

PTSD と阪神大震災に関する 心身保健学的考察

西本 実苗・松本 和雄

I. はじめに

わが国の戦後最大規模の自然災害となった阪神大震災を機に、それまで精神医学や心理学の専門家にも馴染みのなかった PTSD (Posttraumatic Stress Disorder: 外傷後ストレス障害) という用語が一気にスポットライトを浴び、同時に被災者への「心のケア」の必要性が強く叫ばれるようになった。また、震災の約 2 ヶ月後には地下鉄サリン事件、翌年夏には堺の O-157 事件、そして最近では和歌山毒物カレー事件などショッキングな事件があい次いだが、その度に被害者の PTSD 発症の危険性と「心のケア」がマスコミでクローズアップされることとなった。

このように一躍「有名」となった PTSD であるが、診断名としての登場は意外に最近であり、アメリカ精神医学会の診断統計マニュアルである DSM の第 3 版に採用されたのは 1980 年である。確かに、それまでも第二次世界大戦や朝鮮戦争での経験を通じて、戦闘ストレスとそれに伴う精神障害（戦争神経症等の名称で呼ばれた）に関心が向けられ、DSM-I (1952) では現在の PTSD に当たるとされる「大ストレス反応 (Gross Stress Reaction)」という診断カテゴリーが採用された。しかし、DSM-II (1968) では先の「大ストレス反応」は姿を消し、1980 年の PTSD の登場まで 10 年余りのブランクが存在した。PTSD の診断名変遷の歴史について述べることは本稿の目的ではないが、参考までに表 1 に PTSD の診断名変遷の一覧を示す。

表 1 DSM-I から DSM-IVにおける外傷ストレスの診断名の変遷

DSM-I (1952)
Transient situational personality disturbance Gross stress reaction Adult situational reaction Adjustment reaction of: Infancy Childhood Adolescence Late life
DSM-II (1968)
Adjustment reaction of: Infancy Childhood Adolescence Late life
DSM-III, DSM-III-R (1980, 1987)
Post-traumatic stress disorder
DSM-IV (1994)
Acute stress disorder Posttraumatic stress disorder

(Brett, E. A., 1996 を一部改変)

II. ベトナム帰還兵と PTSD

van der Kolk, B. A. ら (1996) によれば, DSM-IIIにおける PTSD 採用のきっかけは, 1970 年代に盛んになった児童虐待被害者やレイプ被害者の研究の成果とともに, ベトナム帰還兵の戦闘ストレスの研究の蓄積によるところが大きいという。続いて彼らは PTSD の研究史に大きな意義をもつ研究を4つほど指摘しているが, その1つに Figley, C. R. らによる *Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Research and Treatment* と題する, 1978 年に出版された著書が挙げられている。「前書き」によれば本書は, 「ベトナムで戦ったアメリカ人にベトナム戦が与えた長期的な心理的影響に関する

最初の総括的報告」であり、「狭義には戦闘ストレス障害の知識を，広義には帰還兵一般の社会，心理的適応に関する基本的知識について詳しく述べようとするものである」という。まさに本書はそれまでのベトナム帰還兵に関する研究の最初の集大成であると同時に，社会問題化していたベトナム帰還兵の適応問題は，ベトナムでの戦闘によるストレス障害の現われであることを指摘した問題作であった。この指摘により「ベトナム帰還兵の戦闘ストレス障害」についてのコンセンサスが定着し，ひいては DSM-III 採用への大きなうねりを引き起こす決定打になったといえる。

Kormos, H. R. は，急性戦闘反応を「周囲から戦闘員として期待されている兵士が戦闘に直面して戦闘員としての機能をやめてしまったシグナルと誰でもが認めるような兵士の行動」と定義した上で，ベトナム戦においてかつてないほど増加した精神的異常現象（薬物乱用，上官襲撃，反抗）は上記の「戦闘の拒否」という点で古典的な「戦闘疲憊」などの戦闘ストレス反応と本質的に異なる点はないと主張した。つまり，ベトナム戦では精神疾患の発生率は予想に反し低率であったという楽観的な報告は額面通り受け取ることは出来ないことが示唆された。

