

# 成人 PTSD 患者の評価

金 吉晴

成人 PTSD 患者の評価に当たっては受診相談にいたった経路とその理由を確認するとともに自分の治療、支援がこれまで患者が受けてきた治療、支援の延長上にどのように位置づけられるのかを明確にする必要がある。DSM-5 の草稿の元になった研究成果によれば、出来事基準は「『死亡、重症を負うこと、性的被害』についての実際の被害と差し迫った脅威」と限定され、侵入症状も単に被害のことを考えることではなくフラッシュバックと悪夢が典型症状とされており、これによって今後の症状評価が明確になろう。併存疾患との鑑別、治療適応の評価は重要である。トラウマ体験が明らかな場合の問診方法は通常の教育には取り入れられていないので、標準トラウマ面接が参考となろう。

**Key Words** PTSD, 評価, DSM-5

## 序 文

本稿では成人 PTSD 患者を想定して、トラウマ被害と精神症状評価等についての留意点を簡単にまとめることにする。PTSD 評価は、PTSD という疾患に関する症状、診断的な評価と、トラウマの被害による種々の精神的影響、社会的変化、医療を初めとするサービスの受容などの評価という2つの軸が必要である。その全てを体系的に論じる余裕はないが要点だけを示すことにしたい。

## 受診経路の評価

トラウマとなる被害を受けた者の多くはその被害を開示することをためらうので、自ら医療、相談等のサービスを受けないことも多い。この事情としてはまず、精神疾患に関する受療行動の難しさと、トラウマ被害に関するスティグマや恥の問題、さらに PTSD 症状のために被害を直視することが難しく、合理的な受療行動が妨げられるこ

となどがある。

Naganuma ら<sup>11)</sup> によるとうつ病などのありふれた精神疾患 (common psychiatric disorder) においても精神医療等のサービスを利用している者の割合は約4分の1である。別の調査ではうつ病患者のほとんどは身体症状を理由として内科等の身体科を受診していることが多い。災害時などにいわゆる心のケアの重要性が指摘されるが、平時であっても受療率がこれほど低いことを考えると、災害のような緊急時に住民が精神医療を求めないことはむしろ当然ともいえる。

トラウマが性被害などのように文化的な恥の意識と結びついているときにはその開示は一層難しくなる。精神医療、相談の場合、治療援助者が男性のこともあり、そうではなくてもどのような対応をされるのかという不安は、おそらく過去の二次的トラウマの苦い経験によって増強されているはずである。したがって、なぜ今、受診をしているのか、その経緯、背景、治療への動機、期待、本人以外の家族等の希望等を十分に確認することが必要である。と同時に、これまで患者がどのようなにして被害と向き合ってきたのか、どのような

援助を受け、あるいは自己流の回復の試みをしてきたのか、また過去の医療、心理社会的援助の内容も知る必要がある。

なお筆者は過去の医療機関の受診歴がある場合には極力紹介状を依頼することになっている。過去に無効であった治療を反復しないという実務的な理由もあるが、仮に前医の治療が不十分であったとしても、専門家同士の情報の引き継ぎを徹底することで、自分が同じ専門性の上に立って治療をするという枠組みを明確にするためである。

## 診断基準の変化

PTSD 診断の評価は、出来事基準と症状基準から成り立っている。これまでは、何がトラウマ的な出来事なのか、また侵入症状と、被害のことを考えてしまうことの区別などが曖昧であり、とかく議論を生じてきた。現在 PTSD の診断基準は現行の DSM-IV-TR<sup>1)</sup> から DSM-5<sup>8)</sup> に向けて改訂が進んでおり、それに伴ってこうした点が再度議論され、新しい基準の中では明確な区別に向けて努力がなされているので、まずはその動向を簡単に紹介したい。DSM-IV-TR のいわゆる出来事基準（A 基準）は、A1 基準については恐怖への直面によって恐怖記憶への条件付けが生じたということが中核にあるので、出来事の種別だけではなく、そのなかで体験された内容について確認をする必要がある。また A2 基準は主観的な反応に関するものであり、想起上のバイアス（recall bias）の影響を完全には排除できない。

この点、現在準備が進められている DSM-5<sup>2)</sup> の PTSD 基準は表 1 のように大きく変更され、簡明なものとなっている。出来事を具体的に、死、重傷、性的暴行の 3 種類に限っていること

