

災害後の子どもたちの心のケア

田中英三郎・加藤 寛

日本が位置する環太平洋地域は、地震災害の多発地帯です。また、地震だけに限らず、洪水、土砂崩れ、火山噴火、火災など私たちの日常には災害があふれています。こういった大規模な災害が一旦発生すると、地域社会全体に負の影響を与え、被災した個人の心にも大きな傷跡を残すことがあります。

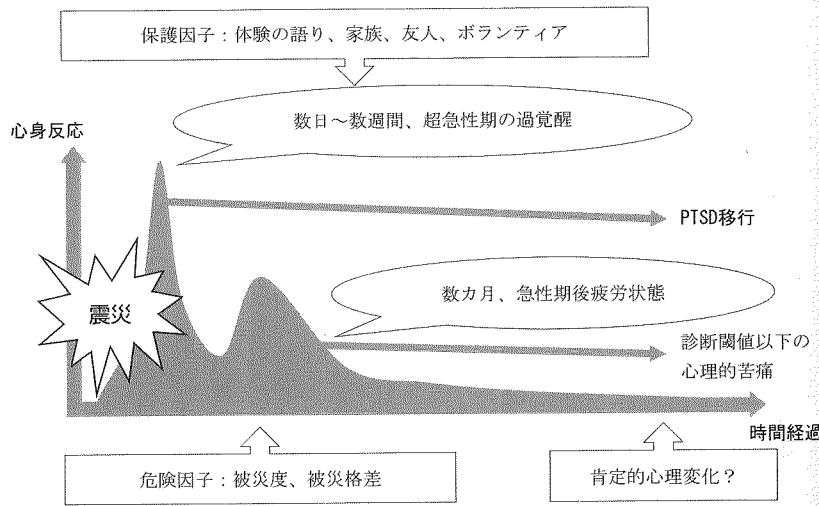
なかでも、子どもは発達途上であり、災害のストレスをコントロールするための対処技術が十分身につけていないため、様々な心身の反応を呈しやすいと考え

られています。本項では、災害後の一般的な心理過程および子どもの発達段階に応じた特徴や介入方法について解説します。

災害後の一般的な心理反応の経過

災害直後の被災者に認められやすい心理反応には、恐怖、不安、抑うつ、身体化、不眠、興奮、混乱、無感覚、否認などがあります。また、被災体験（トラウ

図1 阪神淡路大震災後の長期的心理過程（被災者のインタビュー調査より）



マ)と直結した反応 (Posttraumatic stress reaction: PTSR) には、再体験 (被災した時の記憶が思い出したくないのに勝手に蘇ってくる)、過覚醒 (心身の緊張度が常に高まり、過剰な警戒状態が長引く)、回避 (被災体験に関連することを避けたり、考えないようにしたりする) などが挙げられます。こういった反応は、一見非常に激しいものであったとしても、異常な状況 (災害) に対する正常な心理反応であるといえます。PTSRは、慢性化するとPTSD (Posttraumatic stress disorder) と診断されるようになりますが、自然災害の場合は、最終的にPTSDの診断となる被災者は10%以下だと推定されています。

兵庫県こころのケアセンターが平成二十六、二十七年に実施した阪神淡路大震災の被災者に対する回顧的インタビュー調査²⁾では、図1に示すような心理反応の経過が認められました。発災直後の超急性期には、被災者に過覚醒状態が認められています。

例えば、痛み刺激に関する感覚が麻痺し怪我をしていても気がつかなかったり、疲れを感じることなくいつも以上に働くことができたという語りや、その後、状況が落ち着いてきた

■たなか・えいざぶろう
兵庫県こころのケアセンター主任研究員。精神科医。専門は児童精神医学、災害精神医学、臨床疫学。愛媛大学医学部卒業、東京大学大学院医学系研究科修了。環境なき医師団フランス支隊、JICA四国大地震復興支援団こころのケア人材育成プロジェクトなどで現地支援活動を行う。二〇一四年より現職。
■かとう・ひろし
兵庫県こころのケアセンターセンター長。精神科医、医学博士。専門は災害精神医学。神戸大学医学部卒業。二〇一二年より現職。著書に『心のケア 阪神・淡路大震災から東北へ』(共著、講談社現代新書、二〇一一年)など。

