

心のケア対応マニュアル (H26年度改訂版)

愛 媛 県



愛媛県イメージアップキャラクター
みきゃん

はじめに

平成13年2月10日、ハワイ・オアフ島沖の海上で、宇和島水産高等学校の実習船「えひめ丸」が米国の原子力潜水艦と衝突し、生徒、教員、船員の計9名の方が死亡するという痛ましい事故から14年の歳月が経過しました。当時、県では宇和島保健所に「えひめ丸ケア対策班」を設置し、生還した生徒等の心のケアに当たった経験を踏まえ、平成18年3月に「災害等による外傷性ストレスマネジメントのために」と題したマニュアルを作成し、平時から心のケアに対する備えの重要性について啓発してまいりました。

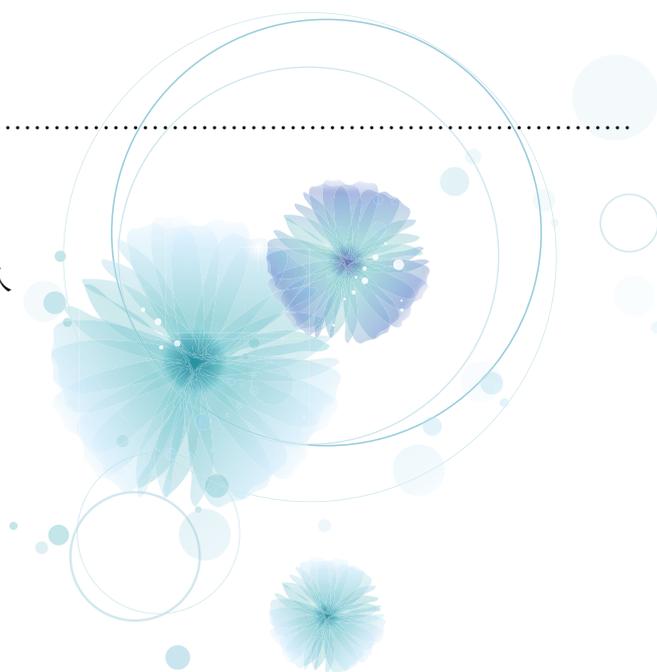
一方、国においては、平成23年3月の東日本大震災を契機に、大規模災害時における心のケア体制を再構築し、精神科医師や看護師、事務職員等の多職種による災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進されており、県でも、平成25年度に「愛媛県心のケアチーム体制整備検討会」を設置し、本県にふさわしい体制や活動内容等について、検討を重ねてまいりました。この度、「心のケアチーム（愛媛版DPAT）」として運用を開始することとし、平成27年3月から、派遣チームの構成員の事前登録を開始するなど、自然災害や事件、事故等による集団災害が発生した際に、迅速な支援活動を行うための体制を整備することとしました。

その一環として、近年、注目されている「サイコロジカル・ファーストエイド」などの情報を盛り込んだ「心のケア対応マニュアル（平成26年度改訂版）」をとりまとめましたが、これは県内外の災害等による心のケアに関わる上で、平時から必要な準備を行うための手引書として作成したものです。近い将来に発生が懸念される、南海トラフ巨大地震等の大規模災害に備えるためにも、この手引書が関係者の心のケアに対する理解の促進と、円滑で、適切な支援活動を行うための一助となることを願っております。

愛媛県保健福祉部長 兵 頭 昭 洋

目 次

I 外傷性ストレス反応とは	1項
1 心的トラウマと反応	
2 心的外傷後ストレス反応（PTSR）	
3 急性ストレス障害（ASD）及び心的外傷後ストレス障害（PTSD）	
4 大規模自然災害被災後の気分の変化	
5 複雑性悲嘆	
II 支援体制と支援活動	8項
1 心理的応急処置	
2 体制確保・情報収集	
3 アウトリーチによる早期介入	
4 メディア対応	
5 情報提供	
6 ホットラインの設置	
7 スクリーニング	
8 精神科治療	
9 支援者のメンタルヘルス	
10 長期にわたる支援対策	
III 支援において心がけること	19項
1 アウトリーチ	
2 関係性構築	
3 サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）	
4 惨事ストレス	
5 継続性の確保	
6 悲嘆反応を乗り越えるために	
IV 心のケアチーム（愛媛版DPAT）	26項
1 心のケアチーム（愛媛版DPAT）の概要	
2 構成員	
3 派遣活動のイメージ	



