

# 臨床ソーシャルワークにおける代理性心的外傷ストレス\*

## 心的外傷（トラウマ）治療と援助者への心理・精神的影響に関する理論的考察

池 埜 聡\*\*

### I. はじめに

1980年、アメリカの精神障害診断マニュアルⅢ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Ⅲ; DSM-Ⅲ) に、初めて心的外傷後ストレス障害 (Post-traumatic Stress Disorder; PTSD) の診断基準が示された。それ以来、災害、暴力、虐待、そして戦闘体験など、心的外傷（トラウマ）をもたらす強いストレス（以下、外傷性ストレスと記す）を受けた被害者の精神症状、コーピングプロセス、そして長期的影響について多くの研究が報告されている (Eth & Pynoos, 1985; Evely & Lating, 1995; Figley, 1985, 1995; Harman, 1992; Peterson, 1991)。現在では、「心的外傷学 “traumatology”」という名のもと、ソーシャルワーク、心理学、精神医学などの分野で、心的外傷研究が一つの専門領域として認められるようになった。

一方、1990年代に入り、臨床ソーシャルワーカーなどの心理臨床に携わる専門家（以下、総称して援助者と記す）も、被害者の心的外傷と情緒的に関わる中で、被害者と同じ心的外傷を間接的に受けるという側面が注目されるようになった。この援助者が受けるストレスは、Figley (1983) によって、初めて二次的心的外傷ストレス (secondary traumatic stress) として概念化された。二次的心的外傷ストレスは、援助者及び援助過程に否定的な影響を与えることが認められ、理論的・実証的な考察が行われるようになった (Figley, 1983, 1995; Figley & Kleber, 1995)。さらに、McCann & Pearlman (1990b) は、二次的心的外傷の理論的枠組みを発展させ、代理性心的外傷ストレス

(vicarious traumatic stress) という新しい概念を発表した。

代理性心的外傷ストレスは、McCann et al. (1988) の心的外傷に関する基礎研究に、McCann & Pearlman (1990a) や Pearlman & Saakvitne (1995a) らが検討を加えて形成した構築主義的自己発達理論 (Constructivist Self-Development Theory; CSDT) から導き出された概念である。CSDTによると、代理性心的外傷ストレスは、被害者の心的外傷と深く関わる中で、援助者に PTSD 症状を引き起こすだけではなく、援助者の性格、人間関係、価値観、アイデンティティ、精神性 (spirituality)、そして人生観などの内的変容をもたらすと考えられている (McCann & Pearlman, 1990b; Pearlman & Saakvitne, 1995b)。

本稿は、代理性心的外傷の概念的独自性と CSDT の理論的有効性及び問題点について考察することを目的とする。以下、第一に、これまで行われてきたクライアントに対する援助者の心理・精神的反応に関する研究を包括的にレビューする。具体的には、逆転移、バーンアウト、二次的心的外傷の3概念をとり上げ、それらと対比させながら、代理性心的外傷の概念的特性を明らかにしていく。第二に、CSDT について、その基本的視点、理論体系、知識体系、そして実証的研究といった側面を検証し、代理性心的外傷ストレスの実態とその影響に関する理論的枠組みを明らかにする。第三として、臨床の見地から見た CSDT の問題点を指摘する。最後に、今後の CSDT と代理性心的外傷ストレスに関する研究方法について考察していく。

\*キーワード：代理性心的外傷ストレス、構築主義的自己発達理論、解釈学的アプローチ

\*\*関西学院大学社会学部専任講師

## II. 援助者の示す心理・精神的反応

これまで概念化された援助者のクライアントに対する心理・精神的反応は、大きく4つに集約することができる (McCann & Pearlman, 1990b; Neumann & Gamble, 1995 を参照)。それらは、1) 逆転移、2) バーンアウト、3) 二次的心的外傷、そして本稿で注目する4) 代理性心的外傷の4概念である。以下、それぞれの概念について説明し、代理性心的外傷の特徴を浮き彫りにしていく。

### 1. 逆転移

逆転移は、精神分析理論によって概念化された (Strean, 1979; Sullivan, 1953; Young-Eisendrath, 1988)。逆転移については、これまで多くの定義がなされてきた。それらの中で共通することは、「援助者が、クライアントの訴えを聞く中で、自分自身の日常や未解決の心的葛藤をその訴えの内容に関連させ、意識的あるいは無意識的に起こす様々な心理的反応」という点である (Slatker, 1987)。また、Wilson & Lindy (1994) は、対象関係理論の立場から、逆転移を単に「クライアント及びクライアントの問題に対する援助者の感情的反応」と定義し、概念の枠を広げた。

心的外傷の援助過程では、援助者は、クライアントの傷み、怒り、悲しみ、喪失感などの強い感情を受けとめることが必要となる場合が多い。筆者もアメリカ、コロラド州デンバーに位置する精神衛生機関で、臨床ソーシャルワーカーとして東南アジア系難民の臨床に携わり、彼らの激しい感情表出に向き合う経験をしてきた。彼らの多くは、戦闘体験、拷問、そして家族の死など、極度の心的外傷体験を持つ。そして、筆者との面接場面で、死と直面する恐怖感、戦争への怒り、母国を追われた喪失感といった強い感情反応を示すことが多かった。このような心的外傷を持つクライアントの処遇を行う場合、援助者は、クライアントの気持ちに向き合い、自らの感情反応を認め、適切に自己をコントロールしながら援助プロセスを進む必要がある (Hepworth et al., 1991; Strean, 1979, 1994)。この自己覚知と感情のコ

ントロールによって逆転移反応を抑制していくことが、心的外傷を受けたクライアントと援助的に関わる上で最も大切な側面だといえる。

1980年代に入り、心的外傷治療で生じる逆転移の実証的研究が報告されるようになった。これらの研究は、ナチス・ホロコースト被害者 (Danieli, 1988)、東南アジア系難民 (Kinzie, 1989, 1994)、性的暴力の被害者 (Schauben & Fraizer, 1995) などの心理臨床に携わる援助者を対象にして実施されている。

Wilson & Lindy (1994) は、心的外傷治療における逆転移反応を類型化し、援助者が体系的に自らの逆転移を把握することを可能にした理論モデルを構築した。彼らは、心的外傷治療に携わる援助者にとって統制された共感的態度を維持することは困難であり、何らかの緊張を感じてしまうという側面に注目した。そして、この作用を、緊張を伴う共感的関与 (**emphathic strain**) として概念化した。この概念に基づき、逆転移を「クライアントとの距離のとりかた (回避的-同一化)」と「援助者の反応のタイプ (主観的-客観的)」という2つの次元からとらえ直した。この2つの次元の組み合わせから、逆転移反応を4つに分類したのである (表1参照)。それらは、「回避的な共感的関与」、「抑圧された共感的関与」、「緊密な共感的関与」、そして「不均衡な共感的関与」として表される (表1参照)。

