

直野 章子(なおの あきこ)

広島市立大学広島平和研究所 教授



1994 B.A., School of International Service, American University (Washington, D.C.)  
1995 Project Director, Nuclear History Institute, American University (広島市との共催で原爆展を開催)  
1998 M.A., Department of Sociology, University of California, Santa Cruz  
2002 Ph.D., Department of Sociology, University of California, Santa Cruz  
2003 日本学術振興会特別研究員 (PD)  
2005 九州大学大学院比較社会文化研究院 准教授  
2016 現職

主な著書

『ヒロシマ・アメリカ』(溪水社、1997、第三回平和共同ジャーナリスト基金奨励賞)  
『「原爆の絵」と出会う』(岩波書店、2004)  
*Beyond the Frame* (共著、Palgrave Press、2005)  
*Traces in the Social World* (共著、University of Minnesota Press、2010)  
『被ばくと補償—広島、長崎、そして福島』(平凡社、2011)  
『原爆体験と戦後日本—記憶の形成と継承』(岩波書店、2015) など

## 1. はじめに

「トラウマ」という言葉は「心の傷」と同義語として日常会話のなかで使用される。しかし、日本の言論空間において「トラウマ」が広く用いられるようになったのは、たかだかこの20年余りのことである。1995年に起きた阪神淡路大震災や地下鉄サリン事件をきっかけに、「PTSD」や「トラウマ」という概念が精神医学の文脈を超えて広く流通するようになったのである。

精神医学用語でもある「トラウマ」は、単なる「心の傷」とは違う。日常会話で「トラウマ」が使われるときには、ストレスとなった体験やその結果傷ついたりストレスを感じたりした状態を意味することが多い。「2年前牡蠣にあたったのがトラウマになって、食べられなくなっちゃった」「小学生のとき原爆資料館に行ったのがトラウマになって、原爆(被害)の写真はみたくない」という具合である。この2例が精神医学的な意味における「トラウマ」に該当しないとただちに断定できるわけではない。しかし、トラウマ体験は主体を危機に陥れたり、崩壊させたりして、自己の歴史に断絶をもたらすものであるという観点からいうならば、これらを「トラウマ」の事例として語るのは躊躇する<sup>1</sup>。他方、原爆被爆体

<sup>1</sup> 日本におけるトラウマの臨床研究の第一人者でもある小西聖子は、トラウマが「単なる「ストレス」とは意味が違」と念を押している(小西 2012: 29)。また、同じく精神科医として、災害や性暴力など多様なトラウマに苦しむ患者をみてきた宮地尚子も、トラウマとは「話題が少しでもそのことに近づくと、その場

---

験を「トラウマ体験」と看做すことについては、異論はないだろう。実際に、原爆体験を「トラウマ」として読み解く試みが増えている。しかし、「トラウマ」という概念を応用するにあたっての理論的、臨床的、社会的な意味合いについて横断的に考察した論考は少ない。そこで、本論文では、トラウマ概念の系譜を学際的に検討したうえで、トラウマ概念を導きとして原爆体験を読み解くことで、どのような可能性が拓かれるのか、考えてみたいと思う。

## 2. 原爆体験にかかわる精神医学、心理学および社会学研究

原爆被害や原爆体験の心的側面を精神医学や心理学の立場から調査・研究したものは、身体的影響を調査した医学研究や被害の社会的側面を調査した社会科学研究に比べて蓄積が少ない<sup>2</sup>。ここでは、トラウマ概念が導入される以前の研究を中心に概観しておく。

### 精神医学研究

敗戦後初期の段階で行われた精神医学的研究としては、九州大学医学部精神病学教室の奥村二吉らの調査が挙げられる（奥村・疋田 1949）。大村国立病院に収容された長崎の「原子爆弾罹災患者」192名のうち50名を無作為に抽出して、被爆から3ヵ月後（昭和20年11月初旬）に行った調査である。被爆直後（「初期」：8月末まで）の精神神経症状として考えられるもののうち、「爆弾の破裂や当事の悲惨なる状況を体験することにより生ずる心因反応性のもの」が見られる対象に注目したが、情緒混迷の3例と起立匍匐不能の1例に限られていたという。情緒混迷の例として、家屋の下敷きになり助かった38歳の女性を挙げている。彼女は両親、妹、3歳の息子と15歳の娘を亡くしているが、直後には悲しみを感じることはなく、1、2週間経って初めて感情が湧き上がり泣くことができたという。

検査を行った時点（「後期」：10月中旬以降）における主な症状は、頭痛や全身倦怠であり、精神疾患としては2名の神経症患者と1名の抑うつ症患者を数えただけであった。以上の結果を踏まえて、奥村らは「原子爆弾の精神神経系への直接の障害作用としては放射線による一般症状のみである。間接作用としては初期に於ける情緒混迷を主とする驚愕反応、後期には爆撃による環境並びに身体状況の悪化にもとづく神経症および精神病への発展を認めえた」と結論づけている（奥村・疋田 1949: 52）。

初期の研究としては、他に東京大学医学部精神病学教室の白木博次らによる大脳病理学的調査（白木 1951）と長崎大学医学部精神科教室の築城士郎らによる調査（築城ほか 1951）がある。白木らが行った37例の原爆屍脳の解剖結果からは、中枢神経系への影響はほとんどみられなかった（白木 1953）。築城らは爆心から10キロ以内で被爆した283名のうち、原爆以前から発病していた83名を除いた200名を対象に非被爆者と比較研究を行った。被爆者に精神分裂症および精

---

からすっと離れたり、「その話はしないでくれ」と激しく拒絶してしまうようなもの」であるとして、大きなストレスとは区別すべきであるとしている（宮地 2013: 3）。

<sup>2</sup> 被爆者に関する精神医学や心理学的な研究の概要については、西本・松本（2001）、太田（2002）、中澤（2007b）を参照されたい。

神神経症がやや多く、原子爆弾症の程度が強かった者のほうが、精神神経症状（疲れやすい、無気力、内向的、記憶減退）が後にも残った感があると結論づけている（築城ほか 1951）。

築城らは長崎大学の臨床各教室と協同して、1951年2月と12月の前後に厚生省の委託による長崎市の原子爆弾被爆者の総合検診を行った。そのうち、神経様症状に苦しむ人を調査した結果を報告している（築城ほか 1958；仁志川・築城 1961）。7,297名の対象者のうち7.3%に神経症様患者がみられたが、被爆直後に脱毛、皮下出血、口内炎、発熱、下痢、嘔吐、食欲不振、倦怠感などの原子爆弾症状があったかどうかを基準に対象者を分類してみると、症状ありの者のうち神経症様症状がみられたのは9.7%で、症状なしの3.9%に比べて有意に差が見られた（築城ほか 1958: 637-638）。また、夏季に症状が悪化すると答えたものは、症状ありのほうが症状なしに比べて有意に多かった（築城ほか 1958: 639）。以上の結果から、「神経症様状態をすべて心因性のいわゆる「神経症」として片付けるのは誤りであり、原子爆弾の放射能による身体的障害と無関係ではないということを示している」と結論づけている（築城ほか 1958: 639）。

仁志川と築城は51年の調査対象者のうち、神経症様患者で「急性放射能症状」があったという30名を任意に選んで脳波検査を行った。その結果、急性症状が重かった者に脳波の異常が認められたという（仁志川・築城 1961: 718-719）。さらに、神経症様患者にアンケート調査を行った結果、検査から4年後もなお半数近くが神経症様愁訴に苦しんでいるという結果となった。これらの調査結果を踏まえて、仁志川らは次のように結論づけている。

原爆被災者に今日もなおかなり見られる神経症様状態は、中には心因性の純然たるノイローゼと思われる症状を呈するものも確かにあるが、全体として見た時、急性放射能症状を示したものに高率に見いだされること、また脳波に異常所見があることが分析により証明されることなどから、やはり放射能による器質的ないし機能的障害に基づく一種の **Encephalose**（脳病）ないし **Somatose**（身体病）と考えるのが至当ではないかと思われる。（仁志川・築城 1961: 722）

広島では広島医科大学精神神経科教室の小沼十寸穂らが、広島の大竹地区住民勤労奉仕隊隊員で爆心より1.5~2.0kmの地点で被爆し、「少なくとも火傷を負い、かつ多くはその直後に襲った〔黒い〕雨を被ったもの」のうち「当時ある程度の原子爆弾症を発症し、後遺症を残したと思われるもの」に該当する131名を対象に、1953年8月、調査を行った（小沼・古谷・久保 1953: 5-6）。対象者の多くが全身性疲労（特に夏期）、罹病傾向、環境不堪、消化器系訴えなどの身体的訴えと、健忘、頭痛頭重、眩暈、睡眠障害、情動変化、精神作業能力障害などの精神的な症状を訴えた。加えて、被爆後、音や光などに対して不耐性を示すものが25%ほどいた。これらの症状は、放射線による間脳症候群ではないかと推測している。少なくとも「単なる心因性のものではなく、器質性及至機能性の障害であるという見方を重んぜざるを得ない」と結論づけている（小沼・古谷・久保 1953: 11）。さらに、循環器調節機能をみるために、対象者のうち49名を無作為に抽出して、体位変化に伴う血圧と脈拍の検査、負荷心電図による検査、基礎代謝率の検査

---

を行った。採血検査では、対象者のうち白血球値が正常範囲を逸脱する者が91%、赤血球数も約71%で減少していた。以上の結果から、「苦訴」の大半が循環機能障害によるものであり、原爆後遺症と考えられると小沼らは推論している（小沼ほか1954）。

うえにみた初期の精神医学的研究について、長崎大学の太田保之と共同研究者たちは、現代の精神医学的知見から、原爆被爆の心的衝撃に焦点を当てて再解釈している<sup>3</sup>。たとえば、奥村が検討した女性のケースをPTSD症状の一つである精神麻痺として読み解いている（太田・三根・吉峰2014:123-128）<sup>4</sup>。また、小沼が報告した対象者の「身体的な訴え」の主たる症状が全身性疲労（43.5%）であり、「精神的な訴え」の主たる訴えが「作業意欲・根気の減退」（35.9%）であることを受けて、両者が切り離すことのできない症状であり、その結果「社会生活」を遂行するうえでの障害となることから、次のような指摘をしている。

身体・精神（心）・社会は一体となった反応連鎖体系であるが、この連鎖反応の根本起源は原爆被爆（放射線被曝）による身体的な強度の侵襲と「心のなかが爆撃を受けた体験」にあったことは明白でしょう。（太田・三根・吉峰2014:103）

小沼らが精神神経的症状・神経症様状態を放射線被曝による身体的障害として論じているのに対して、太田らは、その可能性を否定しないながらも「明確な立証には至っていない」と論じ（太田・三根・吉峰2014:106）、心因性である可能性を示唆している。とりわけ、対象者にみられた「耐えられない精神ショック」を「精神的な訴え」とは独立した訴えとして小沼が区別していること、また、築城らが対象者から「夏季に症状が悪化する」という訴えを抽出したことに着目して、それらが衝撃体験によるトラウマ的反応（侵入的想起、フラッシュバック）である可能性を示唆する（太田・三根・吉峰2014:103-104;114-115;119-121）。小沼らが調査した当時、「戦争神経症」という概念はすでに存在していたが、PTSD概念や診断基準は存在していなかった。しかし、PTSD症状の1形態であるフラッシュバック様の症状が小沼の調査対象者の約4割にみられたことから推測して「PTSDに罹患し苦しまれた被爆者は少なからずおられたことは確かであろう」と結論づけている（太田・三根・吉峰2014:121）。

80年代に入ると、東京の代々木病院の野中猛らが精神科を受診した被爆者37名を対象に検討した研究がある（野中ほか1987）。対象者の病像が変化する傾向にあり、必ず身体疾病を伴っていること、不定愁訴（「ぶらぶら病」）はどの対象にもみられるが時期や期間、表現様態（自律神経失調症、体感覚異常、無気力など）は多様であることがわかった。愁訴を裏付ける身体データには欠くが、しだいに正常域から異常域に移る傾向にあり、「ぶらぶら病」は「被爆者に特有の精神

---

<sup>3</sup> 「あくまでも現在の精神医学的な視点からみた仮説であるという大きな制約がある」と断ったうえでの推論である（太田・三根・吉峰2014:114）。

<sup>4</sup> ただし、この女性が2週間後には感情を取りもどしたことから、PTSD発症には至らなかった「異常な出来事に対する正常な反応」として位置づけている（太田・三根・吉峰2014:128）。