I 外傷性ストレス反応とは

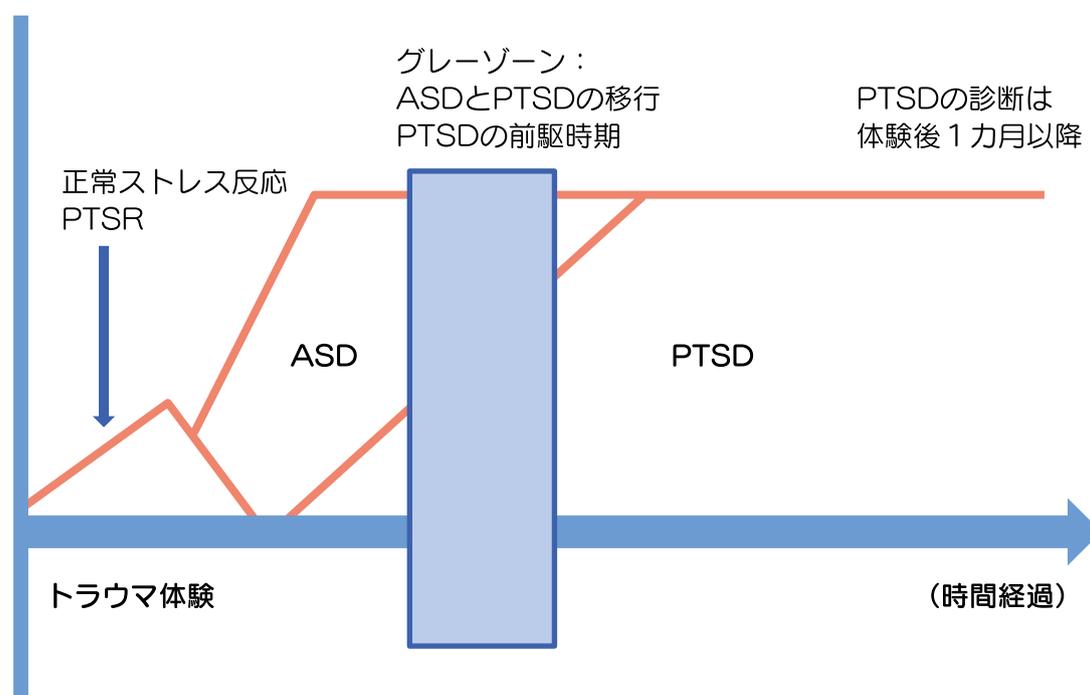
1 心的トラウマと反応

その人の対処能力を超えるような大きな打撃、事件（性犯罪、虐待、暴力、いじめ、テロ）、事故（輸送事故（列車、航空機、船舶、自動車）、火災、爆発、汚染）、災害（地震、台風、洪水、津波、噴火）を受けることから生じる精神的な動揺や心身の反応、行動面の変調は誰にでも起こりうる「正常な反応」で、この精神的後遺症が心的トラウマであり、トラウマ反応とも呼ばれる。

被害の当事者だけでなく、目撃者であっても影響を受ける。

心や身体の影響は多彩で、基本的にはすべてが「正常な反応」であり、回復は可能である。しかし、その一部に、心的外傷後ストレス障害（PTSD）などの様々な影響により精神障害に発展することがある。

トラウマ反応の時間的経過



出典：「心的トラウマの理解とケア」第2版 編集 外傷ストレス関連障害に関する研究会 金吉晴
発行 株式会社じほう 改変

2 心的外傷後ストレス反応（PTSR）

心的外傷後ストレス反応（PTSR）は以下のような症状が見られるが、多くの場合1カ月程度で回復する。

【行動面の変調】

興奮しやすく、突然怒りが爆発する
言葉や文章で言い表すことができなくなる
他人と距離をとり、一人で行動する
飲酒、喫煙量が増える、食欲不振や過食
睡眠障害

【身体面の変調】

頭痛、筋肉痛、胸痛、吐き気
胃痛、便秘、下痢、動悸
ふるえ、発汗、めまい
疲れやすい、風邪をひきやすい

【心理・感情面の変調】

わけもなく不安になる、気分が沈む
わけもなく泣きたくなる
いらいらして怒りっぽくなる
何をする気にもなれない
周りの人から孤立しているように感じる
いきいきした感情がわいてこない
ちょっとした揺れや物音への過剰反応

【思考面の変調】

集中力が鈍る
考えがまとまらない
物忘れしやすい
選択や判断力が鈍る
理解力が低下する

3 急性ストレス障害（ASD）及び心的外傷後ストレス障害（PTSD）

心的外傷後ストレス反応（PTSR）が時間を経過しても軽減せず、特定の症状が持続し、その後の社会生活に大きな影響を及ぼす場合がある。急性のものを「急性ストレス障害（Acute Stress Disorder：ASD）」と言い、1カ月以上にわたり持続し長期化した状態を「心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder：PTSD）」と言う。