### 2. バーンアウト

バーンアウトは、対人援助に携わる専門家に見られる「情緒的消耗感」、「脱人格化」、そして「達成感の低下」といった3つの症状で構成される症候群を示す (Maslach, 1986)。「情緒的消耗感」とは、クライアントとの援助的関わりや日常の対人関係を通じて、感情的に疲れ果てた状態を表す。「脱人格化」は、人に対して何も感じない、無感覚な感情状態を示す。そして「達成感の低下」は、援助の手を差し伸べる仕事に対して、自分の能力に自信が持てなくなり、達成感を感じることができなくなる状態のことを意味する (Maslach, 1986; Maslach & Jackson, 1982; Pine & Maslach, 1978)。

心理臨床あるいはメンタルヘルスの専門家に見

表1 心的外傷治療における逆転移の類型

Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1994). Empathic Strain and Countertransference. In J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the Treatment of PTSD* (pp. 5-29). New York: Guilford Press, p. 15 (Figure 1.1.) を参照して表1を作成

		クライアントとの距離のとりかた	
		回避	同一化
援助者の 反応のタイプ	客観的	回避的な共感的関与 ・不明瞭さ ・脆弱さ ・不調和な感情	抑圧された共感的関与 ・無感覚状態 ・知性化 ・誤ったダイナミックスの認知
	主観的	不均衡な共感的関与 ・境界の喪失 ・過剰な関わり ・相互依存	緊密な共感的関与 ・回避 ・否認 ・心理的距離の確保

られるバーンアウトは、複数の理論モデルによって説明されてきた。Burisch (1993) は、多くのバーンアウトに関する研究をレビューし、用いられている理論的背景を整理した。それらは、1) 危機理論、2) 学習理論及び学習された絶望感 (learned helplessness) に関するメカニズム、3) 動機付け理論 (incentive theory)、4) 心身症のメカニズム、そして5) 葛藤に関する心理学的見解 (psychology of conflict) などにまとめられている。また、Maslach (1986) は、バーンアウトを引き起こす影響要因を、個人的要因、対人関係、そして組織的要因という3つの領域に分類し、詳しく考察している。個人的要因として、その人の性格、仕事への動機付けと期待度、自尊心、仕事への価値観、感情の言語化能力などが挙げられる。対人関係としては、同僚、スーパーバイザー、友人、そして家族などが大きな影響を与えると考えられる。さらに、組織的要因としては、ケースロード、担当クライアントの問題の質 (緊急性、重症度など)、責任の所在、自律度、仕事の評価・フィードバック体制などの重要性を指摘している。

心的外傷治療におけるバーンアウトについて、McCann & Pearlman (1990b) は、「バーンアウトの諸症状は、援助者がクライアントの心的外傷を治療的に処遇できず、継続的にクライアントの心的外傷に直面することによって生じる援助者の無感覚感と回避反応としてとらえることができ

る」(p. 134) と述べている。しかし、特に「心的外傷治療に携わる援助者」を対象に行われたバーンアウトに関する実証的研究は限られている。そのため、心的外傷治療とバーンアウトの関係については、今後の研究で明らかにされる必要がある。

### 3. 二次的心的外傷

二次的心的外傷は、「心的外傷を受けた人を援助したり援助しようと望むことによって生じる困惑や心的障害」(Figley, 1995: 7) と定義される。援助者は、被害者への貴重な援助を実践すると同時に、被害者との関わりを通じて、間接的に心的外傷を受ける可能性のあることが明らかにされてきた (Figley, 1995)。

これまで報告された二次的心的外傷ストレスに関する実証的研究は、Horowitz (1979, 1986) の認知制御プロセスモデル (Cognitive Regulatory Process Model) を理論的枠組みとして分析に用いている (Brady & Guy, 1995; Carbonell & Figley, 1996; Figley, 1995; Stamm, 1995)。このモデルは、心的外傷体験とそれにつながる記憶に関する認知制御プロセスを示したもので、外傷体験の否認 (denial) と記憶の侵入 (intrusion) のサイクルによって特徴づけられる (図1参照)。

このモデルによると、「否認」は、心的外傷を引き起こす災害や事件に遭遇した際、適応初期段階で生じる心理的な防衛反応として理解される。

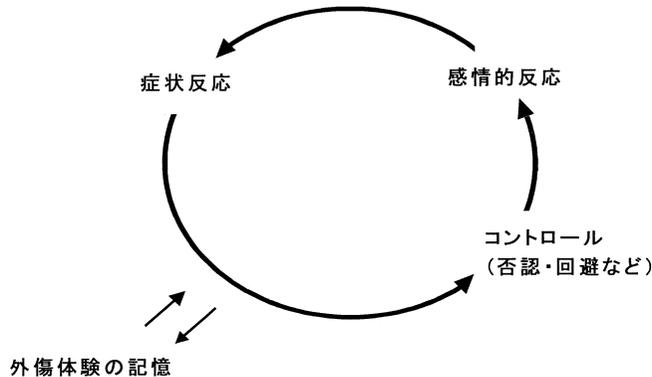


図1 心的外傷の認知制御プロセス

Kleber, R. J., & Brom, D. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention, and treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, p. 139 を参考にして作成。

否認は、被害者に無感覚状態を引き起こすことが多い。「記憶の侵入」は、フラッシュバックなど心的外傷体験にまつわる記憶の想起を意味する。一般的に、心的外傷体験の否認と記憶の侵入は、外傷体験の意味 (meaning)、つまり「なぜこのような出来事に遭遇したのか」あるいは「この出来事は人生の中でどのような意味や価値があるのか」といった問いに対する答えを、被害者自身が認知スキーマに統合できるようになるまで続くと考えられる (Horowitz, 1986)。しかし、場合によっては、強い否認と記憶の侵入が繰り返されることもある。このような場合、認知プロセスは阻害され、長期的な心理的障害に陥る危険性が高い (Horowitz, 1986)。

1980年代後半から、二次的心的外傷について多くの研究者が注目してきた。アメリカを中心に、二次的心的外傷ストレスの心理・精神的影響について、ソーシャルワーカー (Hodgkinson & Shepard, 1994)、臨床心理士 (Brady & Guy, 1995)、消防士 (Beaton & Murphy, 1993; Duckworth, 1991; Fullerton et al., 1992)、警官 (McCammon & Allison, 1995)、救急医療隊 (Beaton & Murphy, 1993)、そして災害救助隊 (Stuhlmiller, 1991) などの専門家を対象に実証的研究が報告されるようになった。これらの研究は、二次的心的外傷に影響を及ぼす媒介変数を明らかにして、理論を構築することを目的としている。ワークロード、同僚やスーパーバイザーとの

関係、個人的なサポートネットワーク、専門家としての経験、そしてコーピングの方法などの変数が取り上げられ、二次的心的外傷との関係に焦点を当てている。しかし、時系列分析に基づく研究は行われておらず、二次的心的外傷のコーピングメカニズムに関する研究は初期段階にあるといえる。