DeFazio, V. J. は，戦闘ストレスについて精神力動的見地から理論的検討を加えると同時に，戦闘による心的外傷を受けた帰還兵の特徴についていくつもの症例を提示した。彼は外傷神経症の一般的特徴として①不安定，②退行（帰還兵の「魔術的思考」の一例が挙げられている），③遅れて発症すること，④罪の感情，⑤外傷性悪夢の5点を挙げた。そして，帰還兵らを精神病理学的に1) 外傷性戦争神経症，2) 病的性格，3) 解離症状，の3つのグループに分類した。1) については，破局的な夢，フラッシュバック，過敏（大きな音に敏感になっている等），攻撃性，健忘や記憶障害などの症状が指摘されていて，現在の PTSD に診断されるべきグループと考えられる。

Shatan, C. F. は，ベトナム帰還兵の討論グループに7年間関与した経験から，まずベトナムにおける戦闘の実態と，兵士達が「戦場の現実」に適応できるように（つまり暴力行為を是認するようになる）過程について述べ，

平時に自身が従っていた「市民の現実」とそれとが衝突することによる「認知の不一致」が帰還後の遅発性戦闘神経症の主な原因であると指摘した。彼は「戦闘後症状群」として6つのテーマが帰還兵の討論グループにおいて共通してみられたと主張した。すなわち、①罪悪感と自己懲罰、②他人の罪の身代わりにされたという感情、③誰彼の見境なく向けられる激怒や、その他の激しい衝動、④戦闘の残虐化に伴って精神が無感動になること、⑤自分自身の感情からも他人からも除外されること、⑥他者を持続的に信頼したり愛したりする能力に自信をなくすこと、の6点であった。これらも現在の PTSD の症状とオーバーラップする点が特徴的であるといえる。

Figley, R. C. がベトナム帰還兵の心理的再適応に関する研究における2つの見解について論究した。その1つは戦争中の経験はどのようなものであろうと、ストレスはいつか消滅してしまうという「ストレス消滅説」である。もう1つは、現在の精神状態は戦闘ストレスに関連しているという「ストレス残遺説」である。どちらの立場についても詳細な各研究の分析・検討をした結果、「ストレス消滅説」の立場をとる研究については基本的な点で方法的不備が指摘されるとして、「ベトナムでの軍務が、心理的再適応について重大な影響を与える因子であることを示唆する貴重な証拠がえられた」と結論づけた。しかし、帰還兵の人格素因や個人的背景が現在の社会心理学的不適応に関係しているとする多くの主張にも考慮することも認めている。

戦闘体験によるストレス障害をもつ帰還兵の臨床的特徴や治療については、Lifton, R. J. がベトナム帰還兵の討論グループとともに過ごした経験から、帰還兵がグループでの活動を通し「己が経験してきたことを容認し、自分たち自身の手で心の傷を癒そう」としてゆく回復過程について報告した。そのグループ内で治療者として関わった立場から、治療者の倫理的問題（討論グループには反戦運動の色彩が濃かった）について、そして「真の治療者とは」という更に一般的な問題まで真摯な考察を加えており、ベトナム帰還兵のみならず、心的外傷を負った人に援助を行う専門家のためには有効な示唆を与えるものと思われる。

その他、Haley, S. A. や、Horowitz, M. J. と Solomon, G. F. は臨床現場からの戦闘後ストレス症状群の臨床的特徴や治療法についての研究を報告した。帰還兵における戦闘ストレス病は予想外に多いこと、そして将来も色々な程度のストレス反応が帰還兵の相当多くに現れるであろうことを警告した。

Ⅲ. 阪神大震災における大学心身保健学的研究

1995年1月17日に発生した阪神・淡路大震災はM7.2、震度7の規模で、神戸市、芦屋市、西宮市、宝塚市を中心とする阪神地区と淡路島北部を襲った。何の前触れもない、いきなり突き上げるような直下型の激震であった。同年12月26日の消防庁と自治体の発表によれば、震災関連死を含む死者は6,308名、行方不明者2名、負傷者43,177名を数え、全壊家屋は100,302棟、半壊は336,114棟に及び、戦後最大の自然災害となった。

