

## 外傷体験としての「脳損傷」 - 脳損傷者家族が示すPTSD様症状

赤松昭

大阪市立大学大学院生活科学研究科 後期博士課程

"Brain injury" as a traumatic event - Posttraumatic stress disorder symptom among families of individual with brain injury

Akira AKAMATSU

Graduate School of Human Life Science, Osaka City University

### Summary

The purpose of this study was to evaluate Posttraumatic stress disorder symptom caused by the traumatic event of "brain injury" prevalence on families of individuals with brain injury, and examine that background. The research design was a cross-sectional survey with self-administered questionnaire, with study subjects conveniently from caregivers association. The questionnaire included a set of items that assessed basic demographics and impairment scale of care-takers and Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Result shows 66.4% of the families over cut-off score of IES-R (mean score 37.5), and IES-R score was related to families psychiatric disease history, but care-takers gender, age, impairment, and time-since-injury were not. The findings suggested that posttraumatic symptom developed widely in families of individual with brain injury. It is necessary that supportive network (including mental treatment team) for families treat stress symptom just the same as for other survivors of disasters, and focus on social network of families.

Keywords : 脳損傷 *Brain injury* , 外傷後ストレス障害 *Posttraumatic stress disorder* , 改訂出来事インパクト尺度 *Impact of Event Scale-Revised*

### 背景と目的

近年、脳損傷による高次脳機能障害、遷延性意識障害をもつ者とその家族への支援の気運が高まっている。こうした状況のもとで、家族の抱える生きづらさについては、他の要介護高齢者・障害者介護者家族と同様、本人の障害特性、あるいは制度の不備によってもたらされる「心因反応を伴う介護負担」という概念枠組みで捉えられてきた<sup>1)2)</sup>。しかしながら、脳損傷という「出来事」、すなわち家族を襲った突然の事故や、脳疾患の発病をめぐ一連の出来事が、家族にどのような心理社会的影響

を及ぼしたのかについて言及した研究はほとんどない。

一方、人生や生活に大きな脅威をもたらす出来事である犯罪や災害に遭遇した者については、後に生じるストレス症状を、外傷的な出来事(外傷体験)をもたらした「外傷後ストレス障害」(Post-traumatic stress disorder :以下PTSD)として捉える研究が多く行われている。このPTSDに関わる研究は、1900年代のフランスにおけるヒステリー研究に始まり、第1次・第2次世界大戦下におけるシェルショック、戦闘神経症の研究、そして1970年代以降のアメリカでベトナム戦争帰還兵、性暴力被害

者、ドメスティックバイオレンス、幼児虐待、等のPTSD研究という流れがある<sup>3)</sup>。特に、1980年アメリカ精神医学会発行のDSM- (精神疾患の分類と診断の手引き)で始めて疾患単位としてカテゴライズされ、そしてさらに、ICD-10(国際疾病分類1992)、DSM- -R(精神疾患の分類と診断の手引1987)、DSM- (1994)において外傷体験の規定範囲が広がるのに伴って、その治療・研究対象も拡大しつつある。我が国においても、1995年の阪神淡路大震災、及び地下鉄サリン事件以降、社会的な注

目を浴びるようになっており、その研究は社会的要請もあって広がりを見せている。

PTSDは何らかの外傷体験 (Traumatic Event) がストレスターとなり、その後様々なストレス反応を引き起こすもので、DSM- の診断基準に従えば、直接体験をした本人だけでなく、家族などの身近な者が本人の外傷体験を見たり聞いたりした場合でも、症状が診断基準に合致すればPTSDと診断される(表1 PTSDの診断基準参照)。またDSM- <sup>4)</sup>ではPTSDの合計17の症状を、

表1 外傷後ストレス障害診断基準 (DSM- )

- 
- A. その人は、以下の2つがともにあてはまる外傷的出来事に暴露した。
- (1)実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
  - (2)その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- [注]** 子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。
- (1)出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心境、思考、または知覚を含む。
- [注]** 小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。
- (2)出来事についての反復的で苦痛な夢。
- [注]** 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。
- (3)外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む。また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)
- [注]** 小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
- (4)外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
  - (5)外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。
- C. 以下の3つ(またはそれ以上)によって示される、(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。
- (1)外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。
  - (2)外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
  - (3)外傷の重要な側面の想起不能。
  - (4)重要な活動への関心または参加の著しい減退。
  - (5)他の人から孤立しているまたは疎遠になっているという感覚。
  - (6)感情の範囲の縮小(例:愛の感情を持つことができない)
  - (7)未来が短縮した感覚(例:仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない)
- D. (外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ(またはそれ以上)によって示される。
- (1)入眠または睡眠維持の困難
  - (2)易刺激性または怒りの爆発
  - (3)集中困難
  - (4)過度の警戒心
  - (5)過剰な驚愕反応
- E. 障害(基準B, C, およびDの症状)の持続期間が1ヶ月以上。
- F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、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。
-

