

# トラウマ症状に対する対処方法に関する研究

瀧井美緒\*, 上田純平\*, 富永良喜\*\*

(平成27年6月15日受付, 平成27年12月1日受理)

## A Study of Coping Methods of Patients with Traumatic Symptom

TAKII Mio \*, UEDA Junpei \*, TOMINAGA Yoshiki \*\*

The purpose of this study was to conduct a qualitative study about the coping methods of patients with traumatic symptom. Participants are 267 graduate students. We administrated two recognition scales, Event Check List and Impact of Event Scale Revised for rating traumatic stress, and asked the participants to make free descriptions about their coping behaviors with aftereffects of traumatic events. The findings are follows: (1) The participants underwent various coping methods, however they may not be effective; (2) The neighboring people are less likely to function as support due to lack of knowledge. Out of the result, we suggest (1) Those with traumatic symptom and neighboring people need suitable knowledge for appropriate consultation and consultation behavior. (2) Coping behaviors might be beneficial if they have definitive purpose; thus, (3) We conclude that more widespread and systemized psychoeducation is required for prevention and relief of aftereffects of traumatic events.

Key Words : traumatic symptom, posttraumatic stress, coping, preventive psychoeducation, consultation behavior

### I. 問題と目的

一般的に心身のな不快をもたらす要因をストレスと呼ぶが、それが非常に強い心的な衝撃を与える場合には、その体験が過ぎ去った後も体験が記憶の中に残り、精神的な影響を与え続けることがある。このようにしてもたらされた精神的な後遺症をとくに心的なトラウマ（外傷）と呼んでいる。また、それによる精神的な変調を、トラウマ反応と呼ぶ。トラウマ反応の多くは一過性に経過し、症状の程度も軽いものが多いが、一部には慢性化し、その後の社会生活に少なからぬ苦痛を残すことがある（金, 2001）<sup>(1)</sup>。それらのトラウマによって生じる疾患として、外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder : PTSD）が挙げられる。

外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder : 以下 PTSD）とは、精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition) ; DSM-III : American Psychiatric Association, 1980 ; 以下 APA）<sup>(2)</sup>において、不安障害の下位カテゴリーに“心的外傷後ストレス障害”として概念化された疾患である。現在は、精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition) ; 以下 DSM-5）<sup>(3)</sup>や世界保健機関（WHO）の国際疾病分類第10版（ICD-10）において“外傷後ストレス障害”，“心的外傷後ストレス障害”と訳されている。

DSM-5は19年ぶりの全面改訂により、大幅な診断カテゴリーの変更が施されており、PTSDについてはこれまでの「不安障害」のカテゴリーから、「心的外傷およびストレス関連障害群」という新たなカテゴリーに変更されている。さらに、診断基準においても変更が行われている。一例として、A基準（DSM-IV-TRで議論された致死性の有無）の明確化が行われ、テレビなどの映像を通じた曝露の除外、侵入症状における思考の反すうの除外、回避マヒ症状が分類され、認知に関する新たな診断基準の設立など、DSM-5においては侵入症状、回避症状、感情と認知の否定的変化、過覚醒症状をPTSDの中核症状と捉えている<sup>(3)</sup>。

Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson (1995)<sup>(4)</sup>による欧米の大規模研究によると、PTSDの生涯有病率は男性5%、女性10%であった。このようにPTSDは、トラウマを体験した者すべてが発症するというわけではなく、診断基準に該当するのは体験した者の中でも一部である。しかし、PTSD発症にはつながらなくとも、トラウマへの曝露率は男性61%、女性51%であり、トラウマを体験することが稀なわけではない。さらに、性別や外傷の出来事の種類によりPTSDの発症率が異なっていることが示されている。種類別発症率では、レイプがもっとも多く、男性65%、女性46%、身体暴力で男性2%、女性21%、戦闘で男性39%、武器による脅迫で男性2%、女性33%、

\* 兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科学生 (Doctoral program student of the Joint Graduate School in Science of School Education, Hyogo University of Teacher Education)

\*\* 兵庫教育大学 (Hyogo University of Teacher Education)

事故では男性6%、女性9%、火災を含む自然災害で男性4%、女性5%であった(Kessler et al., 1995)<sup>(4)</sup>。これによると、レイプや戦闘ではPTSD発症率が高く、事故や災害では低い傾向がみられており、出来事によっては男性では低い、女性では高い発症率を示すものがあったことが指摘されている。また、このようなPTSD診断A基準に該当する致死性のあるトラウマを体験した者全員がPTSDを発症するわけではないが、最終的には25%の者がPTSDを発症させるという報告もある(Breslau et al., 1991)<sup>(5)</sup>。戦闘ストレスや、犯罪被害、性暴力被害、自然災害など、さまざまな種類の外傷性ストレスに関して量-反応関係が示されている。

March (1993)によると、ストレッサー強度とストレス症状との関係に言及した19の研究のうち16が量-反応関係の存在を認めている。この調査によると、ストレッサー強度が高いほど、PTSDの発症率は高くなり、また衝撃の強さそのものが発症に大きく影響するが、ストレッサー強度が低い場合には、PTSD発症率は低くなり、また発症にはもともとの脆弱性が大きく影響するものと考えられる(March, 1993)<sup>(6)</sup>。しかし、広い意味でのトラウマについて捉えると、その本人にとって、そのときと同じ恐怖や不快感をもたらし続ける体験も該当する可能性があり、こうした主観的な苦痛があれば、どのような些細な体験でもトラウマになり得ると考えられる(金, 2001)<sup>(1)</sup>。これらの点において、瀧井ら(2013)<sup>(7)</sup>は、DSM-IV-TRにおけるPTSD診断A基準の該当に問わず、トラウマを体験した者が強いストレッサーと感じている場合、同様に外傷後ストレス反応が現れること、さらにはさまざまな外傷後ストレス反応には認知的要因である不安感受性の影響があることを明らかにしている。