被災地西宮市に位置する本学も被害を免れず、在学生15名、理事1名、現・元教職員7名、また卒業生40名が残念ながら犠牲になった。物的な被害も総額10億3千万円と算定された。幸い一命を取りとめた学生らも自宅・下宿の倒壊やライフラインの停止、あるいは被災地外からの通学者は交通機関の停止による通学の不便など、誰もが程度の差こそあれ、それぞれの状況において辛酸をなめた。しかしこのような混乱を極めた状況においても、2月の定期試験は予定通り行われ、かなりの学生が健気にも試験のために登校してきた。振り返ると、地震後突如として現れた「非日常」の中に少しでも「日常性」を取り戻そうとする努力の一端であったのかもしれない。ともかくも彼らの協力を得て、心身症状を中心した項目と、震災体験のレポートからなるアンケート調査を実施することが可能となった。ところが、「平生、要領の良い学生達は求められた課題にたいして数行程度の最小限度の文章で適当に纏めるのが常識であるが（中略）、60分の制限時間が足りないかのように休みなく筆を動かした」結果、総計して優に70万字を越える膨大な資料が残された（松本、1996）。これらの資料は本稿で紹介できるものではないので、具体的なもの

は、参考文献に挙げる松本（1996）の原著を参照していただきたい。

本稿においては、当時（震災後1ヶ月）と、5ヶ月後、そして2年3ヶ月後に筆者らが学生らを対象に実施した計3回の心身症状に関するアンケート調査の結果（西本ら、1998）について報告する。

・心身症状調査

(1) 方法

調査は震災1ヶ月後、5ヶ月後、2年3ヶ月後の3回に分けて行い、各回ごとに使用した質問紙は一部異なる部分があるものの、震災被害と震災についての気持ちに関する質問は Raphael（1986）による被災後の精神衛生に関する質問表を参考にし、心身症状については多くの大学で入学時にスクリーニング用として施行されているUPI（University Personality Inventory）をもとに作成した64項目からなる質問紙を用いた。

対象は、計3回の調査ともそれぞれ同一ではなかった。1回目の調査では男子学生279名、女子学生351名、計630名を対象とした（平均年齢は不明）。2回目の調査では男子学生108名（平均年齢20.2歳、SD=1.21）、女子学生187名（平均年齢20.1歳、SD=0.84）、計295名（平均年齢20.1歳、SD=0.99）を対象とした。3回目での調査では男子学生95名、女子学生251名を対象としたが、地方出身の学生で震災発生時に近畿地方在住でなかった者が含まれていたため、それらを除いた男子67名（平均年齢20.2歳、SD=1.54）、女子208名（平均年齢19.5歳、SD=0.76）、計275名（平均年齢19.7歳、SD=1.10）を分析の対象とした。

分析にあたっては、心身の自覚症状についての質問紙は「しばしば」「時々」の回答を1つにまとめ、（症状が）「あり」「なし」の二件法として扱った。なお、震災後特におこったと感じられた症状には二重丸をつけてもらったが、分析においては以前から、あるいは現在も自覚している症状（一重丸）と併せてどちらかのマークがあれば「症状あり」とした。

(2) 結果と考察

a. 心身症状 64 項目の経時的变化

計 3 回の調査における心身症状 64 項目それぞれの出現率を、 χ^2 検定により時点間の差を検討した結果、2 回目ではほとんどの項目で出現率が有意に低下し、時間経過による回復傾向がみられたと思われたが、3 回目では直後の 1 回目よりは低いレベルながら、再び上昇に転じ、1 回目と同程度、つまり出現率に有意差のない項目もかなりみられ、V 字に似たパターンを示す項目が多数を占めた。その一方で、その他の様々なパターンを示すものもあり、長期的にみた場合、心身症状の発現は一定でない複雑な経過を辿ることが認められた。そこで変化のパターンにより A~D の 6 つのグループに分類し、それぞれのグループを構成する項目を検討することにより、PTSD の病理を解明しようと試みた。その際、以前の調査（松本，1996；高橋ら，1996；西本ら，1997）から心身症状の出現率には男女差が存在することが認められたので、男女別に集計，検討した。その結果を表 2, 3 に示す。

2 回目で一旦出現率の低下を示すいわゆる V 字型パターンを A グループとした。その内訳は、3 回目に最も高率のものを A（女子のみ）、3 回目で 1 回目と同程度の出現率のものは A'、3 回目でやや上昇するものの 1 回目よりは出現率の低いものを A'' とした。2 回目で出現率が低下した後、3 回目で変化がみられなかったものを B とした。3 回目で始めて出現率が上昇したものを C（男子のみ）、3 回を通じ差の認められなかったものを D とした。

