



TOHOKU  
UNIVERSITY

東北大学大学院教育学研究科 震災子ども支援室 “S-チル”

## 講演会報告書

# 東日本大震災後の 子ども達への支援

～8年間の診療と研究からみえるもの～

震災子ども支援室は、ある個人の年1200万円10年間の寄附を原資とし、  
その他多くの方々の寄附をいただいで活動しています。

平成31年2月

東北大学大学院教育学研究科  
震災子ども支援室 “S-チル”



震災子ども支援室“S-チル”  
第10回東日本大震災後の子ども支援  
講演会報告書

「東日本大震災後の子ども達への支援」

～8年間の診療と研究からみえるもの～

平成31年2月

東北大学大学院教育学研究科  
震災子ども支援室“S-チル”

# 目 次

1. 開会の辞 .....	1
東北大学大学院教育学研究科長 工藤与志文	
2. 子どもたちの“言葉”を聴く .....	3
東北大学大学院教育学研究科震災子ども支援室長 加藤 道代	
3. 講演 東日本大震災後の子ども達への支援 .....	5
～8年間の診療と研究から見えるもの～	
岩手医科大学神経精神科学講座講師	
いわてこどもケアセンター副センター長 八木 淳子 氏	
4. 質疑応答 .....	42
5. アンケート集計 .....	48

## 開会の辞

東北大学大学院教育学研究科震災子ども支援室“S-チル”は、平成23年より、被災された子どもたちの心のケアや保護者に対する支援を中心に活動してまいりました。これまで多くの方々にご協力をいただき、今日まで活動を継続することができたと考えております。この場をお借りしまして、あらためて感謝申し上げます。S-チルは活動の一貫として、定期的に研修会やシンポジウム・講演会等を開催し、震災支援関係者に対する情報提供・情報交換の場を設けてまいりました。第10回となります今回の講演会は「東日本大震災後の子ども達への支援」と題して、岩手医科大学の八木淳子先生に再びご登壇いただき、震災後8年間の臨床実践と被災地コホート研究の知見をご紹介します。

まもなく震災後9年目に入りますが、これまでの支援のあり方をいろいろと見直す時期に来ているのではないかと思います。今後の継続的な支援に関する考えを深める機会として、この講演会を活用していただければ幸いです。



東北大学大学院教育学研究科長  
工藤与志文

## 子どもたちの“言葉”を聴く

東日本大震災から1年後の平成24年3月、震災子ども支援室は八木淳子先生をお呼びしてご講話いただきました。当時、先生は、岩手県宮古児童相談所で継続的に子どもたちの相談を行っていらっしゃいました。児童精神科医の立場から、震災後の子どもの姿をどう理解すればよいのかという、身近な大人に必要な視点について、大変具体的でわかりやすくお話を下さり、会場に集まった多くの支援者たちが聴き入りました。先生のご講話は、今後、どの時期に思い返してもきっと貴重な指針になるだろうと心に留めたものです。



震災から8年がたち、この間に、先生は岩手医科大学いわてこどもケアセンター副センター長として、子どものこころのケアの最前線に携わり、震災後の子どもや家庭にかかわる研究も積んでおられました。そこで、是非とも八木先生を再度お迎えし、この間の豊富な臨床経験と調査データを元に、子どもたちの“言葉”を伝えていただきたいという思いから、今回の講演会となりました。当日は、時間の中でトラウマ体験が子どもに与える様々な悪循環、適応困難な子どもの問題に関して、愛着、トラウマ、発達特性の3つの観点を見分ける多角的な見立てや包括的な支援、その他にも豊富な知見をお示しいただき、臨床現場に働く方々が繰り返し大きく頷かれていたのが印象的でした。

震災時、10歳だった子どもは18歳に、15歳は23歳になりました。生まれたばかりだった子どもたちは8歳です。子どもたちの発達段階や環境によって、それぞれの時の流れは決して一様ではないでしょう。震災とその後の体験も、子どもたちごとに違ったインパクトを与えている可能性があります。そして、子どもたちの表出の仕方もまた、個々に異なるでしょう。あの大きな出来事を表す言葉を持たない子ども、言葉を失った子どもがいても不思議ではありません。そうした子どもたちが、出来事を呑み下し消化し、自分の言葉を産み出していく過程は、決して容易なことではないはずですが、多くの大人は、その傍らで何をしてあげればよいのかと不安を抱えます。

しかし、先生が私たちに伝えて下さった子どもたちの姿は、単に弱々しく大人の庇護を求めるだけの存在ではありませんでした。深刻な体験をまるごと受け止めることになった子どもたちが、こんなにも自らの力を尽くして精一杯に成長していくのだということに、気持ちが揺さぶられる思いです。

平成30年度は災害の多い年でした。日本が常に災害と隣り合わせに生きていることを痛感させられます。また社会には、災害にかかわらず、自ら選択も抵抗もできない環境の中に“言葉”を失って生きている子どもたちがいます。どうかどの子どもたちにも、日々の安らぎが訪れますようにと願うばかりです。

令和元年6月

震災子ども支援室 “S-Child”  
室長 加藤 道代

# 講演

## 「東日本大震災後の子ども達への支援」

～ 8年間の診療と研究からみえるもの～

八木 淳子 氏

### 講師プロフィール

福島県立医科大学医学部卒 岩手医科大学医学部大学院修了  
児童精神科医(子どものこころの専門医)  
山形県立中央病院、岩手医科大学附属病院、  
宮城県子ども総合センター、盛岡少年刑務所・盛岡少年院  
もりおかこども病院等に勤務を経て、  
現在、岩手医科大学医学部神経精神科学講座講師  
いわてこどもケアセンター副センター長  
盛岡少年刑務所嘱託医  
(発達障害と近接領域プログラム・アドバイザー)

皆さんこんにちは。ご紹介いただきました八木と申します。本日は『東日本大震災後の子どもたちへの支援』8年間の診療と研究から見えるもの、ということでお話しさせていただきます。加藤先生からは、私が経験してきたこと、どんなことを話してもよい、とのことでしたので、私が診療と研究を通して気がついたことですか、トラウマ治療・支援をする上で皆さんに知っておいていただきたいことなどをお伝えできたらいいなと思っています。ただ、かなりたくさんスライドを持ってきてしまったので、飛ばしながらいきたいと思います。よろしくお願いたします。



自己紹介です。私の臨床の場は、岩手医大の附属病院と「いわてこどもケアセンター」という児童精神科クリニックです。いわてこどもケアセンターというのは、加藤先生がご紹介くださったかと思いますが、東日本大震災の子どもたちの心のケアをすることで、県が2013年5月に岩手医大に事業委託して開設したものです。もう一つ、自己紹介です。私は絵本が好きで集めておりまして、自宅に絵本部屋があります。

<p>岩手医科大学 医学部附属病院</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● 一般精神科急性期病棟 (70床 閉鎖)</li> <li>● 児童精神科専用病床はなし</li> <li>● 児童思春期患者の入院は常時数例</li> </ul>	<p>岩手医科大学 いわてこどもケアセンター 児童精神科クリニック</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● 東日本大震災後の子どもたちのケア</li> <li>● 2013年5月開設</li> <li>● 県内初の児童精神科専門医療施設 (精神科医4名 総勢20名のスタッフ)</li> <li>● 現在は大学病院の児童精神科外来として機能</li> </ul>
--	---

### なぜ、子どもたちを支援するのか

石井桃子さんの言葉に、次のようなものがあります。『子どもたちよ、子ども時代をしっかりと楽しんでください。大人になってから、老人になってから、あなたを支えてくれるのは子ども時代のあなたです。』石井さんが2001年にご自分で書かれたもので『石井桃子のことば』という薄い本に載っています。私は、本当にその通りだなと思っていて、子どもたちを支援する上で、この言葉が意味することへの思いが自分の臨床を支えているな、と思います。なぜ子どもたちを支援しないといけないか、ということ考えたときに、目の前の、大人になったその人の状態(症状)の成り立ちには、その人の子ども時代が大きく影響している、人生を左右する、ということがあるからです。

### BACK on Track !

だからこそ、Back on <sup>バック オン</sup> Track (軌道に戻す) なのです。子どもたちは、発達し続けるプロセスを生きていますので、子どもにとって震災からの復興 = (イコール) 「元に戻る」ということではなくて、発達しながら、復興のプロセスも歩んできた、ということになるのですね。発達に何らかの困難を抱えることになったとしても、その後の介入でいかに軌道修正を

するか、仮に山道の横道に逸れるようなことがあっても、そのまま遭難してしまうのではなく、元来た山道に バック オン トラック Back on Track していけるような手伝いができるように、というふうに思っています。

## 本日お話しすること

自己紹介はここまでにして、これからお話しさせていただくのは、まずは東日本大震災後の岩手県の子どもの心のケアシステムの話をして、それから、震災トラウマと子どもの発達についてお話をし、中長期のケア、特にトラウマケアについて、皆さんに知っていただけたらと思っています。後半の事例についても聴いていただきたいので、なるべく前半は飛ばしていきたいと思えます。

### Back on Track!

- 子どもは発達し続けるプロセスを生きている。
- 子どもにとって、震災からの復興=元に戻る、ではない。
- 発達に何らかの困難を抱えることになったとしても、その後の介入でいかに軌道修正を試み、成長発達を支えるか。



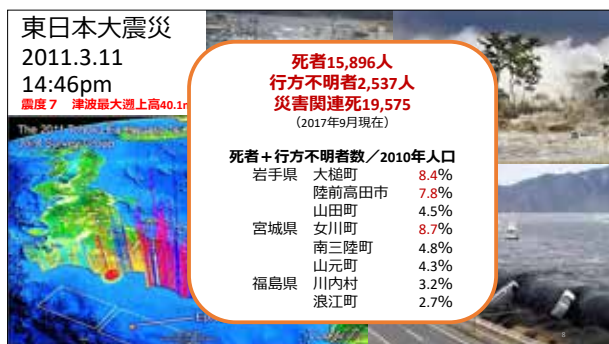
### 本日お話しすること

1. 東日本大震災後の岩手県における子どものこころのケアシステムの構築（医療）
2. 震災トラウマと子どもの発達
  - ① ト라우マが子どもの発達に与える影響
  - ② 診療データから
  - ③ コホート調査結果から
3. 中長期のケア ～子どものトラウマケア～
4. おわりに

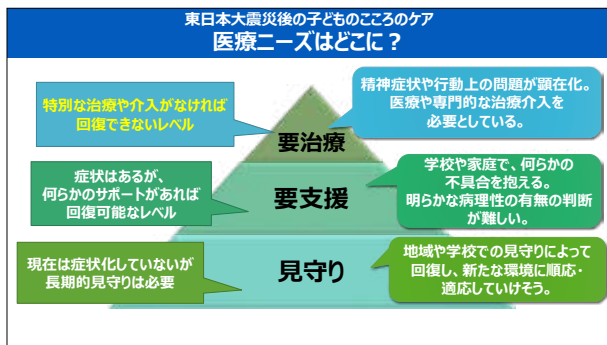
# 1. 東日本大震災後の医療現場における支援活動

## 子どもの心のケアシステムの構築

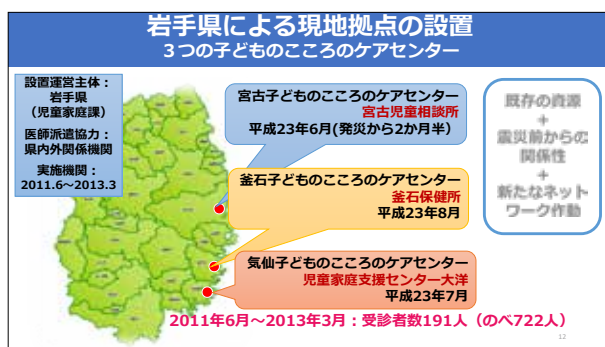
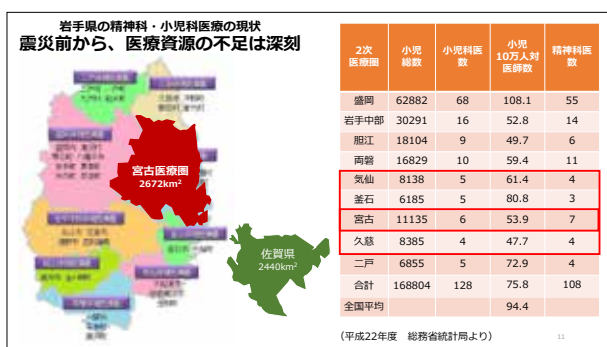
東日本大震災では、スライドのように、たくさんの方が亡くなって、大切なものを失くした子どもは数知れずいたと思います。そういう中で、最初に私たちが考えたのは、こういった医療ニーズ（要医療）、私は児童精神科医ですので、医療ニーズがどこにあるのかということを中心に模索しながら、そして、全体的としてはどんなふうにして支援を展開する必要があるのか、ということを考えてやってきました。すべての子どもに「見守り」は必要だとしても、なんらかの症状はあるけれどある程度支援をすればなんとかなる、「要支援」レベルの子どもには、スクールカウンセラーや先生と協力しながらやる支援するということ。そして明らかに専門的な治療をしなければ回復しない層に該当する子どもも一定数存在する、ということを目測して、こういった多層構造モデルのネットワークを構築してきました。まさにこの通りにやって来ることができたのだなあ、と振り返っているところです。



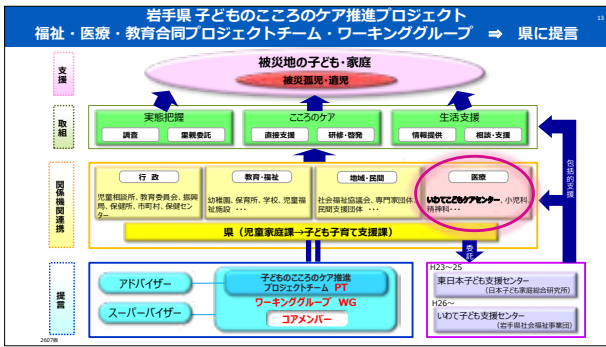




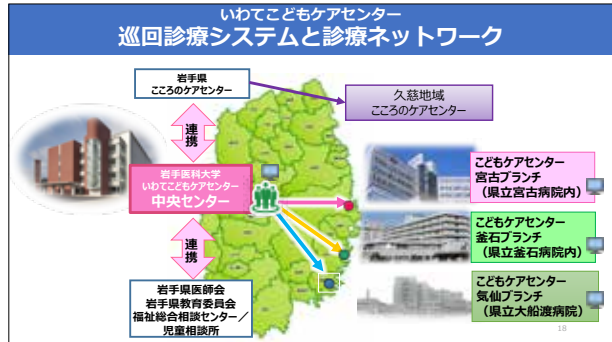
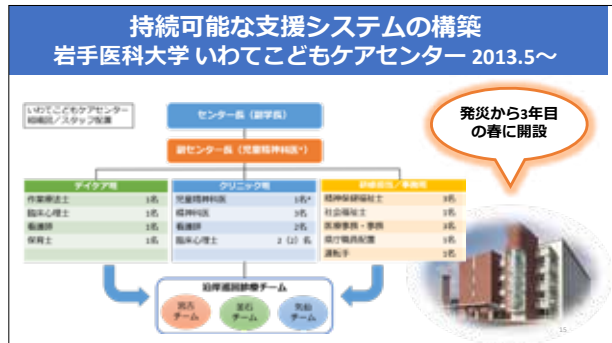
震災前の岩手県の精神科・小児科医療の現状ですが、もともと、沿岸部では特に、医療過疎が深刻でした。私は発災から間もない4月に、宮古地域に支援に入りました。この宮古医療圏は、実は佐賀県全県の面積より広いくらいでして、岩手県は四国くらいの広さがあるにもかかわらず、この医療圏に小児科医がたったの6人、(児童精神科医ではなくて)精神科医が7人しかいないというような状況の中で、地元の小児科医の先生との連携の下で支援に入ったので、専門職も資源も非常に限られていたわけです。とにかく現地に拠点を設置しようということで、県とタイアップして児童相談所や保健所の一室を借りたり、児童家庭支援センターの一室を借りたりしながら、沿岸部に三箇所の拠点を作ったところがスタートでした。ここに、毎週通いながら、既存の資源を利用して診療・支援のネットワークを構築していくということを手始めに行いました。



まもなく、県の「子どものこころのケア推進プロジェクト」のもとで、ワーキンググループが立ち上がり、その話し合いの中で、医療面ではこんなものが必要ではないか、ということをもとに県に提案する中で、しだいに形になっていき、今の岩手医大の中の「いわてこどもケアセンター」になりました。最初は岩手県担当課とタイアップして三つの現地拠点を設置して、診療支援を継続しつつ、プロジェクトチーム・ワーキンググループの中から何が必要かということをもとに県に提言して行ってですね、中長期的なビジョンで支援計画が必要だということになりました。県もその必要性を理解して岩手医科大学に事業委託をして、支援のハブ施設としての(子どものこころのケア)センターを、今の岩手医大の矢巾キャンパス内に開設するに至ったのです。沿岸の三つのケアセンターの機能を、こちらの3つのブランチに移設して、今も同じように沿岸で診療が続けられています。



