

# 心的外傷のないPTSD： ストレス関連障害の再構築のために

齊尾 武郎\*

フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科

## PTSD without trauma: to reconstruct stress-related disorders

Takeo Saio \*

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomon Orthopedic Hospital

### Abstract

**Background** : Since the late 1980s, it has been raised objections to the understanding of psychological trauma as the primary causative factor of posttraumatic stress disorder (PTSD).

**Purpose** : To review controversies over the validity of PTSD as a diagnostic category.

**Methods** : Narrative, non-systematic review of literature on PTSD.

**Results and Discussion** : There are mainly three criticisms on the validity of the PTSD construct: 1) even non-traumatic, negative events can evoke PTSD symptoms (dubiety to the notion trauma as the only causative factor of PTSD), 2) every fundamental symptom of PTSD lacks specificity (low pathognomoncity of PTSD symptoms), 3) PTSD patients often comorbid other psychiatric disorders (indistinctiveness of PTSD as a diagnostic category). The concept of PTSD has modified and spread over some psychiatric disturbance and psychological distress correlated to non-traumatic, negative events along with surge in public attention of recent years to PTSD (looping effect of mental disorder).

**Conclusion** : Though clinical evidence does not support PTSD construct well, PTSD has a long history of concept formation with favorable acceptance of the psychiatric world as well as public at large. Instead of abolishing the diagnostic category of PTSD, new category such as stress correlative disorder should be developed as a sub type of the stress-related disorders (stressor-related disorder or disorders specifically associated with stress) to untangle criticism over trauma-PTSD causality.

### Key words

Criterion A problem, etiology, psychological trauma, diagnostic inflation

*Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation)*. 2022 ; 49 (3) : 519-30.

---

\* K & S 産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

## 1. はじめに：A 基準問題

心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) は1980年に米国精神医学会の「精神障害の診断・統計マニュアル第3版」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders third edition : DSM-Ⅲ) で初めて提唱された精神障害である。PTSDの主病因として、心的外傷 (trauma) が想定されており、1980年代後半より心的外傷の範囲・測定やPTSDとの因果関係が長らく議論されてきた<sup>1)</sup>。

2005年、心的外傷とまで言えない重大な心理的経験のほうが、心的外傷経験よりもPTSDに特徴的な症状を生じ易いとする横断研究がオランダの研究者より発表された<sup>2)</sup> (Table 1)。これは長期間にわたって生命の危険を意識せざるを得ない悪性腫瘍 (Column 1) や難治性の感染症の患者で、PTSD様の症状を起こすことがあることから、DSM第4版 (DSM-IV) で悪性腫瘍患者のPTSD

様症状がPTSDと診断されるようになったこと、そして日常生活におけるストレス (慢性疾患や仕事・人間関係上の大きな問題など) がPTSDを起こすのかどうかという問題意識から実施された研究である。

この研究の公表された当時、DSM-IVのPTSDの診断基準では、A基準がストレス要因基準 (A基準は2つの基準で構成され、A1基準は客観成分、A2基準は主観成分という)、B～D基準は症状基準 (B基準は再体験症状クラスター、C基準は回避・精神麻痺症状クラスター、D基準は過覚醒症状クラスター) と呼ばれ<sup>3)</sup>、PTSD診断にはA基準を満たすことが必要条件であることから (A基準はゲートキーパー基準とも呼ばれる)、A基準なしでもPTSD様症状が生じるというこのオランダの研究の結果は、PTSDという精神障害概念の妥当性に疑問を突きつけるものであった。

PTSDの診断基準は、DSM第5版 (DSM-5) になって、ストレス要因基準であるA基準が4つの心的外傷経験 (すべて客観成分) のいずれか1つ

Table 1 PTSD symptoms induced by non-traumatic life events

|  |
|--|
| <p><b>【研究参加者】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>オランダ・ユトレヒト市で患者登録した67,500人 (オランダの一般社会と同様の人口動態学的特徴を持つと考えられる) からランダム抽出した20歳以上の2,997人に、心的外傷のある出来事や人生における最悪の出来事後の精神状態に関する質問票 [自記式PTSDスコア (Post-traumatic Stress Symptom Scale-Self-Report version : PSS-SR) を含む質問が含まれている] を送り、1,498人から回答を得た (うち有効回答832人)。</li> <li>心的外傷のある出来事や人生における最悪の出来事の経験のない者、人生における最悪の出来事を特定していない者、2つ以上の人生における最悪の出来事を経験した者、調査年である1997年に人生における最悪の出来事を経験した者 (急性ストレス障害の可能性があるので) を除外した。</li> <li>DSM-IVに記載されている例に倣い、事故、強盗、最愛の人の急死、最愛の人の殺害もしくは自殺、成人・子どもの時の身体的もしくは性的虐待、災害、戦争、最愛の人の外傷経験をj知ること、暴力の目撃を心的外傷のある出来事と分類した。泥棒と直面することのない盗難、人間関係の問題、研究や仕事上の問題、慢性疾患、最愛の人の急死ではない死亡、自分が重病であることは、生活上の出来事に分類した。</li> </ul> <p><b>【研究デザイン】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ランダム抽出した成人を対象とする自記式質問票による横断研究。</li> </ul> <p><b>【質問票】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>年齢・性・誕生した国・婚姻状態・居住状況・最終学歴・職業など、人口動態学的情報、医学的治療・薬物・アルコール・鎮静剤の利用状況について。</li> <li>事故・窃盗・強盗、身体的もしくは性的虐待 (子どもの時、成人の時)、災害、戦争、慢性的重篤な疾患、最愛の人の急死について、個人的な経験をチェックリスト形式で。</li> <li>人生における最悪の出来事をどのように、いつ経験したかについて。</li> <li>17項目 [再体験に関する項目 (サブスケールA) 5個、回避/精神麻痺に関する項目 (サブスケールB) 7個、過覚醒に関する項目 (サブスケールC) 5個] で構成されるPSS-SR<sup>4)</sup> に、各項目最低0～最高3点のLikert scaleで点数付けしてもらい、PTSDスコアとする (合計点の最高値は51点)。PTSDスコアは右に偏っているため、log<sub>10</sub> (総PTSDスコア+1) の計算式にて総log PTSDスコアを算出し主要評価項目とした。</li> </ul> |
|--|

Table 1 PTSD symptoms induced by non-traumatic life events (cont'd)