全体的には、B が震災後の急性、かつ一過性の反応、A'' が次いで緩やかに改善をみるもの、A' と A は遷延、あるいは遅発性のもの、D は震災の影響を比較的受けないものと考えられる。C（男子のみ、「人と会いたくない」）は、個人的要因の反映か、あるいはまた遷延化した災害ストレスの影響である可能性も否定できない。個人的要因の影響は D が最も強く、次いで A, A', A'' の順、B は比較的の影響されないものと考えられる。

各型の内容から考えると、一般的に震災から比較的早い時期（今回の場合 5 ヶ月以内）には睡眠障害と、「独りでいると落ちつかない」など余震不安に根

差と思われる心身の諸症状が目立ち、それらが落ち着く一方で過覚醒を背景にした精神症状が出現してくると思われる。また、時間が経過するうち社会的・対人間的な精神症状（「将来のことを心配し過ぎる」など）も顕在化すると同時に、次第に症状が遷延化、固定化する場合とそうでない場合とが分化してゆくことが考えられる。

性差については、男子では B と A' で項目の半数以上を占めるのに対し女子では A' が半数近いことから、男子の方が震災による影響からの回復が早く、一方女子では身体症状を中心に震災の影響が長引きやすいことが考えられる。精神症状も女子で尾を引きやすいようであるが、内容的には男子の変化パターンを女子が後追いつする形になる傾向がややみられる。比較的早期に出現、消褪する反応をみると、男子は自律神経系、消化器系を中心とした身体症状と不安、覚醒レベルの高さを核とする様々な精神症状で反応する傾向があるのに対し、女子にはいくつかの精神症状が目立つ傾向が認められた。男子については前回の調査（松本，1996；高橋ら，1996；西本ら，1997）で示された 5 ヶ月後時点での結果と一致するが、女子については異なる結果となった。前回の調査では女子は早い時期には災害ストレスに対し身体症状で反応する傾向がみられるという結果であったが、今回の結果からは同時に精神症状でも反応することが認められた。

なお、UPI と共通する 38 項目について沢崎・松原（1988）の報告している UPI 各項目の男女別の回答率と、今回の調査で UPI と共通する項目との比較を試みた。V 字型パターンの項目が多かったことから、本調査の 1 回目と 3 回目に注目して参照したところ、1 回目では男女ともに沢崎らの示す回答率より高いものが大半であるが、3 回目では本調査の方で男女ともに回答率が高い項目は 9 個、男子のみ回答率が高いものは 5 個、女子のみ回答率が高いものは 13 個であった。つまり、全体的にみて震災直後は男女ともに平常レベルより症状レベルは高く、2 年 3 ヶ月後も同様な傾向はみられるが、特に女子の方に症状レベルの高さが顕著であることが推測され、女子の方に災害ストレスの影響が遷延するのではないかという考えは支持されることが示された。ま

表2 各心身症状の経時的変化のパターン分類 (男子)

A' (2回目で低下, 3回目と1回目差なし)	B (2回目で低下, 3回目差なし)
乗り物酔い 湿疹, アトピー 親が期待しすぎる 他人の視線が気になる ぼーっとする 気分には波があり過ぎる 冷汗がやすい 自信をもてない	体の一部びくつく 頭痛 肩凝り 立ちくらみ 便秘 下痢 食欲がない 偏食 咳をする
A'' (2回目で低下, 3回目でやや上昇するが1回目より低率)	かゆがる 疲れやすい ねつき悪い ねおき悪い 睡眠が浅い 無気力
いつも体の調子がよい よくおしっこに行く 神経質 不平や不満が多い 陽気である やる気がでてこない 将来のことを心配し過ぎる 悲観的になる 考えがまとまらない 気疲れする 根気が続かない 決断力がない こだわりすぎる 取り越し苦労をする ひけ目を感じる	怒りっばい 反抗的 物事に集中できない 独りでいると落ちつかない 胸が苦しい 脈が早い よく風邪をひく ためらいがちである 体がほてったり冷えたりする 吃ったり声が震える 汚れが気になる 繰り返し確かめる
	C (3回目で初めて上昇)
	人に会いたくない
	D (3回を通じて差なし)
	めまい はきけ 夜尿 ぜんそく じんましん 自分が自分でない感じがする うなされる 自分の家庭は不幸である 息苦しい 口が臭い 死にたくなる 赤面してこまる

表 3 各心身症状の経時的変化のパターン分類 (女子)