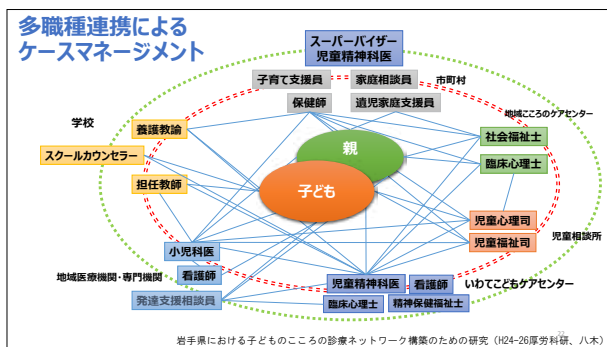
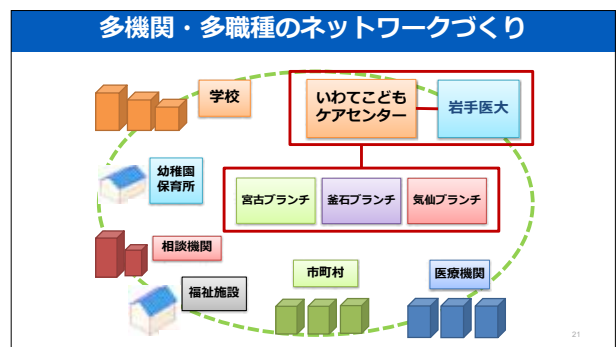
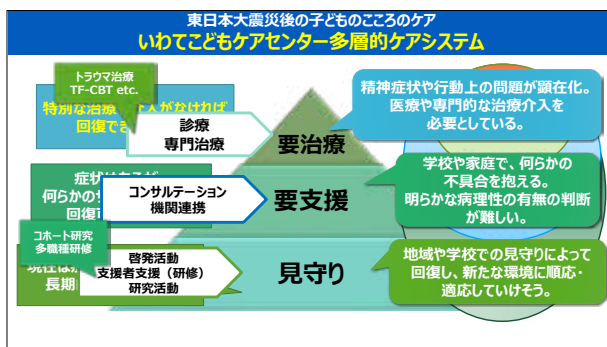
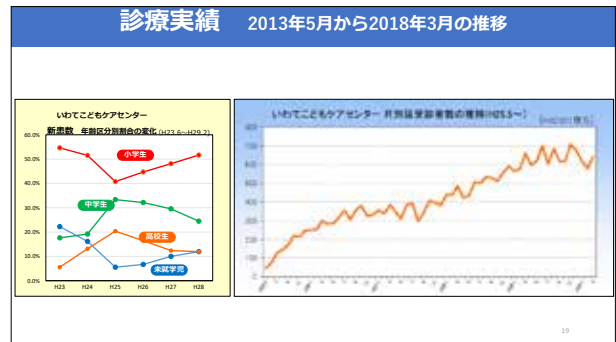
これは、発災から三年目に誕生したセンターで、こんなふうに組織編成をして、総勢20数名のスタッフで運営しているという図です。クリニック機能を持った相談センターみたいなものですが、最大の特徴は週に一回の沿岸地域3か所（ランチ）への巡回診療を現在も継続していることです。矢巾のハブセンター開設前と大きく変化したのは、ランチでの診療の場を、沿岸の基幹病院に、県立の総合病院の中に入れていただくことになった点です。3つのランチに毎週一回ずつ中央（矢巾）センターから多職種チーム（医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理士）で出向いて診療するので、現地の人にとっては普通に病院受診したり相談に来たりするような感じで来てもらうことができます。



診療実績ですが、受診件数はこんなふうが増える一方です。今、予約待ちが私の新患診療枠は一年半待ちくらいなのですが、それだけ潜在的にニーズがあるということだったのだと、今になって振り返っています。スライドに示したような多層的なシステム構築しつつやってきて、要治療の人たちには医療機関としての専門治療を、そして、要支援というレベルの人たちには地域や専門機関と連携して、相談機関と連携してコンサルテーションを提供する。そして、学校や地域と連携して全ての子どもたちに見守りをするというのが、私たちのセンターの役割だし、目標です。特に、これからお話しさせていただく「コホート研究」や「多職種研修」などを通して、全ての子どもたちにとって役に立つことをしていきたいと考えて今日までやってきました。

本日はそのコホート研究の結果をいくつかお伝えしたいと思います。それから、専門治療としてのトラウマ治療はいろんな手法がありますが、私が入り組んでいる「トラウマフォー

カスト認知行動療法 (TF-CBT)」についても、後半でお話しできればいいなと思っています。こういったネットワーク作りを全県でやってきて、多職種連携によるケースマネジメントということで、親と子どもに関わるすべての専門職、すべての大人が、自分の役割を理解しつつ支援を実践することを目指しました。多職種のネットワーク作りのための研修会を各地で開催して、症例検討会を中心にやってきました。最初は外部から講師をお呼びして座学中心で「医療モデル」を通して、「トラウマ」或いは「支援」「介入」についての理念も含めてみんな学びました。これを三年かけて、段階的に「医療モデル」から「学校生活モデル」へと、地域での支援の展開を実現するために、地域の支援者たちが勉強会、症例検討会を通して、他職種を知り合う場として活用してもらいました。これは私の厚生労働科学研究の一環としての取り組みでしたが、非常に有用な学びの機会をいただいたと、今振り返っています。



## 2. 震災トラウマと子どもの発達

### ①トラウマが子どもの発達に与える影響

こういった中で、トラウマケアに取り組んできたわけですが、ここからは「子どものトラウマ」ということについて、見ていきたいと思っています。

まず、トラウマが子どもの発達に与える影響についてです。子どもは成長・発達する存在です。Develop (発達) という言葉の、反対の意味は envelop で、envelop は「覆う」とか「包む」とか或いは「封筒」という意味ですね。ですから「発達」というのは、遺伝的にプログラムされた人間の素質が、時間の経過と共に、巻物を広げるように展開していく過程だというふう

に言えるわけです。それは本人の資質、持って生まれたものと、環境の相互作用の中で起こってくるものです。成熟(遺伝的要因規定)と学習(環境要因)が相互に影響し合って、ダイナミックに変化し続ける、動的なものなのです。この遺伝的要因規定の成熟というのは、実をつけたばかりの小さなリンゴがやがて完熟の大きなリンゴになっていく変化、リンゴが途中から洋ナシになることはなく、リンゴとして成熟していくことは規定されているわけです。ですが、例えばどんな林檎になるのか、という点は、環境によって違って来るわけです。日当たりや土壌の質、どんな世話をされるかによっても、どんな形や味のリンゴになるかは変わります。その環境のところがこのでいう、「学習」の部分、環境要因ということになるわけです。ですから、子どもの成長・発達については、どちらか一方、遺伝か環境かみたいな二元論では語れないのです。被災地の支援をする中で、それを実感することが多くなりました。

**子どもは成長・発達する存在**

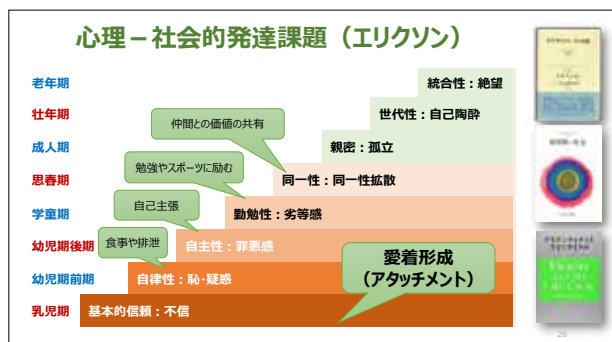
“develop” (発達させる・開発する) ⇔ “envelop” (覆う・包む)

- 発達とは  
遺伝的にプログラムされた人間の素質が時間の経過とともに巻物を広げるように展開していく過程
- 本人の資質と環境の相互作用  
「成熟」(遺伝的要因規定)と「学習」(環境要因影響)  
ダイナミックに変化し続ける、動的なもの  
“遺伝か環境”かのような二元論では語れない



子どもの発達を語る上では、様々な捉え方があります。例えば「認知発達」という視点で見れば、ピアジェの理論は皆さんもよくご存知だと思います。子どもの発達段階によって、子どもが世の中をどう見ているか、物事をどう理解しているかというのが、違って来るわけですね。だからどの年代で、トラウマを受けたか、どの年代でその出来事を体験したかということが非常に重要です。受ける影響や症状の出方も変わってきます。一律に「子どもの支援」「子どものトラウマ」とまとめてみても、単純に一言では表せないのはそのためです。例えば、2～7才くらいの前操作期にある子どもは、目の前にない事柄を心に思い浮かべる、想像することはようやくできるようになっているけれども、客観的な視点はまだまだ育ってなくて、自分の体験したことと結び付けないとなかなか物事が理解できない時期にあります。もしその時点で被災したとしたら、どうしても「自己関連づけ」が起こりやすくなるわけです。自分の知っている範囲で、物事とそれによる結果を結び付けて考えることが起こりやすくなるわけです。このように、その子がどの程度の認知発達レベルで被災したのかを考えた上で支援を計画する必要があります。

それから、エリクソンの「心理社会的な発達課題」という側面であれば、人生を8つの段階に分けた世代・年代ごとに、クリアすべき発達課題があるとされています。例えば、乳児期だったら、「基本的信頼 (basic trust)」、社会や世の中に対する基本的な信頼というもの




を獲得する時期とされますが、この時期にその課題がクリアされないと、p.10 下段右側のスライドのような状態になってしまうとエリクソンは考えたのです。それぞれの世代の、どんな発達課題に取り組むべき時期に被災したか、という視点でみれば、その人が何をやり残しているのか、だからどんな支援を必要としているのか、ということが見えてきますし、それが介入の重要なポイントになります。

こちらはマラーが、「分離－固体化」という側面から、子どもの精神発達について、3歳までにどのような変化が起こるかを、特に母親からの分離の過程に主眼を置いて、子どもが安定した自己のイメージをもつことが重要であることを説明しています。やはり、この中でもどの時期に被災して、母子関係がどんな影響を受けたのか、について思いを馳せる必要があります。

### 子どもの精神発達：分離・固体化（マラー）

- 分離＝母親から離れている感覚
- 固体化＝母親から一定時間以上離れていることが出来る能力

過剰な不安や緊張に襲われずに自分一人で外部世界で行動できるようになる＝一定時間以上、母親のもとから離れていられる能力』を獲得する為には、『安定した精神内界の自己表象と対象表象の確立』が必要



<b>分化期 differentiation subphase</b> ：生後4-5ヶ月に始まる(くっつきたり、離れたり)→孵化(hatching) (6ヶ月には母の顔、手を目で盛んに探索→7-8ヶ月「母親の顔」と8ヶ月頃の「基本的信頼感」) 人見知り(stranger anxiety)行動を取り始める	<b>練習期 practicing subphase</b> ：這う、よじ登る、つかまえて立つ→母への関心が、母の与える物への関心へ、移行対象の出現。自立歩行→子どもは自分の自身の身体・認知能力と自分の世界の大きさに酔いしれる。自分の機能や体への自己愛的投資。 母は「安全基地」であり、身体的接近により「エネルギー」補給する。	<b>再接近期 rapprochement</b> ：(15～24ヶ月)母子間の高度な相互作用の合成。象徴的言語、象徴的遊び(イライ、イイ、バー)、社会的拡大と父親との関係。見捨てられ不安と吞み込まれ不安の両端。再接近危機：全能感・自尊心の傷つき＝不安
<b>固体化期 individuation subphase</b> ：(24～36ヶ月)自律的な自我機能を獲得し、母親不在の分離不安への耐性を形成し始める。 <b>達成目標</b> ：情緒的自立性・情緒的安定性の獲得		

子どもは発達の途上であり、もちろん大人のミニチュアではありません。だから、子どもの心身は日々発達のプロセスにあって、世の中をどのように認知、認識するかというのは年代によって違います。だから、その時点の自分に分かる範囲、その発達レベルで理解する、ということになります。ですから、先ほども言ったように、自己関連づけが起こりやすくなりますし、認知が発達することによって、発災後まもなくの時点での事態の理解とは違った、数年を経て認知が発達した後で起こる、「再発見」とでもいうか、再認識によって、その傷つきが更に深まるということも出てきます。或いは、7年8年と経って、今になってようやく当時のことを振り返って語れるようになったという子どもたちに出会うことがあります。そういった子どもの傾向として、何らかの発達の脆弱性を持っていることが多く、障害として顕在化するかどうかは別としても、やはり物事の捉え方において、発達の凸凹がある子どもは、認知が修正されにくく、長いこと苦悩を抱えることになるのだということを実感しているところ です。

### 子どもは発達の途上にある

**子どもは大人のミニチュアではない**

- 子どもの心身は日々発達のプロセスを生きている
- 世の中をどのように認知・認識するか⇒年代によって違う
- その時点の自分にわかる範囲（発達レベル）で理解する  
⇒自己関連づけが起こりやすい
- 発災後まもなくの事態の理解 ⇒ 数年を経て認知が発達した後で起こる「再発見・再認識」によって傷つきがさらに深まる場合も

子どもの脳とトラウマの関係について、B. van der Kolk は、2014年に岩手にも来てくれたのですが、こんなふうには言っています。「脅威に直面して有効な対処行動が取れなかったとき、脅威、トラウマ的イベントがトラウマになる」と。トラウマという言葉は皆さん聞き慣れていると思うのですが、トラウマ的な出来事そのものもトラウマと言うし、それによって受けた傷のこともトラウマと呼びます。だから「トラウマがトラウマになる」いうのは、なす術がなかった、自分は無力だった、という、途方に暮れる体験を伴うわけです。子どもの脳というのは発達途

上で、特に大脳皮質、いわゆる考える脳が成熟するのは、まだまだ先で時間がかかるわけです。大脳皮質の成熟は25歳くらいだと言われていていますから、0歳から6歳まではまだまだ考える脳は未発達。ということは、対処行動の手持ちが非常に少ないのです。「どうすればよいか」ということを考えつくこと自体、その範囲が、非常に限定的なわけです。ということは、何もできなかった、無力だったという感覚だけが残ってしまう可能性が非常に高いのです。そして後からその出来事を振り返った時に、今の自分の認知（判断力）で当時を見つめなおすため、ああすればよかったのに、こうできたはずなのに、というふうに思って自分を責めたりするんですね。当時の（若い）自分にはこんなこと考えつかなかった、出来るわけなかった、というふうには思うことが出来ずに、「こうすればよかったのにしなかったせいだ」と後付けで考えて悔やみ続けたりすることもあります。こういうわけで、子どもの身体というのはストレスに弱くて傷つきやすい、ということになります。子どもだからこそ、回復していける可能性ももちろんたくさんあるのですが、決して子どもだから放っておいていいとか、子どもだからそんなに気にしないでいいということでは全くなくて、むしろ対処行動の手持ちが少ないというところで、無力感を感じやすい存在なのだということになります。

**子どもの脳とトラウマ**

**B. van der Kolk:**  
脅威に直面して、有効な対処行動がとれなかったとき、脅威（トラウマ的イベント）がトラウマ（心的外傷）になる

子どもの脳は発達途上  
特に0～6歳までは、『考える脳』は未発達  
⇒対処行動の手持ちが少ない

子どものからだところは  
トラウマ性のストレスに弱く傷つきやすい



(2014いびてトラウマ研究会より)

それから、Bruce Perryは、脳は使われたように発達する、use-dependent であると言っています。常に脅威に反応しなければならないような状況に曝されていると、生存する、生きるということにだけ、注意を集中するようになるわけです。皆さんも脳の構造と機能を学生の時に学んだかもしれませんが、生存するための原始的な機能、呼吸や循環（心臓の動き）を司るような、生命維持に関わる脳の領域、脅威に反応するための領域（間脳や脳幹）ばかりが常に使われるような状態になってしまうと、本来、大脳皮質がよく発達しているのが人間の脳であるはずなのに、豊かな感情や思考を司る領域が相対的に使われなくなってしまうということなのです。筋肉と同じで、よく使う回路は発達して、あまり使わない回路は細っていく、なかなか大きくなれないということが起こる。ですから、情緒的なやりとりとか遊びとか、知的な刺激を受ける探索行動が滞ってしまう。つまり、健康的な心身の発育に長期的な影響が出るということ、Bruce Perryは言っているわけです。ここに挙げた『犬として育てられた少年』という本を読んだことのある方もいらっしゃるかもしれませんが。現在はこの続編も出ていますけれど、非常に勉強になる本なので読んでみてください。一見すると発達障害と見紛うような行動上の問題を呈する子どもたちの例がたくさん出てきますが、Bruce Perryは「反応性愛着障害」によって発達に偏りが出てきている子どもの特徴について書いているのです。

