

項目4: 心理反応+精神疾患	要約	
<p>第5章 精神医学的評価</p> <p>1. 災害による心理的影響</p>	<p>1. 災害による心理的影響は主に、(1) 行動の変化、(2) ストレス反応、認知、身体反応、情緒反応、(3) 精神疾患の3つのグループに分類されるが、多くの症状はこれらのカテゴリーに重複しているため境界線をひくのは難しい(e.g., 不眠、災害後の成績の低下など)。(Goldfrank et al. 2003; Ursano, 2002)</p> <p>2. 「行動の変化」は災害後、様々な人々の行動や生活において認められる変化を含んでいる。(Vlahov et al. 2004, Shimizu et al. 2000)</p> <p>3. 人々は災害を様々な形で体験することになるが、どのような体験に対してもストレス反応は起こりうる。その反応は以上もしくは不適応な反応であることもあれば、そうでないこともある。これらの反応は認知、情動、身体の3つの側面に及ぶ(Disaster Psychiatry Outreach 2008)。</p> <p>4. 特に、異なる文化から入ってきた人の中には、身体表現性障害や演技性人格障害などの障害を抱えていない人でさえ、心よりむしろ体にストレスを感じる人がいるかもしれない(Van Moffaert 1998)</p> <p>5. 災害に対する多くの人々の反応は流動的で変わりやすく、いわゆる「感情のローラーコースター」に乗っているかのような感情の変化をしばしば体験することもある。</p> <p>6. 実際の現場で、行動の変化、ストレス反応、精神疾患の間に境界線を引くことはそう簡単なことではない。</p>	<p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> <p>4. ✓ Ev.</p> <p>5. ✓ Ev.</p> <p>6. ✓ Op.</p>
<p>2. 特殊な問題による心理的影響</p>	<p>1. ✓【自殺】災害と自殺に関する知見が様々で、二つの関係性は明確ではない。(Kessler et al., 2008; Krug et al., 1999; Nishio et al., 2009)</p> <p>2. ✓【暴力】災害直後のコミュニティでは、調和や利他主義が優勢になることが一般的に知られているが暴力に精神医学的に要因が関与していることを示す十分な根拠は示されていない。災害後に社会的要因で暴力が増える可能性が高まるものであるからと言って、精神保健の専門家は、災害後暴力に関するバランスのとれた評価をおこなうことをあきらめるべきではない。(Anastario et al., 2009; Keenan et al., 2004; Van Landingham, 2007; Phua 2008)</p> <p>3. ✓【精神病状態】災害後に精神病状態が起こりやすくなるという知見があるが、二つの関係性について研究論文ではほとんど取り上げられていない。(Katz et al., 2002; Tseng et al., 2010)</p>	<p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p>

3. 精神医学的評価に関わる要因

●精神医学的評価に関わる要因は以下の通りである:

- 1.【被災者との関わり】被災地において、精神科医は短時間面談に取り組んだり、専門家として、または人道的支援に取り組む支援者として、被災者に関わったりすることが求められる。
- 2.【災害後の時間経過】災害による心理社会的影響の評価を進めるうえで最も重要な要因の一つに災害後の時間経過があげられる(Disaster Psychiatry Outreach, 2008, 2009)。精神疾患が顕在化するまでには時間を要する場合が多いため、精神疾患が災害後急性期においてはアセスメントの対象とならないことが多い。また精神疾患の診断には症状が一定期間持続することが必須となことも、その理由にあげられる。(American Psychiatric Association, 2000;)。
- 3.【身体的・心理的・社会的ニーズ】①安全、②身体、③医療、④メンタルヘルスに関する4つニーズを評価する(Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。
- 4.【リスク要因】被災者が心的外傷に起因する精神疾患を葉称するリスクを引き上げる数多くの心理社会的要因が特定されている(Disaster Psychiatric Outreach, 2009; Katz et al., 2002)が臨床評価に組み込まれるだけのエビデンスは得られていない。暴露の程度は、研究者に最も支持されているリスク要因の一つである(Katz et al., 2002)。(Corrigan et al., 2009;
- 5.【レジリエンス】レジリエンスは多くの関心を集めているがその定義は多様である。評価にレジリエンスを含めることによって、被災者に健康的な対処法を提案し、促進することが可能(Goldfrank et al., 2003)。
- 6.【災害の意味】症状や診断の評価する精神医学的アセスメントに加えて、精神科医は被災者個人にとっての災害の意味を探る必要がある (Katz and Nathaniel, 2002; van der Kolk, 1994)。
- 7.【問題への名前付け】診断は、DSM-IVを用いて行われるが、急性ストレス反応の兆候は一過性で適応的であるため、災害後急性期に実施するのは難しい。(American Psychiatric Association, 2000; Disaster Psychiatry Outreach, 2009)Figley & Nash(2007)は、これらの急性ストレス反応を、「ストレス損傷」と命名しており、①心的外傷、②悲嘆、③疲労の三種類が存在すると提示している。しかしこれらを現場で用いることが推奨される段階にはない。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Ev.
4. ✓ Ev.
5. ✓ Ev.
6. ✓ Ev.
7. ✓ Ev.

