

項目9:心理反応への対応	要約	
第1章 危機における心理支援学とは		
<p>1. 求められる危機への心理的支援</p> <p>－危機の時代／危機への心理的支援</p>	<p>1. 人口爆発、地球温暖化による地球環境の危機、数々の無差別テロ事件・民族紛争、世界規模の経済競争激化による予測不可能な将来、ならびに新型インフルエンザなど新型感染症の危険が「危機の時代」を構成している。</p> <p>2. 一方日本においては、社会的格差に拍車がかかり、年間3万人を超える自殺者が過去10年にわたり記録され、うつ病などのメンタルヘルス不全、DV、虐待の増加、そして無差別殺傷事件が多発している。</p> <p>3. もはや安定、安全な世界ではなく危機はすべての人々のまわりにある。</p> <p>4. 対人援助職に従事する者は危機的状况において人々を支援することが期待される。</p> <p>5. 支援内訳:生活支援、医療的支援、司法的支援、経済的支援、心理的支援(小澤、2009)</p> <p>6. 心理的支援内訳:精神的苦痛・ダメージの軽減によりPTSDなどの精神的障害の予防・回復を支援、二次的・三次的被害の予防とケア、生活的・実存的問題解決の支援</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> <p>4. ✓ Op.</p> <p>5. ✓ Ev.</p> <p>6. ✓ Op.</p>
2. 被害者支援とは		

<p>ー被害者支援の3つの源流／医療的領域での支援／司法に基づく支援／心理社会的領域での支援／人間の持つ回復力へのアプローチ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 危機支援における心理社会的アプローチは医療領域、司法領域、心理社会的領域の3分野で独自に発展してきた(小澤、2009)。 2. 医療的領域の支援は病気や機能不全および社会的適応が困難な状況の治療・予防、ならびにトリアージの実施(大規模災害の際)が主である。 3. 司法に基づく支援においては犯罪被害者基本法、災害救助法の適用ならびに法的に被害者と認可されることが重要である。 4. 社会的領域での支援にはPFA、ストレスマネジメント教育、各種リラクゼーション法を用いたストレスケア、多職種によるCRT(緊急支援チーム)が含まれる。 5. 精神疾患理解のための理論的モデルについては従来の脆弱モデル、ストレスモデルを柱とする「発病過程」を重視する生物・心理・社会モデルから「回復過程」を重視するレジリエンスモデルへの移行が 顕著である(加藤・八木、2009)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Ev.
<p>3. 被害者とは ー「被害」とは／被害者とは</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 被害の定義範疇は広く、最狭義の「法律上の犯罪被害」から最広義の「すべての被害」までを含む(諸澤、1998)。 2. 被害者は狭義では「犯罪や犯罪に準ずる行為の被害者」より、広義では前者に加えて戦争、テロ事件、大規模事故、交通事故、自然災害、薬害、近親者の自殺や事件等により心身に有害な影響を受けた人々すべてを指す。 3. 犯罪被害者等基本法(2004)、自殺対策基本法(2006)が示すように、支援者や専門家の立場は多様であり、被害者の定義も幅広く様々なものが混在することを念頭に置くことが重要である。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.
<p>4. 心のケアとは</p>		

<p>ー心のケアとは／セルフケアへの支援／初期介入から中長期のケア活動へ</p>	<p>1. 心のケア: 被害者の精神的苦痛はダメージを軽減、二次・三次的なダメージケアを行い、被害者が人生を再建するための精神的・生活的・実存的問題解決の支援をおこなう。 2. セルフケア: 自らの回復力・自己治癒力を最大限に引き出すこと。 3. 災害時のこころのケアとは、他者による被害者の「セルフケア」への支援である(富永・小澤、2005)。 4. 米国では大規模災害直後の初期介入としてサイコロジカル・ファーストエイド(PFA)が多数のガイドラインにより奨励されおり、デブリーフィングと異なり被害者にとって非侵入的(non-intrusive)介入方法であると理解されている。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Op.</p>
<p>5. 危機とは</p> <p>ー危機(Crisis)とは／危機の種類／集団・コミュニティの危機</p>	<p>1. 定義はいろいろあるが危機とはその人が持つ通常の自己防衛の方法や問題解決の方略が崩壊してしまつた状態で心身に何らかの不調や変調が生じている状態といえる。また、物事やその人生における転機となることがある。 2. 危機は「発達段階における危機」と「状況に伴う危機」の二つに大別される。 3. 危機は個人だけでなく集団や家族、コミュニティに起きる危機がある。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
<p>6. 危機介入とは</p> <p>ー危機介入とは／危機介入のステップ／危機介入の取り組み</p>	<p>1. 危機介入(crisis intervention): 被害者が物事に対処できる機能状態を取り戻せるよう支援することである。目標は危機状況をアセスメントし、心理的危機状態を解消し、以前の機能遂行の水準まで回復することにある。 2. 危機介入の5つのステップ: ①心理的接触を図る②アセスメント③解決法の検討④行動計画の立案と実行⑤フォローアップ 3. 危機介入活動の取り組みとしては、学校危機への介入を目的とした緊急支援チーム(Crisis Response Team: CRT)活動がある。CRTのない自治体においては緊急支援コーディネーターやスクールスーパーバイザーが派遣され、危機介入体制としている。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>

