

心的外傷後ストレス障害（PTSD）について

選択的セロトニン再取り込み阻害剤

日本薬局方 パロキセチン塩酸塩錠

パロキセチン錠 5mg 「フェルゼン」

パロキセチン錠 10mg 「フェルゼン」

パロキセチン錠 20mg 「フェルゼン」

株式会社フェルゼンファーマ

1. 心的外傷後ストレス障害とは

心的外傷後ストレス障害（PTSD：Post Traumatic Stress Disorder）は、生死にかかわるような実際の危険にあたり、死傷の現場を目撃したりするなどの強烈なショック体験、強い精神的ストレスが記憶に残って心の傷（トラウマ）となり、何度も思い出されて当時と同じような恐怖を感じ続けるという病気です。こうした体験の後では、誰しものが、繰り返しそのことを思い出したり、恐怖を感じたりするものですが、普通は数週間のうちに恐怖が薄れ、記憶が整理されて、その体験が過去のものとして認識されるようになります。PTSD では、トラウマの記憶が1ヵ月以上に渡って想起され続け、急に涙ぐんだり、恐怖が込み上げてきたり、不安や緊張が続く、めまいや頭痛、眠れないといった症状が出てきます。なお、PTSD を発症した人の半数以上がうつ病、不安障害などを合併しており、生活の面でも重大な影響を引き起こしているのが特徴です。

2. PTSD の診断基準

DSM-5^{注)}における PTSD の診断基準を以下に記載します。

注) DSM：American Psychiatric Association（米国精神医学会）の Diagnostic and Statistical Mental Disorders（精神疾患の診断・統計マニュアル）

成人、青年、6歳を超える子供の場合

A. 実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：

- (1) 心的外傷的出来事を直接体験する。
- (2) 他人に起こった出来事を直に目撃する。
- (3) 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうだった出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない。
- (4) 心的外傷的出来事の強い不快感をいたく細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする（例：遺体を収集する緊急対応要員、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警官）。

注：基準A4は、仕事に関連するものでない限り、電子媒体、テレビ、映像、または写真による曝露には適用されない。

B. 心的外傷的出来事後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在：

- (1) 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶
注：6歳を超える子どもの場合、心的外傷的出来事の主題または側面が表現された遊びを繰り返すことがある。
- (2) 夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢
注：子どもの場合、内容のはっきりしない恐ろしい夢のことがある。
- (3) 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状（例：フラッシュバック）（このような反応は1つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる）。
注：子どもの場合、心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある。
- (4) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛
- (5) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに対する顕著な生理学的反応

C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。心的外傷的出来事後に始まり、以下のいずれか1つまたは両方で示される。

- (1) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情の回避、または回避しようとする努力
- (2) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を呼び起こすことに結びつくもの（人、場所、会話、行動、物、状況）の回避、または回避しようとする努力

D. 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。心的外傷的出来事後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。

- (1) 心的外傷的出来事の重要な側面の想起不能（通常は解離性健忘によるものであり、頭部外傷やアルコール、または薬物など他の要因によるものではない）

- (2) 自分自身や他者、世界に対する持続的で過剰に否定的な信念や予想(例:「私が悪い」、「誰も信用できない」、「世界は徹底的に危険だ」、「私の全神経系は永久に破壊された」)
- (3) 自分自身や他者への非難につながる、心的外傷の出来事の原因や結果についての持続的でゆがんだ認識
- (4) 持続的な陰性の感情状態(例:恐怖、戦慄、怒り、罪悪感、または恥)
- (5) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
- (6) 他者から孤立している、または疎遠になっている感覚
- (7) 陽性の情動を体験することが持続的にできないこと(例:幸福や満足、愛情を感じるができないこと)

E. 心的外傷の出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷の出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか 2 つ(またはそれ以上)で示される。

- (1) 人や物に対する言語的または身体的な攻撃性で通常示される、(ほとんど挑発なしでの)いらだたしさと激しい怒り
- (2) 無謀なまたは自己破壊的な行動
- (3) 過度の警戒心
- (4) 過剰な驚愕反応
- (5) 集中困難
- (6) 睡眠障害(例:入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り)

