

# 外傷後ストレス障害 (PTSD) に関する治療心理学的研究

～極度のいじめの事例を通して～

鹿児島大学教育学部治療心理学研究室 久留 一郎

同 上 研究生 餅原 尚子

(1995年10月16日 受理)

A Psychotherapeutic Study on the Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

～A follow up study of severe bully (ijime)～

HISADOME ICHIRO and MOCHIHARA TAKAKO

## 1. はじめに

わが国においては、外傷後ストレス障害 (PTSD: Post-traumatic Stress Disorder) の診断基準が数年前までは一般化していなかった (久留, 1990, 1991, 1992, 1993)。そのため、実際は、その時代的背景により、よく知られた既存の神経症的概念 (戦争神経症, 外傷性神経症, 災害神経症, 補償神経症など) により、治療的アプローチや援助がなされていたものと推測される。

PTSD についての診断的概念は、奥尻島地震, 今回の阪神・淡路大震災以降, ようやく注目をあびるようになってきた。それには幾つかの理由が考えられる。

1980年, DSM-III (APA: 米国精神医学会) においては, 独立した診断基準 (不安障害の一つ) として, 既に規定されていたが, 我が国の多くの臨床家が用いる ICD-9 (WHO: 世界保健機関) には記載されていなかった。そして, 1992年, ICD-10 (表1) において初めて, 新しい臨床的単位として採用されたという経過がある。なお, DSM-IV (1994) においては, PTSD (表2) と急性ストレス障害 (ASD: Acute Stress Disorder) に分類している (表3)。

現在, 自然災害での大量発生に視点が当てられているが, 日常的状況の中での「人的災害 (事件, 事故, 極度のいじめなど)」による PTSD が見えにくくなっている恐れがある。自然災害のみならず, 身内や身近に発生する, 日常的状況での臨床活動は一層重要なことである。

筆者は1989～1990年にかけて, ロンドン大学・精神医学研究所 (モーズレイ病院) にて, PTSD についての心理学的研究と臨床経験を持つ機会があった (久留, 1990) ので, 以下に紹介する。さ

らに、極度のいじめによる PTSD の事例を通して、心理治療的アプローチと今後の展望について述べてみたい。

表1

ICD-10 (1992)

---

**F43.1 外傷後ストレス障害 Post-traumatic stress disorder**


---

ほとんど誰にでも大きな苦痛を引き起こすような、例外的に著しく脅威的な、あるいは破局的な性質をもった、ストレスの多い出来事あるいは状況（短期間もしくは長期間に持続するもの）に対する遅延した、および／または遅延した反応として生ずる（すなわち、自然災害または人工災害、激しい事故、他人の変死の目撃、あるいは拷問、テロリズム、強姦あるいは他の犯罪の犠牲になること）、人格傾向（すなわち強迫的、無力的）や神経症の既往などの素因は、症状の発展に対する閾値を低くするか、あるいは経過を悪化させるものかもしれないが、その発症を説明するのに必要でもなければ十分でもない。

典型的な症状には、ある種の「無感覚」と情動鈍化、他人からの離脱、周囲への鈍感さ、アンヘドニア、外傷を想起させる活動や、状況の回避が持続し、そのような背景があるにもかかわらず生ずる侵入的回想（フラッシュバック）あるいは夢の中で、反復して外傷を再体験するエピソードが含まれる。一般に、患者にもとの外傷を思い起こさせる手がかりとなるものへの恐れや回避がある。稀には、外傷あるいはそれに対するものとの反応を突然想起させる、および／または再現させる刺激に誘発されて、恐怖、パニックあるいは攻撃性が劇的で、急激に生じることがある。通常、過剰な覚醒をとまなう自律神経の過覚醒状態、強い驚愕反応、および不眠が認められる。不安と抑うつは通常、上記の症状、および徴候にともない、自殺念慮もまれではない。アルコールあるいは薬物の過度の服用が合併する要因となることがある。

外傷後、数週から数カ月にわたる潜伏期間（しかし6カ月を越えることは稀）を経て発症する。経過は動揺するが、多数の症例で回復が期待できる。一部の患者では、状態が多年にわたり慢性の経過を示し、持続的人格変化へ移行することがある（F62.0を参照）。

<含>外傷神経症

---

表 2

DSM-IV (1994)

## 309.81 外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder

- A. 患者は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事を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。  
☐ 子どもの場合はむしろ、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。  
☐ 小さい子どもの場合、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。  
☐ 子どもの場合は、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）。  
☐ 小さい子どもの場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
  - (4) 外傷的な出来事の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) 外傷的な出来事の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、全般的反応性の麻痺。
- (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) 他の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、子ども、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カ月以上。
- F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、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カ月未満の場合  
慢性：症状の持続期間が3カ月以上の場合
- ➡ 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カ月の場合

表3

DSM-IV (1994)

## 308.3 急性ストレス障害 Acute Stress Disorder

- A. 患者は、以下の2つがともに認められる外傷性の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。
- B. 苦痛な出来事を体験している間、またはその後、以下の解離性症状の3つ(またはそれ以上)がある。
- (1) 麻痺した、孤立した、または感情反応がないという主観的感覚
  - (2) 自分の周囲に対する注意の減弱(例：“ぼうっとしている”)
  - (3) 現実感消失
  - (4) 離人症
  - (5) 解離性健忘(すなわち、外傷の重要な側面の想起不能)
- C. 外傷的な出来事は、少なくとも以下の1つの形で再体験され続けている：反復する心像、思考、夢、錯覚、フラッシュバックのエピソード、またはもとの体験を再体験する感覚、または外傷的な出来事を想起させるものに暴露された時の苦痛。
- D. 外傷を想起させる刺激(例：思考、感情、会話、活動、場所、人物)の著しい回避。
- E. 強い不安症状または覚醒亢進(例：睡眠障害、易刺激性、集中困難、過度の警戒心、過剰な驚愕反応、運動性不安)。
- F. その障害は、臨床的に著しい苦痛または、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。または外傷的な体験を家族に話すことで必要な助けを得たり、人的資源を動員するなど、必要な課題を遂行する能力を障害している。
- G. その障害は、最低2日間、最大4週間持続し、外傷的な出来事の4週間以内に起こっている。
- H. 障害が、物質(例：乱用薬物、投薬)または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものでなく、短期精神病性障害ではうまく説明されず、すでに存在していた第1軸または第2軸の障害の単なる悪化でもない。

## 2. PTSD 概念の研究史

PTSD という呼称名は、欧米においては、一般市民や臨床家の間で極めて一般化されたものとなっている。その経緯について、森山(1990b)の研究を中心に、諸外国の研究と、わが国のPTSD研究の歴史を紹介する。