## 【結果】

- 心的外傷のある出来事があった人が299人（うちPTSDスコアが分かるものが284人）、人生における最悪の出来事があった人が533人（うちPTSDスコアが分かるものが519人）、最悪の出来事が2つ以上あった人が136人（うちPTSDスコアが分かるものが133人）であった。
- 心的外傷のある出来事があった群は平均18年前に、人生における最悪の出来事があった群は平均12年前に、それぞれの出来事に遭遇していたが、その他には統計学的に有意差のある人口統計学的特徴はなかった。
- 総log PTSDスコアの粗平均は、心的外傷のある出来事があった群よりも、人生における最悪の出来事があった群のほうが高い傾向にあったが（3つのサブスケールのいずれも同様の傾向であった）、これは前者が後者よりも人生の早期に問題となった出来事を経験しているからであると考えられた。
  - そこで出来事を経験した年代を5年毎に層別化して事後分析を行ったところ、1966年を境に心的外傷のある出来事があった群よりも、人生における最悪の出来事があった群のほうが総log PTSDスコアが高かったが、統計学的な有意差はなかった。
  - 次に1966年を境に2つのグループに分類して比較した。1966年以前に出来事を経験した群では、心的外傷のある出来事があった群の平均log PTSDスコアは0.78で、人生における最悪の出来事があった群のそれは0.56であった [t値(t) = -1.9, 自由度(df) = 90, 有意確率(p) = 0.056]。
  - 1966年以降に出来事を経験した群では、平均log PTSDスコアは0.61で、人生における最悪の出来事があった群のそれは0.71となり、人生における最悪の出来事があった群のほうが平均log PTSDスコアが大きくなった (t = 2.8, df = 703, p = 0.006)。
  - この2つの群を人口統計学的因子やストレスの強い出来事の既往で調整したところ、log PTSDスコアの平均は心的外傷のある出来事があった群が0.62、人生における最悪の出来事があった群が0.71と、心的外傷のある出来事があった群で有意に低かった (F = 5.11, df = 685, p = 0.024)。
    - ◇ これはパートナーの暴力による死から親類の致死的心臓発作まで、さまざまな重さのある急死という出来事を心的外傷のある出来事に分類したことによって、心的外傷のある出来事があった群のスコアが低くなっている可能性があった。
      - そこで急死を人生における最悪の出来事に分類して総log PTSDスコアを計算したところ、心的外傷のある出来事があった群 (0.71) が人生における最悪の出来事があった群 (0.68) を上回ったが有意差はなかった (t = -0.53, df = 801, p = 0.60)。
    - ◇ 逆に急死かどうか不明な死を人生における最悪の出来事に分類したため、この中に実際には急死が含まれていて、人生における最悪の出来事スコアが大きくなっている可能性もあった。
      - そこで総死亡を心的外傷のある出来事に分類して総log PTSDスコアを計算したところ、人生における最悪の出来事があった群の平均スコアは0.77に上昇し、心的外傷のある出来事があった群では0.62に低下した (t = 4.7, df = 801, p < 0.01)。すなわち、総死亡がどちらの群に分類されても、人生における最悪の出来事があった群の総PTSDスコアは心的外傷のある出来事があった群より低くなることはなかった。
- PSS-SR17項目のうち、項目8、16、17を除き、人生における最悪の出来事があった群のほうが心的外傷のある出来事があった群よりも平均ランクが高かった。しかし、多重性をBonferroni補正したところ、いずれの差も有意ではなくなった。したがって、人生における最悪の出来事、心的外傷のある出来事のいずれかに特徴的なPTSD症状は存在しなかった。

## 【考察】

- DSM-IVのPTSDストレスor基準 (A1基準) を満たさなくとも、人生における重度の難事が、成人でPTSD症状を起こす性質を持つことを示した初めての研究である。
- 慢性疾患、夫婦の不和、失業などの人生における最悪の出来事のほうが、事故や災害など、心的外傷のある出来事よりも、平均してよりPTSD症状を起こし易いことが分かった。
- 過去30年間に起きた出来事では、人生における最悪の出来事のほうが、心的外傷のある出来事よりもPTSDスコアが高かった。それ以前に起きた出来事では、両者のPTSDスコアには有意差はなかった。これは人生における最悪の出来事の影響は長期的には減少してゆくが、心的外傷のある出来事はより持続的だということを示唆する。

文献2より筆者にて要約

## Column 1 Cancer-related PTSD

癌サバイバーの持つ、癌再発や治療の長期的副作用・後遺症への慢性的な恐怖を Damocles 症候群（もしくは Damocles の剣効果）という<sup>7)</sup>。これは Marcus Tullius Cicero の「トゥスクリム談義」(Tusculanae disputationes) 第5巻に出てくる教訓譚に因む言葉である。シチリア島シュラクサイの僧主ディオニュシオス2世に延臣ダモクレスがその栄耀栄華を称えたところ、ディオニュシオス2世はダモクレスに自分に代わって玉座に座るよう勧め、ダモクレスの恣にさせた。ダモクレスがふと気が付くと、頭上には馬の毛1本で吊るされた剣があった。こうしてディオニュシオス2世は自分が権力を掌握するまでに多くの敵を作っており、玉座に就いてからも気の休まることのないことをダモクレスに伝えたのであった。この Damocles 症候群を背景に、悪性腫瘍という難治性の生命を脅かす疾患に対する慢性的な恐怖によって PTSD 様症状が生じることから、DSM-IVのPTSDの診断基準A(1)に“threat to the physical integrity of self or others”が含まれるに至り、悪性腫瘍患者のPTSD様症状がPTSDと診断されるようになった (cancer-related PTSD)。しかしその後、DSM-5でこの概念は大きく縮小され、従来cancer-related PTSDと呼ばれていた病状の多くは適応障害に分類されるようになった<sup>8)</sup>。

以上に該当すれば良いことになり、症状基準がそれまでの4つから5つに増加し、B基準は侵入症状クラスター、C基準は回避症状クラスター、D基準は認知・気分陰性変化症状クラスター、E基準は覚醒度・反応性変化症状クラスターとなったが、PTSDの構成要件 (construct) に大きな変化はなく、症候群 (syndrome) としては、PTSDはDSM第3版 (DSM-III) 以降一貫した精神障害概念である (DSM-5では新たに不完全型のPTSDである「遅延顕症型」が定義されたほか、離人感・現実感消失という2つの解離症状が特定用語に挙げられた)。従って、DSM-IV-TRまでに指摘されたPTSDの精神障害としての特徴・問題点は