1. こころのケアの定義	<p>1. 日本において「こころのケア」は活動の性質によって区別され、専門家による支援である前提にない場合が多い。</p> <p>2. 一般の人々が期待する「こころのケア」(専門家からボランティアによる幅広い支援者による心理社会的支援)と「精神保健医療福祉活動」は異なる。</p> <p>3. 「心理社会的支援」や「ウェルビーイング」といった言葉は一般的になじみが薄いので、言葉の説明や実際の災害事例と関連付けた説明が必要である。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
5. こころのケアの活動内容	<p>1. 精神科救護支援、精神保健福祉支援、支援者支援の三領域に整理することで専門家内で合意。</p> <p>2. 既存のこころのケアチームマニュアル(自然災害発生時における医療支援活動マニュアル)と異なり、本研究では、被災地の精神科医療機能の補完を目的とした医療活動を支持する意見が多数あり、精神保健医療活動のなかの精神科医療の必要性が明確化された。また、多様な被災者の精神反応に応じた介入の多様化と、初動要員だけでなく、行政職員等の地元支援者のストレス対応も重視されている。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
第20章 こころのケア		
1. 精神医療対応からみた自然災害	<p>1. 精神医療対応からみた災害時の公衆衛生を論じる上での主要な二つの視点: 1) 災害時公衆衛生的アプローチ(集団対象)と臨床的アプローチ(個人対象)の対比; 2) 自然回復を重視した経過モデルとその場の苦痛の軽減を重視した即時対応モデルの対比</p> <p>2. 被災地にわざわざ出かけて行って取り立てて目立った治療もせずに人々に養生を説いて回る医師というのは想像しにくい。</p> <p>3. 熱意を具体的な治療行為に結びつけるときには、①行為の正当性の検証②治療目的の明確化③エビデンスが必要となる。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
2. 災害時の地域精神保健医療の指針		

—1.災害時の精神心理的
負荷/2.災害時の精神保健
医療の意義/3.災害時の精
神保健医療活動の方針/4.
災害に伴うストレス要因/5.
心理的反応のタイプ/6.災
害時における地域精神保
健医療活動の具体的展開

1. 災害後は直後の生命身体への危険だけではなく、それに続く混乱のなかで数多くのライフイベントを生じるので、それに触発されて多彩な精神疾患や精神の不調が生じ得る。避難所などで対応しきれずに緊急の精神医療が必要とされるのは、錯乱、興奮を伴う統合失調症、短期精神病性障害、躁病、急性ストレス障害などである。客観的に異常を認めにくい、うつ病、悲嘆、トラウマ反応の一部は対応が遅れることも懸念される。

2. 災害は多くの住民に大きな心理的な負担を与える。精神的変化の多くは一時的なもので自然に回復するが、ストレスが長引くと長期化することもある。症状の程度、持続期間によっては、精神疾患の診断がつく。また、こうした症状に伴って、自殺、事故、飲酒、喫煙の増加、家庭内や地域社会での不和、現実的な生活の再建の遅れ、一部には社会的な逸脱行為などが生じることが報告されている。こうした変化は個人の心理的な反応が拡大されてしまう。通常の保健・医療システムでは対応しにくい。また目に見えないストレスや精神の症状を自覚しにくい。住民の心的ストレスの原因、生じた症状や疾患の区別を念頭に置きながら、災害後の時間経過に従って効率的に進めていく必要がある。

3. 災害時地域精神保健医療活動は2点に分類される：①一般救助活動の一環として集団の精神健康を高め、集団ストレスを減少させる活動；②個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療に関する活動

4. 代表的な災害に伴うストレス要因：心理的トラウマ、悲嘆、生活ストレス

5. 心理的反応のタイプ：現実不安型、取り乱し型、茫然自失型

6. 災害時地域精神保健医療の具体的展開：①災

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

害対策本部における精神保健医療の位置づけ: 立ち上げ当初から精神科医を加えることが重要。②災害対策本部における精神科医の役割: 精神保健医療活動に関する、災害対策本部としての方針を決定すること。現場で援助活動にあたる者を通じて、被災住民の精神健康状態を把握すること。現場で活動しているさまざまな援助者に対する精神保健医療活動を行うこと。特に重要なことは特別な精神保健医療活動をどのように終結させ、通常の地域精神保健医療業務に、円滑に移行させるのかということである。③初期対応: 1) 現実対応と精神保健—現実の被害に基づいた苦痛に対しては、それに適切に対応することが最良の対策である。心理的反応の対応はまず生命、身体、生活への対応が速やかに行われることが前提で精神的な問題を念頭に置いた対策が必要。2) 災害後できるだけ早い時期に援助者が被災現場や避難所に出向いて、被災者と顔を合わせ、言葉を交わすことが望ましい。早い時期に実現することに意義がある。災害対策本部で対話や心理的状況など情報を一元的に把握すべきである。平時より多職種との連携による精神保健医療の総合対策の策定、打ち合わせを行う必要がある。

3. 東日本大震災における精神医療的な初期対応

—精神医療の継続／こころのケアチーム／情報発信／今後の復興に向けて

1. 従来の自然災害では、精神保健医療対応は県に対策本部が置かれてその任にあたるが多かったのに対して、今回は厚生労働省が積極的な統括的役割を担った。支援活動を考えるうえで重要なことは、被災地域の地理的特性と交通網の破壊、二次被害への懸念、放射線汚染への不安である。結果患者が通院不能となり、必要な精神科治療薬が不足した。一方で精神科病院の閉鎖、機能

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Op.
5. Op.