このようにトラウマ体験とストレス症状との関連について示されているが、Wang et al. (2005)<sup>(8)</sup>によると、トラウマを体験しPTSDを発症していたとしても、発症した年に受診するのは7.1%にとどまっている。さらに、PTSD患者の約半数が、発症から平均12年経過しても未受診であり、自身の症状に気付いていても、病院や相談機関などを利用する者は少ないことが明らかとなっている<sup>(8)</sup>。これまでPTSD患者は生活全般の機能や、Quality of life (以下、QOL)が低いことが指摘されており(たとえば、Seedat et al., 2006; Olatunji et al., 2007)<sup>(9)(10)</sup>、中でもDV被害者は放置や諦めといった対処行動が生活支障度の悪化につながることが指摘されている(伊藤ら, 2015)<sup>(11)</sup>。このように、PTSDを発症していると考えられる者が、PTSD症状があるだけでなく、QOL低下にもつながっているにもかかわらず、なぜ受診・相談行動といった対処を行わないか、について明らかにした研究はこれまで行われていない。

これまでの研究動向から想定される理由として、受診

や相談をすることで、自分が体験したトラウマについて向き合わなければならない、症状そのものを否定することで、受診や相談行動に至らない可能性やトラウマを体験し、外傷後ストレス反応やその他の関連症状を呈していても、それらの症状がトラウマ由来の症状であると認識していなければ、適切な対処行動を取ることは難しい可能性が考えられる。

現在、PTSDに対する治療法として、トラウマ焦点化精神療法(いくつかの認知行動療法やEye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR)が有効性の高い治療法として推奨されている(National Institute for Health and Care Excellence, 2005)<sup>(12)</sup>。また有効性の高いとされる治療法に共通しているのが、トラウマ体験後の心理教育である。治療に入る段階で、トラウマを体験した後、どのような反応が起きるかなどの心理教育の重要性がさまざまな介入法で指摘されている(富永, 2014)<sup>(13)</sup>。しかし、Wang et al. (2005)<sup>(8)</sup>による報告で指摘されている通り、PTSD患者の約半数が受診・相談行動をとっていないのであれば、PTSD介入に有効とされる治療法や心理教育につながるができないといえる。東日本大震災などのように大規模災害の発災時や学校で起きた事件・事故など大きなコミュニティにおけるトラウマの場合には、トラウマ体験後、日常においても周囲や支援者がトラウマを体験した者の変化にも目を向けやすいだけでなく、集団介入として心理教育や支援を行いやすいと考えられるが、PTSD発症のリスクが高い性被害や個別性の高い事件・事故の場合には、自ら支援を求めなければ、心理教育や支援の場につながらないと考えられる。

では、トラウマ体験の有無に関わらず、トラウマ体験後の心理教育で提供されるような知識や認識を持っていれば、適切な受診や相談行動につながる可能性が高まると考えられる。瀧井ら(2014)<sup>(14)</sup>は、DSM-IV-TRにおけるPTSD診断A基準に該当する狭義のトラウマ体験者とA基準に該当しない広義のトラウマ体験者、トラウマ体験のない者とで外傷後ストレス反応と対処行動に関する認識に有意差の有無について検討を行っている。その結果、狭義のトラウマ体験者と広義のトラウマ体験者とは有意差はみられず、体験の種類は狭義のトラウマに限らず、広義のトラウマを含めて検討を行う必要性が示唆された。さらに認識の一部で狭義、広義のトラウマ体験者トラウマ体験のない者とは有意差がみられたことから、トラウマ体験者は自身の経験から得られた認識がある可能性や、体験のない者にとっては症状のあるトラウマ体験者を理解することができず、症状などを見過ごし、サポートにつながらない可能性が示唆された。

以上のことから、臨床心理学的観点からは、PTSD診断A基準に該当しない広義のトラウマを含めて、トラウマ体験後に支援を必要とする者が受診・相談行動に至るた

めには、トラウマを体験する以前から、トラウマ体験後にはどのような反応が起こり得るかを、病院や相談機関などが利用可能であるということを予防的な心理教育として実施する必要があるのではないかと考えられる。しかし、予防的心理教育の構成を考える上で、トラウマに関連する症状や有効な対処行動の知識を与えるだけにとどまらず、これまで指摘されている受診・相談行動など有効な対処方法につながっていないという問題点について検討を行う必要があると考えられる。

よって、本研究はトラウマを体験した者がトラウマ症状に対し、これまで実際にどのような対処方法を実践してきたかについて質的・探索的に検討を行い、構成する概念を抽出することを目的とする。これらが明らかになることによって、トラウマ体験者が実際に行っている対処方法とこれまで臨床心理学的観点から適切とされる対処方法とのズレが明確となり、より適切な受診・相談行動やサポートの向上につながるユニバーサルプリベンションとしての予防的心理教育に必要な構成要素を検討することが可能となると考えられる。

## II. 方法

### 1) 調査対象者

A 県国公立大学に在籍する大学院生 267 名に質問紙調査を実施した。調査を実施した 267 名のうち、有効回答者数は 250 名（男性 97 名、女性 153 名、平均年齢  $29.76 \pm 10.12$  歳）であった。

調査は「災害や事件・事故におけるトラウマについての心理教育」の実施前に配布、実施した。

本研究の目的から何らかのトラウマを体験した者が実際に行った対処行動について幅広く検討する必要があるため、調査対象者は、体験に曝露する可能性の高まる年齢的な要因（運転免許の取得や就職等）を考慮することが適切と考えられた。さらに、対処の点からトラウマを体験した場合、幼少期のように体験に対して周囲のサポートがメインとなる時期と、自身で対処行動を選択、実行できる時期をどちらもある程度経験している者の対処行動について調査を行うことが適切と考えられ、大学院生のみ調査を実施することとした。

さらに質問紙調査の結果から、出来事チェックリスト（金，2001<sup>(1)</sup>）を一部改変）において、何らかのトラウマティックイベントの体験を報告している、②外傷後ストレスへの対処方法について自由記述回答をしている、の 2 条件すべてに該当する 135 名（平均年齢  $30.47 \pm 10.49$  歳、男性 47 名、女性 88 名）を分析の対象とした。

### 2) 調査時期

調査は 2013 年 6 月から 2014 年 6 月に実施された。

### 3) 調査材料

#### ①フェイスシート

年齢、性別、専門領域が心理学に関連しているか、トラウマに関する授業や研修経験の有無について回答を求めた。

#### ②外傷後ストレスに対する認識尺度（瀧井ら，2014）<sup>(14)</sup>

瀧井ら（2014）<sup>(14)</sup> によって作成されたトラウマを体験した後に生じる症状などについて「トラウマを体験した人」にどの程度あてはまると思うかについて問う質問紙である。

