

トラウマ体験における症状認知と
対処行動に関する検討

2019

兵庫教育大学大学院
連合学校教育学研究科
学校教育実践学専攻
(兵庫教育大学)
瀧井 美緒

目 次

第 1 章 ト라우マに関する研究動向と課題

第 1 節	トラウマ概念と外傷後ストレス症状	1
第 1 項	トラウマ体験と外傷後ストレス症状	1
第 2 項	トラウマと外傷後ストレス障害	1
第 3 項	外傷後ストレス障害の疫学とトラウマ	4
第 4 項	PTSD における Comorbidity と外傷後ストレス反応	6
第 5 項	トラウマ体験の致死性の有無	8
第 2 節	トラウマ体験者の対処行動	10
第 1 項	心理教育による支援の重要性	10
第 2 項	トラウマ体験者の受診・相談行動	13
第 3 項	ソーシャルサポートの重要性	15
第 3 節	本研究の目的と意義	16
第 1 項	本研究の目的と意義	16
第 2 項	本研究の構成	17

第 2 章 ト라우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ついての検討【研究 1】

第 1 節	本章のねらい	20
第 2 節	方法	22
第 3 節	結果	27
第 4 節	考察	33
第 5 節	本章のまとめ	35

第 3 章 外傷後ストレス症状および対処行動に対する認識についての検討【研究 2】

第 1 節	本章のねらい	36
第 2 節	方法	37
第 3 節	結果	42
第 4 節	考察	56
第 5 節	本章のまとめ	60

第4章 ト라우マ体験者における外傷後ストレスへの対処方法についての検討【研究3】

第1節	本章のねらい	62
第2節	方法	64
第3節	結果	69
第4節	考察	78
第5節	本章のまとめ	85

第5章 ト라우マを体験した者を適切な支援と心のケアへつなげる 予防的心理教育の実施

第1節	本章のねらい	88
第2節	行政機関の支援職を対象とした実施【研究4-1】	89
1.	方法	89
2.	結果	94
3.	考察	106
第3節	学校教育現場を対象とした実施【研究4-2】	107
1.	方法	107
2.	結果	111
3.	考察	117
第4節	本章のまとめ	118

第6章 総合考察

第1節	本研究で得られた結果と臨床的示唆	122
第2節	今後の課題と展望	126

引用文献	130
------	-----

謝辞	139
----	-----

付録目録	141
------	-----

第 1 章 ト라우マに関する研究動向と課題

第 1 節 ト라우マの概念と外傷後ストレス症状

第 1 項 ト라우マ体験と外傷後ストレス反応

これまで欧米を中心にトラウマに関連した介入や研究が行われてきたが、近年、多発する自然災害や事件・事故などにより、本邦においてもトラウマによる心身への影響に注目がなされている。一般的に心身的な不快をもたらす要因をストレスと呼ぶが、Selye (1956 杉・田多井・藤井・竹宮訳 1974) はストレスを生物学的系の内部に、非特異的に生ぜしめられた、あらゆる変化よりなる特異的症状候群で発現されたある状態と定義している。ストレス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特に心的なトラウマ（外傷）と呼び、それによる精神的な変調をトラウマ反応、外傷後ストレス反応（Posttraumatic Stress Reaction：以下 PTSR）と呼ぶ（金，2001）。PTSR 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）。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：以下 PTSD）がある。

第 2 項 ト라우マと外傷後ストレス障害

PTSD とは、精神疾患の診断・統計マニュアル第 3 版（Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition)：DSM-III，American Psychiatric Association, 1980：以下 APA）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・統計マニュアル第5版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition) : DSM-5, APA, 2013) 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。

精神疾患の診断・統計マニュアル第4版テキスト改訂版(Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition text revision) : DSM-IV-TR, APA, 2000)では、不安障害の下位カテゴリーとして位置づけられ、PTSDを構成する主な症状には、再体験・侵入的想起症状(基準B)、回避・麻痺症状(基準C)、過覚醒症状(基準D)の3つが挙げられていた。しかし、19年ぶりの全面改訂により、DSM-5(APA, 2013)では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因関連障害群」という新たなカテゴリーに変更されている。診断基準においても変更が行われており、DSM-IV-TR(APA, 2000)で議論された致死性の有無に関するA基準の明確化が行われ、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定などの変更点が挙げられる。

DSM-5(APA, 2013)の診断基準によると、PTSDを構成する主な症状には、侵入(再体験)症状(基準B)、刺激の持続的回避(基準C)、認知と気分の陰性の変化(基準D)、覚醒度と反応性の著しい変化(基準E)の4つが挙げられる(表1-1)。侵入(再体験)症状とは、トラウマ体験に関する記憶がよみがえったり、フラッシュバック、悪夢として繰り返され、動悸や発汗などの身体生理反応が生じることをさす。刺激の持続的回避とは、トラウマ体験を想起させるできごとや状況を避けたり、感

表1-1 外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断基準 (DSM-5)

- A. 実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露
- 1) 心的外傷的出来事を直接体験する。
 - 2) 他人に起こった出来事を直に目撃する。
 - 3) 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうになった出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない。
 - 4) 心的外傷的出来事の強い不快感をいなく細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする。
- B. 心的外傷的出来事後に始まり、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在
- 1) 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶。
 - 2) 夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢。
 - 3) 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状。
 - 4) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛。
 - 5) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに対する顕著な生理学的反応。
- C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。心的外傷的出来事後に始まり、以下のいずれか1つまたは両方で示される。
- 1) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情の回避、または回避しようとする努力。
 - 2) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を呼び起こすことに結びつくもの（人、場所、会話、行動、物、状況）の回避、または回避しようとする努力。
- D. 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。心的外傷的出来事後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。
- 1) 心的外傷的出来事の重要な側面の想起不能（通常は解離性健忘によるものであり、頭部外傷やアルコール、または薬物など他の要因によるものではない）。
 - 2) 自分自身や他者、世界に対する持続的で過剰に否定的な信念や予測。
 - 3) 自分自身や他者への非難につながる、心的外傷的出来事の原因や結果についての持続的でゆがんだ認識。
 - 4) 持続的な陰性の感情状態。
 - 5) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
 - 6) 他者から孤立している、または疎遠になっている感覚。
 - 7) 陽性の情動を体験することが持続できないこと。
- E. 心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事後に発現または悪化し、以下のいずれかの2つ（またはそれ以上）で示される。
- 1) 人や物に対する言語的または身体的な攻撃性で通常示される、（ほとんど挑発なしでの）いらだたしさと激しい怒り。
 - 2) 無謀なまたは自己破壊的な行動。
 - 3) 過度の警戒心。
 - 4) 過剰な驚愕反応。
 - 5) 集中困難。
 - 6) 睡眠障害。
- F. 障害（基準B, C, DおよびE）の持続が1カ月以上。
- G. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- H. その障害は、物質または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

情反応が収縮するなど精神活動の低下がみられることをさす。認知と気分の陰性変化は体験の一部を思い出せない、自責、他者不信、精神活動性の低下などをさす。覚醒度と反応性の著しい変化とは、少しの刺激に対してひどく脅えるような精神的緊張状態となったり、過剰な警戒心を抱いたり、集中困難やイライラ、不眠などが生じることをさす。また DSM-5 では、6 歳以下の子どもの診断基準も示されている（表 1-2）。

第 3 項 外傷後ストレス障害の疫学とトラウマ

PTSD は、外傷的出来事を体験した者すべてが発症するというわけではない。Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson (1995) による大規模研究によると、PTSD の生涯有病率は男性 5.0%、女性 10.4%であった。日本における PTSD の生涯有病率は 1.3%、12 か月有病率は 0.7%であると報告されている（Kawakami, Tsuchiya, Umeda, Koenen, Kessler, & The World Mental Health Survey Japan, 2014）。Kawakami et al. (2014) によると、トラウマの生涯経験率は約 60%で、死亡や他害に関する経験や目撃、暴力や災害や事故が比較的多く、PTSD の発症リスクの高い出来事として身体的暴力や子どもの深刻な病気、個人的な出来事などが挙げられている。Kessler et al. (1995) の報告では、外傷的出来事への曝露率は男性 60.7%、女性 51.2%であり、性別や外傷的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、レイプで男性 65.0%、女性 45.9%、身体暴力で男性 1.8%、女性 21.3%、戦闘で男性 38.8%、武器による脅迫で男性 1.9%、女性 32.6%、事故では男性 6.3%、女性 8.8%、火災を含む自然災害で男性 3.7%、女性 5.4%であった。これによると、レイプや戦闘では PTSD 発症率が高く、事故や自然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が、

表1-2 6歳以下の子どもにおける 外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断基準 (DSM-5)

6歳以下の子どもにおける、実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ (またはそれ以上) の形による曝露

- 1) 心的外傷的出来事を直接体験する。
- 2) 他人、特に主な養育者に起こった出来事を直に目撃する。
- 3) 親または養育者に起こった心的外傷的出来事を耳にする。

B. 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ (またはそれ以上) の侵入症状の存在

- 1) 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶。
- 2) 夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢。
- 3) 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状 (このような反応は1つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる)。このような心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある。
- 4) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛。
- 5) 心的外傷的出来事を想起させるものへの顕著な生理学的反応。

C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避、または心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化で示される、以下の症状のいずれか1つ (またはそれ以上) で存在する必要があり、それは心的外傷的出来事の後に発現または悪化している。

刺激の持続的回避

- 1) 心的外傷的出来事の記憶を喚起する行為、場所、身体的に思い出させるものの回避、または回避しようとする努力。
- 2) 心的外傷的出来事の記憶を喚起する人や会話、対人関係の回避、または回避しようとする努力。

認知の陰性変化

- 3) 陰性の情動状態の大幅な増加。
- 4) 遊びの抑制を含め、重要な活動への関心または参加の著しい減退。
- 5) 社会的な引きこもり行動。
- 6) 陽性の情動を表出することの持続的減少。

D. 心的外傷的出来事と関連した覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化しており、以下のうちの2つ (またはそれ以上) によって示される。

- 1) 人や物に対する (極端なかんしゃくを含む) 言語的または身体的な攻撃性で通常示される、(ほとんど挑発なしでの) いらだたしさと激しい怒り。
- 2) 過度の警戒心。
- 3) 過剰な驚愕反応。
- 4) 集中困難。
- 5) 睡眠障害。

E. 障害の持続が1カ月以上。

F. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または、両親や同胞、仲間、他の養育者との関係や学校活動における機能の障害を引き起こしている。

G. その障害は、物質または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

女性では高い発症率を示すものがあつたことが指摘されている。有病率については、DSM-5 に改訂されたことにより、変化がある可能性もある。Kilpatrick, Resnick, Milanak, Miller, Keyes, & Friedman (2013) によると、DSM-5 の基準によるトラウマへの曝露率は 89.7%であるが、生涯有病率は 8.3%、12 か月有病率は 4.7%、6 か月有病率は 3.8%であり、DSM-IV-TR 基準よりわずかに低い傾向であつたと報告している。

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おり、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。よつて、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。

第 4 項 PTSD における Comorbidity と外傷後ストレス反応

PTSD の多くは他の精神疾患を合併しており、対象集団の種別やストレッサーの内容、臨床群か非臨床群か、診断方法、診断面接者のレベルなどの如何に問はず、PTSD には共通して高い割合で合併精神疾患が認められている。また、これらの症状については“Comorbidity”という概念で説明されており、併存疾患という位置づけとなっている。これは、どちらが先に生じたものかという問題を区別することが難しく、明らかとなっていないためである。しかし、併存している疾患は、取り巻く症状を悪化させたり、持続させたりすることも考えられるため、決して無視することはできないと考えられる。

Kessler et al. (1995) によると、男性では、PTSD との合併が認められたのが全体の 88.3% を示しており、アルコール依存 51.9%、うつ病 47.9%、行為障害 43.3% であった。さらに女性では全体の 79.0% に合併が認められ、うつ病 48.5%、アルコール依存 27.9%、薬物依存 26.9% であった。飛鳥井 (2011) によると、本邦においても PTSD と診断された者はそうでない者と比較して抑うつ症状の合併が見られ、それが回避、過覚醒との関連があるという結果から、外傷体験後に生じる大うつ病、不安障害、恐怖症などの病態の多くは PTSD 症状と併発したものであり、PTSD 症状を経過中に病態が発展することはむしろ少ない可能性を指摘している。また、9 歳から 15 歳の子どもにおいても、PTSD と抑うつ症状は高い合併率を示しており (Thabet, Abed, & Vostanis, 2004)、PTSD の発症が児童・思春期でも起きるのと同様に、抑うつ症状の合併についても児童・思春期でも起きているということが考えられる。

さらに、Jakupcak, Osborne, Michael, Cook, Albrizio, & McFall (2006) は復員軍人の PTSD 患者を対象とし、身体症状と不安感受性、抑うつ症状に関する検討を行っている。結果、PTSD 症状と身体症状の関係の重要性よりも、併存している抑うつ症状の重篤度と不安感受性によって身体症状を説明することができるという報告しており、PTSD 症状を軽減させるためには、不安感受性や併存している抑うつ症状、身体症状について検討するべきであると考えられる。さらには、成人の PTSD 患者において、身体症状は PTSD 症状とともに起こっているという報告もある (Asmundson, Coons, Taylor, & Katz, 2002)。しかし Hensley & Varela (2008) は今まで、PTSD における身体症状は不安や抑うつ症状に次ぐ第 2 の症状として位置づけられ、トラウマ体験によって起こる症状として見逃されてきていると指摘している。廣幡・小西・白川・浅川・森田・

中谷（2002）は、PTSDにおける侵入症状、過覚醒症状が身体症状と関連し、回避・麻痺症状が抑うつ症状と関連しているという結果を示している。また、身体症状の背後に侵入症状が隠れている可能性や、PTSDに抑うつ症状だけが注目される可能性がある」と指摘している。Hensley & Varela（2008）は PTSD 症状と身体症状の単独および、相互的な予測因子として特性不安と不安感受性を位置づけ、調査を行っている。しかし、特性不安についてはトラウマ体験の強度に関係なく、PTSD 症状を予測するものだという報告がなされている（Weems, Watts, Marsee, Taylor, Costa, Cannon, Carrion, & Pina, 2007）。よって、不安感受性が PTSD 症状、身体症状、および特性不安を緩和する要因になることが考えられる。さらに、これらの指摘について検討していく上では、トラウマ体験による心理的变化を捉える上で、PTSD という疾患についての範囲だけではなく、さらに広い範囲でトラウマ体験後の PTSD 自体を捉える必要があると考えられる。

第 5 項 ト라우マ体験の致死性の有無

PTSR を検討する際には、Shapiro & Forrest（1997 市井監訳 2006）は、その出来事が致死性を有しているかどうかではなく、PTSR をもたらす出来事こそがトラウマであると指摘している。金（2001）も同様に、主観的な苦痛があればどのような出来事もトラウマになり得ると考えられると指摘している。

また、外傷後ストレス反応について、慢性 PTSD 患者と何らかの外傷体験を経験した一般大学生において比較したところ、傾向に差がないことがしめされており（大澤・加茂・坂野，2007）、外傷体験想起時に対する認知的評価と対処方略においても、傾向に差異がないことから臨床群、

非臨床群を問わず広く捉えることが重要だと考えられる。

Mol, Arntz, Metsemakers, Dinant, Vilters-Van Montfort, & Knottnerus (2005) は、A 基準を満たさない慢性疾患や配偶者との不和、失業などの出来事を体験している者も PTSD 症状は高く示し、さまざまな要因を統制しても事故や災害などの出来事を体験した人々と同等かそれ以上の PTSD 症状を示すことを報告している。

さらに、Kawakami et al. (2014) によると、本邦において、トラウマ体験として報告された出来事の中には子どもの重病や重要な他者のトラウマ体験、個人的な出来事といった報告がみられ、PTSD 発症リスクにおいても子どもの深刻な病気は高いリスクを示しており、文化的背景として、日本は両親、特に母子関係の親密さから、子どもの重大な病気などがトラウマ体験となり得ることを指摘している。しかし、DSM-5 (APA, 2013 高橋・大野監訳 2014) の PTSD 診断基準においてはこれらの出来事は A 基準には合致しないと判断される。

このような議論が続く中で、佐藤 (2005) はトラウマを広義のトラウマ、狭義のトラウマに区別することを提案している。佐藤 (2005) による広義のトラウマとは、「経験当時と同じ恐怖や不快感を当該個人にもたらし続ける出来事」と定義している。一方狭義のトラウマとは、PTSD の診断基準 A に合致するような致死性を有する出来事を指している。

そこで、本研究においても、トラウマを PTSD の診断基準 A に合致する狭義のトラウマだけでなく、広義のトラウマと狭義のトラウマに区別して検討することが必要であると考えられる。先行研究においてトラウマの性質をトラウマ体験の致死性の有無によって定義付けしている伊藤・鈴木 (2009) を参考に、広義のトラウマは DSM-IV-TR (APA, 2000 高橋・大野・染谷監訳 2003) における PTSD 診断基準 A 「生命をおびや

かす危険性を持ち、強い恐怖感を伴う出来事」、DSM-5（APA, 2013 高橋・大野 2014）における PTSD 診断基準 A「実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事」に合致しない出来事を定義し、狭義のトラウマを診断基準 A に合致する出来事と定義する。

第 2 節 ト라우マ体験者の対処行動

第 1 項 心理教育による支援の重要性

トラウマに関するさまざまな介入法において、外傷体験後の心理教育の重要性について指摘されている（杉村・富永・高橋・本多, 2009）。心理教育とは、疾患の成り立ちや治療法などの情報を当事者とシェアリングすることによって、治療者—当事者間の信頼関係を構築し、治療やケアをより発展的に進めようとするものである（前田・金, 2012）。

PTSD の治療的介入に関する研究は、欧米で多くなされており、PTSD 治療に関するさまざまなガイドライン等も整備されている。国際トラウマティックストレス学会による予防と治療のガイドライン（International Society for Traumatic Stress Studies, 2018）では、児童青年の場合には、トラウマ焦点化認知行動療法や EMDR（Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: 眼球運動による脱感作と再処理法）を第一選択とすること、成人の場合には薬物療法のほか、認知処理療法や認知療法、EMDR、トラウマ焦点化認知行動療法、持続エクスポージャーセラピーを第一選択とすることが明記されている。また、早期予防介入や早期介入では心理教育の重要性が指摘されており、第一選択として推奨されている治療的介入のほとんどに PTSD の心理教育が含まれている。さらに、2018 年に改訂された英国による治療ガイドライン（National Institute for Clinical

Excellence, 2018 : 以下, NICE ガイドライン) では, 介入の要素として, ト라우マに対する反応や過覚醒やフラッシュバック, 安全確保などの心理教育が明記されている。心理教育は心理的介入と比較し, 費用対効果が臨床的に非常に高いことが示唆されており, 介入の一部として心理教育を行うべきであるとしている。子どもに対する TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) では, ト라우マとなった出来事に対する子どもと親の反応を通常起こり得ることだと説明し, 起きたことを正確に認知できるようにするよう心理教育を行っている。(Coen, Mannarino, & Deblinger, 2006 白川・菱川・富永監訳 2014)。

また, 心理教育は治療的介入のみならず, 行われている。トラウマ体験によって引き起こされる初期の苦痛を軽減すること, 短期・長期的な適応機能と対処行動を促進することを目的とした, 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 兵庫県こころのケアセンター訳 2009) では, 8つの活動が提唱されており, 対処に役立つ情報の提供の部分において, ストレス反応に関する基本的な情報を提供することや, ト라우マや喪失に対する一般的な心理的反応について説明を行うという心理教育を取り入れている(表 1-3)。さらに, 米国の薬物乱用・精神衛生管理庁 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration : SAMHSA) が掲げる, ト라우マ・インフォームド・アプローチ (SAMHSA, 2018) では, ①トラウマの多岐にわたる影響と回復の可能性を理解する, ②クライアント・家族・スタッフ・その他の関係者におけるトラウマのサインや兆候に気づく, ③トラウマの知識を政策・手続き・慣行に至るまで支援分野にいきわたらせる, ④再トラウマ化を防ぐ手立てを探す, から成っている。どの概念においてもトラウマに関する心理教育的な視点が重要とされているこ

表1-3 サイコロジカル・ファーストエイドの8つの活動内容
 (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006
 兵庫県こころのケアセンター訳2009)

活動	目的
1. 被災者に近づき、活動を始める	被災者の求めに応じる。あるいは、被災者に負担をかけない共感的な態度でこちらから手をさしのべる。
2. 安全と安心感	当面の安全を確かなものにし、被災者が心身を休められるようにする。
3. 安定化	圧倒されている被災者の混乱を鎮め、見通しがもてるようにする。
4. 情報を集める —いま必要なこと、困っていること	周辺情報を集め、被災者がいま必要としていること、困っていることを把握する。そのうえで、その人にあつたサイコロジカルファーストエイド (PFA) を組み立てる。
5. 現実的な問題の解決を助ける	いま必要としていること、困っていることに取り組むために、被災者を現実的に支援する。
6. 周囲の人々との関わりを促進する	家族・友人など身近にいて支えてくれる人や、地域の援助機関との関わりを促進し、その関係が長続きするよう援助する。
7. 対処に役立つ情報	苦痛をやわらげ、適応的な機能を高めるために、ストレス反応と対処の方法について知ってもらう。
8. 紹介と引き継ぎ	被災者がいま必要としている、あるいは将来必要になるサービスを紹介し、引き継ぎを行う。

とが示唆される。これらのことから、PTSD やトラウマに関する治療的介入や支援を行ううえでは、心理教育的なアプローチは不可欠であると考えられる。

第 2 項 ト라우マ体験者の受診・相談行動

PTSD の診断基準を満たす者のうち、発症から一年以内に受診や相談をしている者は 7.1%に過ぎず、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指摘されている (Wang, Berglund, Mark, Pincus, Wells, & Kessler, 2005)。これは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が考えられる。また、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る、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。しかし、トラウマ体験者自身は何らかの症状や反応によって日常生活に影響を及ぼしている可能性がある。Van Der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, (1996 西澤監訳 2001) は DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) を提唱し、慢性化、複雑化したトラウマの場合 DESNOS によって説明できることが示唆されている。DESNOS の主症状の一つに記憶をめぐる調節障害として解離と健忘が挙げられている。慢性化、複雑化したトラウマを体験した者の中には日常生活で支障をきたしている場合がある。

藤森・青木 (2016) は、トラウマ症状の多くは、表面に現れる現象のみではトラウマ体験による反応であることが、本人や周りにもわかりに

くことが多いことを指摘している。回避症状のために引きこもっていたり、不登校になっていたり、過覚醒症状による睡眠障害を呈していたりする場合でも、本人がトラウマ体験との関連性を自覚していない場合や自覚していてもあえてトラウマ体験について語らない場合は、治療者や支援者も、これらの症状がトラウマ反応であると気付けないことが多い。

大規模災害の発災時や学校で起きた事件・事故などの際には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、自ら支援を求める必要がある。しかし、個別性の高いトラウマ体験の場合はスティグマに関する問題が存在する。Kawakami et al. (2014) は、本邦での PTSD 発症のリスクが高いとされる性被害について、15.6%が体験しており、条件つきリスクは5.6%とされ、他国と比較し、生涯有病率が非常に低いことを報告している。Dussich (2001) は、日本人は性被害について非常に偏見を帯びた体験ととらえており、出来事を重大に受け止めていなかったり、被害者が若年であったり、警察に雑に扱われるのではないかと考えていたり、犯人に復讐されるのではないかと考えたり、自分や周囲のものをトラブルに巻き込むのではないかと考えることで、通報や相談、報告をしないことを指摘している。これらのことから、Kawakami et al. (2014) における報告においても、個別性の高いトラウマ体験については過少報告されている可能性が考えられる。これは、詳細な情報を求めない「個人的な出来事」による PTSD の有病率が高いことから、トラウマをめぐるスティグマや認識の仕方について文化的な配慮が求められていると示唆される。

トラウマ体験者が受診・相談行動に至るためにはトラウマ体験後にはどのような反応が起こり得るのかということや病院や相談機関などが利用可能であるということを確認している必要があるのではないかと考えられる。

第3項 ソーシャルサポートの重要性

これまでのストレス研究において、周りの人からサポートが受けられる可能性が高く、同時にサポートが有効であると認識している場合にはストレス反応が緩和することが示されている（嶋田，1993）。外傷的出来事を経験した後に、トラウマ体験者が家族や友人、専門家や行政機関からサポートが得られると症状が緩和する可能性が指摘されており、PTSDの症状改善や心理的ストレス反応の消去を考える際には、ソーシャルサポートシステムの確立が必要であることが指摘されている（坂野・嶋田・辻内・伊藤・赤林・吉内・野村・久保木・末松，1996）。

NICE ガイドライン（2018）によるケアの原則の1つとして PTSD 患者の家族や支援者に対するサポートがある。これはトラウマ関連の心理的および行動的な問題への治療や管理につながり、PTSD がどのような影響を及ぼしているかを話し合ったり、治療拒否や治療中断時に治療につながるための支援方法について説明したり、必要に応じ家族や支援者を治療に関与させることなどが挙げられており、家族内にも PTSD 患者がいる場合には一緒に心理教育をすることなどについても述べられている。また、PTSD 患者の受診・相談行動を促進させるため、PTSD が治療可能であることや支援の方法や利点などを伝えることなども挙げられている。

しかし藤森・青木（2016）が指摘しているように、本人が症状とトラウマ体験との関連性を自覚していない場合や自覚していてもあえてトラ

ウマ体験について語らない場合は、治療者や支援者も、これらの症状がトラウマ反応であると気付けないことが多いことや、文化的なスティグマが存在すること（Dussich, 2001）を考慮すると、トラウマ体験者を適切な支援や心のケアにつなぐためには、まずは支援者側に対してトラウマに関する知識や認識について心理教育を行うことが有効ではないかと考えられる。

第3節 本研究の目的と意義

第1項 本研究の目的と意義

本研究は、以下の2点を主な目的とする。第1に広義のトラウマを含めたトラウマ体験者の症状の差異やトラウマ症状や対処に関する認識、トラウマ体験者が実際に行った対処行動について検討を行うことを目的とする。そして第2に、支援者に対するトラウマに関する予防的心理教育を実施することを目的とする。

本研究の意義は、これまでの PTSD やトラウマに関する研究は出来事が起こった後に行う心理的アプローチや脆弱性の問題に焦点を当てられることが多かった中で、トラウマ体験者の認識や対処行動を明らかにすることで、予防的な心理教育につながる示唆が得られると考えられる。本邦においては、自然災害など大規模なトラウマ体験以外ではトラウマに関する検討が少ないのが現状である。これは Dussich (2001) が述べている通り、日本人に特有の文化的なスティグマがあることも一つの要因である可能性がある。しかし、前節でも述べたとおり、そもそもトラウマを体験した当事者や周囲のサポート源になる者が症状とトラウマ体験との関連性を認識していなかったり、適切な対処行動を知らなければ、

有効な心理的アプローチにつながることで自体が難しいといえる。このことから本邦でトラウマ体験者の対処行動の現状を検討することは重要であると考えられる。

またトラウマ体験者におけるソーシャルサポートの重要性から、支援者を対象とし、トラウマに関する知識や認識について予防的な心理教育を行うことでメンタルヘルスリテラシーの向上や対処効力感の向上が期待できると考えられる。支援者に対する支援を行うことにより、トラウマ体験者を適切な支援や心のケアにつなぐ一助となると考えられ、臨床的な意義があると考えられる。

第2項 本研究の構成

本研究の構成は図 1-1 で示した通りである。研究の背景となる外傷後ストレス症状に関する従来の研究に基づいて、今後の課題を明らかにし、本研究の目的と意義について論じた本章を受け、広い範囲で PTSD 自体を捉えるべきであると考えられているにもかかわらず、トラウマの性質と諸症状との関連について十分に検討されていないことから、第2章では、広義のトラウマを含めて、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ついての検討を行う（研究1）。

第3章では、症状がトラウマ体験と結びついていなければ、受診や相談などの適切な対処行動を取ることは難しい可能性があるのではないかという課題から、外傷後ストレス症状および対処行動に対してどのような認識を持っているかについて検討を行う（研究2）。さらに、本邦では文化的なスティグマによって受診や相談行動をとっていない可能性が指摘されているため、トラウマ体験者が実際に行った対処方法について明

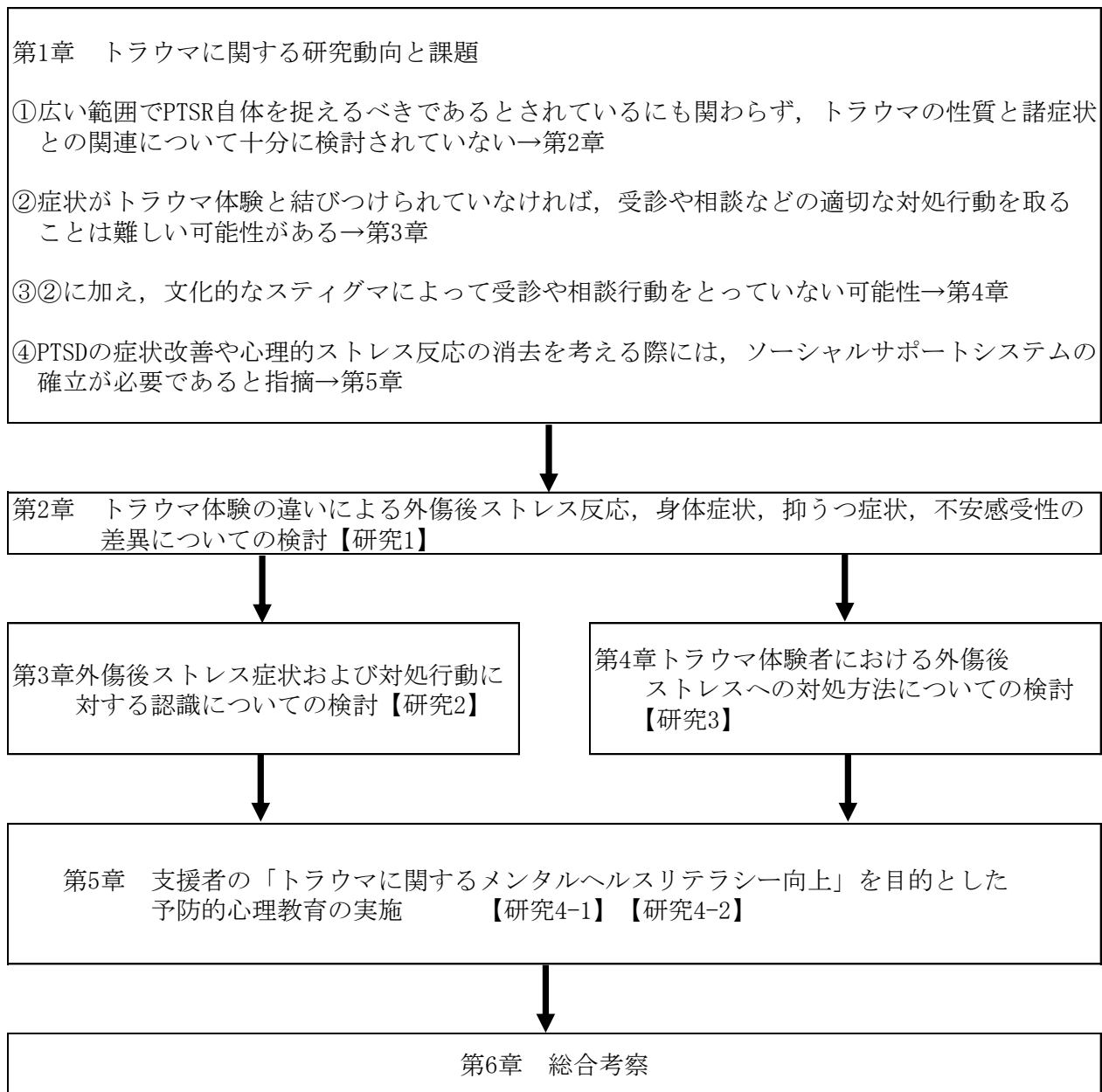


図1-1 本研究の構成

らかにする必要がある。そこで第4章では、トラウマ体験者における外傷後ストレスへの対処方法についての検討を行う（研究3）。

研究3でトラウマ体験者の対処方法について明らかにした後、坂野他（2006）が指摘しているように、ソーシャルサポートシステム確立につながるための、支援者に対する予防的な心理教育が必要であると考えられる。支援者のメンタルヘルスリテラシーが向上、トラウマ体験者に対する適切な支援や心のケアにつながるのではないかと考えられるため、第5章では、支援者の「トラウマに関するメンタルヘルスリテラシー向上」を目的とした心理教育について検討する。