4. こころの健康調査	1. ✓こころの健康調査は、精神医学的な評価の体制を補うものとなりうる。①より専門的な治療に繋ぐスクリーニングテストとして、②被災地におけるDMHサービスを計画するための需要評価のツールとして、③災害現場に精神保健医療専門家が不足しているかを確認する方法として用いられる (Conner and Davidson, 2003; Connor et al., 2006; Katz et al., 2002)。	1. ✓ Ev.
5. 結論: 3つのW～What, Who, When～	1. ✓精神医学的な評価を実施するうえで、支援者は①What (e.g., 災害の被害はどれくらいか)、②Who (e.g., 精神疾患をがえるか)、③When (e.g., 災害後いつその人と会ったか)、の3つのWを被災者に尋ねることが推奨されている (Disaster Psychiatry Outreach, 2004)。	1. ✓ Ev.
第11章 悲嘆とレジリエンス 1. 喪失と悲嘆 2. 死別と関連のうつ病 3. 複雑性、遷延性悲嘆	✓死別、悲嘆、複雑性悲嘆の定義。(Bonanno, 2004; Zhang et al. 2006; Zisook & Shear, 2009) ✓災害に起因する喪失は極度の反応をもたらす可能性がある。(Love, 2007; Zhang et al., 2006; Zisook & Shear, 2009) ✓「正常」の悲嘆と「異常」の悲嘆を鑑別するのは難しいが介入に関しての一般的な指針がある。(Bonanno 2004,2006) ✓悲嘆の兆候や症状は他の様々な精神障害と重なり合うので、こういった体験が正常範囲であるのか、さらに介入が必要であるのかを決定する必要があるだろう。死別反応の一部は、大うつ病の症状と類似しているため、鑑別することが大事。少数ではあるが、死別を体験した人々が大うつ病を患うという研究論文もあるため、災害後、うつ病が生じる可能性に注意を払うべきである(American Psychiatric Association, 2000; Zisook & Shear, 2009)。 ✓悲嘆の糧が完全に終了するということは一般的にないのだが、より病的な悲嘆反応を示すいくつかの兆候がある。重症で遷延性の悲嘆症状は、臨床的注意を払う必要性が示唆される。(Prigerson et al., 2009; Zhang et al., 2006; Shear et al., 2006) CGD,PGDも正式なDSM診断ではないが災害後数か月間このような状態が疑われたら、精神科医は介入を実施すべきである。 ✓他に、(a) CGD/PGDの症状、(b) comorbidityと他の障害との違い(i.e., PTSDとうつ病)、(c) 治療反応について記されている。(Prigerson et al., 2009; Zhang et al., 2006; Zisook & Shear, 2009, Simon et al., 2008)	1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 1. ✓ Ev. 1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.

4. 悲嘆に暮れている人に話しかけ、耳を傾ける

✓死別への早期介入に関するエビデンスは乏しい。正式な死別カウンセリングは、利益より害をもたらすことを示唆するエビデンスさえある。(Bonanno, 2004)。しかし、CGDなどの重篤な悲嘆反応を持つ人には、少なからずの効果があると記述されている(Currier et al., 2008; Zhang et al., 2006)。
✓死別に対してもっとも有効なのは、その旨について話したいと思っている生存者に共感をもって傾聴する、非公式的な介入法である。(Love, 2007; Rachael et al., 2006; Shear, 2008)。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Ev.