F. 障害(基準 B、C、D および E)の持続が1ヵ月以上

G. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、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。

H. その障害は、物質(例:医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。<いずれかを特定せよ>

解離症状を伴う: 症状が心的外傷後ストレス障害の基準を満たし、加えてストレス因への反応として、次のいずれかの症状を持続的または反復的に体験する。

1. **離人感:** 自分の精神機能や身体から遊離し、あたかも外部の傍観者であるかのように感じる持続的または反復的な体験(例:夢の中にいるような感じ、自己または身体の実感や、時間が進むのが遅い感覚)
2. **現実感消失:** 周囲の非現実感の持続的または反復的な体験(例:まわりの世界が非現実的で、夢のようで、ぼんやりし、またはゆがんでいるように体験される)
注:この下位分類を用いるには、解離症状が物質(例:アルコール中毒中の意識喪失、行動)または他の医学的疾患(例:複雑部分発作)の生理学的作用によるものであってはならない。

<該当すれば特定せよ>

遅延顕症型: その出来事から少なくとも 6 ヶ月間(いくつかの症状の発症や発現が即時であったとしても)診断基準を完全には満たしていない場合

6 歳以下の子供の場合

A. 6 歳以下の子どもにおける、実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ(またはそれ以上)の形による曝露:

- (1) 心的外傷の出来事を直接体験する。
- (2) 他人、特に主な養育者に起こった出来事を直に目撃する。
注:電子媒体、テレビ、映像、または写真のみで見た出来事は目撃に含めない。
- (3) 親または養育者に起こった心的外傷の出来事を耳にする。

B. 心的外傷の出来事の後に始まる、その心的外傷の出来事に関連した、以下のいずれか 1 つ(またはそれ以上)の侵入症状の存在:

- (1) 心的外傷の出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶
注:自動的で侵入的な記憶は必ずしも苦痛として現れるわけではなく、再演する遊びとして表現されることがある。
- (2) 夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷の出来事に関連している、反復的で苦痛な夢
注:恐ろしい内容が心的外傷の出来事に関連していることを確認できないことがある。
- (3) 心的外傷の出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状(例:フラッシュバック)(このような反応は1つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる)。このような心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある。

(4) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛。

(5) 心的外傷的出来事を想起させるものへの顕著な生理学的反応

C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避、または心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化で示される、以下の症状のいずれか1つ(またはそれ以上)が存在する必要がある、それは心的外傷的出来事の後に発現または悪化している。

刺激の持続的回避

(1) 心的外傷的出来事の記憶を喚起する行為、場所、身体的に思い出させるものの回避、または回避しようとする努力

(2) 心的外傷的出来事の記憶を喚起する人や会話、対人関係の回避、または回避しようとする努力

認知の陰性変化

(3) 陰性の情動状態(例: 恐怖、罪悪感、悲しみ、恥、混乱)の大幅な増加

(4) 遊びの抑制を含め、重要な活動への関心または参加の著しい減退

(5) 社会的な引きこもり行動

(6) 陽性の情動を表出することの持続的減少

D. 心的外傷的出来事に関連した覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化しており、以下のうち2つ(またはそれ以上)によって示される。

(1) 人や物に対する(極端なかんしゃくを含む)言語的または身体的な攻撃性で通常示される、(ほとんど挑発なしでの)いらだたしさと激しい怒り

(2) 過度の警戒心

(3) 過剰な驚愕反応

(4) 集中困難

(5) 睡眠障害(例: 入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り)

E. 障害の持続が1ヵ月以上

F. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または両親や同胞、仲間、他の養育者との関係や学校活動における機能の障害を引き起こしている。

