

心的外傷（トラウマ）とは何か

平山正実*

Post Traumatic Stress Disorder

Masami Hirayama,MD. Professor of Toyo Eiwa University

Post traumatic stress disorder (PTSD) is a widely known disorder in the contemporary society. This paper contains the diagnosis, symptoms, psycho-mechanisms, and treatment methods of PTSD. It also discusses on how therapists themselves can maintain healthy mental state while working with clients with PTSD. It is assumed that as the society becomes more complicated, more and more people will be suffering from PTSD. The progress in future research in this field is greatly expected.

PTSDは現代社会において広く知られる疾患である。本稿は、PTSDの診断、症状、心理機制およびその治療について言及した。また、援助者の精神的健康についても言及した。社会が複雑化するにつれ、PTSDの考え方は重要になり、しかも広まっていくものと考えられる。

*東洋英和女学院大学

I はじめに

心的外傷という概念は、心理学上の用語であると同時に、常に「社会性」をもった言葉として使われてきたように思う。その歴史をさかのぼると、すでに1871年、ダコスタが南北戦争中、心臓における自律神経失調症状を伴う外傷後ストレス障害に類似した症例を報告している¹⁾。また、フロイトはヒステリー研究(1896)のなかで、幼少期に心的外傷があり、ヒステリー症状を呈した症例を分析している²⁾。また、第1次世界大戦中、砲弾のショックによる神経症例が報告された。1941年には、ボストンのクラブで火災があり、リンデマンが、生存者のなかに精神的変調を訴えた症例が多数含まれていたことを報告している。

第2次世界大戦後、退役軍人やナチス収容所に捕虜として拘禁されていた者、日本の原爆被害者など、外傷的出来事に直面した人々のなかにも、精神症状を訴える者がいるという報告が多く、「戦争神経症」と命名された。1970年代に入ると、アメリカを中心にフェミニズム運動が起こり、そのなかで「レイプ・トラウマ・シンドローム」という概念が提出された。また1980年代になると、ベトナム戦争による退役軍人の間で発症した精神症状が専門家によって研究され、この成果が正式に外傷後ストレス障害(PTSD)という概念として結実し、徐々に専門家だけでなく一般の人々の間にも定着していった。ちなみに、アメリカ精神医学会の診断マニュアル(DSM-III)に初めてPTSDが記載されたのも、1980年である。その後、WHOが採用しているICD-9(1979~1994年)、ICD-10(1995年以降)にも外傷後ストレス障害(F43.1)として記載されていることは、周知のとおりである。近年、日本でも、PTSDという言葉は、マスコミでもたびたび取り上げられるようになった。特に、阪神・淡路大震災(1995年)、地下鉄サリン事件(1995年)、少女長期監禁事件(2000年)の被害者たちのなかで、PTSDに罹患した者がいる可能性が指摘されている。また、最近ではがん患者や死別体験者にPTSDが生じるという報告が相次いでいる³⁾。このようにみえてくると、PTSDという概念は、19世紀末から20世紀後半に精神医学

心的外傷（トラウマ）とは何か
や心身医学の分野において、新しく注目されてきた症候群であって、21世紀に向けて、さらに詳細にわたる研究がなされることが期待される。

II PTSDとは

PTSDであると診断されるためには、患者が、誰にでも心的外傷とわかるようなストレス体験が存在していなければならない。しかし、このストレス体験に対するストレス抵抗性には個人差がある。また、それと同時に、PTSDはストレスの強度と密接な関連性がある。誰でも、非常に強いストレスに襲われれば、そのストレスに対して免疫をもっている人はほとんどいないことを銘記しておく必要がある。

1. PTSDの原因

PTSDの原因となりうる事柄については表1に示した。PTSDは社会性のある病気であるがゆえに、社会参加する機会が多い青年と成人が多い。PTSDは前述したように、生物学的要因（素因）と心的外傷となった直接的な出来事のほかに、最近では、外傷に対する個人の主観的意義ないし反応が重要であるとみなされるようになってきている⁴⁾。