DSM-5になってからも、概ね引き継がれたことになる<sup>4)</sup>。この点は世界保健機関 (World Health Organization : WHO) 作成の「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD) の第10版 (ICD-10) や第11版 (ICD-11) でも同様であり、PTSDは心的外傷が原因となって、再体験症状、回避症状、過覚醒症状などが生じる精神障害である。しかし、DSM-5とICD-11の両方の診断基準を満たすPTSD患者 (15名) は、両診断基準のいずれかを満たすPTSD患者 (36名) の41.6%に過ぎなかったという報告もあり<sup>5)</sup>、両者を同一に扱うことは困難だ

Table 2 PTSD symptoms without traumatic experiences

|   |
|---|
| <p><b>【研究参加者】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 大うつ病性障害に対する抗うつ薬療法のランダム化プラセボ対照試験4本に研究対象者として応募してきた大うつ病性障害患者で、現在、主診断が大うつ病性障害である者。不安症状を持つ、あるいは不安症やPTSDが合併していても、研究者が大うつ病性障害が臨床的に最も重要な診断であると判断した場合は、研究対象者に含むものとした。</li> <li>● 精神病性障害、双極性障害、最近のアルコールもしくは物質乱用もしくは依存、重篤な身体疾患の既往のある者は除外した。</li> <li>● 抗うつ薬療法の臨床試験のスクリーニングのために研究対象者候補が来院した時に、臨床試験のインフォームド・コンセントに署名した後、本研究への参加を働きかけ、書面で同意を取得した。</li> </ul> <p><b>【面接過程】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 抗うつ薬療法の臨床試験のプロトコルに従い、研究対象者全員にDSM-IVのI軸障害のための構造化臨床面接 (Structured Clinical Interview : SCID) を実施した。</li> <li>● SCIDのPTSDモジュールを行う時、研究対象者に心的外傷性の出来事 (DSM-IV A基準 (1), (2)) の経験について質問し、研究対象者がA基準に合致しないときは残りのモジュールは行わず、PTSDの既往なしと記録した。</li> <li>● しかし、研究対象者がA基準の閾値下の軽い心的外傷性の出来事を述べた場合、研究者はその出来事を記録し、SCIDにあるB (再体験)、C (出来事に関連する刺激の回避)、D (出来事以降の過覚醒)、E (症状の期間が少なくとも1ヶ月間)、F (機能の重い障害) の各基準を含むモジュールを実施した。</li> <li>● 心的外傷を複数申告した研究対象者は、各出来事に関連したPTSD症状クラスターで評価した。</li> <li>● SCIDで研究対象者が、心的外傷性の出来事や軽い心的外傷性の出来事の経験を述べなかった場合、「心的外傷の代理」(proxy for trauma) として、何らかの思考、危惧、恐怖に困ったことがないかを質問した。</li> <li>● A基準には該当したものの、B～F基準を満たさない出来事を1つ以上申告した研究対象者にも、同様に「心的外傷の代理」を探した。</li> <li>● 研究対象者の心的外傷性の出来事や困った思考を1～12行の文 [「ナラティブ」(narrative)] にまとめ、ブラインド化された評価者2人がそれを独立して読み、その出来事がA基準に該当するかどうかを判断した。2名の評価者がともにA基準に該当するとした場合に「外傷性」、ともに該当しないとした場合に「非外傷性」、2人の評価者の判断が一致しない時に「不明」と分類した。</li> <li>● 1人の研究対象者が複数の出来事を経験し、そのうち1つでも「外傷性」と評価した場合は「外傷性」、1つも「外傷性」と評価した出来事がない場合は「非外傷性」、いずれかの出来事について2人の評価者の判断が分かれた場合に「不明」に分類した。</li> <li>● 評価の後、各研究対象者が研究開始時に受けたSCIDを見て、各研究対象者にPTSD症状クラスター (DSM-IVのPTSD診断基準のBからFに示されている) に該当するものがないか調べる。心的外傷性の出来事がない場合は、「心的外傷の代理」がないかを考える。</li> <li>● 研究対象者が1つ以上の出来事もしくは「心的外傷の代理」を申告している場合、以下の規則に従って、単一の指標出来事 (index event) を選ぶ。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ (1) 研究者の申告した出来事のいずれかに対し、2人の評価者が外傷性であると判断した時、各出来事がPTSD症状B～F基準に合致しているかどうかをチェックする。</li> <li>➢ (2) 2人の評価者がいずれも外傷性の出来事ではないと判断した時、不明な出来事 (つまり、評価者の判断が分かれるもの) がいないかを検討し、また、B～F基準に合致する症状を申告していないか確認する。</li> <li>➢ (3) 研究対象者が外傷性の出来事や不明な出来事のいずれをも申告していない場合、「心的外傷の代理」について、B～F基準に合致する症状がないかを確認する。</li> </ul> </li> </ul> |
|---|

ろう。

その後、2007年、米国ハーバード大学医学大学院のMcLean病院精神科のグループが、うつ病の薬物療法の臨床試験の研究対象者に対し、心的外傷経験とPTSD症状を聴き取り調査したところ、心的外傷を経験したと答えた群も、心的外傷を経験したことがないと答えた群も同率でPTSDの診断基準を満たした、という症例対照研究の結果を発表した<sup>9)</sup> (Table 2)。これはPTSDの診断基準にある侵入思考、感情麻痺、過覚醒といった症状、あるいはこれらに近縁の症状が、気分障害(大うつ病性障害、気分変調症)や不安障害(全般性不安障害など)にも見られることから、これら

PTSD症状がPTSD特有の症状なのかどうか、あるいは少なくとも気分障害や不安障害の患者よりもPTSDの患者でよく見られるものなのか、ひいてはPTSD症状の出現に心的外傷が必須なのかを検討するために行われた研究である。ここでもまた、PTSD症状の出現に心的外傷は必要不可欠ではないという結果であった。

このようにPTSD診断の大前提である、心的外傷の存在(A基準)がPTSD症状の出現に必須であるというPTSDの核心的な要件に疑問が提起された。これをPTSDのA基準問題という<sup>10)</sup>。

Table 2 PTSD symptoms without traumatic experiences (cont'd)