## ①イギリスにおける研究

イギリスにおける論議の発端は、19世紀半ばとされるが、一挙に関心が高まったのは、第一次世界大戦であり、精神分析的な治療報告が多い。

1951年、Futtermanらが、退役軍人における戦傷神経症の5年後を調査した結果、症状が初診時と全く変化していない事実が判明した。しかも、その症状は、戦闘員よりも、衛生兵や死体処理班員などの非戦闘員に多くみられたという。

Futtermanらは、患者を治療した体験から、患者が補償要求のために症状を生み出しているとは感じられないと述べた。さらに重要なことは、患者の繰り返しの訴えを忍耐強く聴くことで、次第に話題が症状以外の内的生活、家庭生活に広がったときが心理療法の好機であると記述している。

しかし、Miller(1961)が、半数は病前性格に問題があり、補償問題が片付くと症状が消えたことを主張したことにより、補償神経症の概念は影をおとすことになった。

この Miller の考え方に一矢を報いようとしたのが Taylor であった。

Kelly も、早期治療が有効なことを説く一方で、真正な訴えをもって受診する患者を無知なる医者が門前払いしたり、仮病扱いすることによって、患者を追い詰め、症状を憎悪させると強調している。また Kelly は1981年に至っても、補償処理とは無関係に症状が持続することも多く、加齢とともに予後は悪くなると発表した。

イギリスでは、1980年代になってようやく、Miller 流の災害・補償神経症の考え方が払拭されたといえる。

## ②オーストラリアにおける研究

オーストラリアでは、当初、Miller の影響を受けていた。しかし、Balla らが補償問題の解決と症状の消褪を調査し、相関がみられないことを見出した。

1982年、Mendelson は、補償神経症という呼称は罪作りであり、bio-psycho-social な研究が必要であるとして、DSM-III の考えを紹介した。

最近では、1987年、Watson がオーストラリアとニュージーランドにおける PTSD 研究を展望している。彼によると、PTSD に免疫を持つ人間は存在せず、誰にでも起こり得、早期治療の方が改善の見込みがあり、慢性化すると回復は困難であると述べている。

## ③アメリカにおける研究

アメリカにおいては、1960年代になり、Hirschfeld と Behan が工場災害の被害者300例の鑑定経験を発表した。

1962年、Archibald らは、第二次世界大戦における戦闘ストレスの15年後を調査した。そして持続する症状に重要性を認め、一層の研究が必要なことを強調した。

ナチの収容所生存者23名の15年後の症状を調査したのは Chodoff であり、個々人の背景が多様であるのとは対照的に、症状が酷似していることを見出している。

1963年、Leopold らは、タンカー爆発による外傷神経症の予後を報告した。各人の病前性格は異なるのに症状は均一であった。さらに、船員の場合、補償は完備されており、補償要求が無意識的にしろ意識的にせよ、症状に影響を与えるとは考えられないと強調した。

1965年、Davidson は、精神的健康は労働能力の有無でなく、happiness capacity で測るべきだとし、患者たちは断罪ではなく援助を必要としていると主張した。Mann らは、司法側から医師に対して、診断技術の欠如、外傷神経症という概念のあいまいさ、医原病的要素、そして医学と法律との間の誤解が、問題解決を困難にしていると述べている。

1972年のヴァージニア州で発生した鉦滓ダムの決壊2年後においては、被災者の8割が外傷神経症の症状を呈していた。また、住民が共同体を失ったことの精神的打撃は大きく、個人的外傷とともに、collective trauma という概念も提唱された。

アメリカで初めて症状が注目されたのは南北戦争期であり、第一次大戦で、“shell shock” “war neurosis”, 第二次大戦で “combat exhaustion” “combat fatigue” がクローズアップされ、ヴェトナム戦争でようやく PTSD の概念が生じるに至ったという。

メニングガー・クリニックで過去25年間に来談した事故後の精神症状をもつケースは数百人にのぼり、PTSD が最も多かったという事実は、PTSD の重要性を如実に物語っている。PTSD は決して稀な疾患ではない。

#### ④ドイツにおける研究

ドイツで最初の論争の口火を切ったのは、19世紀末の Oppenheim である。彼は、外傷神経症ないし外傷神経精神病という呼称を提唱し、根底に器質的障害を想定した。

20世紀に入り、Nonne は、外傷性神経症などではなく、賠償責任に対して生じた反応的障害であると断じた。Gaupp も、器質的なものではなく、心因的なものにすぎないと主張した。また、災害があっても外傷神経症をきたさない者もいると主張する諸氏もいた。

この頃、第一次世界大戦後の戦争神経症に対しての治療報告がなされていた。

一方、Freud は、戦争神経症を自分の神経症理論の中にとりこんでいる。1918年、Bleuler は、災害神経症を、驚愕神経症、外傷神経症、年金好訴症、外傷ヒステリーという4型に分類している。

このように、器質論、ついで心因論に傾いた学会の潮流は、1930年前後になっても論議が入り乱れている。第二次世界大戦後も議論は続いた。

1970年代に入り、Luthe は、補償にあたっては、病前の負因とは無関係に、災害によって起こされた人格の問題を評価すべきだと説いた。

Foerster は、1984年、保険査定や鑑定に際しての留意点として、症状の程度、病前性格、外的状況、内的葛藤をみて総合判断をすべきであり、年金と症状は無関係であることや治療報告が少ないことを訴えた。

最近、Oberdalhoff は、高齢の PTSD 慢性患者に心身的リハビリテーションを施した経験を発表しているが、改善率は17%にすぎず、治療にとりかかるには遅きに失する例が多いことをなげいている。

以上の如く、ドイツ語圏では、現在も米国流の PTSD 概念が研究者に深く浸透しているとは言い難いものの、議論自体は息長く続けられている。

#### ⑤フランスにおける研究

今日でいう PTSD の臨床例を、フランスで最も早く論述したのは、おそらく Charcot であろう。彼は、1888~1889年の臨床講義の中で、列車事故に遭った56歳の男性例を紹介している。その症例を外傷ヒステリーとしたが、そのヒステリー症状の基盤に器質病変を想定しており、その意味では器質論者といえよう。

20世紀に入り、第一次世界大戦を契機として報告が急増する。

1917年、Mairet らは、従来、脳振盪症候群として一括されていた症状から、感動症候群を区別した。これは遅発性で、現在の PTSD の臨床像と重なり合う。Mairet らは、この症候群の基底に、やはり大脳機能の障害を想定した。

1918年、Cullerre は、戦争神経症に関する英国での知見を披瀝し、心理療法が有効だとしている。

Riese は、原因探究の困難さを再認識した。少なくとも患者の訴えこそ重視すべきで、患者のおかれた状況から多面的に症状を分析する立場を説いた。また、病前性格を問題にする体質論を警戒し、補償要求こそが障害の原因だとする見解を、馬鹿げていると一蹴した。

