

身体疾患によるトラウマ

医療者へ向けたメッセージ

豊田 英嗣

(日本原病院心療内科)

近年、災害医療、精神科、小児救急などの医療現場においてトラウマの問題が注目されるようになってきた。しかしその他の内科系、外科系の身体科の診療において身体疾患に起因するトラウマについての問題意識は未だ希薄であるように思われる。これは医療において重要な課題であると漠然と感じられつつも、では実際にどのようにトラウマを捉え、どのように患者に接すればよいのか、あるいは何をしてしまうと良くないのかわからないまま足踏みしている医療従事者は決して少なくはないのではないだろうか。そこで筆者は2025年7月に第10回〈身〉の医療研究会にて「トラウマケアの入門から専門的トラウマセラピーまで、そして…身の病への適応を考える」と題した研究交流会を企画開催させていただいた。ここへは各領域の第一人者の講師をお招きし、トラウマの理論的基盤となるポリヴェーガル理論(津田真人先生)、トラウマ・インフォームド・ケア(大岡由佳先生)、臨床心理学領域で実践されている代表的なトラウマ治療法(伊藤華野先生、森川綾女先生、阪幸恵先生、小山聡子先生)、そして医療現場から小児科(杉山登志郎先生)、がん(小杉孝子先生)、疼痛(水野泰行先生)、循環器科(豊田英嗣)の領域におけるトラウマへの対応について発表がなされ、総合討論を行なった。〈身〉の医療第9号(本号、2026)はその記録論文である。全体をご拝読いただければトラウマへの対応や治療の概要、身体疾患に起因するトラウマをどのように捉え、どのように患者に接すればよいのか、あるいは何をしてしまうと良くないのか等についてもご理解いただけることであろう。本論考はそれらの重要部分の繰り返し、補足をしな

がら、筆者の元専門分野である循環器医療において患者が抱えうるトラウマについて述べてみたい。本論考が今後の医療トラウマの実臨床と研究の発展の一助となることを願う次第である。

トラウマと身体疾患の関連性について知られるようになった歴史的な背景として、幼少期の逆境体験に起因するトラウマが成人期の身体疾患の発症や増悪に関わること(Felitti, 1998)が知られるようになって以降、「トラウマ→身体疾患」方向での知見や対策が学際的に積み上げられてきた。このことは杉山 pp. 1-7 と大岡 pp. 26-31(本号、2026)の論文を一読いただければそのポイントを理解していただけるであろう。一方「身体疾患→トラウマ」方向についての研究論文も複数あるものの、それらは主に医学のコンテキストの中で心的外傷後ストレス障害(PTSD)という絞込まれたトラウマの病態を対象とした論文といえる。本論考はトラウマをもっと幅広い視野で捉え、身体疾患の発症と増悪が患者に与える広義のトラウマについて、主に医療者に向けて述べられた論考である。

トラウマとは何か

トラウマの統一された定義はないが、大岡の論文 pp. 26-31(本号、2026)にもあるように、SAMHSA(2018)のガイドラインでは、「個々のトラウマは、出来事や状況の組み合わせの結果として生じる。それは身体的または感情的に有害であるか、または生命を脅かすものとして体験され、個人の機能的および精神的、身体的、社会的、

感情的またはスピリチュアルな幸福に、長期的な悪影響を与える」とされている。私が好んで引用するトラウマの定義は、より治療の実践に役立つピーター・レヴァインの定義「トラウマとは我々のシステムが対応するには多すぎる、早すぎる、速すぎるあらゆること、とりわけ我々が成功裏に解決に至ることができない時におこる反応の中にある」である。トラウマとは本人の内的な反応の中にある体験であり、エピソードそのものがトラウマではない。故に他者からは見えない。そして本人も意識していないことさえ少なくない。なぜなら耐え難い体験として適応的に解離させる防衛規制が働きうるからである。この解離もトラウマの最たる特徴である（対比として後述するストレスの場合には解離が論じられることはない）。トラウマの内的世界を客観的に観察する手法を現代科学はまだ手に入れていないが、我々は人同士、いや哺乳類同士、相手のトラウマを洞察することが可能である。

