

項目8: 中長期	要約	
第9章 中間期の介入	<p>1. 本書では中間期をトラウマ暴露後最初の一か月と定義する。</p> <p>2. 災害時に限られた資源を有効活用するため、慢性化リスクに基づいて介入対象を選択することが最重要課題となる。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p>
1. 心理的な反応の経過	<p>✓トラウマ暴露後最初の一か月はかなりの苦痛を伴うのが典型的だが、数週から数か月後には暴露された人々の大部分の人々が顕著に改善する (Rothbaum et al., 1992; Riggs et al., 1995; Blanchard et al., 1996; Galea et al., 2002)。</p>	<p>✓ Ev.</p>
2. 誰を治療するのか	<p>1. トラウマに暴露された人々の中よりPTSDおよび類縁疾患に罹患するであろう人々を見出すことが必須である。</p> <p>2. 概して、ASD(急性ストレス障害)と診断された人々の約4分の3がPTSDに移行するが、ASD診断基準を満たしていない患者がPTSDを発症するエビデンスがあることから(Harvey & Bryant, 1998; Koren, Arnon, & Klein, 1999; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)、ハイリスク患者の決定に解離症状が含まれることを必須と考えるべきでない。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p>
3. 早期介入要否の評価をいつするか	<p>✓患者をASDと診断する際、トラウマ暴露後1週間後と4週間後の評価を比較した際、後者が2倍以上の正確さでPTSDに移行するASDを予測することができるため(Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)、スクリーニング/アセスメントは災害発生直後ではなく、延期すべきである。</p> <p>✓早期に一回のみアセスメントを実施した場合、遅れて発症するPTSD症例を見逃さないために適切なモニタリングが必要である。</p>	<p>✓ Op.</p> <p>✓ Op.</p>

<p>4. ASDの査定</p>	<p>✓ ASD査定に有効な3つの評価尺度にスタンフォード急性ストレス反応質問票 (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire-SASRQ) (Cardeña et al., 2000)、急性ストレス障害問診票(Acute Stress Disorder Interview-ASDI) (Bryant et al., 1998)、急性ストレス障害尺度 (Acute Stress Disorder) (Bryant et al., 2000) がある。 ✓ より多くのハイリスク患者を見逃さないよう、解離症状を基盤とした評価を必須とせず、トラウマ暴露後数週間後を経て顕在化した症状の全体的重症度に注目すべきである。</p>	<p>✓ Ev. ✓ Op.</p>
<p>5. PTSDに対する早期介入</p>	<p>✓ PTSDへの主な早期介入法にはCBTである、認知療法、持続エクスポージャー療法 (prolonged exposure therapy)、眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR) がある (Foa & Meadows, 1997; Harvey et al., 2003)。 ✓ PTSDに対する早期介入の研究で問題となるのは、治療介入による効果と自然寛解による効果を区別するのが困難なことである (Brewin, 2001)。近年採用されている介入方法の一つは、PTSD発症のハイリスクを抱えるトラウマ生存者のみに二次予防介入を提供することである。現在のエビデンスはASD診断はPTSDを発症する人々すべてを同定できないことを示唆するが、PTSD慢性化リスクを示す良い指標であるという十分なエビデンスも集まりつつある。よって、治療をASD患者に限ることも初期介入戦略を厳しく検証する一助となる。</p>	<p>✓ Ev. ✓ Ev.</p>