A (2 回目で低下, 3 回目で最も高率)	B (2 回目で低下, 3 回目差なし)
疲れやすい 不平や不満が多い 反抗的 他人の視線が気になる	食欲がない よくおしっこに行く 自分が自分でない感じがする 神経質 ねつき悪い うなされる
A' (2 回目で低下, 3 回目と 1 回目差なし)	無気力 独りでいると落ちつかない 脈が早い 口が臭い 根気が続かない 決断力がない 取り越し苦労をする 汚れが気になる
体の一部びくつく 頭痛 肩凝り 乗り物酔い はきけ 立ちくらみ 便秘 下痢 偏食 いつも体の調子がよい 咳をする かゆがる ねおき悪い 親が期待しすぎる 怒りっぽい 胸が苦しい ぼーっとする よく風邪をひく 将来のことを心配し過ぎる 悲観的になる 考えがまとまらない 気分が波があり過ぎる こだわりすぎる 吃ったり声が震える 赤面してこまる 自信をもてない	D (3 回を通じて差なし)
A'' (2 回目で低下, 3 回目でやや上昇するが 1 回目より低率)	めまい 生理不順 (女子) 夜尿 ぜんそく 湿疹, アトピー じんましん 自分の家庭は不幸である 人に会いたくない 息苦しい 死にたくなる 冷汗がでやすい ひげ目を感じる
睡眠が浅い 物事に集中できない 陽気である やる気がでてこない 気疲れする ためらいがちである 体がほてったり冷えたりする 繰り返し確かめる	

た、PTSD のリスクファクターとして女性であることを示す研究は多く (Green, B. L., 1994), 上記の考えに妥当性はかなりあるのではないかと思われる。

b. 震災時居住地別

震災時居住地 (自宅住所) 別に各心身症状の出現率の差を χ^2 検定にて調査の時点ごとに検討した結果を表 4 に示す。

1 回目で被災地群に多くみられた症状は 8 個, 2 回目は 8 個, 3 回目では 7 個と, 3 回の調査を通じて被災地居住者の心身症状の多さは一貫した傾向であり, また, 「独りでいると落ちつかない」という地震への不安を伺わせる項目も 3 回を通じ被災地群に多く, 被災地居住者における震災の影響の根強さが推察される。Goenjian, A. K. ら (1994) は震央に近い地域の方が PTSD の症状スコアが高いことを報告し, ストレッサーへの暴露の度合いが外傷後のストレス反応の程度に関連することを指摘しており, 本調査の結果と一致する。

症状の内容的には 1 回目では「便秘」「食欲がない」という消化器系のもの, 「うなされる」など睡眠関係, 過覚醒に関連するもの, 「自分が自分でない感じがする」といった離人症的な症状が多くみられた。2 回目ではいくつかの症状は姿を消し, 代わりに長期化した地震不安の影響も考えられる強迫傾向的な症状などいくつかの精神症状が現れてくるが, 覚醒の亢進に関連した症状が中心である傾向は変わらない。3 回目では睡眠関係の症状は被災地群で依然多い傾向 (差が有意傾向) にあるものの, 抑うつ傾向を示すと思われるものや, 対人間的なものなど精神症状が主体となり, 時間経過による症状の変化が明らかに認められる。これらの症状には地震不安の恒常化の可能性に加え, 被災地では地域の復興や生活再建に伴う問題の影響も考えられる。逆に被災地外の方に多い項目も少数ながら存在し, 1 回目では「自分の家庭は不幸である」であった。災害直後には「ハネムーン期」がみられることが指摘されているが (Raphael, 1986), 今回の震災でもそれに似た被災地におけるある種の「共同体感情」が存在していたことが考えられ, その反面, 被災地外での「不幸感」が目立つ結果になったと解釈できよう。

表 4 心身症状の震災時の居住地による差 (数字は%)

