



交通死被害者と心的外傷性ストレス障害の取り組み
コミュニティーワークのフィールドから

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-03-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 岡田, 清 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00003303

交通死被害者と心的外傷性ストレス障害の取り組み コミュニティーワークのフィールドから

大阪府立こころの健康総合センター

岡田 清

坂上香は『「犯罪を犯す人は、人生のある時点では皆被害者だった」。これは「ジャーニー」を通して幾度となく耳にした言葉である。言い換えると、被害者に対する社会的なサポートが行き届き、被害者が回復しやすい状況を整えることこそが、犯罪の防止につながるのだと思う』⁹⁾と述べている。「ジャーニー」は、殺人事件の被害者遺族と死刑囚の家族がともに旅をし、語り合い、自らの体験を共有するジャーニー・オブ・ホープ活動の省略名称である。社会的なコンテキストでは、被害者と加害者に分かれる。このデイコトミー的な状況をうち砕く運動が始まったことに、私は強い衝撃を与えられた。コミュニティーワークのフィールドの中に、こころの健康づくり活動がある。地域社会に住む人が、どのようなこころの問題を抱えているのか知ることは難しいことである。一つの事例を通して、こころの健康づくり活動の指標を探ることは可能である。そのような問題として交通死被害にあった人たちのこころのケアの課題がある。通常、朝刊の片隅に載っているいわゆる事故死についてあまり気も止めずに読み流す。減少化傾向にある交通死者数は平成11年度で9千人を越える(図1)。M・Kさんは交通死被害者の一人である。コミュニティーワークのフィールドの中に、司法の問題は表面の問題であり、こころのケアのあり方を巡る課題であることを提起したのは、M・Kさんである。桑原治雄先生が翻訳されたケネス・パーク著『死別』⁴⁾は一つの視点にとらわれない、重層的な、かつ実証的な解析を通し、死別がいかにストレスを遺族に与えるか納得させる書籍だが、日頃の臨床をまとめる機会の少なかった私にとって、M・Kさんの事例を実証的に解析する事はおろか、多面的にみるとさえできない上に、苦痛を伴う作業であった。しかしこの過程において幾

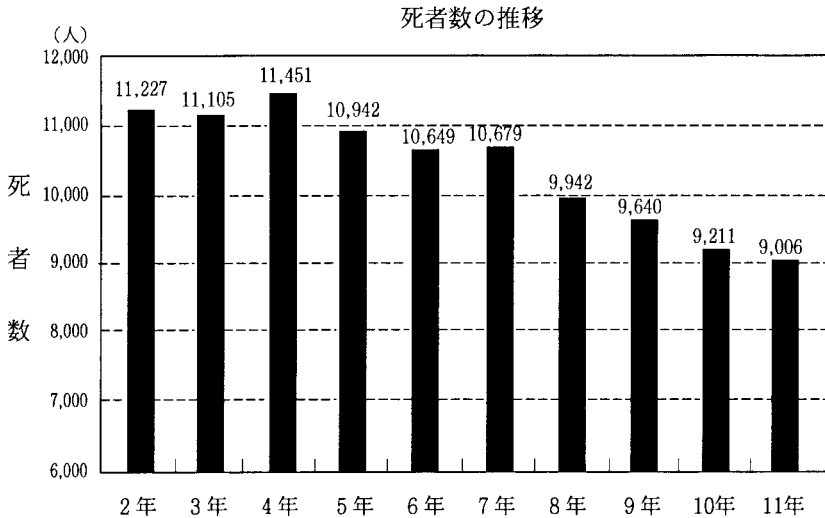


図 1

つかのことを学ぶことができたと思っている。その一端を、桑原治雄先生の退官される記念誌に掲載して頂けることは幸せの一言につきよう。結論的には、一人の人権の重さも嘸みしめたこと、坂上香⁹⁾が指摘しているように、PTSDを抱える人への援助は社会的な取り組みでなければならないことを痛切に感じ取ったことである。

(一) カルテ番号〇〇〇〇〇〇

1) M・Kさんの初診

M・Kさんの精神科への初診は、平成〇〇(19XX)年1月13日である。私の勤める大阪府立こころの健康総合センター(以下、センター)は公立の精神保健福祉機関であり、紹介制を採用している。M・Kさんはその紹介患者としてセンターを受診している。紹介状を中心に初診時のM・Kさんを書く。M・Kさん〔昭和〇〇(19XX)年2月10日生、M県K郡)は、Y医師〔Y医院：M県K郡)の紹介状〔平成〇〇年1月7日付け：同紹介状は、センター「診療

録」に綴られている) を持ち、センターを受診した。Y 医師の紹介状の中に「PTSD (心的外傷後ストレス障害: 以下 PTSD と表記します) 疑い」という診断を M・K さんに与えており、紹介目的の項目に、「平成〇年 6 月 25 日当院を受診し、左側上腹部痛を訴えています。その時、夫を交通事故で亡くし、そのトラウマで胃を悪くしたと本人は思っているようです (注釈: 後に M・K さんに当時のことを問診したところ、『食べられない。食べると嘔吐する』状態だったと答えている) PTSDの本を読まれてそう考えられたので精神科を希望されましたのですが、その時の診療記録を記した次第です。以前より胃を悪くして、その時も一週間分の投薬をしたのみです (注釈: 後に M・K さんに当時のことを問診したところ、『私は平成10年12月3日、大阪弁護士会館で開催されたシンポジウムに出席して、シンポジストの一人の発言から PTSD の病名と症状を聞き、自分の症状とよく似ていることに気付いた』と述べている) と書かれていた。Y 医師が以前にも胃を悪くして受療しているにも係わらず、数ヵ月後の紹介診断名に「PTSD 疑い」としたところに、また精神科を紹介したところに、Y 医師の判断の中に心的トラウマの影響を考慮した判断があったと考えられる。私は、M・K さんの様態をすでに急性ストレス障害 (以下 A TS と表記します) の時期を過ぎた段階にあり、PTSD への移行過程で、精神的な様態が経過に従って様々な身体症状として表現される一例と判断した。

