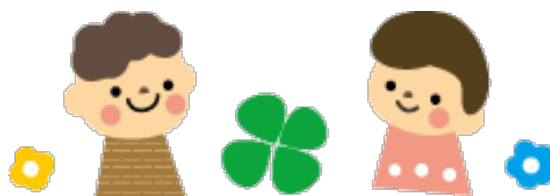


こころのケアの手引き（中長期のサポート）

～被災した子どもを支援する方々へ～



～中長期の心理的サポートについて～

この手引きは、看護師、保健師、心理士、養護教諭などの子どものこころのケアを行う方々を対象に、日本児童青年精神医学会 災害対策委員会 が作成したものです。この手引きをご覧になる前に、同委員会が作成した 『こころのケアの手引き（急性期のサポート）』 『障害児への対応の手引き』 『保護者向けリーフレット』 をお読みください。

<http://child-adolesc.jp/>

目次

- 1) 急性期を過ぎた、中長期という時期
 - ◆ はじめに
 - ◆ 被災者(主として大人)の心理状態
 - ◆ 鋏状格差
- 2) 中長期における 子どもの心理状態
 - ◆ はじめに
 - ◆ 被災した子どもの身体反応
 - ◆ 被災した子どものトラウマ反応
 - 身体症状
 - PTSD
 - 情緒の変化
 - 行動の変化
 - 精神障害の発症 など
 - その他、留意すべきこと
 - ◆ 喪失と悲嘆
- 3) 中長期の心理的問題への対策
 - ◆ 支援者の心得 1～6

1.急性期を過ぎた、中長期という時期

《はじめに》

地震や津波などによる衝撃からしばらく経過し、被災地の復旧が進み始めると、被災地外の人々の関心は薄れ、例えばテレビなどのメディアからの報道が少なくなります。それとともに、被災者、被災地域の人々や支援者には孤立感が増していく時期になります。

(ここでの『中期』とは、ライフラインが復旧し、生活にある程度の安定が得られるようになった時期以降を大まかに指しており、一般的には災害発生から1か月経ったころを指すことが多いようです。ただし災害の種類や被災規模によって、また地域によって大きく異なります。被害が甚大で、復旧、回復が遅れている場合には災害発生から2~3か月後と考えたほうがよいこともあります。『長期』とは新たに定着した生活の開始以降の時期を概ね指し、1~2年後とされることが多いようです)。

被災者にしばしば認められる経時的な心理状態として、以下のことが知られています。

《被災者(主に大人)の心理状態》

1) 災害直後

あまりの恐怖から茫然自失、感情が凍ってしまった状態となります。また勇敢に、時には危険をかえりみずに行動する人もいます。

2) 災害数日後から1~3か月後 (急性期)

被災者は、被害の回復に、向かって積極的に立ち向かい、皆で協力しようと強い連帯感で結ばれます。また自己犠牲的で献身的な行動がよくみられます。この時期には身体的不調、不安感や落ち込みなどがまるで無いかのように感じなくなり、やや“ハイ”で、働き続けずにはおれないような状態になりやすいことが知られており、“ハネムーン期”とも呼ばれます。

3) 災害からおよそ1~3か月後以降 (中期、そして長期へ)

災害の大混乱がおさまり始め、避難所から仮設住宅への移動が始まりますが、不便な生活に対する被災者の忍耐も限界となり、疲労感や無力感にさいなまれます。支援者や行政に対して、やり場のない怒りが向けられることや、被災者同士の意見対立や口論が増え、時に地域の連帯感が失われることがあります。この時期は“幻滅期”とも呼ばれます。

