(7)服薬の重要性、服薬で生じるかもしれない副作用をあらかじめ告げ、関心のある人にはその作用機序を説明する。

文献

飛鳥井望(2012).PTSD になる人とならない人.臨床精神医学,41(2),157-162.

田亮介(2009).PTSD におけるレジリエンス研究.加藤敏・八木剛平(編).レジリエンス 現代精神医学の新しいパラダイム.金原出版,pp.75-92.

宮地尚子(2013).トラウマ.岩波書店.

江口重幸(2003).心的外傷と記憶をめぐって—— Janet の議論を手がかりに ——.臨床心理学,3(6),840-84.

Ellenberger,H.F.(1976).CEUVRES2.Stanké-Quinze,Montréal.中井久夫(編訳)(1999).エランベルジュ著作集2 精神医療とその周辺.みすず書房.

Ellenberger,H.F.(1970).The Discovery of the Unconscious. Basic Books, New York. 木村敏・中井久夫(監訳)(1980).無意識の発見(上)——力動精神医学発達史. 弘文堂.

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.

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.

神谷栄治(2003).被害者の支援と心的外傷.臨床心理学,3(6),832-839.

- 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)
- 笠原嘉(1978). うつ病(病相期)の小精神療法. 季刊精神療法, 4, 118-124.
- 笠原嘉(1996). 軽症うつ病. 講談社現代新書.
- 笠原嘉(2007). メンタル・クリニックでの経験から心の医療を考える ― 軽症うつ病治療を中心に ―. 心身医学, 47(2), 89-94.
- 笠原嘉(2008). 気分障害の小精神療法もしくはサイコエデュケーション. 精神科, 13(3), 178-183.
- 加藤敏(2009). 現代精神医学におけるレジリエンスの概念と意義. 加藤敏・八木剛平(編). レジリエンス 現代精神医学の新しいパラダイム. 金原出版, pp. 1-23.
- 小西聖子(1996). 解説. In: 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, pp. 397-402.
- 小塩真司(2012). 質問紙によるレジリエンスの測定 ― 妥当性の観点から ―. 臨床精神医学, 41(2), 151-156.
- 小塩真司・中谷素之・金子一史・長峰伸治(2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性 ― 精神的回復力尺度の作成 ―. カウンセリング研究, 35(1), 57-65.
- 前田正治(2002). 職場事故と PTSD ― 症例から学ぶ回復の道程. こころの臨床, 21(2), 221-225.
- 前田正治・金吉晴(編)(2012). PTSD の伝え方 ト라우マ臨床と心理教育. 誠心書房.
- 森敏昭・石田潤・清水益治・富永美穂子・Chok C Hiew. 大学生の自己教育力に関する研究(10) レジリエンス尺度の開発. 日本心理学会第 65 回大会発表論文集, 746.
- 中村元・福永光司・田村芳朗・今野達(編)(1989). 仏教辞典. 岩波書店.
- 中村敬(2005). うつ病に重要な簡易精神療法. 治療, 87(3), 553-558.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD(2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, 2nd Edition. 兵庫県こころのケアセンター(訳)(2011). サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第 2 版. 医学書院.
- (web 上では http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_text.pdf#zoom=100)
- 宮地尚子(2013). ト라우マ. 岩波書店.
- 水島広子(2010). ト라우マの現実に向き合う ジャッジメントを手放すということ. 岩崎学術出版社.
- 水島広子(2011). 正しく知る心的外傷・PTSD ― 正しい理解でつながりを取り戻す ―. 技術評論社.
- 小川鼎三・緒方富雄(編集顧問), 大槻真一郎(編集翻訳責任). ヒポクラテス全集第一巻. エンタプライズ.
- 岡野憲一郎(1998). PTSD の治療(個人・集団療法). 精神科治療学, 13(7), 825-831.
- 岡野憲一郎(2003). 外傷概念の変遷と治療論のゆくえ ― DSM における PTSD をめぐって ―. 臨床心理学, 3(6), 790-798.
- 岡野憲一郎(2009a). 新外傷性精神障害 ― ト라우マ理論を越えて ―. 岩崎学術出版社.
- 岡野憲一郎(2009b). 心的外傷とレジリエンスの概念. ト라우マティック・ストレス, 7(2), 52-60.
- 鈴木晃仁(1999). 18・19 世紀のイングランドの精神医療. 松下正明(編). 精神医学講座 S1 精神医療の歴史. 中山書店, pp. 103-128.
- 富永良喜(2004). 被害者支援における基本的考えについて. 臨床心理学, 4(6), 710-715.

