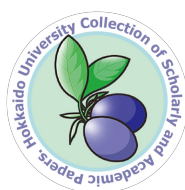




HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	単回性トラウマティック・ストレス受傷者への心理療法家の関与 : resilienceの概念に基づいて
Author(s)	菊池, 浩光
Citation	北海道大学大学院教育学研究院紀要, 132, 99-118
Issue Date	2018-08-30
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.132.99
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/71469
Type	departmental bulletin paper
File Information	070-1882-1669-132.pdf



単回性トラウマティック・ストレス受傷者への 心理療法家の関与

－resilienceの概念に基づいて－

菊 池 浩 光*

【要旨】 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によって、受療と加療が容易になった。しかし、その半面、受傷者の苦悩が取り上げられにくくなることと、治療の主体性が失われてしまうことが危惧される。トラウマを被った受傷者は基本的に自然回復していくが、回復を促進していくためには、回復モデルの考え方に基いたresilienceの発現を促す関与が有効である。それには、安心感を醸成し心的エネルギー漏れを防ぐことが重要である。そのために、心理療法家は単回性のトラウマ受傷者にどのように介入をするのが望ましいのかについて6つのポイントを提起した。

【キーワード】 レジリエンス ト라우マティック・ストレス 心理療法 回復モデル 介入
心的外傷 心的外傷後ストレス障害

1. はじめに ー映画『7月4日に生まれて』にみる人生の恢復物語ー

『7月4日に生まれて』(Kovic, 1976)は、ベトナム戦争の帰還兵であるRon Kovicが、戦場での体験を書いた自伝的小説である。同じくベトナム従軍経験がある映画監督のOliver StoneがRonと合同で脚本を書き、同名の映画が作られた(1989)。少し長くなるが、映画に描かれたRonの人生の過程を辿ってみたい。

アメリカの独立記念日に生まれたRonは、祖国と一体であることを運命づけられたかのように「共産勢力の拡大を阻止するため」海兵隊に入隊し、ベトナム戦争の最前線に送られる。だが、戦闘中に誤って民間人や部下を射殺してしまい、自身も銃弾で脊髄を損傷し下半身麻痺になる。劣悪な医療環境に耐えリハビリに励み、ようやく故郷に戻ることができたものの、彼を待っていたのは、反戦運動の広がりや帰還兵への冷徹な眼差しであった。フラッシュバックや悪夢に苦しみ、祖国に命を捧げたにもかかわらず国民から唾を吐かれ、子どもができない身体と車椅子だけが残された人生の現実と直面する。自分は何のために命がけで戦ったのか、こんな自分をいったい誰が愛してくれるのかと、混乱と絶望の渦に呑み込まれて自暴自棄になり、その荒れ狂いように家族は困り果て、メキシコでの休養を勧める。そこに行ってから少しずつ未来に向けて歩み出しを始め、映画は、反戦運動家に転じたRonが聴衆に講演をする直前、“Just lately, I’ve felt like I’m home.”(やっと家に戻ったようだ)とインタビューに応じて壇上に送り出されるところで終了する。

* 上原内科クリニック、くがはら内科クリニック

「家に戻った」のつぶやきは、自分が自分でいられる居場所を見つけたという意味が含まれているように思われる。Ronは戦争のプロパガンダに乗せられて祖国を守る一心で戦ったものの、苛烈な戦場で心身共に深い傷を負い、帰国後も祖国防衛の信念を否定され続け、根無し草のように浮遊するしかなかった。しかしこの戦争は間違いだと考えを変え、帰還兵の自分だからこそできる反戦運動の旗手になることに居場所を見つけたのだった。実際、彼はその後反戦を訴え、イラク戦争のときにも声を上げている（北海道新聞、2003.1.31付）。