- ▶ 研究対象者が1つ以上の出来事を申告し、それぞれの評価レベル(外傷性、非外傷性、不明のいずれか)を決めた後、各評価レベルの出来事に対し、B～F基準に合致するものかどうかをチェックし、その評価レベルにB～F基準に合致する出来事が1つ以上ある場合、その研究対象者はB～F基準に合致すると記載する。
- これらの規則により、各研究対象者に対し、1対の尺度を生成する。
  - ▶ (1) 最大の外傷性の出来事の評価(外傷性、非外傷性、不明のいずれか)。
  - ▶ (2) その評価のいずれかの出来事に関連するB～F基準があるかどうか。

#### 【結果】

- 4つの抗うつ薬臨床試験に登録した103人(男64人、女39人で平均年齢42.8歳)の研究参加者全員が、本研究への参加に同意した。
- 65人の研究対象者が、SCIDでPTSDのA基準に該当する心的外傷性経験ありと答えた(ただし、心的外傷性経験の閾値が低く設定しているので、小さな心的外傷性経験も含む)。残りの38名は心的外傷性経験なしであったが、その全員に少なくとも1つ、厄介な思考、危惧、恐怖などの「心的外傷の代理」があった。
- 1つ以上の心的外傷もしくは「心的外傷の代理」のある人がいる一方、複数の出来事のある人もいるため、計198個の出来事が抽出された。
- DSM-IVのA基準の心的外傷性の出来事が1つ以上あったと評価された者が54人(52.4%)、そうした出来事がないと評価された者が36人(35.0%)、13人(12.6%)が不明と評価された。
- 心的外傷の経験を問わず、PTSDのB～F基準を満たす者が81人(78.6%)、満たさない者が22人(21.4%)だった。
- 81人の内訳は、心的外傷群(42人/54人=78%)、非心的外傷群(28人/36人=78%)、不明群(11人/13人=85%)であり、3つの群でほぼ等しく、およそ80%にPTSDの臨床症候群が出現していた。

#### 【考察】

- 心的外傷群、非心的外傷群、不明群の3群でほぼ等しくPTSD症状クラスターが出現していたことから、これらの症状クラスターは心的外傷なしでも起きる非特異的なものである可能性がある。
  - ▶ したがって、ある患者にPTSD症状クラスターが見られるからと言って、その患者に心的外傷があると即断することは危険である。
  - ▶ PTSDに関する心理療法も、研究デザインも、法的補償も、PTSD症状は何らかの心的外傷性の出来事によって起きるものであるという無検証の仮定に基づいているので、心的外傷がなくてもPTSD症状が起きることが本研究で示唆されたことは実質的に重要である。
- すでに、離婚、養子縁組の破綻、金銭問題、口蹄疫で牛を失うことなど、閾値下の心的外傷性の出来事で、PTSD様症状が生じたとする多くの症例報告がある。
- 大学生を対象とした研究で、心的外傷性の出来事を経験していない学生のほうが、PTSDのA基準を満たす経験のある学生よりも、PTSDのその他の基準を満たす傾向にあったとする報告もある。
- A基準を満たす心的外傷性の出来事を経験した者と経験していない者では、PTSD症状のレベルに有意差がないという報告(本稿のTable 1にまとめた研究)もある。
- 以上より、現在PTSD症状クラスターとされている症状群は、心的外傷経験の有無に関わらず、気分障害群や不安症群に広くみられる非特異的な症状であると考えられる。

文献9より筆者にて要約

## 2. PTSDは独立した精神障害か？

Table 2で紹介したMcLean病院の研究では、心的外傷の有無に関わらず、およそ80%もの高率でうつ病患者にPTSD様症状が出現していた。これはうつ病の診断基準にある症状と、PTSDの診断基準にある症状に共通のものが少なくないことを考えると、当然なのかもしれない。例えば、不眠、集中困難、関心の減退、いらだたしさといった症状はうつ病にも見られ、PTSDに特徴的なものではないため、PTSDの診断基準に含めるべきではないであろう。また、PTSDで見られる回避という症状も、心的外傷とまで言えないレベルの負の経験でも生じることがある。誰しも、辛い経験を思い出すようなことは、できるだけ避けたいものだからである。また、PTSD診断の必須要件である心的外傷体験を経験した人の状態をPTSD概念なしに解釈するのであれば、限局性恐怖症とうつ病の合併などと理解することもできるだろう。このようにPTSDという精神障害が他の精神障害と独立した障害であるとするには、

DSM-5のB～E基準(症状基準)を特異性の高い症状に置換したり、各症状の強度・頻度をより具体的に定義する必要がある<sup>11)</sup>。

上述したように、PTSD症状の発生には必ずしも心的外傷体験が必須ではないという疫学的データがあったり(A基準問題)、PTSD症状には他の精神障害にも見られるような非特異的なものが多いなど、PTSDを独立した精神障害と考えるには難がある(PTSDは偽障害なのではないかとの批判すらある<sup>12)</sup>)。その一方、PTSDをコアにした類縁の新しい精神障害・症候群もいくつか提唱されている(Table 3)。これは新たに出現した精神障害概念が実社会と相互作用を起こし、当該精神障害概念の範囲を変えたり、再概念化・再定義していくという、疾患・障害の概念連関で生じるループ効果<sup>13,14)</sup>という社会の医療化および生物医学の社会化<sup>15)</sup>現象を反映しているのかもしれない(なお、筆者は複雑性PTSDや適応障害といった診断名の今日の日常臨床における使用状況も、このループ効果でかなりの部分について説明がつくのではないかと考えている)。この現象はまた、DSMがDSM-III、DSM-III-TR、DSM-IVへ