5. 絶望感への対処、実存的な問題、意味の探索、逆転移

1. ✓ 災害後、被災者は、死に対する恐怖感から実存的な疑問を抱いたり、死や破壊を目の当たりにして絶望感に圧倒されたりするかもしれない(C.L. Katz, personal communication, 2010; Lindy & Lindy, 2004)。
2. ✓ 実存的な疑問に答えるのは不可能かもしれないが、自責感、恥辱感、悲哀、絶望感、混乱といった感情的反応に生存者が対処していくことに精神科医は助力する (Walsh, 2007)。
3. ✓ 具体的に、精神科医は、生存者が苦痛な感情を素直に表明したり、それらの感情は悲劇に対する一般的で正常な反応と捉えたりできるように支援する(Raphael et al., 2006; Walsh, 2007)。また、被災者がそれらの悲劇の意味を構築または再構築するのに精神科医が助力するのも有用である(“Meaning Making”と呼ばれる技法)(Armour, 2006; Holland et al., 2006; Rajkumar et al., 2008; Walsh, 2007)
4. ✓ 被災者支援において、精神科医は、①無関心、麻痺などを引き起こす回避(avoidance)や、②燃え尽き、過度の献身をもたらす過度の同一化(overidentification)などの逆転移の反応に気を付けるべきである(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Lindy & Lindy, 2004)。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Ev.
4. ✓ Ev.

6. 悲嘆を評価しそれに対処するうえでの文化的問題

1. ✓ 自分の文化とは異なる被災者に働きかけるには、地域の文化的な意味合いを考慮することが重要。必要ならば、その地域の助言者や霊的な助言者に援助を求めることを含めて、文化の差に敏感な態度が求められる(Bonanno, 2006; Ng, 2005; Rajkumar et al., 2008)。

1. ✓ Ev.

<p>7. レジリエンス</p>	<p>1. ✓レジリエンスの定義 (Bonanno, 2005; Haglund et al., 2007; Shalev and Errena, 2008)。 2. ✓誰が脆弱で、誰が高いレジリエンスを示すかを見定めることによって、とるべきアプローチを決めるうえでの重要な情報を得られる。しかし、臨床的に応用可能なpredictorsがないため、誰がより高いレジリエンスを示すのか予測するのは難しい。(Friedman et al. 2006)</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.</p>
<p>8. レジリエンスに関与していると考えられる生物心理社会的要因</p>	<p>1. ✓レジリエンスに関連している生物学的要因として、多くのホルモンや神経伝達物質(コルチゾール、ドーパミン、エストロゲンなど)が挙げられている(Charney, 2004; Haglund et al., 2007)。また、ストレス免疫理論があり、対処可能なストレスに暴露されると、レジリエンスを促進する神経生物学的な特徴が創造されるのを助けるという。(Haglund et al., 2007)。ストレス免疫理論がどの程度、生物学的機序、心理学的機序に関与しているか決定しがたいがおそらくどちらとも関連しているだろう。 2.3.4.5. ✓レジリエンスに関係している社会心理的要因として、社会的サポート、安定した収入、認知の柔軟性、道徳的規範、積極的対処、楽観的な態度、ユーモア、肯定的な人生観、運動、不燃不屈、自己高揚がある(Bonanno, 2004, 2007; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Southwick, et al., 2005; Haglund et al. 2007)。この他にも、慢性疾患が少ない、テロ攻撃に直接的な影響が少ない、さらなる人生のストレスを認めない、過去のトラウマ経験が少ないなどの要因も関与している(Bonanno et al., 2007) 6. ✓被災者のレジリエンスを促進するために、精神科医は、レジリエンス因子についての教育を施したり、被災者が成功体験や自己制御感を獲得できるように手助けしたり、過去のストレス状況において実際に行った対処法について検討したりするべきであると提示されている(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Shalev et al., 2008; Watson et al., 2006)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Ev 5. ✓ Ev 6. ✓ Ev</p>
<p>第3章 トラウマと喪失とストレス</p>		
<p>1. トラウマとは</p>		