#### 4. 代理性心的外傷

代理性心的外傷は、「クライアントの心的外傷や外傷体験にまつわる様々な出来事と共感的に関わることによって生じる援助者の内的変容」 (Pearlman & MacLan, 1995: 558) と定義される。ここでいう共感的な関わりとは、クライアントの心的外傷体験を傾聴し、傷みを伴う記憶に対して情緒的に関わることを意味する。代理性心的外傷ストレスは、援助者のメンタルヘルスにとどまらず、「援助者の価値観、アイデンティティ、世界観、心理的ニード、自己及び他者に対する信念体系、対人関係、そして記憶システムなど多岐にわたる領域」に影響を与えると考えられている (Pearlman & Saakvitne, 1995b: 151)。

代理性心的外傷は、先に述べた3つの概念、すなわち逆転移、バーンアウト、そして二次的心的外傷とは異なる独自性をもつ。以下、その違いについて整理する。

第一に、逆転移との比較において、McCann & Pearlman (1990b) は、代理性心的外傷は「逆

転移を拡大した概念である」(p. 136)と述べている。彼女らは、逆転移は援助関係に焦点が当てられ、治療のコンテキストでのみ概念化されていると指摘している。それに対し、代理性心的外傷は、援助関係のみならず、援助者の個人生活や専門家としてのあり方などにも影響を与えると考えているのである。

第二に、バーンアウトと代理性心的外傷の違いについて、Pearman & Saakvitne (1995b) は、その基本的視点の違いに言及している。彼女らは、バーンアウトの枠組みは、過労や悩みを話す相手がいないといった援助者を取り巻く状況とバーンアウト特有の症状との「因果関係」に注目していると考えている。それに対して、代理性心的外傷は、援助者とクライアントとの「相互作用」により焦点を当てている。つまり、彼女らは、クライアントの示す悲惨なイメージ、恐怖体験、そして傷みなどと情緒的に関わることが重要な側面であると考え、代理性心的外傷にはバーンアウトとは異なった影響が存在すると判断しているのである。しかし、代理性心的外傷とバーンアウトが互いに独立した概念であり、かつ心理的影響を明確に区別できるという点を実証的に示した研究は報告されていない。例えば、「バーンアウト状態に陥っている援助者ほど代理性心的外傷ストレスの影響を受けやすいのではないか」といった仮説は、検証されるには至っていない。

第三として、代理性心的外傷と二次的心的外傷についても概念的に区別される必要がある。Pearlman & Saakvitne (1995b) は、二次的心的外傷の概念は、DSM-IVのPTSDの診断基準に基づき、援助者が示す精神症状に焦点を当てていると述べている。それに対して、代理性心的外傷の概念は、援助者の精神症状だけでなく、多次元にわたる影響を包含している。すなわち、代理性心的外傷の概念は、「援助者が間接的に受けた心的外傷は、援助者自身の価値観や対人関係といった広いコンテキストにまでも影響を与える」(Pearlman & Saakvitne, 1995b: 153) という考えに基づいており、二次的心的外傷の枠組みをより拡大した概念といえる。

この代理性心的外傷は、性的虐待を含む児童虐待を経験した患者の臨床的及び実証的研究から導

き出された構築主義的自己発達理論 (Constructivist Self-Development Theory; CSDT) に基づいて概念化されたものである (McCann et al., 1988; McCann & Pearlman, 1990a, 1990b, 1992; Pearlman & Saakvitne, 1995a, 1995b; Pearlman & MacIan, 1995; Shauben & Frazier, 1995)。つまり、元は虐待被害者の心的外傷をとらえるために構築されたこの理論を、援助者側の影響にも適用させて生まれたのが代理性心的外傷という概念なのである。CSDTの詳細は次章で述べることにする。

以上、援助者の心理・精神的反応に関する4つの概念について、その定義、主たる理論モデル、そして影響について示した。さらに、代理性心的外傷の特徴について考察してきた。これらの点は、表2のようにまとめることができる(表2参照)。

### Ⅲ. 構築主義的自己発達理論 (CSDT)

ここでは、CSDTについてレビューする。そしてCSDTの枠組みから代理性心的外傷の概念をさらに詳しく説明する。以下、McCann & Pearlman (1990a, 1990b, 1992)、Pearlman & Saakvitne (1995a, 1995b)、そしてPearlman & MacIan (1995)らの研究に基づき、CSDTについて、1) 基本的視点、2) 理論体系、3) 知識体系、そして4) 実証的研究の4側面に焦点を当て、CSDTと代理性心的外傷について考察していく。

#### 1. CSDTの基本的視点

CSDTの基本的視点は、次の4点にまとめられる。それらは、1) ホリスティックな視点、2) 心的外傷体験の個別化、3) 心的外傷の多次元的影響、そして4) 症状の意味付けの転換である (McCann & Pearlman, 1990a; Pearlman & Saakvitne, 1995a, 1995b)。以下、それぞれの側面について説明する。

第一に、CSDTは、個人の一部を切り離して考えるのではなく、個人を全体としてとらえることを重視する。つまり、外傷性ストレスは、個

表2 心的外傷に携わる援助者の心理・精神的反応

	定義	理論モデル	影響
逆転移	「援助者が、クライアントの訴えを聞く中で、自分自身の日常や未解決の心的葛藤をその訴えの内容に関連させ、意識的あるいは無意識的に起こす様々な心理的反応」(Slatker, 1987)。  「クライアント及びクライアントの問題に対する感情的反応」(Wilson & Lindy, 1994)	・精神分析理論 ・対象関係理論	・回避的な反応 ・過度の同一化 ・援助者の抑圧的な関わり ・クライアントとの相互依存 ・動機・発汗などの心身症状
バーンアウト	対人援助の専門家に見られる「情緒的消耗感」「脱人格化」「達成感の低下」などに特徴づけられる症候群(Maslach, 1986)	・危機理論 ・学習理論 ・学習された絶望感 ・動機付け理論 ・心身症メカニズム ・葛藤の心理学	・情緒的消耗感 ・脱人格化 ・達成感の低下
二次的心的外傷	「心的外傷を受けた人を援助したり援助しようとすることによって生じる困惑や心的障害」(Figley, 1995: 7)	認知制御プロセス理論(Horowitz, 1979)	・PTSD
代理性心的外傷	「クライアントの心的外傷や外傷体験にまつわる様々な出来事に対して、共感的に関わることによって生じる援助者の内的変容」(Pearlman & MacIain, 1995: 558)	構築主義的自己発達理論(CSDT)	援助者の多次元にわたる変容 ・価値観 ・対人関係 ・世界観 ・アイデンティティ ・自己調整能力 ・自我能力 ・記憶・認知メカニズムなど

人の上にインパクトを与えるのではなく、その個人を取り巻く環境、例えば、家族や友人などの人間関係や文化・社会的側面にも重大な影響を及ぼすと仮定しているのである(図2参照)。

第二に、CSDTは、心的外傷体験を個別化して把握する必要性を強調している。この視点は、構築主義理論(constructivist theory)に由来している。構築主義(constructivism)は、カントの哲学思想に基づき、心理学、家族療法、そしてソーシャルワークなどの分野においても方法論の開発・発展に大きく寄与してきた(Keeney & Ross, 1985; Nichols & Schwarltz, 1991; Rosen, 1988)。構築主義は、絶対的真理あるいは完全なる客観性の存在を否定し、個人は各々自ら現実(reality)を構成すると考える(Gergen, 1985, 1986)。Pearlman & Saakvitne (1995a)は、構

