

	<p>精神療法、CBT、IPT) が有効。</p> <p>→【災害と発症】初期から中長期までの幅広いスパンの間に発症する可能性あり。</p> <p>(Sadock, et al., 2006; 大熊、2008)</p> <p>4.✓【双極性障害】:</p> <p>→【治療】薬物療法 (AEDs、抗精神病薬)と心理療法 (精神力動的な精神療法、CBT、IPT) が有効。</p> <p>→【災害】災害後、症状が悪化するという知見がある。</p> <p>(高橋ら、2014)</p> <p>5. ✓【アルコール関連の精神障害】:</p> <p>→【既存の場合】避難先でお酒が手に入らず、離脱症状を呈する。周囲が対応に苦慮し、対人的に問題が生じる。</p> <p>→【災害後の発症】仕事を失い、突然何もすることがなくなり、空き時間に飲酒。中長期にわたると、アルコール依存症になる。アルコール関連の精神障害は自殺と関係があるため、飲酒に関する教育や専門的な介入が必要。</p> <p>→飲酒によって、睡眠の質が下がり、抑うつを患う可能性あり。</p> <p>(Anderson, 1988; Akechi et al., 2006; Lonnqvist et al., 1995; Murphy, et al., 1990; National Institute on Drug Abuse, 1991; Sadock et al., 2006; 高橋ら、2014;)</p> <p>6.✓【統合失調症】:</p> <p>→【治療】薬物療法では、抗精神病薬や抗てんかん薬を使用。統合失調症の前駆症状を呈する人々への早期介入も効果的である。</p> <p>→【災害と統合失調症】災害による環境変化への適応力 (例、社会的孤立による絶望感、自殺念慮) と、薬剤供給停止による症状の悪化 (幻覚妄想の再発など) が災害時の主な問題である。</p> <p>(Breier, et al., 1984)</p>	
2. 精神関連のトリアージ・スクリーニング		

<p>ートリアージの 必要性／トリア ージの項目／精 神科病院での患 者搬送</p>	<p>1.✓トリアージの必要性： →日本の環境を考慮した、精神状態を評価するトリアージ法は少ない。 →精神医学を専門としない支援者も、ハイリスク群をトリアージできることが望ましい。</p> <p>2.✓トリアージの項目： →著者は、被災者における精神面のチェック項目を想定・作成した(頁 81)。ただ、自傷障害、自殺念慮、強いパニックを呈している被災者においては、すぐに専門機関に相談すべきだと推奨している (PsySTART, 2014)。</p> <p>3.✓精神科病院での患者搬送： →身体的トリアージを行い、赤タグ→黄タグ→緑タグの順に搬送。同時に、被災者の心理的症状または精神疾患の程度を評価し、総合的に優先搬送順位を決めることが求められる(日本集団災害医学会、2012)。</p>	<p>1.✓Op. 2.✓Ev. 3.✓Ev.</p>
<p>7)「PTSD」 をどのように扱 うか</p>	<p>1.✓【PTSD の位置づけ】災害に起因する心理的反応や精神的症状は、PTSD のみではなく、様々なものがある(引きこもりなど)。したがって、精神保健医療関係者は、PTSD という特定の診断だけにとらわれずに、災害時に起こりうる多彩な心理変化を考慮し、その場のニーズに応じた幅広い支援活動を行うべきである。</p> <p>2.✓【トラウマと PTSD への対応におけるべきこと】被災者の安全、安心、安眠を早急に確保するために「通常の援助活動を入念に行う」こと(頁 14)。災害弱者のケアや、生活の雑事から生じる負担の軽減、付属のチェックリスト(頁 24)を用いたスクリーニング、支援のネットワークの強化および被災者との良好関係を築く、などといった具体的な対処法が提案されている。</p> <p>3.✓【トラウマと PTSD への対応におけるべきでないこと】被災直後にトラウマ体験の詳細や、感情を聞き出すことを含めた心理的デブリーフィング。</p>	<p>1.✓Op. 2.✓Op. 3.✓Op.</p>
<p>重篤な精神疾患</p>		
<p>1. 重篤な精神疾患から被災後代償不全へどのような経路をたどるのか</p>	<p>1.✓SMI(統合失調症など)をもつ人たちは、災害後に、症状が悪化したり、脆弱性が增大したり、代償不全になったりする危険性がある。その原因として、医薬品へのアクセシビリティの低下、精神科医療の中断、心理社会的支援の喪失が挙げられている (Stough, 2009; Tseng et al., 2010)。</p>	<p>1.✓Ev.</p>

2.災害後の新たな診断	1.✓災害後に発症する精神疾患として最もよくみられるのは、PTSD と大うつ病性障害である。しかしながら、PTSD の一部の症状が他の SMI の症状（うつ病や統合失調症の陰性症状など）と似ているため、過小評価されている(Cusack et al., 2007; Jane-Llopis & Matytsina, 2006; Mueser et al., 1998; Pandya & Weiden, 2001; Teplin et al., 2005)。	1.✓Ev.
3. システム介入	1.✓SMI を有する人々は一般集団よりも、災害への備えが不十分である (Eiseman et al., 2009)。 2.✓災害後、患者が継続したケアを受けられるように、精神科医は、(a) 避難所の確保、(b) 精神科クリニックの設置、(c) 治療や心理社会的支援へのアクセシビリティの向上など、様々なアプローチをとる必要がある (National Council on Disability, 2006)。	1.✓Ev. 2.✓Ev.
4.個人の評価および治療	1.✓SMI を有する人々を評価する際に、精神科医は患者に、過去に経験したトラウマの詳細と、薬を所持しているかについてを尋ねることが推奨されている (National Council on Disability, 2006)。 2.✓SMI を有する人々の ptsd 治療に関するいくつかの研究は、暴露療法、呼吸法、認知再構成などの CBT 技法をこの集団に適応されうることを示唆している(Frueh et al., 2009; Mueser et al., 2008; Rosenberg et al., 2001)。これらを実施するうえでの留意点には、①信頼とラポールの構築すること、②暴露段階に進む前に安全を確保すること、また③知的障害を持つ患者に対して CBT の有効性が保たれるのかを再確認することなどが含まれる (Frueh et al., 2006)。	1.✓Ev. 2.✓Ev.
精神薬理学—急性期—		
1. 薬理療法学: 急性期の災害現場での介入のゴールと考察事項	✓急性期災害現場においては精神薬理的介入のための証拠の不在という難問がある。災害急性期のケアでは治療に対象は特定の症候群や障害ではなく、特定の症状である。多くみられる症状を頻繁度の高い順に列挙すると不眠、不安、パニック発作、激越、うつ状態の再発、既存の精神疾患の悪化、薬物乱用ならびに依存の再発である。 ✓介入のゴール: 被災者の安全を確保し、症状の負担の軽減、不安と苦痛を減らし、機能を改善すること。 ✓介入の基盤: 急性期災害現場におけるエビデンスの非常な制限により、ターゲットとなる症状の改善を目指し、薬物は通常短期間のみ処方される、また、処方迅速かつ柔軟に行われる。慢性	✓Op. ✓Op. ✓Ev. ✓Ev.