1. トラウマの概念／トラウマの性質・特性

1. ✓ ストレッサー(「トラウマとなる出来事」)に対するトラウマ反応を、「異常な反応」としてではなく、「正常な反応」として、支援者は被災者に理解して貰うことが重要。
2. ✓ 心的外傷(トラウマ)は、強烈な危機的出来事(体験強度)を至近距離で(体験距離)体験した際に生じる(岡田, 1995)。また、それらに対する反応は、出来事の客観的状況(e.g., 震度)と主観的意味付けによって、大きく異なる。
3. ✓ 単純性トラウマ(例: 自然災害)と複雑性トラウマ(例: 虐待)では、トラウマ反応のありようが異なる。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Op.

2. トラウマ体験の症状

1. トラウマの再現性／トラウマ体験とストレス障害, 解離性障害

1. ✓ トラウマ体験の症状は、主に(1)侵入反応(e.g., 悪夢、フラッシュバック)と(2)マヒ反応(e.g., 社会的孤立、疎外感)の二つに大別される。
2. ✓ トラウマ体験後、被災者/被害者は、(1)解離現象、(2)PTSD、(3)DID、(4)過覚醒などを呈する危険性がある。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

3. PTSD

1. はじめに／症状のなりたち／不安に対して／日常臨床のなかで

- ✓ PTSDの症状として、解離(例: 周トラウマ期解離など)侵入症状、フラッシュバック、否定的認知、恥、罪責、怒り、世間からのスティグマ、孤立、引きこもりなどがある。この項では、何故こういった症状が起きるのかを説明している。
- ✓ 不安障害における二次性の不安は不安が果てしなく増大することへの恐れ、自分の無力感などの認知のより悪化し、精神療法で重要なのはこの二次性の不安の鎮痛である。持続エクスポージャーセラピー(prolonged exposure therapy)はPTSDに特化した治療法であり、米国学術会議報告書にその効果が薬物療法を含めたすべての治療法のなかで最も効果があると認識されている。
- ✓ 日常臨床の現場では専門的な治療が困難な場合、より広く患者の生活に目を向けることが必須である。二次的被害、生活サポートの不足、安心・安全・安眠の確保の欠落、症状の不認識、症状すなわち自身の弱さの証明との認識、カフェイン摂取・飲酒等に留意し、患者が安心してさまざまな相談にのれるようにすることは有効である(金, 2007)。また、SSRIも不眠・動悸を鎮静することで有効であることから、多方面の専門家ならびに行政機関の連携が必要である。

✓ Op.
✓ Op.
✓ Ev.

4. 喪失と喪の作業

<p>一喪失 (loss) とは／喪の作業 (mourning work)</p>	<p>1. ✓ 喪失、悲嘆、喪の作業の定義 (Freud, 1917; Harvey, 2002)。 2. ✓ 外傷的出来事に伴う喪失体験には、突然の死別、身体や機能の一部の喪失、心理社会的喪失 (経済的損失や安全性への信頼の喪失) などが含まれる。 3. ✓ 喪失体験から回復までの過程/段階モデル (Bowlby, n.p.)。 4. ✓ 喪の作業とは、喪失によって生じる悲嘆を和らげ、通常的生活に適応していくために安定した心理状態を取り戻していく自然回復過程のことを指す。悲嘆の過程が中断されてしまうと、うつ病や引きこもりなどを患う危険性がある。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Op.</p>
<p>5. 生活ストレス 一事件・事故の被害者の「生活ストレス」／災害の被災者の「生活ストレス」</p>	<p>1. ✓ 災害、事故、事件により、日常のストレスに加重される新たな生活上のストレスを「生活ストレス」と呼ぶ。 2. ✓ 被害者のストレスについて。メディア・スクラムや、転居による経済的問題や環境の変化などがある。 3. ✓ 被災者のストレスについて。主に避難所生活での問題が取り上げられている。例として、プライバシーの欠如、騒音、仮設トイレの不便、食事の不自由などが挙げられている。 4. ✓ しかし、近年では避難所でのプライバシー問題が考慮されつつある。2008年の岩手・宮城内陸地震では、宿舎にて家族ごとに個室を避難所として提供した。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>
<p>6. 二次被害</p>	<p>1. ✓ 被災者・被害者は、災害や事故や事件によって直接被害を受けるだけでなく、加害者、支援者、団体、社会などから二次被害を受けることがある。それらには、(a) マスコミの一方的な取材、(b) 警察の事情聴取、(c) 専門家や支援者の不適切対応、(d) 周囲や社会の被害者への偏見や無知などが含まれる。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>