PTSDは、心的外傷後ストレス障害と訳されていることから、1つの疾患単位と考えられがちだが、実はそうではなく、様々な病的状態が混合したものと

表1 PTSDの原因

-
- (1)自然災害：地震，洪水，森林火災，火山の噴火。
 - (2)人 災：交通事故，火災，原子力災害，建物の倒壊。
 - (3)戦争関係：砲弾の爆発，難民・捕虜，爆弾被害。
 - (4)犯 罪：近親相姦，レイプ，殺人，誘拐，拷問。
 - (5)家庭問題：家庭内暴力，虐待。
 - (6)病 気：がん，急性疾病死など。
 - (7)そ の 他：宗教カルト，売春宿や刑務所監禁，自殺その他死別体験，過労死など。
-

考えるべきであろう。

PTSD になりやすい因子としては、過去に暴力に伴う恐怖の体験、境界型・依存型・反社会型・解離型・不安型の性格傾向をもっていること、精神障害に対する遺伝素因や既往があること、自分の感情を確認したり言語化できないこと (alexithymia) などがあげられている。

2. PTSD の診断

PTSD は、WHO が使っている ICD-10(1995年より正式に疾病統計分類として採用)では「重症ストレスへの反応および適応障害」(F43)のなかの外傷後ストレス障害 (F43.1) の範疇に属している。また、アメリカ精神医学会の分類(DSM-III-R)では、「不安障害(または、不安・恐怖神経症)」(panic disorder)のなかに、心的外傷後ストレス障害 (309.89)が入っている。ところで PTSD は、長期間心的外傷を受け続けたものは、診断が難しいといわれている。原則として、過去に心的外傷があること、暴力に対する恐怖心があること、後に述べる PTSD の症状が現れていることなどが、診断の根拠となる。鑑別しなければならない精神障害としては、頭部外傷、てんかん、アルコールおよび物質関連障害などがある。その他、境界性人格障害、解離性障害(多重人格障害)、虚偽性障害、詐症、身体表現性障害などとの鑑別も問題になる。もっとも、これらの障害のなかには、一部 PTSD と重なり、はっきりと鑑別できない症例も存在する。いずれにしても PTSD と診断するためには、長期間、詳細にわたって注意深い経過観察が必要であることを銘記しておく必要がある。

PTSD の診断基準を表 2 に示しておく。

III PTSD の症状

1. 心的外傷の再体験

PTSD においては、心的外傷体験が、いつまでたっても刹那的・侵入的に想

表 2 外傷後ストレス障害の診断基準

- A. その人は、以下の2つが共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、または自分または他人の身体保全に迫る危険を、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：子供の場合はむしろ、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) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
- 注：小さい子供の場合、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：子供の場合は、はっきりとした内容のない恐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：小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
- (4) 外傷的出来事の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、子供、または正常な一生を期待しない）。
- D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進状態で、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) 易刺激性または怒りの爆発
 - (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か月以上。
- F. 障害は、臨時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か月未満の場合
慢性：症状の持続期間が3か月以上の場合
- ▶該当すれば特定せよ：
発症遅延：症状の始まりがストレス因子から少なくとも6か月の場合。

（高橋三郎・他訳：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引、医学書院、1995、p.169-171.）

起される。想起される内容は、思考・感覚・幻覚・錯覚・夢・知覚・行動などすべての分野にまたがる。生々しいイメージとして、心的外傷時の出来事が反復強迫的に再三にわたって出現し、覚醒時や中毒時、解離性フラッシュバックとしてイメージ化され、睡眠時にも外傷性悪夢という形式をとって、情緒を混乱させる。