築主義理論を心的外傷治療にあてはめ、「心的外傷の意味はその被害者の内にある」(p. 57)と述べている。つまり、外傷性ストレスの影響は被害者によって異なり、被害者の信念体系にしたがって心的外傷体験の意味も異なるのである。

第三として、外傷性ストレスの影響は、単に心理・精神症状だけで説明されるべきではないという点が挙げられる。CSDTは、心的外傷体験が被害者の人格、対人関係、家族関係、信念体系などに長期的な影響を与える可能性を示唆している。これは、Harman (1992)の複雑性心的外傷後ストレス障害(Complex PTSD)の概念と共通する視点といえる。両概念とも、DSMに示されたPTSDの診断基準は、精神症状にのみ焦点が当てられているにすぎず、心的外傷の包括的な

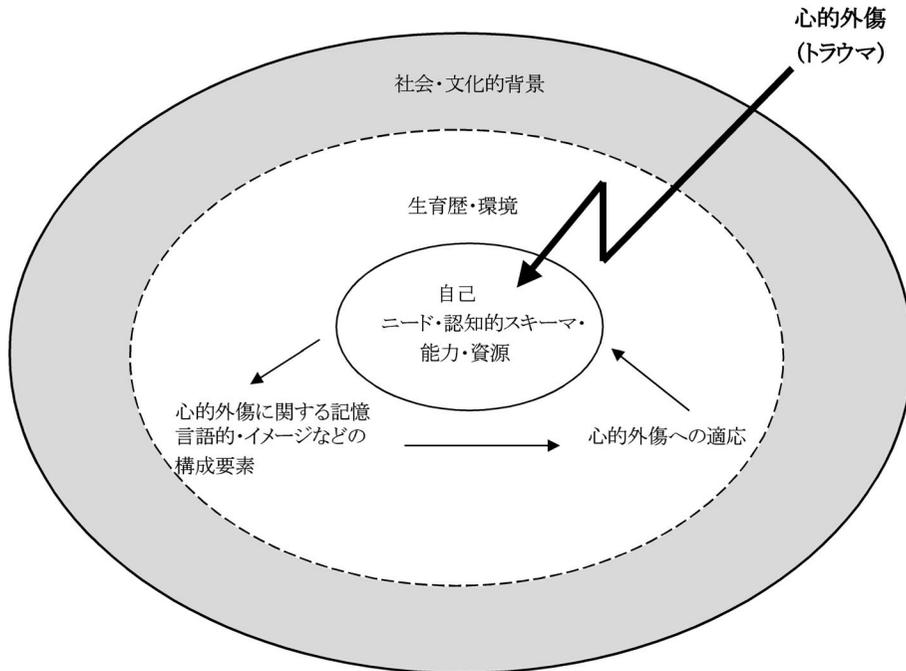


図2 構築主義的自己発達理論(Constructivist Self-Development Theory; CSDT)

McCann, I. L., Pearlman, L. A. (1990 a). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel, p. 11 (Figure 1) より引用。

影響を示すものではないという批判に基づいている。

最後に、CSDTは、被害者の症状を単に外傷性ストレスを受けた「結果」として認識するだけでは不十分であると考えている。この理論では、被害者の症状を、被害者自ら外傷体験を克服し、あらたな人生の意味を見出そうとする一連の努力の表われ(メタファー)としてとらえることを重視する。このような視点を保持することによって、援助者は、心的外傷体験から生まれた新たな価値観や人生の意味、そして受けた傷みを克服していく方法を被害者とともに模索していくことができると考えられる。もし、援助者が被害者の症状を単に病理としてのみとらえてしまうと、「被害者とともに変化へ向けて学び進んでいく機会を失ってしまう」(Pearlman & Saakvitne, 1995 a: 59) ことになるのである。

## 2. CSDTの理論体系

CSDTの理論体系は、心的外傷が人々に与える影響を明確化することに重点を置いている。具

体的に、この理論は、被害者の5つの領域に心的外傷が深く影響を及ぼすと仮定した(McCann & Pearlman, 1990a; Pearlman & Saakvitne, 1995a)。それらは、ものの見方・枠組み(frame of reference)、心理的ニード(psychological need)、自己調整能力(self-capacity)、自我能力(ego resources)、そして記憶・認知能力(memory and cognitive ability)として示される。McCann & Pearlman (1990b) 及び Pearlman & Saakvitne (1995a, 1995b) らは、代理性心的外傷ストレスも、援助者のこれらと同じ5つの領域に深い影響を与えると考えている(表3参照)。以下、これら文献に基づき、5つの領域について説明しながら、代理性心的外傷ストレスの影響について考察する。

第一に、「ものの見方・枠組み」は、アイデンティティ、世界観、そして精神性(spirituality)という3つの下位概念から理解することができる。Pearlman & Saakvitne (1995a) は、これらの概念について以下のように説明している。まず、アイデンティティは、「情緒的、心理的、そ

表3 心的外傷治療が影響を及ぼす援助者の5つの領域

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995 a). *Trauma and therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton & Company, p. 62(Table 3.1)より引用。

---

<p>ものの見方・枠組み(Frame of reference)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アイデンティティ</li> <li>・世界観</li> <li>・精神性(Spirituality)</li> </ul> <p>心理的ニード(Psychological need)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安全性</li> <li>・信頼感</li> <li>・尊重</li> <li>・親密さ</li> <li>・コントロール</li> </ul> <p>自己調整能力(Self-capacity)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・強い感情的反応の抑制能力</li> <li>・肯定的な自己意識を維持する能力</li> <li>・他者との関係を維持する能力</li> </ul> <p>自我能力(Ego resources)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・援助過程における専門的知識を導入する能力</li> <li>・意志・決定能力</li> <li>・自己を見つめる能力</li> <li>・援助過程を見通す能力</li> <li>・自分のワークロードを客観的に評価する能力</li> <li>・クライアントとの心理的境界を維持する能力</li> </ul> <p>記憶・認知能力(Memory and cognitive ability)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心的外傷にまつわる話の想起</li> <li>・視覚的なクライアントの外傷体験の想起</li> <li>・感情的混乱</li> <li>・心身症状</li> </ul>	<hr/>
--	-------

---

して認知的な各レベルにおいて、人生を通じて培われた自己に対するあらゆる感覚」(p. 61)と説明される。世界観は、「人生観、道徳観、そして因果応答などを含む世の中全体に対して抱く感覚」(p. 61)を表す。さらに、精神性は、「自己を超えた存在や目に見えない存在とのつながり、生活のあらゆる側面での気づき、そして人生の意味などを模索することで得られた自己の存在意義を表す抽象概念」(p. 63)として表される。

