

連載



はじめの一步



第 11 回

自然災害によってトラウマを受けた子どもとその家族のアセスメントと治療(下)

Kasia Kozłowska ^{*1} Elliot Bronwen ^{*2}^{*1} The Children's Hospital at Westmead, The University of Sydney / 児童精神科医 ^{*2} 開業ソーシャルワーカー

訳・矢郷哲志 Yago Satoshi

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科小児・家族発達看護学

はじめに

本連載第10回では、自然災害によってトラウマを受けた子どもとその家族のアセスメントと治療における、基本的原則と人間のストレス調整システムについて概説した。

本稿では、災害後のアセスメントと治療における、より実践的・具体的なアイデアについて取り上げる。

トラウマを受けた子どもとその家族のアセスメント

災害後のアセスメントにおいては、環境をアセスメントし家族が必要とするサポートを明らかにすること、そして特にリスクの高い親子を同定することの2つのタスクがある。

環境のアセスメント

災害直後の最初の課題は「生存」である。人々は、清潔な水、食料、避難所、そして適切な衛生設備を必要とする。子どもは養育者を必要とする。子どもは大人と比較して、脱水、低体温、感染症に対してより脆弱である。

外傷を負った人は医学的な治療が必要となるであろう。親が負傷してしまった場合には、その子どもを世話するほかの親が必要となる。災害後に、親と子どもが分離してしまうことは少なくない。この時期における分離は、子どもと親の両者にとって、動揺を高め、悪い結果につながるリスクを著しく増加させる。親子の分離が避けられない状況においては、しっかりと記録を残し、その親子の状態を追跡していく。また、分離後に子どもたちが不適切な親のもとに保護されてしまった場合には、子どもたちをさらに危険な状況におくことになる。家族が子どもの世話をできない場合に、子どもを保護するためのシステムが必要である。

長期的な問題をかかえるリスクのある母子の同定

子どもの生死は親に依存している。そのため、子どもと親を同時にアセスメントしなければならない。真っ先に優先され緊急性を要するのは、医療ニーズがあるにもかかわらず、それが見逃されている親子である。

次に優先されるのは、災害のトラウマによって、親としての機能が停止し、子どもの世話が困難になってしまった親子である。その場合、親は、子どもの暖をとる、



食事を与え、子どもとのつながりを維持することができなくなってしまっている。そういった親は静かで目立たないために、医療スタッフから往々にして見過ごされてしまう。このような場合、子どももまた子どもとしての機能を停止させてしまっている。子どもは静かで周囲に関心を示さないかもしれない。子どもは泣き叫ぶ気力もないため、声を上げて泣くこともない。食事は不足し、脱水状態に陥っているかもしれない。親自身が機能停止状態であるために、子どもの成長を観察し、問題があると認識する余裕がないかもしれない。子どもの哺乳量がふだんより少ない場合、あるいは子どもが哺乳に関心を示さない場合には、注意する必要がある。

第3のグループは、子どもが非常に不安定で、親が子どもをなだめることに困難を感じているような親子である。子どもは非常に長い時間、泣いてぐずり、親は子どもから片時も離れることができない。たとえごく短時間であっても、親がそばを離れると、子どもは強く動揺してしまう。子どもは常に緊張状態にあつて、警戒心が強く、落ち着くことが困難であるかもしれない。いらだち、怒りを露わにする親の子どもは、非常に動揺し、不安定である可能性が高い。そのような親には、早急にサポートが必要である。親が落ち着きを取り戻し、ストレス調整システムを下方制御することができれば、子どもも同様に徐々に落ち着きはじめるであろう。ただし、不安定な子どもは何か痛みをかかえている場合があることも忘れてはならない。そのため、外傷やそのほかの健康上の問題がないかを確認することが重要である。

親が災害のような抗しがたい経験をした場合に、子どもの危険察知能力にも影響が及んでいる。親は、実際には危険ではない物事に対して過剰な関心を寄せてしまう一方で、子どもの脅威となるような危険を見過ごしてしまうこともある。災害以前に十分な世話を行っていた親ほど、災害が起こった後も、何とか同様に適切なケアが行えるように努力しようとするであろう。親にメンタルヘルスの問題、薬物乱用、夫婦不和、そして家庭内暴力の過去がある場合には、子どもの保護が適切に行えないリスクが高まる¹⁾²⁾。そのような問題に苦しんできた親は、災害後によりいっそう状況が悪化する危険性が高い。さらに、親が、これまで自分を支えてくれた家族や地域の人々を失ってしまった場合に、養育的な機能がさらに

