精神保健研究　64：　33-39, 2018

【特集　リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

トラウマと「リカバリー」

Traumatic stress and “Recovery”

西　大輔[1)]、宮本有紀[2)]
Daisuke Nishi, Yuki Miyamoto

I. はじめに

近年、精神保健の領域でよく使われるようになってきた「リカバリー」という用語には、症状の軽快や社会的機能の回復といった「病気からのリカバリー」だけでなく「人としてのリカバリー」が含まれる。「リカバリー」の定義として最も広く引用されるものの一つである Anthony の言葉を以下に示す。

「個人の態度や価値、感情、目標、技術や役割が変化していく過程のことで、これはとても個人的で、人によって異なる過程である。精神の病気による制限があったとしても、何かに貢献し、希望にあふれ、満たされた生活を送る生き方である。リカバリーには、精神疾患による壊滅的な影響を乗り越え成長する中で人生についての新たな意味や目標が見出されていくことが含まれる」[1)]。

トラウマ・PTSD の領域で「リカバリー」という用語は、上記の意味を明示する形ではこれまであまり用いられてこなかった。しかし、この領域の古典として知られるジュディス・ハーマンの「心的外傷と回復」の原題は「Trauma and Recovery」であり[2)]、トラウマ・PTSD の領域における回復と「リカバリー」とに共通する要素は少なからずあると考えられる。また、「リカバリー」を促進しようとする数々の取り組みの中には、その主人公となる精神疾患の当事者にトラウマ体験があることを想定しているものも少なくない[3)]。

本稿ではまず、トラウマの領域でなぜ「リカバリー」という概念があまり意識されてこなかったかについて考える。次に、PTSD という診断がついているかどうかにかかわらず、トラウマを体験している精神疾患の当事者が非常に多いことについて紹介する。そして、ハーマンの「心的外傷と回復」で述べられている回復のプロセスから「リカバリー」を理解することを試み、さらに心的外傷後成長という概念と「リカバリー」との共通点を考察することで、トラウマと「リカバリー」について考えていきたい。なお、通常用いられる「回復」とは異なる意味であることを明示するため本節では「リカバリー」と括弧をつけて表現したが、次節以降、括弧は省略する。

II. なぜトラウマとリカバリーは結びつきにくかったか

トラウマとリカバリーが結びつきにくかった理由として、PTSD があまり医療化されてこなかったことと、PTSD 患者の社会的機能が比較的高いことが考えられる。

リカバリーの概念が精神保健の領域で重視されるようになってきた背景の一つには、これまで精神疾患の当事者が「患者」として扱われ、その生活や人生が医療者やサービス提供者によってコントロールされることも珍しくなかったことへの反省がある[4)]。だが、PTSD はそもそも診断されること自体が少なく、トラウマサバイバーが精神科医療の枠組みの中で「PTSD 患者」と位置づけられることはそれほど多くなかった。

参考までに、世界精神保健調査日本調査（WMHJ）では、PTSD の 12 か月有病率は 0.7%（標準誤差 0.2）

1）国立精神・神経医療センター精神保健研究所
精神保健計画研究部
National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health, Department of Mental Health Policy and Evaluation
2）東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
精神看護学分野
Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

と示されている[5]。かりに日本の成人人口を 1 億人とすれば、この 1 年間で約 70 万人（標準誤差から 95％信頼区間を見積もると約 30 万人から約 110 万人）が PTSD の診断基準を満たしたと推定することが可能である。にもかかわらず、全国の医療機関のレセプト情報等のデータベース（National Database of Health Insurance Claim Information and Specified Medical Checkups: NDB）によれば、平成 26 年に PTSD と診断された外来患者数は 10,325 人しかいない。精神病床での入院患者数は、わずか 381 人である[6]。

比較対照のため、うつ病・躁うつ病に関しても同様の作業を行うと、WMHJ で示されている 12 か月有病率は 2.3％（標準誤差 0.3）、そこから試算される日本の 1 年間の患者数は約 230 万人（95％信頼区間を同様に見積もると約 170 万人から約 290 万人）、そして NDB による平成 26 年のうつ病・躁うつ病の外来患者数は 3,051,073 人であり、精神病床での入院患者数は約 19 万人である。NDB に関しては、主病名が分からない、寛解後もレセプトに病名が残り続ける等の問題があり、NDB の数字がそのまま実患者数を表すわけではないが、この比較からは医療機関で PTSD と診断される頻度は推定される PTSD の実患者数より相当低いということが分かる。

