

## トラウマ体験の有無とその構造化開示が心身機能に及ぼす影響

吉田真由子<sup>1)</sup> 長谷川千詠<sup>2)</sup> 松田郁緒<sup>3)</sup> 久楽貴恵<sup>4)</sup> 佐藤健二<sup>5)</sup>

Effects of the presence of trauma  
and the structured disclosure of trauma on physical and mental function

Mayuko YOSHIDA<sup>1)</sup>, Chie HASEGAWA<sup>2)</sup>, Ikuo MATSUDA<sup>3)</sup>,  
Kie KUTARA<sup>4)</sup>, and Kenji SATO<sup>5)</sup>

### Abstract

The purposes of this study were to compare health, cognitive functioning, and negative rumination between individuals who have experienced trauma and those who do not, and to examine the effect of structured disclosure of trauma on posttraumatic stress reactions (PTSR), health, and cognitive functioning. In Study I, participants were 24 undergraduates at 9 or more scores of Impact of Event Scale(IES), which measures PTSR(the trauma group), and 15 undergraduates with no trauma (the no trauma group). Results showed that the trauma group was more unhealthy and ruminative than the no trauma group. In Study II, participants in the trauma group were randomly assigned into three groups: the structured disclosure group(n=9), the free disclosure group(n=8), and the control group(n=7). Participants in the structured disclosure group were asked to write adaptive thought of the event. The free disclosure group wrote the deepest emotion and thought about the trauma freely. The control group wrote their plan after the experiment without emotion. Results showed that all the participants in the groups revealed significantly improvement in PTSR, mental health, and cognitive functioning from pre assessment to 1 month follow-up assessment. Results of this study were discussed in connection with previous studies.

*Keywords:* trauma, structured disclosure, rumination

---

1)医療法人養生園 障害者多機能型事業所 清風 Medical corporation Youjyouen Seifu

2)亀山市役所健康福祉部子ども総合センター子ども支援室 Kameyama city hall Health and welfare division Child general center Child support section

3)美波町役場 Minami town office

4)平成 22 年度徳島大学大学院総合科学教育部臨床心理学専攻修了 Master's degree in Clinical Psychology Studies, Graduate School of Integrated Arts and Sciences, The University of Tokushima in 2010

5)徳島大学大学院ソシオ・アーツ・サイエンス研究部 Institute of Socio-Arts and Sciences, The University of Tokushima

## 問題と目的

トラウマに関連する疾患に外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder ; 以下 PTSD と略記) がある。PTSD とは, DSM-IV-TR(APA, 2000)によれば, 「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 (診断基準 A1)」に対して, 体験当時「強い恐怖, 無力感, または戦慄を伴う (診断基準 A2)」反応があり, 体験から時間が経過してもフラッシュバックを含む再体験症状, 回避症状, 過覚醒症状 (診断基準 B-D) を呈する疾病である。治療法に関しては, 認知行動療法や眼球運動による脱感作と再処理 (Eye Movement Desensitization Reprocessing ; 以下 EMDR と略記) が効果的であることが立証されている (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards, & Turner, 2007)。しかし, 診断基準 A1 に合致しない出来事に対しても, 診断基準 B-D のような外傷後ストレス反応 (Post Traumatic Stress Reactions ; 以下 PTSR と略記) を呈する対象が存在していることが指摘されている (前田・大江, 2009)。

Mol, Arntz, Metsemakers, Dinant, Montfort, & Knottnerus(2005)は, 一般成人を対象として, 最も苦痛を感じた体験に関する大規模な調査を行った。結果, 診断基準 A1 を満たす出来事よりも, 満たさないライフイベントの方が PTSR が多く出現していたことを示した。大学生を対象とした Gold, Marx, Soler-Baillo, & Sloan(2005)や, Long, Elhai, Schweinle, Gray, Grubaugh, & Frueh(2008)においても, 同様の結果が示されている。また,

PTSD 診断基準 A に関わらず, PTSR を高く呈する者は低い者よりも健康状態が悪くも明らかにされてきた (Roy-Byrne, Noonan, Afari, Buchwald, & Goldberg, 2006)。そこで本研究では, 出来事の性質に関わらず, 体験から時間が経過しても PTSR を呈しているものをトラウマ体験とした。

Regambal & Alden(2009)は, 健常大学生を対象に, トラウマティックな映像刺激の視聴をトラウマ体験と仮定し, 体験直後から 1 週間後までの情動, 反すうといった指標を測定するプロスペクティブ研究を行った。結果, 体験時の情動の活性と, 体験後の反すうが, 侵入記憶に関連していることが明らかにされた。同様の手続きで健常大学生を対象として調査した Zetsche, Ehring, & Ehlers (2009)においても, 反すうが侵入記憶の維持に関係していることが示された。

PTSD 患者において反すうが PTSR の維持に関連していることは示唆されているが (Ehlers & Clark, 2000), これらのことを踏まえると, 体験の性質を問わないトラウマ体験においても反すうが PTSR の維持に関連していると考えられる。しかし, トラウマ体験に関する反すうに関する研究はなされているが, トラウマ体験者を対象とした反すうの特性的な傾向に関しては明らかにされていない。特に PTSD 診断基準 A1 に該当しない出来事で PTSR を呈する対象に関しては, 何らかの心因的特性が考えられている (飛鳥井, 2008)。そして反すうの傾向がその 1 つである可能性がある。そこで本研究では, トラウマにおける PTSR 維持に何ら

かの役割を果たしていると考えられる反すうに関して、トラウマ体験のない健全な対象と比較する。さらに、本邦においてほとんど明らかにされていないトラウマ体験者の健康状態についても調査する。

PTSR を呈する人々への介入法として、トラウマ体験に関する心の奥底にある考えや感情を1回20から30分間、数日間に渡って書き綴る筆記開示が考えられる。筆記開示は、即時的にはネガティブ情動を喚起するが (Pennebaker & Beall, 1986)、長期的には心身の健康増進 (Smyth, 1998 ; Harris, 2006) や PTSD の低減 (Klein & Boals, 2001a ; Park & Blumberg, 2002) に効果があることが示されている。近年では、Graf, Gaudiano, & Geller(2008)が精神科の外来患者を対象に筆記開示がうつや不安の低減に効果があることを示し、臨床現場への適用の可能性を示唆した。しかし、国内外において一貫した結果は得られておらず、十分な結果の得られていない研究も存在するため (Frattaroli, 2006)、より効果的な筆記開示法の確立に向けてさらなる検討が望まれる。

Pennebaker, Mayne, & Francis(1997)は、トラウマティックな体験やストレスフルな体験の筆記開示において、筆記内容における認知語 (例えば、わかった、なぜならば) の増加が、長期的な健康増進に関連することを示した。このことから、筆記開示が上述の効果を示す理論の1つに、認知的再評価が挙げられてきている (Pennebaker, 2004a)。そこで、Lange, van de Ven, Schrieken, & Emmelkamp, (2001)は、体験から3ヶ月以上経過した