第2章から第5章までの研究結果を受けて、第6章において、それぞれの研究をまとめ、総合的に考察を行い、最後に本研究の課題と今後の展望について考察を行う。

第2章 ト라우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 【研究1】

第1節 本章のねらい

March (1993) によると，さまざまな種類の外傷性ストレスに関して量一反応関係が示されており，ストレッサー強度が高いほど PTSD の発症率は高くなり，衝撃の強さそのものが発症に大きく影響し，さらに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。

脆弱性要因の一つに不安感受性が挙げられる。不安感受性 (anxiety sensitivity : 以下 AS と略す) とは，不安症状に対する恐怖であり，不安に伴う感覚がネガティブな身体的，社会的，心理的結果を意味しているという個人の認知に基づいたものである (Reiss, 1991)。PTSD 患者において AS が高いことで身体症状を過度に脅威的に解釈することにより，トラウマ関連刺激に過剰に反応し，PTSR が維持される場合や，トラウマ関連刺激を恐れ回避行動が増加することで PTSR が改善しない場合が考えられる (Fedoroff, Taylor, Asmundson, & Koch, 2000)。Bernstein, Zvolensky, Stewart, & Comeau (2007) は，AS を，不安関連障害のリスクを増大させるような特性的な認知的要因であると指摘している。PTSD において AS は PTSR の危険性を増す脆弱性要因や長期化させる維持要因であるとも報告されている (Kilic, Kilic, & Yilmaz, 2008)。Jakupcak et al. (2006) は復員軍人の PTSD 患者を対象に，身体症状と AS，抑うつ症状に関する検討を行っており，PTSD 症状と身体症状の関係の重要性よりもむしろ，併存している抑うつ症状の重篤度と AS によって身体症状を説明することができるかと報告している。つまり，PTSD 症状を軽減させ

るためには、AS や併存している抑うつ症状、身体症状について検討する必要があると考えられる。しかし Hensley & Varela (2008) は今まで、PTSD における身体症状は不安や抑うつ症状に次ぐ第 2 の症状として位置づけられていたため、トラウマ体験によって起こる症状として見逃されてきていると指摘している。廣幡他 (2002) は、PTSD における侵入症状、過覚醒症状が身体症状と関連し、回避・麻痺症状が抑うつ症状と関連している結果を示している。また、身体症状の背後に侵入症状が隠れている可能性や、PTSD に抑うつ症状だけが注目される可能性があるとして指摘している。そのため、PTSR を低減させるためには、反応自体に焦点を当てるだけでなく、他の要因に対しても検討しアプローチしていく必要があると考えられる。

さらに、March (1993) が示しているように、体験への直面の程度に応じて PTSD 発症率や重症度は増加することが見い出されているが、Gold, Marx, Soler-Ballio, & Sloan (2005) は、致死性のないトラウマ体験者は致死性のあるトラウマ体験者と比較して PTSR を高く示したことを報告している。よって、致死性を有している出来事でなくとも、PTSR をもたらす出来事であり、体験した本人にとって主観的な苦痛があればどのような出来事でもトラウマになり得る (金, 2001) ことが指摘されており、トラウマ体験による心理的变化を捉える上で、PTSD という疾患についての範囲だけでなく、さらに広い範囲で PTSR 自体を捉える必要があると考えられる。しかしトラウマの性質と諸症状との関連についての検討は十分に実施されていない。

以上のことから、第 2 章では広義のトラウマと狭義のトラウマを区別し、トラウマ体験の違いによる PTSR と AS、身体症状、抑うつ症状の差異を検討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、

PTSR を示す者に対してより焦点化した介入が可能になり，これまでの DSM-IV-TR (APA, 2000 高橋他監訳 2003) で示されているような PTSD の三大症状だけでなく，併存する抑うつ症状，身体症状について考える一助となると考えられる。また，今まで見逃されてきた可能性のある，PTSD 診断基準 A に合致しない者についても，どのような介入が効果的であるか検討する基礎資料となると考えられる。

第 2 節 方法

1. 調査対象者

A 県専門学校生，B 県大学生，C 県大学生・大学院生の合計 598 名に質問紙を配布し，回答に不備のなかった 581 名（男性 246 名，女性 333 名，性別未記入 2 名）を対象とした。平均年齢は 23.89 歳 ($SD=8.31$) であった。

なお，回答の不備については二重回答や回答ミスなどによるものであり，特定の項目において回答がないなど，回答不備の偏りは一切みられなかった。

2. 調査時期

調査は 2010 年 5 月～8 月に実施された。

3. 調査材料

1) フェイスシート

年齢，性別について回答を求めた。

2) 身体症状尺度（廣幡他，2002）

廣幡他（2002）によって作成された外傷体験後に現れやすい身体症状を評価する自記式質問紙である。地下鉄サリン事件で用いられた質問紙を基に、廣幡他（2002）が、サリン後遺症に特化した項目（眼症状）から全身の身体症状を満遍なく問う形に再構成されている。身体症状に関する26項目について過去1週間の症状強度を「0:全くない～4:非常に」の5件法で自己評価する構成となっている。廣幡他（2002）は、尺度の信頼性について検討しており、項目-全体相関分析で相関係数が.40を下回った2項目「下痢をしやすい」「便秘をしている」を除外している。しかし、本研究においては、身体症状について広く評価するため、この2項目を除外しない26項目5件法で回答を求めた。

3) 不安感受性尺度 (Anxiety Sensitivity Inventory : 以下, ASI) 日本語版 (村中・坂野, 2001)

村中・坂野（2001）によって作成された、Reiss, Peterson, Gursky, & McNally (1986) の Anxiety Sensitivity Inventory (ASI) の日本語版であり、ASを測定する尺度である。ASI日本語版は16項目、1因子構造で構成されており、「0:全くそう思わない～4:非常にそう思う」の5件法によって回答を求めた。村中・坂野（2001）によって、十分な信頼性・妥当性が確認されている。

4) Beck Depression Inventory-II (以下, BDI-II) 日本語版 (小嶋・古川, 2003)

小嶋・古川（2003）によって作成された抑うつ症状の重症度を判定するための、21項目からなる自記式質問調査票である。DSM-IVの診断基準に基づいた抑うつ症状の有無とその程度の指標として開発されており、臨床的確定診断を目的とはしていない。質問紙は、過去2週間の状態を尋ねる21項目4件法（0～3点）で構成されている。

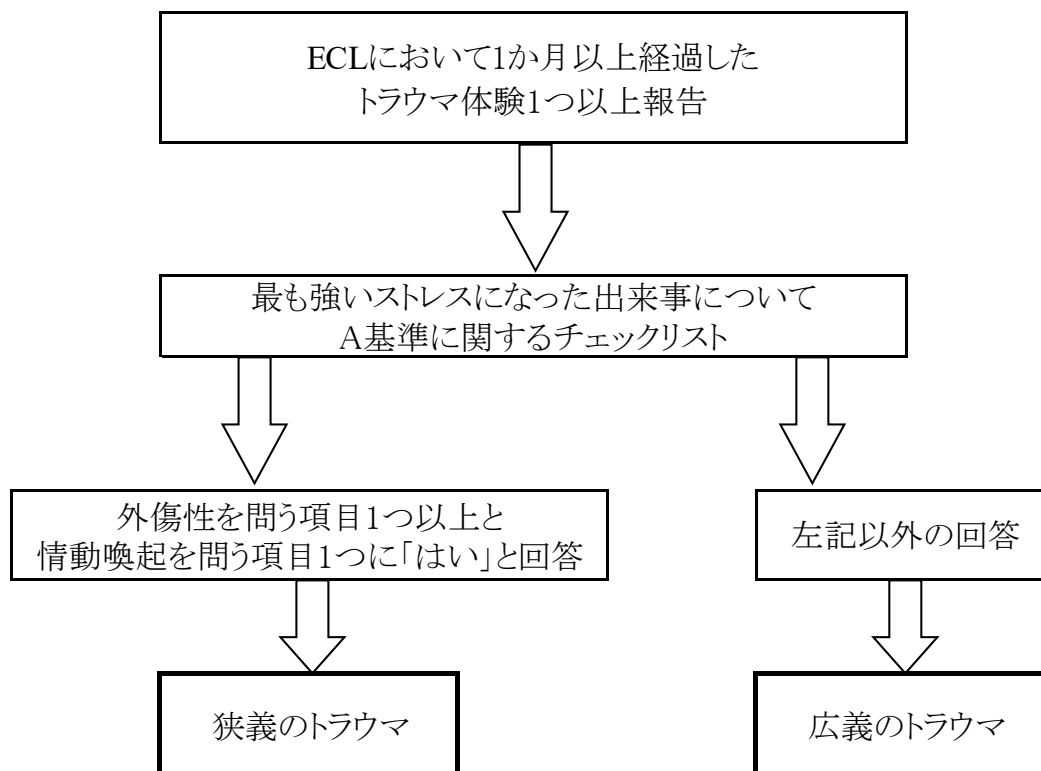
小嶋・古川（2003）によると、21項目による重症度の基準点は13点以下が異常なし、14～19点が軽度、20～28点が中等度、29点以上が重度のうつ病に相当する。

5) 出来事チェックリスト (Events Check List: 以下, ECL) (金, 2001)

PTSD 臨床診断面接尺度 (Clinican-Administered PTSD Scale for DSM-IV: 以下 CAPS, 飛鳥井・西園, 1998) に付属する Event Check List (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、体験回数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、その中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。いじめは身近な危機であり、物理的いじめや身体的いじめ、心理的いじめが、継続して行われることは心身に大きな影響を及ぼすと言われている。富永・高橋・吉田・住本・加治川（2002）は、いじめ被害が、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しても考えられるいじめを出来事の種類に含めることとした。本研究において、ECL に示される 16 種類の出来事は広義のトラウマ体験とし、1 種類以上の出来事を報告した者を広義のトラウマ体験者とした。

6) PTSD 診断基準 A に関するチェックリスト (飛鳥井・西園, 1998 ; 長江・増田・山田・金築・根建・金, 2004)

ECL で報告される出来事は広義のトラウマ体験であるが、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、図 2-1 の手続きの通り分類を行った。ECL でもっとも強いストレ



(注)長江他(2004)のチェックリストはDSM-IV-TRを基に作成されているため、DSM-5の診断基準Aに合致する情動喚起を伴わない狭義の出来事についても広義のトラウマに分類されている。

図 2-1 狭義のトラウマと広義のトラウマの分類の手続き

スとなった出来事について、PTSD 臨床診断面接尺度 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV : CAPS) (飛鳥井・西園, 1998) を基に、長江他 (2004) 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。まず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、「その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れの内いずれかを感じましたか?」と尋ねた。回答は 2 件法で「はい、いいえ」で回答を求めた。長江他 (2004) に従い、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て、その他の者を広義のトラウマ体験者とした。

7) 改訂版出来事インパクト尺度 (IES-R, Asukai, Kato, Kawamura, Kim, Yamamoto, Kishimoto, Miyake, & Nishizono-Maher, 2002 ; 金, 2001)

Asukai et al. (2002) によって作成された、Weiss & Marmar (1997) の IES-R の日本語版である。PTSD の再体験症状、回避マヒ症状、過覚醒症状の 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。

4. 倫理的配慮

①調査対象者の対し，調査目的，プライバシーの保護を書面と口頭で伝えた。

②調査において，実施中および実施後，調査対象者が不調を訴えた場合には個別に対応を行うことを伝えた。

③①と②について理解を得たうえで，研究に対する同意の得られた者について，質問紙調査に参加していただいた。

④すべての調査は無記名式で実施した。個別に封筒に入れ回収を行い，その場で回答を行うことに抵抗がある者は後程提出いただいた。

⑤研究の参加の有無を問わず，調査協力を依頼した方全員に，臨床心理士の資格を持ちトラウマを専門とする大学教授の指導の下，筆者が作成したトラウマ心理教育のリーフレット（瀧井，2014）を配布した。

5. 分析方法

統計解析には，SPSS Statistics 19.0 を用いた。

第3節 結果

1. 対象者の基本属性

ECL の回答から，調査対象者の外傷体験の内容（複数回答可）ともっとも強くストレスとなった出来事の内容（出来事を1つのみ選択）の人数を算出し，さらに広義・狭義のトラウマに該当している者についての外傷体験の内容（複数回答可）ともっとも強くストレスとなった出来事の内容（出来事を1つのみ選択）の人数を算出した（表 2-1）。

調査対象者の平均年齢は 23.89 歳（ $SD=8.31$ ）であり，有効回答 581 名

表2-1 調査対象者の外傷体験の内容（複数回答可）と最も強くストレスとなった出来事の内容

No.	出来事	Total(n=581)				狭義(n=176)				広義(n=240)			
		人数(全体%)	もともと強いストレス	選択者%		人数(全体%)	もともと強いストレス	選択者%		人数(全体%)	もともと強いストレス	選択者%	
1	自然災害(洪水, 台風, 地震, 津波, 噴火, 土砂崩れなど)	233	40.10	87	37.34	95	53.98	32	33.68	138	57.50	55	39.86
2	火事や爆発事故	23	3.96	5	21.74	14	7.95	2	14.29	9	3.75	3	33.33
3	交通事故(自動車, 船舶, 電車, 飛行機などによる事故)	198	34.08	96	48.48	86	48.86	38	44.19	112	46.67	58	51.79
4	有害物質曝露(毒物, 危険な化学物質, 放射能などによる被害)	7	1.20	3	42.86	3	1.70	1	33.33	3	1.25	2	66.67
5	その他, 仕事や家庭の中で, あるいは余暇活動中に起きた深刻な事故	45	7.75	22	48.89	21	11.93	10	47.62	24	10.00	12	50.00
6	殴る蹴るなどのひどい暴行	35	6.02	11	31.43	24	13.64	8	33.33	11	4.58	3	27.27
7	刃物や銃などの凶器を用いた暴行	12	2.07	1	8.33	11	6.25	1	9.09	1	0.42	0	0
8	監禁(誘拐, 人質, 捕虜など)	6	1.03	2	33.33	5	2.84	2	40.00	1	0.42	0	0
9	性的暴行(力づくや暴力の脅しによる)	16	2.75	9	56.25	12	6.82	7	58.33	4	1.67	2	50.00
10	その他, 意に反した, きわめて不快な性的体験	37	6.37	17	45.95	20	11.36	4	20.00	17	7.08	13	76.47
11	子供の頃の身体的虐待	16	2.75	9	56.25	13	7.39	8	61.54	3	1.25	1	33.33
12	戦争体験(戦闘, 従軍, 空襲など)	1	0.17	0	0	0	0	0	0	1	0.42	0	0
13	殺人, 自殺, 災害, 事故などで, 人が死んだりひどいケガをした現場を目撃した	53	9.12	25	47.17	30	17.05	13	43.33	23	9.58	12	52.17
14	家族や身近な知人が, No.1-13の各項目のような出来事にまきこまれたことを知って, 強いショックを受けた	76	13.08	23	30.26	53	30.11	16	30.19	23	9.58	7	30.43
15	その他, ほとんどの人は体験しないような, ひどいショッキングな出来事	50	8.61	27	54.00	32	18.18	16	50.00	18	7.50	11	61.11
16	いじめ(身体的, 精神的なものなど)	116	19.97	79	68.10	45	25.57	18	40.00	71	29.58	61	85.92
なし	No.1-16のいずれの出来事も体験なし	165	28.40										

のうち 416 名 (71.6%) が何らかのトラウマを体験していた。何らかのトラウマを体験した者の平均年齢は 24.85 歳 ($SD=8.92$) であった。そのうち狭義のトラウマを体験した者は 176 名で、これは調査対象者の 30.29%にあたり、何らかのトラウマ体験者の 42.31%にあたる (女性 104 名, 男性 72 名; 平均年齢 26.81 歳, $SD=9.92$)。もっとも強いストレスとなった出来事として選択率が高かったのは、性的暴行、子どもの頃の身体的虐待であった。

広義のトラウマを体験した者は 240 名で、これは調査対象者の 41.31%にあたり、何らかのトラウマ体験者の 57.69%にあたる結果 (女性 131 名, 男性 109 名, 不明 1 名; 平均年齢 23.41 歳, $SD=7.83$) であった。もっとも強いストレスとなった出来事として選択率が高かったのは、いじめ、意に反したきわめて不快な性的体験であった。

さらに、IES-R 得点の平均値はトラウマ体験者全体では 18.33 点 ($SD=18.44$) であり、Asukai et al. (2002) による IES-R 得点のカットオフポイント 25 点を越えている者は 133 名であり、狭義のトラウマ体験者で 63 名 (調査対象者の 10.8%), 広義のトラウマ体験者で 70 名 (調査対象者の 12.0%) であった。次に、BDI-II では、平均値は 13.58 点 ($SD=9.11$)、身体症状尺度では、平均値は 22.33 点 ($SD=16.64$) であった。

2. ト라우マ体験における各尺度得点の差異

トラウマ体験の違い (狭義・広義) の 2 群において、身体症状、AS、抑うつ症状、再体験、回避マヒ、過覚醒の差異を検討するため、それぞれの得点について t 検定を行った (表 2-2)。その結果、トラウマ体験の違いにおいて再体験、回避マヒにおいて有意差がみられた ($t(414)=2.16$,

表2-2 広義・狭義のトラウマ体験における各尺度得点の差異

	狭義 (SD)	広義 (SD)	t値	p 値
身体症状	22.99 (17.20)	21.84 (16.24)	0.69	.49
不安感受性	16.4 (9.33)	14.55 (9.65)	1.96	.05
抑うつ症状	14.41 (9.37)	12.96 (8.88)	1.61	.11
再体験	7.25 (7.51)	5.68 (7.20)	2.16	.03*
回避マヒ	8.76 (7.46)	7.14 (7.34)	2.20	.03*
過覚醒	4.67 (5.28)	3.79 (4.89)	1.76	.08

Note. SD = standard deviation

* $p < .05$

$p < .05$) ($t(414) = 2.20, p < .05$)。

3. ト라우マ体験の違いと AS による身体症状, 抑うつ症状, 外傷後ストレス反応の差異

トラウマ体験の違い (狭義・広義) と AS による身体症状, 抑うつ症状, 外傷後ストレス反応への影響を検討するため, 各症状得点を従属変数とし, 独立変数にトラウマ体験の違い (広義・狭義), および AS 得点 (平均点 $\pm 0.5SD$ を基準とし 3 群に分類) としたトラウマ体験の違い (広義・狭義) \times AS (低群・中群・高群) の二要因分散分析を行った (表 2-3)。

身体症状を従属変数とした二要因分散分析では, 交互作用は見られず, AS 得点による主効果のみが見られた ($F(2,415) = 19.94, p < .01$)。Tukey 法による多重比較の結果, AS 低群 $<$ AS 中群 $<$ AS 高群 ($p < .01$) で得点が有意に高い結果が得られた。

さらに, BDI-II を従属変数とした二要因分散分析においても交互作用は見られず, AS 得点による主効果のみが見られた ($F(2,415) = 21.20, p < .01$)。Tukey 法による多重比較の結果, AS 低群 $<$ AS 中群 $<$ AS 高群 ($p < .01$) で BDI-II の得点が有意に高いことが示された。

次に, IES-R の各下位尺度を従属変数とした二要因分散分析においても交互作用は見られず, 3 下位尺度それぞれで AS 得点による主効果のみが見られ, ト라우マ体験の違いと AS 得点での交互作用, およびトラウマ体験の違いによる主効果は見られなかった。Tukey 法による多重比較の結果, 再体験では, AS は $F(2,415) = 10.28, p < .01$ で主効果が見られ, AS 低群 $<$ AS 中群 ($p < .01$), AS 中群 $<$ AS 高群 ($p < .05$) であった。回避マヒでは, AS が $F(2,415) = 8.55, p < .01$ で主効果が見られ, AS 低群 $<$ AS 中群 ($p < .01$), AS 中群 $<$ AS 高群 ($p < .05$) であった。過覚醒では, AS

表2-3 ト라우マ体験の違いとASによる各症状得点の差異

	広義群(n=240)				狭義群(n=176)				交互作用		トラウマ体験の違いの主効果	
	AS低群	AS中群	AS高群		AS低群	AS中群	AS高群		F値	p値	F値	p値
	(n=87) (SD)	(n=85) (SD)	(n=68) (SD)		(n=48) (SD)	(n=71) (SD)	(n=57) (SD)					
身体症状	16.00 (12.71)	21.74 (14.15)	29.44 (17.92)		16.79 (12.71)	22.46 (15.88)	28.86 (20.14)		0.08	19.94	0.04	
									.927 n.s.	.000 ***	.846 n.s.	
抑うつ症状	10.60 (8.38)	12.48 (7.16)	16.59 (10.30)		9.65 (6.04)	14.73 (7.99)	18.04 (11.44)		1.22	21.20	1.10	
									.296 n.s.	.000 ***	.294 n.s.	
再体験	3.71 (6.12)	5.89 (7.36)	7.93 (7.67)		5.52 (7.49)	6.61 (6.93)	9.51 (7.78)		0.23	10.28	3.62	
									.793 n.s.	.000 ***	.058 n.s.	
回避マヒ	5.39 (6.89)	7.09 (7.49)	9.44 (7.19)		7.06 (6.81)	8.42 (6.71)	10.60 (8.54)		0.04	8.55	3.62	
									.960 n.s.	.000 ***	.058 n.s.	
過覚醒	2.40 (3.77)	3.76 (4.86)	5.59 (5.64)		2.67 (3.53)	4.38 (4.71)	6.72 (6.41)		0.25	17.15	1.88	
									.781 n.s.	.000 ***	.172 n.s.	

Note. SD =standard deviation, n.s.=not significant

***p<.001

が $F(2,415)=17.15, p<.01$ で主効果が見られ, AS 低群<AS 中群<AS 高群 ($p<.01\sim.05$) であった。さらに IES-R 総得点においても同様の傾向が見られ, AS は $F(2,415)=440.58 p<.01$ で主効果が見られ, AS 低群<AS 中群 ($p<.01$), AS 中群<AS 高群 ($p<.01$) であった。

第 4 節 考察

1. 対象者の基本属性

第 2 章の目的は, 広義のトラウマと狭義のトラウマを区別し, トラウマ体験の違いによる PTSD と AS, 身体症状, 抑うつ症状の差異を検討することであった。

研究 1 の結果から, 有効回答 581 名中 416 名 (71.9%) が何らかのトラウマを体験しており, 中でも自然災害 (37.34%), 交通事故 (48.48%) の体験者が多かった。416 名のうち 176 名が致死性のある狭義のトラウマを体験しており, 性的暴行 (58.33%) や子どもの頃の身体的虐待 (61.54%) がもっとも強いストレスとして選択されていた。これは Kessler et al. (1995) による種類別 PTSD 発症率において, レイプで男性 65%, 女性 46%, 身体的虐待で男性 22.3%, 女性 48.5% という報告や, Kawakami et al. (2014) は本邦においても身体的暴力やレイプによる有病率が比較的高いとしており, 身体的暴力は 38.7%, レイプでは 15.6% が体験しているという報告と一致していると考えられ, PTSD に繋がる危険性が高いトラウマ体験であると示唆される。さらに広義のトラウマは 240 名が体験しており, 中でももっとも強いストレスとしていじめ (85.92%) を選択する者が多かった。このことから, いじめはもともと ECL に含まれていない項目ではあるが, いじめ体験が強い PTSD を生じ,

維持させる体験である可能性が考えられた。

2. トラウマ体験における各尺度得点の差異

トラウマ体験の致死性の有無（広義・狭義）による2群間の各症状得点を比較検討したところ、再体験と回避マヒを除くすべての症状において有意差はみられなかった。さらに、何らかのトラウマを体験した者のうち、広義のトラウマ体験者で70名、狭義のトラウマ体験者で63名がIES-Rのカットオフポイントを超えたPTSRを示しており、トラウマ体験の致死性の有無を問わずPTSRが強く生じることが明らかになった。よって臨床的診断ではPTSD診断基準Aは必須項目ではあるが、アセスメントを行う上では広くトラウマ体験を捉え、PTSRについて適切な評価が必要になると考えられる。

3. トラウマ体験の違いとASによる身体症状、抑うつ症状、外傷後ストレス反応の差異

トラウマ体験の致死性の有無とASによるPTSR、身体症状、抑うつ症状の差異について検討を行った結果、何らかのトラウマを体験した者において、身体症状はトラウマ体験の違いというよりもむしろ、ASによる差異が示唆された。また、抑うつ症状についても、トラウマ体験の違いよりもむしろ、ASが高いことで抑うつ症状が高く示されることが確認された。Jakupcak et al. (2006)は、PTSD症状と身体症状の関係の重要性よりもむしろ、併存している抑うつ症状の重篤度とASによって身体症状を説明することができるかと報告している。本研究においても先行研究と同様の結果が示され、ASの重要性が示唆された。

第 5 節 本章のまとめ

第 2 章の結果から、PTSR の低減を図るためには、広義のトラウマ体験であるか狭義のトラウマ体験であるかという視点というよりむしろ、身体症状、抑うつ症状のアセスメントや、AS について検討する必要があると考えられる。したがって今後は PTSD に影響を与える要因として AS や身体症状、抑うつ症状を含めたメカニズムを検証することも必要であると考えられる。

研究 1 の限界と今後の課題として、1 つは測定尺度の問題が挙げられる。前述したとおり、今まで PTSD や PTSD を検討する際に身体症状は見逃されてきていると考えられる。本邦においてもトラウマ体験に特化した身体症状は十分に検討されておらず、本研究では、毒性により身体症状を現しやすい体験となった地下鉄サリン事件に合わせて作成された尺度を使用することとなった。しかし本研究の結果からも広くトラウマ体験後に生じる身体症状を測定するためには、新たに整備する必要があると考えられる。

次にトラウマ体験の時期や期間である。本研究では幅広い年齢のデータを得ることができたが、体験したトラウマがいつの時期にどのくらい継続して、何回あったのかという頻度や期間も重要な要素になると考えられる。加えてトラウマ体験を捉える際、致死性の有無を問わず強い PTSD を示す可能性のあるトラウマ体験にはいじめや子供の頃の身体的虐待があげられており、小児期を含むどの年齢においてもトラウマについて検討する必要がある。そのため、今後は子どもも対象とした検討を行うことで、治療的介入だけでなく予防的介入、早期介入に必要な具体的な示唆が明らかとなると期待される。

第3章 外傷後ストレス症状および対処行動に対する認識についての 検討 【研究2】

第1節 本章のねらい

Wang et al. (2005) は PTSD 患者のうち、発症から一年以内に受診や相談を行う者が 7.1%に過ぎず、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ことが少ないことを指摘している。これは受診や相談をすることによって、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ため、症状そのものを否定することで、受診や相談行動に移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、受診や相談などの適切な対処行動を取ることは難しい可能性があるのではないかと考えられる。また、特に子どもの場合は周囲がトラウマ体験に気づいていなければ見過ごされてしまい、トラウマ反応に対する介入という視点が欠けてしまう可能性がある(藤森・青木, 2016)。さらに、本邦においてはトラウマをめぐるスティグマや認識の仕方について、文化的な配慮が必要、という指摘 (Kawakami et al., 2014) からも認識について検討する必要があると考えられる。

白川 (2016) は、トラウマを受けた人に伝えたい 7 つのこととして挙げている一つに、根拠なく「誰も助けてくれない」「誰も頼りにできない」「人はみんな裏切るものだ」という感覚になるのもトラウマによるものであり、安全・安心な人に「助けて」と言えるようになることが大事である、としている。このような認識を持ってないトラウマ体験者は受診

や相談行動には至らないか、もしくは、受診や相談をすることに期待を持っていないことも示唆される。

よって、第3章ではトラウマ体験の有無や外傷後ストレス症状の程度によって、外傷後ストレス症状や対処行動に対してどのような理解や認識をもっているかについて明らかに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、トラウマ体験者の認識の傾向や予防的な心理教育に必要な構成要素の検討につながると考えられる。外傷後ストレスに対する認識の傾向について予防的に心理教育を行うことができれば、当事者だけでなく、教育現場や心理専門職、医療現場などの支援職の共通理解につながり、多職種連携がとりやすくなるのではないかと考えられる。

第2節 方法

1. 調査対象者

D 県大学院生 267 名を対象に質問紙調査を実施し、回答に不備があった者を除いた 250 名（男性 97 名，女性 153 名）（有効回答率 93.6%）を対象とした。なお，平均年齢は 29.76 歳（ $SD=10.12$ ）であった。

回答の不備については二重回答や回答ミスなどによるものであり，特定の項目において回答がないなど，回答不備の偏りは一切みられなかった。

250 名のうち，出来事チェックリストの回答から，何らかのトラウマを体験していた 172 名（平均年齢 30.49 ± 10.31 歳，男性 67 名，女性 105 名）（有効回答者の 68.8%）を分析対象とした。

