

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

—医療による心的外傷（トラウマ）の軽減と PTSD 発症予防に向けて—
小杉恵、山本悦代、三宅和佳子、古谷悦美、入山晶、岩合晃子、中農浩子、小林美智子、
（大阪府立母子保健総合医療センター発達小児科）

<要 旨>

造血細胞移植後1年6ヶ月以上経過した患児(サバイバー)とその家族 17 例について、PTSD 症状を評価し、その際のチェックリストの利用について検討した。患児、親ともに PTSD と診断された者はなかった。チェックリストから、親から見た児の 29%、児の 29%、親の 22%で PTSD 症状が認められた。児の検査・面接場面では、過度の警戒心が 18%、分離不安症状が 12%、検査への集中困難・気分の激しい変化が 6%、病気の話への回避が 24%に認められた。検査入院中の点滴が気になつての不眠症状が 6%、不登校が 18%、身体化症状が 35%に認められた。親の面接場面では、感情コントロール不良が 22%、過度の警戒心が 44%、病気の話への回避が 11%に認められた。何らかの再発への不安は全例に見られたが、過度の不安が 22%に認められた。チェックリストのみで PTSD 症状を把握することは不可能であったが、検査場面・面接場面での観察結果と組み合わせることで、より確実に患児や家族の全体像を把握することが出来ると思われた。

<キーワード>

造血細胞移植、サバイバー、PTSD 症状、チェックリスト

【はじめに】

近年、小児血液疾患・悪性腫瘍の治療法に造血細胞移植が導入されるようになり、救命率は非常に改善した。その一方で、長期生存児（サバイバー）の心理・社会的問題に目が向けられるようになってきた（Andrykowski 1994）。

生命を脅かす疾患に罹患したこと自体、あるいは度重なる検査・治療・入院の体験で PTSD

（心的外傷後ストレス障害）症状を生じうるということは、欧米では 1990 年頃から注目され始めていた（Stuber 1991）。わが国でもここ数年で、サバイバーの心理的問題を PTSD の視点から考える研究が散見されるようになってきた（泉 2002, 上別府 2003）。

PTSD の原因となる心的外傷（トラウマ）体験として、発症から診断と告知という予期できない出来事は単回性のトラウマ（タイプ I）、その後続く治療は反復性の出来事（タイプ II）と考えられる。すなわち小児血液疾患・悪性腫瘍のサバイバーは、いわゆる複雑型 PTSD として捉える必要がある（Stuber 1998）。

また一方で、親についての研究も近年多数の報告がある（Manne 1998,2000,Best 2001）。患児よりむしろ親（特に母親）に、PTSD 症状が顕在するともいわれ、特に年少児の場合、親の精神状態が子どもに大きく影響することが考えられる。

本研究では、サバイバーおよびその家族における PTSD 症状について分析し、症状スクリーニングのためのチェックリストの利用を検討する。そこから、入院中からの援助のあり方について考えたい。

【対象】

造血細胞移植後 1 年 6 ヶ月以上経過し、原病の再発のない患児（男児 6 例、女児 11 例）とその家族 17 例。検査時年齢は 3 歳 0 ヶ月から 17 歳 5 ヶ月、移植時年齢は 1 歳 6 ヶ月から 15 歳 4 ヶ月であった。造血細胞移植から検査までは、1 年 6 ヶ月から 9 年 2 ヶ月であった。基礎疾患は、急性骨髄性白血病 5 名、急性リンパ性白血病 2 例、慢性骨髄性白血病 2 名、再生不良性貧血 4 名、先天性赤芽球形形成不全症 1 名、慢性ウイルス感染症 2 名、固形腫瘍 1 名であった。家族については、16 例の母親、1 例の父親に面接を行った。