	<p>的な PTSD を発症しやすい人たちに対して介入が有効な災害からの時間枠「ゴールドエンアワー」がトラウマ直後に存在することが示唆されており (Shalev, 2009)、また、急性ストレス障害に対する標準的治療はアメリカ食品医薬品局の認可薬がないことから、抗不安薬、鎮静薬、抗精神病薬を「適応外」処方することが通常である。急性期環境での処方 は 救 援 者 と 被 災 者 が 再 度 面 会 す る こ と が な く、ま た、被 災 に よ り 喪 失 し た 薬 の 服 用 を 継 続 あ る い は 再 開 す る 目 的 が な い の で あ れ ば、数 日 分 の 薬 の 処 方 に と ど ま る べ き で あ る。ま た、救 援 者 は 精 神 薬 使 用 の リ ス ク と 利 益 な ら び に 支 援 継 続 計 画 に つ い て コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン を し、そ の 内 容 を 記 録 す べ き で あ る。</p> <p>✓ 介入のタイプ：トラウマ的出来事後の数時間の間、臨床のゴールは患者の恐怖低減とニューロンのインプリンティングを減らすことであるが、災害時環境においては多くの難題がある。まず、災害時の薬物療法については災害時の RCT(無作為化比較実験)に基づく研究結果が稀なことから適切な臨床にむけての証拠獲得が難しい。また、災害がどの位の割合で精神疾患発症に関与しているのかは明らかでない(Katz et al. 2002, Kessler et al. 2005)。どのような症状が PTSD の前兆になるかという議論においても主張は様々である。よって、精神科医は被災者の精神状態の急変に用心し、見当識を常に評価し、乖離症状を観察し、集束的な病歴を準備すべきである。対象の災害に特有な医学的出来事を把握するためのスクリーニング、頭部負傷や発作の既往、外傷に至った過程と薬物アレルギーの見直しもそれに含む(Stevens et al. 2010)。</p>	
<p>2. 急性期精神薬理学的介入</p>	<p>✓ 不安に対するベンゾジアゼピン：ベンゾジアゼピン投与は災害直後の場では、極度の覚醒、不眠、コントロールできない不安という急性症状に対して安全、効果的で有用であるとみなせる (Mellman et al.1998, McGhee et al. 2009)。これらの急性症状はベンゾジアゼピン投与そのものより大きな PTSD 発症のリスク因子であると考えられる(Simon and Gorman 2004)。ベンゾジアゼピンで薬物相互作用の潜在的危険があるものには中枢神経系(CNS)の鎮静リスクを増やすような薬物や物質があるので、ベンゾジアゼピン処方前に完全な臨床歴を聞きたくうえで禁忌症(外傷性能損傷を含む) のスクリーニングが必須である。患者は投与のリスクと利益、副作用を認識し、ならびに耐性、依存、中毒の潜在的可能性について強く警告されなければならない。</p> <p>✓ 睡眠のための非ベンゾジアゼピン：不眠の短期治療薬の補助剤</p>	<p>✓ Ev. ✓ Ev. ✓ Op. ✓ Ev.</p>

として広範囲に使用されている(FDA)が、急性ストレス障害あるいは心的外傷後ストレス患者の睡眠障害に対して使用された薬物についての大規模な報告はない。ベンゾジアゼピンに比べて、非ベンゾジアゼピン系の化合物は朝の鎮静作用や認知の損傷の点で副作用が少なく、(Lavie 2001)、14日間の処方適切と考えられている。脈拍増加がPTSDの前兆とみなされているので(Zatzick et al. 2005) 処方の際、脈拍数、血圧、呼吸検査は必須であり、頭部挫傷やせん妄がみられれば集中的な神経検査が必要である。

✓不安および急性トラウマティックスに対する抗うつ薬：急性現場では長期使用を意図した抗うつ薬を含む薬物治療を開始することは通常適切でないが、PTSDの病歴がある、既存の不安障害がある、大うつ病の再発リスクの高いなど、一部の高リスクの患者に対して災害精神科医はSSRIを処方する(Ursano et al. 2004)ことを含む選択肢を常に考慮すべきだ。適切な継続管理の提供と、躁転とSSRI服用開始後の稀な合併症である自殺念慮の発生の発見のため、患者のモニターが奨励される。

✓心的外傷後ストレス障害に関係した悪夢に対するプロゾシン：成人で研究されているプロゾシン剤がPTSDが一部引き起こす α アドレナリンの活性を遮断、悪夢を含めた覚醒を減らすことが事実になっている。クロスオーバーデザインの13人の患者が参加したプラセボ対照実験を含むいくつかの研究が、プラシゾンハ悪夢の削減と睡眠の増加の両方で効果をしめしている(Fraleigh et al. 2009; Taylor et al. 2008)。