<p>7. 喪失ステージモデルと二重過程モデル</p>	<p>✓ 喪失ステージモデルにはBowlbyの4段階説、Deekenの悲嘆の12段階プロセス、Kübler-Rossの臨死患者の心理的過程5段階モデルがあるが、統合的モデルとしてStroebeらの(1999,2001) 2重過程モデル(DPM), Neimeyer (1998)の意味の再構成モデル(MRM)がある。 ✓ DPMは喪失志向と回復志向2つのストレスの間を揺れ動きながら経過することを仮定し、MRMは喪失における意味の再構成のプロセスを重視する。段階モデル、統合的モデル双方において今後さらなる研究展開が期待される。</p>	<p>✓ Ev. ✓ Op.</p>
<p>II. 災害時における心理的</p> <p>1. どのような心理的な負荷が生じるのか</p> <p>1) 心的トラウマ</p> <p>2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責</p> <p>3) 社会・生活ストレス</p> <p>2. どのような心理的反応が生じるのか</p> <p>1) 初期(災害後1ヶ月未満)災害直後数日間</p> <p>2) 中長期(災害後1ヶ月以降)</p>	<p>1. 災害体験それ自体による衝撃（災害の体感、被害、目撃）に起因する精神的な症状（過覚醒、フラッシュバック、トラウマ想起など）。</p> <p>1. 喪失による悲哀、悲嘆、罪責、怒り。</p> <p>1. 新しい生活環境（避難所での生活、報道取材など）によるストレス（心身の不調、不眠、苛立ちなど）。</p> <p>1. 災害後初期における被災者の心理的反応： （1）ストレス反応（不安、不眠）、（2）災害の衝撃や治療薬の中断による既往精神障害の悪化、（3）精神疾患の発症・再発（うつ病、不安性障害、パニック、錯乱、躁病、統合失調症）、などが記されている。</p> <p>1. 災害直後における被災者の精神反応は （1）現実的不安型、（2）取り乱し型（例：落ち着きがない、感情的な乱れ）、（3）茫然自失型（例：思考や感情の麻痺）、の3つに分類される。</p> <p>1. 中長期における被災者の心理的問題：一部に心理的不調を慢性化する恐れがある。 2. 中長期における援助者の心理的問題：支援者の中で特にストレスを被る危険性があるのは、(1)支援者自身またはその家族が被災者である者と、(2)遠方から派遣された援助者である。</p>	<p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op.</p>

<p>第4章 主な精神疾患</p> <p>1. 災害と関連する主な精神疾患</p> <p>ー急性ストレス障害 (acute stress disorder: ASD) / 心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) / うつ病 / 双極性障害 / アルコール関連の精神障害 / 統合失調症</p>	<p>1. ASD</p> <ul style="list-style-type: none"> ・持続期間一カ月以上 = PTSD、一カ月未満 = ASD ・対人暴力が最も多い原因 (20~50%の有病率) ・ASDを呈する比較的多くの患者が自然回復する (30~60%) ・ASDに対する薬剤の有効性を示すエビデンスはないが、PTSD治療に効果的なSSRIを用いることがある。 ・ASDからPTSDに移行する例があることから、前者は後者のpredictorの可能性あり。ASDが寛解した後も最低6カ月間は要経過観察)。 <p>2. PTSD</p> <ul style="list-style-type: none"> ・性被害や対人暴力による発症率が高い。 ・治療: まず安全と安心できる環境を提供し、患者の自然治療力を尊重。症状が強く、長く続いている場合、薬物療法を考慮し、SSRIが第一に推奨されている。他に、TCA, 抗アドレナリン作動薬、気分安定薬、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系薬(注意)の名前が挙げられている。PTSDへの薬物療法の適用に関しては表4-1(p. 65)を参照(日本トラウマティック・ストレス学会、2014)。 ・災害とPTSDの関係性は強いが、患者の半数は発症後3カ月ほどで改善することもある。 <p>3. うつ病(大うつ病性障害)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療: 薬物療法(SSRI, SNRI, TCA)と心理療法(精神力動的な精神療法、CBT、IPT)が有効(大熊、2008)。 <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>4. 双極性障害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・災害後、症状が悪化するという知見がある。 <p>5. アルコール関連の精神障害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・既存の場合: 避難先でお酒が手に入らず、断酒から1~2日で離脱症状を呈することがある。周囲が対応に苦慮し、対人的に問題が生じる。 ・災害後の発症: 仕事を失い、突然何もすることが 	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Ev.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Ev.</p> <p>6. Op.</p>
--	---	---