(表 1) 対象例とその内訳

| | | | |
|----|----|----|----|
| | 人数 | | 人数 |
| 男児 | 6 | 母親 | 16 |
| 女児 | 11 | 父親 | 1 |
| 合計 | 17 | 合計 | 17 |

| | | | |
|---------|-----------|----------|-----------|
| | 平均 | 最小 | 最大 |
| 検査時年齢 | 10 歳 0 ヶ月 | 3 歳 0 ヶ月 | 17 歳 5 ヶ月 |
| 移植時年齢 | 6 歳 5 ヶ月 | 1 歳 6 ヶ月 | 15 歳 4 ヶ月 |
| 移植後検査まで | 3 年 1 ヶ月 | 1 年 6 ヶ月 | 9 年 2 ヶ月 |

| | |
|--------------|-----|
| 基礎疾患 | 人数 |
| 急性骨髄性白血病 | 5 名 |
| 急性リンパ性白血病 | 2 名 |
| 慢性骨髄性白血病 | 2 名 |
| 再生不良性貧血 | 4 名 |
| 先天性赤芽球形形成不全症 | 1 名 |
| 慢性ウイルス感染症 | 2 名 |
| 固形腫瘍 | 1 名 |

【方法】

1. PTSD 症状についてのチェックリスト
(飛鳥井試案)

(表 1) の 14 項目について、0 まったくなし、1 少し、2 中くらい、3 かなり、4 非常にの 5 段階でチェックを行い、2 以上を「症状あり」とした。

(表 2) PTSD 症状についてのチェックリスト (飛鳥井試案)

| |
|--|
| 1.寝つきが悪かったり、睡眠の途中で目をさます |
| 2.気分が落ち込んだ様子で、活気がない |
| 3.そのことの夢や怖い夢を見る |
| 4.友達づきあいが減り、ひきこもりがちである |
| 5.神経が過敏になっていて、ちょっとした物音、揺れや刺激にもビクッとしておびえた様子を見せる |
| 6.イライラして、怒りっぽい |
| 7.そのことを思い出させるものに触れると不快な様子を見せる |
| 8.感情の浮き沈みが目立つ |
| 9.甘えたような幼い振る舞いを見せ、親の側から離れたがらない |
| 10.怖かったことを思い出させたり、そのことに関連する場所や物や人などを避けたがる |
| 11.勉強や遊びなど物事に気持ちが集中できない |
| 12.暗くなると怖がり、夜一人で寝ることができない |
| 13.ひどく用心深くなり、必要以上に警戒する |
| 14.そのことについて考えたり話したりするのをいやがり、避けようとする。 |

①全例に親から見た児の症状についてこのチェックリストを施行した。②7 例の患児に対して、チェックリストを用いての半構造化面接を行った。③この 7 例を含む 9 例の親に対して、親自身の PTSD 症状についてチェックリストを用いての半構造化面接を施行した。

2. PTSD 症状と関連があると考えられる項目の拾い出し

児に対しては、アンケートとそれについての面接、発達・知能検査、心理検査、行動観察を、

親に対してはアンケートとそれに基づいての面接を行っている。その中から、PTSD 症状と関連があると考えられる項目を拾い出した。項目は以下である。

児について;①面接場面での過度の警戒心の有無②母親と分離して検査が行えるか③検査中の落ち着き、注意集中、気分の変化④病気の話についての反応⑤以前の入院生活を想起させる事柄に対する反応⑥現在の社会参加状況

⑦身体化症状

両親について;①面接場面での感情表出②児の病気、病気の話についての反応③再発の不安

【結果】

I 患児と家族に認められた PTSD 症状 (症状は上述チェックリスト左の番号で記載した。)

1. 親から見た児の PTSD 症状 (記入されたチェックリストから)

17 例中 5 例 (29%) に症状が認められた。その内訳は、6 が 4 例、4,11,13 がそれぞれ 1 例であった。1 例では、退院後しばらくは 2,4,8 の症状を認めたが現在はそれらの症状はなくなっている。

2. 児自身が訴える PTSD 症状 (半構造化面接から)

7 例に対して、チェックリスト項目を、子ども理解に合わせて一部は言い換えながら質問していった。2 例 (29%) で症状が認められた。1 例には、母からみた症状と合致した 6,11 に加えて、3,7 の症状を認めた。また、1 例は、母から見た児の症状は 0 であったのに対して、児自身は、4,5,6,8,9,11,12,14 の 8 項目にチェックした。