縮小、患者の移送が問題となった。また住民の精神健康を悪化させるストレス要因としてはトラウマとなる災害の影響により症状を引き起こすという系列と持続的な現実不安が懸念された。

2. 被災地の多くは精神医療過疎地域であり、通院可能な精神医療施設が少なかった。よって外来通院が中断した患者への治療継続が一層困難になった。入院患者に関しては厚生労働省が人数調査と周辺県の受け入れ可能ベッド数を調査し、ほぼ1週間で移送を終えた。精神科治療薬に関してはあらゆる機関が連携し、現地に搬送した。

3. 従来の大震災では心のケアチームは自発的あるいは被災地の県知事の要請を受けて被災地に派遣された。今回は厚生労働省が主導して行い、1-2週間後には派遣が円滑に進むようになった。基本的に災害時地域精神保健医療活動ガイドラインに準拠していたと考えられる。こころのケア活動においては継続性が重視される。ほぼすべてのチームが自主的に派遣地域を継続的に受け持ち、3か月以上にわたって活動した。

4. 心理的ブリーフィングは効果が否定され、PTSDを悪化させかねないということが明らかになり、あらゆる国際ガイドラインにおいても採用されていない。多くの職種間で方針が食い違うことは珍しくなく、情報、指針、ならびにエビデンスの共有が重要である。災害時地域精神保健医療活動ガイドラインはそのことを踏まえて作られた。NCNPは情報支援webを掲載し、信頼すべきデータソースをして機能したと考えている。今回の震災における精神医療を見る限りでは侵襲的介入、不安を増強させるような働きかけはみられなかったようだが人道的行為と医療行為の境界があいまいなとき結果として医療とは不適切な介入が行われることもみられた。また災害時の精神医療活動についての海外への情報発信の重要性を浮き彫りにした。

5. 今後は地元の精神医療資源を活用した精神医療対策の進展するものと思われる。真の回復に向けて取り組みが現地で行われ、被災者自身から学ぶことが大きいであろう。そのような段階を経て災害時の精神医療に関する知見、合意が形成され、さらに人々に備わっている回復力が示されることを期待する。

<p>第5章 緊急支援・グループアプローチ</p> <p>4. 心理教育</p> <p>ー心理教育とは／心理教育の主なメッセージ／それぞれの災害・事件後の心理教育</p>	<p>1. 心理教育とは危機に直面している人や集団に、危機により生じる心身反応の意味および望ましい対処に関する知識や情報を提供する活動である。</p> <p>2. 危機によって経験される様々な心身反応は、回復のための自然な反応であり、其々の反応に対して適切な対処法がある。</p> <p>3. 遭遇する災害は多種多様であり、それぞれの状況に応じて適切な心理教育メッセージ(具体的な声掛け)を行う。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>
<p>5. トラウマ・ストレスマネジメント法</p> <p>ートラウマ・ストレスマネジメント法とは／トラウマの心理教育／トラウマ反応への望ましい対処</p>	<p>1. トラウマ・ストレスマネジメント法:トラウマ反応のしくみを学ぶ心理教育ならびにトラウマ反応への適切な対処法。</p> <p>2. トラウマの心理教育:日常ストレスへの望ましい対応を提案する。古典的条件付けとオペラント条件付けを説明し、"安心していい"と実感することが必要。実感できると回復していく。マイナスのつぶやきをプラスのつぶやきへ変えるよう練習させ、支援する。</p> <p>3. 回避と再体験が一对の反応であることを理解する。再体験にはコントロールできるようになる練習をする。一方フラッシュバック時は回復のチャンスととらえ今、ここに生きている現実感を保つ。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>
<p>6. 統合リラクセーション法</p> <p>ー統合リラクセーション法／統合リラクセーション法の手順</p>	<p>1. 統合リラクセーション法:従来の呼吸法、筋弛緩法、瞑想法、受動的音楽療法にアファーマーション(自分を励ます言葉)を加え、有機的に統合したもの。</p> <p>2. 手順には準備、実施、統合リラクセーションの教示(リラクセーションとアファーマーション)が含まれる。</p> <p>3. 毎日継続することで副交感神経を活性化、結果心身回復機能が高まる。不安・緊張に対処するためのセルフコントロールの手段として、統合リラクセーション法を予防手段として練習することが重要である。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>

7. リラックス動作法

ー教員説明会における臨
床動作法の活用／リラッ
クス動作法の手続き／リラッ
クス動作法の有効性

1. 中越地震時、講義と動作実習が組み込まれ、実
習では支援手立ての習得と同時に教員自身のセル
フケア効果も顕著にみられた。
2. 「いつでも、どこでも、誰でもできる」動作課題に
は、「前まげ動作」、「軸づくり動作」(成瀬, 2000)、
「肩の上げ下げ動作」(山中ら, 2000)、「立位重心
移動動作」(鶴, 2007)、「踏みしめ動作」が含まれ
る。
3. 有効性: ①「動作」に基づくことから実感を得やす
く、受け入れやすい; ②リラックス感、安心感ならび
に現実感、自己統制感、自己確実感を助長する
(成瀬, 2000); ③アウトリーチに適し、セルフケアと
しても使用できる; ④「ペア」体験では絆や支えられ
感が実感できる。