病」ではなく、放射能による身体疾患である可能性を示唆している（野中ほか 1987；中澤 2009b: 7-9）。

90年代後半以降においては、PTSD 診断基準を用いた調査が多くなるが、これは第9節で詳しく見ることにする。

### 心理学研究

被爆者の心理学的研究は精神医学研究に比べても乏しい。初期の研究としては、広島大学心理学研究室の久保良敏による、被爆直後の行動研究がある（久保 1952）。原爆被爆者の「特別な態度形成過程を明らかに」するという研究目的のもと、被爆した広島大学の教職員 54 名を対象に、1949 年 10 月から面接調査を行い、被爆直前から 8 月 15 日までの「行動経験」を詳細に聞きとった。その結果、閃光を目にした瞬間から敗戦の報を聞くまでの間に対象者が遭遇した第 1 から第 6 までの刺激群（たとえば、第 1 刺激群は「閃光」「爆風」「倒壊」、第 2 刺激群は「倒壊」「負傷」「叫喚」「火の手」とそれに対する心理的反応および行動の典型的な流れを抽出して、「恐慌前期（pre-panic）」「恐慌（panic）」「準恐慌（quasi-panic）」という 3 段階に整理した（久保 1952: 28-32）。

被爆者に関する精神・心理学的研究のなかで有名なのは、アメリカの精神医学者ロバート・J・リフトン（Robert J. Lifton）が著した『死の内の生命』である。リフトンは原爆投下から 20 年余りたった広島で被爆者の調査を行い、その心理分析を行った。リフトンによると、被爆者は無数の死者たちに対する「罪の意識」から自由になれず、死者と同一化しながら「死の呪縛」の中に生きているという。原爆体験があまりにも圧倒的な惨事であったため、生存者は「正常な弔い」や「喪の作業」を完了することができないとリフトンはみるが、それは、弔うべき遺体や遺骨を見つけることができなかったことと関連する（Lifton 1967=1971: 442）。十分な弔いができないなか、生存者が自分の生を肯定すれば、それは死者への冒瀆となる。だから死んだように生きることで死者の身代わりになり、死者に生命を与えようとするのだとリフトンは主張する（Lifton 1967=1971: 177）。生存者は、さまよう魂を恐れる気持ちや生き延びたことに対する罪悪感のほかに、死者と「関係を絶ちたいと願うこと」に対する「罪ほろぼし」（Lifton 1967=1971: 174）として死者と同一化する傾向にあるという。

リフトンが指摘した「死者との同一化」は、ホロコーストなど、他の大惨事の生存者にも共通しており、生存者の心的回復をさまたげている。ただし、こうした同一化は、生存者個々人の内面の問題というよりは、社会的、政治的な要因によると考えることもできる。その点を指摘してきたのが、次にみる社会学研究であるが、リフトンも、放射線後遺障害による「死の恐怖」とならんで、「核による絶滅に対する世界の恐怖と絶えず集団的に関係していること」が被爆者の心を回復させない要因だと指摘している（Lifton 1967=1971: 437）。

リフトンの先駆的な研究は、原爆被害の心的側面に関する学術研究に対して、現在に至るまで大きな影響を及ぼしてきた。また、賛否はあるものの、被爆者が自らの苦しみを理解する手助けともなってきた。

### 社会学研究

社会科学分野では、広島原爆被災者を対象として 1950 年から社会調査に取

---

り組んだ中野清一をはじめ、山手茂、伊東壮、石田忠らが被爆者の心の傷の特質を解明すべく研究を行ってきた（濱谷 1994）。被爆者運動のリーダーでもあった伊東は、原爆被害を「いのち」「くらし」「こころ」という3つのカテゴリーに分けて、それぞれの相互作用の中で被害を捉えるべきだと主張した。伊東の理論は、被爆者運動が原爆被害の特質を捉えた上で償いと責任を追及する一助となった（伊東 1975; 1985）。石田とともに被爆者の社会調査を行った濱谷正晴も「健康上、仕事上、家庭生活・社会生活上」の領域をつつみこんで「精神的苦痛・不安」が存在すると指摘する（浜谷 1977: 323）。さらに、石田と濱谷は、リフトンが看取した「罪意識」は被爆者を「生きる屍」にするのではなく、原爆に抵抗する契機となりうると読みかえることで、被爆者を、原爆体験やその後の政治・社会に対して受動的な客体としてではなく、体験や政治・社会に働きかける能動的な主体として位置づけなおした（石田 1986; 濱谷 1978; 2005）。

リフトンに始まる心理学・精神医学的研究と石田や濱谷らによる社会科学研究を引き継ぎつつ、人文学領域のトラウマ研究を導入しながら被爆者の心的被害について考察してきたのが、筆者による一連の研究である（直野 2008a; 2008b; 2008c; 2009a; 2009b; 2014; 2015）。体験を語りえないという苦悩や記憶に襲われる辛さについて、リフトンの洞察を手掛かりにしながら、理論的な参照枠としてトラウマ論を採用して被爆者の絵や語りを分析したが、とりわけ、語り手（証言者）を「原爆を生き延びた者」として捉えながら、大量死に触れた極限体験として原爆体験を再考してきた。「トラウマ」という概念を参照しながら死者の記憶を考察することで、死者が被爆の記憶に残した痕跡を浮かび上がらせ、記憶の主体の在り処を問い直した結果、原爆体験は誰かが所有できる性質のものではないという点を示唆するに至った。

### 3. 「トラウマ」の系譜

「トラウマ」という言葉は「創傷あるいは創傷の治療にかんする」というギリシャ語を語源として「身体の傷」を意味していた。それが「心の傷」という意味を含み始めたのは、鉄道事故が多発するようになった19世紀後半の西ヨーロッパにおいてであった。鉄道という移動手段は、便利さと快適さだけでなく、大規模でそれまでとは異質の被害をもたらしたのである。鉄道事故に遭った際、明らかな外傷がない者も、後になって身体の一部に痛みを感じたり、痙攣を起こしたりするようになった。そうした症状は「鉄道脊髄症」と捉えられたが、鉄道会社から補償を得ようとする心因性の症状もしくは詐病であるとも主張された。鉄道事故が頻発するようになった当時、労働法や賠償法制度が整備されつつあり、事故は補償の対象となった。そこで、鉄道会社側についての医者たちが、鉄道脊髄症の心因説や詐病説を唱えたのである（Hacking 1995=1998: 229-232）。

鉄道事故という、近代技術がもたらした負の側面が「トラウマ」の指示対象に変化をもたらす大きなきっかけとなったといえる。技術革新が「トラウマ」にもたらしたもう一つの影響として、高度な殺傷能力を備えた近代兵器の使用を挙げることができる。第一次世界大戦において、敵からの砲弾を受けた兵士たちが「ヒステリー症状」のように、金切り声を上げたり、すすり泣いたり、金縛りにあって動けなくなったりした。「シェル・ショック（砲弾ショック）」と呼ばれること

になるこうした症状群は、高性能爆弾の爆発による脳震盪や脊髄震盪と恐怖が交じり合って生じると看做された。しかし、兵役を忌避されては戦力が減じることになると案じた軍指導部は、兵士たちの症状を前線逃避願望による詐病として非難した。「治療」が施されたとしても、あくまでも前線に復帰させるためであり、兵士たちの精神的被害は認められなかった。

兵士たちの症状が「ヒステリー」として捉えられたように、19世紀末から20世紀初にかけて行われた心理学的研究も、「トラウマ」が心的症状として把握されるうえで欠かせないものであった。抑圧されたブルジョア女性に「ヒステリー」という精神疾患を見出したP. ジャネやS. フロイトらの研究である。さらには欧米における人道主義の広がりも「トラウマ」が「心の傷」として観念されるうえで一助となったといえる。「トラウマ」誕生には、近代技術がもたらした大規模な負傷や殺戮、精神分析の誕生、労働法や賠償法制度に結実した「個人の権利」という概念の確立や「人道主義」の広がりなど、19世紀から20世紀にかけての欧米における社会や政治の動きが密接に絡み合っていた。つまり「トラウマ」はきわめて近代的な概念なのである（ブルンナー 2005；森 2005；Young 1995=2001）。

#### 4. PTSD 診断基準

精神科医の宮地尚子は、トラウマを「過去の出来事によって心が耐えられないほどの衝撃を受け、それが同じような恐怖や不快感をもたらし続け、現在まで影響を及ぼし続ける状態」と端的に定義している（宮地 2013: 3）。宮地の定義からみてとれるように、「トラウマ (trauma)」という言葉は、日本語であれ英語であれ、二つの関連した意味で使われている。心的外傷や心の傷という意味を示す場合と、そうした傷をもたらした出来事や体験を指す場合とである。つまり、「過去のトラウマ体験、トラウマ反応、トラウマ体験とトラウマ反応の間の因果関係、という三つの要素が含まれて」いるのである（宮地 2013: 3-4）。トラウマ体験とトラウマ反応の間の因果関係が明確であるという前提で作られたのが、PTSD 診断基準である。しかし、第5節で精神分析との関連において論じるように、出来事としての「トラウマ」と、それに対する反応としての「トラウマ」との関係は、複雑であり、かつ、明確ではないことも多いのである。

現代におけるトラウマ論の主流である PTSD 概念の基盤となったのは、1940年代に兵士たちの「戦争神経症」について治療・研究を進めたA. カーディナーによる膨大な記録である。しかし、第二次世界大戦後、心因性の「トラウマ」は、欧米の精神医学界でもあまり注目されなかった。それが変化するのは、1970年代のアメリカ合衆国においてであった。ベトナム帰還兵たちが患うパニック障害やうつなどの症状は戦争体験の影響による精神疾患であり、補償の対象にすべきであると、精神科医らと帰還兵たちが運動を展開した。運動は成功し、詐病とみられていた兵士たちのパニックや知覚麻痺などの症状は、1980年に「PTSD（心的外傷後ストレス障害）」という診断名でアメリカ精神医学会（APA）の DSM-III（『精神障害の診断と統計の手引き 第3版』）に含まれて、精神疾患として公式に認知されることになった。

PTSD が診断名として認められた背景には、もうひとつの動きがあった。1970

---

年代の米国において、フェミニズム運動の広がりの中、児童虐待、レイプやDVなど、子どもや女性に対する暴力への社会認識が変化していった。被害者支援のセラピーの中で、精神的な後遺症に注目が集まっただけでなく、加害者の責任が問われるようになったのである<sup>5</sup>。

DSM-IIIによると、(A)「ほとんどすべての人に、苦痛による顕著な症状を引き起こすような出来事」を経験しており、(B)再体験、回避・麻痺、過覚醒の三つの症状が見られる場合にPTSDと診断される。PTSDは不安障害の下部カテゴリーとして位置づけられたが、うつ病や不安障害などとは対照的に、病因を特定するところに特徴がある。診断基準の「カテゴリーA」と呼ばれる因子である。PTSDの診断においては「実際の出来事」との遭遇が必要とされるのである。ただし「カテゴリーA」の定義をめぐる論争が起こり、現在使用されているDSM-V(2013年)まで毎回修正が施されていることからわかるように、どのような出来事ならばトラウマを引き起こす要因となりうるか、それを定義づけるのは難しい<sup>6</sup>。「カテゴリーB」として挙げられている具体的な症状に関しては、ほとんど変化はないが、「否定的認知・気分」がDSM-Vで追加された。

前述したように、トラウマに苦しむ人やその支援者たちによる運動の成果として「PTSD」は公式の疾患名になった。それは、名づけることができなかった苦しみに名称を与え、苦しみを抱える人の権利を向上させることにつながった(宮地2005、森2005、大塚2002)。そして、それまで「加害者」と見なされてきたベトナム帰還兵たちも「被害者」として補償の対象となったり、家庭の中で隠されてきた虐待の被害を可視化して加害者を罰することにもつながった。さらに、PTSDという診断名が生まれたことによって、その予防と治療が医学の実践として認められ、公の対策も講じられるようになったのである。

## 5. 精神分析とトラウマ概念

前節でみたように、PTSD概念においては、心的外傷(トラウマ)はトラウマ体験(出来事)の直接的な反応として把握されている。しかし、トラウマ論において、より長い歴史をもつ精神分析は、出来事と反応/症状との間に単純な因果関係を認めていない。

---

<sup>5</sup> PTSDという疾患概念の誕生とは文脈が異なるが、「トラウマ=心的外傷」という概念が80年代に入って世界的に認知されるようになった背景には、ホロコーストの生存者が沈黙のなかから発した言葉による衝撃も大きかった(Fassin and Rechtman 2009)。