（子どもへの虐待は別の項目）、間接的暴露について狭く限定していること、被害の伝聞についてはさらに狭く、家族や友人の被害に限り、テレビ映像などは（職業上、暴露が避けられない場合を除き）含まれないこと、主観的な脅威という A2 基準がなくなっていること、が特徴である。この草案の通りに正式な基準が決定されるのかどうかは不明であるが、こうした草案が作成された背景を考えておくことは重要と思われる。

DSM-5 の基準改訂にあたっては、Kilpatrick<sup>9)</sup>、Brewin<sup>4)</sup> によるそれぞれの縦断研究の成果が重視された。特に出来事基準については、それぞれの出来事と PTSD 症状との関係が検討されたが、特筆すべきは体験直後ではなく 6 カ月後の症状との関連が重視されたことである。明らかに生死の危険に関わるようなトラウマ的な出来事は言うに及ばず、さほどの重傷感を持たない被害の後でも、一時的に PTSD 症状が生じることは少なくない。しかしその多くは正常反応であって自然寛解をするので、これを精神疾患と見なすことは適当ではない。他方で 6 カ月を経過した時点で PTSD 症状が残ることは少なく、死、重傷、性的暴行以外の出来事ではほとんど認められない。また A2 基準は予後と関連していないことが見いだされた。

出来事基準の妥当性検証の背景として、DSM-5 draft では侵入症状が狭く定義されている。現在の侵入症状の定義は「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」などとあるが、ここで「思考」という用語が用いられていたために、被害感情や報復感情などで被害のことを考えている場合との区別が困難であった。この点、DSM-5 draft では「反復的、

表 1 DSM-5 の PTSD 基準

実際の a) 死、b) 重傷、c) 性的暴行もしくはその脅威に対して、下記のいずれかの仕方で暴露されること
1    トラウマ的な出来事を直接体験する
2    トラウマ的な出来事が他者に生じるのを身近に目撃する
3    親しい家族や親友にトラウマ的な出来事が生じたことを知る。実際の死もしくはその脅威は暴力的なものか、事故によるものでなければならない
4    トラウマ的な出来事の苦痛な詳細に、反復してあるいは極端な仕方で暴露されること（例えば損傷遺体を収集する救急隊員、子どもの虐待に反復して暴露される警察官など）。電子メディア、テレビ、映画、絵画による暴露は、業務に関連していない限り、含まれない

不随意的, 侵入的な苦痛な記憶」と書かれており, 解説では「被害のことを色々と考えてしまうこと (rumination) ではない」と明確に書かれている。さらにフラッシュバックについても規定が洗練され, これが解離であることが明記されている。Brewin によれば侵入症状の中核概念はフラッシュバックと悪夢である<sup>5)</sup> が, このように侵入症状を狭く規定することで, 上記の出来事基準の明確な確定も可能になったものと思われる。

## トラウマ的出来事の評価

DSM-5 案によれば, トラウマ的出来事は死, 重傷, 性的暴行に対しての直接体験あるいは目撃による暴露ということであるから, その判断に迷うことはあまりないものと思われる。逆に, 事故や犯罪被害のような出来事を体験したとしても, そこにこうした暴露が含まれていなければ, 出来事基準は満たされない。しがって単に出来事をチェックするリストを配って, そこに印がついたから基準が満たされるというような安易な判断をしてはならない。A2 基準のような主観的項目は現在の精神症状のひきずられた想起バイアスの影響もあったので, これが中期予後との関連の薄さ<sup>3)</sup> のために削除されたことは信頼性の向上の上では望ましいと考えられる。

なお出来事基準の判断に迷った場合は, 侵入症状の評価と平行して PTSD 診断を判断することが実用的である。軽度の体験の場合には, 6 カ月以降に侵入症状の典型とされる解離性のフラッシュバックと悪夢が見られることはほとんどないという知見は, そうした症状の存在を手がかりとして, 体験された出来事の内容と重症度の判断を補えることを示している。

## PTSD 症状の評価

DSM-5 では侵入症状の規定が明確化されたことに加え, 従来の麻痺症状が大きく変更され, 認知と基礎的感情の変化を含むようになっている。すなわち自己と世界に対する否定的な認知 (私は悪い人間である等), 自分や他者への非難, 持続的な否定的感情 (恐怖, 怒り, 恥, 罪悪感等), 重要な活動への興味関心の低下, 他者からの疎隔

