

<原 著>

非致死性的トラウマ経験者における想起視点と臨床症状及び ディタッチト・マインドフルネスとの関連

山口 摩弥* 今井 正司**,** 熊野 宏昭***,**

要 約

トラウマ経験後に現れる外傷後ストレス反応には、侵入的なトラウマの想起が含まれる。その際に想起する視点には、Field perspective (F視点) とObserver perspective (O視点) という2つの様式があるが、先行研究では、O視点が適応的か否かについて一致した結果が得られていないことから、O視点の機能を特定する必要がある。本研究では、O視点を構成する各項目を、「回避」及び「ディタッチト・マインドフルネス (DM)」との相関関係に基づいて複数のコンポーネントに分類した後、再体験症状及び反芻との関係を検討した。その結果、回避に関連するO視点 (O-Avoidance視点) とDMに関連するO視点 (O-DM視点) が明らかとなった。さらに、F視点は再体験症状及び反芻と中程度の相関を示す病理的な想起視点であり、O-DM視点は再体験症状と弱い相関を示す一方で反芻とは相関しない適応的な想起視点であることが示唆された。

キーワード：想起視点, トラウマ, 再体験症状, 回避, ディタッチト・マインドフルネス

問題と目的

外傷後ストレス障害(Posttraumatic Stress Disorder:PTSD)は、外傷的な出来事に曝露された後、再体験症状、回避症状、覚醒亢進症状といった外傷後ストレス反応 (Posttraumatic Stress Reaction :PTSR) を呈し、これらが1か月以上持続し、社会的または他の重要な領域において機能的障害を引き起こす疾患である (American Psychiatric Association, 2000)。外傷的な出来事とは、DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)にあるPTSDの診断基準Aによると、『(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体

の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。』という2つの基準が共に認められる出来事であり、すなわち致死的な内容に曝露されていることが必須条件とされている。

しかし、広義のトラウマは「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」と定義されており (佐藤, 2005), 「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うる」と指摘されている (金, 2001)。経験したトラウマ内容が診断基準Aを満たしていないトラウマ (すなわち非致死性的トラウマ) には、両親の離婚や失恋、人間関係の崩壊などがあり (Van Hoff, McFarlane, Baur, Abraham, Barnes, 2009), 非致死性的トラウマ経験者であっても、重篤なPTSRを呈することが示されている (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999)。しかし、非致死性的トラウマ

*早稲田大学大学院人間科学研究科

**名古屋学芸大学ヒューマンケア学部

***早稲田大学応用脳科学研究所

****早稲田大学人間科学学術院

経験者に対するアセスメントについての知見や、基礎的な研究はまだ十分であるとは言いがたい(伊藤・鈴木, 2009)。

PTSRの発生維持には、トラウマをどのように想起するかという、想起視点が関連していることが示唆されている(Kenny & Bryant, 2009)。想起視点には、Field perspective (F視点)とObserver perspective (O視点)の2つの視点様式があることが知られている(Nigro & Neisser, 1983)。F視点は、自分の目から記憶の出来事を見るように想起する視点であり、O視点は自分自身を含む出来事全体を、外側から眺めるように想起する視点である。これらの視点は相反する想起視点であると考えられる。PTSDと想起視点の関連を検討したKenny & Bryant (2009)の研究においては、1回目の実験時とそれから12ヶ月後の実験時の想起視点とPTSD症状を測定しており、最初にF視点から想起していた者はO視点から想起していた者と比べて、12ヶ月後におけるPTSD症状がベースラインよりも高かったことが示された。また、1回目ではF視点から想起しており、12ヶ月後にはO視点からの想起に変化した者は、12ヶ月後もなおF視点から想起する者と比べて、よりPTSD症状が高かったことが示された。さらに、1回目の想起視点に関わらず、12ヶ月後にF視点から想起していた者は、O視点から想起していた者と比べてよりPTSD症状が低かったことを示したことから、PTSD症状を維持する要因としてO視点の回避的機能が指摘されている。

ところで、伝統的な認知療法を発展させた治療法であるメタ認知療法(MCT)では、PTSDにおいて不適切な行動とされる、脅威刺激への注目やトラウマに関する状況・刺激の回避が、症状を持続させる可能性を高めると指摘している(Wells, 2009)。これらの不適応行動に対して、ディタッチト・マインドフルネス(DM)は、適応的な内的状態として機能する。具体的には、DMは内的出来事に対して、評価

