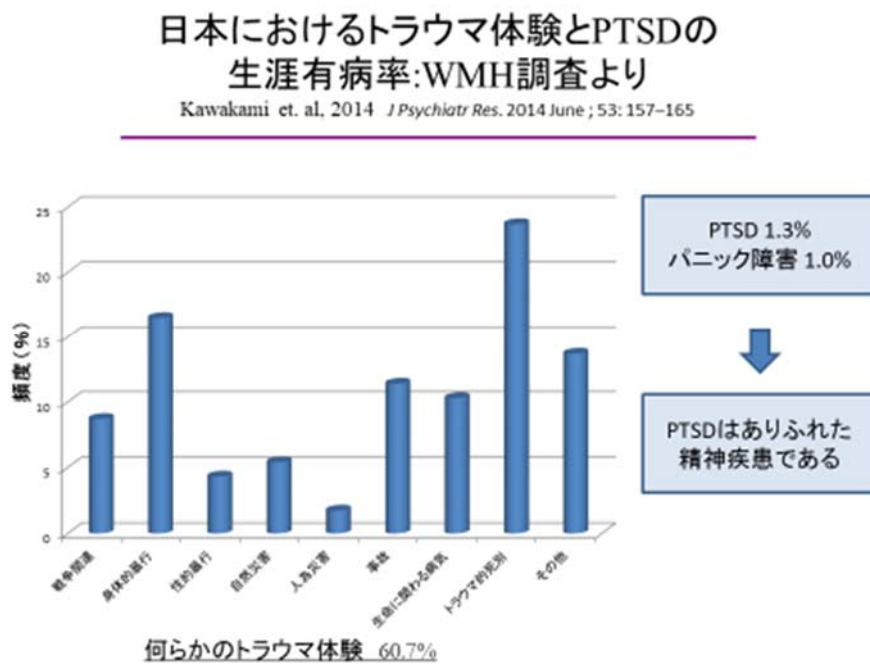


第一部 基本知識

【定義】

心的外傷後ストレス障害（PTSD : posttraumatic stress disorder）は、危うく死ぬまたは重症を負うような外傷的出来事を経験した後に、フラッシュバックや悪夢などのさまざまな症状を呈する疾患で、外傷的出来事の後に生じる精神疾患として最も代表的なものである。ベトナム戦争帰還兵やレイプの被害者などで共通の精神症状が認められたことから、1980年に出版されたDSM-IIIに診断分類として初めて記載された。わが国では、1995年の阪神淡路大震災を一つの契機として広く知られるようになった。

【疫学】

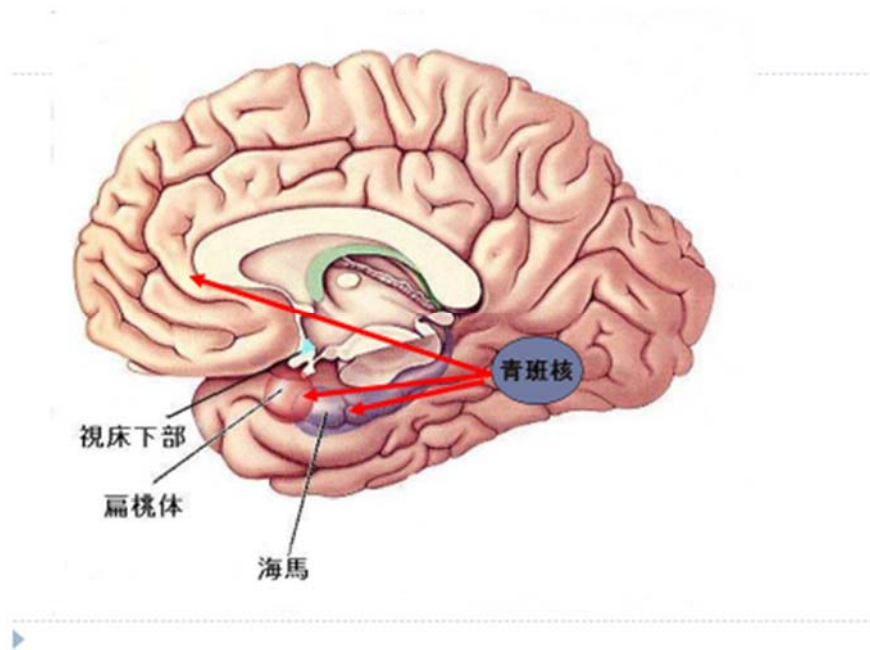


WHOによる世界保険調査の日本データによれば、日本で一生のあいだに生死に関わる体験（トラウマ体験）をする率は約60%であり、PTSDの生涯有病率は1.3%である。これはパニック障害の生涯有病率1.0%よりも多い。したがってPTSDは「ありふれた精神疾患」ということができる。どこでも当たり前診断され、支援や治療を受けられるようになる必要がある。