(二) 遅かった精神科受診—回避性と受け身性—

1) トラウマについて

トラウマについて、高松里(九州大学)は日本人間性心理学会第17回大会¹⁰⁾で「トラウマとは、我々が日常感じている「素朴な信頼感」を破壊するものである。もっとも信頼できるはずの親が子どもを虐待し続け、先生が生徒をレイプし、牧師が性的な暴力を振るう。トラウマを持つ人間はこの世界(日常)を信頼できず、またこの世界を信頼しきっている普通のひとたちを信頼できない。だから、彼女/彼らは自分たちが特別の存在であると感じている。トラウマの話を聴く人間も、同様に「素朴な信頼感」を失っていく。誰を信

じてよいのか、何が本当で何が嘘なのか混乱する」と述べている。M・Kさんも、『しばしばフラッシュバックが起こり、怒りのコントロールができなくなる』と何回も臨床の場面で述べていたことを思い出す。M・Kさんは東京で開かれる「交通事故遺族の会」に「参加」することで気をまぎらわせながら、治療者と少しずつ話題を共有化し、治療関係として、治療者は患者であるM・Kさんから、本当の気持ちを少しずつ聴き取ることができるようになってきたという手ごたえを感じ始めていた。

2) 心的外傷性精神障害と特徴

また長年にわたって心的外傷性精神障害を研究してきた岡野 憲一郎³⁾は「災害や事故によるPTSDの特徴」の一つとして、「回避性(引用者注：一つの例示として、阪神大震災後、男性女性を問わずアルコールの消費が増えた。このように、現実の自分の課題に取り組むことが本来のあり方であるとすれば、飲酒という行為は自分の課題から目をそらすものと考えられ、このような行為を回避と表現する。M・Kさんへの言葉では『(私の) 主語がなくなっていった』行為と述べている)と受け身性(引用者注：一つの例示として、阪神大震災後、過酷なストレスや苦痛を強いられたことによって、自分の思っていることや気持ちを素直に表現することができない。自分で「こう思っているのではないか」と分かっているが、言葉、知識としてまとまらず、発言できない。又、周辺の人から理解してもらえないこともあり、ますます口に出して言わなくなる。症状・病名などを見聞きして自分の思いに気付くことを受け身性と表現する)」をあげている。問診の中で、M・Kさんに『何かに逃げたいとは思いませんでしたか？あるいは何かに頼ろうとしたりしませんでしたか』と尋ねたときに、M・Kさんは『以前はアルコール性飲料を好んで飲んでいましたが、こうなってから全く飲酒しないように努力しました。又眠剤などのような薬物にも頼ろうと思いませんでした』と答えている。この答えに対し、私は、夫の交通死という非常事態に対して、M・Kさんは現実から離れた緊張性を高め、又、自己防衛の強いタイプで、後に様々な精神的症状を残存させやすいタイプと判断した。

3) 強いストレスや反復拘束ストレスと脳

強いストレスや反復拘束ストレスと脳生理との関係について、永田頌英¹⁰⁾は、「強いストレスや反復拘束ストレスなどによって海馬の神経細胞(C3Aニューロン)の樹状突起の委縮や細胞死が認められることや脳細胞内の神経増殖因子(Neurotrophins)の生産が低下することが報告され、注目を集めている。神経増殖因子の生産の低く押さえられることによって、神経細胞や樹状突起の数が減り、その結果として記憶や学習能力の低下をきたすことが推測される」と述べ、強いストレスや反復拘束ストレスは結果的に記憶や学習能力の低下をきたすことを推測している。交通死被害者という強いストレスに身をさらされていたM・Kさんは、私の「精神的なストレスは大きかったですか？」という問診の中での問いに、『重いから身体に変調がでてきているのは、自覚していた。PTSDによるストレス症状はすぐ身体に出てくるので、何年も生きてきた中で自分のこころと身体の変調とについて、少しずつ理解できるようになってきた』と述べ、この答えを聞いて私は、「自覚していること」と「現実に現れる症状についての自己表現」に時間的なズレがあるタイプであると判断した。ストレスと脳血管性痴呆の関係性については教科書などに譲り、ここでは述べないでおく。

4) ト라우マ、回避性、受け身性、ストレスによる記憶や学習障害について

岡野憲一郎は「PTSD症状のうち特に激しい症状、すなわちフラッシュバックや不安症状に隠れて目立たないのが、この回避性態度や受け身性であるが、被災者の社会適応の回復にとって大きな障害となるとされる。被災者は救援活動に参加できず、治療的アプローチにも受け身性、消極的にふるまう。このような傾向はPTSDの鈍麻反応ないしは陰性症状、更にはうつ状態とも関連している」と述べている。「トラウマ」(高松里)、「回避性と受け身性」(岡野憲一郎)や「強いストレスや反復拘束ストレスと大脳」(永田頌英)を引用したのは、交通死被害者の妻であるM・Kさんが精神科を受診するに至った遅さを説明するためである。M・Kさんにとって、4年前に夫を交通死で亡くしたことは、トラウマの被害者その人であり(第一次被害)、特に事故現場、夫の乗っていた壊れた単車・着衣、司法の世界でのやり取りなどに対して、大き