瀧井ら（2014）<sup>(14)</sup> は、PTSD やトラウマの症状や対処に関連する先行研究や尺度の記述を参考に 61 項目を収集し、それら 61 項目をさらにトラウマを専門とする大学教員と臨床心理学を専攻する大学院生ら 10 名によって二度の項目整理を行った。項目整理は「症状（回避マヒ・再体験・過覚醒）」、「さまざまな症状に対する認識」、「周囲のサポート」の観点から行われ、二度の項目整理で臨床的に適切であると考えられる 40 項目で構成されている。回答は 4 件法で「1：まったくそうでない～ 4：とてもそう」で回答を求めた。なお、外傷後ストレスに対する認識尺度は本研究の分析に使用していないが、回答の有無を問わず、調査依頼後に実施した「災害や事件・事故におけるトラウマについての心理教育」において資料として使用した。

#### ③出来事チェックリスト（金，2001）<sup>(1)</sup>

PTSD 臨床診断面接尺度（Clinician-Administered PTSD Scale; CAPS）（飛鳥井・西園，1998）<sup>(15)</sup> に付属する Event Check List（以下、ECL）を使用した。ECL は、自然災害、火事、爆発事故、交通事故、有害物質曝露、性的暴行など 15 種類の出来事を例示しながら、直接の体験回数やもっとも強いストレスとなった出来事の種類についての自己報告尺度である。本研究では、既存の 15 種類の出来事に加え、いじめを加えた 16 種類の出来事については回答を求めず、体験したことがあるものについて複数回答を求め、そのなかでもっとも強いストレスとなった出来事についても回答を求めた。

瀧井ら（2013）<sup>(7)</sup> によると、いじめ被害は他の出来事と同様に強いストレスとして認知されており、富永ら（2002）<sup>(16)</sup> は、いじめ被害は、PTSD にかかわるストレス反応を引き起こすことを示唆している。よって、本研究では広義のトラウマと考えられるいじめを出来事の種類に含めることとした。

#### ④PTSD 診断基準 A に関するチェックリスト（長江ら，2004）<sup>(17)</sup>

ECL で報告される出来事のうち、DSM-IV-TR における PTSD 診断基準 A に該当する場合には、狭義のトラウマ体験であると定義する。そこで、ECL でもっとも強いストレスとなった出来事について、CAPS（飛鳥井・西園，1998）<sup>(15)</sup> を基に、長江ら（2004）<sup>(17)</sup> によって作成され

た出来事の外傷性と対象者の情動喚起の程度を問う2種類の計4項目を用いた。さらに、その出来事があったおおよその時期について回答を求めた。外傷性を問う質問項目として、「その出来事はあなた（もしくは他者）の生命を脅かすものでしたか?」、「その出来事によってあなた（もしくは他者）は大けがを負いましたか?」、「その出来事はあなた（もしくは他者）の身体保全の脅威となるものでしたか?」と尋ね、さらに情動喚起を問う質問項目として、「その出来事の中で直後に強い恐怖感、無力感、恐れのおどろきを感じましたか?」と尋ねた。回答は2件法で「はい・いいえ」で回答を求めた。長江ら(2004)<sup>(17)</sup>にならい、ECLでもっとも強いストレスとなった出来事について、外傷性を問う項目1つ以上と情動喚起を問う項目1つに「はい」と答えた者を狭義のトラウマ体験者とし、そのほかの者を広義のトラウマ体験者とした。

#### ⑤改訂版出来事インパクト尺度 (IES-R, Asukai et al, 2002; 金, 2001)<sup>(18), (1)</sup>

Asukai et al. (2002)<sup>(18)</sup>によって作成された、Weiss & Marmar (1997)<sup>(19)</sup>のIES-Rの日本語版である。PTSDの侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の3症状について22項目で構成されており、災害や犯罪ならびに事件・事故の被害など、ほとんどの外傷的出来事について使用可能な心的外傷後ストレス症状のスクリーニング尺度である。ECLでもっとも強いストレスとなった出来事に関して、この1週間の状態を尋ねており、「0:全くなし~4:非常に」の5件法で回答を求めた。日本語版では、心的外傷性ストレス症状のハイリスク者をスクリーニングする目的では、24/25点のカットオフポイントが推奨されており、25点以上である場合、PTSDの発症リスクが高いとみなされる。

#### ⑥外傷後ストレスへの対処方法

③のECLで「もっとも強いストレスとなった出来事」と選んだものに関して“あなたは出来事を体験した後にどのような対処や工夫をしましたか。あなたが行った対処や工夫を思いつく限り、自由に記述してください。”と問い、行った対処や工夫について自由記述で回答を求めた(複数回答可)。

#### 4) 倫理的配慮

調査対象者に対し、以下の①から⑤について書面および口頭で伝えた。

##### ①調査目的

②調査においては、途中で回答を中止しても構わないこと、実施中・実施後の不調には臨床心理士による個別対応を行うこと。

③調査に協力しなかったことによって何らかの不利が生じることは一切ないこと。

④回答いただいた内容はすべて統計的に処理され、個人の情報や回答内容が特定されることはなく、研究目的(学術論文・学会発表)以外で使用されることはないこと。

⑤研究者が責任をもって管理し、学術論文完成後に適切に破棄すること。

①から⑤について理解していただき、研究に対する同意の得られた者に対し、質問紙調査に参加を依頼した。なお、すべての調査は無記名式で実施した。研究の参加の有無を問わず、調査協力をお願いした方全員に災害や事件・事故におけるトラウマについての心理教育を実施した。さらに、トラウマ心理教育とリラクゼーションについてのリーフレット<sup>(20)</sup>の配布を行った。リーフレットには、調査および心理教育終了後に不調が生じた場合に備え、研究責任者の連絡先を付した。

#### 5) 分析方法

トラウマ体験者が外傷後ストレスに対してどのような対処方法を行ったかを探索的に理解するため、本研究による分析は質的研究法が適していると判断した。分析法として回答された対処方法について、実際のデータを尊重しながら結果をまとめることに適しているKJ法<sup>(21)(22)</sup>を援用した。PTSDにおける対処方法や症状との関連、想定される有効性の側面から、臨床心理士2名および臨床心理学を専攻する大学院生5名によって項目整理を行った。