様々なトラウマ体験ごとにPTSDの発症率が違うということが米国で報告されている。自然災害ではやや低く、戦闘、レイプでは高い。これは災害の場合は生死の危険が比較的低い者も含まれているのに対して、戦闘やレイプでは、定義からして軽度の体験ということがあり得ないためである。また、災害では直後から支援を受けやすいのに対して、レイプでは

体験それ自体を他人に打ち明けることができず、支援を受けにくいことも一因と思われる。

【生理的病態】



外傷的出来事の最中に感じた恐怖や無力感が、記憶として過剰に固定化されたり消去されなかったりする状態が、PTSDの病態形成に密接に関与していると考えられている。その背景にある脳神経回路、生理的背景は、現在急速に解明が進んでいる。

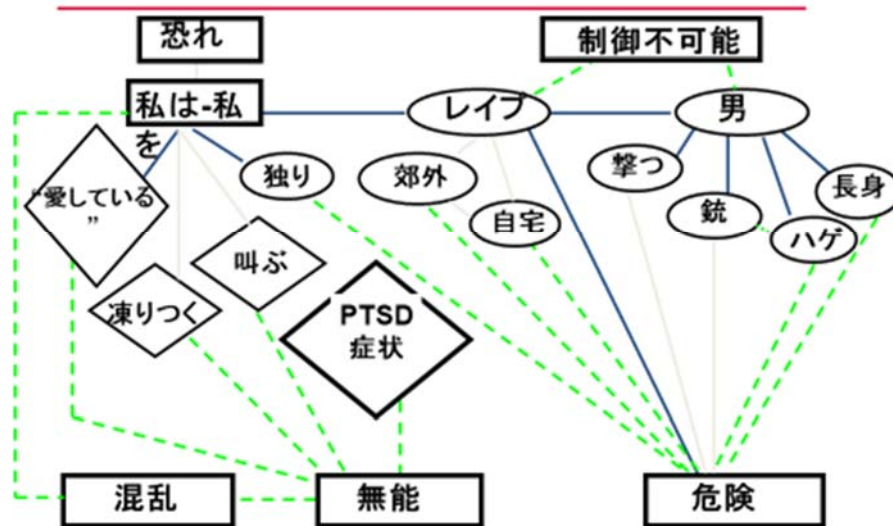
生物学的には、扁桃体や海馬が記憶の固定化と消去に重要な役割を果たしており、PTSDの患者では、トラウマ被害の際に青斑核から大量のノルエピネフリンが分泌され、そのために扁桃体の反応性が亢進し、恐怖条件付けが形成されやすくなり、また海馬を刺激して、記憶の記銘が亢進することなどが想定されている。

また、PTSDの患者では視床下部—下垂体—副腎皮質系（HPA axis）にも機能障害が認められるが、HPA axisが制御に関係しているアドレナリン・ノルアドレナリン・コルチゾールは、扁桃体や海馬などに存在する受容体を介してその機能に影響を与えることも指摘されている。

過覚醒症状は明らかに交感神経系（アドレナリン系）の過剰興奮である。したがって、この症状は、交感神経を賦活するような様々な刺激によって増悪する可能性がある。その意味で、被害者にカフェインを勧めることは推奨できない。激しい運動、飲酒、大音響の音楽なども同様である。

