

## 第2章 交通事故による精神的反応

### ・はじめに

交通事故で重傷を負ったり、家族が交通事故で死亡したりすることは、大変な精神的苦痛をもたらし、その後も様々な精神的な反応が出現する。被害者に関わる人が適切に対応するためには、このような精神的反応を理解することが重要である。ここでは、交通事故の被害者及び遺族、頭部外傷後遺症などの重症の後遺障害をきたした被害者の家族によく見られる精神的反応についてとりあげる。

### ・交通事故の被害者の精神的反応

#### 1．交通事故とトラウマ

犯罪や災害、事故などの強い恐怖を体験すると、誰もが様々な精神的反応をきたす。精神的反応が一時的なものにとどまらず、精神的な後遺症として、トラウマ(心の傷、心的外傷)を形成する。精神的な後遺症としては、PTSD(外傷後ストレス障害)やうつ病などがあげられる。特に、交通事故によってひどい怪我を負い、生命の危険を感じたような場合にはトラウマになりやすい。また、実際には怪我をせず、又は怪我が軽度であった場合でも、自分が死ぬのではないかという強い恐怖を味わった時にはトラウマになる可能性がある。その他に、悲惨な事故現場を目撃した周囲の人や、救急隊、警察官なども強い精神的打撃を受けることがある。家族や恋人など被害者に近い立場にいる人も、被害者が悲惨な目にあったということに直面することによって強い衝撃を受ける。亡くなった場合には、突然の死というショックや悲しみ、喪失感を激しく感じるようになる。このように一つの事故であっても多くの人々がトラウマになってしまうことが考えられる。

#### 2．どのような精神的反応があらわれるか

交通事故後の反応の多くは、事故にあった場合の人間の正常な反応で、時間の経過とともに回復していく。しかし、死亡事故や重傷を負うような事故では、精神疾患に至る場合もある。事故の直後から急性期(1ヶ月から数ヶ月以内)では、解離性障害や急性ストレス障害が、慢性期(事故から数ヵ月後)では、PTSD(外傷後ストレス障害)やうつ病、恐怖症などの精神疾患があらわれる。また、対人関係の問題や、仕事や家事への支障など社会生活機能の低下なども問題となる。

##### (1) 急性期の反応

急性期の被害者によくみられる反応

事故の直後では特に、あまりにショックが強くて事故が起こったことを受け入れられず、事故の否認(信じられない、現実と思えない)、**感覚や感情の麻痺**(悲しみを感ぜない、寒さや空腹を感じない、冷静に見える)、**思考の麻痺**(どうして

良いかわからない、頭が真っ白、呆然としている) **解離**(健忘、現実感がない感覚)がおこる。このような時の被害者は表情がなく、問いかけに対してきちんと応答できないことや、あとで自分のとった言動を覚えていないことがある。また、自分の身边にほとんど注意を払わないので、周囲が気をつける必要がある。そのほか、**恐怖感**とともに動悸や呼吸が速くなる、冷や汗のような生理的な反応があらわれる。けがを負ったことや仕事に行けなくなったことなどに対して気分の落ち込みを示す場合や、逆に興奮や高揚することもある。自分が事故に遭ったことを受け入れられない否認や周囲への怒り、どうすることもできないという**無力感**、事故の起こった原因を自分に求めることによる**自責感**なども生じる。寝付きにくい、途中で目が覚めるなどの睡眠障害や、事故のシーンが突然頭に思い浮かぶ、神経が敏感になってイライラする、集中できない、ちょっとしたことで驚くなどの症状や事故を思い出させるようなものを避けるということがある。

急性ストレス障害 (ASD: Acute Stress Disorder)

トラウマとなる出来事から1ヶ月以内に生じる特徴的な不安、解離などの症状が2日以上続く場合には急性ストレス障害と診断される。急性ストレス障害は4つの症状があり、侵入・再体験、回避、過覚醒に加えて解離性の症状があることが特徴である。ここでの解離性の症状は、生き生きとした感情が感じられないという感覚や、以前楽しめていたことで喜びを感じる事が困難になるという感情の麻痺や、ぼうっとして集中力がないという感じ、自分が自分の体から離れているような感覚、何か生きている世界が現実のものと感じにくい感覚、事故のことなどの詳細が思い出せないなどの症状である。