2. 心的外傷の回避

PTSD に罹患した患者は、心的外傷と関連した思考・感情・会話・行動・場所・人物を避けようとする。その結果、過去の心的外傷を想起できなくなる。人間は、過去・現在・未来と連続性・一貫性をもった歴史的存在である。しかし、PTSD の患者の場合、記憶は回避機制によって分断される。その結果、見当識の障害（時間や場所がわからなくなる）が生じる。また、日常生活における行動・対人関係・思考・情緒・感覚等の狭窄や麻痺が生じる。具体的には、感覚麻痺によって痛みや寒さや空腹感を感じなくなるといった症状が現れる。また、感情麻痺によって、悲しみや怒りなどを感じなくなることもある。このような感覚・感情・思考の狭窄や麻痺によって、患者は自分のなかに引きこもり、他者とのかわりからも手を引くようになる。それと同時に、自分の人格全体が解体していくような感覚にとらわれ、深い解離状態に陥る。その結果、離人感（自分が自分であるという感覚を失う）、非現実感（現実が幕で隔てられている感じ）、時間感覚の変化（果てしなく現在に生きている感じ）、変性意識（トランス）、耐えがたいいらだち、自己の身体を攻撃したい衝動などに襲われる。このような耐えられない“心の痛み”を和らげるための“劇薬”として、“解放のための死”が選択されることがある。また、こうした心の痛みを和らげる別の手段として、アルコールやドラッグが選ばれることもある。

3. 覚醒の亢進

PTSD においては、外傷以前には存在しなかった過剰覚醒症状が現れることがある。その結果、入眠困難・途中覚醒・早朝覚醒が生じる。また、怒りっぽ

心的外傷（トラウマ）とは何か
くなったり、注意が集中できなくなる。そして、心的外傷をもたらした出来事
と関係のあるような非特異的の刺激に出会ったとき、過度に警戒したり、緊張し、
自律神経系のバランスが崩れ、頭痛・腹痛・胃腸障害・不安・恐怖・絶望感・
興奮・パニックなど激しい驚愕反応が現れることがある。

Ⅳ 心的外傷体験における心理・行動の特徴

1. 心的外傷に伴う象徴的拘束と現実的拘束

心的外傷に伴う象徴的拘束とは、過去における非特異的な虐待・恨み・いじめ
め・干渉といった悪が、現在の思考・感情・行動に深く影響を及ぼしている場
合を指す。また、心的外傷に伴う現実的拘束とは、災害・宗教カルト・捕虜・
犯罪等による拘禁・企業・学校・売春組織などによる過剰な介入・干渉・強制・
侵害、ならびに不治の病・死別・家庭内暴力などによって、癒しがたい心の傷
を受けることをいう。象徴的拘束や現実的拘束を受けたものは、過度に受動的
かつ依存的態度をとったり、死の不安や恐怖をもつ。また、罪責的になったり、
攻撃的行動に出ることもある。

2. 心的外傷に伴う人格の分裂

人間は、死の恐怖や不安、暴力といったイメージに支配されるとき、自分を
防衛するために、死の恐怖や不安、暴力に襲われた場面を回避しようとする。
しかし、いったん受けた心の傷は、再三にわたって強迫的な形で反復してイメ
ージ化され、人格の核心に侵入し恐ろしいイメージは再体験される。そして、
この死や暴力を伴う生々しい感覚やイメージは、長期間にわたって、当事者の
思考・夢・行動を支配し、再体験させる。つまり、PTSD患者は、死の不安や
恐怖のイメージの再体験と回避という出来事が、周期的に交代して出現するこ
とになる。この回避とイメージや記憶の再生とは、まったく相対立する事象で、
それ自体、弁証法的矛盾をはらんでいる。それゆえ、自己はズタズタに引き裂

かれ、人格は分裂し、自己同一性は保たれなくなる。その結果、「自分が自分である」ことができなくなり、自尊心は低下し、見捨てられ感と劣等感・孤立感・罪悪感・絶望感・無力感に圧倒されるようになる。そして世界はみせかけであるといった感覚にとらわれ、共同体感覚は損なわれ、安定した人間関係を形成する能力、他者への基本的信頼感等は失われていく。そして、他者への攻撃的衝動が高まったり、自分を傷つける行動に出る場合もある。児童期に、死の不安や恐怖の回避と再体験の分裂を必死に統合し防衛しようとしていたものが、二十代・三十代・四十代になって、子どもの誕生、離婚、病気、死、職場での挫折といったネガティブなライフイベントとの直面化を契機として、その防衛機制が一気に破綻し、人格の解体へと進む場合もある。