注目したいのは、Ronがどういうきっかけで気持ちを未来に向けてシフトしていったのかという点である。メキシコで出会った娼婦は、戦争や身体の障害に関係なく「普通に」彼と接する。彼女にしてみればただの客である。しかし、Ronにしてみれば、自分をまるごと受け入れてくれた体験は、その後彼女にプレゼントを買うほどに嬉しく、優しい気持ちが呼び覚まされた出来事だったのである。また、車椅子の帰還兵2人がタクシーに砂漠で置き去りにされ、互いに唾をかけ合って激しく罵りあい、その挙げ句に「全てを失った自分はどうしたらいいんだ」と嘆く。絶望の極みにいた彼は、こうやって感情を激しく揺らしながら、いつまでもこのままではいけない、と感じるようになったのだろう。戦場で誤射殺してしまった部下の家族を訪問して、自分が撃ち殺してしまった事実を告白する。父親を知らない幼子を抱いた未亡人から「私は許すことができないけど、神はお許しになるでしょう」と言われ、母親からは「あなたも辛かったですよ」と言われる。

そして、次のシーンでは、今までの彼から翻って、反戦運動のデモの真っ只中で声を張り上げる姿が映し出されるのである。従来の信念や価値観を手放すためにRonはいかほど混乱し逡巡したことだろう。映画には、このように後悔と絶望の淵から自己を取り戻し、人生の意味を発見して世界に関わっていく姿が描かれている。

Herman (1992) は、「生存者の証言には、つながりの感覚がとりもどせたのは、ある時、ある人が惜しめない度量を気どらない自然体で示してくれたおかげであるという話がくり返し出てくる。被害者は不可逆的な破壊をこうむったと思い込んでいる自分の中のもの－信仰や品性や勇気など－はごくふつうの愛他性（相手の身になって考え相手本意で行動すること）によってもう一度目をさます。自分以外の人々の行動を鏡として生存者は自らの失われた部分を認め、それをとりもどす。その瞬間から生存者は人間の共世界に再加入しはじめる」と述べており、Ronが辿った道筋を端的に表している。

さて、不条理としかいえないような事故や事件や災害は、突然、暴力的に私たちを襲ってくる。日々の生活で危険に晒され心的外傷を被る可能性は誰にでもある。それは、漠然とでも考えていた人生の道行きとは相入れない「異物」に他ならない。人はその「異物」をどのように自分の人生に「同化」していくのだろうか。

それは、ときには苦しみや絶望に満ちた暗闇の世界から光を見出していくような困難な作業になるだろう。無意味で常に気持ちを深い淵に引っ張る重石でしかなかった出会いや出来事が、濃密な意味と色彩をともなって蘇り、オンリー・ワンの物語を紡ぎ出していく道行きである。しかし、これは誰もが通れる道ではなく、また、当の本人にしかできない作業である。では、当人を支えるために周囲の人ができることは何であろうか。

本論では、以上のような問題意識を背景にしつつ、心的外傷を抱えた受傷者を目前にしたとき、心理療法家としてはどのようにかかわるのが望ましいのかという問題を、“resilience”をキーワードに考察していく^{注1}。

2. resilienceの捉え方

2-1. 医療化の光と影

心的外傷受傷者（以下、「受傷者」と表記する）^{注2}は、その体験を語ることに困難を感じ、聴く側もまた、聴くことに困難を感じ、両者の間には「分かってもらえなさ」と「分からなさ」が横たわっている。

語る側は、そもそも言葉にできないような強烈な体験をしており、理解し難い反応に翻弄され、表現するエネルギーも失っているような状態である。また、体験は回避・忘却したいものであり意識にのぼることが抑制されている。さらに、話そうとしても、分かってもらえないのではないかといった不安と分かってもらえなかったときの相手の反応に傷つくことを怖れて躊躇してしまう。

一方、聴く側も、内容が、過酷な体験であったり強い怒りや絶望感であったりするので、自身の精神バランスを崩しやすい危険や、受傷者が二次的に外傷性ストレスを被って精神バランスを失わせる危険を感じとって回避したくなる。

このように、お互いが心が傷つかないように巧妙に外傷の話題を回避するため、外傷体験は正しく伝達されることがなく、相手や社会に正しく認知・評価されにくいという特徴を持っている（菊池, 2012）。