【PTSD の心理的病態】

レイプ直後の記憶のスキーマ・モデル



PTSD ではトラウマ体験の記憶に対して恐怖条件付けが形成されているとされる。しかし、通常の条件付けとは異なり、トラウマ体験を間接的に想起させるような様々な刺激に対して恐怖が関連付けられていることが特徴である。患者のトラウマ体験の記憶は断片化しており、断片化した記憶のイメージに対して、恐怖などのネガティブな感情は、自責感、恥辱感、無力感などが様々に結びつけられている。断片化しているがゆえに、トラウマ記憶は不安定であり、コントロールを失って想起されることになる。トラウマからの回復は、こうした断片化した記憶を結び合わせ、「過去にそのようなことがあったが、現在はもう過ぎ去っている」という一般的な記憶にすることである。多くの患者ではこうした回復は自然発生的に生じるが、被害後 6 ヶ月程度を過ぎると、自然の回復は減少するとされている。その理由は、断片化した記憶への恐怖やネガティブな思考があまりにも強かったり、支援が不足していたり、二次的トラウマを受けたりすることのために、患者はトラウマ記憶に触れることを避けるようになり、そのために記憶の統合が阻害されているためである。6 ヶ月を経て自然回復しない事例では、こうした記憶への回避、統合の阻害が強化されていると考えられ、専門的な治療、支援が必要となる。しかしこの段階であっても、自分の体験が理解され、受け止められたと感じることによって回復への道を歩むこともある。より確かな治療効果を得るためには、エビデンスのある薬物療法、認知行動療法を受けることが必要である。

【リスク要因】

災害後のPTSD発症のリスク要因: Brewinらのメタアナリシス(2000)より

リスク要因	研究数	個体数(n)	効果量(r)領域	平均効果量(r)	95%CI
性別(女性)	25	11261	-0.04 to 0.31	0.13	0.11 to 0.15
若年	29	7207	-0.38 to 0.28	0.06	0.04 to 0.08
社会経済的問題	18	5957	0.01 to 0.38	0.14	0.12 to 0.16
教育の不足	29	11047	-0.11 to 0.37	0.10	0.8 to 0.12
知的能力	6	1149	0.08 to 0.38	0.18	0.12 to 0.24
人種(少数派)	22	8165	-0.27 to 0.39	0.05	0.03 to 0.07
精神科既往歴	22	7307	0.00 to 0.29	0.11	0.09 to 0.13
幼少期の虐待	9	1746	0.07 to 0.30	0.14	0.09 to 0.19
その他の過去のトラウマ	14	5147	-0.05 to 0.36	0.12	0.09 to 0.15
その他幼少期の不利な体験	14	6969	0.09 to 0.40	0.19	0.17 to 0.21
精神科家族歴	11	4792	0.07 to 0.28	0.13	0.10 to 0.16
トラウマの重症度	49	13653	-0.14 to 0.76	0.23	0.21 to 0.25
社会的サポートの不足	11	3276	-0.02 to 0.54	0.40	0.37 to 0.43
生活のストレス	8	2804	0.26 to 0.54	0.32	0.29 to 0.35

社会的サポートの不足	11	3276	-0.02 to 0.54	0.40	0.37 to 0.43
生活のストレス	8	2804	0.26 to 0.54	0.32	0.29 to 0.35

上記すべての要因が統計学的に有意である(P<0.001)。
 From Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000) Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults.
 Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 748-766.
 Copyright © 2000 by the American Psychological Association. Adapted with permission.

PTSD から回復しない人々について、様々なリスク要因が検討されているが、それらの研究を合算して検討したところ、被害後の社会的サポートが不足していることと、被害園生活ストレスが強いことが、有意に相関していた。それ以外の要因、たとえば過去の精神疾患や収入、学歴などは必ずしも相関していない。このことから、被害後の社会的サポートを提供し、生活のストレスを軽減するための支援が検討されており、心理的応急処置 (PFA) はその一例である。ちなみに交通事故被害者に関する私たちの研究では、事故時に感じた絶望感 (死の確信) がもっとも強く関係していた。

【トラウマの累積】

米国の児童期逆境体験研究 (Adverse Childhood Experience; ACE) 研究からは、児童期のトラウマなどの逆境体験が累積すると、成人してからの難治性うつ病、アルコール依存、自殺企図が有意に増加していた。このことから、人生早期のトラウマ被害は適切に対応されるべきであり、またこうした脆弱性を有する児童、青年に対しては、さらなる被害の影響を防ぐためにも、早期の支援、治療が必要である。