<sup>6</sup> DSM-III-R(1987)では、カテゴリーAが二つに分かれ、(1)人が通常経験する範囲を越え、なおかつ(2)ほとんどすべての人に顕著な苦痛を生じるような出来事を体験したと定義しなおされた。DSM-IV(1994)では、「人が通常経験する範囲を越え」という部分と「ほとんどすべての人に」という語句が削除され、日常的な出来事でもPTSDを引き起こすことがあると認めた。DSM-Vでは、「実際に、または危うく死ぬ、または重症を負う、もしくは性的暴力にさらされるような出来事」を直接体験したり、目撃したりする、または近親者が体験したと耳にするなどが「カテゴリーA」として挙げられている。「カテゴリーA問題」については、飛鳥井(2005)、その政治性については、Young(1995=2001)を参照。



## フロイトの「トラウマ」

フロイトがトラウマを本格的に論じたのは『ヒステリー研究』（1895）に始まる。「誘惑理論」と呼ばれる見解が示され、実際に起こった外傷的出来事（主に性的体験）がトラウマ症状（神経症）の直接的な要因として位置づけられている（ブローラー・フロイト 2004: 11-13）。ただし、何が「外傷的出来事」に該当するのかについては、出来事の性質そのものというよりも、主体の心的な条件が重視される（ブローラー・フロイト 2004: 15; 23-24）。さらに、出来事が直接トラウマを引き起こすわけではないケースも論じており、J. ラプランシュが指摘するように、無意識の幻想が出来事の記憶と一致するわけではないことを示唆している（Laplanche 1999: 70）。患者は「主に回想に病んでいる」とされたのであって、現代のトラウマ論の多くが主張するように、記憶内容のインパクトによって症状が引き起こされているとフロイトが論じたわけではないという点に注意すべきである。

いくつかの事例研究の後に、ある出来事（もしくは一連の出来事）との遭遇（「トラウマ的瞬間」）が症状を引き起こすのは、別の出来事（「補助的瞬間」）が生じて「トラウマ的瞬間」が起こったときの情動が想起されることによるとフロイトは指摘する（ブローラー・フロイト 2004: 216-221; 287-288）。このように、『ヒステリー研究』においても、出来事が直線的に症状へと繋がるのとは別の回路が示されていた。

「誘惑理論の放棄」（1897）を経て、フロイトのトラウマ論は、外的な出来事を症状の決定要因とするのではなく、出来事との遭遇によって作られた幻想という心的現実には重きを置くようになる。しかし、外傷的出来事が実際に起こった可能性を否定するようになったわけではない。出来事が決定的な病因の地位を占めなくなことは確かであるが、症状の原因が幻想だけにあると考えたわけではなく、何らかの経験的出来事が関与することは認めていたからである。

現代のトラウマ論で最も頻繁に参照される論考が「快感原則の彼岸」（1920）であるが、ここでは二つのトラウマ論が展開されている。一つは、列車事故などの外傷的な出来事と遭遇することで、精神の防壁が破壊され、「災害神経症の夢」などの症状が生じるという経済論である。もう一つは、外傷的な出来事と遭遇した後、何事もなかったかのようにその場を立ち去り、後に遅れて症状が現れるという時間論である。時間論については第7節でカルースの理論と合わせて検討するが、次項でみるラプランシュの「事後性」概念と照らし合わせながら、『ヒステリー研究』でもその萌芽がみられたような、時間差を置いて生じた2つの出来事とトラウマとの関係を再考する必要がある。

## 二つの「事後性」

フロイトは初期のヒステリー研究においては、トラウマを引き起こした性的体験と症状との因果関係を直線的にとらえている感がある。しかし、ヒステリーの病因として作用するのは、出来事そのものというよりも、引き起こされた情動と記憶との結びつきだとも断っている。記憶に目を向けた点が、後にJ. ラカンによって注目され「事後性」概念として展開されていく。そして、この「事後性」概念をめぐる二つの解釈とトラウマ論の分岐点とが重なっているのである。

精神分析家のラプランシュによると、第1の解釈は「遅延」（deferred action）

---

としての「事後性」で、フロイトが誘惑理論で展開した出来事と症状の関係を示すものであり、過去から現在へのベクトルを持つ。もう一つは、「出来事の後」(after the event)としての「事後性」であり、出来事が修正されて再登録された際に症状が表出すると考え、現在から過去へのベクトルを持つ。

実際のフロイトのテキストでは「遅延」として「事後性」という言葉を使っていることが多く、「出来事の後」という意味で使われるときも、過去から現在へという時間のベクトルは保持されているとラプランシュは指摘する (Laplanche 1999: 261-262)。しかし、事後的に修正されることで過去の出来事が病因として働くというフロイトのトラウマ論においては、「出来事の後」という意味の「事後性」が重要である。事後的に修正されるのは、過去の体験一般ではなく、「それがまさに生きられた瞬間において意味文脈中に完全には統合されえなかったもの」であり、その典型が「外傷的な出来事」なのである (ラプランシュ・ポントリス 1977: 187)。そこで鍵となるのが「第2の契機」である。

「科学的心理学草稿」(1895)でフロイトは、性的な「誘惑」といわれる第1の外傷的場面の記憶が、第2の場面からくる刺激(「第2の契機」)によって事後的に病因として働くと説明する<sup>7</sup>。出来事と記憶の連鎖が作用しており、出来事に事後的な修正が施されることになる。つまり、第1の場面が実際に起こったかどうかは、さほど重要ではなくなるのである。

「フロイトは、トラウマは外部からのみ来るのではなく、外部と内部の複雑な相互作用によってもたらされると考えた」と指摘しながら、ある出来事がトラウマとなるには「第2の契機」を必要とするとラプランシュは強調する (Caruth 2002: 103-109)。「第2の契機」を経ることで、過去の出来事は記憶として加工されるが、過去は単なる事実でも幻想でもなく「他者からのメッセージ」を含んでいるとラプランシュは考え、そのメッセージ——過去の物質性——を解釈するのが臨床家の仕事だと主張するのである (Caruth 2002: 103-109)。

ラプランシュのトラウマ解釈が示したように、現実の出来事がトラウマを直接引き起こしてはいないとしても、何らかの形でトラウマの発生に関与しているという点については、フロイト自身も精神分析的なトラウマ論の多くも認めている。しかし、フロイト理論を再生させたといわれるラカンの理論では、現実の出来事の重要性が認められないと批判されることもある。なぜなら、それは、「知る」という行為が原理的に不可能であるような構造のもとに主体が置かれているという、人間世界の存立条件そのものを重視する理論だからである。

### ラカンのトラウマと現実界

フロイトの理論においてトラウマは、記憶を介して事後的にのみ知り得るものであった。「[トラウマは]遡及的に、意味(シニフィエ)を与えられるシニフィアンである」と立木康介が指摘する通りである (新宮・立木 2005: 71)。もはや直接経験したり知ることのできない過去の出来事を、事後になって心的に解釈することで、出来事は象徴化された形をもって主体に訪れる。つまり、想起された

---

<sup>7</sup> 性的な事柄が事後性の事例として適切なのは、人間の性的発達は「時間的なずれを伴うものである」からだとしてラプランシュとポントリスは指摘する (ラプランシュ・ポントリス 1977: 187)。

出来事は象徴化を経ているのであって、それが現実にあった出来事であるのか否かについては、確信を持っては知り得ないのである。だから、例えば、想起された性的な出来事は幻想的な性質のものであって、それが別のトラウマの事後的な象徴化であるという可能性は否定できないのである（新宮 1995: 109）。

原光景が外傷的であるのは、道徳的であるべき親がそこで性的な営みをしているからというだけではない。むしろ、主体が、自らの生存の始まりを尋ねてゆくとき、それ以上は先に進めない闇にぶつかって、やむなくそこにそのような映像を置かざるを得ないということが外傷的なのである。本来の外傷は、我々の一人一人が、自らの生存の始まりを、もはや直接には体験できないということである。（新宮 1995: 109-110）

ラカンを通してフロイトのトラウマ概念を論じる新宮の語りも、歴史学者の D. ラカプラが「構造的トラウマ」の特徴として挙げた普遍的、超歴史的な色を帯びていることは否めない。しかし、新宮は、ラカンを理論的に応用してトラウマを原理的に論じるという構えとは違い、一方では普遍的な人間の条件（言語のなかに疎外される主体や自己言及の不可能性など）を前提としながらも、他方で、分析という臨床の場から個々の症状を論じている。それに対して、ラカプラが「構造的トラウマ」論者の代表として挙げる S. ジジエクは、ラカン理論を通して、言語世界としての社会構造を原理的に論じながら、トラウマを超歴史的に語る。

ジジエクによると、ラカンは 50 年代に、心的外傷は「〈想像界〉の実体」としての出来事によって引き起こされていたと論じていたが、70 年代に入ってから、外傷的出来事を「〈現実界〉的なもの」として捉えるように変化したという。70 年代のラカン理論によると、トラウマとは「象徴化に抵抗する固い核」であり（Zizek 1989=2001: 247）、「象徴化が失敗した点」であるがゆえに「ポジティブな形では絶対に与えられ」ず、事後的に「その構造的効果からのみ構成されるもの」（Zizek 1989=2001: 257）であるとジジエクはいう。ジジエクのトラウマ論は、ラカンがフロイトから抽出した「事後性」概念に忠実であるように思われる。しかし、ジジエクはラカン理論をさらに推し進めて、トラウマは「究極的には、象徴的構造における空無を埋める幻想的構築物にすぎず、したがってその構造の遡及的效果である」と主張しながら、ラカン—少なくとも 1970 年代の「後期」ラカン—は、トラウマ的出来事が実際に起きたのかどうかについて、問題にしていなると断言するのである（Zizek 1989=2001: 247）。

こうしたジジエクの論の展開は、経験的研究分野に身を置く者（歴史学者や社会学者）としては、にわかに受け容れがたいものであり、精神分析に通じる歴史学者であるラカプラをもってして「極端な理論主義」と言わしめるような、超歴史的語りであるといえよう。ラカンの「現実界」をジジエク流に捉えるならば、ホロコーストと呼ばれる一連の出来事を「どんな社会システムにおいても存在するトラウマ的な核」として観念することにもなりかねず（LaCapra 2001: 84）、否定的崇高の表現として落とし込めることにつながってしまう。

言語のなかに生きるという人間の根源的条件と、それに伴って人間が背負われた原理的困難を注視するラカン理論を前提としたならば、「構造的トラウマ」の語りに陥るほかないのだろうか。新宮やラカン派の分析家である S. キリアコが

---

示すように、臨床の場では分析主体（患者）の固有の語りを手掛かりに、トラウマが主体によってどのような表現を与えられたのかに注意を払うのである。つまり、PTSD 概念のように、トラウマ（反応）の原因（出来事）を特定できるとは考えない。その意味において、トラウマをもたらした出来事や体験の実在性を追究することに重きを置いてはいないといえる。代わりに、主体にとっての出来事の意味が追究されるのである。トラウマが語られるときには「〔語り手は〕常に自分がその出来事をどのように扱ったかについて語っている」のであって、それは「常にひとつの解釈」を示しており、普遍的な人間の苦悩の条件や構造について語っているわけではないと考えるのである（Chiriaco 2012=2016: 12）。主体それぞれに固有なトラウマとの向き合い方が表現されるのであり、そこからは、ジジエックが指摘するような象徴的構造が見え隠れする一方で、自らのトラウマと格闘するという主体性をみることもできるのである。

## 6. 神経学とトラウマ

現代のトラウマ論で主流を占めるのは、前節でみた精神分析ではなく「PTSD パラダイム」であるが、なかでも神経学を中心とした医学的研究が勢いを増している。心の領域として概念化されてきた現象（たとえば、感情や気分）を脳の機能から解明しようとする研究の一つの潮流としてである。

### 「神経科学革命」とトラウマ記憶のメカニズム

神経学的なトラウマ研究を牽引する代表的な研究者が、ボストン大学医学部精神科教授であり、国立複雑性トラウマ・トリートメント・ネットワークのディレクターでもある B. ヴァン・デア・コークである。1970 年代にベトナム帰還兵を治療するなかで、後に PTSD として概念化される症状に突き当たったことを契機として、ヴァン・デア・コークはトラウマ反応の神経学的なメカニズムを追究していくようになる。

1990 年代に起こった「神経科学革命」によって、トラウマ的な体験をしたときに脳の活動状況がどのように変化するかを可視化することができるようになり、PTSD 発症の神経学的なメカニズムが明らかになったとヴァン・デア・コークはいう。たとえば、過去の出来事（交通事故で娘を亡くした体験や DV 目撃体験）のフラッシュバックに苦しむ被験者に対して、研究室でトラウマ体験を喚起させ、脳の働きをスキャンするという実験を行った。その結果、危機を察知して反応する扁桃体の活性化と前頭葉の「ブローカー野」（言語中枢の一つ）の活動低下がみられたという（van der Kolk 2014=2016: 78-79）。扁桃体が危険を察知したときに「情動的重要性」を即座に解釈するのに対して、前頭葉は意識的な解釈をする。通常は両者の間で均衡が保たれているが、トラウマ体験はそのバランスを崩す。そのために、情動と衝動の制御が困難になるというのである（van der Kolk 2014=2016: 93-104）。