✓アジテーションと極度の不安に対する抗精神病薬：アジテーションと不安に対する非定型抗精神病薬の適応外使用処方は確固たるエビデンス基盤がないにもかかわらず増加している。急性期災害現場では極度のアジテーション、精神疾患、軽躁病のある人やベンゾジアゼピンが禁忌と考えられる被災者に抗精神病薬は確保されるべきである。急性ジストニアや錐体外路反応等の重大な副作用の可能性があるが、躁病の予防や慢性統合失調症の再発や悪化防止のため抗精神病薬投与を再開することは、重度の精神疾患患者に対して合理的措置である。

✓不安と心的外傷後ストレス障害の予防のためのプロプラノロール： β アドレナリン遮断薬は後続のPTSD症状を減らすと動物実験より示唆されており、トラウマ的出来事へのアドレナリン反応阻害が起こればその恐怖反応の記憶への長期定着を防げるだろうという理論がある。プロプラノロール治療は一か月の時点

	<p>で PTSD 臨床診断面接尺度の変更をみなかったが、トラウマから3か月後スクリプトによるトラウマイメージへの生理的反応の減少させた(Pitman et al. 2002)。一方、プロプラノロールもガバペンチンもトラウマの外傷発生後48時間以内に投与された場合、PTSDの症状を低減しないことが発見された(Stein et al. 2007)。ベンゾジアゼピンが禁忌になっている被災者にとり、PTSD 予防は見込めなずともプロプラノロールがパニック症状を緩和する即効性があるとみられる(Benedek et al. 2009)。</p>	
3. 深刻な医学的トラウマに対する薬物治療からの心的外傷後症状	<p>✓軍事精神医学において蓄積された重要な教訓に、災害精神科医が学ぶところは多い。急性期の医療現場で使用される薬とその精神医学的影響を知っておくことは重要である。静脈内注射液、エピネフリン、リドカイン、アトロピン、鎮痛剤、ニトログリセリン、モルヒネなどが甚大な精神医学的影響や自律神経への影響があると注目され(Rundell 2000)、これらは重大な精神障害を模倣する可能性を有する。よって、精神科医は現場においてはコンサルテーション、リエゾン担当の同僚と密にコミュニケーションをとり、適切な病状管理のため優れたリソースを入手すべきである(Caplan et al. 2010; Wise and Rundell 2004)。</p>	✓Ev.
4. 急性期災害現場でのせん妄	<p>✓せん妄は火傷患者、手術後の患者、深刻な負傷をした人、科学的・生物学的な毒素に暴露された人等、急性期のトラウマ患者によく現れる。</p> <p>✓アジテーションや混乱への処置としてベンゾジアゼピンを与えると、ますますせん妄を起こす恐れがあると現場全体で教育・把握されなければならない(Breitbart et al. 1996)。</p> <p>✓ハロペリドールを含む抗精神病薬がせん妄とアジテーションの管理で効果が見込め、その際病状の寛解にため十分な量を処方すべきである。</p>	✓Ev. ✓Op.
精神薬理学—急性期の後の段落—		
1. 急性期後段階での精神医学的評価	<p>✓診断的アセスメント:急性期後段階では診断アセスメントは短期的なリアクションから長期的なものを区別する必要性が特徴。</p> <p>→現病歴:災害中と災害後の患者の経験について「歴史語り」(narrative history)を引き出す。急性期段階ならびに以前の治療について処方された薬物等具体的な情報を集める。災害に関係ならびに無関係な経験も含め、包括的に患者の有する経験を獲得することで、トラウマの主観的経験とならび、トラウマ、外傷の</p>	✓Op. ✓Ev. ✓Ev.

重症性と性質について客観的エビデンスを考察する。

→リジリエンス：標準的な精神医学的面接実施の際、リジリエンスのアセスメントも含めて患者の主観的なトラウマ経験とトラウマの重症度と性質についてより客観的なエビデンスを評価する。

→主要なリスク要因：前5章で列記された精神医学的評価のリスク要因を見直す。リスク因子の神経生物学的研究はゆっくりと進行しており、いくつかの薬物治療の有効度や重要度を近い将来説明するかもしれない。いくつかの遺伝的なリスク因子の研究によると、トラウマ後のPTSDならびにうつ病の発症に遺伝子的要因があることを結論付けている(Kolossa et al. 2010; Caspi et al. 2003, Dimsdale et al. 2009)。

→過去の医学的・精神医学的病歴：過去の医学的、精神医学的な病歴、災害やほかの要因からのトラウマ暴露の「一回量」、災害前の生活での問題ならびに心理社会的支援の得られる可能性をスクリーニングする。可能であれば、患者が過去と現在に経験したトラウマについて医療従事者ら、家族、友人からその歴史を聞く。

→薬物使用の歴史：アルコールと薬物の使用についてスクリーニングをする。災害への暴露は、乱用や依存の前歴のある人々の再発と関連、また、中毒性物質使用量の増加に強い関わりがあることから。

→前駆的症候：ひどく患者を苦しめる記憶、再発の恐怖、生存者としての罪悪感、哲学的・スピリチュアルな疑問、感慨、感情、意味の追求等の研究の増大に呼応する。「部分的」PTSD(Mylle and Maes 2004)のように診断基準を完全に満たさない苦痛・症状の軽減は重要であり、認識、介入、治療に値する。機能損傷の原因になっている前駆的症候は症状基準を満たす障害とともに、この時点で治療されるべきである。

以上に加え、精神状態検査、身体的検査、心理的検査（心理的あるいは神経心理的アセスメント）ならびに臨床検査と放射線での検査（肝機能、甲状腺刺激ホルモン、甲状腺ホルモン（サイロキシン））の実施が推奨される。

✓心的外傷後ストレス障害：短期治療により強いエビデンスがあることを鑑み、薬物減量のタイミングは予想されるPTSDの経過とあらゆる依存疾患により部分的に決定が可能である。全体的にPTSD研究において、PTSDはトラウマ性出来事の直後に始まり、慢性化しがちであり、発症が遅れるようには見受けないと