【経過・予後】

アメリカの大規模調査によると、外傷的出来事から 1 年以内の期間では自然回復の可能性が比較的高く、数年を経過しても一定の割合で自然回復が認められるいっぽうで、PTSD 患者の約 3 分の 1 は治療の有無にかかわらず寛解が得られないとされている。わが国における経過・予後に関するデータは存在しないため詳細は不明であるが、自然回復の割合や治

療への反応性は、外傷的出来事の種類によっても相違があると考えられる。

【診断とアセスメント】

実際に重症を負ったり、あるいは死亡や重症の脅威に直面したり、性暴力被害、虐待を受ける。またはそれを目撃したり、身近な人に生じたことを突然に知らされる。他人に生じたことの伝聞は含まれないが、職業上、繰り返し直面することを強いられる場合（遺体収容者など）は含まれる。

2 以下の症状のすべてが一ヶ月以上続いていること

- a 侵入症状：体験内容を悪夢に見る。フラッシュバックとして体験する。体験を想起するような刺激に触れたときに、生理的反応（動悸、発汗、振戦など）や心理的動揺が生じる。
- b 過覚醒症状：持続的な不安、緊張状態。驚愕反応を伴うことが多い。
- c 回避・麻痺症状： 体験を連想させる内的な刺激（思考、記憶など）や外的な状況、事物を避ける。
- d:否定的な認知、感情：世の中は信用出来ない、自分は無力である、自分が悪かった、などの否定的な認知。温かい感情を感じることができず、怒り、罪責感などの否定的な感情が増加する。

【評価尺度】別紙)

スクリーニング PTSD3

自己記入式診断尺度 PDS

【カフェイン】

カフェイン等の不安惹起性薬物の影響：日本ではカフェインの有害作用はさほど指摘されていないが、1日摂取量 300mg を超えると中毒症状が出るリスクが高まる。コーヒーチェーン店のコーヒーには 100mg 程度のカフェインが含まれることがあり、その他の飲料も合わせて、大体の摂取量を聞いておく必要がある。

【治療前の評価】

- ① トラウマ要因：加害者との同居のように PTSD の原因となったトラウマ的出来事が現在も持続している場合には、PTSD を改善する治療の効果は望みにくい。そのような場合には医療よりも、あるいは医療と並行して、法的保護、ケースワークが必要である。犯罪被害者支援制度、女性相談センター、児童相談所、法テラスなどの支援制度の情報を与える必要がある。

- ② PTSD よりも優先すべき精神医療上の問題として、差し迫った自殺の危険、寛解していない精神病性障害（統合失調症、躁病、錯乱）、出産、未治療のアルコール薬物依存がある。それ以外の精神疾患については、重症度や生活への影響を勘案して、PTSD との間で治療の優先順位を考える。
- ③ 被害からの時期：通常、被害から数ヶ月間は自然寛解が多いので、ことさらに PTSD を対象とした治療をする必要は乏しく、心理的保護を与えつつ見守ることが推奨されている。しかしこれは自然災害などで多数の被災者が出たときの社会介入の指針であり、診察室で被害直後の患者を前にしたときに数ヶ月間待機させるということは考えられない。その場合、自然経過について説明をした上で、心理教育、家族環境調整などを交えつつ、PTSD の治療ないし症状軽減のための対症療法を行うことは認められる。

【治療方針】

レベル1 対応

心理社会的な対応であり、その目的は症状を悪化させるような有害な刺激を避けつつ、被災者が落ち着きを取り戻し、支援を受けていることを感じられるようにすることである。自然回復の促進と心理的保護を目的とした対応。アウトリーチで災害直後の被災者の支援をしたり、被害直後の患者や、トラウマ被害について初めて相談をする患者を診察する時などにはこの対応から始めることが安全である。これ以上の心理的被害から保護し、治療や支援に対する信頼感を育てることが目標である。患者の体験を聞き出すのではなく、言葉にならない感情に耳を傾けるつもりで、穏やかな声で、支持的に対応する。精神医療以外の生活上のニーズ、福祉サービス、治療を要する身体症状、生活習慣を確認する。トラウマ被害についてある程度の情報が得られた場合には、患者の症状がトラウマに対する自然な反応であり回復し得ることについての心理教育（ノーマライゼーション）を行い、必要に応じて家族などの理解を得るようにする。

