

ジャー法 (prolonged exposure; PE) がある。PE は、認知行動療法の一つであり、PTSD の治療法としての優れた効果が実証されている²¹⁾。PD と PE は、トラウマ記憶の想起や教育段階を重視する点では、非常に類似している。しかし、実際の効果は対照的である。

PD は一回限りの面接を、集団に対して、災害後数日以内に行うが、PE は一対一の面接を、標準的には10回前後行う。また、PD は情動喚起に対する対処を十分に行わないが、PE は不安が軽減するまでトラウマ記憶への直面化を継続させる。対象者の選択について、PD は体験直後の被災者全員を対象とするが、PE はストレス反応の著しい被災者 (通常は PTSD 患者) のみを対象とする。

PD と PE には、援助形態 (個別か集団か)、面接回数、介入時期、情動の処理への配慮、対象者の属性などの違いが認められる。特に、PD では、外傷的記憶へのイメージ曝露が、一回限りの面接で促される。この手続きは、不適切な過覚醒と感覚の鋭敏化をもたらし、リマインダーに対する回避条件づけ、あるいは、ネガティブな認知を構築する体験として機能する可能性がある。また、一般被災者への心理教育が問題となる可能性もある。PD が対象とする被災者の多くは、数ヶ月以内には、ストレス反応を自然寛解させる。その一方で、症状に対するネガティブな認知は、PTSD の危険因子となる。場合によっては、心理教育が、症状の正常化ではなく病理化をもたらすことがあるのかもしれない¹⁴⁾。

なお、PE は、急性期介入としての効果が実証されるものの、一般的には PTSD の二次予防に適した介入法である²⁰⁾。急性期介入は特に慎重に行われるものである。外傷的体験の後1、2週間以内に施行された成功例もあるが^{8) 22)}、過度の覚醒を引き起こす危険がある。そして、過覚醒が極端になると、PE の効果が妨げられてしまう³⁰⁾。実際、急性ストレス障害の治療では、脱落者が20%に上ったという報告もある¹⁰⁾。PE は災害直後の危機介入には適さないかもしれない⁴⁰⁾。急性期には、PD や PE 以外の介入法を検討する必要があるだろう。

3. 心理的応急処置と回復力の向上

急性期介入には慎重さが求められる。そうになると、必要不可欠な精神科処置を例外として、災害直後の数週間には何ができるのだろうか? 一般原則と

して、災害時の急性期介入は、どの人にも害を及ぼさないようにすべきである⁴⁴⁾。何よりもまず、身体的な健康、身の安全、避難所の確保や重要な経済的問題の解決を優先するのがよい。米国の国立 PTSD センターの指摘通り³⁸⁾、災害から数週間以内に心理療法を被災者一律に適用するのは望ましくない。むしろ、急性期の心理療法は、PTSD の発症をうながす危険がある。まずは、心理的な問題を扱う対処よりも、安全計画や危機の収集を優先すべきである⁴⁶⁾。

表1 心理的応急措置：
災害1ヶ月以内の要援護者への対応

- | |
|---------------------------|
| ① 身体の具合を確かめ、体調を整えさせる |
| ② 身体的な安全を確保する |
| ③ 現実的な問題の解決を助ける |
| ④ 安心できる身近な人たちとのつながりを確保させる |
| ⑤ 愛着関係のある人たちとの連絡を取らせる |
| ⑥ トラウマ反応の正常化を促す心理教育を行う |
| ⑦ 現実の生活設計を助ける |

注) Padesky et al.(2001)をもとに作成

さらに、急性期介入の代替案としては、被災者の自然な回復を促す心理的応急措置が (psychological first aid) 推奨される³⁸⁾。心理的応急措置は、支持的で非侵襲的な介入法のことであり、PTSD に限らず、災害ストレス全般の軽減を目指す対処法である。米国の認知療法協会 (Academy of Cognitive Therapy) では、2001年9月11日に勃発したニューヨークのテロ事件を受けて、PTSD 全般の予防と治療に関するガイドラインを公表した。Padesky et al.⁴³⁾ は、援助者が行うべき心理的応急処置として、7つの項目を具体的に提言している (表1参照)。