	<p>示唆されており、また、PTSD の診断基準におけるグループ C（「外傷と関連した刺激の持続的回避と全般的反応性の麻痺」）が、いくつかの症状は含むが全基準を満たすことはない正常な反応とは区別されるものとして、PTSD すべての基準を満たすかどうかの識別子として重要であると示唆される。診断基準グループ C における症状の改善は PTSD からの回復と並行し、グループ C 基準が不在の場合にはグループ B の症状（「外傷的な出来事が再体験され続けている」）とグループ D 基準（「持続的な覚醒亢進症状」）がよく見られて病的ではない反応であることが発見された（North 1999）。この North ら(1999)の研究は PTSD のスクリーニング、診断、治療は被災者への対応のなかで最重要であるべきことを示唆した。加えて、災害後の PTSD との併存疾患も典型的かつ重要であり、発症頻度が高い順に大うつ病、パーソナリティ障害、パニック・全般性不安障害、アルコール乱用・依存が列挙される（North 1999）が、とくにうつ病の罹患率は PTSD の罹患率と類似しており（Breslau et al. 2000）、PTSD とうつ症状を並行してモニターする必要性が強調されている（Green et al. 1990）。PTSD は伝統的に心理療法で治療されるが、薬物治療と心理療法の併用の有効性が支持を獲得しており（Stein et al. 2006; Stoddard 2000）、とくに SSRI が PTSD の薬理療法として最も有益であるとされる（Stoddard 2000; Stoddard and Saxe 2001; Stoddard et al. 2009）が、さらなるエビデンスの構築が必須である。</p> <p>✓大うつ病性障害：大うつ病性障害は災害後に PTSD と同じほどに蔓延すると発見されており（Green et al. 1990）、PTSD と併発している事例が多い（North et al. 1999）。</p>	
2. 急性期後段階での治療	<p>✓薬物療法学：災害後に多発する精神疾患によく使用される薬物治療には抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬、αアドレナリン作動薬、気分安定薬が含まれる。薬物治療のリスク、副作用、利益、予想される治療経過についての情報提供ならびに心理教育は介入の重要部分であり、医療法上必須である。患者は大きく二つのタイプに分かれており、それを考察すると効果的である：①災害前から精神病理があり、気分正常状態の維持・コントロールのため治療や新たな処方計画を有する；②以前からの精神病理はないが、急性ストレスの症状を発症、PTSD、うつ、その他のストレスが契機となったり、煽られることで起こった障害治療を要する。災害後病理の治療を有効に補おう付加的な薬剤を列挙したが（表 1 6・9）、そのうちオピオイド鎮痛薬は後続の PTSD を軽減</p>	<p>✓Ev. ✓Op.</p>

	<p>するエビデンスがある(Brayant et al. 2009; Stoddard et al. in press, 急性期段階の精神薬理学を扱う「15. 精神薬理学—急性期」も参照)。急性期後に治療の進行とともに双極性障害や統合失調症、慢性 PTSD, アルコール乱用(Zatzick et al. 2004a, 2004b)のような重度な疾患を発症・再発した人たちは急性疾患を抱える一般の患者たちから区別されるようになると推測される。患者らの安全が第一であるので、必要時には即刻再評価ならびに入院させるべきである。また、外来治療を続けるための紹介・照会はボランティアである精神科医自らが行うことは不適切である。可能な限り治療が提供されている現場から、適切なプロトコールにのっとり行われるべきである。</p> <p>✓継続管理の計画: 災害支援におけるリソースは地域差が必ずある。精神科医は少なくともわずかなものでやりくりする、という態度と柔軟性を持つべきである。なぜなら、この柔軟性が急性期後段階において災害生存者に対し大いに利益となるからだ。災害生存者の最初の治療同意には継続管理のための訪問をふくむべきである。同意のなかには、患者が過度の副作用なしに良い反応を見せた場合の治療の継続、コンプライアンス、症状が改善しない等の諸々の問題が起きた場合代わりになる治療の選択肢の考慮がもりこまれるべきだ。</p>	
<p>3. 外傷性脳損傷のアセスメントと治療のための特別な考慮事項</p>	<p>✓災害に対応する精神科医は外傷性脳損傷(TBI)のリスクに留意すべきである。これは、アメリカ合衆国退役軍人省・防衛相が2009年に定めたところの脳震盪と軽度のTBI管理のための実践ガイドライン遵守のためである。</p> <p>✓TBIの定義: 外傷によって誘発された構造的な負傷や外部からの力の結果としての脳機能の生理的分断で、出来事の直後に意識の喪失かレベルの低下、負傷直後の出来事の記憶の喪失、負傷時の意識の変化(混乱、見当識の喪失、思考の遅速化)、一過性あるいは一過性でない神経学的欠損(弱化、バランスの喪失、視覚や習慣的行動の変化、不全麻痺・麻痺、感覚の喪失、失語症)、頭蓋内の損傷のうち少なくとも一つが結果として生じるもの(アメリカ合衆国退役軍人省・防衛相 脳震盪と軽度のTBI管理のための実践ガイドライン 2009)</p> <p>✓TBIの身体的、認知的、行動的・感情的な特徴(短期間か数日間継続): 身体的-頭痛、吐き気、嘔吐、めまい、疲労、ぼやけ目、睡眠障害、光あるいは音への過敏症、バランスの問題、一時的な神経学的異常。認知的-注意、集中、記憶、処理速度、判断、実行機能。行動的・感情的-うつ、不安、アジテーション、いら</p>	<p>✓Ev. ✓Ev. ✓Ev. ✓Ev. ✓Ev.</p>

