

組織上の関係調整が複雑多岐にわたる（国家間、省庁間、3庁混成のチーム内、現地の救援チーム等）。⑤活動への関心が高く、帰国後の報告が所属組織内やマスコミ等で繰り返し求められる。

こうした特殊な状況下において、惨事ストレスのみならず多岐にわたる業務ストレスの実態とメンタルケアについての事例を報告する。

2) 国際緊急援助隊の沿革については以下

の通り

救助チームの編成の特徴としては、警察・消防・海保の3庁から4名ずつで構成された12名の混成小隊が3つからなることである。国際協力という観点からこうした混成チーム編成となっている。このことは、3庁それぞれの災害救助のノウハウを共有することができるというメリットと、やり方の違いを調整しつつチームワークを保つという難しさの両方の側面があると考えられる。

国際緊急援助隊創設の沿革

1982年 国際救急医療チームを創設

1985年 メキシコ地震、コロンビア火山噴火

1987年 「国際緊急援助隊の派遣に関する法律」公布

- ・被災国政府又は国際機関からの要請を受け
- ・救助活動、医療活動、災害応急対策・災害復旧活動
- ・外務省一関係行政機関と協議、活動の調整

国際緊急援助隊(JDR: Japan Disaster Relief Team)

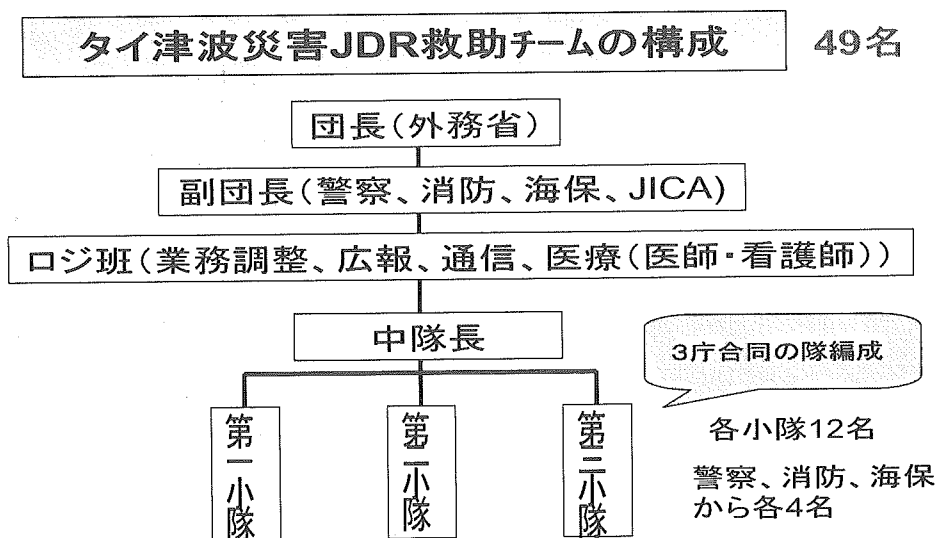
1992年 「同法律一部改正」一自衛隊参加を可能とする

3) 国際緊急援助隊の種類について

国際緊急援助隊の種類

- 1 救助チーム(人命の救出・救助)
警察庁、消防庁、海上保安庁・防衛庁(人員輸送)
- 2 医療チーム(救急医療・防疫)
医師、看護師、薬剤師、防衛庁
- 3 専門家チーム(災害応急対策・災害復旧)
関係省庁の職員等

4) タイ津波災害国際緊急援助隊（JDR）救助チームの構成



5) JDR 救助チーム（海保）の活動実績

JDR救助チーム（海保）の活動実績

| 国名 | 災害種類 | 発生日 | 派遣期間 | 派遣人数 |
|--------|-------|----------|------|------|
| エジプト | ビル崩壊 | 96.10.28 | 8日 | 4人 |
| トルコ | 地震 | 99.8.17 | 8日 | 7人 |
| 台湾 | 地震 | 99.9.21 | 8日 | 13人 |
| アルジェリア | 地震 | 03.5.22 | 8日 | 14人 |
| モロッコ | 地震 | 04.2.24 | 7日 | 5人 |
| タイ | 地震・津波 | 04.12.26 | 11日 | 13人 |
| パキスタン | 地震 | 05.10.8 | 10日 | 13人 |