G. その障害は、物質(例: 医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。<いずれかを特定せよ>

解離症状を伴う: 症状が心的外傷後ストレス障害の基準を満たし、次のいずれかの症状を持続的または反復的に体験する。

1. **離人感:** 自分の精神機能や身体から遊離し、あたかも外部の傍観者であるかのように感じる持続的または反復的な体験(例: 夢の中にいるような感じ、自己または身体の実感喪失、時間が進むのが遅い感覚)

2. **現実感消失:** 周囲の非現実感の持続的または反復的な体験(例: まわりの世界が非現実的で、夢のようで、ぼんやりし、またはゆがんでいるように体験される)

注: この下位分類を用いるには、解離症状が物質(例: 意識喪失)または他の医学的疾患(例: 複雑部分発作)の生理学的作用によるものであってはならない。

<該当すれば特定せよ>

遅延顕症型: その出来事から少なくとも6ヵ月間(いくつかの症状の発症や発現が即時であったとしても)診断基準を完全には満たしていない場合

出典: 日本精神神経学会(日本語版用語監修)、高橋 三郎、大野 裕(監訳): DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院、269-272、2014

3. PTSD の症状評価

PTSD の症状評価法は自記式質問紙法と構造化面接法に大別されます。一般に自記式質問紙法は簡便ですが、診断精度は構造化面接法に劣るとされています。一方で、構造化面接法はより精度の高い評価が可能です。一人の評価に時間を要し、被面接者の負担が大きいなどの問題があります。そのため、目的に応じた使用が求められます。

<自記式質問紙法>

(1) Impact of Event Scale-Revised (IES-R) : 改訂出来事インパクト尺度

Horowitz により開発された出来事インパクト尺度を Weiss らが改訂し¹⁾、世界的に広く用いられている自記式質問紙法で、最近 1 週間の 22 項目の症状についてその強度を 0-4 点で評価する。飛鳥井らによって日本語版が作成され、信頼性と妥当性が検証されている²⁾。

(2) Posttraumatic Symptom Scale (PTS-10) : 外傷後症状尺度

Weisaeth らにより開発された尺度で³⁾、災害後の特異的なストレス症状 10 項目の有無を評価する簡便な質問紙であるが、信頼性、妥当性は検証されていない⁴⁾。阪神淡路大震災の被災者を対象とした健康調査でも使用された。

(3) Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) : 外傷後ストレス診断面接尺度

DSM-IV の診断基準に準拠して Foa らによって作られた成人用の自記式質問紙法で、出来事、症状、症状の持続時間、機能障害を評価する。長江らによって日本語版が作成され、信頼性と妥当性が検証されている⁵⁾。

<構造化面接法>

(1) Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) : PTSD 臨床診断面接尺度

アメリカの National Center for PTSD の研究グループによって開発された構造化診断面接法で⁶⁾、最も精度の高い診断法として世界的に広く用いられている。一定のトレーニングを受けた面接者が DSM-IV で示される 17 症状について規定の質問を行い、症状の頻度と強度の両方をアンカーポイントにそって評価する。飛鳥井らによって日本語版が作成され、信頼性と妥当性が検証されている⁷⁾。

(2) Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) : DSM-IV のための構造化臨床面接

DSM-IV の PTSD 17 症状の有無のみを問う形式のため、評価者の臨床経験により、CAPS に比べ評価がばらつく可能性がある。高橋らによって日本語版が出版されている⁸⁾。

(3) MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : 精神疾患簡易構造化面接法

Sheehan らによって開発されたスクリーニング目的に短時間で施行可能な包括的構造化面接である。SCID と同じく 14 項目の有無のみを問う形式のため、評価者の臨床経験により、CAPS に比べ評価がばらつく可能性がある。大坪らが日本語版を作成している⁹⁾。

