

全国精神保健福祉連絡協議会

会報

平成13年 3月

会報 40号

40

こころの健康と睡眠

国立精神・神経センター精神保健研究所

精神生理部 部長 内山 真

1. 睡眠障害とこころの健康

ストレスが生じると眠りが妨げられることは良く知られている。入学試験の前の日に緊張して眠れなかった体験を持つ人は多いと思われる。精神的にいやな出来事があった日に、そのことが頭に浮かんで寝つけないことも多くの人を経験する。健康体力づくり事業財団が平成9年に全国3030人の成人を対象に行った「健康づくりに関する全国における意識調査報告書」¹⁰⁾によると、睡眠での休養が不十分であったとした人が国民の23.1%にみられている。そして、睡眠で十分な休養がとれていない理由として仕事や勉強などによる精神的ストレスを挙げた人が20.5%もあった。さらに、ストレスの有無およびストレス対処能力の有無が不眠の発症と強い関係を持つことが示されている^{2,3)}。これは、ストレスなどのこころの問題が睡眠障害の原因となることを示すものである。

一方で、勉強や仕事の関係で睡眠が十分にとれない場合や睡眠が障害された場合には、日中の活動性や思考力が低下し、気分的にもイライラしやすくなるなど精神的な問題を起こしてくる。つまり、睡眠障害や睡眠不足があるとこれ自体が心身へのストレスとなり、こころの問題となる。勤労者を対象とし疲労度を評価した調査によると、睡眠の障害度と疲労度との間には強い関係があることが認められている。交代勤務者では、睡眠不足になりやすく、これによる精神科的訴えが多いという⁸⁾。現代人は、仕事のために睡眠不足や睡眠障害が生じやすい状況で生活している。このため休養が不十分となり、疲労やストレスへ適切に対処できなくなることが増えているようである。

神経症、うつ病、精神分裂病などのこころの病において、睡眠障害は非常に頻度の高い症状である。うつ病では、熟眠感不足や早朝覚醒などの特徴的睡眠障害が病気の本格化に先行してみられることが多いため、早期診断・治療のために重要である。精神分裂病の再発に先行して不眠がみられることも多く、この段階で適切な治療を行うことで精神症状の再発や増悪を予防できることがある。睡眠障害に適切に対処することは、これら心の病の予防にも役立つ。

このようにこころの問題と睡眠は密接な関連がある。ここでは、まず睡眠についての基礎的な知識をまとめ、頻度の多い睡眠障害の訴えとその原因について述べる。さらに、ストレスにより睡眠障害の起こるメカニズムについて述べ、睡眠薬の適切な使用について考えたい。

2. 睡眠の役割とは

私たちが、眠くなる要因としては、大きく2つのものがある。第一に、思い浮かぶのは疲れによる眠気である。頭や身体が疲れると眠くなってくる。夜更かしや徹夜で睡眠不足になると次の日に眠気が強くなる。これは、疲れているので休息なさいという脳からの指令である。こうした睡眠は、疲労による心身の変化

を常にバランス良く調節しようとする働きによるものと考えられる。長い時間活動し覚醒していると、脳の温度が高くなっていく。つまり、脳を酷使することでオーバーヒートの状態になっていく。睡眠には脳温を積極的に下げる働きがあり、脳温の上昇に応じて睡眠、すなわち眠気が起こる仕組みである。こうした睡眠のあり方は、大脳皮質の発達した高等な哺乳類、特に人間に特徴的である⁹⁾。

第二に、昼夜の変化によって起こる眠気である。私たちの日常生活を考えてみると、昼間眠ろうとしても、徹夜あけであるとか、よほど睡眠不足でない限り長く安定して眠ることは困難である。しかし、一日中あまり活動しなかった日でもいつも眠る時刻になると、眠ることができる。これは、人間は昼行性動物であるから、日中に活動し夜に眠るような仕組みを持っているためである。この仕組みを体内時計と呼び、これは脳の深深部にある視床下部という部位にあることがわかっている。この体内時計の働きにより、私たちは夜になると眠るわけである。昼行性動物が夜に眠り、夜行性動物が昼に眠るのも体内時計の働きによるものである。これは、一日のうち生物にとって活動に適した時刻に活動し、そうでない時に休むための機構として発達してきたものである。

こうした二つの睡眠調節の機構が適切に働くことで、快適な睡眠が約束される。一方、どちらか一方の機構でも、うまく働かなくなると、寝つきが悪くなったり、睡眠が浅くなったり、起床時の休息感がなくなったりと、睡眠の問題が起こる⁶⁾。

3. 睡眠のメカニズム



NREM睡眠中は、骨格筋の緊張が完全に低下してはいないため、首の保持が可能でうづくまるようにして眠る。ちょうど「コタツで丸くなる」状態である。このとき、大脳皮質の活動は著しく低下しており、眼球も動いていない。呼吸は深く規則的である。

REM睡眠中は骨格筋が完全に抑制されるため姿勢の保持が不可能で、ネコはグラリと横になった姿勢で眠る。一方、大脳皮質の活動は高まっている。眼球のすばやい動きを眼瞼の上から観察できる。呼吸は浅く不規則である。時おりピクッとした瞬間的の四肢の緊張twitchingがみられることがある。

図1：ネコの睡眠中の姿勢

睡眠について科学的研究が盛んになって、人間の睡眠には二種類あることがわかった。これは、目が急速に動いているレム睡眠と、そうでないノンレム睡眠である。猫や犬の眠っている姿勢を観察すると、だらりと横になって行儀の悪い姿勢でひげやまぶたがびくびくと動いているレム睡眠と、首を保持してうづくまるように行儀良く眠っているノンレム睡眠が区別できる(図1)。人間は横になって眠るため姿勢の違いはみられないが、間近に観察するとまぶたが開き加減になり目が素早く活発に動き、浅く速い呼吸をしているレム

睡眠と、すやすやと深い寝息をたて眠っているノンレム睡眠を区別することができる⁹⁾。

夢をみるのは、眼球が活発に動いているレム睡眠の時である。レム睡眠中は、脳からの運動指令が遮断されて、全身の筋肉の緊張が緩み力がまったく入らない、いわば金縛りの状態にある。一方、脳自体は活発に働き、交感神経は多少緊張している。しかし、視覚、聴覚のどの外界からの感覚も脳に到達しないようになっている。レム睡眠中は脳の記憶から情報がアトランダムに呼び出され、これが頭の中で合成され、瞬間瞬間にできる映像をみているのが夢だろうと考えられている。猫を使った実験で、脳からの運動指令を遮断する機構を破壊すると、レム睡眠になるたび猫は目を閉じたまま起き上がり何かと戦うような動作などを示すことが報告されている。このことから、動物でもレム睡眠中に夢に相当する現象が起こっていると考えられている⁹⁾。

レム睡眠は全睡眠時間の1/5から1/4で、この間ずっと夢をみていることになる。レム睡眠中には、記憶から情報を読み出す機能は働いていても何かを記憶する機能が低下しているため、朝目覚めた時には夢内容は断片的にしか覚えていない。精神分析などでは、起きてから思い出した夢内容の解釈を行うが、この時の夢内容は、思い出そうとする時の心理状態に大きく影響されたものと考えられている。

レム睡眠は朝方、睡眠の後半に多く出現するという特徴を持っている。レム睡眠の役割は、脳からの運動指令を完全に遮断し、筋の緊張を十分にほぐし、外部の昼夜リズムにあわせて筋肉を休めることにあると考えられている。つまり、体内時計に関連して出現する睡眠である。