3. 児の PTSD と関連があると考えられる症状

(チェックリスト以外から)

①過度の警戒心; 3 例 (18%) ②分離不安症状; 2 例 (12%) ③検査への集中困難; 1 例、気分の激しい変化; 1 例を認めた。④病気の話についての反応; 4 例 (24%) に回避が認められた。⑤以前の入院生活を想起させる事柄に対する反応; 1 例で移植 2 年後の検査入院中、点滴が気になり不眠症状が出現していた。この例では、治療中も同様症状があり、加えて感染を気にして過度の手洗いを行うエピソードもあった。⑥現在の社会参加状況; 不登校が 3 例 (18%) に認められた。⑦身体化症状; 6 例 (35%) に認められた。内訳は吃音 2 例、チック 2 例、その他頭痛、頻尿、過食、夜尿、嘔吐、唾吐きである。

4. 親の PTSD 症状 (チェックリストと聞き取りから)

9 例について、聞き取りで親の症状を確認した。2 例 (22%) で症状が報告された。1 例では、3,10,12,13 の症状がみられた。この母親は、面接の 1 年程前までは家のなかにひきこもりがちで、やっと最近外出できるようになったと語った。その頃は、友人から誘われても話をする気になれず、ふさぎこむことが多く、自分だけが取り残されたように感じたとのことであった。一方で、病院には何らかの繋がりを求め、常に児の側にいないと不安な気持ちは今も続いているようであった。もう 1 例では、6,7,11,13 の症状がみられた。この例では、入院中に病室で見ていたビデオ映画を見ると、その当時のことを思い出してしまうとのことである。また、患児も母親同様 6,11 の症状が見られた。

5. 親についての PTSD と関連があると考えら

れる症状（チェックリスト以外から）

① 面接場面での感情表出；2例（22%）では感情が高ぶりコントロールが出来なかった。

② 児の病気、病気の話についての反応；4例（44%）で児に変調があると過度に心配し不安が高まっていた。1例で病気の話への回避を認めた。③ 再発の不安；何らかの不安は全例に見られたが、過度の不安が2例（22%）に認められた。

II チェックリスト結果の有用性についての検討

症例を検討する中で、面接場面で捉えられた像と、親からの報告との間に差がある例や、アンケートやチェックリストでは捉えられなかった症状が、面接場面で明らかになる例があった。親からみた児、親自身について症状および PTSD 症状と関連があると考えられる項目を拾い出せた（表3）に示す9例について、検討を行った。

1. 親から見た児の症状と児自身が訴える症状に差がある例

1) 児の訴えが親の記載より多い例

1例（表3の症例5）で母から見た症状が0であるのに、児自身が訴える症状が8と大きな差を認めた。この例では、検査の1ヶ月程前に入院中に親しかった友達が亡くなり、葬儀に出席した。この後しばらくは悪夢、情緒不安定、全身倦怠感などを認めたと報告があった。面接中も多弁で、自分の症状をやや誇張して語っているように見えた。一方で母からは、入院中かまってやれなかった弟への気遣いが主に語られた。まだ精神的に移植後の回復途上にある児の気持ちが、家族の中で適切に受け止められて

いないと思われた。

2) 親の記載が児の訴えより多い例

1例（表3の症例7）で親から見た症状が2であるのに対して、児自身が訴える症状が0と差を認めた。この例では、検査の7ヶ月程前に両親が離婚し、母が家を出ていた。入院中精神的に不安定ながら児に付き添っていたのは母であったが、家族の中で、母に関わることについての話題はタブーになっているようであった。面接では、問えば入院中のこと、病気のことについて話は出来たが、家族についての質問には無言であった。学校も休み勝ちになっており、社会的にも孤立が懸念された。

2. PTSD と関連があると考えられる症状とチェックリストでの記載に差がある例

PTSD 症状との関連項目ではチェックされるが、両親から見た児のチェックリストでは症状なしであった症例を3例認めた（表3の症例1, 2, 3）。3例とも検査場面で警戒心、分離不安を認めていたが、チェックリストでは1例で1項目のみ、2例では0項目であった。社会参加で、不登校を2例に認めたが（表3の症例7,8）、チェックリスト項目4にはチェックされなかった。