また自衛隊や数日~週替わりで外部の様々な支援者が活躍する一方で、災害発生直後から休まずに働き続けてきた被災地域の行政職員、保健師、看護

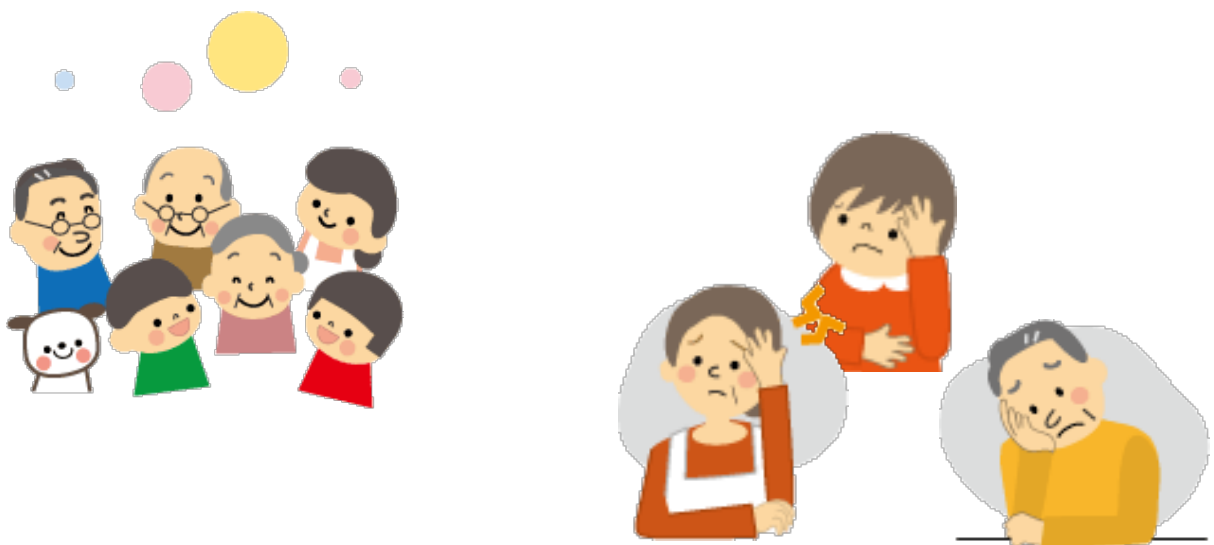
師、医師や教師など支援者の疲労やストレスはピークとなります。このように被災者でありながら支援者でもあるという方々に心身の不調が生じることが多くなります。この時期は“幻滅期”ともよばれます。

はさみじょうかくさ 《鋏状格差》

中期には、大人たちも生活の再建や回復で精一杯で、子どもの心身の状態に細やかに気付くことが出来にくく、また子どももそのような大人に不安や困難を打ち明けることが難しいものです。

また、この時期は被災地の復興が本格化する時期であり、道路や公共設備の整備など地域全体のインフラの復興が優先されます。被災者ひとりひとりの問題は相対的に重視されにくくなり、被災者の心理的問題が生じやすい時期にもかかわらず、後回しにされ見過ごされやすくなります。一部の人たちは、生活の激変に適応できなかったり、経済的苦境にあたりするかもしれません。つまり、被害の程度、もともとの経済状況、心理状況、受けている支援などにより、災害をなんとか乗り越えていける子どもと家族と、そうでない子どもと家族の格差が広がります(鋏状格差)。

『がんばろう日本！がんばろう ○○(地域名)！』などのスローガン、『日本は強い！』などのテレビCMや有名人が被災地を激励する報道などが繰り返されることは、多くの被災者を勇気づける効果があります。しかし、一方で心理的問題を抱えた一部の子どもと家族は「自分だけががんばることができていない」、「前向きになることができていない」という自責感や恥辱感を強めているかもしれません。また、「がんばるなんて無理だ!」、「苦勞も知らずに口先だけで言うな!」という憤りと孤立感を感じる場合もあります。このような激励は、被災者がますます口を閉ざすという危険をはらんでいることに支援者は敏感であるべきでしょう。