脳波を測定すると、ノンレム睡眠は脳の休息(大脳皮質の活動低下)の度合いで4段階に分けられ、これが睡眠の深さを表す。電車で寝ていて、坐った姿勢が保て、駅を乗り越さないでいられるのは段階1の睡眠である。段階2になると首を保持できなくなり隣席の乗客に首をもたせかけることになり、しばしば寝過ぎし駅を乗り越すことになる。段階3と4は脳波所見から徐波睡眠とも呼ばれ、熟眠にあたる。この時、多少の物音では目覚めず、瞳孔が散大しているためむりやり起こされるとまぶしく感じる。寝汗が出るのもこの時期である。徐波睡眠の時期に無理矢理起こされると不機嫌になったり、寝ぼけたりすることがある。ノンレム睡眠中、筋肉の緊張は覚醒時よりも低下するが、レム睡眠時のように完全に弛緩はしない。

ノンレム睡眠の意義は、先に述べた心身の疲れをとる機構と密接に関連した主に脳を休ませる睡眠である。したがって、徹夜をした後や睡眠不足の時には深いノンレム睡眠が多く出現する。通常の夜間睡眠では睡眠の前半に、このノンレム睡眠が多く出現する。人間など高等動物になればなるほど大脳皮質が発達している。大脳は大量のエネルギーを要求するうえ疲労しやすいため、機能を維持するには十分な休息が必要である。高等な動物ほど深いノンレム睡眠が良く発達しているのは、限られた時間内に効率良く大脳を休ませ回復を促すためだろうと考えられている。

4. 睡眠障害の訴え

睡眠障害の訴えに適切に対応するには、「眠れない」という訴えをより具体的に把握することが重要である。寝つきが悪いのか、眠ってから頻回に目覚めてよく眠れないのか、早く目覚めすぎて困っているのか、熟眠感が欠如しているのか、夢でうなされるとか寝ぼけたりと睡眠中に異常な現象が起こるのかなどについて考えてみるのが大事である。

1) 寝つきが悪い場合：入眠障害

これは不眠の訴えとして良く知られたもので、日本では^{3,10)}、国民の8.1%がこうした寝つきの悪さを体験していることが示されている。

これは、ストレスで不安や緊張が強かったり、気分変動がある場合に生じやすい。寝つき際に呼吸が乱れる場合や下肢などにびくんとしたけいれんが起こる場合には頑固な入眠障害がおこる。また体内時計が遅れてしまった場合にも、頑固な寝つきの悪さが出現することがあるが、この時は一定の時刻になると比較的気持ちよく眠ることができ、ひとたび眠ると安定した睡眠が得られる。体内時計が遅れたために寝つきが遅くなっている場合には、通常の時刻に起床しようとする眠くてなかなか起きられないといった起床困難が生じる。

2) 夜中に何度も目覚める場合：中途覚醒

これは一度寝ついてから、睡眠を維持できずに、途中で目が覚めてしまうという訴えである。日本では^{3,10)}、国民の15.0%がこうした中途覚醒を体験していることが示されている。また中途覚醒の増加は、中高年の人に多いことがわかっている。

中途覚醒が多くなると、熟眠感が得られず、翌日の身体、精神活動に悪影響を及ぼし、日中の眠気を生じることがある。うつ病などの精神的障害のほか、ストレス、環境の変化、アルコール摂取などでよくみられる訴えである。夜間の頻尿、睡眠中の呼吸の乱れ、睡眠中に起こる下肢などのびくんとしたけいれん、疼痛、かゆみなど睡眠を妨害する身体的症状が原因となっていることがしばしばみられる。したがって、中途覚醒の訴えがある場合には、こうした身体的な状況についてよく聞く必要があり、もし何らかの原因が疑われる場合には、それに対する対策を立てることで睡眠を改善できることがある。

3) 早朝に目覚めてしまいそれから眠れない場合：早朝覚醒

望ましい時刻よりも通常2～4時間早く目が覚めてしまうと、熟眠感が得られず、気持ちがすっきりしないものである。日本における調査^{3,10)}では、国民の7.9%がこうした早朝覚醒を体験している。これは老年者にはよくみられる訴えである。歳をとってきたら、朝早く目覚めるようになったということはよく聞くが、これの程度の激しいものと考えれば良いと思われる。老年者にみられる早朝覚醒は、体内時計が進んでしまうために起こるものと考えられている。この場合、夜に通常より早く眠くなってしまいうという症状を伴っていることが多いようである。この早朝覚醒は、うつ病に特徴的な症状でもある。うつ病で早朝覚醒が起こると、患者は再び入眠できず、朝までくよくよと考え事をするなど、起床時の熟眠感欠如や疲労感を伴う。

5. ストレスによる睡眠障害

1) 急性のストレスによる入眠障害

ストレスにより睡眠障害の引き起こされる機序はいくつか考えられる。急性のストレスによる不眠では、主として入眠障害が多くみられる。これは日中のストレスにより頭がさえた状態となり、覚醒から睡眠への移行が悪くなるからである。

ストレスが睡眠の質に対し直接的影響を及ぼす場合もある。大きな心理的ストレスを受けたあとに、慢性的に悪夢をみてうなされるような症状が出現することがある。極端な例だが、戦闘経験の後の帰還した兵士やホロコーストを経験した人には悪夢の訴えが多くみられる。災害や事故など大きな外傷体験を受けた人は

悪夢に悩まされることが多いという。こうした場合には、カウンセリングを受けたり、軽い安定剤を使ったりして、ストレス体験に対し距離をとれるようなマネジメントが必要となる。

手術などの身体に対する大きなストレスが加わった場合にも、睡眠が乱れる。手術後には、頻回の中途覚醒の訴えが特徴的である。通常は手術後数日で改善するが、これが長引いてしまうこともたびたびである。このために、手術を受けた後に睡眠薬の服用をする人が多くいる。手術後の不眠が生じる理由として、もともとの病気による体の変調、手術時の外科的ストレス、その後生じるホルモンや神経系の変化などが関係している。さらに、麻酔、術後の疼痛、入院による環境変化、病気に対する不安も術後の睡眠を不安定にさせる要因となる。

2) 慢性の不眠：不眠恐怖

このように大きなストレスを受けると、一過性に不眠が起こる。これは誰にでも起こりうる仕方のないことである。しかし、この時の対処が適切でないとこれが慢性化していわゆる不眠症になってしまうことがある。寝つけないで苦しい思いを経験すると、眠りに対するこだわりが強くなる。一定時間以上眠れていないと心身の障害になると思い込んでしまい、精神的ストレスが解消されても寝つき自体が唯一の関心事となることがある。なかには、健康に気を使い、夜更かしをしなくなったら寝つきが悪くなった、と訴える人もいる。このような場合、床につくと今晩は気持ちよく寝つけるかどうかということが一番の不安の種になる。こうした不安のため頭がさえてしまいさらに寝つけないわけである。つまり、不眠を恐れるあまりいわば不眠恐怖という新たなストレスが形成されてしまい、入眠時の不安が増強され、本当の不眠症になってしまうのである。こうした機転で慢性の不眠症になってしまう人が多くいる。