CSDTは、代理性心的外傷ストレスを受けた援助者も、アイデンティティ、世界観、精神性に様々な影響を受けると仮定している。Pearlman

& Saakvitne (1995a, 1995b)によると、代理性心的外傷ストレスは、特に援助者の専門家としてのアイデンティティに影響を及ぼすと考えられる。援助者が相談内容の深刻さに圧倒され、専門家としての適性に疑問を持ったり、自信を失ってしまうといった状態に陥ることが多い。また、非人道的な暴力や虐待といった被害者の心的外傷体験に直面することで、人間尊重の価値観や道徳観、さらに人生観までも転換させられることがある。

第二に、「心理的ニード」は、安全性、信頼感、尊重、親密さ、そしてコントロールという5つの

下位概念によって説明されている。CSDTでは、援助者が被害者の心的外傷と情緒的に関わることで、これら5つの側面に変化を感じると仮定している。例えば、知人によって性的暴力を受けた被害者の処遇を想定してみたい。被害者の経験を受けとめることで、従来から持っていた日常の安全に対する考え方、他者への信頼感や尊重、親密さの意味、そして自らの生活をコントロールできるという信念に揺らぎを感じる援助者も現れるであろう。結果的に、日常の行動パターンや友人・知人との関係などを変化させたり、生活上の不確実性に不安を抱くようになることも考えられるのである。

第三として、CSDTは、代理性心的外傷ストレスの「自己調整能力」に対する影響について明示している。自己調整能力とは、感情反応を適切に抑制し、肯定的な自己意識を維持しながら、他者とうまく関わることができるように自らを調整する能力のことを意味する。援助者は、秘密保持の立場から、被害者に対する自らの思いを言語化する機会を制限される。そのため、怒り、落胆、苛立ち、恐怖などの感情を抑圧せざるを得ない場合が多い。その結果、すぐにいらいらしたり、感情の起伏が大きくなってしまふ。そして最終的には、日常の人間関係をうまくとれなくなるといった自己調整能力の減退に陥る援助者も多く存在すると予測される。また、代理性心的外傷は、「飲酒、喫煙、過食、オーバーワークなど外的刺激に救いを求める援助者を生み出す」(Pearlman & Saakvitne, 1995a: 228) ことも考えられる。

第四の領域として、「自我能力」が挙げられている。自我能力とは、「心理的ニードを満たすために対人関係を調整・維持する自己の内的能力」(Pearlman & Saakvitne, 1995a: 66) と定義される。具体的には、援助に際し、専門的知識の導入方法、決定能力、自己を見つめる能力、援助過程を見通す能力、自分のワークロードを客観的に評価する能力、そしてクライアントとの心理的境界を維持する能力といった援助者が本来兼ね備えていなければならない能力のことを意味する。CSDTは、代理性心的外傷ストレスが、これら援助者の持つ能力に否定的な影響を及ぼすと考えている。

最後に、この理論は、被害者の心的外傷が援助者の「記憶・認知能力」にも影響を与えると仮定している。援助者の多くが、被害者の心的外傷体験に関連するイメージや考えの侵入に脅かされる可能性が高いと考えているのである。侵入とは、援助者が、被害者の外傷体験に関連する具体的な場面やにおい、そして音などを日常生活でも突然想起することを意味する。これは、PTSD症状と判断され、援助者のメンタルヘルスに重大な影響を及ぼすと考えられる。

### 3. CSDTの知識体系

CSDTは、上記のようなホリスティックな外傷性ストレスの影響を説明するために、多くの哲学のおよび理論的枠組みをその知識体系に組み入れ、構成されている。それらは構築主義理論、認知理論、対象関係理論、自己心理学に関する理論、学習理論といった5つの知識・理論体系に集約することができる(McCann & Pearlman, 1990a; Pearlman & Saakvitne, 1995a)。これらの知識・理論体系がどのように統合され、CSDTを形成しているのか？ この問いには、どの文献も正確に答えていない。このため、筆者独自の見解に基づき、CSDTの知識体系について以下のようにまとめた。

CSDTの基本的視点でも述べられているように、個人は取り巻く環境と相互作用をしながら生活を営み、各々自らの概念的枠組みやスキーマを形成していく(構築主義理論)。そして、個人と環境との間で、同化・適応を行い(認知理論)、多くの影響を内在化しながら成長していく(対象関係理論)。心的外傷に関しても個人と環境との相互作用の枠組みからとらえる必要がある。心的外傷体験に対して、認識の再構築、同化、適応、内在化といった複雑なプロセスを経て、自己の分化と成長がとげられると考えられる。その結果、自己調整能力、自我能力、そしてあらゆる事象に対するものの見方・枠組みを変化させていくと考えられる(自己心理学に関する理論)。また、個人は環境から与えられるままに適応しているわけではない。環境に対する能動的な働きかけは、安全、信頼、自己あるいは他者への尊重、コントロール、そして人との親密な関係の維持など基本的な

心理的ニードに基づいているのである（社会学習理論）。心的外傷体験は、このような心理的ニードを脅かすと同時に、あらたな安全感、信頼感、自己概念、そして対人関係を形成するきっかけになると考えられる。

以上のように、この理論は、心的外傷体験をめぐる一連のコーピングプロセスをホリスティックな視点から理解するために、多くの知識を導入しているのである。

#### 4. CSDT と実証的研究

CSDT に基づく代理性心的外傷の実証的研究は数に限りがあり、CSDT の妥当性について十分に検討されているとは言い難い。CSDT 及び代理性心的外傷の概念は、近年になって発表されたため、CSDT の理論的發展は今後の実証的研究に委ねなければならない。ここでは、貴重な二つの実証的研究をレビューする。

まず、Shauben & Frazier (1994) は、118名の女性臨床心理士と30名の性的被害者専門のカウンセラーを対象に代理性心的外傷に関する調査を実施した。この調査では、性的暴力被害者のケースロードと援助者に見られる代理性心的外傷に有意な相関関係があり、性的暴力のケースを多く担当する援助者は、代理性心的外傷を受ける可能性が高いという結果が得られている。コーピングのスタイルとの相関関係も調査し、スーパーバイザーに相談したり、カウンセリングを受けるなどの積極的なコーピングを行った援助者は、代理性心的外傷ストレスの影響を最小限に抑制できたことも明らかにした。また、自由記入による質的データから、ケースロードの心理的負担だけではなく、肯定的な影響も存在することが示された。例えば、クライアントが成長していく過程を共有できる喜びなどといった側面である。

Pearlman & MacIan (1995) は、CSDT に基づき、代理性心的外傷ストレスの影響について188名の心的外傷治療に携わる臨床心理士を対象に調査を行った。この調査は、心的外傷を持つ被害者のケースロード、援助者自身の外傷体験の有無、人口動態情報、そしてスーパービジョンのあり方といった独立変数を設定している。そして、従属変数として、心理的問題、PTSD 症状、そして他