なフラッシュバックを引き起こし、精神的身体的に様々な症状があっても、精神的身体的症状として受け入れられず、精神科の受診に時間がかかったことは、高松里、岡野憲一郎、永田頌英が指摘するトラウマ、回避性と受け身性、記憶や学習能力の低下などで説明している内容がそれぞれに重なり合い、主要な原因を形づくっていることには間違いのない事実である。私の『どうして早く精神科を受診しなかったの?』という問診に、M・Kさんは『十分に体調が異常だと分かっていたが、これまでの体験から今の医学で治療法があるとは思えなかったこと。それと「遺族の会」員も交通死被害者の精神科医療に熱心に取り組んでいる有名な先生の診ておられる会員や他の精神科医療機関で診てもらっている多数の会員と出会って、PTSDに関する治療法は不十分であり、早く治ることがないということを感じてしまっていたからだと思う』と答えている^{12, 8), 10)}。私は、この回答から、一般的に交通死被害者に対して市民の立場からエンパワーメントすることの必要性を感じた。そうすればM・Kさんが『十分に体調が異常だと分かっていた』段階で回復を目指す方向へ進むことができたのではないかと考えている。

(三) 初診時の記載内容と診断

1) 初診時の精神状態

M・Kさんの初診時の精神状態は、意識は清明で、攻撃性(怒りなど)のある印象を受けたが、『夫を交通事故で亡くし、今も夫の交通死を巡ることにわだかまりが残っており、家族同士が疲れている。もう精神的にも身体的にもギブアップしている』と抑うつ的な訴えがあり、係争中の加害者及び加害者側弁護士との誠意のなさ、またこの事件を委任した弁護士とその後、探し回ってようやく二人目に委任したR弁護士に対する不信(具体的には、PTSDということに対して異端視している弁護士の態度や虚偽の教示を行ったことなど)に対し、愚痴とともに、保険制度のあり方と司法やマスコミなど、社会に対する不満などについても訴えている。

2) 初診時の血液検査の結果など

当日の血液検査では、中性脂肪及び総コレステロール、ASO以外異常所見を認めなかった。平成〇〇年5月24日再度実施した血液検査では、全般的には前回より改善が見られたが、白血球数の高さ(後にストレス起因性の歯周病に罹っていることが判明)、更に血清鉄がかなり高い値を示し、それに伴ってヘモグロビン値も高いこともあり、免疫機能や味覚の異常に関係している可能性を示唆している。突発的な検査値の異常は、人工的な操作上の誤りで起きてくることもあり、断定できないが、突発的に血清成分値に異常値が生じることも否定できないと考えている。

3) 初診時診断

これまでの経過、M・Kさんの訴え及び検査から、M・Kさんの精神状態についてATSのあったことを認め、その後の経過からPTSDおよびPTSD後遺状態と診断した。ここでは判断基準を分かりやすくするために、精神疾患の診断・統計マニュアル第4版(DSM-IV)を利用して説明しておく。M・Kさんの場合、DSM-IVに照らし合わせてもて、A項に関しては、(1)が認められ、B項に関しては、一つ以上の再体験が認められること。C項に関しては、夫の交通死以前は仕事に従事していたと考え、(1)、(4)、(5)、(6)、(7)の三ないし五項目以上認められること。D項に関しては、(1)、(3)、(4)、(5)、三ないし四項目認められること。E項に関しては、すでに1ヵ月以上続いており、Fに関しては、本来ありえた生活と想像の中で比較してみると狭小化(例えば、自分の日常生活や趣味などにこころの目を開く余裕が全く見られないことなど)した生活になっていること。以上からPTSD及びPTSD後遺状態(第二次から第三次までの被害を含む)と診断できる。これまでの経過、M・Kさんの訴え及び検査から、M・Kさんの精神状態、その後の経過、DSM-IVの結果からPTSD及びPTSD後遺状態と診断した。なお、夫の交通死直後における状態は、精神疾患の診断・統計マニュアル第4版に照らしてATS、そして現在はPTSD及びPTSD後遺状態と考えている。

(四) それから一環境調整

1) 第二次被害及び第三次被害の影響

その後、M・Kさんは継続して受診していたが、症状として第二次被害からのストレスなどに起因する攻撃性（怒りなど）、高い緊張の持続性が目立ち、高裁へ訴状を提出した後、その後の展開においても深い悩みやストレスを抱えていた(第二次被害)。この悩みは第二次被害及び第三次被害に関係しているものだった。辰野文理¹⁹⁾は第一次被害から第三次被害までまとめ、「犯罪によって直接受ける被害を第一次被害と呼ばれる。更に第二次被害は次のように考えられる。事例を契機にして警察や捜査などの犯罪統制機関の関係者や身近な人々の態度によって、被害者が精神的にも社会的にも傷つけられることである。また被害者の近隣などで心ないうわさ話があったり、報道や裁判中によって私生活に関すること(本件事故とは無関係なプライバシーなど)が明らかになり、法廷で被害者の落ち度を執拗に指摘されたりすることによって、被害者は一層傷ついていく。このように、被害者の事例処理の過程で更に被害を受けることがある。また三次被害は次のように考えられる。事件を契機として社会生活を送るのに精神的、社会的な支障もたらすことがある。被害者は犯罪によるショックや犯人に対する不誠実な行いを許せない気持ちなどの悩みを抱きながら、誰にも相談できず世間を恨んだりする。こうした状態が長期化することによって、精神に変調を来し、被害者自身が非社会的な存在となっていくのである」と簡明にまとめている。

2) 元裁判長でもあったR弁護士和解任

当時を振り返り、M・Kさんは、『一般的に弁護士、被害者と依頼者たちとの価値観の相違があまりにも大きく、交通死被害者の立場から生じてくる気持ちと交通事故を巡る裁判という、型通り、表面的な裁判を勧めようとする弁護士たちとは何か納得できない、わだかまりを持っていました。今、高裁へ訴状を提出している弁護士に裁判の今後の進め方を任せてよいのかどうか悩み抜きました』と述べている。交通死被害者が最初に接するのは、警察官、弁護士である。それぞれの発言は交通死被害者に重みを持つ。通常聞き逃し