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。

- ・治療：精神療法、向精神薬（ジスルフィラム）、自助グループ（断酒会など）への参加。
- ・飲酒によって、睡眠の質が下がり、抑うつを患う可能性があり、自殺と関係がある（Anderson, 1988; Akechi et al., 2006; Lonnqvist et al., 1995; Murphy, et al., 1990）。

6. 統合失調症：

- ・治療：抗精神病薬、抗てんかん薬、社会生活技能訓練、職業リハビリテーション。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。
- ・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。

2. 精神関連のトリアージ・スクリーニング

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

トリアージの必要性

1. 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。
2. 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。

トリアージの項目

3. 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。
4. その他にも、①表1-3（心のケアの対象, p. 17）と表2-4（Chiles et al., 2005）を考慮した対応や、②アメリカで作成されたPsySTART（PsySTART, 2012）がある。

精神科病院での患者搬送

5. 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。

6. DMATとの協働。単独でトリアージすることもあるので、START法とPAT法を習得することが望ましい（日本集団災害医学会、2012）。

7. 身体的負傷はないが精神症状が重い患者を搬送する必要もある。著者は、自傷他害の危険性や精神疾患の既往などのチェック項目を提示している（p. 85）。

8. トリアージに関する事前のルール作りと準備が大切。

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Ev.
5. Op.
6. Ev.
7. Op.
8. Op.

3. まとめ	1. 支援者に対する①災害時に精神的に何が生じるかに関する事前教育、②IES-R、K6を用いた派遣前・後のスクリーニング、③組織が個人を守るためのシステムづくりも不可欠である。	1. Op.
8)「PTSD」をどのように扱うか	<p>PTSDの位置づけ</p> <p>1. 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ことべきである。</p> <p>トラウマとPTSDへの対応</p> <p>2. トラウマ・PTSD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・PTSD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>	1. Op. 2. Op. 3. Op.
第7章 重篤な精神疾患	1. 災害前から重篤な精神疾患(Serious Mental Illness: SMI)をもつ被災者へのケアは①既存のSMIへの治療、②災害後新たに発症したSMIへの治療に分かれる。	1. Op.
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	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、脆弱性が増大したり、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。(Staugh, 2009; Tseng et al., 2010)	1. Ev.

2. 災害後の新たな診断	<p>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(Pandya & Weiden, 2001)。</p> <p>2. 表7-1(p.162):PTSD、統合失調症、うつ病の比較表</p>	1. Ev.
3. システム介入	<p>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ため(Eiseman et al., 2009)、防災計画の中に位置付けられるべきである (National Council on Disability, 2006)。</p> <p>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) アクセスのよい場所に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)。</p>	1. Ev. 2. Ev.
4. 個人の評価および治療	<p>1. 急性期に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)。</p> <p>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)。</p>	1. Ev. 2. Ev.
第10章 外傷と医学的愁訴のトリアージ	<p>1. 医学的に説明不能な身体症状 (medically unexplained physical symptoms: MUPS): 核、化学、生物兵器への暴露、あるいはテロ攻撃後に患者に生じる心因性の病的反応</p>	1. Op.