4. PTSD と他の精神疾患の併存

PTSD には抑うつ、パニック障害、アルコール依存などの他の精神疾患の併存が多いことが知られています。Kessler の調査では男性の 88%、女性の 79% に精神障害が併存し、さらに男性ではアルコール関連疾患 52%、うつ病 48%、行為障害 43%、薬物依存 35%、恐怖症 31% で、女性ではうつ病 49%、アルコール関連疾患 28%、薬物依存 27%、恐怖症 29%、行為障害 15% であったと報告されています¹⁰⁾。また、Calabrese らの調査では 61.7% が少なくとも一つの他の精神疾患を、20.2% が二つの他の精神疾患が併存し、自殺念慮の発現率が PTSD 全体では PTSD でない人より 5.4 倍高く、二つの他の精神疾患を併存する患者は併存疾患のない PTSD 患者より 7.5 倍高い傾向を示し、二つの他の精神疾患を併存すると自殺念慮のリスクが最も高まると報告しています¹¹⁾。したがって、PTSD の症状ばかりに目を奪われず、自殺念慮の存在やアルコール依存の問題などに目を向ける必要があります。患者はそのような問題を訴えないことも多いので、「生きていきたくないとか、死にたい気持ちを感じたりしていませんか？」など積極的に自殺行

動を尋ねたり、飲酒量やその目的（不眠への対処や症状を紛らわせるためなど）を確認することが求められます。

5. トラウマを体験した患者への対応の基本

初診時では、トラウマ体験を話さない患者も少なくないため、PTSD が疑われる場合は、何があったのか積極的に尋ねることが求められますが、以下のような配慮が必要です。

PTSD を引き起こしたトラウマ体験は、非常に苦痛で過酷なものです。まず、患者の苦しみやその辛さに対して共感的に接することが重要です。特に最初の段階では、そのトラウマ体験を共感的に丁寧に聴くことが患者を安心させ、信頼関係の構築に役立ちます。トラウマ体験の詳細については、患者から無理に話を引き出さず、患者の話せる範囲のことを患者のペースで聞いていく姿勢が大切です。さらに、患者の対応を非難したり、被害を軽視したりしてはいけません。

患者は、自らの PTSD 症状には気づかないか、あるいはむしろそれは自らの性格の弱さと考えていることが多く、PTSD は誰にでも起こりうる病態であることを説明することが何よりも求められます。必要があれば、患者のみならず、家族や周囲の支援者にも伝えることが望まれます。

患者は、トラウマ体験によって無力感を感じ、コントロール感を失っていることが多いため、猛烈な不安やフラッシュバックが起きても自分が対処できる方法を知っていることは、コントロール感を取り戻す上で有用です。呼吸方法や、筋弛緩法、自立訓練法などが役に立ちます。

トラウマ体験を受けた患者では、現在の生活における困難や問題を抱えていることが多く、治療に際して、そのような現実的な問題に対応できるように支援（「優先順位の整理」、「判断できるように一緒に考える」、「必要な医療機関の照会」など）していくことが望まれます。

トラウマ体験は、患者一人の力や医療の中だけで対処できないことも多く、刑事司法手続き、生活支援の専門的な支援機関などの社会的資源に患者を繋げることが求められます。犯罪被害者支援や司法支援、DV 被害者支援は、下記の各種窓口で公的相談を受けることができます。

- ・ 警察の犯罪被害者支援：<http://www.npa.go.jp/higaisya/home.htm>
- ・ 民間被害者支援団体：<http://www.shizuoka-hhsc.jp/zenkoku-soshiki.htm>
- ・ 法テラス：<http://www.houterasu.or.jp/>
- ・ 配偶者暴力相談支援センター：<http://www.gender.go.jp/e-vaw/soudankikan/01.html>
- ・ 児童相談所：http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv-jinshin/#soudan

薬物療法や支持的な対応を行っても PTSD 症状が改善しない場合や、うつ病やアルコール依存症などの併存疾患の問題がある場合、また、自傷行為・自殺行動がある場合には、速やかに精神科を紹介することが求められます。自傷行為・自殺行動がある場合は、入院施設を備えた精神科医療機関を紹介することが望ましい。