3. チェックリストで拾い出すことが出来なかった症状

親の4例で児の変調に対する過度の不安があり、このうち2例に非常に強い再発への不安を認めた。これらの症状は始めには語られず、面接を進めていく内に感情を伴って語られた。そのため、チェックリスト項目の内容からは拾い出すことができなかった。

【考察】

1. 患児の PTSD 症状について

(表3) 各症例の症状結果

| 症例 | 親から見た 児の症状 | 児の症状 | 親の症状 | 検査場面で拾い出 された症状 | 面接中病気の話し をした時の反応 | 身体化症状 | 社会参加 | (親)子どもの体調 変化に対してのどの ような気持ちになる か | (親)面接中病気の話し をした時の反応 |
|----|---------------|--------------------|------------|-------------------|---------------------|--------------|-------------|--|------------------------|
| 1 | 0 | — | 3,10,12,13 | 警戒心、分離不安 | 面談中病気の話しをした時の反応 | チック | 少しずつ外出 | 常に側にいないと不安 | 感情高ぶる |
| 2 | 6,13 | — | 0 | 警戒心、分離不安 | 漠然とした不安 | 吃音、頭痛、頻尿、嘔吐 | 幼稚園、適応 | 熱が出ると不安 | 再発の不安高い |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 警戒心 | | 嘔吐 | 小学校、適応 | | 落ち着いて話せる |
| 4 | 6,11 | 3,6,7,11 | 6,7,11,13 | 集中困難 | | | 小学校、適応 | 風邪、あざで不安 | 感情高ぶる |
| 5 | 0 | 4,5,6,8,9,11,12,14 | 0 | 多弁 | | | 小学校、適応 | | 落ち着いて話せる |
| 6 | 0 | 0 | 0 | | 遠い過去の話し | | 小学校、適応 | 頭痛、腹痛で不安 | 再発の心配強い |
| 7 | 4,6 | 0 | 0 | 家族の話避ける | | 腹痛、嘔吐、過食、チック | 小学校、休み勝ち | | あまり語らない |
| 8 | 0 | 0 | 0 | 点滴気になる | | | 中学校、不登校、いじめ | | まとまらない |
| 9 | 0 | 0 | 0 | | 整理して話れる | | 高校生、大学受験 | | 落ち着いて話せる |

親から見た児の症状、児の症状、親の症状欄内数字は、(表2) チェックリスト左の番号で示した。症例1,2は4歳以下と年少であったため、児自身へのチェックリストを用いての面接は行わなかった。特に気になる答えや反応を認めなかった症例は空欄とした。

今回の検討から、面接の時点でいわゆる診断基準を満たし、PTSD と診断できた症例は認めなかった。しかし、患児・親ともに全体の 20～30%に何らかの症状を認めた。先行研究では、PTSD と診断される頻度は、小児サバイバーの 12.5% (Kazak 1996)、青年期では 4.5% (Kazak 1999) 成人期前期では 20.5% (Hobbe 2000)、母親の 6.2～10.9% (Manne 1998, Kazak 1999) などとなっていた。

年少児の 3 例では、過度の警戒心と分離不安を認めた。この 3 例は移植時の年齢が 2 歳以下で、検査時は 3 歳から 6 歳 3 ヶ月であった。Scheeringa ら (1995) は、特に 4 歳以下の年少児については、既存の診断基準を適応すると PTSD 症状を確実に拾い出せないことを指摘している。そして、分離不安症状や退行症状などを含めた新しい診断基準を提案している。阪神淡路大震災後の子どもに対する相談および調査結果をまとめた井出ら (2002) の報告でも、低年齢の子どもたちに退行、分離不安を多く認めていた。

また、病気の話への回避が 4 例 (24%)、不登校症状を 3 例 (18%) に認めた。Phillips ら (1995) は、治療終了後 1 年以上経過した小児がん患児 (6 歳から 15 歳) において、回避的なストレス対処法が対照群より多く認められたと報告している。山本ら (2000) の報告でも、小学校高学年から高校生年齢のサバイバーでは、感情をのびのびと表現できず、不自然に溜め込む傾向にあると述べている。この結果は、青年期に PTSD 症状の発現率が低いことと関係があるかもしれない。一方で、成人期前期には PTSD 症状が顕在化しやすい (Hobbe 2000、Rouke 1999) と述べられ、この PTSD