	<p>だちやすさ、衝動性、攻撃性</p> <p>✓TBI の治療における難題:負傷時の混乱や意識のレベルの変容は出来事そのものへの直接的心理的リアクションとして経験される強烈な恐怖、絶望感、混乱、剥離状態からの区別が難しい。また、TBI の兆候の多くが PTSD、うつ、パニック障害、全般性不安障害などの災害後のストレスあるいは精神的困難状態で頻繁にみられる症状に似る。災害現場において神経心理学的検査を実施することは不可能であることから、疑いのある TBI 患者の治療には以下の原則が有用である (U.S.Department of Veterans Affairs/Department of Defense 2009): ①けいれん閾値を下げるかもしれない薬剤を避ける。②大雑把な目安は「少量から始め、ゆっくり進む」である。TBI のある患者は低用量の薬物で反応する、あるいは、より多くの副作用を感じるであろう。③治療反応達成のため全範囲の向精神薬の服用が必要になる可能性があることから、用量を抑えすぎるという過ちを避ける。④衝動的あるいは重大な自殺リスクのある患者には、薬物の供給量を限定することを考慮する。⑤アジテーションやいらだちやすさを引き起こす、あるいは悪化させるカフェイン、ハーブ、栄養補助食品、エネルギー補給製品の使用は最小限にするよう患者に助言する。⑥可能な時は、混乱、認知の遅速化、疲労、眠気を引き起こす薬剤は避けるか、注意して使用する。</p> <p>✓TBI 治療に有効な向精神薬:TBI における向精神薬の有効性についてのデータは不足している。アメリカ合衆国退役軍人省・防衛相は TBI と精神的困難のある患者の治療においては最も経験を有していると推測される。その臨床ガイドラインは以下を推薦している: ①集中力や記憶の問題に対して-SSRI あるいは刺激剤の注意深い使用。②不安に対して-抗不安剤薬あるいは SSRI の短期の注意深い使用。③うつに対して-SSRI ④いらだちやすさ、気分不安定、フラストレーション耐性の低下に対して-抗痙攣薬あるいは SSRI。⑤不安に対して-ゾルピデムやザレプロンのような非ベンゾジアゼピン系催眠剤の注意深い使用。⑥睡眠中の悪夢、暴力的行動、アジテーションに対して-プラゾシン。</p>	
外傷と医学的愁訴のトリアージ		

<p>1. 生物学的またはテロ攻撃後のMUPS</p>	<p>✓「集団パニック」(mass panic)とは、器質的原因が認められないのに無意識的身体症状が訴えられ、興奮、機能の損失・変化といった神経系障害を原因とする疾患兆候・症状が凝集性の高い集団メンバー内で急速に拡散すること (Batholomew & Wessley, 2002)である。</p> <p>✓一方、「緊急対応能力」(surge capacity)とは、集団的な障害(心身症を含む可能性あり)が一挙に増加する事態に救急医療が対応する能力のことである。</p> <p>✓MUPSを呈している被災者に対する精神医学的な急性管理として大事なのは、医療従事者が患者に対して「何の疾病も見られない」と疎遠な態度を取ることを回避すべく、災害精神科医が適切な見立てを伝える援助をすべきことである。</p> <p>✓精神科医とプライマリーケア医が協働し、MUPSを持つ患者に対して本人が感じている苦痛は恥ずかしいことではなく、このタイプの事件・事象は身体的に負担をかけて、大きなストレスの原因になる、という旨を一人のプライマリーケア医が言及し、患者を励ますことが不安抑制と受診希求行動を促す。</p> <p>✓MUPSは精神医学的にも複雑な疾患である。多くの湾岸戦争症候群患者が他覚的所見を認めないという研究結果があり、また、MUPSには前駆する生物社会的因子、契機となる生物社会的因子、症状を持続する生物社会的因子が複雑に影響している(Hunt et al, 2000)という見解がある。事件・事象への暴露による長期的な精神衛生面への影響がMUPS症状の具現に懸念され(Ohbu et al, 1997)、それらの症状を訴える患者の間でPTSD診断率が高いというエビデンスがある(Turker et al, 2007)。</p>	<p>✓Ev. ✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Ev.</p>
<p>2. 身体疾患：身体疾患のある被災者のトリアージと評価</p>	<p>✓研究文献によると、ASDやPTSDなどの精神障害を発症する危険が最も高い患者は、深刻な損傷(e.g.,四肢や機能の喪失、激しい疼痛、熱傷、顔の変形)を持つ者である。また、身体的外傷が重症なほど、精神疾患を患う可能性が高い(Dawydow et al., 2009; van Loey & Van Son, 2003; van Loey et al., 2003; Zatzick et al., 2007)。</p> <p>✓災害後、精神科医による迅速なトリアージと評価が必要。精神科医は、災害前からあらかじめトリアージ法について、他の医療スタッフを教育することが勧められている。遠隔精神医学を用いたconsultationについても一行だけ述べられている(詳しくは、21章を参照)。</p> <p>✓【外傷のタイプ】外傷には、自然災害やテロ攻撃、バイオテロ物質による、多発性外傷や精神神経医学的障害の症状などが含ま</p>	<p>✓Ev. ✓Op. ✓Ev. ✓Ev.</p>

	<p>れる。また、理学療法や強制的な隔離によるストレスを呈する場合もある (Peer et al., 2007; Wain et al., 2006)。</p> <p>✓【身体疾患を有する被災者の精神症状の範囲】 →身体疾患をもつ患者は、入院による自己制御感の消失、プライバシーの喪失、他者への依存など、さまざまな心理的問題を呈するので、精神科医は最善の注意を払う必要がある (Geringer & Stern, 1989)。</p> <p>✓【重要な症状】 →うつ病、不安、ASD、せん妄、不眠、自殺念慮などの重要な症状を特定するために、精神医学的スクリーニングを実施すべき (Roberts et al., 2010; Rundell, 2000)</p> <p>✓【身体外傷を負っている被災者に対する補助的な評価技法】 →負傷者の精神状態を評価する上での留意点は、①患者の意識レベルに注意を払う、②コミュニケーションの方法を確立するの2点である (Marmar et al., 2006; Rundell, 2000)。</p> <p>✓【外傷患者における疼痛のコントロールと PTSD】 →疼痛を抑えるために、モルヒネを使用することは、その後の PTSD 発症のリスクを軽減させるという知見がある (Holbrook, 2010; Stoddard et al., 2002)。</p> <p>✓【熱傷および外傷患者に対して特別に配慮すべき点】 →著者は、外傷患者に対するケアにおいて次のことを推奨している：①精神科医コンサルテーション (Brennan et al., 2010; Stoddard and Saxe, 2001; Stoddard et al., 2006)、②疼痛コントロールより生じる不安やせん妄の治療 (DiMartini et al., 2007, Powers and Santana, 2005)、③社会的技能相互作用訓練 (Lansdown et al., 1997)。</p> <p>✓【病院での精神科医の役割】 →外傷を負った被災者に対して、精神科医はトリアージを第一に行い、必要とあれば、他科と連携し介入を実施する。</p>	
<p>トラウマからの自然回復</p>		
<p>3. トラウマからの自然回復</p>	<p>1. ✓被災者の多くは(約 80%)、たとえ一時的に精神状態が不安定になったとしても自然に回復する。しかし、体験後、半年から 1 年以降において自然回復はほとんど見られない。</p> <p>2. ✓本ガイドラインでは、被災者の回復力を支援するために、以下の 1)自然回復を促進する条件と、2)阻害する要因について考慮すべきと記されている。</p>	<p>1. ✓Op. 2. ✓Op.</p>