再体験症状(出来事の不快で苦痛を伴う記憶が再生される) 回避/麻痺症状(出来事について考えたり触れたりすることを避ける) 過覚醒症状(わずかな外部刺激に過剰反応する)の3つに大別し、これらの症状が1ヶ月持続する場合にPTSDと診断するものである。

前述したように、欧米におけるPTSDに関わる研究は広がりを見せ、現在では戦争や犯罪、災害のみならず、ガン患者・患児の家族、臓器移植レシピエントの家族、交通事故受傷者の家族、等にまでその対象を広げている。例えばStukas<sup>5)</sup>らは心臓移植のレシピエント家族のうち、7.7%がPTSDの診断基準を満たしており、さらに11.0%にその疑いがあることを報告している。またYoungら<sup>6)</sup>は、臓器移植移植患児の親の約27%がPTSDの診断基準を満たしており、待機から手術、そして退院に至るまでの一連の体験が家族の外傷体験になっていると述べている。また、ガン患児と親のストレス症状の研究をしたTaiebら<sup>7)</sup>は、我が子が生命を脅かすガンと診断されたこと、及びその後の度重なる治療という一連の行為が、外傷体験として親に受け止められていることを報告している。

このように、保健医療領域においては、患者(児)家族が呈する心因反応をPTSDと捉える研究があるが、脳損傷者家族が呈する心因反応をPTSDと捉えた研究は内外を問わず存在しない。前述したように、欧米では脳損傷者の心因反応に関わる研究は、主に「介護負担」という枠組みの中で捉えられ、家族は受傷後、何年にもわたって、ストレス症状、抑うつ症状、不安、そして社会適応能力の低下などの影響を受ける、という報告がなされている<sup>8)9)10)11)12)</sup>。そして、そうした心因反応、適応能力の低下は本人の障害特性や受傷前の家族機能、あるいは介護者との続柄、等に起因しているとされている<sup>13)14)15)</sup>。しかし、交通事故受傷者遺族にPTSDが生じていることを考えれば<sup>17)18)</sup>、帰結が「生」に至ったか「死」に至ったかの違いはあるものの、交通事故への遭遇という同様の体験をし、しかもその後の治療をめぐって外傷体験を経験している脳損傷者家族がPTSD様症状を呈する可能性があると考えられる。

以上、我が国、及び欧米における先行研究を検討した結果、脳損傷者家族が「出来事としての脳損傷」というストレスサーのために、本人の受傷・発病後、長期にわたって呈する心因反応が、PTSD様症状である可能性が示されたと考える。そこで本研究では、心的外傷体験によるPTSD様症状が脳損傷者家族の間にどのような広がりを見せているのかを明らかにしたうえで、その背景を検討することを研究目的とする。そしてさらに、その結果

をもって脳損傷者家族支援の方策について、いくつかの提言を行いたい。

## ・研究方法

### 1 対象者と調査方法

対象は関西を拠点に活動する脳損傷者の当事者団体Qの会員(脳損傷当事者の介護家族)合計213名である。調査方法は郵送による自記式質問票を用いた横断的調査法である。調査期間2004年5月10日から6月7日までである。有効回収票は121票であり、有効回収率は56.8%であった。

### 2 測定尺度と調査項目

a. 従属変数：IES-R(Impact of Event Scale-Revised)「改訂出来事インパクト尺度日本語版」

IES-RはHorowitzら<sup>19)</sup>のオリジナルバージョンの改訂版として、Weiss<sup>20)</sup>らによって心的外傷性ストレス症候を測定するために開発された自記式質問用紙である。本研究では飛鳥井らによって邦訳された「改訂出来事インパクト尺度日本語版」<sup>21)</sup>を用いた。本尺度はDSM-の診断に従って「侵入症状8項目」「回避症状8項目」「過覚醒症状6項目」の3つの下位尺度、合計22項目で構成されている。日本語版尺度は阪神淡路大震災被災者<sup>22)</sup>、地下鉄サリン事件被害者<sup>23)</sup>、等を対象とした調査でその信頼性と妥当性の確認がなされている。採点方法は、各項目について、それぞれ最近1週間の間に「全くなかった」「少しあった」「中くらいあった」「かなりあった」「非常にあった」の5件法で尋ね、0~4点で単純加算し(最小値0~最大値88) 得点が高いほどPTSDの疑いが高いとみなされる。なお、本研究では、PTSDが疑われる得点の基準値(カットオフ値)をPTSD + partialPTSDのスクリーニング目的で使用する際の24/25点に設定した<sup>24)</sup>。

b. 独立変数

本人の基本属性(性別、年齢、事故・発症日、原因)の他、「ADL」「意識レベル」「高次脳機能障害のレベル(行動障害・認知障害)」、回答者の続柄、精神科受診歴を設定した。