ころに、不眠や抑うつなどの反応が強くなったという方もおられました。これは急性期後疲労状態と呼べるかもしれません。

インタビュー調査に協力していただいた多くの方で、時間と共に心理的苦痛は軽減していきましたが、回復には年単位の時間が必要であったようです。

子どもの発達段階に応じた心理反応とその対応方法 (表1参照)

災害後に子どもが示す心理反応は、大人の反応と異なっているところがあるだけでなく、個々の発達段階に応じた特徴をしめします。

以下、乳児、幼児、学童期、思春期の四つのライフステージごとに解説します。

(1) 乳児 (ゼロ歳から二歳前)

乳児は、食事、排泄、移動など生きていくために必要なことがまだ自立して行えません。脳の成熟をみると、体全体に占める脳の割合が大きく、神経細胞が髓鞘化（これが進むと神経伝達速度が上がる）の途中であり、高い代償性を有すると同時に非常に不安定な状態

乳児の心の安定に最も重要な役割を担うのが、母性的養育者（多くの場合は母親）です。乳児の支援で第一に考えるべきことは、母親が安心して乳児と関われる環境をいかに設定するかということでしょう。例えば、乳児と母親のためだけの場所を確保したり、乳児のストレス反応とその対応を分かりやすく母親に伝えたり、母親自身のストレスをサポートしたりすることなどが役に立ちます。

(2) 幼児 (二歳から六歳)

幼児の発達の特徴は、自己中心性です。幼児は事態を客観的にとらえることがまだ難しいため、自分の立場や主観から物事を理解しているように見えます。

例えば災害のときには、「自分が悪いことをしたらから、こんな災害が起こってしまった」などと、災害と自分を呪術的に結び付けて考え、苦しむことがあります。周囲の大人や支援者は、起こったことについて幼児と話し合う機会を持つべきでしょう。そうすると、幼児が災害をどのようにとらえているのかが分かり、もし誤った考えを持っていれば、分かりやすく事態を説明することで安心感を与えることができます。

表1 発達段階別に見た子どもの心理反応の特徴

発達段階	年齢	発達指標	反応
乳児	0 - 2歳前	愛着形成、分離個体化、言語運動面での著しい発達	不機嫌、過剰に泣く、分離不安、発達遅延/退行
幼児	2 - 6歳	自己中心性	呪術的思考、退行（お漏らし、夜尿、指しゃぶり、養育者にまわりつく）、悪夢、無感情
学童期	6 - 12歳	脱中心化、論理的思考	身体化、退行、イライラ、悪夢、引きこもり
思春期	13 - 18歳	大人に対する反抗、同年代との結びつき、衝動性	成人の反応に類似、行動化

でもありません。そのため乳児の発達には、保護的で安定した養育環境が必須となります。しかし、災害は大きな環境変化をもたらす。乳児から安全で安心できる環境を奪ってしまいます。すると、不機嫌さが増し、泣くことが多くなり、分離不安も強くなり、場合によっては発達の退行することもあります。

しかし、災害のことを話すように決して無理強いはいしないでください。安全な環境で、適切なタイミングを見計らい、子どもの理解力に応じた説明をしましょう。成人は被災体験を言語化することでトラウマ記憶を外在化させ、次第に情緒を安定化することが可能です。一方、幼児は言語発達の途上にあり、「津波ごっこ」や「地震ごっこ」など非言語的な遊びの中で被災体験を表出することがあります。遊びは、幼児にとって災害からの回復に重要な役割を果たします。しかし、遊びの中で被害を再体験し、情緒的に過剰な反応を示すような場合もあります。周囲の大人や支援者は幼児を注意深く観察し、被災体験に圧倒されているようならば、寄り添い、気持ちを安定化するようにサポートしてください。

また、災害後には様々な行動面での変化を示すこともあります。具体的には、退行現象（いわゆる赤ちゃん返り）、悪夢、分離不安、無口、興味関心の喪失などが挙げられます。こういった行動変化は、衝撃的な災害体験と急激な環境変化を十分に受けとめることができずにいるサインと考えられます。周囲の大人や支援者は、こういったサインに気づき、否定することな