**子どもの脳とトラウマ**


**Bruce Perry:**  
「脳は使われたように発達する」(Use-dependent)

常に脅威に反応しなければならない状況では  
「生存すること」にだけ注意を集中し続ける

脅威に反応するための領域（間脳・脳幹）が発達

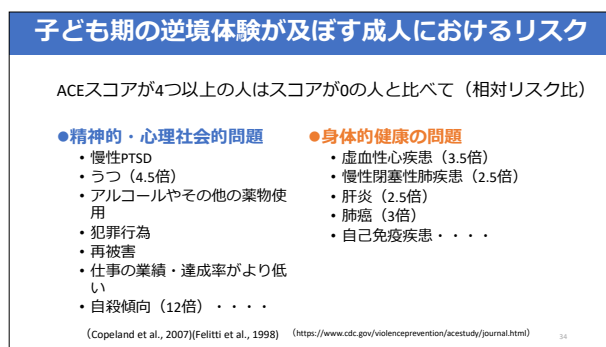
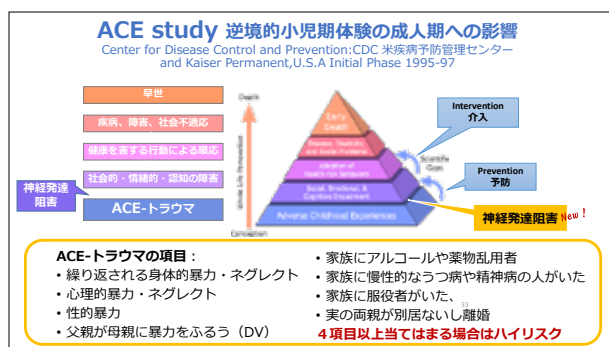
脳の感情の中核や考える領域が育たない

情緒的やりとり／遊びと探索が滞る⇒健康的発育に長期的な影響がでる



次に、この ACE study、これも皆さんご存知かと思いますが、ACE とは、Adverse Childhood Experience の略で、このスライドの下の方に挙げたような、小児期の逆境的な体験のことを指します。この研究は、アメリカの疾病予防管理センターと、大手保険会社のカイザーが、2万人近い人のデータから、スライドの左側に示したような、トラウマと心身の健康、人生の長さとの関連を明らかにしました。「幼少期のトラウマ Adverse Childhood Experience が複数個あると、神経発達が阻害されて、社会的状況的認知や情緒の障害が起こって、つらい現実に適応するために、例えばお酒やドラッグに走るとか、性的逸脱に走るとか、そういった健康を害するような行動による順応をしようとする、そうやって乗り切ろうとしてしまう。そうすると、本当に健康を害するような病気や障害、社会不適応が起こって、早死にしてしまう」というものです。トラウマというのは、その人の一生の長さにまで影響を与えてしまうような、大変なものだということです。だからこそ、支援する側は、トラウマ体験があっても、そういった障害が起こらないように予防するような境目と、仮にそういう状態になったとしても、そこから本当の病気や障害、社会不適応に陥らならないように、介入していくという境目 (scientific gap) に着目して尽力することを目指すわけです。最近では、脳の画像研究が進んできたので、トラウマがあると、本当に神経発達障害が起こるということもわかってきています。ACE が4項目以上当てはまる場合は、ハイリスクです。

次は、子ども期の逆境体験が及ぼす成人におけるリスクについて。ACE スコアが4つ以上の人は、0の人と比較して、精神・心理的な問題が起こりやすいことがわかっています。うつになる相対リスク比が4.5倍だとか、自殺傾向は12倍だとか。しかし、それだけではなくて、身体面での健康被害も、実際に子ども時代のトラウマが4つ以上ある人は、心疾患だとか、肺疾患だとか、癌だとか、自己免疫の疾患に対する相対リスク比が非常に高いことがわかりました。だから、トラウマはその人の人生を縮めてしまうほどの影響力をもち、だからこそ、きちんとケアされる必要があることを、みんなが知る必要がある。トラウマインフォームドケア (TIC) という考え方が、最近注目されてきていますが、トラウマについて熟知していないと、そういう観点で見ることもしないし支援にもつながらない。だからトラウマが及ぼす影響について、こういった研究結果も含めて支援者が知っておくということがとても大事なことだと思います。



子どもたちに起こるトラウマティックな出来事としては、本日のテーマである震災などの災害、事故や犯罪、死別、離別、そして子どもの場合、大病や怪我による医療行為なんかによっても医療トラウマ、というものが起こることがあることもわかってきました。そして、虐待、そしていじめですね。いじめは「トラウマ」に含まれるのかっていうことは、とくに PTSD

の診断基準と照らし合わせると矛盾点もあって、しばらく議論されたのですが、最近では「いじめもトラウマになり得る」と考えるのが一般的になってきました。というのは、PTSDの診断基準の中に、「命を脅かすような体験、出来事に遭遇していること」ということが最初のA項目に前提としてあるわけですが、では、いじめとは「命を脅かすような」ことなのかという議論が起こっていたわけです。しかし、皆さん、実際に支援している子どもたちのことを思い浮かべていただきたいのですが、やはり仲間関係のトラブルで、例えばクラスで友達全員に無視される、というような状況は、いってみれば「心理的な死」ですよ、子どもにとっては。だから、命を脅かすのかっていう言い方を字義通りにあてはめると、物理的に命には別条はないけれど、子どもにとって深刻ないじめは、ほぼ死を意味するような出来事に値するかもしれないということを考える必要があるのです。その観点では、やはりいじめも、十分トラウマティックな出来事となり得ることはお分かりだと思います。

**発達途上に起こりうるトラウマティックな出来事**

- ・災害：地震、水害、火災、人的災害
- ・事故：交通事故の被害者・目撃者になること
- ・犯罪：誘拐、人質、レイプ、身近な目撃
- ・死別：大切な人の死・死に関わること
- ・離別：大切な人との離別、母性剥奪
- ・疾病・外傷：病気や怪我とその治療をうけること
- ・虐待：身体的虐待、心理的虐待（DV目撃）、ネグレクト、性的虐待
- ・いじめ：仲間関係のトラブルを含む
- ・その他

その子どものトラウマに関しては、レノア・テアというアメリカの小児科医が、I型トラウマとII型トラウマに分類しています。I型トラウマは、カウンターパンチのような、大震災のようなですね、単回性のトラウマ、それによって起こる反応や症状は典型的にはPTSDとか急性ストレス反応です。それに対して、II型トラウマは、繰り返す、長期間続くような恐怖体験ですね、例えば虐待とか戦時下の暮らしだとか、深刻ないじめにあうといったことは、ボディブローのようにひたひたと迫ってくるトラウマで、むしろこちらの方、慢性のトラウマ体験の方が、子どもの心の発達に大きい影響を及ぼすということが明らかになってきました。このII型トラウマはI型トラウマでみられる反応や症状に加えて、否認や感情麻痺、自己暗示や解離、怒り、否定的自己観といったものが起こりやすいのです。それを前出のvan der Kolkは「発達性トラウマ障害」として捉えたのですが、この概念は残念ながらDSM-5の診断基準の中には今回は入りませんでした。同じような捉え方として「複雑性PTSD」という呼び方もあります。こちらは、新しいICD-11の診断基準に入ることになりました。この複雑性PTSDという状態が、いかに子どもたちの社会適応を難しくするか、ということが、世の中に知られてきたことは本当によかったなと私は思っています。逆に、診断基準に入ったということは治療対象であるものとしてはっきり認められたことになるので、治療方法や対応方法があるからには、トラウマインフォームドの姿勢でしっかり対応していくことが私たちに求められていると思います。

**子どものトラウマの分類**  
(Terr, 1991より一部改変)

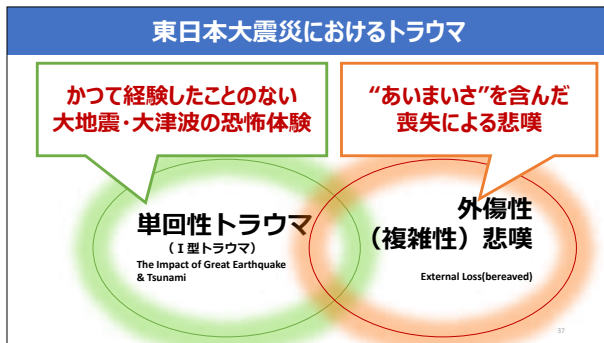
	カウンターパンチ	ボディブロー
<b>分類</b>	I型トラウマ	II型トラウマ
<b>恐怖体験</b>	1回の強い脅威・恐怖体験 (急性単回性)	繰り返す、長期間続く 恐怖体験 (長期反復性)
<b>できごと</b>	災害、事故、犯罪被害など	虐待、戦争、いじめなど
<b>みられる反応</b>	再体験、回避、過覚醒、分離不安 ● 急性ストレス反応 (ASD) ● 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)	否認、感情麻痺、自己催眠、 解離、怒り、否定的自己観 ● 複雑性PTSD ● 発達性トラウマ障害

**慢性のトラウマ体験は子どものこころの発達に  
より大きな負の影響を及ぼす**



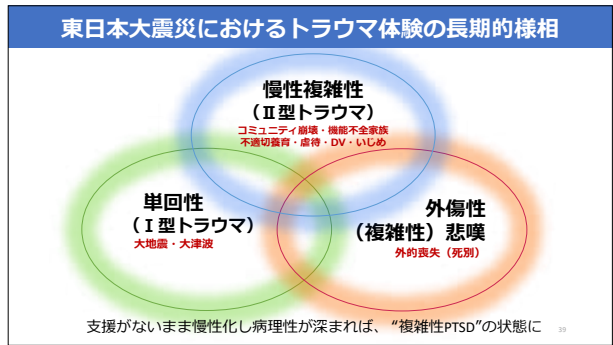
さて、では、東日本大震災におけるトラウマを、どのようにとらえたらよいのか、です。かつて誰も経験したことのないような大きな地震・大津波による恐怖体験、それはまさに単回性のトラウマ的な出来事でした。そこにたくさんの方が亡くなった、或いは慣れ親しんだものを失った人たちが非常に多いということで、外傷性悲嘆（複雑性悲嘆）の問題が重なっているというのが、一つの特徴だと思います。

そういった危機的状況下では、周囲の大人も余裕がない中で、子どものことはどうしても「それどころではない」ということで後回しになりがちです。保護者としても、当たり前前の発達過程のステップを踏ませてやるための気配りをする事自体、余裕がなくて難しくなっている場合も少なくないことを、皆さんも実際の支援を通して経験してきたことと思います。おとなしい子どもや手のかからない子どもほど放って置かれる、また、手のかかる子どもは叱られてばかりいる、ということが起こりがちです。そのような状況では、意図せずに不適切養育、マルチトリートメントが結果として、起こりやすくなります。実際、我々が実施してきた被災地の子どものコホート研究でも、そのような結果が出てきました。あとからお伝えします。



- 危機的状況下では・・・**
- 保護者も周囲の大人も余裕がない  
子どものことは後回し？ “それどころではない”
  - 当たり前前の発達過程のステップを踏ませてやるための気遣い  
をすることが難しくなっている場合も少なくない
  - おとなしい子ども、手のかからない子どもほど、**放っておか  
れる**、手のかかる子どもは**叱られてばかりいる**、という場合  
も  
→**不適切養育が (意図せず) おこりやすくなる**

そういった東日本大震災におけるトラウマ体験を、長期的にとらえるとどのような様相になるかといいますと、先に挙げた2つの要素に加えて、いわゆる「慢性・複雑性トラウマ」の要素が重なってくる、長期になればなるほど、こちらの要素が大きくなっていく。コミュニティの崩壊だとか機能不全家族だとか、不適切養育、虐待、DV、いじめといったことの影響が大きくなってくるとみることができます。こういった症状が前面に出てですね、いわゆる対応困難な子どもたちを前にしてつい忘れてしまうのが、こういったトラウマの体験や悲嘆の処理が十分になされていないための症状ではないかという視点をもつことなのです。その点に目を向けることができないと、つい目の前の大変な行動上の問題だけに目がいってしまうことがあります。病理性が深まれば、慢性の、複雑性のPTSDの状態になることがあり得ることを知っておく必要があるのです。



さて、トラウマを負うとは、どういう意味をもつのでしょうか。日常の連続性が断たれること、それまでのやり方が通用しなくなること、つまりそれまで信じていた「世界とはこう

いうもの」「世の中とはこういうもの」「生きるってこういうこと」と子どもが思っていた見方ややり方が通用しなくなる。ということは、自分、身近な人、世界への信頼感を失ってしまうということになるわけです。それはすなわち、自己肯定感の低下に直結していきます。自己肯定感は生きる上での原動力なので、ここはとても大事なポイントです。トラウマを負うことは、自己を肯定する感覚が揺らぐことに繋がるのです。


**トラウマを負うとはどういうことか？**

- 日常の連続性が断たれること
- それまでのやり方が通用しなくなること
- 自分、身近な人、世界への信頼感を失うということ
- 自己肯定感が低くなりやすいということ**

先ほどの Terr は、子どものトラウマをこんなふうに定義しました。「子どもを一時的に無力にいたらしめ、今までのいつものコーピングや防衛操作を破壊するような、突然の一回性の打撃、もしくは繰り返される一連の打撃の結果陥った心的状態」。ちょっと難しいですが、結局は「無力だった、何もできなかった」という感覚が残ることなのです。コーピング、それまでのやり方が通用しないことを実感させられてしまいます。それにはこういった条件があるとされていて、子ども自身が危険な状態にあること理解していて、なんらかの戦慄的な怖いこと・強烈なことを目撃していて、極度の無力感を感じていて、そしてその外傷的な記憶を知覚していて、その記憶がどこかに貯蔵されている、凍結保存されたような状態で頭の中に眠っている状況にある、それが子どものトラウマの特徴であるというのです。

**子どものトラウマの定義**

子どもを一時的に無力にいたらしめ、今までのいつものコーピングや防衛操作を破壊するような、突然の一回性の打撃、もしくは繰り返される一連の打撃の結果陥った心的状態



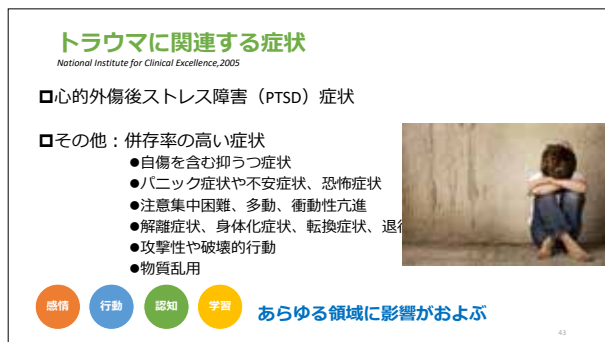
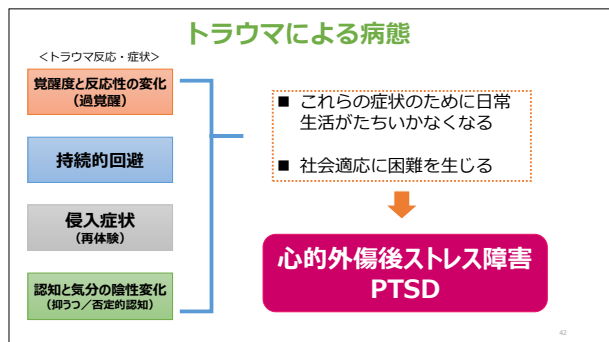
- 子ども自身が危険な状態にあることを理解している
- 何らかの戦慄的なことを目撃している
- 極度の無力感を感じている
- 外傷的な記憶を知覚している
- その記憶をどこかに貯蔵している

(L. C.Terr, 1991)

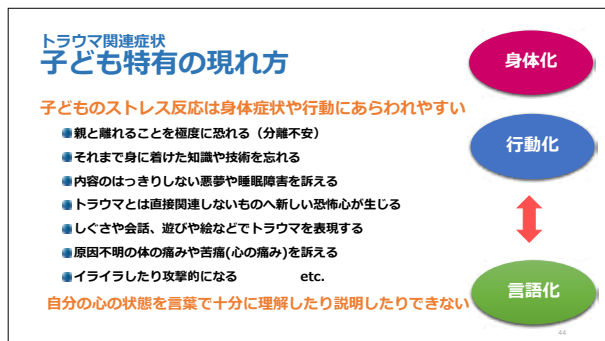
トラウマに対する反応が、「病的状態」として捉えられる状態とは、いわゆる「過覚醒」症状、いつもビクビク、ドキドキ、危険なことはないかと警戒している状態になったり、不快や恐怖を感じさせる物事を避ける、その出来事を思い出させる物・場所を避けるといった「回避」が持続的に起こったりします。そして、思い出したくもないのに突然、トラウマ記憶が侵入的に蘇るフラッシュバックや、トラウマを思い出させるもの（リマインダー）やきっかけ（トリガー）があると当時のことをありありと思い出してしまうといった「再体験」症状、世の中に対する見方・考え方が否定的になったりする「認知と気分の陰性の変化」など、以上の4つの症状が一カ月以上続いて、これらの症状のために日常生活が立ちいけなくなり、社会適応に困難を生じている場合に「心的外傷後ストレス障害（PTSD）」と診断します。