心的外傷後ストレス障害（PTSD）の症状

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、心理的外傷の「後」にみえても、気持ちの中では、まだ外傷の真ただ中にある状態である。

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。（再体験症状）

それに伴って、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できず、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な感じ、人々と自然な交際や、将来の計画などができなくなる（麻痺）。

○再体験症状

- ・ 外傷体験を思い出してしまう
- ・ 悪夢を見る
- ・ フラッシュバック

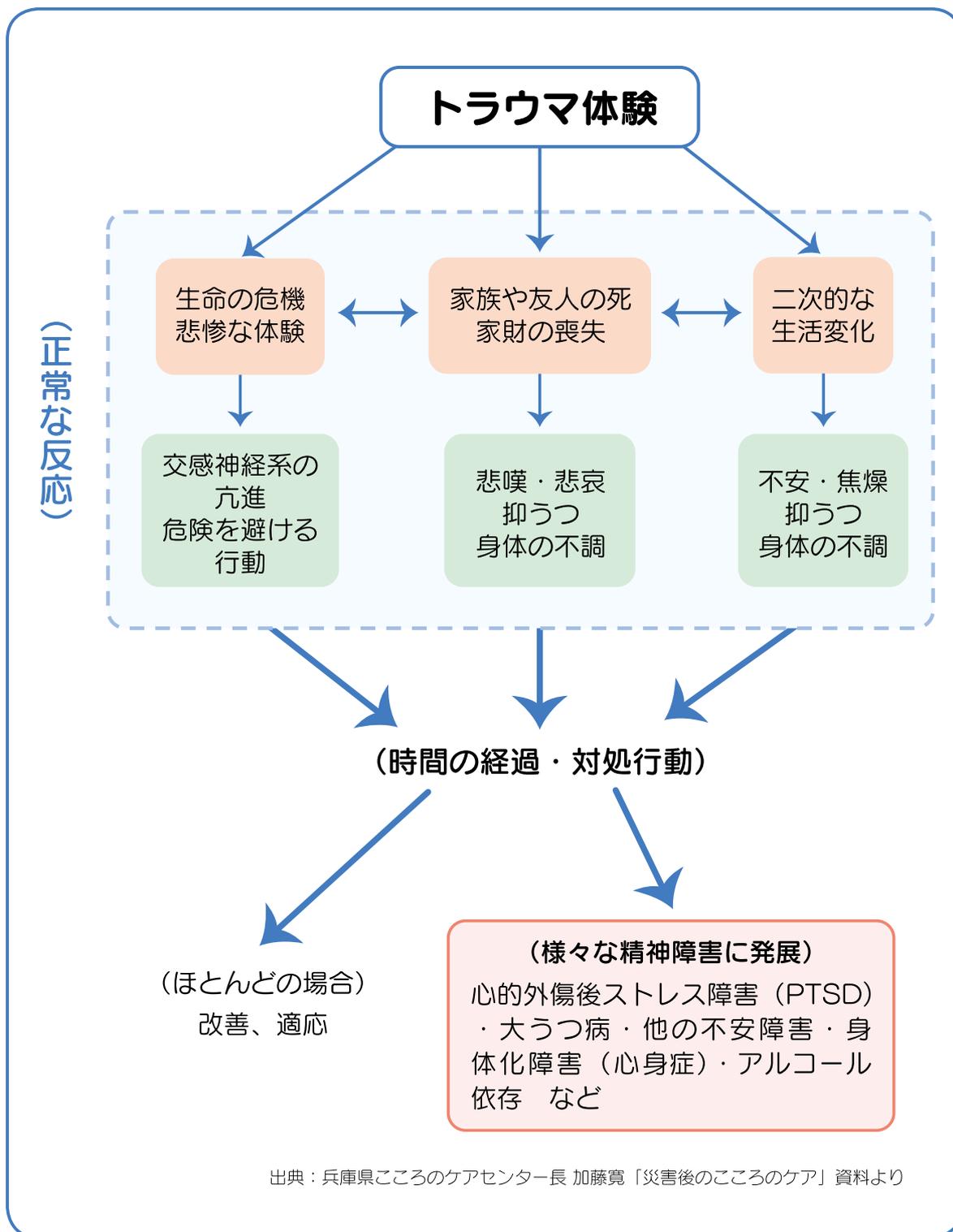
○過覚醒

- ・ 不眠
- ・ 怒りっぽくなる、イライラする
- ・ 些細なことで過剰に驚く

○麻痺

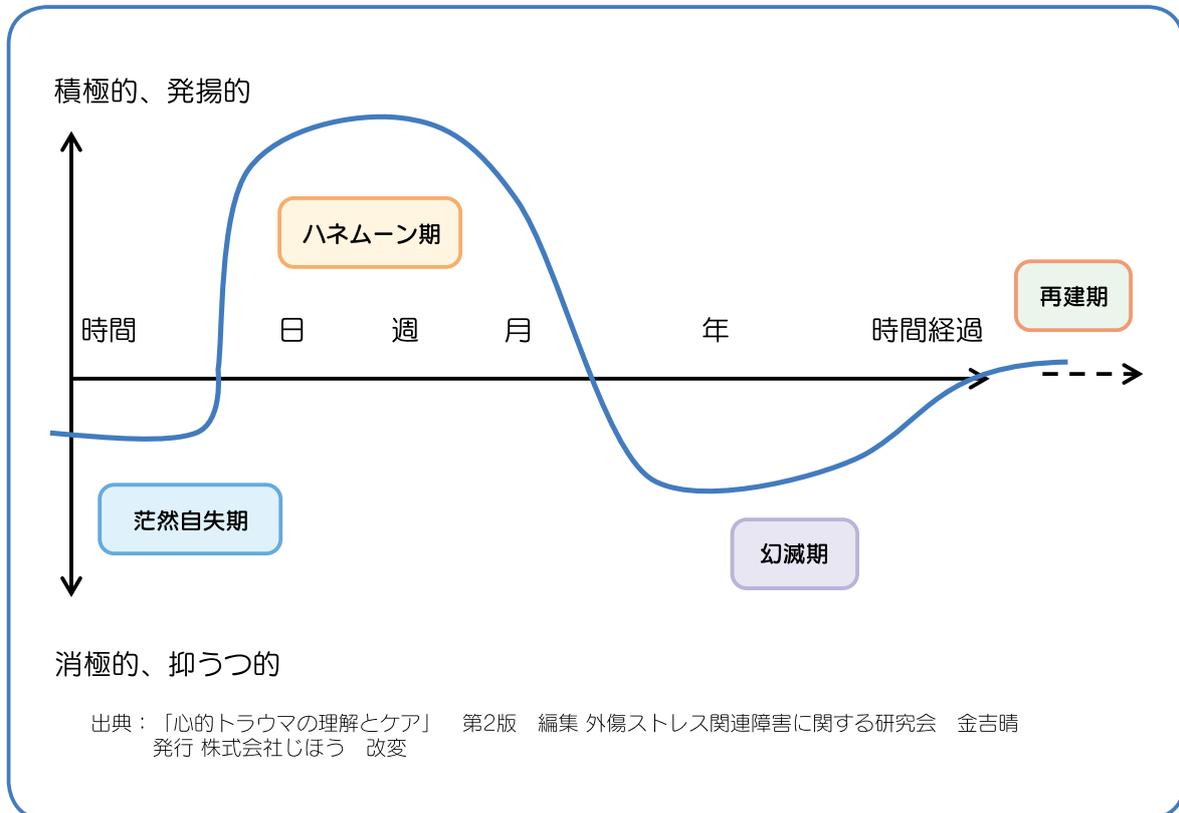
- ・ 外傷体験を思い出させるような場面や状況を避ける
- ・ 感情が麻痺したように活動性が減退する

災害等の心理的影響



4 大規模自然災害被災後の気分の変化

被災・被害者の心理状態



○茫然自失期（災害発生後数時間～数日間）

