

項目5:トラウマ対応	要約	
第6章 外傷性ストレスへの介入	1.外傷的な出来事の生存者に対する早期介入についての知見は不十分である。	1.✓ Op.
1. 外傷性ストレス— 二つの理論の間	<p>1.✓「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性がある。</p> <p>2.✓二つの理論は似て非なるものである。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している。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>3.✓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が生じた。演繹的にストレス対策はPTSDの治療法ではなく、純粹なPTSD対策にはストレス対策を除いたPTSD対策が望まれる。</p>	<p>1.✓ Op.</p> <p>2.✓ Op.</p> <p>3.✓ Op.</p>
<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> <p>—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 —社会的コンテクスト —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.✓生存者が災害後の流れにおける積極的な参加者であると認識したうえで、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 & Steil, 1995; Lazarus & Folkman, 1984; Kaniasty & Norris, 2004; Shalev et al.,</p>	<p>1.✓ Ev.</p> <p>2.✓ Op.</p> <p>3.✓ Ev.</p> <p>4.✓ Ev.</p> <p>5.✓ Op.</p> <p>6.✓ Ev.</p> <p>7.✓ Op.</p> <p>8.✓ Op.</p>

1993)。

4. ✓ 同じ社会的コンテクスト(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は圧倒されたり、支援の有効性を低下させるかもしれない(Camp, 1993; Shalev et al., 2003)。

5. ✓ 生存者自身の背景(経歴、現在の生活状況と軌跡)についても支援者は考慮すべきである。これは臨床家として患者個人をとりまく世界すべてが大規模災害の影響下にあることを忘れない為にとどまらず、需要、反応と資源のトライアングルは家族、集団、地域を含み拡大されるべきだからである。

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」が特に有害と学説で断言されており(Foa et al., 1989)、これは一次性、二次性、第三次のストレス要因を指す。解離が繰り返し起こるような制御不能の症状は早期介入の緊急目標になるべきである。

7. ✓ 生存者の苦痛は時間が経つにつれて、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(例: 支えとなる他者の欠如、過度の精神的苦痛)。

8. ✓ ストレス対策はストレス要因を低下させ、資源を最大限に活用して生存者(個人ならびに集団の)のストレス反応を緩和することを主眼とする。コーピングの結果として生じる改善を評価することでストレス・マネジメントの有効性が適切に判断される。しかし、ストレス理論は症状を予測しないことから、一部の慢性的ストレス体験がなぜ持続するかには答えを出さない。この場合、説明にはトラウマ理論が

3. ストレスから外傷性ストレスまで

<p>—不調和な未知の体験と侵入的想起／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.✓ 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、反復的で侵入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入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.✓ 侵入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</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あ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>1. ✓ 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>2. ✓ 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>
<p>6. トラウマ、治療そしてその向こう側</p>	<p>1. ✓ 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>2. ✓ 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>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>第15章 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</p>	<p>1. ✓ メンタルヘルス治療の提供者は、患者、その家族、および患者の医療チームと連携し、患者がトラウマ体験およびその結果(精神疾患)に対処するのに支援を行う必要がある。このアプローチは、精神科リエゾン・コンサルテーション(PCLS: Psychiatry Consultation Liaison Service)と呼ばれ、著者のウォルター・リード陸軍医療センター(WRAMC: Walter Reed Army Medical Center)での経験に基づいている。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>

<p>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>	<p>1. ✓ 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>1. ✓ Ev.</p>
<p>2. トラウマ体験の影響</p>	<p>1. ✓ 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。 2. ✓ 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る(Schreiber & Galai-Gat, 1993)。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev.</p>
<p>3. 入院治療と外傷の意味</p>	<p>1. ✓ 外傷を知覚することは個人のホメオスタシスの崩壊であり、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。 2. ✓ 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。 3. ✓ 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>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>