Table 3 PTSD related disorders and syndromes

|  |  |
|--|--|
| 心的外傷前ストレス傷害<br>(pretraumatic stress disorder : PreTSD) <sup>20,21)</sup>   | ●将来経験する可能性の高い、極めてストレスの強い、生々しい出来事を繰り返して想像してしまい、苦しむこと(まだ戦場に行ったことのない兵士が、実際に自分が戦場に行ったらどうなるかを想像して悩む、妊婦が出産時の苦痛を想像して出産を恐れる、など)。 |
| 心的外傷後悲憤障害<br>(post-traumatic embitterment disorder : PTED) <sup>22)</sup>  | ●失業・離婚・親類の死など、例外的だが日常的でネガティブな生活上の出来事に対する反応で、悲憤や侵入性想起がみられる。   |
| 心的外傷後関係性症候群<br>(posttraumatic relationship syndrome : PTRS) <sup>23)</sup>   | ●情緒的に緊密な関係のある人からの身体的、性的、情動的虐待の経験に続発する不安症。  |
| 心的外傷後妊娠中絶症候群、妊娠中絶後ストレス症候群<br>(post-traumatic abortion syndrome, post abortion stress syndrome : PASS) <sup>24)</sup> | ●妊娠中絶で認識された身体的、情動的な外傷から衝撃を与えられた情動的な反応より生じる慢性的もしくは遅延性の症状を持つPTSD。  |
| 心的外傷後歯科治療不安<br>(post-traumatic dental care anxiety : PTDA) <sup>25)</sup>  | ●歯科治療の際に、強い疼痛を感じるなどした後、歯科治療を恐れるようになることをいう(歯科恐怖)。   |
| 遷延性強要ストレス障害<br>(prolonged duress stress disorder) <sup>26)</sup>   | ●相対的に強度がPTSDよりも低い1つ以上の継続的なストレス要因による持続的な強要に曝露された犠牲者の示すストレス症状。   |
| パンデミック後ストレス障害<br>(post-pandemic stress disorder) <sup>27)</sup>  | ●パンデミック時のPTSD様症状。  |
| COVID後ストレス障害<br>(post-COVID stress disorder) <sup>28)</sup>  | ●COVID-19パンデミック時のPTSD様症状。  |

と順に改訂されていく過程で、PTSDのストレス要因基準が、原義である生死に関わる心的外傷からより軽いストレス要因へと拡散したという批判[基準漸動 (criterion creep)<sup>16)</sup> もしくは概念的範囲漸動 (conceptual bracket creep)<sup>17)</sup>]があることにもつながっていると考えられる。また、DSM-5に改訂された際に症状基準が増加したことにより、さらにPTSDに該当する状態像 (symptom presentations) は激増した<sup>18)</sup> ので、PTSDは診断膨張 (diagnostic inflation)<sup>19)</sup> を招いていると思われる。

### 3. まとめ：

#### PTSDは独立した精神障害か？

以上に示したように、PTSD診断には大きく、1) 心的外傷がPTSDの原因であるという病因に関する大前提に反対する議論が30年以上にわたって行われており、その主張を裏付けるエビデンスがある、2) 基本的症状が他の精神障害でも起きる非特異的症状であり、疾病特異性 (pathognomoncity) が低いという2つの問題がある。この他にも、3) PTSDは他の精神障害との合併が多く、精神障害としての判別性・独立性が低いという問題もある。このようにPTSDには、これを

独立した精神障害として考えることに対する根強い異論がある (Table 4)。

1) についてだが、疫学研究のバイアスの観点からは、心的外傷がPTSDの原因であるというPTSDの病因に関する大前提 (もしくは仮説) は確実なものではなく、実は心的外傷を生じる戦争や大災害という現象があまりにも印象的なので、ケースとして浮上する患者に選択バイアス (特に Berkson バイアス) が生じているが故に、心的外傷がPTSDの原因であると考えられているのかもしれない。あるいは治療者・研究者側の心的外傷を経験した患者やこのPTSDという精神障害に対する想いが強く、情報バイアス (特に Hawthorne 効果や測定バイアス) が生じているが故に心的外傷がPTSDの原因だという情報が集積して、心的外傷がPTSDの原因であると、これまで考えられてきたのかもしれない。ただ、こうした選択バイアスや情報バイアスの存在を踏まえた疫学研究を行って、心的外傷がPTSDの原因であるかどうかを検討するには、戦争や災害に備えて大掛かりに人口集団からの標本抽出を行う研究計画を立て、それをこうした緊急事態の最中あるいは直後に行う必要があり、その実施は現実的ではない。

では、PTSDは前後即因果の誤謬 (post hoc ergo

Table 4 Criticisms on distinctiveness of the PTSD construct

|   |
|---|
| <p>1) 病因論的問題 (A 基準問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 心的外傷がPTSDの原因であるという大前提に反する疫学的データがある<sup>2,9)</sup>。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ PTSD診断の必要条件である心的外傷とそれ以外のストレス因子とを比較すると、後にPTSD症状を生じる可能性にはほぼ差がない<sup>29,30)</sup>。</li> <li>➢ ストレスの強さと症状の強さとの間に用量反応関係が必ずしも成立しない<sup>31)</sup>。</li> <li>➢ 心的外傷後にPTSDになるかどうかは、心的外傷後の社会的支援のほうが心的外傷の強度よりも、大きな要因である<sup>32)</sup>。</li> </ul> </li> </ul> <p>2) 基本症状の非特異性 (症状の疾病特異性が低い)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● PTSDは限局性恐怖症とうつ病の合併であるとも理解しうる<sup>10)</sup>。</li> <li>● PTSD症状の多くは他の精神障害でも生じる<sup>10)</sup>。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 再体験症状はうつ病や恐怖症でもみられる。</li> <li>➢ 過覚醒症状や回避症状は、恐怖症でもみられる。</li> <li>➢ 社会的引きこもり、興味の喪失、感情麻痺、将来への絶望、不眠、イライラ感、集中困難もうつ病でみられる。</li> <li>➢ いっぽう、フラッシュバックや心的外傷後悪夢という2つの症状は、他の精神障害に比してPTSDに特異的である。</li> </ul> </li> </ul> <p>3) 疾患・障害としての判別性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 他の精神障害との合併が多いので<sup>33)</sup>、精神障害としての判別性・独立性が低い<sup>34)</sup>。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 不安症とPTSDの合併率は55～70%。</li> <li>➢ うつ病とPTSDの合併率は48～68%。</li> </ul> </li> </ul> |
|---|