### 3 分析方法

まず独立変数、従属変数の基礎統計量を算出して対象者の全体的傾向と、対象集団のPTSD様症状出現率を把握する。次に、対象者の基礎属性と障害特性それぞれとIES-Rの関連をみるため、IES-Rの合計得点を従属変数に、対象者の基礎属性と障害特性の各項目独立変数としたt検定、あるいは一元配置の分散分析を行う。

## ・結果

1 脳損傷者の基礎属性と障害特性

表2に脳損傷者の基礎属性と障害特性を示す。性別は男性が8割以上を占め、一方年齢は平均35.1(最小値10、最大値66、標準偏差±13.0)歳。一番多い世代20歳代、次に30歳代となった。また、傷害原因は交通事故を含む事故が約75%にのぼった。これらの結果から本調査の対象は、男性の稼働世代である脳損傷者の家族が比較的多いことがうかがえた。障害特性をみるとADLでは全面介助の者、一部介助の者、自立の者の割合がそれぞれ1/4、1/4、1/2となり、また意識レベルは何らかの意識障害を有する者が約25%、意識障害はないものの高次脳機能障害がある者が約75%であった。さらに、高次脳機能障害

表2 本人・回答者基礎属性 人(%) n=121

性別	男性	102(84.3)
	女性	19(15.7)
年代	10歳未満	0(0.0)
	10歳代	7(5.8)
	20歳代	41(34.2)
	30歳代	32(26.7)
	40歳代	19(15.8)
	50歳代 60歳代以上	12(10.0) 9(7.5)
経過年数	1年未満	7(5.8)
	3年未満	22(18.3)
	5年未満	28(23.3)
	10年未満	33(27.5)
	10年以上	30(25.0)
傷害原因	交通事故	71(58.7)
	転倒・落下	6(5.0)
	その他事故	15(12.5)
	脳血管疾患	18(14.9)
	その他脳疾患	12(9.9)
原因を事故と病気に二分した場合	事故	91(75.8)
	病気	29(24.0)
ADL(移動)	ほぼ整天きりで全面介助	30(25.4)
	車椅子常時使用で要介助	11(9.3)
	短距離なら歩行可	10(8.5)
	徒歩歩行可	12(9.9)
	自立	55(46.6)
意識レベル	ほとんど意識なし	9(7.5)
	わずかに意識あり	14(11.7)
	努力すれば意思疎通可	8(6.7)
	意思疎通可だが高次脳機能障害あり	89(74.2)
高次脳機能障害	変わらない	3(3.5)
	認知障害 少し強くなった	12(14.1)
	とても強くなった	70(82.4)
行動障害	変わらない	6(7.1)
	少し強くなった	22(26.2)
	とても強くなった	56(66.7)
回答者続柄	母親	65(53.7)
	父親	15(12.4)
	妻	32(26.4)
	夫	1(0.8)
	子	2(1.7)
	兄弟姉妹 その他	1(0.8) 1(0.8)
回答者精神科受診歴	現在受診している	11(9.2)
	かつて受診していた	28(23.5)
	受診歴なし	80(67.2)

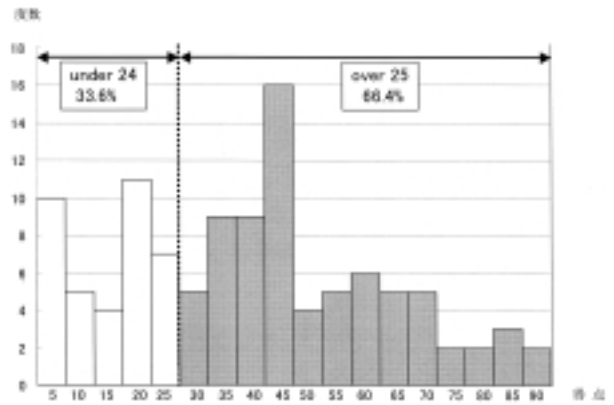
注) 欠損値を集計から除外しているので合計が121とならない場合がある

については、認知障害・行動障害共にとても強くなったという回答が多数に及んだ。以上のことから、本研究の対象者が抱える脳損傷者の障害特性は身体、意識レベルとも重度から軽度に幅広く分布しているものの、身体障害は軽度だが高次脳機能障害のある者が比較的多いことがうかがえた。受傷・発症からの経過年月は平均87.7ヶ月(標準偏差74ヶ月、最小で3ヶ月、最大で31年3ヶ月)となり、10年以上経過した者が25%に及ぶ等、受傷・発症後の経過年数が長期化している傾向がうかがえた。回答者の本人との続柄は母親が全体の53.7%と最も多くを占め、続いて妻(26.4%)、父親(12.4%)の順となり、夫や子、兄弟姉妹は極めて少数にとどまり、脳損傷者をごく近親者で抱えている傾向がうかがえた。最後に回答者の精神科受診歴をみると、現在受診している者、かつて受診している者を併せて全体の3割を超える者が精神科の受診歴があり、脳損傷者家族の一部は高い精神的ストレスに曝されていることがうかがえる結果となった。