く、安定的に関わることで、幼児の回復力が促進されていきます。

(3) 学童期（六歳から十二歳）

学童期は学童前期（十歳まで）と学童後期（十歳以降）に分けて考えるとよいでしょう。学童前期では脱中心化が起こり、他人の視点を理解できるようになってきます。したがって、集団としてのまとまりが進み、課題に全員で取り組めるようになっていきます。学童後期には、論理的で複雑な思考ができるようになり、友人との結びつきも深くなる一方、周囲からの批判や非難に敏感になっていきます。脳の成熟においても、シナプスの形成と刈り込みが十歳付近でほぼ完了するため、十歳という年齢が発達上の一つの臨界点になっていると考えられています。

学童前期は、幼児期から連続した特徴を持っており、災害時に子どもが示す反応も幼児期のものと類似しています。具体的には、身体化、退行現象、不機嫌、悪夢、睡眠障害、引きこもり、興味関心の喪失などです。一方、学童後期は、前思春期と位置づけら

れ、思春期の特徴に近づいていきます。学童前期で示すような反応も当然起こりえますが、さらに家族、友人のことを過剰に心配したり、過剰に周囲に気を配ったり、逆に反抗的になり孤立したりもします。

(4) 思春期（十三歳から十八歳）

子どもは思春期に入ると第二反抗期を迎え、保護者や周囲の大人へは反抗的になる一方で、友人との結びつきはより一層強くなり、仲間はずれにされることを極端に恐れます。

災害への反応は基本的に大人と同じですが、思春期に多い衝動性の亢進には注意すべきでしょう。例えば、アルコールや違法薬物に手を出したり、性的逸脱行動が認められたりすることがあります。子どもが衝動的行動をとるような場合は、被災によるストレスが影響している可能性と行動自体の危険性を子どもに説明する必要があります。また、日中の活動に運動を取り入れたり、役割を与えて大人の仕事を手伝ってもらったりすることで、こういった危険な行動が減って落ち着きを取り戻すこともあります。

被災した子どものための介入方法

自然災害を含む様々なトラウマ性の出来事に遭遇した子どもにも有効な介入法がいくつか存在します。なかでも、ここでは「サイコロジカルファーストエイド学校版」と「トラウマフォーカスト認知行動療法」の二つについて簡単に紹介します。

この二つの介入方法は、元々米国で開発されたものですが、現在兵庫県こころのケアセンターが日本で実践するための臨床研究および普及活動を行っております。

(1) サイコロジカルファーストエイド学校版

自然災害の被災者となった子どもたちの多くは、急性期に様々な心理反応を呈するものの、PTSDまで発展することは少なく、時間と共に回復していきます。しかし、これはトラウマを受けた子どもたちを放置しておいてよいということではありません。トラウマからの回復には、周囲の適切なサポートが欠かせないと言われています。では、どのようなサポートが適

切なのでしょう。

サイコロジカルファーストエイド学校版では、特に学校現場で傷ついた子どもたちにどのように接し、どのようにサポートしていくべきなのか具体的に記されています。サイコロジカルファーストエイド学校版には中心となる八つの活動が示されています。

- ①被災者に近づき、活動を始める（Contact and Engagement）……被災者に負担をかけない共感的な態度で、こちらから手をさしのべたり、生徒や教職員求めに応じたりします。
- ②安全と安心感（Safety and Comfort）……当面の安全を確かなものにし、被災者が心身を休められるようにします。
- ③安定化（Stabilization）……圧倒されている生徒と教職員の混乱を鎮め、見通しがもてるようにします。
- ④情報を集める（Information Gathering）……周辺情報を集め、生徒や教職員がいま必要としていること、困っていることを把握します。
- ⑤現実的な問題の解決を助ける（Practical Assistance）……いま必要としていること、困っていることに取り組むために、生徒と教職員を現実的に支援します。

⑥周囲の人々との関わりを促進する (Connection with Social Supports) ……家族、友人、先生、その他の学校関係者など身近にいて支えてくれる人や、地域の援助機関との関わりを促進し、その関係が長続きするよう援助します。