1) 自然回復を促進する条件	1.✓自然回復を促進する条件は、(1)現実面での支援 (e.g.,安全の確保)、(2) 一般的サポート(e.g. 情報提供、援助へのアクセシビリティの向上)、(3)心理的ケア(e.g. 心理教育) の3グループに大別される。	1.✓Op.
2) 自然回復を阻害する要因	1.✓自然回復を阻害する要因は、主に、(1)現実的支援の遅れ (e.g. 喪失、避難先での問題)、(2) 災害弱者(e.g., 高齢者、障害者)、(3)社会機能 (e.g. 単身者)、(4)その他 (e.g., 一面的な取材や事情調査) の4つのカテゴリーに分類される。	1.✓Op.

表5 カテゴリー内容整理 (トラウマ対応)

トラウマ対応	要約	Op. / Ev.
トラウマ対応		
外傷性ストレスへの介入		
1. 外傷性ストレス—二つの理論の間	<p>✓「トラウマティック・ストレス」という用語がストレスとトラウマの関連付けを示すように、外傷性ストレスを理解するうえでストレス理論に心理的トラウマ理論を加味する必要がある。</p> <p>✓二つの理論は似て非なる。ストレス理論は本質的にホメオスタシス法則を基盤とし、ストレス要因と防御している宿主との間に変動する相互作用を仮定。対して、トラウマ理論は崩壊、ホメオスタシス法則の断絶、生存者に長期にわたるストレスとの対決という結果を説く。</p> <p>✓トラウマ直後の急性期は両方の見解を必要とすることから、ストレス対策と PTSD 予防という早期介入の二つのカテゴリーの混同を生じた。演繹的にストレス対策は PTSD の治療法ではなく、真の PTSD 予防はトラウマ体験と早期反応以外の要因に重点をおく可能性をはらんでいる。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>
2. ストレス, ストレス反応, そしてストレス度の高いイベント		

<p>一需要, 反応と資源／一次性, 二次性および三次性のストレス要因／現実と知覚的現実 Perceived Reality／社会的コンテキスト／個人的な背景－以前のトラウマと生き方そして近しい人との絆／制御可能性と予測そして避難／時間経過と回復／早期反応を評価すること－ストレス・マネジメントの展望</p>	<p>1.✓早期介入の実施において、支援者は災害後の需要、資源、反応の相互作用について考慮しなければならない(Norris et al., 2002)</p> <p>2.✓災害後の需要は主に、①一次性的ストレス要因 (e.g. 破壊、負傷)、②二次性ストレス要因 (e.g. 移動、不確実性)、③第三次のストレス要因 (生存者自身の反応；抑うつ、不眠) から生じる。</p> <p>3.✓生存者が同様のトラウマを体験したにもかかわらず (現実)、その状況の見立てが被災者によって異なる場合がある (認知的現実)。災害後の需要・反応・資源に対する認知が、早期介入の有効性やその後の PTSD 発症に関与する可能性があるため、支援者はこの点においても注意を払う必要がある(Ehlers et al., 1995; Lauzarus et al., 1984; Kaniasty et al., 2004; Shalev et al., 1993)。</p> <p>4.✓同じ社会的コンテキスト(e.g., 9.11)を生存者と共有することは、彼らから理解や共感を得る好機となるが、その一方で支援者が現実に圧倒されたり、支援の有効性を低下させるかもしれない(Camp, 1993; Shalev, et al., 2003)。</p> <p>5.✓トラウマの既往、生活状況、周囲との繋がりなどを含む生存者の個人的な背景についても支援者は考慮すべきである。</p> <p>6.✓「激しい、制御不能の、予測不可能なおよび避けられないストレス」、または症状に焦点を置き、トラウマの早期介入を行うべきである (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989)。</p> <p>7.✓生存者の苦痛は時が経つにつれて、徐々に回復していく。回復を遅らせる因子はいくつかあるが (二次性ストレス要因など)、臨床家は回復を妨げている要因を見落としてはならない。</p>	<p>1.✓Ev. 2.✓Op. 3.✓Ev. 4.✓Ev. 5.✓Op. 6.✓Ev. 7.✓Op.</p>
<p>3. ストレスから外傷性ストレスまで</p>	<p></p>	<p></p>