循環器診療の中で出会うトラウマ

本論考で対象としたいのは上述のような広義のトラウマであるが、これまでの医学領域ではもっと狭く絞り込まれたトラウマ、すなわち PTSD や複雑性 PTSD を主な観察対象としてきた。例えば代表的な論文として、急性心筋梗塞（突如襲われる生命を脅かす身体疾患）に罹患した場合、PTSD の発症率は 4% であった (Edmondson, 2012)。読者はこれを少ない頻度だと思われるであろうか。ザ・ブラックスワンというタレブの著書があるが、これは白い白鳥の群れの中に黒い白鳥が一羽いても例外として処理してしまうこと、すなわち無視していないつもりで実は無視していることへの批判である。心筋梗塞後の PTSD をブラックスワンとして無視しないことは医療の是ではないだろうか。

また、筆者（自我状態療法国際認定セラピストおよび EMDR 治療者）は直近の 5 年間トラウマセラピストとしても心療内科診療を行なってきたが、2024 年から近隣の循環器科病棟でリエゾン活動を行っている。その中で PTSD の診断基準を満たさないものの、トラウマセラピストとしての臨床家判断によりトラウマを抱えていると認識しえた亜急性期循環器疾患患者は 1/4 程度も占めた（未発表データ）。これほど高頻度となった根拠は、筆者がトラウマを広く捉えて、臨床像として交感神経系の活性化、腹側迷走神経複合体の活性化（この用語については津田の論文 pp. 21-25（本号、2026）を参照いただき

たい）のいずれか、あるいは両方がみて取れば陽性としたからである。トラウマを診る解像度を上げなければ見落としがちな臨床家の主観的判断であるが、ブラックではなく言うなればグレイスワンである。トラウマにはさまざまなレベルがあり、軽症も含めて適切な対応がなされることを是非目指したいと筆者は考えてきた。トラウマを積極的に洞察、ケアし、医療の中へ能動的に参加することにより、例えば急性心筋梗塞や寛解・増悪を繰り返して死へと至る心不全末期患者が抱える不安やうつつの進展を抑制できたり、健康関連 QOL の改善にも貢献できればと願っている。その効果を示せと学者は言うかもしれないが、その回答は未来に託されている。エビデンスをまとも示せていない今、これはまだ「祈り」のレベルである。しかし祈りこそ普遍的な医療の原点であり、現代医療の中でも祈りは大切にしてほしいと願う。

トラウマをストレスとの違いから考える

ところで、トラウマとストレスはどう違うのか。その両者は明確に線引きできるものではないだろう。例えばトラウマティック・ストレスという言葉もあり、両者はグラデーションの中で捉えるべきかもしれない。その上で、ストレスとトラウマの相違を理解するためにまずここで一旦、ストレスの話題へと脱線することをお許しただきたい。

ストレスの概念は約一世紀前にハンス・セリエのストレス学説 (Selye, 1936) により注目されるようになったが、半世紀後の本邦の医学界でもストレスは全く相手にされず、私が医師になった 1990 年代でも「まあ、なんでもかんでもストレスでかたづけなよ」と上級医から敬遠されていた。しかし今やストレスというワードは各種身体疾患のガイドラインの中にも頻繁に記され、一般社会でも広く受け入れられている。

さて、ストレスの要因 (ストレッサー) が加わった時、全ての人と同じ反応 (ストレス反応) をするわけではない。それぞれの反応様式は個人の内的な状態に依存する。ストレス反応が表出された時はじめてストレスの存在を洞察できるが、その人の内的反応そのものは目に見えない。そのような曖昧なものがよく現代医学のコンテクストの中で受け入れられたものだと感心し、感謝もしたい。ストレスを「そこにあること」としてわざわざ見立てる意義とは、その人の苦悩を理解するきっかけとなり、ではどう対処していけばよりよい健康、生活、人生のために支援ができるのか、その道筋を立てることがで