障害されることになる。

臨床的アセスメントに必要なスキル

ここで、親子を適切にアセスメントするために重要な鍵を、手短かに列挙する。親と子どもを個別に、そしてその関係性をアセスメントしなければならない。そのため、子どもと親の双方、さらには両者の間で行われる相互作用を常に観察することが重要である。親がどのように子どもに反応しているか、どのように子どもを抱いているか、子どもが泣いたときにどのように反応しているかに注意を払う。

親に対する質問としては以下の事柄があげられる。

- 睡眠はどうか(十分な睡眠がとれていますか? 寝つきが悪いですか? 睡眠が中断されることがありますか? 目覚めはすがすがしいですか? 夜泣きをした子どもを寝かしつけた後で、再び眠りにつくことができますか?)
- 食欲はどうか(定期的に食事は食べていますか? 食事の習慣や食欲に変化はありましたか? 食事が少なすぎたり、多すぎたりしませんか?)
- 消化器系に不快な症状はないですか(胃痛、嘔気、便秘、下痢はありませんか?)
- どのような気分ですか(疲れて落ち込んでいませんか? 自分自身に対して安心感がありますか? いらだち、悲しみ、不安、希望、あるいは失望がありますか?)
- 活力はありますか(あまりにも疲れていて、日々をやり繰りしていくことが困難だと思いませんか? 子どもを世話するために必要なことを行えますか? 子どもと遊ぶ気力がありますか? 過度にエネルギーで、常に動き回っているということはありませんか?)
- 子どもの世話を助けてくれる人は誰かいますか?

次に投げかける質問は直接的に災害に関することである。これらは困難な質問であり、尋ねるのが適切でない場合もある。その場合には、子どもに関する質問に移行する。

- 災害以降、困難な事柄に対処するために、何が助け



となりましたか(生存しているということだけでも、ある程度、何かをうまく処理したことを意味している。どのようにして困難な状況に対処したかを明らかにすることは、被災者のモチベーションを高め、戦略を構築する手助けとなる)

- 災害があなたに影響し続けていることを示す徴候がありますか(明らかな理由がなく涙が出る、突然災害のフラッシュバックが起こる、目の前に危険が迫っていない状況においても恐怖反応が誘発される、など)

子どもに関する質問としては以下の事柄があげられる。

- 子どもの睡眠、哺乳、排便はどうか？ 哺乳や食事に関する子どもの習慣に変化はありましたか？
- 子どもはよく泣きますか？ 泣く頻度はふだんより多くなりましたか、少なくなりましたか？
- 子どもが疲れていたり、興奮しているときに、落ち着かせるためには何が有効ですか？

支援者は親とは話ができるが、子どもと話すことは不可能である。しかし、子どもを観察すると、その行動はわれわれに多くのことを教えてくれる。時に、親が語ることで、支援者が観察する内容とが食い違う場合がある。これも重要な情報となる。親が、子どもの反応は機敏で幸せそうに見えると話したとしても、支援者には、子どもの感情が平板で苦しんでいる状態であると映るかもしれない。また、親が子どもの世話をうまくやり繰りしていると話していたとしても、実際に親子を観察すると、非常に悲しげな表情を浮かべている場合がある。支援者は、自分の目で親子を観察することが必要である。

気がかりな観察所見やテーマ

次にリストアップされた6つのテーマは、アセスメントの段階において、親の語りから、あるいは支援者が親子を観察するなかで、気がかりとなる内容である。

- ① ストレス調整システムが活性化されていることを示唆する徴候
- ② 親の語りと子どもの様子がかみ合わない、語りのなかの情報の矛盾

- ③ 子どもの発達の遅れや発達スキルの退行
- ④ 親の語りの一部の欠落(トラウマは、実際に語られる内容よりも、語りから欠落した内容のなかに示される場合が多い)
- ⑤ 親が、子どもの安全を維持できないことを示す徴候
- ⑥ 災害以前の困難な人生経験(アセスメントの際には、生い立ち、家族内の不和、家庭内暴力、虐待、親の喪失体験、生命が脅かされるような疾患の有無などに注意を払おう)

トラウマを受けた子どもとその家族の治療

治療には次の4つの基本的なステップがある。

1) 治療ステップ1；基本的な生存のための介入

第1のステップは公衆衛生レベルの介入である。多くの国々は災害計画を策定しており、それらが災害直後に展開される。介入の目的は、避難所、食料、衛生的な水、そして基本的な医療支援を提供し、人々の生存を維持することである。