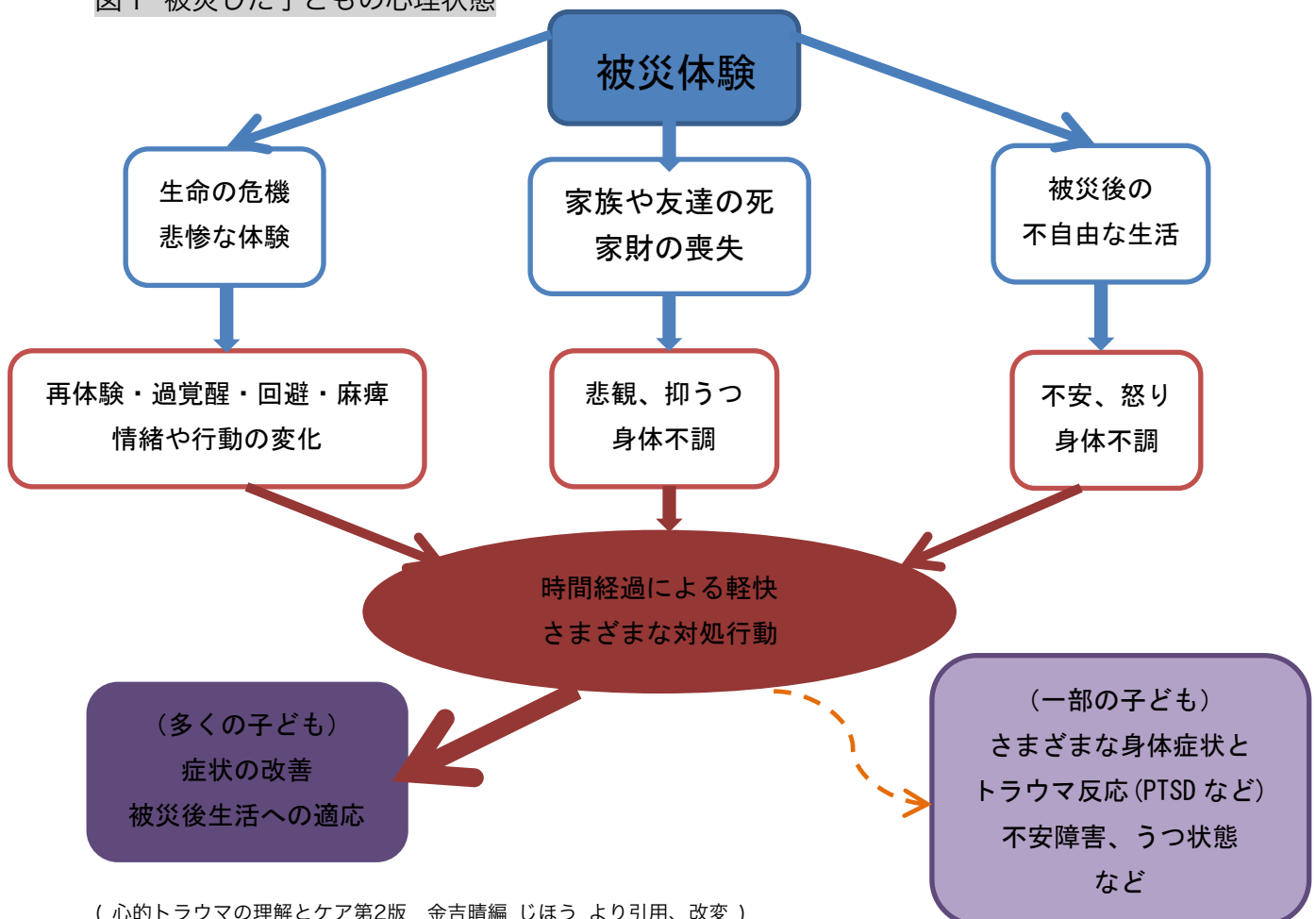
2.中長期における 子どもの心理状態

《はじめに》

災害の衝撃による破壊や喪失から回復していくことに、その程度や内容によって格差が生じるのと同じように、時間経過とともに被災の精神的ショックからの回復にも格差が生じます。被災前の生活レベルに戻っていける子どもと家族が増える一方で、その影響から逃れられない子どもと家族がいます。先に述べたように、大人が自責感や孤立感を感じていて、子どもに心身の不調があっても気付かなかったり、気付いていても隠したり、相談しないことがあります。

また災害そのものではなく、避難所や仮設住宅での暮らしなど生活の激変、被災後の不自由な生活状況から引き起こされる二次的なストレスにさらされた結果として、心身の調子を崩す子どもも出てきます。そのため、この時期の心理状態は、被災によって直接でてきた心理的問題、元来からの心理的問題、そして被災後の不自由な生活からでてきた心理的問題が入り混じって渾然一体となっています(図1)。被災以前からの心理的問題の存在を明らかにしようとする余り、被災者の自責感や罪悪感を刺激するようなことは決してしてはいけません。それらを厳密に区別する必要はなく、あいまいなままでも見守り、支援していく態度が求められます。

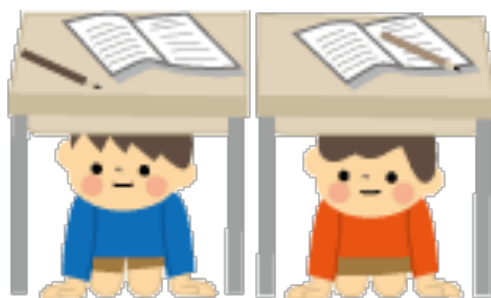
図1 被災した子どもの心理状態



(心的トラウマの理解とケア第2版 金吉晴編 じほう より引用、改変)

また元来、発達障害や精神障害などを持っている子どもに心理的問題が生じやすいことはもちろんですが、障害と診断されるほどではない発達の軽い遅れや偏りがある子どもにおいても同様のことが起こります。心理的問題が生じて相談することになった結果として、この時期にはじめて発達障害が明らかになることもあります。発見的な態度は慎むべきです。

この時期には既存の子どもの支援機関との連携がより重要となり、その後の支援や見守りのための専門機関への紹介が必要となってきます。



《被災した子どものトラウマ反応》

体験後も記憶に残り、苦しい影響を与えるような精神的ダメージをトラウマ（心的外傷）と呼びます。被災体験は程度の差はあれ、すべての被災者にとってトラウマとなりえます。