きることにある。いわば「ストレスのメガネ」をかけること、その視点は医療において意義がある。

ストレスとは元々物理学用語である。図1の左はストレスの実態を正しく表現しているわけではないが、ストレスを物理現象に似せて表現することで分かりやすく広く一般に受け入れられたモデル図ではないだろうか。ここでは攻撃因子に本人が抗うことができている状況にあり、その結果身体、心理、行動へのストレス反応が起きるといえる。攻撃因子が減弱、無くなればそのストレス問題は軽減、消滅するという理屈になるのか。

一方、これに対比させるようにして私が描いた図1の右のトラウマのモデルを見ていただきたい。トラウマとは、レヴァインの定義に準じれば攻撃因子に抗うことができていない状態である。自己はまるで撃ち抜かれ、その処理は未完遂である。ストレスの状態よりはるかに深刻である。攻撃因子がなくなっている現在においてもなお問題は残存し、安全な状況においてさえもリマインダーなど、状況依存的にいきなり反応（活性化）が惹起しうる。すなわち未来に向かって影響が続く。これはあくまでもストレスとの違いを示すためのモデルにすぎないが、一般社会からの理解と支持が得られられたならば幸いである。

それでは本題に戻ろう。私は今日でもまだ「なんでもトラウマでかたづけろな」と言う医療者に会っている。しかしトラウマはストレスよりはるかに深刻な問題であるからこそ、いわゆる「トラウマのメガネ」（野坂、

2019）をかけることの意義は大きい。この人には「トラウマがあるのでは」と想像してみることで初めてその人の苦悩を洞察するきっかけになり、どう対処していけばよりよい健康、生活、人生のための支援ができるのか、その道筋を立てやすくなる。

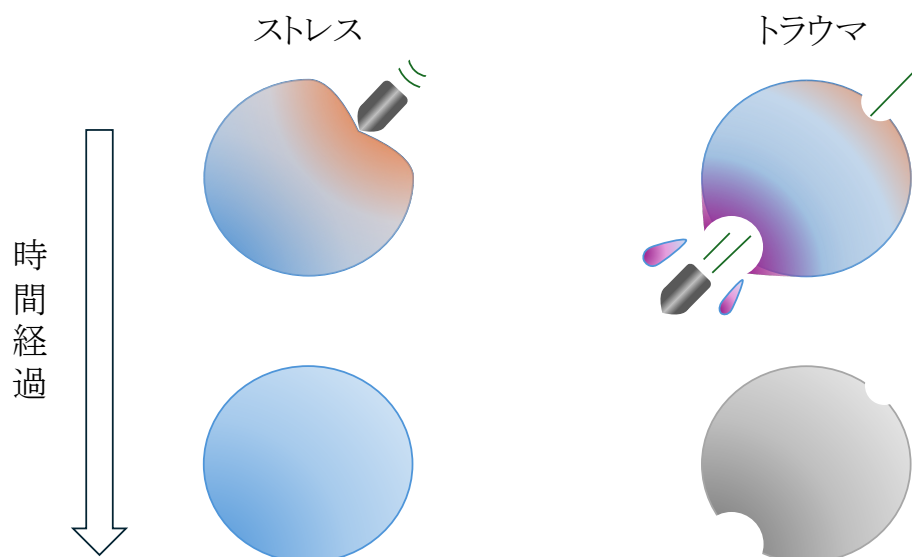
すなわち、トラウマ・インフォームド・ケア（TIC）の視点をもてば、人は誰も身体疾患を発症あるいは増悪した時にトラウマを抱える可能性があり、とりわけ生命の危機につながる重篤な病態、こころの準備ができていない突然の罹患をする場合にはレヴァインのトラウマの定義どおり、それに抗えず解決に至れないため、トラウマを抱えるリスクは大きいと考えられる。

