The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

| | |
|---|---|
| Title | 二次受傷 ： 臨床家の二次的外傷性ストレスとその影響 |
| Author(s) | 大澤, 智子 |
| Citation | 大阪大学教育学年報. 2002, 7, p. 143-154 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://doi.org/10.18910/8421 |
| rights | |
| Note | |

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

大阪大学教育学年報 第7号（2002年）
*Annals of Educational Studies* Vol.7


# 二次受傷－臨床家の二次的外傷性ストレスとその影響

大 澤 智 子

**【要旨】**

トラウマ体験を持つクライエントとのセラピーに従事する臨床家は、自身はそのような体験をしたことがないにも関わらず、クライエントと同じような外傷性のストレス反応を示すことが報告されている。このような現象は「二次受傷（Secondary Trauma）」または「二次的外傷性ストレス(Secondary Traumatic Stress)」と呼ばれ、その研究は1990年代ごろから主にアメリカで盛んになった。しかし、二次的外傷性ストレスおよび二次受傷は一握りの専門家にしか知られていない。それにはこの概念が発達過程であるため、多くの名称や関連概念が存在しており、理解に困難を覚えるところにも寄与していると思われる。そこで、この論文は、その中でも代表とされる「燃えつき(Burnout)」、「逆転移(Countertransference)」、「外傷性逆転移(Traumatic Countertransference)」、「代理受傷(Vicarious Traumatization)」、「共感的疲弊(Compassion Fatigue)」をとりあげ、それぞれの特徴を考察し、今後の課題を提示した。

## 1．はじめに

「Aさんは最近、身の安全に不安を感じている。仕事から自宅に戻りオートロックの入り口を抜ける時には不審者が後からついて来ないか、玄関ホールの横にある集合メールボックスに誰かが隠れていないかがとても気になる。エレベーターに乗ると防犯ベルのすぐ近くに立ち、自宅階に止まると踊り場の死角に人影がないかを確かめる。素早く鍵を開けると後ろを振り返り、誰もいないことを再度確認するや大急ぎで中に入る。自室に入っても携帯電話を片手に、大きな音を立てながらベットルーム、クロゼット、風呂場、トイレ、台所に誰もいないことを確認し、それぞれの部屋の明かりを消すことができない。物音に大げさな反応をし、音の場所と原因を確かめずにはいられない。また、夜遅くなってからの帰宅がストレスになるため、仕事後の飲み会や習い事にも出なくなったため友人たちからも孤立してきた。最近では、誰かに襲われる夢を繰り返し見るので眠っても疲れが取れない。イライラしていることも多く、小さなことで怒りが爆発することも増え、仕事にも影響が出始めている。」

このような話に聞き覚えがある臨床家は少なくないであろう。レイプや暴漢に襲われた被害者は、事件後、「また同じようなことが起こるのではないか」と恐怖の中で暮らしていることがよくある。事件を思い出させる場所に近づけなくなり、街中で犯人と容姿や服装が似た人を見かけると恐怖に足がすくむ。これまで疑うこともなかった「自分は安全だ」という考えにも確信がもてなくなり、最悪の事態を想像し、それに対応できるように緊張状態にいる。その結果、周囲に対する注意は常に研ぎ澄まされており、小さな物音にも大げさな反応をしてしまう。これらはトラウマ体験をした人に見られる、再体験、回避、そして覚醒亢進症状の一部である。現行のDSM-IV（1994）のPTSD（Post Traumatic Stress Disorder:外傷後ストレス障害）診断基準（以下を参照）は、トラウマ体験として認められる出来事の性質を特定し、その出来事を体験した結果、どのような影響が症状として発生しているのかを記している。

外傷後ストレス障害の診断基準『DSM-IV　精神疾患の分類と診断の手引き（169～171頁）』による：

A　その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

（1）実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、一度または数度、また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。

B　外傷的な出来事が、以下の１つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。

（1）出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。

（2）出来事についての反復的で苦痛な夢。
（3）外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。
（4）外傷的出来事1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
（5）外傷的出来事の１つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。

C　以下の３つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）刺激と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。
（1）外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。
（2）外傷を想起させるような活動、場所または人物を避けようとする努力。
（3）外傷の重要な側面の想起不能。
（4）重要な活動への関心または参加の著しい減退。
（5）他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。
（6）感覚の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。
（7）未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待できない）。

D　（外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の２つ（またはそれ以上）によって示される。
（1）入眠または睡眠維持の困難
（2）易刺激性または怒りの爆発
（3）集中困難
（4）過度の警戒心
（5）過剰な驚愕反応

E　障害（基準B,C,およびDの症状）の持続期間が１ヶ月以上。

F　障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

先述のAさんの症状を診断基準に照らし合わせるとどのような診断が下るのだろうか。どのような出来事を体験したかについての記述がないので、Aさんの症状をもたらした出来事がトラウマであるかどうかは判断できないが、１）繰り返し見る襲われる夢（再体験症状）、２）夜間の外出に生じるストレスおよび、飲み会や習い事への不参加と孤立感（回避）、３）過度の警戒心や驚愕反応（覚醒亢進症状）などが見られ、彼女が体験している症状は、PTSDの診断基準をほぼ満たしていると言えよう。しかし、ここに登場したAさんはこれまでレイプや暴行を含むトラウマ経験は全くない。では、なぜこのような症状を体験しているのだろうか。彼女は民間の相談室でレイプや暴行の被害者に対してカウンセリングを行っている臨床家で、日々、クライエントの恐ろしい体験に耳を傾けているのである。