や反応、あるいは抑制することなく、気づいている状態であり、侵入思考を心の中の単なる出来事にすぎないと捉えることができる状態である。山口(2011)は、非致死性的トラウマ経験者において、想起視点とPTSR及びDMとの関連を検討した結果、O視点は回避とDMの双方に強い関連をもつことが示された。回避とDMは逆の機能を有する概念であるにも関わらず、双方の変数においてO視点との有意な正相関が示された背景には、O視点を構成する項目において、回避の機能を有するものと、DMの機能を有するものの2つの機能が混在していたことが原因として考えられる。この結果から、O視点は、先行研究において想定されていた回避的機能とは別の機能も有していることが考えられる。

そこで本研究では、非致死性的トラウマ経験者においてO視点を回避とDMという異なる機能を主に有する項目に整理し、それぞれのコンポーネントと、PTSRの中核症状である再体験症状や、PTSRと関連の強い不適応行動である反芻との関係について検討することを目的とした。

方法

調査対象者と手続き

私立大学に通う学生に対し講義終了後の時間を利用して、質問紙調査を実施した。回答が得られた511名のうち、調査時において苦痛を伴うトラウマ経験のない者、致死性的トラウマ経験者、回答データの不備がある者を除いた84名(男性43名、女性41名、平均年齢 20.04 ± 1.32 歳)を非致死性的トラウマ経験者のデータとして分析の対象とした。

調査に使用した尺度

1) 想起視点尺度(山口, 2011)

過去に経験した出来事を想起した時の、想起したイメージがどのように見えるかを測定する質問紙である。トラウマ体験を想起した時に用いている視点を測定するために、下位因子「F視点」「O視点」を使用した。12項目4件法で

構成される。トラウマ体験を受動的に思い出した時の想起視点について回答を求めた。

2) 外傷体験調査票 (伊藤・鈴木, 2009)

「かつて経験したときと同じような苦痛をもたらしている出来事の中で、今もなお思い出すと最も苦痛を伴う出来事」の体験の有無を尋ね、ある者に限りその出来事の内容と経過時間の回答を求めた。なお、DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) の診断基準に従い、出来事を経験してから少なくとも1カ月以上経過している者を分析の対象とした。さらに、PTSD診断基準Aに該当する4つの質問項目に対し2件法で回答を求めた。4つの質問項目は、出来事の外傷性を問うものと対象者の情動喚起を問うものの2種類に分かれている。前者は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、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、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、という3つの質問項目から構成され、後者は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、という質問項目となっている。本研究では長江ら (2004) に従い、外傷性を問う質問項目のうち最低1つと情動喚起を問う質問項目1つが「はい」と選択された場合に限り、そのデータは致命的トラウマに該当するとして、分析対象から除外した。

3) 日本語版外傷後ストレス診断尺度 (PDS ; 長江ら, 2007)

PTSDをスクリーニングするための成人用の自己報告尺度である。トラウマを想起した時のトラウマ体験が再び起こっているような感覚や、生理反応を測定するために、下位因子「再体験症状」を使用した。5項目4件法で構成される。

4) 改訂版出来事インパクト尺度 (IES-R; 金, 2001)

過去1週間でどの程度PTSRに悩まされたかを測定する質問紙である。トラウマに関連する

刺激や状況をどの程度避けようと思ったかを測定するために、下位因子「回避症状」を使用した。8項目5件法で構成される。

5) ネガティブな反すう尺度 (NRS ; 伊藤・上里, 2001)

嫌なことを長い間繰り返し考え続ける傾向や特性を測定する質問紙である。14項目6件法で構成される。

6) Detached Mindfulness Mode Questionnaire (DMMQ; 今井・今井・熊野, 2012)

内的なものを含む刺激に対して、それに巻き込まれることなく、刺激と自己の間にある距離を置いて、その刺激にただ気づきを持つことのできる状態を測定する質問紙である。8項目6件法で構成される。