トラウマに影響を与える背景因子

どのような人がトラウマを抱えやすいのか。それには複数の要因が挙げられる。まず生まれる前からの規定因子（例：コミュニティが抱える集団的トラウマ、文化的トラウマ、親から受け継ぐ世代間トラウマなど）、療育者との間の愛着問題（例：愛着トラウマ）、発達特性（例：傷つきやすさを抱える自閉スペクトラム症傾向など）、生育歴とりわけ小児期における逆境体験（例：発達性トラウマなど、ひいては複雑性PTSDへの進展）などは、成人期になって体験する重篤な身体疾患の発症、増悪などのトラウマティックなエピソードに対する脆弱性の要因となりうる。ある疾患が発症、増悪している時、

図1 ストレス（左）とトラウマ（右）の違いを示すモデル図

トラウマの場合、攻撃因子が今そこになくても未来にむけて影響が残り続けている。なお、左右の間にはダメージの強度に依存したグラデーションが存在するものとする。



人は各々異なる内的体験とその経過を示す。生物学的な同一疾患同一重症度であっても、上記の要素があればより強いトラウマを体験しやすく、回復はより困難で、より複雑化しやすい。

一方、小児期の肯定的体験（例：親以外の療育的な誰かからの支え）があったり、様々な内的リソース（例：何かを達成したり安心していた過去の記憶、能力、内在化された他者との良い関係性など）、外的リソース（例：現実世界での配偶者や友人やサポーターたちの存在など）を豊かに持つ人は、生物学的な同一疾患同一重症度であったとしてもトラウマはより弱く、回復も容易である。日々トラウマ臨床を実践しているとそのことを強く実感するのである。

トラウマに配慮した医療の概論

トラウマは多くの場合、時間の経過と共に自然治癒することが多い。あっさり回復する場合には周囲はトラウマの存在に気づくことがないのだが、ここで大事なことは医療者や支援者がうっかりその人の自然治癒を邪魔しないこと、患者の再トラウマ化を防ぐことである。自然治癒は主に患者自身が持つ回復力（レジリエンス）に寄るところが大きい。医療者は患者に対し「何かを（do）しないと回復できない弱い存在」とみなす傾向があるのだが、患者のレジリエンスを医療者や支援者がどれほど信頼できているかは非常に大切である。この時、患者に具体的に何をするか（what to do）以上に、医療者や支援者自身がどうあるのか（how to be）が問われることになる。ちなみに what to do と how to be の適切なバランス感覚は患者のレジリエンスをエンパワーするものとして筆者が学び歩んできた心療内科診療の骨格をなす哲学でもあった。故に心療内科はトラウマ治療に親和性が高いと感じている。「人を回復させるのは（方法よりも）人である」という視点は、ストレスケアの場面ではあまり強調されていなかったように思うが、トラウマケアでは欠かせない点である。

以上のことは TIC に基づいたトラウマへの適切な対応；トラウマ・レスポンス・ケア（TRC）の背景だと筆者は考える。医学・医療のコンテキストに今後 TRC が浸透していくことを願いたい。そして、TRC だけでは患者の自然回復が遅延し複雑化している場合には、段階的にトラウマ・スペシフィック・セラピー（TST）という選択肢：伊藤 pp. 32-39、森川 pp. 18-20、小山 pp. 13-17（本号、2026）らが解説している治療法を患者に

提供できることを知っておいていただきたい。TRC は、TIC と TST の中間に配置され両者に重なっている。どんな TST の方法論であろうとも TRC なくして成功はし得ない。TRC には様々な各論（固有名詞がついたワーク等）があるが、おそらく未だ体系化されていないので、今は筆者にも上手く全体をまとめられない。