その結果、受傷者は、声を上げることもなく傷を隠し、一人で苦悩を抑圧したまま、晴れることのない灰色の心を抱えなくてはならない。心豊かに楽しむとか、充実感とともにといった生活は奪われ、ときに生活の質は低く貶められ、ひっそりと生きなくてはならない。受傷者はこのような生きづらさを背負い、理不尽な処遇と多大な忍耐を強要されてきたのである（菊池, 2013）。

1980年、DSM-Ⅲに心的外傷後の症候群がPTSD（心的外傷後ストレス障害）という診断名となって表記され、正式に病気として認められた^{注3}。つまり、医療化（障害化）された。心的外傷概念が普及し、トラウマがトラウマとして認識され、治療の対象となったことの医療的恩恵ははかり知れないだろう。共通の概念ができたおかげで、語る側も聞く側も相互理解は容易になったことだろう。

ところが、次のような地下鉄サリン事件被害者の声がある。「病院に行っても、しょうがないですよ。何を言っても薬をくれるだけだから。頭が痛いなら頭痛薬、おなか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。だから病院なんて行く気になれなかったな」（村上, 1999）。

森（2005）は、過去のさまざまな心理療法が扱っていた問題のうち、「トラウマとして理解しやすい部分にだけ強く光が当たってしまう傾向もある。そのために、人間全体を考えた治療の関わりがむしろ弱くなっているかも知れない。（略）トラウマを視野に入れながら全人的な援助や治療をどう考えるかが現在の課題となっているといえよう」と述べている。

医療化は、多彩な個性や感情が切り捨てられ非個人化の方向に傾きやすい。つまり、診断が確定すると、「〇〇さん」は患者Aになって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-IV（APA, 2000）にみられるよう

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るため、受傷者の「個性的な」訴えは退けられ「外傷で苦しむ」患者の訴えがとり上げられにくくなる。

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。

医療化によって心的外傷反応の正体が分かることのメリットは大きいですが、視点が診断基準に固着すれば、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。受傷者は、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ことが少なくないのではないだろうか。

2-2. 医療化にともなうもう一つの弊害

加藤(2009)は精神科医療に関して、「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。

「障害化」「脱主体化」とはいったいどういうことであろうか。

まず「障害化」については、前述の「医療化」と同義に考えてよいだろう。これまで疾患としては認められていなかったさまざまな症候群が、れっきとした医療の治療対象として、精神科領域であれば「〇〇障害」として、枠組を新たに登場してきていることを示すものであろう。

次に「脱主体化」についてであるが、医療場面で治療のベースにある考え方は、治療者が不調の原因を調べて診断し、原因となっているものを除去したり弱体化させたりすることによって正常な状態に戻す「医療モデル」である。立場の弱い受療者は、医師などの治療者に治療をお任せするしかないと考え、治す人と治される人の関係ができあがり、「治療者が（一方的に）受療者を何とかしてあげなければいけない」といった医療のパターナリズムに結びつく。そうすると、治療の主体は治療者であり、受療者は治療を施されるだけの、主体性を奪われた受動的で無力な存在に位置づけられることになる。

ところが、そういう位置関係の形成は、野田(1995)が、災害場面で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といった弊害を指摘しているように、受傷者や受療者の無力化を促進してしまう。心的外傷においても、ケア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を生じさせる可能性がある。

また、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」は、受傷者を戸惑わせ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と安(2011)は述べている。

以上、PTSDの診断名の出現で心的外傷後の症候群が「医療化」「障害化」されたことによって、受療や加療が容易になった恩恵の側面と、受傷者の辛い心情や生きづらさがすくい取られなくなったこと、また、受傷者が治療の主体性を喪失しやすくなることの弊害の側面を論じた。こういった弊害があるがゆえに、前掲(加藤, 2009)の「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」が必要なのであるが, ここで改めて, “resilience” が意味するところを確認しておこう。

2-3. resilienceの原意と機能

“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。

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, A と B を両端とする押しバネの復元をイメージして考えたい。押しバネの片端 A がはね返ってもとの位置に戻るためには, もう片方の B が固定されていないといけない。もし B が砂地におかれれば, 復元力は砂に吸収され, A は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が最大限に引き出されるには, 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土台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。