テキストマイニングはExcelTTM(松村・三浦, 2014)<sup>(23)</sup>を用い、形態素解析エンジンはMeCab(0.996)<sup>(24)(25)</sup>を用いた。これはパラメータの推定にConditional Random Fieldsを用いており、解探索はViterbiアルゴリズム(最小コスト法)が採用されている。さらに統計解析にはHAD(清水ら, 2006)<sup>(26)</sup>を用いた。

### III. 結果

#### 1) 対象者の基本属性

調査対象者267名のうちECLの回答から、何らかのトラウマを体験したことがあると回答した者は172名(平均年齢30.49±10.31歳, 男性67名, 女性105名)であった。何らかのトラウマ体験のある172名について、IES-Rのカットオフポイント(24/25点)とPTSD診断基準Aの該当の有無によるそれぞれの人数を算出した。

何らかのトラウマ体験があると報告した172名のうち、調査材料⑥の外傷後ストレスへ対処方法の自由記述について回答があったのは135名(平均年齢30.47±10.49歳, 男性47名, 女性88名)であり、何らかのトラウマ体験があると回答した者の78.5%から対処方法について回答を得ることができた。

何らかのトラウマ体験があり、対処方法の記述のあった135名のうち狭義のトラウマに該当し、IES-R得点が

25点以上の者が28名、狭義のトラウマに該当し、IES-R得点が24点以下の者が46名であった。さらに、広義のトラウマに該当し、IES-R得点が25点以上の者が14名、広義のトラウマに該当し、IES-R得点が24点以下の者が47名であった。また、135名のトラウマ体験からの経過時間(月単位)についてみると、狭義のトラウマに該当し、IES-R得点が25点以上の28名では平均経過時間116.43月(最大360月,最低5月)、狭義のトラウマに該当し、IES-R得点が24点以下の46名では平均経過時間113.29月(最大408月,最低1月)であった。さらに、広義のトラウマに該当し、IES-R得点が25点以上の14名では平均経過時間120.48月(最大312月,最低2月)、広義のトラウマに該当し、IES-R得点が24点以下の47名では平均経過時間121.79月(最大384月,最低2月)であった。

何らかのトラウマ体験者172名の記述統計量および対処方法について回答があった135名の記述統計量を表1に示す。

表1 何らかのトラウマ体験者の記述統計量

IES-R得点	体験者全体 (N=172)		体験者/記述あり (N=135)	
	24点以下 (N=116)	25点以上 (N=56)	24点以下 (N=93)	25点以上 (N=42)
狭義のトラウマ(人)	58	34	46	28
広義のトラウマ(人)	58	22	47	14
男性(人)	46	21	34	13
女性(人)	70	35	59	29
経過時間(月) M	112.84	117.34	121.14	115.38
SD	91.56	91.90	89.84	97.05
年齢 M	30.92	29.61	31.18	28.9
SD	9.74	10.6	9.35	10.79

## 2) 自由記述データの質的検討-KJ法の援用

トラウマ体験者が外傷後ストレスに対してどのような対処方法を行ったかを探索的に検討するため、対処行動の回答があった135名の外傷後ストレスへの対処方法310回答について、臨床心理士2名および臨床心理学を専攻する大学院生5名によってカテゴリー編成を行った。臨床心理学的観点から出来事に関する記述や自身の感情など、対処方法とはいえない回答については除外し、1回答に2つ以上の対処が含まれる場合はそれぞれを切片化した結果、295切片が生成された。切片を意味内容の類似性からまとめ、対処方法に関する31のカテゴリーが編成された。31の対処方法には類似性からカテゴリー名を命名した。それぞれのカテゴリーは「認知的回避」、「言いきかせ」、「認知的曝露」、「プラスに考える」、「マインドフルネス」、「何もしない」、「落ち着かせる」、「喪の作業」、「気分転換」、「筆記開示」、「孤独回避」、「健康的な睡眠」、「日常を守る」、「安全確保行動」、「我慢」、「飲酒」、「学校等を休む」、「感情を爆発」、「ピアサポート」、「回避のための没入」、「行動的回避」、「自傷」、「他者への奉仕」、「家族に相談」、「家族以外に相談」、「病院」、「精神科・心療

内科」、「カウンセリング」、「行動的曝露」、「リラクゼーション」とした。

さらに、31のカテゴリーに分類した対処方法について、臨床心理士2名および臨床心理学を専攻する大学院生5名によって、トラウマ体験後の対処方法として認知的対処方略か行動的対処方略か、臨床心理的方略としてネガティブかポジティブかによる位置関係をそれぞれが検討し、マッチングさせた(図1)。

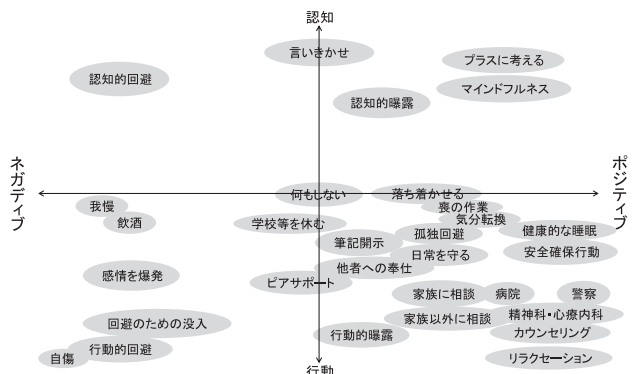
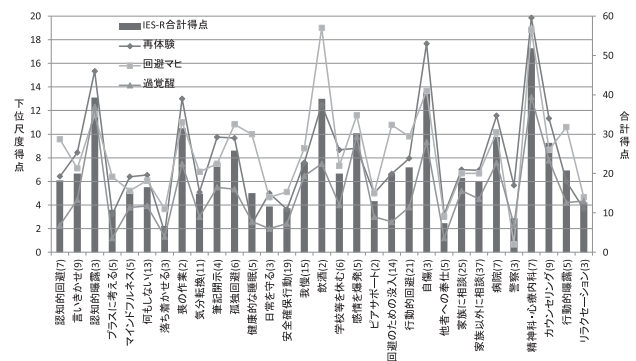