トラウマに関連する症状・病態というと、「PTSD」がとても有名ですが、典型的な PTSD 症状ばかりがトラウマ症状なのではなくて、むしろ、ここに挙げたような、感情や行動や認知や学習、あらゆる領域に影響を及ぼす、様々な心身の症状が起こる、というのがトラウマの特徴なのです。だから、PTSD の症状が揃っていないからといって、トラウマによる症状ではない、とは言えなくて、それどころか、トラウマはあらゆるところに影響を及ぼ

しうるということを知らないと、根っくにトラウマがあるということを見逃してしまうことが起こり得るわけです。とても特徴的で典型的な、トラウマ関連症状はPTSDの4症状に代表されるわけですが、それだけじゃないということを、むしろ、当たり前のcommonなものがなんでも起こり得ることをまず知っておく必要があります。



中でも、子ども特有の現れ方というのは、やはり「身体化」と「行動化」です。トラウマに限らず、子どもは言葉がまだまだ発達途上にあり、そもそも自分に起こっていること自体、上手に説明できないし、何が起きているかということの認識も自分がわかる範囲でしかできないですね。だから、自分の心の状態、起こっていることを言葉で説明する、「言語化」するのはごく一部に限られることが多いのです。例えば、トラウマと直接関連しないものに新しい恐怖を示して、なんでも怖がるようになった、という場合、トラウマがその背景にあるのではないかという目で見あげないと、全然そこが結びつかないということも起こり得ます。それから、内容のはっきりしない悪夢とか、睡眠障害を訴えるなんていう子どもも実に多いですし、それまで出来た事ができなくなるとか、原因不明の痛みを訴えるといった形で現れてくることがあるので、その辺も要注意です。



特に気を付けたいことのひとつに、「子どもの再演」があります。子どもは遊びを通して認知や感情が発達したり、つらい体験を乗り越えたりするのは皆さんもご存じだと思います。ポストトラウマティックプレイという言葉は、「津波ごっこ」で有名になりました。その遊びをすることによってつらい出来事や状況を乗り越えていけるような、何が起こったのか、どうしたことだったのか、ということ子どもなりに確かめながら、遊びを通じて納得して前に進んでいけるようなものならば、それはむしろ「適応的再演」ということが出来ます。一方、トラウマとなったシーンを遊びの中で機械的に何度も何度も繰り返して、無表情で没入しているような状態で、認知発達の上でも建設的でなく、精神的にも楽にならないような遊びならば、それは「ポストトラウマティックプレイ」として介入が必要な場合が出てきます。ここまでは、皆さんもご存じのことかと思えます。その他にも、虐待を受けてきた子どもは、自分が受けたトラウマを、性化行動だとか暴力・暴言と言った形で再現することがあり、これもよく知られ

ていると思います。ここで、もう一つ、更に知っておいていただきたいのは、トラウマを受けた際に「その場でできなかったこと」「可能ならそう振る舞いたかったのにできなかったこと」の表現としての再演があるということなのです。例えば、暴言を浴びせられても何も言い返せなかったとか、或いは殴ろうとする相手の手を振り払って防御したかったのにできなかったという体験が、本当だったらこうしたかったと後から考えたことを再演という形（何か言われたら暴言で返す、近づいた相手の手を振り払う、など）表すのです。このことを知らないと、ただただ反抗的だとか、粗暴な子だとか、レッテルを貼ることになってしまいます。例えば、両親を津波で亡くして非常に辛い体験をした子が、学校不適應になってリストカットを繰り返したりしていたのですが、「自分もあの時一緒に死ねばよかった」と何年も思い続けて苦しんでいました。でも、学校でリストカットのような行動化が見られると、学校の先生方や周囲の大人は「問題行動」として、なんとかやめさせようと指導するわけですね。ですけれども、よくよく振り返ってみると、「私も一緒に死ねばよかった」という、深い後悔や自責の念があって、そのトラウマに苦しんでいることに気づき、その悲嘆の処理をしなければ、その行為だけをやめさせようとしても、全然それが止まないところが、やめさせようとするそのこと自体が、もしかしたら「誰もわかってくれない」という思いを深くさせ、その子をもっと孤独に追い込み傷つけたかもしれない、という可能性も考えてみなければなりません。


そもそも、ほとんどの場合、子どもたちは自分自身の行為や症状とトラウマ体験とが関連していることを自覚していないのです。そうすると、それがトラウマ反応だと自覚がないまま、そういった行為を繰り返したり感情を爆発させたりしてしまうわけですが、「感情をコントロールできない自分」「暴れている自分」「リスクしてしまう自分」そして「怒られてばかりいる自分」「迷惑をかけている自分」そういったことは、ちゃんと分かるわけです。トラウマ症状によるものだとはわからないけれど、「ダメな自分」だけはちゃんと自覚できてしまうので、ますます、自尊心の低下、否定的自己観の強まり、という悪循環が起こってしまうのです。この点は本当に要注意なところです。このことは、周りが気付いて一緒に理解を深める努力をしない限り、子ども自身が「自分のトラウマ反応」に気づいて対処することはほとんどあり得ません。

さて、それでは、こころの傷が全て先ほど紹介した Terr の定義のような「トラウマ」になるのでしょうか。そうではないと思います。子ども時代の傷つきというのは、よくあることですし、生きている限り、心は傷つくもので、傷つくこと自体は不可避な、避けられないことです。逆に、何があっても傷つかないのが良いことなのかというと、そんなことではなくて、傷つくことのないなんて子どもはいないわけです。むしろ、

### 子どもの再演

- 適応的再演
- ポストトラウマティックプレイ
  - トラウマとなったシーンを遊びの中で機械的に何度も何度も繰り返す
- 自分が受けたトラウマ体験の再現（例：性化行動、暴力、暴言）
- **トラウマを受けた際に、その場でできなかったこと、可能ならそう振る舞いたかったことの表現**
  - ・ 暴言を浴びせられて何も言い返せなかった
  - ・ 殴ろうとする相手の手を振り払って防御したかった。（のにできなかった）
  - ⇒ これらを再現する = 暴言を浴びせる、振り払う、殴りかかる
- ★ **そもそも自身の行為や症状とトラウマ体験との関連を自覚していない場合が多い。**
- ★ **それがトラウマ反応であるという自覚のないまま、感情の爆発⇒行動化の悪循環に。**

### こころの傷 = トラウマ? ⇒ No.



- ◆ **子ども時代の傷つき**
  - 「こころ」とは傷つくもの... 不可避なこと
  - 「(何があっても) 傷つかない」ことは「よいこと」か?
  - 傷つくことのない子ども (大人も!) などいない
- ◆ **人生は悲喜こもごも**
  - 人は喜びや悲しみを通して「こころ」が鍛えられる = 精神発達
- ◆ **適度な傷つき体験は、成長の糧として必要なこと**

その喜びや悲しみを通して子どもは鍛えられる、心が鍛えられていくという体験自体が精神発達をうながすので、適度な傷つき体験というのは成長の過程には必要なことだと思います。

では、どうしたら、その傷つき体験が成長をもたらす糧になるのでしょうか。子どもが苦痛や不快の体験から抜け出す、克服するための条件としては、もちろん身体的に安全であることですが、大事なのは心理的に安心・安全であること、つまり大人によって保護されているということがない限り、抜け出すのはなかなか難しいんですね。だから、虐待を受けている環境の真ただ中にあるのに、その傷つき体験でもって鍛えられて成長しなさい、と言われてもそれは無理なわけです。やはり、絶対的に保護されているということが、傷つき体験から成長してく上で欠かせないのです。被保護感をベースにして、安心できる大人との相互的なやりとりを繰り返して、信頼できる大人から慰められたり、受け止められたり、癒されたりしながら、その繰り返しによって子どもたちは傷つきから抜け出していけるわけです。我々のところに受診に至るケースは、大抵は安全基地の構築がうまくいっていない、機能不全を起こしていることが多いのです。

### 「傷つき体験」が成長をもたらすには

- ◆ 苦痛や不快の体験から、抜け出す（克服する）ための条件  
身体的に**安全**であること  
心理的に**安心（安全）**であること  
⇒大人によって「保護されている」こと
  - ◆ 被保護感をベースとした大人との相互的なやりとり  
⇒身近な大人による受容・慰め・癒し
- 受診に至るケースは、安全基地の構築が不安定または機能不全**

私たちの7年余りの診療実績から見てきた変化としては、今日はデータとしてはスライドに入れていないのですが、発災から数年を経ても被災地の新規患者のストレス関連障害は4割弱の高めで推移しています。最近の児童精神科の傾向は、一般的に子ども発達障害の相談や診断希望の人であふれかえっているのが実状で、新規受診者の4割もの子どもが「ストレス関連障害」と診断される、というのは珍しいことだと思います。これはやはり、被災地の児童精神科クリニックならではの現象かも入れません。数年を経て症状化してくる例も少なくありません。

発災から年を経るごとに、ICD-10でいうと、ストレス関連障害の他に不安障害なども含めたF4のカテゴリーの診断は減ってきて、やはり発達障害関連（F7-9）の割合が増えているので、震災そのものによるストレス関連症状よりも、本来の発達特性の問題とか、不登校や機能不全家族などの日常的問題を主訴に受診する人の割合が大きくなってきています。

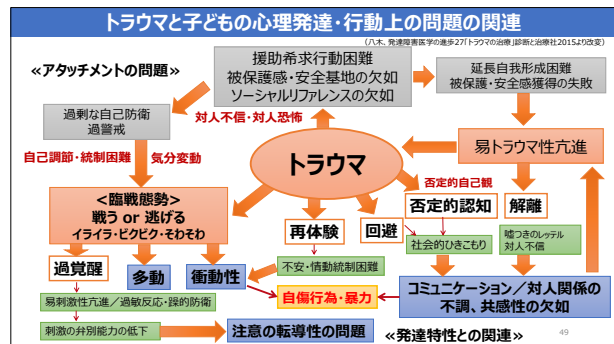
もともとなんらかの脆弱性を持つ子どもたちの不適応が顕在化し、漸増している傾向にあります。その中には、閾下を含めた発達障害特性を持つ子どもたちのトラウマ関連症状の遅発・遷延・複雑化というものも多く含まれています。なんらかの脆弱性をもつ子どもというのは、震災後のような非常事態では、より手厚い支援の継続が必要、あるいはだいたい後から様々な不具合を出してくることがあるということに気づいておく必要があるのだと思います。

### 震災後7年余りの診療から見える変化

- ◆ 発災から数年を経ても、被災地新規患者のストレス関連障害(F43)の割合は**40%弱**の高めで推移。**数年を経て、症状化する例も少なくない。**
- ◆ 年を経るごとに、ストレス関連障害含むF4の割合が減り、発達障害(F7-9)の割合が増加。震災によるストレス反応よりも、本来の発達特性の問題、不登校、機能不全家族など日常的問題が主に。
- ◆ もともと**脆弱性**を持つ子どもたちの**不適応が顕在化・漸増**の傾向。
- ◆ 閾下を含め**発達障害特性**を持つ子どもの**トラウマ関連症状の遅発・遷延・複雑化。**

トラウマと子どもの心理発達・行動上の問題についてこれまで話してきたことをまとめると、このスライドの図に示したような考え方ができるかと思います。

トラウマ体験によって恐怖があれば、戦うか逃げるかの反応が出ることは、皆さんご存知ですよね、「臨戦態勢」になります。だから、いつもイライラ・びくびく・そわそわした感じになります。いわゆる「過覚醒」という状態です。この過覚醒という状態というのは、つまり刺激を受けやすく過敏な状態になっているということですから、「刺激の弁別能力の低下」を招きます。



例えば、今この会場では、みなさん私の声に意識を集中して聴いてくださっているといます。キャッチすべき刺激を弁別しているんですね。でもよく耳を澄ませば、空調の音だとか外の風の音だとか、隣の人がペンを走らせる音だとか、いろんな音が存在します。でもそれらの「余計な音」にいちいち耳を傾けないで、私の声と画面に集中されています。それは、今何に注目するべきなのか、刺激の弁別を脳が自然にしているからなのです。ところが、「過覚醒」の状態があまりにも高じると、アンテナが張り巡らされたような状態、全部の音を拾うという状況に陥るわけです。そうすると、集中できない、「注意の転導性」という問題が子どもたちの行動に現れてきます。

また、トラウマがあると、再体験、フラッシュバックも含めて、何度も何度も思い出したくないことに曝される、思い出すことになれば、当然不安が強まり情動統制が困難になりますから、多動・衝動性の問題にもつながってきて、このあたりで悪循環が起こるわけです。

それから、トラウマがあれば、思い出したくない、そのことを避けたい、っていう「回避」の症状が強くなりますし、「どうせダメなんだ」、「自分は何もできなかった」、といった否定的認知・否定的自己観が強まれば、社会的に引きこもり傾向になりやすいことは、容易に想像がつくと思います。そしてまた、トラウマがあって（上向き矢印）、誰にも守ってもらえないという経験が積み重なると、守られている感じがなく、SOSを無駄だという無力感から「援助希求困難」の状態に陥ってしまいます。被保護感、安全基地が欠如して、Social referenceの欠如を招きます。Social referenceとは、日本語では「社会的参照」ですね、「この場で誰を参照すればいいのか、誰を頼りに、誰の指示にしたがったらいいのか」という判断をするために必要な力です。例えば、子どもが初めてみるものに出会ったときに、お母さんを振り返って「参照」する。お母さんがニコニコしていたなら、「これは触っても大丈夫なんだな」と判断できし、お母さんが危ないよっていう表情をしていたら、「ああ、触っちゃいけないんだ」というように。その場で自分が信頼する大人に参照して、自分の行動を選択していくことを、自然にやっているのです。学校の教室では、信頼できる担任の先生の言動を参照して、自分のこの行動はいいのか悪いのかを判断し、選択していく。そういった参照する相手がいないとなると、自分で自分を守るしか無くなってしまいます。頼れる相手がいない、守られている感じがしない、そのために対人不信・対人恐怖が強まって、ますます過剰な自己防衛に走る。過警戒の状態になって臨戦態勢、過覚醒、というこちらも悪循環に陥る。

また、そもそも守ってもらえない感覚がない、求めても助けてくれない、という状況は「延

長自我形成困難」になります。延長自我とは、「俺をいじめると、俺の兄ちゃんに言いつけるぞ!」とか「俺の父ちゃん強いんだぞ」とか、自分を守ってくれる、自分より大きい力を持つ人の後ろ盾を得ることによって、子どもは安心と力を得て、その場を切り抜けるなんてことができてしまう。ある意味、子どもにはよくある、健康的なコーピングスキルですが、そういったことができなくなると、トラウマに対して弱くなる、「易トラウマ性」が亢進して、またこのあたりの悪循環が起こる。

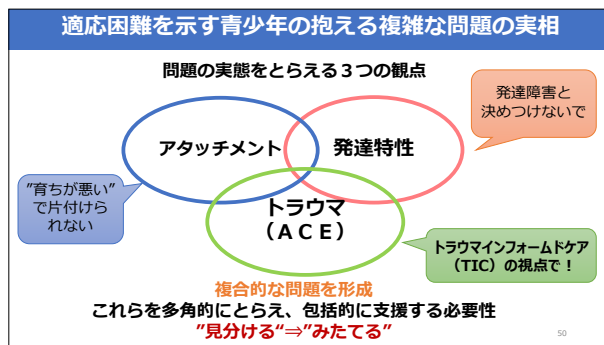
それから、その傷つきやすさ、易トラウマ性が増して、あまりにも状況が辛くなってくると、「解離」のメカニズムで切り抜けようとしてしまう。パソコンで言えば、タスクオーバーでフリーズしてしまうような状態ですね、それ以上対応できませんよ、これ以上対応したら壊れてしまいますよ、っていう状況。心の容量オーバーに対して、「憶えてない」とか「聞いてない」「知らない」とか、苦手なことを無理にやらせようとする急に生あくびを連発したり、極端な場合には眠りに落ちたりする。解離するレベルはいろいろあるにしても、本来、解離というのは脳を守るためのひとつのコーピングなのかもしれない。とはいえ、あまり頻繁にそれが起こると、やはり「嘘つき」と言われたり、「怠けている」と誤解されたりして、対人不信につながりかねない。そういったことの繰り返し、コミュニケーションとか対人関係の不調とか、共感性の欠如に繋がりやすくなって、特に思春期での対人関係の失敗は、ますますまた傷つきやすさ（易トラウマ性）を強めるという悪循環になる。