レベル2 対応

対症的な症状の軽減を目標とした対応。医療機関に来院した患者の場合には、できるだけ早くこのレベルの対応を行う。災害時など、アウトリーチをして被災者、被害者と関わる場合には、心理的回復を望んでいることを確認の上で実施する。被害後の早期に、将来の PTSD の発症を予防する介入方法は心理療法、薬物療法を含めて証明されていないが、リラクゼーションとして、呼吸法、ストレッチなどを用いた不安緊張の軽減法を一緒に練習する。認知行動療法モデルに基づき、不安の軽減法としての認知修正を試みる。症状が耐えがたいときには対症療法的な投薬を行う。ただしベンゾ系は心理的依存形成に注意。強い心理的衝撃や、時には身体的負傷害によって交感神経の興奮が生じているので、カフェイン、飲酒、激しい運動などが病状を悪化させることに注意し、患者への教育を行う。心疾患、貧血、ホルモン異常、投薬を含む薬物による不安、焦燥を除外する。特に抗精神病薬によるアカシジア、抗

うつ薬によるアクティベーション・シンドロームを見逃さないこと。

レベル3 対応

精神疾患としての PTSD の治療対応。

6 ヶ月を経過して回復傾向が認められない場合、それ以前であっても PTSD 症状による苦痛、機能障害が強い場合には PTSD の薬物療法あるいは心理療法を行う。

薬物療法： PTSD に対する効果が RCT によって検証され、米国の FDA および日本の保健医療で適用が認められているのは sertraline, paroxetine のみである。ただし効果量は 0.5 を下回っており、必ずしも高くはない。

(処方例)

- ・ ジェイゾロフト 25mg 1—2錠 眠前
またはパキシル 10・20mg 1錠 眠前

症状に応じて最大容量まで漸増する。最大効果の発現までに 4—8 週を要する。アクティベーションによる焦燥感の増悪を PTSD 症状の過覚醒と混同しないように注意。

併存する症状に対する治療

PTSD への適用はないが併存する症状、疾病によっては以下の処方が PTSD 症状に有効な場合がある。ただし RCT によるエビデンスは不足している。

- ・ α 1 遮断薬、 β 2 遮断薬

ミニプレス 0.5~1mg 2錠 分2

またはインデラル 10mg 3錠 分3

PTSD の発症には青班核からのアドレナリンの過剰な放出が関与している。RCT では有意な結果が得られなかったが、過覚醒症状の強い患者には有効なことがある。2—3 日で効果が発現する。1・2 週間投与して無効であれば中止のこと。

- ・ イフェクサー 37.5~75mg 1錠 分1朝

SSRI の効果が不完全であった場合に、増強療法として他の SSRI, SNRI, 三環系抗うつ薬を用いるが、エビデンスは弱い。

- ・ エビリファイ 1・3mg

またはリスパダール 1・2mg 1錠 眠前

再体験症状がフラッシュバックのように幻覚性を帯びるときに少量の向精神病薬が有効なことがある。

トラウマへの認知行動療法

日本で RCT が終了し、保険適用となっているのは持続エクスポージャー療法 (PE) のみである。各種研究では一貫して効果量は 1.5 を越えており、適応のある患者に施行した場合は効果が高い。実施に際しては米国から認定された指導者による症例指導 (スーパーバイズ) を受けることが推奨されている。1 回 90 分、10・12 回

程度で効果が認められることが多い。断片化した記憶を整理し、記憶と再被害の区別を明らかにするためには、治療の中でトラウマ記憶を安全に賦活することが有効である。この治療は、安全な環境と治療的支援のなかでトラウマ記憶に触れ、断片化した内容を整理し、記憶と現実の被害が異なることを確認して患者を安心させることが目的である。患者は最初のうち、トラウマ記憶に触れることに不安を抱くが、治療の効果を実感すると自発的に取り組むようになる。認知処理療法、EMDRなども国際的には認められているが、トラウマ記憶をある程度賦活しながら情報の修正を行うという点は変わらない。

(厚生労働省 心の健康ホームページ 認知行動療法の項目参照)

参考文献

心的トラウマの理解とケア第2版 金吉晴編：じほう、東京、2006

PTSDの持続エクスポージャー療法. 金吉晴, 小西聖子 (監訳): 星和書店, 東京, 2009.
ストレス・災害時こころの情報支援センター HP



<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>