症状のために病院を避けたり、治療を中断したりすることの危険性にも触れられている。一般的に、この時期は進学や就職、結婚といった問題に対する決断や行動が必要とされる時期である。彼らは改めてそれまでの治療による医学的あるいは社会的、心理的影響について直面を余儀なくされる。その上で、子どもの時期の体験を再統合し、治療による晩期障害に対処していかなければならない。

2. 身体化症状

今回の検討では、患児の 6 例 (35%) に身体化症状を認めた。このうち 3 例は 3 歳から 6 歳までの年少児で、残りの 3 例は 8 歳から 11 歳の児童であった。井出ら (2002) は、小学校年齢の子どもに身体化症状を多く認めたと述べている。van der Kolk (1996) は、PTSD の患者には身体症状 (いわゆる心身症) が生じやすいこと、非常に強いストレスにさらされると、人は、身体、情動、認知、行動、人格などのさまざまな機能に影響を受けるため、長期的影響として身体化障害が起きることを報告している。

3. 親の PTSD 症状

今回の検討では、チェックリストから症状が認められたのは 2 例で、共通して認められた症状は、「ひどく用心深くなり、必要以上に警戒する」であった。また、面接の中で、過度の不安症状が 4 例、再発への過度の不安が 2 例に認められた。Manne ら (1998) の検討では、母親の症状で「出来事の反復的で苦痛な想起」が 37%、「外傷的な出来事の一つの側面を象徴する、あるいは類似している内的または外的きっかけに暴露されたときに生じる強い心理的苦痛」が 34%、「特に理由もないのに用心深く

なったり、警戒したりする」が 32%に認められた。親にとっては、自分の子どもが「生命の脅かされる病気であると診断されたこと」が最大の心的外傷となると考えられる。加えて、子どもの治療についての決定を求められ、治療や検査を目の当たりにし、子どものケアを全面的に任せられるという体験、それまで生活していた社会と切り離されての入院生活などを含めたことがらも、大きなストレスとなり得る。

また、Manne ら (1998) は、親の病気に対する認知過程は、成人患者とほぼ同じであるとも述べている。成人の乳がん患者で骨髄移植を受けた女性について検討した Mundy ら (2000) の報告では、がんと診断された後に PTSD の発症率が最も高く、骨髄移植後に発症した者はなかった。この中で一人の患者は、「骨髄移植は体には負担だが、トラウマよりむしろセカンドチャンスである。」と述べている。今回の面接の中でも、造血細胞移植に対しては「子どもが生き延びることを期待して望んだ」など、強い決意を述べた親が多い印象を受けた。この点からも、親の病気・治療についての考えと、成人患者のそれとの共通点が感じられた。

4. チェックリストの限界

今回の検討では、親から見た児の症状と実際の像が一致しない症例があった。(症例 5) では、患児は多くの症状を訴えていたが、親から見ても症状は認めなかった。児は面接の中で、退院してから入院中のことを思い出して泣いたこと、怖い夢を見てうなされたことなどを語った。Rourke ら (1999) は、PTSD 症状は不安の高さ、治療の主観的な強さ、生命の脅威、社会の支えによって影響されると述べている。この例では、患児の感じていた治療の侵襲性、生

命の脅威と親の感じているものとの間のズレが大きい可能性が考えられる。

一方 (症例 7) では、親は 2 つの症状 (友達づきあいが減りひきこもりがち、イライラして怒りっぽい) をチェックしていたが、児自身の訴える症状はなかった。この例では、退院後両親が離婚し母が家を出ており、このことは病気以外の高いストレス因であると考えられる。残された家族の中で母親に関連する話は避けられており、病気の体験を含め、自由に会話が出来ない環境にあるようである。児は、表立って問題を出しているわけではないが、不登校・引きこもり気味であった。低い家族機能と病気の体験以外のストレス因がある場合、子どもの PTSD 症状が発現し易い (Kazak 1998)、アレキシミックな性格と PTSD 症状の回避・麻痺症状との間に高い相関関係があった (Fukunishi 2001) との報告がある。この例では、不登校・引きこもり気味の状態を、回避症状の視点から捉える必要が感じられた。