- ・ 恐怖体験により、無感覚、感情の欠如、茫然自失の状態になる時期。
- ・ 自分や家族、近隣の人々の命や財産を守るために、危険をかえりみず行動的になる人もいる。

○ハネムーン期（災害発生後数日間～数ヶ月間）

- ・ 劇的な災害体験を共有し、ともにくぐり抜けたことで、被災・被害者同士が強い連帯感で結ばれる時期。
- ・ 援助に期待を託しつつ、被災・被害者同士が助け合い、被災地全体が暖かいムードに包まれる。
- ・ 精神的高揚状態であり、回復している心理状態ではない。

○幻滅期（災害発生後数週間～年余）

- ・ 災害直後の混乱がおさまり始め、復旧に入る時期。
- ・ 被災・被害者の忍耐は限界に達し、援助の遅れや行政の対応への不満が噴出する。やり場のない怒りにかられ、けんかなどのトラブルも起こりやすくなる。飲酒の問題も出現する。
- ・ 被災・被害者は自分の生活の再建と個人的な問題の解決に追われるため、地域の連帯感が失われる場合もある。

○再建期（災害発生後～数年間）

- ・ 復旧が進み、生活のめどがたち始める時期。
- ・ 被災地に「日常」が戻り始め、被災・被害者も生活の立て直しへの勇気を得る。
- ・ 地域づくりに積極的に参加することで、生活再建への自信が増してくる。
- ・ 復興から取り残されたり、精神的支えを失った人には、ストレスの多い生活が続く。
- ・ 心的外傷によるフラッシュバックの起こる人もいるが、徐々に回復していく。