筆者は, 多くの事例とかかわってきた結果, 受傷の衝撃から立ち直るためには, 治療場面だけでなく生活全体が底上げされたり後押しされたりして安心感を得ることが不可欠であり, 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もともと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った活性化させることにたとえられる。つまり, ポテンシャルティーを引き出すかわり方であり, Herman(1992)が繰り返し述べているempowermentに通じるものと考えられる。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。

2-4. resilienceモデル

日本トラウマティック・ストレス学会が, 2011年の東日本大震災後, 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。

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。

心的外傷場面において、こういったresilienceに着目した治療モデルの有効性を唱える論述は少なくない。

東日本大震災の支援に関する論文や資料には、PTSDの専門的治療といったものよりも、『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）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、resilienceモデルの有効性が期待されている。

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、PTSDの治療に当たって、「レジリアンスを促進する治療的なかわりには大切であり、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」として、「resilience-based intervention」という言葉を提起している。

田辺（2009）は、従来の医療モデル（発病モデル）とresilienceモデルについて次のように比較して述べている。「発病モデル」は「どのように病気になるのか」というプロセスの探究を重視する病気・治療モデルであり、疾病の根本原因を措定し、それを発見し、その原因を消滅（解消）することを治療戦略とする。一方、「レジリアンスモデル」は、「病気がどのように回復するか」を重視する病気・治療理論であり、「症状は生体の適応形態の一つである」「生体には自然治癒力が存在する」「回復は発病の逆過程ではない」「生体には環境に適応する能力が存在する」「治療は病因を排除することではなく生体の適応能力を適切に導くことである」などの主張群に基づいているとしている。

resilienceは、自然治癒力のような意味で使われている場合もあれば、適応能力を導く力というように自然治癒力や内的エネルギーに作用する力という意味で使われている場合もあるようである。治療場面におけるresilienceの定義やそのモデルの構築にはまだ議論が必要だが、人間の内部に潜む回復力に着目してその力をいかに引き出し高めていくかという視点を持って受療者に関与していこうという姿勢はresilienceモデルの中核にあるといえる。

2-5. resilienceモデルの考え方は新しいのか

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てきた。特に医療の現場でそれが顕著であり、その日進月歩の邁進のさまに人々は目を見張り釘付けになってしまう。だが、最終的に生体が抱く自己治癒力に頼る医療の基本は変わっていないと思われる。医療の知識や技術が乏しく、自然治癒に恃まざるをえなかった過去の養生中心の医療の中に、resilienceモデルの考えに基づいた実践が見出される。その例として、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、その自然治癒力を持んで回復を待とう」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、養生的環境を重視した、resilienceに基づく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4}と心理緊張^{注5}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、興奮やいら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、resilienceモデルに依拠したものではないだろうか。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。

このように、古くて新しいresilienceモデルであるが、このモデルベースの支援が必要とされている理由の一つは、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の形が取りやすいことである。もう一つは、当事者の回復力が自ずから目覚め活性化し有力化がはかれる可能性が高いことである。身体に備わっている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、resilienceもまた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のである。

3. エネルギー発現のための介入

3-1. 「非力の段階」と「自力が発現する段階」

衝撃に立ち会った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、受傷者が直ちにresilienceを発動できる状態かといえばそうではない。筆者は、一定期間の「非力の段階」を経て、次第に「自力が発現する段階」へ変化していくものと考えている。

まず、「非力の段階」とは、衝撃によって「世界は脅威に満ちている」感覚が抜けず、外傷の諸反応(再体験、回避・麻痺、認知と気分の陰性変化、過覚醒)によって大量の心的エネルギーを使い、エネルギーを貯めることも使うこともできない段階である。不安や恐怖や葛藤、悲しみや怒りや後悔などで心身ともに疲弊し生活力がひどく落ちる。他者や社会とのかかわりはエネルギーを要するため億劫になり、疎隔感や孤独感を深めてしまう。傷つきやすい状態も相俟って周囲の刺激によって二次的なダメージを被りやすい。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ないのだが、エネルギーが枯渇しているため何らかのアクションを起こすのもやっとという状態である。