- 内海健(2004). 精神療法による介入. 松下正明(編). 新世紀の精神科治療2 気分障害の診断学 初診から治療終了まで. 中山書店, pp.100-138.
- 八木剛平・田亮介・渡邊衡一郎(2007). 精神疾患の回復論, 生体防衛論, そして”Resilience”——統合失調症と気分障害を中心に——. 脳と精神の医学, 18(2), 135-142.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., van der Hart, O. (1996). A General Approach to Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In van der Kolk, B.A., MaFarlane, A.C., Weisaeth, L. (Eds.). Traumatic Stress. The Guilford Press, New York.
- 西澤哲(監訳)(2001). 外傷後ストレス障害の治療に関する概略. トraumマティック・ストレス. 誠信書房.

終 章

第 1 節 本研究で論じてきたこと

1-1. エネルギーの動きに着目

第 1 章では、わが国における心的外傷の受け入れの歴史をたどり、心的外傷が治療の対象となってきた一方で、受傷者の resilience を引き出すような支援のあり方がかえって遠のいていることを述べた。近代医学は自然治癒力を否定するかのように症状を抑えることに躍起になって病気と闘い、なぜ発病しないのか、なぜ回復するのか、といったところには目が向けられてこなかった。現在の心的外傷の治療法もこの流れにあって、症状を解消する治療法の研究が先行している現状である。

第 2 章では、心的外傷が抱く伝達性の困難さが受傷者と周囲の者に「分かってもらえなさ」「分からなさ」を生じさせ、その裂け目が生きづらさを生み出して回復を阻害してしまうことについて述べた。回復を阻害する諸要因は裂け目から派生する「分かってもらえなさ」が大きく寄与している。したがって、支援において受傷者のニーズに応じるためには、医学的症状だけではなく生きづらさに着目する必要がある。

第 3 章では、12 のケース研究を通して回復の促進・阻害要因を検討し、次のような要因の特徴が導かれた。(1)繋がり感は大きな安心感をもたらす、(2)「日常生活場面」には力がある、(3)一つの回復(阻害)要因が他の要因を凌駕する、(4)二次的ストレスは大きな阻害要因になる、(5)非力の段階から自力が発現する段階へ変化する、(6)時間の経過が回復を包み込む、(7)受傷者の個人特性が影響する

ケースの多くは自分自身の力に恃み、自助努力に踏み出して徐々に自己コントロール感を手にして、回復に向けての循環を起こしていた。ケースの中にはこのような行動力や各種の力が潜在していることが明らかになった。

また、第 4 章の質的研究からは、次の 7 点が導かれた。(1)周囲の差し響きの力は強力である、(2)受傷者は実は話したがっている、(3)「変わらないもの」は安心感をもたらす、(4)心身の不安と経済生活の不安は大きな阻害要因になる、(5)気分転換や養生は効果的である、(6)回復には時間の経過が必要である、(7)促進要因の共通点はエネルギー漏出がないことである。

第 5 章では、過去の回復モデルの医療実践例を示したのち、第 4 章の「促進要因の共通点はエネルギー漏出がないことである」に着目し、回復の促進と阻害を方向づけるものとしてエネルギーの増減に着目した。また、第 3 章の「非力の段階から自力が発現する段階へ変化する」に着目し、それぞれの段階を詳細に述べ、「非力の段階」から「自力が発現する段階」に移行するときにはたらく力が resilience であり、resilience が発現するためには安心感の醸成とエネルギー漏れを防止することであると考察した。さらに、その視点から resilience を発現させるための心理療法家の介入のポイントを提示した。

以上のように、Janet の心的エネルギー理論に倣って、回復の促進・阻害要因の本質、

そして resilience の機能を、エネルギーの流れで捉えてみた。支援する側も、回復モデルに基づき、エネルギー量の増減に着目すると支援の道が開きやすくなると思われた。

1-2. 心理療法家は何ができるか

さて、そもそも本研究は、心的外傷の受傷者へのより適切なかかわり方とは何かといった、筆者が臨床の現場で抱いた問題意識を探究していくことが目的であったため、受傷者にとって心理療法家はどういう意味をもつのかということにふれておきたい。