## (2) 慢性期(事故から数ヵ月後)にみられる症状

事故からしばらくするとしだいに精神的な落ち着きをとりもどすが、世界、自分、他人についての見方(認知)の変化があらわれることがある。事故にあったことで、世界はいつ危険がふりかかるかわからない、人は信用してはいけないと感じたり、自信を喪失したりする。そのことによって今までのような社会生活が送れなくなり、仕事や対人関係に支障を来すことになる。また、身体的障害を負った人では、回復しないのではとか、後遺症が残ることなどに強い不安を感じている。また、回復が思うようにならなったりすることで、苛立ちや怒りが生じ、医療関係者の対応や治療についての不満という形であらわれることもある。また、はっきりとした診断はつかないものの、頭痛や、めまい、易疲労感、胃腸障害、身体の痛みなどの様々な身体愁訴に悩まされることもある。また、後遺症が残っているといつまでも事故を思い出すきっかけとなり、精神的な回復に影響を与える。

外傷後ストレス障害 (PTSD: Posttraumatic Stress Disorder)

PTSDは、トラウマ後の精神疾患として最も有名なものである。アメリカの精神医学会が出版している精神科診断マニュアルであるDSM-<sup>5</sup>-TRの診断基準を下記に示した。

## 外傷後ストレス障害の診断基準

- A. その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。
- (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、あるい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、侵襲的、かつ苦痛な想起で、それは心像、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、外傷特異的なことの再演が行われることがある。
  - (4) 外傷的な出来事の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) 外傷的な出来事の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、または正常な寿命を期待しない）
- D.（外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進状態で、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) いらだたしさまたは怒りの爆発
  - (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ヵ月以上

F．障害は，臨床上著しい苦痛または，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．

該当すれば特定せよ

**急性** 症状の持続期間が3ヵ月未満の場合

**慢性** 症状の持続期間が3ヵ月以上の場合

該当すれば特定せよ

**発症遅延** 症状の発現がストレス因子から少なくとも6ヵ月の場合

高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳：DSM-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版．医学書院，2003．

### PTSDの3つの症状

#### 侵入・再体験（B）

思い出したくないのに事故の記憶が勝手によみがえってしまう症状である。大変生々しくその時の光景が浮かんだり、音やにおいがしたりすることもある。そのため、思い出すと、その時の恐怖も再現されてしまい、動悸がしたり、呼吸が速くなったり、冷や汗をかいたりする。特に、現実感がなくなり、あたかもその事故の時の状態に戻ってしまったようになる場合には、（解離性）フラッシュバックと呼ばれている。この症状があると、被害者にとっていつまでも事故が過去のことにならず、現在の問題として体験され続けることになってしまう。思い出すきっかけは特にない場合もあるが、事故に関連した出来事（事故現場を通る、車に乗る、救急車のサイレン、事故のニュースなど）に接すると思い出す場合が多い。

#### 例1

車が大破する交通事故を経験した女性。本人の怪我は軽度であったが、車が大きな音をたてて壊れ、やっと這い出てきた。それ以降、車に乗っていて対向車が向かってくると、「ボンッ」というその時の音が聞こえて、恐怖にすぐんでしまう。怖くて車に乗ることができない。

#### 回避・麻痺（C）

記憶を思い出すことは被害者にとって極めて苦痛なため、被害者は可能なかぎり思い出さず状況を避けようとする。できるだけ事故やそれに関係することを考えないようにしたり、話さないようにしたりする。そのため社会生活に影響があらわれる。例えば、保険の請求をしたいと思っても、保険の書類を見ることや電話をすることさえも苦痛で、後回しになってしまい、手続きが遅れる、十分な交渉ができないという問題が生ずる。事故現場が通勤途中であった場合には、通勤ルートを変えなくてはならず、費用や時間がかかったりする。車に乗ることや運転することの恐怖があると、通勤や子どもの送り迎え、日常生活などに多大な支障を来す。そのほかにも、事故の時の記憶が失われる（健忘）今まで興味を持っていた社会活動への関心が失われる、他人から孤立しているように感じるなどの症状があらわれる。感情の麻痺によって、喜びや