後も PTSD を呈する者を対象に、「その経験に対する新しい適応的な解釈を行うこと」とされている認知的再評価の促進を意図して構造化された筆記開示 (以下構造化開示と略記) を用い、PTSD や健康状態に及ぼす影響を検討した。その結果、構造化開示群が、統制群 (中性的な体験を客観的に書き綴る) に比べ中期的に PTSD の低減と健康の増進を示し、トラウマへの対処法としての有用性を示した。国内の研究においても、構造化開示が PTSD の低減に有益であることが示唆されている (松本・吉田・中野・佐藤, 2011 ; 中野・久楽・吉田・佐藤, 2012 ; 伊藤・佐藤・鈴木, 2009)。

さらに、伊藤ら(2009)では、構造化開示群と自由開示群 (従来通り、感情や思考を自由に書き綴る)、統制群とを比較し、構造化開示群がワーキングメモリ (Working Memory ; 以下 WM と略記) を長期的に向上させることを示した。構造化開示のみでなく、自由開示による WM の向上に関しても、その他の国内外の研究において報告されている (Klein & Boals, 2001a ; Yogo & Fujihara, 2007)。Klein & Boals(2001a)では、筆記開示による健康増進のメカニズムとして、以下のような WM 仮説を挙げている。筆記開示によって記憶構造が体制化され、目標とする課題に WM を十分使用することが可能となり、問題解決能力やコーピングが向上する。このような経過を辿り、健康状態が改善する。また、この研究では、ネガティブな体験を筆記開示した群において認知語の増加と WM 向上との間に関連が示されており、WM 仮説における認

知的再評価の重要性が示唆されている。しかし本邦における研究には、自由開示群や統制群と比較して、構造化開示群が WM や健康指標において長期的な効果を示していないものもあるため、その手続きについて更なる検討が必要である。

中程度以上の PTSD を呈する者を対象とした筆記開示および構造化開示研究は国内外で行われており (Sloan, Marx, & Epstein, 2005 ; Sloan, Marx, Epstein, & Lexington, 2007; 中野ら, 2012; 伊藤ら, 2009), 中野ら(2012)は, Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell (2005)の認知療法のモデルに準拠した構造化開示を開発している。ここでは、伊藤ら(2009)といった先行研究の問題点を踏まえ、PTSD の維持に関連していたネガティブな認知的評価を特定し、ネガティブな認知的評価に変わる認知を生成した後の処理を十分に行うことを重視した。具体的には、1 回目の筆記セッションにおいてトラウマ記憶の中核的部分と体験の余波としてのネガティブな側面についてできるだけ詳細に書き綴り、さらにそれらに対するネガティブな認知を書き綴る手続きを導入した。セッション 2 においては、先行研究と同様に、同じ体験をし、同じ認知を示している親友を想定してアドバイスを行うという手続きによって認知的再評価を試みた。そしてセッション 3 においてネガティブな認知と相反する情報や新しい認知を書き加えながらトラウマ記憶の中核的部分を再筆記する手続きを導入した。結果、PTSD に関して、構造化開示群が他の 2 群よりも中期的に大きい効果量を示した。しかし、他の群と

比較して有意に大きい PTSD の低減は認められず、さらに心身の健康増進効果は確認されていないため、再検討の余地があると考えられる。

その問題点として、まず、セッション 1 における課題が多かったために、認知の抽出が十分に行えていなかった可能性が挙げられる。また、教示文にて、トラウマ記憶の中核的部分を「トラウマ体験の中で、最も辛かったことや最も動揺したこと」と表現していたため、漫然と体験の全体を筆記し、中核的部分を明確にできなかった可能性もある。そこで本研究では、セッション 1 の初めに、簡単に体験の概要を筆記する欄を設ける。これは、実際のセラピーにおけるトラウマ・ナラティブ (トラウマの中で起きたことすべてを書き記したもの) の役割をごく簡単に果たすもので、ナラティブから始めた方が、トラウマの中核的部分を同定しやすいことが指摘されている (Clark & Ehlers, 2006)。そして、より同定しやすいように、トラウマ記憶の中核的部分は「トラウマ体験の中で最も辛かった瞬間や動揺した瞬間」と表現することとする。

次に、セッション 2 における問題点としては、親友へのアドバイスを行うよう求める教示のみでは、慰めや共感の言葉をかけることのみで終始する場合があります、認知的再評価が促進されなかった可能性が挙げられる。そこで本研究では、「客観的に状況を整理し見直す」「その考え (認知) を緩和できるような情報を教える」といった、認知的再評価を行う上での要点を同時に教示することで、セッション 2 のアドバイス法が認知的再評価の筆記と

してより機能することを目指す。

以上をまとめ、本研究は、トラウマ体験の有無およびその構造化開示が心身機能に及ぼす影響を検討する。なお、研究ⅠとⅡとを設け、それぞれ以下のように目的を設定することとする。

研究Ⅰにおいて、体験から1ヶ月以上経過するトラウマ体験に対しPTSRを呈している者とトラウマ体験のない者との間に、心身の健康状態、さらにWMに関して差が認められるのかを明らかにすることを目的とする。同時に、PTSR維持に影響を与える特性を探索するために、反すうの程度についても調査する。

さらに研究Ⅱにおいては、研究Ⅰの参加者のうちトラウマ体験者を対象として、改訂した構造化開示が心身の健康状態、WM、およびPTSRに及ぼす影響を、先行研究と同様に構造化開示群、自由開示群、統制群の3群で比較することを目的とする。

## 研究Ⅰ

### 1. 方法

#### 1) 実験参加者の抽出

授業の前後の時間に、A県内の四年制大学に通う大学生1146名に対してスクリーニング質問紙を配布した。回答の任意性や個人的情報の取り扱いの説明を受けた上で、実験への参加意志を示す場合は氏名と連絡先を記入して提出することを求めた。

スクリーニングのトラウマに関する質問紙に記入がなく、かつ氏名と連絡先を明記したトラウマなし群の有効回答者は20名であった。そのうち該当するような

体験は思い当たらないと明言し、かつインフォームド・コンセント（以下I.C.と略記）を受けた上で実験参加に同意した15名（平均年齢19.53±1.06歳、男性8名、女性7名）をトラウマなし群として分析対象とした。