感, 肯定的な感情の体験の不能 (愛情を感じられない, 精神的な麻痺) などが, 項目として列挙されている。この変化は PTSD に対する持続エクスポージャー療法などの治療で重視されているものであり, より臨床的実感に近づいたものといえるが, 一見して診断境界が不明確になるおそれもあり, 信頼性のある評価方法の開発は今後の課題と思われる。新しい基準の症状評価については本稿の範囲を超えるので別の機会に譲りたい。

なお現行の基準に照らした PTSD 症状の評価尺度として, 半構造化面接としての CAPS (Clinician Administered PTSD Scale), 自記式の診断尺度としての PDS (PTSD Diagnostic Scale)<sup>10)</sup>, 重症度評価としての IES-R (Impact of Event Scale, revised) が用いられている。Keane らの総説<sup>7)</sup> によれば, CAPS は多くの国, 文化, 異なったトラウマ的出来事に関して妥当性が検証されている。PDS は DSM-IV の診断項目を用いた, 自記式による診断のためのツールである。IES-R は PTSD の重症度評価の自記式尺度であり, DSM-III に PTSD が登場する前年に作成された, 侵入症状と過覚醒症状だけからなる IES に, 回避麻痺症状の項目を追加したものである。DSM-III または IV の PTSD 診断との相関は, IES では十分に示されているが, IES-R についてはなお追加の研究が必要とされる。また麻痺症状の妥当性について疑問があるとされる。

付言すると, CAPS の施行にあたっては単に決められた質問項目を読み上げるだけではなく, その後で評価者が患者と自由な対話を行って回答の妥当性を検証しなくてはならない。そのために使用は臨床家であることが前提となっている。また自記式尺度にはどのような疾患の場合でも限界はあり, 筆者の経験では麻痺の強い患者で CAPS で中等度の重症度を示した患者が, 同時に施行した IES-R では 10 点台の得点しか示さなかったことがあるので, 注意が必要かと思われる。

## トラウマ体験に関する面接

PTSD に関する症状評価尺度は, PTSD 症状ないしその診断のためには有用であるが, トラウマ被害それ自体をどのように問診し, 評価を進め

ば良いのかという疑問にはほとんど答えることができない。また伝統的な精神医学の問診、初診時の症状評価の手続では、ライフイベントとして発病前後の生活状況や一般的な生育歴をたずねることはあっても、トラウマ体験に特有の状況、直後の対処行動、反応、支援などについて系統的に情報を収集するための手順はほとんど含まれていなかった。

トラウマ体験を踏まえた上での、インテークや治療の初期段階での面接の手引きとして、持続エクスポージャー療法で用いられている標準トラウマ面接<sup>6)</sup>を改訂したものの項目のみを表2に示す。被害の質や、相談および治療の設定、目的によって必要とされる情報は異なるものと思うが、参考として活用していただければと思う。

## 不安障害からみた PTSD

PTSD の覚醒亢進症状は不安障害に共通する。またトラウマの想起に伴う発作的な不安の増悪はパニック発作と区別しがたい。回避症状は恐怖症と共通であり、しかも重度の恐怖症は対象刺激を回避する方法を一日中考えているから、一見すると侵入性想起と紛らわしい。鑑別の要点は、PTSD が過去の記憶に対する不安、恐怖であるのに対して、恐怖症は現実対象、全般性不安は不定の対象、強迫性障害は限定的な事物や想念がその対象であることである。パニック発作は他の不安障害を合併し得るため、恐怖症との合併には診断基準上、注意喚起がなされているが、PTSD との合併には診断基準上は特に注意が喚起されていない。

表2 標準トラウマ面接 (Foa ら<sup>6)</sup>、一部改変)