の心理的障害を挙げている。心理的問題は、CSDT に示された心理的ニードを彼女ら自身が操作的に定義し、作成した Traumatic Stress Institute Belief Scale (TSI Belief Scale) によって測定されている。また、PTSD は Impact Event Scale (IES)、そして心理的障害は Symptom Checklist-90の改訂版 (SCL-90R) によって評価されている。この調査は、Shauben & Frazier (1994) の調査結果とは対照的に、援助者自身が個人的な外傷体験を持っている場合、心理的ニード、PTSD 症状、そしてメンタルヘルスに否定的な影響を与えているという結果を導き出した。

これらの調査で共通する点は、CSDT の構成概念に基づいて標準化された評価尺度が未完成であるため、CSDT の実証的検証を行っているとは言い難いということである。Shauben & Frazier (1994) の調査に至っては、代理性心的外傷の概念を取り上げてはいるものの、代理性心的外傷を一つの質問項目のみで評価している。これでは、CSDT の枠組みを反映しているとはいえない。また、これらの調査では、CSDT で述べられている社会文化的要因の影響や援助者に見られる長期的な内的変容などに関しては、全く触れられていない。

#### IV. 臨床的見地から見た CSDT

これまで見てきたように、CSDT は、代理性心的外傷ストレスの援助者に与える影響を、認知レベルから社会文化的要因に至る幅広い視野から「理解」することを可能にした。また、個人を広範なコンテキストからとらえ直し、個人を取り巻く環境の影響にも着目している。これは、ソーシャルワーク固有の視点と共通する枠組みを示しているといえる。しかし、実際の現場では、代理性心的外傷ストレスの影響を最小限に食い止め、暖かな共感を伴う援助関係を継続できるように援助者をサポートする具体的な方法が求められている。つまり、「理解」するだけではなく、援助者をサポートする具体的な方法を導き出す「実践理論」が必要なのである。実践理論としての役割を果たすことができなければ、CSDT は単に「ものの見方 “perspective”」にとどまってしまうと考え

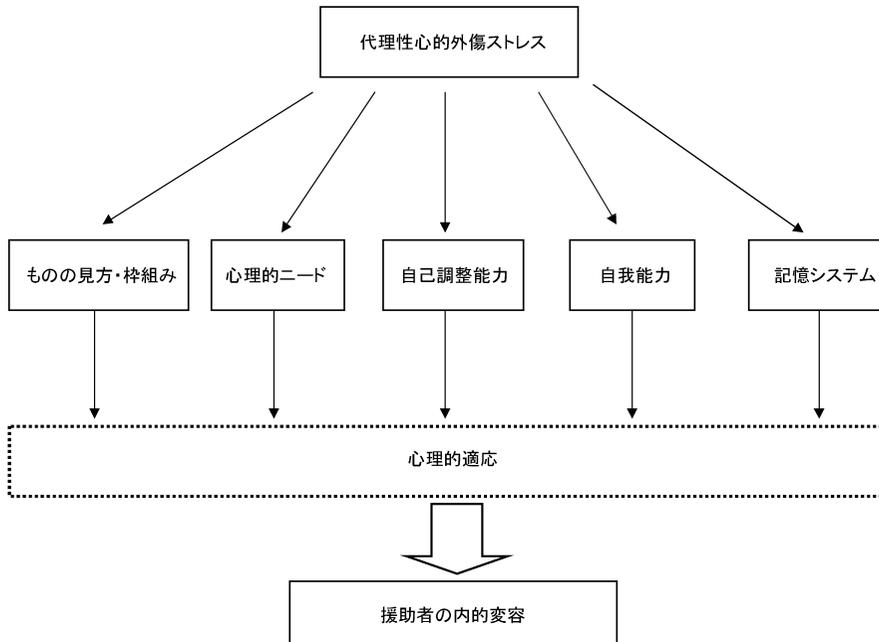


図3 CSDTにおける概念間の関係

られる。

臨床的視点から見ると、CSDTを実践理論として活用するためには、多くの問題を克服しなければならない。ここでは、CSDTの1) 多次元にわたる構成概念間の関係、2) 理論モデルにおける社会文化的要因の位置づけ、3) 広範な理論的視点、そして4) 多次元にわたる知識体系という4点に関する問題を明らかにする。

第一に、CSDTは、多次元にわたる構成概念間のダイナミクスについて言及していない点が問題として挙げられる。この理論は、単に代理性心的外傷ストレスが影響を及ぼすと考えられる領域を導き出したに過ぎない。例えば、この理論で示されている心理的ニードや自己調整能力などに含まれる構成概念間には、因果関係やフィードバックなどのメカニズムが存在すると考えられる。しかし、CSDTは、このメカニズムについては全く触れていない。そのため、この理論は、援助者の代理性心的外傷に対する適応過程を説明するためのシステムティックなモデルには至っていないと考えられる(図3参照)。つまり、代理性心的外傷ストレスを受けた援助者に何が起きており、どのようなコーピングメカニズムが必要な

のか、といった臨床的に重要な側面を示すには及んでいないと判断される。

第二に、社会文化的要因に関する問題が挙げられる。CSDTでは、理論モデルにおける社会文化的要因の位置づけが明確にされていない。この理論は、社会文化的状況を歴史的状況、人口動態に関する特性、そして文化的価値観に分類して説明している。また、社会文化的要因が、代理性心的外傷ストレスの認識や意味付け、あるいは自己概念の変容に影響を及ぼすと仮定している。しかし、社会文化的要因が、どのような形で影響を及ぼすのか、そのインパクトの構造的・機能的側面については全く触れられていない。現在の日本では、心的外傷に関する研究の歴史が浅い。そのため、PTSDの診断基準をはじめ、アメリカで生まれた多くの理論モデルや臨床モデルを導入している。今後は、これらのモデルを日本の社会文化背景に照らし合わせて検証し、実践に生かしていく必要がある。そういった意味で、社会文化的要因が心的外傷及びその適応過程に与える影響について、理論的検討が必要であると判断される。

第三の問題は、CSDTがもつ広範な理論的視点に関する。CSDTは、ミクロな記憶システ

ムからマクロな社会文化的要因までも考慮し、多次的視点から代理性心的外傷ストレスの影響を理解しようとする。しかし、臨床の見地に立つと、**CSDT**は、どの次元の問題を優先的に処遇すべきかという点について、全く説明を加えていない。つまり、この理論に基づく、記憶システムからアイデンティティ、対人関係、そして精神性に至るあらゆる側面について、援助方法と予防方法を検討していかなければならなくなる。これでは、代理性心的外傷を受けた専門家へのサポートを恣意的にさせ、多方面から際限なく方策を検討せざるを得なくなる。言い換えるならば、実際の援助者へのサポートを考える時、効果的な方法を導き出したり選択を可能にする理論モデルには成り得ていないといえる。