心身の症状	1 回目		2 回目		3 回目	
	被災地 (N=253)	被災地外 (N=371)	被災地 (N=115)	被災地外 (N=180)	被災地 (N=77)	被災地外 (N=198)
体の一部びくつく			19.1	10.0**		
頭痛	39.9	32.6*				
生理不順 (女子)					29.8	47.0**
便秘	44.3	33.2***				
食欲がない	33.6	24.5**				
じんましん					1.3	8.1**
かゆがる					26.0	13.1**
自分が自分でない感じがする	24.1	17.3**				
ねつき悪い	68.0	55.5***	37.4	21.1***	42.9	31.8*
睡眠が浅い	63.6	48.8***	35.7	23.3**		
うなされる	20.9	11.3***				
親が期待しすぎる	26.5	19.9*				
不平や不満が多い					58.4	43.4**
自分の家庭は不幸である	7.1	13.2**				
怒りっぽい					46.8	35.9*
物事に集中できない	70.8	61.2**			61.0	40.9***
独りでいると落ちつかない	48.6	36.1***	28.7	14.4***	31.2	18.2**
他人の視線が気になる					59.7	46.5**
人に会いたくない					32.5	22.2*
陽気である			60.0	50.0*	79.2	68.2*
ぼーっとする					71.4	58.6**
悲観的になる			33.9	22.2**		
気分が波があり過ぎる			44.3	31.1**		
気疲れする					59.7	47.0*
死にたくなる					22.1	11.1**
根気が続かない	60.5	53.4*			49.4	37.4*
自信をもてない					57.1	44.4*
汚れが気になる	29.6	23.7*	27.8	13.9***		
繰り返し確かめる			36.5	23.3**		

* : p<.1 ** : p<.05 *** : p<.01

c. 被害の有無別

震災による物的被害, 人的被害 (身近な人の死, ケガ) のいずれか 1 つでもあった場合は被害有り, いずれもなかった場合は被害無しとした。被害の有無別に各心身症状の出現率の差を χ^2 検定にて調査の時点ごとに検討した結果を表 5 に示す。

表5 心身症状の被害の有無による差 (数字は%)

心身の症状	1 回目		2 回目		3 回目	
	被害有 (N=368)	被害無 (N=262)	被害有 (N=131)	被害無 (N=164)	被害有 (N=73)	被害無 (N=202)
体の一部びくつく	31.8	24.4**			30.1	19.8*
はきけ	20.7	14.9*				
生理不順 (女子)	46.4	36.1*				
食欲がない			21.4	14.0*		
偏食	34.5	27.1**	20.6	13.4*		
いつも体の調子がよい	71.7	81.3***			57.5	71.3**
咳をする	27.7	16.8***				
じんましん	10.6	6.5*				
かゆがる					24.7	13.9**
自分が自分でない感じがする	22.3	16.8*				
疲れやすい					82.2	66.3**
ねつき悪い	64.1	55.0**	34.4	22.0**		
睡眠が浅い	58.4	49.2**	33.6	23.8*	46.6	31.7**
うなされる	18.8	9.9***			15.1	5.9**
不平や不満が多い	49.5	42.8*	23.7	33.5*	56.2	44.6*
自分の家庭は不幸である	12.8	8.0*				
怒りっぽい					50.7	34.7**
反抗的					45.2	30.7**
独りでいると落ちつかない	44.6	35.5**	25.2	15.9**		
他人の視線が気になる	42.1	52.7***				
陽気である			61.1	48.2**		
息苦しい	13.0	8.8*				
胸が苦しい	17.7	11.1**			20.6	7.9***
悲観的になる	49.2	56.1*				
考えがまとまらない					54.8	43.6*
死にたくなる					20.6	11.9*
決断力がない	50.0	58.0**				
こだわりすぎる	49.5	57.3*			53.4	42.1*
取り越し苦労をする					54.8	43.1*
体がほてったり冷えたりする					38.4	21.3***
吃ったり声が震える					23.3	10.9***
自信をもてない	44.8	51.5*				
汚れが気になる					28.8	16.8**
繰り返し確かめる			35.9	22.6**	45.2	32.2**
ひげ目を感じる					38.4	27.7*

*: p<.1 **: p<.05 ***: p<.01

1 回目で何らかの被害 (人的・物的) の有った群に多くみられた項目は 8 個, 2 回目では 4 個と一旦は減少するものの, 3 回目では 11 個に増加し, 何

らかの被害を被った場合、心身面への影響はかなり長期的に残り、かつ増悪する傾向が示唆される。人的・物的問わず災害による被害とストレス反応との関連を指摘する研究は数多い(Raphael, 1986; 藤森・藤森, 1996; 三田ら, 1997 など)。