各項目は前述した PTSD 発症の危険因子にもある程度対応した内容となっている。①と②には、被災者を対象としたケガの手当や食料の支給、安眠の支援、痛みへの対処、マッサージなどが含まれている。身体面のケアはもちろんのこと、非侵襲的な対処法として、漸進的筋弛緩法や呼吸法などが利用できる。急性期介入では、不安管理やストレス・マネジメントの方法を用いて、過覚醒に対処することができる³⁸⁾。

③は、災害時に生じる現実的な障害を手助けするものである。アウトリーチを行う専門家であれば、被災者の子守を世話したり、マスコミ取材の制限を行ったり、申請書類を記入する手助けしたりすることが望まれる。

④と⑤は、被災者がもつ既存の愛着関係を強化するものである。災害はコミュニティの機能低下を同時にもたらすものなので、家族や友人、知人との関わりを支援し、相互扶助と心理的な安定をもたらすことが重要である。特に、近隣や遠方を問わず、愛着のある人との連絡は密に取らせた方がよい。社会的なサポートがあれば、ストレス反応の正常化がうまく促進されるといわれている。

⑥の心理教育では、ストレス反応や症状を異常な徴候ではなく、正常な回復過程であると評価させる¹³⁾。具体的には、PTSDの症状理解のためのパンフレットの配布が考えられる。ただし、症状の教育がPTSDの発症を促す可能性も示されており¹⁴⁾、個人差を無視した一律の対応は、むしろ危険であるかもしれない。心理教育は、病理群の正常化と健常群の病理化を同時にもたらす可能性がある。心理教育は、比較的安易に用いられる介入法であるが、症状のスティグマ化には注意した方がよいだろう。

そして⑦は、被災者の生活再建の援助を行うものである。生活で継続させるべきことは何か？中断すべきことは何か？注意を要する生活課題に優先順位をつけ、その実行を支援することが肝心といわれる。

心理的応急措置は、被災者の自然な回復力を支援する方法である。災害被害に限定して言えば、精神保健の専門家といえども、被災者の生活建て直しを援助することが求められる。厚生労働省の「外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班」では、ごく常識的に、生命、身体、生活へのケアをトラウマ治療に優先させるべきとしている。すなわち、安全、安心、安眠の確保である²⁸⁾。実際のところ、社会的サポートの欠如、疲労、寒さ、飢え、恐怖、不安定、喪失、混乱、状況把握のための情報の不足、自己決定の妨げ、継続的な援助がないことなどが、ストレスの悪化条件⁴⁴⁾として指摘されている。逆に、日常生活の安定、不眠の改善、状況に関する適切な情報提供、充実した社会的サポートなどは、PTSDの悪化を抑制するといわれる。被災者の回復力に焦点を当てた援助を行えば、反応性のうつや不安など、さまざまなストレス反応が解消されるかもしれない。心のサポートを単独で考えるのではなく、環境と心身を包括した援助を行うことが効果的なようである。ただし、この点については実証的な根拠の産出が強く求められている。

まとめと今後の課題

先行研究を概観したところ、PTSDによる個人的・社会的損失は著しく、急性期介入ではPTSDの一次予防が重要課題となることが確認された。しかしながら、特定の具体策を支持する効果研究が不足していることも判明した。既存のPDにはPTSDの予防効果が認められず、PEは二次予防に適した介入法であると考えられた。そして、現時点では、非侵襲的とされる心理的応急措置の予防効果が期待されている。

今後は、国内においても、急性期介入の実証的な臨床研究を進めることが必要である。そのための注意点についてまとめておきたい。まず、急性期の臨床研究には、研究デザイン上の難点が認められる場合が多い。もちろん、災害は突発的なものであり、統制群の設定が難しい、などの研究上の障害が認められる。しかしながら、災害時の介入が援助者の自己満足に終わる危険性を排除する必要がある。方法論上の原則を守りながら、実践的な効果研究を進めることが望ましいといえる^{23) 38)}。

表2 早期介入の効果研究で注意すべき点

- ① ランダム配置
- ② 標準化した介入手続き
- ③ 治療手続きのチェック
- ④ 独立した評定とフォローアップ評定
- ⑤ 標準化された査定法
- ⑥ 評定・介入時期の標準化
- ⑦ 対象者の等質化
- ⑧ 介入効果の継続的な評定
- ⑨ 個人差の評価