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

第7章 心理療法・カウンセリング:トラウマへ

1. トラウマと喪失の心理療法 の概説

ートラウマへの心理療法／
喪失後の心身反応への心
理療法

1. 「今は安全である」ことが必須条件。安全が確保
されて、なお様々な反応が持続し、生活を阻害する
ストレス障害に陥った時にトラウマ心理療法が提供
される。①トラウマからの回復に必要な体験 共通
項: 心理教育、心身のコントロール、トラウマ記憶の
処理、実生活で回避している行動へのチャレンジ、
否定的・非機能的な認知の修正。反復性トラウマに
よる場合は健康な自我を育成・支持する環境が必要。
②各技法の相違点と共通点一覧 長時間暴露
法(Foa et al., 2007; Prolonged Exposure Therapy:
PE)、EMDR、認知処理療法、イメージ動作法、トラ
ウマ・ストレスマネジメント法等があり、相違点、共
通点がある。(表1)
2. 悲嘆が長期慢性化し生活上の支障が生じる状
態を複雑性悲嘆や外傷性悲嘆と呼んでいる。(白
井, 2008) Shearほか(2005)は複雑性悲嘆の認知
行動療法を提案している。またNeimeyer(2001)は悲
嘆を死別や喪失によって壊れてしまった意味の再
構成という能動的過程と捉える構成主義をとってい

1. ✓ Ev.
2. ✓ Ev.

る。心理支援には心理療法のみならず、自助グループでの分かち合い、宗教の貢献などの視点が重要である。

2. PE療法

ーPE療法とは／曝露療法のメカニズム／PE療法の実際

1. 欧米のPTSDガイドラインでは「長時間暴露療法」に代表されるトラウマ焦点化認知行動療法がエビデンスに基づき、治療の中核的技法として強く推奨されている。日本においても有用で治療効果の維持も確かめられている。(飛鳥井, 2007; Asukai et al., 2008)。

2. 暴露療法とは恐怖を覚える事物、状況、記憶やイメージに、安全な環境のもとで患者が向き合うことを促すためにデザインされた一連の技法。二つの技法(イメージ暴露、実生活内暴露)がある。PTSDの病理の中核であるトラウマ記憶は刺激、反応、意味が複合したもの。安全な環境でトラウマ記憶に直面させる心理療法が必要となる。回復プロセスはトラウマ記憶の反復賦活と修正された情報を受け入れることである。トラウマ体験は非機能認知をもたらす。よってこの修正をはかるために自己と世界に関する物の見方を検出する。その妥当性を検証し、バランスのとれた有益なものの見方への置き換えを促す。

3. PE療法は一回90分で週1～2回、全部で10回～15回の面接からなる認知行動療法プログラムである。これは認知の修正を強力に促す作用を持っている。回避され未整理のままだったトラウマ記憶が整理、組織化されることで再検証と意味づけ修正される。感情処理が進んだ段階で初めて認知の修正が可能になるものである。またイメージ曝露を繰り返す中で馴化が進み、トラウマ記憶を想起することは危険でないことを学習する。

1. ✓ Ev.

2. ✓ Op.

3. ✓ Ev.

3. EMDR

<p>－EMDRの評価／EMDRの 治療過程／EMDRのメカニ ズム／最近の出来事プロ トコル・統合グループ治療 プロトコル／EMDRの適用範 囲</p>	<p>1. 眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)は、あらゆるPTSDの治療ガイドラインに「実証された最も効果がある心理療法」の一つとして認知行動療法と並んで載せられている。認知行動療法と同等の効果をおよぼすのに1/3の時間で済み(Van Etten & Taylor, 1998)、暴露法のように負担の大きな宿題を課さない(Davidson & Parker, 2001)という点で優れていると指摘されている。</p> <p>2. 治療過程は①病歴②生育歴聴取③評価④脱感作⑤植え付け⑥ボディスキニング⑦終了⑧再評価。</p> <p>3. メカニズムは解明されていない。再体験の馴化でなく、できごとの想起と同時に感覚刺激に意識を向ける二重課題により、距離がとれることを導いていると考えられる(Lee, 2006)。GunterとBodner(2009)は統合的モデルを用いてPTSD症状の低下の過程を提案している。</p> <p>4. 最近の出来事であれ、過去の出来事であれ、過程途中で不快と感じるものはその都度取り上げ、トラウマの解消を導くまで幾つになろうと処理をしてゆく。</p> <p>5. EMDRはPTSDのみに効果的なのではなく、うつ、パーソナリティ障害、解離性障害、恐怖症、強迫性障害、不安障害、死別、ターミナルケアなどにもその有効性を示している。</p>	<p>1. Ev. 2. Op. 3. Ev. 4. Op. 5. Op.</p>
<p>4. 臨床動作法</p> <p>－危機における動作法の 活用／危機における動作 法活用の利点と留意点</p>	<p>1. 主な動作法の活用には、災害後の心のケアとしてのリラックス動作法、緊急支援としての事件後の心のケアとしての動作法(土屋, 2006)、性被害やDVなどの事例へのイメージ動作法、裁判で主張するための動作法が含まれる。</p> <p>2. 利点: 体験の表現を含まないので、安全感・安心感がある、集団の中で行うことが可能、他の人が何をしているか把握できるので被災者のケアとして安心して行うことができる。</p> <p>3. 留意点: 動作援助は同性同士にて行う、動作援助の使用には十分な説明同意を行い、セルフ動作法を活用後に行う。</p>	<p>1. Ev. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>5. 力動的心理療法</p>		