図1 認知-行動, ネガティブ-ポジティブの軸による外傷後ストレスへの対処方法の位置関係

次に、31の対処方法をとった者の外傷後ストレス反応の傾向を明らかにするため対処方法ごとのIES-R平均得点についてグラフに示した(図2)。今回の調査者における対処方法として、「精神科・心療内科の利用」や「飲酒」の得点が高く、「プラスに考える」、「日常を守る」といったものの得点が低い結果であった。



( )内は該当人数

図2 対処方法ごとのIES-R平均得点

## 3) テキストマイニングによる分析

外傷後ストレスへの対処方法の自由記述からトラウマ体験者が行う対処方法の構成概念を明らかにするため、テキストマイニング手法で分析を行った。Conditional Random Fieldsを用いた形態素解析の結果、528単語が抽出された。トラウマ体験者別の単語数を表2に示す。狭義のトラウマ体験者において一人あたりの単語数が多く、特にIES-R得点25点以上の者において単語数が多かった。

広義のトラウマ体験者で IES-R 得点 25 点以上の者において一人あたりの単語数が他の群より少ない結果であった。

さらに、528 単語のうち、頻度 4 以上の頻出語 62 語を抽出した (表 3)。頻出語の上位には、ソーシャルサポート活用につながると考えられる単語が挙げられた。

表 2 形態素解析を基にしたトラウマ体験別の単語数

IES-R得点	狭義のトラウマ体験者		広義のトラウマ体験者	
	25点以上	24点以下	25点以上	24点以下
人数	28	46	14	47
単語総数	336	432	71	354
一人あたりの単語	12.00	9.39	5.07	7.53

表 3 頻出語 (頻度 4 以上)

順位	語	出現頻度	順位	語	出現頻度	順位	語	出現頻度
1	話す	42	19	カウンセリング	8	37	言う	5
2	友達	37	19	時間	8	37	書く	5
2	家族	37	19	職場の人	8	37	悪い	5
4	自分	35	25	休む	7	37	生活	5
5	人	25	25	リラックス	7	37	事故	5
6	相談	22	25	思い出す	7	37	場所	5
7	行く	20	28	つらい	6	49	話し合う	4
8	考える	18	28	忘れる	6	49	楽しい	4
9	出来事	12	28	離れる	6	49	原因	4
10	学校	11	28	関わる	6	49	避ける	4
10	ない	11	28	感じる	6	49	怒り	4
10	思う	11	28	落ち着く	6	49	生きる	4
13	聞く	10	28	わかる	6	49	確認	4
13	気持ち	10	28	今	6	49	環境	4
13	病院	10	28	仕事	6	49	身体	4
16	眠る	9	37	安全	5	49	周り	4
16	先生	9	37	整理	5	49	続く	4
16	対処	9	37	行動	5	49	連絡	4
19	相手	8	37	気	5	49	見る	4
19	没頭	8	37	感情	5	49	解決	4
19	精神科・心療内科	8	37	努力	5			

次に、頻出語 62 語を対象とし、階層的クラスタリング、Ward 法を用いたクラスタ分析を行った。クラスタ分析の結果、8つのクラスタに分類され、それぞれのクラスタについて命名を行った。クラスタ1は「話す」や「友達」、「家族」、「聞く」で構成されていたため「親しい人に話す」、クラスタ2は「相談」、「先生」、「職場の人」で構成されていたため「相談」、クラスタ3は「学校」、「対処」、「休む」、「つらい」などで構成されていたため「感情整理」、クラスタ4は「精神科・心療内科」、「カウンセリング」、「リラックス」、「言う」、「原因」などで構成されていたため「積極的対処」、クラスタ5は「出来事」、「離れる」、「避ける」などで構成されていたため「回避」、クラスタ6は「時間」、「解決」で構成されていたため「自然治癒」、クラスタ7は「行く」、「病院」で構成されていたため、「一般病院」、クラスタ8は「気持ち」、「没頭」、「忘れる」などで構成されていたため「没頭」と命名した (表 4)。

このうち、クラスタ4「積極的対処」において最も単語数が多くみられた。

さらに、62 単語について類似性の検討のため、多次元

表 4 クラスタリングの結果

クラスタ	クラスタ名	単語数	単語
1	親しい人に話す	4	話す, 友達, 家族, 聞く
2	相談	3	相談, 先生, 職場の人
3	感情整理	7	学校, 対処, 休む, つらい, 整理, 行動, 感情, 自分, 人, 考える, ない, 思う, 眠る, 相手, 精神科・心療内科, カウンセリング,
4	積極的対処	30	リラックス, 思い出す, 関わる, 感じる, 落ち着く, わかる, 今, 言う, 書く, 悪い, 事故, 話し合う, 楽しい, 原因, 怒り, 生きる, 確認, 身体, 続く, 連絡, 見る
5	回避	8	出来事, 離れる, 安全, 生活, 場所, 避ける, 環境, 周り
6	自然治癒	2	時間, 解決
7	一般病院	2	行く, 病院
8	没頭	6	気持ち, 没頭, 忘れる, 仕事, 気, 努力

階層的クラスタリング、Ward法を用いた

尺度構成法によるマッピング (図3) を行ったところ、「気」、「没頭する」、「忘れる」と「友達」、「家族」、「話す」などが遠くに位置し、「感情」、「整理」、「休む」と「病院」、「行く」などが遠くに位置し、関連の弱さがみられた。さらに、クラスタ分析の結果を基にクラスタ内のデータパターンからの分類を検討するため、対応分析によるマッピング (図4)