- 
- ・医学的状态
    - 精神科的診断もしくは状態
    - 他に現在行っている治療
    - 服用している治療薬
    - 妊娠可能性、性周期
  - ・文化的背景
    - 言語、民族、海外での生育歴、特定の宗教など
  - ・(最も重症の)トラウマの同定
    - 「これから、トラウマのことや、トラウマ以降から最近まであなたが何を感じ何をしていたかについておたずねします。話すのが難しいところがあるかもしれませんが、そういう時には、何か私にできることがあればおっしゃってください。始める前に何か質問はありませんか？」
    - 「人生の中で他にもトラウマを体験する人もいます。あなたはどうですか？ あなたは、お話されたこと以外のトラウマを経験したり、目撃したり、巻き込まれたことがありますか？」
    - 「あなたに起こった出来事の中で(治療者は患者が言及したトラウマ体験を要約する)、今、一番あなたを悩ませているものは何ですか？ どれがあなたにもっとも苦痛をもたらしていますか？」
    - 「考えたくないのに、最もよく考えてしまう出来事はどれですか？」「どれが一番あなたを動揺させますか？」
    - 「どれが一番最悪ですか？」「どの出来事を最も恐れていますか？」
    - 「どこでトラウマは起きましたか？」
    - 「その場にいた人は誰ですか(加害者、およびそれ以外の人びと)？ その直後にどのような人に会いましたか？」
    - 「どこかを負傷しましたか？ いまでも後遺症がありますか？」
    - 「治療をしましたか？ もう治りましたか？ 今も治療が続いていますか？」
  - ・周トラウマ期症状
    - 「そのときに感じたり考えたりしていたことを覚えていますか？ その時、あなたは殺されるとか、ひどく傷つけられると思いましたか？」
    - 「その間、あなたは無力感、恐怖、ぞっとする気分を感じていましたか？」
    - 「途中で意識がぼんやりしたり、感覚がなくなったりしたことはありますか？」
    - 「動悸、呼吸困難、震え、身体の麻痺、失禁などがありましたか？」
    - 「そうした自分の考えや感情、反応について、何か考えていることはありますか？」
  - ・加害者(有責者)に関する質問
    - 「攻撃者や加害者、責められるべき人がいたとすれば、それは誰ですか？」
-



表2 標準トラウマ面接（続き）

「(犯罪の場合) そのトラウマを、警察に届けましたか？ 裁判になっていますか？ 裁判はどうなりしましたか？ (もし適切であれば) あなたに影響がありましたか？」

「(災害の場合) その被害について行政からの補償や対応はどうなっていますか、まだ交渉が続いていますか、十分な対策が取られているでしょうか。」

「このトラウマが起きたことについて、あなたが責めている人 (もし人であれば) についてこれからいくつか質問をします。これらの質問に対して正しい答え、もしくは間違った答えといったものではありません。また、誰かのせいにする必要があると思っていますわけではありません。あなたがこの出来事をどのように見て、そのことにどのように反応したかについて理解したいと思っています。それは、私たちがこれから一緒に取り組むことに役立つことが多いからです。よろしいですか？」

「トラウマが起きたことについてあなたは誰を責めているのでしょうか？」

「どうしてそう思いますか？ (その人もしくは組織にどのように責任がありますか？)」

「トラウマについて罪悪感や責任を感じていますか？ 恥ずかしいと思っていますか？ 腹が立ちますか？ そうした気持ちはどれくらい強いのでしょうか？」

#### ・トラウマの後遺症

「トラウマ後の体の健康はどうですか？ (もしトラウマがかなり昔のものであれば：最近の体の健康はどうですか？)」

「どのような健康上の問題がありますか？」

「あなたの身近な人には困った時に相談できる人がいますか？ あなたと一緒にいたり話したりしたいと思う人は誰ですか？ 最近友人や家族と連絡を取っていますか？」

「トラウマの後、気分はどうになりましたか？ (もしくは、トラウマがかなり昔のものであれば：最近の気分の状態はどうですか？) 憂うつで落ち込んでいますか？ 以前と同じように物事に興味を持つことができますか？」

#### ・自殺念慮

注) 患者が抑うつ気分について言及しなかったとしても、自殺念慮・自殺企図について次の質問をする。

「トラウマの後、生きている価値がないと考えたり、自殺について考えたことがありますか？ その場合、それは何回くらいありますか？」

「自殺の段取りを立てたことがありますか？ このために何か行動を起こしましたか？ (例、日程や場所を選んだ、薬を手に入れた)」

「その計画を実行したり、自分を傷つけたりすることを今でも考えていますか？ あなたはトラウマの後、自殺を試みたことがありますか？ (必要であればたずねる) それは、いつのことですか？」