第二次世界大戦後、1956年、Sivadon らは発端となった事件を患者自身が忘れていたこともあり、綿密な病歴聴取が大切で、法医学的にも重要問題であると注意を促した。また彼らは、きっかけとなった事件と同じ時期に毎年症状が憎悪する「年周期性」の存在も指摘した。

1984年には、フランス精神医学大会で、「出来事」の概念の再検討、外傷神経症における悪夢、海軍での経験、空軍、軍隊での驚愕反応、テロリズム、戦闘による負傷者の精神科的治療、戦争ヒステリー、1940年における戦争精神病、アメリカのバッファロー・クリーク決壊事故、飛行機ハイジャック、収容所、将来への危惧、Anticipation の問題などが討議された。

Porot は、戦争や災害、犯罪などにおいて生き残った人間に生じる罪責感について広範な展望をしている。

1986年、Shalev らは、急性期の症状の重篤度は予後と無関係であり、戦闘前の精神科的既往や神経症傾向も、その後の PTSD 発症と無関係であることを指摘した。

最近では、パリ陸軍病院の Juillet が、米軍のベトナム帰還兵における PTSD の研究について紹介をした。これによって PTSD は、フランス精神科医たちの間にも市民権を得たといえる。

## ⑥わが国における研究

わが国での研究は、20世紀になって始まっている。まず、工場災害、暴力、頭部外傷がきっかけとなった症例報告や、症状を驚愕反応とみなす見解が出た。

第一次世界大戦後は研究も増えた。しかし、本格的な論考が出るのは第二次世界大戦を契機としてであり、その筆頭に桜井の業績がある。桜井の基本的立場は、いわゆる器質論も詐病論も斥けた心因論であるが、戦時神経症を平時の神経症と区別はしていない。

広島原爆投下後3カ月で調査した奥村らの述べる症状は、今日の PTSD のそれと大差がない。鉄道事故や戦争以外に、この分野におけるわが国の研究を促進したものは、炭鉱事故、頭部外傷、一般災害などである。

1960年代、太田は、誤解を生みやすい外傷神経症という概念を廃止し、「災害後の神経症」と呼ぶことを提唱した。さらに患者の症状は、賠償が欲しいためではないと明言した。そして、一例、

一例に丁寧な深層心理学的解明が必要であると強調した。

このような人間学的な見解は、1970年、畑下によって一層深められる。畑下は、人間存在の基盤が崩れて、人間的に傷つくのが「被災体験」であり、したがって通常の病気のような一定の型はなく、多様性がみられることを強調した。

1980年代以降になると、災害神経症に触れるのがタブーであるかのように、研究は激減した。

PTSDは人間の生命、存在に重篤な危機感情を及ぼす総ての現象が、症状発生の引き金になる可能性があると言われている。例えば、戦争、誘拐、暴力や極端ないじめ、レイプ、交通事故、火災などの他、自然災害、様々な家庭内の不遇な事件、難民、ハイジャック、収容所体験などである。我が国の災害状況から、PTSDに苦悩する人間が存在することは否定できないものと思われるが、その臨床的報告は極めて稀である。

筆者は、ロンドン大学精神医学研究所モーズレイ病院においてロンドン市内で起きたケース（テムズ川での遊覧船の転覆事故、地下鉄駅での火災事故、家族内での性的虐待など）についての臨床体験を有する機会があった（1989）。

帰国後、筆者の心理相談室へ来談した過去約20年のケース、延べ700ケースについて、掘り起こしてみた。そのうち、5ケースはPTSDであることが判明した（いずれも事件、事故後に発症している）。それらのケースについては、異なった診断名（心因反応など）がつけてあり、本人のPlay Therapyと母親への心理面接により、治療していたものの、汗顔の至りである。

正確な診断が、適切な治療や援助につながることを考えると、早急に、この診断名（PTSD）を臨床医学や臨床心理学、保健学や看護学などの分野において定着化させ、治療や援助の方法の確立が急がれねばならない。

### 3. PTSDの診断

PTSDほど時代の思潮の波に翻奔された概念はないといわれる（森山，1990b）。

戦争神経症の研究が進んだ結果、アメリカ精神医学会の診断基準（DSM-I，1952）に「大ストレス反応」の項目がたてられた。それまでの、病前性格や幼少時の体験を重視する神経症理論とは一応離れて、自我の耐え難い体験と、ストレス状態そのものに注目して、診断項目が新しく作られた。

しかし、アメリカはしばらく大戦争のない平和な時代が続き、1968年の改訂診断基準（DSM-II）では、「大ストレス反応」の項目は消えてしまった。その後、ヴェトナム戦争の帰還兵に、今にまで至る多数のヴェトナム戦争神経症が出現し、1980年の改訂診断基準（DSM-III）で「心的外傷後ストレス障害」として復活した。WHO（世界保健機関）においては、国際疾患分類基準、ICD-10（1992）に初めて登場した。いずれも、「不安障害」として位置づけられているが、かな



り多くの研究者が、PTSDは、診断や治療が難しいと述べている（Brettら、1985）。その理由として、以下の点が主張されている。

- ①患者自身が、心的外傷をもたらした事件について語りたがらない。
- ②アルコール依存症や、薬物依存症のように、基底にあるストレス障害の症状として現れる二次的障害によって隠蔽されていることがある（KardinerとSpiegel, 1947）。
- ③PTSDの諸症状は、それ以外の障害の諸症状と一致するか、あるいは非常に似ている。
- ④外傷性イメージの性質は、あまりにも、誤解されすぎている。

以上の理由には、きわめて重要な臨床的意味がある。誤診が行われると、治療処置も不適當なものとならざるを得ない。仮に、PTSDを誤診すると、臨床像は、多くの場合改善されないか、もしくは悪化することになるといわれる（Brettら、1985）。

さらに、①比較的長期間の記憶喪失、②記憶の蘇生に対する防衛機制、③聴取しようとする臨床家の動機に対する不信、④患者自身が内面の経験を表明することが不可能である、などのことから、自己の外傷に対する反応を詳細に報告することは非常に困難であることがいえよう。（Brettら、1985）。

DSM-IV（1993）による診断基準の症状は、表2のように、「事件の心理的再体験」「類似状況の回避および反応の鈍化」「過覚醒」の3種に大別できる。

これらの症状は、心理学的な立場から「防衛機制」として説明はできる。つまり、「反復」による不安の克服、「否認」による脅威の回避、「転換・身体化」によるストレスの発散の3様式である（森山、1990a）。

この諸症状のうち、どれが中核症状であるかは確定されていないが、例えば、回避行動や反応鈍化は恐怖症やうつ病でもみられるし、過覚醒は恐慌発作（panic disorder）や不安障害全般に生じうる（Friedman, 1988）。