なお、心的外傷に対する抵抗性についてはすでに述べたように個体差があり、抵抗の弱いタイプは、他者とのつながりを失い、意欲を失っている人であり、抵抗の強いタイプは、悲しみを乗り越えることは一つの仕事であるといった能動的・積極的な意見をもち、自分の運命を自分で切り開いていく能力をもった人であることが多い。

V 心的外傷への心理療法的アプローチ

1. 心理療法を行う際に必要な原則—その10か条

①治療者と患者とは、相互に治療上の契約を結ぶべきである。両者は共同で心的外傷を治療することを確認し合う。両者が協力し合うということは、双方で取り交わした約束を守るということを意味する。

②治療者は患者の苦しみを癒すために知識（情報）・技術・時間を提供し、治療目標を示す。患者は、治療者の行為に対して治療費を支払う。

③患者は面接予約時間に遅刻しない。また面接予約日を遵守する。

④治療者は、患者の守秘義務を守る。

⑤患者は、治療者に対して真実を明かす（自己開示の原則）。ただし、秘密は

徐々に打ち明けることが望ましい場合もある。

⑥治療者と患者関係については境界を設定すること。それには治療者自身が限界のある存在であることを自覚するべきである。治療者の無条件の関与、患者の無条件の依存は、両者の関係を損なうばかりか、治療上様々な弊害を生む。治療者は患者に万能や完全を期待させてはならない。両者間に境界を設けること、枠をつけることは、面接以外での人間関係を避けるということでもある。しかし、治療者は、時々患者のルール違反を認める寛大さが必要である。ルール違反をしたときは、その意味について考える。

⑦治療者は、患者には個人差があることをわきまえるべきである。また、患者にかかわる際には、継続性・一貫性をもって接しなければならない。

⑧家族合同面接は、家族構成員がお互いに共依存を促したり、一方が他方を利用しようとしていることがわかった場合は中止する。

⑨治療者は、中立を守り、患者の心のなかの矛盾や悪、さらには心的メカニズムに気づかせ、自立と自己決定できるように促す。治療者が患者の優位に立って権威的にならないよう慎重に振る舞う。

⑩治療者は、患者の証言者・弁護者となるべきである。つまり、外傷の理不尽さ、不義に対して、患者側の証言者となることによって、患者の秩序感覚・正義感覚を養うことができる。

2. 心理療法を行う際の手続き—3つのステップ

1) 心身のリラックスと保護的環境の構築

心的外傷を癒し心身をリラックスした状態に導くためには、精神的・身体的痛みを緩和する必要がある。そのためには、向精神薬や向不安薬・抗うつ薬・鎮痛薬・麻薬などの投与が効果のある場合が多い。また、精神の安定をもたらすために、静かで安心できる被護的な環境や安全な場所が備えられるべきである。人間関係においては、個人の人格が尊重され、基本的な信頼感が維持されていなければならない。また、心の傷や弱さをも受容され、肯定されなければならない。そのために治療者は、患者に対し、共感的にかかわらなければならない。

ない。また、心身を落ち着かせるために自然に接したり、より大いなる存在にゆだねる信仰が心の安らぎへと導くこともある。

2) 心的外傷を伴った過去の“物語”を再構成させる

PTSDを治療するためには、心的外傷を伴った過去の外傷性記憶にもとづく“物語”を再解釈ないし再構成し、患者のライフストーリーの見直しを図る必要がある。そのためには、外傷性記憶を回避したり、やっかい払いするようなことをせず、患者自身がその心的外傷を負った過去と対決・直面化し、和解する道を模索しなければならない。治療者はそのためのとりなし役あるいは橋渡し役、証言者として振る舞う必要がある。外傷的記憶との和解を完成させるためには、治療者はまず患者の過去の心的外傷に対して、辛抱強く耳を傾け、慰め、支持しなければならない。患者は心的外傷を被った記憶を振り返り、語り直す。時には、思い出を日記に書いてきてもらい、治療者は患者の物語を分かち合い、弁護し慰める。そして、外傷性記憶にもとづく心的外傷をもたらした出来事・場面・人間と対決し、人生の不確実さへの受容と、自分と他者双方の不完全に対する許し（和解）と祈りを行うことによって罪悪感や恨みからの解放へと導く。その際、心的外傷性記憶から学べるものは何か、肯定的なものはないか、自分のなかの失われていないものはないか等について、探索する。そして、新しい視点から心的外傷というものを見直してみる。これが、冒頭に記した心的外傷を伴った過去の物語の再構成という作業にあたる。