また、スクリーニングのトラウマに関する質問紙にも記入した有効回答者105名から44名を抽出し、そのうち実験室に来室した36名に精神疾患簡易構造化面接法日本語版（Sheehan & Lecrubier, 2003；以下M.I.N.I.と略記）を用いてPTSDの疑いがないことを確認し、さらに精神科等の専門機関を利用していないことも確認した。前者はPTSD患者への筆記開示が心身の健康を悪化させる危険性があることが報告されているため（Gidron, Peri, Connolly & Shalev, 1996）、後者は、他の専門機関の利用による影響と筆記による影響が交絡することを避けるためであった。専門機関を利用中の3名、スクリーニング回答時からPTSRが低減し中程度以下となっていた2名には実験参加への辞退を求め、3名がスケジュールの都合から実験参加に同意をしなかった。結果、28名をトラウマ群の参加者としたが、4名がI.C.から次回来室予定日までの間にドロップアウトをしたため、24名（平均年齢19.67±1.09歳、男性8名、女性16名）をトラウマ群として分析対象とした。

#### 2) 手続き

参加者が実験室にて同意書への記入を終えた後、実験室内にある防音使用のシールドルームにて質問紙への回答とWM課題が実施された。測定が終了した後、

研究Ⅰのみの分析対象となるトラウマなし群には、謝礼を受け渡して本研究への実験参加を終了とした。一方、研究Ⅱにも引き続き参加するトラウマ群に関しては、次回の来室予定日を決定して終了とした。

### 3) 測度

**PTSRの程度：Impact of Event Scale** 日本語版 (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Asukai & Miyake, 1998; 以下 IES と略記) により測定した。IES は、全 15 項目からなる自己記入式の尺度で、侵入的想起 7 項目と回避行動 8 項目の 2 因子からなる。各項目について、最近 1 週間の経験頻度を、1 (まったくない) ~ 4 (しばしばある) の 4 件法で回答した。統計的処理の際は、1 (まったくない) を 0 点、2 (めったにない) を 1 点、3 (時々ある) を 3 点、4 (しばしばある) を 5 点として算出した。先行研究である中野ら(2012)や伊藤ら(2009)は、IES が 9 点以上の参加者を中程度以上の PTSD を呈する者として分析の対象としている。先行研究と比較するために、本研究でも 9 点以上をトラウマ群の基準とした。

**主観的身体症状の程度：Pennebaker Inventory of Limbic Languidness** 日本語版 (Pennebaker, 1982; 佐藤・坂野, 2001; 以下 PILL と略記) により測定した。PILL は全 54 項目からなる自己記入式の尺度で、主観的な身体症状の愁訴を包括的に評価することができる。最近 1 ヶ月での経験頻度を、0 (一度もあるいはほとんど経験したことがない) ~ 4 (週に数回経験する) の 5 件法で回答した。

**精神的健康の程度：The General**

**Health Questionnaire 28** 項目版日本語版 (中川・大坊, 1985; 以下 GHQ28 と略記) により測定した。GHQ28 は全 28 項目からなる自己記入式の尺度で、現在の精神的健康の程度を包括的に評価することができる。最近 2 週間での経験頻度を 4 件法で回答したが、統計的処理は 0 あるいは 1 の 2 件法で算出した。

**ネガティブな反すうの程度：ネガティブな反すう尺度** (伊藤・上里, 2001) により測定した。ネガティブな反すう尺度は全 14 項目からなる自己記入式の尺度で、ネガティブな事柄を対象とした反すうの程度を評価することができる。ネガティブな反すう傾向 (以下 NRT と略記) 7 項目、ネガティブな反すうのコントロール不可能性 (以下 UNR と略記) 4 項目、ダミー項目 3 項目で構成される。各項目について 1 (あてはまらない) ~ 6 (あてはまる) の 6 件法で回答した。

**WM：Arithmetic operation- word memory span task** (Turner & Engle, 1989; 以下 OSPAN と略記) により測定した。OSPAN は、パソコンを使って行われるもので、干渉や妨害の中で課題に注意を維持し制御する能力を測定する。パソコンのモニターに簡単な計算問題と単語が表示され、計算問題の正誤判断を行った後単語を音読し覚える。ランダムに 2 ~ 7 個の範囲で表示された「計算問題-単語」を行った後、回答のページが表示されたら単語を覚えている限り入力する。これを 1 施行で 27 対、3 施行で計 81 対行い、正誤判断と単語正答数ならびに回答時間から WM 得点を算出した。

## 2. 結果

トラウマ群とトラウマなし群に対して年齢と性別を従属変数とする *t* 検定を施した。結果、いずれも有意な差は見られなかった。

PILL, GHQ28, ネガティブな反すう尺度の下位尺度である NRT と UNR, OSPAN を従属変数として、トラウマ群とトラウマなし群とを比較する *t* 検定を施した。結果、PILL ( $d(37)=2.36, p<.05$ ), GHQ28 ( $d(37)= 4.23, p<.001$ ), NRT ( $d(37)=1.82, p<.10$ ), UNR ( $d(37)=2.07, p<.05$ ) において、トラウマなし群よりもトラウマ群が有意に高い値を示した。す

なわちトラウマ群はトラウマなし群に比べ主観的な身体的・精神的健康度がより低く、ネガティブな反すうのコントロール不可能性がより高いことが示された。

### 3. 考察

トラウマ群は身体的な健康の程度が低いという結果に関しては、Roy-Byrne et al.(2006)と同様であった。Roy-Byrne et al.(2006)では本研究と異なり一般成人を対象としているが、大学生においても同様に PTSD と健康状態との関連が示されることが明らかにされた。

Table 1 Comparison of the mean Total scores of scales of each group

	トラウマ群 (n=24)	トラウマなし群 (n=15)	<i>t</i> 値
年齢	19.67(1.09)	19.53(1.06)	.36
性別 (人数(%))			
男性	8(33.3)	8(53.3)	1.23
女性	16(66.7)	7(46.7)	
PILL	22.46(10.07)	15.07(8.51)	2.36*
GHQ28	12.17(5.73)	4.93(4.18)	4.23**
NRT	26.96(7.54)	22.80(5.83)	1.82†
UNR	15.46(4.03)	13.00(2.80)	2.07*
OSPAN	.67(.10)	.64(.10)	.35

( )内は標準偏差 (性別のみ%)  $p<.10$  †  $p<.05$  \*  $p<.01$  \*\*

また、反すうに関しては、ネガティブな反すう傾向においてトラウマ群が高い傾向にあり、ネガティブな反すうのコントロール不可能性においてはトラウマ群が有意に高かった。Ehring, Frank, & Ehlers(2008)は、交通事故に遭った患者に対し、事故体験後 2 週間から 6 ヶ月にかけてプロスペクティブに調査をした。結果、トラウマに関連した反すうと特性的な反すう傾向の両方が、長期的な PTSD

の維持と抑うつ症状に影響を与えていたことが明らかにされた。この知見と本研究の結果を合わせて考えると、反すう傾向を持つ個人は、出来事の性質を問わずトラウマティックな体験をした後に PTSD が維持される可能性が考えられる。