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解凍や蓄積が始まる。安心と安全感を抛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上に、残余エネルギーも消耗した状態である。「自力が発現する段階」とは、エネルギーが蓄積されるとともに、固まっていたエネルギーが溶解して十分な伸縮力を取り戻しつつある状態、換言すると、エネルギーを動力に変換できるようになり、意欲や能動性が立ち上がってきた状態と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に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」に停滞せず、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だろう。

では、どうすれば、内的エネルギーを蓄積し封印されたエネルギーを解放して、「非力の段階」を「自力が発現する段階」に移行することができるのであろうか。

3-2. 安全と安心の土台作り

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」。

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。災害場面などであれば、衣食住や経済的側面の基盤、困りごとの相談窓口、弱者への配慮などの生活支援が優先してあてがわれるべきであろう。

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っていくためには、周囲のサポートなどによる安心の保証が必須なのである。それは経済的側面だけでなく、人間関係であったり物理的なものであったり、日常生活から離れて休養をとったり、時間の経過に包まれたり、決まりきった毎日の生活や養生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、エネルギー発動の必須条件になると思われる。

安心と安全の確立は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）、これも安全と安心感の確保の意味で説明できる。

安心と安全の確保は、心的エネルギーの変化で表現すれば、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底護し、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。

安心感の醸成とエネルギー漏れを防ぐこと。この2つの条件が満たされれば、エネルギーは蓄積され、解凍され、具体的な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と思われる。

3-3. resilienceモデルを考慮した心理療法家の介入

では、心理療法家として、受傷者が安心感を醸成し、エネルギー漏れを防ぐといった、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6点提示する。

(1) 安心感の醸成

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、心理の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、心理療法の初動の段階で心理教育を行ってきたが、この説明だけで胸のつかえがとれる人が多かった。説明のポイントは、不可解な症状や自身の違和感覚に対し、それらは決してあなたがおかしくなったのではなく誰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、「分かっってしまう話の聴き方」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。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6}やPTSDの概念を当てはめて心的外傷反応だと分かっただけでは、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。そうすると、いわゆるいいがたい苦しみを分かっただけでほしい受傷者の気持ちは解消されないままである。

筆者自身は、受傷者の訴えを実感的に理解しにくい場合、こんな感じ？あんな感じ？と詳細に尋ねていくようにしたが、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ことなく、受傷者の痛みを耳を傾け、分からない余白部分を残しつつ、探求的に聴く姿勢が必要であると思われる。

(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、安全・安心感を確実なものとしながら、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、人生の大事業といっていいだろう。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のだとして、結局「時間をかけた」適応をゴールに据えた日常的な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。

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) 傷つけないこと

a. 強力な阻害要因になる二次的ストレス

二次的ストレスは回復の大きな阻害要因になる。筆者は、心的外傷を被った上に、職場の対応、上司や同僚、家族、交通事故の加害者や保険担当者の言葉など、周囲の言動で二次的に傷つき、悔しさや怒りや悲しみが込められた話を頻繁に聞いてきた。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)。

筆者がケースを重ねてきて痛感したことの一つは、こういった二次的ストレスを容易に被ってしまうことであった。あるケースは「無事で良かったね」「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複雑な心境に陥り困惑をみせていた。

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7}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』（前掲）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、相手を傷つせず、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、エネルギーを引き出していくことに繋がっていくものと思われる。

治療場で相手を傷つけないことは、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。支援者や治療者は、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。

b. 「傷つけないこと」が抱く力

傷つせず害さずというのは、現実的には必ずしも容易なことではない。支援者あるいは専門家が、善意のつもりで話した慰めの言葉が、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」とも述べている。

また、治療者が尋ねたい衝動に駆られる話題は、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きがある。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。

（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る。

筆者が経験したケースの経過の中で、子どもや孫、犬や猫との交流のエピソードが語られたことがある。幼児やペットは、大人の傷を癒すのに大活躍していた。彼ら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）を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（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、あるケースは、会社の職員がいかに変な人たちであるかを述べているとき、「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。治療者が探求の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。