てしまう警察官の些細な一言に喜びを感じたり、悲観したりするものである。まして弁護士は依頼者である交通死被害者の味方になる立場を重視する職業と一般的には考えられるだけに、その選択に悩むのは当たり前である。いわゆる治療上の観点から、環境調整を行うことによって、治療を促進させたいという気持ちが私にあった。従って、M・Kさんの上述した悩みを解決するため、M・Kさんの裁判と関係していない、私の良く知っている精神保健福祉に関して造詣の深い弁護士の意見を聞きに行くことにした。M・Kさんに全体の流れを客観的に考えてもらう機会と、今後の裁判に関する方針を決める中で、M・Kさんの治療の進め方を探るつもりであった。私も加わり、精神保健福祉に関して造詣の深い法律事務所を二カ所訪ねた。訪れた両弁護士は熱心に検討して頂いた。またPTSDについて深く理解をして頂いた。ところが、係争中である三件の事件のうち特に面談禁止とされた件についての一審の判決文に目を通した両弁護士は、現在の法曹界でこれ以上新たなものを引き出すのは難しいと言う結論だった。面談禁止とされた件というのは、対人損害賠償事件は係争中であったが、まだ他の対物損害賠償などは委任していなかったR弁護士が面談を自由にしても良いとM・Kさんに教えたことから始まっている。「誠意をもって加害者から謝罪してもらいたいという気持ち一心」のM・Kさんの行動は、R弁護士の「違法でないから行っても良い」と教示されたことによってエスカレートしていく。ここに冷静に物事を判断することのできる視野がすでに狭窄しているということを見逃すことはできない（視野狭窄）。「誠意をもって加害者から謝罪してもらいたいという気持ち一心」のM・Kさんは、本来プライベートに作成され、提出される嘆願書が、どうして会社の職員名の多数に署名を得られることができたのか、被害者の勤務する工場の工場長、総務部長宛にファックスなどで質問するようになる。R弁護士の誤った教示と、PTSDの状態にあったM・Kさんの一連の行動（対人損害賠償請求の係争中にある被告側と被告側弁護士を介さず面談を求めた。ただし、M・Kさんは当時者と双方の弁護士を介しての面談を求めたが実現しなかった）は、一方的に法的順守に問題があったとして、PTSD状態の中で視野狭窄があったという臨床的な事実を勘案さえせず、M・Kさんの面談を求めた一連の行動に

対して、「悪質な行為」として裁断することは許されないものと考えられた。「誠意をもって加害者から謝罪してもらいたいという気持ち一心」であったM・Kさんは、更に深くこころの傷を深めたことに間違いはない（第二次被害）。逆に臨床的な見地からは、交通死被害者からPTSD状態にあるM・Kさんの症状を悪化させるものでしかなかったと言わざるを得ない。むしろ加害者のとった態度や保険会社の顧問弁護士のとった態度が、委任もしていないR弁護士に内容証明書付きの「面談を求めた一連の行動を止めさせるように」と執拗に電話や手紙で連絡を取ったという錯誤や、加害者は交通死被害者がPTSDの状態にあったという認識もなく一年半後に訴訟を起こしたことを、この裁判にかかわっている人たちに広く理解して頂くことが、M・KさんのPTSDの回復につながるものと思われた。それ故、M・Kさんを被告として、加害者が原告となって、面談など禁止の件について仮処分と訴訟が起こされたが、一連の流れから、精神科医としての私には素朴な疑問がわく。本論を本筋に戻すと、対物損害賠償をしてもらうための面談については、面談の禁止について、両弁護士から話を聴き、M・Kさんは委任していたR弁護士（その後、一審判決後二週間以内に控訴審の訴状を作成する必要があったため、一審判決後他の二件を委任していた）と、法廷での方針に大きな考え方の違いが明確になり、「誠意をもって加害者から謝罪してもらいたいという気持ち一心」のM・Kさんは、当然の帰結として、R弁護士を解任することに決めた。私は『R弁護士を解任しました』と電話で連絡を受けたとき、M・Kさんは『「誠意をもって加害者から謝罪してもらいたいという気持ち一心」が裁かれたことについて、自ら十分に表現することができず、「法に触れる悪いことをした」とは信じられなかった』と述べていた。委任していたR弁護士を信じていたM・Kさんが私や両弁護士に話すことができたことによって、M・Kさんの混乱時に視野狭窄化していたことを認知できたと解釈した。私の『良く決めましたね』という返事を返すと、M・Kさんは更に『債務不存在についても提訴され、家族全員が被告人とさせられたことの苦しみは、誰にも言えない苦しみでした。でも戦う勇気が湧いてきました。人命（対人賠償）と物（対物賠償）とを区別して考えてもらえるような戦い方をしたいと思っています』と答え、私は

この呪縛からも解き放されたと解釈した。

3) 弁護士の再任

私は、交通死被害者の抱える悩みの一つに、弁護士を探すという苦労があることについて分かるにつれ、深い疑問を持たざるを得なかった。私たちが訪れた熱意と理解のある両弁護士も受任することには極めて消極的だった。M・Kさんの新たに弁護士を見つけなければならないという現実、しかも法廷で戦う方針の一致する弁護士を新たに見つけることは、困難さが先立ち、あれほど元気になっていたM・Kさんも気分が鬱ぎがちになり、『またしてもR弁護士に裏切られた』と言う被害感は強くなり(第二次被害)、しばらく動くこともできない状態が続いた。側で聴いていた私は、両弁護士の見方が参考になり、M・Kさんの立場に立った相談をして頂けたと感じていたので、ここでM・Kさんから『またしてもR弁護士に裏切られた』と聴き、被害感から吐かれた言葉(トラウマ)であると思いつつも、受け止め方の違いを強く意識せざるを得ないできごとだった。後で私がM・Kさんに『どうしてそんなに裏切られたという気になるの?』と問診したときに、『R弁護士の背任を認知し、認めなければならない事実が情けなく、悲しい気持ちになってしまうのです』と答えている。第二次被害の質の違いと深さに、私の気がついていない現実を勉強させられた。結局、平成〇〇年1月、M・Kさんはこれまでの裁判過程に数回相談して頂いていたS弁護士に後を託すことに決めた。