海保では過去 10 年間で 7 回、のべ 69 人を派遣し、人命救助の実績もある。今回の調査報告は、上記のうち、タイ津波およびパキスタン地震へ派遣された国際緊急援助隊員への海上保安庁におけるメンタルケア活動についてである。

6) 惨事ストレスケアの流れ

惨事ストレスケアの流れ

| | スマトラ沖津波地震 | パキスタン地震 |
|----------------|-----------------|--------------|
| 発生日 | 04.12.26 | 05.10.8 |
| 派遣期間 | 04.12.29～05.1.8 | 05.10.09～18 |
| 個別 ケア期間 | 05.1.14～28 | 11.12～12.11 |
| グループ インタビュー | 05. 2.14 12名 | 05.12.21 12名 |

2つの事案とも災害発生後、翌日～3日後に派遣され、派遣期間は10日～11日間であった。隊員は帰国後、すみやかに解散し、全国の各管区に戻るため、惨事ストレスのケアは派遣された隊員全員を集めたグループで実施することは現実的に難しい。したがって次項で述べるストレスチェックテストを帰国後数日間のうちに実施し、それを参考に個別のケアを実施した。すなわち、派遣された隊員のいる管区へ、惨事対策担当の臨床心理士が出張し、惨事ストレスについての心理教育(30分程度)とストレスチェックテスト結果を踏まえた個別の面接(1時間程度)を行なった。これによって、惨事ストレスの程度をアセスメントし、業務の支障の有無を判断した。これまでのところ、専門医療機関への紹介の必要が認められたケースは発生していない。

グループインタビューとは、帰国から1・2ヶ月後に、国際緊急援助隊に対して国土交通省の大臣表彰ならびに海上保安庁

の長官表彰を受けるために、派遣隊員全員が一堂に会する機会があり、その予定に合わせてグループインタビューを設定した。時間的にも経過しているため、ストレスケアの目的よりも、表彰を機に、活動を振り返り派遣体験をメンバー全員で共有する機会としている。惨事ストレスの影響が低下していない場合のチェックの場としても有効であると考えられる。

7) 隊員のストレスチェック結果

ストレスチェックにはIES-Rと海保が開発した「海保チェックリスト」を使用している。

結果を上の一覧表の通りである。海保の他の事案、訓練中のヘリの事故等でのストレスチェック値に比較すれば、平均値ではそれほど高くはない。しかし、災害救助活動の体験内容から、隊員によっては、高い値を示すケースもあり、個別のケアの効果もあると考えられる。

ストレスチェック値

| 事案 | 海保チェックリスト 11点満点 3・4点要注意 5点以上要ケア | IES-R カットオフ24/25点 | |
|------------------------------------|--|----------------------|--|
| スマトラ 帰国1/8 実施1/12～20 | 0～9点 平均1.7点 | 実施せず | |
| パキスタン 帰国10/18 実施 10/21～28 | 0～1点 平均0.1点 | 0～18点 平均4.9点 | 2～11点 平均5点 11/21 5点以上の4人に再度実施 |

8) ストレスの内容

上記の個別ケアとグループインタビューを通してわかった災害救助活動におけるストレス全般について以下に述べる。

①生活変化のストレス

- ・ 気温) 温度差。釧路から派遣された隊員は、マイナス15℃から翌日には40℃の炎天下にさらされた。
- ・ 食事) タイの辛い食事に慣れなかった隊員は、日本から派遣された赤十字の救援隊などから日本食をもらってしのいだ。
- ・ におい・ほこり) 遺体の処理には慣れている隊員も、体験したことのない異臭や瓦礫の山のほこりに悩まされ、それが帰国後も残っている。かび臭いにおいの食べ物を嗅いだとき現場の光景が思い出されて、体が固まった。
- ・ 宿泊環境・安全面の不安) 宿営の場所が、防犯警備安全上から2次災害の危険があるような場所であった。
- ・ 衣服 着替え) 支給された服が1・2着

だったので、派遣活動期間中、ずっと同じ服を着続けた隊員もいた。遺体の収容作業などで、異臭が染み付き、洗濯もしていないので気になった隊員もいた。

- ・ 衛生面) 水の不足、トイレの不備、風呂がなく、洗濯もできない。高温下で遺体に触れたりしており、感染の不安を持った。
- ・ 日本では見たことのない虫に刺されて心配になった。