皆さん、もうお分かりだと思うのですが、スライド上に赤とかオレンジの色がついている部分は、いわゆるトラウマによる症状、このグレーで色を付けているところはアタッチメントの問題と関連が深いわけですし、このブルーの色を付けたところは、ADHD（注意欠如多動症）やASD（自閉スペクトラム症）の診断基準に載っている症状です。ということは、ここの部分（発達障害様の症状）だけ、或いはこの部分（アタッチメント障害様の症状）だけに着目してその子どもの状態を判断してしまって、この背景あるトラウマの存在に気がつかないと、支援や治療の方法ももしかしたら間違った方向に行ってしまうかもしれません。だから、トラウマがあること、トラウマ体験をしている子どもは、もしかすると、こういったこと（発達障害様症状）やこういったこと（アタッチメントの問題）として見えるまでに、今見てきたような悪循環がいろいろなところで起こっているかもしれない。「トラウマインフォームド」の考え方を頭の中に入れておくことはとても大事なことです。

いわゆる適応困難を示す子ども、青少年を目の前にしたときには、もちろん発達特性やアタッチメントの問題も、とても大事なポイントですが、そこにもうひとつ、このトラウマの視点を加えて、「トラウマインフォームド」、トラウマが隠れてないか、あるいはトラウマというものがどういう影響を子どもに及ぼすのか、知った上でケアするということがとても大事になります。

子どもの発達とか支援に関心があってよく学んでいる人ほど、「この子は発達障害でしょうか、愛着障害でしょうか」といった「見分けること」に苦悩することがあると思います。それはそれで大切な視点なのですが、目の前の子どもを支援していくうえで大事なものは、発達障害とアタッチメント障害と見分けてどちらかに括るのではなくて、その子の中にあるこれらの要素が、どのくらいの強弱とどのくらいの濃淡をもって、どんな割合で混在しているのか、ということ

「見立てる」ことなんですね。むしろ、「どちらか一方」ということはほとんどなくて、特にこういう複雑な状況で我々の前に現れた子どもは、この三つの要素（発達特性・アタッチメント・トラウマ）のどこを切り口にすればよいか、多角的に見立てて包括的に支援していくことが大切です。大抵はこの「トラウマ」のことに手をつけないと、なかなかうまくいかないことも多いので、その点を頭に入れておくことが大事だと思います。



それともうひとつ、発達とトラウマというこ

とに関連して、震災後に ASD 児にみられた適応困難の場合、①トラウマ反応としての過覚醒や易刺激性による不適応症状なのか、それとも、②ももとの ASD 特性としての「認知特性」とか「感覚特異性（過敏性）」による不適応症状なのか、と考えるわけですが、大抵の場合、①も②も両方合わさって複雑化している子どもたちが多いのです。皆さんも支援する上で難しいケースに出会った場合、ASD としての行動上の問題なのかトラウマ反応なのか、と考える必要がある。そのうえで、ASD 児がトラウマを受けると、記憶形式の特徴とか感覚特異性によるフラッシュバックとかタイムスリップがもともと起こりやすいことや、こだわりによる反芻が繰り返されるので、トラウマのことを何回も何回も思い出してトラウマに関係ないことまでどんどん汎化していき、症状が複雑化してしまうことに留意しましょう。トラウマ記憶の反芻によって深い抑うつ状態に陥ることもしばしばありますが、特に受け身型の ASD の子の場合には苦悩が表出されにくいので、長いこと見逃されてしまうこともあるのです。

また、ASD 児がトラウマ反応による攻撃性とかパニックを呈すると、ついつい障害特性による行動上の問題として片付けられてしまうこともありがちです。ASD 特性としてのごだわりを十分に把握しないまま、トラウマの視点だけに囚われて支援を始めてしまうと、今度は何でもかんでもトラウマ反応と決めつけてしまいがちになり、そもそもの（発達特性としての）ごだわりに対する環境調整をしなければ始まらないのに、それをすっ飛ばしてトラウマ治療に入ろうとしてしまう、その結果効果が出ない、などという事態も起こるわけです。だから、こういった ASD 児の行動上の問題を見たときに、トラウマ反応がどのレベルでどのくらい出ているのか、ということ意識しつつ、ももとのその子の発達特性をしっかりとアセスメントしてみるということがとても大切なんですね。

**震災後に見られる適応困難の実相**

たとえばASD児の場合、

- ①トラウマ反応としての「過覚醒状態」や「易刺激性」による不適応症状
- ②ASD特性としての「認知特性」や「感覚特異性（過敏）」による不適応症状


- 1) ①が強く出ている状態
- 2) ②が強く出ている状態
- 3) ①+②により症状が複雑化している子ども

**ASDによる行動上の問題？トラウマ反応？**

- ASD児が、トラウマを受けると、記憶形式の特徴や感覚特異性によるフラッシュバック、タイムスリップが起こりやすく、かつ、こだわりによる反芻が繰り返されやすい。⇒深い抑うつ状態に陥ることも。とくに“受け身型”の場合、見逃されやすい。
- ASD児が、トラウマ反応による攻撃性やパニックを呈すると、“障害特性による行動上の問題”で片付けられてしまう危険性がある。
- “ASD特性としてのごだわり”を理解しないと、なんでもトラウマ反応？と決めつけてしまう危険性もある。（環境調整なしにはケアは始まらない！）




発達障害を持つ子どもの支援において、その症状が「トラウマによる過覚醒」なのか「発達障害特性としての多動・衝動性」なのか、明確に見分けるのはそもそも極めて困難なのですが、トラウマインフォームドの考え方で見立てることが大事で、その行動が発達特性の説明モデルだけで理解できるのか、とまず考えてみる。そして、発達特性だと考えるなら、その行動が、生来の行動特性として見られていたことが確認できるエピソードがあるか、ちゃんと確かめる。それまでになかった行動がある出来事をきっかけにある時期から急に始まったとしたら、トラウマはないかという視点で、アセスメントし直すということが必要になると思います。症状の状況依存性の程度はどうか、環境調整の工夫の余地はどこにあるかっていうことを常に探しながら、アセスメントをしていくこととなります。



### 過覚醒？発達特性による衝動性？

- ◆ 明確に「見分ける」のは極めて困難
- ◆ **トラウマインフォームドの考え方で、「見立てる」**ことが大切
- ◆ その行動が、発達特性の説明モデルだけで理解できるのか？と考える
- ◆ 発達特性？と考えるなら、その行動が、生来の行動特性としてみられていたことが確認できるエピソードはあるか？
- ◆ それまでになかった行動が、ある出来事をきっかけに、ある時期から急に、始まったとしたら、トラウマはないか？という視点でアセスメント
- ◆ 状況依存性の程度は？⇒環境調整の工夫の余地はどこに？



## ② ICCC 診療データから

ここから少し、データの話をしたしたいと思います。いわてこどもケアセンターの2013～2015年度の診療実績から、いくつか紹介します。

PTSDと発達障害の併存についてですが、被災地のPTSDの33%に何らかの発達（ASD / ADHD / LD / ID）が併存していました。被災地以外のPTSDの子どもの場合の併存は12%で、有意に違いがありました。また、被災地のF43（ストレス関連障害）の子どものうちの40%に発達障害が併存していたのに対して、被災地以外では25%併存なので、やはり明らかに差があるのです。ということは、トラウマの影響が症状として出ている子どもたちの背景には、発達特性の問題も大きく関与しているということが言えるのだと思います。

それともうひとつ、我々のところで、発達障害診断を受けた子どものフルIQを震災前に発達障害と診断されていた子と、震災後初めて発達障害の診断を受けた子に分けて、比較してみた結果を示します。フルIQだけで発達障害の重症度や適応状態を測れるわけではないのは皆さんご存知だとは思いますが、とはいえ、IQの高さは強みの一つにもなりますので、そういったことを踏まえて、震災前に発達障害の診断をすでに受けていた子のフルIQは86、そして、震災後に始めて発達障害と診断された子のフルIQは94で、両群に有意な差がありました。IQ75以上の子の割合を両群で比較すると、明らかに、初回診断の子どもたちのほうが多い。震災以前であれば診断されなかった、比較的高機能（知的障害がない）子どもたちが、診断レベルとなって不適応が顕在化してきた、と見る事が出来ると思います。それはどういうことかと言うと、平常時レベルのサポートを得られていれば、発達障害としては診断されなかった人たちが、震災をきっかけにサポートの質も量も減ってしまったことによって不適応となり、診断されるようになったということ。この

**いわてこどもケアセンター診療実績（2013-2015年度）より**

### PTSD診断との併存 (2013-15年度)

被災地のPTSD  
33%ASD/ADHD/LD/ID併存  
(被災地以外では12%)

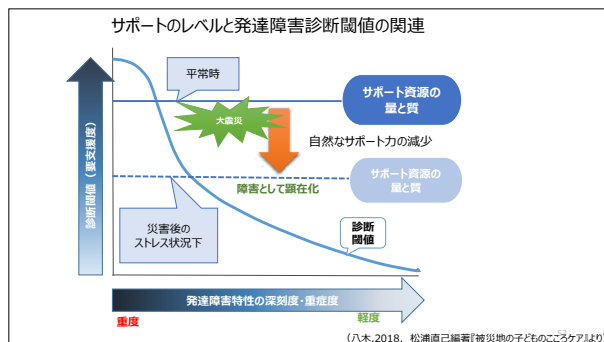
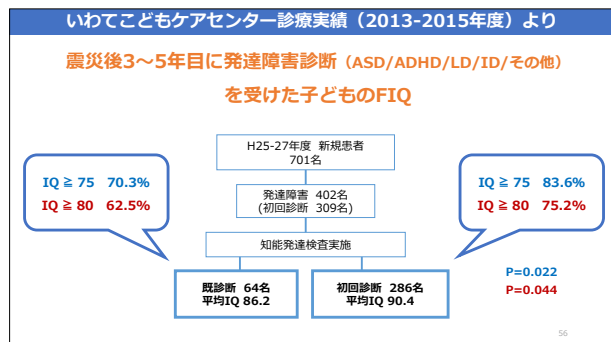
被災地のF43 (PTSD/重度ストレス反応etc.)  
40%がDD併存  
(被災地以外では25%)

**トラウマ関連症状が重症化している子どもたちの背景には、発達特性の問題が潜む**

診断別	PTSD*		F43*		F47*	
	人数	%	人数	%	人数	%
合計	98	131	3	3	255	
被災地	55	62.50	105	58.01	152	59.61
非被災地	33	37.50	76	41.99	99	38.82
不明						
合計	22	61	61	92	92	
被災地	18	81.82	42	68.85	65	70.65
非被災地	4	18.18	19	31.15	24	26.09
不明						
合計	18	82	82	79	79	
被災地	15	83.33	38	73.08	58	73.42
非被災地	3	16.67	14	26.92	19	24.05
不明						
合計	6	7	7	2	2	
被災地	5	83.33	5	71.43	7	77.78
非被災地	1	16.67	2	28.57	2	22.22
不明						
合計	1	5	5	8	8	
被災地	1	100.00	2	40.00	4	50.00
非被災地	0	0.00	3	60.00	3	37.50
不明						
合計	0	0	0	1	1	
被災地	0	0	0	0	0	0.00
非被災地	0	0	0	0	0	0.00
不明						

※F43、PTSD、ASD、ADHD、LD、ID、不明は、重複して記載されている場合があります。

場合のサポートの質と量の変化には、人的なサポートだけでなく、環境そのものが変化してしまったことも含まれます。震災が原因で「発達障害になる」わけではないけれども、震災前であればいわゆる閾下、スペクトラムの辺縁に位置している人たちが診断レベルとして顕在化してくるという現象が、データの裏付けをもって確認されたと言えると思います。



時間の経過とともに「はさみ状格差」が増幅するということは、震災前からの家族葛藤や、親の養育能力の問題が顕在化・増幅され、脆弱性をもつ子どもや家族においては、生物学的・心理的・社会的問題が複雑に絡んで悪循環することになります。

コミュニティが崩壊することにより、それまで地域の子どもたちを守っていた自然なサポート力が低下してしまうことにより、「これまでのやり方が通用しない」という事態に地域全体が陥っています。コミュニティがトラウマを受けるということは、そのコミュニティを構成する人々の中でも、脆弱性をもつ子どもや弱者にその影響が大きいということが言えると思います。

岩手県沿岸部では、都市部とは異なり、学校区を単位としたコミュニティのまとまりが強く、それが子どもたちの生活範囲を規定し、成長発達の節目（例えば、地域のお祭りで役割を与えられるなど）を支えていたのです。震災により、仮設住宅への転居や転校などで、コミュニティの離散が起り、学校区単位では掌握できなくなり、地域の自然なサポートシステムが機能不全に陥ってしまったところも少なくありませんでした。

時間の経過とともに増幅するはさみ状格差  
潜在的な脆弱性の顕在化

- 震災前のコミュニティ・環境の崩壊⇒“自然な”サポート体制の崩壊
- 潜在的な脆弱性をもつ＝スペクトラムの辺縁の子どもの不適応症状の顕在化
- 親の側の慢性的なストレスや生活上の問題が子どもに影響・反映⇒症状化
- 震災前からの家族葛藤や、親の養育能力の問題が顕在化し、増幅される
- 社会的・心理的・生物学的問題が複雑にからんで悪循環

コミュニティの崩壊による影響

震災以前は・・・

- 岩手県沿岸部は、都市部とはことなり、学校区を単位としたコミュニティのまとまりが強く、子どもたちの生活範囲を規定し、成長発達過程を支えていた。

震災後・・・

- 仮設住宅入居や転居により、コミュニティの離散が起り、学校区単位では掌握できなくなり、地域の“自然な”サポートシステムが機能不全に。

⇒潜在した脆弱性をはらんだ問題の顕在化

**「これまでのやり方が通用しない」事態に**

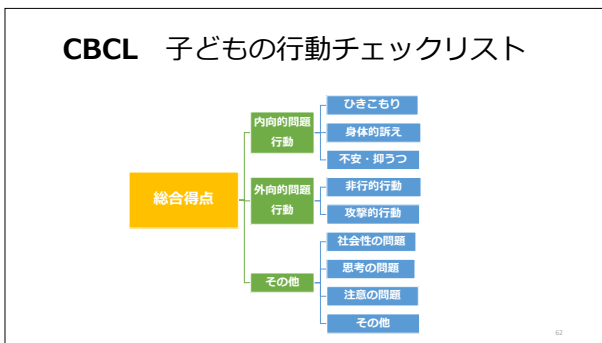
### ③ 2つの被災地のコホート調査から ・発災時に保育園にいた子どもたち

ここからコホート調査についてちょっとだけ紹介します。私はふたつの大きなコホート調査に関わらせていただいています。ひとつは、発災当時保育所において、3 - 5歳だった子どもたちの行動・情緒の問題を中心に追いかけるコホート調査で、岩手・宮城・福島の3県で、成育医療

研究センター（当時）の奥山先生や藤原先生らとの共同研究です。膨大なデータの蓄積があり、様々な結果が出ていますが、子どもの行動チェックリスト（CBCL）を使って、子どもの行動と情緒の問題を数年にわたって追跡調査（スライドは割愛）した結果、年を経るごとに問題行動が改善している群に比べて、問題行動が高止まりして持続している群というのは、震災前に虐待歴がある割合が高いことが明らかになりました。また、改善している群に比べて、数年後から問題が出てくる群というのは、津波に流された人を見たという被災時の経験があるが分かりました。

また、APQ（Alabama Parenting Questionnaire）という質問紙を使って親の養育態度と子どものCBCLスコアの関連を見てみますと、親の養育態度が悪いほど子どもの問題行動が増えているという結果でした。このことは、震災後に限らず、平時から観察されることだとは思いますが、震災後でも同様のことが起こっている、ということがわかりました。もうひとつは、震災後において、肯定的な養育が子どもの問題行動の予防には直接つながらない、ということがわかりました。つまり「褒めて育てる」とか、「いい子育てしましょう」ということが震災後問題行動を減らすことには直接寄与しない。それよりも、マルトリートメントを防ぐことに力を注ぐことが大事だということなのです。もちろん被災地で我々が行なったコホート調査のひとつの結果でしかないわけですが、「いい子育てをしたから子どもの問題行動は減る」ということではなく「不適切な子育ては確かに子どもの行動上の問題を増悪させる」ということは確かだ、ということなのです。否定的な養育を予防するようなサポートを養育者に提供することこそ、災害後ではとても大事なことなんだということ、養育困難に陥っている保護者をサポートすることが肝要だということなのです。