2. 調査時期

調査は 2013 年 6 月～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（表 3-1）

本研究を実施するにあたり作成した尺度である。PTSD やトラウマの症状や対処に関連する先行研究や尺度，ガイドラインの記述を参考に 61 項目を収集した。61 項目についてトラウマを専門とする大学教員 1 名，臨床心理学を専攻する博士課程院生 3 名，修士課程院生 6 名によって二度の項目整理を行った。項目整理は「外傷後ストレス症状（再体験，回避マヒ，過覚醒）」，「さまざまな症状に対する認識」，「周囲のサポート」の観点から行った。

二度の項目整理で臨床心理学的に適切であると全員が一致した 40 項目が収集され，本尺度を「外傷後ストレスに対する認識尺度」とした。

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り，40 項目 4 件法（1：まったくそうでない～4：とてもそう）で構成されている。

3) 出来事チェックリスト（Events Check List：以下 ECL）（金，2001）

PTSD 臨床診断面接尺度（Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV：以下 CAPS，飛鳥井・西園，1998）に付属する Event Check List（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

表3-1 外傷後ストレスに対する認識尺度 (40項目)

1	トラウマを体験したら、眠れなくなることがある
2	トラウマを体験したら、集中できなくなったり、イライラしてしまうことがある
3	トラウマとなった出来事はなるべくなかったこととして、忘れるようにする方がよい
4	トラウマを体験したら、小さな物音に対してもびくっと驚いたりすることがある
5	トラウマを体験したら、何が安全で、何が危険なのか区別がつかなくなる
6	トラウマを体験したら、誰かと一緒にいてもひとりぼっちのような気持ちになることがある
7	トラウマとなった出来事を思い出せなくなることがある
8	トラウマを体験した後は、なるべく早く人に、体験した内容をすべて話した方がよい
9	トラウマを体験した後に心と身体に反応が起きるのは、もともとの性格や自分を取り巻く環境が原因である
10	トラウマとなった出来事を夢に見ることがある
11	親しい人がトラウマを体験したら、少しでも早く出来事をすべて聞き出すようにした方がよい
12	体験した出来事について話すことや、その出来事に関連する場所や人、物を避けようとすることがある
13	事件や事故によるトラウマよりも自然災害によるトラウマを体験した人の方がPTSD（外傷後ストレス障害）になりやすい
14	子どもがトラウマを体験すると、より幼いころに戻ったような行動をすることがある
15	トラウマを体験したら、涙もろくなり、気分が落ち込むことがある
16	トラウマを体験した後は、自分に対して否定的な考え方をしたり、自信がなくなったりすることがある
17	突然家族を亡くするという体験をした後、悲しいはずなのに涙がでなかったりすることがある
18	トラウマとなった出来事を思い出してつらくなった時には、リラクゼーション法などを用いて、リラックスする方法を取ると良い
19	緊張や不安で眠れない場合には、医師から薬を処方してもらうことも必要である
20	トラウマとなった出来事について、「あの時こうすれば良かった」などと自分を責めて考え込んでしまうことがある
21	自分が体験したトラウマについて話をしているときに、突然涙が出たり、怒りがこみあげてくることがある
22	トラウマを体験した後は、頭痛や吐き気が起こることがある
23	トラウマを体験した後に怖い夢を見ることは、回復していくために必要な段階である
24	友だちが突然、トラウマの体験を語りだしたら、なるべく話題を変えていく方がよい
25	トラウマに関する場所や物事を避けることは、直後には良い対処であっても、長期的には生活を阻害するため、少しずつチャレンジした方がよい
26	トラウマを体験した後は、楽しい気持ちや悲しい気持ちなどを感じなくなったり、今が現実かどうかわからなくなることがある
27	トラウマは心の傷なので、身体に症状が出ることはほとんどない
28	トラウマによる心と身体の変化は、異常な出来事に対する正常な反応である
29	トラウマは、PTSD（外傷後ストレス障害）だけでなく、うつや不安などの症状を引き起こすことがある
30	自分が体験していなくても、トラウマを目撃したり、トラウマを体験した人の話を聞いたりした後に、さまざまな心と身体の反応が起きることがある
31	突然、トラウマとなった出来事がよみがえり、その時の恐怖をありのままに感じることもある
32	家族や友人がトラウマを体験したら、本人が話し出すまで、つらい体験にはいっさい触れずに、そっとしておく方がよい
33	災害や事件、事故で自分だけが生き残ったとき、助けられなかったことに責任を感じ、自分が悪かったと思うことがある
34	人間関係や行動範囲が狭まり、物事に対する関心がなくなることがある
35	トラウマを体験した後は、心を落ち着かせるためにも、休養を取り、少しでも規則正しい安定した生活を送るようにした方がよい
36	トラウマによるさまざまな心身の反応は自然に治ることがないため、どんなトラウマであってもカウンセラーに相談したり、病院を受診する必要がある
37	トラウマによる症状には薬などによる治療とカウンセリングなどの心理療法が有効である
38	トラウマを体験した後、忘れ物をしたり、ものが覚えられなかったりすることがある
39	トラウマを体験すると、無意識のうちに恐怖や怒りの感情を抑え込んだりすることがある
40	トラウマによる反応に対して適切に対処するには、安心・安全の確保をすることが必要である

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、体験回数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、その中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。本研究において、ECL に示される 16 種類の出来事は広義のトラウマ体験とし、1 種類以上の出来事を報告した者を広義のトラウマ体験者とした。

4) PTSD 診断基準 A に関するチェックリスト (長江他, 2004 ; 飛鳥井・西園, 1998)

ECL で報告される出来事は広義のトラウマ体験であるが、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。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) を基に、長江他 (2004) 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。まず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、「その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れの内いずれかを感じましたか?」と尋ねた。回答は 2 件法で「はい、いいえ」で回答を求めた。長江他 (2004) に従い、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て、その他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)

Asukai et al. (2002) によって作成された、Weiss & Marmar (1997) の

IES-R の日本語版である。PTSD の再体験症状、回避マヒ症状、過覚醒症状の 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。

4. 倫理的配慮

①調査対象者の対し、調査目的、プライバシーの保護を書面と口頭で伝えた。

②調査において、実施中および実施後、調査対象者が不調を訴えた場合には個別に対応を行うことを伝えた。

③①と②について理解を得たうえで、研究に対する同意の得られた者について、質問紙調査に参加していただいた。

④すべての調査は無記名式で実施した。個別に封筒に入れ回収を行い、その場で回答を行うことに抵抗がある者は後程提出いただいた。

⑤研究の参加の有無を問わず、調査協力を依頼した方全員に、臨床心理士の資格を持ちトラウマを専門とする大学教授の指導の下、筆者が作成したトラウマ心理教育のリーフレット（瀧井，2014）を配布した。

5. 分析方法

統計解析には、IBM SPSS Statistics 21.0 を用いた。

第3節 結果

1. 対象者の基本属性

調査対象者の平均年齢は 29.76 歳 ($SD=10.12$) であった。有効回答 250 名について、専門領域が心理学に関連している者が 104 名、関連していない者が 146 名であった。また、これまでにトラウマに関する授業や研修を受けた経験については、「受けたことがない」が 103 名、「少しある (1~2 回)」が 93 名、「かなりある (3~5 回)」が 26 名、「非常にある (6 回以上)」が 22 名、「トラウマについて誰かに説明できるほど、受けたことがある」が 6 名であった。

有効回答 250 名のうち 172 名 (68.8%) が何らかのトラウマを体験していた。これは、Kawakami et al. (2014) の 60.7% が何らかのトラウマ体験をしているという報告と一致していると考えられる。何らかのトラウマを体験した者の平均年齢は 30.49 歳 ($SD=10.31$) であった。

そのうち狭義のトラウマを体験した者は 92 名で、調査対象者の 36.8% にあたり、何らかのトラウマ体験者の 53.4% にあたる (女性 56 名, 男性 36 名; 平均年齢 30.67 歳, $SD=11.02$)。もっとも強いストレスとなった出来事として選択率が高かったのは、自然災害, 交通事故であった。

広義のトラウマを体験した者は 80 名で、これは調査対象者の 32.0% にあたり、何らかのトラウマ体験者の 46.5% にあたる結果 (女性 49 名, 男性 31 名; 平均年齢 30.30 歳, $SD=9.51$) であった。もっとも強いストレスとなった出来事として選択率が高かったのは、いじめであった。

IES-R 得点の平均値はトラウマ体験者全体では 20.34 点 ($SD=19.82$) であり、狭義のトラウマ体験者の平均値は 23.38 点 ($SD=21.34$)、広義のトラウマ体験者の平均値は 16.85 点 ($SD=17.41$) であった。Asukai et al.

(2002)による IES-R 得点のカットオフポイント 25 点を越えている者は 56 名であり、狭義のトラウマ体験者で 34 名、広義のトラウマ体験者で 22 名であった (表 3-2)。

2. トラウマ体験の有無による外傷後ストレスに対する認識の差異

トラウマ経験の有無による認識の違いを検討するため、狭義のトラウマ体験者 (92 名)、広義のトラウマ体験者 (80 名)、体験なし (78 名) の 3 群における外傷後ストレスに対する認識尺度 40 項目について、*Kruskal-Wallis* 検定 ($p < 0.05$) を行った (表 3-3)。

結果、11 項目において有意に群間差がみられた (項目 3, $\chi^2 (2) = 9.46$, $p = .009$; 項目 6, $\chi^2 (2) = 7.00$, $p = .030$; 項目 8, $\chi^2 (2) = 6.38$, $p = .041$; 項目 14, $\chi^2 (2) = 14.19$, $p = .001$; 項目 15, $\chi^2 (2) = 8.61$, $p = .013$; 項目 20, $\chi^2 (2) = 7.52$, $p = .023$; 項目 26, $\chi^2 (2) = 8.06$, $p = .018$; 項目 27, $\chi^2 (2) = 12.20$, $p = .002$; 項目 29, $\chi^2 (2) = 6.75$, $p = .034$; 項目 39, $\chi^2 (2) = 9.87$, $p = .007$; 項目 40, $\chi^2 (2) = 9.90$, $p = .007$)。

有意差がみられた 11 項目について *Mann-Whitney U* 検定を行った。多重性の問題を考慮するため、*Bonferroni* 法による修正を行い $p < 0.017$ を有意水準とし、 $p < 0.033$ を有意傾向とした (表 3-4)。

項目 3 「トラウマとなった出来事はなるべくなかったこととして、忘れるようにする方が良い」では、広義のトラウマ体験者よりもトラウマ体験のない者の方がそうであると認識していた ($U = 2350.50$, $p = .005$, $r = .22$)。また、狭義のトラウマ体験者よりもトラウマ体験のない者の方がそうであると認識していた ($U = 2836.00$, $p = .013$, $r = .19$)。

項目 6 「トラウマを体験した後には、誰かと一緒にいてもひとりぼっちのような気持ちになることがある」では、トラウマ体験のない者より

表3-2 調査対象者の基本属性

	狭義	広義	体験なし
合計人数	92	80	78
〔 男性	36	31	30
女性	56	49	48
平均年齢	30.67	30.30	28.15
(SD)	(11.02)	(9.51)	(9.54)
IES-R合計	23.38	16.85	
(SD)	(21.34)	(17.41)	

Note. SD=standard deviation

表3-3 ト라우マ体験の違いによる外傷後ストレスに対する認識のKruskal-Wallis検定の結果

	χ^2 値	漸近 有意確率
1	0.34	.84
2	0.96	.62
3	9.46	.01 **
4	2.30	.32
5	1.25	.54
6	7.00	.03 *
7	0.33	.85
8	6.38	.04 *
9	2.94	.23
10	3.14	.21
11	0.82	.67
12	0.96	.62
13	1.35	.51
14	14.19	.00 ***
15	8.61	.01 *
16	3.37	.19
17	0.62	.73
18	4.50	.11
19	0.08	.96
20	7.52	.02 *
21	0.16	.92
22	2.88	.24
23	2.34	.31
24	0.52	.77
25	1.28	.53
26	8.06	.02 *
27	12.20	.00 **
28	3.48	.18
29	6.75	.03 *
30	1.08	.58
31	2.58	.28
32	0.61	.74
33	2.24	.33
34	2.96	.23
35	0.95	.62
36	0.62	.73
37	0.92	.63
38	5.90	.05
39	9.87	.01 **
40	9.90	.01 **

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表3-4 有意差のみられた11項目についてのMann-Whitney U検定の結果

項目 番号		広義のトラウマ体験者				トラウマ体験なし			
		U値	Z値	漸近 有意確率	効果量	U値	Z値	漸近 有意確率	効果量
3	狭義のトラウマ体験者	3447.00	0.75	.45	—	2350.50	2.48	.01 *	.22
	広義のトラウマ体験者		—			2836.00	2.80	.01 *	.19
6	狭義のトラウマ体験者	3373.00	1.00	.32	—	2792.50	2.62	.01 *	.20
	広義のトラウマ体験者		—			2685.50	1.59	.11	—
8	狭義のトラウマ体験者	3669.00	0.04	.97	—	2949.00	2.10	.04	.16
	広義のトラウマ体験者		—			2494.00	2.33	.02 †	.19
14	狭義のトラウマ体験者	2941.50	2.42	.02 *	.18	2483.00	3.68	.00 *	.28
	広義のトラウマ体験者		—			2793.50	1.22	.22	—
15	狭義のトラウマ体験者	3376.00	1.06	.29	—	2739.00	2.94	.00 *	.23
	広義のトラウマ体験者		—			2662.00	1.74	.08	—
20	狭義のトラウマ体験者	3295.00	1.39	.17	—	3160.50	1.49	.14	—
	広義のトラウマ体験者		—			2433.00	2.72	.01 *	.22
26	狭義のトラウマ体験者	3499.50	0.59	.56	—	2752.00	2.77	.01 *	.21
	広義のトラウマ体験者		—			2568.50	2.03	.04	.16
27	狭義のトラウマ体験者	3117.50	2.52	.01 *	.19	3307.50	1.09	.27	—
	広義のトラウマ体験者		—			2381.50	3.52	.00 *	.28
29	狭義のトラウマ体験者	3672.00	0.03	.97	—	2987.00	2.27	.02 †	.17
	広義のトラウマ体験者		—			2607.50	2.15	.03 †	.17
39	狭義のトラウマ体験者	3427.00	0.85	.40	—	2948.50	2.13	.03 †	.24
	広義のトラウマ体験者		—			2281.50	3.15	.00 *	.25
40	狭義のトラウマ体験者	3400.00	1.02	.31	—	2704.00	3.16	.00 *	.16
	広義のトラウマ体験者		—			2628.50	1.92	.06	—

Note. * $p < .017$, † $p < .033$

も狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識していた ($U=2792.50$, $p=.009$, $r=.20$)。

項目 8「トラウマを体験した後には、なるべく早く人に、体験した内容をすべて話した方が良い」では、広義のトラウマ体験者よりもトラウマ体験のない者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2490.00$, $p=.020$, $r=.19$)。

項目 14「子どもがトラウマを体験すると、より幼いころに戻ったような行動をすることがある」では、広義のトラウマ体験者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識していた ($U=2941.50$, $p=.016$, $r=.18$)。また、トラウマ体験のない者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識していた ($U=2483.00$, $p=.000$, $r=.28$)。

項目 15「トラウマを体験した後には、涙もろくなり、気分が落ち込むことがある」では、トラウマ体験のない者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識していた ($U=2739.00$, $p=.003$, $r=.23$)。

項目 20「トラウマを体験した後には、楽しい気持ちや悲しい気持ちなどを感じなくなったり、今が現実かどうかわからなくなることがある」では、トラウマ体験のない者よりも広義のトラウマ体験者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2433.00$, $p=.007$, $r=.22$)。

項目 26「トラウマを体験すると、自分の考え方が変わってしまうのは当然だ」では、トラウマ体験のない者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識していた ($U=2752.00$, $p=.006$, $r=.21$)。

項目 27「トラウマは心の傷なので、身体に症状が出ることはほとんどない」では、広義のトラウマ体験者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識していた ($U=3117.50$, $p=.012$, $r=.19$)。また、広義のトラウマ体験者よりもトラウマ体験のない者の方がそうであると認識

していた ($U=2381.50$, $p=.000$, $r=.28$)。

項目 29「トラウマは、PTSD（外傷後ストレス障害）だけでなく、うつや不安などの症状を引き起こすことがある」では、トラウマ体験のない者よりも広義のトラウマ体験者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2607.50$, $p=.032$, $r=.17$)。また、トラウマ体験のない者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2987.00$, $p=.023$, $r=.17$)。

項目 39「トラウマを体験すると、無意識のうちに恐怖や怒りの感情を抑え込んだりすることがある」では、トラウマ体験のない者よりも広義のトラウマ体験者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2281.50$, $p=.002$, $r=.25$)。また、トラウマ体験のない者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2948.50$, $p=.033$, $r=.24$)。

項目 40「トラウマによる反応に対して適切に対処するには、安心・安全の確保をすることが必要である。」では、トラウマ体験のない者よりも狭義のトラウマ体験者の方がそうであると認識していた ($U=2704.00$, $p=.002$, $r=.16$) であった。

3. 外傷後ストレス症状の程度による外傷後ストレスに対する認識の差異

何らかのトラウマを体験していた 172 名について、IES-R カットオフポイントによって 25 点以上と 24 点以下で群分けを行ったところ、24 点以下の者は 116 名、(狭義のトラウマ 58 名、広義のトラウマ 58 名)、25 点以上の者は 56 名 (狭義のトラウマ 34 名、広義のトラウマ 22 名) であった (表 3-5)。

外傷後ストレス症状の程度による認識の違いを検討するため、IES-R

表3-5 IES-R得点による2群の記述統計

	IES-R合計得点	
	24点以下	25点以上
合計 (人)	116	56
〔 狭義 (人)	58	34
〔 広義 (人)	58	22
〔 男性 (人)	46	21
〔 女性 (人)	70	35
体験時期の平均(年前)	9.77±7.65	9.40±7.63
平均年齢 (歳)	30.92±9.74	29.61±10.60

カットオフポイントによる 2 群における外傷後ストレスに対する認識尺度 40 項目について、*Mann-Whitney U* 検定を行ったところ、9 項目で有意差がみられた (表 3-6)。

項目 2「トラウマを体験したら、集中できなくなったり、イライラしてしまうことがある」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 2273.00$, $p= .00$, $r= .27$)。

項目 5「トラウマを体験した後には、何が安全で、何が危険なのか区別がつかなくなる。」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 2236.50$, $p= .00$, $r= .26$)。

項目 13「事件や事故によるトラウマよりも自然災害によるトラウマを体験した人の方が PTSD (外傷後ストレス障害) になりやすい。」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U= 2618.50$ $p= .03$, $r= .17$)。

項目 15「トラウマを体験した後には、涙もろくなり、気分が落ち込むことがある。」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 2544.00$, $p= .01$, $r= .20$)。

項目 16「トラウマを体験した後には、自分に対して否定的な考え方をしたり、自信がなくなったりすることがある。」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U= 2485.00$, $p= .00$, $r= .22$)。

項目 22「トラウマを体験した後には、頭痛や吐き気が起こることがある。」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U= 2672.50$, $p= .04$, $r= .15$)。

項目 32「家族や友人がトラウマを体験したら、本人が話し出すまで、つらい体験にはいっさい触れずに、そっとしておく方が良い。」では、24

表3-6 IES-Rカットオフ値上下の2群についてのMann-Whitney U検定の結果

項目番号	U値	Z値	漸近 有意確率	効果量
1	2859.50	1.41	.16	—
2	2273.00	3.52	.00 *	.27
3	2766.50	1.65	.10	—
4	3163.50	0.30	.77	—
5	2236.50	3.46	.00 *	.26
6	2716.00	1.85	.06	—
7	2874.00	1.26	.21	—
8	3005.50	0.84	.40	—
9	2863.00	1.32	.19	—
10	2998.50	0.88	.38	—
11	2990.50	0.91	.36	—
12	2967.00	1.01	.31	—
13	2618.50	2.21	.03 *	.17
14	3007.50	0.84	.40	—
15	2544.00	2.61	.01 *	.20
16	2485.00	2.82	.00 *	.22
17	3072.50	0.61	.54	—
18	3063.00	0.65	.51	—
19	3164.50	0.29	.77	—
20	2773.50	1.82	.07	—
21	2822.00	1.56	.12	—
22	2672.50	2.02	.04 *	.15
23	3016.50	0.81	.42	—
24	2708.00	1.93	.05	—
25	3012.00	0.83	.41	—
26	2745.00	1.75	.08	—
27	3032.50	1.03	.30	—
28	2897.00	1.30	.19	—
29	2970.50	1.19	.23	—
30	3008.00	0.84	.40	—
31	2856.00	1.48	.14	—
32	2664.00	2.03	.04 *	.16
33	2931.50	1.21	.23	—
34	2880.00	1.31	.19	—
35	3221.00	0.10	.92	—
36	2667.00	2.00	.05 *	.15
37	3177.00	0.25	.80	—
38	2636.50	2.11	.04 *	.16
39	3094.00	0.55	.58	—
40	3174.00	0.29	.77	—

Note. * $p < .05$

点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U=2664.00$, $p=.04$, $r=.16$)。

項目 36「トラウマによるさまざまな心身の反応は自然に治ることがないため、どんなトラウマであってもカウンセラーに相談したり、病院を受診する必要がある。」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2667.00$, $p=.05$, $r=.15$)。

項目 38「トラウマを体験した後、忘れ物をしたり、ものが覚えられなかったりすることがある」では、24 点以下の者よりも 25 点以上の者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U=2636.50$, $p=.04$, $r=.16$)。

4. トラウマ体験と外傷後ストレス症状の程度による外傷後ストレスに対する認識の差異

何らかのトラウマを体験していた 172 名について、トラウマ体験の違いと IES-R カットオフポイントで 4 群に分け、外傷後ストレスに対する認識尺度 40 項目について、*Kruskal-Wallis* 検定 ($p<0.05$) を行った (表 3-7)。結果、5 項目において有意に群間差がみられた (項目 2, $\chi^2(2)=13.17$, $p=.004$; 項目 5, $\chi^2(2)=14.24$, $p=.003$; 項目 9, $\chi^2(2)=13.23$, $p=.004$; 項目 16, $\chi^2(2)=8.41$, $p=.038$; 項目 27, $\chi^2(2)=10.55$, $p=.014$)。

有意差がみられた 5 項目について *Mann-Whitney U* 検定を行った。多重性の問題を考慮するため、*Bonferroni* 法による修正を行い $p < 0.0125$ を有意水準とし、 $p<0.025$ を有意傾向とした (表 3-8)。

項目 2「トラウマを体験した後には、集中できなくなったり、イライラしてしまうことがある」では、広義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも狭義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U=668.00$, $p=.005$, $r=.22$)。また、広義のトラウマ体験者で

表3-7 ト라우マ体験の違いと外傷後ストレス症状の程度による
外傷後ストレスに対する認識のKruskal-Wallis検定の結果

	χ ² 値	漸近 有意確率
1	2.10	.55
2	13.17	.00 **
3	3.70	.30
4	0.32	.96
5	14.24	.00 **
6	4.18	.24
7	2.06	.56
8	4.40	.22
9	13.23	.00 **
10	3.45	.33
11	5.90	.12
12	2.20	.53
13	5.24	.16
14	7.15	.07
15	7.48	.06
16	8.41	.04 *
17	1.34	.72
18	0.93	.82
19	0.81	.85
20	7.34	.06
21	4.13	.25
22	5.95	.11
23	1.94	.58
24	6.27	.10
25	0.89	.83
26	3.28	.35
27	10.55	.01 *
28	3.43	.33
29	2.21	.53
30	1.34	.72
31	3.56	.31
32	5.82	.12
33	2.46	.48
34	3.07	.38
35	1.23	.75
36	4.09	.25
37	0.29	.96
38	6.62	.09
39	1.48	.69
40	2.12	.55

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$

表3-8 有意差のみられた5項目についてのMann-Whitney U検定の結果

項目 番号	広義のトラウマ+25点以上			狭義のトラウマ+24点以下			広義のトラウマ+24点以下					
	U値	Z値	漸近 有意確率	効果量	U値	Z値	漸近 有意確率	効果量	U値	Z値	漸近 有意確率	効果量
	355.50	0.39	.70	—	745.00	2.18	.03	.17	668.00	2.83	.01 *	.22
2		—	—	—	454.00	2.21	.03	.17	406.00	2.74	.01 *	.21
		—	—	—	—	—	—	—	1546.00	0.82	.42	—
	297.00	1.37	.17	—	579.00	3.43	.01 *	.26	614.00	3.17	.00 *	.24
5		—	—	—	504.50	1.50	.14	—	539.00	1.13	.26	—
		—	—	—	—	—	—	—	1560.00	0.71	.48	—
	203.00	2.98	.00 *	.23	650.50	2.84	.01 *	.22	675.50	2.65	.01 *	.20
9		—	—	—	526.00	1.27	.20	—	489.00	1.69	.09	—
		—	—	—	—	—	—	—	1600.00	0.48	.63	.19
	368.00	0.13	.90	—	723.00	2.39	.02 †	.18	792.50	1.80	.07	—
16		—	—	—	463.00	2.10	.04	.16	506.50	1.62	.11	—
		—	—	—	—	—	—	—	1578.50	0.63	.53	—
	257.00	2.66	.01 *	.20	830.00	1.65	.10	—	763.00	2.51	.01 *	.19
27		—	—	—	534.00	1.75	.08	—	578.50	1.17	.24	—
		—	—	—	—	—	—	—	1563.50	1.00	.32	—

Note. * $p < .013$, † $p < .025$

24 点以下の者よりも広義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 406.00$, $p= .006$, $r= .21$)。

項目 5「トラウマを体験した後は、何が安全で、何が危険なのか区別がつかなくなる」では、狭義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも狭義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 579.00$, $p= .005$, $r= .26$)。広義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも狭義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 614.00$, $p= .002$, $r= .24$)。

項目 9「トラウマを体験した後に心と身体に反応が起きるのは、もとの性格や自分を取り巻く環境が原因である」では、狭義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも広義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 203.00$, $p= .003$, $r= .23$)。また、狭義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも狭義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 650.50$, $p= .005$, $r= .22$)。広義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも狭義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 675.50$, $p= .008$, $r= .20$)。

項目 16「トラウマを体験した後は、自分に対して否定的な考え方をしたり、自信がなくなったりすることがある」では狭義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも広義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識する傾向がみられた ($U= 463.00$, $p= .04$, $r= .16$)。

項目 27「トラウマは心の傷なので、身体に症状が出ることはほとんどない。」では、狭義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも広義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U= 257.00$, $p= .008$, $r= .20$)。広義のトラウマ体験者で 24 点以下の者よりも

狭義のトラウマ体験者で 25 点以上の者の方がそうであると認識していた ($U=763.00$, $p=.012$, $r=.19$)。

第 4 節 考察

1. トラウマ体験の有無による外傷後ストレスに対する認識の差異

狭義のトラウマ体験者 (92 名), 広義のトラウマ体験者 (80 名), 体験なし (78 名) の 3 群における外傷後ストレスに対する認識尺度 40 項目の差異を検討した結果から, トラウマ体験の有無による外傷後ストレスに対する認識の差異を検討した。

40 項目のうち群間差のみられた 11 項目の結果から, “対処”に関する項目 3 や “現実感の消失” の項目 26, “トラウマ関連症状” の項目 29, “麻痺” の項目 39 の 4 つでは, トラウマ体験がない者と広義・狭義のトラウマ体験者で有意差がみられた。さらに, “孤立感”に関する項目 6 や “抑うつ症状” の項目 15, “対処” の項目 40 ではトラウマ体験がない者と狭義のトラウマ体験者に有意差がみられ “自責感” の項目 20 ではトラウマ体験がない者と広義のトラウマ体験者で有意差がみられた。“退行”に関する項目 14 では, 広義のトラウマ体験者よりも狭義のトラウマ体験者が, トラウマ体験がない者よりも狭義のトラウマ体験者が有意にあてはまると回答していた。これらのことから, 外傷後ストレスに関する認識はもともとの知識だけではなく, 自身が何かしらのトラウマを体験した上での経験に基づいて症状や対処方法を一般化しているのではないかと考えられる。

また, “対処”に関する項目 8 はトラウマ体験がない者の方が広義・狭義のトラウマ体験者よりも, トラウマ体験後にあてはまると回答して

いた。本研究の結果から、トラウマを体験していない者からすると、トラウマを体験した後には話した方が良いと考えているため、当事者にすべて話すよう求めてしまったり、話さないことは当事者本人の努力不足と捉えることもあるのではないかと示唆される。

“身体症状”に関する項目 27 は、広義のトラウマ体験者よりも狭義のトラウマ体験者の方が「トラウマは心の傷なので、身体に症状が出ることはほとんどない」と認識していた。これは、狭義のトラウマ体験者はトラウマ体験自体のインパクトが強く、精神的な面に目が向き、身体症状に気付きにくい可能性が推察される。または、トラウマ体験者自身が身体症状がトラウマ由来だと気づいていない可能性もあるのではないかと考えられる。

以上のことから、何らかのトラウマを体験している者は症状や対処を一部理解しており、適切な認識であることも多いが、自分自身の経験に基づいた理解をしている可能性も示唆された。

さらに、広義・狭義に関わらず、トラウマ体験者と体験のない者とは、一部の項目で認識に有意差がみられたことから、体験の種類は狭義のトラウマに関わらず、広義のトラウマを含めて検討を行う必要があることも考えられる。また、トラウマ体験の有無によって有意差があることから、トラウマを体験した者が症状を呈しているも、周囲が症状を見過ごす可能性やその症状を示すトラウマ体験者のことを理解できず、サポートにつながらない可能性が示唆された。

2. 外傷後ストレス症状の程度による外傷後ストレスに対する認識の差異

IES-R のカットオフポイントで分けた 2 群について、外傷後ストレスに対する認識の差異を検討した結果、9 項目において有意差がみられた。

“不集中やイライラ”に関する項目 2, “回避”の項目 5, “抑うつ”の項目 15, “自己に対する否定的認知”の項目 16 では, 外傷後ストレス症状を強く示す者の方がそうであると認識していた。このことから, ト라우マ体験の有無による認識の差異の結果と同様に, ト라우マを体験し, 自身が項目で示された症状を呈していることで有意差がみられたのではないかと考えられる。