参考：日本トラウマティック・ストレス学会：PTSD 初期対応マニュアル：プライマリケア医のために（第1版），2013

6. PTSD の治療

PTSD の治療において一番大切なことは、心理的に保護をして、自然の回復を促すことです。しかし、症状が重い場合や、徐々に悪化する場合、数ヵ月を経ても自然に回復しない場合には、専門的な治療の対象となります。治療には、PTSD の特定の症状を軽くするための対症療法（薬物療法）と、PTSD という疾患そのものの治療方法（精神療法）があります。

(1) 薬物療法

PTSD のつらい症状（眠れない、不安が強い、うつ状態がある、自殺を考える）に対して薬物療法が行われます。その場合、セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）のパロキセチンとセルトラリンが使用されます。

薬物療法にあたっては、最少用量から投与を開始し、徐々に増量させ、4～6週間ごとに吟味し、薬物の治療効果を判定します。治療効果が部分的な場合、継続可能な最大容量に増量するか、別の薬剤の変更を考慮します。評価尺度を実施する時間的余裕があれば、その数値は大きな判断材料となります。新たな薬物の工夫を行っても寛解に至らない場合、専門医へ相談あるいは紹介、治療の見直し、症状に応じた追加療法の併用が考えられます。

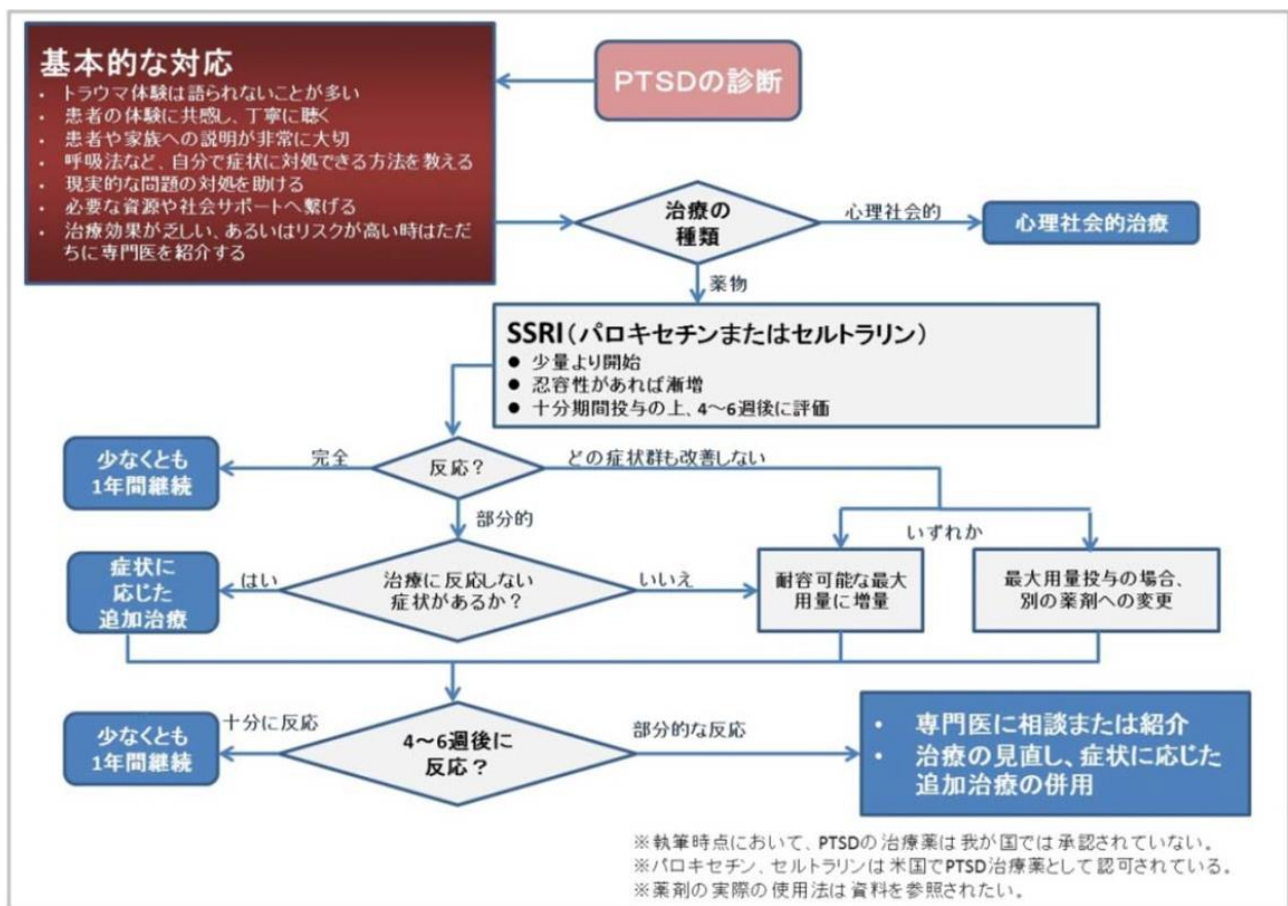


図1. PTSDに対する薬物療法のフローチャート

参考: 日本トラウマティック・ストレス学会: PTSDの薬物療法ガイドライン: プライマリケア医のために(第1版), 2013

薬物療法の場合、症状の経過を十分に観察し、本剤を漫然と投与しないよう、定期的に本剤の投与継続の要否について検討が必要です。

(2) 精神療法

トラウマに焦点を当てた認知行動療法 (cognitive behavioral therapy ; CBT) が PTSD に有効とされており、その中でも持続エクスポージャー療法 (prolonged exposure therapy ; PE) は、米国学術会議の報告書で「薬物を含めたあらゆる治療法の中で、唯一十分な効果がある」と認められています。それ以外に、

認知処理療法（cognitive processing therapy ; CPT）や眼球運動脱感作療法（Eye-Movement Desensitization and Reprocessing ; EMDR）と呼ばれる治療法もあります。

参考：治療法/PTSD/専門的な情報/みんなのメンタルヘルス/厚生労働省サイト

参考：日本トラウマティック・ストレス学会：PTSD 初期対応マニュアル：プライマリケア医のために（第1版），2013

【引用文献】