(五) 治療の継続

1) 治療の基本

精神科の外来治療での基本的な心的外傷性ストレスに対する治療方針は、安全な治療環境を提供し、その中で心的外傷体験を自我へと統合化する試みへ進め、初期には除反応、脱感作療法、中期にはストレスマネジメント(リラクゼーションを含む)を進めていくことである。

2) 治療の開始

M・Kさんの精神科外来治療が始まった。私は真ん中ぐらいと思われる安全

な治療環境の中で治療を始めた。M・Kさんから毎回のよう報告される裁判の進行状況や「交通事故遺族の会」などの情報を聴く中で、「PTSDにおいては外傷体験が苦痛をともなって反復的に想起されるため、患者はその体験に蹂躪されるか、それを避けることに全力を尽くすかの二者択一を常に迫られている。患者の精神生活がこのように外傷体験への固着という現象であるが、そこにはまた患者が外傷体験を自ら進んで再現する傾向も含まれる」（岡野憲一郎：「外傷体験への固着」）と述べていることを思い出していた。M・Kさんの場合も、まさにそのようなイメージに当てはまる精神状態が続いていた。肝心の治療・療養について話すことよりも、毎回のよう報告される裁判の進行状況や「交通事故遺族の会」などの情報を聴くことによって、そのことが自分の気持ちと重なり合って話されていると受け止め、傾聴をすることを中心におくことにした。最近になってM・Kさんに『ここへ最初通い始めたときに、何が一番しんどかった?』と尋ねると、『先生に裁判の進行状況話さないと分かってもらえないから、裁判の進行状況について話をしたけれど、不慣れな法律用語を使って事務処理をし、また話たりすることは非常にストレスでした』と答えている。私たち精神科医は外来治療を始めるにあたって、何を中心に始めるかは、患者中心に置くことが多い。一つは患者自身の言葉で会話が進行していくことは安心のできる関係性の構築の方法であり、もう一つは患者自身話すことを傾聴することから、その人の抱えている問題が見えてくるからである。したがって、M・Kさんが答えているように、いわば、交通死被害者の場合、被害を受けたトラウマだけでなく、それに付随し、第二次被害及び第三次被害がきまとう（固着化）事を話題にせざるを得なかったと思っている。

3) 固着化、不信感の原点、不信感の拡大、反復

重要な症状の発生機序と関連しているので、幾つか例を上げて説明する。例えば、夫の交通死について新聞報道されたが、報道のされ方の違いによって交通死被害者は更に傷つく。どのテレビや報道記事も正しく伝えていない（被害意識の亢進、不信感の増大）。葬儀の際、M・Kさんは夫の職場があり、娘夫婦と居を構えていたN県方面からの参列者は、誤った過失報道を知ってい

ることが分かった。些細なことかもしれないが、PTSDの症状のある状態では、マスコミ関係者と警察報道官らを信じることができない（不信感の拡大）。私が問診の中で『マスコミ関係や警察報道官の人たちはどうして正しく報道を伝えないのだろうか？』と聞いたとき、M・Kさんは『仕事として記事にしているだけで、確かめにも回らず、警察報道官らの言うことだけしか記事にしていないのではないか？』と半肯定的な、半否定的な返事が返ってきた。私はM・Kさんの言っていることが事実かもしれないが、信じるか、信じないかは別の次元の問題であり、性格的な傾向はあるかもしれないが、トラウマにより信じない傾向性が更に深まってしまうものだとして受け止めた。当時を思い出したように『特に加害者は嘘の事実である自己正当性を流布することに腐心していた』とぼつりと口にした。私は不信感の質の違いやこころの傷の深さの一端を垣間見る思いがした。他の例に移そう。例えば、他の人たちが、M・Kさんの行っている裁判活動に、何気なく質問する言葉にも傷つくことが再々あった。とりわけM・Kさんにとって、夫の乗っていた単車が交通信号機の設置していない車道で、前から対抗してきた加害者の車がセンターラインを越えてひき殺したという仮定性にこだわり続けている（固着化）。私がM・Kさんに問診の中で、『もうご主人は亡くなってしまったのに、何故その時の状況にこだわるの？』と聞いたことがある。その時の答えは、『道交法の定義からしても明らかに事故発生地点は車道上の事故であり、何もこだわっているのではなく客観的な事実である』と答えている。私から見るとまだ固着化した位相に位置していると解釈できた（後で再度触れる）。後で入手することができた警察署の交通事故現場模擬図面と加害者本人が作成した交通事故現場模擬図面（問診の中でM・Kさんは、『加害者は嘘が多く信じられないものだった』と訴えている）のどちらを信じていいのか、分からなく、真実を知るために苦しんだ（加害者と警察への不信感の拡大）。次の例に話を移そう。特に、加害者側の姿勢と加害者側弁護士の言動である（不信感の原点）。現在の司法制度では、顔を合わせて謝罪し、許し合えるというような、工夫された方法は全くないと言っても過言ではない。M・Kさんの夫をひき、交通死させた加害者は、刑事裁判中は平謝りで、「今後の謝罪や賠償にも償いとして誠