トラウマ体験の記憶は通常の記憶とは違い、経年後も変化が少ないといわれる。その理由も脳の働きによって説明できるとヴァン・デア・コークは主張する。瀕死の交通事故に遭って後遺症に苦しむ被験者を対象に、トラウマ体験を想起させてスキャンした脳画像からは、前頭葉の機能停止と、大脳辺縁系領域と脳幹といっ

た「情動脳」領域の活性化がみられた (van der Kolk 2014=2016: 109-118)。通常、理性を司る領域 (感情を言語化したり時間の感覚を制御する前頭葉など) と情動を司る領域は協働している。しかし、トラウマ体験を想起する際には、両者の均衡が変化してしまい、海馬や視床といった情報を処理する領域との接続も失われてしまう。そのために、トラウマ体験の記憶は筋道のある「物語」としてではなく、断片化した「感覚的痕跡や情動的痕跡 (光景、音、声、身体的感覚)」になるという (van der Kolk 2014=2016: 291)。つまり、トラウマ体験は過去の出来事として想起されるのではなく「現在における破壊的な身体的反応として経験される」というのである (van der Kolk 2014=2016: 334)。

### 幼児期トラウマと自己認識のメカニズム

上記の実験は、事故という一過性のトラウマ体験——L. テアが「タイプ I」として分類したトラウマ (Terr 1991) ——を生き延びた人たちを主たる対象にしているが、これとは違う性質のトラウマ体験に、ヴァン・デア・コークはより強い関心を持っている。テアが「タイプ II」として分類し、J. ハーマン (1997=1999) が「複雑性 PTSD」という診断名で示したような、継続的で親密な関係におけるトラウマ体験——児童虐待や DV——である。ヴァン・デア・コークが共同研究者と共に提唱した「発達性トラウマ障害」という概念は、虐待やネグレクト状態に置かれた児童が発症するトラウマを治療するための概念であり (van der Kolk 2014=2016: 263-265)、自然災害や事故などの一過性のトラウマを中心に概念化された PTSD 概念では把握できない性質のトラウマに焦点を当てている。

幼少期に深刻なトラウマ体験をした PTSD 患者の脳スキャン画像をみると、内側前頭前皮質、前帯状皮質、頭頂皮質、島といった自己を感知する領域にほとんど活動がみられず、後帯状皮質のみが、かすかに活性化していた (van der Kolk 2014=2016: 152)。トラウマ体験、もしくはトラウマ体験によって刻み込まれた恐怖に対処するうちに、恐怖に伴う感覚と情動を伝える領域だけでなく、情動と感覚の認識をつかさどる領域——それは自己認識の土台を形作る——の機能を停止することを学ぶに至るというメカニズムが浮かび上がってきたのである (van der Kolk 2014=2016: 152)。トラウマに苦しむ人の多くが生きる目的や方向を見失う傾向にあるのは、内側前頭前皮質が活性化しなくなったからであるとヴァン・デア・コークは結論づけている (van der Kolk 2014=2016: 154)。

トラウマは自己を認識するメカニズムを傷つけ、自らの人生に対するコントロール感——ヴァン・デア・コークは「主体性 (エイジェンシー)」と呼ぶ——の欠如をもたらす。主体性の基盤となる「内受容感覚」(微妙な感覚の自覚) は内側前頭前皮質の働きによるが、トラウマを負うと危険信号をひっきりなしに浴びせかけられることになり、それを制御しようとするために、内側前頭前皮質が非活性化して「内部で起こっていることの自覚を麻痺させるのが得意に」になってしまうという (van der Kolk 2014=2016: 160-162)。つまり、トラウマは主体性の基盤を崩してしまうことになるのである。

### トラウマの治療と物語の限界

神経学的知見からトラウマを捉えようとするヴァン・デア・コークが、トラウマを治療するためには脳に働きかける必要があると主張するのは当然であろう。

---

これまでは、臨床心理や精神分析だけでなく精神医学においても、語り(narrative)のもたらず治癒力に信頼が寄せられてきた。しかし、物語療法はトラウマから回復するためには有効ではないとヴァン・デア・コークはみる。トラウマをもたらしした出来事を語ったとしても、トラウマ記憶を葬り去ることができるとは限らないからである(van der Kolk 2014=2016: 359)。

トラウマによって人は、自分の体が誰か別の人の体であるかのように、あるいは体がないかのように感じてしまうのだ。トラウマを克服するには、誰かの助けを借り、自分の体と、セルフ(自分そのもの)と、もう一度結びつく必要がある。そのために言語が不可欠であるということに疑問の余地はない。私たちの「セルフ」の感覚は、記憶を首尾一貫した統一体にまとめ上げられるかどうかにかかっているのだ。これには、意識ある脳と、体の自己システムとが、うまく機能するつながりによって結びついていなければならないのだが、このつながりはトラウマによって損なわれることが多い。物語全体を語れるようになるのは、そうした脳組織が修復されて基礎が築かれたあと、自分の体が存在しない状態から、存在する状態へと移れたあとだ。(van der Kolk 2014=2016: 407)

ナラティブ・セラピーが不要であるとはヴァン・デア・コークも主張していない。ただし、治療として最初にすべきは、トラウマ体験を語るよう促すことではなく、トラウマ想起に伴う過去の再体験(感覚と情動による圧倒)を制御すべく身体に働きかけることだという。具体的には「情動脳」にアクセスして「辺縁系セラピー」を行うということなのだが(van der Kolk 2014=2016: 336)、「情動脳」に意識的にアクセスするには、内側前頭前皮質を活性化しなければならない。ヴァン・デア・コークが「理性脳」と呼ぶ領域は情動脳と直接つながっていないが、内側前頭前皮質は情動脳とつながっている。だから、内側前頭前皮質を活性化することで「自分の内部で何が起こっているかに気付いて、自分が感じているものを感じることを可能に」して、自己認識をもたらず訓練をするのだという(van der Kolk 2014=2016: 337)。

トラウマからの回復の核は自己認識にあるというが(van der Kolk 2014=2016: 340)、それが再確立された後のナラティブ・セラピーは効果的であるという。自己の再統合には物語が不可欠だからである。

### トラウマからの回復と社会的なつながり

ヴァン・デア・コークの共同研究者でもあるJ. ハーマンが強調するように、トラウマからの回復には他者との繋がりが重要である。ヴァン・デア・コークも社会的支援は生物学的に必須であるだけでなく「あらゆる予防策と治療の根幹であるべき」(van der Kolk 2014=2016: 278)であるというが、神経学者であるためか、脳の働きという観点から、他者との繋がりの重要性を論じている。

「ミラーニューロン」に代表されるように、脳回路の配線の多くは他者と同調することに向けられている。それが、トラウマを被ると損傷してしまうのだ。傷つけられた脳機能を正常化するために鍵となるのが「愛着」である。

乳幼児が保護者との間に形成する「愛着」が、トラウマからの回復や予防に欠

かせないとヴァン・デア・コークはみる。トラウマ的な出来事に遭遇した後に、安全と安心を感じられた場合には、PTSD 発症を防ぐことができる。安全と安心を感じさせるうえで「愛着」は——とりわけ幼い子どもにとっては——重要であり、だからこそ、「愛着」がトラウマからの防壁となるのだという (van der Kolk 2014=2016: 343)。反対に、トラウマ的な出来事のあとに親から引き離されると、子どもは長期的でかつ重大な影響を被りやすいことになる (van der Kolk 2014=2016: 343)。

信頼する他者によって提供される安心感がトラウマの防壁となり、トラウマからの回復の鍵となるのであれば、そうした関係の中で生じたトラウマがいかに困難な状況をもたらすか、想像に難くないだろう。児童虐待、性的虐待、DVなど、親密な関係において生じたトラウマの方が、事故や自然災害によるトラウマよりも「一般的に治療が難しい」という (van der Kolk 2014=2016: 344)。それらのトラウマは、本来ならば愛し、守ってくれるはずの人によって引き起こされるということを考えれば、なぜ治療が困難であるかを理解できるであろう。

### 神経学的トラウマ治療と主体性の場

トラウマに苦しむ患者を回復させたいというヴァン・デア・コークの熱意は、その治療法と病因論だけでなく、出来事の実在性に関する認識論にも影響を及ぼしている。前節でみたような精神分析におけるトラウマ論では、トラウマをもたらしたと主体（患者）が語る出来事が実際に起きたのかどうかは重視されなかった。それに対して、ヴァン・デア・コークをはじめとする神経学に依拠した精神医学的トラウマ論においては、事故や戦闘体験、幼児虐待、近親姦など、患者が語る過去はすべて実際に起こった出来事として扱われている。

ヴァン・デア・コークがいささかナイーヴな認識論に立つ大きな理由の一つに「偽りの記憶論争」がある。トラウマをもたらした出来事、とりわけ児童虐待や近親姦のような社会的忌避の対象となる出来事の記憶の真偽をめぐる、裁判を含む政治的争いが繰り広げられてきた。幼少期の被虐待体験を想起した「被害者」とその支援者は、出来事は本当に起こったと主張し、「加害者」と名指された保護者とその支援者は「被害者」の「回復された記憶」はセラピストによって植え付けられた「偽りの記憶」であると主張する。後者は記憶の専門家の知見を根拠に、我々の記憶がいかに容易に変容したり「捏造」されたりするかを主張するが、被害者側に立つ専門家（その多くがフェミニストである）は「偽りの記憶」を主張する専門家は、児童虐待や近親姦というおぞましい実態から目を逸らしていると非難する。

言語論的転回を経た現在、過去の出来事をありのまま記述することができるというナイーヴさは、少なくとも人文社会系の学術研究においては許されない。しかし、ヴァン・デア・コークの語り口からは、まるで過去の出来事に直接アクセスできるかのような確信がみてとれる。トラウマに苦しむ者を助けたいという倫理的、政治的な情熱による認識論であるが、過去の出来事がそのまま蘇るという前提に立つと、そこに歪曲や幻想といった心的作業が介在する余地はなくなってしまふ。

トラウマ記憶は文字通り脳に刻み込まれていると主張するヴァン・デア・コークらとは違い、精神分析の臨床家は、フラッシュバックは象徴的な媒介を経てい

---

るし、外傷夢においても夢の作業は行われていると指摘する (Caruth 2002: 112)。トラウマ記憶の特徴とされる「反復強迫」も、単に過去の場面を繰り返し体験することではなく、「不安を形成しながら刺激を克服することを目指している」とフロイトも論じた (フロイト 1996: 153)。さらに、ヴァン・デア・コークらが外傷的状況の細部にわたる再現こそがトラウマ記憶の特徴であると主張するのに対して、細部にわたる事実の想起は「隠蔽記憶」に該当すると指摘する分析家もいる (Olinier 1996)。それは、トラウマ的な状況下で精神が生き延びるために取られた手段——例えば、加害者と同一化したり、自分を全能な存在として空想すること——を隠蔽する心的作業として解釈すべきだというのである (Olinier 1996)。つまり、出来事の痕跡としてではなく、出来事を消し去ろうとする心的作業の結果として、トラウマ記憶の生々しさを読み解くべきなのかもしれないのである。

トラウマ記憶——特に、幼児虐待や性的被害の記憶——に苦しむ者のなかに、加害者と同一化しながら生き延びた者は決して少なくない (棚瀬 2005)。トラウマという圧倒的に受動的な体験においても、意識的ではないにせよ、主体的関与の余地があることを精神分析は示唆している。しかし、ヴァン・デア・コークは、そうした心的作業を、治療すべき解離症状として読み解き、被害者を救出しようとする。臨床で治療を続けてきたヴァン・デア・コークのアプローチが有効な場合も少なくないだろう。ただし、それは精神分析が切り開いてきた主体性の場を切り詰めてしまうことになり、被害者からある種の主体性を奪いかねないともいえるのであるが。

## 7. 芸術・文学とトラウマ概念——カルースのトラウマ論を中心に

人文社会学系(特に文学と芸術)の分野におけるトラウマ論で最も影響力を持ってきたのが、米国の文学者 C.カルースである。カルースのトラウマ論は、フロイトのテクストを手がかりにして展開されているが、精神分析の中心的概念を等閑視したものであり、激しい批判の対象ともなっている (Leys 2000)。しかし、多くのトラウマ研究がカルースの理論を援用して展開されていることから、その理論的特徴や認識論を検討しておくべきであろう。