慢性の不眠症になるのを防ぐには、急性の精神的ストレスがあった場合に早く解消するよう努めることが

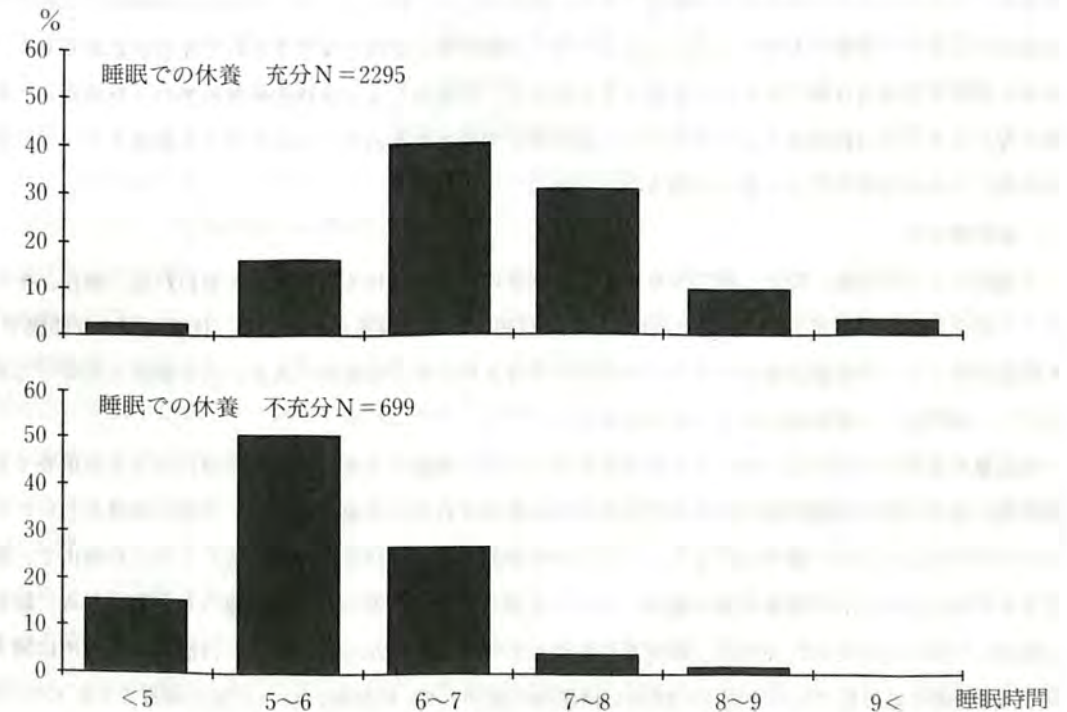


図2 睡眠時間の分布

大事である。つまり、適切なストレスマネジメントを行い、早くこれを解決するよう努めることが重要である。

睡眠時間にこだわりを持つことがこうした不眠恐怖をもたらす原因となる。8時間が標準的睡眠時間でこれより短いと睡眠不足だと思っている人もたくさんいる。しかし、健康・体力づくり事業財団の調査¹⁰⁾においても、良く眠れている人たちの平均睡眠時間は6.5～7時間程度である(図2)。睡眠時間は、体質によって、年代によって、日中の活動量によってそれぞれ必要な長さが異なることを理解しておく必要がある。もちろん、2時間しか眠らないとか、1日の半分以上眠っているなどという極端な場合は何らかの睡眠障害が疑われるが、およそ6～9時間が標準的睡眠時間の目安になろう。

やみくもに長く眠っても決して疲労が回復するわけではない。例えば、現在7時間の睡眠で快適かつ健康に暮らしている人が睡眠時間を8時間にしようと努力しても、より良い睡眠になるわけではなく、健康状態がさらに良くなるわけでもない。これに関連し、定年退職したとか、仕事が変わったなど生活に変化があった場合は注意が必要である。こうした場合、ストレスが減ったので良く眠れるようになる場合もあるが、早くに床に就くようになるなどの睡眠習慣の変化により、床の上で過ごす時間が増え、かえって眠りにつくのにかかるようになっていたり、早く目覚めてしまったりすることがある。床に入っている時間の80%以上眠れていて、昼間も問題なく生活できているなら、これが必要な睡眠時間と考えられる。残りの20%の床の上で起きている時間、すなわち入眠にかかる時間や中途覚醒の時間を少なくしたい時には、すこし夜更かしをして、あるいは早起きの習慣をつけて床上で過ごす時間を減らす工夫が必要である。これは、行動療法的な不眠症治療として、最近欧米で注目されている方法である。

入眠を促進するには、日中に運動を心がけ、夕食をとった後はカフェイン飲料を避けることが勧められる。コーヒーや茶類はもとより、ビン入りのスタミナドリンクやビタミン飲料には、かなりの量のカフェインが含まれているものもあるから注意が必要である。疲れがとれて体がすっきりするなどの理由で就寝直前に熱い風呂に入るのが好きな人がいるが、これは一方で入眠障害の原因となりうるので注意が必要である。就寝直前に入浴する場合は少しぬるめにするのを勧める。手術あとなど身体的侵襲が加わった場合、一過性に眠れなくなることは特別なことではないし、通常数日で改善するので、あわてずよく看護スタッフや担当医と相談して対処法を考えると良いと思う。

3) 睡眠薬恐怖

4週間以上不眠が続く際は、専門医を受診し睡眠薬の投与を受けるのが良いと思われる。現在、多く使われているベンゾジアゼピン系(安定剤系)の睡眠薬は重篤な身体疾患がない限り、比較的安全な薬物である。不眠症対策としての就寝直前のアルコール飲用は依存を形成する可能性が大きいので勧められない⁹⁾。多くの場合、2週間ほどの睡眠薬投与で不眠は改善する。

睡眠薬を服用する際には、使い方や安全性などについて医師から十分に説明を受けることが重要である。睡眠薬の乱用による問題と常用量における副作用が混同されている場合が多い。正確な知識がないため、くせになるのではないかと、頭がぼけるのではないかなどの不安が生じる場合がある。こうした理由で、服用しようかやめようかという葛藤が強い場合、かえって寝つく時に不安が増強され寝つきが悪くなる。睡眠障害に関連した問い合わせの7～8割は、睡眠薬を服用している人たちからのもので、習慣性や副作用に関する不安である。薬を処方してもらった担当の医師に積極的に質問して、睡眠薬について良く知ることが大切である。