注) Foa & Meadow(1997), Litz *et al.*(2002)より抜粋

災害の勃発をあらかじめ想定しながら、災害時の精神保健計画を具体化すること、また、急性期介入の効果研究も計画に組み込むことが肝心である(表2参照)。

介入効果研究や疫学研究を進める際に問題となるのは、標準化された尺度の使用である。日本では、半構造化面接のThe Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)⁴⁾や、PTSDの簡便な症状尺度であるThe Impact of Event Scale-Revised (IES-R)の標準化が行われている³⁾。また、国立精神・神経セ

ンター精神保健研究所成人精神保健部では、PTSDの診断基準を網羅した外傷後ストレス診断尺度 (Post Traumatic Stress Diagnostic Scale; PDS)¹⁹⁾ や、PTSDの危険因子(認知)を測定する外傷後認知尺度 (Posttraumatic Cognition Inventory; PTCI)^{21) 41)} の作成が進められている。実証的な援助を行うためには、PTSDのスクリーニング尺度や危険因子の尺度を事前に準備することが求められる。

そして、災害時の介入で見過ごしてはならないのは、被災者の回復力である。従来の研究では、被災者の健康よりも病理性にばかり目が向けられていた。しかし、数%の被災者がPTSDに罹患する一方で、それ以外の多くの人々は、実際に心身の健康を取り戻している。回復の裏側にはどのような背景が隠されているのだろうか?本研究では、PTSDをうながす危険因子を中心に扱ったが、健康の回復や増進を支えている因子、いわば保護因子にも目を向ける必要がある。例として、Ursano et al.⁵³⁾ は、ストレス免疫効果、すなわちトラウマ体験の克服が将来のトラウマへの耐性づくりにつながることを指摘している。また、社会的サポート、援助サービスの情報、危機や援助行動を説明する情報は、被災者をエンパワメントするリソースとして機能する⁴⁴⁾。健全な被災者の対人関係、経済状況、トラウマに対する反応(認知・感情・行動)、人格特性、遺伝的特性などを探れば、回復をうながす条件が具体的に明らかとなる。回復を阻害されている人々の援助にも役立つ情報が得られるだろう。

最後に、災害時の精神保健計画は、一般の住民や援助者に広く公開されるべきである。欧米では、災害時の精神保健のガイドがインターネット上に無料で公開されている^{43) 44)}。日本でも、内閣府や中央防災会議、国立精神・神経センター精神保健研究所がインターネット上で情報発信をはじめている^{34) 42)}。有事に備えて、実証的証拠に基づく最新の情報をわかりやすく提供することが望ましい。精神保健に関する妥当性の高い情報が広まれば、現場の混乱を最小限に抑えることができるだろう。

本研究では、災害後のPTSDの問題性を確認し、その具体的な一次予防策について検討した。残念なことに、現在の日本では、災害における精神保健計画の準備が立ち後れている。災害後のPTSDの有病率や個人的・社会的コストの算出、日本の状況に適した急性期介入の追求などは、これからの研究課

題といえる。また、PTSDはもちろんのこと、さまざまなストレス反応を考慮した実証的な援助計画を準備することも今後の課題である。批判的な精神に基づきつつ、欧米の知見をうまく取り入れながら、災害大国の風土に見合う急性期介入のあり方を追求していくべきである。

文 献

- 1) Abueg, F.R., Woods, G.W., & Watson, D.S: Disaster Trauma, F.M. Dattilio, & A. Freeman(Eds.), Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention(2nd edition). Guilford, New York, pp. 243-272, 2000.
- 2) American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th edition). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- 3) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al: Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events. The Journal of nervous and mental disease, 190: 175-182, 2001.
- 4) 飛鳥井望・廣幡小百合・加藤寛他: CAPS (PTSD臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. 日本トラウマティック・ストレス学会誌, 1, 47-53, 2003.
- 5) Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., et al: Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. Journal of Clinical Psychiatry, 61(Suppl 5), 60-66, 2001.
- 6) Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., et al: The development of a clinician-administered PTSD scale. Journal of Traumatic Stress, 8, 75-90, 1995.
- 7) Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., et al: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. Archives of General Psychiatry, 55, 626-623, 1998.
- 8) Bryant, R.A., Harvey, A.G., Basten, C., et