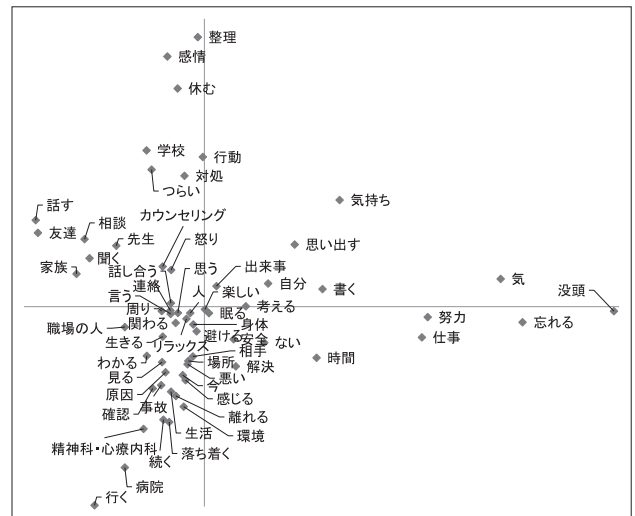


図 3 多次元尺度構成法によるマッピング

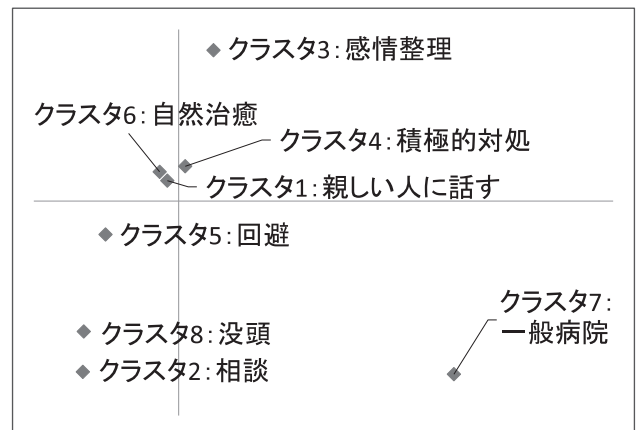


図 4 対応分析によるマッピング

を行ったところ、クラス7「一般病院」が他のクラスから遠く位置し、関連の弱さがみられた。

#### IV. 考察

##### 1) 対象者の特徴

本研究では、ECL にいじめを加えて 16 項目と PTSD 診断基準 A に関するチェックリストを用いて、トラウマ体験の有無と広義のトラウマ、狭義のトラウマについて区別を行い、トラウマ体験者として抽出した。調査を実施した 267 名のうち 172 名 (64.4%) が何らかのトラウマを体験しているという結果であった。これは Kessler et al. (1995) <sup>(4)</sup> が指摘しているトラウマへの曝露率と同様、トラウマを体験することが決して稀ではないことが示唆される。さらに、何らかのトラウマを体験している者のうち約 3 分の 1 が調査時点で IES-R によるカットオフポイントを超える外傷後ストレス反応を示していることが明らかとなった。また、トラウマとして挙げられている出来事は平均して約 10 年前であった。これは Wang et al. (2005) <sup>(8)</sup> の指摘した発症から約 12 年経過しても未受診であることや病院や相談機関の利用の少なさという点から考えると、本調査において得られた対象者についても、発症後 10 年以上たった場合でも受診や相談といった適切な対処方法につながっていない可能性や、対処方法が有効に働いておらず、症状が長期化している者も含まれている可能性が考えられた。

これらの結果から、これまでトラウマを体験した後にを行った対処方法を検討するという本研究の目的において、今回得られた調査協力者の自由記述データを検討することは妥当であると示唆される。

##### 2) 自由記述データの質的検討

臨床心理的方略として仮定したネガティブーポジティブの方向に限らず、対処方法ごとで外傷後ストレス反応の傾向にばらつきがあることが推察された。これらの傾向から、一見ポジティブとして考えられる対処方法をとっていても、その対処を有効に活用できる方法を知らなかったり、そもそも有効な対処方法を知らない可能性が考えられる。さらには、有効とされる対処方法を本人が実行していても、周囲が有効性を高められるような関わりをしていない場合、外傷後ストレスへの対処としては適切でない状況に陥っている可能性も推察される。先行研究において、DV 被害者では放置や諦めといった対処行動が生活支障度の悪化につながる事が指摘されていたが<sup>(11)</sup>、対象としているのはすでに医療機関にかかっているトラウマ体験者であり、本研究において調査を行った対象者とは比較しがたい。自由記述データから精神科や心療内科を受診した者は数名であり、ほとんどの者がそれまでとほぼ変わらない日常生活を送りながら何らかの対処を講じていると考えられる。また、図 2 で示した対処方法

ごとの IES-R 平均得点は対象者数が統計解析に耐えられないため、概観にとどまるが、精神科や心療内科の受診やカウンセリングの利用を行った場合でも得点が高い者がいた。これらのカテゴリーに属する対象者の自由記述回答から、“教師から特に説明なくカウンセリングにつながられた”、“医療機関を受診はしたが、症状や体験について話せなかった”、といった回答がみられた。このように、専門的な支援の場につながったとしても、トラウマ体験者がその支援の必要性や展望について見当がつかない状況であれば、適切な対処や支援につながっているとはいえないと考える。

これらのことから、トラウマを体験した者が自身で実行できる対処方法を行っていても、有効な対処方法と有効な対処の活用方法がわからないと反応の長期化や増大につながり、自身だけではどうすることもできなくなり、放置し、諦め、さらに生活支障度が悪化することで、ようやく医療機関につながるという流れが起きているのではないかと考えられる。さらには、支援者側においてはトラウマを体験した者を支えているというメッセージを伝えながら、その人にとって必要と思われる専門的な支援につなぐことや、医療機関におけるインフォームドコンセントの徹底が重要ではないかと考えられる。

##### 3) トラウマ体験者が行う対処方法の構成概念

形態素解析の結果から、狭義のトラウマを体験した者の方が対処方法についての記述が多い傾向がみられた。さらに、IES-R のカットオフポイントを越え、現在も外傷後ストレス反応がみられる者が対処方法についてもっとも記述が多かった。次いで、狭義のトラウマ体験者でカットオフポイント以下の外傷後ストレス反応のある者、次に広義のトラウマ体験者でカットオフポイント以下の外傷後ストレス反応のある者、最後に広義のトラウマ体験者でカットオフポイントを越えている外傷後ストレス反応のある者になっていた。それぞれの体験時期の平均値や標準偏差に大きなばらつきはみられないことから、ストレス強度の強い出来事に対して、体験者なりにさまざまなストレス対処方法を講じてきていることが推察され、行っている対処方法によって症状が落ち着いた者とそうではなく長期化している者がいることが示唆される。また、ストレス強度の強い出来事の種類によって、周囲から支援が提供されやすい可能性も考えられる。そのように仮定すると、広義のトラウマ体験者で症状を強く示している者は、自身で有効な対処方法を行うことができないだけでなく、体験自体が周囲に理解されていなかったり、気付かれにくかったりするため、支援を得られにくいために、症状が残存している可能性が考えられる。