愛情といった感情もあまり感じなくなると、何をしてもおもしろくないようになってしまう。

#### 例 2

自分が車を運転していて、対向車がぶつかり重傷を負った男性。車にはなんとか乗れたものの、対向車が向かってくると事故を思い出してパニックになってしまう。交通量の多い通りを避けていくため、通勤に非常に時間がかかるようになってしまった。

### 過覚醒(D)

神経が敏感になっている状態である。このような状態が続くと、不眠（寝つきが悪い、何度も目を覚ます）、イライラしてちょっとしたことで怒りが爆発する、仕事や本を読むことに集中できない、ちょっとした物音などにとびあがるように驚くなどの症状が続くことになる。イライラして家族にあたったりするために家族関係が悪くなったり、仕事や学業の機能が低下するなど対人関係や社会生活への影響があらわれる。

PTSDの診断は上記の3つの症状を満たし、1ヶ月以上持続し、被害者が苦痛を感じ社会的機能の障害などが発生している場合に行われる。

交通事故によるPTSDの有病率は、事故から1年以上経過した事例においては、10%から20%前後という研究が多い。どういう場合にPTSDになりやすいかということでは、

事故の時に死の恐怖や生命の危機を認知すること、事故の直後に侵入症状や回避症状が強くみられること、急性期に麻痺、離人症、現実感消失などの解離症状があることなどが有力な因子としてあげられている。

### うつ病

交通事故におけるうつ病の有病率は、23%から67%であり、かなり多くの人に見られることがわかる。事故によって今までの人生が大きく変化するとともに、健康や、今までもっていた安心感、平穏な日常、金銭、車といった様々な喪失体験をすることや、事故に対する不安等の心労なども原因となる。うつ病になると以下のような症状があらわれてくる。

身体反応：不眠（中途覚醒、早朝覚醒、浅眠、時に過眠）、食欲の低下（時に過食）、やせ、性欲の低下、易疲労感、だるさ、頭痛、便秘、口渇

精神反応：抑うつ気分、意欲・関心の低下、集中力の低下、思考制止、悲観的思考、自殺念慮、自殺企図

上記のような症状のために、仕事や、人と交わることが困難になると、職場に行けなくなったり、外出せずひきこもりがちになったりする。重症になると、自殺念慮や自殺企図という問題も生ずるため、治療が必要である。

### 運転・車恐怖症

交通事故に遭うと、また事故に遭うのではないか、あるいは自分が事故を起こすのではないかという不安を感じるようになる。さらに車に乗ると事故を思い出したりすることから運転や車に乗ることに対して恐怖感を抱き、避けるようになることがしばしばみられる。運転はできるが、事故現場を通れないなどの制限があ

ったり、通勤や買い物などやむをえない場合しか乗らなくなったり、ひどい場合には全く運転できない、あるいは車に乗ることさえもできないというレベルまで様々である。このような運転恐怖があると社会生活に支障を来すというだけでなく、車の運転ができないということで自信の喪失という問題も生ずる。

#### パニック障害

パニック障害は、強い不安や恐怖とともに突然、動悸、発汗、息苦しさなどの症状が発作的に出現し、患者は自分が死ぬのではないか、あるいはどうして良いかわからないという状態を感じる疾患である。過呼吸発作を伴うこともある。実際に身体的な異常はないのだが、精神的に苦痛な体験であり、またこの発作がおこるのではという恐怖からきっかけになる状況を避けたり、外出できなくなったりするようになる。

### ・交通死亡事故遺族

交通事故によって愛する家族を突然失うことはその家族にとって大変つらい出来事である。いかなる形であっても死はその身近な人にとって苦痛で耐えがたい思いを強いるものであるが、病氣と異なって事故の場合は、突然予期しない形で現れ、また、加害者が存在しなければ起きなかったという理不尽さから死を受け入れがたくさせ、複雑な葛藤を生み出すことになる。

#### (1) 一般的な悲嘆反応

急性期（数週間から数ヶ月）：最初は出来事の衝撃のために死の事実を受け入れられない「ショックと否認」の状態となる。死を現実のものと考えることができないためである。感情が麻痺してしまい、つらいとか悲しいという気持ちかわいてこないために、涙さえ出てこない場合がある。この時期が過ぎると、次第に死を現実のものとして感じるようになるため、激しい悲しみに襲われる。