「あなたはこれまでに何らかの方法でわざと自分を傷つけたことがありますか？」

(必要があれば) 「例えば、意図的に自分を爪でかきむしったり、切り傷をつけたり、やけどを負わせたりなど、自分を傷つける行動をする人がいます。」

(必要があれば) 「あなたはどのような方法で自分を傷つけますか？ 最後に自分を傷つけたのはいつですか？ 傷つけないために、どうやってあなたはその衝動をコントロールしていますか？」

#### ・過去の支援、治療歴

「あなたはトラウマの後で、誰かからの援助を受けましたか？ 誰かに相談しましたか？」

「専門的な精神的な、もしくは心理的な援助、危機介入を受けましたか？ (今回の治療は除く)」

「あなたはトラウマ以降、今までに感情の問題や気持ちが高ぶったために病院に行きましたか？」

「あなたがなぜ病院に行ったのか教えてください。」

もし問題が存在するなら、現段階でのリスクアセスメントとプランをまとめる。

#### ・アルコールなど

「ドラッグや薬物の使用に関してうかがいたと思います。トラウマ以降、何か使っているものはありますか？」

処方箋を必要とする薬 (薬を特定して使用頻度を記す)

市販薬 (タイプと使用頻度を記す)

サプリメント

アルコール

カフェイン

喫煙

「あなた自身、アルコールやその他の物質に関する問題があると思いますか？」

#### ・生活の変化

「今回の災害・被害で、あなたにどのような生活の変化が生じましたか。」

家屋・住居・地域等への被害、家族の被害・喪失、住環境の変化 (転居、避難含む)、職業、学業

#### ・その他

「あなたの生活や PTSD の影響について他に私に伝えておきたいことはありませんか？」

トラウマ性の反応を疑う手がかりとしては、不安が何らかのイメージを伴っていること、そのイメージが何かを思い出しているという感覚を伴うこと、またイメージの実在感の強さと「いま、ここ」の現実感の低下が合併していること、不安症状の出現が何らかの刺激によっていること、その対象が恐怖症と比べると一定していないこと、驚愕反応が存在することなどである。驚愕反応については筆者は、軽く机をたたいて、こうした物音に驚くことがあるだろうかと思ねることが多い。

不安障害全体についていえることであるが、身体疾患や薬物の影響による不安の鑑別を行う。カフェインの影響は第一に鑑別すべきである。一日数杯のカフェイン摂取がある場合は、急激な中断は離脱症状を招くので、徐々に減量させる。身体疾患として、筆者の自験例では甲状腺機能亢進症、狭心症、部分発作（発作による身体麻痺による不安）がある。いずれも実際にトラウマ被害を経験していたが、それ以外の不安の原因があったということである。

## 気分障害からみた PTSD

PTSD はうつ病を合併しやすいが、それ以外にもトラウマの影響として生じやすい気分症状は、抑うつ気分、罪悪感（生存者の罪責、恥辱感を含む）、焦燥感であり、また全体的に生気感の減弱が認められる。気分症状と比較して思考運動抑制や睡眠食欲の障害が乏しいこと等を除けば（それも常にというわけではない）、症状の特徴だけから PTSD を推測することは必ずしも容易ではないが、こうした症状の本態は不安による状況反応が遷延したものである。その経過はうつ病のように数週間から数カ月単位の変化をするよりも日単位、時間単位で変動しがちなことが多少の参考になる。気分症状の変動に伴って不安が表出されること、その不安が前項のような特徴を伴っていることにも注目したい。

単回性のトラウマによって発症したときには、うつ病に特徴的なライフイベントの存在がなく、比較的急激に発症するので、その点がうつ病との鑑別で参考となる。

## 解離性障害からみた PTSD

解離性障害にはさまざまな下位分類があるが、それらの時系列的、症状構造的な相互関係は必ずしも明らかではない。PTSD で生じやすいのは離人症と解離性健忘であり、過酷な被害の場合に解離性同一性障害、遁走を生じることがある。その他、明確にカテゴリー分類できない解離性障害もある。この障害が生じた場合は、必ずトラウマの存在を疑う必要があるが、同時にトラウマについての記憶、認知、感情が加工されやすいことも念頭に置き、被害の事実については第三者情報、客観事実を参照するように努める。なお虚偽記憶症候群、空想的虚言症などの存在にも注意する。