子どもの PTSD 症状についてのチェックリストや面接法については、様々な検討がなされてきた (AACAP Official Action 1998)。特に年少児の場合、自記式の質問紙の記載は不可能であり、面接場面でも言語的介入が非常に難しい。Stuber ら (1991) は、6 人の骨髄移植を受けた子ども (3 歳 9 ヶ月～6 歳 9 ヶ月) に対して、移植前、移植後 3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月で PTSD 症状の変化について検討を行っている。この際には、自由な遊びや描画を行ったあと質問紙の項目について聞き取りで結果を得ている。詳しい質問の内容については触られていないが、発達年齢に応じた言い換えや説明を加えることが必要と考えられる。加えて

今回のような医療 PTSD においては、患児にとってのトラウマがはっきり同定しにくく、このため質問紙の質問そのものが不適切なものとなってしまふ可能性がある。

Hobbie ら (2000) は、自記式のチェックリストでは症状が少なく報告されると述べている。今回の検討でも、児、親ともにチェックリストでは報告されなかった症状を、検査場面や面接場面から拾い出すことが出来た。特に親の不安の訴えは、始めには語られず、面接を進めていく内に感情を伴って語られた。もちろん、この際面接での質問が侵襲的にならないよう注意をする必要があり、一旦高ぶった気持ちを落ち着かせてから面接を終了するよう心がけた。

以上のことから、チェックリストだけで PTSD 症状を把握することは不可能であることが分かった。検査場面・面接場面、その他の項目の拾い出しと組み合わせて行うことで初めて児や親の状態を判断することができる。

5. 医療 PTSD の発症予防的介入について

先行研究では、いくつかの PTSD 症状と関連が深い因子が拾い出されており、そこから症状の予防や軽減に結びつく取り組みについて考察が行われている。Jacobsen ら(2002)は、骨髄移植を受けた 70 人の成人について、移植前 1 ヶ月と移植後 5 ヶ月で評価を行っている。その結果社会の支えの低さと回避型の対処行動が PTSD 症状の発現を予測すると述べている。Best ら (2001) は、診断時の家族機能、夫婦の絆、処置に対する親の不安が後の PTSD 症状と関係があり、親の self-efficacy を高めることが不安の軽減につながると述べている。また、Manne ら (2000) は、社会のサポートがあること、家族のメンバーや知人と病気につい

での体験を話せることが、PTSD 症状の軽減に繋がるなどの結果を得ている。Kazak ら(1998) は両親の不安は強い PTSD 症状予測因子であり、治療についての主観的な強さや深刻さ、両親の生命の脅威についての信念と関係が深いと述べている。入院中に出来る介入及び援助として、まず子どもの不安を軽減することに焦点をあて、親と「子どものケア」という共同作業を行う中で情報を提供していくこと、「健康な子ども」を失った親の喪失体験に対する援助、親の不安に対する長期的な援助についての情報提供などが挙げられている。上別府 (2003) は、治療後に PTSD が生じてくる可能性を本人や親に伝えていくことの有用性について延べ、医療チームが高い感受性をもって児の苦しみを理解することによって医療 PTSD は予防しうると考察している。このためには、病気が子どもの心に与える影響についてまず知っておく必要がある。

Rowland (1990) は、がんが子どもに与える心理的衝撃を評価できる発達論的視点について述べている。発達年齢に応じたアプローチを、スタッフが統一した考えとして持つ必要がある、病気概念・死の概念についても発達の理解を持つことで、適切な介入が行える。2 歳までの子どもでは、病気の理解はほとんどないと考えられ、親への介入を中心に考えるべきである。3 歳～5 歳の子どもでは、身体的損傷についての恐れや不安が非常に大きく、年長児より医療処置に強い苦痛を示す。この時期の子どもに対しては、できるだけあらかじめ処置についての情報を与え、備えさせることが大切である。学童期では、病気を外部の汚染物を取り込んだ結果と見る傾向にある。今回の検討でも、11