Panic disorder等との鑑別の大きなポイントは、DSM-IVのA領域にあらう。

以上のことから、PTSDの症状に関する留意点は、面接者によって根掘り葉掘り聞き出されることが外傷的体験を強化するため、症状と病歴を表明することに強い抵抗が生じ、主訴と症状の間にズレが見られることにある。

例えば、レイプの犠牲者が特にそうであり、羞恥心に加えて、訴えること自体が反復体験を強化するため、症状と病歴を語りたがらない。小児期のPTSDにおいては寡黙的傾向が強く、一見、記憶喪失を伴っているかのように見えることがある。

従って、診断にあたっては適切で極めて慎重な面接（Intaking）が重要であり、治療者サイドからの通常のインタビューでは、その徴候も見逃されやすい。

#### 4. 出現率と発症の時期

米国では一般人口の約1%がPTSDの既往を持つとされる(Helzerら, 1987)。事故後の「精神的ショック」で裁判沙汰になっている場合, 事情聴取, 喚問などにより, 23%がPTSDになってしまう(Bellら, 1988)。通常の災害事故で一般病院に入院している患者は, 半年後に1~4%の割合で本症に苦しむという(Malt, 1988)。つまり, 多くの被害者は, 内科(リエゾン)へ援助を求めているといえよう。不定愁訴の背景には, 言葉で語れない, 心の叫びが隠されている。

ヴェトナムで負傷した帰還兵156人の調査研究(Pitmanら, 1987)では, 既往も含めてのPTSD確実例および不確実例は4割にも達する。スクールバスのバスジャックでは, ほとんどの子どもが発症しているし(Terr, 1983), ホテルの空中回廊が崩壊して114人の死者と200人の負傷者が出た事故では, 被災者だけでなく, 惨事を目撃者や救急隊員にまで症状が及んでいる(Wilkinson, 1983)。ヴェトナム帰還兵のPTSDでは, 激烈な戦闘を体験した者ほど発症しやすく, 残虐行為への参加・目撃が特に発症に結びつく(Gradyら, 1989)。犯罪の被害者を調べたKilpatrickら(1989)は, PTSD発症群と非発症群を比較し, 前者には生命への脅威, 身体損傷, 完遂されたレイプが有意に多かったことを立証している。

ただ, PTSDの特徴として精神科的治療の遅れが指摘されているが, 米国でも交通事故後のPTSD患者が精神科を訪れるまで, 平均29週を要している(Burstein, 1986)。精神科受診が遅れるほど, 治療からの脱落も増える。その点, 総合病院内精神科の存在は重要で, リエゾン-コンサルテーション529例のうち, 4%にPTSDがみられ, うち, 一番頻度が高いのは交通事故後のものであった(Burstein, 1984)。

このように, PTSDの出現率は, およそ4%といわれるが, 状況によっては50%以上の出現を見ることがある。

発症の時期は, 直後の発症は少なく, 災害や事故後, 数週間から6カ月以内といわれているが, 6カ月以上経過して発症するケースもある(発症遅延)。

身体医も家族も, 患者の症状が何に由来するのかわからず, PTSDに苦悩する人間は, “worse than death”と嘆き悲しむ(Rose, 1986)。事故の犠牲者にされたという絶望感にうちひしがれる人間に, 治療のルートもないという二重の“helplessness”を味わわせてはなるまい(森山, 1990a)。

#### 5. 症状に影響を及ぼす心理的因子

Lauferら(1985)は, 戦闘後のPTSDについて, 客観的な戦闘の激しさよりも, 本人の叙述する主観的な戦闘の残酷さを重視すべきだと主張している。

同様に, Foaら(1989)も, 実際の脅威(actual threat)よりも, 知覚された脅威(perceived

threat)の方が重要であると強調している。後者を構成する二大要因、「自分の意志による行動の制御がまったく不可能な状態 (Uncontrollability)」と「まったく予測不可能な突発的な災害、事故状況 (Unpredictability)」の程度によって症状の重篤さは変わってくる。

例えば、同じレイプでも、思いもよらぬ自宅で、絶体絶命の中で遭遇すれば、PTSDに高頻度に結びつくという。McFarlane (1988) が報告する全盲者における PTSD は、信頼していた男性によるレイプ、安全なはずの横断歩道での交通事故、隣人からの暴力行為がそれぞれ契機になっている。

その本人が「いかなる状態でその状況を体験し、認知した (受けとめた) か <person × situation> という心理的意味」が症状に大きな影響を与えている (Wilson ら, 1985)。

## 6. 外傷体験以前の諸要因

Watson ら (1988) によるヴェトナム帰還兵 PTSD 患者の病前調査では、思春期の非行、飲酒、社会参加などは対照群と差がなく、病前の行動異常が事件を引き金に PTSD に発展したとする見解を否定している。また召集前の社会適応や犯罪歴、軍隊内での適応でも有意差は出ていない。

Bell ら (1988) は、北アイルランドで、暴力行為や人質などの事件後に PTSD を呈し、訴訟になっている事例を調査した。社会階層、職業的地位、宗教、子どもの数、精神科的家族歴、人生早期の親との離別、精神科的既往、病前の性格異常、夫婦関係、飲酒歴、勤務態度、知能水準などで差はなく、どういう人間が PTSD に陥るかを予測するのは困難であるとした。1985年のメキシコ大地震後の PTSD でも、ほとんどの発症者はそれまで全く正常な生活を送っていたという (角川, 1988)。

年齢については、Solomon ら (1984) が戦闘員の PTSD に33歳以上の既婚者が多いと報告し、心的外傷後の後遺症がより深刻に受け取られやすいのが原因だとみた。しかし、生活上、責任を感じなくてもすむ世代が、PTSD に無縁なわけではない。子どもの例として、殺人や自殺の目撃、戦乱、癌、近親相姦などが契機となった PTSD が観察されている。スクールバスがバスジャックされ、生き埋めの危機にさらされた25名の子どもの調査 (Terr, 1983) でも、子どもは大人よりも外傷体験に強く、回復力も早いという期待が誤りであることを示している。

以上のように、病前の社会適応の悪さや人格変奇にのみ PTSD の原因をおく考え方は、確固たる根拠を得ていない。

したがって、この様な状況に陥った場合、誰もが PTSD になる可能性がある。

## 7. 被害者の心理的状況

ケースによっては、災害や事故の被害者 (PTSD) は治療者に対して、敵 (加害者) か味方 (援

助者)かという二者択一的態度を、災害や事件・事故の事態と同様、同一視的に反映する傾向を示すことがある。

被害者や被災者の心理的世界は、他人(対外的状況)のせいで自分の人生を台無しにされたという意識が生じやすくなる。そのため、一方的で権威的な治療者に対して、疑心暗鬼の感情や反抗心を持つ場合がある。また、サバイバルとして生き残ったものの、亡くなった人のことを思い、自責の念や罪障感を持つ人もいる。