トラウマ体験はその物語を聴くものに強烈な感情を体験させる。Aさんのように自分はレイプというトラウマ体験がないにもかかわらず、あたかも被害者と同じような症状を経験することを「二次受傷（Secondary Traumatization）」、そのきっかけになるストレス因を「二次的外傷性ストレス（Secondary Traumatic Stress:以下、「STS」と略す）という（Figley　1995）。
しかし、トラウマを扱う専門家に見られるSTSの実態と影響、およびその対処に関する研究は十分に行われているとは言えない。また、この現象は誰にでも起こりうるにも関わらず、その認知度は低い。その理由のひとつにはSTSの概念が未熟であることがあげられる。それゆえ、専門家の間でもSTSの定義が合意されておらず、STSとされる症状群をはじめ、STSの現象を指す名称も多数存在し、理解がより困難になっていると思われる（大澤 2000）。そこでこの論文では、STSの一部として捉えられている５つの代表概

念－「燃えつき」、「逆転移」、「外傷性逆転移」、「共感性疲弊」、「代理受傷」－を整理・考察し、今後の課題を提示する。

## 2．二次的外傷性ストレス－概要

外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder以下、「PTSD」と略す）に関する調査研究は、1980年にその診断名がトラウマによる精神障害としてアメリカ精神医学会の診断基準(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third edition 以下 「DSM-III」と記す) に採用されて以来、盛んになった（Blake, Albano, and Keane 1992）。これらの研究の多くは、ベトナム戦争の帰還兵(Breslau and Davis 1987、Chemtobら 1990、Foyら 1984、Galllersら 1988、McFallら 1991)、テロ攻撃（Abenhaimら 1992、Shalev 1992)、虐待やネグレクト(Terr 1991)、レイプ(Resnickら1992、 Kilpatrickら 1989)、そして自然や人的災害の被害者(Naderら1990、Northら1994)が対象で、その目的はトラウマがもたらすPTSD症状、脆弱要因、併発症などの理解と治療的介入方法の構築にあった。

このようにPTSD研究が盛んになるにつれ、臨床現場においてトラウマを体験したクライエントを治療する臨床家も増えた。その結果、1980年後半にはPTSDを含むトラウマ体験を扱う専門家が、クライエントと同じようなストレス反応を示すことが報告され始めた（Figley 1989）。この現象は、自分はそのトラウマ体験を直接は経験していないにも関わらず、体験者と共感的な関係を持つことで自身も体験者と同じようなストレス反応を経験することで、後に「二次受傷（Secondary Traumatization）」または「二次的外傷性ストレス（Secondary Traumatic Stress：以下「STS」と記す）」と呼ばれるようになった(Figley 1995)。
これまでSTSの症状に関する記述はその概念がどのように定義されるかによって異なってきた。McCann and Pearlman（1990）は、「代理受傷（Vicarious Trauma）」と言う名称を掲げ臨床家の世界観や人生観における変容を述べ、Figley（1985）は、「共感的疲弊(Compassion Fatigue)」でPTSDの症状に燃えつき症状を交差させている。また、ハーマン（1986）やDalenberg(2000)は「外傷性逆転移」と言う枠組みの中でトラウマ体験を扱う際に生じる逆転移の特異性を述べている。これらの概念の詳細は「STSの関連概念」の章で述べるとし、ここでは広義でのSTS症状とその影響について触れたい。

これらの名称は異なるものの、しかし、それぞれの概念が意味するのは、「トラウマ体験者と共感的に関わることで臨床家はリスクを負う」と言うところで共通している。その影響の表出方法やそこに至るまでのプロセス、脆弱要因については若干の違いはあるにせよ、大枠では同じように思われる。これまでの調査研究は、STSは専門家としての役割だけではなく、一個人としての生活にもさまざまな支障をもたらすことを報告している。例えば、エイズカウンセラー（Garrett 1999）、家族療法家(Carboonell and Figley 1996)、カウンセラー(Steed and Downing 1998, Schauben and Frazier 1995)を対象にして行われた研究は、STSが放置され適切な介入がなされない場合、心身症やうつ、フラッシュバックや悪夢などのPTSDと同じ症状に苦しんだり、配偶者や近しい人との関係が疎遠になったり性生活が営めなくなったなどを報告している。

では、次にSTSとして捉えられている５つの関連概念を見ていく。

## 3．STSの関連概念

### 1）燃えつき

「燃えつき（Burnout：バーンアウト）」とは、もともと、アメリカの保健領域で、手の施しようもなくなった麻薬中毒者に対して使われていた用語であった。しかし、1960年代に入り対人サービスに従事する看護婦、カウンセラー、ソーシャルワーカーなどに見られる「心身エネルギーを使い果したような」現象を指して「バーンアウト症候群：Burnout Syndrome」と称し、論じられるようになった（McConnell 1982）。わが国においては、少し遅れた1970年後半から燃えつきの概念が研究者の間に広がったが、1980年代にマ

スコミが「燃えつき症候群」として紹介されて以来、より社会的な認知を深めた（近澤1988）。

燃えつきの学術研究は精神科医のFraudenbergerが1974年に発表した論文を起点にしており、その名称がアメリカ社会で市民権を得た後を追いかけるように始まった。彼はその論文の中で職場のストレス状況と個人の脆弱性についての事例分析を行い、燃えつきに陥る過程、要因と力動を示し、その状態を「燃えつき（Burnout）」と命名している(黒川1992)。また、その論文は燃えつきに陥りやすいのは、共感的、人間的、繊細で献身的、そして理想に燃える人に多いと述べており、対人援助職にとって「利点」とされる特性が燃えつきへの脆弱要因にもなることも示唆している。