### トラウマ体験の時間的構造

フロイトに依拠しながら自身のトラウマ論を展開するカルースは、トラウマ体験の源が「心の内にあるのか外にあるのか」を議論するばかりでは、フロイトの「トラウマ」という概念が提起した重要な問題を見逃すと主張する。「トラウマ的出来事の衝撃は、遅滞の中にあって、その在り処を簡単には特定できぬということ、そして、トラウマ的出来事は、一つの場所、一つの時間という枠を超えて、しつこく繰り返し出現してくる」(Caruth 1995=2000a: 22) からである。

PTSD 概念のように、トラウマの源は出来事、つまり「心の外」にあるという立場をとるにせよ、精神分析が「幻想」概念を通して示唆するように「心の内」にあるという立場をとるにせよ、トラウマとなる出来事が起こっている最中にはそれを認識することはできず事後的にトラウマとして迫ってくるという解釈は共通しているという点を、カルースは指摘する。トラウマの出来事を体験するのは、いつも出来事の「後」という「遅れた時間」のなかであり、トラウマの在り処は



容易には特定できないのである。ただし、カルース自身が二つのモデルの統合理論としてトラウマ論を展開しているわけではない。二つのモデルにおける出来事的位置の相違を指摘したうえで、出来事の性質そのものからトラウマを特定することはできないとする自身の立場を明示しているのである (Caruth 1995=2000a: 15)。出来事に「直接近づくことができない」ということがトラウマ体験の特徴として挙げられているが、それはトラウマ体験の構造による。出来事は、それが起こっているときには体験されず、時間の経過の後に繰り返し夢やフラッシュバックなどで体験するという「遅延の構造」である (Caruth 1995=2000a: 15)。

### トラウマの特徴

遅延の構造を持つトラウマを「精神の時間的経験に生じた亀裂」としてカルースは捉える (Caruth 1996=2005: 89)。それは「時間、自我、世界に対する心的体験の中に生じた亀裂であり、あまりに早く、あまりに突然に体験してしまったので、何が起こったかを十分に認識することができず、それゆえに、意識に上ってこないもの」(Caruth 1996=2005: 6) なのである。

カルースはフロイトが「快原則の彼岸」で展開した経済論を否定しながら、もう一つの理論である時間論を基盤としてトラウマを論じる。そのなかで、トラウマの核心には体験の理解不可能性があると主張するのである。

トラウマ的夢やフラッシュバックが、驚くべき直写性 (literality) をそなえており、そこには何の象徴性も見られないこと、そして、その直写性が残っているかぎり治癒にはいたらないこと [中略] トラウマを構成し、その謎にみちた核をなしているものは、この直写性とその反復的な回帰という点なのである。そこにあるのは、そのままの形で出来事が繰り返し立ち戻ってくる時、その圧倒的出来事はそのままの形で保存されていて、それについて充分には知り得ず、しっかり見据えることさえできずに認識に遅れが生じるという状況である。(Caruth 1995=2000a: 16)

「直写的」な体験が「反復的な回帰」として姿を現わすということは、トラウマの方が体験者に「勝手に取り憑いてきてしまう」(Caruth 1995=2000a: 17) ことを意味し、トラウマ体験を理解することが不可能であることを意味する。体験と主体の間に距離が置かれることがないために (主客の未分化)、主体が体験を認識したり意味を付与することはできないのである。こうした体験と主体の関係は、体験者がトラウマ体験に関する知の保有者ではないということを示唆しており、トラウマ体験に関する歴史記述に関してだけでなく、体験者の証言をめぐって、困難な方法論的および倫理的な問いを突き付けることになる。体験者でさえも把握できない出来事を、誰がどのようにして記述することができるのだろうか。トラウマの症状に苦しむ体験者の証言の信ぴょう性が疑われ、出来事はなかったことにされはしないだろうか。

### 「直写性」(literality) の理論

トラウマ体験にかかわる困難な問いに応えるために、カルースは「直写性」と

---

いう概念を提起する。トラウマの症状として現れる夢やフラッシュバックは、それに取り憑かれた当人にとって「まったく直写的な形 (absolutely literal) で押し寄せてくるので、意味のつながりの中に同化することが出来ない」(Caruth 1995=2000a: 17) とカルースはいう。「純粹にその出来事が文字通りのかたちで立ち戻って」くることを「直写的」とカルースは表現するが、象徴化を経ずに出来事が立ち現れるとはどのような事態なのだろうか。

カルースは、フロイトが「快原則の彼岸」のなかで外傷性神経症患者の夢や帰還兵のフラッシュバックを論じているところを取り上げながら、トラウマは「抑圧や無意識の願望などによって変形されることはない」(Caruth 1995=2000a: 227)、「何の仲介物も通さずに外界が内部に侵入してしまう」(Caruth 1996=2005: 86) 事態であると主張する。「文字通りのかたちで過去が回帰する」ことを特徴とする体験の「直写性」こそが、フロイトの「反復強迫のモデル」でありトラウマの核心であると、繰り返し主張するのである (Caruth 1996=2005: 86)。

確かに、トラウマ体験に関する証言は細部にわたって生々しいことが多い。外傷的記憶は時間の経過と関係なく鮮明であり、変化することなく文脈性もないという特徴を持つのである (中井 2004: 63-64)。しかし、「何の媒介もないそのままの形」で現れているわけではない。フロイトも外傷的場面が夢で反復されるという現象に言及してはいるが、「繰り返して事故の状況に立ち戻っている」「規則的に災害の場面に連れ戻される」と論じているのであって、全く同じ場面が反復され続けると主張しているわけではない (フロイト 1999: 153)。

「直写性」を論じるときにカルースが依拠するのは、フロイトの理論というよりは、ヴァン・デア・コークらによる研究である。ヴァン・デア・コークはフロイトの抑圧理論を否定し、ジャネの解離論こそがトラウマを理解するうえで鍵であると主張する。それをカルースは援用するのだが、フロイトの論考を支柱として自らのトラウマ論を展開するという理論的方向性と、解離論と実証研究に依拠するヴァン・デア・コークらの論考に依拠することとの間に、どのようにして認識論的整合性をつけるのかについての言及はない。

カルースは「表象不可能」とされる出来事を証言する方法論として「直写性」理論を提起する。しかし、自らの理論の妥当性を確保するために、カルースは、時に性急な一般化や先入観を通してトラウマの「証言」を聴いてしまう。「表象不可能性」を強調するという理論的態度によって、カルースのトラウマ論は、トラウマに苦しむ者が実際に発する言葉を、かき消してしまうことになるかもしれないのである (LaCapra 2001: 92-94)。

### トラウマの歴史と「表象の危機」

トラウマという概念が、社会的、学術的な意義を認められるようになるにあたっては、第3節でみた要因の他に、ホロコースト生存者による証言が突き付けた倫理的、認識論的な問いが、欧米を中心として真摯に受け止められたという背景がある。

ポストモダンと呼ばれる知的潮流のなかで顕在化した「表象の危機」という認識論的問題は、指示対象としての現実世界に対する懐疑をもたらし、人文社会科学全体、とりわけ歴史学に対して大きな挑戦となった。歴史的出来事、なかでも「ホロコースト」を表象する方法や可能性が論争の的となったのである。さらに、

ホロコーストという出来事を、人類が経験してきた多くの野蛮な出来事の一つとして解消し、その特異性や甚大さを無効化したり、その実在性にまで疑義を挟む歴史修正主義が台頭した。日本でも「従軍「慰安婦」問題」をめぐって同様の構図がみられるが、修正主義者たちは、「表象の危機」を論じる理論を悪用して過去の実在性を否定したり、問題を矮小化したりする。人文社会科学に携わる者たち——とりわけ歴史学者たち——は、暴力的な出来事の表象に関する倫理的問題だけでなく、歴史叙述における「言語論的転回」と歴史修正主義に対して同時に応答する必要に迫られることになったのである。

こうした知的、政治的な文脈において、1980年代から90年代にかけて、歴史記述や歴史的な「真実」にかかわる認識論と倫理について、欧米の言論界で論争が巻き起こった。歴史学者だけでなく、文学者、精神科医、哲学者たちが応答を試みたが、少なくない論者が精神分析を手がかりとしてホロコースト生存者の証言を読み解き、その体験の真実性を確保しようとした。カールスの論考も、こうした応答の一つとして位置づけることができる。

カールスが試みたように、精神分析的知見を通して生存者の証言を読み解くことによって、現在まで続くトラウマの衝撃の一端を知ることはできる。しかし、精神分析は出来事の実在論的地位を確立することを自らの使命とするわけではないうために、出来事をなかったことにしようとする修正主義者たちの攻撃に対して、時に無力である。そこで、カールスらは、独自の精神分析理論を展開することになったのである。

トラウマと言う現象は、外に向けて叫び声を発する場 (the story of a wound that cries out) であり、それ以外の方法では伝えることのできない現象や真実をわれわれに語ろうとする試みそのものであると言えよう。そして、その真実とは、遅延して現れ、後になって語りかけてくるもので、すでに知っていることにそれをつなげて考えるのではなく、われわれの行動や言語によっては認識されえないことに関係させて考えるべきなのである。(Caruth 1996=2005: 7)

カールスは、フロイトの論考における時間論を基盤として、独自のトラウマ論を展開するために、一見精神分析に忠実であるように見える。しかし、先に見たように、出来事の実在性を確保するために、「直写性」理論を前面に押し出すことで、精神分析の中心的洞察から分岐していくのである。

象徴化することのできない出来事が「直写的」に主体を襲うという主張は、ラカンの「現実界」の議論になぞらえることもできよう。しかし、ラカン理論の代表的論者であるジジェクとは違い、出来事が実際に起こったということにカールスはこだわりをみせる。だからこそ、一方で、出来事が指示対象を欠落させているという「不在」の印を刻むことで、トラウマの在り処を示そうとしながら、他方で、幻想の働きは等閑視するのである。

出来事が象徴化を経していない（「直写的である」）とすれば、トラウマ記憶は幻想ではないということになる。幻想は象徴化という過程を経ているからである (Ball 2007: xxxiv)。C. ボールが指摘するように、「直写性」概念は「トラウマ記憶の実在性」(materiality of a traumatic memory) を肯定しようとする試み

---

であるといえるのである (Ball 2007: xxxiv)。

精神分析の洞察を応用しながらも、その鍵概念である「幻想」や「欲望」を自身のトラウマ論に組み込まないことによって、カルースは「表象の危機」が提起する歴史記述の方法論上の難問に応えようとした。従来の歴史叙述の方法論では存在を否定されかねない歴史上の出来事が、確かに起こったということを示そうとする倫理的なトラウマ論を示したといえるであろう。「ポスト脱構築論」という文学理論の流れにおける「倫理的転回」の代表と評されるゆえんである (Eagleton 2014: 12)。

## 8. 分岐するトラウマ理論——出来事と主体性をめぐって

トラウマ理論は、出来事と主体性の論じ方によって2つの潮流に分類される。一つは、トラウマとは、外部からの強烈な衝撃にさらされて、心的機能が対応しきれずに精神的な麻痺状態や解離状態に陥ったり、驚愕や苦痛に繰り返し襲われたりする状態のことであると考えられる。PTSDの診断方法がその典型であるが、トラウマ体験をもたらしたのは具体的な経験的出来事であり、特定することができるという前提に立つ。戦闘やレイプ、大災害などの体験がトラウマ体験の事例として挙げられることが多いのは、出来事の性質そのものにトラウマの原因を求めからである。もう一つは、事後性や幻想の働きを重視する精神分析的なトラウマ論であり、トラウマは主に心的な要因によって引き起こされる、もしくは外的および心的な出来事が複雑に絡み合って生じるものであり、現実の出来事が直接の原因ではないと考える。「第2の契機」によって出来事の記憶がトラウマとして主体に迫ってくるのであり、暴力的な出来事それ自体がトラウマを生じさせるとは限らないと考えるのである。

主体性の捉え方においても大きな違いがみられる。精神分析に依拠するトラウマ論では、トラウマを被った主体は解離もしくは自己不在の状態にあり、加害行為を模倣したりトラウマ的な場面を反復したりすると考える。主体の認知能力が破壊された状態に置かれているために、主体がトラウマの場面を想起したり理解したりすることはできないと考えるのである (Leys 1999: 8-9)。他方、PTSDのようなトラウマ論では、主体が外部からトラウマに襲われて、その自律性や統一性は傷つけられるが、主体の同一性が解体されるわけではないと考える。

「統一的で自律的な自己」という近代的主体概念に挑戦した精神分析に連なるトラウマ論においては、被害者と加害者の境界は曖昧であり、被害者の証言の信ぴょう性——出来事の実在性——が疑われることにつながる。同時に、トラウマに苦しむ主体を単に受動的な「被害者」とみなすのではなく、心的作業を行う主体という側面を浮かび上がらせる。それに対して、現代の「被害者文化」(victim culture)において主流となった PTSD モデルでは、トラウマを被った主体は、まったく被害者とみなされ受動的な存在として位置づけられるが、同時に、トラウマをもたらした出来事の証人として尊重されるのである。