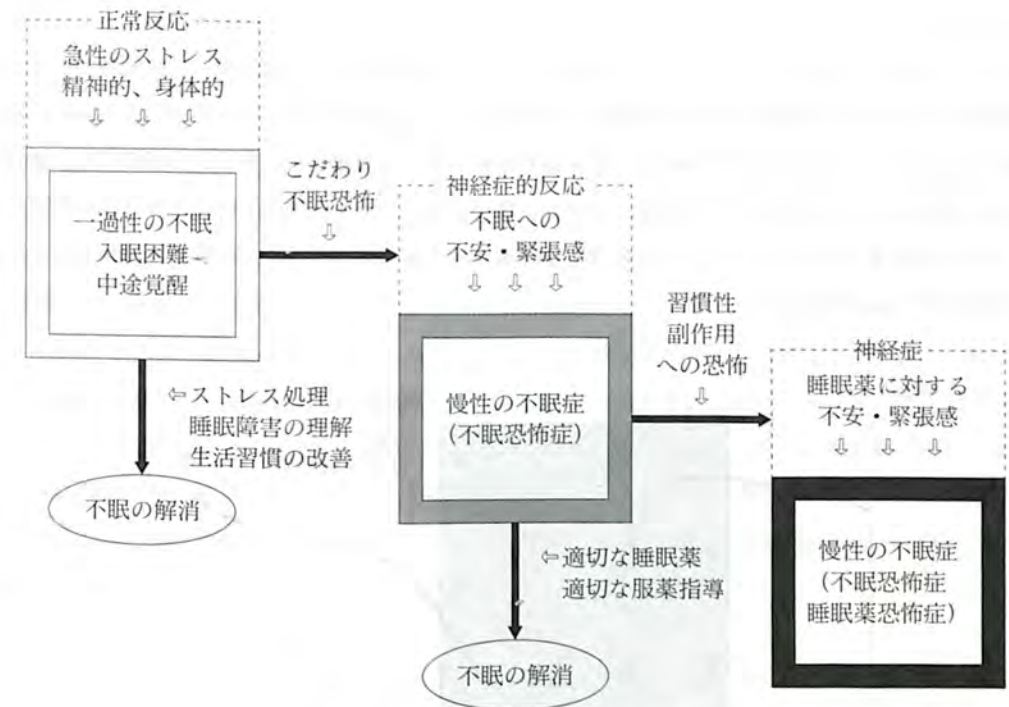


図3：不眠発生のメカニズム

図3にこれまで述べたストレスによる不眠の起こるメカニズムをまとめてある。

6. 体のリズムや睡眠中の異常現象による睡眠障害

これまでにストレスや精神的な原因による不眠について述べたが、これ以外の身体的原因で不眠が起こることもあるので注意が必要である。ここでは、比較的若い人に多い体のリズムの変調による睡眠障害と中高年に多い睡眠中の呼吸や下肢のびくつきに関連した睡眠障害について述べる。これらは、睡眠による休息あるいは疲労回復を妨げる。このため、長く続くと日中の社会的活動の妨げとなり、精神的なストレスや気力低下の原因となって、精神保健への脅威となる。

1) 体のリズムの変調による睡眠障害⁹⁾

10代の若者に良くみられることだが、夏休み中に夜更かしのくせがついて、学校が始まっても朝起きられない、試験勉強で徹夜をしたあと朝起きられなくなって遅刻が増えた、夜のアルバイトをしていたら昼夜逆転が戻せなくなったなどという訴えで相談に来る人がいる。

まわりからみれば、特に原因もないのに夜更かしをして朝起きられないとみえるため、なまけもの扱いをされていることもしばしばであるが、こうした人たちはこの章の初めに述べた体内時計の遅れによる睡眠障害を起こしているものと考えられる。睡眠をとれる時間帯が遅れてしまって、朝の4時とか5時とか一定の時刻にならないと入眠できず、一方ひとたび眠りにつくとぐっすり眠ってしまい昼頃にならないと起きられないというのが典型的なパターンである。

体温には、日中は活動しやすいうように高く、夜間は休息をとりやすいうように低くなるという約24時間のリズムがある。このリズムは体内時計により制御されている。朝起きられない人たちの体温リズムを調べると、

通常の時間帯で生活している人と比べて遅くなっており、体内時計のリズムが遅れていることがうかがわれる。図4には、朝型の生活をしている大学生と夜型生活をしている大学生を36時間眠らずに安静でいてもらい直腸体温リズムを測定した結果である。夜更かし生活をしている下段の大学生では体温のリズムが、上段の朝型生活をしている大学生に比べて遅れているのがわかる。こうした場合に、無理矢理朝起こして学校に行かせても、ぼおっとしているばかりで集中できない。体内時計からみると体温が低く、体は夜の状態があるので意志の力で起きていようと思ってもなかなか困難だからである。こうした人に強い睡眠薬を与えてもなかなか効果があらわれない。

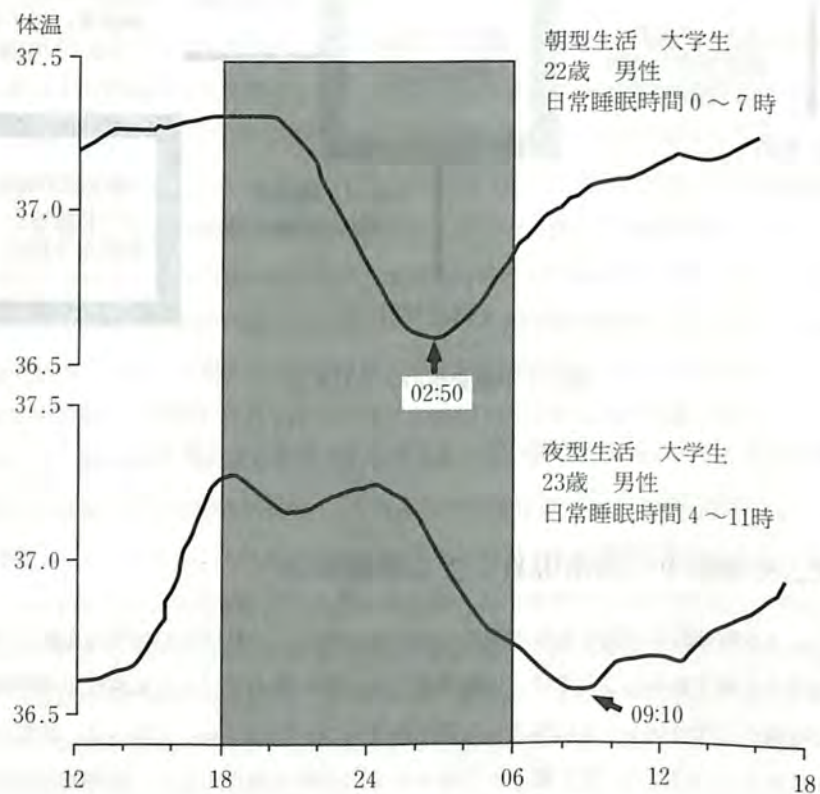


図4 体温リズムの測定結果

体内時計を前に進めてやるのが、こうした睡眠障害の一番の解決法になる。体内時計を前進させるには、体内時計に朝が来たことを知らせてやるのが一番の方法である。体内時計は眼から入った太陽の光を認識することで朝を知る仕組みを持っているから、朝の一定時刻に、例えば7時になったら、必ず日光が顔にあたるようにしてやればいわけである。まず、朝日が顔にあたるように窓際にベットを移し、朝の一定時刻に家族が必ずカーテンや雨戸を開けることにする。するとだんだん入眠できる時刻が早くなっていく。この時、眠れても眠れなくても一定時刻になったら消灯し、床につくことが大切である。夜遅くまで、明るくしていると、体内時計はまだ昼間かと勘違いしてしまうからである。

こうした方法をとってもなかなか改善しない場合や、日当たりが悪く朝の日光を利用できない場合は、専門医に相談して光療法器（日光に相当する明るさを作り出す装置）を用いた治療を行うことになる。近年、都市部でこうした朝寝坊が増えているのは、遮音や遮光が良い住居が増えていることと関係があるのではないかと考えられている。安眠や休息のために気を使った結果、かえって若者の朝寝坊を助長するという皮肉

な結果をまねいているとも考えられる。

2) 睡眠中の呼吸やいびきと関連した睡眠障害⁹⁾

眠ると大きないびきをかき、時々呼吸がとまりあえぐような様子がみられるのが睡眠時無呼吸症候群と呼ばれる睡眠障害である。これは、眠るとリラックスして体の力が全体的に抜けるため、舌が喉の奥の方に落ち込み呼吸を止めてしまうために起こる。息が止まると血液中の酸素の低下を防ぐため、睡眠中に何回も目が覚めことになる。こうした場合、脳への睡眠中の酸素供給が悪くなり、眠っても脳の機能が回復しないため、昼間の強い眠気、気力や集中力の低下、時にはうつ状態をもたらす。睡眠時無呼吸症候群があると、高血圧、不整脈などの循環器系の病気が起こったり、これらを悪化させることがあるので注意が必要である。