この時期の心理的問題の中心はトラウマ反応です。トラウマ反応とは、心的外傷によって生じる精神的な変調のことを指します。トラウマ反応は、個別性が高く、身体症状、情緒の変化、行動の変化、従来からの心理的問題の増悪や精神障害の発症などさまざまな表現型をとります。これらの一つにPTSD(心的外傷後ストレス障害)がありますが、悲嘆反応や抑うつ状態もしばしばみられるものです。

被災によるトラウマ反応は『異常な事態に対する正常な反応』として理解できます。子どものトラウマ反応は、過大視されることが多い一方、過小視されることもあります。その可能性を考慮しながら、見守り（観察）を続けておくことが必要です。大人と比較して、症状や特徴がはっきりしないこと、子ども自身から語られることが少ないこと、行動の変化が“わがまま”に見えることがしばしばあるからです。

最初に行うべきことは、見守りと支援です。それによって、子どもの回復力が適切に発動されれば介入の必要はありません。しかし、時間がたっても回復力が発動しないときに、診断と治療の必要が生まれ、介入が必要となることを忘れないでください。

A) 身体症状

食欲不振、腹痛、下痢、吐き気などの消化器症状や頭痛、めまいなどがよくみられます。不眠、悪い夢にうなされる、体のだるさ、息苦しさ、かゆみや湿疹などの皮膚症状や頻尿などが生じることもあります。年少児では排尿排便の失敗がよくあります。ただし、これらの身体症状はトラウマ反応に特異的ではなく、さまざまなストレスへの反応として生じることが知られており、“心身症”と呼ばれることがあります。

B) PTSD (心的外傷後ストレス障害)

被災後、生活の中に安心感や安全を得てから、1か月以上経ても、下記のような状態が続くときに診断されます(正確な診断基準は成書を参照ください)。例えば、余震が続き、避難所生活を余儀なくされているような子どもでは、まだ安心感や安全が確保できていないと考えるべきでしょう。



① 再体験症状

被災体験に関する不快な記憶が、本人の意思とは関係なく、頭の中に侵入(フラッシュバック)してきたり、嫌な夢になって繰り返されたりします。子どもは、地震ごっこや津波ごっこなどの遊びを取りつかれたように繰り返すこともあります(ポストトラウマティックプレイ¹)。きっかけもなく今まさに災害を体験しているような苦痛がよみがえったり、災害ニュースの視聴や余震の体験、大きな声への驚愕などをきっかけとし、被災時の苦痛がよみがえりつらくなったり、息苦しさ、動悸や冷汗がみられることがあります。

② 過覚醒症状

眠れない、途中で目が覚める、イライラしやすい、物音などの刺激に過敏になる、集中力が低下する、落ち着かなくなる、など気持ちが張りつめ、緊張感が高まった状態になります。それが多動や問題行動のように見えてしまうこともあります。なにげない生活音や声に激しい驚愕反応をする子どもがいる一方で、同じような苦しみを感じながらも、人混みに出かける、逆に友達と会うのを避けるといった工夫をしながら静かに耐えているために、周囲に気づかれていない子どももいます。

¹ ポストトラウマティックプレイ: 地震ごっこや津波ごっこ、荒々しい絵画など、子どもが体験したことが遊びの中に再現されることがあります。それをやめさせる必要はありません。ただし、悲惨な結末が繰り返される場合には、よい方向に遊びを向けるようにして下さい。例えば、救援や無事を遊びのテーマに持ち込んで終える、などの介入が出来るとういでしょう。

③ 回避・麻痺症状

被災体験を思い出すような状況や場面を、意識的あるいは知らず知らずのうちに避けるようになります。遊び、趣味や勉強などの活動に以前より興味や関心が向かなくなります。

また感情が麻痺したように、生き生きとした感情を持てなくなったり、時間が止まったように感じたり、夢や未来がなくなったような気がすることがあります。

こうしたことから、出かけることや登校することをおっくうに感じたり、抵抗感を感じたり、ひきこもりがちになることがあります。

C) 情緒・考え方の変化

地震や津波などの恐ろしい被災体験をすること、大切な人や物を失うことは、不安、抑うつ、無力感、怒りなどさまざまな感情を子どもに引き起こします。しかし、もっとも深刻なのは、『世の中そのものに対する基本的な信頼感』が失われることです。地震により地面が裂ける、家が倒壊する、津波が襲ってくる、慣れ親しんだ街並みが変わり果ててしまう、まわりにいた人々が突然いなくなる。このような想像すらできなかった悲惨な体験は、子どもの“この世界は安全だ”という感覚を著しく損なってしまいます。その結果、周囲の世界(現在そして未来)だけでなく、自分についての信頼や自信も低下し、無力感にさいなまれます。時に“自分のせいで災害がおこったような気がする”と思い込んだりする子どももいます。