また, 項目 22 や項目 32, 項目 36, 項目 38 では, 外傷後ストレス症状を強く示す者の方がそうであると認識していたが, 項目 22 は「トラウマを体験した後は, 頭痛や吐き気が起こることがある。」という“身体症状”に関する項目であり, 外傷後ストレス症状を強く示す者の方が出来事からの身体症状の存在を捉えている可能性が考えられる。さらに項目 32 は「家族や友人がトラウマを体験したら, 本人が話し出すまで, つらい体験にはいっさい触れずに, そっとしておく方が良い」という“周囲の対応”に関する項目であり, 外傷後ストレス症状を強く示す者の方が周囲に項目内容のような対応を受けたか, 周囲に構わずそっとしておくという対応をしてもらいたかったと捉えている可能性が推察される。“症状経過”についての項目 36「トラウマによるさまざまな心身の反応は自然に治ることがないため, どんなトラウマであってもカウンセラーに相談したり, 病院を受診する必要がある」や“健忘”に関する項目 38「トラウマを体験した後, 忘れ物をしたり, ものが覚えられなかったりすることがある」といった項目で, 外傷後ストレス症状を強く示す者の方があてはまると回答していたことは, 外傷後ストレス症状を強く示すからこそ, 自然寛解するとは考えられないことや, 健忘などの症状を経験している可能性が考えられる。

これらのことから, 自分自身の外傷後ストレス症状や経験を基に外傷

後ストレス症状や対処行動に対する全般的な認識を形成している可能性が考えられる。IES-R のカットオフポイントを超える外傷後ストレス症状を強く示す者は、体験した出来事から時間が経過していても強い外傷後ストレス症状を示しており、症状を長引かせている可能性の一つに個人が持つ外傷後ストレス症状や対処行動に対する全般的な認識による影響の可能性も示唆される。特に本研究で有意差があった項目は外傷後ストレス症状を強く示す場合や長期化する場合に生じやすい症状や認識である可能性が示唆される。

3. トラウマ体験と外傷後ストレス症状の程度による外傷後ストレスに対する認識の差異

広義・狭義のトラウマ体験と外傷後ストレス症状の程度による4群について、外傷後ストレスに対する認識の差異を検討した結果、5項目において有意差がみられた。

“不集中やイライラ”に関する項目2や“覚醒度と反応性の著しい変化”に関する項目5，“自己に対する否定的認知”の項目16では、トラウマ体験の違いというよりもむしろ、強い外傷後ストレス症状を示す者においてそうであると認識していることから、外傷後ストレス症状を強く示す場合に自覚できる症状として出現する項目である可能性が示唆される。

また、“個人要因”に関する項目9と“身体症状”に関する項目27では、狭義のトラウマ体験者で外傷後ストレス症状を強く示す者が広義のトラウマ体験者で外傷後ストレス症状を強く示す者よりもそうであると認識していた。このことから、これらの2つの項目は出来事のインパクトの大きさやそれに対する個人の認識が反映している可能性があるとする

唆される。

以上のことから、外傷後ストレス症状の程度による認識の差異について検討した結果と同様に、有意差がみられた項目は外傷後ストレス症状を強く示す者の傾向である可能性があり、自身の経験から外傷後ストレスに関する認識が形成され、それらが外傷後ストレス症状の長期化や重症化に影響を与える認識である可能性が示唆される。

第5節 本章のまとめ

第3章の結果から、広義・狭義に関わらず、何かしらのトラウマを体験した者と体験のない者とで認識の差異がみられた。これは、トラウマの種類に関わらず、個人の認識や対処方法について検討を行う必要があると示唆される。

また、受診や相談に抵抗があったり、自分自身が受けたサポートが適切であると感じていないことにより、さらなる受診・相談行動に移っていない可能性もあると考えられる。トラウマを体験したことがない者であっても、トラウマ体験者のサポート源になることもあり得るため、体験がある者とならない者で差があることにより、サポート源となり得る周囲の人々が症状を見過ごしている可能性や、症状を示すトラウマ体験者のことを理解できず、適切なサポートにつながらない可能性があると考えられる。よって、サポート源となる者にもトラウマや PTSD など外傷後ストレスに対する知識を持ってもらうことも重要であると考えられる。

また、外傷後ストレスに関する認識はもともとの知識だけではなく、自分自身の症状や経験を基に症状や対処方法を一般化し、外傷後ストレス症状や対処行動に対する全般的な認識を形成している可能性が示唆さ

れる。個人が持つ外傷後ストレス症状や対処行動に対する認識が、症状を長引かせる要因の一つになっており、回避的な対処やトラウマ由来の症状であると認識していないことなどが、外傷後ストレス症状を強く示す場合、もしくは長期化する場合に生じやすい症状や認識につながっている可能性が考えられる。

今後はトラウマ体験者における対処行動について着目し、トラウマに関連する症状に対する理解や症状認知との関連、症状に対する認識と受診・相談行動との関連を検討することで、さらにトラウマに関する理解や認識の重要性が明らかになると考えられる。また、本研究の結果を基に予防的な心理教育への適用を検討していく必要があると考えられる。

第4章 ト라우マ体験者における外傷後ストレスへの対処方法について の検討 【研究3】

第1節 本章のねらい

第2章において、PTSD診断A基準の該当を問わず、トラウマを体験した者が強いストレス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が明らかとなった。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たが、Wang et al. (2005)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。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, Lochner, Vythilingum, & Stein, 2006; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007)、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ものが指摘されている(伊藤・中澤・加茂・氏家・鈴木・金, 2015)。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ほとんど行われていない。金(2001)は、トラウマ体験への反応や対処行動が本人の本来の人格と混同され、援助活動の妨げになったり、後々に誤解を残すことが多いことや、事件が起こってしまったことを社

会や周囲の人が受け入れることができず、「本人が悪かった」と捉えることが多く、特に性被害などの個人被害の場合により深刻なスティグマが存在していることを指摘している。これは、Dussich (2001) の指摘とも合致しており、日本人は性被害について非常に偏見を帯びた体験ととらえていることなどのスティグマの問題が存在していると報告している。

また、これまでの研究動向から、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いことで、適切な対処行動につながらない可能性が考えられる。特に 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。

第3章において、広義・狭義のトラウマ体験者と体験のない者での外傷後ストレス症状や対処行動の認識の違いや外傷後ストレス症状の程度と認識の違いについて検討を行った。その結果、一部において狭義のトラウマ体験者と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知り、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、当事者や支援者のメンタルヘルスリテラシー向上のための予防的な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ながっていないという問題点について本邦における実態を含めて検討を行う必要があると考えられる。

よって、第4章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。

第2節 方法

1. 調査対象者

D 県大学院生 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 ± 10.12 歳）（有効回答率 93.6%）であった。

なお、回答の不備については二重回答や回答ミスなどによるものであり、特定の項目において回答がないなど、回答不備の偏りは一切みられなかった。

調査は瀧井（2015）を参考に構成した「災害や事件・事故におけるトラウマについての心理教育」の実施前に質問紙を配布し、調査を実施した。

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、対処行動の観点から何らかのトラウマを体験している場合、幼少期のように体験に対して周囲の大人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たため、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 ± 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（第3章，表3-1参照）

第3章におい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。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り，40項目4件法（1：まったくそうでない～4：とてもそう）

で構成されている。

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）

PTSD 臨床診断面接尺度（Clinican-Administered PTSD Scale for DSM-IV：以下 CAPS，飛鳥井・西園，1998）に付属する Event Check List（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，体験回数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。

第 2 章の結果から，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，富永他（2002）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。

4) PTSD 診断基準 A に関するチェックリスト（長江他，2004）

ECL で報告される出来事のうち，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）を基に，長江他（2004）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、「その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れのいずれかを感じましたか?」と尋ねた。回答は2件法で「はい・いいえ」で回答を求めた。長江他（2004）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)

Asukai et al. (2002) によって作成された、Weiss & Marmar (1997) の IES-R の日本語版である。PTSD の再体験症状、回避マヒ症状、過覚醒症状の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益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、調査協力を依頼した方全員に「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(瀧井, 2014)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) を用い、形態素解析エンジンは MeCab (0.996) を用いた。これはパラメータの推定に *Conditional Random Fields* (工藤・山本・松本, 2004) を用いており、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・村山・大坊, 2006) を用いた。

第 3 節 結果

1. 対象者の基本属性

調査対象者 250 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) (調査対象者の 68.8%) 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 4-1 に示す。

2. 自由記述データの質的検討

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

表 4-1 何らかのトラウマ体験者の記述統計量

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

Note. *SD*=standard deviation

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」、「警察」、「リラクセーション」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、臨床心理学的観点から Lazarus & Folkman (1984 本明・織田・春木訳 1991) の心理学的ストレスモデルを参考に、ストレス反応の軽減に有効であると想定される対処方略をポジティブな対処方略と捉え、ネガティブな対処方略かポジティブな対処方略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 4-1)。

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 4-2)。今回の調査者における対処方法として、精神科・心療内科を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。

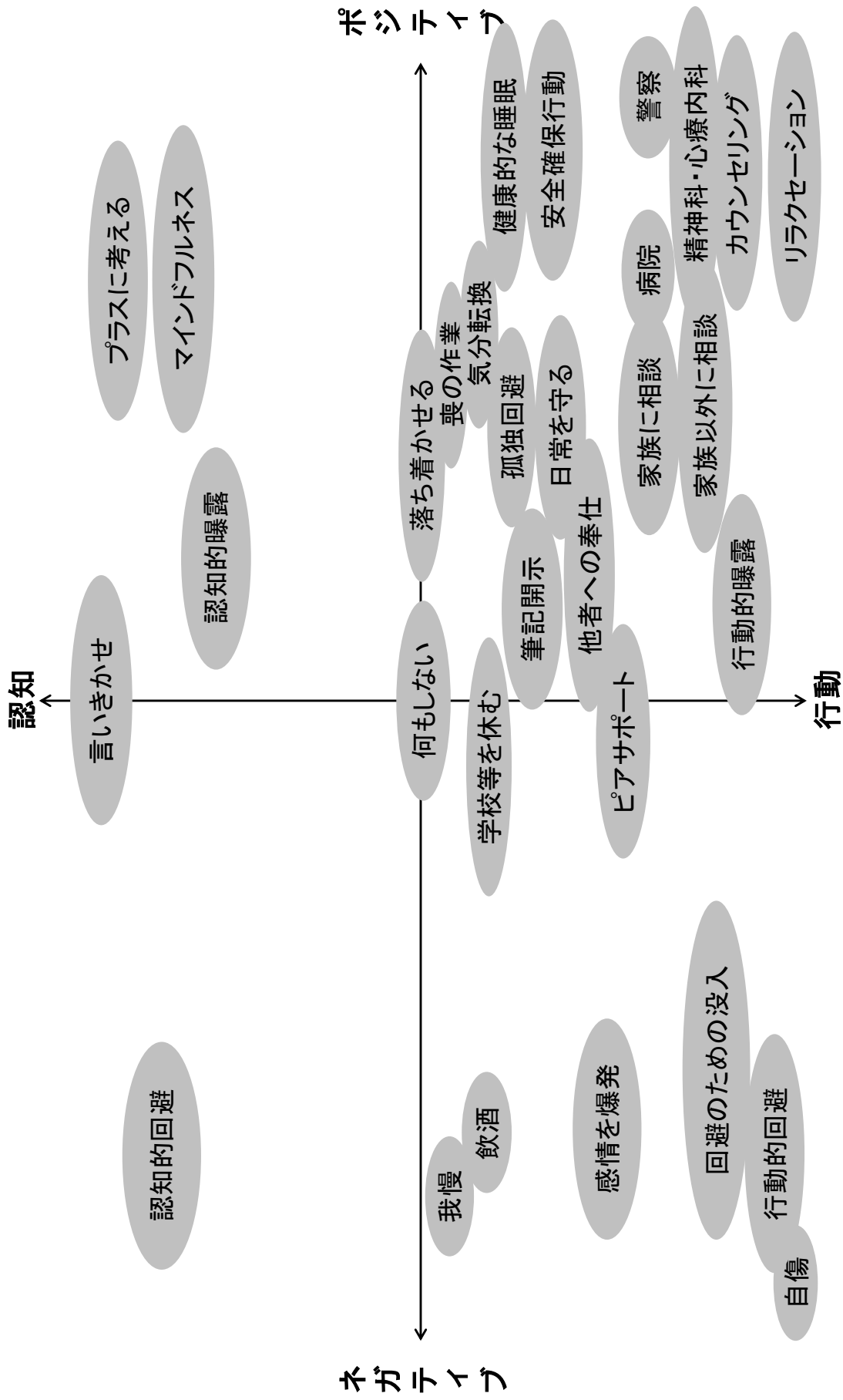


図4-1 認知—行動、ネガティブ—ポジティブの軸による外傷後ストレスへの対処方法の位置関係

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 4-2 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 4-3）。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。

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”“集中”などで構成されていたため「没入」と命名した（表 4-4）。

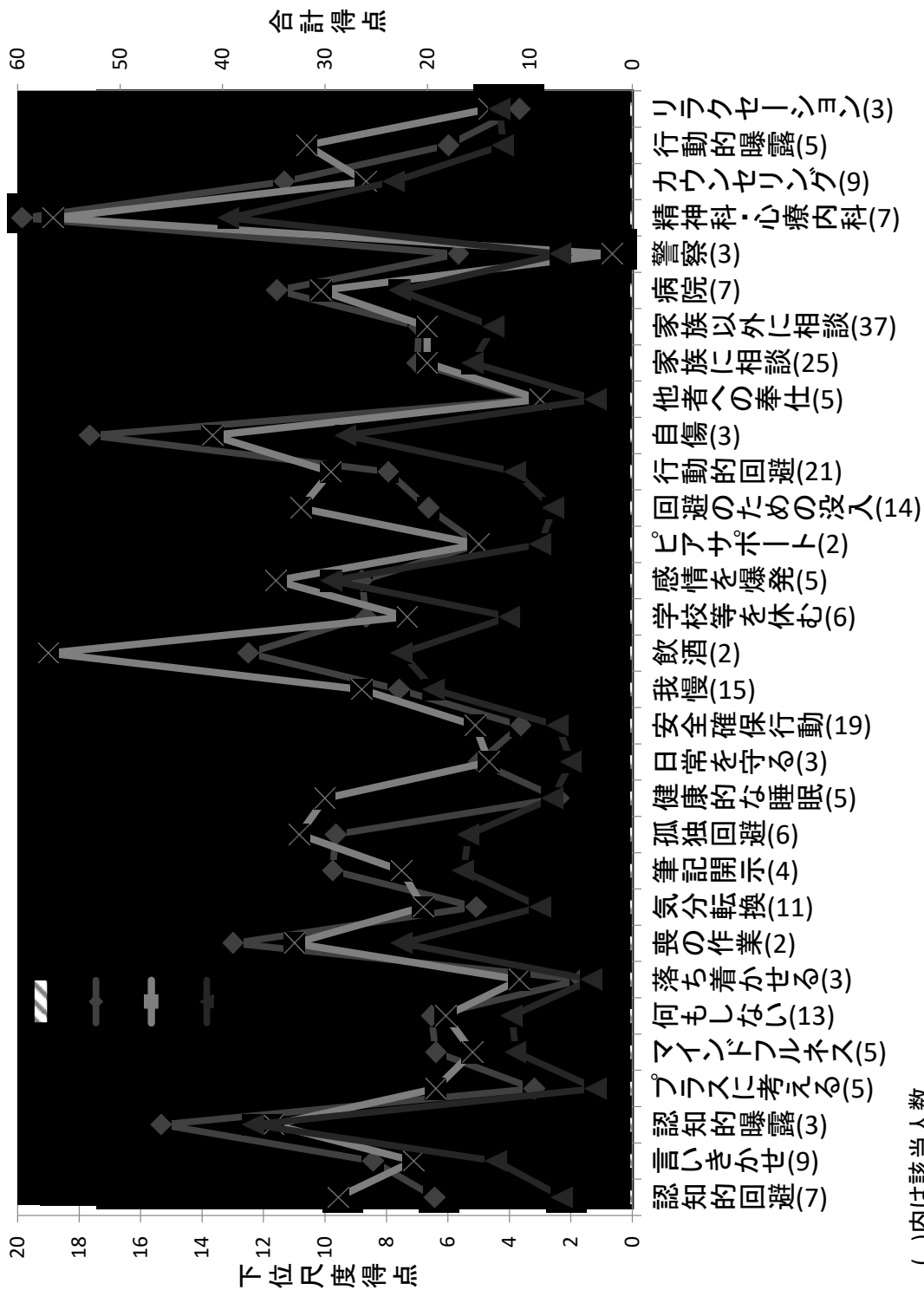


図4-2 対処方法ごとのIES-R平均得点

表 4-2 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
一人あたりの単語数	12.00	9.39	5.07	7.53

表 4-3 頻度 4 以上の頻出語

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			

表 4-4 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
4	積極的対処	30	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, 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	没入	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

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、多次元尺度構成法によるマッピング（図 4-3）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 4-4）を行ったところ、クラスタ 7「一般病院」が他のクラスタから遠く位置し、関連の弱さがみられた。

第 4 節 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) や Kawakami et al. (2014) 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) の指摘した発症から約 12

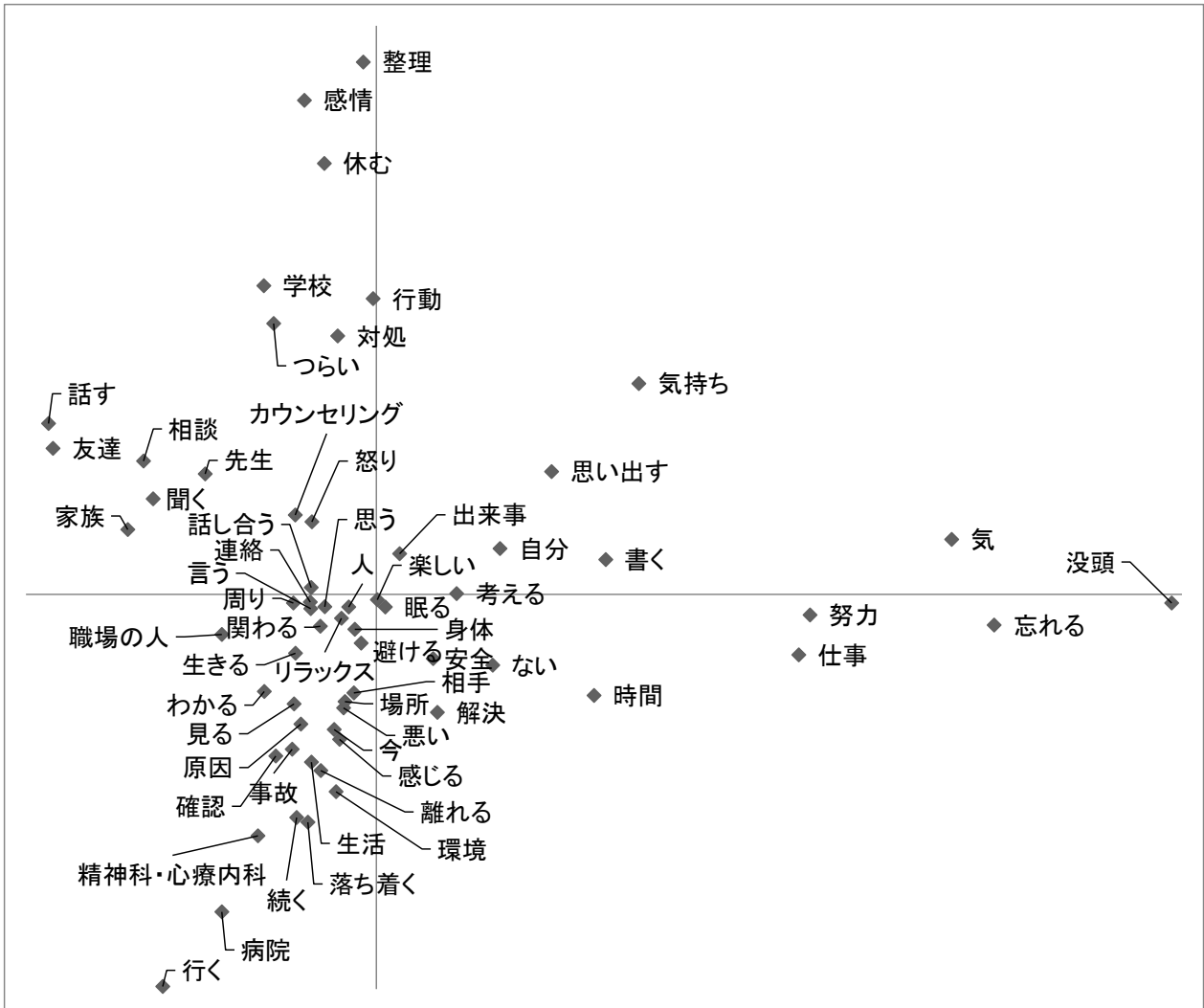


図 4-3 多次元尺度構成法によるマッピング

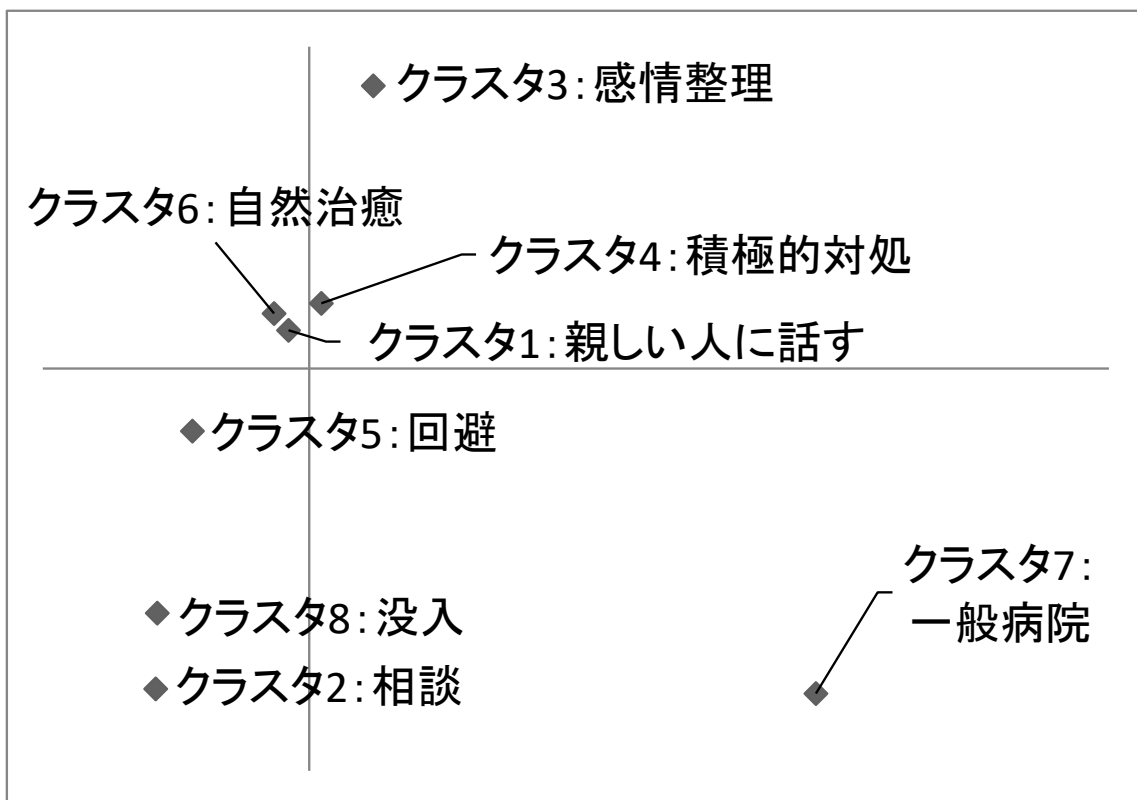


図 4-4 対応分析によるマッピング

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

心理学的ストレスモデルを参考に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。分類した対処方法のカテゴリーに該当する回答者の自由記述を概観すると、精神科やカウンセリングを利用しても継続受診していなかったり、適度であれば良いとされる気分転換に没入することで回避をしていたりする回答がみられた。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、本人が対処方法を有効に活用できる方法を知らなかったり、医療機関等が適切な支援を提供していない可能性が考えられる。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ということが指摘されていたが、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

一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 4-2 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げられた”，“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”，“治療に関する説明がなかった”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，インフォームドコンセントがなかったり，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こっ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。記述が多いということは、トラウマ体験者が自身の困り感に対し、さまざまな対処方法をした可能性があると考えられる。また、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、日常において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や心理教育につながるができないといえる。

図 4-3 で示された多次元尺度構成法の結果から、縦軸上の“行動”という語や“学校”という語の自由記述をみると“学校を休む”や“行動したくない”といった回避的な対処であったため、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。このような視点で考察を行うと、対処行動としては、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おり、それが出来事に直面化を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や相談したり話足りた結果、回避的な行動につながっている可能性が推察される。

さらに、図 4-4 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－対症状」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「没入」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、没入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

それぞれの対処方法がどのような目的や意図を持ち、どのような有効性を見込んで行われているかによって、実際の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。

第5節 本章のまとめ

第5章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それがトラウマによるものなのか、支援が必要なの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、予防的な心理教育の実施が急務であると考えられ、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 発症予防に向けた心理教育の知見となり得ると考えられる。

さらに、誰かに相談した結果、回避的な対処行動へ移る可能性も示唆されることから、支援を行う側がサポート源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メンタルヘルスリテラシー向上のための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ができるのではないかと考える。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トラウマ体験者本人に伝えていくことで、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、メンタルヘルスリテラシー向上を目的とした予防的な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こともできると考えられる。

第5章 支援者の「トラウマに関するメンタルヘルスリテラシー向上」 を目的とした心理教育の実施

第1節 本章のねらい

トラウマに関するさまざまな介入法において、外傷体験後の心理教育の重要性について指摘されている（杉村他，2009）。心理教育を施すことは PTSD に対する心理療法のうちでも重要な位置を占める（金，2001）とされているが、しかし、早期の受診・相談行動に至るためには外傷体験以前から、外傷体験後にどのような反応が起こり得るか、どのような対処方法が有効かなどのメンタルヘルスリテラシーを持っておく必要があると考えられる。メンタルヘルスリテラシーとは精神疾患の認識、対処、予防に関する知識や考え方とされ、Jorm（2000）は「精神疾患だと同定できる能力」「疾患の原因に関する知識と信念」「自己解決の対処法に関する知識と信念」「専門家の支援に関する知識と信念」「認識や援助要請を促進させる態度」「メンタルヘルスの情報の入手法に関する知識」の6つの構成要素からなる概念だと提唱している。

また、外傷的出来事を経験した後、家族や友人、専門家や行政機関からサポートが得られると症状が緩和する可能性が示されており、ソーシャルサポートシステムの確立が必要であることが指摘されている（坂野他，1996）。Norris, Friedman, Watosom, Byrne, Diaz, & Kaniasty（2002）は、トラウマを体験した後、日常生活に支障をきたすほどのレベルで1か月以上反応が持続する要因としてソーシャルサポートの有無、生活上のストレス、心的外傷の深刻さを挙げている。しかし、藤森・青木（2016）も、トラウマ症状の多くは、表面に現れる現象のみではトラウマ体験による反応であることが、本人や周りにもわかりにくいことが多いことを

指摘している。さらに、第4章において、トラウマ体験者が体験後に実際どのような対処を行ったか検討を行ったところ、ソーシャルサポート源となる者が支援の展望が持てずに適切な支援につながらず、サポート源として有効に働いていないことが示唆された。このことから、ソーシャルサポート源となる支援者にトラウマや PTSD についての知識がなければ適切な対処行動につながらない可能性があると考えられる。

よって第5章では、トラウマを体験した人のサポート源となり得る支援職を対象に、トラウマに関するメンタルヘルスリテラシー向上を目的とした心理教育を実践し、対処効力感に対する効果を検討することを目的とする。

第2節 行政機関の支援職を対象とした実施【研究 4-1】

1. 方法

(1) 調査対象者

人口5万人以下の小都市市役所に勤務する母子保健や子育て支援に関わる専門職25名（男性0名，女性25名，平均年齢 44.96 ± 9.43 歳）を対象とした。研究代表者である著者が非常勤勤務をしている市役所の母子保健や子育て支援に関わるこども福祉課，健康課，総合企画課において呼びかけを行い，参加者を募った。

本研究ではウェイトンリスト・コントロールデザインを採用し，対象者を2群に分けた。2つの日程を提示し，勤務に支障のない日程を参加者に選択していただき，先に心理教育を実施する群（以下，心理教育群；女性9名，平均年齢 43.67 ± 10.68 歳）とウェイトンリスト・コントロール群（以下，WL群；16名，平均年齢 45.69 ± 8.94 歳）に割

り付けた。

(2) 調査時期

調査は2016年10月から2016年12月に実施された。

(3) 調査手続き

本研究全体のデザインを図5-1に示す。

調査目的等を事前に書面で案内し、同意を得られた対象者に対して後日、時期1において、質問紙調査(1回目)を実施。回収後、心理教育群に対し「トラウマの理解と対応」と称したトラウマについての心理教育を60分間実施した。その後、時期2において質問紙調査(2回目)を実施。さらに2週間後にWL群に対し、心理教育を実施した。その後、時期3において質問紙調査(3回目)を実施。3回目の質問紙調査から約2週間後、時期4において質問紙調査(4回目)を実施した。

(4) 調査材料

1) フェイスシート

年齢、性別、職種、在職年数、トラウマに関する講義や研修の受講経験について回答を求めた。

2) トラウマ対応を行う場合の情報収集源

実際にトラウマに関する対応が必要となった場合、どのようなところから情報を得ようと思うかについて、「インターネット、専門書、学校等のマニュアル、同僚や上司・先輩、スクールカウンセラー、カウンセリング施設の大学、教育委員会、行政機関(保健師等)、トラウマを専門とする研究者、その他」からあてはまるものすべてを選択するよう回答を