<p>不調和な未知の体験と侵襲的想起/ストレスの間に獲得された記憶/初期の抑うつ反応/トラウマ反応の処理</p>	<p>1.✓1 不条理で、受容しがたく、想像を絶するようなトラウマ性イベント（大規模災害など）は、生存者および目撃者に同様の認知的負荷を与える。このような外傷的出来事は、反復的で侵襲的な記憶を呼び覚ます（Brewin et al., 1996; Galea, 2002; Lindemann, 1994; Nordland, 2004）。</p> <p>2.✓認知はストレスによって変えられ、多くの被災者は惨禍直後の自分の行動に批判的である（e.g.必要なことは行ったか？）。このような自己非難的な態度は、その後の回避行動や侵襲的想起に関与する可能性がある。</p> <p>3.✓トラウマ直後の抑うつ病は PTSD 発症と大いに関係しているため、初期のうつ病は介入の主要な目標の一つである（Shalev et al., 1998）。</p> <p>4.✓侵襲的想起を対処するには、生存者の社会的ネットワークや家族など、その個人にとって良き傾聴者となる者を支援し、自然治療を促進。症状が重篤な場合は、専門的な援助に繋げる。</p>	<p>1.✓Ev. 2.✓Op. 3.✓Ev. 4.✓Op.</p>
<p>4. 早期介入の意味—不安定な目標に対処する安定した戦略</p>	<p>1.✓災害後の介入は、ストレス対策とトラウマ反応の治療の二つを含む。前者の目的は、環境からの圧力の軽減、資源の促進、適応的反応の支援。後者の目的は、不条理なトラウマ体験や喪失の処理。</p> <p>2.✓頁 128 の表 6.1 を用いて、ハイリスク群を判断することができる。ここでは、トラウマ反応が制御不能であり、資源/社会環境が崩壊している破壊的なストレス要因のある者が、その後のストレス障害に関して最も高リスクでいることを表している。</p>	<p>1.✓Op. 2.✓Op.</p>
<p>5. 集団トラウマの最中の臨床家と支援者</p>	<p>✓大規模トラウマの中、臨床医が高度な治療を考えたり提供することができない場合がある。患者一人一人が提示する事例に心からの関心を示し、傾聴する技術、共感、感情の解放と共鳴を求められるが、トラウマ体験は治療者をしばしば圧倒することがあり、また、トラウマの一部は臨床家の直観をその衝撃性により阻害する可能性がある。</p> <p>✓ストレス対処の原則は治療者にも適用される。過剰な需要の下、リソースを必要としているなか、自らのストレス反応ならびに暴露を自身で処理しなければならない。暴露の初期段階に行われる災難を乗り切る緊急性の高い作業をこなすため、自らの情緒反応を制御することも求められる。初期の治療においては、患者との出会いを意義のあるものにする豊かな感情と、生存者が苦しみから離れていられるための、十分な距離が必要である。</p>	<p>✓Op. ✓Op.</p>

6.トラウマ, 治療 そしてその向こう側	<p>✓回復に関する多くの理論が生への欲望が抑圧や不安の後ろに隠されたままであるという考えに基づき、大部分の治療法がポジティブな感情を促進するのではなく、負の側面に焦点をあて、対処している。</p> <p>✓生への欲望が生存者を回復するように動機づけるのであるから、支援者はトラウマを癒すことはすなわち、生存者が希望を取り戻し、トラウマよりも人生をいきることを好むようになることであることを忘れてはならない。</p>	<p>✓Op. ✓Op.</p>
トラウマ体験後の内科・外科患者のための精神医学的介入		
1. トラウマ体験 被害者における 身体的負傷と医 原性ストレス因 子	<p>✓トラウマを体験した負傷者や、その家族にとって、内科・外科治療(e.g., 皮膚移植、入院、薬の副作用、回復の遅延)を受けることは、大きなストレスとなる。よって、精神保健医療専門家は、心理学的後遺症を回避、最小化するために、臨床治療に起因するストレスの影響を考慮する必要がある (Weinstein, 1990)。</p>	<p>✓Ev.</p>
2.トラウマ体験 の影響	<p>✓トラウマ体験は人間のホメオスタシスを崩壊させるほど圧倒的な経験であり、短期および長期の情緒的トラウマ (代表的に急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、感情障害、不安障害、身体表現性障害) を生じる可能性がある。</p> <p>✓受傷した身体部位に対し、制御されない痛みは PTSD に発展する可能性のある強力なストレス因子であり (Schreiber and Galai-Gat, 1993),</p>	<p>✓Op. ✓Ev.</p>
3.入院治療と外傷の意味	<p>✓外傷を知覚することは個人のホメオスタシスの崩壊をもたらすほど圧倒的であり、生命や四肢を失う恐怖、自己コントロール喪失への恐怖、自身の存在の消滅の恐怖は強烈である。</p> <p>✓トラウマ経験の有無にかかわらず患者は自己愛的統合に対する脅威を体験し、無力化、脆弱化、ならびに依存的になり、圧倒的なストレス下におかれる。</p> <p>✓支援者らはやさしさ、思いやり、共感、支持の心を持ち、患者ならびにその家族との同盟関係を構築すべきである。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>

<p>4. 一般身体疾患患者における精神科の役割</p>	<p>✓内科・外科患者における精神医学的・心理学的後遺症に関する評価と治療は精神科コンサルテーションの中心的な役割であるが、もっぱら患者の問題が明らかになってから初めて相談を受けるのが通常である。</p> <p>✓身体治療を受けている患者が心理学的苦痛を示した場合、精神療法、認知行動療法、催眠療法、リラクゼーション療法、薬物療法等が患者の抑うつ、不安の減少または再発防止に有用である (Cottraux, 1993; Covino and Frankel, 1993; Postone, 1998)。また、それにより、在院期間の短縮、外科治療に続く退院準備の改善につながる (Levitan and Kornfeld, 1981; Schindler et al., 1989)。</p> <p>✓精神医学的介入はさらなる情緒的苦痛を予防する助言を提供することにより、主治医チームを支持するものである。</p>	<p>✓Op. ✓Ev. ✓Op.</p>
<p>5. トラウマ体験後の精神科の役割</p>	<p>✓トラウマ体験を負った患者の治療は通常一つ以上のストレス関連症状を一時的に示し (Moragan et al., 2003)、将来 PTSD や他のストレス関連精神障害へ発展する可能性があるにもかかわらず、依然治療は身体的外傷自体に対するものがほとんどである。よって、トラウマ体験被害者に対する精神科コンサルテーションチームの早期介入が必要であり、その役割の具体化並びに拡大が求められる。</p> <p>✓精神科医に診察されることにより生じる差別を避けるため、自分の精神症状を過少に報告する患者も少なくないことから、スティグマ軽減とトラウマ体験患者との治療的同盟関係構築のため、WRAMC の PCLS は「予防医学的精神医学」(Preventative Medical Psychiatry-PMP)を開設した(Wain et al., 2005)。</p>	<p>✓Op. ✓Ev.</p>
<p>6. トラウマ体験患者に対するコンサルテーションリエゾンより PMP の活用</p>	<p>1. ✓PCLS と PMP の違いについて：前者は、身体疾患と精神障害を併発した患者に対して診断と治療を行い、後者は、精神障害と関連がある危機因子を同定し、発症を予防する。また、PCLS は、主治医の指示があつて初めて、コンサルトやスクリーニングを行うことができるが、PMP は、入院時から患者を診断し、外傷治療チームと協働して治療する (Wain, Grammer, & DeBoer, 2005; Wain, Grammer, Stasinos, & Miller, 2002)。</p> <p>2. ✓精神科患者に対するスティグマについて：スティグマを減らすためには、①従来の精神医学的診察法を遠ざけ、外傷医療チームとして患者を診察する、②精神科医に対する疑念や思い込みの更正、③患者とのレポートを構築、④患者の中には、精神的症状よりも、身体的苦痛を訴える者もいるということを認識することが不可欠である(Wain, Grammer, & DeBoer, 2005;</p>	<p>1. ✓Ev. 2. ✓Ev.</p>