- 1) Weii DS, Marmer CR. The Impact of Event Scale-revised Assessing Psychological Trauma and OTSD (2nd edition) : 168-189, 2004
- 2) Nozomu Asukai, Hiroshi Kato, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of events scale-revised (IES-R-J) : four studies of different traumatic events. : J. Nerv. Ment. Dis. : 2002, 190 (3) ; 175-182
- 3) L Weisaeth. Torture of a Norwegian ship's crew. The torture, stress reactions and psychiatric after-effects. Acta Psychiatr-Scand Suppl : 1989, 355 ; 63-72
- 4) 飛鳥井望：臨床精神医学第 39 号：285-291, 2010
- 5) 長江信和, 廣幡小百合, 志村ゆず他：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
- 6) D D Blake, F W Weathers, L M Nagy, D G Kaloupek, F D Gusman, D S Charney, T M Kean. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale : J Trauma Stress : 1995, 8 (1) ; 75-90
- 7) 飛鳥井望, 廣幡小百合, 加藤寛他：CAPS (PTSD 臨床診断面接法) 日本語版の尺度特性：トラウマティック・ストレス 1 : 47-53, 2003
- 8) 高橋三郎, 北村俊則, 岡野禎治(翻訳)：精神科診断面接マニュアル SCID：使用の手引き・テスト用紙 第2版, 日本評論社：2010
- 9) 大坪天平, 宮岡等, 上島国利(翻訳)：精神科疾患簡易構造化面接法, 星和書店：2000
- 10) R C Kessler, A Sonnega, E Bromet, M Hughes, C B Nelson. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry : 1995, 52 (12) ; 1048-1060
- 11) Calabrese JR, Prescott M, et al. PTSD comorbidity and suicidal ideation associated with PTSD within the Ohio Army National Guard. : J Clin Psychiatry : 2011, 72 (8) ; 1072-1078