3) 新たな人格の創造と統合へ

バラバラになった人格を統合するための前提条件として、過去の外傷的記憶に対して患者自身が寛大になること、自己の有限性や弱さを受け入れることが大切である。自己への許し・共感・畏敬こそが人格の統合のために重要である。自己を肯定することによって初めて、真の自己とのつながりをもてるようになる。自己とつながり、自己を受け入れることができれば、自己管理や自己決定能力、新しい事態に対する対処能力が培われる。自己受容ができると、他者とのつながりがもてるようになり、他者を信頼し他者のために献身できるようになる。また、正義や平衡感覚・秩序感覚を維持することが可能になる。さらに、

自分より大きな存在へとつながり、自分が宇宙の中の一部として機能していることを自覚できるようになると、人類全体に対する連帯感と共同体意識をもてるようになる。それは、新しい人格の創造へと向かう第一歩となる。

3. 心理療家法のメンタルヘルス

心的外傷をもった患者に接する人々は、医師・看護婦・臨床心理士・ソーシャルケースワーカーなどである。彼らは患者にかかわることで、患者と同一の恐怖や怒り・罪悪感・不安・絶望的体験等を引き受ける立場にある。つまり、治療者自身が、患者の過去の心的外傷を再体験したり、回避するようになる（心的外傷的逆転移）。そのために、治療者自身が傷つき、みずからのメンタルヘルスを危くする場合が少なくない。その結果、こうした治療者のためのサポートが必要になってくる。彼らの多くは、世話しなくては行られない人が多い。しかし、彼らは患者を憐れむことはあっても、決してその重荷を共に担おうとはしない。こうした人のあり方をメサイヤ・コンプレックと呼ぶ。彼らは幼児期から内在化された心的外傷、あるいは未処理の喪失体験が存在していることが多いので、それに目を向けさせ、他人に援助したいという心の奥底にどのような欲望が隠されているかということを感じさせる必要がある。つまり、“弱者”に何かをしてあげる、役に立ってあげるという姿勢の背後にある心理機制を明らかにする必要がある。その他、治療者のメンタルヘルスにとって大切なことは、すでに述べたように治療契約の見直し、目標や枠をつくること、治療者同士がスタッフミーティングの機会をもつこと、サポートシステムをつくること、スーパービジョンシステムを構築すること、あまり仕事にのめり込まず、生活者としての常識（バランス感覚）を身につけることなどが重要である。

VI むすび

PTSD は、社会性のある現代的な病いである。これまで、PTSD の概要をまとめてきたが、執筆していて気づいたことは、PTSD 自体、未知部分が多く、

発症機序や治療理論などについては、まだまだわからないところが多いということが明らかになった。そして、外来で患者を診察していて感じることは、純型の PTSD ではないにしても、その周辺にあると思われるケースに遭遇することが意外に多いということである。しかも、PTSD という概念はきわめて応用範囲が広く、臨床実践の現場においても、今後重要な位置を占めてくるものと思われる。このようなテーマで発表の機会を与えられたことを契機に、さらに PTSD の理論と治療の研究を深めていきたいと考える。

参考文献

- 1) カプラン, 臨床精神医学テキスト, 医学書院 MYW, 1999, p.366.
 - 2) フロイト, S., *L'hérédité et létiologie des névroses*. 1896 (懸田克躬訳: ヒステリー研究, 著作集 7, 人文書院).
 - 3) 稲垣正俊, がん患者の心的外傷後ストレス障害. JPOS News Letter, Feb. 20, 2000, p.8.
 - 4) ハーマン, L., (中井久夫訳), 心的外傷と回復. みすず書房, 1992.
 - 5) ハーバート, K., (勝田吉彰訳), 心の傷をうけた人の心のケア. 保健同人社, 1995.
-