## 身体表現性障害からみた PTSD

この障害のうち、PTSD に関連するものとしては、かつては解離性障害と並んでヒステリーの重要な構成要素であった転換性障害と、過覚醒による不安の身体症状だけが優位に立った病態（Da Costa 症候群もしくは心臓神経症）がある。このうち DSM-IV-TR では転換性障害だけを記述している。転換性障害とは心因に由来する身体機能の異常（多くは機能の喪失）であるが、古典的には Charcot の大ヒステリー患者が有名であり、近年でも著名人の失声などが報じられることがある。

ICD-10 で Da Costa 症候群が含まれているカテゴリーは身体表現性自律神経機能不全である。この障害は、動悸、発汗、紅潮、振戦などの交感神経系の亢進症状と、他覚的には不明確な易疲労性、倦怠感、鈍痛などを特徴とする。特に心臓関係の症状と、ときにパニックを伴う不安、疲労感が著明なものを南北戦争当時の発見者であった軍医の名にちなんで Da Costa 症候群と呼ぶが、かつての心臓神経症とほぼ同義である。

## 治療適応の評価

PTSD 診断が確定したとしても、PTSD に焦点を当てた治療の適応があるのか、他に優先すべき臨床的な問題がないのかを評価しなくてはならない。そのための評価項目を、筆者も参加して作成

した PTSD 薬物療法アルゴリズム<sup>12)</sup> から抜粋して示す。

#### ・自殺の危険

外傷的出来事を体験した患者では自殺未遂率の上昇が、報告されており、PTSD を発症することは、うつ病を併発していなくても自殺の危険因子である。薬物であれ精神療法であれ、自殺念慮の強い患者は治療研究の対象から除外されているので、エビデンスが通用しない可能性に留意し、自殺への対処を優先する。PTSD 治療に用いられる抗うつ薬は自殺念慮にも有効なことが多いが、賦活症候群 (activation syndrome) による自殺念慮の悪化に注意する。

#### ・併存診断

PTSD 以外の症状、精神疾患、身体疾患の併存に注意する。まず患者の精神および身体医学的病歴を全て聴取し、必要に応じて臨床検査および身体診察を十分に行うべきである。治療前、あるいは開始後のできるだけ早い時期に、うつ病や各種不安障害、治療に影響を与える不眠、精神病症状、身体疾患 (甲状腺疾患、心臓疾患など) や、アルコール依存や乱用、カフェインなどの不安惹起性物質の使用について調べるべきである。

#### ・不眠または悪夢

不眠と悪夢は PTSD 症状の一部であるが、PTSD に有効とされる精神療法や薬物療法を行っても睡眠障害が改善しない場合は、まず不眠を生じるような市販の医薬品やカフェインの多量摂取、あるいは睡眠リズムに悪影響を与える生活習慣を評価する。それでも改善しないときには閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA) などの睡眠関連呼吸障害、レストレスレッグズなどの睡眠障害について考慮すべきである。

#### ・精神病症状

PTSD 患者の 40% が、フラッシュバック以外に幻覚、妄想、および妄想観念などの精神病症状を報告する。これらが侵入症状の一部である場合には、通常の PTSD の治療を開始すべきであるが、たとえば薬物療法を行っても精神的な症状の改善は遅れることも多く、非定型抗精神病薬による増強療法が推奨される。また PTSD と精神病的障害が併存している場合には、最初から非定型抗

精神病薬による増強療法を検討すべきである。

#### ・アルコール乱用

PTSD にアルコール依存や乱用が併発することは少なくない。特に男性では酒量の増加に注意すべきである。依存、乱用の診断がつくのであれば、その治療が優先されることが多い。特に PTSD の薬物療法を行う場合には、アルコール依存、乱用のある患者には、推奨されている薬物の使用は適していない。なかでもベンゾジアゼピン系薬剤の使用は相対的禁忌である。

#### ・現在進行中の外傷的出来事

家族や知人からの暴力的な虐待に曝され続けている場合のように、患者が外傷的出来事を経験し続けている限りは、どのような治療を行っても回復は見込めない (LOE 4)。このような場合には治療ではなくて保護が必要である。保護が難しい場合 (夫から暴力を受けているが子どもの養育が不安なので別居の決意がつかないなど) には、被害を最小限に留め、将来の適切な環境の実現のための信頼関係の維持が目標となる。