また災害による犠牲者がいるとき、特に身近に死傷者がいる場合や死傷者数、行方不明者数が多い大災害の場合には、サバイバーズギルト²が問題となります。“助けてあげられなかった”という後悔や“自分だけが生き残ってしまった”という負い目の気持ちは、(本来は感じる必要のない)罪悪感となって子どもや家族を苦しめます。またこのサバイバーズギルトは、すでに述べた、“個人的問題を言い出しにくい”という中長期の特性と相まって、トラウマ反応に苦しんでいる子どもと家族が支援者に相談をしない傾向を強める要因になります。

また被災体験に圧倒された結果、自分を守るためにその記憶や感情を『切り離し(解離)』、まるで自分の身に起こったことではないように振る舞うことがあります。その際には、被災体験を覚えていない、ぼんやりとしている時間が多くなる、赤ちゃん返りする、などの行動がみられます。

² サバイバーズギルト: 戦争や災害、事故、事件などによって周りの人々が亡くなったなかで、奇跡的に生還を遂げた人が、自分が生き残ったことに対する罪悪感、後ろめたさ、申し訳なさなどに苛まれること。



D) 行動の変化

以下に述べるトラウマ反応として行動の問題は、健常な子どもの発達段階に一時的にみられる行動と似ているため、区別が難しいことがあります。

・ 対人関係からの孤立

悲惨な被災体験により『世の中そのものに対する基本的な信頼感』が失われた子どもは、何を信じてよいのか分からなくなり、家族や支援者に怒りをぶついたり、援助を拒否してしまうことがあります。さらにPTSDで述べたような回避症状として、人付き合いを避けるようになる子どももいます。

また“自分が昔とはどこか変わってしまった”という孤立感が生じて、対人関係が消極的になることがあります。マスコミ取材に元気に答えていた子どもでも、後にこのような孤立感を強めることがあるようです。

また実際の不便な生活変化に疲れ果てた結果として人付き合いがおっくうになっている子どももいます。

・ 集中困難(不注意)、多動・衝動性の亢進

PTSDの過覚醒症状として、不眠、イライラ、集中力の低下、落ち着きがなくなることはすでに述べました。被災後の子どもは、周囲の刺激に過剰に警戒的となり、注意散漫や衝動的とみなされることがあります。これらは、ADHD(注意欠如/多動性障害)などの発達障害の症状に似ていて、鑑別が難しいこともあります。

・ かんしゃく、反抗、非行

予期しない被災や大切な人や物をなくす体験をした子どもが、怒りを表現するようになるのは自然なことです。注意すべきことは、このようなかんしゃくや反抗は、被災とは直接関連しない日常生活の文脈(例えば、兄弟や親との口論)でしばしば表現されることです。そのために大人がトラウマ反応と気づかずに、叱りつけるだけで支持的な対応がなされない結果、子どもはいっそう反抗的になり、行動化が助長され、時に様々な非行的行動に至るといった悪循環におちいる可能性もあります。



E) 精神障害の発症 など

周囲の大人の保護機能と子どもの回復力を上回るほど、上記の子どもの情緒の変化が強く、不安感や感情が自分でコントロールできなくなると、うつ病、分離不安障害、パニック障害、恐怖症性不安障害と診断される状態となることがあります。

また行動の変化が強い子ども、特に思春期年代では喫煙や飲酒問題、性非行などが問題になることもあります。

F) その他、留意すべきこと

● 子どものトラウマ反応は、一日中みられるわけではありません

“昼間は避難所でほかの子どもとよく遊んでいる”、“家族の前では元気”、“学校では活発に活動する”、“好きなゲームに集中できている”、“好きな物をたくさん食べる”などの理由で、この子どもは大丈夫であると判断されることは少なくありません。これらの情報は、その子どもが四六時中トラウマ反応に苦しんでいるのではないという安心材料ではありますが、大丈夫と判断するには十分ではありません。その理由は、トラウマ反応が強い子どもであっても、夜間だけ、余震のときだけ、家族と離れたときだけ、家族の前でだけ、大好きなゲームや食事で気を紛らわせることができないときだけ、状況限定的に不安定になることが多いからです。

● 子どものトラウマ反応は、誰に対してもどのような状況でもみられるわけではありません

通常の精神科診療や心理臨床においても、重い精神症状を持つ子どもであっても、当初は“問題がない”と陳述したり、記載したりすることがしばしばあることが知られています。被災した子どもも、親が生活にゆとりを感じ出した頃になってはじめて、自身の心理的問題について語ることは珍しくありません。また友達の輪に入り学校で明るく振る舞う子どもが、個別に面接した時にだけ激しい感情を出したり、トラウマ反応について語る場合があります。相談相手にゆとりがある、相手が動揺しない、個別に対応してもらえると感じる状況になってはじめて語る子どももいます。