その後、Fraudenbergerの共同研究者であったMaslachが燃えつきの概念を発展させ、「長期にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーがたえず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失」と定義するに至った（Maslach and Jackson 1981）。この定義は現在においても燃えつき研究が盛んなアメリカで学術的および社会的に広く受け入れられており、これをもとに作成された尺度「Maslach Burnout Inventory (MBI)」は研究での使用頻度が最も高い。この尺度は１）情緒的疲弊、２）離人感、３）個人達成感の３つの下位尺度から構成されており、特に対人援助に従事する人々の燃えつき状態を測るのに優れていると評価されている（Stout 1983）。

Maslach and Jackson（1981）は、燃えつきはまず情緒的疲弊が起こり、それに伴い離人感が高くなり、最後に個人達成感が低下する過程を経て起こると考えた。つまり、燃えつきは時間の経過とともに現れる症状だと説明された。その枠組みでは、対人援助職が陥る燃えつき状態は、長期にわたって蓄積され、その根本にはクライエントの問題がセラピストの対応能力を超えている状況が長期間継続しているところにある、と説明することができる。別の言い方をするならば、個人および組織の対応能力が限界に達しているにも関わらず外部からの支援を受けず、または受けられないままに、今までと同じ、もしくはそれ以上のサービス（質または量、もしくはその両方）を提供するはめになり、結果として心身の疲労が蓄積するというわけである。また、燃えつき状態は不安、イライラ感、悲哀感、自尊心の低下、睡眠障害や高血圧、頭痛、そして夫婦間や家庭内での不和なども誘発されると考えられている（田尾・久保　1996）。

Vreedenburgh ら（1999）が521人の心理士を対象に行った燃えつきの研究は、対象者の燃えつきが中から低レベルであったと報告している。心理士の燃えつきに大きく影響をもたらす要因として職場環境が提示されており、病院臨床をしている心理職の方が個人開業をしている人より高いレベルの燃えつきを示していた。この結果は、個人開業は自己責任も重いが、自己決定が可能で自由裁量に任されるため、同じ量の仕事をこなしても他人ではなく自分のために働くと捉えることから、その負担の感じ方にも違いがあり、燃えつきも少ないようだと述べていた。また、年齢と燃えつきは反比例しており、経験を積むことで対応方法の種類が増えるために燃えつきのレベルが下がるのではないかと推察されていた。

別の心理士を対象にした（Ackerleyら　1988）研究は、その3分の１が高レベルの燃えつきを示したと報告している。燃えつきに陥っている心理士の特徴は、１）若い、２）低収入、３）個人セッションを行うことが少なく、４）臨床環境における影響力が少ないと感じている、５）クライエントに対して過剰に関わっていると感じている、とある。

つまり、燃えつきとSTSはストレスが引き金になる点で類似しているが、ストレス因の質に違いがある（大澤、2000）。前者は人材や物資が慢性的に不足している職場環境がストレス因となることが多いが、STSのそれはクライエントが語る体験のトラウマ性である。ある意味、燃えつきの引き金となるストレス因は程度の差こそあれ日常生活にも存在している。言い換えるとサービス残業が重なるサラリーマンや子育てに追われる母親などにも起こりうる。しかし、トラウマ体験のそれは、その定義が示すとおり「死ぬかもしれない」と思わせるような外傷性のストレス因である。昨今の生活はストレスが高いとは言え、「死んでしまう」と真剣に思わせるものは少ないであろう。また、燃えつきがもたらす症状はうつ状態なども含まれるとは言え、その根本は心身の疲労である。根本的な解決は職場の環境要因の見直しにも関わるが、休息を十分とることでこれらの症状はほぼ解消される。一方、STSの場合、その症状はPTSDのそれと同じで、回避、再体験、覚醒亢進などで構成されている。

### 2）逆転移

これまで逆転移について書かれた文献はSTSという非常に複雑な現象を理解するために有益な枠組みを提供してきた。しかし、STSと同様、逆転移の定義も多く存在しているためにその捉え方にもかなりの幅がある。例えば、「逆転移」を治療関係においてセラピストが体験するすべての情動とそれを伴う行動とする（Bounchard・Normandin・ Seguin 1995、 Bollas 1983）非常に広義のものから、セラピストがクライエントに対して持つ「ある特定の反応」とするもの(Cohen 1952、Gitelson 1952、Grotstein 1995)とさまざまである。伝統的なものも含め、多数存在する定義の中でも広く一般的に受け入れられているのは、「クライエントとの治療関係において、セラピストの未解決な、あるいは無意識下にある葛藤や心配事が活性化されること」（Freudenberger and Robbins 1979、 Farber 1985）であろう。

事実、STS研究文献には、過去にトラウマ体験－それもクライエントの体験と同種であればなおさら－を持つ専門家はSTSの影響を受けやすいと示唆している（Kassam-Adams 1999)。しかし、注目すべき点は、その体験が解決されているかどうかは、STSの影響を受けるか否かにはあまり関係がないということである。もちろん、乗り越えるための努力が何もなされていないトラウマ体験が治療関係内でどのような「反応」を引き起こすかは想像に難くないが、これまでの調査結果は、同時に、過去に何のトラウマ体験を持たない専門家でもSTSの影響を受けると述べている（Figley 1995)。

また、これら以外にも、逆転移とSTSには差異があるようだ。トラウマを主に扱う専門家ら（Haley 1974、Wilson and Lindy 1994、ハーマン1996、Dalenberg 2000）は、トラウマ体験を持つクライエントとの間に生じる「転移」と「逆転移」は、そうでないクライエントとの間に起こるそれと比較して、そのインパクトや質に大きな違いがあると述べており、それらを「外傷性転移」「外傷性逆転移」と呼んでいる。次に「外傷性逆転移」について考察する。