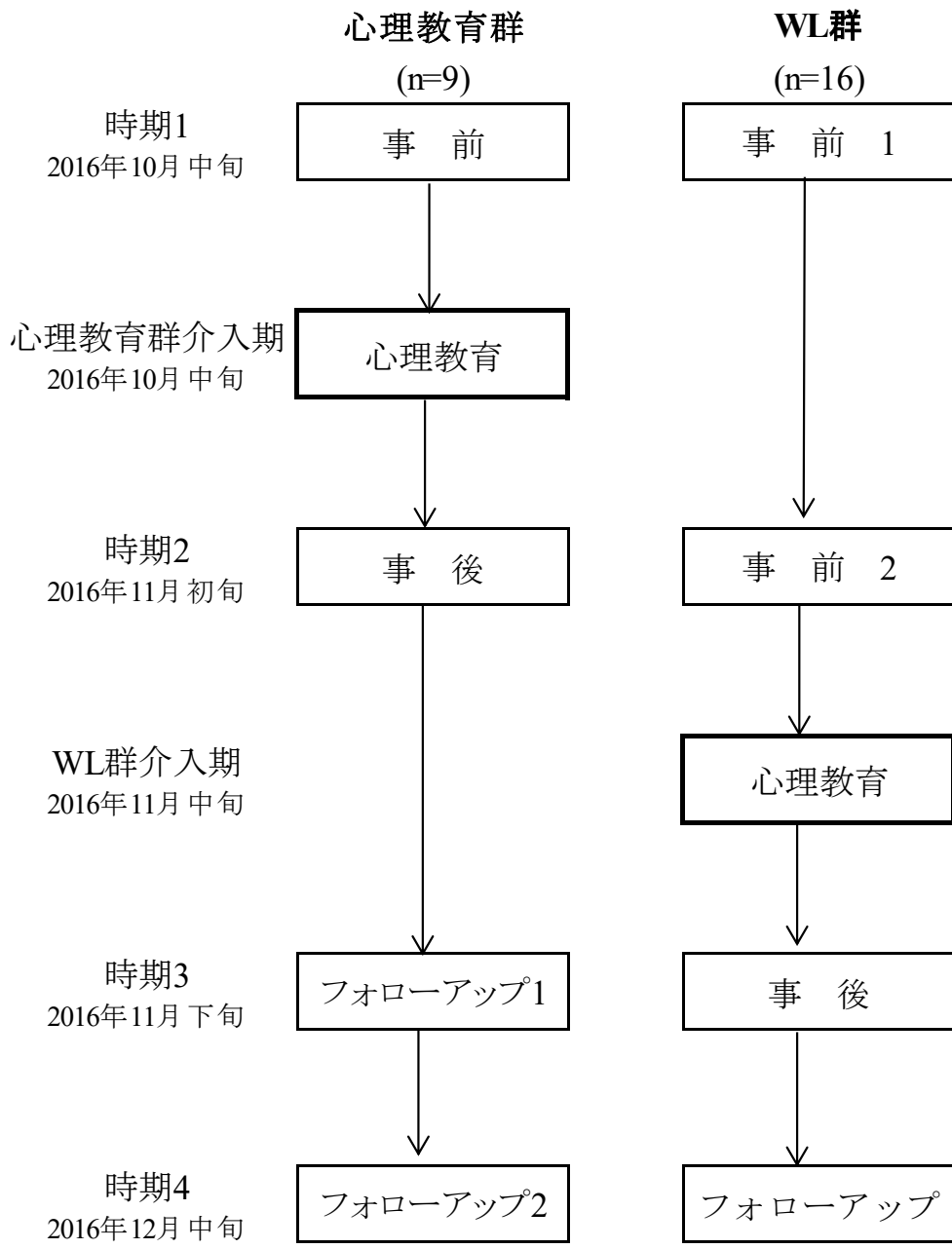


図5-1 研究デザイン

求めた。

3) ト라우マ対応の困難経験の有無

自身や家族，友人，仕事で関わる子どもや保護者，大人におけるトラウマについて実際の対応で困ったり，不安に思ったことはあるかについて回答を求めた。

4) ト라우マ対応への対処効力感

トラウマ対応についてどのくらい適切に対処できると思うか，子どもに対する関わりと保護者を含めた大人に対する関わりのそれぞれについて0～6の7件法で回答を求めた。

5) 外傷後ストレスに対する認識尺度（第3章，表3-1参照）

第3章におい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。

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，40項目4件法（1：まったくそうでない～4：とてもそう）で構成されている。

6) 自身のトラウマ経験の有無

佐藤・坂野（2001）によって作成された外傷体験調査票を使用した。「今でも思い出すと苦痛をもたらし続ける出来事」の体験の有無を尋ね，トラウマを体験した者に限り，その出来事の内容と経過時間の記述を求めた。

7) PTSD 診断基準 A に関するチェックリスト（長江他，2004）

6) で回答がなされ出来事について，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。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、情動喚起を問う質問項目として、「その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れのいずれかを感じましたか?」と尋ねた。回答は2件法で「はい、いいえ」で回答を求めた。

8) ト라우マに対して適切な対処・対応を行うために、今後どのような研修を求めるか

今よりもさらに“自分自身がトラウマとなる出来事を体験した場合、もしくは家族や友人、仕事でかかわる子どもや大人がトラウマを体験した場合に適切に対処・対応ができそう”と思えるには、どのような研修があると良いと思うかについて「映像資料を使った架空事例を用いたワーク」,「映像資料を使った架空事例を用いた講義」,「レジュメ資料を使った架空事例を用いたワーク」,「レジュメ資料を使った架空事例を用いた講義」,「研修で学んだ内容を振り返ることができるアプリ」,「複数回のプログラム形式の研修」,「参加者が事例を持ち寄り、検討する研修会」,「その他」からあてはまるものをすべてに回答を求めた。

(5) 倫理的配慮

事前に関係する課の課長に調査目的と方法、プライバシーの保護について伝え、承認を得た。

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益が生じること

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。個人を特定できない形でマッチングをし、回収を行った。また、心理教育および調査後も継続して、臨床心理士がトラウマに関する相談等に対応することを伝えた。

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。

（6）分析方法

統計解析には、IBM SPSS Statistics 21.0 を用いた。

2. 結果

（1）対象者の基本属性

調査対象となった 25 名（男性 0 名、女性 25 名、平均年齢 44.96 ± 9.43 歳）のうち、何らかのトラウマ体験のある者は 5 名で心理教育群、広義 2 名、狭義 1 名、WL 群では広義 2 名であった（表 5-1）。平均勤続年数は心理教育群で 12.44 ± 8.08 年、WL 群で 6.00 ± 9.24 年であった。職種は保健師 6 名、管理職 1 名、家庭児童相談員 1 名、栄養士 1 名、子育て支援員 8 名、児童厚生員 2 名、両親教育指導員 6 名であった。

表5-1 対象者の基本属性

	心理教育群	WL群
人数	9	16
平均年齢 (<i>SD</i>)	43.67 (10.68)	45.69 (8.94)
平均勤続年数 (<i>SD</i>)	12.44 (8.08)	6.00 (9.24)
何らかのトラウマ体験者	広義2, 狭義1	広義2

Note. *SD* =standard deviation

(2) 研修経験の有無

これまでにトラウマ（災害、事件、事故、ひどいじめ、虐待などの出来事）に関する講義や研修を受けたことはあるかについて、「受けたことがない」と回答した者が5名、「少しある（1～2回）」と回答した者が20名であった。「かなりある」、「非常にある」、「説明できるほどある」と回答した者はいなかった。

(3) トラウマ対応を行う場合の情報収集源

時期1および時期4において、情報収集源について回答を求めた。結果を図5-2に示す。時期1では「同僚や上司、先輩」と「インターネット」を選択している者が多く、時期4ではその2つに加え、「行政機関」と「トラウマを専門とする研究者」を選択する者が増えており、また、「カウンセリング施設のある大学」についても時期1よりも選択する者が増えていた。その他を選択した者の自由記述には「医療機関」と「臨床心理士」と記入している者が数名いた。

(4) 対処効力感の変化

対処効力感の変化について検討するため、*Friedman* 検定を行い、*Dunn* 法で多重比較を行った（有意確率は *Bonferroni* 法で修正）。結果、心理教育群で対子どもの時期1と時期3で有意差がみられた ($p=.006$) (図5-3)。また対大人の時期1と時期3で有意差がみられた ($p=.028$) (図5-4)。

WL群では、対子どもの時期1と時期3で有意差がみられた ($p=.006$)、時期1と時期4で有意差がみられ ($p=.012$)、時期2と時期3で有意差がみられた ($p=.030$) (図5-5)。また対大人の時期1と時期3で有意差がみられた ($p=.003$)、時期1と時期4で有意差がみられ ($p=.006$)、時期2

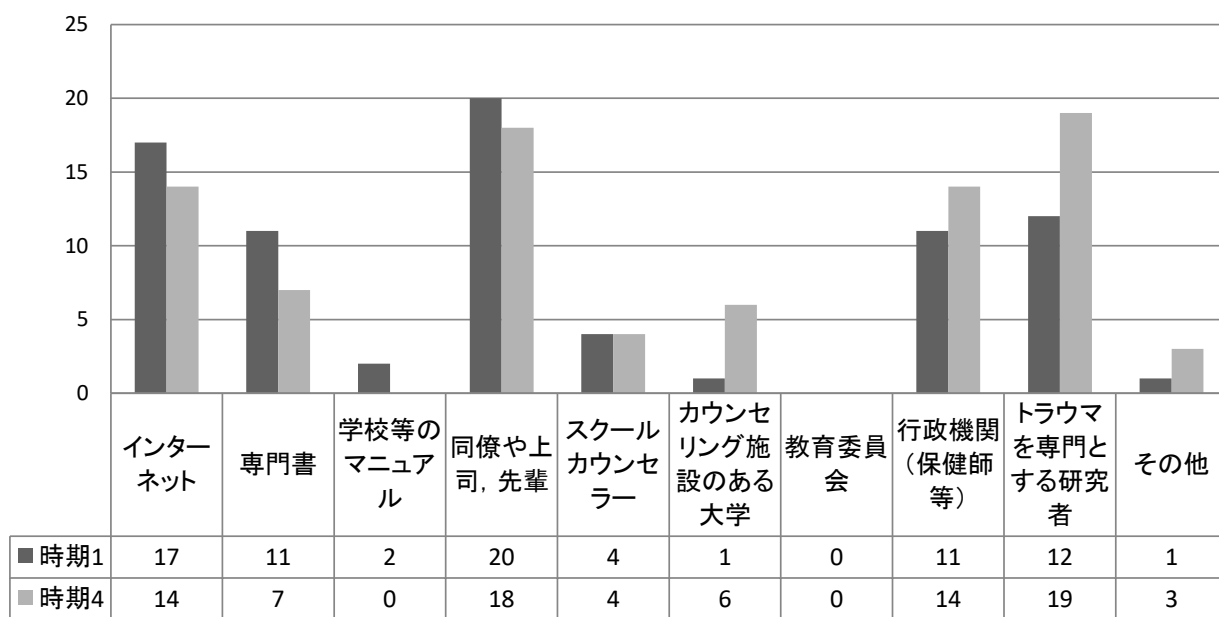
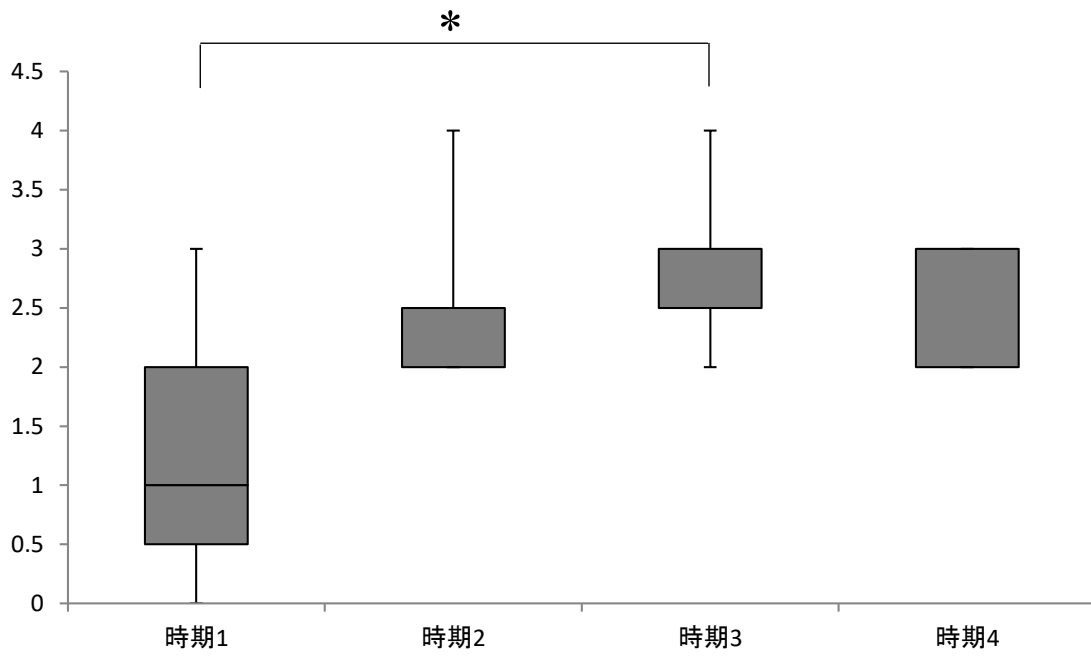
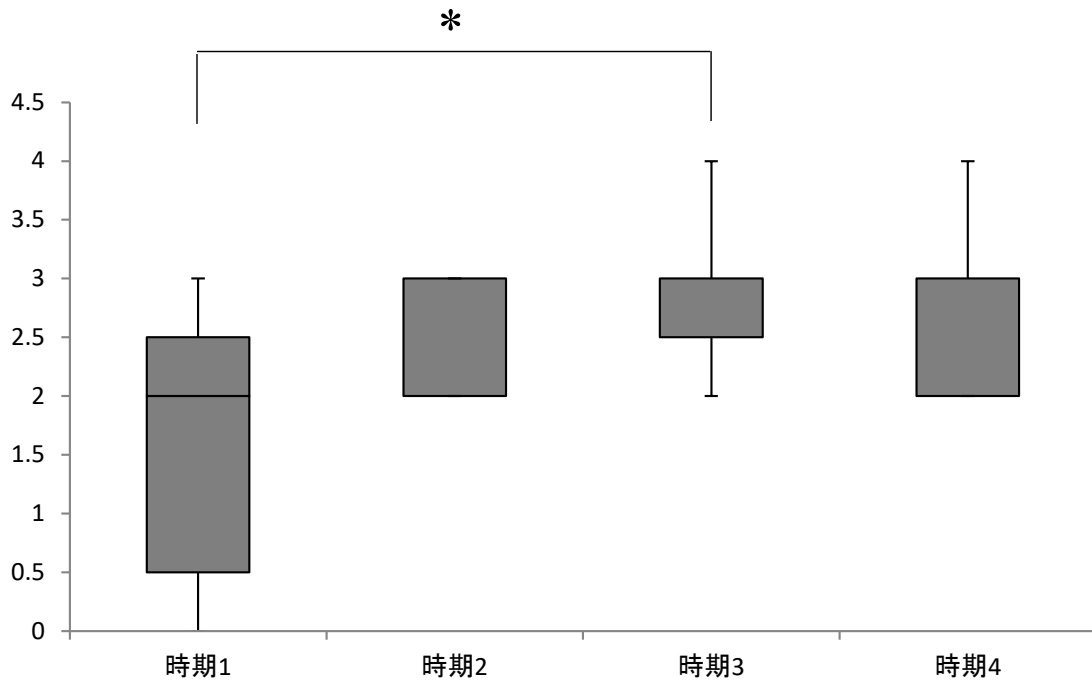


図 5-2 ト라우マ対応を行う場合の情報収集源



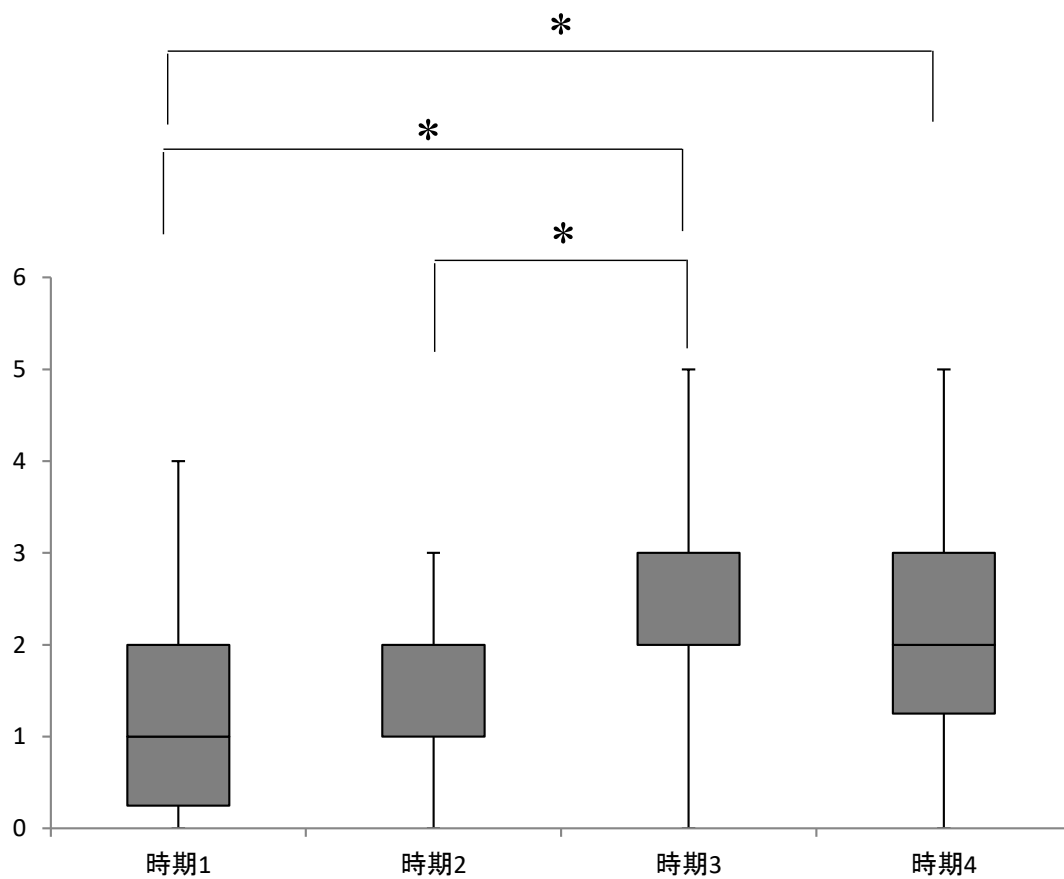
* $p < .05$

図 5-3 心理教育群の対子どもへの対処効力感



* $p < .05$

図 5-4 心理教育群の対大人への対処効力感



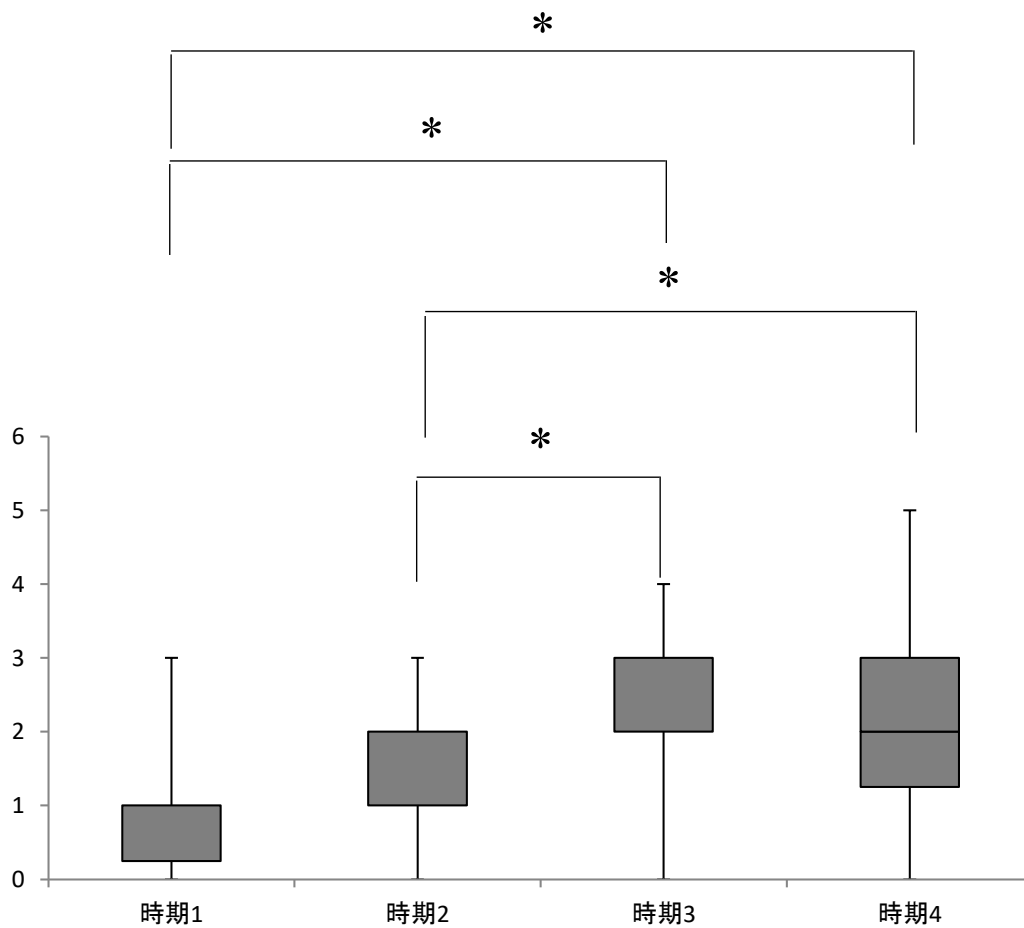
* $p < .05$

図 5-5 WL 群の対子どもへの対処効力感

と時期 3 で有意差がみられ ($p=.024$), 時期 2 と時期 4 で有意差がみられた ($p=.045$) (図 5-6)。

(5) 外傷後ストレスに対する認識の変化

研修前後における外傷後ストレスに対する認識の変化を検討するため、時期 1 と時期 4 について *Wilcoxon* の符号付順位検定を行った。結果、項目 5, 6, 8, 14, 18, 30, 38 の 7 項目で有意差がみられた。項目 5「トラウマを体験した後は、何が安全で、何が危険なのか区別がつかなくなる」は、Pre において 2.16 ± 0.75 から Post は 3.56 ± 0.58 となり、効果量は大きく、有意に上昇していた。項目 6「トラウマを体験した後は、誰かと一緒にいてもひとりぼっちのような気持ちになることがある」は、Pre において 3.32 ± 0.48 から Post は 3.60 ± 0.50 となり、効果量は大きく、有意に上昇していた。項目 8「トラウマを体験した後は、なるべく早く人に、体験した内容をすべて話した方が良い」は、Pre において 2.64 ± 0.70 から Post は 2.20 ± 0.71 となり、効果量は中程度で、有意に減少していた。項目 14「子どもがトラウマを体験すると、より幼いころに戻ったような行動をすることがある」は、Pre において 3.20 ± 0.50 から Post は 3.60 ± 0.50 となり、効果量は大きく、有意に上昇していた。項目 18「トラウマとなった出来事を思い出してつらくなった時には、リラクゼーション法などを用いて、リラックスする方法を取ると良い」は、Pre において 3.28 ± 0.54 から Post は 3.68 ± 0.48 となり、効果量は中程度で、有意に上昇していた。項目 30「自分が体験していなくても、トラウマを目撃したり、トラウマを体験した人の話を聞いたりした後に、さまざまな心と身体の反応が起きることがある」は、Pre において 3.08 ± 0.57 から Post は 3.44 ± 0.65 となり、効果量は中程度で、有意に上昇していた。項目 38



* $p < .05$

図 5-6 WL 群の対大人への対処効力感

「トラウマを体験すると、無意識のうちに恐怖や怒りの感情を抑え込んだりすることがある。」は、Preにおいて 3.00 ± 0.76 から Post は 3.56 ± 0.51 となり、効果量は大きく、有意に上昇していた。(表 5-2)。

(6) 今後の研修方式について

今よりもさらに“自分自身がトラウマとなる出来事を体験した場合、もしくは家族や友人、仕事でかかわる子どもや大人がトラウマを体験した場合に適切に対処・対応ができそう”と思えるには、どのような研修があると良いと思うかについて、複数回答にて得られた結果を図 5-7 に示す。その結果、「複数回のプログラム形式の研修」や「映像資料を使った架空事例を用いたワーク」、「映像資料を使った架空事例を用いた講義」、「参加者が事例を持ち寄り、検討する研修会」を選択する者が多かった。

(7) 心理教育において参加者からの質問やコメント

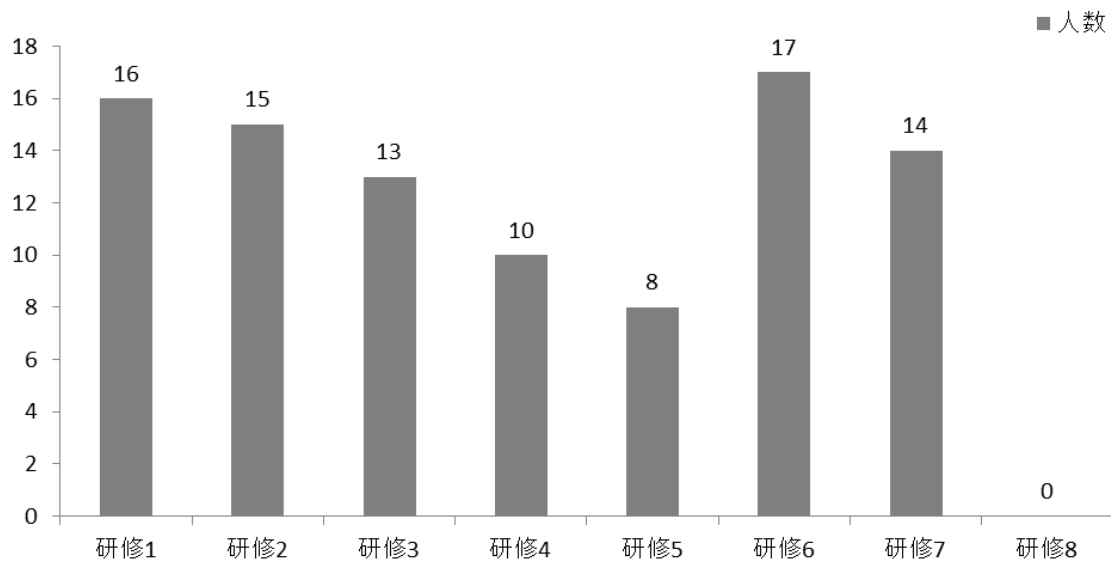
心理教育後に行う質疑応答の時間には、心理教育群では「パニック障害との違いについて知りたい」、「被虐待児本人が当時まだトラウマだとわかっていなかったが、成長して“あれはそうだったんだ!”と気づき、しんどくなることもあると思うが、子どもの時からできることはあるのか」といった質問があった。

WL 群では「虐待について、今現在の虐待はなかったとしても、過去の虐待に対して児童相談所は治療などしてくれないのか」、「交通事故で子どもが死んだ場合、次の子どもを作ることを回避した方が良いのか」、「以前地域であった水難事故について、行政機関でどう対応したら良かったか」などの質問やコメントが挙げられた。

表5-2 研修前後に有意差がみられた外傷後ストレスに対する認識

		平均値	<i>SD</i>	中央値	四分位範囲	<i>p</i> 値	効果量 <i>r</i>
項目5	Pre	2.16	0.75	3	(3-3.5)	.003	.60
	Post	3.56	0.58	4	(3-4)		
項目6	Pre	3.32	0.48	3	(3-4)	.008	.53
	Post	3.60	0.50	4	(3-4)		
項目8	Pre	2.64	0.70	3	(2-3)	.016	.48
	Post	2.20	0.71	2	(2-3)		
項目14	Pre	3.20	0.50	3	(3-3.5)	.004	.58
	Post	3.60	0.50	4	(3-4)		
項目18	Pre	3.28	0.54	3	(3-4)	.012	.50
	Post	3.68	0.48	4	(3-4)		
項目30	Pre	3.08	0.57	3	(3-3)	.020	.47
	Post	3.44	0.65	4	(3-4)		
項目38	Pre	3.00	0.76	3	(2-4)	.001	.66
	Post	3.56	0.51	4	(3-4)		

Note. *SD*=standard deviation



Note.