あまり批判的なことは書きたくはないが、心筋梗塞による PTSD の発生を予防するために発症早期の心筋梗塞患者に対してトラウマに焦点化したカウンセリングの効果を検証した医学論文（MI-SPRINT スタディ）がある（Princip, 2022）。ここでは残念ながら TIC・TRC・TST やトラウマへの段階的志向アプローチの基本概念が採用されているとは思えない。そのような介入方法が患者に利さないどころか加害性さえ懸念される結果が示された。貴重なネガティブスタディの情報として活かしたい。トラウマケアの成功の鍵とはどんなコンテンツを並べるかではない。一つとして同じ道は辿らない。病態レベルや背景などの個性性を重んじ、安心安全の提供、安定化の獲得から始め、個人の回復ペースを治療者が追い越すことのないよう自らを律し、結果を得ようと焦ってはならない。

医療者ができる TRC の具体的方法の提言

それでは TRC を医療現場で実践する上で医療者が具体的に患者にどう向き合えば良いのか、そのコツを私なりに述べてみたい。全ては安心安全の提供のためである。それは医療者にとって当たり前のことと言われるかもしれないが、当たり前は意外に難しい。特に急性期医療現場ではかなりの難題であることは理解しており、生物学的な救命のご尽力に敬意を表するばかりである。したがって以下に述べることは亜急性期以降、リハビリテーション、そして緩和医療において患者に初めて接する際の TRC の実践、その手始めとさせていただきたい。全ての支援者・治療者は患者を良くしたいと願っているにも関わらず、期せずして潜在的な加害性をもっていること（再トラウマ化を引き起こす可能性）を忘れないようにしていただきたい（豊田、2022）。

1 出会う前

患者の元へ向かう前に自分のコンディションや表情をあらかじめチェックしてみる。自分は今緊張していないか、疲れているために交感神経系が活性化していないか、更に疲れ果ててフリーズ（背側迷走神経複合体モード）

していないか、柔和で穏やかさをサイレントで表出（腹側迷走神経複合体モード）できているか（背側や腹側のモードについては津田の論文 pp. 21-25（本号、2026）をご参照いただきたい）。もしわからなければ鏡に自分の顔を映し、相手が安心できそうか見てみるとよい。人は知的存在として言語的コミュニケーションを交わす前から、哺乳類同士生身の身体をチャンネルとした非言語的コミュニケーションを機能させる。これが両者の関係性に無意識に強い影響を与え、安心安全の提供の成否はここから始まる。トラウマを抱えた患者は医療者の非言語情報、とりわけ首から上の部分に表出される非言語情報に敏感なのである（豊田、2022）。よき支援者は基本的に「腹側モード」でなければならない。

2 自己紹介と許諾

初対面の患者にはまず簡単にきちんと自己紹介（名前と所属の提示）をすること。マナーという以上に、急に目の前に現れた相手が（いくら医療上必要だとしても）一体何者なのか、何をしにきたのか認識できないで安心は得られようもない。「あなたのお役にたつために」自分がここに来たことが伝わっているであろうか。状況が許されるなら「今少しよろしかったですか？」と来訪を許す決定権が本人に与えられる経験を提供する。これはトラウマが自己選択を奪われた体験であることに対する支援の一步となりうる。

3 目線

適度に（確かに適度とは難しいが）患者と目を合わせる。この時の目線の高さは患者と同じか、患者をやや見上げる高さが好ましいので可能ならしゃがむ、あるいは（患者の許しを得られれば）近くの椅子に座らせてもらう。立ったままの医療者から患者が見下ろされる位置関係はトラウマの回復支援において利はない。一方、目線を合わせようとする患者には配慮が必要である。トラウマを抱えている可能性がある。支援者は患者の目や顔から視線を外しつつも、身体の向きは「船がお互いすれ違ようなベクトル」でなんとなく患者に向けておく。

4 距離感

パーソナルスペース（無意識に安全を感じられるお互いの距離感）を意識する。特に動けない患者はその自己決定権を奪われ抗えず、トラウマティックである。しゃがむ、座る時も同様だが「ここに座ってもよろしいですか」「私、ここからでも大丈夫ですか」の一言はとても有