出来事と主体性をめぐって二つのトラウマ論の間には、見過ごすことのできない違いがある。しかし、どちらの論を採用するとしても、トラウマの本質が、トラウマをもたらした出来事それ自体にあるのではなく、出来事が過ぎ去った後に繰り返し生じる「症状」の方にあるという見方は、少なくとも臨床家たちには共有されている。問題は、目の前にいる「患者」の苦しみを軽減させることだから

である。このようにみると、「トラウマ」という概念は、終わったことになっている過去の出来事が、それを生き延びた者にとっては今も続いているという現実を伝える概念であるとまとめることができるだろう。

## 9. 「トラウマ」で読み解く原爆体験

トラウマという概念にかかわる理論をみてきたが、最後に、原爆被爆体験を「トラウマ」から読み解くことで拓かれる可能性と課題を考察することにする。

### PTSD パラダイム

原爆被爆体験や被爆者の心的苦痛に関してトラウマという観点から論じた先行研究の多くが「PTSD パラダイム」に依拠している。太田保之らの長崎における調査がその典型である。トラウマを「抗いがたいほどの衝撃的・驚愕的な出来事を体験して、それを現実的な対処で解決できず、その結果として精神的・身体的な不調（症状）が持続的に出現している状態を引き起こす出来事」（太田・三根・吉峰 2014: 60）と定義するように、PTSD 診断基準の通り、衝撃的な出来事がトラウマ症状を引き起こすという因果論を採用しているのである。

PTSD 診断基準を被爆者に適用することに対しては批判も少なくない。PTSD が想定するような出来事とは違い、原爆体験は他に類を見ない極限的な体験であると認識されているからである。しかし、PTSD の病因論に関する批判ではない。原爆が実在する歴史的出来事であることに異論はなく、また「極限状態」と称されてきたように、原爆被爆体験が想像を絶する過酷な体験であったことが体験者の証言などから明らかにされてきたからであろう。

1990年代以降、PTSD 概念を参照しながら被爆者の精神的被害について論じる研究が増えているが、その大きなきっかけとなったのが、長崎の被爆地域拡大運動と関連した一連の調査である。長崎における「原子爆弾未指定地域住民」の調査（1990–2000年）は、PTSD 概念を適用することで、従来よりも広範囲にわたって原爆の被害を認めさせ、国家に被爆者援護の拡大を要求する目的で始まった<sup>8</sup>。しかし、PTSD という疾患概念は「結果責任に基づく国家補償」の対象とな

<sup>8</sup> 「被爆地域」は誰が「被爆者」として認められるかを判断するうえで決定的な役割を果たす。「被爆地域」は原爆医療法制定時に政令で定められており、当時の行政区域が基準とされていた。広島の場合は、爆心地からほぼ同心円状に境界線が引かれたが、長崎の場合は、爆心地から南に 12km という距離でも「被爆地域」に該当するが、東西約 5km 以遠は外れてしまう。その結果、爆心地からの距離が比較的近くても、被爆地域として認められない地区（未指定地域）があり、公平性の観点から問題視されてきた。医療法制定以降、「被爆地域」拡大要請運動が展開されてきたが、1980年に出された「原爆被害者対策基本問題懇談会答申」において、地域拡大を実現するには「十分な科学的根拠」が必要とされるようになった。そこで、長崎市と長崎県は「残留放射能プルトニウム調査」を行い、爆心地半径 12km 以内の未指定地域の土壌からもプルトニウムが検出されたことを報告書にまとめ、厚生省に対して「被爆地域」拡大を求めた。しかし、厚生省が長崎報告書の科学的評価を行うために設置した委員会は、残留放射能による健康への影響は認められないと結論づけた。そこで「PTSD」が新たな科学的根拠として登

---

る原爆被害の領域を広げるための救世主とはならなかった。

「未指定地域住民調査」は、原爆投下時に爆心地から半径 12km 内に居住していた人のうち、現在も同じ行政区域内に居住している 7,402 名を対象に行われ、現在の健康状態などに関するアンケートと原爆投下時の状況に関する「原子爆弾被爆の証言調査票」（自由記載）を用いて行った。長崎大学の太田保之らは、有効回答者のうち、原爆によるトラウマ反応がみられると推定された対象者のうち 879 名を無作為に抽出し、そこから被爆当時の年齢が 11 歳以上および面接時に 80 歳未満で調査に合意した 312 名に対して CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) 構造化面接を実施した。その結果、PTSD 生涯有病率は 6.4%、PTSD 不完全型の生涯有病率は 18.3%であることがわかった（太田 2002；太田・三根・吉峰 2013）<sup>9</sup>。放射線によって身体被害を受けた可能性が低い者であったとしても、原爆投下時の体験が心理的・精神的な影響を及ぼしている可能性があることが示唆されたのである（太田 2002: 149）。

長崎市調査の結果を受けて、2000 年 10 月、厚生省に検討会が設置され、専門家たちによる研究班が追跡調査を行った。長崎市の調査が比較対照群を欠くことから、検討会は爆心地から 12km 以内に居住する被爆体験者に加えて、1950 年以降に非認定地域に移住してきた人から抽出した 300 人のうち、288 人を対照群とした。GHQ (General Health Questionnaire)<sup>10</sup>と IES-R (Impact of Event Scale-Revised)<sup>11</sup>を用いた面接調査の結果、体験者群の精神状態は非体験者に比べて悪く、原爆体験のトラウマ的症状が強いということがわかった。しかし、体験者群の放射線被ばく線量は「小さく、健康影響はない」程度であることから、健康悪化が放射線によるものとは考えられず、放射線そのものではなく、放射線が健康に悪影響を及ぼす可能性に対する不安と被爆者への偏見「(と本人たちが感じるもの)」が心身の健康を低下させた重要な要因であると結論づけた（「PTSD 等に関連した健康影響評価に関する研究」平成 12 年度厚生科学特別研究事業、2001 年 7 月）。

2003 年に、長崎市原爆被爆対策部が長崎市内に居住する被爆者（被爆者健康手帳所持者）49,867 名を対象に「原子爆弾被爆者健康意識調査」を行った。調査内容は主に、1) 生活背景、2) 心身の健康状態、3) 被爆者健診の状況、4) 社会生活、5) 行政への要望であった。厚生省研究班の結論を検証する意図があったのか否かはわからないが、調査結果のうち、PTSD 症状と精神的健康度に関わる指数と他の指標との関連性について専門委員が検討した。

まず、IES-R 高得点者の特徴について、次のような分析が行われた。IES-R 高得点者群は低得点者群に比べて GHQ の高得点者率が有意に高かった。また、IES-R 高得点者群は被爆と関係があると思っている疾患数が有意に多かった。ほかに、IES-R 高得点者率を爆心地からの被爆距離別（2km 満、2～3km、3km 以上）

---

場するのである。

<sup>9</sup> ただし、調査時に PTSD の診断基準を満たす者はいなかった。また、比較する他の事例に欠くために、この数値が高いのか否かは判断できないという。

<sup>10</sup> 精神的健康度の評価スケールである。

<sup>11</sup> 過去の出来事（体験）がどれくらいの心的衝撃（PTSD 症）をもたらしたかを評価するスケールである。

にみた場合、有意な差異がみられた。これらの結果を踏まえて、同じ被爆者であっても、出来事への曝露度（爆心地からの距離）により被爆体験に起因する PTSD 罹患リスクが異なる可能性があること、トラウマが重度である被爆者は身体疾患罹患への不安が持続していることが示唆されたと太田らは結論づけている（太田・三根 2012）<sup>12</sup>。

次に、同調査のうち「被爆者であることが言えなかったことがある」という「黙秘体験」の有無と IES-R との関連性を検討した結果、IES-R 高得点者率は「体験者」群が「非体験者」群に比べて有意に高かったほか、被爆後の凄惨な状況を直視した体験は「体験者」群が有意に多く、近親者の被爆死や重篤受傷のいる割合も有意に多かった。被爆距離との関連については、両対照群に有意差はなかった。以上の結果から、黙秘体験の有無は、爆心地からの距離にもとづく被爆体験の「心的衝撃の強度」によるものではなく、死別体験や凄惨な状況下における驚愕体験に起因すると推測されると結論づけられた（太田・三根 2013）。

さらに、太田らは、調査結果を急性放射線症状の有無との関連において検討した。その結果、「症状あり」群（988 人）は爆心地に近い場所での被爆者が有意に多く、IES-R の高得点者率は「症状あり」群で有意に高く、被爆死・重症受傷の近親者および凄惨な状況の直視体験も有意に多かった。ほかにも、現在罹患して

---

<sup>12</sup> 長崎大学の中根允文らが 1994 年から 1996 年に被爆者定期検診受診者（のべ 38,827 名）を対象に行った「50 年前に原爆被爆した者における精神障害の有病率」研究によると、被爆距離に関連して心身の不健康度が重症化することがわかった。用いた尺度は GHQ-12 であるために、トラウマにかかわる測定はしていない（中根 2002: 135-136）。それに対して、中坂信子と貞森直樹は、恵が丘長崎原爆ホームや原爆被爆者特別養護ホーム入所者 128 名に対して IES-R を用いて調査を行った。その結果、IES-R 得点と被爆距離および急性症状の有無の間に有意な相関性がみられた（中坂・貞森 2006）。なお、2000 年の厚生省研究班の研究報告に影響を受けたせいか、この二つの研究論文において「トラウマ」概念の不正確な記述がみられることを指摘しておく。両者とも「精神的不安（トラウマ）」と記述しているが、トラウマ（特に、ここで問題となっている PTSD）と「精神的不安」とは関連性があるものの、別概念である。「被爆体験に基づく精神的不安（トラウマ）が原因となって、今日においても PTSD を残していると思われる」（中坂・貞森 2006: 71）という記述や「トラウマ体験を生じ得る要因」として「事後要因」であるところのスティグマ体験等が含まれている（一之瀬ほか 2006: 75）ことから、トラウマ概念にかかわる混乱がみてとれる。PTSD 診断基準における「トラウマ」とは、PTSD 症状を発生させた体験（「カテゴリー A」、この場合は原爆被爆体験）および体験に関する PTSD 反応（「カテゴリー B」に列記された症状）を指すのであって、被爆したことによる不安を指すのではない。また、一之瀬ほか（2006）が言及するスティグマ体験などの「事後要因」は「トラウマ体験を生じ得る要因」ではなく、PTSD 反応を悪化させる、もしくは、治癒させない要因として捉えるべきである。厚生省研究班は、放射線の影響に関する不安やスティグマ体験がトラウマ症状を悪化させている（もしくは治癒させない）可能性を論じたのであって、それ自体がトラウマの要因であるとは論じていないのである。

---

いると思っている疾患数も原爆と関係があると思っている罹患疾患数も、「症状あり」群の方が有意に多かった。以上の結果から、「症状あり」群の被爆者にとって「周囲の人たちの「唐突で奇妙な死」は、自分の身体に発現した急性放射線症状の行く末を暗示するものであり、きわめて大きな苦悶の要因になったと考えられる」とした（太田・三根 2017: 868）。さらに、「症状あり」群は「自己の健康状態への終焉することのない不安・恐怖を抱いていたと言える」とした（太田・三根 2017: 868）。

太田らの分析結果を踏まえて、二つの課題を挙げておきたい。IES-R の得点率からは、原爆被爆から長年経った後でも調査対象者がトラウマ（心的外傷）に苦しんでいることが浮かび上がってきた。爆心地からの近距離被爆に伴い、原爆炸裂時と直後に強い衝撃を体験したことだけでなく、放射線を多量に浴びて急性症状を発症したことも、PTSD 反応もしくはその持続に結びついていることがわかった。太田らは、放射線による「直接的な影響」だけでなく、放射線による「後障害発現に関する不確実性に基づく精神的・身体的苦悩」を指摘したが（太田・三根 2012: 878）、これこそが、戦後初期の精神医学研究から現代の精神医学研究を分かっポイントとなる。放射線による健康被害に対する「不安」というファクターである。太田らは、トラウマが深刻である被爆者は健康に対する不安が持続していると指摘したが（太田・三根 2012）、むしろ、不安こそがトラウマからの回復を妨げていると考えたほうが妥当ではないだろうか。「不安」という概念を持ち出して被爆者の精神的な苦悩を考察することの意味と課題については、より詳しく後述する。