*体調を崩す人が多かった

約3人に1人が下痢になった。帰国後も1週間続いた人もいた。

②業務中のストレス

- ・ 凄惨な情景: 島全体が腐臭をはなち、さながら地獄絵のようだった。奥尻地震の救助体験のある隊員も「奥尻の百倍はひどかった」と述べている。
- ・ 日常業務との違い: 通常、潜水士は海上、海中の活動中心であり、陸上の活動で勝手が違うことも多かった。

- ・ 多数の遺体を扱う。腐乱臭、異臭に悩まされる。瓦礫の山、埃がものすごかった。
- ・ 子どもと共に家族の遺体捜索：父母弟が犠牲になり、ただ一人生存した少年（中1）と共に、遺体の捜索に出かけた隊員は、これまでにない辛さ切なさを感じた。通常は遺体発見、処理がまずあり、遺族と接することは後からである。今回、遺族とある関係性ができてから遺体を引き出すのは初体験だった。しかも少年は自分の親戚の子に似ていた。同じ作業にあたった3人の隊員はホテルで夜、泣きながら語り合い、癒された。
- ・ 2次災害の恐怖：活動中も余震があり、危険を感じることもあった。
- ・ 長時間の移動：飛行機・ヘリ・トラックとさまざまな交通手段で長時間移動することも苦痛になる。
- ・ 使命のゆらぎ：

人命救助→遺体収容→遺留品探索（スマトラ）

活動場所、大都市でなく山間部村落へ（パキスタン）

- ・ もともと出動依頼が来て出発したのが12月29日。26日の地震発生から72時間（生存可能性のリミット）が経過してからだった。自分たちは緊急救助隊のメンバーだったので、地震が起きた報道をみてすぐ、出動する気持ちになっていた。依頼が来た時点で、なぜもっと早く来なかったのか、というやり場のない無念さがあった。
- ・ 自分たちは人命救助が仕事なのに、日本人の遺体探しになっていた。瓦礫から遺体を引き出して、日本人でないかわかると、「現地の人に任せて、日本人チ

ームは後にさがって」という指示を出した幹部（海保でない）がいた。複雑な気持ちだった。

- ・ 現場も混乱し、情報が少ない、ころころ変わる
- ・ 活動の期間・地域・目的・内容などが不確定
- ・ 3庁合同の組織による差異：インドネシア政府、日本の大使館・外務省・消防庁・警察庁・海上保安庁など、今回の救助チームは、各省庁からの混成チームである。そのため指示・命令系統、意思決定の過程、現場での状況変化に対応した迅速な判断・決定などが、通常の任務の時とは違って、一部に混乱がみられた。活動内容、活動場所、帰国時期などについても揺れていた。
- ・ 現地の人との接触
- ・ 衆人環視の下の作業、マスコミの撮影

③帰国後のストレス

- ・ 体調の不安 感染不安
- ・ 帰国後もしばらく異臭が染み付いている感覚
- ・ 周りの同僚への気がね、×自慢話 高揚感
- ・ 代休を取るのも気が引けるが休養気分転換には効果的だった

○帰国後の対応

- ・ 繰り返し引っ張り出される活動報告会はストレスになった。早く忘れたい、忘れかけてきているのに、報告会用の資料を作り、発表する過程で、現場が再現され辛くなった。
- ・ 日本の地元（釧路・高知等）で地震や津波に住民が関心が高い地域では、地元の

メディアの取材が頻繁にあった。TV 出演、新聞への記事掲載など。

- ・ 海保内へも本部、巡視船内など数回の報告会があった。
- ・ 大臣・長官表彰などもあった。現場で満足のいく活動ができたと思えないのに、マスコミや周囲の賞賛とのギャップがかえって心苦しい。

④ストレス減少に役立ったこと

○リーダーシップ

- ・ 今回の海保のリーダーは優れていた。遺体捜索からホテル内の遺留品捜索の活動に切り替わったとき、メンバーのモチベーションはさらに下がったが、遺留品捜索の意義を説き(遺体の発見されない遺族にとってはそれさえも大事な形見である)、モチベーションを再び立て直すことができた。

○組織、仲間

- ・ 今回の海保のチームはチームワークがあった。みな潜水士なので、養成機関の先輩後輩という一体感が強い。辛いことがあっても、本音で話せる関係があった。他の混成チームではなかなかそういえない場合もあったようだ。
- ・ 同じ管区と同じ巡視船から 2 名ずつ派遣され、いつも行動を共にしたのでバディとして話し相手になった。帰国後も同じ体験を持つ仲間が近くにいることは安心感になった。
- ・ 夜は十分休息の時間が取れたので、ホテルの部屋でみんな集まって酒を飲みながら、その日の辛かったことについてシェアリングができた(インフォーマル・デブリーフィング)。これが効果があっ