Table 5 Historical precedents of the PTSD construct

| 疾患・障害・記載   | 概要  | 著者・提唱者                                 | 初出年                   |
|--|---|--|-----------------------|
| 『ギルガメッシュ叙事詩』<br>(Epic of Gilgamesh)  | 親友Enkiduを亡くしたウルク王Gilgameshは悲嘆に暮れ、死を怖れて荒野を彷徨った。  | 不明                                     | 紀元前1300年～<br>紀元前1200年 |
| 旧約聖書『申命記』<br>(Book of Deuteronomy,<br>Devarim)   | モーセが他の兵士の士気に関わるので、弱気になった兵士を前線から外すべきだという主旨の発言をした。  | Moses ?                                | 紀元前800年～<br>紀元前700年   |
| Herodotus『歴史』<br>(Histories, Istoriat)   | Epizelusがマラ톤の戦いで大きな髭を持つ巨大な兵士が自分に襲い掛かってきたとみるや、それは亡霊のように通り過ぎ、隣の兵士を殺した。その後、Epizelusは身体を怪我していないのに急に失明し、その後、生涯視力が戻ることはなかった。                    | Herodotus                              | 紀元前490年               |
| Hippocrates  | 戦闘の悪夢を見る兵士について記載がある。  | Hippocrates                            | 紀元前420年               |
| Lucretius<br>『物の本質について』<br>(De rerum natura)   | 詩に生々しい戦闘の悪夢を見る人がいる旨の記載がある。  | Titus Lucretius<br>Carus               | 紀元前50年                |
| 『巡礼者の旅とリチャード王物語』<br>(Itinerarium Peregrinorum<br>et Gesta Regis Ricardi)   | 中東から兵士が無傷で帰還したものの、その心は悲しみの剣に突き刺されたという記載がある。   | Geoffrey of<br>Vinsauf?                | 1190年                 |
| 『無法者ギースリの伝説』<br>(Gisli Súrsson Saga)   | Gisliはしばしば戦闘の悪夢を見るので、独りでは就床できなかった。  | 不明                                     | 1200年代                |
| Geoffroi de Charny<br>『騎士の書』<br>(Livre de chevalerie)  | 兵士が戦闘後も、恐怖に苛まれることが記載されている。  | Geoffroi de<br>Charny                  | 1350年代前半              |
| Jean Froissart<br>『年代記』<br>(Chroniques)  | Gaston-Phébus (Foix伯) の裁判で、伯爵の異母兄弟のPierre de Béarnが夜間に夢遊状態となり、敵と戦うべく、起き上がって剣を手にするので、妻子と一緒に寝ることができないという証言をする。                              | Jean Froissart                         | 1369年～<br>1400年頃      |
| William Shakespeare<br>『ロミオとジュリエット』<br>(Romeo and Juliet)  | MercutioのQueen Mab speechで妖精の女王Mabが兵士の首筋を通り過ぎると、兵士は戦いの夢を見る。   | William<br>Shakespeare                 | 1595年頃                |
| Josef Leopold Auenbrugger<br>『人体の胸部打診により<br>胸内病変を探知するための新発見』<br>(Inventum Novum ex<br>Percussione Thoracis<br>Humani Interni Pectoris<br>Morbos Detegendi) | 兵士が戦闘後、悲哀、不安、不眠、郷愁を訴えることを記載した。  | Josef Leopold<br>Auenbrugger           | 1761年                 |
| Philippe Pinel<br>『哲学的疾病分類学』<br>(Nosographie philo-<br>sophique ou méthode de<br>l'analyse appliquée à la<br>médecine)                                     | 1654年に哲学者Blaise Pascalが乗った馬車が突然走り出し溺れかけたが、その後、身体の左側に断崖絶壁がある夢を見るようになり、ベッドから転落しないよう、椅子を置くようになった。また、性格も変化し、心配性で用心深く、抑うつ的で引きこもりがちとなった旨の記載がある。 | Philippe Pinel                         | 1798年                 |
| 砲弾風症候群 <sup>36)</sup><br>(syndrome du vent du<br>boulet)<br>郷愁 (nostalgia)   | フランス革命戦争～ナポレオン戦争当時、砲弾が身体の近くを掠めた兵士にみられた錯乱・昏迷状態。同じく兵士の抑うつ状態。  | Desgenettes,<br>Larrey, Percyら<br>仏軍軍医 | 1803年～<br>1815年       |
| Johann Wolfgang von<br>Goethe『滯仏陣中記』<br>(Kampagne in Frankreich<br>1792)   | 1792年のValmyの戦いについての記載に離人感・現実感喪失を思わせる叙述がある。  | Johann Wolfgang<br>von Goethe          | 1822年                 |
| 鉄道神経症<br>(railway spine)   | 英国で頻発した鉄道事故の犠牲者に生じた医学的に説明のできない種々の精神神経症状を指す言葉。Erichsenは脳や脊髄が事故の際に前後に振盪することによって生じる器質的な病態だと考えていた。  | John Eric<br>Erichsen                  | 1867年                 |



Table 5 Historical precedents of the PTSD construct (cont'd)