例えば、レイプされた人間は、therapistを“the rapist”とみなしかねない(Rose, 1986)。

したがって、治療的、援助的接近においては、被害者、被災者に対して受容的で、共感的なかわりをいっそう重視すべきである。

「クライアント自らが苦痛や苦悩を自然に表明し、訴える場合を除いて」、執拗なインタビューは厳に慎むべきである。今は触れられたくない心の傷を、更に深く傷つけることになる。

さらに、救命する救急隊の側に PTSD が出現することがあるので、被災者のみでなく、救命する側の心のケアも重要である。救済できなかった人のことを思い、苦悩する人間もいることを忘れてはならない。

## 8. 法的問題

PTSD の多くは、一家の大黒柱を突然襲うものであり、慢性化しやすい。例えば、戦争捕虜によるものは、40年後も症状に苦しんでいる(Millerら, 1989)。応分の補償が問題になると同時に、年余にわたる治療も必要になるが、現行のわが国の制度はいまだに旧来の認識上に立っている。障害の認定基準も時代錯誤的である。PTSD が法的な論議にもちこまれた場合、よく問われるのが、「病前の異常性」、「事故との因果関係」、「詐病の可能性」、「補償と症状の関係」、「障害の程度の評価」などである(森山, 1990a)。

まず、第一点「患者は事故前から既に病的だったのではないか」という疑問に対しては、すべてを事故前の要因に帰することは無理である。病的ではないとしても、「脆弱性」を責めたてる態度は、“thin skulled person” “eggshell personality” と難詰するのに似ている(Hoffmanら, 1989)。

第二点、事故と症状の因果関係が判断困難になるのは、事故後長年月を経て起きた遅延性の PTSD や、間を置いて二度の事故に遭遇した場合である。加えて、発症してから精神科に受診するまでの期間が長過ぎるのも、判定を難しくしている(森山, 1990a)。

第三に、PTSD に関連して詐病を考察した論文は少ない。症状の動揺性と解離症状の存在から、非専門家の目には詐病と映るかもしれないが、一般的に詐病が極めて稀なものであることは、多くの精神医学的研究が示している(Skerritt, 1987)。まして PTSD の複雑な症状を長期にわたって故意に創出し得るとは考えられない(Modlin, 1983)。

第四は、症状に対する補償問題の影響である。Burstein (1986) は、PTSD の人間を、交通事

故後で補償問題が絡む群と、肉親喪失後の補償問題無縁の群を比較しているが、症状の強弱を含めて、治療態度に差はない。Silverman (1986) の展望でも、十分な補償がある環境でさえ PTSD は起こり、職場復帰の時期も裁判の継続とは関係ないことが示されている。

第五に、労働能力の低下や障害の程度の評価が問題になる。この場合、左指一本の損失がヴァイオリニストには致命的であるように、心理的にも、仕事に対する価値観を考慮しなければなるまい (Modlin, 1983)。

このような法的係争は、PTSD に苦悩する人間を矢面に立たせ、苦痛な過去の事故を強制的に再体験させて苛む (Silverman, 1986)。Solomon ら (1989) は、Life events の概念が negative な面ばかりを強調した点を反省し、事故後の “happy and positive life events” が、PTSD の発症や憎悪を防ぐバッファの役目をすることを示唆した。しかし、法廷闘争はその可能性の芽を摘み取ってしまう (森山, 1990a)。

## 9. 今後の問題点

今後に残された課題は多く、Denny ら (1987) は、次の 8 項目を目標として挙げた。

- ① ストレス要因の分類
- ② 症状と亜型分類
- ③ 発症しやすい性向と文化差の評価
- ④ 先行あるいは併存する精神障害の判定
- ⑤ 病前あるいは併存する人格障害の評定
- ⑥ 症状進行の度合いの評価
- ⑦ 現環境のストレスと対人関係の評価
- ⑧ 二次疾病利得と治療姿勢の評定

である。

さらに、治療の開発、薬物療法のコントロール・スタディ、精神療法の効力判定なども責務である (森山, 1990a)。

また、PTSD における未解決問題として McFarlane (1988) は、以下の点を挙げている。

- ① DSM-Ⅲは、ヴェトナム戦争終了後に刊行されたが、最初に、この戦争で精神障害を起こした患者が少なすぎると批判された (Boman, 1982)。その後遅れて、精神科的な病態の本質が認識されていったが、臨床家が PTSD の初期の現象学や、心理的苦痛と障害の違いを理解しているのかという重大な疑問が生じた。
- ② 慢性的に PTSD を持った大部分の者が、他の精神疾患を併発していると診断されている (Davidson ら, 1985; Escobar ら, 1983; Sierless ら, 1983) ことは、併記された診断が真の現象であるのか、それとも、PTSD の診断基準の特異性がないことを示すのかという疑問が生じる。

- ③ PTSDの有効性が、カンボジアの集中キャンプの生存者を対象にした異文化間の研究で示されたが(Kinzie, 1984), 心的外傷となった出来事は違う型なのに(例; 戦争を天災と比較する), 同じ型の現象を導いているのではという批判(Horowitz, 1973)に対して検討がほとんどなされていない。
- ④ 大多数の研究は, PTSDの現象学を, きっかけとなる出来事に遭遇して, 何年も経ってから検討していることである(Atkinsonら, 1984; Davidson, 1985; Escobarら, 1983; Pearceら, 1985; Sierles, 1983; SilverとLacona, 1984)。心的外傷となった出来事が過去のものとして不鮮明になるにつれてPTSDの現象が変化するか否か, という議論がほとんどなされていない。特に, 時が経つにつれて, 診断基準の特異性と感度に変化するか否かを検討した, PTSDの現象学的進展を迫った縦断的研究はなされていない。
- ⑤ PTSDの現象学は, 悲しみといった極端な心的外傷を受けた人が示す違う型の感情的認知的心痛と関係づけて検討される必要がある。異なる型のストレス反応は, 現象学的並びに精神力動的な見方で考える必要がある。

## 10. 治療的アプローチについて

Somnierら(1986)は, PTSDに対する精神療法を三段階に分けている。第一段階で実際に何が起こったかを詳細に点検し, 次に事故後, 抑えられていた感情を徐々に解放し, 最後に現実を再構成するというものである。Emeryら(1985)は, 治療同盟を深めていく中で, 防衛を和らげ, そのあと明確化や直面化, 解釈を行っている。

行動療法においては, relaxationと組み合わせたimplosive (flooding) therapyが推奨されている(Keaneら, 1989)。この方法は, 再体験症状や不安反応, 睡眠障害には有効であるが, 収縮感情や回避行動にはあまり効果がない(Cooperら, 1989)。