5 複雑性悲嘆

突然の災害・事故で大事に思っている人を失うことから生じる急性悲嘆（抑うつ症状、現実逃避的態度、罪責感情、焦燥感など）が変形し、遷延した悲嘆のことである。

つらく悲しい体験を様々なかたちで表出、受容してゆく過程（悲嘆反応あるいはグリーフワーク¹⁾）は通常、次のような経過をとる。

1) 死別直後（急性期）：数週間～数カ月

- (1) 否認…麻痺、無感覚、周囲からは「気丈にしている」とみられる。
- (2) 苦悩…否認の段階を過ぎ、死別を現実として受け入れた時に生じる激しい感情の波

1) グリーフワーク：配偶者や子どもといった家族や恋人など身近な存在の死別を体験し、深い悲しみに陥った人が立ち直るまでに努力して行う心の作業のことである。喪の作業とも言う。

2) 慢性期：死別後数カ月～

悲しみから立ち直り通常の生活に戻れる時期なのに、回復途上にあると感じられない。

(1) 心的症状

- ① 憂うつ、悲哀
- ② 罪悪感（サバイバーズ・ギルト²⁾）
- ③ 怒り
- ④ 死者へのとらわれ（いまだに生きているように感じられるなど）

(2) 身体症状

- ① 睡眠障害
- ② その他（呼吸器症状、循環器症状、消化器症状、頭痛、脱力感など）

(3) 社会的な症状…社会からのひきこもり

3) 再適応・再構築期

死者が重要な役割を果たしていた死別前の世界観が過去のものとなり、死者のいない世界に適応して生活できる。



2) サバイバーズ・ギルト：災害や事故等の被害に遭いながら奇跡の生還を遂げた人の中には、自身の幸運に感謝しながらも、家族や周りの人々が亡くなったのに自分が助かったことに対し、罪悪感を感じる人がいる。

この罪悪感を「サバイバーズ・ギルト」と呼ぶ。他のPTSRと同様、誰にでも起こりうる心理状態であり、時間の経過と共に回復していくものであるが、一部、ASDやPTSDに移行する場合がある。