| 疾患・障害・記載   | 概要  | 著者・提唱者  | 初出年                         |
|--|---|---|-----------------------------|
| Da Costa症候群<br>(Da Costa syndrome)   | 器質的異常がないにも関わらず、心疾患を思わせる種々の症状を示すもの(心臓神経症、神経循環性無力症)。  | Jacob Mendes Da Costa                                   | 1871年                       |
| 外傷ヒステリー<br>(névroses traumatique) <sup>37)</sup>   | 男性労働者たちが種々の事故後に心因性の麻痺、失明、一過性健忘などをきたしたケースをCharcotはヒステリー性であると論じた。   | Jean Martin Charcot                                     | 1878年～<br>1893年             |
| 外傷神経症<br>(traumatische Neurosen)   | 鉄道や職場での事故42例についての記載。  | Hermann Oppenheim                                       | 1884年                       |
| 外傷性ヒステリー<br>(traumatische Hysterie)  | Charcotの外傷性ヒステリーは身体的外傷に由来するものとされていたが、なぜ身体的外傷がヒステリーを起こすのかは不明であった。これをFreudは苦痛な情動をもたらす心的外傷によるものと考え、これを通常のヒステリーの誘因でもあるとした。  | Sigmund Freud   | 1893年                       |
| 外傷神経症<br>(les névroses traumatiques)   | 鉄道事故28例についての記載。   | Jean Crocq  | 1896年                       |
| 驚愕神経症<br>(Schreckneurose)  | 大きな感情の激変もしくは急激な驚愕の結果喚起される複数の神経精神現象で構成され、強い不安に至るもの。火災・脱線・衝突など、重大事故・外傷の後に観察される。   | Emil Kraepelin  | 1896年                       |
| 戦争神経症<br>(Kriegsneurose)   | 日露戦争での治療経験から、戦闘ヒステリーや戦闘神経衰弱と呼ばれていた状態に戦争神経症という言葉が初めて用い、その外傷神経症(Oppenheim, 1884)との類似性を指摘した。   | Georg Honigmann   | 1907年                       |
| 戦闘催眠<br>(l'hypnose des batailles)  | 戦闘時の錯乱・昏迷状態。  | Gaston Milan  | 1914年                       |
| 砲弾恐怖<br>(shell shock)  | 第一次世界大戦初期の英軍兵にみられた生氣的抑うつ・転換性症状で、砲弾の爆発による衝撃波による脳病変もしくは一酸化炭素中毒と考えられていた。   | Charles Samuel Myers                                    | 1915年                       |
| 戦闘疲労(battle fatigue)、<br>神経精神犠牲者(NP casualties)、<br>老軍曹症候群(old sergeant's syndrome)、<br>闘争疲労(combat fatigue)、<br>二千年凝視(thousand-yard stare)など <sup>38)</sup> | 兵士にみられ、疲労、動悸、下痢、急性頭痛、集中力低下、忘れっぽさ、身体症状、不眠、意欲減退、決断力低下、不注意、アパシーなどを呈する。   | Raymond Sobel (老軍曹症候群),<br>Thomas C. Lea III (二千年凝視) など | 第二次世界大戦直後(1945年～<br>1947年頃) |
| 重症ストレス反応<br>(gross stress reaction)  | 第二次世界大戦後、従軍者の精神障害を論じるための共通用語としてDSM-Iで定められたもので、正常パーソナリティに生じる、戦争や大災害などの著しいストレス因子が喚起する圧倒的な恐怖で、一過性・可逆性のもので(DSM-IIではストレスという言葉は削除された)。DSM-Iに先立ち、朝鮮戦争の際も用語として用いられた。      | 米国精神医学会   | 1952年                       |
| 一過性状況的障害<br>(transient situational disturbance)  | 精神障害のない人に圧倒的な環境ストレスで生じる急性一過性の適応反応(DSM-II)。  | 米国精神医学会   | 1968年                       |
| レイプ心的外傷症候群<br>(rape trauma syndrome)   | 戦争後の兵士の経験する苦悩と似たストレス反応を女性レイプ被害者が起こすことを指摘した。   | Ann Wolbert Burgess, Lynda Lytle Holmstrom              | 1974年                       |
| 心的外傷後ストレス障害<br>(PTSD) <sup>39)</sup>   | ベトナム戦争退役軍人にみられる自律神経症状・認知症状・感情症状を指す用語が必要となり、また、戦争以外にも強い身体的・感情的ストレスに曝露された人たちに類似の症状が起きることから、ベトナム後症候群(post-Vietnam-syndrome)よりも穏当な言葉として選択された。不安症の節に置かれ、初めて診断基準が制定された。 | 米国精神医学会   | 1980年                       |

文献41, 42を参考に筆者にて作成

propter hoc) なのだと考えて、臨床単位 (症候群や類型) としては除去すべきなのだろうか。PTSDという臨床単位が出現した背景には、戦争や大災害に関連した精神障害を巡る歴史的な経緯があり (Table 5), すでにPTSDという言葉や概念は人口に膾炙しており、PTSDという診断名を精神医学から除去することは現実的ではない。PTSD概念の普及により、被害者支援の重要性が社会に知られるようになった。基準漸動, 概念的範囲漸動といった心的外傷の範囲をより軽度のストレス因子にまで広げる現象がみられることも、この臨床単位が広く社会に受容された証でもある。また、PTSDには先に述べた疾患・障害の概念連関によるループ効果がみられ、社会との相互作用でPTSDをコアにした類縁の新しい精神障害・症候群 (Table 3) も次々と提唱されている。

このようにPTSDという言葉や概念はすでに社会に根付いており、今さらPTSDという診断名を精神医学から除去することは難しい。だが、PTSDが「医学的問題を離れて司法的あるいはより社会的な問題となった」<sup>35)</sup> ことを考えると、PTSDという言葉を使わず、しかも心的外傷よりも弱いネガティブなストレスで生じるPTSD症状も、心的外傷で生じるPTSDも区別せず、

PTSDをコアにした類縁の新しい精神障害・症候群をも包括できる新たな臨床単位が必要である。それが「医学的問題を離れて司法的あるいはより社会的な問題となった」ことや、PTSDを独立した精神障害として考えることに対する根強い異論 (Table 4) に対する解決策ともなるのではないか。したがって今後、心的外傷に限らず広く心理的ストレス要因に関連してPTSD様症状を呈する症候群を総称する診断カテゴリーが必要である。その際、これを心的外傷という言葉を使わず、例えば、ストレス相関性障害 (stress correlative disorder) などといった名称で、ストレス関連障害 (もしくは「ストレス因関連障害」, 「特にストレスに係る障害」) の下位分類として作成・利用することが期待される (Table 6)。そのことにより、心的外傷にまで至らぬ程度のネガティブなストレスによりPTSD様症状を呈した患者にも幅広く、適切な精神医学的介入や社会的支援が行える基盤が用意できるのではなかろうか。

#### 利益相反・倫理的配慮

本稿に関し、開示すべき利益相反はない。本稿は既発表の論文を用いた文献レビューであり、個人情報を使用していない。

Table 6 Tentative criterion of stress correlative disorder

|   |
|---|
| <p>A. 心理的ストレスを惹起するネガティブな出来事への曝露。(Exposure to negative events which induce psychological stress.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●その出来事の重症度, 性質, 持続期間, 頻度, 組み合わせは診断に無関係である。(Severity, nature, duration, frequency and combination of the events make no difference to the diagnosis of this disorder.)</li> </ul> <p>B. 様々な精神症状がその出来事の後に出現し, たいていは著しい苦痛を伴う(その苦痛はしばしばはっきりとしないことがある)。(A variety of psychiatric symptoms emerge after the events and usually evoke significant distress with to the patient [the distress may be occasionally vogue].)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●症状には再体験, 回避, 精神麻痺, 過覚醒, 解離を含むことがある。(Symptoms may include re-experiencing, avoidance, emotional numbing, hyperarousal or dissociation.)</li> </ul> <p>C. 症状の持続期間は1か月以上である。(Duration of the symptoms is more than one month.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●出来事への曝露から発症までの期間は通常は, 数週から数か月である。(Incubation period from exposure to the events to the onset of symptoms usually varies from several weeks to months.)</li> </ul> <p>D. 症状はしばしば社会的・職業的な障害を起こす。(Symptoms are often accompanied by social or occupational impairment.)</p> <p>E. 症状は物質の薬理作用や他の医学的疾患に起因しない。(Symptoms are not attributable to the pharmacological effects of substances or another medical condition.)</p> <p>F. この障害は, 上記基準A ~ Eのすべてを満たすものを指す。(This disorder is diagnosed when all Criteria of A to E mentioned above are fulfilled.)</p> |
|---|