集団療法は, 特にレイプ被害者や, アルコール依存症が合併したPTSDに用いられる。その他, 家族療法も工夫されている。

家族は援助者であるとともに犠牲者であるという二重性をもつ。また, 事故の被害者だけでなく, 支援者への社会的な支持も忘れてはならない。キャンパスでの暴力行為も急増し, それによるPTSDを防ぐための特別な救護チームを作っている大学もある(Utterbackら, 1989)。

重要なことは, 治療の際, その人間の文化的背景への配慮が必要である。

以上, 様々な治療的アプローチが試みられているが, 筆者の臨床経験から, 治療や援助のポイントを要約すると, 以下のようなになる(久留, 1990)。

- ① 実際にどのような災害や事故, 事件的状況であったのかを, あらかじめ慎重に分析, 理解しておくこと(本人から直接きくことは, 想起や再体験になる危険性がある)

- ②次に、災害や事故後に抑制されていた感情を、受容的、共感的関係の中で解放すること（カウンセリングによる自己表明の促進：本人が言いたくないことを無理に聞き出したり、表現させることは危険であり、本人の表明を持つことも大切）
- ③最後に、現実を再構成し、被災者や被害者の未来に対する、「生きる意味の確立」（本人の未来が明るく展望できるような精神的、経済的、環境的配慮、また、自己表現的生き方が確約されていることなど）

## 11. 事例（N.T.）

治療過程においては、特に配慮する必要がある、以下に事例を通して報告してみたい。

N.T. 17歳1カ月、男子。生育歴など、特に問題なく、心身ともに健康。第一人と両親の4人家族。家族的にも特に問題はみられなかった。成績はかなり良好であり、クラスでもリーダーシップをとり、友人や教師からも信頼されていた。

クライアントは、第一志望である、進学中心の某有名私立高校に合格した。入学と同時に寮生活を始めるが、正義感の強い彼に対して、深夜突然の極度のいじめ、精神的、身体的暴力が数カ月続いた。友人は見て見ぬふり、教師は臭いものに蓋の態度であった。中学時代までの楽しい学校生活が暗転した。

その後、嘔吐、睡眠障害、うつ状態、無気力など続き、諸治療機関に相談に行くが、「クライアントが弱いからだ」と責められ、門前払いをうけるだけであった。

幸いに、筆者の講演を聴いていたある精神科医師が「PTSD」を疑い、筆者の相談室を紹介し、来談に至った。

本事例のクライアントの場合、外傷体験を表明することは、過度の緊張や不安、恐怖感を煽り、両親も触れないようにしているとのことであった。初診時も緊張で冷や汗を一杯かいていた。まだ見ぬセラピストに対する不安な気持ちが強かったという。

従って、両親との面接により、原因（外傷時）やその後の事実確認を中心に聴取し、心理的背景を明確にするようにした。また、両親へは、生活環境の中で happy event の体験を作るよう努めてもらった。

同時並行して、クライアントに対しては、原因について直接触れることなく、クライアント自身の現状での心理的安定化を中心に、心理療法を実施した。

また、再体験や外傷追想から、二次的に動悸、肩凝り、首の痛み、胃痛、発汗など、心気的症状が出現したため、image therapy（自律訓練）を併せて実施した。

心理査定においては、心理療法開始前（H.X年10月）に、両親の面接を担当した者が、ロールシャッハ・テストを施行した。

全体的には、ゆたかな感受性、知的機能を有しており、潜在的な資質は高いものを感じさせた。しかし、衝動性や内部緊張は高く、対人不安感情もつよく、不適応状況に陥りやすい状況を呈していた。現状から脱したい欲求が感じられた。

その他、CMI (IV領域)、P-F スタディ、SCT (過去肥大的、抑圧的)、田研式親子関係診断検査 (安定的) を実施した。

### 治療経過とその考察

この時期、ICD-10、DSM-IVはまだ刊行されていなかったため、ここではDSM-III-R (表4) に準拠し、外傷時、およびその後の治療的变化を明らかにした。

表4	DSM-III-R (1987)	一部抜粋
309.89	心的外傷後ストレス障害 Post-traumatic Stress Disorder	
A.	通常の人が体験する範囲を越えた出来事で、ほとんどすべての人に著しい苦痛となる体験をしたこと	
B.	外傷的事件は、持続的に再体験されること (事件に関する反復的想起、苦痛的な夢など)	
C.	その外傷と関連した刺激に対する持続的な回避、または反応性の鈍麻 (事件に関する回避的態度、心因性健忘、興味の減退、对人的疎遠感、感情の萎縮)	
D.	覚醒の亢進を示す持続的な症状 (入眠困難、易刺激性、集中困難、驚愕反応など)	
E.	障害の持続は少なくとも一カ月である	

### 第1期 (H.X年10月~H.X+1年1月; #1~15)

授業中のフラッシュバックに苛まれ、不登校状態が続くが、11月末、高校を退学し、大検の方法を選択した。塾へ通うようになるが長続きしない。部屋に閉じこもることが多かった。

#### <DSM-III-R>

- A: 数カ月にわたる寮内での深夜突然の睡眠妨害、夜間の激しいいじめ、暴力、脅迫などによる恐怖感、不安感の持続。次第に全ての人間が敵となっていった。
- B: 反復的かつ苦痛な夢。教室内における類似体験 (再体験) に対する激しい心理的苦痛とパニック。
- C: 事件の顛末を語ることへの苦痛。過度の外傷追想の回避 (外傷時に関するすべての物を捨てる)。対人関係をもつことの回避、孤立感。過去肥大的で、未来に希望が全くもてない。
- D: 過度の入眠困難 (入眠障害)、睡眠薬も効果なし。易刺激的で痙攣をおこしやすい。些細なことでも憂鬱感が襲い、集中困難、混乱しやすい。過度の警戒心。

クライアントは、なんとか苦痛を克服しようとあらゆる努力をし始める。

「症状との闘い」の時期である。



**第2期（H.X + 1年2月～7月；#16～29）**

塾通いも順調。4月より通信制の高校に通うことになり、次第に大検の目途が付き始める。

<DSM-III-R>

- B：外傷を受けた高校の生徒を目にし、再体験した感じになるが、数時間後には回復。
- C：外傷追想の回避はまだ残存。他者の視線はまだ気になるが、中学時代の同級生とのかかわりは、持てるようになる。次第に対人不安感情も軽減する。
- D：睡眠に対する恐怖感の軽減。痲痺はほとんど消失。易刺激性は若干、残存している。時に憂鬱感が襲いパニックになり、集中困難になる。