実にしたい」と陳述しているが、トラウマから発生した症状である拒食症状態で日常生活の上で動くことも大儀であった、M・Kさんの状況を確認もせずに、事故のあった、その年末に加害者はなんの連絡もなく突然、段ボール箱に詰められたミカン箱を二個、宅配便で送り付けている。このことについて外来治療の中で、M・Kさんは『事故直後の〇月〇日と〇月〇日にM・Kさん宅に訪れた加害者は、「また来ます」と何度も繰り返しながら帰り、その後、訪れることも、電話で連絡してくることもなかった。本当に謝罪の気持ちがあるのなら、加害者が自ら被害者宅に出向き、謝罪の気持ちからミカン箱二個を持ってくるのなら分るが、送ってこられたミカン箱二個を「謝罪の気持ち」として受け取ることはできなかった』と訴えている（不信感の原点）。加害者が法律の仕組みを盾に取り、「あたかも、たまたまのできごとで、申し訳ない。後は保険会社にすべて任せている」という態度を終始一貫、とり続けた（不信感の原点の拡大）。被害者不在の刑事民事司法制度と示談代行という保険制度があり、交通死被害者の存在があたかも存在しないようなあり方（パンフレットや約款に公知されているのに全く守らないことを指す）に、強い怒りだけが残された（怒りとその反復）。M・Kさんにとってすでに当たり前前の事と思っていることでも、保険会社と司法関係者の中で常識にもなっていない現状に吃驚し、次いで「被害者の人格権が無視されている」と私に述べている（不信感の増大）。司法関係者の交通死被害者に対する無理解すなわちPTSD状態で生きているという事態について述べておかなければならない。すでに1995年、不幸な阪神大震災^{6), 6), 7)}を経験した関西において、当時被災者の精神状態について広く一般的にも知られるようになっていた「PTSD」にさえ、同じ「被害」ということでありながら、交通死被害者へのPTSDには理解を示そうとしないことであった。このことについてM・Kさんは先述したように『司法関係者は人格権を無視している』と怒りをあらわにして訴えている（怒り、孤立感、生きる意欲の低下）。米国の研究より30年も遅れていたが、最近になりようやく日本でもPTSD状態を認める判例が出始めていると聞いている。

4) 除反応

何回目かの診察の時である。M・Kさんは私に『脳血管性痴呆様の何回も失禁するまで悪化したような症状は、経験してみないと分からない』と怒りと嘆きの言葉が吐露され、落ち込み(抑うつ状態)が診られた。私は、怒り、孤立感、生きる意欲の低下、極度の人間不信の状態にあったと振り返っている。その後も似た様な心情が吐露されたが、徐々に除反応が起きていると治療的に評価している。しかし、一次被害、二次被害、三次被害に準拠する夫の交通死を巡ることなどについて、フラッシュバックやトラウマへの固着化は、簡単に除反応することのできないということを深く確認させられている。粘り強く時間をかけて、あるいは手法を変えてアプローチしないと除反応を進めることは難しい。

5) 磁気共鳴断層撮影法の所見

当センターには磁気共鳴断層撮影法(以下MRIと表記します)などの検査機械がないため、府立病院神経内科を紹介し、検査を依頼した。今回のMRIについては「脳動脈硬化を示す所見があるが、全体的に診れば、正常の範囲にある」という診断であった。更に脳血管造影法による検査も考えられたが、M・Kさんの身体的な苦痛と負担を考え、依頼しなかった。

6) 係争と時間性

一般的に私のように治療に当たっていると、被害者家族は時間が経てば家族間の新しい出来事が生まれてきたり、家族内での不和が生まれてきたりすることが多くの事例で見られる。また係争状態が長期化する中では、特に世代による考え方、価値観の違いが出て来ることもよく見られることである。M・Kさんの場合も例外ではなかった。ここでは詳しくは書かないが、治療を継続する中で、M・Kさんはそういう苦しみを、言葉化することができている(除反応)。また自分の身体的な状態についても言語化できるようになってきている(除反応)。後に述べるように、積極的な治療を受ける態度に変化していったのは、様々な苦しみを言葉化することができていったからだと考えている。

7) 平成〇〇年〇月〇日の診察記録から

平成〇〇年〇月〇日受診時においても、『好きであった料理を作る気に全くならない。味覚も変わってしまったから味付けができない。もう以前のおふくろの味を出せなくなった。物が覚えられない。メモがあるのにどこに置いたか分からない。集中困難。最近のことも、例えば電話で話したことも思い出せないときがある。メモを見るとすぐ思い出せる。仕事に行く体力も、気にもならない。頑張ってはやりすぎるが、とんちんかんなことをしているときがある。遺族の会の人たちが傍聴にきてくれた。食事や薬は嘔吐してしまうから食べられなかつた。しかし、身体が受け付けるので甘いものをよく食べるようになった。まるで、悪阻の時期の状態である。自分では異常的だと思っても、食事は嘔吐してしまうので、どうしても甘いものに手を出してしまっている』と訴え、今なおPTSD様態が続く中で、PTSDの症状が質を変えて継続している状態を示している（反復、癡痕化した人格）。このような状態に対して、市田勝¹⁹⁾は「心の傷の場合、癡痕化して人格に変化を生じること、そのため様々な不適応や挫折を繰り返すことになる。その度に傷つきが繰り返される（反復性強迫）」と分析し、新たな精神疾患へ変化する可能性を示唆している。

8) 平成〇〇年〇月〇日の診察記録から

更に平成〇〇年〇月〇日受診時、『呼吸をしているとき、音がする。呼吸音以外に聞こえる。以前と比べて、背が丸くなってきている。尾底骨の上ぐらいがおかしい。座ったままでいることができない。お通事はある。以前と同じような、吐き気があり、嘔吐することもある。食べられなくなってきている。昔から朝、パンを食べてきたが違う味がする。味覚がおかしく、元の味付けができない。季節と月があわない』（強迫的反復）と述べ、身体的不調が形を変えながら、あるいはフラッシュバックの様態が示しながら、今の精神的・身体的に生じていることを訴えている。市田勝は心理学的に反復性強迫を述べているが、岡野憲一郎は「ところで外傷記憶への「固着」の現象は、大脳生理学的には記憶機能の障害として捉えることができる。それはいわば「忘れられないことの病理」であり、患者の外傷の記憶は決して薄れることなく