## 文 献

- 1) Weathers FW, Keane TM. The Criterion A problem revisited: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *J Trauma Stress*. 2007; 20(2): 107-21.
- 2) Mol SS, Arntz A, Metzmakers JF, Dinant GJ, Vilters-van Montfort PA, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br J Psychiatry*. 2005; 186: 494-9.
- 3) Rosen GM, Lilienfeld SO. Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clin Psychol Rev*. 2008; 28(5): 837-68.
- 4) Rosen GM. Has DSM-5 saved PTSD from itself? *Br J Psychiatry*. 2016; 209(4): 275-76.
- 5) O'Donnell ML, Alkemade N, Nickerson A, Creamer M, McFarlane AC, Silove D, Bryant RA, Forbes D. Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *Br J Psychiatry*. 2014; 205(3): 230-5.
- 6) Foa BE, Riggs SD, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1993; 6(4): 459-73.
- 7) Cupit-Link M, Syrjala KL, Hashmi SK. Damocles' syndrome revisited: update on the fear of cancer recurrence in the complex world of today's treatments and survivorship. *Hematol Oncol Stem Cell Ther*. 2018; 11(3): 129-34.
- 8) Kangas M. DSM-5 Trauma and Stress-Related Disorders: implications for screening for cancer-related stress. *Front Psychiatry*. 2013; 4: 122.
- 9) Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI. Is PTSD caused by traumatic stress? *J Anxiety Disord*. 2007; 21(2): 176-82.
- 10) Brewin CR, Lanius RA, Novac A, Schnyder U, Galea S. Reformulating PTSD for DSM-V: life after Criterion A. *J Trauma Stress*. 2009; 22(5): 366-73.
- 11) Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(2): 233-41.
- 12) Rosen GM, Taylor S. Pseudo-PTSD. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(2): 201-10.
- 13) Haslam N. Looping effects and the expanding concept of mental disorder. *Journal of Psychopathology*. 2016; 22: 4-9
- 14) 佐藤雅浩. 精神障害の流行に関する社会学的研究. 埼玉大学紀要(教養学部). 2019 ; 55 (1) : 51-70.
- 15) Burri RV, Dumit J. Introduction. In: Burri RV, Dumit J, eds. *Biomedicine as culture: instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life*. NY: Routledge; 2007. p1-14.
- 16) Rosen GM, Spitzer RL, McHugh PR. Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM V. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(1): 3-4.
- 17) McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2003; 54: 229-52.
- 18) Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspect Psychol Sci*. 2013; 8(6): 651-62.
- 19) Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012; 8: 109-30.
- 20) Berntsen D, Rubin DC. Pretraumatic stress reactions in soldiers deployed to Afghanistan. *Clin Psychol Sci*. 2015; 3(5): 663-74.
- 21) Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord*. 2004; 18(2): 127-42.
- 22) Linden M. posttraumatic embitterment disorder. *Psychother Psychosom*. 2003; 72(4): 195-202.
- 23) Vandervoort D, Rokach A. Posttraumatic relationship syndrome: a case illustration. *Clin Case Stud*. 2006; 5(3): 231-47.
- 24) Speckhard AC, Rue VM. Postabortion syndrome: an emerging public health concern. *Journal of Social Issues*. 1992; 48 (3): 95-119.
- 25) Bracha HS, Vega EM, Vega CB. Posttraumatic dental-care anxiety (PTDA): Is "dental phobia" a misnomer? *Hawaii Dent J*. 2006; 37(5): 17-9.
- 26) Scott MJ, Stradling SG. Post-traumatic stress disorder without the trauma. *Br J Clin Psychol*. 1994; 33(1): 71-4.
- 27) Cengiz Z, Isik K, Gurdap Z, Yayan EH. Behaviours and experiences of nurses during the COVID-19 pandemic in Turkey: a mixed methods study. *J Nurs*

- Manag.* 2021; 29(7): 2002-13.
- 28) Ponnam HB, Akondi BR. Post-COVID stress disorder: an emerging upshot of the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care.* 2021; 13(2): 1-9.
- 29) Larsen SE, Pacella ML. Comparing the effect of DSM-congruent traumas vs. DSM-incongruent stressors on PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord.* 2016; 38: 37-46.
- 30) Larsen SE, Berenbaum H. Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion?: association of DSM-IV and DSM-5 Criterion A with posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychopathology.* 2017; 50(6): 373-8.
- 31) McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol.* 2003; 54: 229-52.
- 32) Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003; 129(1): 52-73.
- 33) Rosenbaum L. Post-traumatic stress disorder: the chameleon of psychiatry. *Nord J Psychiatry.* 2004; 58(5): 343-8.
- 34) 前田正治, 大江美佐里. DSMにおけるPTSD概念—最近の批判論を考える. *トラウマティック・ストレス.* 2009 ; 7(2) : 136-47.
- 35) 前田正治. トラウマ臨床の現在—この四半世紀を振り返って. *こころの科学.* 2019 ; 208(11) : 14-8.
- 36) de Oliveira J. Représentation de la blessure psychique par le commandement dans l'armée de Terre. *Sciences du Vivant* [q-bio]. 2021. ffdumas-03264650f [Cited 2021 Dec 25]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03264650/document>
- 37) Micale MS. Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France. *Med Hist.* 1990; 34(4): 363-411.
- 38) Roche SM. The American history of PTSD: Civil War- Vietnam. Master of Military Studies Research Paper. 2011 March [Cited 2021 Dec 25]. Available from: <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA600626.pdf>
- 39) Andreasen NC. What is post-traumatic stress disorder? *Dialogues Clin Neurosci.* 2011; 13(3): 240-3.
- 40) Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci.* 2000; 2(1): 47-55.
- 41) Crocq L. Historie du trauma [Cited 2021 Dec 25]. Available from: <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/crocqHistoireDuTrauma.pdf>

(投稿日：2021年12月25日)

(受理日：2022年1月5日)

\* \* \*