しかし、WM に関しては有意な差が認められなかった。Klein & Boals(2001b)は、ストレスが少ない参加者に比べライフイベントストレスのレベルが高い参加

者はOSPANの得点が低いことを示した。この結果は、中程度以上のPTSRを呈しているトラウマ群とトラウマなし群とのWM得点が同程度であった本研究の結果と一致していない。本研究のトラウマ群は中程度以上のPTSRを呈している者であるが、PTSRを構成する因子の1つに侵入的想起がある。記憶への侵入がWM資源を消費すると考えられているため (Lepore & Smyth, 2002), PTSRの高い者はWM得点が低いと予想された。しかし、侵入思考とは「望みもしないのに繰り返し生じる思考, イメージ, 衝動である (Rachman, 1981)」と定義されており, これはトラウマ体験に関するものに限定されたものではない。実際, 全般性不安障害や強迫性障害といった疾患においても侵入思考が高いことは示されている (Clark, 2005)。本研究のトラウマなし群はトラウマ体験がないため, 当然トラウマ体験にまつわる侵入思考はないとされるが, その他の侵入思考に関しては未確認である。従って, トラウマなし群の中にも侵入思考が高い参加者が含まれており, そのためにWM得点が低くなってしまった可能性がある。今後は, WMに影響を与えると考えられる指標を用いて, 群を統制した上で比較する必要がある。

以上より, 本研究で取り扱った体験の性質を問わないトラウマ体験者も, トラウマ体験のない個人と比較すると, 心身の健康状態が悪いといった介入必要性を有していることが示された。さらに, トラウマ体験者は反すうの程度が高いことも示された。PTSDの診断基準にA1に該当しない比較的軽微な出来事に対して

PTSRが維持される背景として個人の特性的要因が指摘されているが, それを探索する研究はほとんどなされてきていない。本研究の結果は, トラウマに関する重要な基礎的知見であると言える。

## 研究Ⅱ

### 1. 方法

#### 1) 実験参加者の抽出

研究Ⅰにおけるトラウマ群24名を, 構造化開示群9名, 自由開示群8名, 統制群7名に無作為に分類した。

#### 2) 実験概要

研究Ⅰにおける測定を, 研究Ⅱの分析においては効果変数のベースライン測定とした (以下 pre と略記)。筆記課題はその翌日以降から, 1日1セッションをなるべく連続して3日間, 計3セッション行った (セッション1~3, 以下 S1-S3 と略記)。その後, S3から2週間後 (以下 2w と略記), 1ヶ月後 (以下 1m と略記) に効果変数のフォローアップ測定を行った。

質問紙への回答, WM課題は研究Ⅰと同様の環境で行った。なお, I.C.を含めたすべての測定・筆記課題の進行は, 大学院学生1名または学部学生2名 (すべて女性) のいずれかが執り行った。

#### 3) 筆記セッションの手続きと課題

構造化開示群と自由開示群のS1時には, 各群の教示を提示する前に, Pennebaker(2004b)を参考に作成された筆記開示の取り組み方に関する教示も提示した。教示に不明な点がないことを確認し, 実験者はシールドルームから退室した。なお, 教示, 筆記作業, および筆記直後の測定のいずれも, スタンドライ



トのみの状態で実施された。筆記中、実験者はシールドルーム外で参加者が混乱を呈した場合は対応できる状態を整え、時間を測定した。筆記開始から 19 分経過した時点で一度シールドルームのドアをロックして合図をし、その後、筆記開始から 20 分が経過した時点で再度ロックをして筆記作業終了とした。3 群とも筆記直後に実験操作の妥当性の測定を行った。筆記した用紙は、自由開示群と統制群に関しては、匿名性の確保のため自身の手で封筒に入れ、シールドルーム外にある鍵付きのポストに投函をするよう求めた。構造化開示群に関しては、筆記した内容を次回以降の筆記セッションでも見てよいとしているため、参加者が自身の手で封筒に入れた後にホッチキスで封をし、実験者が実験室にて保管した。そして S2、S3 の筆記作業は、各セッションの教示とともに、以前の自身の筆記物を手元に置いて行った。各群の参加者が取り組んだ筆記課題は以下の通りである。

**構造化開示群：**

S1 では、PTSR の維持に関連するネガティブな認知的評価の特定を意図し、トラウマ体験について以下の 3 つの質問に書き綴るよう求めた。

質問①：あなたのネガティブな感情体験を思い出し、書き出すことから始めましょう。それはどのような体験だったのかを、簡単に書き出してみましょう。

質問②：その中でも最も辛かった瞬間、動揺した瞬間について、できるだけ具体的に、詳しく書きましょう。その時何が起り、あなたは何を見て何を聞いたのでしょうか。そしてあなたはどうしたの

でしょうか。

質問③その瞬間に対してどのような考えが浮かんでいるかを書いてみましょう。例えば、あなた自身やあなたの将来に対する考え、他者や世界に対する考えなどです。

S2 では、伊藤ら(2009)の方法に倣い、不適応な認知を修正するための教示を行った。具体的には、S1 で筆記した内容を踏まえ、「あなたの親友があなたと同じような経験をし、そこから同じようなネガティブな考えをしている場合、どのようにアドバイスするか」について書き綴るよう求めた。不適応な認知の修正により効果的に機能するよう、「アドバイスのコツ」として以下の要点を提示した。

「その考えを支持する証拠、支持しない証拠を教えてあげる」「本人が見逃してしまっている事実を伝えてあげるなど、客観的に状況を整理し見直してあげる」「単に『考えないようにしよう』と言うのではなく、そのネガティブな考えを緩和できるような情報を教えてあげる」

S3 では、新しい認知を生成した後の処理を促すため、以下のような教示を行った。

今日の筆記課題は、第 1 回目の筆記で書き出した、質問②「その中でも最も辛かった瞬間、動揺した瞬間」や、質問③「その瞬間に対してどのような考えが浮かんでいるか」を、もう一度書いてみることで(同じ文章でなくて構いません)。ここで重要なことは、第 2 回目の筆記課題で書いた内容を振り返り、「第 1 回目の筆記で書いた考えと違う考えができないか」を検討していただくことです。さらに、「そ

こから、自分の体験に対しては、今どのように考えられるか」を組み込み、今回の筆記の中に書き加えましょう。違う考えがなかなか思いつかない場合は、「今あなたは何を知っているか」を自問してもいいかもしれません。

**自由開示群**: Pennebaker のスタンダードな教示を使用し、トラウマ体験に関する感情や思考の自由な筆記を求めた。

**統制群**: 前日の行動等の中性的な話題について、感情や思考を交えず、事実のみの客観的な筆記を求めた。

#### 4) 測度

測度は統制変数、実験操作の妥当性変数、効果変数に大別された。

##### 4-1) 統制変数

###### a) 個人差統制変数

Lepore & Smyth(2002)は、抑うつ傾向者、アレキシミア傾向者は筆記開示の効果が得られにくいことを指摘している。そこで以下の指標を pre 時に測定した；

