

# 心的外傷後ストレス障害（遅発性）

## Posttraumatic Stress Disorder, Delayed

A Holen

Norwegian University of Science and Technology,  
Trondheim, Norway

© 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

This article is a revision of the previous edition article  
by A Holen, volume 3, pp 179-180, © 2000, Elsevier Inc.

大江 美佐里（訳）

久留米大学医学部精神神経科学教室

治療体系と遅発性心的外傷後ストレス障害

遅発時期の特性

遅発性心的外傷後ストレス障害についての議論

### 用語解説

**ストレッサー** ト라우マ体験のうち、重大なストレス反応を引き起こすもの。

**遅発性心的外傷後ストレス障害 (D-PTSD)** 心的外傷後ストレス障害のうち、ストレッサーから少なくとも6カ月以上経過して症状が出現しているもの。

### 治療体系と遅発性心的外傷後ストレス障害

心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) は American Psychiatric Association (米国精神医学会) の Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)、および World Health Organization (WHO, 世界保健機関) の International Classification of Diseases (ICD-10) に記載されている。ストレッサーの基準と3つの症状クラスター基準 (侵入, 回避, そして精神生理学的覚醒) は, 時間の枠組みと同様に, 多少の相違はあるものの2者でほとんど同一である。

DSM-III から DSM-IV への移行において, PTSD は不安障害に組み込まれた。障害が少なくとも1カ月以上存在し, ストレスのある出来事後3カ月以上続かない場合, PTSD は急性であるとする。症状持続が3カ月以上になったときには, PTSD は慢性とみなされる。

ICD-10 では, PTSD は F43 「重度ストレス反応および適応障害」に分類され, 心的外傷後ストレス障害 (F43.1) は強いトラウマとなるような出来事またはストレスのあった期間から6カ月以内に診断基準を満たすとき定義される。ICD-10 には別のオプションもある: 患者が慢性

の経過をたどり, 重大で持続的なパーソナリティ変化を含むとき, 「持続的パーソナリティ変化, 脳損傷および脳疾患によらないもの」(F62) が使われる。今までのところ, 長期にわたるパーソナリティ変化についての研究は限られている。

遅発性心的外傷後ストレス障害 (delayed posttraumatic stress disorder: D-PTSD) の診断は, DSM-IV と ICD-10 の両者で見解は一致しており, 重大なストレッサーに曝露してから PTSD が完全に発症するまでに少なくとも6カ月以上が経過した場合をいう。

### 遅発時期の特性

D-PTSD は, 重大なストレッサーに体験した後に, 最初の6カ月以上は良好に適応できていたのに, その後のステージで侵入, 回避, 覚醒亢進のような PTSD 症状が最初の出来事と関連して出現するときに生じる。しかし, 診断体系では, 遅発時期の特徴をみることはできない。このテーマについては, いまだ光を当てることができないほど研究が進んでいない。North らは 1997 年の研究で, 集団銃撃事件の1年後に136人の被害者のうち遅発発症の PTSD は1人もいなかったと報告した。PTSD と認定された症例について, 指標とフォローアップ研究の間のかなりの格差あることが明らかだった。筆者らは, ト라우マ後1年での PTSD 症例の認定では, 実際の遅発発症と比較して報告が一貫しないのだろうと論じた。Oklahoma City bombing (オクラホマ・シティ連邦ビル爆破事件) のあと, 6カ月, 17カ月後に同じ筆者で被害者への調査が行われた。再度, 遅発症例は認められなかった。5年間のフォローアップで, Holen は, 北海の石油プラットフォーム事故での72名の被害者のうち, D-PTSD 症例を1例だけ報告した。

Bryant らが103名の交通事故被害者に対して行った前向き研究で, ストレッサー後1カ月以内と事故後6カ月後, 2年後のフォローアップを行い, 2年後の時点で5名が PTSD と診断された。彼らは6カ月時点では PTSD の診断基準に該当しなかった。加えて筆者らは, 遅発発症例では, 静止時心拍数の増加を伴う亜症候レベルの PTSD 症状を認めていたと報告した。Buckley らも, 交通事故で遅発性に発症した被害者では, PTSD を発症しなかった者と比較して, 早期の時点で症状を認めたと報告した。さらに, 遅発発症の被害者は, ストレッサー前, ストレッサー後の両時期で対照群より社会支援を受けにくかった。その上, 遅発発症の被害者は交通事故の前1カ月の時点で, 対照群と比較して機能の全体的評定尺度