第4章で考察したように、専門家の話を聞いた、あるいはカウンセリングを受けたことを回復要因に挙げているケースは多く、心理療法家のはたらきは非常に重要であると思われた。受容と傾聴そして共感というのは心理療法の基本姿勢であるが、心的外傷支援においても有効に機能したと思われた。心理療法家は、受容と共感の姿勢でかかわることで安心と安全感を与えることができ、脅威にさらされた人は、安心と安全感を確認することで元気になる。それは、心理療法家が、外傷の伝達困難性を超えて話題を共有することができる希少な存在でありかつ専門家であるからであろう。

心理面接の場面では自分のことを理解してもらえる安心感や繋がり感、批判めいたことは言われない安心感、取り繕う必要のない安心感、いつもと同じ場所でいつもと同じ人がいつもと同じように話をするという予測可能な安心感、心を開ける安心感、何を言っても見放されることがない安心感、秘密が守られる安心感、ときには外傷と直面する状況になっても安全が保証されている安心感、不安に対して専門的な視点で説明し関与してくれる安心感など、受傷者にとって心理療法家とのかかわりは多様な形で安心感が涵養、促進される貴重な場であると考えられる。

確かに、当初は新規の人にかかわる不安が強かったり他人にこころを乱されたくないと思ったり、自分の気持ちなんて分かってくれないなどと思って、専門家と話すことを躊躇するケースもあったが、受容的な心理療法に入ってくるとそれらの不安は払拭されて積極的に通ってくるケースが多かった。

一方で、第2章で述べたことだが、治療者による二次的な傷つきは、信頼しようとしていた相手から裏切られることになり、ダメージが大きい。心的外傷だけでなく、いかなる治療的場面でも「治療による害は、自分自身ではなかなか気づきにくいものです。自分の治療が患者に及ぼす害に気づき、その害を少しでも減らす努力が、優れた心理療法の基本です」という村上(2007)の指摘を肝に銘じておきたい。

このように考えてくると、心的外傷の心理的支援の担い手については、やはり心的外傷に精通した専門家であるべきであろう。なぜならば、心的外傷の諸症状や心理状態についての知識をもっていないと、受傷者は理解されない不全感や疎隔感が深まり二次的な外傷を容易に被りうるからである。治療者が自分と異なって傷ついた存在でないことが分かるだけでも傷つくということがありうる。水島(2010)は、治療者に関して、「誠実さや温かさだけでなく、トラウマについての十分な知識に基づく『信頼』を獲得する必要がある」と述べている。ただ「良心的で温かい」治療的かかわりだけではなく、十分な知識も兼ね備えておく必要があると思われる。

重ねていえば、本研究の総合考察で導き出された心理療法家の介入のポイントは、日常

臨床においてはすでに常識的なことだと位置づけられるような言説が並んでいる。だが、心理臨床実践においては筆者自身はかなりの専門性の高さが要求されるものと考えている。

第2節 本研究の意義と限界

2-1. 本研究の意義

本研究は、臨床現場で発生した問題意識を、臨床現場に具体的・実践的に還元・昇華することが最終的な目的であった。

研究対象になったのは、外傷経験によって何らかの精神的な痛みを背負った人たちである。考えてみると、実際の臨床現場では、PTSDの専門的治療を必要とする人よりも、こういう日常的な心理支援を求める患者の方が訪れる可能性は高いのではないだろうか。しかし、それらの患者は、特異的な治療が行なわれるわけではないので一般臨床に埋もれて研究対象にはなりづらい。

心的外傷者への日常的な治療場面において、加藤(2002)は「PTSD症状を持ったとしても、外傷的エピソードに対する認知のちがい、対処の仕方、社会的支援の多寡などによって、改善が早まることも、しばしば観察される」と述べ、岩井(2002, 2004)は「比較的軽症のPTSDは、週1回、1回15分程度の支持的傾聴的小精神療法と薬物療法の併用で、一定の治療効果をあげることができる」「治療の場の安全保障感と治療者-患者間の信頼関係とがある程度確立されていれば、治療者が患者の言を傾聴するだけでもかなりの治療効果をあげることができる」と述べている。本研究は、こういった日常の臨床知を、より客観的に検証したものにとらえることができる。