抑うつ の 程 度 : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 日本語版 (Radloff, 1977 ; 島・鹿野・北村・浅井, 1985 ; 以下 CES-D と略記) により測定した。CES-D は、うつ病の疫学研究用に開発された全 20 項目からなる自己記入式の尺度で、現在の抑うつ状態を測定することができる。各項目について、最近 1 週間での経験頻度を 0 (1 日未満) ~3 (5-7 日) の 4 件法で回答した。

アレキシミア傾向 : Tront Alexithymia Scale 20 項目改訂版日本語版 (Bagby, Parker, & Taylor, 1994 ; 小牧・前田・有村・中田・篠田・緒方・志村・川村・久保田, 2003 ; 以下 TAS-20

と略記) により測定した。TAS-20 は、全 20 項目からなる自己記入式の尺度で、アレキシミア傾向を測定することができる。各項目について、1 (まったく当てはまらない) ~5 (非常に当てはまる) の 5 件法で回答した。

###### b) トラウマ体験に関する統制変数

そのトラウマ体験についてこれまで開示した程度が、筆記開示による効果に影響を及ぼす恐れがある。そこで以下の指標を pre 時に測定した；

トラウマ体験を開示した程度 (以下開示度と略記) : 「これまでに、その出来事についてどのくらい感情や思いを他者に打ち明けましたか」を、1 (まったくない) ~7 (非常にある) の 7 件法で尋ねた。

###### c) 実験期間中の統制変数

実験期間中の日常場面でのストレスは、効果変数に影響を及ぼす恐れがある。そこで以下の指標を pre, 2w, 1m において測定した；

主観的なストレスの程度 : Perceived Stress Scale 日本語版 (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983 ; 鷺見, 2006 ; 以下 PSS と略記) により測定した。PSS は全 14 項目からなる自己記入式の尺度で、個人の生活・経験において知覚されたストレスを包括的に評価することができる。各項目について最近 1 ヶ月での経験頻度を 1 (まったくなかった) ~5 (いつもあった) の 5 件法で回答した。

##### 4-2) 実験操作の妥当性変数

トラウマ体験について筆記する構造化開示、自由開示の両群と、中性的な話題を筆記する統制群の各実験操作が妥当であったかを確認するために、各筆記セッ

セッション直後に以下を尋ねた；

考えや気持ちを書けた程度（以下感情筆記度と略記）：「こころの奥底にある考えと気持ちを、どれくらい書き表すことができましたか」を、0（まったくそう思わない）～10（まったくそう思う）の11件法で尋ねた。

筆記直後に悲しみや混乱を感じた程度（以下動揺度と略記）：「今、悲しみや混乱した気持ちを、どれくらい感じますか」を、感情筆記度と同様の11件法で尋ねた。

#### 4-3) 効果変数

PTSR の程度：IES により測定した。

主観的身体症状の程度：PILL により測定した。

精神的健康の程度：GHQ28 により測定した。

WM：OSPAN により測定した。

## 2. 結果

参加者の年齢、性別を従属変数とする群（構造化開示群、自由開示群、統制群）の一元配置分散分析を施したところ、いずれにおいても群の間で有意差は見られなかった。

### 1) トラウマ体験の性質

トラウマの内容は、「人間関係上の問題や失敗」が最も多く(54%)、次いで「災害体験」(21%)、「家族の問題や崩壊」「その他」(8%)、「学業上の問題や失敗」「死別体験」(4%)であった。

### 2) 統制変数

#### a) 個人差統制変数

CES-D, TAS-20 を従属変数とする群(3)の一元配置分散分析を施した結果、いずれの指標においても群の間で有意差は見られなかった。

#### b) トラウマ体験に関する統制変数

開示度を従属変数とする群(3)の一元配置分散分析を施した結果、群の間で有意差は見られなかった。

#### c) 実験期間中の統制変数

各時期の PSS を従属変数とする群(3)×時期(pre, 2w, 1m)の二要因分散分析を施した、いずれの時期、群においても有意差は認められなかった。

### 3) 実験操作の妥当性変数

各セッションの筆記直後における感情筆記度、動揺度を従属変数とする群(3)×セッション(S1, S2, S3)の二要因分散分析を施した。また、各分析において球面性が仮定されなかった場合、Greenhouse-Geisser のイプシロンにより自由度調整を行った (Vasey & Thayer, 1987)。

感情筆記度に関しては、群の主効果 ( $F(2, 21)=9.76, p<.01$ ) とセッションの主効果 ( $F(2, 42)=4.89, p<.05$ ) に有意差が認められた。そこで、Bonferroni 法による多重比較を施した。なお、多重比較、単純主効果の検定を施す場合は、すべて Bonferroni 法を用いた。多重比較の結果、構造化開示群と自由開示群は、統制群と比較して感情を筆記していた ( $ps<.01$ )。また、S2 よりも S3 の方が感情を筆記していた ( $p<.05$ )。

動揺度に関しても同様に、群の主効果 ( $F(2, 21)=5.14, p<.05$ ) とセッションの主効果 ( $F(2, 42)=9.97, p<.001$ ) に有意差が認められた。多重比較の結果、構造化開示群と自由開示群は、統制群と比較して筆記直後動揺していた ( $ps<.05$ )。また、S2, S3 よりも S1 の方が、筆記直後動揺していた ( $ps<.05$ )。

#### 4) 効果変数

IES の合計点、下位尺度である侵入的想起と回避行動, PILL, GHQ28, OSPAN において、群(3)×時期(3)の二要因分散分析を施した。また、pre 時の効果変数の各指標において群(3)の一元配置分散分析を施したところ、いずれの指標に関しても有意差は見られなかった。また、第二種の過誤を考慮するとともに先行研究と詳

細な比較のため、1m の Treatment effect sizes (以下 Treatment *ES*と略記) と、Controlled effect sizes (以下 Controlled *ES*と略記) を算出した。Treatment *ES* は、特定の 1 群内における pre から 1m にかけての各変数の変化の程度を、Controlled *ES*は、特定の 2 群間における 1m 時の各変数の差の程度を示す。

