

災害時のパニックとPTSDへの対応

天保英明 弘前大学医学部神経精神医学教室

SUMMARY

- ・ 予測不能でコントロールできない出来事などはトラウマとなりやすい。
- ・ PTSDの症状には再体験，回避，過剰覚醒の持続がみられる。
- ・ 集団毒物汚染被害には2つのタイプがあり，それぞれ特徴を持っている。
- ・ 集団毒物汚染被における精神保健上の問題には，衝撃時点の鮮明度，情報への不信，健康不安，生活への影響が考慮されるべきである。
- ・ 医療者のバーンアウトにも注意が必要である。

I

PTSDとは

PTSD (posttraumatic stress disorder, 外傷性ストレス障害) は, 1980年に米国精神医学会が発表したDSM-IIIのなかに, 不安障害の下位カテゴリーとして登場した診断概念である。DSM-IIIやDSM-III-Rの日本語版では「心的外傷後ストレス障害」と翻訳されていたが, 後に発表された世界保健機関 (WHO) やDSM-IVの日本語版では, 原語により忠実に「外傷後ストレス障害」と訳されている¹⁾。

トラウマについて最も使用されている定義は, アメリカ精神医学会の「DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル」に「PTSDの診断基準」におけるトラウマの定義である。表1に心的外傷後ストレス障害の診断基準を示した²⁾。

小西は実際にトラウマをもたらすような出来事

の特徴を以下のようにまとめている³⁾。

- ①出来事が予測不能であること。これからどういことが起こって, このあとどうなっていくかが予測できないこと。
- ②出来事がコントロールできないこと。自分の力では事態を操ることがまったくできない。
- ③起きていることが非常に残酷なものであったり, グロテスクなものであったりする。
- ④自分が愛している人や大事にしている何かを失うこと。対象の喪失。
- ⑤暴力的な出来事。
- ⑥その出来事によって起こってくる結果に対して実際に自分に責任があると思われたり, あるいは, 主観的に責任があるとどうしても感

表1

■心的外傷後ストレス障害の診断基準	
A	患者は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。 (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、患者が体験し、目撃し、または直面した。 (2) 患者の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。 注：子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。
B	外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。 (1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。 注：小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。 (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。 注：子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。 (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む） 注：小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。 (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。 (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。
C	以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般反応性の麻痺 (1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力。 (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。 (3) 外傷の重要な側面の想起不能。 (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。 (5) 他人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。 (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。 (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。
D	（外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。 (1) 入眠、または睡眠維持の困難 (2) 易刺激性または怒りの爆発 (3) 集中困難 (4) 過度の警戒心 (5) 過剰な驚愕反応
E	障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1ヵ月以上。
F	障害は、临床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
	▶該当すれば特定せよ： 急性 症状の持続期間が3ヵ月未満の場合 慢性 症状の持続期間が3ヵ月以上の場合 ▶該当すれば特定せよ： 発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヵ月の場合

資料：『DSM-IV／精神疾患の診断・統計マニュアル』（医学書院）

じられること。

以上のような出来事は、その人にとって「トラウマ」をもたらす可能性がある。

では、そのような出来事がトラウマとして体験された後、どのような問題・症状が出現するのだろうか？

慢性的なPTSDの症状について小西は以下の3点について述べている³⁾。

1 再体験

普通でない出来事の体験は、普通の記憶として

ではなく、「外傷的な記憶として心に格納される」と考えられる。外傷的な記憶がよみがえる体験が再体験である。再体験は「侵入 (intrusion)」的に起こる。普通ならば、人は思い出したいときに思い出したいものを思い出すことができるが、外傷的な記憶についてはそのようなコントロールはできずに、向こうから記憶が侵入してくるのである。しかも、そのような記憶の再現には生々しい恐怖の感情が伴っている。そのような出来事の想起は強い苦痛をもたらす。