2 IES-R得点分布

分析の結果、IES-R合計得点の平均は37.5(標準偏差±22.5)点、PTSDが疑われるカットオフ値25点を上回った回答者は66.4%に及んだ(図1)。全22項目のCronbach係数は0.97であった。

図-1 IES-R合計得点分布



3 基礎属性・障害特性とIES-Rの関連

分析の結果、IES-R得点と基礎属性の中の障害原因との間、及び家族の精神科受診歴とは関連がみられたものの、他の基礎属性、障害特性とは関連がみられなかった(表3)。

・考察

1 IES-Rの得点分布が示す脳損傷者家族のPTSD傾向

PTSDの疑いがあるカットオフ値を超えた者が6割を超えるという結果は、他の研究にはみられない程の高率

表3 IES-Rを従属変数とした一元配置の分散分析、及びt検定の結果（基礎属性・障害特性との関連）

変 数	カテゴリー	回答別得点	有意差	F値(t 値)
性 別	男性	36.52	n.s	—
	女性	42.39		
年 代	18歳未満	40.17	n.s	—
	45歳未満	37.39		
	65歳未満	37.87		
	65歳以上	57.00		
経過年数	1年未満	43.14	n.s	—
	3年未満	38.65		
	5年未満	34.62		
	10年未満	35.77		
	10年以上	41.35		
傷害原因	事 故	47.14	*	2.16
	病 気	29.61		
ADL	ほぼ寝たきりで全面介助	27.71	n.s	—
	車椅子常時使用で要介助	35.64		
	短距離なら歩行可	38.38		
	丈歩行可	42.18		
	自立	43.39		
意識レベル	ほとんど意識なし	23.78	n.s	—
	わずかに意識あり	35.50		
	努力すれば意思疎通可	40.86		
	意思疎通可だが高次脳機能障害あり	39.47		
高次脳機能障害 認知障害	変わらない	47.33	n.s	—
	少し強くなった	32.18		
	とても強くなった	41.41		
行動障害	変わらない	26.17	n.s	—
	少し強くなった	38.57		
	とても強くなった	42.84		
回答者続柄	母親	36.49	n.s	—
	父親	41.36		
	配偶者	38.61		
	子, 兄弟姉妹, その他	33.29		
精神科受診歴	現在受診している	60.70	***	9.38
	かつて受診していた	44.04		
	受診歴なし	32.77		

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001

でPTSDの疑いのある者が脳損傷者家族に存在していることを示していると考えられる。例えば、和歌山毒入りカレー事件の被害者(女性32名)でIES-Rの得点がカットオフ値を上回った者は46.9%<sup>25)</sup>、薬害HIV感染被害者遺族の場合だと55.0%であったが<sup>26)</sup>、本研究の対象者はこのいずれをも超えている。これは事前の予想を超える値であり、脳損傷者家族が強い外傷体験に曝され、そのため後にPTSD様症状を示す結果になっていると考えられる。もちろん、カットオフ値を超えたからといって、直ちに対象者のPTSDが疑われるわけではない。スクリーニングを目的とした場合の本尺度の陽性的中率は、阪神

淡路大震災の被災者を対象とした研究では0.44であったので<sup>27)</sup>、今回の研究結果は差し引いて考えないといけないことは当然である。しかし、このような点を考慮したとしても、脳損傷者家族が示すPTSD様症状は他集団より際だって高いと言える。脳損傷者家族が経験する外傷体験は、他の事件や災害等の遭遇者とは異なった側面をもつ外傷体験であることが推察される。

## 2 IES-R得点との独立変数との関連

IES-R得点は脳損傷者本人の傷害原因と回答者の精神科受診歴とのみ関連を示した。傷害原因では、事故であった者が病気の者より有意に得点が高くなったが、これ

は事故経験者の多くが医療現場での経験の他に、事故捜査をめぐる警察とのやりとりや保険会社との交渉等で、外傷体験に曝される傾向が高いことに起因していると考えられる。また、精神科受診歴ありと答えた者の平均点が60点を超え、全ての者がカットオフ値を越えていたことは、研究対象者の中に精神科の受診を余儀なくされる程、深刻なPTSD様症状を有している者が存在していることを示していると考えられる。さらに受診歴なしと回答した者の中にも、カットオフ値の25点を越えている者は45名(受診歴なしと回答した者の60.0%)存在していることは、PTSD様症状を示しながらも、精神科受診に至っていないケースが少なからず存在していることを示していると考えられる。このように、症状を呈していながら精神科受診につながらない原因としては、脳損傷者家族は本人の介護や自分達の日々の暮らしに追われ、いわゆる「生活するのに精一杯である」<sup>28)</sup>状態であるか、あるいはこれまでの医療との関わりの中で、本人の障害(高次脳機能障害)を精神科等での確に診断されなかったという不信感を抱き、そのため受診行動を控えていることが考えられる。