<p>ー認知症法/持続エクスポージャー療法Prolonged Exposure/眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)</p>	<p>1. PTSDの原因と持続要因を吟味することは重要であり、それが認知再構成の基礎となり(Ehlers et al., 2003)、認知療法の中心となっている。認知再構成法には二通りあり、①悲観的な自動思考を同定し評価すること ②トラウマ、自己、世界、将来についての患者の信念を評価するのを援助することである(Beck, 1976)。</p> <p>2. 慢性化したPTSDに持続エクスポージャー療法は有効であるという多くのエビデンスがある(Bryant & Friedman, 2001)。暴露療法では想像エクスポージャーと現実(in vivo)エクスポージャーが実施され、トラウマ体験にまつわる恐怖を呼び起こす刺激に段階的に暴露させ、患者が苦痛の軽減を体験し、その状況を習得することを目的とする。</p> <p>3. EMDRは認知行動療法の1つであり、暴露療法と認知療法の両方の要素をもつ。クライアントにトラウマ記憶に注意を向けさせ、治療者の指が動くのを目で追うようにさせることで水平の眼球運動を生じさせた後、トラウマ体験のより適応的な見方が生じるよう支援する。EMDRはCBTほど効果はなく(Deville & Spence, 1999; McNally, 1999)、トラウマ暴露後最初の一か月にEMDRの効果を示すエビデンスはないことから、トラウマ暴露後一か月の間にEMDRを使用することは勧められない。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p>
<p>6. 中間期の介入における注意点</p>	<p>1. トラウマ体験前より存在する高度の不安は暴露治療により増悪する可能性がある。</p> <p>2. 重度の解離反応は治療者が患者をうまく制御できない可能性を内包している。</p> <p>3. 精神作用物質依存症や重度の物質乱用がある場合、積極的治療はそれを増悪させる可能性がある。</p> <p>4. 継続するストレス要因や脅威は患者が治療で求められる課題をこなすのに障害となりえる。</p> <p>5. 昔の未解決のままのトラウマに直近の出来事に対する治療のなかで取り組むのは困難であると予想される。</p> <p>6. 切迫した自殺の危機が認められる場合、精神医学的な評価と抗うつ薬による治療が必要である。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op.</p>

<p>7. 巨大惨事の被災者にCBTを適用する</p>	<p>1. 巨大惨禍発生後一か月の間被災者へのCBTの適用は大きく2つの理由により困難である: 1) 何百、何千という数の被災者に対応できる人材を確保できる機関が存在しない; 2) 外傷や経済損失等の数多くの急性期ストレス要因が存在するため被災者はCBTのような集中的プログラムに専念できない。</p> <p>2. 解決法として、まず支持的カウンセリングにより患者の準備をはかり、その後トラウマに焦点をあてた認知行動的介入を実践する。</p> <p>3. より慢性化したPTSD症状へのCBTはASD治療と同程度に効果があるように見受けられることより、人的資源不足ならびにトラウマ生存者が過剰な負担を経験している場合は積極的治療を数か月遅延させることが適切である。</p> <p>4. 代表的な米国連邦緊急事態管理局 (FEMA) の資金援助を受けた危機カウンセリング・プログラムならびに2001年の9・11テロ攻撃以来関心を集めているワールドワイド・ウェブを利用したCBTの評価と効果の科学的エビデンスに基づいた検証が進むことで危機介入プログラムによる利益を最も享受できる集団を確定することができ、また、メンタルヘルスサービス利用を躊躇する集団に対して匿名性の利点を生かしたアウトリーチが可能であると考えられる。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>
<p>8. 今後の方向性</p>	<p>1. 大規模災害発生後1か月間にすべての人に早期介入することは必須ではない。</p> <p>2. 紹介されたすべての介入はトラウマを引き起こす出来事発生後、何か月を経ても同様に用いることが可能である。災害発生後1か月内に治療を効果的に享受できないとしても、のちにその利益を最大限に受ける人がいる可能性を念頭におくべきである。</p> <p>3. 主な目標はトラウマにより心理的影響を受けたすべての人々が症状を持続させないようにすることである。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>

<p>4. 中期の対応</p>	<p>1. 仮設住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動の合意率が精神保健専門家(本研究参加)の間で高かった。 2. こころのケアチームによる心理療法の提供については意見が分かれたが、災害中期にサイコロジカル・ファーストエイドを適切とした意見が過半数を占めた。 3. 中期においても巡回相談の適切性には合意がみられ、また、中期にスクリーニングを実施することについては肯定的な意見は多かった。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>長期的対応</p>		
<p>第10章 災害や大規模な暴力行使後に行う長期的メンタルヘルス介入</p>		
<p>1. 長期介入に関わる文 —社会的文脈／無力感／資源と資金</p>	<p>1. メンタルヘルスにおける社会的文脈は時間とともに、「蜜月」、「怒りと幻滅」そして斬新的な「回復と再生」という過程をたどる (Raphael, 1986)。 2. 災害の多くの犠牲者が「無力感」を体験する。被害者の社会的・心理的脆弱性を助長するのを防止するため、希望に満ちた積極的な期待を培えるように、そして力強い主体的な人間として重要な社会的役割を果たせるように支援すべきである。 3. 被害者に長期間のメンタルヘルスサービスを提供するための資源を確保し、そのサービスを管理・運営、エビデンスに基づいた良質な医療を確保し、活動の成果を適切に評価するため、とくに重要なのは専門的な技術と知識を有する人的資源であり、その準備と養成が必須である。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
<p>2. 1ヶ月後の介入</p>		