慢性期（数ヶ月後）：数ヶ月たつと死を受け入れ、遺族自身の生活を再建するということが行われるが、この過程で、喪失に対する悲哀や抑うつ、怒り、不眠や身体的不調など様々な症状があらわれてくる。

遺族によくみられる症状を以下にあげた。

悲しみ、怒り、罪悪感と自責感、不安感、孤独感、疲労感、無力感、故人への思慕、身体的症状（腹部の空虚感、胸部の圧迫感、喉の緊張感、音への過敏さ、離人感、息切れ、筋力の衰え、体に力が入らない感じ、口の渇き、睡眠障害、食欲の障害） 思考・認知（故人についての考えへのとらわれ、故人の声や姿が見えるという幻覚） 行動（ぼうっとしている、周囲への注意の低下、引きこもり、故人を思い出させるものの回避する、遺骨など故人のものをいつまでも手放せないなど）

## (2) 複雑な悲嘆反応（病的な悲嘆、あるいは外傷性悲嘆）

前述の悲嘆反応は、病死など死に対して一般的に見られる反応である。しかし、交通事故死の場合は、予期されない突然の死であり、かつ人為的なものである。このような場合には通常の悲嘆反応より症状が複雑になったり、長期化したりすることが見られる。その症状を以下にあげた。

非現実感が長期間続く

罪悪感が激しい

誰かを非難してしまう

裁判等が終わるまで悲しむことができない

強い無力感と怒り

故人のやり残したことへのとらわれ

事故の原因や死について理解したいという強い欲求

PTSDやうつ病、不安神経症、アルコールや薬物依存症などの精神疾患

## ・ 後遺症を抱えた被害者とその家族

遷延性意識障害や高次脳機能障害など交通事故によって脳に高度の障害を負った被害者では、本人だけでなく、その家族に多大なストレスが生ずる。脳外傷ではその部位や重症度に応じて様々な症状が出現する。その障害を負った部位の身体機能の麻痺、失調、知覚の異常、精神機能、認知機能の障害、意識障害や、場合によっては生命の危機を伴う。身体機能の障害と異なり、脳機能障害の場合、被害者本人が病状について理解することが困難なことが多く、被害を自身の問題として対処できず、家族がそれに代わって対処せざるを得ないことである。このような脳障害を負った家族の抱える問題を以下にあげた。

### 1 . 介護の問題

高次脳機能障害者を介護する家族では、身体的な負担もさることながら、精神的な負担が非常に大きいことが言われている。特に、障害に起因する本人の問題行動をなかなか受け止められず、それに振り回されて疲れてしまうということがある。特に、興奮や攻撃性の問題、意欲がなく無為に見えること、徘徊すること、障害を認識できていないことや何度注意しても学習できないことなどは、なかなか家族に受け入れがたい問題である。また、介護によって行動が制限されること（外出できない、社会参加できない、プライバシーが保てない）、介護に時間をとられること、経済的な不安、将来の不安（本人がどうなるのか、親がいつまでも面倒をみられない）などもある。

また、特に交通事故など突然の出来事によって本人がこのような障害を負うと、それ以前の本人の生き生きとしていた姿とのギャップが大きく、現在の姿を受け入れることが極めて困難となる。介護によって精神的疲労がたまると、家族の精神健康が障害され、うつ病に至る危険性がある。



## 2. 事故の処理が後回しになることの問題

事故の直後は生命の危機が考えられるような状態が多く、家族はひたすら本人の安否を気づかい、回復を祈る毎日となる。その結果、賠償を求める、裁判を起こすなどの余裕がない。一方的に、司法関係者、保険会社、加害者側の提供するものを受け入れるだけになってしまうこともある。情報も不足しているため、後からもっとできたのではという後悔を感じる場合がある。また、その後も介護しながらでは十分に対応できないという葛藤が続く。

## 3. 支援体制の乏しさ

遷延性意識障害や、高次脳機能障害は医療の高度化に伴って出現してきた問題であるが、現在では医療や福祉での支援がまだ不十分である。在宅での介護になった場合の家族を支援する体制や回復のためのリハビリテーションの開発、介護にかかる費用の補助などについては、家族会などの活動によって学会や国、地方公共団体が取り組みをはじめようとしている段階であるため、現在は個々の家族の負担が極めて大きい状態である。