身体的、精神的レベルにおいて生々しく再現される。そしてその記憶をつかさどるのもやはり、青班核から大脳辺縁系、大脳皮質などへ投影されるノルアドレナリン作動性の回路である。そこで外傷患者においては青班核回路の慢性的な賦活により侵入的な想起が生じているものと仮説を立てることができる」と脳生理学並びに生化学の観点から反復強迫を位置づけて説明している。

9) 薬物療法の開始

ストレスを起因とした疾患の一つである歯周病に罹っていることが、歯科受診する中で分かった。TVで放映されている「きょうのけんこう」の中で歯周病について書かれていることを読み、また血液検査の結果からこれまで半信半疑であったPTSDについて、確実にPTSDに罹っていることを認知できたのである。この認知をきっかけに、平成〇〇年〇月〇日から抗うつ剤と漢方薬を使い、薬物治療を始めた。私には、M・Kさんのこれまでの状態から、服薬して療養する余裕さえないと判断していた。従って、ここまで積極的に薬物療法を勧めていなかった。私が問診の中で、『良く薬を利用する気になれたね』と声をかけると、M・Kさんは『薬による副作用で体調を悪化させている人を見て、良く知っていたから、安易に服薬しなかった。歯周病がストレスに起因していることを知って、やはり薬も利用しないといけないと思った。また、このままではもっと体調を悪化させてしまいそうだと思った』という答えが返ってきた。私はこれまで「一人で我慢しなければならない」という気持ちの非常に強かったあるいはそういう状況下にあったのだと解釈した。一般的に起因性は別にして、PTSD状態にある人によく見られる気持ちであり、M・Kさんも同じ状態だったのだと再確認した。私は服薬を継続するM・Kさんを見て意外に思っている(回復への希望)。抗うつ剤と漢方薬の併用は、二次的に生じている症状の改善を期待し、社会的適応の幅を広げることを期待している。もちろん、これからも薬物療法も利用しながら治療の必要性は続くのである。

(六) PTSDの回復とPTSDもたらず予後

1) PTSDの回復の進捗

M・Kさんの例を取るまでもなく、一般的にPTSDの治療は、回復に至るまで長期間を必要とする。患者本人は多大な苦しみを長期間にわたって負い続ける。最近、M・Kさんは私に彼女のもつ夢を語るようになった。『裁判が結審したら、何をしますのですか』という私の唐突なM・Kさんへの問診に答え、『特別な機械を開発して、交通死からストレス少しでも軽減でき、重症のPTSDに罹る人たちを減らせるような車社会を実現したいと思います』と答えている。新しい夢を持てるということは、PTSDの回復の方向を示しつつ、トラウマの受け止め方が修正されていっている過程を示している内容と解釈している。しかし、その中に「交通死からストレス少しでも軽減でき、重症のPTSDに罹る人たちを減らせるような車社会」という表現があることに、生きがいの範囲が制限化されていることに気付く。また臨床場面では、勢いづいて話すM・Kさんと、悄然として寡黙なM・Kさんと見る。私には、M・Kさんという人間が二人居るように見える。

2) 二人のM・Kさんの存在

先述した二人のM・Kさんが居ることは、精神医学的には解離現象と言われるものである。市田勝は不可思議な解離現象について、一般論的に「体の傷は生傷にしても古傷にしても、外から見てそれとわかる。しかし、心の傷は体の傷ほどには見えがたい（不可視性）。それでも急性期にはまだそれと分かることが多いが、慢性期となると症状が心的外傷に由来するとは認めがたくなることが多い。さらに、心の傷は思い出すことが苦痛で、記憶から消し去り、ほかならぬ本人がこれを否認することも多い（忘却性）。こうして心の傷はますます見えにくくなる。心の傷の場合には、体の傷よりもはるかに、対人関係での文脈が大きな問題となる（対人関係性）。通常の人間関係からの逸脱そのものが心の傷の大きな要素となるのである。例えば、親による虐待、特に近親姦ではこれが大きい。そして、心の傷を負った後の、周囲の人々の対応が共感的かどうか大きな影響を与える。そして、心の傷の場合、瘢痕

化して人格に変化を生じると、そのためにさまざまな不適応や挫折を繰り返される(反復強迫性)。嗜癖に陥ったように傷つくことを繰り返し、傷を深めて、人格の歪みを強めていってしまうのである」と述べている。市田勝が指摘するようにこの傷は他者からは見えない。見えないものを補えるとしたら、言葉と臨床的な感覚でしかない。私の見方から言えば、二人のM・Kさんはひとりの人間として実在しているわけであり、二人に解離したかのように見える現象は「……傷を深めて、人格の歪みを強めていってしまう……」という結果から生じたものであり、身体の傷と同じような見方からでは、決して見ることでできない病理である。その病理過程について、私は、先に引用した市田勝の説明は分かりやすく述べているので引用した。

3) PTSDの予後

さて本稿を終わるに当たって、PTSDのもたらす予後について述べなければならない。77ページ中ほどで、私がM・Kさんに『もうご主人は亡くなってしまったのに、何故その時の状況にこだわるの?』と問診している。再度同じ質問をしてみた。M・Kさんは、『今は信じられなくても、現実であり事実であれば自問し内観しながら認知していくことが人生かと、今は思っており、食言にはついていかない。意図的な偽言の世界の住人として、残りの人生を過ごしたくないからです。こんな人間がいても、こんな生き方をしても良いのではないのでしょうか。五感を主として知識を使っていたけど今は、五感と知識を従としたただ確認し認知するために、この体と人生があるように思うから、せめて残りの人生は、自分の潜在的な自然治癒力と心を極力正直に努め、苦しめずに悔いは減少し素直に生きたいのです。これを、最近忘れた生活をしていました』と答えが返ってきた。限界性のある中で、はるかに深まった、落ち着きのある、主体性を回復したことばに変わってきていることに気がつく。解離した一人が言わせているのかもしれない。私は「ではなぜここまで裁判を続けてきたのですか」と尋ねようかと思ったが、M・Kさんの答えがあまりにも重く感じられたので、口をつぐんでしまった。PTSDの予後については、各界で論じられているところであり、その種の健康番組や精神医学論文誌などを参照して頂くことを期待することによって、私の受け持つ責任