倫理的配慮

本研究は、早稲田大学における「人を対象とする研究に関する倫理委員会」の審査・承認を得て行われた (承認番号: 2011-065)。調査冊子への回答は学業成績には一切関係なく強制ではない旨を十分説明した上で調査を実施した。また、不快気分が喚起・持続した場合に備え、臨床心理士が対応できるよう配慮した。なお、調査中・調査後とも想定されえた問題は生じなかった。

結果

O視点を構成する項目の中から、回避とDMという異なる機能のどちらかと強い関連を有する項目を明らかにするために、O視点全6項目とIES-Rの回避症状、DMMQとの相関係数を分析した (Table 1)。その結果、O視点の2項目 (項目1・4) は、IES-Rとの間にのみ有意な正の相関を示した一方で、O視点の残りの4項目 (項目2・3・5・6) は、DMMQとの間にのみ有意な正の相関を示した。そこで、項目1・4を「O-Avoidance視点」、項目2・3・5・6を「O-DM視点」と命名した。O-Avoidance視点とO-DM視点それぞれを下位尺度として使用できるかどうかを検討するた

Table 1 O視点6項目とIES-R及びDMMQとの相関

	IES-R	DMMQ
O視点項目 1	.277*	.157
O視点項目 2	.133	.265*
O視点項目 3	-.030	.322**
O視点項目 4	.270*	.134
O視点項目 5	.103	.308**
O視点項目 6	.174	.305**

* $p < .05$ ** $p < .01$

Table 2 想起視点とPDS及びNRSとの相関

	F視点	O-Avoidance視点	O-DM視点
IES-R	.306**	.361**	.134
DMMQ	.088	.191	.437**
PDS	.449**	.262*	.223*
NRS	.365*	.126	.096

* $p < .05$ ** $p < .01$

めに、信頼性の指標としてCronbachの α 係数を算出したところ、特にO-Avoidance視点で低い内的整合性が示された（O-Avoidance視点： $\alpha = .25$ ，O-DM視点： $\alpha = .63$ ）。

次に、各想起視点（F視点，O-Avoidance視点，O-DM視点）の構成概念妥当性を検討するために、各想起視点と回避症状，再体験症状及び反芻との関連を，相関分析を用いて検討した（Table 2）。その結果，F視点においては，臨床的変数（再体験症状，回避症状，反芻）の全てと有意な正の相関を示した（再体験症状； $r = .449$ ，回避症状； $r = .306$ ，反芻； $r = .365$ ）。O-Avoidance視点においては，再体験症状及び回避症状との間に有意な正の相関が示され

た（再体験症状； $r = .262$ ，回避症状； $r = .361$ ）。O-DM視点においては，ディタッチト・マインドフルネスの状態と再体験症状との間に有意な正の相関が示された（DM； $r = .437$ ，再体験症状； $r = .223$ ）。

考 察

本研究の目的は，O視点を異なる機能を有する項目ごとにまとめ，それぞれのコンポーネントと臨床症状との関連について検討することであった。まず，O-Avoidance視点には，「現在の自分が，当時の自分や自分の周りを離れた所から見ているように思い出す」といった項目が含まれており，それは，単にトラウマ体験か

ら離れ、自分を遠ざけている可能性が考えられた。そのため、「そのことを思い出させるものには近よらない」という項目が含まれる回避症状と関連を示したのではないかと考えられる。O-DM視点においては、「自分の中で一步下がって過去の自分やその周りを観察するように思い出す」や「当時の自分がどのように振る舞っているかを、周りの光景の一部として思い出す」といった項目が含まれている。そのため、イメージの中でトラウマ体験を能動的に見ることができていたり、当時の幅のある一定時間の自分の行動に目を向け続けていられたりするのではないかと考えられ、抑制やコントロールをせずただ刺激に気づく状態であるDMとの関連を示したと考えられる。

しかし、今回は、回避とDMとの相関においてのみO-Avoidance視点とO-DM視点に項目整理したものであったため、十分な信頼性を示すことはできなかった。特に、2項目しか含まれず α 係数も.25と非常に低かったO-Avoidance視点に関しては、現在の項目内容では下位尺度としての使用は困難であると考えられた。したがって、以下に述べる各想起視点の構成概念についても、予備的検討に止まるものとした上で考察を進めることにしたい。