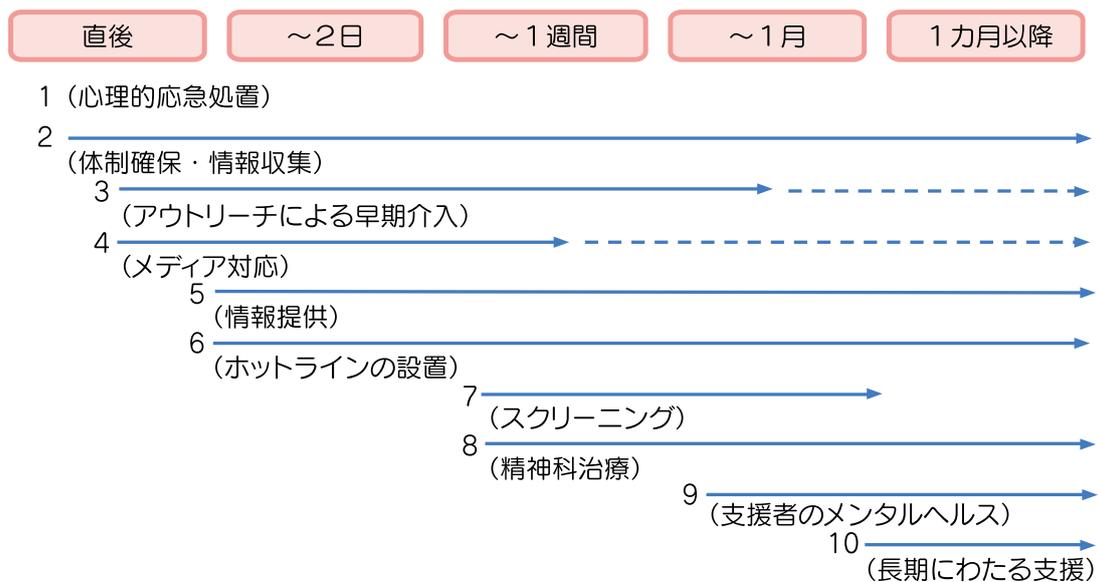
II 支援体制と支援活動

外傷性ストレスが生じるような出来事が発生した場合、対象となるメンタルヘルス上の課題は、

- 外来治療を受けていた精神障害者への医療継続
- 災害ストレスによって発生する新たな精神的問題への対応
- 災害支援者への心理的支援

が主なものである。

【時系列による活動内容】



1 心理的応急処置

被災・被害現場に直接かかわる救援出動者には、

- さらなる被害拡大の防止、救出
- 身体の安全、快適環境の確保、尊厳の維持
- 家族、友人、近親者との再会といった安心が提供できる場への誘導

を配慮ある態度をもって迅速に提供することで、危機からの緊急避難のみならず、精神的ケアの第一歩になることが期待される。

2 体制確保・情報収集

1) 支援活動の役割分担

- アウトリーチ活動に従事するケア班
- 関係機関との調整役、ホットライン対応班
- 広報情報担当班

2) 外部応援の要請の検討

被害状況の把握（予想される精神的被害の範囲、深刻さ）を推定する作業とともに、組織内スタッフだけで対応可能か、専門家派遣要請の必要性等について検討する。

- DPAT（災害派遣精神医療チーム）の派遣要請の検討

3) 支援者のローテーション

事態の変化にあわせた、サービス提供体制（支援者のローテーション）の再編

4) 精神科救護所設置の検討

大規模災害の場合、多数の被災・被害者に医療を提供する必要性のなかで、精神科標榜（独立したあるいは総合診療の一部門として）の救護所立ち上げ。

精神科疾患で通院治療の人たちのみならず、前述の精神的問題が顕在化するニーズにプライマリーケアの提供を行う。

3 アウトリーチによる早期介入

孤立感が芽生えないタイミングでの早期介入を行う。支援する側が待機するのではなく、被災・被害者の生活する（集まる）場所へ出向く活動を行っていくことが求められる。

自然災害、責任対象の曖昧な事件、事故などにおいては、生活援助活動やプライマリーケアと組み合わせて同時期のアウトリーチを行う。

被災・被害者の精神状態として、

- 自分の状態に気づかない。
- 相談しようという発想が起きない。
- 罪責感から支援を受けることに抵抗がある。
- 麻痺、無感覚で何も考えられない。
- 精神科への偏見や誤解。

などの特徴傾向があり、アウトリーチを積極的に実施するなかで、メンタルヘルスに関する支援が受け入れられる状況を作りつつ、ニーズを見極めてゆく作業が重要である。

4 メディア対応

メディアの功罪：速報性のあるメディアは最新ニュースを提供してくれる事態掌握の情報源である。

被災・被害者の何がどうなっているのか、事象の全体像を把握するうえでメディア情報は有用であり、支援者側にとっても、伝えたいお知らせ、広報媒体として重宝できる。

その一方で、メディアを通して語られる被災・被害者の心的苦痛問題は、より具象化・視覚化されることによって「理解の範疇」として扱われる傾向にある。そのため現場における当事者の固有の問題が視聴者向けのドラマとして伝えられ、二次的ストレスになることもある。「個人情報の保護」あるいは「精神医学上の配慮」といった説明によって取材のコントロールを図りつつ、できるだけ情報公開をしていく。

メディアに公表するにあたって

- 定期的に情報発信する。
(毎日、あるいは重大な新事実が明らかになった時)
- 出せる情報と出せない情報を識別し、出せる情報は積極的に出す。
- 誠実に対応する。

といったことを、原則とする。

公表内容について

- 個人情報保護への配慮が十分なされているか。
- 被災・被害者感情への配慮がなされているか。
- メンタルヘルス活動の立場から問題ないか。
- 全国的に知られることになった場合問題ないか。
- 憶測、責任転嫁、非難、批判になっていないか。

といったことを確認する。

なお、事件の大きさによっては専任の報道担当の配置を検討する。

5 情報提供

日常性が混乱し不安あるいは絶望のなかにいる被災・被害者にとって、現状を理解し、先の見通しを立てるうえで、事件・事故・災害の全体的状況といった事実に関する情報提供は不可欠である。

また、精神的安定をはかる目的では心理教育がとくに重要である。

- 被災・被害にあうことでの心身の変化
- 「あなたのせいではない」
- 回復のためのヒント
- 相談窓口の設置、支援メニュー

といった内容を、アウトリーチの場面で直接口頭、冊子配布、集会の利用などによって伝える。

6 ホットラインの設置

アウトリーチによる支援活動開始にあわせて、即時性、任意性、匿名性が保障される電話相談窓口を設けることによって、相談を待つ体制を設ける。

特に支援体制は必要だと感じられた場合、携帯電話を利用した夜間あるいは24時間受付の検討もする。

7 スクリーニング

ほとんどの被災・被害者は生活ストレスを抱えているが、そのなかで過去の被災・被害者の追跡調査では、精神障害と診断するあるいは有すると考えられる出現率は、20～80%との報告がある。

災害の影響評価に関して自記式質問紙では構造化面接結果より不十分な結果になりやすいとされているが、介入初期（おおむね1～2週目）には感度を優先した調査によって、メンタルヘルスサービス対象者を見落とさないことが重要である。