(global assessment of function : GAF) スコアが低かった。Schnurrらは女性の方がより遅発性症クラスターに入りやすいと報告した。Korenらによる交通事故被害者の前向き研究では、外傷の1年後にPTSDと診断されなかった39名のうち、わずか2名のみが4年後の時点で遅発性症のPTSDを呈していた。補償について議論するにあたり、EitingerとHolenは、橋渡しの症状、つまり外傷の時点から本格的なPTSDが現れるまで続く不顕性の症状が、遅発反応の前駆症状として働いているのではないかと論議している。Buffalo Creekダムの崩壊で住民に対するフォローアップ研究が行われ、Greenらは1974年時点でPTSDに該当しなかった症例の11%が1986年に診断基準を満たしたと報告した。

1989年の研究で、Solomonらは無作為に抽出した戦闘関連障害で治療を求めた帰還兵のファイルを検討した。全員が1982年のレバノン戦争の帰還兵だった。彼らが医療サービスを求めた理由が4つ挙げられた。対象の10%では、遅発性症PTSDに最初期の無症候期が先立って存在していた。戦争後、何人かの別の帰還兵は中程度のPTSD関連の症状に見舞われたのちにも度重なる緊張や困難に見舞われて、結果として完全にPTSDを発症した。こうしたPTSDの悪化は帰還兵の33%にみられた。戦闘ストレス反応の再燃は13%でみられた。再燃は無症候期の後でのみ生じ、軍事的刺激への脅威に結びついていた。きっかけが1つでない帰還兵もいた。彼らは長い間様々な曝露に対して緊張を高めていたようだった。最後に、帰還兵の一集団は慢性PTSDの治療を遅れて求めてきたと特徴づけられた。この群は40%にのぼる。適切な定義はないが、最初の3群、つまり最初期の無症候期を伴うもの、悪化したもの、再燃したものはD-PTSDの一種とみなされるか、またはそれぞれ別の種類の外傷後過程を代表しているかもしれない。1982年レバノン戦争で遅発性症PTSDをきたした帰還兵は、Ways of Coping Checklistで、対照群と比較して感情焦点型コーピングや気晴らしによるコーピングを有意に用いていた。しかも、直後に発症したPTSD患者よりも、コーピングスキル（対処技能）の使用が有意に少なかった。

PTSDが考案される以前の1968年から1973年までの間、EitingerとStroemはノルウェーの強制収容所生存者の健康状態を調査した。彼らは、遅発性症の身体および精神症状が、強制収容所症候群、またはKZ症候群（訳者注：KZはドイツ語で強制収容所Konzentrationslagerの省略形）と関連して高率に出現すると報告した。

オランダのレジスタンス運動（訳者注：第二次世界大戦時にナチスドイツに抵抗した運動）に参加し、高齢化した帰還兵を対象にした研究で、Aartsらは戦争終了と最初のPTSD症状の発現までの期間にはかなりの差があることを見出した。26%のケースでは第二次世界大戦後5年以内に最初のPTSD症状が出ているが、約50%の帰

還兵では、PTSD症状は20年以上たってから認められた。

## 遅発性心的外傷後ストレス障害についての議論

D-PTSDの現時点での概念化については、不明な点や議論の余地が数多くある。ある研究者らは、D-PTSDの事例というものは存在せず、概念の正当性に疑問があると主張している。別の者は、D-PTSDが潜在性の障害なのか、単純にPTSDと認識されないだけなのかという疑問を表明している。最近の研究で増加している報告では、交通事故患者、戦闘関連のストレスの両方の分野で、無症候期が先行し、その後障害が症候化するときのD-PTSDの出現頻度は10%前後である。さらに、いくつかの研究では、生存者と彼らの環境の両方に脆弱因子が存在することが指摘されている。遅延して重症慢性レベルの症状を持つ人々は、社会的ネットワークが貧弱で、対処行動に乏しく、GAFスコアが低いという特徴がある。