3つの想起視点と臨床症状との関連においては、想起視点の異なる機能が示唆された。PTSD患者にトラウマ記憶を想起させ、用いる想起視点によって記憶内容に差異が生じることを検討したMcIsaac & Eich (2004)の研究においては、F視点からトラウマ記憶を想起する者は、O視点からトラウマ記憶を想起する者に比べて、感情的な反応や身体感覚をより鮮明に再体験することを指摘している。本研究においても、F視点は過去に経験したトラウマを再び目の当たりにするように想起する視点であり、当時の感情を思い起こすために再体験する苦痛がより大きく、「トラウマの出来事について思い出させられたとき、生理的な反応を体験した(たとえば、汗がふきでた、心臓がどきどきし

た)」といった項目を含むPDSとの結びつきが強くなったと考えられる。また、F視点からの想起は、このような強い苦痛を伴うために「そのことについては、まだいろいろな気持ちがあるが、それには触れないようにしている」という回避との結びつきが強くなったと考えられる。また反芻との関連も示されたことから、F視点はより嫌悪的なトラウマについて考え込みやすい傾向にあることが示唆された。

McIsaac & Eich (2004)において、O視点からトラウマ記憶を想起するトラウマ患者がその視点を取る理由は、「経験した時と同様に自分の目を通してトラウマの恐怖を再体験することを避けるためである」と報告されている。これは、本研究におけるO-Avoidance視点と共通した性質であると考えられ、このことからO-Avoidance視点は「自分ではなく第三者の目からトラウマのイメージを見ており、その嫌悪的なイメージを自分から遠ざける視点」として構成した概念であると言える。そのような一時的な苦痛の軽減の手段としてO視点をを用いることは、長い目で見ると治療の妨げになる可能性が指摘されている(McIsaac & Eich, 2004)。それに対し、O-DM視点は再体験症状を呈しながらも、DMと共通した状態を含んでいることが示された。このことから、O-DM視点はトラウマ体験を想起することで再体験はするものの、嫌悪的なトラウマ体験のイメージについて考え込む行動には結び付かない想起視点であると考えられる。

その一方で、DMは回避や反芻と逆の内的状態であるにも拘らず、O-DM視点はIES-Rとの間に負の関係を示さなかった。この理由としては、O-DM視点が「トラウマのイメージに気づく際のメタレベルの視点」として構成した概念であり、「内的出来事に対して、評価や反応、あるいは抑制することなく、気づいている状態であり、侵入思考を心の中の単なる出来事にすぎないと捉えることができる状態」とされるDMそのものではないため、回避や反芻を抑え

る機能までは持たない可能性があると考えられた。

本研究の結果から、F視点は最もトラウマ体験後の症状や病理的な行動を促進する想起視点である一方で、O視点は反芻との有意な相関が示されなかったことから、抑うつ症状に発展する可能性が低いことが示唆された。そして、特にO-DM視点がトラウマ体験の想起において適応的である可能性が示唆された。しかし、Kenny & Bryant (2009) の研究では、どちらの想起視点を用いてトラウマ記憶を想起しているかとPTSD症状の重篤度を実験で検討し、それから12か月後においても同様の実験を行った結果、F視点を用いている者に比べ、O視点を用いている者の方がより症状が重篤であることを示している。先行研究におけるO視点がO-Avoidance視点の要素を含んでいた可能性を指摘するには、今回の結果を踏まえて、下位尺度としての使用に耐えるO-Avoidance視点の測定項目を作成する必要がある。そしてその上で、長期的なPTSRの増減に対して、今回明らかになったO-Avoidance視点とO-DM視点が、実際に逆の効果を持つかどうかをさらに検討する必要がある。また今後さらに、想起視点と不安や心配といった病理につながると考えられる他の変数との関連を検討するとともに、想起視点の変容可能性を踏まえながら、DMや記憶の想起に関するメタ認知的信念への働きかけを用いたトラウマ関連症状への効果的な介入の開発を目指したい。

引用文献

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. ed., text revision.* Washington D.C.: Author
 Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Postraumatic Cognitions Inventory