た。

○ 家族：

- ・ 帰国後の普通の生活感を取り戻すのに、妻子の力は大きかった
- ・ 帰国して家族と過ごす時間が、ふつうに戻る大事な時間。救助活動を話すのではなく、妻と何気ない日常の会話をする、子どもと無心に遊ぶ、そんな活動がよかった。

○ 認知

- ・ 自分のできることを淡々とやり遂げる。それを越えたところで悩んでも仕方がない。そう考えるようにしている。責任範囲、権限、立場などからできることには限界がある。潜水士の先輩から学んだ。

学会発表

廣川進、飛鳥井望：タイ津波およびパキスタン地震へ派遣された国際緊急援助隊員への海上保安庁におけるメンタルケア活動、第5回日本トラウマティック。ストレス学会、神戸、2006年3月11日

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）
分担報告書

職場におけるメンタルヘルス対策の現状と具体的方策に関する研究

主任研究者：兵庫県こころのケアセンター 加藤 寛
分担研究者：兵庫県こころのケアセンター 廣常秀人

（要旨）

外傷後ストレス障害（PTSD）を中心とする外傷関連疾患に関心が向けられ始めていた外傷的出来事を体験した人々への早期介入は続年の課題であり続けてきた。近年、デブリーフィング（psychological debriefing）の有効性に疑義を唱える、もしくは有害性すら指摘する研究報告が相次ぐ一方、認知行動療法（cognitive behavioral therapy）に基づく早期介入の効果研究がなされつつある。

早期介入の根拠となる理論を改めて見直し、認知行動療法に基づく早期介入の有効性について概説を行い、早期介入におけるデブリーフィングと認知行動療法の異同について論じ、早期介入に関する今後の課題について検討を試みた。

【はじめに】

外傷的出来事を体験した人々に対し、その後の外傷性ストレス関連疾患発症の二次予防を図る、あるいはその発症ハイリスク者を早期に同定し介入するという課題は、外傷後ストレス障害 (PTSD) を中心とする外傷関連疾患に関心が向けられて以来、多大な期待を寄せられてきた大きな課題である。近年、デブリーフィングに対する無効性・有害性に関する実証的研究が相次いでいる^{18, 23)}が、本稿では主に認知行動療法を中心として現時点での有効性に関する実証的研究および今後の早期介入の課題について概観する。

【早期介入の根拠】

人が生涯の中で外傷体験に遭遇する確率は高い。Kessler ら¹⁴⁾によれば、男性の 60.7%、女性の 51.2%が生涯に少なくとも 1 回は外傷体験を受けている。また、Resnick ら¹⁷⁾が行った女性を対象にした全米調査では、生涯に 1 回以上の犯罪被害を体験する人は 7 割に上ると報告している。

しかし、これら外傷体験を受けた人全てが PTSD をはじめとする精神障害を発症するわけではない。外傷体験直後、多くの人はさまざまな反応を示すものの、ほとんどの人は体験から 3 ヶ月以内に健康的な適応を果たしており³⁾、約 9 割の人は専門家の介入がなくとも回復する²⁰⁾。9.11 テロの後、多くの人は早期介入を受けなかったが、事件から 1 年後の PTSD 有病率は 10%であった¹²⁾。

つまり、これらが示すことは、トラウマ体験をしたすべての人に対して必ずしも早期介入が必要という訳ではなく、後に重

篤もしくは慢性の症状を呈する真のある人 (発症の過程に外傷後要因が何らかの形で関与している可能性は考慮しつつも) を対象にすることも可能ではないかということである。

【認知行動療法に基づく早期介入法】

最近、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) は、PTSD に対するエビデンスのある治療法として、認知されつつある精神 (心理) 療法である^{8, 15)}。CBT には、曝露療法、系統的脱感作、ストレス免疫訓練、認知処理療法、認知療法、自己主張トレーニング、バイオフィードバックとリラクゼーショントレーニングとさまざまな治療テクニックが含まれている¹⁹⁾。