	Wain, Grammer, Stasinis, & Miller, 2002)。	
7. 患者記入におけるまとめと実用的な総論	<p>✓内科・外科患者に対する伝統的なデブリーフィング技法が非生産的であることから、TIPPS(Therapeutic intervention and prevention of psychiatric stress disorders)という新アプローチが導入された (Wain et al., 2005)。</p> <p>✓TIPPS は患者との治療的同盟関係の構築に重きを置き、患者が直面するトラウマ体験に対する共感的暴露を含む。その他の重要事項として、患者のパーソナリティ、心理的防御反応、逆転移と転移、事態の正常詩、認知再構成、患者教育、適切な薬物治療、催眠療法、リラクゼーション技法などがあり、患者が持つ生き抜く力の強化をゴールとし、また必須とする。</p>	<p>✓Ev.</p> <p>✓Ev.</p>
8.薬物療法	<p>1.✓身体的外傷による苦痛は、患者にとって強いストレスとなり、様々な心理的問題および精神疾患 (e.g., PTSD、不安、睡眠障害) に発展することがある。また、著しい痛みをもつ患者は、精神医学的介入法に反応しにくいいため、迅速な疼痛コントロールが求められる (Lenehan, 1986; Mohta et al., 2003; Schreiber & Galai-Gat, 1993)</p> <p>2.✓本節では、鎮静剤として①トラゾドン、②クエチアピン、③ゾルデピデムが、うつ関連の不眠症状には、①ミルタザピンが、侵入的想起、過覚醒、回避などの症状には、①SSRI、などが例として記載されている。</p>	<p>1.✓ Ev.</p> <p>2. ✓Op.</p>
9. フォローアップ	1.✓フォローアップは、退院した患者への治療と紹介受診を容易化する。そのためには、患者・精神科医間の治療的同盟 (ラポール) が不可欠である。	1.✓Op.
10.トラウマ体験を負った患者の家族の治療	<p>1.✓患者の家族も心的外傷を負う可能性があるため (Alexander,2002; Brown, 1991; Flannery, 1999; Solursh, 1990)、①トラウマ対処と、②二次的 PTSD 発症の防止を目的とした、医療チームによる介入・治療が必要である(Flannery, 1999)。そういった家族に対する治療には、基本的ニーズの評価 (e.g.,衣食住の有無)、危機的介入、短期支持的カウンセリング、PMP の配置などが含まれる。その他に、似たような経験を持つ家族との食事会やグループ会合に参加するなど様々な活動が援助の例として挙げられている (Flannery, 1999; Harvey, Dixon, & Padberg, 1995;Lenehan, 1986)</p> <p>2.✓上記のような介入戦略は、家族の付加的なストレスを緩和する役目があり、家族と患者の両方がトラウマ体験に適応していくのを援助する。そういった支援を受けた家族は、医療的治療より有効な情緒的サポートを患者に提供することができる</p>	<p>1.✓Ev.</p> <p>2.✓Ev.</p>

	(Brown, 1991; Flannery, 1999)。	
11.トラウマ体験の被害者のケアに当たるスタッフの支援	<p>1.✓被害者支援従事者に対する影響や、彼らが利用可能な資源についての研究は少ない (Robbins, 1991; Salston & Figley, 2003)。</p> <p>2.✓支援従事者のなかには、心理的動揺や精神的混乱を呈する者がいるにもかかわらず、支援を求めたがらなかつたり、自らの恐怖や挫折感について話したがない場合がある。それゆえ、医師や専門家が経験するストレスは見落とされがちである (Collins, 2001; Dyergron, 1989; Taylor, 1983; Wain et al., 2004)。</p> <p>3.✓ケアスタッフへの支援として有益なのは、①ストレスに関する教育および講義の提供、②PMP による訪問、③会合や食事会の開催、⑤休暇、ユーモア、などである。</p>	<p>1.✓Ev.</p> <p>2.✓Ev.</p> <p>3.✓Op.</p>
12.外傷患者のために働くメンタルヘルス担当者のための準備および最小限の必要事項	<p>1.✓外傷患者のために働くメンタルヘルス担当者は、内科・外科アウトカムに有害な影響を与えうる精神医学的問題への対応が第一に求められ、自らの技術を被害者の身体的治療に優先してはならない。</p> <p>2.✓テロや災害現場で活動する精神科医は、内科医・外科医からの信頼を得るために、ATLS および ACLS の認定を取得することが推薦されている (Rundell, 2000)。</p>	<p>1.✓Op.</p> <p>2.✓Ev.</p>
トラウマと人間		
1. 文化と宗教		
—海外での被害者・被災者支援の体験から/子どものトラウマ焦点化認知行動療法の Web サイトにおける文化的配慮	<p>1.✓著者は自らの海外での体験を基に、EMDR などのトラウマ対処法・心理療法は、それらが用いられる国の文化や宗教を考慮し、有効性を再度検討する必要があると提示している。</p>	<p>1.✓Op.</p>
2. 危機と成長		