(PTCI) : Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.
 Van Hoff, M., McFarlane, A. C., Baur, J., Abraham, M., Barnes, D.J. (2009). The stressor Criterion-A1 and PTSD: A matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorder, 23*, 77-86.
 今井正司・今井千鶴子・熊野宏昭 (2012). Detached Mindfulness Modeと臨床症状との関連 : Detached Mindfulness Mode Questionnaireの作成を通して日本行動療法学会第37回大会大会論文集 (Imai, S., Imai, C., & Kumano, H.)
 伊藤大輔・鈴木伸一 (2009). トラウマ体験の致死性の有無が外傷後ストレス反応および外傷体験後の認知に及ぼす影響 行動療法研究, **35** (1), 13-22.
 (Ito, D., & Suzuki, S. (2009). Posttraumatic stress reactions and posttraumatic cognitions: influence of lethal and non-lethal trauma. *Japanese Journal of Behavior Therapy, 35*, 13-22.)
 伊藤 拓・上里一郎 (2001). ネガティブな反すう尺度の作成およびうつ状態との関連性の検討 カウンセリング研究, **34**(1), 31-42., 2001-02
 (Ito, T., & Agari, I. (2001). Develop of the Negative Rumination Scale and Its Relationship with Depression. *Japanese Journal of Counseling Science, 34*, 31-42.)
 Kenny, L. M., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., & McFarlane, A. C. (2009). Distant Memories: A Prospective Study of Vantage Point of Trauma Memories. *Psychological Science, 20*, 9, 1049-1052.
 金 吉晴 (2001). 心的トラウマの理解とケア

- 厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費
外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイド
ラインに関する研究班 じほう
(Kim, Y.)
- McIsaac, H. K., & Eich. E. (2004).
Vantage point in traumatic memory.
Psychological Science, **15**, 4, 248-253.
- 長江信和・廣幡 小百合・志村ゆず (2007).
日本語版外傷後ストレス診断尺度作成の試
み—一般の大学生を対象とした場合の信頼
性と妥当性の検討— *トラウマティックスト
レス*, **5**(1), 51-56.
(Nagae, N., Hirohata, S., & Shimura,
Y.)
- 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.
(Nagae, N., Masuda, T., Yamada, S.,
Kanetsuki, M., Nedate, K., & Kim, Y.
(2004). Development of a Japanese
Version of the Posttraumatic Cognition
Inventory (JPTCI) : Prevalence of
negative life Events among university
Students. *Japanese Journal of Behavior
Therapy*, **30**, 113-124.)
- Nigro, G., & Neisser, U. (1983). Point of
view in personal memories. *Cognitive
Psychology*, **15**, 467-482.
- 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.
(Sato, K. (2005). Traumatic stress and
self-disclosure. *The Japanese Journal of
Stress Science*, **19**, 189-198.)
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy
for Anxiety and Depression*. Guilford
Press (熊野宏昭・今井正司・境泉洋 監
訳 (2012). *メタ認知療法*— 日本評論社)
- 山口摩弥 (2011). 非致命的トラウマ経験者の
想起視点尺度作成の試み、及び想起視点と
外傷後ストレス症状との関連— *早稲田大学
人間科学部卒業論文* (未刊行).
(Yamaguchi, M.)

Relevance between vantage point of trauma memories and psychological symptoms and detached mindfulness in those who have experienced non-lethal trauma

Maya YAMAGUCHI *, Shoji IMAI **,***, and Hiroaki KUMANO ***,****

* Graduate School of Human Sciences, Waseda University

** School of Human Care Studies, Nagoya University of Arts and Sciences

*** Institute of Applied Brain Sciences, Waseda University

**** Faculty of Human Sciences, Waseda University

Abstract

Posttraumatic Stress Reaction following traumatic experience includes the intrusive recollection of its memories. The viewpoints that we use in recalling are known to have two perspectives: the field perspective (F perspective) and observer perspective (O perspective). Previous research has not suggested whether O perspective is adaptive or not, so we should clarify the function of O perspective. In this study, the O perspective items were divided into those with different functions, i.e., avoidance and detached mindfulness (DM) based on correlations with scores of avoidance and DM. The relationships between each component and intrusive symptoms and rumination were then examined. As a result, O perspective related to avoidance (O-Avoidance perspective) and O perspective related to detached mindfulness (O-DM perspective) were identified. It was indicated while F perspective is a pathological viewpoint that showed moderate correlation with intrusive symptoms and rumination, O-DM perspective may be an adaptive viewpoint that showed low correlation with intrusive symptoms but no correlation with rumination.

Key words : vantage point, trauma, intrusive symptom, avoidance, detached mindfulness