外傷的な出来事の再体験の特徴は、それをコン

トロールできないことである。思い出されるものの生々しさが非常に強い場合は、フラッシュバック (flashback) のかたちをとることもある。なにもきっかけがなくても記憶の想起が起こる場合もあるし、事件に関連したことが原因となって起こることもある。人によっては再体験が四六時中起こるために、日常生活がほとんどできないこともある。夜に再体験が起こる場合には、悪夢のかたちをとってあらわれる。子供の場合には、このような体験を言葉であらわすことが難しく、とくに小さな子供の場合は再体験の症状は遊びで示されることがある。たとえば、地震のあとに、段ボールを積み上げて、それを壊して地震ごっこをしたり、殺人事件のあとにお葬式ごっこをしたりということが繰り返してみられることがある。

この再体験の症状は外傷性記憶に特有のものでありPTSDの症状に最も特異的である。

2 回避

再体験が苦痛をもたらすために、それを避けようとする「回避 (avoidance)」が起こる。なるべくトラウマと関連したことにさわらない、そういうことを考えないといった努力が見られる。たとえば、事件の場所には近付かない。加害者と似ている人のそばに寄らない。亡くなった子どもと同じ年頃の人たちのそばに寄らない。考えるのを止める。など。回避することによって苦痛を避けることができるが、そのために活動の範囲は狭まり、感情の幅も狭まる。

負荷が重い場合には事件自体を忘れてしまうということも起きる。思い出すことがあまりに苦痛が激しいときには、事件のことを忘れてしまうということが起きる。このような状態にある人は、ほかの人から孤立して、誰も信頼できず、孤立無援感を味わう。

さらに感情も麻痺する。時には、怒りとか、悲しみというような、ネガティブな感情さえも麻痺する。そのような場合、人は、事件のことを非常に淡々と冷静に話すように見える。あまりにも事件がトラウマティックであった場合、逆に人はそれを忘れ、感情を持たずに話すということが起きる。このような一見矛盾した症状がPTSDを持つ人たちを理解することを困難にしているのである。

3 過剰覚醒の持続

持続的な覚醒亢進とは、常にリラックスできない、緊張しているということである。そのため、リラックスを必要とする睡眠が難しくなる。さらに、いつも過緊張状態であるため、イライラしてすぐに怒ってしまう、感情が不安定である。そのような状態であれば物事に集中することが困難になる。中高年の場合、物覚えが悪くなったために、痴呆になったのではないかと心配する人も出現する。また、警戒感の高まりがみられ、いつも用心深くしていてリラックスできない。どの部屋に入っても壁から一番遠いところに座ったり、あるいは必ず壁際に座ったり、部屋に人が入ってくると注意深くそちらを見たりと常時警戒している。また、音や物理的な刺激に対して非常に過敏に反応することがある。

PTSDであると診断するためには、このような症状が決まった数以上存在して、かつ1ヵ月以上持続すること、また、それらが社会的、職業的に機能の障害を引き起こしていること、つまり、うまく会社に勤められなかったり、家庭生活が維持できなかったりすることが条件になる。

PTSDの症状は、事件の直後から起こるとは限らず、時に事件直後には症状がなく、なんらかのきっかけで1ヵ月後から、あるいは数ヵ月、場合によって1年経ってから生じることもある。

II

PTSDの治療

PTSDの治療にはさまざまなアプローチがあるが、**表2**にいくつかの精神療
法についてまとめた³⁾。薬物療法も適応があるが、あくまで対症療法的、限定的な治療法である。

表2 セラピー（精神療法）

認知行動療法

アメリカの精神科医ベックにより創られ体系化された治療法。抑うつ症状などに適用されている。また、行動療法は行動主義の理論に基づき、行動変容によって問題の解決をはかる。PTSDの治療には、これらを組み合わせた認知行動療法がよい成績をあげている。心理教育、リラクゼーション、スキルトレーニングなどとともにトラウマに対するエクスポージャー・セラピー、特有な認知や自生的思考についての認知療法などが症状、病態に合わせて組み合わせられ用いられる。アメリカの専門家のコンセンサスを得ている治療法。