#### ・妊娠

妊娠が PTSD 症状にどのような影響を与えるのかは不明であるが、出産後に悪化する場合があり、妊娠中に複数の合併症を持っているとそのリスクが高い。妊娠中に PTSD に特化した治療をどのように実施すべきかには定説が見られないが、少なくとも治療を始める場合には妊娠の可能性と、その場合の治療選択について考慮をしておく必要がある。

#### ・訴訟

多くの犯罪、性暴力被害者は訴訟に巻き込まれており、訴訟が PTSD 治療の阻害要因とはならないが、PTSD 診断が有利になるような訴訟の場合には、症状評価が不正確になったり、PTSD を治療する動機付けに問題が生じる可能性には留意すべきである。

### 終わりに

PTSD 患者を実際に診察する際の評価のための留意事項を示した。PTSD 症状の評価については、それ自体が一冊の書籍ともなっており、本稿では概要を示したにすぎない。今後の診断基準の改訂

に向けて新たな評価尺度が開発，紹介されることと思われるが，そうした動向と併せて，PTSD 症状の評価，診断には引き続き最新の情報が必要とされよう。しかしトラウマ反応の本体は，恐怖記憶への条件付けと，その記憶や想起させる刺激の回避の組み合わせであり，PTSD は恐怖症と解離の間に揺れ動いている病態と見なすことができる。まずはそうした疾患の実態を踏まえて患者の病理の実態を把握する態度は，外形的な診断基準の変更に関わらず，常に重要なことと思われる。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision. American Psychiatric publication, Washington, D.C., 2000. (高橋三郎，大野裕，染矢俊幸訳：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院，東京，2003.)
- 2) American Psychiatric Association: DSM-5 development. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- 3) Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S.: Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder; investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *J. Trauma Stress*, 13; 499-509, 2000.
- 4) Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., et al.: Reformulating PTSD for DSM-V; life after Criterion A. *J. Trauma Stress*, 22; 366-373, 2009.
- 5) Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., et al.: Intrusive images in psychological disorders; characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychol. Rev.*, 117; 210-232, 2010.
- 6) Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.: Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, New York, 2007. (金吉晴，小西聖子監訳：PTSD の持続エクスポージャー療法。星和書店，東京，2009.)
- 7) Friedman, M.J., Keane, T.M., & Resick, P.A.: Handbook of PTSD. Guilford Press, New York, 2007.
- 8) Friedman, M. J., et al.: Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress. Anxiety*, 28; 737-749, 2011.
- 9) Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Acierno, R.: Should PTSD Criterion A be retained? *J. Trauma Stress*, 22; 374-383, 2009.
- 10) 長江信和，廣幡小百合，志村ゆずほか：日本語版外傷後ストレス診断尺度作成の試み；一般の大学生を対象とした場合の信頼性と妥当性の検討。トラウマティック・ストレス，5; 51-56, 2007.
- 11) Naganuma, Y., Tachimori, H., Kawakami, N., et al.: Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan; findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 60; 240-248, 2006.
- 12) The International Psychopharmacology Algorithm Project: PTSD Algorithm. <http://www.ipap.org/>. (金吉晴，原恵利子訳：PTSD 薬物療法アルゴリズム。メディカルフロントインターナショナル，東京，2007.)



# Clinical Assessment of Adult PTSD

Yoshiharu Kim

National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health  
National Information Center of Disaster Mental Health

The evaluation of the trauma and associated symptoms in adult trauma survivors should include a way of reference to the current service and motivation so as to clearly allocate the current service on the stream of the previous supports and intervention. According to the draft of DSM-5 and its background evidences, traumatic events are defined as "death, severe injury and sexual violation" and intrusion symptoms clearly excludes rumination putting an emphasis upon flashback and nightmare, all making a clear distinction between PTSD and related disorders. Evaluations of comorbid disorders and motivation are also important. As the ordinary school education in Japan does not include how to take a trauma history, clinicians will profit from using the standard trauma interview.

**Key words** PTSD, assessment, DSM-5

Address: 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553 Japan