ーはじめに／トラウマへの
取り組みの2つの立場／ト
ラウマへの力動的心理療
法の取り組み

1. 患者がトラウマへの距離をどのようにとるべきかは専門家として難しい判断である。
2. トラウマへの取り組み方には主に二つのアプローチがある: 正面から積極的に取り組み、消化し、過去のものとするというアプローチと、トラウマに触れずそのままそっと心の奥に置いておくというアプローチ。
3. トラウマとの折り合いのつけ方は個々によって異なる。トラウマの全てを暴露し、すべてを解消する「癒し」は幻惑、有害であるかもしれず、「心の奥に密かにしまっておく」というやり方も日本文化に即しているのではないか。

1. Op.
2. Op.
3. Op.

6. 表現療法

1. 災害、犯罪(性犯罪を含む)、自己、DV、子供虐待等の被害者支援において、表現療法は重要な役割を果たす。
2. 表現療法(広い意味での芸術療法)は、外傷性障害の治療において幅広く用いられている。
3. 外傷性記憶が言葉にならない性質も持ち、想起が激しい感情を引き起こす際に表現療法(芸術的手法)は有効である。
4. 芸術的手法には、身体運動の要素が含まれており、外傷的体験に由来する身体的要素を変形していく力がある。
5. 被害体験には、加害者に対する感情をはじめ、出来事に関わる人間関係に由来する複雑な対人感情が伴っている。
6. 表現療法が外傷治療に有効であることは、経験的によく知られているが理論的基盤について統一された見解があるわけではない。他の治療法との組み合わせによる総合的治療法も含めて方法論を検討していく必要がある。

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

7. トラウマ・カウンセリング

1. トラウマの本質は、大きな恐怖やショックを感じた体験が通常の記憶とは異なったトラウマ記憶となり、それが私たちの日常生活にさまざまな圧力を加えることにある。記憶の想起には必ず一定の情動が付随する。トラウマ記憶は、限界を超えた過剰なマイナスの情動を付随する記憶である。ストレスの中身は①再体験症状②過覚醒症状③麻痺症状。トラウマ・カウンセリングの目的は過剰な情動のレベルの低下と想起の際に起こる苦痛の軽減にある。またトラウマ・カウンセリングは初期1～2か月のPTSD予防時期と中・長期のPTSD化したトラウマへの治療に大別される。

2. 初期の対応はストレス・マネジメントには心理教育とリラクゼーションの二つの柱が存在する。

3. 中長期のカウンセリングはPTSDないしはPTSD化したトラウマへの対処、すなわち何らかの要因で自然は低下が妨げられている情動の過剰なレベルを人為的に低下させることが目的となる。方法としてはエクスポージャー(暴露)とEMDRが挙げられる。さらにトラウマ記憶ではない通常の記憶として体験を保持するために、その体験に対する認知＝評価の変容が必要である。

4. トラウマ・カウンセリングという定式化された方法はない。トラウマの本質への正しい理解に基づき、適切な時期に適切にトラウマに向かい合うならば、どのようなカウンセリング技法もトラウマ・カウンセリングとなりうる。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.

<p>8. トラウマ焦点化認知行動療法</p>	<p>1. トラウマをうけた子供と養育者のために作成された治療パッケージである。米国で開発された、薬物やChild Centered Therapyに優位であると報告されている唯一の治療法である。</p> <p>2. 認知療法と暴露療法双方の要素を持ち、かつ子どもというまだ言語的には未発達であり、養育者との関係性のなかに生きる存在に対して柔軟に適応できる形を持った本方法が生まれた。</p> <p>3. 米国では均てん化のためにwebsiteがあり、このサイトを終了したものが2施設でのトレーニングに参加できるようになっている。</p> <p>4. この療法はPRACTICE(トラウマに関する10個の構成要素)を頭文字に次のような段階的構造を持っている。</p> <p>5. トラウマ性悲嘆には、4構成要素が加わる。単に心理的教育で準備してトラウマ曝露に備えるというものではない重層的治療構造と、子どものレジリエンスに着目し、養育者の関係性の中における回復を促進する技法である。</p>	<p>1.Op. 2.Op. 3.Op. 4.Op. 5.Op.</p>
<p>9. ナラティブ・エクスポージャー・セラピー</p>	<p>1. ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (NET) は PTSD を中心とする外傷性障害のために開発された短期療法である。</p> <p>2. 原理はFoaの持続暴露療法 (Prolonged Exposure Therapy) とチリのピノチエト体制で開発された証言療法 (Testimony Therapy) を組み合わせたものである。</p> <p>3. ヨーロッパを中心に、紛争現場だけでなく、一般の精神医療における外傷性障害の治療に用いられている。</p> <p>4. 日本ではまだ実践例が少ないものの、生活史における重大なライフイベントが関わると思われる症状に対する短期療法として有望と思われる。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>
<p>第8章 心理療法・カウンセリング: 喪失へ</p>		
<p>1. グリーフカウンセリング</p>		

—心身行動面での現れ／
専門家としての対応の実際
／儀式や癒しの機会

0. 悲嘆の過程は、一般的には時間を追って回復に向かうが、回復が見られない場合、あるいは一時的であって苦痛が著しい場合には、複雑性、もしくは病的な悲嘆の可能性もある。

1. 食欲不振などの一般的に知られる心身の不調のほかに、悲嘆や関連した反応とは理解されにくい症状や行動の問題が表れることがある。

2. 基本的には通常のうつへの対応とさほど異ならない。まずは耳を傾け、話をさえぎらない、自分の体験を押し付けない、安易に同調しない、が基本である。また援助者自身の無力感やバーンアウトにも配慮する必要がある。