これらの結果はいずれ、研究班できちんと論文化して報告していくことになると思います。

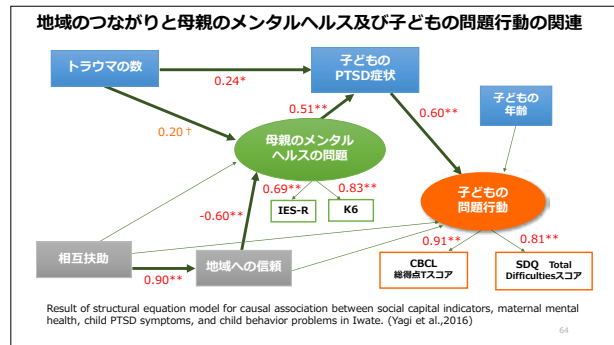


### 親の養育態度と子どもの問題行動 調査結果の解釈と考察

- ・養育が悪いほど、子どもの問題行動が増えている
  - ・これ自体は一般的かもしれないが、災害後でも同様であることが示された
  - ・特に体罰は子どもの問題行動に著しい悪影響を与えている
- ・災害後において、肯定的な養育は子どもの問題行動の予防には直結しない
  - ・質問紙の内容による影響かもしれない
- ・災害後には、否定的な養育（特に体罰）を予防するようなサポートを養育者に提供することが、子どもの問題行動を減らすかもしれない

もうひとつはですね、同じコホート研究から分かったことで、「母親のメンタルヘルス状態が子どものPTSD症状に影響して、そしてそのPTSD症状は子どもの問題行動と相関がある」が明らかとなりました。その、母親のメンタルヘルスの問題はソーシャルキャピタル（地域への信頼、相互扶助など）と関連があって、地域の相互扶助がある場合には、母親の地域への信頼が増し、それらが母親のメンタルヘルスの問題が起こりにくくさせている、という相関が明らかになりました。やはり、地域が母親を支えて、母親が子どもを支えている、

という構図がはっきりとそういったコホート調査の結果からも見えてきたということ。だから大災害後の支援は、やはりコミュニティの再生と母親をはじめとした家族を支えていくことに尽力される必要があるのだと思います。



### ③ 2つの被災地コホート調査から ・震災後に誕生した子どもたち

もうひとつのコホート調査ですが、こちらは、震災後に誕生した子どもたちのことなんです。 「みちのく子どもコホート」と言いまして、東北三県で縦断研究です。

この研究の着想に至る経緯ですが、先ほども触れたように、年を経るごとにコミュニティや個人の復興・再生の度合いに格差が拡大していることを、支援者としても実感していたわけです。そして、支援を継続する中で、5年ほど経った時、震災後（1年間）に生まれて、震災を直接体験していないのに、混乱期に乳児だった子どもたちが、落ち着かないとか、集団行動に馴染めないとか、或いはそのお母さんたちのメンタルヘルスが心配だという、保育士さんや保健師さんの声が被災3県で共通して聞かれるようになったのです。実際それは私が臨床現場で実感していることでもあり、それは甚大被災地ほど顕著な傾向があることも、気が付かれていました。そこで、その実態調査をして、適切な支援を計画する必要があると考え、この研究を始めました。震災後に誕生して混乱期に乳児だった子どもとその家族を追跡調査



**東日本大震災から5年余り経過した時点で**

- ◆ 回復し、成長・発展してゆく子どもたち・家族・地域
- ◆ 時間の経過とともに病理性が深まっていく親子の存在
  - 外傷性悲嘆の潜行性経過⇒数年目に症状化して受診
  - あいまいな喪失や家族のメンタルヘルスの影響⇒数年後に学校不応
  - 震災を契機とした家族基盤の脆弱性の顕在化～世代間の病理
  - 非常事態が常態化した中での生活が子どもの発達に与える影響

年を経るごとに、**コミュニティや個人の復興・再生の度合いの格差が拡大**

**本研究の背景 支援・臨床の場での実感**

環境の激変 → 東日本大震災 → 多大な心理的ストレス → 時間経過 → 影響の遷延

**震災後に誕生し、混乱期に乳児だった子どもたち**

現場の声

- 落ち着きがない
- 保護者のメンタルヘルスが心配
- 集団行動になじめない

**甚大被災地域で顕著**

**本研究の背景 支援・臨床の場での実感**

東日本大震災

5年目の被災地の現状

- 慢性的な専門職の不足
- 支援者の疲弊
- “非日常”の常感化問題の風化

↓

**現状・実態の把握** (急務)

**適切な支援の計画・継続**

H28～30基盤研究(C)  
東日本大震災後に誕生した子どもとその家庭への縦断的支援研究 研究の概要

- 震災後に誕生し、混乱期に乳児だった子どもたちの成長発達を長期的に追跡する。
- 岩手県、宮城県、福島県の甚大被害・被災地域を選択し、各県の状況を比較する。
- 保育所・子ども園をベースとして追跡調査と必要な支援を継続する。
- 中学卒業まで追跡し(約12年間)、子どもの成長発達の経過を見届け、支援する。

し、必要な支援を提供し、その子どもたちが中学を卒業するまで見届けよう、支援を継続しよう、というものです。

(平成 28 - 30 年度科研基盤 (C) / 平成 31 - 33 年度科研基盤 (B) 「東日本大震災後に誕生した子どもとその家庭への縦断的支援研究 (研究代表者: 八木淳子)」

研究組織は、スライドの通りです。

岩手・宮城・福島 3 県の甚大被災地域から、223 人の子どもとその保護者が参加して下さっていて、高い捕捉率で継続できています。

### 研究組織

- 岩手医科大学/いわてこどもケアセンター** 八木淳子 (研究代表)
- 山家健仁、吉岡靖史、玉山宏美、三浦光子、小川香織、伊東史工、松坂真友美 ほか
- みやぎ心のケアセンター** 福地成
- 相内千鶴、丹野孝雄、千葉柊作、安孫子洋美、小口静、大沼れいら、佐々木芽吹、東海林渉 ほか
- 福島大学/東京医科大学** 梶屋二郎
- 内山登紀夫、野村昂樹、中村志寿佳、川島慶子 ほか
- 三重大学** 松浦直己

### 対象の子どもたち

**ベースライン**  
a multistage sampling method

223 名の子どもとその保護者

- 岩手 87 名 (男:女 = 47:40)
- 宮城 74 名 (男:女 = 39:35)
- 福島 62 名 (男:女 = 33:29)
- 全体の年齢平均: 58.5 ヶ月 (SD = 6.52)

**第1回追跡調査**  
212 名の子どもとその保護者

2016年から2017年の捕捉率 **95.1%**

このような研究でデータを収集する意義は、①被災地の子ども達の心身の状況を把握し、必要な医療や診療体制を検討することができる②大きな災害後に出生した子どもたちの成長発達を知ることができ、今後の災害時の効果的な支援方法の立案が可能になる③3 県の児童精神科関係者が共通の課題認識を持って、子ども達の支援に携わることが可能になる、という 3 点に集約されるかな、と思います。

### データ収集の意義

- ◆被災地の子ども達の心身の状況を把握し、必要な医療や診療体制を検討することができる。
- ◆大きな災害後に出生した子どもたちの成長発達を知ることができ、今後の災害時の効果的な支援方法の立案が可能になる。
- ◆3 県の児童精神科関係者が共通の課題認識を持って、子ども達の支援に携わることが可能になる。

調査の流れですが、質問紙を郵送して回答 (返送) してもらい、調査会場に来ていただいた親子に面接や心理検査を対面で行います。それらの結果を評価してフィードバックし、ハイリスクの親子には必要な支援を提供する、これが一連の流れです。

### 評価尺度・質問紙

- **子どもの発達特性の評価** (H28年度)
  - 絵画-語彙テスト
  - WPPSI <積木> <絵画完成>
  - K-ABC <数唱> <手の動作> <語の配列>
  - グッドイナフ人物画知能検査
- **子どもの認知発達** (H29 年度)
  - WISC-IV (フルセット)
- **養育者に対する質問紙等**  
子どもの評価、養育者のメンタルヘルス、レジリエンスなど
- **構造化面接 (保護者)**  
MINI (精神疾患簡易構造化面接法)

### 構造化面接（保護者）

児童精神科医または臨床心理士により精神障害についてMINIによる構造化面接によって評価する

- 大うつ病
- 気分変調症
- 自殺の危険
- 躁病エピソード
- パニック障害
- 広場恐怖症
- 社会恐怖
- 強迫性障害
- 外傷後ストレス障害
- アルコール依存（母親のみ）
- 精神病性障害
- 神経性無食欲症
- 神経性大食症
- 全般性不安障害
- 反社会性人格障害

### 養育者に対する質問紙等

-子どもの評価、養育者のメンタルヘルス、レジリエンスなど-

- 親のPTSD：IES-R
- 親のメンタルヘルス：K6、BDI-II
- 親の社会関係（ソーシャルキャピタル、社会的ネットワーク、社会的サポート）
- 生活習慣、居住環境、経済状況
- 幸福感（WHO26）
- 外傷後の成長尺度(Posttraumatic Growth Inventory; PTGI) (Tedeschi, R. G., & Calhoun, L.G., 1996.; Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Cann, A., 2007)
- 親の対人関係スタイル：The Relationship Questionnaire (RQ) (Bartholomew, K., & L. M.(1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 226-244.)
- 子どものPTSD評価：Parent Report of the Child's Reaction To Stress (Jones, R.T., Fletcher, K., & Ribb D.R., 2002) をもとに作成
- 子どもの問題行動：SDQ (Strength and Difficulty Questionnaire, SDQ) (Goodman R, J Child Psychol Psychiatry, 1997; Matsushita et al, Brain Development, 2008)
- 子どもの問題行動：CBCL (Child Behavior Checklist) (Achenback, 1991; Toagasaki & Sakano, 1998)
- 日本語版M-CHAT (乳幼児自閉症チェックリスト)

### 質問票

子ども用      保護者用      教師用



支援の流れですが、個別のフィードバックとして、保護者に対して子どもの発達の状態や養育上のアドバイスを伝えます。保育所や子ども園とは、ハイリスクの子どもに関するものを中心に情報を共有し、必要に応じて対応の仕方や養育について児童精神科医がアドバイスを行い、連携を維持します。ニュースレターの発行やホームページで進捗状況や子育て情報などを発信し、ハイリスクの基準を超えた親子に対しては、個別のフォローアップを継続し、必要に応じて医療機関や療育機関に確実に紹介し、連携します。

### 支援の流れ

- 個別のフィードバック
  - ・ 養育者へ発達の状態を伝え、養育のアドバイス
- 保育所・園へのフィードバック
  - ・ ハイリスク児の状態・対応を共有
- ニュースレターの発行・HP運営
  - ・ 年2回/進捗報告・トピックスを発信
- ハイリスク児・保護者のフォローアップ
  - ・ 必要に応じて専門機関・支援機関へ紹介

実際の個別フィードバック用紙

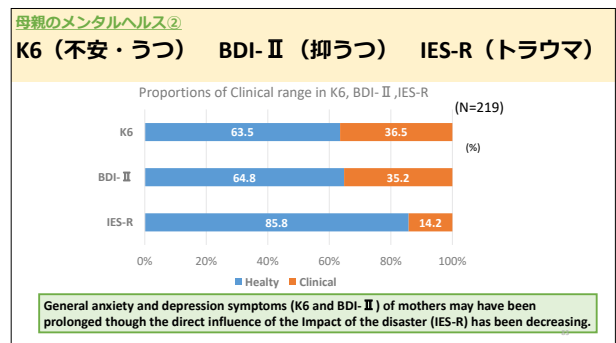
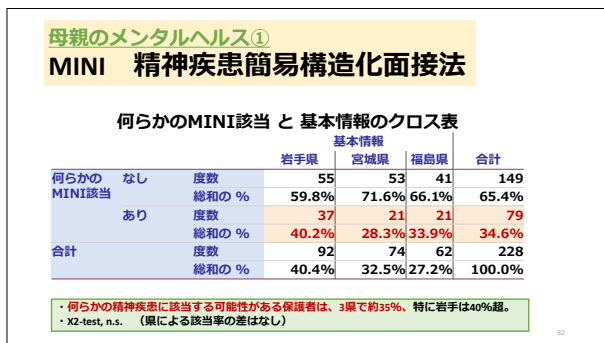
たくさんのデータが集積していますが、今日は、その一つ一つを細かく紹介することはできないので、ベースライン調査のおおまかな結果のまとめをお伝えします。

まず、保護者のメンタルヘルスの問題は依然として6年目で深刻でした。子どもの認知発達には平均して、1標準偏差程度の遅れが見られました。そして、保護者のメンタルヘルスと子どもの行動・発達には明瞭な関係が認められ、今後そう言う支援が大事だということがわかりました。

### ベースライン調査結果の要点 震災後6年目の時点で

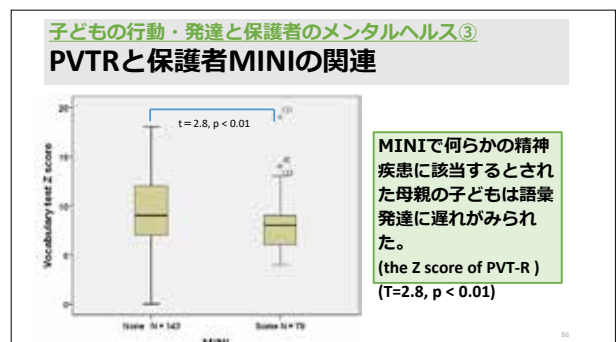
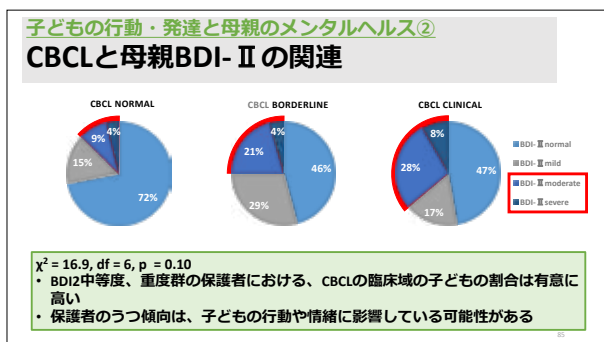
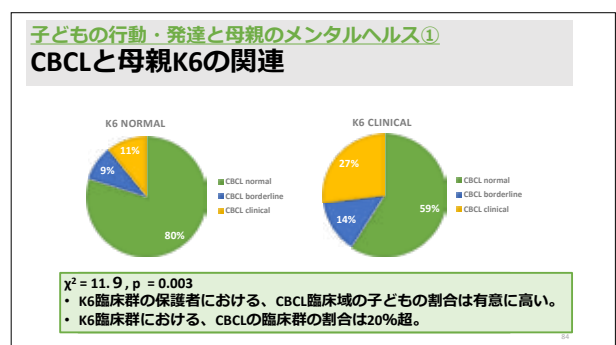
- ◆ 保護者のメンタルヘルスの問題は依然深刻であった。
- ◆ 子どもの認知発達に、平均して1標準偏差程度の遅れを認めた。
- ◆ 保護者のメンタルヘルスと子どもの行動・発達には、明瞭な関連を認めた。
- ◆ 今後、要支援幼児・家庭に対する支援の継続が重要と考えられた。

MINI という精神疾患の簡易構造化面接では、35%の母親がなんらかの精神疾患に該当する可能性があるという結果でした。母親への自記式質問紙調査によると、35%以上のお母さんたちが抑うつや不安の尺度が臨床域にあり、IES-R というトラウマ尺度では「震災」のことを思い出して回答していただいたのですが、こちらは臨床域の人が15%でした。この3つの質問紙の結果の違いから分かるのは、震災そのもののインパクトによる症状というよりは、一般的な抑うつとか不安といった症状を示す母親が多いということ。もう震災トラウマに直接かかわる症状というより、生活全般のストレスによる影響が主になってきていて、それはまだまだ高いっていう状況なのだとおっしゃいます。



母親のメンタルヘルスと子どもの行動上の問題 (CBCL) の関連ですが、先ほどの K6 (不安・うつ) の点数の高いお母さんでは、CBCL で臨床域・境界域を示す子どもの割合が多い。また、CBCL で臨床域を示す子ども母親では、BDI-II (抑うつ) のスコアで中度以上人の割合が明らかに多いのです。だから、子どもの行動上の問題とお母さんのメンタルヘルスの問題は明らかな関連が認められました。

先ほどの MINI (精神疾患簡易構造化面接法) で何らかの精神疾患に該当するとされた母親の子どもは、そうでない子どもに比べて、PVTR という語彙発達検査で遅れが見られました。この調査は、被災地実施した調査の結果ではありますが、もう少し広い見方をすれば、(被災地のような) ストレス状況下で生活する精神疾患を有する母親の養育負担は非常に大きい、そういった環境で育つ子どもの語彙発達に遅れが出ることがある、ということに思いを馳せることとなります。だから虐待然り、