最後に、**CSDT**の知識体系についても検討する必要がある。この理論では、認知理論や自己心理学など多くの知識体系を用いることで成り立っている。これは、知識の寄せ集め、いわゆる折衷的な方法に基づいていると判断される。**Fischer** (1991)は、ソーシャルワーク実践において、折衷的な視点は多種多様な問題を処遇していく上で必要であると述べている。しかし、対人援助技術の中で、多くの異なった理論モデルに基づいて、折衷的にアプローチを選択・統合していくことは非常に困難であるといわざるを得ない。**Guba** (1990)も述べているように、折衷の見解は、多くの知識を単に混ぜ合わせているだけで体系だっではおらず、いかなる社会科学の分野においても科学的発展に寄与するとは考えられない。今後**CSDT**は、様々な研究を元に、多岐にわたる知識体系を理論モデルの中にシステムティックな形で統合していく必要があるだろう。

## V. 今後の課題

これまで、代理性心的外傷の概念的特徴、そして**CSDT**の独自性と問題点について検討してきた。心的外傷に携わる援助者は、自らの心理・精神的安定を維持するために、代理性心的外傷ストレスの影響をスーパービジョン及びトレーニングで十分に検討する必要がある。代理性心的外傷ストレスをうまく処理することで、適切な援助関係

を維持することができ、効果的な援助を展開することが可能となる。そういった意味で、今後、代理性心的外傷のメカニズムについて、臨床及び調査の両面から検討し、**CSDT**の理論的一貫性と妥当性を高めるとともに、実践理論として活用できるように発展させていくことが重要となる。最後に、今後求められる**CSDT**を高めるための調査方法について考察したい。

**CSDT**の理論的一貫性及び妥当性を高めるためには、分析的パラダイムに基づいて、数量的調査による実証的検証を進めていくことが考えられる。具体的には、**CSDT**の構成概念の操作化と評価尺度の作成を行い、代理性心的外傷の実態と影響要因を明らかにしていく方法が考えられる。しかし、筆者は、**CSDT**を考える時、このような数量的調査だけではなく、解釈学(Hermeneutics)に調査パラダイムを転換させ、解釈学的アプローチに基づく研究も重視する必要があると考える。

解釈学は、ハイデッガーやハバーマスなどの分析哲学に深く影響を受けて成立した科学的認識論である(Packer & Addison, 1993; Woolfolk et al., 1988)。解釈学は、「科学性に基づく解釈と説明を可能とした科学的パラダイム」と見なされている(Orcutt, 1990: 108)。解釈学では、複雑な事象の相互作用によって生まれた意味や価値を認識し、理解することを重視する。妥当性や客観性は、クライアントや援助者によって語られた言葉そのものを取り上げることにより、維持されると考えられている。解釈学は、援助者とクライアントの相互作用、そして援助者の受ける影響について操作化し、数量的な調査を行うのではなく、語られたそのままの言葉を取り上げ、「探索」しながら、その意味を理解することに調査の焦点を置くべきだと考えるのである(Orcutt, 1990)。つまり、解釈学は、援助関係、援助者の現実感、援助者を取り巻くコンテキストといった側面をすべて包含する形で調査を進めることを可能にした調査パラダイムといえる。そのような手続きによって、理論を検証し、理論的妥当性と一貫性を高めることができると仮定しているのである。

解釈学的アプローチは、二つの理由から**CSDT**の妥当性と理論的一貫性を高める方法として有効

であると考えられる。第一の理由は、分析学的パラダイムに基づく数量的調査に限界があると考えられるためである。基本的に、CSDTの多次元にわたる構成概念を操作的に定義し、数量的な調査を行うことは容易なことではない。例えば、援助者の人生観や精神性などの概念を操作的に定義したり、評価尺度で数量化することは非常に困難である。また、CSDTで述べられている代理性心的外傷が援助者に与える長期的影響については、時系列分析による数量的調査だけではとらえにくい。時系列分析は、2つあるいはそれ以上の時点を設定し、異なった時点における援助者の状態を比較検討することで援助者の内的変容をとらえようとする。しかし、この方法では、援助者の価値観や人間関係などがどのような過程を経て移り変わっていったのかという「変遷過程」そのものを詳細に検証することは困難である。

第二の理由として、解釈学的アプローチの科学性に対する基本的な考え方あるいはものの見方が、先に述べたCSDTの基本的視点あるいは理論的前提と明確に合致する点を挙げることができる。具体的に、解釈学的アプローチでは、科学性を高める調査を行う上で大切な基本的視点を以下の4つの点にまとめている (Gergen, 1985, 1986; Packer & Addison, 1993; Phillips, 1992)。

- 1) 現実、社会が構築したものである
- 2) あらゆる事象はそのコンテキストから切り離して理解することはできない
- 3) 時間の経過、歴史的変化を重要視しなければならない
- 4) 理解および解釈することが調査方法論上、最も大切な側面である

これら解釈学における前提は、CSDTの基本的視点と明確に合致する。先にも記したように、CSDTは、「現実個人や社会が構成したものである」という構築主義に基づいている。また、「社会文化的なコンテキスト」に注目し、代理性心的外傷ストレスの影響を精神症状に限定するのではなく、時間とともに人格や価値観の変容が生じる可能性を示唆している。さらに、CSDTには、心的外傷治療が援助者にもたらす影響をホリス

ティックな視点から「理解」する枠組みとしての大きな価値が存在する。このように、解釈学的アプローチは、CSDTの理論的前提と合致する科学的パラダイムであり、CSDTのモデルを無理な操作化によって歪めることなく、理論的一貫性と妥当性を高めていくことができると考えられる。

方法論として、解釈学的アプローチは、観察法あるいは臨床事例の評価に基づく質的調査が用いられることが多い。ケーススタディ、参与的観察法、援助者へのインタビュー、ケース記録の内容分析などが実際の質的調査法として挙げられている。解釈学的アプローチでは、特に臨床家自身による事例の振り返りと自己評価の必要性を重視している (Orcutt, 1990; Schon, 1983)。臨床家が、クライアントと関わる中で、援助関係や援助プロセスを評価し、理解していく時、臨床家の主観性を排除することは難しい。しかし、解釈学は、この主観性を容認し、臨床家の自己覚知によって様々なバイアスの影響を最小限にすることができると考える。その中で、新たな発見や解釈を生み出していくことが大切であると考えている (Orcutt, 1990)。解釈学では、このような質的な探索方法で得られた新たな発見や解釈をもとに理論モデルの妥当化と改訂を進めることができると考えられている。

このように、代理性心的外傷ストレスの多次元で広範な影響を説明しようとするCSDTの妥当化と改訂を進めていくにあたり、解釈学的パラダイムに基づく調査が必要になると判断される。また、解釈学的アプローチによる質的な調査結果は、CSDTの構成概念の操作的定義と評価尺度を構築するためにも活用することができる。今後、多くの心的外傷に携わる援助者を対象に、分析学的な調査に加えて、解釈学的調査を行うことで、CSDTはより妥当性を兼ね備えた理論的一貫性をもつ実践理論として発展することができると考えられる。

児童虐待、犯罪、そして家庭内暴力などの被害者が増加傾向にある日本では、被害者への心理社会的な援助体制の整備が求められている。しかし、被害者だけではなく、被害者の心的外傷に深く関わる援助者の存在も忘れてはならない。代理