本人の性別や年齢、障害の程度、及び受傷からの経過年数とIES-R得点とは関連がみられなかったが、同様の傾向が、前掲の臓器移植レシピエント、ガン患者(児)の家族のPTSDに関わる研究でも導き出されている。例えば、客観的な患者(児)の医学データ、患者(児)の年齢、発症からの年数はPTSDとは関連がみられず、「治療に伴う度重なる医療的処置」「肉親がガンという診断を受けたこと」「肉親の生命を危機に曝す一連の出来事への家族の主観的な評価」「治療への家族の不安感」「医療スタッフへの不信感」「ソーシャルサポート」等が家族のPTSD発症に関連しているとの結果が報告されている<sup>29)</sup><sup>30)</sup><sup>31)</sup><sup>32)</sup><sup>33)</sup><sup>34)</sup>。前にも触れたように、脳損傷者家族の介護負担においては、障害特性、続柄、本人や介護者の性別等が負担感と関連することが指摘されているが、本研究の結果ではこれらの項目はIES-Rとの関連がみられていない。以上のことから、脳損傷者家族が示す心因性のストレス症状は介護負担に基づくものではなく、脳損傷という出来事、特に事故や発病、そしてその後続く治療体験への家族の主観的な評価によってもたらされるPTSD様症状であることが推察される。

### 3 「受傷体験」「治療体験」「対外交渉体験」に曝される脳損傷者家族

Hermanは、戦闘や自然災害、レイプ等の局限的外傷ではなく、例えば幼児虐待や捕囚生活といった長期にわたって反復する外傷体験に曝された結果、発症する精神

症候群を「複雑性PTSD」という診断枠組みで捉えることを提唱している<sup>35)</sup>。このHermanの提案は、DSM-の作成検討委員会では時期尚早として診断基準には取り入れられなかったが<sup>36)</sup>、多様な外傷体験が存在することは他の研究者・臨床家も認めている。例えばTerrら<sup>37)</sup>は外傷体験を局限性のものと、反復・慢性的なものに分類し、またMcfarlaneとGirolamo<sup>38)</sup>は時間局限的な外傷体験、連続的外傷体験、そして長期にわたる外傷体験の3つに分類している。こうした見地に立ち、小杉らは、小児血液疾患・悪性腫瘍のサバイバーに生ずるPTSDは、「発症から診断と告知という単回性のトラウマ(タイプ )」、及び「その後続く反復性の出来事( )」の2つの外傷体験によって引き起こされる複雑型PTSDとして捉えるべきと主張している<sup>39)</sup>。こうしたことから、本研究の対象である脳損傷者家族についても、事故や発病に伴う局限的な外傷体験のみならず、その後続く治療過程での度重なる外傷体験が、PTSD様症状の高い出現率の背景にあるのではないかと推察される。本研究の調査対象とした脳損傷の当事者団体Qは家族の手記集<sup>40)</sup>を出版しており、そこにはこうした治療過程の中で経験する印象的な出来事が家族によって記述されている。例えば、脳腫瘍のために数年にわたって治療を続けた息子の母親は次のような経験を語っている。

手術後、転移している部分に薬物療法をしましたが、白血球が下がり、体が震えだし、数値の上がるのを待って、また投与というぐあい、3ヶ月かかりました。私も泊まり込んで看護し、息子が元気になるまで家には帰らないと自分に言い聞かせて看病いたしました。その後また、残っている所に放射線治療です。せっかく生えてきた髪の毛が、照射で抜けました。こっそりシーツに落ちている髪の毛を、私は泣きながらテープでとりました。その時の事は、今でも私の脳裏から離れません<sup>41)</sup>。

このような治療体験は、小杉らの言う単回性のトラウマに続く反復性のトラウマに相当するものと考えられる。次は交通事故後間もなく、回復途上の本人に向けられた医師の言動に憤る家族の言葉である。

意識がまだもどらなくて家族が必死の思いでがんばっているのに、週1回回診にこられる大学病院の脳神経外科の教授には「このままでは先が長くない」と言われました。また、息子の手が少し上がるようになったときに、その教授は「そんなものできても、世の中に