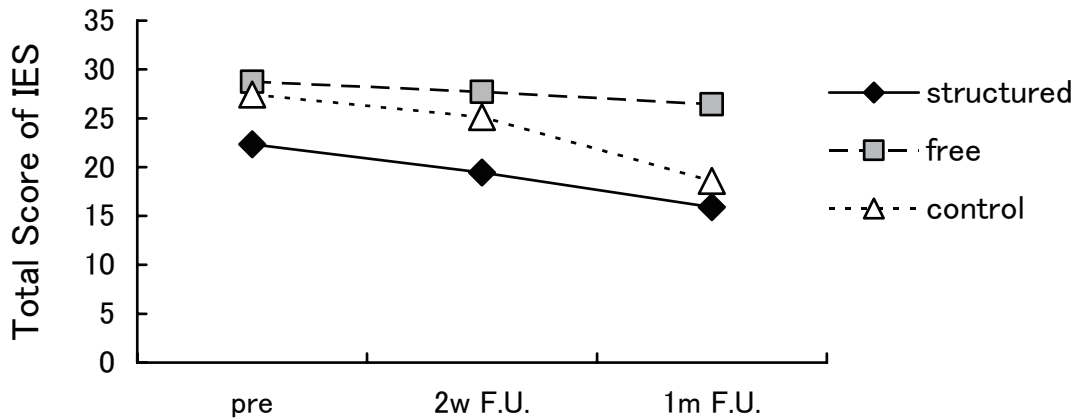


Figure 1 Change of the mean Total score of IES of each group

IES 合計点に関しては時期の主効果が有意で ( $F(1.57, 33.03)=7.54, p<.01$ ), 多重比較の結果, pre, 2w と比較して 1m で有意に低減した ( $ps<.05$ )。また, Treatment *ES* は  $d=-1.31$  (構造化),  $d=-.27$  (自由),  $d=-1.02$  (統制) で, Controlled *ES*は  $d=-1.21$  (構造化 vs.自由),  $d=-.31$  (構造化 vs.統制) であった。

IES の回避行動に関しては時期の主効果が有意で ( $F(2, 42)=7.47, p<.05$ ), 多重比較の結果, pre と比較して 1m で有意に低減した ( $p<.001$ )。Treatment *ES* は  $d=-.95$  (構造化),  $d=-.51$  (自由),  $d=-1.27$  (統制) で, Controlled *ES*は  $d=-.17$  (構造化 vs.自由),  $d=.54$  (構造化 vs.統制) であった。

GHQ28 の合計点に関しては時期の主効果が有意で ( $F(2, 42)=8.14, p<.01$ ), 多重比較の結果, pre と比較して 2w と 1m で有意に低減した (順に  $p<.001, p<.05$ )。Treatment *ES*は  $d=-.37$  (構造化),  $d=-.64$  (自由),  $d=-.91$  (統制) で, Controlled *ES*は  $d=.54$  (構造化 vs.自由),  $d=.07$  (構造化 vs.統制) であった。

OSPAN に関しては時期の主効果が有意で ( $F(2, 42)=5.77, p<.01$ ), 多重比較の結果, pre と比較して 2w で有意な ( $p<.05$ ), 1m で有意傾向の ( $p<.10$ ) 向上が見られた。また Treatment *ES*は  $d=.94$  (構造化),  $d=.57$  (自由),  $d=.18$  (統制) で, Controlled *ES*は  $d=-.51$  (構造化 vs.自由),  $d=.08$  (構造化 vs.統制) であつ

た。

IES の侵入的想起と PILL に関しては有意差が認められなかった。

### 3. 考察

#### 1) 統制変数

統制変数に関しては、いずれの指標においても有意差は認められなかった。従って各群は均質であったと考えられる。

#### 2) 実験操作の妥当性変数

感情筆記度については、統制群よりも構造化開示群と自由開示群の方が高かった。これは、統制群には客観的に筆記することを、構造化開示群と自由開示群には考えや気持ちを筆記することを求めるという実験操作が作用していると考えられる。動揺度については、統制群よりも自由開示群と構造化開示群の方が高かった。課題の性質上、トラウマ開示の 2 群が統制群よりも筆記後動揺しているのは妥当であると考えられる。以上の結果より、構造化開示群と自由開示群はトラウマ体験について思考や感情を、統制群は中性的な話題について客観的に書き綴るという、各教示に従い筆記ができていたと考えられる。すなわち本研究の実験操作が妥当であったことが確かめられた。

#### 3) 効果変数

まず、IES は全群で低減が示され、構造化開示の自由開示や統制開示を上回る PTSD の低減効果は確認されなかった。この要因として、実験参加者が各群 8 名前後と少ないこと、また、PTSD の自然緩解 (Rothbaum, Foa, Riggs, Mrdock, & Walsh, 1992) の影響との交絡が挙げられる。これらの要因によって、群と測定時期の交互作用が検出されなかった可能性

がある。同様に、精神的健康度と WM は全群で中期的に向上を示した。Eadie, Runtz, & Spencer-Rodgers(2008)は、性的暴行被害体験のある女子大学生を対象として、PTSD の高さが不健康症状を予測していることを示した。さらに、Klein & Boals(2001a)は、IES の得点が高いほど WM 得点が低いことを明らかにしている。これらの知見を踏まえると、本研究では全群で PTSD の低減が見られたため、それに伴い精神的健康度や WM の向上もすべての群で認められたと考えられる。

また、PTSD を呈する者を対象として、筆記開示による PTSD の低減効果を実証している研究に、Lange et al.(2001)と Sloan & Marx(2004)がある。それらの研究の結果と本研究の構造化開示の結果をより詳細に比較するために、中期的な PTSD への効果量を算出した。なお、効果量の基準は、Cohen(1992)を参考に  $d=.20$  で小さい効果、 $d=.50$  で中程度の効果、 $d=.80$  で大きい効果とした。その結果、本研究の構造化開示の中期的な PTSD に対する効果量は、Treatment ES で IES 合計点、侵入的想起、回避行動の順に  $d=-1.31$ ,  $-1.02$ ,  $-.92$  と大きな低減効果を示し、IES 合計点の Controlled ES では  $d=-1.21$  (構造化 vs.自由),  $-.31$  (構造化 vs.統制) と、構造化開示が他の 2 群に比べて効果があったことを示した。

一方、Lange et al.(2001)が用いた構造化開示の中期的な PTSD に対する効果量は、Treatment ES で侵入的想起、回避行動の順に  $d=-.66$ ,  $-.44$ 、統制開示との比較による Controlled ES では順に  $d=-.68$ ,  $-.88$  という値を示した。また、Sloan &

Marx(2004)における自由開示の中期的な PTSD に対する効果量は、Treatment *ES*で  $d = -.72$ 、統制開示との比較による Controlled *ES*で  $d = -.80$  という値であった。比較すると、本研究で用いた構造化開示は、Treatment *ES*に関しては、欧米で確認されている中期的な PTSD 低減効果と同程度以上の効果量を示していた。つまり、本研究の構造化開示は、中期的な PTSD の低減に有用であったとも示唆される。