- 研修1：映像資料を使った架空事例を用いたワーク
- 研修2：映像資料を使った架空事例を用いた講義
- 研修3：レジュメ資料を使った架空事例を用いたワーク
- 研修4：レジュメ資料を使った架空事例を用いた講義
- 研修5：研修で学んだ内容を振り返ることができるアプリ
- 研修6：複数回のプログラム形式の研修
- 研修7：参加者が事例を持ち寄り，検討する研修会
- 研修8：その他

図5-7 今後の研修方式について

3. 考察

本研究の結果から、行政機関を対象とし、ウェイトニングリスト・コントロールによる予防的な心理教育の前後で対処効力感はおおむね有意に上昇していた。外傷後ストレスに対する認識において、有意差がみられた項目が誤解やスティグマを生みやすい項目なのではないかと示唆される。行政機関ではさまざまな相談に対応する必要があり、それぞれの事例に対して適切な対応が求められる。その中で、トラウマに関する相談の際に、退行や孤立感を感じている相談者や詳細は語ることはできないがづらい思いを相談に来る者などに対して、安易な言葉かけで二次的なストレスとならないよう配慮をしなければならぬ。行政機関の専門職であるため、相談者も対応に期待する面もあると思われ、相談者の訴えが、トラウマ体験後の心身の反応としては正常であることなど、簡易的な心理教育が行えることが望ましいと考えられる。さらに、項目 18 の認識の変化から、リラクゼーションといったどの支援職でも提供できそうな対処方法など、各々ができる対応を見つけ、支援を提供できるよう、展開していく必要があると思われる。

対処効力感の上昇は、心理教育を行うことで、トラウマの症状や経過を知り、普段特に意識をせず、何となく対応してしまっている対応について具体的に検討し、専門職としてのかかわり方に目が向き、支援の見通しを持つことができたり、同僚や上司、他の専門職、スクールカウンセラーなどと連携する必要性の認識につながったりしたためではないかと考えられる。

また今後の研修については、複数回のプログラム形式で行う研修を望む者が多く、ついで映像資料を使ったものや事例検討などがあげられた。認知行動療法プログラムやペアレントトレーニングのような複数回のプ

プログラム形式の研修を行うことによってより理解が深まることや、持ち寄った事例を検討したいということから、行政機関として日ごろから扱う事例も多く存在し、具体的な対応について検討したいという者が多くみられたと考えられる。

今後の課題として、本研究では調査対象者の業務上の都合からウェイトリングリスト・コントロールにおける群の人数を均一に設定することができなかった。今後の実施においては、さらに協力いただく人数を確保した上で、均一な群設定を行うことでより精緻な効果検討ができると考えられる。また次に、行政機関における母子保健や子育て支援の中では、直接的な支援を行う職員は女性が多い現状があるが、さまざまな地域や支援職において間接的に支援を行う者も含めた検討や男性も含めた検討を行う必要があると考えられる。

第3節 学校教育現場を対象とした実施【研究 4-2】

1. 方法

(1) 調査対象者

公立多部制高等学校の教員 37 名を対象とし、質問紙調査 (Pre) を実施した。そのうち、研修にも参加が可能であった 27 名 (平均年齢 38.89 ±13.10 歳, 男性 18 名, 女性 9 名) を対象とし、「トラウマの理解と対応」と称したトラウマについての心理教育を 60 分間実施した。およそ 2 週間後、質問紙調査 (Post) を行った。

研究代表者である著者がスクールカウンセラーとして勤務している高等学校において呼びかけを行い、参加者を募った。

(2) 調査時期

調査は2016年11月から2016年12月に実施された。

(3) 調査材料

1) フェイスシート

年齢、性別、職種、在職年数、トラウマに関する講義や研修の受講経験について回答を求めた。

2) トラウマ対応を行う場合の情報収集源

実際にトラウマに関する対応が必要となった場合、どのようなところから情報を得ようと思うかについて、「インターネット、専門書、学校等のマニュアル、同僚や上司・先輩、スクールカウンセラー、カウンセリング施設の大学、教育委員会、行政機関（保健師等）、トラウマを専門とする研究者、その他」からあてはまるものすべてを選択するよう回答を求めた。

3) トラウマ対応の困難経験の有無

自身や家族、友人、仕事で関わる子どもや保護者、大人に置けるトラウマについて実際の対応で困ったり、不安に思ったことはあるかについて回答を求めた。

4) トラウマ対応への対処効力感

トラウマ対応についてどのくらい適切に対処できると思うか、子どもに対する関わりと保護者を含めた大人に対する関わりのそれぞれについて0～6の7件法で回答を求めた。

5) 外傷後ストレスに対する認識尺度（第3章，表3-1参照）

第3章におい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。

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、40項目4件法（1：まったくそうでない～4：とてもそう）で構成されている。

6) 自身のトラウマ経験の有無

佐藤・坂野（2001）によって作成された外傷体験調査票を使用した。「今でも思い出すと苦痛をもたらし続ける出来事」の体験の有無を尋ね、トラウマを体験した者に限り、その出来事の内容と経過時間の記述を求めた。

7) PTSD 診断基準 A に関するチェックリスト（長江他，2004）

6) で回答がなされ出来事について、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。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、情動喚起を問う質問項目として、「その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れの内いずれかを感じましたか?」と尋ねた。回答は2件法で「はい、いいえ」で回答を求めた。

8) トラウマに対して適切な対処・対応を行うために、今後どのような研修を求めるか

今よりもさらに“自分自身がトラウマとなる出来事を体験した場合、もしくは家族や友人、仕事でかかわる子どもや大人がトラウマを体験した場合に適切に対処・対応ができそう”と思えるには、どのような研修があると良いと思うかについて「映像資料を使った架空事例を用いたワ

ーク」,「映像資料を使った架空事例を用いた講義」,「レジュメ資料を使った架空事例を用いたワーク」,「レジュメ資料を使った架空事例を用いた講義」,「研修で学んだ内容を振り返ることができるアプリ」,「複数回のプログラム形式の研修」,「参加者が事例を持ち寄り,検討する研修会」,「その他」からあてはまるものをすべてに回答を求めた。

(4) 倫理的配慮

事前に学校長および教頭に調査目的と方法,プライバシーの保護について伝え,承認を得た。

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益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。個人を特定できない形でマッチングをし,回収を行った。また,心理教育および調査後も継続して,臨床心理士がトラウマに関する相談等に対応することを伝えた。

心理教育に参加できなかった者に対しては心理教育の資料を配布し、質問などがあれば連絡をいただくように対応した。

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

統計解析には、IBM SPSS Statistics 21.0 を用いた。

2. 結果

(1) 対象者の基本属性

調査対象となった 27 名（平均年齢 38.89 ± 13.10 歳，男性 18 名，女性 9 名）のうち，何らかのトラウマ体験のある者は 11 名で，広義 4 名，狭義 7 名。平均勤続年数は心理教育群で 11.44 ± 12.96 年であった。職種は教諭 25 名，養護教諭 1 名，管理職 1 名であった（表 5-3）。

(2) 研修経験の有無

これまでにトラウマ（災害，事件，事故，ひどいいじめ，虐待などの出来事）に関する講義や研修を受けたことはあるかについて，受けたことがないと回答した者が 13 名，少しある（1～2 回）と回答した者が 11 名，かなりある（3～5 回）と回答した者が 3 名であった。非常にある，説明できるほどあると回答した者はいなかった。

(3) トラウマ対応を行う場合の情報収集源

Pre および Post において，情報収集源について回答を求めた。結果を図 5-8 に示す。Pre では「同僚や上司，先輩」や「スクールカウンセラー」

表5-3 対象者の基本属性

性別	男性	18
	女性	9
平均年齢 (<i>SD</i>)		38.89 (13.10)
平均勤続年数 (<i>SD</i>)		11.44 (12.96)
何らかのトラウマ体験者		広義4, 狭義7

Note. *SD* =standard deviation

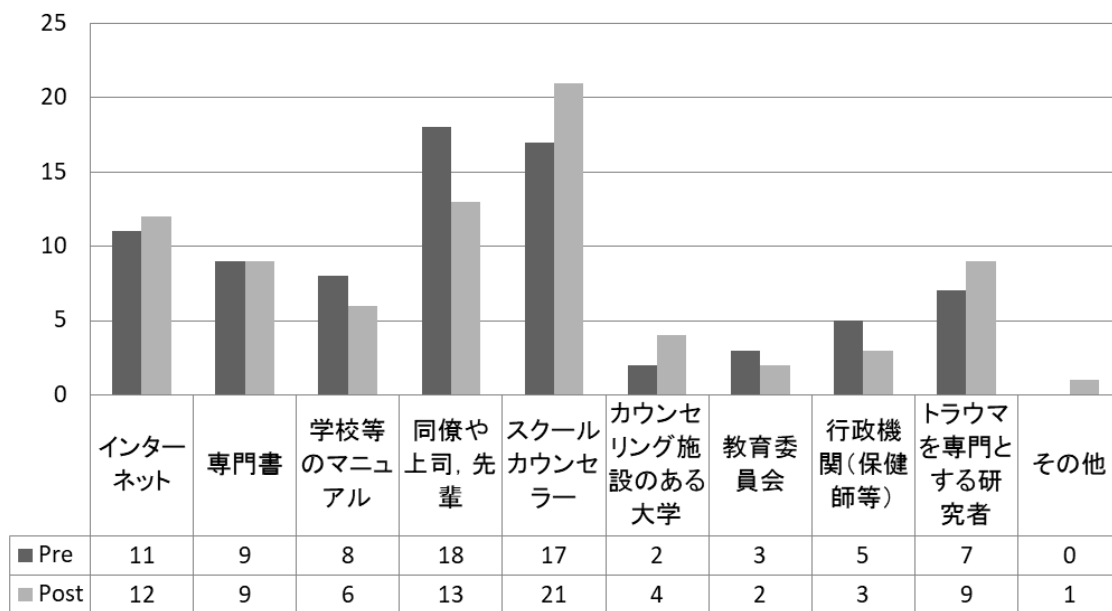


図 5-8 ト라우マ対応を行う場合の情報収集源

を選択する者が多く、Postでも同様の傾向がみられた。その他を選択した者の自由記述には「研修会の資料」と記入している者がいた。

(4) 対処効力感の変化

研修前後における対処効力感の変化を検討するため、*Wilcoxon* の符号付順位検定を行った。結果、子どもに対する対処効力感は Pre において 1.89 ± 1.05 から Post は 2.70 ± 0.82 となり、効果量は大きく、有意に上昇していた。また、大人に対する対処効力感は Pre において 1.67 ± 1.04 から Post は 2.67 ± 0.83 となり、効果量は大きく、有意に上昇していた（表 5-4）。

(5) 外傷後ストレスに対する認識の変化

研修前後における外傷後ストレスに対する認識の変化を検討するため、*Wilcoxon* の符号付順位検定を行った。結果、項目 7, 8, 17, 23 の 4 項目で有意差がみられた（表 5-5）。項目 7「トラウマとなった出来事を思い出せなくなることがある」は、Pre において 2.15 ± 0.95 から Post は 2.81 ± 1.04 となり、効果量は大きく、有意に上昇していた。項目 8「トラウマを体験した後は、なるべく早く人に、体験した内容をすべて話した方が良い」は、Pre において 2.63 ± 0.80 から Post は 2.15 ± 0.60 となり、効果量は中程度で、有意に減少していた。項目 17「突然家族を亡くすという体験をした後、悲しいはずなのに涙がでなかつたりすることがある」は、Pre において 2.93 ± 0.92 から Post は 3.22 ± 0.89 となり、効果量は中程度で、有意に上昇していた。項目 23「トラウマを体験した後に怖い夢を見ることは、回復していくために必要な段階である」は、Pre において 2.15 ± 0.60 から Post は 2.48 ± 0.70 となり、効果量は中程度で、有意に

表5-4 研修前後における対処効力感の比較

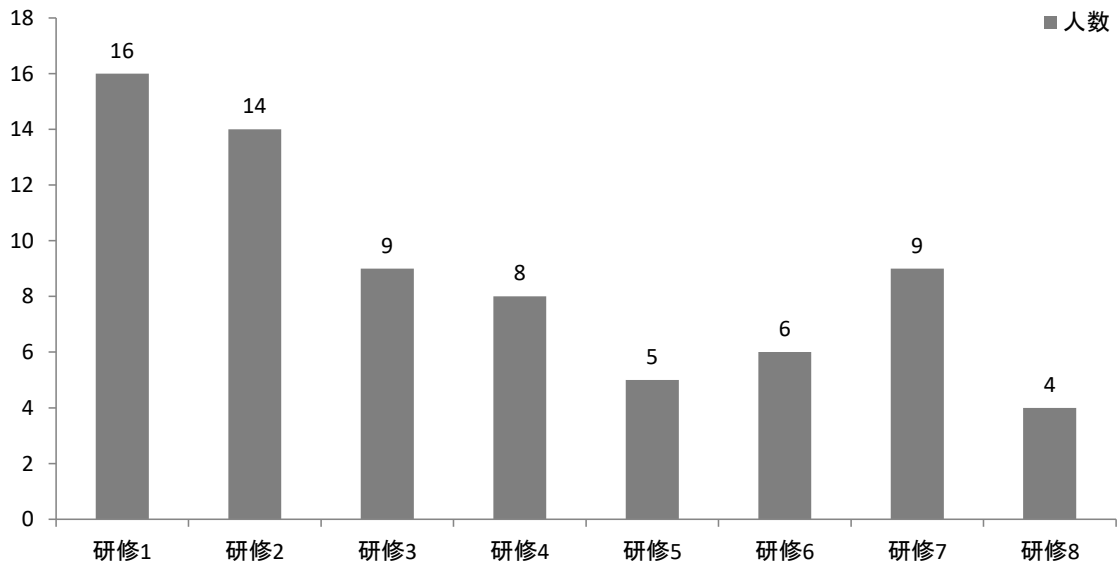
		平均値	SD	中央値	四分位範囲	p 値	効果量 <i>r</i>
対 子ども	Pre	1.89	1.05	2	(1-3)	.004	.55
	Post	2.70	0.82	3	(2-3)		
対 大人	Pre	1.67	1.04	3	(2-3)	.000	.67
	Post	2.67	0.83	3	(2-3)		

Note. SD=standard deviation

表5-5 研修前後に有意差がみられた外傷後ストレスに対する認識

		平均値	SD	中央値	四分位範囲	p 値	効果量 <i>r</i>
項目7	Pre	2.15	0.95	2	(1-3)	.001	.65
	Post	2.81	1.04	3	(2-4)		
項目8	Pre	2.63	0.80	3	(2-3)	.005	.55
	Post	2.15	0.72	2	(2-3)		
項目17	Pre	2.93	0.92	3	(2-4)	.046	.39
	Post	3.22	0.89	3	(3-4)		
項目23	Pre	2.15	0.60	2	(2-3)	.013	.48
	Post	2.48	0.70	2	(2-3)		

Note. SD=standard deviation



Note.

- 研修1：映像資料を使った架空事例を用いたワーク
- 研修2：映像資料を使った架空事例を用いた講義
- 研修3：レジュメ資料を使った架空事例を用いたワーク
- 研修4：レジュメ資料を使った架空事例を用いた講義
- 研修5：研修で学んだ内容を振り返ることができるアプリ
- 研修6：複数回のプログラム形式の研修
- 研修7：参加者が事例を持ち寄り，検討する研修会
- 研修8：その他

図5-9 今後の研修方式について

上昇していた。

(6) 今後の研修方式について

今よりもさらに“自分自身がトラウマとなる出来事を体験した場合、もしくは家族や友人、仕事でかかわる子どもや大人がトラウマを体験した場合に適切に対処・対応ができそう”と思えるには、どのような研修があると良いと思うかについて、複数回答にて得られた結果を図 5-9 に示す。「映像資料を使った架空事例を用いたワーク」や「映像資料を使った架空事例を用いた講義」を選ぶものが多かった。

(7) 心理教育において参加者からの質問やコメント

心理教育後に行う質疑応答の時間には、「対応するときにはこういう資料が各学校必要だと感じた。学校には個別ケースなど対応に関するマニュアルはない」といった意見が出ていた。

3. 考察

本研究の結果から、学校教育現場を対象とした予防的な心理教育の前後で対処効力感は有意に上昇していた。外傷後ストレスに対する認識において、有意差がみられた項目が誤解を生みやすい項目なのではないかと示唆される。項目 7 については、「なぜ大事なことなのに覚えていないのか」、項目 17 では「なぜ大変なことがあったのに泣かないのか」などと責めてしまったり、項目 8 については学校教育現場で教員は生徒指導上、聴取のように話を聞いてしまうことも多いとされ、項目 23 のように回復の過程だと知らずに忘れるよう促したりなど、不適切な対応になっている項目である可能性がある。

心理教育を行うことで、普段教師が生徒から話を聞いてもうまく対応できていない点などに気付きが生まれ、自己効力感の上昇にもつながったのではないかと、と思われる。

また今後の研修については、適切な対応につながるように映像資料やロールプレイなど行動的な介入を行うことでさらに効力感が上がる可能性が示唆される。

第4節 本章のまとめ

本研究は、トラウマを体験した人のサポート源となり得る支援職を対象に、トラウマに関するメンタルヘルスリテラシー向上を目的とした心理教育を実践し、対処効力感に対する効果を検討することを目的とし、研究4-1、研究4-2を実施した。

結果から、行政機関の支援職、学校教育現場の支援職、どちらにおいても研修前後で対処効力感に有意差がみられた。また、それぞれの支援職において研修の前後で外傷後ストレスに対する認識の変化がみられた項目があった。有意差がみられた項目は外傷後ストレスに対する認識において、スティグマが存在していたり、誤解を生みやすい項目であり、不適切な対応につながってしまう可能性がある内容なのではないかと示唆される。しかし、スティグマに関しては年齢的な文化的背景の存在も示唆される。教育背景や文化的背景によって年齢や勤続年数による差がある可能性も考えられる。本研究においてはサンプル数が少ないため検討を行えなかったが、今後さらに検討を行うことでスティグマや誤解がより明らかになるとと思われる。また行政機関と教育現場では有意差がみられた項目が違ったが、これは専門職の特性や現場によって形成された

認識がある可能性も考えられる。これらの結果から、予防的心理教育を行うことにより、外傷後ストレスへの認識の仕方に変化がみられたり、それにより対処効力感の向上が期待できると考えられる。

また、研修終了後から約半年以内に行政機関で3件、高等学校で2件の合計5件のトラウマ事例について、対応に関する相談があった。1つが「幼少期に同級生から性被害を受け、本人はよくわかっていないが加害の児童を含めて思春期になり、トラウマ症状のようなものが出ている。これまでその話題については腫物のように扱っており、タブーのようにしてしまっていたが、今後どのように対応したら良いのか」という相談で、スクールカウンセラーや医療機関などの相談先を提示した。2つ目が「幼少期から発達障害の同級生による暴力被害があり、精神科でPTSDと診断を受け、治療中だが病院から一切インフォームドコンセントがなく、どう対応したらいいかわからないという保護者が保健師と家庭児童相談員に相談に来た。行政機関として対応できることについて連携したい」という相談であった。保健師と家庭児童相談員が市において臨床心理士と相談ができるサービスにつなぎ、臨床心理士より本人と保護者にトラウマに関する心理教育を行った上で、対応している各課と相談し、児童思春期を専門とした精神科へのセカンドオピニオンの提案をし、適切な対応が行える医療へつなぐよう対応を行った。3つ目に「被虐待歴のある女性が、自分が母になること、子育てに対して不安があることを保健師に相談に来た。言葉かけの仕方や今後のフォローの仕方などを相談したい。」という相談であった。保健師に対して、傾聴や共感についての具体的な対応方法のほか、本人が今後も困った時や不安を感じた時に相談しながら子育てしていくことができるということを伝えることの大切さをお話しし、妊娠期間中の相談方法や出産後の今後の健診の流れ、

どのような場に相談できる保健師や相談員，臨床心理士がいるか，という情報を本人に伝えるよう，対応を行った。

高等学校からは「虐待やいじめ被害の生徒に対する対応の仕方についてのコンサルテーション」の依頼や「両親が自殺している生徒への対応方法についてのコンサルテーション」の依頼があった。どちらのケースも生徒をスクールカウンセラーにつなぐための対応方法や校内での対応の仕方についてコンサルテーションを行った。このほか，トラウマに関連するケースに限らず，スクールカウンセラーと教員のコンサルテーションが増加している。

5件の相談のうち4件がトラウマ体験をした本人などではなく，相談を受けた保健師や相談員，教員からの相談であり，一つの事例に対してチームとして連携することの重要性が示唆された。また，心理教育を実施したことで，その後の支援につながる相談があったことは，今後，それぞれの現場の臨床心理士などの専門家が知識や対応について心理教育を実施することが有益である可能性がある。しかし，本研究では心理教育を実施した臨床心理士が調査対象者の各現場において継続して相談を受けることができる体制であったため，相談がしやすかった可能性もあり，実施方法などは今後も検討が必要だと考えられる。

また，トラウマ対応を行う場合の情報収集源として，行政機関では時期1で「同僚や上司，先輩」に次いで「インターネット」があげられており，時期4ではそれに加え，「行政機関」「トラウマを専門とする研究者」の選択が増えていた。行政機関内にはさまざまな支援職がいるにも関わらず同僚などから情報を収集する以外にインターネットを利用するという傾向は支援において，より専門性の高い知識を得ようとしているのではないだろうか。一方，学校教育現場では，Pre, Postともに「同僚

や上司、先輩」,「スクールカウンセラー」の選択が多く、学校内の資源を活用しようとする傾向がみられていた。これは実際に保護者や児童生徒に対応する際の具体的な方策を得ようとしていると考えられる。行政機関と学校教育現場とでは、対応を行う場合に求めている情報の違いがあるのではないかと考えられる。同様の傾向が今後の研修方式についてもみられており、行政機関と学校教育現場とでは望む方式が違っていた。行政機関でもっとも選択が多かった複数回のプログラム形式の研修は、支援職自身が計画することや参加することもある方式であるため、馴染みのある方式であると考えられる。さらに、日々の支援業務においてトラウマ関連の支援が存在するため、より具体的に知識と内容が結びついた研修を望んでいる可能性が示唆される。一方、学校教育現場は映像資料を使った架空事例を用いたワークや講義を選択しており、具体的な対応方法を知ることのできる形式を望んでいると考えられる。しかし、学校教育現場では具体的な内容を望んでいたとしても、複数回のプログラムに参加すること自体が時間的制約によって難しい可能性が考えられる。今後の予防的心理教育の展開を考える上で、それぞれの臨床現場に合わせ、無理なく参加できる方式を柔軟に検討していく必要があると考えられる。

また、各現場の多職種が一緒に心理教育を受けることにより、それぞれの専門性の理解を促し、多職種連携に繋げられるのではないかと期待できる。

第6章 総合考察

第1節 本研究で得られた結果と臨床的示唆

本研究は、トラウマ体験における症状認知と対処行動に関する検討を行うことを目的とし、第1章に挙げたトラウマに関する研究動向と課題を基に研究1から研究4-2を実施した。

1. トラウマの致死性の有無

本研究では、すべての研究においてトラウマの致死性の有無に配慮した調査を行った。DSM-IV-TRやDSM-5の診断基準Aの致死性の有無にはこれまでさまざまな議論があり、Shapiro & Forrest (1997)の、その出来事が致死性を有しているかどうかではなく、PTSRをもたらす出来事こそがトラウマであるという指摘や金 (2001)の、主観的な苦痛があればどのような出来事もトラウマになり得ると考えられるとの指摘からも、致死性の有無を問わず、トラウマ体験について捉えるべきだと思われた。

本研究の結果からも、広義のトラウマ、狭義のトラウマを問わず、PTSRが強く生じることが明らかとなり、体験の違いというよりも認知的な要因である不安感受性の影響や、抑うつ症状、身体症状との関連が示唆された。また、対処行動についてもトラウマ体験の致死性の有無による差はほとんどなく、むしろ体験のない者と何らかのトラウマ体験がある者との間で差がみられたことから、トラウマにおける症状や反応について広く捉える際には、致死性の有無については優先事項ではない可能性が考えられる。

2. 外傷後ストレスに対する認識

Wang et al. (2005) は PTSD 患者のうち、発症から一年以内に受診や相談を行う者が 7.1%に過ぎず、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ることや、トラウマ症状の多くは、表面に現れる現象のみではトラウマ体験による反応であることが、本人や周りにもわかりにくいことが多いことが指摘されている（藤森・青木，2016）。症状について本人がトラウマ体験との関連性を自覚していない場合や自覚していてもあえてトラウマ体験について語らない場合は、治療者や支援者も、これらの症状がトラウマ反応であると気付けないことが多いことから、外傷後ストレスに対してどのような認識を持っているかについて検討を行った。作成した外傷後ストレスに対する認識尺度を用い、体験の有無や外傷後ストレス症状の程度による検討を行った結果、何らかのトラウマ体験者とトラウマ体験がない者とで差異がみられる項目があり、外傷後ストレスに関する認識はもともとの知識だけではなく、自身が何かしらのトラウマを体験した上で生じた経験に基づいて症状や対処方法を一般化しているのではないかと考えられた。しかし、トラウマに関する認識を高めるためには、トラウマを体験すれば良いというわけではない。何らかのトラウマを体験している者は症状や対処を一部理解しており、適切な認識であることも多いが、自分自身の経験に基づいた不適切な理解をしている可能性も示唆された。さらに、外傷後ストレス症状を強く示す者にみられた健忘や身体症状、周囲の対応に関する項目などは、症状の重篤度や長期化に寄与する可能性の一つとして、個人が持つ外傷後ストレス症状や対処行動に対する全般的な認識による影響の可能性も示唆された。

3. ト라우マ体験者が行った対処行動

Dussich (2001) は、日本人は性被害について非常に偏見を帯びた体験ととらえており、通報や相談、報告をしないことを指摘している。

Kawakami et al. (2014) における報告においても、自然災害など集団単位で経験するものではなく、性被害など個人単位で経験するトラウマ体験については過少報告されている可能性が考えられ、これは、詳細な情報を求めない「個人的な出来事」による PTSD の有病率が高いことから、トラウマをめぐるスティグマや認識の仕方について文化的な配慮が求められていると示唆される。トラウマを体験した当事者や周囲のサポート源になる者が症状とトラウマ体験との関連性を認識していなかったり、適切な対処行動を知らなければ、有効な心理的アプローチにつながることも自体が難しいといえる。このことから本邦でトラウマ体験者の対処行動の現状を検討することは重要であると考えられるため、トラウマ体験者が実際に行った対処行動について調査を行った。その結果、対処行動は多種多様に行われているが、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た。教員に相談しても説明なくカウンセリングに繋がったり、医療機関を受診しても症状や治療の経過がわからずに不安になるなどの回答がみられた。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。トラウマ体験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

るといふ流れが起こっているのではないかと考えられる。これまで指摘されている本邦におけるスティグマは当事者とサポート側がうまくマッチしていない経験の積み重ねなどから作り出されていることも示唆される。このように本邦におけるトラウマ体験者の対処行動について探索的に検証したことは大変意義があることと考える。

4. 支援者に対する予防的心理教育

外傷的出来事を経験した後に、トラウマ体験者が家族や友人、専門家や行政機関からサポートが得られると症状が緩和される可能性が指摘されており、PTSDの症状改善や心理的ストレス反応の消去を考える際には、ソーシャルサポートシステムの確立が必要であることが指摘されている（坂野他，1996）。しかし前述したとおり、トラウマ体験者が支援を求めても周囲が適切なサポートを支援できていない可能性も示唆されている。

よって、行政機関と学校教育現場の支援職に対し、メンタルヘルスリテラシー向上を目的とした予防的心理教育を実施した。結果、予防的心理教育を実施することで、トラウマ事例に対する対処効力感が向上し、外傷後ストレスに対する認識にも一部で変化がみられた。予防的心理教育を行うことで、普段自分自身がうまく対応できていない点などに気が生まれ、専門職としてのかかわり方に目が向き、支援の見通しを持つことができたり、同僚や上司、他職種などと連携する必要性の認識につながることができ、自己効力感の上昇にもつながったのではないかと考えられる。

また、研修の前後で外傷後ストレスに対する認識の変化がみられた項目は、本邦におけるスティグマや誤解につながる可能性があり、このよ

うな認識のもと対応を行うと、トラウマ体験者にとっては不適切な対応になり、二次的なストレスにつながりかねない。予防的心理教育を行うことで認識の変化や対処効力感の向上が見られたことは大変臨床的に意義のある結果だと考えられる。また、支援者支援として二次受傷やバーンアウトを防ぐ要因の一つとして効果的である可能性が示唆される。

第2節 今後の課題と展望

本研究は本邦におけるトラウマ体験者の対処行動を明らかにし、支援者に対する予防的心理教育を効果的に実践することができたという点から、トラウマ症状の長期化や重症化を予防する取り組みにつながる大変意義深い示唆が得られたと考えられる。しかし、いくつかの課題もあげられる。

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からである。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

をしても良くなるまい」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。また、何らかの症状を持ちながらも生活をしている場合には、治療には結びついていなくても、生活の中で行うことができる対処行動をしていると考えられる。その際に活用する一つとしてソーシャルサポートが挙げられるが、ソーシャルサポート自体が傷ついてしまうきっかけになることもあることが本研究の結果からも明らかとなった。よって、効果期待に基づき、主観的な効果が得られるようなソーシャルサポートによる援助を行なっていく必要があると思われる。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、その対処を行な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。

次に、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ったかについて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。医療機関等への受診に至らない者が多い中で、受診を行った者への検討を行うことにより、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、量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。

また、本研究における予防的心理教育は対処効力感の向上や外傷後ストレスに対する認識の変化がみられたことから意義のある示唆が得られたといえる。しかし、支援者が現在行っている支援がトラウマ体験者のニーズにマッチしているかは検討されていない。たとえば広義と狭義のトラウマの扱いについてである。先行研究が支持するとおり、本研究でもトラウマ体験の違いによる症状の差異などはほとんどみられなかった。しかし、実際の対処方法について支援者が提供する情報については、広義と狭義とで求められる支援ニーズは違う可能性がある。そのような点についても考慮ができるよう、今後は、インタビューなどを行い、現在実施している適切な支援についても検討をすることで、専門職としての支援者が自分に何ができて、どのようなことを他職種と連携すべきなのか、という多職種連携の視点をもった予防的心理教育の展開ができるのではないかと考えられる。

さらに、今後本研究の成果をもとに予防的心理教育を展開していく上で、尺度の整備が求められる。本研究で作成した外傷後ストレスに対する認識尺度は合計点や因子による検討を想定した尺度ではなく、尺度自体を使用しながら心理教育を行うことを前提とした知識などを問う尺度である。しかし、今後予防的心理教育をさらに展開していく上では、より使いやすく、信頼性、妥当性をもった尺度の作成が必要であると言える。そのため、さらにデータを増やし、因子構造や尺度の解析を進めて

いくことが急務であると考えられる。

以上のような課題が挙げられるが、これらの点の改善を進め、今後はさらに予防的心理教育に関する知見が蓄積されることが望まれる。

引用文献

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th edition)*, Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition text revision)*. Washington: American Psychiatric Press.

(アメリカ精神医学会 高橋 三郎・大野 裕・染谷 俊幸(監訳)(2003).
DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*, Washington: American Psychiatric Press.

(アメリカ精神医学会 高橋 三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-5
精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院)

Asmundson, G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian journal of psychiatry*, 47, 930-937.

飛鳥井 望 (2011). PTSD のうつ状態 治療, 93(12), 2407-2410.

飛鳥井 望・西園 マーハ 文 (1998). 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.

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 of different traumatic events. *Journal of Nervous & Mental*

Disease, 190, 175-182.

Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Stewart, S., & Comeau, N. (2007). Taxometric and factor analytic models of anxiety sensitivity among youth: Exploring the latent structure of anxiety psychopathology vulnerability. *Behavior Therapy, 38, 269–283.*

Coen, J. A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents.* New York: Guilford.

(コーエン, J. A.・マナリノ, A.P.・デブリンジャー, E. 白川 美也子・菱川 愛・富永 良喜 (監訳) (2014). 子どものトラウマと悲嘆の治療—トラウマ・フォーカスト認知行動療法マニュアル— 金剛出版)

Dussich, P. J., (2001). Decisions not to report sexual assault: A comparative study among women living in Japan who are Japanese, Korean, Chinese, and English-speaking. *International Journal of Offender Therapy Comparative Criminology, 45(3), 278-301.*

Fedoroff, I.C, Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Koch, W.J. (2000). Cognitive factors in traumatic stress reactions : Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28, 5-15.*

藤森 和美・青木 紀久代 (2016). これからの対人援助を考える 暮らしの中の心理臨床 ③トラウマ 福村出版.

Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Ballio, J. M., & Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders, 19, 687-698.*

Hensley, L., & Varela, R. E., (2008). PTSD symptoms and somatic complains

following Hurricane Katrina: The roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 542-552.

廣幡 小百合・小西 聖子・白川 美也子・浅川 千秋・森田 展彰・中谷 陽二 (2002). 性暴力被害者における外傷後ストレス障害：抑うつ、身体症状との関連で *精神神経学雑誌*, 104(6), 529-550.

International Society for Traumatic Stress Studies (2018). PTSD prevention and treatment guidelines methodology and recommendations. Retrieved from <https://www.istss.org/treatingtrauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx> (January 1, 2019).