性的外傷の概念と CSDT の理論的枠組みを更に発展させ、心的外傷に関わる援助者への効果的なサポート体制を構築することが必要である。日本の社会文化的背景を考慮に入れた代理性的外傷に関する臨床、そして調査研究を積み重ねていくことが求められる。

### 参考文献

- Beaton, R., & Murphy, S. (1995). Working with people in crisis: Research implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress and disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51–81). New York: Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23.
- Brady, J. L., & Guy, J. D. (1995). Managing your own distress: Lessons from psychotherapists healing themselves. In L. VandeCreek, S. Knapp & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book, Vol. 14* (pp. 293–306). Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange Inc.
- Carbonell, J. L., & Figley, C. R. (1996). When trauma hits home: Personal trauma and the family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22 (1), 53–58.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi holocaust. In J. P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the holocaust to Vietnam* (pp. 219–238). New York: Plenum Press.
- Duckworth, D. H. (1991). Facilitating recovery from disaster-work experiences. *British Journal of Guidance & Counseling*, 19 (1), 13–22.
- Eth, S., & Pynoos, R. (1985). *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Evely, G. S., & Lating, J. M. (Eds.). (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress and disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23.
- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C. R. Figley & H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family: Volume II: Coping with catastrophe* (pp. 3–20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R., & Kleber, R. J. (1995). Beyond the “victim”: Secondary traumatic stress. In R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 75–98). New York, Plenum Press.
- Fischer, J. (1981). The social work revolution. *Social Work*, 26, 199–207.
- Fullerton, C. S., McCarroll, J. E., Ursano, R. J., & Wright, K. M. (1992). Psychological responses of rescue workers: Fire fighters and trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (3), 371–378.
- Gergen, K. J. (1986). Elaborating the constructionist thesis. *American Psychologist*, 41 (4), 481–482.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40 (3), 266–275.
- Guba, E. G. (1990). The alternative paradigm dialog. In E. G. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 1–21). Newbury Park: Sage.
- Harman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., & Larsen, J. A. (1991). *Direct social work practice: Theory and skill (3rd ed.)*. Brooks/Cole.
- Hodgkinson, P. E., & Shepard, M. A. (1994). The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress*, 7 (4), 587–600.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale: Jason Aronson.
- Horowitz, M. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton, & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition* (pp. 235–263). Chichester: Wiley.
- Keeney, B. P., & Ross, J. M. (1985). *Mind in therapy: Constructing systemic family therapies*. New York: Basic Books, Inc.
- Kinzie, J. D. (1994). Countertransference in the treatment of Southeast Asian refugees. In J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the Treatment of PTSD* (pp. 249–262). New York: Guilford Press.
- Kinzie, J. D. (1989). Therapeutic approaches to traumatized Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (1), 75–91.

- Kleber, R. J., & Brom, D. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention, and treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Maslach, C. (1986). Stress, burnout, and workaholicism. In R. R. Kilburg, P. E. Nathan, & R. W. Thoreson (Eds.), *Professionals in distress* (pp. 53–76). Washington DC: American Psychological Association.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in the health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders, & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (227–251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- McCammom, S. W., & Allison, E. J. (1995). Debriefing and treating emergency workers. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress and disorder in those who treat the traumatized* (pp. 115–130). New York: Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1992). Constructivist self development theory as a framework for assessing and treating adult survivors of ritual abuse and other severe childhood traumas. In D. K. Sakheim, & S. E. Devine (Eds.), *Out of darkness: Exploring satanism and ritual abuse* (pp. 185–206). New York: Lexington.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990a). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990b). Vicarious Traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), 131–149.
- McCann, I. L., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *The Counseling Psychology*, 16 (4), 531–594.
- Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new therapist. *Psychotherapy*, 32 (2), 341–347.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1990). *Family therapy: concepts and methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Orcutt, B. (1990). *Science and inquiry in social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Packer, M., & Addison, R. (Eds.). (1989). *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology*. Albany: State University of New York.
- Pearlman, L. A., & MacJan, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26 (6), 558–565.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995a). *Trauma and therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton & Company.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995b). Constructivist self development theory approach to treating therapists with secondary traumatic stress disorder. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress and disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150–177). New York: Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23.
- Perterson, K. C., Prout, M. F., & Schwarz, R. A. (1991). *Post-traumatic stress disorder: A clinician's guide*. New York: Plenum Press.
- Phillip, D. (1992). *The social scientist's bestiary*. Oxford: Pergamon Press.
- Pines, A. M., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burn-out in mental health settings. *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 233–237.
- Rosen, H. (1988). Constructivist-development paradigm. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigm of clinical social work* (pp. 317–355). New York: Brunner/Mazel.
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19 (1), 49–64.
- Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals work in action*. New York: Basic Books, Inc.
- Slatker, E. (1987). *Countertransference*. Northvale: Jason Aronson.
- Stamm, B. H. (Ed.). (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville: Sidran Press.
- Strean, H. S. (1994). *Essentials of psychoanalysis*. New York: Brunner/Mazel.
- Strean, H. S. (1979). *Psychoanalytic theory and so-*

- cial work practice*. New York: The Free Press.
- Stuhlmiller, C. M. (1994). Occupational meanings and coping practices of rescue workers in an earthquake disaster. *Western Journal of Nursing Research*, 16 (39), 268–287.
- Sullivan, H. W. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1994). Empathic Strain and Countertransference. In J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the Treatment of PTSD* (pp. 5–29). New York: Guilford Press.
- Woolfolk, R. L., Sass, L. A., & Messer, S. B. (1988). Introduction to Hermeneutics. In S. B. Messer, L. A. Sass, & R. L. Woolfolk (Eds.), *Hermeneutics and psychological theory: Interpretive perspectives on personality, psychotherapy, and psychopathology*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Young-Eisendrath, P. (1988). Mental structures and personal relations: psychodynamic theory in clinical social work. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigm of clinical social work* (pp. 43–73). New York: Brunner/Mazel.

## Vicarious Traumatic Stress in Clinical Social Work: Psychological and Transformational Effects of Trauma Work on Practitioners

### ABSTRACT

The purpose of this article is to discuss the concept of vicarious traumatic stress and its psychological as well as transformational effects on clinical workers, who are constantly interrelating with traumatized clients. To accomplish this purpose, this paper focuses on the Constructivist Self-Development Theory (CSDT), the theoretical framework of the vicarious traumatization effects, and critically examines its theoretical coherence.

First, this paper reviews the previous conceptualizations regarding the psychological effects of clinical work on practitioners. These are: 1) countertransference, 2) burnout, and 3) secondary traumatization. The concept of vicarious traumatization is closely reviewed through contrasting with these conceptualizations. Secondly, the CSDT is introduced by means of focusing on its theoretical assumption, scope and framework, body of knowledge, and previous empirical studies. Thirdly, several theoretical as well as practical issues in CSDT are analyzed from clinical perspective. Finally, the applicability of the hermeneutic approach to the empirical studies of CSDT is discussed.

**Key words:** Vicarious traumatic stress, Constructivist Self-Development Theory, Hermeneutic approach