中年以降に多く、急に太ったことなどをきっかけに症状が出現する。これは、太ったことで脂肪が首などの周りにつき気道を狭くするからである。自分のいびきで何度も目が覚めるという体験のある人はこれが疑われる。軽症の場合は食事療法でやるだけで改善する。アルコールや睡眠薬は筋肉を弛緩させ舌の落ち込みをひどくし、睡眠時無呼吸をさらに悪化させることがあるので注意が必要である。症状が疑われる場合、耳鼻科や睡眠障害の専門医にかかる必要がある。

3) 下肢のびくつきに関連した睡眠障害⁹⁾

睡眠中の下肢のびくつきが中途覚醒の原因になっていることがしばしばある。本人は気づいていない場合が多いが、そばで見ていると、眠ると足を蹴るような自動的運動が観察される。自覚的に階段を踏み外したような感じがして目覚めることもある。睡眠薬を服用してもなかなか治らない不眠症の中にはこうした人たちが多くのように思われる。

これは、眠ると同時に運動の調節をしている神経機構へのコントロールがはずれるため下肢が勝手に動き、この動きで目が覚めてしまうものである。こうした睡眠中のびくつきがひどくなると、下肢にむずむずとほてったような異常な感覚が生じて寝つくことができないと訴える人もいる。眠れないため下肢に異常感覚が生じると思い込んでいる人もいるが実際は逆である場合が多く、これが睡眠を大きく妨げていることがある。こうした人では、眠れない時に足をさすったりする習慣を持つことがある。

貧血に合併することが多く、治療で貧血が改善すると異常感覚も軽快することがある。なかなか治らない時には専門医を受診する必要がある。びくつきもむずむず感も通常の睡眠薬はあまり有効でなく、不随意運動を治療する薬物が有効である。眠れないという訴えを聞いた場合にこうした症状についても是非確認してほしいものである。

7. 睡眠薬の作用

最近、比較的安全な睡眠薬が開発されたため、一般内科の医師も睡眠薬を多く処方するようになってきた。これらは、ベンゾジアゼピンという化学物質に属するもので、眠気を催す作用、筋の緊張を解きほぐす作用、不安をとり精神を安定させる作用などを持っている。

こうした睡眠薬は、無理やりに脳の働きを抑えて眠らせるのではなく、眠りを妨げている感情的な興奮や不安などに働きかけて、覚醒から睡眠への自然な移行を助ける作用により、眠りをもたらすものと考えられるため、睡眠導入薬、あるいは安定剤系の睡眠薬などとも呼ばれている⁹⁾。寝つきが悪いだけの場合は、作用時間の短い睡眠薬を、夜間に目が覚めて困る場合や、朝早く目覚めてそれから眠れない場合などは、作用時間

のやや長いものを用いる。

睡眠薬を服用するとよく眠れるが習慣になるのがこわい、あるいは副作用があるのではないかなどの心配をしながら睡眠薬を服用している人が多いことは先に述べた。薬物に対する依存には、身体的依存と精神的依存がある。身体的依存の場合は薬物中止で離脱症状として、ふるえ、消化器症状、精神変調、けいれんなどが出現し、強い習慣性を形成するため深刻である。現在使われている睡眠薬は治療に使用する用量において、こうした身体依存の形成はみられない。睡眠薬を服用しないと、そのことが気になるといった精神的依存の可能性はあるが、概して安全な薬物である。習慣性や副作用についての過度な心配のあまり、規則的に服用しなかったり、不眠がひどくなると今度は多量に服用してしまう人もいる。こうした服用法では、かえって睡眠薬から精神的にはなれられなくなる場合があるから注意が必要である。

高齢者や肝臓や腎臓の機能が低下している人に投与した場合に、脱力や筋弛緩が強く出現することがあるので注意すべきである。睡眠薬により作用時間の違いがあるので、寝つきだけが悪い場合と早朝覚醒が問題な場合とでは使用する睡眠薬が異なる。入眠障害に作用時間の長い睡眠薬を投与すると朝に作用が残る。一方、早朝覚醒の患者に作用時間の短い薬剤を投与しても症状は改善しない。したがって、睡眠薬を医師からもらう場合は次の様な注意が必要である。眠れないと訴えるだけでなく、寝つきが悪いのか、よく目が覚めるのか、眠った気がしないのかなど症状を詳しく述べるのが大切である。さらに、服用した際の印象をきちんと話すことも副作用のチェックという意味で大事であろう。

副作用がないようならばしばらく続けて服用し、眠りが安定してきた段階で、用量を減らす工夫をすることが肝心である。この場合、作用時間の短い睡眠薬の場合は、少しずつ1回の服用量を減らしていく。比較的作用時間の長い睡眠薬を服用している場合は、徐々に隔日投与に移行し、服用する日の間隔を長くしていくのが一般的である。いずれにせよ、担当医とよく相談しながら行うのが良いと思われる⁹⁾。

8. おわりに

ここでは、睡眠の仕組みについて述べ、ストレスと睡眠の関係やよくみられる睡眠の障害について説明した。睡眠について困っている人に対し、こうした知識を役立てて対応していくことでこころの健康の向上がはかれるものとする。

参考文献

- 1) 粥川裕平、岡田 保：睡眠時呼吸障害—とくに睡眠時無呼吸症候群について—、臨床睡眠医学、太田龍朗、大川匡子、塩澤全司編集、pp. 153-166、朝倉書店、東京、1999。
- 2) Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Doi Y, Minowa M, Ogihara R. : Lifestyle and sleep disorders among the Japanese adult population. Psychiatry Clin Neurosci, 53 : 269-270, 1999.
- 3) Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. : An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. Sleep 2000 (in press).
- 4) 増田彰則、野添新一、田中弘充、真辺豊、志村正子：勤労者の疲労についての研究。心身医 36 : 154-160, 1996
- 5) 野沢胤美：睡眠に伴う周期性四肢運動(PLM)。臨床睡眠医学、太田龍朗、大川匡子、塩澤全司編集、

pp. 169-175、朝倉書店、東京、1999。

- 6) 内山 真、守屋裕文：睡眠の科学、救急スタッフのための精神科マニュアル、日本救急医学会精神保健問題委員会編集、pp. 211-217、東京、1992
- 7) 内山 真：概日リズム睡眠障害。臨床精神医学講座13、睡眠障害、太田龍朗、大川匡子編集、pp. 120-128、中山書店、東京、1999。
- 8) 内山 真：勤労者の睡眠障害と生体リズム障害、現代のエスプリ332号：124-134、1995。
- 9) 内山 真、大川匡子：薬物療法。臨床睡眠医学、太田龍朗、大川匡子、塩澤全司編集、pp. 43-46、朝倉書店、東京、1999。
- 10) 財団法人健康・体力づくり事業財団：平成8年度健康づくりに関する意識調査報告書、財団法人健康・体力づくり事業財団、東京、1997。

トラウマとは何か (PTSD入門)