出て何の役に立つのか」と言いました。それはそれはひどい言葉の暴力を受けました<sup>42)</sup>。

外傷としての治療体験の中には治療行為によってもたらされるもののみならず、このように医療者による差別的な態度・言動によってもたらされるものも多い。次は、現在は意識障害状態の息子を自宅で介護している母親が、急性期の頃の体験を振り返っての語りである。

紹介状を持ってあちこちの病院を駆け回り、入院をお願いしても「せめて自分でナースコールを押せるくらいでないと」「気管切開をしている患者は無理」とすげなく断られ、私達は暗澹たる思いを何度となく味わう羽目になりました。又、入院できても3ヶ月で転院を余儀なくされ、転院に次ぎ転院を繰り返さなければなりませんでした。(略)重症であればあるほど手厚い看護を受けられるとばかり思い込んでいた私たちは、現在の医療制度には全くと言ってよいほど無知でした。そこへ警察、検察、加害者、保険会社との対応<sup>43)</sup>。

このケースに象徴されるように、脳損傷者家族にとっての外傷体験は個々の治療場面のみならず、現行の医療体制の中で、いわば構造的に生み出される側面をもっていることがうかがえる。さらに、傷害原因が事故の場合は、捜査段階での警察のやりとり、事故の責任帰趨・賠償をめぐる裁判、保険金をめぐる保険会社との交渉、手帳・年金資格取得のための行政との交渉等、こうした対外交渉体験が、脳損傷者をめぐる制度が立ち後れている現状のもとで、いずれも抑圧的に当事者に関わるため、家族にとって外傷体験となることが多いと考えられる。これら家族のセルフレポートに示されたように、本研究の対象である脳損傷者家族は単回の局限された外傷体験ではなく、突然の事故・発病という「受傷体験」、及びそれに引き続いて起こる「治療体験」、そして「対外交渉体験」、これら複数の外傷体験に長期にわたって反復して曝されており、そうしたことが高いPTSD様症状の出現率の背景にあるのではないかと考えられる。

### まとめ

本研究で示された結果は、従来介護負担するものと捉えられていた脳損傷者家族の抱える心因反応の一端が、外傷体験としての「脳損傷」によってもたらされるPTSD様症状である可能性を示した点で注目される。特に、PTSDの症状が疑われる者が全体の約6割以上も

存在することは、従来の脳損傷者家族支援の方法はこうした家族の抱える苦しみに対処しえないこと示唆している。このような結果を踏まえ、脳損傷者家族支援にあたっては、他の犯罪・災害被害者同様、支援ネットワークに精神科治療チームが加える等、そのストレス症状に充分配慮したアプローチが必要であると考えられる。さらに、臓器移植レシピエントやガン患者(児)家族のPTSD発症緩衝因子として、前述のようにソーシャルサポートの有効性が指摘されていること、治療体験について話すことができる家族や友人のいることが、PTSDの軽減に効果があること<sup>44)</sup>、さらに外傷体験の中の肯定的な側面を取り上げて、家族の自己効力感を高めることがPTSDのリスクを低下させること<sup>45)</sup>、等の点が指摘されていることから、支援者は家族の精神的側面と共に、こうした社会関係にも焦点をあてたサポートを行うことが必要だと考えられる。

最後に本研究の限界と今後の課題を述べる。PTSDをめぐっては、近年、その概念の拡大を危惧する意見が我が国でもみられ<sup>46)</sup>、特に複雑性PTSDについては、「甦った外傷体験の記憶」が、治療者の関心によって作り上げられたものだという批判がある<sup>46) 47)</sup>。しかしながら、こうした批判は主に、児童虐待領域でのPTSD研究への批判であり、本研究のように回答者が成人の場合で、しかも体験が幼児期のもではなく、肉親の事故・発病に関わる出来ごとの場合は記憶の改竄が入り込む余地はないので、こうした批判は本研究には該当しないと考えられる。一方、自記式の質問紙だけではPTSD様症状の把握は不十分との指摘<sup>48)</sup>や、あるいはその解釈には十分な注意が必要だと指摘もある<sup>50)</sup>。この点については今後、構造化面接尺度<sup>51)</sup>を用いた聞き取り調査を行うことによって、より妥当性のある脳損傷者家族のPTSD様症状の把握をすることが必要だと考えられる。さらに、脳損傷者家族の心因反応について、PTSD様症状によるものと介護負担感によってもたらされるもの、この双方の関係をみることによって、脳損傷者家族の総体的な「生きづらさ」の把握をすることも必要だと考えられる。

### 引用文献及び注

- 1) Kreutzer, J., Gervasio, A., Camplair, P.: Primary caregiver's psychological status and family functioning after traumatic brain injury, *Brain Injury*, 8(3), 1994, 197-210(1994)
- 2) 赤松昭、小澤温、白澤政和：脳損傷による高次脳機能障害者家族の介護負担感の構造 - BI(Zarit Burden Interview)尺度を用いた研究 -、社会福祉