また、期間として、急性期の対応だけではなく、数年にわたってケースとかかわることになったため、中長期的な対応を問題にしたのも本研究の特徴である。大岡(2009)は、生活のしづらさを抱える慢性PTSDをもつ者にリハビリテーション的ななかかわりをした症例を検討する中で、「PTSDの生活支援や職場復帰という中長期ケアの点では、参考にする文献がほとんどありませんでした」と述べている。長期化する心的外傷患者への対応が十分に議論されていないところに、期せずしてそこに分け入ることができた。

さらに本研究では、心的エネルギー動きに着目して、resilience-based interventionともいうべき、resilienceを発現させるにはどうすればよいのかを考察し、心理療法家の介入のポイントを提起することができた。

しかし、本研究の最大の特徴は、受傷者本人に訊ねたことであろう。従来の研究は、治療者側からの視点で論述されたり、一事例報告であったりした。外傷体験から紆余曲折を経て回復に向かっていった複数人の心理的経過を詳細に記述し、アンケートとインタビューを用いて回復および阻害要因をあぶりだしていくときに、当事者本人の語りを扱ったため、体験に裏付けされた重みがあるだろう。

2-2. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象は、単回性の心的外傷である。研究協力者はそれぞれ心的外傷の症状を有し死亡者が発生した者も含まれていた。発生のイベントは、重篤な症状を呈するといわれ

る戦闘やレイプなどではなかった。また、単回性心的外傷は反復性のそれよりも重症度が軽いというわけではないが、虐待やDVのように反復されその後の人格にも影響を及ぼすという性質のものではなかった。外傷後、強い外傷にさらに暴露されるといふ人もいなかった。PTSD 発症に影響を与えるといわれる生来の脆弱性など本人の属性については個々のケースで触れたが比較検討するだけのケースの数ではなかった。さらに、生活状況や家族環境も悲惨なものではなく概して周囲のサポートにも恵まれていた。薬物療法以外、PTSD に特化した治療をする必要はなかった。つまり、外傷の重篤度の高くない少数の研究協力者たちから導きだされた結論であるというのが本研究の限界である。

PTSD の治療法のほとんどは欧米から移入された手法であり、『サイコロジカル・ファーストエイド』(National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006) などのマニュアルも外国の訳本である。

自我意識の強い西欧においては、病気や障害は身体や自我に押し入ってきた異物として克服・駆逐・排除されなくてはならないといった考え方が強いように思われる。外科的に病巣を切除するように、専門的技法を用いて症状や原因を取り去らなければならない場合がある。心的外傷に関してもそれは同様であるが、一方で、アンケートやインタビューに応じてくれたクライアントの多くにみられたのは、生活の中で時間がたつうちにそれとなく症状が消退していく成りゆきである。

日本人の自我は「西洋人から見れば、存在しているかどうか不明とさえ感じられるらしい」(河合, 1976)とされ、わが国においては古来より調和・協調・和といったものが重視されてきた。それは他の存在と共存することを前提としており、他者との関係の上で自己のあり方を見出してきた。そのため、英語の「I」にあたるものが、日本語では周囲との関係の中で多彩な表現を呈することになる。このように、意識する個のあり方というよりも縁や繋がりにリアリティーを感じる漂泊自我(老松, 1997)をもつ日本人にとっては、症状を撲滅するのに躍起になるよりも、生活の多くのネットワークの中で、なんとはなしに癒されていくという回復の仕方があってもよく、日本人の性にあっているのではないかと思われる。なんとはなしというと、成りゆき任せ、時間任せで頼りない印象をもたれやすいが、老松によると、「縁」とは不可能を可能にする原理であり、はかなくも強靱な関係性へのリアリティーと信頼があつてのなんとはなしということである。つまり、Herman(1992)が主張する回復の展開の第3段階である「再結合」、あるいはこれまで議論してきた「ネットワークとの繋がり感の回復」と別物ではないと思われる。

「PTSD は欧米文化に限定された症候群である」という批判があるように(Friedman et al, 2001)、欧米で作られた概念や治療、かかわり方がわが国の文化事情に叶っているかどうかといった問題は、明治時代の移入期からの古くて新しい問題であり、今後十分な検証が必要であろう。