1. 生物学的またはテロ攻撃後のMUPS

1. 「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。
2. 一方、「緊急対応能力」(surge capacity)とは、集団的な傷害(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。
3. 表10-1(p.222)、表10-2(p.223): ①医師・患者間におけるMUPSの特徴と、②MUPSを呈する患者に対する医師のコミュニケーション技術(Richardson & Engel, 2004)
4. 精神科医は、災害後の正常な反応・行動に関する情報をスタッフや患者に提供し、「なんの疾病も見られない」と医療従事者が患者に対して疎遠な態度を取らないよう助言する必要がある。また、生物・化学物質暴露の医学的・精神医学的症状に関する知識(例: Kman & Nelson, 2008)も蓄えておくべきである。
5. 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と受診希求行動を抑制する。
6. 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、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(Ohbu et al, 1997; Turker et al, 2007)。

1. Ev.
2. Op.
3. Ev.
4. Op.
5. Op.
6. Ev.

2. 身体疾患:身体疾患のある被災者のトリアージと評価

1. 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)。
2. 表10-3(p. 227):内科、外科患者のために精神医学的コンサルテーションが依頼される理由(Stoddard et al., 2000)。
3. 災害後、迅速なトリアージと評価が必要。精神科医はトリアージについて、他の医療スタッフを教育することが勧められている。21章の遠隔精神医学を用いてのコンサルテーションについても一行だけ述べられている。
4. 【外傷のタイプ】外傷には、自然災害やテロ攻撃、バイオテロ物資による、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)。
5. 【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)。
6. 【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し、必要であればベンゾジアゼピンや低用量の抗精神病薬等の薬物療法的介入を実施する。
7. 【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)。
8. 【外傷患者における疼痛のコントロールとPTSD】疼痛はPTSDの危険因子であることから(Norman et al., 2008; Zatzick & Galea, 2007)、薬物を用いての疼痛コントロールはPTSD予防に役立つかもしれない。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)。
9. 【熱傷および外傷患者に対して特別に配慮すべき点】著者(Jones, 2010)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 & 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

1. Ev.
2. Ev.
3. Op.
4. Ev.
5. Ev.
6. Op.
7. Op.
8. Ev.
9. Ev.
10. Op.

	<p>al., 2007, Powers and Santana, 2005)、③社会的技能相互作用訓練(Lansdown et al., 1997)。10.【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>3. 結論と注意</p>	<p>1. 精神科医が「医学的に説明不能」は「生物学的に説明不能」ではないと理解することにより、患者と医療スタッフが心とカラダの関係を理解するの助力し、災害後に効果的な介入を提供できる。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>第15章 精神薬理学－急性期－</p>		
<p>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</p>	<p>1. 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。</p> <p><u>介入の基盤</u></p> <p>2. 急性期介入のゴール：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。</p> <p>3. 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「ゴールデンアワー」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</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Ev.</p>

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で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。

介入のタイプ

4. 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り、βアドレナリン遮断薬が理論的に有用(Shalev, 2009)。しかし、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、解離症状を観察し、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)。

2. 急性期精神薬理学的介入

1. 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(Bandelow et al., 2008; Mellman et al. 1998)。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 & 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、処方前に完全な臨床歴を聞いたうえで禁忌症(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、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(表15-2, p.331)。

2. 睡眠のための非ベンゾジアゼピン: 不眠に対する安全な薬は表15-3 (p.333)を参照。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

1. Ev.
2. Ev,
3. Ev
3. Ev.
4. Ev.
5. Ev.
6. Ev.

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。

3. 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。

4. 心的外傷後ストレス障害に関係した悪夢に対するプラゾシン：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、プラシゾンには悪夢の削減と睡眠の増加の両方で効果を示している(Fraleigh et al. 2009; Taylor et al. 2008)。

5. 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はあるが、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(表15-4, p. 337, p. 378)。

6. 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

	<p>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でPTSD臨床診断面接尺度の変更をみななかったが、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的外傷発生後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>	
<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>	<p>1. 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 & Rundell, 2004)。</p>	<p>1. Ev.</p>
<p>4. 急性期災害現場でのせん妄</p>	<p>1. 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。 2. 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)。 3. 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>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Op.</p>
<p>5. 結論と注意</p>	<p>1. 精神薬理学的治療は①既存の精神疾患と物質乱用と②災害関係のストレスに焦点を当てるべき。 2. 精神科医は最低用量の薬剤を投与し、地域内で患者が治療を継続できるよう支援する。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