催眠療法

フロイト以来トラウマには歴史的に縁の深い療法。リラクゼーションやクライアントの作業の援助に使われる。

EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）

1990年代にアメリカで生まれた治療法。トラウマティックな記憶には神経学的基礎がある、という考え方が基本となり、眼球を左右にリズムカルに動かすことで感情の処理過程を促進し、トラウマティックな記憶に伴う苦痛な感情を脱感作させる。また眼球運動以外の左右交互刺激も使われている。この方法のよってたつ理論の検証はこれからである。

巻き戻し法

自分のトラウマ体験を、自分の映っている映画を見るように、心の中で想像化して見る方法、エクスポージャー・セラピーの一種。イメージによるエクスポージャーは比較的安全に行えるので、トラウマ治療には多様な形で使われている。

リラクゼーション

特有の呼吸法を用いたり、体を動かしてほぐす、イメージを使う、言葉のキュー（イメージを思い浮かべる手がかりとなる言葉）を使う、などさまざまな方法がある。過剰覚醒による緊張を伴うPTSDには欠かせない方法で、解離をコントロールするときの補助、パニック発作の予防にも役に立つ。

家族療法

家族に参加してもらい、家族にも問題点を認識してもらい、家族の対話を聞き、家族の構造を知り、家庭内でのクライアントの位置を確認するためにも有効。

プレイ・セラピー

言語表現の十分でない子供に対しては、プレイ・セラピーが有効。トラウマのプレイ・セラピーでは、安定した環境の下で遊具を使い、トラウマティックな出来事の再現や、感情の表現、認知の再構成などが行われる。

（文献3）より引用）

III

集団毒物汚染被害

集団毒物汚染被害とはサリン事件（1994年松本市、1995年東京）やヒ素混入事件（1998年和歌山市）などの犯罪行為や、原子力発電所事故（1981年スリーマイル島、1986年チェルノブイリ）や核燃料処理施設事故（1999年東海村）などの業務上過失、あるいはほかの原因により、毒性物質が広範囲におよび集団被害に発展したものを指す⁴⁾。

毒物汚染被害は大きく2つのタイプに分類でき

る。表3にその特徴を示す⁴⁾。タイプⅠは毒性物質への集団暴露により多数の者が一挙に急性中毒症状を呈し、パニック状況のなかで死者や重症者の姿を目の当たりにする、強い衝撃の場面を伴った出来事である。したがって被害者にとって出来事としての衝撃時点はきわめて鮮明である。サリン事件やヒ素混入事件はタイプⅠである。

タイプⅡは毒性物質への暴露が徐々に目に見え

ない形で進むような出来事である。したがって被害者はいつのまにか汚染していたといったように、衝撃時点はあまり鮮明でない。原子力発電所事故や核燃料処理施設事故のような出来事はタイプⅡであり、被害を受けた周辺一般住民の多くは、汚染の事実を後になって広報や報道ニュースで知らされ、精神的衝撃を伴う光景への暴露はない。

精神保健上の問題としては4点が挙げられる⁴⁾。

1 衝撃時点の鮮明度

タイプⅠのような衝撃時点が鮮明な毒物汚染被害では、被害者の恐怖感と精神的衝撃を伴う光景への暴露の程度に比例して、急性ストレス障害の発生率が高くなる。衝撃時点が不鮮明なタイプⅡのような出来事ではそれらの発生率が少ない。

2 情報への不信

初期の段階で情報が錯綜したり、加害者（過失

責任者）の側からのみ汚染に関する情報が開示されたりすると、情報に対する不信が高まり、一種の情報不安とも言える状態から、イライラや精神的動揺、疑心暗鬼といった心理が被災者（被害者）の間に広く見られるようになる。

3 健康不安

毒物汚染被害の大きな特徴は健康不安の存在であり、これはどちらのタイプにも存在する。一般に身体的後遺症に対する不安が被災者の間にまん延する。健康不安が続くと身体愁訴が増加する。その場合、毒性物質暴露による後遺症として医学的に説明のつけられる症状だけでなく、因果関係の説明のつかない身体化症状としての不定愁訴も広く見られるようになる。身体的影響について十分医学的解明が進んでいない物質の場合には、医学的な判断を下しにくいことから、さらに心気的不安が遷延しがちとなる。