その他、クライアントの自己完結主義へのとらわれから、焦りと不安が強くなり、離人感が出現する。

身体的には、外傷体験を想起することにより、不安感、憂鬱感が伴い、発汗し、頭がボーッとすようになる。首の痛みは持続していた。新たに右目の違和感が出現した。

両親は、以前の外傷後の状況はほとんど消失したと喜んでいる。クライアントとは、身体症状に関して、その意味に気づき、自分のペース作りと break down 時のコントロール法について話しあうようにした。

「症状との和解」の時期である。

**第3期（H.X + 1年8月～12月；#30～40）**

大学進学予備校の試験に合格し、入校する。治療開始1年後の10月、大学検定試験に合格。未来への希望を語り始める。

DSM-III-R の B, C, D 領域の症状はほとんど消失。

時に落ち込みはあるが、全体として良い方向へ進んでいる。また、過去へのとらわれも消失し、現状をありのままに受けとめることができるようになり、未来志向的に捉えられるようになった。

その結果、以前のような心氣的症状はほとんど消失した。

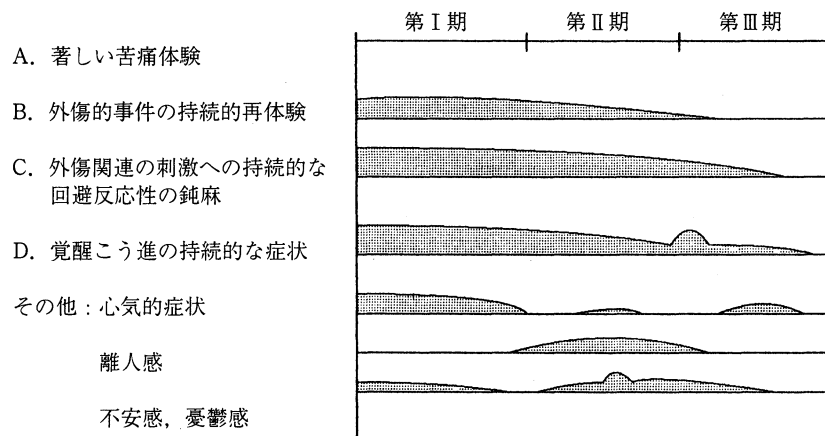
進学のこと話題になり、生きる意味を確立し始める。

「未来への志向」の時期である。

治療開始後約10カ月後（H.X + 1年8月）、治療的变化をみるため、ロールシャッハ・テストを実施した。内部緊張や衝動性の低下、情緒的統制の安定化、自我機能の改善などみられ、未来志向的ニュアンスが出現してきている。併せて CMI（Ⅲ領域）、SCT（過去体験へのこだわりの減少）、MPI（N<sup>+</sup>N<sub>0</sub>型）を行い、ほとんどの症状は軽減していることがわかった。

以上の治療的経過が、図1のようになる。若干、不安定になることもあったが、終結時には、ほとんど PTSD の症状は消失していった。

図1 症例(N.T.)の変化  
DSM-Ⅲ-R: 309.89 心的外傷後ストレス障害 Post-traumatic Stress Disorder



来談に至るまで、クライアントは「PTSD」という診断をされることなく、両親以外の全ての人に対して「敵対」感情、不信感を持っていた。しかし、治療者との出会いにより、初めて「PTSD」であることを告げられた。そのことが「味方」意識を強めていったように思われる。

また、自律訓練を習得することにより、薬も効かなかった「睡眠障害」を克服し、さまざまな身体化現象は消失し、生きることへの自信を持つことができるようになった。

さらに、受容的で共感的なかわり（心理療法）を通して、過去へのとらわれから、「今、ここで」の自己を見つめ、「そして、これから」の自己の生きる意味を見出し、未来へ歩き出したように思われる。

### 13. 現状からの反省と展望

身体や財産の損傷だけでなく、心に傷を受けた彼らの苦しみ、悩み、悲しみは苛酷で悲惨である。絶望感にうち拉がれる人々を治療や援助のルートもないというミザラブルな状況にさらしてはならない。

さらに、一部の PTSD に苦悩する人間は、その症状が多年にわたり、慢性の経過を示すことがあると言われている。従って、治療や援助においては長期的展望に立つ必要がある。

また、「グリーフ・セラピー」、「自助グループ」などによる「癒し」の場を設定し、長期的に集団的援助をする必要もある。

今後の展望として、行政側の取り組みはもちろんのこと、PTSD に対応できる専門家の連携と援助スタッフ（医師、臨床心理士、看護婦、保健婦、PSW など）の養成が早急に問われていることは言うまでもない。

重要なことは、それぞれの専門家が、PTSD の概念についての「きづき」をもち、コンセンサスを得ておくことである。

“PTSDに苦悩する人間は、晴天の霹靂の事故で打ちのめされ、治療医ではなく、無知なる検査医によって虐待され（Modlin, 1983）、法律で軽視されたあげく、家族や友人からも、愛想づかれしていく。そうした悲惨な状況におかれている人間に手をさしのべ、更なる研究を進める責務を我々は担っている（森山, 1990a）。”

#### <引用文献>

- ・ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition.A.P.A., Washington, 1980.
- ・ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition-revised.A.P.A., Washington, 1987.
- ・ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV edition.A.P.A., Washington, 1994.
- ・ Bell.P., Kee.M., Loughrey.G.C., et al.: Post-traumatic stress in Northern Ireland. *Acta Psychiatry Scand* 77; 166-169, 1988.
- ・ Brett.E.A., Ostroff.R. (吉田和弘訳) イメージと心的外傷 Brett. E.A., Ostroff.R.: Imagery and Posttraumatic Stress Disorder; On Overview, in the *American Journal of Psychiatry* 142: 4, 147-424, 1985.
- ・ Burstein.A.: Posttraumatic stress disorder found in general hospital psychiatric consultations. *Am J Psychiatry* 141: 722-723, 1984.
- ・ Burstein.A.: Can monetary compensation influence the course of a disorder? *Am J Psychiatry* 143; 112, 1986.
- ・ Cooper.N.A., Clum.G.A.: Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans:A controlled study. *Behav Therapy* 20; 381-391, 1989.
- ・ Denny.N., Roninowitz.R., Penk.W.: Conducting applied research on Vietnam combatrelated post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 43; 56-66, 1987.
- ・ Emery.P.E., Emery.O.B.: The defense process in posttraumatic stress disorders. *Am J Psychotherapy* 39; 541-552, 1985.
- ・ Foa.E.B., Steketee.G., Rothbaum.B.O.: Behavioral/Cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behav Therapy* 20; 155-176, 1989.
- ・ Friedman.M.J.: Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. *Am J Psychiatry* 145; 281-285, 1988.
- ・ Grady.D.A., Woolfofk.R.L., Budney.A.J.: Dimensions of war zone stress: An empirical analysis. *J Nerv Ment Dis* 177; 347-350, 1989.
- ・ 畑下一男 頭部外傷後の神経症 現代精神医学体系13B 中山書店 263-280 1975
- ・ Herzer.J.E., Robins.L.N., McEvoy.L.: Post-traumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Med* 317; 1630-1634, 1987.
- ・ 久留一郎 在外研究についての報告～ロンドン大学精神医学研究所（モーズレイ病院）にて～ 鹿児島県医師会報（学術） 平成2年9月号 1990
- ・ 久留一郎 心的外傷後ストレス障害（PTSD）について 鹿大広報 121号 1990
- ・ 久留一郎 災害並びに事故後のストレス障害について～PTSD をめぐって～ 平成2年度メンタルヘルス研修会 鹿児島県医師会・労働基準局 1990
- ・ 久留一郎 心的外傷後ストレス障害（PTSD）に関する心理学的研究（Ⅰ） 九州心理学会第51回大会発表論文集 1990
- ・ 久留一郎 心的外傷後ストレス障害（PTSD）に関する心理学的研究（Ⅱ） 日本小児科学会 鹿児島地