太田らの分析から浮かび上がってきた二つめの課題としては、「原爆被爆体験」の個別性を考慮しながら「トラウマ」と体験の関係を検討していかなければならないという点である。太田らの分析は、PTSD 診断基準に依拠しながらも、何をもって「カテゴリーA」に該当すると考えるのか、つまり「原爆被爆体験」が具体的にどのような体験を指すのかについて、あいまいなところがある。IES-R 高得点者の特徴について行った 2012 年の分析では、「爆心地に近い場所で被爆した」ことを「強い心的外傷に曝される」事態、「〔トラウマ的体験への〕高い暴露度」として捉えていた（太田・三根 2012: 876）。つまり、原爆の炸裂時に直接被爆した（爆撃を受けた）ことを指して「被爆体験＝カテゴリーA」としていた。しかし、凄惨な死を直視した体験を「驚愕体験」とみなしているときもある。「原爆被爆というトラウマ（驚愕体験）」という表現も使われており、直接被爆した体験だけでなく、入市や救援・救護「被爆」の体験も「トラウマ体験」とみなしている節があるのである。たしかに、原爆投下直後に救護のために爆心地付近に入った者は、凄惨な大量死を目撃したのであり、そうした驚愕体験は「カテゴリーA」に該当するといえる。

分析時に使われた因子のうち、直視体験と IES-R 高得点率との関連性の分析結果は示されていないが、ここに相関関係が見られるのか否か、その結果の公表が待たれる。いずれにしても、「被爆体験」を「カテゴリーA」因子とみなす場合には、「被爆体験」の内実を、たとえば、濱谷（2005）が行った証言の分類や長崎調査データの KJ 法による分類を参照しながら、より詳しくカテゴリー化して、トラウマとのかかわりを考察すべきであろう。



### 放射線障害とトラウマの不毛な「対立」

長崎調査に関する太田らの分析結果が出る前に、PTSD 概念を援用しつつ、その限界にも言及しながら被爆者の心的外傷と放射線被害との関係について考察したのが、精神科医の中澤正夫である（中澤 2007a）。NHK が被爆者 3000 人に対して 2006 年に行った量的調査に監修者としてかかわりながらも、より臨床的な知見から被爆者一人ひとりにおける「心の傷」の在り様を明らかにした<sup>13</sup>。

通常、心に深い傷跡を残した記憶も、時の流れとともに薄れていく。しかし、被爆者の場合は違っていると中澤はいう。60 年を経てもなお否応なく当時に連れ戻され、傷が深まるからである。それは、被爆時を思い起こさせる音や光など物理的な刺激群だけによるのではない。被爆者に対して偏見の視線が注がれる度、また、身近な被爆者が原爆症で死ぬ度、そして、自身が病を患う度にフラッシュバックに襲われて傷口が広がると中澤は指摘する。原爆の「放射能が一生追いかけてくる」ために、何十年という時が経ってもなお、新たな心的外傷が作られ続けているというのである。放射線による健康被害の出現可能性（そして、それによる不安）が持続することによって、否が応でも「原爆」を意識せざるを得なくなる。つまり、「原爆」が風化することなく被爆者の「心の傷」をいつまでも深めていくという特質から、被爆者の心の被害は「史上最悪の外傷記憶による PTSD」（中澤 2007a: 169）であると中澤は結論づけた。

代々木病院での 30 年にわたる臨床経験に基づいた中澤の見解は、第 2 節でみたような、広島と長崎の精神医学者たちが初期に取り組んだ医学調査の結果と、PTSD という 20 世紀終わりになって出現した精神疾患概念とを有機的に結びつけて、被爆者の苦悩に迫ったものであるといえる。中澤は原爆による放射線被害の特性を被爆者の心的な苦しみと結びつけたのである。

第 2 節でみたように、初期の精神医学的研究は、少なくない被爆者の間にみられる神経症様の症状が、単なる心因性のものではなく、放射線被曝による身体疾患と関連していることを示唆していた。それに対して、太田らは現代の精神医学的知見をもとに、心的症状（太田らの場合は PTSD）と身体的症状（急性症状）との相関性を媒介する要因として、放射線による後障害に対する「不安」という新たな因子を見出した。ただし、初期の研究が被爆から数年後に行われていたのに対して、太田らの研究は、被爆から 60 年近く後になって行われたものであるという違いに留意する必要がある。太田らの研究結果は、精神医学的症状が放射線による身体的な障害に起因する可能性があったという初期研究の見解を否定するものではないし、太田らが依拠するデータは、あくまでも記憶を介して抽出されたものであって、事後的な要因により大きな影響を受けている可能性がある<sup>14</sup>。記憶とは、現在における過去の表象であり、フロイトが示唆したように、想起する文脈に大きな影響を受けるものである。つまり、被爆から長い年月を経た調査

<sup>13</sup> 「被爆者 心の傷は癒えず——原爆のトラウマ 1300 人の調査から」（ETV 特集、2006 年 8 月放送）を制作するにあたって、NHK は長崎大学医学部などの協力を得て、広島と東京在住の被爆者 3000 人に対して心の傷や現在の精神状態に関するアンケート調査を行い、30.2%の人に PTSD の危険性があるという結果が出た。

<sup>14</sup> こうした限界については、太田らも意識している（太田・三根 2012）。

---

であるがゆえに、「不安」が精神的な健康度に作用する程度がより強くなったとみられることも十分に可能なのである。

先に見た厚生省研究班の分析結果によると、放射線被害が「ないはず」である対象者にも、原爆由来の精神的な健康度の低下がみられたのは、放射線後遺症に対する不安（放射線被害に関する「正確な知識」の不足が主要因）や被爆者（放射線被害を受けたと看做された者）に対する社会的偏見が主な要因であったとされた。ただし、厚生省研究班の調査は被爆者を対象にしたものではないことは強調しておきたい。つまり、放射線医学の知見からみて放射線による身体的な影響をほとんど受けていないと考えられる者が調査対象であったために、不安と偏見という因子が抽出されたかもしれないのである。それは、放射線障害のある（少なくともその可能性がある）者であるところの「被爆者」を対象とした長崎の調査や中澤の研究、戦後初期の研究から導き出された所見を否定するものではない。

そもそも、原爆による被害を身体的側面、精神的側面、社会的側面に分けて考察することを通してその全体像に迫ろうという試みと、原爆の放射線に起因する身体被害と精神被害をあたかも相反する要因であるかのように区別して被害を論じるのとでは、まったく意味合いが異なる。被爆者が受けた原爆被害をみるうえでは、放射線による身体的な被害と精神的な苦しみ、被害を拡大させた社会的要因の相互作用を分析すべきであって、心因論で放射線被害を否定するという二者択一の分析方法は、被爆者の苦しみに対する無理解を露呈している<sup>15</sup>。その典型が、原爆症認定に対する国の考えである。

松谷訴訟においても、原爆症認定集団訴訟においても、被告である国は、急性症状という身体被害は心因性のものであるという主張を繰り返してきた<sup>16</sup>。心因性を主張することで放射線起因性を否定することができると考えたからであろう。原告9人全員を原爆症であると認定して国の却下処分を取り消した大阪地裁判決（2006年6月）に対して、国側が反論として提出した「佐々木・草間意見書」では、脱毛、下痢、嘔吐などの急性症状は、精神的な衝撃の影響によるものであると示唆しつつ放射線の影響を否定している<sup>17</sup>。つまり、「トラウマ」は放射線被害を否定する医学的概念として用いられているのである。

しかし、原爆被害を放射線による被害と「トラウマ」を含む心的被害とに明確に分類することなどできるのだろうか。両者の直接的な因果関係、たとえば、放

---

<sup>15</sup> 太田らも、こうした相互作用をみることの重要性を説く。晩発性障害発症に対する不安や恐怖が精神的な不安定さをもたらし、その不安定さが身体的健康感に悪影響を及ぼすという「負の連鎖・悪循環」をもたらす。その「負の連鎖・悪循環」は生活の質を低下させ、未来への希望を損なわせることになる（太田・三根・吉峰 2014: 146）。

<sup>16</sup> 松谷訴訟では、被爆直後の脱毛は放射線による急性症状ではなく、栄養状態もしくは精神的ショックによると国側は主張した。

<sup>17</sup> 佐々木康人・医療分科会会長と草間朋子・副分科会会長代理が執筆した意見書は、被爆直後に原告に見られた脱毛、下痢、嘔吐などの症状が放射線に起因することは「ありえない」と断じ、精神的なストレスによるものだと示唆している。同時に、放射線とそれ以外の要因を区別することが難しいこと、低線量被曝の生体影響については「未だに解明には至っていない」ことも認めている。

放射線被曝が心的外傷をもたらすといった関係は否定できるであろうが、太田らや中澤が示唆するように、後障害が発生する可能性があるという放射線被害の特性が、不安を作り出したり、侵入的想起のトリガーとなったりすることで、トラウマを悪化させたり、持続させたりするのである。ある被爆者の病気が放射線被曝によるのか否か、最新の医学的知見をもってしても、確信を持つては判断できないが、病気になったのが原爆のせいであると不安になったり、そのことで当時の凄惨な情景を想起して苦しむことも、原爆被害の一側面であることに違いないのである。

### トラウマと原爆体験・原爆被害

ここまで、被爆者の心的被害に関する先行研究、PTSD 診断名の誕生を含むトラウマ概念の歴史、精神分析によるトラウマ概念、神経学におけるトラウマ反応のメカニズム研究、文学理論におけるトラウマ概念、そして、原爆被害者を対象に PTSD 診断基準を用いて行われた近年の研究をみてきた。最後に、これまでの議論を踏まえて、原爆体験をトラウマから読み解くことの可能性と課題をまとめておきたい。

PTSD 概念が原爆被害を捉える上で新たな知見を提供したことは間違いない。先行研究が示唆するように、少なくない被爆者が PTSD と診断された、もしくは「不完全型」の PTSD に苦しんでいた可能性は高い。被爆から長い年月を経た後でさえも、ふとしたきっかけでフラッシュバックに襲われたり、被爆時の様子を何度も繰り返し夢に見たり、被爆した場所を避けたりする人は少なくない。

さらに PTSD 概念は、被爆者の苦しみと他の戦争被害者の苦しみを比較検討するという学術研究のうえで利点があるだけでなく、戦争による痛みを抱えた者同士で国際的に連帯する一助となるかもしれない。しかし、PTSD 概念においては、PTSD に苦しむ者はみな「被害者」と看做されることの意味を熟考する必要もある。PTSD 概念誕生を大きく後押ししたのは、ベトナム帰還兵たちであった。彼らは、戦争による心的外傷に苦しむ「被害者」であった。同時に、多くのベトナム人を殺傷した「加害者」でもあった。PTSD 概念は「トラウマに苦しむ者」を可視化するが、「加害者」を「被害者」とみなして、その責任をあいまいにし、「被害者」の苦痛を増すことにもなりかねない。PTSD 概念は、トラウマに苦しむ者（たとえば、ベトナム帰還兵）が、苦しみをもたらした主体（たとえば、米国政府）を「加害者」と名指して、その責任を追及するのを助けたが、「被害者」が「加害者」でもあるという文脈を不可視化し、その責任追及を妨げることにもなりかねない点に留意が必要である<sup>18</sup>。

18 被爆者の場合にも、同じことがいえる。太田らは、「無辜の市民を一瞬にして阿鼻叫喚の地獄に晒しました」（太田・三根・吉峰 2014: 79）と、被爆者がまったき被害者であったかのように記述する。当時の長崎市民が被害者であることに異論はないが、被爆当時、子どもであった者は別として、戦争に加担していなかった者はごく少数に留まるのであるから、アジア太平洋近隣諸国からみれば、彼ら・彼女らは、けっして無辜の被害者ではなかった。つまり、「トラウマ」が戦争責任の議論をあいまいにしてしまう危険性もあるのである。DV や児童虐待の文脈においても、最近では世代間トラウマの発現として「加害者のトラウマ」が取り上

---

PTSD 診断基準ができたことで、被爆者の精神的な治療や医療・福祉的介入が可能になるという指摘もあるが（太田・三根・吉峰 2014）、被爆者の心的な苦しみを治療の対象とみなすことの是非も論じられるべきであろう。「再体験、回避・麻痺、過覚醒」といった症状以外にも、被爆者たちは、さまざまな心的苦痛を抱えて生きてきた。PTSD は国際的に認知されている精神医学的概念であるために、被爆者の心の傷を広く伝える手段になりうるかもしれない。しかし、それなくしては被爆者の苦しみに迫ることができないと考えるのは間違いである。あくまでも、ひとつの指標として用いられるべきであろう。

PTSD という診断名が登場する以前から、被爆者たちは証言や文学作品によって、その苦しみを表現してきた。そうした表現を精神分析の系譜に連なるトラウマ論から読み解くこともできよう。とりわけ、トラウマ論は体験の知と主体性に関して新たな知見を提供してくれるであろう。