国立精神・神経センター精神保健研究所
成人精神保健部 室長 金 吉 晴

トラウマ反応

一般に心身的な不快をもたらす要因をストレスと呼ぶが、それが非常に強い心的な衝撃を与える場合には、その体験が過ぎ去った後も体験が記憶の中に残り、精神的な影響を与え続けることがある。このように精神的な後遺症をもたらす体験を特に心的なトラウマ（外傷）と呼んでいる。

また、それによる精神的な変調を、トラウマ反応と呼ぶ。トラウマ反応の多くは一過性に経過し、症状の程度も軽い者が多いが、一部には慢性化し、その後の社会生活に少なからぬ苦痛を残すことがある。

広い意味でのトラウマとは、その本人にとって、その時と同じ恐怖や不快感をもたらし続ける体験である。こうした主観的な苦痛があれば、どのような些細な体験でもトラウマとなり得る。しかしその出来事が日常的なものであり、その衝撃が、多くの人間にとって些細なものと思われるときには、トラウマ反応というよりは、個人の素因とか、普通の精神疾患として考える方がよい。この場合、きっかけとなった出来事は、原因ではなく、誘因ということになる。

そこで、普通トラウマ反応と言うときには、多くの人にとって強い衝撃をもたらすような、日常では見られない体験だけを指すようにしている。そのような場合であれば、個人の素因ではなく、まさしくその出来事が原因であると考えられるからである。

歴史的には、19世紀の鉄道事故の心理的甲支障第一次大戦の砲弾恐怖症や、第二次大戦ではナチスの強制収容所症候群など、いくつかのトラウマ反応が報告されてきた。しかしそれらは、特殊な事例と結びつけられて記述されたものであった。

トラウマ反応とPTSD

こうした反応が目されるようになったのは、日本で言えば地下鉄サリン事件、奥尻島、雲仙普賢岳、阪神淡路などの地震、噴火災害あたりからであるが、もちろん、各種の事故や被害、災害、犯罪などに伴って、常に何らかのトラウマ反応は見られてきたはずである。事実、

こうした伝統的な考え方と比べてときに、現代のPTSD（外傷後ストレス障害）という診断の大きな特徴は、これが色々な異なる原因によって生じるトラウマ反応に共通するものだということである。こうした考え方は、1970年代以降の米国のベトナム帰還兵と、性犯罪被害の女性のトラウマ反応の研究から生まれてきた。そして、災害や、事故、犯罪など、また米国以外での事例を通じて次第に確認されてきたのである。このようにトラウマ研究が進むにつれて、トラウマ反応、特にPTSDは、決して異常な体験ではなく、極度の危険などに巻き込まればだれにでも生じる反応であるとの理解が広まってきた。すなわち「異常な状況における正常な反応である」。

また、実際にPTSDは日本での震災、事故、犯罪などの事例においても見いだされている。これまでの経験では、大規模な震災、犯罪、工場事故などで、未治療のまま一年を経過した時点でPTSD診断を完全に満たす者と、部分的に満たす者との割合はそれぞれ10%程度というのが、一応の目安となる。もちろんこの数字は、体験の内容や、体験との関わり方、体験後のケアやストレスによって変動するはずである。

よく誤解されることだが、別にPTSDがトラウマ反応のすべてを代表しているわけではない。トラウマによって生じる苦痛には様々なものがある。PTSDを手がかりとして、被害者の苦痛を見逃さないようにつとめることは有意義であるけれども、PTSDだけにとらわれて、それだけを探していたのでは片手落ちである。

トラウマへの心理的な反応

ひとくちにトラウマ反応というが、その内容には様々な面がある。マスコミなどではPTSDが報じられることが多いが、それはトラウマ反応の特殊なひとつのかたちである。交通事故などで様々な外傷が生じるのと同様に、心的なトラウマにおいても、さまざまな影響が生じる。これらを多面的にとらえていくことが重要である。

これらをどのように分類するかについては定説がないが、一応、次のように区別して考えられる。もちろん、これらは互いに重なり合っているし、絶対の区別と言うことではなく、便宜的なものである。

a. PTSD症状 PTSDの診断基準の説明については次項の説明を参照のこと。要するに体験そのものが本人の気持ちの中ではまだ再現されていて、客観的に見れば外傷の「後」に見えても、気持ちの中ではまだ外傷のただ中にいる状態である。トラウマ体験が、本人の意思とは関係なく気持ちの中に「侵入」し、その時と同じ気持ちがよみがえる。それにとまって、トラウマ体験だけではなく、あらゆる物音や刺激に対して気持ちが張りつめてしまい、不安で落ち着くことが出来ず、いらだちやすく、眠りにくくなる（過覚醒）。また、あたかもトラウマ体験が意識から切り離されたようになり、体験の記憶や実感が乏しくなる。周囲の人々や自分の未来からも切り離されたように感じ、人々との自然な交際や、将来の計画などが出来なくなる（麻痺）。自然に回復することも多いが、一部には慢性化し、仕事や日常生活に影響が出る。

b. 気分反応 抑うつ、罪責、怒り、無力、悲哀感などが生じ、それらが慢性化したり、あるいは刺激に過敏となって気分が変動しやすくなる。トラウマ体験の中では家族や友人を失ったり、自分自身も傷を負ったり、財産や家屋を失うなど、具体的な喪失体験の見られることが多い。しかし、より重要なのは、社会や世の中というものに対して抱いていた基本的な信頼感の喪失である。そのために、何かとても大切な価値が自分から失われてしまったように思う。こうした喪失感による抑うつ気分、悲哀感が生じる。

また、あまりに大きな悲劇に見舞われたとき、人は自分自身に罪があるのだと感じやすい。自分の外側に恐ろしいものがある、ということ認めることがこわいためであるとの説もある。この罪責感には様々な形を取る。犠牲者が出たときには、自分だけが生き残ってしまったことへの負い目の感情になったり（生存者の罪責＝サヴァイヴァーズ・ギルト survivor's guilt）、英雄的に振る舞えなかったことで自分を責めたりする（俗に言うジョン・ウェイン症候群、すなわち西部劇のジョン・ウェインのような英雄になれなかったこと）。

さらに、不安や抑うつの身体症状として、動悸、呼吸困難（時に過呼吸）、手指のふるえ、発汗、口渇など

がみられる。また睡眠障害、悪夢が見られることもある。

こうした強い感情にとらわれて行動する結果、次項に述べるような孤立が強化されたり、周囲の状況にそぐわない行動が見られたりする。自分を罰するための自傷行為も見られる。強い怒りや悲しみが頻繁に現れた場合には、人格障害（ボーダーラインなど）のように思われることもある。

c. 孤立 自分への自信がなくなり、決断や自発的な行動が出来なくなる。自分には価値がないと思ってしまうので、周囲からの援助を受ける気持にならない。また、怒りなどの気持ちを、援助をしてくれる相手にぶつけてしまい、結果的に援助を拒絶してしまう。家が壊れたり、職を失ったり、自分や家族の病気や怪我のために、生活そのものが苦しくなる。そのために人と付き合い余裕もない。また、今まで付き合い合った人たちと比べて、自分は違う世界の人間になってしまったと思う。こうしたことの結果として、社会的に引きこもった生活を送ることもある。そのために、トラウマへの援助だけでなく、その後の実生活においても、必要な情報や援助、友人の支えなどを受けにくくなることもある。