伊藤 大輔・鈴木 伸一 (2009). 非致死性トラウマ体験後の認知尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 *行動療法研究*, 35, 155-166.

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 (2015). 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), 19-29.

Jakupcak, M., Osborne, T., Michael, S., Cook, J., Albrizio, P., & McFall, M. (2006). Anxiety sensitivity and depression: Mechanisms for understanding somatic complaints in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 471-479.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.

Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C., Kessler, R. C., & The World Mental Health Survey Japan. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan

- Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 157-165.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kilic, E. Z., Kilic, C., & Yilmaz, S. (2008). Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 81-86.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM - IV and DSM - 5 criteria. *Journal of Traumatic stress*, 26 (5), 537-547.
- 金 吉晴 (2001). 心的トラウマの理解とケア じほう.
- 小嶋 雅代・古川 壽亮 (2003). 日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票手引き 日本文化科学社.
- 工藤 拓・山本 薫・松本 裕治 (2004). 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, 89-96.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- (ラザルス, R.S.・フォルクマン, S. 本明 寛, 春木 豊, 織田 正美 (監訳) (1991). ストレスの心理学 実務教育出版)
- 前田 正治・金 吉晴 (編著) (2012). PTSD の伝え方—トラウマ臨床と心理教育— 誠信書房
- March, J.S. (1993). What constitutes a stressor? The 'A' criterion issue. In R.T. Davidson, and E.B. Foa, (Eds.), *Posttraumatic stress disorder and beyond*, Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 37-56.

- 松村 真宏・三浦 麻子 (2014). ExcelTTM β version, <http://mtmr.jp/excelttm/> (December 30, 2018) .
- MeCab (2013). Yet Another Part-of-Speech and Morphological Analyzer (Ver.0.996), <http://mecab.googlecode.com/svn/trunk/mecab/doc/index.html> (December 30, 2018) .
- Mol, S. L., Arntz, A., Metzmakers, J. F. M., Dinant, G. J., Vilters-Van Montfort, P. A. P., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- 村中 泰子・坂野 雄二 (2001) 不安感受性尺度(ASI)日本語版作成の試み早稲田大学大学院人間科学研究科修士論文 (未公刊).
- 長江 信和・増田 智美・山田 幸恵・金築 優・根建 金男・金 吉晴 (2004). 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, 113-124.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Ed. (アメリカ国立 PTSD センター 兵庫県こころのケアセンター訳 (2009). 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 Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (January 1, 2019).
- Norris, F. N., Friedman, M. J., Watosom, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. & Kaniasty, K. (2002). 60,000 Disaster Victims Speak: Part 1. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. T. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.

大澤 香織・加茂 登志子・坂野 雄二 (2007). 慢性 PTSD 患者と大学生における外傷体験想起時に対する認知的評価と対処方略, および外傷性ストレス反応の比較 日本行動療法学会第 33 回大会論文集, 298-299.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D.M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.

Reiss, S. (1991). Expectancy theory of fear, anxiety, and pain. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.

坂野 雄二・嶋田 洋徳・辻内 琢也・伊藤 克人・赤林 朗・吉内 一浩・野村 忍・久保木 富房・末松 弘行 (1996). 阪神・淡路大震災における心身医学的諸問題(I): PTSD の諸症状と心理的ストレス反応を中心として 心身医学, 36 (8), 649-656.

佐藤 健二 (2005). トラウマティックストレスと自己開示 ストレス科学, 19, 189-198.

佐藤 健二・坂野 雄二 (2001). 外傷体験の開示と外傷体験による苦痛の変化および身体徴候の関連 カウンセリング研究, 34, 1-8.

Seedat, S., Lochner, C., Vythilingum, B., & Stein, D. J. (2006). Disability and quality of life in post-traumatic stress disorder: impact of drug treatment, *Pharmacoeconomics*, 24, 989-998.

Selye, H. (1956). *The stress of life*, New York: McGraw-Hill Book.

(セリエ, H. 杉 靖三郎・藤井 尚治・田多井 吉之介・竹宮 隆 (訳))

(1974). 現代生活とストレス 法政大学出版局)

Shapiro, F. & Forrest, M. S. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York: Basic Books.

(シャピロ, F. & フォレスト, M. S. 市井 雅哉 (監訳) (2006)
トラウマからの解放: EMDR 二瓶社)

嶋田 洋徳 (1993). 児童の心理的ストレスとそのコーピング過程-知覚されたソーシャルサポートとストレス反応の関連. ヒューマンサイエンスリサーチ, 2, 27-44.

清水 裕士・村山 綾・大坊 郁夫 (2006). 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), 1-6.

白川 美也子 (2016). 赤ずきんとオオカミのトラウマケア 自分を愛する力を取り戻す〔心理教育〕の本. アスク・ヒューマン・ケア.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *Trauma-informed approach and trauma-specific interventions*. <https://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions> (December 30, 2018).

杉村 省吾・冨永 良喜・高橋 哲・本多 修 (2009). ト라우マと PTSD の心理援助: 心の傷に寄りそって 金剛出版.

瀧井 美緒 (2014). 資料 35 ト라우マティックストレスとは. 冨永良喜 (編) 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, 116-120.

瀧井 美緒 (2015). 災害とこころのケア 冨永良喜 (編) ストレスマネジメント理論によるこころのサポート授業ツール集, あいり出版, 55-62.

瀧井 美緒・上田 純平・冨永 良喜 (2013). ト라우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），10-19.

瀧井 美緒（2014）. ト라우マティックストレスとは（富永良喜編著 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，116-120.

Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 533-542.

富永 良喜・高橋 哲・吉田 隆三・住本 克彦・加治川 伸夫（2002）. 子ども版災害後ストレス反応尺度（PTSSC15）の作成と妥当性：児童養護施設入所児童といじめ被害生徒を対象に 発達心理臨床研究，8. 29-36.

Van Dam, N. T., Earleywine, M., & Forsyth, J. P. (2009). Gender bias in the sixteen-item Anxiety Sensitivity Index: An application of polytomous differential item functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 256-259.

Van Der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.

（ヴァン・デア・コルク，B. A.・マクファーレン，A. C.・ウェイゼス，L. 西澤 哲（監訳）（2001）. ト라우マティックストレス—PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて— 誠信書房）

Wang P. S., Berglund P. A., Mark O., Pincus H. A., Wells K. B., & Kessler R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication, *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.

Weems, C. F., Watts, S. E., Marsee, M. A., Taylor, L. K., Costa, N. M., Cannon,

M. F., Carrion, V. G., & Pina, A. A. (2007). The psychosocial impact of Hurricane Katrina: Contextual differences in psychological symptoms, social support, and discrimination. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2295-2306.

Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised (ed.). In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, pp.399-411.

謝 辞

本論文を作成するにあたり、多くの方々からのご指導、ご協力をいただきました。この場をお借りして心より感謝申し上げます。

主指導教員である兵庫教育大学教授 市井雅哉先生には、博士課程入学から副指導教員としてサポートいただいていたことに加え、博士課程の途中から主指導教員をお引き受けいただき、本当にありがとうございました。北海道医療大学学部3年生の頃に“トラウマに関する研究がしたい”という思いと学会での偶然が重なり、兵庫教育大学を知り、当時の指導教員である坂野雄二先生から“兵庫教育大学にはトラウマに関する研究をしている人がたくさんいる。やりたいことをしっかりとやってきなさい。”と言われ、その中で市井先生の存在を知りました。修士課程の頃から学内の講義や事例検討、研究だけでなく学外での研修や学会などでもいつも気にかけていただき、ご指導、ご助言をいただき、大変感謝しております。

修士課程から約8年にわたってご指導いただきました、兵庫県立大学教授 富永良喜先生には、研究と臨床の面白さを改めて教えていただきました。平成19年11月に沖縄で開催されたカウンセリング学会で初めて富永先生にお会いしてから、すでに10年以上が経ってしまいましたが、あの時に感じた先生の臨床や研究に対する熱は今も全く変わらないように思います。先生には、研究は机上の空論ではなく、臨床現場でどのように役立てるのかという視点を熱心にご指導いただきました。博士課程入学と同時に就職をし、仕事と学業の両立がうまくいかなくなることも多かった私に、時に優しく、時に厳しいコメントをいただいたこともありましたが、常に学生のことを考え、あたたかく支えてくださる富永先生の下で学ぶことができたことを大変光栄に思います。

また、副指導教員を務めてくださいました上越教育大学教授 五十嵐透子先生には、上越教育大学で受講した学校精神保健学特別研究の講義から、

学会等でお会いするたびにいつもお声かけいただき、とてもあたたかいご指導、ご助言をいただきました。さらに兵庫教育大学教授 岩井圭司先生には、修士課程の頃から研究の方向性などについて、いつもの的確なご指導をいただきました。心より御礼申し上げます。

そして、北海道医療大学教授 坂野雄二先生、坂野研究室の先輩、後輩、同期の皆さまには、いつも研究や臨床の相談に乗っていただき、さまざまなアドバイスや叱咤激励に感謝しております。学部で研究室を離れているにも関わらず、変わらずに多くの刺激をもらい切磋琢磨し合える関係はこれからもずっと大切にしていきたいと思っています。

学部時代からの同級生で共同研究者でもある兵庫教育大学大学院 上田純平先生には、臨床や研究だけでなく、仕事と学業の両立につらくなっている時など、ふと背中を押してくれ、さまざまな場面で助けていただきました。意見がぶつかることも多々ありますが、お互いが研究や臨床に真剣に取り組んでいるからこそだと思います。本当に感謝しています。

また、新潟こころのケアセンターのスタッフの皆さま、西脇市の皆さま、キャンパスカウンセラーをさせていただいている各高等学校の皆さまにも感謝しております。博士課程に在籍しながら仕事をさせていただくことを理解し、応援してくださり、本当にありがとうございました。

最後に、責めず焦らずいつも見守り、応援してくれた父と母に心より感謝申し上げます。

2019年1月9日

瀧井美緒

付録目録

- ・ 研究 1 で使用した質問紙
- ・ 研究 2 および研究 3 で使用した質問紙
- ・ 研究 4 で使用した質問紙
- ・ 研究 4 で実施した予防的心理教育の資料

注 1：本研究では BDI-II 日本語版，出来事チェックリスト，IES-R 日本語版も使用しているが，版權の関係上付録には添付していない。

注 2：研究実施時にリーフレットを配布しているが，版權の関係上付録には添付していない。

- ・ Beck Depression Inventory- II 日本語版

引用文献：小嶋雅代・古川壽亮（2003）. 日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票手引き 日本文化科学社.

- ・ 出来事チェックリスト

引用文献：飛鳥井望・西園マーハ文（1998）. 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
金吉晴（2001）. 心的トラウマの理解とケア じほう

- ・ 改訂版出来事インパクト尺度（IES-R）日本語版

引用文献：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 of different traumatic events. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190, 175-182.

- ・ リーフレット

引用文献：瀧井美緒（2014）. トラウマティックストレスとは（富永良喜編著 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，116-120.

不快な出来事後の反応と 対処方法についてのアンケート

このたびは、調査にご協力いただき、誠にありがとうございます。

現在、富永研究室ではストレスとトラウマに関する研究を行っています。この調査の目的は、不快な出来事に対する効果的な行動や考え方について明らかにするためです。

なお、本調査への回答は、決して強制されるものではありません。

もし、回答中に気分が悪くなったり、体調不良が現れた場合には、すぐに回答を中止してください。また回答後でも、気分が悪くなったり、体調不良が現れた場合には遠慮なくおっしゃってください。(担当に直接、ないしメールいずれでもかまいません)

また、本調査へ協力しなかったことによって皆様に何らかの不利益が生じることは一切ございません。

この調査でお答え頂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・学会発表等)以外で使用されることは一切ありませんので、安心してご回答ください。

以上のことをご理解の上、次のページからの質問内容をよくお読みになり、あなたの普段思っていることについて正直にお答えください。正しい回答や間違った回答というものはありませんので、気軽にお答えください。

ご協力よろしくお願い致します。

質問にお答えいただく前に、以下をご記入ください。

記入年月日： _____年____月____日

性 別： 男 ・ 女

年 齢： _____歳

研究実施責任者： 瀧 井 美 緒

●この1週間のあなたの状態にもっともよくあてはまると思われる欄に○印をつけてください。

		全くない	少し	中くらい	かなり	非常に
1	からだがだるい・・・・・・・・・・	0	1	2	3	4
2	からだが疲れやすい・・・・・・・・	0	1	2	3	4
3	風邪をひきやすい・・・・・・・・	0	1	2	3	4
4	微熱が出るようになった・・・・・・・・	0	1	2	3	4
5	大量に汗をかく・・・・・・・・	0	1	2	3	4
6	息が苦しい・・・・・・・・	0	1	2	3	4
7	胸がしめつけられる感じがする・・	0	1	2	3	4
8	突然、心臓がドキドキする・・	0	1	2	3	4
9	吐き気がする・・・・・・・・	0	1	2	3	4
10	胃が痛い・・・・・・・・	0	1	2	3	4
11	食欲がない・・・・・・・・	0	1	2	3	4
12	お腹が痛い・・・・・・・・	0	1	2	3	4
13	頭痛がする・・・・・・・・	0	1	2	3	4
14	めまいがする・・・・・・・・	0	1	2	3	4
15	肩こりがする・・・・・・・・	0	1	2	3	4
16	目が疲れやすい・・・・・・・・	0	1	2	3	4
17	耳がつまった感じが耳鳴りがする・・	0	1	2	3	4
18	のどがつまった感じが異物感がある	0	1	2	3	4
19	からだの一部がしびれる・・・・・・・・	0	1	2	3	4
20	からだかほてったり寒気がする・・	0	1	2	3	4
21	足がふにゃふにゃになる脱力感・・	0	1	2	3	4
22	からだ全体または一部がふるえる・・	0	1	2	3	4
23	おしっこが近い・・・・・・・・	0	1	2	3	4
24	下痢をしやすい・・・・・・・・	0	1	2	3	4
25	便秘している・・・・・・・・	0	1	2	3	4
26	味覚が変わるかなくなった・・・・・・・・	0	1	2	3	4

●心の状態を表現する文章が下に記述してあります。その各文章について、ふだん一般どの程度の状態か、該当する番号（0～4）1つに○でかこんでください。

あまり考える必要はありませんが、ふだんの気持ちを最も良く表現しているものに反応するよう心がけてください。

		全く そう思わない	あまり そう思わない	やや そう思う	そう思う	非常に そう思う
1	神経質に見られないことは、私にとって大切である。	0	1	2	3	4
2	勉強中に落ち着きをなくしてしまうと、気が狂ってしまうのではないかと心配になる。	0	1	2	3	4
3	体の震えを感じるとこわくなる。	0	1	2	3	4
4	めまいを感じるとこわくなる。	0	1	2	3	4
5	感情をコントロールすることは、私にとって大切である。	0	1	2	3	4
6	心臓がドキドキするとこわくなる。	0	1	2	3	4
7	お腹が鳴ると恥ずかしい。	0	1	2	3	4
8	吐き気がするとこわくなる。	0	1	2	3	4
9	心臓がドキドキするのに気づいたとき、心臓発作ではないかと心配になる。	0	1	2	3	4
10	息が切れるとこわくなる。	0	1	2	3	4
11	お腹の調子が悪いとき、何か重い病気ではないかと心配になる。	0	1	2	3	4
12	勉強中、落ち着きをなくしてしまうとこわくなる。	0	1	2	3	4
13	自分の体が震えているとき、他の人はそれに気がつく。	0	1	2	3	4
14	体の感じがいつもと違うとこわくなる。	0	1	2	3	4
15	神経質になると、何か精神的な病気ではないかと心配になる。	0	1	2	3	4
16	神経質になると、こわくなる。	0	1	2	3	4

※BDI-II 日本語版を挿入

※出来事チェックリストを挿入

●上記（出来事チェックリスト）からもっとも強くストレスとなった出来事とその出来事の時期をお答えください。さらに、その出来事について、あなたにもっともよく当てはまるものに○をつけてください。

もっとも強いストレスとなった出来事（No. ）

時期：（ 6か月以内・1年以内・5年以内・10年以内・10年以上 ）

1	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。	はい	いいえ
2	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。	はい	いいえ
3	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。	はい	いいえ
4	その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れのうち何かを感じましたか。	はい	いいえ

※IES-R 日本語版を挿入

以上で質問は終了です。

記入漏れがないか、もう一度確認をお願いします。

ご協力いただきありがとうございました。



不快な出来事後の反応と 対処方法についての意識アンケート

このたびは、調査にご協力いただき、誠にありがとうございます。

現在、富永研究室ではストレスとトラウマに関する研究を行っています。本調査は、不快な出来事に関する意識について明らかにすることを目的としています。

なお、本調査への回答は、決して強制されるものではありません。

もし、回答中に気分が悪くなったり、体調不良が現れた場合には、途中で回答を中止しても構いません。また回答後でも、気分が悪くなったり、体調不良が現れた場合には遠慮なくおっしゃってください。（担当に直接、ないしメール、いずれでもかまいません）

また、本調査へ協力しなかったことによって皆様に何らかの不利益が生じることは一切ございません。

この調査でお答え頂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・学会発表等）以外で使用されることは一切ありませんので、安心してご回答ください。

以上のことをご理解の上、次のページからの質問内容をよくお読みになり、あなたの普段思っていることについて正直にお答えください。正しい回答や間違った回答というものはありませんので、気軽にお答えください。

ご協力よろしくお願い致します。

質問にお答えいただく前に、以下をご記入ください。

記入年月日： _____年____月____日

性別： 男 ・ 女

年齢： _____歳

専門領域は心理学に関連していますか：

関連している ・ 関連していない

研究実施責任者： 瀧井美緒

●これまでにトラウマ（災害、事件、事故、ひどいじめなどの出来事）に関する授業や研修を受けたことはありますか。あてはまるもの1つに○印をつけてください。

受けたことがない ・ 少しある（1～2回）

かなりある（3～5回） ・ 非常にある（6回以上）

トラウマについて誰かに説明できるほど、受けたことがある

●不快な出来事後に生じる反応や対処行動，トラウマ（災害，事件，事故，ひどいいじめなどの出来事）に関する文章が下に記述してあります。各文章について，トラウマを体験した人にあてはまると思う番号（1～4）1つに○印をつけてください。また，答えに迷われた場合でも不明とせず，もっとも近いと思う番号に○印をつけてください。

		まったく そうでない	あまり そうでない	少しそう	とてもそう
1	トラウマを体験した後は，眠れなくなることがある。	1	2	3	4
2	トラウマを体験した後は，集中できなくなったり，イライラしてしまうことがある。	1	2	3	4
3	トラウマとなった出来事はなるべくなかったこととして，忘れるようにする方が良い。	1	2	3	4
4	トラウマを体験した後は，小さな物音に対してもびくっと驚いたりすることがある。	1	2	3	4
5	トラウマを体験した後は，何が安全で，何が危険なのか区別がつかなくなる。	1	2	3	4
6	トラウマを体験した後は，誰かと一緒にいてもひとりぼっちのような気持ちになることがある。	1	2	3	4
7	トラウマとなった出来事を思い出せなくなることがある。	1	2	3	4
8	トラウマを体験した後は，なるべく早く人に，体験した内容をすべて話した方が良い。	1	2	3	4
9	トラウマを体験した後に心と身体に反応が起きるのは，もともとの性格や自分を取り巻く環境が原因である。	1	2	3	4
10	トラウマとなった出来事を夢に見ることがある。	1	2	3	4
11	親しい人がトラウマを体験したら，少しでも早く出来事をすべて聞き出すようにした方が良い。	1	2	3	4
12	体験した出来事について話すことや，その出来事に関連する場所や人，物を避けようとすることがある。	1	2	3	4
13	事件や事故によるトラウマよりも自然災害によるトラウマを体験した人の方がPTSD（外傷後ストレス障害）になりやすい。	1	2	3	4
14	子どもがトラウマを体験すると，より幼いころに戻ったような行動をすることがある。	1	2	3	4
15	トラウマを体験した後は，涙もろくなり，気分が落ち込むことがある。	1	2	3	4
16	トラウマを体験した後は，自分に対して否定的な考え方をしたり，自信がなくなったりすることがある。	1	2	3	4
17	突然家族を亡くすという体験をした後，悲しいはずなのに涙がでなかったりすることがある。	1	2	3	4
18	トラウマとなった出来事を思い出してつらくなった時には，リラクゼーション法などを用いて，リラックスする方法を取ると良い。	1	2	3	4
19	緊張や不安で眠れない場合には，医師から薬を処方してもらうことも必要である。	1	2	3	4
20	トラウマとなった出来事について，「あの時こうすれば良かった」などと自分を責めて考え込んでしまうことがある。	1	2	3	4

		まったく そうでない	あまり そうでない	少しそう	とてもそう
21	自分が体験したトラウマについて話をしているときに、突然涙が出たり、怒りがこみあげてくることがある。	1	2	3	4
22	トラウマを体験した後は、頭痛や吐き気が起こることがある。	1	2	3	4
23	トラウマを体験した後に怖い夢を見ることは、回復していくために必要な段階である。	1	2	3	4
24	友だちが突然、トラウマの体験を語りだしたら、なるべく話題を変えていく方が良い。	1	2	3	4
25	トラウマに関する場所や物事を避けることは、直後には良い対処であっても、長期的には生活を阻害するため、少しずつチャレンジした方が良い。	1	2	3	4
26	トラウマを体験した後は、楽しい気持ちや悲しい気持ちなどを感じなくなったり、今が現実かどうかわからなくなることがある。	1	2	3	4
27	トラウマは心の傷なので、身体に症状が出ることはほとんどない。	1	2	3	4
28	トラウマによる心と身体の変化は、異常な出来事に対する正常な反応である。	1	2	3	4
29	トラウマは、PTSD（外傷後ストレス障害）だけでなく、うつや不安などの症状を引き起こすことがある。	1	2	3	4
30	自分が体験していなくても、トラウマを目撃したり、トラウマを体験した人の話を聞いた後に、さまざまな心と身体の反応が起きることがある。	1	2	3	4
31	突然、トラウマとなった出来事がよみがえり、その時の恐怖をありのままに感じることもある。	1	2	3	4
32	家族や友人がトラウマを体験したら、本人が話し出すまで、つらい体験にはいっさい触れずに、そっとしておく方が良い。	1	2	3	4
33	災害や事件、事故で自分だけが生き残ったとき、助けられなかったことに責任を感じ、自分が悪かったと思うことがある。	1	2	3	4
34	人間関係や行動範囲が狭まり、物事に対する関心がなくなることがある。	1	2	3	4
35	トラウマを体験した後は、心を落ち着かせるためにも、休養を取り、少しでも規則正しい安定した生活を送るようにした方が良い。	1	2	3	4
36	トラウマによるさまざまな心身の反応は自然に治ることがないため、どんなトラウマであってもカウンセラーに相談したり、病院を受診する必要がある。	1	2	3	4
37	トラウマによる症状には薬などによる治療とカウンセリングなどの心理療法が有効である。	1	2	3	4
38	トラウマを体験した後、忘れ物をしたり、ものが覚えられなかったりすることがある。	1	2	3	4
39	トラウマを体験すると、無意識のうちに恐怖や怒りの感情を抑え込んだりすることがある。	1	2	3	4
40	トラウマによる反応に対して適切に対処するには、安心・安全の確保をすることが必要である。	1	2	3	4

※出来事チェックリストを挿入

●上記（出来事チェックリスト）から**もっとも強いストレスとなった出来事とその出来事があったおおよその時期**をお答えください。さらに、その出来事について、あなたにもっともよく当てはまるものに○をつけてください。

もっとも強いストレスとなった出来事（No. ）

時 期：（ 年 か月前 ）

1	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。	はい	いいえ
2	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。	はい	いいえ
3	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。	はい	いいえ
4	その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れのいずれかを感じましたか。	はい	いいえ

※IES-R 日本語版を挿入

●（出来事チェックリスト）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。正しい回答や間違った回答というものはありませんので、自由にお答えください。

（例：頭が痛かったので病院（内科）に行った など）

-
-
-
-

以上で質問は終了です。

お手数をおかけしますが、記入漏れがないか

もう一度確認をお願いします。

ご協力いただきありがとうございました。



不快な出来事後の対処についてのアンケート

このたびは、調査にご協力いただき、誠にありがとうございます。

皆さまが現場でトラウマを抱える子どもや保護者などの大人の対応されるとき、ご自身や同僚がそういう事態に巻き込まれたとき、迅速に対応できるよう、お手伝いをさせていただきたいと考えています。本調査は今後、トラウマについての研修や教材作成において、活用できる知識を提供していくために有効な要因を検討することを目的としています。

なお、本調査への回答は、決して強制されるものではありません。

もし、回答中に気分が悪くなったり、体調不良が現れた場合には、途中で回答を中止しても構いません。また回答後でも、気分が悪くなったり、体調不良が現れた場合には遠慮なくおっしゃってください。(担当に直接、ないしメール、いずれでもかまいません)

また、本調査へ協力しなかったことによって皆様に何らかの不利益が生じることは一切ございません。

この調査でお答え頂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・学会発表等)以外で使用されることは一切ありませんので、安心してご回答ください。

以上のことをご理解の上、次のページからの質問内容をよくお読みになり、あなたの普段思っていることについて正直にお答えください。正しい回答や間違った回答というものはありませんので、気軽にお答えください。

ご協力よろしくお願い致します。

質問にお答えいただく前に、以下をご記入ください。

記入年月日	2016年____月____日
性別	男 ・ 女
年齢	_____ 歳
携帯の下4桁の番号	(_____) 全4回の回答者を一致させる目的にのみ、使用いたします。

研究実施責任者： 瀧井美緒

●あなたのお仕事について、あてはまるものに○をつけてください。

職種	保育士・教諭・養護教諭・管理職・学童指導員
	家庭児童相談員・保健師・看護師
	その他（ ）
現職の 在職年数	（ ）年
お勤め先	保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校
	行政機関・その他（ ）

●これまでにトラウマ（災害、事件、事故、ひどいいじめ、虐待などの出来事）に関する講義や研修を受けたことはありますか。あてはまるもの1つに○印をつけてください。

受けたことがない	・	少しある（1～2回）
かなりある（3～5回）	・	非常にある（6回以上）
トラウマについて誰かに説明できるほど、受けたことがある		

●実際に「トラウマ」に関する対応が必要となった場合、どのようなところから情報を得ようと思いますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。その他の場合は具体的な情報源をご記入ください。

インターネット	・	専門書	・	学校等のマニュアル
同僚や上司、先輩	・	スクールカウンセラー		
カウンセリング施設のある大学	・	教育委員会		
行政機関（保健師等）	・	トラウマを専門とする研究者		
その他（ ）				

●実際の「トラウマ」に関する対応についてお伺いします。

(1) ご自身や家族、友人、仕事で関わる子どもや保護者、大人におけるトラウマについて、実際の対応で困ったり、不安に思ったりしたことはありますか。

あ	る	・	な	い
---	---	---	---	---

(2)(1)で「ある」と回答された方にお伺いします。どのようなことに困ったり、不安を感じましたか。自由に記述してください。

※「ない」と回答された方については、次の質問【5.】にお進みください。

[ご自身のことの場合]

ご自身のことでない場合、どなたのことですか。○をつけてください。
[家族・友人・仕事で関わる子ども・保護者・大人・(他：)]

●仕事でトラウマを体験した子どもや保護者や大人に対応しなくてはならない場合、どのくらい適切に対処できると感じるか、あてはまる番号(0~6)に○をつけてください。また、あなたならどのような関わりや対処を行うか、自由に記述してください。

子どもに対する関わりや対応
○どのくらい適切に対応できると感じますか。

0 1 2 3 4 5 6
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
できない できる

○どのような関わりや対処を行いますか。

保護者を含めた大人に対する関わりや対応
○どのくらい適切に対応できると感じますか。

0 1 2 3 4 5 6
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
できない できる

○どのような関わりや対処を行いますか。

●不快な出来事後に生じる反応や対処行動，トラウマ（災害，事件，事故，ひどいいじめなどの出来事）に関する文章が下に記述してあります。各文章について，**トラウマを体験した人**にあてはまると思う番号（1～4）1つに○印をつけてください。また，答えに迷われた場合でも不明とせず，もっとも近いと思う番号に○印をつけてください。

		まったく そうでない	あまり そうでない	少しそう	とてもそう
1	トラウマを体験した後は、眠れなくなることがある。	1	2	3	4
2	トラウマを体験した後は、集中できなくなったり、イライラしてしまうことがある。	1	2	3	4
3	トラウマとなった出来事はなるべくなかったこととして、忘れるようにする方が良い。	1	2	3	4
4	トラウマを体験した後は、小さな物音に対してもびくっと驚いたりすることがある。	1	2	3	4
5	トラウマを体験した後は、何が安全で、何が危険なのか区別がつかなくなる。	1	2	3	4
6	トラウマを体験した後は、誰かと一緒にいてもひとりぼっちのような気持ちになることがある。	1	2	3	4
7	トラウマとなった出来事を思い出せなくなることがある。	1	2	3	4
8	トラウマを体験した後は、なるべく早く人に、体験した内容をすべて話した方が良い。	1	2	3	4
9	トラウマを体験した後に心と身体に反応が起きるのは、もともとの性格や自分を取り巻く環境が原因である。	1	2	3	4
10	トラウマとなった出来事を夢に見ることがある。	1	2	3	4
11	親しい人がトラウマを体験したら、少しでも早く出来事をすべて聞き出すようにした方が良い。	1	2	3	4
12	体験した出来事について話すことや、その出来事に関連する場所や人、物を避けようとすることがある。	1	2	3	4
13	事件や事故によるトラウマよりも自然災害によるトラウマを体験した人の方がPTSD（外傷後ストレス障害）になりやすい。	1	2	3	4
14	子どもがトラウマを体験すると、より幼いころに戻ったような行動をすることがある。	1	2	3	4
15	トラウマを体験した後は、涙もろくなり、気分が落ち込むことがある。	1	2	3	4
16	トラウマを体験した後は、自分に対して否定的な考え方をしたり、自信がなくなったりすることがある。	1	2	3	4
17	突然家族を亡くすという体験をした後、悲しいはずなのに涙がでなかったりすることがある。	1	2	3	4
18	トラウマとなった出来事を思い出してつらくなった時には、リラクゼーション法などを用いて、リラックスする方法を取ると良い。	1	2	3	4
19	緊張や不安で眠れない場合には、医師から薬を処方してもらうことも必要である。	1	2	3	4
20	トラウマとなった出来事について、「あの時こうすれば良かった」などと自分を責めて考え込んでしまうことがある。	1	2	3	4

		まったく そうでない	あまり そうでない	少しそう	とてもそう
21	自分が体験したトラウマについて話をしているときに、突然涙が出たり、怒りがこみあげてくることがある。	1	2	3	4
22	トラウマを体験した後は、頭痛や吐き気が起こることがある。	1	2	3	4
23	トラウマを体験した後に怖い夢を見ることは、回復していくために必要な段階である。	1	2	3	4
24	友だちが突然、トラウマの体験を語りだしたら、なるべく話題を変えていく方が良い。	1	2	3	4
25	トラウマに関する場所や物事を避けることは、直後には良い対処であっても、長期的には生活を阻害するため、少しずつチャレンジした方が良い。	1	2	3	4
26	トラウマを体験した後は、楽しい気持ちや悲しい気持ちなどを感じなくなったり、今が現実かどうかわからなくなることがある。	1	2	3	4
27	トラウマは心の傷なので、身体に症状が出ることはほとんどない。	1	2	3	4
28	トラウマによる心と身体の変化は、異常な出来事に対する正常な反応である。	1	2	3	4
29	トラウマは、PTSD（外傷後ストレス障害）だけでなく、うつや不安などの症状を引き起こすことがある。	1	2	3	4
30	自分が体験していなくても、トラウマを目撃したり、トラウマを体験した人の話を聞いたりした後に、さまざまな心と身体の反応が起きることがある。	1	2	3	4
31	突然、トラウマとなった出来事がよみがえり、その時の恐怖をありのままに感じることもある。	1	2	3	4
32	家族や友人がトラウマを体験したら、本人が話し出すまで、つらい体験にはいっさい触れずに、そっとしておく方が良い。	1	2	3	4
33	災害や事件、事故で自分だけが生き残ったとき、助けられなかったことに責任を感じ、自分が悪かったと思うことがある。	1	2	3	4
34	人間関係や行動範囲が狭まり、物事に対する関心がなくなることがある。	1	2	3	4
35	トラウマを体験した後は、心を落ち着かせるためにも、休養を取り、少しでも規則正しい安定した生活を送るようにした方が良い。	1	2	3	4
36	トラウマによるさまざまな心身の反応は自然に治ることがないため、どんなトラウマであってもカウンセラーに相談したり、病院を受診する必要がある。	1	2	3	4
37	トラウマによる症状には薬などによる治療とカウンセリングなどの心理療法が有効である。	1	2	3	4
38	トラウマを体験した後、忘れ物をしたり、ものが覚えられなかったりすることがある。	1	2	3	4
39	トラウマを体験すると、無意識のうちに恐怖や怒りの感情を抑え込んだりすることがある。	1	2	3	4
40	トラウマによる反応に対して適切に対処するには、安心・安全の確保をすることが必要である。	1	2	3	4

●現在のあなた自身が、今でも思い出すと苦痛をもたらし続ける出来事がありますか。

体験がある

・

体験がない

体験がある場合は、もっとも苦痛を伴う出来事の内容とおおよその時期を簡単に記述してください

時期（ 年 か月前）

これより先の質問は「体験がある」とお答えいただいた方のみ回答してください。

●「上記でお答えいただいた出来事」について、もっともよく当てはまるものに○をつけてください。

1	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。	はい	いいえ
2	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。	はい	いいえ
3	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。	はい	いいえ
4	その出来事の最中や直後に強い恐怖感、無力感、恐れ of いずれかを感じましたか。	はい	いいえ

(行政機関の時期 4, および 学校教育現場での Post のみ以下の質問)

●今回「トラウマの理解と対応」の研修にご参加いただきましたが、今よりもさらに“自分自身がトラウマとなる出来事を体験した場合、もしくは家族や友人、仕事でかかわる子どもや大人がトラウマを体験した場合に適切に対処・対応ができそう”と思えるには、どのような研修があると良いと思いますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。その他については、()内に具体的に記述してください。

1 映像資料を使った架空事例を用いたワーク

2 映像資料を使った架空事例を用いた講義

3 レジューメ資料を使った架空事例を用いたワーク

4 レジューメ資料を使った架空事例を用いた講義

5 研修で学んだ内容を振り返ることができるアプリ

6 複数回のプログラム形式の研修

7 参加者が事例を持ち寄り、検討する研修会

8 その他

()

()

以上で質問は終了です。

お手数をおかけしますが、記入漏れがないか

もう一度確認をお願いします。

ご協力いただきありがとうございました。



トラウマの理解と対応

瀧井 美緒
(臨床心理士)

本日の予定

- トラウマとは
- トラウマとPTSD
- 実際の対応で気を付けるポイント

～トラウマの対応の知識の必要性～

「トラウマ」という言葉を聞いたことがありますか？

トラウマ

あの時友達とケンカしたのがトラウマになっちゃって...