ここ 15 年あまりの間に、主に性暴力の被害者^{10, 16)}、自動車事故の被害者⁴⁾、退役軍人¹³⁾を対象に対照群を用い、無作為割付をした綿密な計画を基に調査が行われてきた。その結果、成人後のトラウマ体験から生じる PTSD 症状とそれに付随する機能不全には、1) 曝露療法、2) ストレス免疫訓練、3) 認知的再構成法が有効であると報告されている⁹⁾。

i) PTSD の症状もしくは PTSD 診断基準を満たす人を対象にした CBT の効果研究

以下に、PTSD 症状をすでに認める人を対象にした CBT の効果研究について概観する。

Foa ら¹¹⁾は、暴行事件の被害者で PTSD 症状を呈する 10 名を対象に、対照群 (n=10) を用いた調査を行った。CBT 群および対照群は 4 週に亘り、週に 1 回、2 時間の個人セッションを受けた。CBT 群の介入は、ト

ラウマ反応についての心理教育、リラクゼーショントレーニング、想像曝露、現実曝露、そして認知的再構成で構成されていた。一方、対照群は、臨床家がアセスメントを繰り返すのみであった。事件から2ヵ月後には、CBT群の方が対照群よりもPTSDの症状数が有意に少なかった。また、5ヵ月後のフォローアップ時には、CBT群の方がうつ症状の数が有意に少なかったものの、PTSD症状については両群に差が見られなかったと報告している。

Ehlersら⁸⁾は、慢性PTSD患者の11%が臨床家によるアセスメントと自己モニターによって症状が緩和された²²⁾という報告を考慮に入れ、2段階の調査を行った。まず、PTSDの診断基準を満たし、中等度から重度の症状を報告する人だけが研究対象として選ばれた。その後、無作為割付が行われる前に、臨床アセスメントが行われ、3週間の自己モニター後に、再度、アセスメントが行われた。そして、PTSDの診断基準を満たした人のみが調査に参加することとなり、外傷体験から約3ヶ月経った時点で、無作為に3つのグループに割り付けられた。グループ1は、CBT群(n=28)、グループ2は、自助群(n=28)、グループ3は、アセスメント群(n=29)であった。介入は、2週間から最高12週間にわたり行われた。その結果、CBT群は、他の2グループよりも介入後、およびフォローアップ時点において、すべての評価尺度で良い点数だった。外傷体験から1年後のアセスメントでも、PTSDの有病率はアセスメント群および自助群は58%だったのに比べ、CBT群は14%であった。

また、Foaらが行った未公開の調査⁸⁾で

もCBTの効果が示されている。この研究は、暴行事件の被害者でPTSD基準を満たす人を対象にしており、事件から2日から46日(平均21日)後に介入が行われた。対象者は無作為に以下の3つのグループに割り振られた: 1) CBT(n=31)、2) 臨床家によるアセスメント(n=30)、3) 支持的カウンセリング(n=29)。各グループは、週に1回、2時間の個人セッションを受けた。その結果、臨床家によるアセスメントを繰り返し受けたグループにもCBT群と同様の改善が見られた。また、支持的カウンセリングを受けたグループとCBT群の間にはPTSDの有病率に差は見られなかった。ただし、介入直後および3ヵ月時点による、自己報告のPTSD症状と全般性不安症状は、CBT群の方が良い傾向にあった。

これらの研究結果は、CBTが他の治療方法と比較した際に、効果が高いことを示唆している。

ii) 急性ストレス障害(ASD)を対象にしたCBTの効果研究

この数年間、上記のようなCBTの変法を用いて、早期介入を試みた研究が多くなされつつある。まず、急性ストレス障害(Acute Stress Disorder: ASD)の診断基準を満たす人を対象に行われたCBTと他の治療方法の効果研究について紹介する。

Bryantら⁴⁾はASDの診断基準を満たす人を対象に、CBTの効果を支持的カウンセリング(Supportive Counselling: SC)との比較において行っている。対象者は、自動車事故の被害者と性的ではない暴力事件の被害者で、無作為にCBT群とSC群にそれぞれ12名ずつ割り付けられた。それぞ

れのグループは、最初の介入を事故から 2 週間以内に受け、週に 1 回、90 分の個人セッションを合計で 5 回受けた。CBT 群が受けた介入は、1) トラウマ反応についての心理教育、2) リラクゼーショントレーニング、3) 認知的再構成、そして 4) 想像曝露と現実曝露で構成されていた。SC 群は、1) トラウマ反応についての心理教育、2) 一般的な問題解決スキルのトレーニングであった。介入の直後、CBT 群は、SC 群よりも侵入症状が大幅に改善された。介入から 6 ヶ月後のフォローアップ時に、PTSD の診断規準を満たしたのは、CBT 群では 20%、SC 群では 67%であった。なお、Bryant ら 6) は、この調査の追試を行った。その結果、介入から半年後、PTSD の診断規準を満たした対象者は、SC 群では 58%だったが、CBT 群は 8%だった。