これには、解離症状などのために当事者がトラウマサバイバーであることをあまり自覚していない場合があること、当事者の側からトラウマ経験について治療者に言いにくいこと、治療者の側も大部分がトラウマに焦点化した治療法のトレーニングを受けていないこと、限られた診療時間のなかでトラウマ体験を積極的に聞き出そうとしない場合が多いことなど、様々な理由が考えられる。いずれにしても、精神科医療の現場ではトラウマ体験や PTSD には焦点が当たりにくく、その結果として「PTSD 患者」が精神科医療によってその主体性を奪われるといったことも表面上は起こりにくく、それが PTSD の領域でリカバリーがあまり意識されてこなかった一因かもしれない。

また、PTSD の診断基準を満たすほどの苦痛を抱えながら医療にかかっていないサバイバーや、医療にかかっていても PTSD と診断されていないサバイバーも多数いると考えられるが、トラウマサバイバーの社会的機能は概して比較的高い。ここで、リカバリーを促進するための取り組みとして実践が重ねられているものを Slade らがまとめ宮本が和訳しているので、見てみたい（表 1）[4, 7]。このなかで、たとえば支援つき住居は、DV 等の被害者のためのシェルターや震災直後の被災者などを除けばトラウマサバイバーへの支援の優先順位としてそれほど高いものではない。治療を受ける状況になったとしても自分の意思をはっきり表現できるサバイバーにとっては事前指示の必要性もそれほど高くないし、すでに就労しているサバイバーも珍しくない。こういったことも、トラウマ・PTSD とリカバリーがあまり結びついてこなかった大きな理由だろう。

表 1：リカバリーを促進させるための実践の例

ピアサポート従事者（Peer support workers）	自身の精神疾患の経験を活かして他者のリカバリーを支援するスタッフ。
事前指示（Advance directives）	治療に自身の意思を反映させるよう本人があらかじめ指示しておく。
元気回復行動プラン（Wellness recovery action planning（WRAP））	自分のリカバリーや健康のために自分を把握し自分のプランを作る。
疾患管理とリカバリー（Illness management and recovery（IMR））	疾病や治療に関する知識・服薬アドヒアランスの向上、症状への対処技能等を身につけるためのプログラム。
REFOCUS	人間中心のケアをするための、サービス提供者を対象としたトレーニング。
ストレングスモデル（Strengths model）	個人の強みや資源を把握し、それらを最大限活かす地域ケアモデル。
リカバリーカレッジ（Recovery colleges / recovery education programs）	リカバリーに関する（医療福祉モデルではない）教育モデルのプログラム。
個別就労支援プログラム（Individual placement and support）	職を探したり、仕事を続けたりするための個別的支援プログラム。
支援付き住居（Supported housing）	安全な住居に安定して住むための支援。
メンタルヘルス・トリアローグ（Mental health trialogues）	サービス利用者、家族、精神保健従事者の三者が対話をする。

Slade et al.（2014）で紹介されている 10 の実践。宮本訳。

いっぽう、トラウマからの回復を考えるうえでの鍵概念であるレジリエンスとストレングスモデルとの類似性など、トラウマからの回復とリカバリーには共通点もあり、このことについては後の節でさらに考えていきたい。

Ⅲ．当事者におけるトラウマ体験の多さ

リカバリーを促進しようとする取り組みの主な対象は精神疾患の当事者であることが多いが、精神疾患の当事者は、トラウマ、特に子ども期の逆境体験（Adverse Childhood Experiences: ACEs）と呼ばれる成育過程における心理的・身体的・性的虐待や家庭的な機能不全を経験している割合が高い。たとえば、324 人の反復性うつ病患者について調べたイギリスの研究では、79.9％に少なくとも 1 つ以上のトラウマが経験されていたことが示されている [8]。

ACEs は、体験が相互に影響し合っていたり、同時に複数の被害に曝されるような環境に身を置いていたりする可能性が高いことなどから、これらの体験をいくつ累積しているかという視点が重視されている。2 万人以上を対象とした米国の調査では、4 つ以上の ACEs を体験している人は ACEs がない人に比べて自殺企図が 12.2 倍、アルコール関連の問題が 7.4 倍、過去 1 年間の 2 週間以上続く抑うつ気分が 4.6 倍であることが示されている [9]。

日本において行われた同様の研究でも、ACEs の体験率は諸外国と比較すると低いものの、ACEs が 1 つあることが気分障害、不安障害、物質関連障害、間欠性爆発性障害いずれかの精神疾患発症リスクを 1.2 倍に、2 つあることが 1.8 倍に、3 つあることが 3.6 倍に、4 つ以上あることが 3.9 倍にすることが示されている [10]。これらの先行研究から、精神疾患の当事者に ACEs をはじめとするトラウマ経験をしている人が多いこと、しかも複数のトラウマ体験をしている人も決して少なくないことが分かる。