しかし一方で、構造化 vs. 統制の Controlled *ES*に関しては、欧米で確認されている効果と比較しても小さい効果量であった。統制群に関しては、PTSD への中期的な Treatment *ES*も  $d = -1.02$  と大きい効果が示されており、精神的健康の Treatment *ES*も  $d = -.91$  と 3 群の中で最も大きい。このような統制群のポジティブな影響に関しては、伊藤ら(2009)といった先行研究でもしばしば見られ、トラウマ開示の効果の解釈を困難にしていた。それらの結果を受け、中野ら(2012)では、統制開示のメタ認知的なはたらきに注目した。結果、統制群が脱中心化状態（思考や感情から距離を置いたメタ認知的な状態）がセッションを追うごとに上昇することを示し、統制開示が即時的に思考や感情から距離を置く状態を高める訓練として機能することを示唆した。この脱中心化状態の上昇が中期的な精神的健康状態の上昇と関連しているかは、本研究の結果からは定かではない。しかし、統制開示には中期的にポジティブな影響を与える何らかの要素がある可能性は示していると言える。

統制群に大きい効果が見られた反面、自由開示群の PTSD への中期的な Treatment *ES*は  $d = -.27$  と小さい。つまり欧米の結果と相反して、自由開示よりもむしろ統制開示の方が PTSD の低減に効果があり、本研究で用いた自由開示は PTSD の低減への効果が少ない可能性が示唆される。この原因の 1 つとして、本研究の対象が PTSD を呈している者であったことが挙げられる。PTSD を呈する者の記憶は、精緻化されておらず細部が抜け落ちていると指摘されており、PTSD の程度とトラウマ記憶の断片化と混乱の程度には関連性が報告されている (O'Kearney & Perrott, 2006)。そのような中、自由開示では、トラウマに関する様々な情動について自由に探究する作業が求められる。PTSD を呈する者にとっては、トラウマ記憶自体の細部が抜け落ちているため、それらと情動を統合することは、自由に筆記するだけでは困難であると考えられる。そのため PTSD の中期的な低減に十分な効果が示されない可能性が示唆された。どのような対象がより筆記開示の恩恵を受けるかという問題は、いくつかのメタ分析によって検討されてきている。Frattaroli(2006)は、健康問題、トラウマやストレスのあるサンプルが筆記開示の効果がより大きいことを示しており、一方 Harris(2006)は健全なサンプルがより恩恵を受け、ストレスやトラウマがある対象には効果が低いことを示している。このように一貫した見解の見られない中で、本研究で対象としたトラウマ体験者への自由開示の有用性に関しては検討していく必要がある。

さらに、本研究の構造化開示の先行研究である中野ら(2012)でも、同様に筆記終了1ヶ月後における効果サイズを算出している。結果、Treatment ESは構造化開示群で  $d = -1.48$  であり、Controlled ESは  $d = -.50$  (構造化 vs.自由)、 $d = -.81$  (構造化 vs.統制)であった。比較すると、本研究の構造化開示は、中野ら(2012)の構造化開示よりもやや効果が小さくなったと言える。この原因として、構造化開示の教示を一部改訂した影響が考えられる。トラウマ記憶の中核的部分以外にも、トラウマの結果(トラウマの後遺症や、体験後の周囲の反応など)に対するネガティブな認知的評価もPTSRの維持に関連することが報告されている(Steil & Ehlers, 2000; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001)。そのため、中野ら(2012)の構造化開示では体験の余波としてのネガティブな側面について書き綴り、それに対するネガティブな認知を抽出する手続きを採用していた。しかし、結果として筆記する課題が多くなりすぎてしまい、体験の余波に対する認知のみでなくトラウマ記憶の中核的部分に対する認知も抽出されないまま筆記時間が終了してしまった参加者の存在が課題となった。従って本研究では、20分×3日間という筆記パラダイム(Frattaroli, 2006)に忠実に実施することを優先し、時間的制約から体験の余波に関する筆記を求める箇所は削除した。しかしモデル上は、トラウマの結果に対する苦痛や困難についても明確化し、そこに付加されたネガティブな認知的評価を変容させることが、効果的な介入には必要となると考えられる

(Ehlers & Clark, 2000)。この違いが、本研究の構造化開示が中野ら(2012)よりも高い効果を示すことができなかった原因かも知れない。

### 総合考察

本研究では、PTSD診断基準A1に該当しない出来事を含むトラウマ体験者とトラウマ体験のない対象とを比較して、心身の健康度とWM、PTSRを維持する要因としてトラウマと関係が深いと考えられる反すうの違いを明らかにすることを研究Iの目的とした。次に、中野ら(2012)を改訂した構造化開示が中期的に心身の健康度やPTSR、WMに与える影響を、トラウマ体験者を対象として検討することを研究IIの目的とした。

研究Iの結果として、トラウマ体験者は、トラウマ体験のない者と比較して心身の健康度が低く、ネガティブな反すうの程度が高いことが示された。しかし一方でWMに関しては両方で差が認められなかった。WMに関しては、トラウマ体験のPTSR以外にも侵入思考が関連していることが示唆されており、その要因が影響していた可能性が考えられる。

そして研究IIに関しては、PTSRの低減、精神的健康の増進、WMの向上がすべての群で示され、自由開示や統制開示を上回る構造化開示の効果は示すことができなかった。そこでPTSRの低減効果について先行研究と比較するために、効果サイズを算出した。結果、本研究の構造化開示は、欧米の筆記開示と同程度からより大きい効果があることが明らかにされた。しかし、そのサイズは中野ら

(2012)の効果と比較するとより小さいものであった。これは、構造化開示の教示を一部改訂したことが原因であると考えられる。今後は、モデルに準拠した手続きが取れるよう、従来の筆記パラダイムを検討していく必要がある。

### 付記

本研究を実施するにあたり、余語真夫先生、大平英樹先生、河野和明先生、湯川進太郎先生には多数のご意見、ご協力を賜りました。心より感謝申し上げます。

本研究は科学研究費基盤研究(C)(19530626)による助成を受けた。

### 引用文献

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition, text revision. *American Psychiatric Association, Washington, D. C.* (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院.)

飛鳥井望 (2008). PTSD の臨床研究—理論と実践— 金剛出版.

Asukai, N. & Miyake, Y. (1998). PTSD as function of the traumatic event, post-traumatic stress, and pre-trauma vulnerability. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 (Suppl.), 75-81.

Bagby, R. M., Parker, J. D. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38,

23-32.

Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 190, 97-104.

Clark, D. A. (2005). Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research and treatment. *Guilford Press.* (丹野義彦(編集・監訳) (2006). 侵入思考—雑念はどのように病理へと発展するのか— 星和書店.)

Clark, D. M. & Ehlers, A. (2006). Workshop of cognitive behavior therapy for social phobia and PTSD. *Translated by Yoshihiko Tanno.* (丹野義彦(編集・監訳) (2008). 対人恐怖と PTSD への認知行動療法—ワークショップで身につける治療技法— 星和書店.)

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 121, 155-159.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective study of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder after physical or sexual assault. *Behavior research and Therapy*, 39, 1063-1084.