このことから、前述したとおり、大規模災害の発災時や学校で起きた事件・事故など大きなコミュニティにおけるトラウマの場合には、トラウマ体験後、日常におい

でも周囲や支援者がトラウマ体験者の変化にも目を向けやすいだけでなく、集団介入として心理教育や支援を行いやすいと考えられるが、PTSD発症のリスクが高い性被害や個別性の高い事件・事故の場合には、自ら支援を求めなければ、PTSD介入に有効とされる治療法<sup>(12)</sup>や心理教育<sup>(13)</sup>につなげることができないといえる。

図3で示された多次元尺度構成法の結果から、縦軸は「回避—直面化」、横軸は「援助希求—一人で対処する」と捉えることができると考えられる。その視点で考察を行うと、さまざまな援助希求を行っている者が多いことが示唆される。家族や友達、先生、職場の人に相談し、話をし、聞いてもらうという対処方法をとっている者が多く、それが出来事への直面化して解決の方向に向かう側面もあるが、出来事から回避し、忘れよう、気を紛らわせようといった側面も担っている可能性が推察される。さらに、図4で示された対応分析の結果から、縦軸は「認知的—行動的」、横軸は「対日常—対出来事」と捉えることができると考えられる。そこで多次元尺度構成法と同様「相談」に着目すると、クラスタ2「相談」はクラスタ8「没頭」と近い位置関係であり、「相談」は一見有効性の高いと想定される対処方法だと考えられるが、没頭の側面とも近い関係で存在していることが示唆された。このことから、ソーシャルサポートを利用しても、「誰に、どこに」相談を行うか、「何の目的で」相談を行うか、によって、出来事への向き合い方にも違いがあるのではないかと考えられる。

このように誰かに相談をするという対処は、一般的なストレスにおけるストレス対処方略としては有効性が高いと考えられる方法である。しかしトラウマ体験者においては、対処方法が“何に対して有効か”，ということを明確にして考える必要があると示唆される。たとえば、出来事が解決に向かう方向に有効なのか、症状が改善していくために有効なのか、日常生活における困難さが改善されるために有効なのか、などそれぞれの対処方法がどのような目的をもってどのような有効性を見込んで行われているかによって、現実的な有効性にはつながっていない可能性があると考えられる。さらに、トラウマを体験した本人が知識として知っている対処方法が、外傷後ストレスの回復に有効なのか、周囲からどれくらい回復につながるサポートを得ることができるかの認識の違いによっても対処方法の選択に相違があるのではないかと考えられる。このことから、外傷後ストレスにおける対処方法の構成には、対処の具体的な有効性や実現可能性が大きな概念として存在していることが示唆された。

#### 4) 総合考察

本研究の目的はトラウマを体験した者がこれまで実際にどのような対処方法を実践してきたかについて質的・探索的に検討を行い、構成する概念を抽出することであった。

本研究の結果から、トラウマを体験した者はさまざまな対処方法を実行しているが、それが現実的な症状の回復などに有効に機能していない可能性が示唆された。その理由として、有効性や有効な活用方法をしっかりと理解しないまま、何らかの対処を実行していることによって、症状や生活支障度は好転せず、無力感に苛まれ、結果的に症状の増大や長期化につながっている可能性が考えられる。

これらの悪循環を解消するためには、トラウマを体験する以前から、自身の状態を見つめる基準としてトラウマを体験した後の心身の変化に関する情報やトラウマによるものなのか、支援が必要なかどうかを判断する目安を知っておくこと、周囲のサポート源となったときにトラウマを体験した人の様子を見て、支援が必要な状態なのかを判断する目安を知っておくことが挙げられる。さらに、どのような支援があり、どのような経過が見込まれるのかを知っておくことも重要だと考えられる。そのため、ユニバーサルプリベンションとしての予防的心理教育の実施が急務であり、本研究はこれまでトラウマ体験者が実際に行った対処方法についての大変貴重な所見であり、PTSD発症予防に向けた予防的心理教育の知見となり得ると考えられる。

さらに、支援を行う側がサポートとしてしっかりと有効に働くよう、知識や体制を整える必要があるといえる。そのため、精神科医療従事者だけでなく、教育関係者や保健師などの支援者を対象とした予防教育の実施も見込まれる。さまざまな支援者が知識を持つことで、“その人にとって必要な支援は何か”，“どうして支援が必要と考えられるのか”，などを検討しながら関わることはできないか、と考える。加えて、支援者は専門的な支援の場に繋がれば良いと考えるのではなく、その後も自身の専門性の中でできる支援があることを伝えていくことで、トラウマ体験者が取り残されることなく、体験者は支援を求め、支援者は適切な支援を提供することができるという環境づくりにつながるのではないかと考えられる。

トラウマのように明らかな出来事に対する心理支援はこれまで“予防”という観点では考察されにくい分野であったが、ユニバーサルプリベンションとしての予防的心理教育という観点から検討すると、単に症状の発症や悪化を予防するというだけでなく、治療に対するアクセシビリティを高めたり、円滑な支援体制やサポート、対処行動につながることができ、自分自身がどの立場になっても、自ら気づき、意識を持つことで問題を理解し、適切な問題解決につながるできると考えられる。



## V. 今後の課題と展望

本研究では、トラウマ体験者が実際に行った対処方法に関して、得られた自由記述回答を基に質的に検討をすることで、臨床的意義が述べられたと考えるが、以下の課題と展望が指摘できる。

第一に、トラウマ体験者が実際に行った対処方法は効果があると感じたか、対処を行ったことで変化はあったか等の主観的な効果に関する調査が必要である。本研究の結果から、同じカテゴリーに分類される対処行動を行っていても、トラウマ症状はさまざまであった。これは、体験者がどのような目的をもって行った対処行動であるかによって、効果を感じたかどうかは大きく違うと思われる。たとえば同じ乗り物事故に遭った場合に、同じ対処行動をしていたとしても、それが元通りの生活を目的としているのか、それとも乗り物の音に慣れるのを目的としているのか、などによって結果は違うだろう。対処行動と効果期待にギャップがあると、「何をしても良くならない」と感じ、その後の対処行動は回避的になる可能性などが想定される。しかし、トラウマ体験者の対処行動と効果期待の検討はこれまでなされていない。したがって、今後、トラウマ体験者の対処行動について検討する際には、対処行動を行った結果どうだったのか聴取すること、さらに行っていない対処であっても、その対処を行えばどのくらい良い変化が起きると期待できるか、について聴取し、検討することが必要だと考えられる。