### 3） 外傷性逆転移

トラウマを抱えたクライエントがその体験を乗り越えるためには、それらを扱うことができる「安全な空間」と共感的態度を維持することができるセラピストの存在が不可欠である（ハーマン1996、Horowitz 1986)。トラウマ体験によって失った安全感や信頼感を再構築するためには、治療関係において、セラピストへの信頼がないことには不可能である。しかし、トラウマの物語は強烈な感情－混乱、不安、脆弱、苦痛、苦悩、喪失、怒り、恐怖、無力感、否認－を喚起し、聞き手を「実存的な恥（Existential Shame)」に直面させる（Danieli 1988)。その結果、訓練や経験を積んだ専門家でさえも安全な空間や共感的態度を継続的に提供するのが困難になる。

多くの臨床家は、このようなクライエントを目の前にして、彼らが語るトラウマ体験やそれに付随する感情や行動に対して「特有の逆転移反応」、つまり「外傷性逆転移」を示す。そして、これらの「外傷性逆転移」が認められ、適切に対応されないとセラピストは治療関係においてクライエントが必要とする「安全な空間」と「共感的な態度の維持」を提供することができず、専門家としての役目を果たせなくなる。その結果、クライエントに対して理由なき嫌悪感や怒りを抱いたり、救済者と化した臨床家がクライエントとの治療関係の枠組みを破棄し、時間外に会ったり個人的な関係を持つことも指摘されている（ハーマン 1986)。

Dalenberg（2000）は「外傷性逆転移」を「一般的」か「個人的」かの２つに分類している。つまり、その外傷性の刺激が何であれ、どのセラピストであってもおおむね同じような反応をする場合と、セラピストが体験する反応がそのセラピスト特有の場合である。言い換えるならば、その反応はどんなセラピストにも起こる一般的なのものか、またはそのセラピストが持っている価値観や課題・問題によってもたらされた個人的なものなのかということである。

例えば、夫婦間暴力の被害を受けているクライエントに関わっている臨床家がいるとする。夫は妻（クライエント）を理由もなくののしり、時には殴る蹴るの暴力を加える。家賃と光熱費以外は一銭も生活費を入れず、妻は独身時代の蓄えを切り崩しながら食費や子どもたちの教育費などをまかなっている。妻の

両親は早くに亡くなり、兄弟や親戚とは疎遠であるため頼れる身内は皆無である。社交的な夫は彼女の友人とも親しくしており、これまで何度か夫の暴力について訴えたが誰一人として彼女の言葉を信じてくれない。そればかりか、そのようなこと言う彼女に対して冷たい態度を取るようにさえなった。夫の暴力にたまりかねて離婚を求めたが、その条件に親権放棄を求められどうしたらいいのか分からない。

このようなケースを目の前にして、多くのセラピストは「無力感」に襲われることがある。妻は、夫の暴力が始まったばかりの頃は、自分の行いを正せば彼の暴力も収まるかもしれないと考えた。妻は、自分の料理の腕が上がれば彼も喜んでくれるかもしれない、子どもが生まれれば彼の態度も柔らかくなるかもしれないとも思った。しかし、そのどれも彼の暴力をエスカレートさせるだけであった。やっとの勇気を振り絞って友人に相談しても彼の擁護に回ることはあっても自分を信じてくれた人はいなかった。何とか毎日を生きてきたのは子どもたちがいたからなのに、離婚の条件に親権を放棄しろと言われた。クライエントが語るこのような状況にセラピストは無力感を覚えたとしても、それはごく当然のこと、つまり「一般的」な反応ということができるであろう。共感できているからこそクライエントの無力感をも体験することができるのだ。そして、この反応は治療においてもクライエントを理解する上で有益な情報となる。

しかし、このクライエントと似通った過去を持つセラピストがケースを担当した場合、どのような反応が起こりうるのであろうか。たとえば、このセラピストの父親は酒癖が悪く、飲んでは母親を殴っていた。そんな両親を持ったセラピストは自分を連れて逃げなかった母親に怒りを抱えると同時に、どんな働きかけをしても母親を説得できなかった自分に対して無力感を募らせていたとする。そのようなセラピストが先述の話を聞いたとするとどうなるのか。このセラピストはクライエントの子どもたちとの強い同一化を起こし、自分の母親に対する怒りが再燃し、クライエントを責め夫の下を去ることを強要したり、子どもたちを守れない母親に自らが抱えていた怒りや不満を持ち辛らつな言葉を投げかけたり怒りをコントロールできなくなるかもしれない。しかし、同時に、子どもの時には母親を守ることができなかった埋め合わせをするがごとく、このクライエントを何とか救済しようと専門家としての役割を超えて時間外に自宅を訪問し夫に説教をしたり、新しい生活を始める資金を提供しようと申し出たりするかもしれない。そして、そのような努力にも関わらずクライエントが何もしないことに対して自分の臨床能力が原因であると理論付け、専門家としての能力不足を感じ無力感に悩まされ、ケースを降りるかもしれない。また、自分が父親に対して持っていた空想をクライエントの夫に対し暴力を振るっている夢を見ることで再体験するかもしれない。このようにセラピストの過去やそれらの体験を源とする情動が強い反応を生み、どの感情が誰のもので、誰に対するものなのかが分からなくなり、治療に混乱をもたらすというのである。

Wilson and Lindy (1994)は、PTSDおよびトラウマ体験によって併発したその他の症状を治療するプロセスにおける「トラウマ特有の転移（Trauma-Specific Transference：以下TSTと略す）」の存在を述べている。TSTは、トラウマ体験の未消化または未解決の事柄によってもたらされるクライエントがセラピストに対して無意識に示す反応で、「情緒的反応」、「行動傾向」、「象徴的な役割関係の再演」というかたちで表出する。つまり、クライエントはTSTプロセスの中でセラピストにトラウマ体験に存在した特有の役割を演じるように仕向け、その結果、セラピストは逆転移プロセスの一部としてその役割を演じているように感じるというのである。その配役は親身な支持者や救済者などの「肯定的役割」から屈辱をもたらした警察官や弁護士、はたまた加害者に代表される「否定的役割」と幅があると考えられている。