（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。

心的エネルギーについては、ダムの例え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^{注8}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。すべからず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、心的外傷者はうつの患者に比して、周囲の理解的な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れば、比較的早期にエネルギーが蘇ってくるからである。

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、焦燥感や責任感に駆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。これらのことから、心的外傷は、決してエネルギーの絶対量が枯渇しているわけではないことが推測できる。

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。

子供やペットとの交流において、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）は深刻な外傷を負った人が「感覚面での回復」が有効に作用した症例を報告している。また、養生が効果的だというのは、心が和む時間をあてがうという意義があるのだろう。

（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。

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。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

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ばいいのではないだろうか。

3-4. 心理療法家は何ができるか

さて、受傷者にとって心理療法や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。

受傷からの回復要因に、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挙げているケースは多く（菊池，2014）、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すると思われた。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っていく。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稀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わり方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、当初は新規の治療者に対す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、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ないと、受傷者は理解されない不安全感や疎隔感が深まり二次的な外傷を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」治療的かわりだけでなく、十分な知識も兼ね備えておく必要があると思われる。

前述した心理療法家の介入の6つのポイントは、日常臨床においては極めて常識的で特別な内容ではないかも知れない。だが、受傷者への心理臨床実践においては、筆者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。

4. おわりに

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。そうすると、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、冒頭に示したRon.Kovicの人生の恢復物語に見られるように、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。

謝辞

本稿は2016年3月に北海道大学に提出した拙著の学位論文の序章と第5章を、「resilience」をキーワードに再構成したものである。学位論文執筆にあたってご指導をいただいた間宮正幸先生、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に感謝申しあげます。また、本研究の基礎となったトラウマにかかわる多数の臨床経験をさせていただいた職場の長であった故西村昭男先生に感謝申しあげます。

注釈

注1）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2）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、本論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。

注3）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4）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5）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、働くと減少する特徴がある（Ellenberger, 1970, 1976）。

注6）ASDは、生死にかかわるような心的外傷を受けたあと、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7）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8）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う）。(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

- 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（監訳）（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（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.
- 江口重幸（2003）. 心的外傷と記憶をめぐる——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 (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.
- 菊池浩光 (2012). 心的外傷者の生きづらさ. 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 117, 83-111.
- 菊池浩光 (2013). わが国における心的外傷概念の受けとめ方の歴史. 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 119, 105-138.
- 菊池浩光 (2014). 心的外傷者の回復を促進、阻害する要因は何か. 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 121, 63-90.
- 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.
- 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 (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・加藤寛 (2012). 学会員および本ホームページ閲覧の皆様. ト라우マティック・ストレス, 10(1), 37-38.
- 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.
- Masten, A. S., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcame adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- 宮地尚子 (2013). ト라우マ. 岩波書店.
- 森茂起 (2005). ト라우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.
- 村上伸治 (2007). 実戦心理療法. 日本評論社.
- 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.
- 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上はhttp://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_text.pdf#zoom=100)
- 野田正彰 (1995). 災害救援. 岩波書店.
- 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をめぐる——. 臨床心理学, 3(6), 790-798.
- 岡野憲一郎 (2009a). 新外傷性精神障害——トラウマ理論を越えて——. 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 田辺英. 医学哲学からみた発病モデルと回復 (レジリエンス) モデル——自然治癒力思想の興亡——. 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.51-74.
- 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 (2011). 脳病神話にも申す——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.
- 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. トラウマティック・ストレス. 誠信書房.

Treatment of victims of single event trauma by a psychotherapist based on the concept of resilience

Hiromitsu KIKUCHI

Key Words

resilience, traumatic stress, psychotherapy, recovery model, intervention, trauma, PTSD

Abstract

Treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) has become easier for both the medical staff and victims because of its medicalization. However, there is concern about difficulty in addressing the distress of the victim and that the individuality of the treatment will be lost. Basically, those who suffer trauma will show spontaneous recovery, but in order to facilitate recovery, intervention to stimulate the development of resilience based on the concept of the recovery model is effective. To do this, it is important to bring about a sense of security and to keep mental energy from depleting. Six points are presented regarding how the psychotherapist should treat victims of single event trauma.