カルースがいうように、トラウマ体験とは、体験者自身でさえも把握しかねるような出来事である。多くの被爆者が「地獄」「この世の終わり」と表現するように、その場にいた者であっても、目の前に広がっていた状況を把握することは困難であった。状況を理解するために参照するのは、それまで機能していた認識の枠組みであるが、歴史上前例のない核兵器の攻撃によって現出した〈セカイ〉を理解する助けとはならなかった。リフトンは、ヒロシマの生存者は「状況を理解するために必要な先行するイメージを持たないか、ほとんど持っていない」ために、体験を自分のものにすることができないと指摘する（Caruth 1995=2000h: 206）。だからといって、原爆体験が「表象不可能」であり「理解不可能」であるとカルースのように性急に結論づけるべきではない。精神分析のように、一人ひとりの生存者がさまざまな形で表現してきた「言葉」を注視したうえで、体験に近づこうとすべきであろう。

精神分析的なトラウマ論が示唆するのは、体験者が体験に関する知の所有者であるとは限らないということである。出来事の只中では、状況を認識できる主体は崩壊するか、崩壊の危機に瀕していた。さらに、出来事を生き延びたことによって、日常世界に舞い戻ることになるが、予期せぬ形で「地獄」の時空間に連れ戻される。カルースはトラウマの本質を「死に直面したこと」ではなく「われ知らずのうちにその危機を生き延びてしまったことにある」（Caruth 1996=2005: 93）と喝破した。カルースがいうように、極限的な出来事から日常世界に生還したからこそ「日常」と「地獄」という二つの世界の臨界領域に生きることになるといえる（直野 2015: 193-200）。主体は出来事を自らの支配下に置くことができず、トラウマを生き続けることになるといえるのである。

精神医学の PTSD 概念に依拠したトラウマ論も精神分析に依拠したトラウマ論も、トラウマ体験の現在性を明らかにしてきた。原爆から長い時間が経った後も続く被爆者の苦しみが、放射線の後遺症によるものだけでなく、「あの日」の記憶に襲われることによること、「あの日」を生き延びた者にとっては、原爆は過去の

---

げられており（たとえば、DV 加害者や児童虐待加害者たち自身が児童虐待の被害者であった）、「トラウマ」は「被害文化（victim culture）」を加速させているともいえる。

ものではないということトラウマ概念は伝えている。PTSD 診断基準を援用した疫学的アプローチだけでなく、主体にとっての出来事の意味を注視して個別性を重んじる精神分析的アプローチによって「被爆者の心の傷」のありようが明らかにされるよう、トラウマ概念を用いた学際的な研究が今後展開されることを期待したい。

## 参考文献

- 飛鳥井望, 2005, 「PTSD 概念がもたらすもの」『精神科』6 (3): 233-237.
- Ball, Karyn, 2009, Disciplining the Holocaust, Albany, NY: State University of New York Press.
- ヨーゼフ・ブロイアー／ジークムント・フロイト, 2004 (1895), 『ヒステリー研究』(上、下) 金関猛訳, ちくま学芸文庫.
- J・ブルンナー, 2005, 「傷つきやすい個人の歴史、トラウマ性障害をめぐる言説における医療、法律、政治」『思想』972: 5-43.
- Caruth, Cathy, 1995a, “Trauma and Experience: Introduction,” in Cathy Caruth ed., Trauma: Explorations in Memory, Baltimore: Johns Hopkins University Press (=2000, 下河辺美知子訳監訳『トラウマへの探究—証言の不可能性と可能性』作品社, 12-28).
- , 1995h, “An Interview with Robert Jay Lifton,” in Cathy Caruth ed., Trauma: Explorations in Memory, Baltimore: Johns Hopkins University Press (=2000, 下河辺美知子訳監訳『トラウマへの探究—証言の不可能性と可能性』作品社, 196-223).
- , 1996, Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History, Baltimore: Johns Hopkins University Press (=2005, 下河辺美知子訳『トラウマ・歴史・物語—持ち主なき出来事』みすず書房).
- , 2002, “An Interview with Jean Laplanche,” in Linda Belau and Petar Ramadanovic eds., Topologies of Trauma: Essays on the Limit of Knowledge and Memory, New York: Other Press, 101-125.
- Chiriaco, Sonia, 2012, Le Désir Foudroyé: Sortir Du Traumatisme Par La Psychanalyse, Paris: Navarin/Le Champ freudien (=2016, 向井雅明監訳『稲妻に打たれた欲望—精神分析によるトラウマからの脱出』誠信書房).
- Eaglestone, Robert, 2014, “Knowledge, ‘Afterwardsness’ and the Future of Trauma Theory,” in Gert Buelens, et.al. eds., The Future of Trauma Theory: Contemporary Literary and Cultural Criticism, London; New York: Routledge, 11-21.
- Fassin, Didier and Richard Rechtman, 2009, The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood, Princeton: Princeton University Press.
- ジークムント・フロイト, 1996 (1920), 『自我論集』中山元訳, ちくま学芸文庫, 113-200。
- Hacking, Ian, 1995, Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory, Princeton: Princeton University Press (=1998, 北澤格訳『記

- 
- 憶を書きかえる——多重人格と心のメカニズム』早川書房).
- 濱谷正晴, 1977, 「被爆者援護の思想と課題——被爆問題国際シンポジウムの成果と今後」『季刊科学と思想』26: 317-326.
- , 1978, 「被爆者問題研究の視座をめぐって——国際シンポジウム・その後」『季刊科学と思想』28: 726-738.
- , 1994, 「原爆被害者問題の社会調査史」石川淳志、橋本和孝、浜谷正晴編著『社会調査——歴史と視点』ミネルヴァ書房, 273-310.
- , 2005, 『原爆体験』岩波書店.
- Herman, Judith, 1997, Trauma and Recovery, New York: Basic Books (=1999, 中井久夫訳『心的外傷と回復 増補版』みすず書房).
- 一之瀬仁志ほか, 2006, 「長崎原爆被爆体験者の心身の健康に関する調査研究」『長崎医学会雑誌』81: 222-225.
- 石田忠, 1986, 『原爆被害者援護法』未来社.
- 伊東壮, 1975, 『被爆の思想と運動』新評論.
- 小西聖子, 2012, 『新版 ト라우マの心理学』NHK出版.
- 小沼十寸穂・古谷誠・久保攝二, 1953, 「原爆症後遺症としての間脳症候群」『日本医事新報』4853: 5-12.
- 小沼十寸穂ほか, 1954, 「原爆症後遺症に関する神経学的研究 (第2報)」『内科の領域』2(5): 261-282.
- 久保良敏, 1951, 「広島被爆直後の人間行動の研究——原子爆弾、原子力の社会心理学的研究 I」『心理学研究』22(2): 103-110.
- LaCapra, Dominick, 2001, Writing History: Writing Trauma, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Laplanche, Jean, 1999, Essays on Otherness, New York: Routledge.
- J・ラプランシュ/J・B・ポンタリス, 1977, 『精神分析用語辞典』村上仁監訳, みすず書房.
- Leys, Ruth, 1999, Trauma: a Genealogy, Chicago: University of Chicago Press.
- Lifton, Robert Jay, 1968, Death in Life: Survivors of Hiroshima, Chapel Hill: University of North Carolina Press (=1971, 榊井迪夫他訳『死の内の生命——ヒロシマの生存者』朝日新聞社).
- 宮地尚子, 2005, 『トラウマの医療人類学』みすず書房.
- , 2013, 『トラウマ』岩波書店.
- 森茂起, 2005, 『トラウマの発見』講談社.
- 中村久夫, 2004, 『徴候・記憶・外傷』みすず書房.
- 中根允文, 2002, 「被爆者に対する精神・心理学的アプローチとケア」『広島医学』55(3): 133-137.
- 中坂信子・貞森直樹, 2006, 「原爆被爆者における心的外傷後ストレス障害」『長崎医学会雑誌』81: 213-221.
- 中澤正夫, 2007a, 『ヒバクシャの心の傷を追って』岩波書店.
- , 2007b, 「被爆者の『心の被害研究』歴史と解説」中澤正夫『ヒバクシャの心の傷を追って』岩波書店, 1-19.
- 直野章子, 2008a, 「原爆被害と『こころの傷』——トラウマ研究との対話的試論」三谷孝編『戦争と民衆——戦争体験を問い直す』旬報社, 85-121.

- , 2008b, 「被爆を語る言葉と痛みの共振」『日本学報』27: 69-92.
- , 2008c, 「『被爆の証言』を紡ぎだす——「原爆の絵」作者への聴きとりから」『国立歴史民俗博物館研究報告』147: 197-217.
- , 2009a, 「被爆を語る言葉の隙間——〈被爆者〉の誕生と「被爆体験記」の始まりから」『フォーラム現代社会学』8: 13-30.
- , 2009b, 「『市民が描いた原爆の絵』作者聴きとりに関する調査研究」(『広島平和記念資料館資料調査研究会研究報告』5: 5-45.
- , 2014, 「トラウマの表現——生き残りたちの〈原爆後〉序論」『世界思想』41: 13-17.
- , 2015, 『原爆体験と戦後日本——記憶の形成と継承』岩波書店.
- 仁志川種雄・築城士郎, 1961, 「原子爆弾被災者についての精神医学的調査」『長崎医学会雑誌』36: 717-722.
- 西本実苗・松本和雄, 2001, 「原爆投下55年目における広島・長崎原爆災害の精神医学的・心理学的研究の概要」『教育学科研究年報』27: 37-44.
- 野中猛ほか, 1987, 「被爆者37例に見られた精神障害——被爆後40年の調査」『精神医学』29: 725-733.
- 太田保之, 2002, 「原子爆弾被災住民の長期経過後の精神的影響」『臨床精神医学』31(S1): 146-151.
- 太田保之・三根真理子, 2012, 「長崎市の原爆被災者における長期経過後の精神的影響」『精神医学』54(9): 871-880.
- , 2013, 「長崎市の原爆被災者における長期経過後の精神的影響——第2報: 〈被災者である〉ことの黙秘にみる永続的な苦悩」『精神医学』55(3): 273-282.
- , 2017, 「長崎市の原爆被災者における長期経過後の精神的影響——第3報: 急性放射線症状と〈死の烙印〉の呪縛」『精神医学』59(9): 863-872.
- 太田保之・三根真理子・吉峯悦子, 2013, 「PTSD 既往歴者の長期経過後における PTSD 症状の発現率特性: 長崎市の原爆被災体験者の PTSD 有病率調査を通して」『臨床精神医学』42(8): 1049-1057.
- , 2014, 『原子野のトラウマ——被災者調査再検証 こころの傷をみつめて』長崎新聞社.
- 大塚俊弘, 2002, 「PTSD 概念の精神医学史」『臨床精神医学』31(S1): 23-29.
- 奥村二吉・疋田平三郎, 1949, 「原子爆弾罹災者についての精神医学的調査成績」『九州神経精神医学』1: 50-52.
- Oliner, M.M, 1996, “External Reality: the Elusive Dimension of Psychoanalysis,” *Psychoanalytic Quarterly* 65: 267-300.
- 新宮一成, 1995, 『ラカンの精神分析』講談社.
- 新宮一成・立木康介編, 2005, 『フロイト＝ラカン』講談社.
- 白木博次, 1951, 「原子爆弾症脳髓の病理」『精神神経学雑誌』53: 147-168.
- 棚瀬一代, 2005, 「児童虐待によるトラウマと世代間連鎖」森茂起編『埋葬と亡霊——トラウマ概念の再吟味』人文書院, 82-107.
- Terr, Lenore C., 1991, “Childhood Traumas: an Outline and Overview,” *The American Journal of Psychiatry* 148-1: 10-20.
- 築城士郎, 上野謙吉, 瀬川耕逸, 鍋木重美, 1951, 「終戦後5カ年間の長崎医大精神科教室における経験」『精神神経学雑誌』53-6:299

---

築城士郎ほか, 1958, 「原子爆弾被爆者についての精神医学的調査」『長崎医学会雑誌』 33: 637-639.

van der Kolk, Bessel, 2014, The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma, New York: Penguin Books Ltd (=2016, 柴田裕之訳『身体はトラウマを記録する——脳・心・体のつながりと回復のための手法』紀伊国屋書店).

Young, Alan, 1995, The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder, Princeton: Princeton University Press (=2001, 中井久夫他訳『PTSDの医療人類学』みすず書房).

Zizek, Slavoj, 1989, The Sublime Object of Ideology, London: Verso (=2001, 鈴木晶訳『イデオロギーの崇高な対象』河出書房新社).