4 生活への影響

汚染地域からの転居を余儀なくされたり、汚染によって農漁業などの地域産業が打撃を受けたりすれば、被害者に社会的経済的な二次ストレスと、それによる心身への影響を生み出す。

表3 集団毒物汚染被害のタイプ別特徴

	タイプⅠ	タイプⅡ
衝撃時点	明瞭	不明瞭
急性中毒症状	顕著	なし
衝撃的光景への曝露	あり	なし
PTSDの発症率	20～25%	少ない
身体化症状の愁訴	多い	多い
身体的後遺症の不安	多い	多い

(文献4)より引用)

Ⅳ

災害精神保健活動

表4に災害支援者の精神保健対策についてまとめた⁴⁾。そこでは日常的な対策、災害現場での対応、活動後の対策について要点が述べられている。

ここでは、災害精神保健領域の災害前準備の前提として共有されるべきコンセンサスとして、米国のDepartment of Health and Human ServicesのCenter for Mental Health Services (CMHS) が発行する精神保健専門家向けの『災害対応ハンドブック』が巻頭で「キー・コンセプト」として掲げ

る14項目を述べる^{5, 6)}。

- ①どんなかたちであれ、災害に関与した人はすべて、災害からなんらかの影響を受ける。
- ②災害の与える心的外傷には2種類ある（個人レベルと集団レベル）。

精神保健の専門家の多くは集団レベルの心的外傷への対応に慣れておらず、また見過ごしがちであるので、これに対応するためには事前の訓練が必要である。

③ほとんどの人々が災害時および災害後に一致団結してはたらくが、その能率は低下している。

④災害ストレスと悲嘆反応は、「異常な状況下での正常な反応」である。

災害者たちは、自分たちが災害のせいで「クレージー」になってしまったという「レッテル」を貼られてしまはしないかという不安を強く抱くので、このことは繰り返し強調されなければならない。

⑤被災者にみられる情動反応の多くは、災害によって引き起こされた生活上の問題から生じる。

⑥災害救援作業は、「二次的災害」である。災害救援者は救援活動のなかで災害状況にさらされる。また、被災者を救援することで、自らも傷付く。よって災害救援者は「二次的被災者」であり、ケアの対象となる。

⑦災害後、自分が精神保健サービスを必要としていると思う人はほとんどいないし、ましてや自ら探し求めることはない。

被災者本人たちが精神保健サービスを希望するのを待っていたのでは、初期救援は有効に行えない。「レッテル貼り」の危険性に配慮しながらも、ハイリスク・グループに対しては積極的に援助を提供してゆかねばならない。

⑧被災者は、あらゆる種類の災害援助を拒否することがある。

⑨災害精神保健活動は、「心理学的」というよりは、より「实际的」な性質のものとなること がしばしばである。

災害救援者は、「なにが必要とされているか」、「問題を解決するにはどのようにしたらよいか」ということをつねに考えて行動する。時には、狭義の精神保健の領域をこえて、より一般的な援助（避難所の清掃をする、申請書

表4 災害支援者の精神保健対策

<p>日常的な対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・さまざまなレベルの災害を想定した訓練・演習 ・福利厚生者の充実 ・チーム内のコミュニケーションを図る ・適正を把握した上での配属 ・相談窓口の整備（組織から切り離れた形、家族も利用できるように） ・メンタルヘルスに関する教育：日常のストレスや非常事態ストレスに関して ・家族への啓発 <p>災害現場での対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・交代体制の徹底 ・大きく影響を受けた職員の把握と危機介入 被災職員への対応：情報の収集、業務の軽減 業務内容と、心理的影響を受けた可能性がないかについて確認 ・仲間同士のインフォーマルなサポート <p>活動後の対策</p> <p>①現場から戻った直後</p> <ul style="list-style-type: none"> ・十分な休息：水分と食料（とくに糖分）が補充できるような、清潔な場所の確保 ・活動内容、状況について報告する ・影響を受けたであろう職員の把握 cf：秘密保持に関しては十分な配慮が必要 ・どのような心理的影響が発生するのか、その対処法、および相談窓口について周知 <p>②その後の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・影響を受けたであろう職員に対する介入：相談窓口の利用勧奨など ・心理的影響に関する啓発：講演会やリーフレットの配布 ・心理的症状についてのスクリーニング
--