地震災害のように災害範囲が広範囲に及ぶ時、リスクの高い人々への注意を向けるとともに一般健康調査からの絞込みをするなど、被災状況にあわせて対象者を選定していく。

「見守り必要性のチェックリスト」（様式1）や、「スクリーニング質問票（SQD）」（様式2）などを活用する。精神症状の強い事例に対しては精神科治療等の専門家へつなぐ。

【様式1】

災害直後 見守り必要性のチェックリスト

記入者氏名		地 区	
記入者所属		日 時	
		氏 名	
電 話 番 号		年 齢	
携 帯 番 号		性 別	

チェック項目（あてはまる欄に○を記入すること）

	非常に	明らかに	多少	なし
落ち着かない・じっとできない				
話しがまとまらない・行動がちぐはぐ				
ぼんやりとしている・反応がない				
怖がっている・おびえている				
泣いている・悲しんでいる				
不安そうである・おびえている				
動悸・息が苦しい・震えがある				
興奮している・声大きい				
災害発生以降、眠れていない				

今回の災害前に、何らかの大きな事故・災害の被害があった 1 はい 0 いいえ

今回の災害によって、家族に不明・死亡・重傷者が出ている 1 はい 0 いいえ

治療が中断し、薬がなくなっている（身体の病気を含む） 1 はい 0 いいえ

病名 }

災害時要支援者（高齢者・乳幼児・障害者・傷病者・日本語の通じにくい者）である 1 はい 0 いいえ

家族に災害時要支援者がいる 1 はい 0 いいえ

出典：「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」（平成13年度厚生科学研究費補助金）改変

【様式2】

スクリーニング質問票（S Q D）

実施日 年 月 日

氏 名 _____ 年齢 歳 (男・女)

住 所 _____

備 考 _____

大災害後は生活の変化が大きく、色々な負担（ストレス）を感じる事が長く続くものです。最近1か月間に、今からお聞きするようなことはありませんでしたか？

1	食欲はどうですか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか？	はい いいえ
2	いつも疲れやすく、身体がだるいですか？	はい いいえ
3	睡眠はどうですか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。	はい いいえ
4	災害に関する不快な夢を見ることがありますか。	はい いいえ
5	憂鬱で気分が沈みがちですか。	はい いいえ
6	イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい いいえ
7	ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい いいえ
8	災害を思い出させるような場所や、人、話題などを避けてしまうことがありますか。	はい いいえ
9	思い出したくないのに、災害のことを思い出すことがありますか。	はい いいえ
10	以前は楽しんでいたことが、楽しめなくなっていますか。	はい いいえ
11	何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい いいえ
12	災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい いいえ

【様式2-1】

スクリーニング質問票（SQD）判断基準

被災した住民を対象として、訪問時や検診の際に、精神的問題がないかスクリーニングをするためのものです。

いきなり質問をするのではなく、挨拶を交わしたり、世間話をするなど、自然な流れで使用します。

判断基準は下記のとおりですが、診断を意味するものではありません。

判断基準

●PTSD

3 4 6 7 8 9 10 11 12 のうち、5個以上が存在し、その中に4 9 11 のどれか1つが必ず含まれている。

●うつ状態

1 2 3 5 6 10 のうち、4個以上が存在し、その中に5 10 のどちらか1方が必ず含まれる。

【備考】

PTSDの3大症状及びうつ病症状に対応するものは、それぞれ次の項目である。

- 再体験症状・・・4 9 11
- 回避症状・・・8 10 12
- 過覚醒症状・・・3 6 7
- うつ症状・・・1 2 3 5 6 10

出典：「心的トラウマの理解とケア」第2版 編集 外傷ストレス関連障害に関する研究会
金 吉晴 発行所 株式会社じほう

8 精神科治療

深刻な精神症状の持続、又はASD、PTSDとの診断がなされうる状態において、診療機関、専門家による治療が必要になる。

1) 薬物療法

(1) 特に向精神薬が有効であると考えられる精神症状

- 抑うつ状態や意欲低下（うつ病）
- 急激な不安・恐怖感や慢性不安（PTSDやパニック障害、あるいは不安神経症など）
- 入眠困難や中途覚醒、早期覚醒などの睡眠障害

(2) それらの症状に有効的であると考えられる向精神薬の特徴

○ 抗うつ薬

上記の抑うつ症状や不安・恐怖症状にはいずれも有効である。最近では、効果に比して副作用も少ないため、選択的セロトニン再吸収阻害剤（SSRI）がこれらの症状に対する第一選択薬として用いられることが多い。