- 学、44(2)、45-54 (2003)
- 3) Herman, J.L., Trauma and recovery (中井久夫訳 心的外傷と回復<増補版>) : 第1章歴史は心的外傷をくり返し忘れてきた、みすず書房、東京、3-45(1999)
- 4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed., American Psychiatric Association, Washington DC, (1994)  
(高橋三郎、大野裕、染谷俊之 訳 : DSM- 精神疾患の分類と診断の手引き、医学書院、東京 (1994) )
- 5) Stukas, AA; Dew, MA; Switzer, GE; DiMartini, A; Kormos, RL; Griffith, BP.: PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers, Psychosomatics, 40 (3), 212-221(1999)
- 6) Young, G.S., Mintzer, L.L., Seacord, D.D., Castaneda, M., Merkhani, V.M., Stuber, M.L. :Symptoms of posttraumatic Stress disorder in parents of transplant recipients: severity, and related factors, Pediatrics, 725-731(2003)
- 7) Taieb, O., Moro, MR., Baubet, T., Revah-Levy, A., Flament, M.F. : Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer, European child & adolescent psychiatry, 12, 255-264 (2003)
- 8) Oddy, M., Humphrey, M., Uttley, D.: Stress upon the relatives of head-injured patients, British journal of Psychiatry, 133, 507-513(1978)
- 9) Mckinlay, W.W., Brooks, D.N., Bond, M.R.: The short-term outcome of severe blunt head injury as reported by relatives of the injured persons, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 44, 527-533(1981)
- 10) Livingston, M.G., Brooks, D.N., Bond, MR.: Three months after severe head injury : psychiatric and social impact on relatives, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 48, 870-875.(1985)
- 11) Rosenbaum, M., Najeson, T.: Changes in life patterns and symptoms of low mood reported by wives of severely brain injured soldiers, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44 (6), 881-888(1976)
- 12) Mauss, C.N., Ryan, M.: Brain injury and the family, Journal of Neurosurgical Nursing, 13, 165-169(1981)
- 13) Thomsen, I.V.: The Patient with severe head injury and his family, Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 6, 180-183(1974)
- 14) Thomsen, I.V.: Late outcome of severe blunt head trauma: a 10-15 year second follow up, Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 47, 260-268(1984)
- 15) Jacobs, H.E.: The Los Angeles Head Injury Survey: procedures and initial findings, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 69, 425-431(1988)
- 16) Panting, A., Merry, P.H.: The long term rehabilitation of severe head injuries with particular reference to the need for social and medical support for the patient's family, Rehabilitation, 38, 33-37.(1972)
- 17) 佐藤志穂子 : 死別者におけるPTSD - 交通事故遺族34人の追跡調査、臨床精神医学、27(12)、1575-1786(1998)
- 18) 2002年4月25日、札幌高裁は我が国で初めて交通事故被害者遺族の事故とPTSD発症の因果関係を認める判決を下している。
- 19) Horowitz, M.J., Wilner, N., Alvarez, W: Impact of event scale: A measure of subjective stress, Psychosomatic medicine, 41, 209-218(1979)
- 20) Weiss, D.S., & Marmar, C.R.: The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson, J.P., Keane, T.M.(eds), Assessing psychological trauma and PTSD, The Guilford Press, Newyork, 399-411(1997)
- 21) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Kishimoto, J., Miyake, Y., Nishizono-Maher, A.: Reliability and validity of Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events, The journal of Nervous and Mental Disease, 190, 175-182(2002)
- 22) 加藤寛、岩井圭司 : 阪神・淡路大震災被災者にみられた外傷後ストレス障害 - 構造化面接による評価 - 、神戸大学医学部紀要、60(2)、27-35(2000)
- 23) 清水綾子、大浜俊幸、石松伸一、岩波明、古川俊一、丸太伯子 : 地下鉄サリン事件の被害者における精神症状、長期経過における検討、臨床精神医学、31 (5)、549-561(2002)
- 24) Asukai, N : op.cit.
- 25) Asukai, N : op.cit.
- 26) 薬害HIV感染被害者(遺族)生活実態調査委員会編