そして、このようなTSTに直面したセラピストが体験すると考えられている逆転移反応スタイルを４つに分類している。彼らは逆転移反応を「タイプⅠ（回避型:avoidance)」と「タイプⅡ(過剰同一化型:over-identification)」に分類し、それぞれのタイプに対して「一般型(normative)」と「個人型(personalized)」の２つの逆転移プロセスを提示し、計４つの反応スタイルとした。タイプⅠの一般型を「不均衡な共感反応(empathic disequilibrium)」、同タイプの個人型を「緊密な共感反応(empathic enmeshment)」、タイプⅡの一般型を「回避的な共感反応(empathic withdrawal)」、そして同タイプの個人型を「抑圧的な共感反応(empathic repression)」としている。以下にそれぞれの特徴を述べる：

「不均衡な共感反応」は、クライエントが語るトラウマに圧倒され、セラピストとしての自分の能力に対して不安や緊張を感じることを言う。この反応は、トラウマに関する専門知識を増やし臨床経験を重ねる

ことによって和らげることが可能となる。

「緊密な共感反応」は、専門家がクライエントに対して過剰な同一化をするがために、専門家としての役割を離れ、治療における適切な境界線をも越えてしまうことをさす。過去にトラウマ体験を持つ専門家が陥りやすい共感反応のひとつで、目の前にいるクライエントの救済者になることで無意識的に自分の問題を解決しようと試みていると考えられている。また、たとえトラウマ体験を持っていない場合でも、セラピストが過剰な責任をクライエントに対して抱いているとこのような反応に陥りやすい。

「回避的な共感反応」は、治療関係において、そのクライエントの体験をそのひと独自のものとして「いま・ここで」理解するのではなく、あらかじめ学習した知識のフィルターを通してクライエントの反応を予測し、極めて客観的な態度で関わることをいう。既存の技術や知識が邪魔をするために専門家は共感的態度を維持できなくなり、クライエントはセラピストと情緒的に関わる機会を逃し、トラウマ体験を乗り越えることが困難になる。これはトラウマに対する防衛的な反応のひとつでもあり、「不均衡な共感反応」を避けるために、より客観的になりすぎた結果としても起こりうる。

「抑圧的な共感反応」は、クライエントの転移が専門家に内在する葛藤や未解決の問題を活性化させ、セラピストは自分の問題に目がいってしまい、無意識のうちにセラピストとしての役目を果せなり、クライエントが提示する問題の重要性を否認したりすることをさす。セラピストは個人セラピーなどを用いて自分の問題を扱い、この反応に陥ることを防ぐことが可能である。

### 4）代理受傷

McCann and Pearlman（1990）は外傷性逆転移の議論を一歩進め、近親姦および性的虐待を幼少期に受けたクライエントを専門に扱う臨床家に見られる現象をまとめ、STSは専門家の自己や世界に関する「認知体系（cognitive schema）」に永久的な変化をもたらすと論じ、このような現象を「代理受傷（Vicarious Traumatization）」と呼んだ。このモデルは「構成主義自己発達理論（Constructivist Self-Development Theory）」と呼ばれ、構成主義理論がベースになっており、「人間は複雑に発達した認知構造を通して外界の出来事を解釈し、その結果、個人の内的現実を構成している（p.137）」と述べている。

また、トラウマからの回復は、安全（safety）、信頼(trust)、尊重(esteem)、親密性(intimacy)、そして統制（control）の５つの基本的ニーズ（認知体系）の回復にあると考え、あるトラウマ体験がどのように経験されるかはその人にとって中心となる認知体系がどれであるかに左右されるとの仮説を立てている（Pearlman and Saakvitne 1995）。

以下に、トラウマ臨床はどのような影響をそれぞれの基本ニーズ（認知体系）および世界観に及ぼすのかを紹介する。

「安全」は、世の中をおおむね安全な場所として捉えることができるかどうかに関わる。無垢な人が脅されたり、傷つけられたり、謂れなき暴力にさらされるなど、安全感が喪失した現実を何度も目の当たりにすることが変容への引き金となる。また、同性で同年代などのように、クライエントが自分と似たような境遇や状況にいる場合、セラピストが体験する同一化は強くなり、自己の脆弱性を直視せざるをえなくなる。その結果、自分や家族の安全が気になり家族の行動をチェックしたり、制限したりするようになることもある。

「信頼」は、他者や自己を信頼することができるかどうかに関わる。クライエントが人にだまされたり、信頼している人に裏切られたりするのを数多く見聞きするうちに変化が起こり、セラピストは、これまで維持していた他者への基本的な信頼感に大きな揺らぎが生まれる。その結果、セラピストは、他人の動機に疑問を抱くようになったり、一層の皮肉屋になったり、極端なケースでは他人に対する猜疑心の塊になることもある。このような変化は、新規のクライエントを目の前にしても「最悪のシナリオ」を勝手に想像するなどとして現れるかもしれない。例えば、クライエント本人に確認をする前に「この症状は親による性虐待が原因に決まっている」などとケースの背景を決めつけるかたちとして表出するかもしれない。

「尊重」は、自己や他者を善人であり尊敬に値すると思えるかどうかに関わる。正当な理由もなく傷つけられたり、暴力を受けたりするクライエントに関わることでセラピストは、加害者はもちろんのこと、

人間全般に対する尊重を失う。この認知体系に歪みが生じる前は、「人間はすばらしい存在だ」と思えていたが、人間の動機に疑いを持つようになり自分や他者の意見や決断を尊重するのが困難になる。