⑦対処に役立つ情報 (Information on Coping) ……苦痛をやわらげ、適応的な機能を高めるために、ストレス反応と対処の方法について知ってもらいます。

⑧紹介と引き継ぎ (Linkage with Collaborative Services) ……被災者がいま必要としている、あるいは将来必要となるサービスを紹介し、引き継ぎを行います。サイコロジカルファーストエイド学校版は、出来事の直後に提供するのが最も効果的です(例…ある事件の一時前後、数週間後)。状況によっては、生徒や職員の安全が確保できたら、まだその事件が起こっている最中(例…避難所や閉じ込められた場所)でも実施することができます。

対象者は、災害やその他の非常事態にさらされた生徒、教職員、家族を想定しています。非常事態が起こったのが学校の敷地内でも地域全体でも、学校は専門家が子ども、家族、教職員、学校関係者を援助する

た子どものために特別に考案された治療法です。この治療は、トラウマに注意を向けた介入であり、認知行動的原理、愛着理論、家族療法、人間学に基づく治療など様々な理論が統合されています。治療内容は八つのコンポーネントから成り、それぞれのコンポーネントの頭文字をとってPRACTICEと表現されます。具体的には、次の①～⑧です。

- ①心理教育とペアレントトレーニングスキルトレーニング (Psychoeducation and Parenting skills training)
- ②リラクゼーショントレーニング (Relaxation training)
- ③感情の表現と調整 (Affective expression and modulation)
- ④認知コーピング (Cognitive coping)
- ⑤トラウマナラティブと処理 (Trauma narrative and processing)

⑥実生活内のトラウマ想起刺激への曝露 (In vivo mastery of trauma reminders)

⑦親子合同セッション (Conjoint parent-child sessions)

⑧将来の安全と発達の強化 (Enhancing future safety and development)

基本的には個人精神療法に位置づけられ、子どもセッション、親セッション、合同セッションから成ります。毎週一回、六〇～九〇分、八～一六週の枠組み

ための中心的な拠点となります。

この介入方法は、治療としての心理療法ではありません。したがって、精神保健のトレーニング経験の有無にかかわらず誰でも実践することができます。もちろん、精神保健専門家が実践することもできます。非常事態に際しては、レジリエンスを促進し、トラウマ反応に気づき、生徒や家族が正常であるという感覚を取り戻すことを手助けしていきます。

(2)トラウマフォーカスト認知行動療法

一方、被災した子どもたちの中には、PTSDと呼ばれる状態に陥り、長い期間にわたって心理的な苦痛を抱えながら暮らす子どももいます。こういった子どもたちには、トラウマとなる出来事に安全に触れていきながら、その辛い記憶を処理していく専門的な治療が必要となります。子どものトラウマとPTSDに対する治療法の中で、現在最もエビデンスが集積し効果が優れていると言われているのが、トラウマフォーカスト認知行動療法です。

トラウマフォーカスト認知行動療法は、トラウマに関連する症状と問題(PTSD、うつ病、不安症)を持つ

で実施されることが標準的です。

兵庫県こころのケアセンターで実施した予備的介入研究³⁾では、トラウマを受けてPTSDと診断された三五名の子どもが参加し、治療前後の比較で非常に大きな効果が認められました。

*

災害後の子どもの心のケアを実践していくためには、子どもの年齢に応じた心理反応の特徴をつかみ、子どもの健康な回復力を促進していくアプローチが大切です。また、慢性のPTSDに陥ってしまった子どもたちへも有望な介入方法が開発されてきています。

【文献】

- 1) 飛鳥井望「PTSDになる人とならない人」、『臨床精神医学』41巻2号、二〇一二年、一五七～一六二頁
- 2) 田中英三郎・亀岡智美・加藤寛「阪神淡路大震災が被災者のこころの健康にもたらした長期的な影響に関する研究」、『兵庫県こころのケアセンター研究報告書—平成26年度版』二〇一四年、七一～一八五頁
- 3) Kameoka S, et al. Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: a Pilot Study. (2015). *Int J Ment Health Syst*