最後に、何度もふれたことだが、心的外傷後の症候群はPTSD という診断名がつき医療化されたことで、苦悩が取り上げられにくくなり、軽くあしらわれるかのような診察が広まることが危惧される。そうなると、患者は治療の対象者と位置づけられ sick roll を強化

し、主体的な回復性が失われてしまう。専門家としては、専門的知識や技術に一辺倒に走りやすい傾向を戒め、安直な医療化や障害化にブレーキをかけ、クライアントのことを分かっってしまうことなく謙虚に話を聴き続けること、傷ついた存在の全人的な痛みに共感の姿勢をもって同伴することといった、傾聴と共感の基本姿勢が、なんとかなしの回復を大きく促進するものであると思われる。その回復の経過には、コミュニティや人間関係の癒しの力やその人なりの癒しの物語があるはずである。治療者はそういった物語に耳を傾け、回復モデルに基づいた関与の仕方が必要と考える。

岡野(2009)は、治療者は resilience や自然治癒の力が発揮される個人的なプロセスに敬意を払う必要があると述べている。人間世界には全てを灰塵に帰すような凄まじい脅威を伴ったイベントが存在する。しかし、考えてみれば、その脅威から復元に向かおうとする人の力やプロセスもまた凄まじいものではないだろうか。支援者はそれを敬意の眼差しで見守っていくことなのだろう。

黒澤明監督の映画「七人の侍」は、村を盗賊から守るために雇われた7人の武士が、村人とともに盗賊を撃退する物語である。激闘の後、武士の頭領が、懸命に田植えをしている農民を見ながら「今度もまた負け戦だったな」「勝ったのはあの百姓たちだ、わしたちではない」とつぶやく場面がある。resilience を抱き発揮したのはクライアントであり、その栄誉を治療者や支援者は決して横取りしてはならないだろう。

文献

- Friedman, M.J., Resick, P.A., Keane, T.M. (2001). Twenty-five years of Progress and Challenges.
In Friedman, M.J., Keane, T.M., Resick, P.A. (Eds.). Handbook of PTSD Science and Practice. The Guilford Press. 金吉晴(監訳)(2014). PTSD—25年間の進歩と課題—. PTSDハンドブック科学と実践. 金剛出版.
- 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(2002). 日常臨床における PTSD 治療. 精神科治療学, 17(2), 223-238.
- 岩井圭司(2004). 心的外傷と PTSD の治療. 総合リハビリテーション, 32(4), 343-348.
- 加藤寛(2002). PTSD の発症と遷延化に寄与するもの. 心の臨床 à la carte, 21(2), 171-173.
- 河合隼雄(1976). 母性社会日本の病理. 中央公論社.
- 水島広子(2010). トラウマの現実に向き合う ジャッジメントを手放すということ. 岩崎学術出版社.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. 兵庫県こころのケアセンター(訳)(2011). サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版. 医学書院.
- 村上伸治(2007). 実戦心理療法. 日本評論社.
- 老松克博(1997). 漂泊する自我. 新曜社.
- 岡野憲一郎(2009). 心的外傷とレジリエンスの概念. トラウマティック・ストレス, 7(2), 52-60.
- 大岡由佳(2009). 「生活のしづらさ」を抱える慢性 PTSD をもつ者へのケア —ソーシャルワーカーの視点から— およびその症例検討会. トラウマティック・ストレス, 7(1), 60-71.

謝 辞

小学生の頃から太平洋戦争に関心がありました。夏休みには東宝の8・15シリーズの戦争映画を観て、貸本屋には戦争マンガを借りにいき、軍歌を聴き、軍艦や戦闘機のプラモデルを作り、戦記物や軍人の本を読んでいました。思えば今より戦争の記憶が濃い時代でした。

私の叔父は海軍航空隊の整備兵をしており、遠縁には航空母艦(瑞鶴)に乗り組んで兵食を提供する主計兵がいました。さらに私が生まれる前に亡くなった祖父は、輜重輸卒兵^{しちょうゆそつ}として日露戦争に従軍しています。いずれも前線で戦う兵士たちを裏で支える仕事です。しかし、軍隊には兵站軽視の風潮がありました。「輜重輸卒が兵隊ならば、蝶々とんぼも鳥のうち」と、祖父もまた、このように揶揄されたのかもしれませんが。しかし、後方支援が安泰でないとは戦えません。武器・燃料や水・食料・医薬品の補給が前線の兵士たちにとってどれほど物理的にも心理的にも重要なのかは、ガダルカナルやインパールの地をはじめ大陸や太平洋諸島の激戦地で、餓死や病死により戦わずして斃^{たお}れていった無数の日本兵が証明しています。もっと水、食料があれば、兵器や弾薬があれば、援軍がくれば、と絶望の中で命を落としていった兵士たちの、その救いようのない状況を想像すると何ともいたたまれない気持ちになりますが、実は、その気持ちが本研究を導いてくれたものでした。