また、たとえば閉鎖病棟への入院や隔離・身体拘束等の精神科での治療体験、あるいはスティグマによる周囲からの孤立等、精神科治療に付随してしまったイベントを（これらが狭義にはトラウマと定義されない出来事だとしても）トラウマとして体験している当事者も少なからずいることは容易に推測できる [11]。これらのことからも、「リカバリー」を促進しようとする取り組みにおいて、当事者のトラウマ体験を念頭に置くことの重要性が再確認できる。

Ⅳ．ハーマンの「回復」とリカバリー

この節では、トラウマ体験を持った精神疾患当事者のリカバリーを、トラウマからの回復という文脈に沿って理解することを試みたい。そのためにまず、ハーマンが「Trauma and Recovery」で述べている回復のプロセスを述べる。

ハーマンはトラウマからの回復のプロセスを「安全の確立」「想起と服喪追悼」「通常生活との再結合」の三段階としている。実際の回復のプロセスは螺旋的なので、文字通りこの順序で進んでいくとは限らないが、いつまた同じような危険にさらされるか分からないという恐怖を感じている状態から安全感が保障された状態へ、処理することができないために冷凍保存していた記憶を再構成して通常の記憶へ、そしてスティグマを帯びて孤立した状態から社会と結びついた状態へという移行が回復のプロセスのなかで起こる必要があるとされる [2]。特に、第一段階である「安全の確立」では、サバイバーが自分の身体・感情・思考を自分でコントロールしていると感じられることが、安全な環境と確保と並んで非常に重要とされる。なぜなら、トラウマからの回復とは、自己制御の力と感覚をサバイバーが取り戻すことだからである。

ここで、改めて表 1 を見てみたい。表 1 に挙げられている 10 の例のうち、「支援つき住居」は安全な環境の確保であるし、「事前指示」「メンタルヘルス・トリアローグ」など表 1 に挙げられている取り組みの大部分は安全感の保障に有用と考えられる。また英国の「リカバリーカレッジ」において最も人気のあるプログラムの一つはマインドフルネスであり、これは自己制御感を取り戻すことにつながりうる。

孤立した状態から社会と「再結合」するうえで「個別就労支援プログラム」は非常に重要と考えられるし、サバイバーが「リカバリーカレッジ」において講師になったり、「ピアサポート従事者」になったりする可能性が開けていることも「再結合」に資する。このように、ハーマンの言うトラウマからの回復とリカバリー志向の実践との間には、重なり合う点が非常に多い。

いっぽう、「想起と服喪追悼」に関しては、リカバリー志向の実践のなかで直接的に取り上げられる

ことはない。トラウマ体験を想起する作業は非常に困難なもので、この作業中に精神症状が増悪する可能性も十分にある。欧米の PTSD 治療ガイドライン[12-14]で推奨されている、トラウマに焦点をあてた認知行動療法や、眼球運動による脱感作と再処理法などの治療法は、構造化された枠組みのなかでサバイバーをトラウマ体験に暴露させることが治療の中核的な部分と言ってよく、そのような治療を行うには専門的なトレーニングが必須である。

サバイバー自身がトラウマ体験を積極的に処理することを希望する場合は、専門的治療によって「想起と服喪追悼」のプロセスを進めることが基本的には望ましいだろう。ただ実際には、PTSD 以外の併存疾患を抱えてトラウマに焦点化した治療の適応になりにくい場合や、何らかの理由で専門的治療にアクセスできない場合、サバイバー自身が専門的治療を希望しない場合もあるだろう。そのような場合に、安全が確立され再結合への機会が十分にあるリカバリー志向の実践のなかで、サバイバー自身のなかで「想起と服喪追悼」のプロセスが時間をかけて進んでいくことも十分にありえるのではないかと思われる。