機能不全家族然り、ストレス状況下で育つことは、子どもの認知発達に影響を及ぼす可能性がある、ということに照らして考えることが出来ると思います。

まとめると、震災体験が直接・間接的に子どものメンタルヘルスや発達に影響を及ぼすということと、特に保護者の養育態度は、子どもの行動上の問題に負の影響を及ぼし、特にマルトリートメントは負の影響を及ぼすこと。さらに母親のメンタルヘルスの問題は、子どものメンタルヘルスや行動上の問題に有意に関連するし、震災による環境の変化というものが、結局は脆弱性を持つ子どもや家庭に負の影響を与えるということが、診療データや複数の調査の積み重ねからわかってきた、ということが言えます。

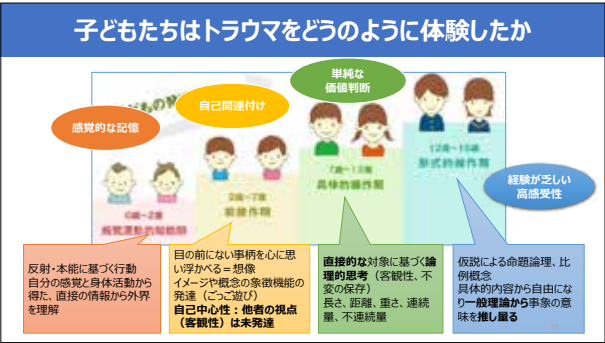
**まとめ**  
**震災トラウマと子どもの発達**  
診療データやコホート調査から

- 震災体験は、直接的・間接的に、子どものメンタルヘルス/発達に影響を及ぼす
- 特に、保護者の養育態度は、子どもの行動上の問題に影響を及ぼす (Maltreatmentは負の影響)
- 母親のメンタルヘルスの問題は、子どものメンタルヘルス/行動上の問題に有意に関連する
- 震災による環境の変化が、脆弱性をもつ子ども/脆弱な家庭基盤に負の影響を与える

### 3. 中長期のケア ～子どものトラウマケア～

以上のようなことが分かった中で、中長期のケア、子どものトラウマへのケアについてみていきたいと思います。

前半でお話しましたように、子どもたちは、それぞれの年代によって、トラウマをどのように認知し体験したかが違ってきます。ピアジェのいう認知発達段階に沿って言えば、例えば、2歳から7歳の前操作期と言われる年代だと、自己関連づけが起こりやすいとかですね。少し年長になりますと単純な価値判断まではできるけれども、総合的な判断はやはりまだできないので、何が起こったかということだけは分かるけど、それがどういう意味があったかということ、大人と同じように考えられわけではない。そういったことが年代によって違ってくるわけです。



中でも、この「死」というテーマをどう扱うか、ということは大事であり、非常に難しい問題であると私は感じています。


特に、「小さい子は『死』がなんだか分からない、だからわざわざ話して聞かせることはない」とか、「死はつらいものだからなるべく触れないでおいた方がよい」という考え方が今でも一般的であったりします。その全部が間違いだとは思わないのですが、やはり死にまつわる問題で苦悩している子どもに対しては、この論法では通用しないと考えたほうがよいと思います。大切な人が亡くなった時こそ、そのことをきちんと取り上げて話し合う。できるだけシンプルにその子がわかるように。情緒的な表現よりは、正確な事実をその子がわかるように必要なだけ伝える。なんでもかんでもありのまま話せばいいわけでもないし、凄惨なご遺体をそのまま見せればよいということではもちろんありません。けれど、何が起こったかと



いうことについては、ある程度その子がわかるように、その子の認知発達レベルで理解できるような方法できちんと伝えておく、ということが必要です。曖昧なまま放置をすると、わからないことに対しては、子どもも大人も不安を抱き、得体のしれないものだからこそ不安や負のイメージが増大してしまいます。そうすると、なんとかその不安を解消したくて、自分のわかる範囲で「わかれう」とするので、死を自分の落ち度だとか、責任だと思ひ込むことも出てくるわけですね。それが「自己関連」づけというものです。子どもにとって「自分のせいで大切な人が亡くなった」と考えることは、かなり重いことなのです。こういった思ひを抱いて、なかなか立ち直れずに、あるいは、トラウマ関連症状を長引かせている子どもとの出会ひは、これまでの8年の経過の中でも、少なからずありました。

### 子どもに「死」をどう語るか

- 誤った認識
  - ・小さい子は「死」がなんだかわからないだからわざわざ話すことはない
  - ・「死」はつらいものだから、なるべく触れないでおくほうがよい
- 大切な人が亡くなったときこそ
  - ・そのことをきちんととりあげて話し合う
  - ・できるだけシンプルに、その子がわかるように
  - ・情緒的な表現より、正確な事実を「必要だけ」教える
- あいまいなまま放置すると不安が増大
  - 死を自分の落ち度・責任と思ひ込むことも  
(自分のわかる範囲での認知 = 自己関連づけ)



「死の概念」です。いろいろな考え方があると思いますが、Koocherは、これらの5つの要素があると言っています。「終局性」については、幼児は「ただ眠っている」と理解することもあります。「不可逆性」については、二度と戻らない、ということについて、幼児は「自分から会いに行けば会える」と思っていることもあります。それから「普遍性」は誰にでも起こることであり、「必然性」は必ず起こること、これは大人でも頭では理解するものの、不安を惹起するものでもあります。そしていわゆる「生物学的な細胞死」、細胞が死んでしまったらもう生き返るってことはないのだ、ということまで理解するのは、先ほどのピアジェの発達段階でいえば、形式的操作期まで成長するのを待たなければならないわけです。

ですから、発達段階によって「死」の受け止め方はちがいます。幼児にとって「死」は、愛する者からの分離と同義で、当然、分離不安が起こってきます。目の前にあるもの、自分の周りにある存在が全てなので、自分の見聞きした具体的事象と結び付けてしまうことがよくあります。ママがダメっていうことをしたから、ママが死んじゃったんだ、などのように。例えば、おじさんがベッドに寝ているときに心臓麻痺で亡くなった、ということを知られたことで、「ベッドで寝ると死ぬ」という思ひ込みが起り、絶対ベッドで寝ない、ということになってしまったりします。だから、客観的な事情がどうあれ、あくまでもその子のわかる範囲でしか理解できないのだ、ということを知りながら、その子が分かるように説明してあげないと、思ひもよらないところに拘りや自己関連づけが起ることがあるということですね。気遣いのつもりであいまいな表現が、誤解を助長したりする可能性があるのです。要注目だと思ひます。

それともうひとつはですね、大人自身もつらくて、説明することが嫌だったり、悲しませたくないという大人の側の願望が、子どもの理解を遅らせてしまう、ということもあることを知っておく必要があります。これは、支援者にも起り得る現象ですよ。こういうテーマ（死や喪失）と向き合うのは支援者もつらいので、なんとなく「なあなあ」でその話題を避けている間に、そういったこととの向き合いがきちんと出来ないまま、回復しきれないまま、時間が経ってしまう、支援者も介入のきっかけを失ってしまう、といったことが起りがちです。

## 死の概念：5つの要素 G. Koocher

- 1. 終局性**  
身体及び心理機能の永遠の停止  
幼児は「眠っている」と理解することも
- 2. 不可逆性**  
生き返らない、二度と会えない  
幼児は会いに行けると思っていることも
- 3. 普遍性**  
すべての人に死は訪れる  
自分や自分の親もいずれは死ぬ
- 4. 必然性**  
必ず訪れる・・・この理解には大人も不安に
- 5. 生物学的原因による**  
細胞死・物理的な死、科学的理解

## 年齢による死の受け止め方（1）

- 幼児
    - ◆「愛するものからの分離」と同義＝分離不安
    - ◆目の前にあるもの、自分のまわりが存在のすべて
    - ◆自分の見聞きした具体的事象と結びつける
    - ◆自己と関連付け：「ママがだめっていうことをしたから」
- ⇒あいまいな表現や気遣い（のつもり）が誤解を助長する可能性がある所以要注意
- ⇒大人の側の回避や願望が、子どもの「理解」を遅らせてしまうことも

それぞれの年代によっても、それぞれが認知発達のレベル、理解によっていろいろなことが違ってきます。死の概念の成熟化が起こるのは、小学校高学年ぐらいからといわれています。それで、いわゆるガンで死んだとか、川で溺れて死んでしまった、などの具体性の出来事ではなくて、「病気」「加齢」「事故」といった、普遍的な事象の先にある死を理解できるようになるのは、ティーンエイジャーになってからだといわれています。ですから、特に小学校低学年などでは、言葉ではいろいろなことをわかっているように見えても、その子がどのレベルで何を理解しているのかを確かめながら、その子がわかるように、こっちがわかって欲しいようにというよりは、その子がわかるように伝えることがとても大事だと思います。

## 年齢による死の受け止め方（2）

- 小学生（低～中学年）
  - 不可逆性は理解できる
  - 「自分の身に起こること」としての実感なし⇒成長後に「再認識」することも
  - 具体的事象と関連付け「がん」「拳銃」「毒」（直接的原因）
  - 再生願望：「また生き返る」「生まれ変わる」
- 小学生（高学年）
  - 死の概念の成熟化：普遍性、最終性を理解する
  - 再生願望は部分的に残ることも
- ティーンエイジャー
  - 死の理由を抽象的に理解「病気」「加齢」「事故」（普遍的・客観的に理解）

## 発達段階に合わせた理解と支援

安心・安全な環境を確保したうえで

“何をわかっているか”

“どう理解しているか”

発達段階や理解に合わせて、彼らの疑問に誠実に応えていく

こちら（支援側）が“わかしてほしい”ようにはなく、  
その子が“わかるように”伝える

ここまで駆け足でお話してきましたけれども、私共の診療データとか研究を通して明らかになってきたことを、まとめてみますと、中長期的に治療が必要となる子どもの特徴というのは、まず、圧倒的なトラウマ体験や喪失体験があって、①発達障害特性（診断閾値下も含め）を有する、②転居・転校などで、「トラウマ体験を共有できない」環境におかれている、③家族がサポートを得られにくい環境に置かれている、④保護者のメンタルヘルスの状態がよくない、こういった特徴を持った子どもが、後になって治療が必要になってくることが多い、ということが出来ると思います。

## 診療や研究から明らかになってきたこと 中長期的に治療が必要となる子どもの特徴

- 圧倒的なトラウマ体験（喪失体験）があり、
1. 発達障害特性（診断閾値下も含め）を有する
  2. 転居・転校などで、「トラウマ体験を共有できない」環境におかれている
  3. 家族がサポートを得られにくい環境に置かれている
  4. 保護者のメンタルヘルスの状態がよくない

こういった、トラウマ体験をした子どもたちは、最初の方でもお話ししましたが、自分自身の身に起きていることが、過去のトラウマに関連があるということがわからないまま、

周囲の大人から繰り返し叱責されたりして、無力感・自責感を強めてることが多いんですね。

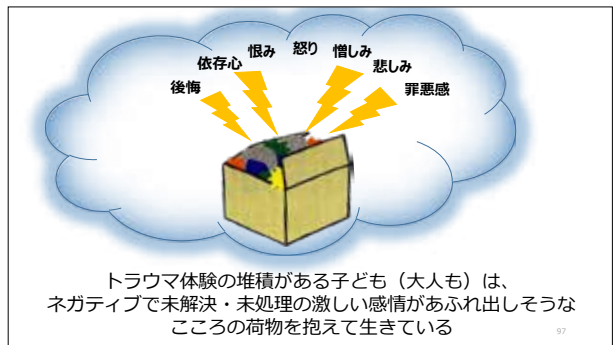
例えば、「思い出したくないできごとに触れそうになると、避ける」というスタイルでトラウマ記憶を思い起こさないようにして生活する習慣が身についてしまうと、「嫌なこと」を「避ける」という習慣が、他のことにも般化して、行動パターンとして定着してしまうことがあります。でも、そのことがトラウマ体験に起因することとして理解されずに、ただの怠け、頑張りの利かない自分、嫌なことから逃げてばかりいる自分、といった形で認識されてしまえば、叱られたり、自分を責めたり、自尊感情を下げたりしてしまいがちなのです。

**子どもたち自身におこっていること**

- 自分の身に起きていることが過去のトラウマに関連があるということがわからないまま、周囲の大人から繰り返し叱責され、無力感、自責感を強めていく。
- 自分の感情と行動がコントロールできない状態だけは自覚できるため、「自分が悪い子だから」と自己否定感を一層強める。

**情動統制困難**    **自己統制困難**    **攻撃的・衝動的行動**

トラウマを受けた子っていうのは、これが「こころ」を表す箱だとしますと、こころの中にある未処理の、激しい、ネガティブな感情が溢れ出しそうになっているわけです。それが、いつ突然飛び出してくるかが予想もつかない。こんなこころの荷物を抱えて生きているわけですが、全身全霊でこの処理できない感情を抑え込んで生きています。だから、自分の感情を表に出さない子が多いので、一見クールで大人びているように見えることがあります。トラウマは子どもを早く「大人」にしてしまうのです。あるいは、自分の感情を度外視して、「自分のことはさておき」人のことばかり一生懸命になるなんていうことになる子もいます。



自分の感情と向き合うのは怖いけど、人のことなら、自分を度外視して関わることができるんですね。それから、親や大人との距離を取っている、もう明らかに信用していないように見えるっていう子っていうのもいます。でも、こういった行動の背景には、「感情調整不全」とか「見捨てられ不安」とか「自己観の否定的な変化」などが隠れているんですね。感情調整不全はとても大事なポイントです。自分の感情を極端に表に出さないっていうのは、「調整不全」ですから、要注意です。感情を表に出さないのは感情を抑えている、コントロール出来ているってことではないのです。感情を上手にコントロールできるっていうのは、適切に怒ったり、適切に喜んだり、適切に感情を出したうえで、ほどほどに調節できる、という状態が「感情コントロールができています」ということなのです。ですから、いつも感情を抑制して出さないのは決して感情コントロールできているわけではなく、これも一つの感情調整不全なのです。



そういったことがあると、この負のエネルギーを抑え込むことに、その感情が飛び出すのを抑え込むことに健全なエネルギーを相当量使って消費していますので、その子が本来勉強したり、部活をしたり、友達と遊んだりといったことに使える健全な育ちに向かうためのエネルギーを奪ってしまいます。結果的にはその子の発達や成長の可能性を狭め、どんなに頑張っても、いずれ対処できない事態に遭遇して決壊してしまえば、行動化・身体化することにより、さらなる傷つき体験となってしまいます。それがトラウマによる悪循環なのですね。

そのトラウマをアセスメントする上では、いろいろなやり方がありますが、先ほどのIES-Rも含めて、質問紙に答えてもらう場合でも、ぜひ私は「対面で実施する」ことをお勧めしています。これチェックしといてとか、これ書いといて、というふうに、一斉に配って書いてもらって集めて、スコアだけ見て、「点数が低いからトラウマはない」と評価してしまうのは、実に危険だと思います。やはり、その質問に答えている時のその子の態度のほうが、スコアよりも、もしかしたらその子の状態を雄弁に語っているなどということが起こります。例えばさっきの回避の問題です。思い出したくないという気持ちが強いほど、「ない・ない・ない」に一気に丸を付けたりすることがよくあります。その時に、目の前にいれば、「ずいぶん一気に『ない』に○を付けるのねえ」という、この一言が言えるかどうか、という違いは大きいのです。この一言で、「あ、この人は、自分をよく見て気づいてくれる、もしかしたら自分の苦しみをわかってくれるかもしれない」ということが子どもに伝われば、「この人になら話せるかも」という期待が生まれる可能性もあります。その時点で、既に治療関係がスタートするのです。介入に向けた真のアセスメントの第一歩になります。ですから、ぜひ、もし時間が許すのなら、そういう質問紙を使うときには、たとえ自記式のものであっても、出来る限り対面でやっていただくのが、大事なかなと思います。回避症状が重篤であればあるほど、いろんなトラウマ症状が過小評価されるということを知っておくことも重要です。

### 子どものトラウマ関連障害のアセスメントの実践

- 子どもが自分自身を表現しても安全だと感じられる環境の提供
- 自記式質問紙でも面接方式により詳細で多くの情報が得られる
- 質問紙に回答する際の子どもの態度の観察：回答用紙の結果よりも、子どもの態度そのものが雄弁な「回答」
- 所見を、その場で即時にフィードバックして共有：面接者がトラウマに関して熟知しているというメッセージが伝わる⇒アセスメントと心理教育が同時に進行/信頼関係構築

- UCLA PTSD Reaction Index for DSM (UPID)
- Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
- Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)

- ◆ 回避症状が重篤であればあるほど、PTSD関連症状全体が過小評価されるという矛盾
- ◆ トラウマ体験の開始時期や頻度、期間などについての詳細を具体的に子どもに尋ねる  
→保護者からの情報だけに頼らない