3. 葬儀や法要といった故人にまつわる儀式は現実や時間に向き合う前向きなプロセスとなり、残されたものが周囲と接触したり、宗教の支えを得る機会を与える。また、自然に身を置く、音楽など心身を癒す試みも無理のない範囲で行うのならば有益である。

0. ✓ Op.
1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

2. 犯罪被害者遺族の自助グループ

—犯罪被害者遺族の自助
グループの意義／犯罪被害
者遺族の自助グループ
とは

1. 支援が必要と思われる被害者に対しても、「同じ体験をした人と話をしたい・つながりたい」という思いがあることを受け止めることから関わり、自助グループに参加できるように支援者が手伝うという姿勢を持てば、被害者との信頼ある関係を構築できるだろう。

2. 定義：犯罪被害者の自助グループは、自助力を回復し、促進し、強化するために自分たちが中心になって自分たちのためのケア・プログラムを実施する集団ないし団体と定義される(長井、2004)。目的：米国では「飲酒運転に反対する母の会」(略称、MADD)があげている(大久保、2001)もののほかに、それぞれの立場で自分の問題を認め、受容し、対応の仕方を変えていく過程や、心の揺れなどを他のメンバーと分かち合うことも目的といえる。(長井、2004)運営法：支援者は研修を受講し、会場の確保、連絡、ファシリテーターを務めることなどが期待される。ニーズの高い自助グループの意義や目的を理解し、立ち上げ支援やファシリテーターとしての研修を受けることが今後重要になるだろう。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.

<p>第13章 集団への介入と家族への介入</p>	<p>1. 精神科医が避難者を治療する際に集団心理療法を導入することで多様な問題に対処できるかもしれない。考慮されるべきは、どのタイプの集団介入が有効かということだ。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>1. 集団への介入</p>	<p>【急性期における1セッションでの集団への介入: デブリーフィング】</p> <p>1. 多くのデブリーフィングモデルは経験部分と情報部分の両方を含む。</p> <p>2. コクランレビューは主観的な苦痛の減少を発見せずPTSDのリスクの短期的な低下も発見されなかった(Rose et al., 2002)。将来の研究によりデブリーフィングが有用である特定の状況が見つかる可能性はあるが、推奨できないというのが複数専門家グループの統一見解(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Medical Reserve Corps et al., 2006; National Center for PTSD, 2010)。</p> <p>3. 「オペレーショナル」デブリーフィングや情報デブリーフィングは支持されているので支援者がチームを組織化して災害後の各段階を通じて情報の流れを調整するために有用。</p> <p>【多数回のセッションでの集団への介入】</p> <p><u>心的外傷後ストレス障害のグループ:</u></p> <p>4. トラウマ焦点化認知行動療法(TF-CBT)は災害後有用(Bisson & Andrew, 2007)。</p> <p>5. 現在中心CBTよりもTF-CBTに強いエビデンスがあるが十分な情報は提供されていない。</p> <p>6. 災害の環境での報告がなされている他の形態の集団心理療法には、心理力動グループ、対人療法グループ、プロセス思考グループ、支持的グループがある。(Shea et al. 2009)</p> <p>7. トラウマ後の多数回でのセッションによる心理的介入についてのコクランレビューでグループであろうと個人であろうと、何らかの心理療法がPTSDの危険性を減らすために有効であるというエビデンスを発見しなかった。(Roberts et al. 2009)</p> <p><u>死別と悲嘆のためのグループ</u>(個人治療は11章を参照)</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Op. 4. Ev. 5. Op. 6. Ev. 7. Ev. 8. Ev. 9. Ev. 10. Ev.</p>

	<p>8. Rynearsonら(2002)はマニュアル化された介入モデルを用いて集団心理療法を記載した。 <u>子供と青少年のグループ</u> 9. 多様なグループが行われてきた。集団への介入の実験が少ないが予備的な証拠はグループが災害生存者 (Chemtob et al. 2002; Salloum & Overstreet, 2008; Tol et al. 2008)と災害に関係していないトラウマに曝露された人(Stein et al. 2003)のPTSD症状を減らす点で有効であると示唆している。 10. トラウマ後の成人向けグループと同様に、子供でも最良のエビデンスを示すグループにはCBTの要素が共通している。(Chemtob et al. 2002; Stein et al. 2003; Tol et al. 2008)</p>	
<p>2. カップルと家族への介入</p>	<p>1. 個人的には生命を脅かす出来事も愛する人の喪失も経験しなかった人たちの間にも甚大な社会的な機能不全や苦痛を作り出して、トラウマが家族のメンバーの中で「跳ね返り」合う可能性がある。(Kellermann, 2001) 2. 子供の精神に病理的な問題が発生しやすくなることに加えて、大きなトラウマを生き抜いた人の家族では、ほかの問題も報告されている。(Hinton et al., 2009, Norris & Uhl 1993; Norris et al., 1999; Price & Stevens 2010, Galovski & Lyons 2004, Jordan et al., 1992) 3. 災害後の環境での家族への介入については、存在するデータが限定されている。文献の大半がカップルへの介入を扱っていて、より大きな家族システムの介入を扱っていない。 4. 国際トラウマティックストレス学会はそのPTSD治療の実践ガイドラインでCBTの方法論を取り入れた2つの療法—行動家族療法と行動夫婦療法をエビデンスのある臨床行為であると評価している (Riggs</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Op. 4. Ev. 5. Ev. 6. Op.</p>