こうした点から、個別フォローが担保されていない集団アンケートや聞き取りの実施には、そのリスクについて慎重であるべきです。被災地において、トラウマ反応などのスクリーニング、調査や研究、安易なデブリーフィングが行われることの弊害は、これまでに多々報告されています。

● 子どもと家族の視点にたちましよう

例えば、怪我で入院していたが退院できるようになった、避難所から仮設住宅や親族宅へ移れるようになった、学校が再開されたなどは、通常は歓迎される生活変化です。しかし、心理的問題を抱えている子どもや家族にとっては、休息の保証が得られなくなる、避難所の仲間から物理的および心理的援助が得られなくなる、登校にチャレンジしなくてはならなくなるという負荷にもなりえます。このような体験を経ている子どもや家族には、環境の変化（それが良い方向への変化であっても）に順応する時間を与え、可能な場合は段階的に徐々に変化するように配慮をしましょう。



《悲嘆と喪失》

子ども、そして家族は被災によって大切なものをたくさん喪失しています。

大切な人々との別れがあり、大切にしていた物を失い、生活の場所が壊れ、これまでの人生を繋いできた思い出の手がかりさえ失うことがあります。

被災によって親や親戚、仲間、ペットをなくした子どももいます、転居していった仲間との別れを経験する子どももいます、大切にしていた持ち物（おもちゃや絵本やランドセルなど）を失った子どももいます、家族の思い出が詰まったアルバムやビデオなどを失った子どももいます。これらの喪失体験の感じ方は、失った対象とその子どもとの関わりの深さ、喪失場面をどのように体験したか、などによって様々です。

このような喪失体験によって生じる一連の自然な心理的反応は、悲嘆反応と呼ばれます。悲嘆反応は、喪失を受容し、その悲しみ、時には怒りや罪悪感を感じて表現し、変化した生活環境に適応していき、そして、失った大切なものを思い出としてこころの片隅におけるようになるという長い過程です。この過程には、時間と心理的ゆとりが必要であり、生活が安定する『長期』に入って初めてスムーズに進むことが期待されます。

「死」についての子どもの理解は、その年齢と発達状況により大きく異なります。幼児期には、死んでも生き返ることができると思っていることが多く、物を擬人化して認識するために「お人形が死んだ」などと考えることもあります。小学生になると、生きているものは死ぬ可能性があることは理解しますが、死が全ての人に起きることであることを理解することは難しいものです。中学生以降には、たいていの子どもは大人と同じように、「死」は生物体として永久に生命活動を失うことであると理解していますが、少数の子どもでは、まだ十分に理解できていない場合もあります。

また、“行方不明”についても、子どもの認知発達の段階によって理解度は異なります。幼児では、現実にその人がそこにいるかいないか、物がそこにあるかないかに認識は左右されます。したがって、幼児期には“行方不明”を理解して、会えないことを我慢することは難しいでしょう。



3.中長期の心理的問題への対策



《支援者の心得》

被災地の行政機能の回復に伴い、従来の精神保健サービスが再開されます。しかし、被災者が心理的問題について新たに精神科や心理臨床機関に相談を求めることは少ないと言われています。一方、この時期には不自由な生活を強いられている大人や、不眠不休で支援にあたってきた被災地の行政職員の方々の疲労とストレスはピークに達します。そのような大人の陰に、“疲れている大人を気遣って”、“被災体験を忘れようとして”、“理解されないことへの不安から”、あるいは“うまく言語化できないために”、心理的問題を抱えながらも語らずにいる子どもがいるかもしれません。特に死傷者や行方不明者が多い被災地では、サバイバーズギルトや前向きに復興に向かう地域の雰囲気にも水をさす後ろめたさなどから、このような傾向が強くなります。

被災した子どもに向きあう支援者は、心理的問題の相談を促すことが、時にその子どもと家族の罪悪感を刺激し苦しめてしまう可能性に留意しつつ、『がんばろう〇〇(地域名)!』と復興に向かう被災者の集団の中で、ひっそりと苦悩している子どもと家族に気づき、見守り、そして状況によりタイミングよく介入する、というバランス感覚が求められます。

1) 子どもの生活の様子を知ることで、気になる子どもに気づくこと

先に述べたように被災者から積極的に相談が持ちかけられることは多くありません。できるだけ避難所や地域の被災者の生活の場に出向きましょう。トラウマ反応や“こころの傷”だけに注目すること無く、実際に子どもがどのような生活をしているのか、そこにどのような苦労があるのか、あるいは楽しみがあるのかなどを具体的に知ることから始めましょう。