次に、Bryant ら 5) は、先行研究で用いた CBT の介入方法を 1) 長期曝露、認知療法と不安マネジメント、そして 2) 認知療法を伴う長時間曝露に細分化し、それぞれの効果を測定するために、一般市民 45 名を対象に調査を行った。対象者は、無作為に 1) 長時間曝露、認知療法、不安マネジメント群 (n=19)、2) 認知療法を伴う長時間曝露群 (n=18)、3) 支持的カウンセリング群 (n=18) の 3 グループに割り付けられ、各群 5 回のセッションを受けた。この調査でも、最初の介入は出来事から 2 週間以内に行われた。

半年後、PTSD の診断基準を満たした対象者の割合は、グループ 1 と 2 が約 20%だったのに対し、グループ 3 は 67%であった。また、介入から 4 年後、CBT を受けたグループ 1 と 2 は両群とも治療効果が維持さ

れていた⁶⁾。以上の研究から、CBT は SC より効果があり、同時に治療の効果も続くことが示唆された。

iii) 早期介入の実際—TMR モデル

では、臨床の最前線において CBT はどのような形で早期介入として実践されているのだろうか。ここでは、テロが頻発しているイスラエルにおいて、生存者ならびに遺体取扱者らを対象にして行われている外傷記憶再構成法 (Traumatic Memory Restructuring: TMR) について紹介する。

パレスチナとの紛争が続くイスラエルでは、年間、約 10000 件のテロが起こり、200 名余りの民間人が死亡、大多数の国民がテロ関連の外傷記憶を抱え生活をしている。そのため、CBT のように PTSD を発症する危険を持っている人だけを対象にすると、治療を受けるべき多くの被害者がその機会を失う。そこで、大勢のトラウマ体験を負った人に対して介入を行うために TMR モデルが編み出された⁷⁾。

TMR モデルは、重度および統制不能の急性反応を見せる被害者とストレス関連の障害を発症するリスクを抱える人を対象とする。統合的なマルチモデルアプローチで、外傷出来事から数週間から数ヶ月後に、外傷記憶を身体、情緒、認知のレベルで処理する。このアプローチは、1 名から 8 名のグループを対象に使用することができる。

TMR モデルは 9 つの要因—①ラポールの形成、②資源の見極め、③時間的な継続性の確保、④覚醒レベルの調節、⑤系統立て、⑥ナラティブの修正および変更、⑦臨床家による外傷物語の語り、⑧処理済みの外傷

物語の改作、⑨未来への方向付けで構成されている。

まず、クライアントに対して TMR の原理を説明し、動機付けを高める。過去の対処方法を尋ねながら、外部および内部にどのような資源を持っているのかを見極める。そして、呼吸法やリラクゼーション技法を導入し、クライアントの安定化およびコントロール感を高める。次に、外傷体験の処理、つまり、語りの作業に入る。ここでは、体験の時間的な継続性を強調するために、外傷出来事の前に起こった事柄から話をしてもらい、出来事後に起こった最も衝撃的だったことも「物語」の中に含める。「覚醒レベルの調節」はこのモデルで最も重要な部分で、過覚醒および低覚醒時、あるいはナラティブが行き詰まった際に、特に有益である。臨床家は、外傷体験を語っている際に見せる対象者の身体的な変化に注意を向け、それらの身体感覚を言語化できるように支援する。つまり、感覚を表現する言葉やメタファーを使用しながら、身体感覚の場所に気づき、明確に描写できるようにするのである。そして、それらの感覚と感情が結び付けられるように援助する。

最後に、臨床家がモデル役となり、「あなたの体験をお聞きしていると〇〇のような気持ちになる」と語りながら、どのような感情が湧き上がる可能性があるのかを示す。同時に、彼らの語りにまとまりを持たせるために、バラバラに存在している事柄を論理的に紡ぐ作業を行う。その際、健忘によって生じたブラックホールを埋めるために「何が起こりえたのだろうか？」と問いかけ、ナラティブを修正・変更しながら完成させる。その後、完成した