性を軽くしたい。私はPTSDの予後として「症状の適応としての意味は、より軽い外傷に対して明らかであるが、より重症の外傷に対する反応の中には、それ自身が破綻を意味する場合が多い」という印象を持つ。

(七) 考 察

M・Kさんの症例をコミュニティーワークのフィールドの中の事例としてまとめてみた。M・Kさんの事例は一事例でしかない。方法としてマーケットリサーチ法をとらずに、事例という方法を選んだからに他ならない。M・Kさんの事例に「交通死被害者と心的外傷性ストレス障害」として検討を加えてきたが、大きな課題が残されている。一つは予防とすることであり²⁾、もう一つは、「加害者は生きている」という現実と「交通事故死者は死んでいる」という現実である。ここでは予防について触れない。日本では、道路交通法改正試案の中に悪質な運転による事故について新たな罰則規定を設ける事で解決を図ろうとしているにすぎない点を指摘しておきたい。後者の、この不平等さをどう考えればよいのだろうか。私はM・Kさんにこの不平等さについて適切な助言のことばを今はもっていない。示唆することができるのは、この不平等さにすでに気づき、行動（ジャーニー・オブ・ホープ活動など）をとっている人たちがいるというである。加害者は人を殺している。その事実は消えることのない事実であるにもかかわらず、法の中では、たとえ人を殺しても、それに変わりうるものをもって代償することができる。私はそう教えられてきた。しかしM・Kさんの事例を通して、法の外にある事実について、鈍感になってしまった現代社会を見る。齊藤学¹⁰⁾は「セラピストの内なる加害者の声」の項目に、「権力を保持する加害者が被害者の声をかき消そうとする場合、そのやり口は決まっている。まず脅かして被害を言わせないようにする。それがうまくいかなくなると供述者のこころの健全性や成熟度を言い立てて、供述内容の信憑性に疑いを持たせる。子どもはその年令の点で、女は男（支配者）の論理を使いこなせないという点で、「正しい話ができない」と成人の男は思いたがる。それでもなおかつ、被害を言い立てる犠牲者の声を

消せないとなると行為を合理化する。あれは「愛」であった、「嫉」であったと言ひ、最後には「覚えていない」と否認する。こうした状況の中で被害者の声に寄り添おうとすれば、まず自分の中の支配者・権力者としての「内なる声」を抑制しなければならない。「犠牲者の視点で」と言うことであるが、これをするには、自分が視点を選べるくらいに力ある立場にいるのだという自覚がなければならない。犠牲者の声を聞いていると「まさかそんなことが」、「この話は空想の産物だろう」などの想いが沸き上がる。ここで「権力者としての内なる声」と言っているのはそのような想いのことである」と述べ、関わる側の姿勢を問うている。援助者としての私は「犠牲者の視点で」に寄り添えなかった事を反省すると同時に、不平等さを埋める人たちの努力があることに勇気づけられた。機を見てM・Kさんに不平等さを埋める活動の存在を伝えた。交通事故死者とその遺族の人格権が守られる社会的援助体制の整う中で、遺族は回復し、不平等さを感じることから解放され、関係性を埋め合わせていくことができるだろう。簡単にしかし内容的には重い「カルテ番号〇〇〇〇〇〇」を事例としてまとめ、検討し考察を加えた。

謝 辞

公衆衛生精神保健研究会を長年にわたって主宰して来られ、ご指導して頂いた桑原治雄教授のご尽力に感謝するとともに、本論文を校閲して頂いた事について深くお礼申し上げます。

参考引用文献

- 1) 小西聖子 『犯罪被害者遺族』 東京書籍 1998. 10. 31
- 2) 二木雄策 『交通死』 岩波書店 1997. 11. 25
- 3) 岡野憲一郎 『外傷性精神障害』 岩崎学術出版社 1995. 11. 22
- 4) ケネス・パークス 『死別』 桑原治雄、三野善央、曾根維石訳 メチカ出版 1993. 1. 5
- 5) 岩尾俊一郎、岡田清、金文秀、田原明夫、日笠完治、生村五郎『災害と精神医療』 批評社 1996. 5. 25
- 6) 岡田 清 『阪神淡路大震災とこころの健康の精神保健医療 1』 研究紀要

- 大阪府立こころの健康総合センター 1995. 3. 31
- 7) 岡田 清 『阪神淡路大震災とこころの健康の精神保健医療 2』 研究紀要
大阪府立こころの健康総合センター 1996. 3. 31
- 8) 小西聖子 『犯罪被害者の心の傷』 白水社
- 9) 阪上 香 『癒しと和解の旅』 岩波書店1999.1.26
- 10) 小西聖子 『トラウマの心理学』(NHK人間講座10月. 12月期) 日本放送出版協会
2000. 10. 1
- 11) 高松 里 「性暴力サバイバーを支援することーサポートする側の心理的プロセスー」
日本人間性心理学会第17回大会 1998. 9
- 12) 永田頌英 「ストレス研究の基礎研究の現状」現代のエスプリ別冊「ストレス研究
の基礎と臨床」 編集 河野友信・石川俊男 1999. 4. 10
- 13) 辰野文理 「被害者の受ける第二次被害と第三次被害」 現代のエスプリ336
1995. 7
- 14) 市田 勝 「心的外傷と人格障害」 現代のエスプリ別冊「人格障害」編集
成田善弘 至文堂 1997. 10. 10
- 15) 齊藤 学 「トラウマ理論とアダルト・チルドレン」 現代のエスプリ358 編集
齊藤 学 至文堂 1997. 5