また、今後はトラウマ体験後のチェックリストの作成が必要だと考える。本研究では自由記述回答を基に単語によるマッピングや、クラスタによるマッピングを行い、多角的に類似性の検討を行った。これらの結果を基に、クラスタ内のデータパターンによる構成要素を検討し、対処行動をチェックリスト化することによって、クラスタごとの回答者の属性（性別や体験の質、トラウマ体験からの経過時間等）による比較が可能になると考えられる。それにより、属性による対処の選択性の傾向が明らかとなり、より具体的な予防的心理教育の提供や、支援体制の明確化につながると考えられる。

最後に、今後は医療機関等を対象に、実際に受診・相談行動を行った者について、なぜ受診・相談行動に至ったのかについて検討していくことが望まれる。本研究では医療機関の利用の有無に関わらずトラウマ体験者がどのような対処方法を行うことで幅広い知見が得られたことは意義がある。しかしながら、これらの対処が症状改善やQOLの向上にどの程度有用かについては検討の余地がある。そのため、実際に医療機関や相談機関を受診し、治療を継続して受けている、もしくは改善したと判断され治療が終了している者に対して、トラウマ体験後に行った対処行動と現状に至った対処行動や要因として考えられるものについて聴取していくことが有用であろう。こ

れにより、本研究で得られた結果との共通点や相違点が見いだされ、治療に対するアクセシビリティを高める要因が検討できると考える。

今後はさらに質的な検討のみならず、統計的な手法を取り入れ、継続的に調査を行うことによって、より有用な予防的心理教育につながり、トラウマや症状に関する心理的支援の確立に一層貢献できると考えられる。

### 一文 献一

- (1) 金吉晴『心的トラウマの理解とケア第2版』じほう、2006
- (2) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th edition)*, American Psychiatric Press, 1980
- (3) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*, American Psychiatric Press, 2013  
(高橋三郎・大野裕 (監訳)『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き』医学書院, 2014)
- (4) Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B., Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, Vol.52 (12), pp.1048-1060, 1995
- (5) Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E., Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults., *Archives of General Psychiatry*, Vol.48, pp.216-222, 1991
- (6) March J.S., What constitutes a stressor? The 'A' criterion issue. In: Davidson, R.T. and Foa, E.B. (Eds), *Posttraumatic stress disorder and beyond*, American Psychiatric Press, pp.37-56, 1993
- (7) 瀧井美緒・上田純平・富永良喜「トラウマ体験の違いによる外傷後ストレス反応、身体症状、抑うつ症状、不安感受性の差異に関する検討」『不安障害研究』4 (1), pp.10-19, 2013
- (8) Wang P. S., Berglund P. A., Mark O., Pincus H. A., Wells K. B., Kessler R. C., Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, Vol.62, pp.603-613, 2005
- (9) Seedat, S., Lochner, C., Vythilingum, B., & Stein, D. J., Disability and quality of life in post-traumatic stress disorder: impact of drug treatment, *Pharmacoeconomics*, Vol.24, pp.989-998, 2006
- (10) Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. T., Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, Vol.27, pp572-581, 2007
- (11) 伊藤大輔・中澤佳奈子・加茂登志子・氏家由里・鈴

- 木伸一・金吉晴「外傷後ストレス障害患者の症状と生活支障度に関連する要因の比較検討—トラウマや症状に対する認知的評価, 対処方略を用いた検討—」『行動療法研究』41 (1), pp.19-29, 2015
- (12) National Institute for Health and Care Excellence, *Post-traumatic Stress Disorder(PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.* NICE Clinical guideline 26, London: Author, 2005
- (13) 富永良喜『災害事件後の子どもの心理支援: システムの構築と実践の指針』創元社, 2014
- (14) 瀧井美緒・上田純平・富永良喜「外傷後ストレス症状および対処行動に対する理解についての検討—トラウマ体験の有無による比較—」『第6回日本不安障害学会学術大会抄録集』, p.136, 2014
- (15) 飛鳥井望・西園マールハ文, CAPS PTSD 臨床診断面接尺度 (DSM-IV版) 東京都精神医学総合研究所・社会精神医学研究部門, 1998
- (16) 富永良喜・永浦拓・寺戸武志「小中学生を対象としたいじめによる心身反応調査票の作成と適用」『日本ストレスマネジメント学会第8回大会プログラム・抄録集』, p.67, 2002
- (17) 長江信和・増田智美・山田幸恵・金築優・根建金男・金吉晴「大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本版外傷後認知尺度の開発」『行動療法研究』30, pp.113-124, 2004
- (18) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A., Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J) : four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol.190, pp.175-182, 2002
- (19) Weiss, D. S. & Marmar, C. R., The impact of event scale-revised : (ed.) . Wilson, J. P. & Keane, T. M. Assessing psychological trauma and PTSD. *The Guilford Press*, pp.399-411, 1997
- (20) 瀧井美緒「トラウマティックストレスとは」富永良喜『ストレスマネジメント理論による心とからだの健康観察と教育相談ツール集』あいり出版, pp.116-120, 2014
- (21) 川喜田二郎『発想法: 創造性開発のために』中公新書, 1967
- (22) 難波淳子「質的データの分析技法—KJ法」伊藤哲司・能知正博・田中共子『動きながら識る, 関わりながら考える—心理学における質的研究の実践』ナカニシヤ出版, 2005
- (23) 松村真宏・三浦麻子『ExcelTTM  $\beta$  version』, (<http://mtmr.jp/excelttm/>), 2014
- (24) MeCab: Yet Another Part-of-Speech and Morphological Analyzer (Ver.0.996) (<http://mecab.googlecode.com/svn/trunk/mecab/doc/index.html>), 2013
- (25) 工藤拓・山本薫・松本裕治「Conditional Random Fields を用いた日本語形態素解析」『情報処理学会研究報告』47, pp89-96, 2004
- (26) 清水裕士・村山綾・大坊郁夫「集団コミュニケーションにおける相互依存性の分析 (1) コミュニケーションデータへの階層的データ分析の適用」『電子情報通信学会技術研究報告』106 (146), pp.1-6, 2006