「親密性」は、自分が自分自身や周囲の人間や世間一般とのつながりや受け入れられている感覚をさす。クライエントは、トラウマを体験したことでこれまでの自分ではなくなったと感じたり、汚れた存在と捉えたりするようになることがある。また、彼ら自身はそのように感じていなくても、周囲が「かわいそうな人」などのレッテルを貼ることで外界と疎遠になってしまうこともあるであろう。このような体験をしているクライエントとの関わりの中で、セラピスト自身も同じような感覚を抱くようになり、その結果、一人きりでの時間を楽しく過ごすことができなくなったり、他人との関係が疎遠になったりする。

「統制」は、自分の情動や衝動を自制できるかどうか、また、他者との関係において相手をコントロールする必要性を感じるかどうかをさす。この体系に歪みが生じたセラピストは、自らも自傷他害を犯してしまうのではないかと不安になることもあれば、リラックスするのが困難になるケースもある。また、セラピストは、自分以外の人間がその状況や関係の主導権を握るといたたまれなくなる、などが影響として起こりうる。

つまり、トラウマ体験を持つクライエントを目の前にしたとき、セラピストは自分に内在する自己や世界に関する基本的な世界観の青写真に混乱がきたすのを体験する。この混乱は、あまりにも微妙で全く気づかない場合もあれば、大きなショックとして体験されることもある。また、「構成主義自己発達理論」によれば、これらの変化は半永久的で不逆的であるとも言われている点で他の概念とは趣が異なり、臨床家としてトラウマを扱う場合に支払わなければならない代償の大きさを指摘している。

### 5）共感的疲弊

「共感的疲弊（Compassion Fatigue)」は、Figley (1995)によって提唱されている名称で、「共感的ストレス（Compassion Stress)」とも同義語である。また、痛みを体験している人と共感的に関わるゆえに発生することから「cost of caring（思いやりの代償)」とも呼ばれている。主な症状は、PTSD症状に見られる回避、再体験、覚醒亢進症状と燃えつきに見られる心身の疲労であると考えられている。

共感的疲弊は、もともと、1978年に燃えつきの一形態として「二次的被害（Secondary Victimization)」という名称で発表され、トラウマ体験者と親しい関係にいる家族や友人らがその体験を直接していないにも関わらず、被害者と同様のストレス反応を示す現象（例えばDanieli 1985、Figley 1983）に源を発する。その名称が記すとおり、この現象はトラウマの物語にどれだけ暴露されるか、共感のレベルはどれほどかによってその影響が異なると考えられており、暴露が多いほど、共感のレベルが高いほど、その症状が重くなる。

このモデルでは、共感的な関係にいる相手がトラウマを体験したことを「知るだけ」でもSTSとして十分だと主張し、その記述はDSM-III（1980)、DSM-IIIR（1987)、そしてDSM－IV（APA,1994）のPTSD診断基準のA基準にあると論じている。それを踏まえ、 Figley (1995)は、PTSDを「Primary Traumatic Stress Disorder（一次的外傷ストレス障害)」とし、STSによっておこる障害を「Secondary Traumatic Stress Disorder (二次的外傷ストレス障害)」とすることも提唱している。これら２つの差異は、前者がトラウマを直接体験した場合で、後者は間接的にトラウマに暴露された結果に生じる障害としている。

## 4．今後の課題－臨床現場において

STSとして考えられている５つの概念－燃えつき、逆転移、外傷性逆転移、代理受傷、共感的疲弊－について述べた。STSはトラウマ臨床を行う上では避けて通れない課題である。では、現場の臨床家に必要なのは何なのかを考えてみたい。

まず、STSを専門家に広く知ってもらうことが最重要である。この概念は専門家の間でも認知を得られていないのが実状である。それゆえに、本当はSTSに苦しんでいるにも関わらず、その原因を臨床家としての資質にあると思い込み、最終的にはセラピストとしての人生に終止符を打った人もいるのではないか

と推察する。このような悲劇を増やさないためには、臨床家を対象に研修会やサポート体制の構築が望まれる。

第二に、日本におけるSTSの実態調査も急務である。わが国において心理職が置かれる現状はSTS研究が盛んに行われているアメリカのそれとは異なる。しかし、文化差を楯にして日本にSTSは存在しないと結論付けるのは性急であるだけではなく、間違っている。ましてや、文化的背景に関する要因以外にも、セラピストの社会的認知度、異業種の連携、サポートシステムの制度化など社会的システムにおける差異が歴然と存在する。その意味では、日本の臨床家が直面する状況はアメリカのそれよりもずっと険しいのかもしれない。その上、去年の児童虐待防止法、今年に入ってはDV防止法が制定・施行されて、社会的な認知が高まれば虐待やDVのケースが増えることも予測できる。このようなケースに携わる臨床家が増えるとSTSを体験する率も必然的に増えるはずだ。また、実態の把握はニーズに即したSTS予防プログラムの構築に不可欠である。

第三に、スーパービジョンの活用が重要である。STSは予防策を講じることでその影響を抑えることができるが、不幸にも影響が現れた場合、早急に介入をする必要がある。それには定期的なスーパービジョンが欠かせない。ただ、残念ながらわが国においては、トラウマ臨床に実務と理論の両方に精通し、且つSTSの理論を理解しているバイザーがどれくらい存在するかが疑問である。その意味では、トラウマ臨床に関わる実務家に対してSTSの研修を行い、仲間同士の連携体制を整えることがまず必要となるであろう。

第四に、臨床家が所属する施設や組織はSTSの知識を深め、専門家の「職業病」を軽減するべく努力をしてもらいたい。セラピスト個人が意識してSTS予防に取り組むのはもちろんのことだが、しかし、個人ができることには限界がある。そこで、1）スタッフのケース量を適切にモニターする、2）スタッフがお互いをサポートしやすい環境を提供する、3）定期的な研修およびスーパービジョンの提供、4）他機関との連携を積極的に持つ、などを提案したい（大澤　2000）。