あのアニメ、映画のラストはトラウマになる！

不快な体験や苦い思い出を意味する言葉として気軽に使っている

≠ 医学的な意味でのトラウマ

「トラウマ」という言葉だけが普及しているけど...

3

そのため...

トラウマ

あの時友達とケンカしたのがトラウマになっちゃって...

あのアニメ、映画のラストはトラウマになる！

ふと言われる「トラウマ」という言葉

- ➡支援者側は言われるとドキッとしてしまう
- ➡支援をする際には、「トラウマ」といわれるその出来事について、しっかりと考える必要があります

4

では「トラウマ」とは？

トラウマ 心的外傷

対処することができないほど大きな衝撃を受けたときにできる心の傷のこと

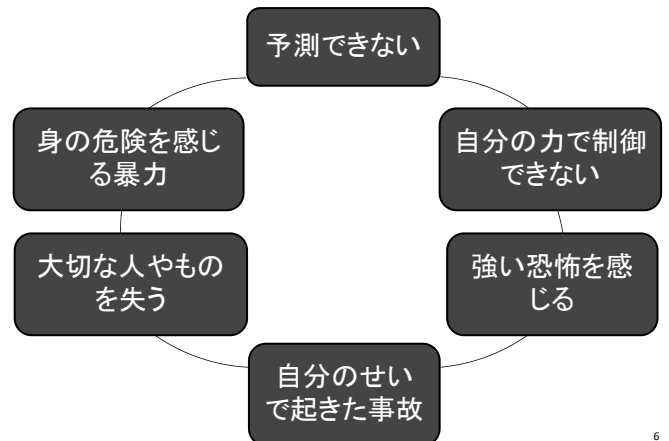
人間には、ある程度までの衝撃には対処できるような仕組みがいろいろ備わっている

- ・気分転換
- ・早く寝る
- ・人に話す
- ・いろいろ考える など

➡ うまくいかない状態に
うまくできない

5

トラウマ体験の特徴



6

トラウマ体験の特徴

これまでしてきた対処法で「なんとかなる」と思えなくなってしまう

人はふだん「何とかなるだろう」と無意識のうちに感じて生活している

- ・世界はまあ今まで通り
- ・自分でもなんとかなるだろう
- ・誰か支えてくれる人もいるだろう



- ・いろいろなことに危険を感じる
- ・自分はもう何もできないんだ
- ・他者への警戒心も高まり、孤立感を高める

⇒自分ひとりで対処しなくては…

7

トラウマ体験の特徴

同じ出来事を体験していても、人によって経過も違うし、恐怖や危険の感じ方も違う

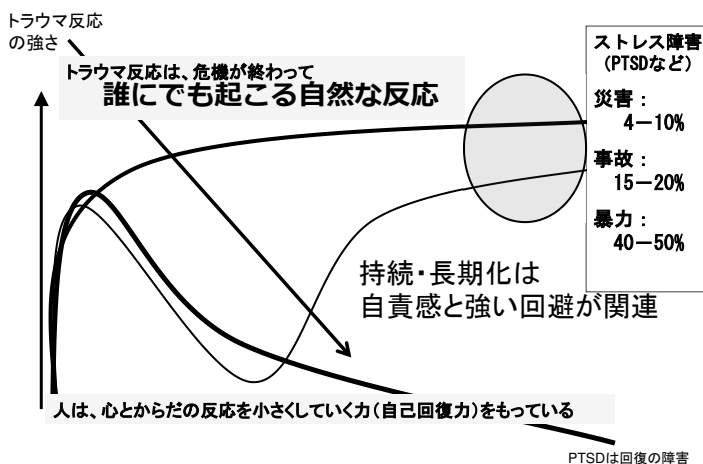
個人差がある！

- ・症状や反応が出る人出ない人、強い人弱い人
- ・症状や反応の出方
 - ⇒一過性のストレス反応としては症状が現れる
 - ⇒遅れて症状が現れる

など、さまざま

8

トラウマ体験後の心とからだの変化



トラウマ体験の特徴

同じ出来事を体験していても、人によって経過も違うし、恐怖や危険の感じ方も違う

個人差がある！

- ・症状が出る人出ない人、強い人弱い人
- ・症状の出方

回復とは…

- × 心的外傷(トラウマ)を「なくす」こと
- トラウマを体験した後に起きた変化について理解し、本来持っている対応していく力を取り戻していくこと

なぜ、トラウマについて知る必要があるのか

誰もが当事者になり得る

- ・自分が体験するかもしれない
- ・身近な人(家族や親友)が体験するかもしれない

身近な人による支え

(ソーシャルサポート)が大切

<知られていないことの多さ>

- ・体験後の心身に起きる変化がトラウマによるものか知っているか
- ・人に助けを求めて良いのか
- ・どんな反応があるのか
- ・どんな風に対応したら良いのか

11

なぜ、トラウマについて知る必要があるのか

トラウマを体験した後、日常生活に支障を来すほどのレベルで1か月以上反応が持続する要因

- ① ソーシャルサポートの有無
- ② 生活上のストレス
- ③ 心的外傷の深刻さ

- ・悲惨な体験をすれば乗り越えにくいのではない。

問題となるのは回復を妨げる要因が数多くあること

トラウマについて何の知識もなければ、

自分自身の場合も、身近な人の場合も対応できない

12

なぜ、トラウマについて知る必要があるのか

トラウマを体験した人の中には、トラウマ反応が起きているにも関わらず、支援を求めにくい人も多い

- ① 人に相談しにくい
- ② 自分が悪いと思いつ込んでいます
- ③ 変化を受け入れてしまっている

・周りの人々が気づき、「つながる」ことができる
と回復を支えることができる

- ★自分の本来持っている回復する力とつながる
- ★他者とつながる

回復のプロセスを知っていることが大切!

13

PTSD

心的外傷後ストレス障害

Posttraumatic Stress Disorder

災害や事件・事故、暴力や犯罪被害など生死の危険があるような出来事(トラウマ)に遭ったり、見たりした場合

- 侵入症状
- 回避症状
- 認知や気分の陰性変化
- 過覚醒

1カ月以上
続く

※6歳以下の場合には侵入症状と過覚醒症状に加え、回避症状もしくは認知の陰性変化の3症状

トラウマ反応

＜凍りついた記憶＞
よく思い出せない
楽しいことが楽しくない
心が麻痺したよう…
開けたい時には開かない…

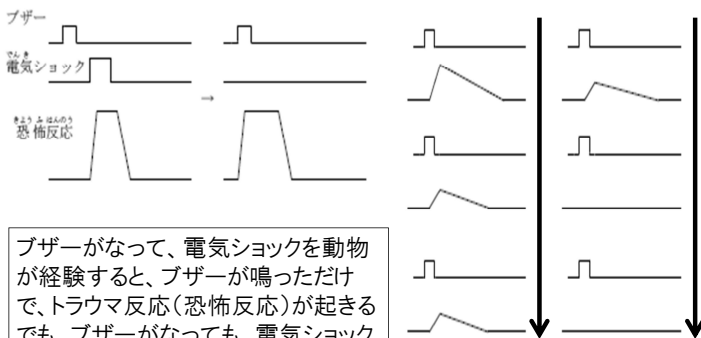
きっかけ (トリガー)

⇒フラッシュバック、悪夢、ごっこ遊び
(再体験)



＜トラウマ記憶の箱＞
思い出したくない記憶、忘れられない記憶
開けたら何が飛び出してくるかわからない
つらい体験の記憶を回避し続ける (回避)

侵入症状 (再体験)	思い出したくないのに、その出来事がふっと頭に浮かんでくる(侵入してくる) その出来事の夢や悪夢をみる
回避症状	つらいのに涙が出ない 出来事が本当のことと思えない 出来事のあった場所に近づかない 出来事の話をしていない、考えないようにする
認知や気分の 陰性変化	自分自身や他者、世界に対する持続的で過剰に否定的な信念や予想 自分を責める 世の中は信用できないと思ひこむ
過覚醒	イライラしたり、怒りっぽくなる 寝つけない 集中できない 神経が過敏になっている



ブザーがなって、電気ショックを動物が経験すると、ブザーが鳴っただけで、トラウマ反応(恐怖反応)が起きるでも、ブザーがなっても、電気ショックが来ないという経験を繰り返せば、トラウマ反応が無くなる⇒回復

なぜ、ストレス障害になる?
ブザーを避け続けるから!
向き合って少しずつチャレンジを!

- 1、同じ災害でも体験は違う。
- 2、少しずつのチャレンジ
- 3、お互いのねぎらいといったわりを
- 4、いじめや非難はだめ

PTSD症状は多様

幼児期

- ✓寝つきが悪い、夜中に目を覚ます
- ✓ぐずったり、泣いたりする
- ✓物音に過敏に反応する
- ✓急に体を固くする

学童期

- ✓退行(赤ちゃん返り)
- ✓一人で眠れない、トイレにいけない
- ✓今までできていたことができなくなる
- ✓落ち着きがなくなり、衝動的になる

PTSD症状は多様

思春期

- ✓自己中心的になり引きこもる
- ✓人と接するのを嫌がる（他人の目を気にする）
- ✓成績が落ちる
- ✓異性との関係に無頓着

併存する症状

- ✓うつ
- ✓アルコール依存
- ✓ギャンブル依存
- ✓心身症
- ✓ストレス関連障害

トラウマ反応



子どもの場合

症状が遊びに現れることがある

地震ごっこ、津波ごっこ、生き埋めごっこなど…

Q.あなたなら止めますか？止めませんか？理由は？

- ・大人は止めずに、「怖かったね」「もう大丈夫だよ」などと声掛けしながら遊びに寄り添ってあげる方が良い。
- ・しかし、あまりにも悲惨な結末になる場合は、子どもの力では止められなくなっているかもしれないので、遊びが止められる援助を行う。

子どもにトラウマ反応について話すとき

例)ドラえもんはねずみに耳をかじられた



- ・ねずみを見ると驚いて逃げ出す(過覚醒)
- ・ねずみの夢を見て飛び起きる(再体験)
- ・ねずみのいる場所には近づかない(回避)



例)紙芝居

例)心理教育の授業を行う

かばくんのきもち



21

単回性と反復性のトラウマの共通点と相違点

自然災害・事故・犯罪(単回性)	虐待・DV(反復性)
トラウマ性記憶: マヒ(健忘・回避)と侵入(フラッシュバック)の表裏一体性、 身体性記憶(嗅覚・視覚・聴覚・運動感覚まるごとの記憶) トラウマ性思考(メッセージ→信念) 否定的認知(孤立無援感、自責感情、無力感) 肯定的認知(「地震にも倒れない家を作る」etc.)	
正確な記憶 オーマン(別の出来事がある原因であると考えられる傾向)(誤帰属) 時間の歪み(少しの時間がながく) 出来事の順序の倒置	あいまいな記憶 否認・精神的マヒ(何も起こっていない) 解離(意識を別のところにとぼす) 激しい怒り

虐待を受けた子どもの心理

- 否定的イメージ** 否定的な自己イメージ
「誰からも愛されない自分」「愛される価値がない自分」
否定的な他者イメージ
「暴力を加え、自分を傷つける存在」「大人は信用できない」
- 感情調整障害** ネガティブな感情(怒りや悲しみ)は、養育者の虐待行為を誘発するので、感情を抑圧することを学ぶ
- 反応性愛着障害** 養育者に対して強い拒否や回避が見られたり、過度に接近したりする ※自閉症スペクトラムとの鑑別が必要
- 脱抑制性社交障害** 無分別な社交性。誰にでも制限なく寄り寄っていく ※ADHDとの関連
- 虐待の再現** 大人の神経を逆なで、トラウマの再被害化
- 解離現象** 退屈な話→何か別のことを考える、意識が現在の状況を離れて、別の所に行く(異常ではない)
被虐待児の解離現象は、頻度・強度がはるかに超えている
→解離性障害(離人性障害、解離性健忘、解離性遁走、解離性同一性障害)

就学前の子どもの場合

トラウマ反応に似た様子をすることがあります
たとえば…

- ・下の子が産まれた
- ・初めての集団生活

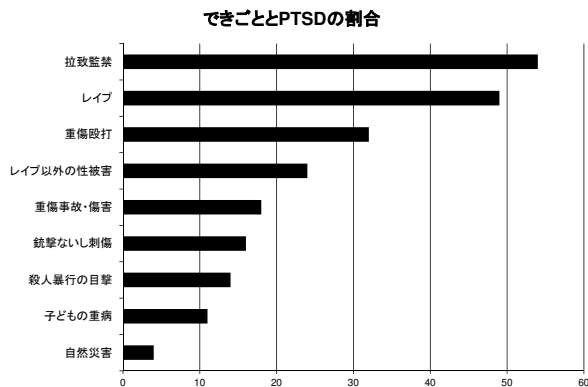
一時的な不安や恐怖であり、

トラウマ反応と同じように示すことが多い
⇒安心・安全を感じられるような関わりを

あまりにも長引く…

- ・他にトラウマ体験はないか
- ・ももとの発達特性として過敏さや鈍感さがある

なぜ、自然災害の場合、PTSD有病率が低い？



Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52:1048-60.

さまざまな出来事によるトラウマ反応

出来事によってPTSDのリスクは違うが…

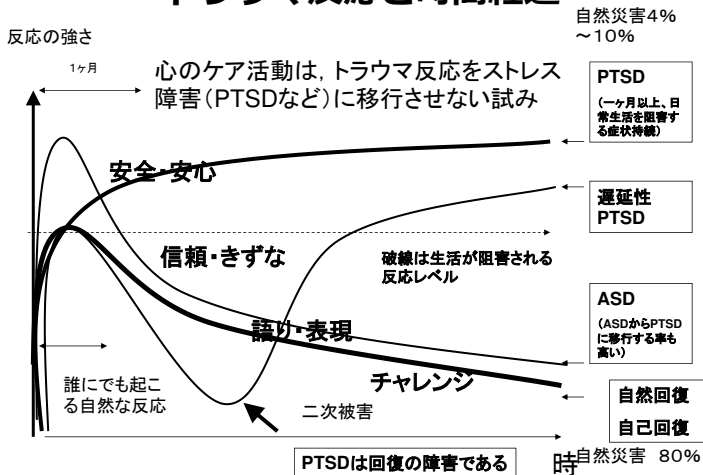
<自然災害>

- ・津波が来て、自分だけ助かった
- ・目の前で人が亡くなった
- ・家族など身近な人が亡くなった
- ・家などがなくなり、生活が困難な状況になる

➡多重のストレス状況

➡一概に有病率が低いとも言えない場合もある

トラウマ反応と時間経過



PTSDの治療法

治療を受ければ治るのか
全て治療に行かなくてはいけぬのか

- 生活を取り戻すことがゴール
- 体験したすべてのひとが治療を受ける必要はない
体験後の反応などには個人差がある

どのような治療法が有効か知っておくと
専門機関につながりやすい

PTSDの治療法

- **心理教育：自分の心の変化を知る**
治療的介入の前に、PTSD症状を理解することや、回復の見通しを立てることが重要である。
- **薬物療法：PTSDの中核症状を和らげる**
脳機能の異常によって引き起こされるPTSD症状を抗うつ薬、抗不安薬などを用いて緩和する。精神科等を受診する必要がある。
- **PE (長時間暴露法)：事件を受け止られるように**
トラウマの結果回避している場面に、長時間暴露させることで、馴れを引き起こし、その場面に対する不安と、認知の修正をおこなう。出来事を受けとめられるようにする方法。欧米を中心に効果が確認されている。

PTSDの治療法

- **EMDR (眼球運動による脱感作と再処理法)：認知のゆがみを直す**
治療者が指を左右に振り、それを目で追うことで、凍りついた記憶の処理プロセスを活性化させる方法。トラウマ体験への認知 (受け止め方) を正常化する効果がある。PTSDに対する治療効果は多くの研究で確認されているが、どの部分がどういった問題に有効なのかという部分がまだわかっていないため、研究が続けられている。
- **TF-CBT (トラウマ焦点化認知行動療法)**
うつ病や不安障害に用いられる認知行動療法を、トラウマに特化させたもの。トラウマを体験した子どもの様々な症状や行動上の問題に有効である。

実際の対応について

できないことがあって良い！

対応の仕方を聞いても
当事者も周囲の人も「こんなことをするのは無理」
と思うこともあると思います

- ・ 体験した当事者になった場合
- ・ 周囲のサポート源（支援する側）になった場合

できないことに気付けることも大切です！

31

体験した人が自分で工夫できること

- 日常生活を取り戻す
 - 「日常生活」的な要素を取り入れてみる
- 信頼できる人と一緒に
 - 話を聴いてもらう（相手を選んで）
 - 何か一緒にする
- ストレス反応が起きることは自然なことだと知っておく
- 食事や休み、睡眠をしっかり取る
- リラックスできることをする
- 今できる小さいことから

32

体験した人にとって効果的でないこと

うまくできないと、自分を責めない！

- アルコールや薬物の使用
- ひきこもる
- 長時間働く、テレビを見る、ゲームに没頭
- 自分の身体を粗末に扱う
- 怒りを爆発させる、他者を攻撃する
- 体験のことを考えたり話したりすることを極度に避ける
- 楽しい活動を避ける

助けを必要として
いるサイン

周りの人ができること

- 身近な人とのつながり
 - 本人を尊重する
 - 本人の力に気付いてもらう
- 親としての機能を支える
 - 自分には子供を安心させる力があることを思い出してもらう
- 評価をしない
 - ×「もっとつらいひとにいる」
 - ×「あなたなら大丈夫」
- 腫物扱いしない
- アドバイスはしなくてよい

34

周りの人ができること

- わざわざ体験を語らせなくてよい
 - 自分から話すときには真剣に聴く
- 重い話だからといって重く聴かない
 - 今ここで話してくれているという事実を尊重する
- 自分の体験を語るときには注意する
 - 役に立つ情報があるのか
 - 客観的に似たような体験なのか
- それぞれの人にあった支えられ方をする
- ストレス反応について知っておく

傾聴

周りの人や支援者が気を付けること

- 落ち着いて話を聞いてあげるのが一番
 - 「何があったの！」と大きな声で言わない
 - 自分が悪いことしたのかな？叱られているのかな？とってしまう
- 話をしたときに「秘密にしようね」など言わない
 - 話しちゃダメなこと、話した相手に迷惑かも、自分が悪いのかもと自責感や回避につながる
- 「大丈夫？」ではない言葉かけを持つ
 - 「昨日眠れた？」「ごはん食べた？」など具体的な生活についての言葉かけをする
- 性被害などは、出来事の内容に直面化する言葉かけより、体の安全を確保しようという関わりを

36

傾聴の基本的態度 其の壹

話しても黙しても聴く

- ✓ 沈黙も話し手のありのままの姿
- ✓ 空白の時間は落ち着かないが、沈黙を破ると感情の流れをせき止めてしまうことがある

共感をもって聴く

- ✓ ひしひしありありと想像しながら聴く
- ✓ メッセージの7~8割は非言語コミュニケーション

話し手の経験を理解する

- ✓ 経験はなくても共感是可以
- ✓ 同じ体験をしても、感じ方は人それぞれ
- ✓ 想像力を磨くと、共感力が磨かれる

傾聴の基本的態度 其の貳

決めつけてはいけない

- ✓ 感情には色や濃淡がある＝感じ方は人それぞれ
- ✓ 人は同時に矛盾した感情をもつ

自分の意見は横に置く

- ✓ 同意できない意見にも共感是可以
- ✓ 相手の感じ方を尊重して、ホンネに迫るアプローチを

ラベルを貼らない

- ✓ 個人的な価値基準で判断するクセがある
- ✓ ラベルを貼ると、ありのままの姿が見えなくなる

傾聴の基本的態度 其の参

あれこれ詮索しない

- ✓ 理解しようとする、詮索したくなる
- ✓ 事情聴取では、問題は解決しないし、大切なことはわからない

自分の話をしない

- ✓ 自分のことを話しても“つながり感”は生まれない
- ✓ 解決策を教えても、苦しみは解決しない

話せない気持ちを受け止める

- ✓ 「何でも話して」はプレッシャー
- ✓ 話すのがつらい内容は抽象的になりやすい

傾聴の基本的態度 其の四

無理に表現させようとしな

- ✓ 話してラクになるとは限らない
- ✓ 気持ちを落ち着いて受け止めることで、安心感を取り戻す手助けとなる

話し手を受け入れる

- ✓ わかってくれる人には話したい

辛抱強く、成長を待つ

- ✓ 人は簡単に変わることができないため、相手のペースを尊重する
- ✓ 成長する力を信用し、移り変わる心の変化も受け止める

実際の対応において気をつけるべき点

- 傾聴（受容と共感）をベースにする
- 無理に話させない、聞き出さない
- 大勢で仰々しく、囲まない
- 事実関係を確認することも大事だが、事情聴取や学校の生徒指導とは違う
- 本人の無理のないタイミングや人数を確認する
- 学校や地域としては「治す」という方向性よりも「支える」という姿勢が大事
- 「忘れなさい」は禁句
忘れようと思っても、簡単にできないから苦しんでいる

実際の対応において気をつけるべき点

自分のできる範囲のことを見極める

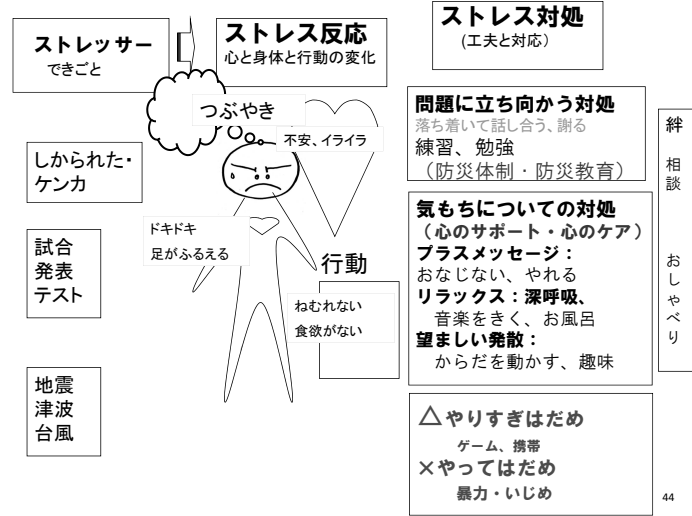
- カウンセラーではない人がカウンセラーの真似はしなくて良いです
- 自分もしんどくなってしまうことがあります。自分自身のケアも大切にしましょう
- 専門機関などに相談しましょう
⇒つながりはそのまま
- 参考になる資料をみでみる
例) 「サイコロジカル・ファーストエイド」
「サイコロジカル・リカバリー・スキル」

ストレスマネジメント

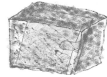
- 感情のコントロール（ストレスマネジメント）
- ストレスやトラウマについての学び（心理教育）
- 個々のペースを尊重して、表現し分かち合う場を持つ（生活体験の表現⇒被災体験の表現）

- ✓ 体験を語ることは、心を整理し、記憶を整理できる
- ✓ 苦しい・つらい感情を伴う⇒どう乗り越えるか
- ✓ いきなりつらい記憶にアクセスすると、つらい体験が噴出して、感情のコントロールができなくなる

⇒感情のコントロール、ストレスやトラウマについて学ぶ心理教育が大切



つらいことを思いだして苦しくなったとき



思い出して苦しくなったら、凍りついた記憶のアルバムがとけはじめている、良いことが起こっていると思っ
てね！

Step1 コントロール

- ①眠りのとき：額に力をいれて力をぬく（「考えないようにしよう」という対処はうまくいかない）。体のいろんな部位に力をいれて、力を抜きましょう。力がぬけると、楽しいイメージが浮かんできます。（漸進性弛緩法）（仰臥位or椅子座位）
- ②勉強をしているとき：今は集中！と背を立てる。そのことはいまはストップ。（椅子座位：動作法での軸づくり）
- ③合唱・部活動・地域の踊りなど集中できることをすること。
- ③踏みしめ（動作法）・グラウンディング（立位）

45

Step2 向き合う（椅子座位）

スクリーンを思いうかべます。映画館のスクリーン。あなたは、真ん中の席に座っています。あまりスクリーンが大きかったら、もっと離れましょう。

なにが起こったのか、離れて、自分が経験したことをながめます。

いま、落ち着いているあなたが、がんばってきたあなたに、ねぎらいのメッセージを送ってあげてください。

このことを一人するのは、つらいので、信頼できる人に話を聞いてもらうといいでしょう。



眠りのためのリラククス法



力をいれて、ふわーっと力をぬくといいよ



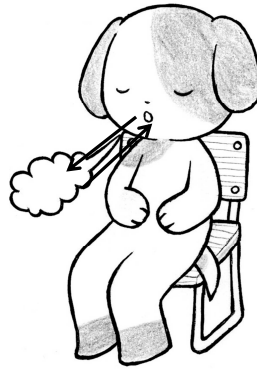
息をゆっくりはく



楽しいイメージを浮かべよう

漸進性弛緩法

呼吸法



背筋を立てて、息を大きく吸って
ゆっくり吐いていきます

息と一緒に、不安やモヤモヤした気持ちを吐き出しましょう

肩のリラックス法

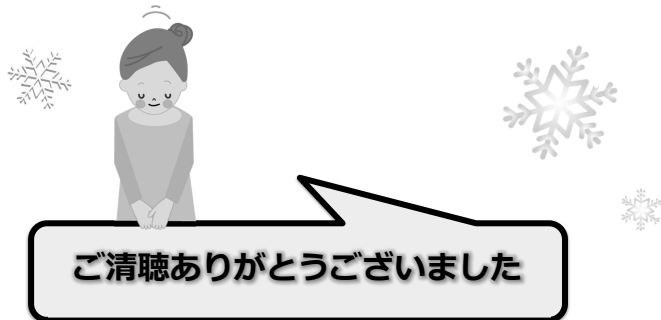


背中をのばして、肩を大きく上げて、ゆっくり肩の力を抜いていきます。

力を抜いていくときに落ち着く感じがしてくるかもしれません。

肩を開いて、肘、首、腰、足に、思わず力がはいつてないか確認するのも良いです。

そして、肩の力をゆっくりぬいていきましょう。



ご清聴ありがとうございました