	<p>et al., 2009)。</p> <p>5. 退役軍人とその配偶者に心理教育を行うことの利点が示されている(Deville 2002; Robin and Nardi 1991; Riggs et al., 2009)。</p> <p>6. ここまでの研究から災害後の環境にある精神科医は、家族への介入、特にCBTの技法を取り入れたものの実施を考慮すべき。</p>	
<p>3. 結論</p>	<p>1. 災害は直接的にも間接的にも多数の人々に影響するので家族への介入や集団への介入で明らかとなった臨床上の問題に対処しなければならない。PTSDについては集団への介入、とくにCBTにエビデンスが多くある。死別経験や悲嘆に関してはPTSDの予防より治療でのエビデンスが最も優れたものになっている。</p> <p>2. 家族への介入を研究したものは少ないがトラウマに曝露された人の家族では、家族の機能不全を示す証拠が豊富に存在。</p> <p>3. 一番研究されている家族への介入はカップルに焦点をあてており、同時に行われている個人治療の効果をコントロールする、さらなる研究が必要。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>第14章 心理療法</p> <p>1. 災害後に心理療法を必要とする人を決める</p>	<p>代表的な心理療法の実践的事柄を列記</p> <p>1. メンタルヘルスの専門家はすべての生存者が心理療法を必要とすると想定すべきではない。</p> <p>2. 人による治療の必要性の有無の査定には十分なエビデンスに基づいた確固たる方法論は存在しないが、治療を必要とする人々を臨床的に決定することが最初の決断となるべきである。心理療法を必要とする人々を特定するためには、以下の要因を考慮する: ①災害現場付近の人(物理的近接性) ②個人的な回復力 ③家族やコミュニティからの支援 ④精神障害の臨床的な徴候の存在 ⑤個人の好み</p> <p>3. 心理療法を必要とする生存者に加えて精神科医と他のメンタルヘルス専門家も、心理療法から利益を得られるだろう。バーンアウトを予防し、自身の支援を助ける(Knobler et al., 2007)。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev.</p>

2. サイコロジカル・ファースト エイド

1. 災害後の心理社会的介入の初期段階では、危機管理が重要となることが多い。(Milligan and McGuinness 2009)
2. アメリカ赤十字社の心理社会的支援プログラムは4つの明確な構成要素からなる。①参加型危機アセスメント②生存者の慣れ親しんでいる環境からの断絶への対処③コミュニティの動員④コミュニティの展開。Kのプログラムは災害後には生存者が「場所」の感覚を喪失することを前提としている(Diaz, 2008)。
3. PFAは衝撃を受けた多数の生存者に最初の支援を提供する技法で、広く受け入れられている危機介入の一形態である。PFAは生存者に対して、最初の支援とつながりを提供するものである。
4. 人間とシステムをつなぐアプローチ(Linking Human Systems Approach; Landau et al. 2008)では、個人とその家族に本来備わっている強さを円滑に引き出すことに焦点を当て、脆弱性ではなく回復力を強調する。
5. 一実践的事柄—
PFAは災害後の最も基本的な、全般的な心理社会的支援のための介入として推奨されている。より踏み込んだ介入が実行可能なときは、ポジティブ心理学の原則を用いて生存者の弱さに焦点を当てるのではなく、強さに着目することで生存者の語りが創造され、回復力を高めるものとなる。
6. まとめると、メンタルヘルスの専門家はPFA、アセスメント、コミュニティの動員というように、危機介入計画を段階的に導入することが勧められている。最後のステップでは個人だけではなく、支援システム(日本語訳では組織になっているが原著は support system)全体に話しかけなければならない。

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

3. 短期心理療法

1. 災害後に推奨される治療法のほとんどは短期療法が中心。その中でもCBTに、その使用を支持するエビデンスが最も多く存在している。
2. 災害後のCBTでは、不適応な行動と思考プロセスが修正され。苦痛の緩和に焦点が当てられる(Ruzek et al., 2008)。CBTの一部はリラクゼーション反応の原理を用いる(Benson et al., 1975)。事実上、CBTには新しい学習が含まれる。
3. CBTは子供と成人を対象としたいくつかの異なる対象人口において、災害後に行われる効果的な介入のモデルであることが示されている(Udomratn 2008, Salcioglu and Basoglu 2008, Shooshtary 2008, Giannopoulou et al. 2006, Difede et al. 2007, Difede et al. 2006, Hamblen et al. 2006)。
4. 一実践的事柄—
—メンタルヘルスの専門家は既存の資料を状況にあったものへと修正するべきである。
—最初は暴露療法と反応防止がかなり効果的に思われる。バーチャルリアリティの技法が暴露技法を強化するだろう。
5. Phillips(2009)は災害後の治療構造を創るために、安全の段階・思い出して悼む段階・再連結という段階を使つと報告している。災害や大がかりな暴力行為に暴露された人々についての研究と治療の専門家からなる世界的な検討会では災害後の「即時と中間期」の介入に関して以下のコンセンサスを得た。①安全の感覚②落ち着かせること③自己とコミュニティについての有効感④つながっていること⑤希望(Hobfoll et al., 2009)
6. 一実践的事柄
CBTの実施法を計画する場合に、メンタルヘルスの専門家は患者の安全を促進し、次にトラウマや災害の記憶に圧倒されずに耐えきることができるように寄り添う。そして、人生、希望、コミュニティからの支援へと再び結びつける。