Eadie, E. M., Runtz, M. G., & Spencer-Rodgers, J. (2008). Posttraumatic



- stress symptoms as a mediator between sexual assault and adverse health outcomes in undergraduate women. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 6, 540-547.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 4, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 488-506.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 6, 823-865.
- Gidron, Y., Peri, T., Connolly, J. F., & Shalev, A. Y. (1996). Written emotional disclosure in posttraumatic stress disorder ; Is it beneficial for the patient? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 504-507.
- Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J. M., & Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 687-698.
- Graf, M. C., Gaudiano, B. A., & Geller, P. A. (2008). Written emotional disclosure: A controlled study of the benefits of expressive writing homework in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18, 4, 389-399.
- Harris, A. H. S. (2006). Does expressive writing reduce health care utilization?: A meta-analysis of randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 2, 243-252.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- 伊藤大輔・佐藤健二・鈴木伸一 (2009).  
トラウマの開示が心身の健康に及ぼす影響—構造化開示群, 自由開示群, 統制群の比較— *行動療法研究*, 35, 1-12.
- 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.
- Klein, K. & Boals, A. (2001a). Expressive writing can increase working memory capacity. *Journal of Experimental Psychology. General*. 130, 3, 520-533.
- Klein, K. & Boals, A. (2001b). The relationship of life event stress and working memory capacity. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 565-579.
- 小牧元・前田基成・有村達之・中田光紀・

- 篠田晴男・緒方一子・志村翠・川村則行・久保田千春 (2003). 日本語版 The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) の信頼性, 因子的妥当性の検討 *心身医学*, 43, 12, 839-846.
- Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp P. M. G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 73-90.
- Lepore, S. J. & Smyth, J. M. (2002). The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being. *New York: the American Psychological Association*. (余語真夫・佐藤健二・大平英樹・河野和明・湯川進太郎(監訳) (2004) 筆記療法—トラウマやストレスの筆記による心身健康の増進— 北大路書房.)
- Long, M. E., Elhai, J. D., Schweinle, A., Gray, M. J., Grubaugh, A. L., & Frueh, B. C. (2008). Difference in posttraumatic stress disorder diagnostic rates and symptom severity between criterion A1 and non-criterion A1 stressors. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1255-1263.
- 前田正治・大江美佐里 (2009). DSM における PTSD 概念—最近の批判論を考える— *トラウマティック・ストレス*, 7, 2, 40-51.
- 松本祥史・吉田真由子・中野収太・佐藤健二 (2011). ネガティブ感情体験の構造化開示が心身機能に及ぼす影響—メタ認知の観点からのメカニズム検討— *徳島大学総合科学部人間科学研究*, 19, 31-48.
- Mol, S. S., Arntz, A., Metzmakers, J. F. M., Dinant, G., Montfort, P. A. P. V., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events ; Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- 中川泰彬・大坊郁夫 (1985). 日本語版 GHQ 精神健康調査票手引 *日本文化学社*.
- 中野収太・久楽貴恵・吉田真由子・佐藤健二 (2012). トラウマの構造化開示が外傷後ストレス反応とワーキング・メモリ容量に及ぼす影響—外傷後ストレス障害の認知モデルに基づく検討— *徳島大学総合科学部人間科学研究*, 20, 31-48.
- O’Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma Narratives in Posttraumatic Stress Disorder ; A Review. *Journal of traumatic stress*, 19, 81-93.
- Park, C. L. & Blumberg, C. J. (2002). Disclosing trauma through writing: Testing the meaning-making hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 5, 597-616.
- Pennebaker, J. W. (1982). The psychology of physical symptoms. *New York: Springer-Verlag*.
- Pennebaker, J. W. (2004a). Theories, Therapies, and Taxpayers ; On the complexities of the expressive writing paradigm. *Clinical Psychology*;

- Science and Practice*, 11, 2, 138-142.
- Pennebaker, J. W. (2004b). Writing to heal: A guided journal for recovering from trauma & emotional upheaval. *New York: New Harbinger Publications*. (獅々見照・獅々見元太郎(訳) (2007) こころのライティングー書いていやす回復ワークブックー 二瓶社.)
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 3, 274-281.
- Pennebaker, J. M., Mayne, T. J., & Francis, M. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 31, 89-99.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale ; A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Regambal, M. J. & Alden, L. E. (2009). Pathways to intrusive memories in a trauma analogue paradigm: A structural equation model. *Depression and Anxiety*, 26, 155-166.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Mrdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Roy-Byrne, P. P., Noonan, C., Afari, N., Buchwald, D. & Goldberg, J. (2006). Is the association between posttraumatic stress disorder symptoms and poor health due to a common familial or genetic factor? *General Hospital Psychiatry*, 28, 408-413.
- 佐藤健二・坂野雄二 (2001). 外傷体験の開示と外傷体験による苦痛の変化および身体兆候の関連 *カウンセリング研究*, 34, 1-8.
- Sheehan, D. V. & Lecrubier, Y. (2003). M. I. N. I. Mini-International Neuropsychiatric Interview: Japanese version 5.0.0. (2003). *Tokyo: Seiwa Shoten Publishers*. (大坪天平・宮岡等・上島国利(訳) (2003). M. I. N. I. 精神疾患簡易構造化面接法改訂版日本語版 5.0.0. 星和書店.)
- 島悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について *精神医学*, 27, 6, 717-723.
- Sloan, D. M. & Marx, B. P. (2004). A closer examination of the structured written disclosure procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2, 165-175.
- Sloan, D. M., Marx, B. P. & Epstein, E. M. (2005). Further examination of the exposure model underlying the efficacy of written emotional disclosure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 3,

- 549-554.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M. & Lexington, J. M. (2007). Does altering the writing instructions influence outcome associated with written disclosure? *Behavior Therapy*, 38, 155-168.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 38, 537-558.
- Turner, M. L. & Engle, R. W. (1989). Is working memory capacity task dependent? *Journal of Memory and Language*, 28, 127-154.
- Vasey, M. W. & Thayer, J. F. (1987). The continuing problem of false positives in repeated measures ANOVA in psychophysiology: A multivariate solution. *Psychophysiology*, 24, 479-486.
- 鷺見克典 (2006). 知覚されたストレス尺度 (Perceived Stress Scale) 日本語版における信頼性と妥当性の検討 *健康心理学研究*, 19, 2, 44-53.
- Yogo, M. & Fujihara, S. (2007). Working memory capacity can be improved by expressive writing: A randomized experiment in a Japanese sample. *British Journal of Health Psychology*, 00, 1-5.
- Zetsche, U., Ehring, T., & Ehlers, A. (2009). The effects of rumination on mood and intrusive memories after exposure to traumatic material: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 499-514.

(受付日2013年10月1日)

(受理日2013年10月10日)