被災者がいざという時に相談できるように、相談のための電話番号を記載したチラシなどを配布し、できれば避難所や地域の集会所などに掲示してもらいましょう。



2) 被災した子どもと家族のニーズに応える

急性期と同様に、被災した子どもと家族がいま必要としていることや気がかりなことを現実的に解決できるような支援と情報を提供することが、こころのケアの第一歩になります。被災者にとっては生活上の不便についての悩み、体調不良、そして心理的問題を区別し相談することは困難です。例えば、避難所生活の不自由さに困り、頭痛、倦怠感や不眠に悩み、落ち込んでいる子どもと家族に、いきなりこころのケア相談を持ちかけても違和感を抱くかもしれません。具体的に仮設住宅に関する相談窓口や小児科を紹介するほうがよいかもしれません。あなたが看護師、保健師や養護教諭であれば、それぞれの日常業務の中でこころのケアの対象と思われる方と出会っても、すぐにこころのケアにつなげようとはせず、じっくり話を聞き、継続して相談に乗ってあげてください。その中で信頼関係ができた後に心理的なアドバイスも含めて行っていくことがよいでしょう。またこのような援助は、単独の支援者(外部から派遣チームを含む)では困難ですので、精神保健だけでなく地域事情に精通した保健師や行政職員などと連携してチームを結成し、助言をもらいながら行動することが必要となります。

より専門的な心理的サポートが必要な子どもと家族に対して、カウンセリングやケースワーク的対応を提供する場として、県や市町の窓口や保健センター、福祉事務所、医療機関、教育センターなどと連携した精神保健専門スタッフが常駐する相談センターが設置されていると理想的です。被災した子どもの心理的問題については、急性期と同様に「異常な状況に対する正常な反応」がやや長引いている」という前提で親の相談に乗り、トラウマ、症状、精神症状、病気、障害という言葉はなるべく使わないようにしましょう。精神科医や心理士などの専門職に時々みうけられる「専門外のことは分かりません。別で相談してください」という態度はできるだけ慎むべきです。



3) 子どもが安全、安心感、自己効力感を手に入れられるようにする

被災した子どもの心理的な問題は、現実社会の中での安全が確保され（安全）、自分が一人ではなく周りの人から守られ尊重されていることを実感し（安心感）、自分が問題を解決したり新しく達成できることがあると実感できる（自己効力感）環境の中での生活を通じて、自然に解決していくことが多くみられます。そのためには『第2章 中長期における子どもの心理状態』に記載されている一般的特徴について精通しておき、子どもがこころの中でどのような体験をしているのか理解した上で話を傾聴することが重要です。子どもが、「大人は、余計な意見を言わずに自分の話を真剣に聞いてくれる」と実感した時、自分が尊重されていると感じることができるとのことです。体験している怖い記憶や心身の不調が自分だけに起こっている

ことではないこと、いずれ治っていくことを、信頼する大人から保証してもらえるだけで、子どもは安心感を得ることができます。大人が配慮して、普段の調子が出ない子どもでも達成できるような課題を与え、それを達成することによって、子どもは自己効力感を感じることができます。もちろん、“話したいことを聞いてもらえる”と同時に、“話したくないことについては話さなくてよい”、“根掘り葉掘り質問されない”とその子どもが感じるような姿勢が大切です。

強いトラウマ反応を生じている子どもを持つ親の場合、子どもへの対応の苦労はもちろんです。親自身が強いトラウマ反応を有することがよくあることに留意しましょう。このような場合には、親への援助が、子どもへのもっとも効果的な援助になることがあります。子どもにとって身近な大人が、困難な状況にあっても安心感と自己効力感をもって生活している様子を見ることで、子どもも大きな安心感を得ることができるからです。

また被災者がトラウマについて語るときには感情が高ぶり、混乱することがあります。落ち着いた状態に戻ってから面接を終了できるように(特に初回面接は1時間程度の)十分な時間を確保しておきましょう。また、周囲に会話内容が聞かれないようなプライバシーに配慮した空間を準備しましょう。

4) 自分の対処すべき範囲について知っておくこと、紹介すること

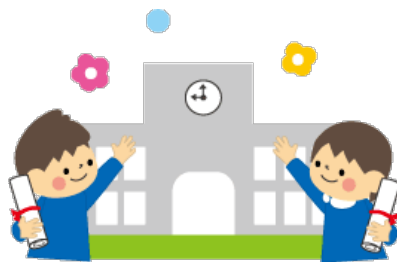
心理的問題を抱える子どもと家族に対して、精神科医療や心理治療をすすめるかどうかは難しい判断です。これはトラウマ反応の激しさについての評価が難しく、ここから先は専門家に任せるべきという線引きが明確でないためではありません。治療を受けることへの子どもと親の思いを最優先にしながらも、紹介機関の受け入れ状況を考慮し、さらに家庭の保護機能や子ども自身の回復力による改善可能性などを総合的に判断する必要があるからです。しかし、食欲がなく体重が減少している時、不眠が続いている時、強いPTSD症状や解離症状が続く時、自殺念慮がある場合などには、(支援者であるあなたが経験ある精神科医でないなら)対応できる精神科医療機関や心理臨床機関を紹介すべきです。自分のチーム内で抱えすぎないように連携を重視しましょう。このような子どもを見いだしてからあわてて紹介機関を探すことのないように、チームの活動初期から紹介できる機関を把握しておきましょう。被災状況や地域事情によっては、紹介できる機関がない、またはほとんどないという状況があるかもしれません。そのような場合であっても、電話などを利用して専門家からスーパーバイズを受けることができるように事前に準備しておく必要があります。