こうした孤立は、前項に述べた気分症状の結果生じることもあるが、それとは別に基本的な信頼感の喪失、周囲からの疎外感、実生活上の困難などの要因を見落としてはならない。また周囲からの不適切な関わりによって二次的なトラウマを生じ、孤立と引きこもりが増悪することもある。たとえば被害者であっても何かスティグマがついたように感じることもあるし、また、マスコミ報道などで不本意に目立ってしまうことは、そうした感情を強化する。

d. 一般的な精神疾患 躁病、妄想反応、妄想反応(鍵体験反応)、不安性障害、恐怖症などが生じる。また、従来の精神疾患があった場合には、事故後に通院が難しくなることにより、再燃しやすくなる。災害時ではアルコールの入手が難しくなるために、アルコール依存症患者の離脱症状が増加しやすい。これらは、トラウマ反応そのものではないが、トラウマ状況をきっかけとして生じ得るものである。

PTSD診断とASD

PTSDの診断のためには、まずトラウマ体験が定義に合うかどうかを確認する。すなわち出来事の種類の、その体験直後の強い恐怖感などの反応である。次に症状が定義に合うかを確認し、それが体験後一ヶ月以上経ってからも続いていることを確認する。これが一ヶ月未満で有れば急性ストレス障害(ASD)という診断になり、一ヶ月経った後も生じているものがPTSDである。これを区別する理由は、ASDの時期には自然回復の可能性が高いとされているためだが、実証的なデータは必ずしも十分ではない。最後に、こうした症状が職業や日常生活に明らかな影響を与えていることを確認して、はじめてPTSDの診断が下される。

PTSDはとかく拡大解釈されることが多く、体験直後にPTSDが発症したと報じられたり、診断基準に合わない体験についてPTSDの診断が下されることが少なくない。この点、注意が必要である。特に学問的な理由があって診断基準を無視する場合には、その理由を明記すべきである。

また、体験直後には一過性の正常反応として、抑うつ気分や不眠、不安が生じることが多いが、これは必ずしもASDやPTSDとは結びつかない。また体験直後の、錯乱などの一般精神医学的な問題も、もちろんPTSDとは別のものである。

トラウマの定義

広い意味でのトラウマとは、その本人にとって、その時と同じ恐怖や不快感をもたらし続ける体験である。こうした主観的な苦痛があれば、どのような些細な体験でもトラウマとなり得る。

しかし、トラウマ反応(特にPTSD)を論じるときにトラウマというのは、多くの人にとって強い衝撃をもたらすような、日常では見られない体験だけを指すようにしている。具体的には事故、傷害犯罪、戦争被害、性犯罪、災害などである。また、その直後に強い恐怖感や無力感を体験したものに限るのが普通である。こうした強い衝撃によって生じた反応については、個人の素因などの役割は小さく、まさにそのトラウマに直面したことが原因であるとは一般には考えられている。また実際、体験への直面の程度に応じて、PTSDの発症率や重症度は増加することが見いだされている。こうした考えに立って、PTSDは「異常な体験における正常な反応」と言われてきた。ただし典型的なPTSDについても、個人の素因が次第に研究されつつある。

これに対して、直面した出来事が日常的なものであり、多くの人間にとって些細なものと思われるときには、その結果としての症状については、必ずしもトラウマが原因であるとは考えられない。むしろ個人の素因とか、これまでの既往などを考えた方がよい場合も多い。この場合、きっかけとなった出来事は、原因ではなく、誘因ということになる。

両者の境界線を何処に引いたらよいか、ということ是不明確である。それから、いじめや両親からの愛情欠如などのように、一見些細に見えることでも、それが長期にわたって続いた場合にはトラウマとしての意味を持つ場合もある。このように、トラウマの定義には、現在でも不明瞭な領域が残っている。

ただ、実際のトラウマ反応の成り立ちを考える上では、反応の始まりに関する要因だけではなく、心理的な準備とか、その後の二次トラウマ、サポートの質などの要因が大きいことを理解しなくてはならない。また、実際のケアの可能性が潜んでいるのも、こうした領域なのである。

実際上の指針としては、治療目的であればトラウマの定義を広く用いて、本人にとっての体験の衝撃や意味を考えていくことが役立つことが多い。しかし法律的な責任を論じる場合や、特にPTSDの精神鑑定などを行う場合には、DSM-IVなどの標準的な診断基準に従って厳密な定義を用いることが勧められる。

防衛反応と対処行動

a. 防衛反応 トラウマ体験に際しては、様々な心理的な反応が生じる。PTSDの診断基準の中の麻痺(解離)もその一つである。これらの反応は、決して意図的に行っているのではなく、本人が意識しないうちに、いつの間にか生じている。他人の目から見て、不合理だと思って本人にはなかなか認められないこともあり、乱暴な私的は信頼関係を損なうこともある。

よく見られるものとしては、小児的、依存的な言動が見られたり(退行)、恐怖、怒りなどの感情を無意識のうちに押さえ込んだりする(抑圧)。また恐怖や怒りを本当の対象ではなく、別の相手にそれを向けてしまうことも多い。例えば、事件の責任者ではなく援助者を怒ってしまう(置き換え)。余り多くないものとしては、本当は自分が怒っているのに、相手が自分を怒っていると思い、そのことでさらに相手を責める、というような反応もある(投影)。また、怖いと思いつつながらかえって危険に近づいたり、怒っていないながらかえって

相手に迎合するなどの矛盾した行為をすることもある（反動形成）。

b. 対処行動 これに対して対処行動は、意識的に考えた上での行動である。ストレスを減らすために生活の工夫をすとか、意図的に友人と話すようにする、等であり、具体的な行動はその人の状況によって千差万別である。また、特定の場所に近づくと気持ちが辛くなるのがはっきりと分かった上で、そうした場所に近づかない、というのは対処行動である。これに対してPTSD症状の回避というのは、そうした意識的な判断ではなく、どうしてもそこに近づけないというものである。

基本的に、合理的な対処行動が発達することは回復のサインであるが、時には病理的な対処行動が見られることもある。代表的なものは、度を越した飲酒と喫煙である。また、賭博や、あえて人の反感や怒りを買うような行動などが見られることもある。

c. 防衛反応、対処行動の意味

トラウマ体験への反応や対処行動が、本人の本来の人格と混同されて、援助活動のさまたげになったり、後々に誤解を残すことが非常に多い。体験直後の当事者がインタビューを受けて、思わず怒りや興奮を表に出してしまったために、その後の職場や地域社会への復帰が困難になることは珍しくない。また怒りの置き換えが援助者に向かうために、援助を受け入れることが出来なかったり、援助者が逆に怒ったりしてしまう。さらに、一部の防衛や対処行動を見て、もともとあのような人間だから被害にあったのだ、というような、スティグマが付けられることも珍しくない。こうした誤解は、基本的に防ぐことは出来ないと考えた方がよい。その害を最小限にするためには、複数の援助者が相互に話し合ったり、実際に当事者と接していないスタッフの意見を聞いたり、援助経験者の助言を受けることが必要である。

スティグマとケア

スティグマとは、牛などに押す焼きゴテの印である。有る特定の人間や集団に、社会からの心ない偏見が焼き付けられてしまうことを指す。精神医学の領域では様々な疾患に対してスティグマが生じることが多いが、トラウマ反応も例外ではない。前項でも書いたが、反応の一部として生じた言動をとらえて、それが本人の劣った点であるかのように見なすことが最も多い。また、PTSD症状の過覚醒や麻痺が、「怒りっぽい」「態度がはっきりしない」などの否定的な評価につながることもある。次に多いのは、このような事件が起こってしまったことを社会や周囲の人が受け入れることが出来ず、「本人が悪かった」ということを理由にして、自分が落ち着こうとするものである。犯罪事件のように、明らかに被害者となった場合でも、「あの地域は昔からもめ事が多かった」などと、事件とは無関係のことまで引き合いに出して、被害者の方に何か原因があったかのような噂が立つ。被害者の悩みは、こうした噂が尾を引いて、10年、20年後の子どもの就職野犬根に支障が出るのではないかと、ということである。そのために目立つことを避けたいと思う。それが理由となって報道機関と摩擦が生じることもある。こうしたスティグマは、性被害などの個人被害の場合には、より深刻である。