<p>4. 一般身体疾患患者における精神科の役割</p>	<p>1. ✓ 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>2. ✓ 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; Spiegel, 1996)。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>3. ✓ 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>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op.</p>
<p>5. トラウマ体験後の精神科の役割</p>	<p>1. ✓ トラウマ体験を負った患者は通常一つ以上のストレス関連症状を一時的に示す (Morgan 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。</p> <p>2. ✓ 精神科によってトラウマ体験を患った患者が自分を脆いものと感じる可能性があるため精神科の役割の捉え方を変える必要があった。</p> <p>3. ✓ トラウマ体験被害者に対応する精神科コンサルテーションチームが通常認識するよりもっと迅速な介入が必要なのかもしれない。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」(Preventive Medical Psychiatry : PMP)を開設した(Wain et al., 2005)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ 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ーリエゾンよりPMPの活用</p>	<p>1. ✓ <u>PCLSとPMPの違いについて</u>: 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 et al., 2005; Wain et al., 2002)。</p> <p>2. ✓ <u>精神科患者に対するスティグマについて</u>: 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患者とのラポートを構築、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 et al., 2005; Wain et al., 2002)。</p> <p>3. ✓ 精神医学的ストレス障害の予防のための治療的介入 (Therapeutic Intervention for the Prevention of Psychiatric Stress Disorders: TIPPS)(Wain et al., 2005)は、共感的・支持的暴露療法を通して患者が自身のトラウマ体験を処理できるように支援をする。トラウマ経験の被害者の心理的ニーズに取り組み、必要な支援を提供し、スティグマを与えることなく早期介入を行う。更には、支援にあたる医療スタッフのサポートも介入に含まれている。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p>
<p>7. 患者介入におけるまとめと実用的な総論</p>	<p>1. ✓ TIPPS(Wain et al., 2005)は非生産的な伝統的なデブリーフィング技法に代わって、入院中の精神疾患の合併、精神医学的問題が生じるのを減少させ、患者との治療的同盟関係の構築を促進させてきた。治療的同盟関係の確立は、退院後の患者またはその家族へのフォローアップに非常に重要である。</p> <p>2. ✓ TIPPSの付加的な構成要素には、患者のパーソナリティ、心理的防御反応、逆転移と転移に関すること、事態の正常視、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等が含まれる。</p> <p>3. ✓ 身体状態の急性期の安定化後に介入は開始される。患者と家族には個別に面接が行われ、臨床家は共感的・支持的かつ誠意をもった態度で接する(p.329の表15.1, 15.2に付加的介入方法とテクニックがまとめられている)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>

8. 薬物療法	<p>1. ✓ 身体的外傷は重度な心理的苦痛を多くの場合引き起こし、制御されない痛みが強いストレス因子となってPTSDに発展する場合 (Schreiber & Galai-Gat, 1993) や、加えて不安、抑うつ、孤独、敵意、睡眠障害が生じる例もある (Lenehan, 1986; Mohta et al., 2003)。苦痛の渦中にある患者が精神療法的介入に反応しにくいことから、迅速な痛みに対する制御がトラウマ体験のある患者には必須であり、鎮痛薬の投与を確実に用いる対応が求められる。</p> <p>2. ✓ 不眠が病的な現実感喪失や解離を招くことがあり、回復への注意の持続が阻害される恐れがある。抗うつ薬は思考機能を低下させ、心理的統合を妨げるおそれがあることから、低用量のトラゾドン、クアチアピン、ゾルピデム等の鎮痛薬の使用が望ましい。また、治療者は施設の設備を十分に考慮し、入院させるにあたってはいかなる重大な精神医学的問題も治療し取り除くよう内科・外科チームと連携するべきである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p>
9. フォローアップ	<p>1. ✓ 災害初期の目標の一つは精神科医と患者の関係を構築することであり、フォローアップは必須である。筆者 (Wain et al., 2006) は患者一人一人に連絡先の番号を渡し、患者自身や患者の身内が心配になった際の連絡を勧めている。また、退院から30、90、180日目に電話で患者と連絡を取っている。</p> <p>2. ✓ こうしたフォローアップは患者の帰宅後の受診を容易にし、危機的状況下において患者が積極的に紹介受診を受け入れる一助となる。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>

<p>10. ト라우マ体験を負った患者の家族の治療</p>	<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 et al., 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 (Brown, 1991; Flannery, 1999)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.</p>
<p>11. ト라우マ体験の被害者のケアに当たるスタッフの支援</p>	<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ったり、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; Dyergröv, 1989; 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、④休暇、ユーモア、などである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op.</p>
<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>	<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>※ATLS=Advanced Trauma Life Saving ※ACLS=Advanced Cardiac Life Support</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev.</p>

<p>第9章 ト라우マと人</p>		
<p>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>	<p>1. 筆者(富永 & 小澤, 2010)は自らの海外での体験を基に、EMDRなどの心理療法は、それらが用いられる国の文化や宗教を考慮し、有効性を再度検証する必要があると提示している。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>2. 危機と成長 —危機と成長/外傷後成長の規定要因/臨床上の留意点/さまざまな領域における外傷後成長</p>	<p>1. 外傷後成長(PTG)とは、トラウマと苦闘した末に得られるポジティブな心理的变化である(Tadeschi et al., 1995)。 2. PTGの規定要因は、①自己に関する認識の変化、②人間関係の変化、③人生哲学の変化、の3領域に分類される(Calhoun et al., 2006; Tadeschi et al., 1995)。日本人用の外傷後成長尺度を作成中(Takuら, 2007)。 3. 臨床上の留意点として、PTGを体験した被害者の多くは、トラウマに対し、肯定的および否定的な思考や感情を抱いている。したがって、被害者全員がPTGを経験するという考えは控える(Tadeschi & Calhoun, 1995)。外傷後成長が現われる時、適切な方法で注視することが臨床家にとって相応しい。 4. 癌患者、戦争生存者、被害者・被災者、遺族など、さまざまな領域において、PTGが見られる(Rosnerら., 2006; Stanton, et al., 2006)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p>