5) 子どもには「あたりまえの発達課題」があることを忘れないこと

被災後の生活状況は子どもにより様々ですが、どのような状況においても、子どもは成長発達の最中にある存在です。例えば、就学に際しては、家族から離れる寂しさに耐え、同世代集団に参加する不安を克服し、そこに楽しみを見いだすということが、その時期の課題となるでしょう。その意味で、入学式や卒業式、受験や課

外活動の大会などの行事への参加は、子どもが自分を確かめる道しるべとなり、その時期の発達課題を乗り越えるよい機会となります。心理的のみならず物理的・経済的負担を考慮したうえで、可能な範囲で参加することが大切です。被災後においては「こんな時だから」と大人が行事を自粛し過ぎることは、子どものあたりまえの発達課題を妨げることとなってしまいかねません。行事を通じて、それまでにできなかったことができるようになったり、目標を達成できた時、「こんな状況にもかかわらず、自分はできた」という自己効力感が子どもの自尊感情を高め、トラウマ反応へのケアとしても有効に働くことが期待できます。

逆に大人が被災前と同じ体験をさせようとして、トラウマ反応により疲弊している子どもには乗り越えられないような高い目標を設定してしまうと、それを達成できない子どもは、自己効力感を損ねてしまいます。あくまで、子どもが達成できる柔軟な目標であることが必要です。



6) 支援者自身が2次的被災者であることを自覚すること

どのようなかたちであれ、被災者の援助に関われば自らも深く傷ついていることを意識しておくべきです。特に、支援者自身が被災者でもある場合には、知らず知らずのうちに疲労やストレスが蓄積しやすく、トラウマ反応が生じたり、バーンアウトするリスクが高まります。疲れの自覚の有無にかかわらず定期的な休暇を取ること、常に支援における体験や苦勞をチーム内で語りあい共有しておくことが必要です。そして、支援者が自分の気分転換をすることは、決して不謹慎なことではありません。

コラム ～被災した子どもに言わないほうがよい言葉～

- 「頑張ろう」
⇒「あなたは頑張っていない、まだまだ頑張りが足りない」と言われていると受け取られる可能性があるため
- 死んでしまった〇〇君、〇〇さんの分も頑張って生きよう。
- 天国の〇〇も応援してくれているはずだよ。
- あなたが泣いていたら、天国にいった〇〇君が心配するよ。
⇒サバイバーズギルトを刺激して、苦しめてしまうかもしれないため
- 元気そうだね。
- あなたが前向きにならないといけないよ。
⇒弱音を吐くな、困っていても相談をするなというメッセージになりえるため

【参考文献】

「サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版」 (Psychological First Aid ; PFA)

(PDFファイル A4 88ページ) <http://www.j-hits.org/psychological/index.html>

アメリカ国立PTSDセンターと、アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが開発した、詳細な“災害、大事故などの直後に提供できる、心理的支援のマニュアル”です。兵庫県こころケアセンターが日本語版を作成されており、自由にダウンロードできるようになっています。“特別な治療法でなく、少しの知識があれば誰にでもできる、こころのケガの回復を助けるための基本的な対応法を、効率よく学ぶためのガイドです。それぞれのご専門、お立場、ご経験、あるいは現場のニーズに応じて、必要な部分だけを取り出して学んだり、使ったりすることができます。精神保健の専門家の方ももちろん、災害や事故の現場で働く可能性のある一般の方々にも、学んでいただける内容です”と紹介されています。

『心的トラウマの理解とケア 第2版』 金吉晴編じほう

350ページにわたる本邦の専門家の方々が書かれた詳細なトラウマ反応、PTSDに関する専門書です。自然災害や子どもトラウマについての項もあり、子どものトラウマの評価尺度や支援者ストレスチェックリスト、災害時配布用のパンフレットの見本などの付録も充実しています。ポケットに入れて携帯することが可能な大きさの本です。

『災害の襲うとき-カタストロフィの精神医学』 ビヴァリー・ラファエル 著 みすず書房