診断的アセスメント

1. 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。推薦事項を以下に示す：

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、外傷の重症性と性質について客観的エビデンスを考察する。PTSD評価ツール(例：CAPS)の使用を考慮する。

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(Kolassa 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。

前駆的症候：正常なリアクション(例：サバイバーズギルト)を考慮に入れ、診断基準を満たす障害(例：

1. Ev.
2. Op.
3. Ev.
4. Ev.

PTSD)とその前駆症状は当段階で治療されるべき。部分的PTSD(Mylle & Maes, 2004)などの診断基準を完全に満たさない症状も、認識、介入、治療に値する。

2. 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

3.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(表16-1, 359)。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」)がよく見られて病理的ではない反応であることが発見された。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、薬物治療の有効性を支持するエビデンスがあり、とくにSSRIが最も有益であるとされるが(Stein et al., 2006; Stoddard, 2000)、さらなるエビデンスの構築が必須。

大うつ病性障害:

4. 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)。

2. 急性期後段階での治療

1. 表16-4(p. 366): 急性期後段階の治療ゴール 薬物療法学

2. 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。

3. 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

4. 表16-6(p.366): 急性期後段階における精神薬理的治療の構成要素。

5. 薬物治療の選択に影響する患者のタイプ: 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(表165, p. 366)、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。

6. 災害による不安、うつに対する抗不安薬と抗うつ薬のリストは表16-7(p. 367)と表16-8(p. 368)を参照。

7. 災害後病理の治療を有効に補う付加的な薬剤を列挙したが(表16-9, p. 368)、そのうちオピオイド鎮痛薬は後続のPTSDを軽減するエビデンスがある(Bryant et al. 2009; Stoddard et al. in press)。, 急性期段階の精神薬理学を扱う本書の第15章も参照。

8. 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、一時的に症状を呈した人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。外来治療を続けるための紹介・照会は可能な限り治療が提供されている現場から行われるべきである。

継続管理の計画

9. 急性期後段階における継続管理の計画は災害と無関係のルーティーン的环境での計画と変わら

ない。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、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。

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Op.
5. Op.
6. Op.
7. Ev.
8. Ev.
9. Op.

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

1. 外傷性脳損傷(TBI)のリスクに留意すべきである。TBIはアメリカ合衆国退役軍人省/防衛相(2009)の脳震盪・軽度TBIの管理のための実践ガイドラインで次のように定義づけられている:「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、負傷の直前直後の出来事の記憶の喪失(トラウマ後記憶喪失)、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」

3. 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、いらだちやすさ、衝動性、攻撃性

4. 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、乖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。神経学的検査は何も発見できない場合があり診断に役立たない。災害現場において神経心理学的検査を実施できない可能性が高い。

5. 疑いのあるTBI患者への治療原則

(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からだ。③治療反応達成のため

1. Ev.
2. Ev.
3. Ev.
4. Ev.
5. Ev.
6. Ev.

	<p>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ふ過ちを避ける。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>6. 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(2009)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ペ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>	
4. 結論	1. 急性期後段階の治療ゴール(①症状、リスク、障害の減少、②回復力と生活の質の向上)を達成するための計画には、必要であれば薬物療法を伴う心理療法と心理社会的介入が含まれるであろう。	1. Op.
3. トラウマからの自然回復	<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が、約20%にPTSD/部分PTSDが生じる。体験後半年から1年以降は自然回復はほとんど見られない。</p> <p>2. 被災者の回復力を支援するためには、以下の1)自然回復を促進する条件を整え、2)障害する要因を減らすことが必要。</p>	1. Op. 2. Op.
1)自然回復を促進する要因	1. 自然回復を促進する条件は、(1)現実面での支援(例：安全の確保)、(2)一般的サポート(例：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(例：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、(1)現実的支援の遅れ(例:生活再建の遅れ)、(2)災害弱者(例:高齢者)、(3)社会機能(例:単身者)、(4)その他(例:一方的な取材や事情調査)の4グループに大別される。

2. Op.