- ：薬害HIV感染被害遺族の健康問題、『2003薬害HIV感染被害者遺族調査の総合報告書3年にわたる当事者参加型リサーチ』、薬害HIV感染被害者(遺族)生活実態調査委員会、東京、126-133(2003)
- 27) Asukai, N : op.cit.
- 28) 小西聖子：犯罪被害者、中根允文、飛鳥井望編『臨床精神医学講座 - Special issue 6 外傷後ストレス障害 - 』、中山書店、東京、147-157(2000)
- 29) Stukas, AA : op.cit.
- 30) Young, G.S. : op.cit.
- 31) Taieb,O., Moro : op.cit.
- 32) Kazak, A.E., Stuber, M.L., Barakat, L.P., Guthrie, D.,Meadows, A.T. : Predicting posttraumatic stress symptom in mothers and fathers of survivors of childhood cancers, *Journal of The american academy of child and adolescent psychiatry*, 37, 823-831(1998)
- 33) Best, M., Streusand, R., Catania, L., Kazak, A.E. :Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms(PTSS)after treatment ends, *Journal of pediatric psychology*, 26(5), 299-307(2001)
- 34) Barakat, L.P., Kazak, A.E., Meadows, A.T., Cassey, R., Meeske, K., Stuber, M.L.: Families surviving childhood cancer: A comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children, *Journal of pediatric psychology*, 22(6), 843-859(1997)
- 35) Herman : 前掲書、187.
- 36) 西澤哲：PTSDの診断をめぐる問題、*臨床心理学*、3(6)、781-789(2003)
- 37) Terr, L.C.,:Childhood trauma: An outline and overview, *American journal of psychiatry*, 148, 10-20(1991)
- 38) Mcfarlane, AC. and, Girolamo,G. : The nature of traumatic stressors and epidemiology of posttraumatic reactions. In:Vander kolf, BA. Mcfarlane, AC, Weisaeth, L.(eds), *Traumatic stress-The effects of over whelming experience on mind, body. and society*, guiford press, Newyork,(1996)
- 39) 小杉恵、山本悦代、三宅知佳子、古谷悦美、入山晶、岩谷晃子、中農浩子、小林美智子：造血細胞移植後の長期生存児(サバイバー)とその家族におけるPTSDについて、*研究助成論文集(安田生命事業団)*、38、123-132(2002)
- 40) 頭部外傷や病気による後遺症を持つ若者と家族の会編『生きててもええやん - 「脳死を拒んだ若者たち」 - 』、せせらぎ出版、大阪、96(1999).
- 41) 頭部外傷や病気による後遺症を持つ若者と家族の会編：前掲書、167.
- 42) 頭部外傷や病気による後遺症を持つ若者と家族の会編：前掲書、116.
- 43) 頭部外傷等による重度後遺障害者と家族の会「わかば」編：わかば便り、24、6-9 (2003)
- 44) Manne, S.L., Duhamel, K., Read, W.H.: Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors, *Pshco-Oncology*
- 45) Best, M., Streisand, R., Kazak, A.E.: Parental distress pediatric leukemia and posttraumatic stress sumptoms after ends, *Journal of pediatric psychology*, 26(5), 299-307(2001)
- 46) Loftus, E.: The reality of repressed memories, *American Psychologist*, 48, 518-537(1993)
- 47) Lindsay, D.S., Read, J.D.: Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse:a cognitive perspective, *Applied cognitive psychology*, 8, 281-338(1994)
- 48) 下坂幸三：心的外傷理論の拡大化に反対する、*精神療法*、24(4)、20-27(1998)
- 49) Grenn, B.L.,: Evaluating the effects of disasters, *Psychological assessment*, 3(4), 538-546 (1991)
- 50) 三宅由子：PTSDの疫学と診断測定スケール、中根允文、飛鳥井望編『臨床精神医学講座 - Special issue 6 外傷後ストレス障害 - 』、中山書店、東京、41-57(2000)
- 51) 構造化面接尺度の代表的なものにCAPS(Clinical Administered PTSD Scale, 日本語版は飛鳥井らが作成)があげられる。

## 外傷体験としての「脳損傷」 - 脳損傷者家族が示すPTSD様症状

赤松 昭

**要旨：**本研究は、「脳損傷」という外傷体験により引き起こされるPTSD様症状が、脳損傷者家族の間にどのような広がりを見せているのかを明らかにし、その背景を考察することを研究目的とした。対象は脳損傷者当事者団体の会員合計213名。自記式質問票を用いた横断的調査法で、有効回収率は56.8%であった。分析の結果、対象者のPTSD様症状の出現率を示すIES-R(改訂出来事インパクト尺度)合計得点の平均は37.5(標準偏差 $\pm$ 22.5)点、PTSDが疑われるカットオフ値25点を上回った回答者は66.4%に及んだ。また、IES-R得点は家族の精神科受診歴と関連がみられたものの、本人の基礎属性、障害特性とは関連がみられなかった。本研究の結果から、脳損傷家族支援にあたっては、他の犯罪・災害被害者同様、支援ネットワークに精神科治療チームを加える等、そのストレス症状に充分配慮したアプローチを行うのと共に、家族の社会関係にも焦点をあてたサポートを行うことが必要だと考えられる。