ナラティブを臨床家がクライアントに語る。この手法は、クライアントのナラティブを臨床家が正確に理解しているかを見極める上で有益である。最後に、「この体験から学んだこと」が今から数ヶ月、あるいは一年後にどんな形で生かされているのかを尋ね、未来への方向付けを行う。

iv) デブリーフィングと認知行動療法

以上のように、デブリーフィング (psychological debriefing: PD) がますます疑問視されつつあるのに対し、トラウマ急性期における CBT の有効性を示唆する研究があい続いて発表されている。果たして PD と CBT にどのような異同があるのだろうか。

Foa ら¹¹⁾や Bryant ら⁴⁾の技法を見ると、その構成要素には PD の構成要素と重なるところも見られるという¹⁵⁾。例えば、症状を減じるのに有効であると報告されている²²⁾ 認知再構成には、両者ともに時間を割いている。また、外傷後ストレス反応や続発症状についての心理教育的側面、コーピング・スキルの伝授なども共通するところである。

一方、差異も多くあり、例えば外傷出来事の想像曝露・回避されている外傷的出来事に関連するものへの現実曝露は CBT で行われたいし、最大の違いは介入のタイミングと介入期間の違いである。例えば、Foa ら¹¹⁾ や Bryant ら⁴⁾ は、外傷的出来事から平均 10 日以上時間が経ってから行っている。また、治療は 4 から 5 週間に亘り、「宿題」が毎日課されている。これらの有効性から逆に 1 回だけの介入では不十分であることを示唆している。

PD に対する批判¹⁵⁾ として、①多くの PD モデルが PTSD の発症条件として「外傷出来事への曝露が必要条件にはなるものの、曝露されたことが必要十分条件ではない」という前半の必要条件のみを前提に考えられているために、外傷体験後の適応に影響を及ぼす可能性がある他のリスク要因の役割を無視している。このリスク要因の研究はまだ初期段階にあり、リスク指標（慢性 PTSD との相関を示す要因）とリスクメカニズムの区別もされていない。その中でリスク因という言葉が多用され、因果関係が不明瞭なままである。②同時に、個人の背景要因を考慮に入れず、「フリーサイズ」の仕様である PD モデルは、回復に大きな役割を果たしている個人資源やサポートネットワークの視点を無視している²⁾。また、③外傷体験後の症状に対して複雑な影響を及ぼす脆弱要因に注意が近年益々向けられていることから、単回の介入だけでは長期の適応に有益な影響をもたらすことは難しい²¹⁾。しかしながら、CBT と PD とには複数の異同が存在するため、CBT の何の要因が単独で、あるいはどの組み合わせによって、治療効果を生むのかは現時点では明らかにされていない。

【今後の課題】

外傷出来事を体験した人に対して早期介入を行うことの重要性は専門家の間でもほぼ合意があると言える。しかし、一体誰がその対象となるべきなのか、どの時点で提供すべきなのか、そして、最も大事な点として、どのような介入を行うかについての合意はまだ得られていない。今後の早期介入の治療（二次予防）研究として、

次のような仮説をまず正確に実証することが前提となろう。1) 外傷記憶を反覆することが常に役に立つのか。介入は早期であればあるほど、良い結果が得られる。最良の介入時期はいつか。2) 外傷出来事後の PTSD 症状は、慢性症状と比べて治療するのが簡単で、短時間で対処できる。3) 誰が専門家による特別な介入を必要とするのか。

今後、CBT による早期加入の実用性および実証性を高めるためにはどのような改善点があるか。第一に、ドロップアウトの問題がある。Bryant ら⁵⁾ の調査では、参加者の 2 割がドロップアウトしただけではなく、これらの対象者は当初、重篤な症状を示していた、と報告している。これは、急性期において曝露療法から利益を得られない被害者が一定数いるということを示しており、臨床家はその旨を心に留めておく必要がある。第二に、誰を対象に早期介入を提供するのか。慢性疾患を抱える恐れのある人を対象にする、という点では異論がなくとも、その対象者をどのような基準で選別するのかは未だ解決を見ていない。ASD 診断がひとつの目安になっていたが、慢性の症状を呈した人には急性期において ASD の基準を満たしていない人もいる。第三に、介入を行う時期と期間である。現時点で把握できる研究では、出来事から平均 10 日後に最初のセッションが行われ、その後、平均 4 から 5 週、最高で 12 週にわたりプログラムが提供されていた。このため、それぞれのプログラムのどの部分が有益であるのかを見極めるまでにはいまだいたっていない。第四に、CBT が有効であるとしても、時間・回数・期間ともに費