なぜか分からないのですが、血縁もないし会ったこともないのに、戦争で散っていった兵士たちの無念さを放っておけないのです。それが転じて、現実の仕事の現場で、トラウマを背負った人の心情に入り込みどうすれば癒されていくのかといった問題意識に繋がったような気がします。本研究では、本人の回復力が現出してくるような支援や環境整備の重要性について述べました。(戦争を肯定するつもりはありませんが)それはちょうど、戦闘力を高めるには輜重輸卒その他後方支援機能が不可欠であることに通じ、祖父たちの軍務に誇りを吹き込むような感がありました。

さて、本論文の作成にあたり、ここまで支えてくださった方々に感謝申し上げます。

何よりも、トラウマティックな体験に巻き込まれて通常であれば話をするのも拒否されるようなことなのに、快く研究の趣意をご理解下さり協力していただいたクライアントの皆様のお気持ちに深謝いたします。その後それぞれの方が平穏な日々を送っていることを祈るばかりです。

そして、修士課程からの長い大学院生活にわたり、研究を励まし指導を頂いた、間宮正幸先生、田中康雄先生、松田康子先生、渡邊誠先生、副査を担っていただいた立正大学の小澤康司先生、そしてゼミの熱心な仲間たちから多くのご助言をいただき、そのおかげさまをつくづく感じております。

博士後期課程の途中で、勤めていた医療法人の理事長が解任されるというトラウマティックな出来事が起こり、理事長に恩義を感じていた自分もまた27年間の病院勤務生活にピリオドを打つことになりました。その後、まるで城主を失った浪人のように不安定な身分で漂うことになり、そのトラウマの消化と職業生活の急激な方向転換は確かに大変でした。しかし、周囲の方々の温かいお声に救われ、家族の協力もあり、乗り越えることができました。

これまで自分が仕事で経験してきたことを論文という形にまとめることができたのは感慨深いものがあります。

皆様、本当にありがとうございました。

- 悪化 不変 改善
- | _____ | _____ | _____ | _____ |

- 悪化した点

5. 災害（または事件、事故）からこれまでも振り返って、あなたにとって回復を阻害した要因となったことには、どんなことが思い当たりますか？（どのようなことが気持ちを苦しめましたか） 特に思い当たる・・・◎ 思い当たる・・・○ でチェックして下さい。

- () 時間の経過
- () 休みを十分にとれなかったこと
- () 好きなことや気分転換ができなかったこと、またはできなくなったこと
- () 睡眠状態が悪かったこと
- () 身体の回復が順調ではなかったこと（痛みが続くなど）
- () 障害が残ったこと、身体的能力が低下したこと
- () 仕事を失ったこと または家事ができなくなったこと
- () 仕事上の待遇が悪くなったなど職場の組織的な対応
- () マスコミに不本意なことを書かれたこと
- () 知られたくないことまで知られたこと
- () 話し相手がいなかったこと
- () 周囲の人たちが自分の辛さを分かってくれなかったこと
特に分かってほしかった人は？ 配偶者・親・子ども・親戚・友達・職場の上司・
職場の同僚・その他
- ()
- () 賠償（保険）の話が順調に進まなかったこと、または保険会社の対応
- () 加害者や当事者からの誠意が感じられなかったこと
- () 病院やリハビリでの対応
- () 専門家のカウンセリングなど

その他、周囲の関わりや偶然の出来事で、心が苦しくなったことはありませんでしたか？

6. どんな言葉があなたの気持ちをいっそう苦しめましたか？（言ってほしくなかった言葉）

7. 災害（または事件、事故）後、仕事や生活に関して心がけるようになったのはどんなことですか？

8. 災害（または事件、事故）に遭った人が立ち直っていくために、どういうことが効果的だと思いますか？

ありがとうございました。

年 月 日 ご氏名