STSを悪化させる一番の要因は「孤立」だと言われている。事実、セラピストは非常に孤独な職業である。その意味でも、スタッフが自らの体験を分かち合える場所を提供することができていればSTSのみならず、スタッフが直面する職業上のストレスを予防することになるであろう。

最後に、STS概念の日本語訳について述べる。他の心理学用語と同様、英語の名称を日本語にする際、訳語がオリジナルの表記と名実ともに合致するのはまれである。しかし、名は体を表すと言うように、名称がその概念のイメージを左右するのも事実である。今回、紹介した「代理受傷」はvicarious traumataizationの忠実な訳語ではあり、すでにいくつかの出版物にもその名称で記載されている（ハーマン　1996など）。この論文では、既存の訳語「代理受傷」を使用したが、筆者は以前からその訳に違和感を持っている。なぜならば、「代理」から連想する意味合いは決して肯定的ではない。つまり、被害者の「代わり」に傷つくという表現は、おこがましい上に、この概念を正確に反映しているとも思えない。事実、vicariousを新英和中辞書で調べると1）（他人の経験を）想像して感じる；他人の身（気持ち）になって経験する；2）代理をする；3）身代わり；とある。つまり、vicarious traumataizationで意図されているのは「代理」ではなく、「相手の身になって経験や気持ちを体験する」という意味であって、それを二字熟語で記載するのであれば「共感」、もしくは概念背景を念頭に「二次」と意訳語を当てるほうがより正確を期すると考える。

STSはトラウマを扱う専門家のみが直面する問題ではない。毎日新聞にも女性警察官の二次受傷が問題となっている旨の記事が掲載されていた（2001年10月21日）。この概念が社会的にも認知されるにはその表記にも気配りが要求されるであろう。

《引用文献》

Abenhaim, L., Dab, W., and Salmi, L.R. 1992. 'Study of Civilian Victims of Terrorist Attack (France 1982-1987).' in Journal of Clinical Epidemiology 45:103-109.

Ackerley, G.D., Burnell, J., Holder, D.C., and Kurdek, L.A. 1988. 'Burnout Among Licensed Psyhologists.' in Professional Psychology: Research and Practice 19(6): 624-631.

American Psychiatric Association, 1980. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Author.

American Psychiatric Association, 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., rev.). Author.

American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ( 4 th ed.). Author.

Blake,D.D.,Albano, A.M.,and Keane, T.M.1992. 'Twenty Years of Trauma: Psychological Abstracts 1970 through 1989.' in Journal of Traumatic Stress 5(3):477-484.

Bollas, C.1983. 'Expressive Uses of the Countertransference: Notes to the Patient from Oneself.' in Contemporary Psychoanalysis 19:1-34.

Bounchard, M., Normandin, L., and Seguin, M. 1995. 'Countertransference as Instrument and Obstacle: A Comprehensive and Descriptive Framework.' in Psychoanalytic Quarterly 44:717-745.

Breslau, N. and Davis, G.C. 1987. 'Posttraumatic Stress Disorder: The Etiologic Specificity of Wartime Stressors.' in American Journal of Psychiatry 144(5): 578-583.

Carbonell, J.L., and Figley, C.R. 1996. 'When Trauma Hits Home: Personal Trauma and the Family Therapist.' in Journal of Marital and Family Therapy 22(1):53-58.

Chemtob, C.M., Bauer, G.B., Neller, G., Hamada, R., Glisson, C., and Stevens, V. 1990. 'Post-traumatic Stress Disorder among Special Forces Vietnam Veterans.' in Military Medicine 155:16-20.

近澤 範子. 1988.「看護婦のBurnoutに関する要因分析」『看護研究』21 (2) : 157-171.

Cohen, M. 1952. 'Countertransference and Anxiety.' in Psychiatry 15:231-243.

Dalenbeerg, C.J.2000. Countertransference and the Treatment of Trauma. American Psychological Association.

Danieli, Y.1985. 'The Treatment and Prevention of Long-Term Effects and Integrational Transmission of Victimization: A Lesson from Holocaust Survivors and their Children.' in Trauma and its Wake: Study and Treatment of PTSD, edited by C.R Figley. Brunner/Mazel, pp.295-313.

Danieli, Y. 1988. 'Confronting the Unimaginable: Psychotherapists' Reactions to Victims of the Nazi Holocaust.' in Human Adaptation to Extreme Stress edited by J.P.Wilson, Z.Harel, and B. Kahana. Plenum Press, pp.219-237.

Farber, B.A. 1985. 'The Genesis, Development, and Implications of Psychological-Mindedness among Psychotherapists.' in Psychotherapy 22:170-177.

Figley, C.R. 1978. 'Psychological Adjustment among Vietnam Veterans: An Overview of the research.' in Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Research, and Treatment, edited by C.R. Figley. Brunner/Mazel, pp.57-70.

Figley, C.R. 1983. 'Catastrophe: An Overview of Family Reaction.' in Stress and the Family, edited by C.R.Figley and H.I.McCubbin. Brunner/Mazel, pp.3-20.

Figley, C.R.1995. 'Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview' in Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized, edited by C.R.Figley. Brunner/Mazel, pp.1-20.

Figley, C.R. 1989. Helping Traumatized Families.Jossey-Bass.

Figley, C.R.1999. 'Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring.' in Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators edited by B.H.Stamm. Sidran Press, pp.3-28.

Foy,D.W., Ruger,D.B., Sipprelle, R.C., and Carroll, E.M. 1984. 'Etiology of Post-traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans: Analysis of Premilitary, Military, and Combat Exposure Influencec.' in Journal of Consulting and Clinical Psychology 52:79-87.