用がかかり、特に集団災害の場合、ハイリスク群（慢性 PTSD を発症する群）を同定する方法とともにその経済効率性も今後の課題となるであろう。

【文献】

- 1) Berger, R: Early Interventions with Survivors of Terrorism: The Traumatic Memory Restructuring (TMR) Model. (ed.) Kanfo, D. Living with Terror, Working with Trauma-A Clinician's Handbook. Chapter 12. Jason Aronson, Lamham, 2004
- 2) Bisson JI, Jenkins PL, J Alexander, et al.: Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British J Psychiatry*, 171; 78-81, 1997
- 3) Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R., & Jones-Alexander, J.: One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behav-Res Ther*, 34; 775-786, 1996
- 4) Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., et al.: Sackville, T., & Basten, C. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive behavior therapy and supportive counselling. *J Consult Clin Psychol*, 66; 862-866, 1998
- 5) Bryant RA, Sackville T, Dang ST, et al.: Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*, 156; 1780-1786, 1999
- 6) Bryant, R.A., Moulds, M.L., & Nixon, R.D.V. Cognitive behavior therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behav Res Ther*, 41; 489-494, 2003
- 7) Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, et al.: A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60;1024-1032,2003
- 8) Ehlers A, Clark DM: Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biol Psychiatry*, 53:817-826, 2003
- 9) Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. Treating the trauma of rap: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. Guilford Press; New York, 1998
- 10) Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., & Street, G.P. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consulting and Clin Psychol*, 67; 194-200, 1999
- 11) Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K.J. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of J Consulting and Clin Psychol*, 63; 948-955, 1995

- 12) Galea S, Ahern J, Resnick H, et al.: Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*, 28; 982-987, 2002
- 13) Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., & Zimering, R.T. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behav Ther*, 20; 245-260, 1989
- 14) Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry*, 52; 1048-1060, 1995
- 15) Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, et al.: Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clin Psychol*, 9; 112-134, 2002
- 16) Resick, H.S., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J consult Clin Psychol*, 70; 867-879, 2002
- 17) Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.F., & Best, C. L.: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J consult Clin Psychol*, 61; 984-991, 1993
- 18) Rose S, Bisson J, Wessely S: Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002
- 19) Rothbaum BO, Schwartz AC; Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychoter*, 56;59-75, 2002
- 20) Rothbaum, B., Foa, E., Riggs, D., Murdock, T., & Walsh, W.: A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Traum Stress*, 5; 455-475, 1992
- 21) Shalev AY: Stress management and debriefing : historical concepts and present patterns. In Raphale B, Wilson JP (Eds) , *Psychological Debriefing*, 17-31, Cambridge University Press, 2000
- 22) TARRIER N, PILGRIM H, SOMMERFELD: A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*, 67;13-18,1999
- 23) vanEmmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG; Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis. *Lancet*, 360; 766-771, 2002

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

1. 研究発表

1) 国内

口頭発表

- ・ 廣川進、飛鳥井望：タイ津波およびパキスタン地震へ派遣された国際緊急援助隊員への海上保安庁におけるメンタルケア活動。第5回日本トラウマティック。ストレス学会、神戸、2006
- ・ 藤井千太、加藤寛ほか：風水害後の災害ストレスー平成16年台風23号災害1年後に実施した健康調査の結果からー。第5回日本トラウマティック。ストレス学会、神戸、2006

原著論文による発表

- ・ 廣川 進、飛鳥井 望、岸本淳司. 海上保安官における惨事ストレスならびに惨事ストレスチェックリストの開発. *トラウマティック・ストレス*3(1), 57-65, 2005
- ・ 大澤智子. 二次受傷に関する実証的研究-犯罪被害者を支援する人々を対象にして. *心的トラウマ研究*1, 79-85, 2005
- ・ 廣常秀人、大澤智子、加藤 寛. 外傷的出来事後の認知行動療法を中心とする早期介入による治療および二次予防の有効性. *心的トラウマ研究*1, 87-93, 2005
- ・ 白井明美、木村弓子、小西聖子. 外傷的死別におけるPTSD. *トラウマティック・ストレス*3(2), 181-188, 2005

それ以外（レビュー等）の発表

- ・ 加藤 寛. 日本における災害精神医学の進展;阪神・淡路大震災後の10年間を振り返って. *精神医学* 48(3) : 231-239, 2006