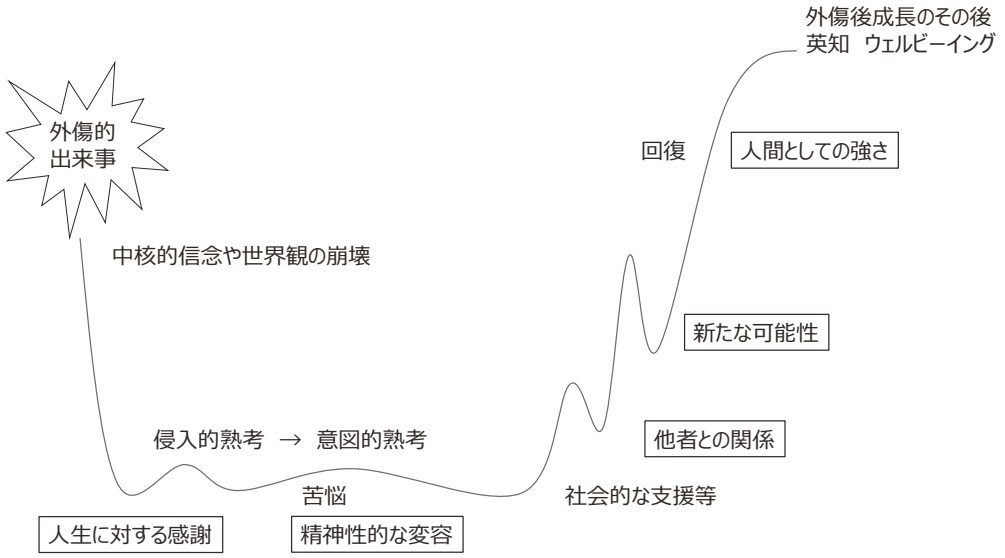
V．心的外傷後成長とリカバリー

リカバリーと共通する要素を持つと思われる概念に、トラウマ体験を契機とした成長を意味する「心的外傷後成長（posttraumatic growth: PTG）」がある。PTG は「非常に困難な状況での苦悩の結果として体験される肯定的な心理学的変容」[15, 16]と定義され、ここでの「非常に困難な状況」とはそれまでの世界観が揺さぶられる出来事を指し、必ずしも狭義のトラウマである必要はない。

興味深いことに、PTG は PTSD 症状とレジリエンスのいずれとも正相関することがこれまでの研究で示されている[17-19]。つまり、トラウマを体験したことによる苦痛と PTG は同時に経験される傾向があり、また PTG を経験することによってレジリエンスも高まりうる。

PTG は、しばしば強風に吹かれて何本か枝が折れ、葉も散り、以前とは違う形で成長し、樹木として命が続いていく、というイメージで説明されることがある。また宅は、PTG のイメージは人によって様々であり、螺旋状のイメージが合うかもしれないし、いろどりが増えるイメージが合うかもしれないし、霧が晴れていくような濃淡のイメージが合うかもしれないが、少なくとも「良い方に変わったか」「悪い方に変わったか」という問いだけでは正確に描き出せないと述べている[20]。

おそらく、これらはリカバリーにもかなり当てはまる。そもそも、Anthony の「精神疾患による壊滅的な影響を乗り越え成長する中で人生についての新たな意味や目標が見出されていくことが含まれ



文献22より、開の許可を得て一部改変

図 1：PTG の 5 因子が生じるプロセス

る」という「リカバリー」の定義は、PTG を包含している。

PTG の領域では、PTG を構成する各要素が、異なる時期に、異なる理由から生じているとする仮説や（図 1）[21]、PTG と PTSD 症状が逆 U 字型の曲線関係にあることを示す知見（図 2）[22]、PTG を測定する尺度の項目には含まれていない PTG もあるのではないかという問題提起等[20]、示唆に富んだ様々な先行研究や議論がある。リカバリーも「とても個人的で、人によって異なる過程」であるため、リカバリーを測定する尺度では捉えきれない部分が残り、量的な研究において他の変数と線形の相関が得られにくいこともある。今後、PTG とリカバリーの研究・実践が相互に影響を与えあって発展していくことも期待される。

Ⅵ．まとめにかえて

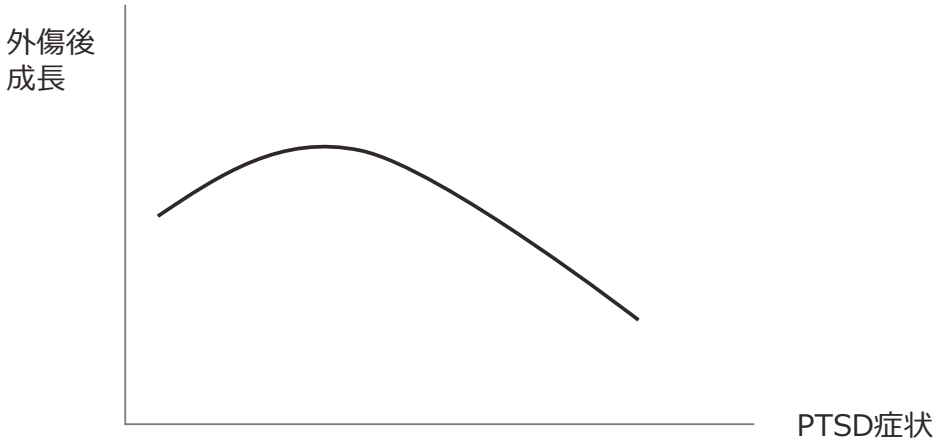
近年、さまざまな精神・心理療法に共通する、治療同盟、共感、目標の合意、肯定的承認、純粋性などが“Common factor”と呼ばれ、その重要性が改めて注目されている[23]。リカバリーを促進する取り組みは医療として提供されるものではないが、広義のトラウマからの回復やリカバリーの視点を持つことを Common factor の一つとして捉えることも可能ではないかと思われる。