こころのケアそれ自体も、スティグマとして受け取られることがある。体のケアの相談には人が詰めかけ、こころのケアにはなかなか相談者が訪れない。またこころのケアと生活相談の区別は、当事者には付きにくいこともある。しかしひとたびケアのベースに乗ると、山のように話が出てくることは非常に多い。こころのケアの方針は伝えつつも、スティグマへの不安を刺激しないように、身体ケアや生活相談を並行さ

せるなどの工夫が必要である。基本的には病気を治す、という発想よりは、ケア、援助という発想が有効である。もちろん、信頼関係が出来てからは、必要に応じて投薬などの治療を提案することをためらうべきではない。

逆転移

上記のようにPTSDの原因となる出来事に対する善悪の図式は、PTSDという病態そのものの理解やその治療に対する治療・援助者の逆転移感情を引き起こすことがある。RaphaelらはPTSDを生じるような災害時に援助者に生じる逆転移の要因として、次の9点を挙げている。

- 1) 破壊力：自然災害の大規模な破壊力に圧倒されること。
- 2) 死への直面：自分の知人を含む、大規模な犠牲者に驚くこと。
- 3) 無力感：災害に対する原初的な驚愕、畏怖と虚脱感。
- 4) 怒り：「責任者」を見つけて罰しようとする気持ち。災害によって失われたsense of controlを回復するという側面もある。
- 5) 喪失：救助者自身の共同体、財産、知人が失われていること。
- 6) 愛着：災害後に形成された援助者同士、援助者と犠牲者感の特殊な愛着のために、その後の通常社会での人間関係の形成が困難になる。
- 7) 高揚：反応性の高揚気分によって、周囲やメディアからは災害を乗り越えた英雄などと目されることがあるが、後に気分が復調したときには不適応を生じる。
- 8) 生存者の罪責感：自分が生き残ったことについての自責感。
- 9) 見ることへの好奇心(voyeurism)：悲惨な現場にひきつけられる気持ち。死や破壊に対する恐怖を乗り越えようとするためであるが、周囲からは誤解を受けやすい。

このうち上記の善-悪の図式から見た場合のvoyeurismについて補足しておく。

悲惨な光景や不幸そのものにひきつけられるという気持ちは、それは災害のメディア報道などに見られるだけではなく、実は援助者の中に多かれ少なかれ見られるものである。こうした気持ちはなかなか認めにくいものであるが、それを抑圧することは治療の中にさまざまなひずみをもたらしやすい。かつてGundersonが境界性人格障害の治療者の資質として、「人間性の暗い面にひきつけられていることを自覚している」と述べたように、重要なのはこうした暗い側面への好奇心をどのように自覚し、コントロールするのかということである。

こうした点が自覚できないと、たとえば相手に対して「良き被災者」であることを求め、そこから外れた反応が返ってきたときに怒りを向けたり、あるいは自分を責めたり、意欲を失ってしまうということも考えられる。

トラウマと記憶

こうした病態を生じさせるようなトラウマの特徴、最後に記憶という観点から考えてみる。PTSDにおけるトラウマ記憶の特徴は、単にその様なことがあったというような物語的な記憶なのではなくて、その光景がいつもありありと目の前に繰り広げられていて、自分が今でもその体験の中にいるような、臨場感を持った記憶になっていることである。これを侵入症状intrusionという。私たちはその様な記憶の例として、薬物依存の患者に見られるような、フラッシュバックという体験を知っている。これはもはや薬物を吸引していないのに、それを吸引していたときに感じた幻覚などの体験が、急にありありとよみがえることである。もちろんPTSDは薬物などとは無関係である。しかし、もう過ぎ去ってしまったはずの体験が、後になってからありありとよみがえるという点ではPTSDの症状と似ている。ちなみに薬物についてフラッシュバックということを提唱した研究者は、PTSD概念の草分けの一人でもある。

それでは、なぜこのような記憶への刷り込みが生じるのだろうか。その説明として考えられているのは、自分が殺されそうな恐怖を感じたときに、一種の過覚醒状態が生じて、特殊な認知のモードが働くと言うことである。こうした状態を生じさせる要因は、その体験が知覚的に強い衝撃を持つことと、内容的に死などの強い恐怖を与えることである。騒音や振動などの強い刺激に長時間曝された場合、いつまでもその場にいるような感覚が続くことはあり得る。他方で、知覚的に特に刺激が無くても、たとえば銃口を向けられるような体験では、その恐怖感のために記憶に長く残ると言うことがある。原理的にはこの片方のタイプの刺激だけでも、長く続くトラウマ体験というのは生じるかもしれない。しかし、通常、PTSDを考えるとときのトラウマでは、この両者がある程度は同時に生じていることが条件となる。したがってトラウマが生じやすいのは、何らかの意味で暴力的な形で死の恐怖を味わうような場合である。その代表例は戦争と、地震などの自然災害である。

その意味で、PTSDという病態がベトナム戦争帰還兵において最初に見いだされたのは理由のないことではない。戦争体験の特徴はこの両方が同時に、しかもそれぞれが極限といえるほどの強さをもって起こっていることである。すなわち銃撃や爆発などによる強い感覚刺激と、それに伴う死の恐怖感が生じており、しかも多くの場合にはそれが繰り返されて体験され、記憶が強化されるのであろう。

最後に

PTSDやトラウマというのは、本当の体験が過ぎ去ってしまった後でもその生々しい影響が心の中に残り、本人を苦しめる状態である。その心理的な現実を目を向けないと、ありもしないことに不安を抱いていると誤解をされてしまう。PTSDは一時期、日本でセンセーショナルな取り上げられ方をしたが、それがかえって当事者の気持ちを傷つけ、高ぶらせることもあった。どのようにバランスの良い関わりをしたらよいか、ということがこれからの課題であり、そのためにもこの問題の適切な理解が望まれる。

編集後記

◎ 当協議会会長の交替について

国立精神・神経センター精神保健研究所所長の人事異動に伴い、当協議会長の交替がありました。

新会長 堺 宣 道 (平成13年1月6日付)

旧会長 吉 川 武 彦 (平成13年1月5日付)

(会員の皆様へは平成13年1月上旬にご連絡済みです。)

◎ 本40号においては、「こころの健康と睡眠」について内山先生に、また、「PTSD」については、金先生に、専門的研究の各分野から分かり易く解説して頂きました。

ご意見、ご感想がありましたら事務局へご一報をお願いします。

〒282-0827 千葉県市川市国府台1丁目7番3号

国立精神・神経センター精神保健研究所内

全国精神保健福祉連絡協議会事務局

TEL 047-375-4747

FAX 047-371-2900

5 遊 楽 器

（1）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（2）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（3）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（4）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（5）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（6）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（7）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（8）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（9）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。

（10）本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者は、本邦製造の楽器の製造者及び輸入業者の登録を受けることとする。