方会第88回大会抄録集 1991

- ・久留一郎 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に関する心理学的研究 (Ⅲ) 日本学校保健学会発表論文集 1992
- ・久留一郎 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に関する心理学的研究 (Ⅳ) 日本応用心理学会発表論文集 1993
- ・久留一郎 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) とは～災害後のメンタルヘルスについて～週刊医学界新聞 第2131号特別寄稿 医学書院 1995
- ・Hoffman.B.F., Spiegel.H.: Legal principles in the psychiatric assessment of personal injury litigants. *Am J Psychiatry* 146; 304-310, 1989.
- ・角川雅樹 1985年メキシコ大地震の経験から *精神医学* 30 823-829 1988
- ・Kardiner.A., Spiegel.H.: *War Stress and Neurotic Illness*. New York, Paul B Hoeber, 1947.
- ・Keane.T.M., Fairbank.J.A., Caddell.J.M., et al.: Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behav Therapy* 20; 245-260, 1989.
- ・Kilpatrick.D.G., Saunders.B.E., Amick-McMullan.A., et al.: Victim and crime factors associated with the development of crimelated post-traumatic stress disorder. *Behav Therapy* 20; 199-214, 1989.
- ・Laufer.R.S., Frey-Wouters.E., Gallops.M.S.: Traumatic stressors in the Vietnam war and post-traumatic stress disorder. In; *Trauma and its Wake*, edited by Figley.C.R., Brunner/Mazel, New York, 1985.
- ・Malt.U.: The long term psychiatric consequences of accidental unjury. *Br J Psychiatry* 153: 810-818, 1988.
- ・McFarlane.A.C. (中尾陸宏訳) 天災により引き起こされた心的外傷後ストレス障害 McFarlane.A.C.: The Phenomenology of Post-traumatic Stress Disorders following a Natural Disaster, in *The Journal of Nuerous and Mental Disease*, 176, 1, 22-29, 1988a.
- ・McFarlane.A.C.: Posttraumatic stress disorder and blindness. *Compr Psychiatry* 29; 558-560, 1988b.
- ・Miller.T.W., Martin.W., Spiro.K.: Traumatic stress disorder: Diagnostic and clinical issues in former prisoners of war.*Compr Psychiatry* 30; 139-148, 1989.
- ・Modlin.H.C.: Traumatic neurosis and other injuries. *Psychiat Clin Nor Am* 6; 661-682, 1983.
- ・森山成楯 「心的外傷後ストレス障害」の現況 *精神医学* 第32巻第5号 1990a
- ・森山成楯 心的外傷後ストレス障害の歴史と展望(1)～(3) *日本医事新報* 3444～3446号 1990b
- ・太田幸雄 頭部外傷の精神医学 国際医書出版 1980
- ・Oppenheim,H. et al.: Neurosen nach Kriegsverletzungen. *Dtsch.Z. Nervenheilk.* 56: 4-151, 1917.
- ・Pitman.R.K., Orr.S.P.Forgue.D.F., et al.: Psychophysiologic assessment of post-traumatic stress disorder imagery in Vietnam Combat veterans. *Arch Gen Psychiatry* 44; 970-975, 1987.
- ・Rose.D.S.: "Worse than death": Psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy.*Am J Psychiatry* 143; 817-824, 1986.
- ・桜井図南雄 事態神経症ニ就テ *福岡医学雑誌*35 1283-1318 1942
- ・Silverman.J.J.: Post-traumatic disorder. *Adv Psychosom Med* 16; 115-140, 1986.
- ・Skerritt.P.W.: Illness behavior and workers compensation: Cause or effects?: A psychiatric view. *Psychiatric Med* 5; 49-56, 1987.
- ・Solomon.Z., Mikulincer.M., Flum.H.: implications of life events and social integration in the course of combat-related post-traumatic stress disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 24; 41-48, 1989.
- ・Solomon.Z., Weisenberg.M., Schwarzwald.J., et al.: Posttraumatic stress disorder among frontline soldiers with combat stress reaction: The 1982 Israeli experience. *Am J Psychiatry* 144; 448-454, 1984.
- ・Somnier.F.E., Genefke.I.K.: Psychotherapy for victims of torture. *Br J Psychiatry* 149; 323-329, 1986.
- ・Terr.L.C.: Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a schoolbus kidnapping. *Am J Psychiatry* 140; 1543-1550, 1983.
- ・Utterback.J., Caldwell.J.: Proactive and reactive approaches to PTSD in the aftermath of campus

- violence: Forming a traumatic stress react team. *J Trauma Stress* 2; 171-183, 1989.
- Watson.C.G., Manifold.V., et al.: The relationships of post-traumatic stress disorder to adolescent illegal activities, drinking, and employment. *J Clinical Psychology* 44; 592-598, 1988.
  - Wilkinson.C.B.: Aftermath of a disaster: The collapse of the Hyatt Regency Hotel Skywalks. *Am J Psychiatry* 140; 1134-1139, 1983.
  - Wilson.J.P., Smith.W.K., Johnson.S.K.: A comparative analysis of PTSD among various survivor groups. In, *Trauma and its Wake*, edited by Figley.C.R., Brunner/Mazel, New York, 1985.
  - World Helth Organization 10th Revision of the International Classification of Diseases chap. V (F) Mental, Behavioural and Developmental Disorders. *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, WHO. 1992.

<参考文献>

- Barrois.C.: *Les nevroses traumatiques*. Dunod. Paris, 14-15, 1988.
- 黒沢尚・岩崎康孝 災害時のパニック論 日本医師会雑誌 第110巻第6号 1993
- Lindenmann.E.: Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, 101; 141-148, 1994.