日本の精神科医療・精神保健福祉において「リカバリーモデル」はまだ主流になっているとは言えないし、診療やカウンセリングの中でトラウマについて積極的に扱えない場合もまだまだ少なくない。ただ、様々な制約のある現場においても、主体性や自己制御感など、トラウマからの回復やリカバリーにおいて大切にされていることを意識することで、治療や回復のプロセスは違ったものになるかもしれない。

リカバリーを志向する援助者には、医療をはじめとする枠の中では、専門家としての確かな知識と技術とともに、そのような Common factor を備えていることが求められているのだろう。そして社会の中では、援助者自身も弱さを直視しながら成長・変容の道を歩む者の一人としてそこにあることが、おそらく求められているのではないだろうか。

引用文献

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990's. Innovations and Research. 1993;2:17-24.
2. ジュディス・L・ハーマン . 心的外傷と回復 増補版 . 東京 : みすず書房 ; 1999.
3. Mead S. Intentional Peer Support: An



PTSD症状が中等度の場合にもっとも外傷後成長が起こりやすく、
PTSD症状が軽い場合はそれまでの世界観が崩壊しないため変容がそれほど起こらず、
PTSD症状が非常に重い場合は外傷後成長が起こりにくいことが示されている。

文献22を参考にして図は著者作成

図 2：PTG と PTSD 症状との関係

Alternative Approach. 4th ed. Bristol, VT;2014.

4. 宮本有紀．リカバリーと精神科地域ケア．In: 石原孝二・河野哲也・向谷地生良, editor. 精神医学と当事者．東京：東京大学出版会；2016. p. 110-32.
5. Ishikawa H, Kawakami N, Kessler RC, World Mental Health Japan Survey C. Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016;25（3）:217-29.
6. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部．精神保健福祉資料 [Available from: http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/.
7. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association. 2014;13（1）:12-20.
8. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. Depress Anxiety. 2007;24（3）:163-8.
9. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences（ACE）Study. American journal of preventive medicine. 1998;14（4）:245-58.
10. Fujiwara T, Kawakami N, World Mental Health Japan Survey G. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. Journal of psychiatric research. 2011;45（4）:481-7.
11. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. Int J Ment Health Nurs. 2010;19（6）:416-27.
12. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder 2004 [Available from: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_11.aspx.
13. Excellence NIfC. Post-traumatic Stress Disorder（PTSD）: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care 2005 [Available from: http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline.
14. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Internet]. World Health Organization. 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf.
15. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. Journal of traumatic stress. 1996;9（3）:455-71.
16. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. Mahwah, New Jersey, and London: Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
17. Nishi D, Matsuoka Y, Kim Y. Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. Biopsychosoc Med. 2010;4（1）:7.
18. Nishi D, Kawashima Y, Noguchi H, Usuki M, Yamashita A, Koido Y, et al. Resilience, post-traumatic growth, and work engagement among health care professionals after the Great East Japan Earthquake: A 4-year prospective follow-up study. Journal of occupational health. 2016.
19. Nishi D, Suzuki Y, Nishida J, Mishima K, Yamanouchi Y. Personal lifestyle as a resource for work engagement. Journal of occupational health. 2017;59（1）:17-23.
20. 宅香菜子．PTGの可能性と課題．東京：金子

書房 ; 2016.
21. 開浩一 . 成長の旅路を伴走する―サバイバーの語りから学んだこと . In: 宅香菜子 , editor. PTG の可能性と課題 . 東京 : 金子書房 ; 2016. p. 20-34.
22. Shakespeare-Finch J, Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. Journal of anxiety disorders. 2014;28（2）:223-9.
23. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. Psychotherapy（Chic）. 2014;51（4）:467-81.