ただしSSRIに限らず多くの抗うつ薬が、少なくとも1週間程度は服用しないと効果が出ないため、頓服的な使用は有効ではない。逆に言えば長期間服薬しても依存などの副作用は出現しにくい。慢性の精神症状に対して維持療法的な使い方が適した薬物といえる。

また抗うつ薬によっては、睡眠障害の中でも特に中途覚醒や早期覚醒に対しては効果的なタイプもある（三環系抗うつ薬など）。

○ 抗不安薬

抗うつ薬と異なり、即効性の効果が期待できる。特にパニック発作などの急性の不安に対しては効果的で、多くは服用後数十分以内に効果が期待できる。

また筋弛緩作用もあることから、肩こりや頭痛などの筋緊張性の症状に対しても有効である。さらに睡眠導入作用を有していることから、眠前薬や不眠時薬として用いられる場合も多い。

○ その他

上記以外にも、症状によっては抗てんかん薬や抗精神病薬等を用いることもある。

(3) 抗うつ薬と抗不安薬の注意点

○ 抗うつ薬

程度の差こそあれ、多くの抗うつ薬が便秘や口渇といった抗コリン性の副作用を持っている。SSRIはこのような副作用が少ないことが特徴であるが、一方で若年者には自殺などが引き起こされることがあると最近報告されているので、そのような対象者には慎重な投与が望まれる。

○ 抗不安薬

もっとも多い副作用は眠気やだるさである。自動車の運転などは注意が必要である。また一時的に記憶が失われる健忘症状が出現することがあり、特にお酒との併用によって現れやすい。場合によっては依存などの問題も起こりうるため、長期間の多い量の投薬は避けるべきである。

2) 非薬物治療法

○ 認知行動療法

認知療法・認知行動療法というのは、認知に働きかけて気持ちを楽にする精神療法(心理療法)の一種で、ストレスを感じると悲観的に考えがちになり、問題を解決できない心の状態に追い込んでいくため、そうした考え方のバランスを取ってストレスに上手に対応できる心の状態をつくること。

認知療法・認知行動療法は、うつ病や不安障害(パニック障害、社交不安障害、心的外傷後ストレス障害、強迫性障害など)、不眠症、摂食障害、統合失調症などの多くの精神疾患に効果があることが実証されて広く使われるようになってきた。



9 支援者のメンタルヘルス

支援者は、二次的被災者である

どんな形であれ、災害に関与した人はすべて、災害から何らかの影響を受ける。支援者は、被災・被害者を救援することで自ら傷つく。

悲惨な体験にうちめされた被災・被害者を支援する場合、聞き手として理不尽な怒りの矛先になったり、その外傷的出来事の追体験によって、精神的打撃をこうむることがある（代理受傷、二次的ストレス）。

不安、抑うつ、無力感、不眠などの身体、精神的症状が引き起こされるが、程度の差はあれ通常起こりうることであり、支援者自身の支援を考えなければならない。

スーパービジョンの設定、定期的担当者会議の開催によって支援方針の確認、課題の整理のために、

- 実践活動報告
- 直面している問題の抽出
- 今後の実践方法の検討

を行い、効果ある支援活動が提供できる体制の維持を確保する。

また、意欲と情熱に支えられた活動は燃焼しつくして（バーンアウト）しまいがちである。十分な休養をとって、次の活動に向けたい。

- 支援はあくまでチーム体制で行い、情報のみならずそれぞれの経験、感情も共有する。（担当者会）
- 少しの修正事項と多くのねぎらいと賞賛を供給できるスーパーバイザーを交えた話し合いは欠かせない。（スーパービジョン）
- 組織として正式な感謝の態度は、活動の士気維持向上の必須事項である。

10 長期にわたる支援対策

長期にわたる支援が必要な場合には、

- 平常時の地域精神保健活動への移行
- 疎外感を抱かせないために、アウトリーチの継続
- 時期を考慮しながら健康調査・診断による集団としての回復度チェック
- 自助集団活動を組織、企画、援助
- 癒しコンサート、温泉保養など、娯楽要素を含んだサービスの考慮

等の対策を検討する必要がある。

◆ 継続性と区切り

アウトリーチの頻度、ホットラインの開設時間帯を時間経過とともに縮小することは、現在に生きることが過去の重みを変える、つまり時は偉大な治療者であり、自然なことである。

特別体制の解除は時期をみて決断されなければならない。そのなかで、メモリアルデイ³⁾の取り扱いや精神的癒痕としての外傷体験への配慮など、被災・被害者の尊重を、通常体制での支援と、ケアという直接支援の延長として考えていく。



3) メモリアルデイ：被災時間帯、日付（遺族にとって月命日、周忌）など、つらい体験を想起させざるをえないとき、記憶と連動した心理的反応がおきやすい。