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

4. 文化に根付いた代替治療	<p>1. その文化に根付いた治療についての知識があると、臨床家が患者を診る場合に、治療できる範囲を広げることができる。(Halliburton 2004)。代替治療には、①ヨガ呼吸法(プラナヤマ)(Brown & Gerbarg, 2009; van de Kolk, 2006)、②瞑想(Gatani et al., 2009)、③ナラティブ曝露治療法(NET)(Gatani et al., 2009)。</p> <p>2. 一実践的事柄一 代替療法は、その文化でどのように受け入れられているかに十二分に注意して使用されるべきである。また、これらの技法の効果を裏付ける研究データに精通すべきである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p>
5. 家族への支援	<p>1. 災害後には生存者への家族の支援が非常に有益である。</p>	<p>1. Op.</p>
6. 長期的心理療法	<p>1. 被災者向けの長期的な心理療法についても調査されているが、これは遠く離れた災害の場では利用できない。(Boscarino&Adams, 2008; Bohleber, 2007; Lewis, 2009)。</p> <p>2. トラウマ後という状況で有効性が期待される治療法には、眼球運動による脱感作と再処理法(EDMR)がある。これは多数の療法を構造化された実施法へと統合するものである。(Bossion&Andrew, 2007; Shapiro, 1999)</p> <p>3. 一実践的事柄一長期的な治療が被災者の治療で効果を上げるのかどうかは不明確。しかし、それでもそれを開始する場合には、エビデンスとしては短期治療が望ましいとされていることを認識しつつ、注意深く治療を組み立てて実施するべきである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op</p>
7. 治療の副作用	<p>1. 回復能力ではなく、依存についてのニーズを活性化してしまえば、長期的には援助にはならないであろう。(前文にWessells 2009))</p> <p>2. 一実践的事柄一心理療法は災害後に有用であるが、自律性の減退、依存と恥の増加のような負の副作用をもたらす可能性も潜在している。よってバランスの取れた心理療法のプログラムのほうが効果的となる可能性ははるかに高い。特に回復力と脆弱性の療法に焦点を当てることが重要である。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>

8. 結論	1. 心理療法は、トラウマ刺激への暴露とトラウマ反応予防を含む認知行動療法的な実施形態の枠内で用いられれば、災害時介入の有益かつ重要な一部となる。メンタルヘルスの専門家は長期的な治療を意識しておくべきだが、思慮深くそれを推奨したり使用したりすべきである。(K後にWessells, 2009)	1. ✓ Ev.
6 保護ケアサービス 6.1 一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れる。	<p>主な活動内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一般保健ケアの提供には、社会的配慮を取り入れる。 2. 出生証明書および死亡証明書を発行する。(必要な場合) 3. 保健システム外にある主要な資源への紹介をすすめる。 4. 緊急保健ケア対応における心理的側面に関し、一般保健スタッフおよび精神保健スタッフにオリエンテーションをする。 5. 極度のストレス要因(心的外傷性ストレス要因とも言う)の被害者のために、心理的支援を利用できるようにする。 6. プライマリ・ヘルスケアにおいて精神保健に関するデータを収集する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op.

<p>6.2 重度の精神障害をもつ人びとが、ケアへアクセスできるようにする。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. アセスメントを行う。 2. あらゆる緊急医療品キットに十分な量の必須精神科治療薬を確保する。 3. 緊急プライマリ・ヘルスケア。 4. 重度の精神障害に対して最前線でケアに当たることができるプライマリ・ヘルスケアスタッフを研修、スーパーバイズする。 5. 複数の異なる研修によってプライマリ・ヘルスケア従事者に過剰な負担をかけることを避ける。 6. 無理なくアクセスできる場所に追加的な精神保健ケアを設ける。 7. 特定の診断や限定した集団に集中した並行的な精神保健ケアサービスを構築しないようにする。 8. 精神保健ケアの利用可能性について人々に情報提供する。 9. コミュニティ体制として連携して、重度の精神障害をもつ人々を発見、訪問、支援する。 10. あらゆる関係機関間の精神保健に関する連携・調整に携わる 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op. 7. ✓ Op. 8. ✓ Op. 9. ✓ Op. 10. ✓ Op.
<p>6.3 入院・入所している重度精神障害者等の精神・神経疾患を持つ患者を保護し、ケアを提供する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健ケアに従事する一つ以上の機関が、施設入居者の継続的ケアおよび保護に関する責任を負うようにする。 2. スタッフが精神科施設を放棄した場合には、置き去りにされた重度精神障害をもつ人々をケアするように、コミュニティおよび保護システムから人的資源を動員する。 3. 精神科施設内の精神障害をもつ人びとの生命および尊厳を保護する。 4. 災害、紛争等の全期間にわたって基本的な健康管理・精神保健ケアを行えるようにする。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.
<p>6.4 コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、適宜そのシステムと協力する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療の提供状況に関し、アセスメントをし、ケアマップを作成する。 2. 伝統的ヒーラーに関する国としての政策を確認する。 3. 確認されたヒーラーと信頼関係を築く。 4. 現地のヒーラーが情報共有および研修・セッションに参加するようにすすめる。 5. 可能な場合には、協働的なサービスを構築する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op.

6.5 アルコール等の物資使用に関する問題を最小限に抑える。

1. 迅速評価を実施する。
2. 有害となるアルコール等の物質使用、依存を防止する。
3. コミュニティ内においてハームリダクション(害軽減)の介入をすすめる。
4. 離脱等の急性の問題を管理する。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.