—1.継続的または特別な介入を必要とする人の認定
/2.介入を必要とする個人や集団を特定し、その人たちに
関与していくこと【長期の介入で利益を得る人の特定/人への関与】
/3.有益な介入の決定と実施【トラウマ患者とPTSDに対する介入に関する
コンセンサス/災害後の長期介入の実施計画に関する重要事項】
/4.優先度の高い要求をもつ人びとへの必要性評価と目標設定【遺族への介入/
他の被害者】/5.介入と結果のモニタリング

1. 心を傷つける因子(災害で経験するストレス因子、以前からある潜在的な脆弱性、社会的・人口統計学的要因)に呼応する影響を受ける人の特徴のリスト(表10.1災害および大規模暴力後に心の傷を負いやすい人;p.199)が掲載されている。
2. 長期の介入で利益を得る人の特定には追跡調査、アウトリーチ活動、情報源の確保と必須情報の伝達、そしてスクリーニングが重要である。
3. 災害や大規模暴力の影響を受けた人への関与はトラウマ再体験に対する恐怖による否認や回避、介入受け入れに対する羞恥の念、自己開示への抵抗・恐怖等により実行が困難になるが、支援者の技術と能力自体も問題に寄与する一因子である。
4. トラウマとPTSDに対する介入法としてCBT、SSRI、EMDRの有効性がエビデンスにより裏付けられているが、他にも創造的実践戦略を用いた「ウェブ心理治療 interapy」の効果が発見されている(Lange et al., 2003)。
5. 災害後の有効な長期介入の実施計画のために介入対象、介入の提供法、介入供与の対象の同意、ならびに、介入の訓練と介入技術の所在確認、介入者の裁量権、望ましい結果、ならびに適切な結果の評価法について明確にすべきである。
6. 悲哀とトラウマ性ストレス反応は病気ではなく、その影響を受けた多くの人々が回復することから、介入は高リスクを有する、あるいは既に有害な結果を示している人を対象に行うべきである。また、救急隊員や復興隊員も同様に追跡調査、初期介入、後期介入を受ける必要がある。
7. 患者の特定、そのリスクとニーズを記録し、提供される介入とその結果の評価の記録を記述する情報システムを構築し、患者のプライバシーを保護したうえで他のデータ群とリンクしたシステムを実現することは災害精神医療分野の研究促進のための重要な前提条件である。
8. 住民のメンタルヘルスを体系的に観察することは災害のもたらす全体的な影響の検証に役立ち、予防プログラムと治療プログラム療法の結果についてデータをもたらす。

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

<p>3. 結論</p>	<p>1. すべての介入は結果が良くなることへの期待、希望の心、被害者への共感に基づいて行われるべきである。</p> <p>2. 体系的調査、問題の記録化、治療対象を絞った介入が評価の土台となる。その入念な管理だけでなく関連医療保健機関と明確な関係を結ぶことも必要である。</p> <p>3. 最重要課題は研究と評価をつねに中核に据え、災害時メンタルヘルスに関する知識を増し、将来のより効果的な対応に役立てることである。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>3 包括的対応</p>	<p>1. 包括的対応の定義: 災害後の安定期／復興初期に必要と思われる追加的な対応</p> <p>2. 本ガイドラインでは、(A) 各領域に共通の作業役割(①連携・調整、②アセスメント、モニタリング、評価、③保護および人権上のスタンダード、④人的資源)(B)精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域(⑤コミュニティの動員・支援、⑥保護ケアサービス、⑦教育、⑧情報の発信)、(C)活動領域セクター別の社会的配慮(⑨食糧安全および栄養、⑩避難所・仮設配置計画、⑪水・衛生)の3領域における包括的対応を概説している。</p> <p>3. 包括的対応はコミュニティの大部分が最低必須対応に取り組んでいる、もしくは最低必須対応を受けていることが明らかになった後に検討されるべきである。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>