Horowitzのような研究者は、心的外傷後症状は、ライフイベントによって症状が強まったり弱まったりするのではないかと主張している。DSM-IVのPTSD診断基準によると、きっかけというのは、内的または外的に生じ、重大なストレスを象徴化したり類似化したものである。ある人がきっかけに曝露したとき、彼または彼女の状態は無症候性または閾下にあったものが症候性になる、あるいは前駆的に穏やかだったものが重症になり、D-PTSDの診断基準を満たすようになるかもしれない。大部分の研究者・臨床家はきっかけを患者特異的な内容であるとみなしており、ほとんどの人々では全く衝撃を与えないか最小限の衝撃しか与えない低い程度の出来事であっても、対照的に生存者にとっては重大な反応を引き起こしてしまうと考えている。逆に、一般の人々は、再燃するような出来事というのはもっと衝撃的でトラウマを引き起こすようなものであるとみなしているかもしれない。再燃の概念によると、過去のトラウマは閾値を下げてしまい、重大なストレスを象徴化したり類似したストレスに対して、ほとんどの人々では認められないような非常に強い反応を引き起こす。D-PTSDの一部としての再燃のエピソードと、新しいPTSDエピソードとの境界はあいまいになっている。

D-PTSDや、きっかけ・再燃するような出来事・重大なストレスのような概念を議論するには、定義をもっと明確化する必要があるのは明白である。さらに、出来事を段階化する、あるいは分類することが妥当であろう。こうした事項に対しては、トラウマ後の過程を調べるのと同様に光を当てるのが求められる。はっきりと無症候だった時期の後、あるいはPTSD症状が閾下であった時期の後に完全な形のPTSDが発症する時、主要なストレスやそれに引き続くきっかけや嫌悪的な出

来事，パーソナリティ，そして環境要因がどのような役割を果たすのだろうか？ もし閾下症状が人生にとって不適応となるほどの悪影響があるのに PTSD の診断基準を満たさない場合，ある期限内には，適応障害という診断がつくのだろう。

D-PTSD に関しては，中核的な多くの疑問が残されている。我々は加齢との関連についてもよく知らない。遅延性のトラウマ後ストレスへの変化に関して，我々の現在の知識を広げるために，更なる研究が求められている。

## 参照項目

うつ病と躁うつ病；急性ストレス障害と心的外傷後ストレス障害；不安。

## 参考文献

- Arts, P. G. H., Op den Velde, W., Falger, P. R. J., et al. (1996). Late onset of posttraumatic stress disorder in aging resistance veterans in the Netherlands. In: Ruskin, P. E. & Talbot, J. A. (eds.) *Aging and the posttraumatic stress disorder*, pp. 53-76. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Bryant, R. A. and Harvey, A. G. (2002). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* **36**, 2005-2009.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B. and Hickling, E. J. (1996). A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology* **105**, 617-625.
- Eitinger, L. and Ström, A. (1973). Mortality and morbidity after excessive stress. Norway: Universitetsforlaget. Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., et al. (1990). Buffalo Creek survivors in a second decade: stability of stress symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry* **60**, 43-54.
- Holen, A. (1990). *A long-term outcome study of survivors from a disaster: the Alexander L. Kielland disaster in perspective*. Oslo, Norway: University of Oslo. Horowitz, M. J. (1986). Stress response syndromes. Northvale: Aronson.
- Koren, D., Arnon, I. and Klein, E. (2001). Long term course of chronic posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a three-year prospective follow-up study. *Behavior Research and Therapy* **39**, 1449-1458.
- North, C. S., Smith, E. M. and Spitznagel, E. L. (1997). One year follow-up of survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry* **154**, 1696-1702.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Tivis, L., et al. (2004). The course of posttraumatic stress disorder in a follow-up study of survivors of the Oklahoma City bombing. *Annals of Clinical Psychiatry* **16**, 209-215.
- Pomerantz, A. (1991). Delayed onset of PTSD: delayed recognition or latent disorder? *American Journal of Psychiatry* **148**, 1609.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A. and Waelde, L. C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Trauma and Stress* **16**, 545-553.
- Solomon, Z., Kotler, M., Shalev, A. and Lin, R. (1989). Delayed onset PTSD among Israeli veterans of the 1892 Lebanon war. *Psychiatry* **52**, 428-436.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. and Waysman, M. (1991). Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder. II. The role of battle experiences and personal resources. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **26**, 8-13.
- Stroem, A. (ed.) (1968). *Norwegian concentration camp survivors*. Norway: Universitetsforlaget.