内容的には、3つの時点を通じて睡眠関係の症状が被害有り群に多く、覚醒レベルの高さが半ば恒常化している可能性も考えられる。1回目では「偏食」「咳をする」が被害有り群に多いが、被害を受けた場合、生活変化(特に自宅損壊の場合など)のあった可能性も高く、その影響も考慮する必要があると思われる。他には余震不安の表れとも思われる「体の一部がびくつく」「胸が苦しい」も多かった。2回目になると、一旦症状が落ち着く傾向がみられるが、「繰り返し確かめる」など不安レベルの高さも伺え、また「陽気である」は気分が回復したというより、被災者におけるある種の「頑張り」を示している可能性も考えられる。3回目では再び不安・緊張の高さを伺わせる「胸が苦しい」などの身体症状が被害有り群に多くみられる。「怒りっぽい」など易刺激性の症状の多さからは睡眠関係症状からも伺える過覚醒が考えられ、「繰り返し確かめる」など強迫的傾向を示す症状からは全般的な不安の高さも考えられる。「かゆがる」「疲れやすい」といった症状は、それらの状態が長期化した影響が身体面に表れている可能性がある。一方、被害無し群には逆転項目である「いつも体の調子がよい」のみ多くみられ、逆に考えると、被害有り群に体調がよいと感じる者が少ないといえよう。

IV. 結 語

ベトナム帰還兵の心理的再適応問題については、帰還兵の犯罪などマスコミによるセンセーショナルリズムが先行した他、イデオロギー的な問題も絡み、科学的な検討が適切に加えられるまで時間を要した。今回の震災では PTSD という専門用語が先行した感が強かったが、かえって当分野における精神医学的、心理学的研究が促されている面も否定できない。わが国における先行研究

は数えるばかりであり、長期的視点からの調査研究はまだまだ手探りの状況であるが、以上に紹介した調査などからも災害による長期の精神的影響が存在することは明らかである。したがって、海外の進んだ知見を積極的に取り入れつつ、被災者のメンタルケアを視野に入れた継続的かつ系統的な調査研究を行っていくことが急務である。

引用・参考文献

- Brett, E. A. 1996 The Classification of Posttraumatic Stress Disorder. In van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. and Weisaeth L. (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. The Guilford Press, New York, Pp. 117-128
- Figley, R. C. (Ed.) 1978 *Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Research and Treatment*. Brunner/Mazel, New York (辰沼利彦監訳 1984 ベトナム戦争神経症 岩崎学術出版社)
- 藤森立男・藤森和美 1996 北海道南西沖地震による被災者の精神健康に関する研究 *精神科診断学*, 7, 65-76
- Goenjian, A. K., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Manoukian, G., Tavosian, A. and Fairbanks, L. A. 1994 Posttraumatic Stress Disorder in Elderly and Younger Adults After the 1988 Earthquake in Armenia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 895-901
- Green, B. L. 1994 Psychosocial Research in Traumatic Stress: An Update. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 341-362
- 松本和雄編 1996 関学生の阪神大震災 協和印刷株式会社出版部
- 三田達雄・中井 隆・関口典子・門矢規久子・片山桂子・梶本康雄・西野直樹 1997 阪神大震災(1995)の精神医学的影響—被災辺縁地の総合病院精神科外来において— *精神神経学雑誌*, 99, 215-233
- 西本実苗・高橋京子・寺田明代 1997 震災後における大学生の心身症状に関する検討 *臨床教育心理学研究*, 23, 73-84
- 西本実苗・遠藤明子・高橋京子・寺田明代・森際孝司・松本和雄 1998 震災後における大学生の心身症状に関する追跡研究 *臨床教育心理学研究*, 24, 89-108
- Raphael, B. 1986 *When Disaster Strikes: How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. Basic Books, New York (石丸正訳 1989 災害の襲うとき カタストロフィの精神医学 みすず書房)
- 沢崎達夫・松原達哉 1988 筑波大学における最近7年間のUPIの結果 第9回

大学精神衛生研究会報告書, 150-158

高橋京子・西本実苗・寺田明代・森菜穂子 1996 大学生の心身症状<阪神大震災の影響> 教育アンケート調査年鑑 上巻 創育社 Pp. 823-838

van der Kolk, B. A., Weisaeth, L. and van der Hart, O. 1996 History of Trauma in Psychiatry. In van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. and Weisaeth L. (Eds.), Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. The Guilford Press, New York, Pp. 47-74

——西本 実苗 大学院文学研究科博士課程後期課程——

——松本 和雄 文学部教授——