2) 治療ステップ2；日常を再構築する

この時点で被災者は、避難所か親族などのもとに身を寄せて生活している。治療ステップ2の主要な目的は、朝に目覚め、夜に眠りにつき、生き残った人々とかわりもち、そうした人を慰めたり、逆に慰めてもらったり、被災現場を片付け、修理するプロセスを開始するといった、日常を再構築することである。人々は積極的に生活を立て直し、有能感を取り戻すことが求められる。そして、活動的に自らが直面している多くの課題に取り組まなければならない。この段階は、特に子どもたちにとって重要である。子どもたちのために学校を再開し、歌や運動、演劇といった活動を行うグループを立ち上げることが非常に重要である。活動に積極的に参加することで、子どもたちの回復を手助けすることができる。大人も子どもも、人生に目的をもち、復興のプロセスに積極的にかかわっていかなければならない。

3) 治療ステップ3；他者とのつながりを再構築する

被災者の多くは、大切な家族を失っている。他者との



つながりを再構築することは、回復の過程において非常に重要なステップである。そうすることで被災者は、他者と共に涙を流し、死を悼むことができる。支援者は、被災者同士がつながりを構築するための活動をサポートする。例えば、避難所で暮らす人々にとって、大人も子どもも一緒に取り組むことができるようなグループ活動に参加することは、他者とのつながりを再構築するためには最善の方法である。それ以外には、瞑想、合唱、体操をグループで行うことなどがある。人と人とのつながりを再構築することは、治療ステップ3における支援者のゴールである。

4)治療ステップ4；ストレス調整システムのスイッチをオフにする

災害直後において、われわれは、ストレス調整システムのスイッチをオンにしておく必要がある。そうすることで、われわれは自分自身を守り、被害を免れて安全を確保するためのエネルギーを使うことができる。しかし、ひとたびトラウマが過ぎ去り、安全が確保された段階では、そのストレスシステムのスイッチを切ることが必要になる。被災者のなかには、特に、災害以前にトラウマにさらされた経験のある人々にとっては、ストレス調整システムを切ることが困難な場合もある。その場合、心身は酷使され、身体的・情緒的な症状を示すことになるのである。治療ステップ4は、親のストレス調整システムのスイッチを切る手助けをするための介入である。

すでに避難所、食料、そして基本的な医療ケアは提供されている。親が滞在している避難所においては一定の生活リズムが構築され、皆が睡眠をとり、決まった時間に食事をとり、子どもたちは毎日学校に通っている。親は、地域の寺院などが主催する集まりに出席し、犠牲になった家族を思って涙を流し、悲嘆のプロセスを始めている。親はまた、同じ避難所に滞在するほかの女性とも知り合いになり、夜に子どもたちが眠りについた後で、親同士が集まり談笑している。すなわち、親と周囲の人々とのつながりが確立している状態である。多くの場合、こうしたサポートが十分にあれば、親のストレス調整システムは徐々に下方制御されていく。さらにこのプロセスを促進することができる具体的な介入方法がある。例えば、ヨガ、リラクゼーションのトレーニング、そして

瞑想などに用いられる呼吸法を教えることである³⁾⁻⁶⁾。呼吸の速度を落とし、ゆっくりと時間をかけて息を吐くことによって、副交感神経が活性化される。歌うこと、合唱することもまた同様の効果が得られる。身体を動かす活動に参加することも有用である⁴⁾。ヨガは、運動と呼吸法の両方のテクニックを含み非常に有効である。ひとたび親が平静を取り戻すことができたならば、次に親は、子どものストレス調整システムのスイッチをオフにする手助けをする。親は、子どもの世界を守り、ルーチンを与え、十分な食事と睡眠を保障する。子どもを優しく揺り動かし、トントンと軽くたたいてやり、そつと撫で、鼻歌を歌い、身体的にふれ合うことができる。これらすべての簡単なアクティビティは、副交感神経を活性化し、子どもがストレス調整システムをオフにするようにはたらき、「成長する」という子ども本来のタスクに進むのを支援することができる。

トラウマ直後にはどのような介入を避けるべきか？

一般的に実践されていながらも、危害を及ぼすことが示されている介入が数多く存在する。特に、トラウマ直後にカウンセリングやデブリーフィングを行うことは有益ではない。このような介入は、かえってストレス調整システムを上方制御してしまう可能性がある。カウンセリングやデブリーフィングは、生存や日常の再構築といった主要課題から生存者の注意を逸らしてしまう。トラウマの直後には、生存、そして对人的なつながりや社会構造の再構築を促進する活動に従事することが重要である。

トラウマに特化した介入はいつ必要とされるか？

親の症状が被災後3～6カ月以上持続している場合には、その領域に精通する専門家と共に、トラウマに特化した、より具体的で細やかな介入が必要とされる。大人(そして子ども)に対する介入には、認知行動療法(cognitive behavioral therapy ; CBT)⁷⁾、眼球運動による脱感作と再処理法(eye movement desensitization and reprocessing ; EMDR)⁸⁾、タッピング療法⁹⁾などがあげられる。瞑想やマインドフルネス^{註)}に基づいた介入も頻