(文献4)より引用)

類の書き方を教える、子守りを手伝うなど)をも行う。

⑩災害精神保健サービスは、被災コミュニティの特質に合わせたものでなければならない。

⑪被災者への介入のために、精神保健スタッフは、伝統的方法をひとまず脇におき、精神医学的レッテル貼りを避けつつも、積極的にアウトリーチ手法を用いる必要がある。

面接室の中で来談者に面接する、という平時の方法は災害時にはほとんど役に立たない。スタッフ自らが災害の場に赴いて、現場のニーズを把握する必要がある。

⑫積極的で真摯な関心と配慮があつてはじめて、被災者は援助に応じる。

⑬介入は災害の時期に合わせて行わなければな

らない。

たとえば、災害直後に被災者に被災体験について詳細に問うのは好ましいことではないが、災害直後の混乱が終息した後に、被災者が被災体験を言語化できるように援助することは治療的である。

⑭回復の鍵となるのは、援助システムである。

災害前からの家族やコミュニティの互助的機構を尊重し、活用する。公的な災害システムは、そのような援助システムから切り離されてしまった被災者を中心に供給するようにする。

V

バーンアウトのリスク

精神保健従事者も、災害時救出活動の中でバーンアウトする危険を持っている。以下のような状況がみられるとき、バーンアウトする可能性がある⁹⁾ので注意を要する⁹⁾。

- ①深刻な相談を人からよく受ける。
- ②話を聞いたあとで、おちこんだり気分が悪くなったり腹が立ったりする。
- ③相談されてどうしたらいいかわからなくなる。

④助けようと思っているうちに深入りし過ぎる。

⑤（以前のように）援助に熱意が持てない。

⑥仕事が忙しく、日常生活にも影響がある。

⑦身近に、仕事について相談できる人がいない。

⑧自分の仕事の大変さを家族は理解していない。

⑨上司、同僚は自分の仕事について理解していない。

おわりに

以上、PTSDの症状や、トラウマの性質、集団毒物汚染被害の分類とその特徴、その際の精神保健上の注意点、災害精神保健領域の災害前準備の前提として共有されるべきコンセンサスなどについて概説した。

生物化学兵器テロというこれまでとはまったく異なった災害に直面した場合の、心理的ケアは暗中模索というのが現状であるが、それにも拘わらず、心構えと適切な対応が求められるのである。

(参考文献)

- 1) 大塚俊弘、他：精神科診断学体系におけるPTSDの位置づけ。臨床精神医学講座6 外傷後ストレス障害 松下正明総編集、中山書店、3-17、2000。
- 2) 高橋三郎、大野 裕、染谷俊幸訳：DSM-IV。精神疾患の分類と診断の手引き、医学書院、169-170、1995。
- 3) 小西聖子：トラウマの心理学。NHK人間講座、日本放送協会、2001。
- 4) 金吉晴、厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班編集：心的トラウマの理解とケア。じほう、2001。
- 5) 岩井圭司：災害前準備の原則と防災計画—大規模都市災害後のPTSD予防に向けて。臨床精神医学講座6 外傷後ストレス障害 松下正明総編集、中山書店、121-130、2000。
- 6) Myers D : Key concepts of disaster mental health. Disaster Response and Recovery ; A handbook for mental health professions, Myers D (ed), pp1-5, Center for Mental Health Services, US Department of Health and Human Services, Montrey 1994.