効である。しかし診察・手技・検査・治療のために患者に直接接触するゼロ距離がデフォルトである身体科医療において、通常この侵入性はほとんど配慮されない。だからこそあえて「触っても大丈夫ですか」「○○してもいいですか」と決定権を委ねる声かけができれば関係性にも良い変化が生じる。

5 声

発する声は穏やかなやさしい声で、言葉の言い回しを考える前に声の音質、大きさ、抑揚（音程の変化）を意識してみる。音程はやや高めがよい。（男性であっても）自然で母性的な抑揚は相手を威嚇することはまずない。我々は哺乳類である。捕食者（猛獣）の声音は低く、単調で、大きい。安心安全を提供する声音はその逆である。このレベルの話がトラウマケアには効くのである。

6 その他

「必要なことがあれば、教えていただけますか」と自由な意思表示、選択権を提供すること。教えてもらえたら「教えていただいてありがとうございます」と言えること。また、今この人のレジリエンスをどこまで信じられているか、自らに問うてみる。状況によっては当然疑ってもよいし、疑うべき状況もあるだろう。その時は疑っている自分自身に気づけばよい。

他にもたくさんのことがあるが、少なくとも上記は目新しい内容というよりは洗練された看護や医療の姿勢ではないかと思うのだが、いかがであろうか。最後に TRC としては NG を避けるコツを簡単に列挙しておこう。それは本人の自尊心を奪わないあらゆること。無理に話をさせない、思い出させないこと。いきなり心理査定をしないこと。話をさえぎったり急がせないこと。本人の状況や考え方に対して自分の意見や価値観を述べないこと。適切であると確信できない限り本人の身体にだまっただけ触れない、掴まないこと。「助かってよかったじゃないですか」や「そんなふうに思っただけじゃないですか」などと言わないこと。専門用語を使わないこと。できない約束はしないこと。問題を全部解決しようなどと思わないこと。自分自身の問題を持ち出さないこと等である。

まとめ

身体科医療の中で広義のトラウマは存在する。それは二次的な症状や疾患、QOL の低下をもたらすであろう。

しかし、伝統的な医学のコンテキストの中でトラウマを取り扱う事は困難である。なぜなら現在まだそれは検証できない観察対象だからである。一方、トラウマの理論や治療法は臨床心理学のコンテキストの中で大いに発展してきた。そこで医療者が TIC を知りトラウマを洞察しえた時はぜひ専門家と連携してほしい。そして基本的な TRC も実践してみたいかであろうか。なぜならそれは洗練された看護や医療のコミュニケーションの範疇であり、臨床心理学のコンテキストと共有、協働可能な領域と思われるからである。これまでの身体科医療の進化の中でストレスのテーマを取り込めてきたように、これからの身体科医療がトラウマの問題も取り扱えるという未来は素晴らしいことだと思われるのだが、いかがであろうか。

引用文献

- 1 〈身〉の医療 第9号 (2026年) <https://ratik.org/11436/mi2026/> pp. 1-45。
- 2 Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., et al. (1998). 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 Prevention Medicine*, 14 (4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- 3 Edmondson D., Richardson S., Falzon L., et al. (2012). Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: A meta-analytic review. *PLoS ONE*, 7 (6), e38915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038915>
- 4 Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- 5 野坂祐子 (2019) トラウマインフォームドケア—“問題行動”を捉えなおす援助の視点。日本評論社、東京。
- 6 Princip, M., Pazhenkottil A. P., Barth J., et al. (2022). Effect of early psychological counseling for the prevention of posttraumatic stress induced by acute coronary syndrome at long-term follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 846397. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.846397>
- 7 豊田英嗣 (2022) 「心不全エピソード」というトラウマの体験者に向きあう医療者は自身の社会交流システムを活用しよう。日本心療内科学会誌、26 (2)、97-103。

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratik

<https://ratik.org>