歳の男児で、手がはれ上がるほどの手洗いが認められた。適度な予防処置を促すためには、この考え方はよい影響を与えるが、過度になると様々な症状をひきおこす可能性がある。この症例では、病因は児が清潔管理を怠ったためでないこと、すべての病気が病原菌で起こるのではないことを、繰り返し伝える必要があったと思われる。

前述したように、PTSD 症状の発症には、主観的な治療の強さが大きく影響している。医療スタッフにとっては、軽いと考えられる治療でも、患児や家族にとっては非常に大きなストレスとなる危険性も理解しておく必要がある。このためには、スタッフ間の密な話し合いがもたれることももちろんであるが、共通理解を得られる道具を持つことも大切である。Futtermanら(1991)は、骨髄移植前の成人患者についての心理・社会的リスクを1～3の段階に評価し、その後続く入院生活の中での援助の方針を決めている。共通の評価法をもつことでスタッフの認識の統一が図れることが述べられており、この点は非常に重要であると思われる。

5. 評価拒否例について

1994年から、我々は造血細胞移植後の患児と家族の心理・社会的評価を行ってきた。検討の対象となるのは、2年後の総合評価のために当院に入院してくる症例に限られている。入院中は、心理・社会的評価だけでなく、MRI、ホルモン精査、眼科、耳鼻科、心臓健診を行っている。造血細胞移植は行ったが対象とならなかった症例として、死亡または再発した症例、遠方に居住するために移植後の経過観察を当院以外で行っている症例、あるいは評価を拒んだ症例が含まれると考えられる。現在まで73例

が入院の上評価を行ったが、このうち2例では心理・社会的評価のみを拒否している。

Manne(1998,2000)ら、Kazak(1998)ら、Best(2001)ら、Stuber(1997)らの研究でも、質問紙の記入、あるいは面接を拒否する症例が認められた。これらの検査に乗らなかった症例の中に、おそらく最も援助が必要な患児や家族が含まれると考えられ、彼らにどのようにアプローチしていくかも大きな課題である。

【まとめ】

チェックリストのみで PTSD 症状を把握することは不可能であったが、検査場面・面接場面での観察結果と組み合わせることで、より確実に患児や家族の全体像を把握することが出来ると思われた。今後はチェックリスト、関連する症状の再検討を行い、医療トラウマの軽減と、PTSD 発症予防を目指していきたいと考えている。

参考文献

- American Psychiatric Association(1994):Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM - IV.APA,Washinbton DC (高橋三朗、大野 裕、染矢俊幸訳:DSM-IV精神疾患分類と診断の手引き.医学書院,1995)
- AACAP official action(1998):Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. Journal American Academy Adolescent Psychiatry, 37(10Supplement):4S-26S
- Andrykowski,M,A(1994):Psychosocial factors in bone marrow transplantation:a review and recommendation for research.Bone Marrow Transplantation 13:357-375
- Best,M., Streisand,R.,Catania,L.et al(2001): Parental Distress During Pediatric Leukemia and Posttraumatic Symptoms(PTSS) After Treatment Ends.Journal of pediatric Psychology 26(5):299-307
- Eiser,C.,Hill,J.J.,Vance,Y.H.,(2000):Examining the Psychological Consequences of Surviving Childhood Cancer:Systematic Review as a Research Method in Pediatric Psychology.Journal of Pediatric Psychology 25(6):449-460