繁に用いられる。トラウマ特有の介入は非常に専門性が高いため、ここでさらに深く議論することはしないが、このテーマに関してはほかにも豊富な文献がある¹¹⁾⁻¹³⁾。過去にトラウマ経験がある大人は、より特殊な治療を必要とする可能性がある¹⁴⁾。新たなトラウマは、幼少期の性的虐待、家庭内暴力、いじめ、幼少期のアタッチメント表象の喪失などのような過去のトラウマを活性化させることがあり得る。

支援者自身の自己管理

トラウマを受けた人々とかかわることは、非常につらい仕事となり得る¹⁵⁾。彼らの語りを聞くことや、情緒的に結びつこうとすることは、支援者に大きな影響を及ぼす可能性がある。人間の身体は、他者の身体の非言語的なシグナルに反応する¹⁶⁾。また、人々の痛々しい語りを忘れることは困難である。被災者がそうであるように、支援者の睡眠もまた障害され、ストレス調整システムが活性化する。支援者自身が過去にトラウマ経験がある場合には、それらの過去の出来事に関連した記憶や感情が再び活性化され、再度支援者に影響を及ぼす可能性がある。支援者自身が、あるいは支援者の愛する人々が自然災害の犠牲となっていたとしたら、他者に支援の手を差し伸べる前に、自分自身を癒す空間をもつことが必要である。トラウマとかかわる仕事は、一人の力ではできない。チームのメンバーが互いに助け合って行う仕事である。被災者に勧めているさまざまな自己管理、自己調整のための戦略を、支援者自身が実践することも重要である。自分自身をケアすることができてこそ、他者をケアすることができるのである。

本稿が、トラウマを受けた子どもとその家族にかかわる専門職の実践の一助になれば幸いである。

註) マインドフルネス：瞑想や呼吸法などを取り入れた介入技法と、それによってもたらされる心理状態(意図的に、今この瞬間に、価値判断をすることなしに、注意を向ける¹⁰⁾)をさす。第3世代の認知行動療法に取り入れられ、抑うつなどへの効果が研究で実証されている。

【文献】

- 1) Bogat GA, DeJonghe E, Levendosky AA, et al : Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl* 30(2) : 109-125, 2006.
- 2) McDermott BM, Cobham VE, Berry H, et al : Vulnerability factors for disaster-induced child post-traumatic stress disorder : the case for low family resilience and previous mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 44(4) : 384-389, 2010.
- 3) Brown RP, Gerbarg PL : Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression : part I-neurophysiologic model. *J Altern Complement Med* 11(1) : 189-201, 2005.
- 4) Gordon JS, Staples JK, Blyta A, et al : Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups : a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 69(9) : 1469-1476, 2008.
- 5) Descilo T, Vedamurtachar A, Gerbarg PL, et al : Effects of a yoga breath intervention alone and in combination with an exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression in survivors of the 2004 South-East Asia tsunami. *Acta Psychiatr Scand* 121(4) : 289-300, 2010.
- 6) Gerbarg PL, Wallace G, Brown RP : Mass disasters and mind-body solutions : evidence and field insights. *Int J Yoga Therap* (21) : 97-107, 2011.
- 7) Harvey AG, Bryant RA, Tarrier N : Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 23(3) : 501-522, 2003.
- 8) Pagani M, Högberg G, Fernandez I, et al : Correlates of EMDR Therapy in Functional and Structural Neuroimaging : A Critical Summary of Recent Findings. *Journal of EMDR Practice and Research* 7(1) : 29-38, 2013.
- 9) Church D, Hawk C, Brooks AJ, et al : Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques : a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 201 (2) : 153-160, 2013.
- 10) Kabat-Zinn J : *Wherever you go, there you are : Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion, New York, 1994.
- 11) Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, et al : A developmental approach to complex PTSD : childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 22 (5) : 399-408, 2009.
- 12) Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, et al : Treatment of complex PTSD : results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 24(6) : 615-627, 2011.
- 13) Cloitre M, Courtois CA, Ford JD, et al : The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. 2012. http://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ComplexPTSD.pdf (最終アクセス2016.4.15)
- 14) Copeland WE, Keeler G, Angold A, et al : Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 64 (5) : 577-584, 2007.
- 15) Pross C : Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture* 16(1) : 1-9, 2006.
- 16) Iacoboni M : *Mirroring People : The New Science of How We Connect with Others* New York : Farrar, Straus and Giroux, 2008.