Fraudenberger, H.J. 1974. 'Staff Burnout.' in Journal of Social Issues 30(1):159-165.

Freudenberger, H.J., and Robbins, A. 1979. 'The Hazards of Being a Psychoanalyst.' in Psychoanallystic Review 66(2):275-296.

Gallers, J., Foy, D.W., Donahoe, C.P.,Jr., and Goldfarb, J. 1988. 'Post Traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans: Effects of Traumatic Violence Exposure and Military Adjustment.' in Journal of Traumatic Stress 1:181-192.

Garrett, C. 1999. 'Stress, Coping, Empathy, Secondary-Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Providers Working with HIV-Infected Individuals [dissertation]' Dissertation Abstracts International 60/04-A 1329.

Gitelson, M. 1952. 'The Emotional Position of the Analyst in the psychoanalytic Situation.' in International Journal of Psycho-Analysis 33:1-10.

Grostein, J.1995. 'Projective Identification Reappraised: II. The Countertransference Complex.' in Contemporary Psychoanalysis 31:479-511.

Hayley, S.A. 1974. 'When the Patient Reports Atrocities.' in Archives of General Psychiatry 30:191-196.

Herman, J. 1992. Trauma and Recovery. Basic Book. 中井久夫訳. 1996.『心的外傷と回復』みすず書房.

Horowitz, M. 1986. Stress Response Syndromes. Jason Aronson.

Kassam-Adams, N. 1999. 'The Risks of Treating Sexual Trauma: Stress and Secondary Trauma in Psychotherapists.' in Secondary Traumatic Stress edited by B.H. Stamm. Sidran, pp.37-48.

Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J., and Resnick, H.S. 1989. 'Victim and Crime Factors Associated with the Development of Crime-Related Post-Traumatic Stress Disorder.' in Behaviour Therapy 20:199-214.

黒川　昭登. 1992.『スーパービジョンの理論と実際』岩崎学術.

Maslach, C., and Jackson, S.E. 1981. Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press.

McCann, I.L. and Pearlman, L.A.1990. 'Vicarious Traumatizaiton: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims.' in Journal of Traumatic Stress 3(1):131-149.

McConnell, E.A. 1982. The Burnout Syndrome: Burnout in the Nursing Profession. Mosby.

McFall, M.E., Mackay, P.W., and Donovan, D.M. 1991. 'Combat-related PTSD and Psychological Adjustment Problems among Substance Abusing Veterans.' In Jouranal of Nervous and Mental Disease 179:33-38.

Microsoft. 1998. 'Microsoft Bookshelf.' 新英和中辞典. 第6版. 研究社.

Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., and Frederick, C. 1990. 'Childrens' PTSD Reactions One Year After a Sniper Attack at their School.' in American Journal of Psychiatry 147:1526-1530.

North, C.S., Smith, E.M., and Spitznagel, E.L. 1994. 'Posttraumatic Stress Disorder in Survivors of a Mass Shooting.' in American Journal of Psychiatry 151:82-88.

大澤　智子.2000.「二次受傷から身を守るために－支援者の傷つきを考える」藤森和美編『被害者のトラウマとその支援』誠信書房：202－229.

Pearlman, L.A. and Saakvitne, K.W.1995. Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatisation in Psychotherapy with Incest Survivors. Norton.

Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Best, C.L., and Kramer, T.L. 1992. 'Vulnerability- Stress Factors in Development of Posttraumatic Stress Disorder.' in Journal of Nervous and Mental Disease 180:424-430.

Schauben, L., and Frazier, P.A. 1995. 'Vicarious Trauma: The Effects on Female Counselors of Working with Sexual Violence Survivors' in Psychology of Women Quarterly 19:49-64.

Shalev, A.Y.1992. 'Posttraumatic Stress Disorder among Injured Survivors of a Terrorist Attack: Predictive Value of Early Intrusion and Avoidance Symptoms.' in Journal of Nervous and Mental Disease 180:505-509.

Steed, L.G., and Downing, R. 1998. 'A Phenomenological Study of Vicarious Traumatisation Amongst Psychologists and Professional Counsellors Working in the Field of Sexual Abuse/Assault.' in Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies 2:1-10.

Stout, J.K., and Williams, J.M. 1983. 'Comparison of Two Measures of Burnout' in Psychological Report 53:283-289.

田尾雅夫・久保真人. 1996.『バーンアウトの理論と実際』誠信書房.

Terr, L.C.1991. 'Childhood Trauma: An Outline and Overview.' in American Journal of Psychiatry 148:10-20.

Vredenburgh,L.D., Carlozzi, A.F., and Stein, L.B. 1999. 'Burnout in Counseling Psychologists: Types of Practice Setting and Pertinent Demographics.' in Counselling Psychology Quarterly 12(3):293-302.

Wilson, J.P. and Lindy, J.D.1994. 'Empathic Strain and Countertransference.' in Countertransference in the Treatment of PTSD edited by J.P.Wilson and J.D. Lindy. Guilford, pp.5-30.

# Secondary Traumatization

## －Secondary Traumatic Stress and its Impact on Therapists Who Work with Traumatized Population－

OSAWA Tomoko

Therapists who are exposed to traumatic materials presented by their clients are reported to experience similar traumatic stress symptoms such as PTSD. This phenomenon is referred to as Secondary Traumatization or Secondary Traumatic Stress (STS), and the research in the field has started since 1990's. However, since the concept of STS or ST is still in a process of maturation, there are many names in existence、and causing confusion among the researchers and clinicians in the field. Therefore, this paper attempts to look at five major concepts in the STS, namely Burnout, Countertransference, Traumatic Countertransference, Vicarious Traumatization, and Compassion Fatigue, to illustrate their points of argument. The author also offers suggestions for future issues facing trauma therapists.