- Fukunishi I., Tsuruta t., Hirabayashi N. et al (2001):
association of Alexithymic Characteristics and
Posttraumatic stress Responses Following
Medical Treatment for Children with Refractory
Hematological distress. *Psychological
Reports*, 89:527-534
- Futterman A.D., Wellisch D.K., Bond G., et al (1991):
The psychosocial level system. *Psychosomatics*,
32(2), 177-186
- Hobbie W.L., Stuber M., Meeska K., et al (2000):
Symptoms of posttraumatic stress in young adult
suuivours of childhood cancer.
Journal of Clinical Oncology, 18(24), 4060-4066
- 井出裕、植本雅治 (2002) : 災害と子ども—阪神淡路大震災の
経験から—。 *児童青年精神医学とその近接領域*
43(4)405-414
- 泉真由子、小澤美和、細谷亮太 (2002):
小児がん患児の心理的晩期障害としての心的外傷後スト
レス症状 *日本小児科学会雑誌* 106(4)464-471
- 上別府圭子 (2003) : 小児がんの子どもに見る PTSD—回復過
程と予防的介入の試み—。
児童青年精神医学とその近接領域 44(1)49-63
- Jacobsen P.B., Sadler I.J., Booth-Jones M., et al (2002):
Predictors of Posttraumatic Stress Disorder
symptomotlogy Following Bone Marrow Tansplantation
For Cancer. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, 70(1):235-240
- Kazak A.E., Stuber M.L., Barakat L.P., et al (1998):
Predicting Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers
and Fathers of Survivors of Childhood Cancers. *Journal
American Academy Adolescent Psychiatry*, 37(8):823-831
- Kazak A.E., Simms S., Barakat L., et al (1999): Surviving
Cancer Competently Intervention Program (SCCIP): A
Cognitive-Behavioral and Family Therapy Intervention
for Adolescent Survivors of Childhood Cancer and Their
Families. *Family Process*, 38(2):175-191
- Mundy E.A., Blanchard E.B., Cirenza E., et al (2000):
Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients
following autologous bone marrow transplantation or
conventional cancer treatment. *Behavior Research and
Therapy* 38, 1015-1027
- Manne S.L., DuHamel K., Gallelli K., et al (1998):
Posttraumatic stress disorder among mothers of
pediatric cancer survivors: diagnosis, comorbidity, and
utility of the PTSD checklist as a screening instrument.
Journal of Pediatric Psychology, 23, 357-366
- Manne S.L., DuHamel K., Redd W.H.,
(2000): Association of Psychological vulnerability factors
to post-traumatic stress symptomatology in mothers of
pediatric cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 9, 372-384
- Phipps S., Fairclough D., Mulhern R.K., (1995):
Avoidant coping in children with cancer. *Jouurnal of
Pediatric Psychology*, 20(2), 217-232
- Rourke M.T., Stuber M.L., Hobbie W.L., et al (1999):
Posttraumatic stress disorder: understanding the
psychosocial impact of surviving childhood cancer into
young adulthood. *Journal of Pediatric Oncology
Nursing*, 16(3), 126-135
- Rowland J.H. (1990): 発達段階と適応—小児と青年モデル. 河
野博臣他監訳 (1993), *サイコオンコロジー*(3), メディサ
イエンス社、477-498
- Scheeringa M.S., Zeanah H., Drell M.J., et al (1995): Two
approaches to diagnosis of posttraumatic stress disorder
in infancy and early childhood. *Jurnal Adolescent
Psychiatry*, 34(2), 191-200
- Stuber M.L., Nader K., Yasuda P., et al (1991): Stress
responses after pediatric bone marrow transplantation:
preliminary results of a prospective longitudinal study.
Journal American Academy Adolescent Psychiatry,
30(6), 952-957
- Stuber M.L., Kazak A.E., Meeske K., et al (1997): Predictors
of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer
survivors. *Pediatrics*, 100(6), 958-964
- Stuber M.L., Kazak A.E., Meeske K., et al (1998):
Is posttraumatic stress a viable model for
understanding responses to childhood cancer? *Child and
Adolescent Psychiatric Clinics of North
America*, 7(1), 169-182
- 山本悦代、水田由子、木下教子ら (1999) :
小児骨髄移植における移植後の心理・社会的ケア—PTSD
からの回復と社会復帰に向けて—平成 11 年度大同生命厚
生事業団「地域保健福祉研究」報告書
- van der Kolk B.A., McFarlane A.C. (1996) : トラウマへの適
応の複雑さ、自己制御、刺激の弁別、および人格発達. *トラ
ウマティックストレス* (2001), 西澤哲監訳, 誠信書
房, 203-242