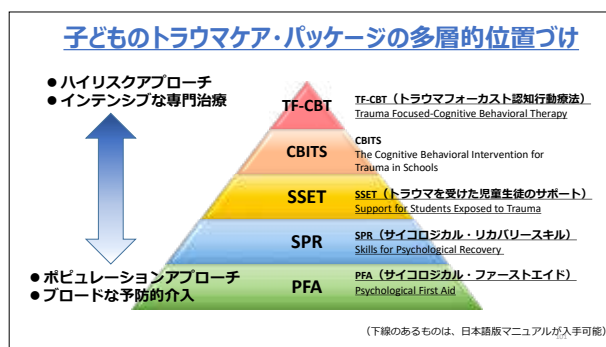
トラウマへの治療介入には色々ありますが、こんなふうに、体系的なアプローチを取ることによって、トラウマに「丸腰で」対峙する危うさから、距離をとることができます。しっかりとした枠組み、見通しを持って対応することが、子どものためでもあり、セラピストのためでもあるのです。

### トラウマへの治療的介入の方法

- 心理教育を含む体系的アプローチ
- トラウマと悲嘆に焦点つけた認知行動療法 (TF-CBT)
- 持続エクスポージャー法 (PE)
- 感情と対人関係の調整スキル・トレーニングとナラティブ・ストーリー・テリング (STAIR & NST)
- 認知処理療法 (CPT)
- アートやリラクゼーションを用いた方法
- 眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR)
- 思考場療法 (TFT)
- 親子相互交流療法 (PCIT)
- 対人関係療法 (IPT)




私が取り組んでいるトラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) は、枠組をもったトラウマケアパッケージの中でも、いわゆるハイリスクアプローチ、専門的な治療として重いトラウマ症状 (侵入症状と不適応) を呈する子どもへの個人療法として、第一選択として海外の複数の治療ガイドラインなどでも推奨されています。これと同じ手法、同じ考え方に則った認知行動療法的なエッセンスを取り入れて、ブロードに広げていくと、皆さんもよくご存じの、サイコロジカルファーストエイド (RFA) ですね、こちら宮城県の福地先生も熱心に普及に努めておられますが、これはポピュレーションアプローチですね。それからサイコロジカルリカバリースキル (SPR) も、(スライド上で) 下線引いてあるものは、全部日本語版のマニュアルが入手できます。その上の SSET プログラム、これはぜひ学校のスクールカウンセラーの先生や或いは放課後児童デイサービスの場などで、実践していただきたい集団プログラムです。医療専門職でなくても実施できるので、これが広まって欲しいと思っています。岩手県でも導入を目指して、一部地域で少しずつ準備を始めています。日本語版もちゃんとあるので、いずれ皆さんにも研修の案内ができたればよいと思っています。

この後、トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) によって、トラウマを受けた子どもをどう治療するかということを紹介していきたいと思います。



トラウマフォーカスト認知行動療法、TF-CBT ですが、皆さんの中にも、イントロダクトリートレーニングを受けた方がいらっしゃるかもしれません。現段階では子どものトラウマ関連障害への第一選択治療としていくつかのガイドラインで推奨されています。アメリカの3人の博士が開発したもので、トラウマに焦点を当てて、認知行動療法の手法を用いて、アタッチメント理論や神経発達や家族療法やヒューマニスティックセラピーの原則を全部統合して、作られているハイブリッドな治療プログラムです。現在、日本には TF-CBT トレーナーが6人います。私もそのうちの一人です。

**トラウマフォーカスト 認知行動療法**  
**TF-CBT**  
**Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy**


Esther Deblinger, PhD    Judith A. Cohen, MD    Anthony P. Mannarino, PhD

現段階では子どものトラウマ関連障害への第一選択治療

欧米のいくつかの治療ガイドラインで推奨されている

**子どものトラウマ治療**  
**TF-CBTとは？**

- 構成要素に基づく治療プログラム
- **トラウマに焦点化、認知行動療法、アタッチメント理論、発達神経生物学、家族療法、人間主義的治療の原則を統合**
- 子ども (3-21歳) と家族が回復するようエンパワメントすることが目的
- 文化的価値観を尊重する
- 養育者は治療の一環として組み込まれている
- 時間に制限があり、構造化されている (12-25セッション、60-90分)
- 治療者：指示的で積極的！ (患者-治療者間の信頼関係に基づく)
- 治療環境：外来通院、学校、入所施設、病院 (入院)

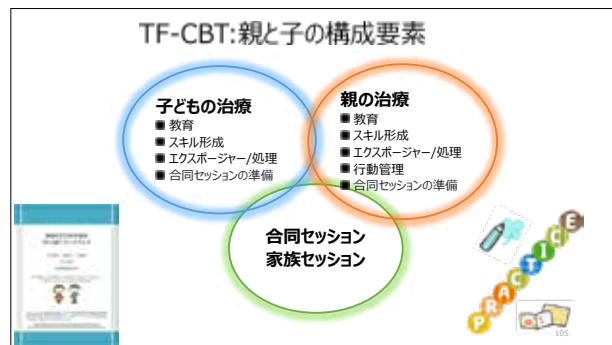


3歳から21歳くらいの子どもから若者まで適用できて、家族も一緒に回復するような目的でやっています。養育者が治療の一環に組み込まれるということが非常に大きなポイントですね。だいたい1回60分から90分のセッションを毎週12～25セッションくらい実施することになっていて、時間制限があり、構造化されているのが特徴です。治療環境は、病院やトラウマ専門の支援機関などが多いですが、児童相談所や養護施設などにも拡大しており、どんどん治療が広がってほしいと思っております。

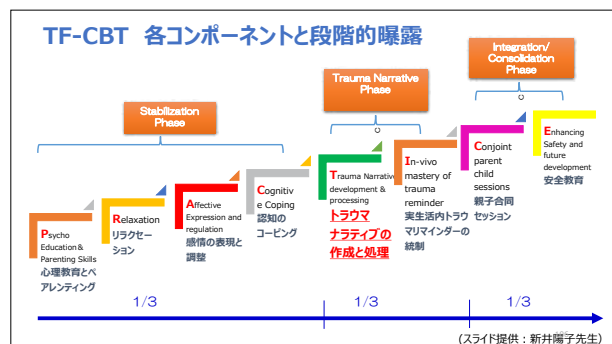
こちらに対象が詳しく書いてあります。

最大の特徴は親と子一緒に治療に参加することです。トラウマを受けた子どもを育てる親もまた同様に傷ついているということが多くですし、子どものトラウマを通して親自身の傷つき体験が一緒に出てくることも少なくありません。ですから、子どもの治療と親の治療が同時に進んでいくということ、さらに親には「治療」に組み込まれ、治療者の一部を担ってもらうこと、合同セッション、家族セッションが組み込まれているのが、大きな特徴です。

TF-CBT : Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy General Information	
対象	治療構造
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 3歳から21歳の男女。</li> <li>▶ トラウマタイプ (プライマリ) : 性的虐待、ドメスティックバイオレンス 心的外傷性悲嘆、災害、テロ、 多重または複雑性トラウマ</li> <li>▶ 心的外傷体験 (複雑性トラウマを含む) に関連した行動・情緒面の問題を有する。 PTSDの診断基準に完全に合致しなくても、 精神医学的状況と生活上の困難があれば 適用 (うつ、不安症状、行動上の問題、 性的逸脱行動、心的外傷に関連した恥、 信頼感の喪失など)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 認知行動療法、家族療法、エンパワメント セラピーに基づく。</li> <li>▶ 個人療法。ゲルグ治療など。</li> <li>▶ 子どもセッション、保護者セッション、合同セッション。</li> <li>▶ 毎週1回、60-90分 (子どもと保護者で半々)、 12-25回のセッション。</li> <li>▶ 子どもと保護者との信頼関係を構築する。</li> <li>▶ コンポーネント (構成要素: A-PRACTICE) と 段階的曝露の手法を用いる。</li> <li>▶ 治療原理をおさえれば、柔軟性や創造性 によって調整してもよい。</li> </ul>



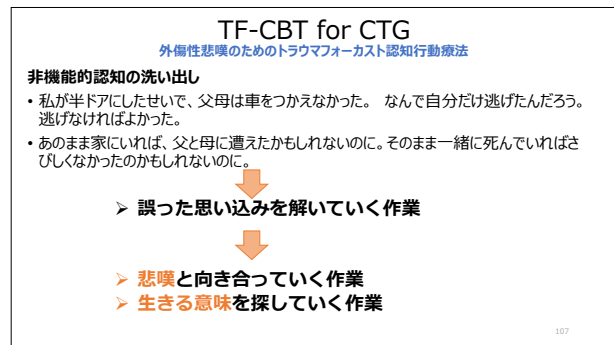
TF-CBTは、こういったコンポーネントに順番に取り組んでいくしくみです。最初のコンポーネントである心理教育 (P) は、トラウマとはどういうものか、トラウマインフォームドですね、或いはあなたが受けたトラウマというのはどういうものだったのか、といったトラウマの学びから始まります。同時に、親にはトラウマ症状の理解と共に、症状を呈する子どもへの対処や養育の方法を徹底的に学んでもらいます (ペアレンティング)。次に、症状が出たときのリラクゼーション法 (R)、それから感情を調節したり表現したりする方法 (A) や、認知的なコーピング (C) を学んでいきます。これらを学んでいっている間にだんだん自分の根っこにあるトラウマみたいなものに向き合う準備をしていくことになります。グラジュアルエクスプロージャー (GE)、段階的な曝露がちょっとずつ進んでいくのです。その準備ができれば、トラウマの語り (TN) を、信頼できるセラピストとの間で進めていきます。洗いざらい語りつくしたら、そこに潜んでいる「非機能的な認知」「役に立たない考え」ですね、例えば先ほどの「自己関連づけ」みたいなものが潜んでいることが多いので、それをきちんと認知処理 (プロセッシング) するという過程を経て、さらに実生活でのトラウマに対する克服 (In vivo) の練習を一緒にやって、そして親子合同セッション



(CJ) をして親子で「トラウマの物語」を共有します。そして、さらに安全教育 (E) をする、という一連のプログラムを毎週、確実に積み重ね、卒業していくのです。

(症例の詳細は割愛)


トラウマナラティブを紹介しましたが、この症例のように「自分のせいで両親が死んだかもしれない」と思っていたら、とてもじゃないけれど、そのことを思い出したくはないですよね。回避します。そうすると、悲嘆処理のプロセスが進むためには、亡くなった人のことを思い出しながらやっていくものですよね。喪の作業です。ところが、思い出したくない、回避しているのですから、悲嘆処理のプロセスも進むわけがない。だから、悲しめない(しっかりと悲しみ尽くすことができない、と言ったほうが正確でしょうか)。トラウマナラティブで「自分のせいで死んだわけじゃないんだ」という認知の修正が起こって初めて、ようやく悲しみと向き合うことができるようになるのです。この症例も「深い悲しみが前面にでてきた」、これのできたんですね。こういった非機能的な認知の洗い出しがきちんとできて、「自分のミスで両親が死んだんじゃないんだ」と納得するに至って、その思い込みを解いて、そのうえで、ようやく悲嘆と向き合う作業ができ、そこに新しく生きる意味を探していく作業が加わるわけです。TF-CBTでは悲嘆の心理教育を加えて、亡くなった人のことを思い出しながら悲嘆処理をしていくコンポーネントが進みます。



**なぜTF-CBT for CTGが必要なのか**

**Childhood Traumatic Grief (CTG:子どもの外傷性悲嘆)**

- トラウマを与えるような死：
  - 予期せぬもの、残忍なもの、恐怖を伴うもの、衝撃的なもの
- CTGを抱える子どもには、PTSDにみられるものと似たような症状が現れる
  - 特に“回避” さらに否認、感情麻痺、解離、怒り、否定的自己観
- 死の中のトラウマティックな場面に“スタック”してしまう=故人の思い出が、故人の恐ろしい最後を思い出すことにつながってしまう
- **思い出を避けようとする行動（回避）によって、通常なら故人を思い起こしながら行われる死別の作業が進まなくなってしまう**



**TF-CBT for CTG の追加コンポーネント**

1. 悲嘆の心理教育
2. 失ったものについて考える/アンビバレントな感情を解決する
3. 故人とのポジティブな思い出を留めておくこと
4. 故人との関係の再定義と現在の人間関係に懸けてみる

そこで、絵本や文学の力を借りて、悲しみと向き合うというのも、よく使われる手法です。私は、絵本が大好きでよかったなってこの症例のセラピーで心から思いました。どの絵本使おうかな、という段階でいろいろな絵本が浮かび、症例の女の子の事を思いながら選びました。

自分のこととしては直視しがたい出来事を、絵本などを使って、客観的に理解すると受け入れやすくなる。特に小さい子はですね、それまではトラウマ体験について絶対話せなかったのに、絵本を読んでもらった瞬間に「私の場合はね」と生き生きと話し出す、なんていうことが起こります。自分だけじゃないんだ、と知って安心し、楽になって話せるようになるのです。ですから、絵本や文学、メディアの情報っていうのは、客観的な気づきを促してもくれますし、気を楽にもしてくれます。ただマッチング、どんな本を選ぶかがとても大切で

す。かえって傷つけることがないように、慎重に選ばなければいけないのですが、この子には「くまとやまねこ」っていう絵本を使って、読み聞かせをしました。しみじみと聞き入っていて、その後自分の悲しみとしみじみと向き合いました。

治療が終わるときというのは必ず訪れます。25回のセッションが終わればやはり治療は終了になります。ですが、治療の終結が、そのまま「悲嘆の過程の終了」ではないのです。ここに挙げた、4番目の作業はとても大事です。未来に向けての準備。悲嘆感情の処理が終わってしまえばもう悲しくならないわけではないので、これから先も折に触れて、例えば、成人式に両親がいない、とか、結婚式のときにヴァージンロードは誰に歩いてもらおうか、とか、そういうことを治療者と一緒に考えます。再び悲しみの感情が襲ってくるかもしれないことを「予告」して、どう対処しようかと「計画」して、そのたびに悲しいって感じているんだよ、とその時に再び悲嘆感情が蘇ってもその時の自分を「許して」いいんだよね、と、治療者との間で確認し、準備しておく。これはとても大事な作業です。突然悲しみに襲われるのと、「やっぱりきたな」「あの時に決めておいたこの対処法でいこう」と思えるかどうか。無防備に感情に圧倒されてしまう場合とでは、非常に大きな違いを生みます。

それからもうひとつは、「経験に意味を見出す」ということですよね。自分の両親が亡くなって、そこに意味を見出すなんてことはできるのでしょうか？それは、「自分と同じ経験をしている子どもにどんなアドバイスができるだろうか」と考えてもらうことで、子どもは大きな意味を見出していくのです。この症例の子が、残してくれたメッセージは以下のようなものでした。自分のあとからくる人へのメッセージっていうことで。

#### Treatment Review and Closure 治療を終えるとき

治療の終結＝悲嘆の過程の終了ではない

1. 進歩を評価する
2. 学んだことを復習する
3. 経験に意味を見出す
4. 未来に向けての準備：悲嘆感情の**予告・計画・許す**
5. 治療からの卒業

自分と同じ経験をしている子どもに、  
どんなアドバイスを  
するか

「自分のせいにして現実から逃げていけば、まわりにイライラをおつけなくてすむから、そうやってバランスを自分でとろうとしてる。でもそんな無理は長くは続かないよ。」

「自分の落ち度で大切な人が死んだって思い込んでる人には、自分の小さいミスで命を落とすような人だったのかな、私の大切なひとは、って考えてみてほしい。ちゃんと自分で臨機応変にできる人だけど、できなかったか、しなかったか、それ以上のことが起こってしまったか、ということだと思う。」

このくだりは、本当にすごいと思いました。ここまで考えられるほどまでに、子どもは成長するんだな、と本当に神々しくさえ思いました。「私が変わったっていうことは周りの人もおばさんも変わる、変わってきてるということ、みんなが変わっていくんだな、震災をきっかけに変わっていく、変わるんだな」というメッセージを残

#### 高校生女兒：自分の後から来る人へのメッセージ

自分のせいにして現実から逃げていけば、まわりにイライラをおつけなくてすむから、  
そうやってバランスを自分でとろうとしてる。でもそんな無理は長くは続かないよ。

自分の落ち度で大切な人が死んだって思い込んでる人には、自分の小さいミスで命を落  
とすような人だったのかな、私の大切なひとは、って考えてみてほしい。ちゃんと自分  
で臨機応変にできる人だけど、できなかったか、しなかったか、それ以上のことが起  
こってしまったか、ということだと思う。

私が変わったってことは、周りの人もおばさんも変わる、変わってきてるってこと。  
みんなかわっていくんだな、震災をきっかけに変わっていく、変わるんだな、と。



してくれました。

しかも、最後のセラピーの日に、「先生、絵本読んでくれてありがとう」と言って、「これは私の好きな本なんだよ、こんな気持ちで生きていきたい」と言って見せてくれたんですけど。益田ミリさんってご存知ですか、「僕の姉ちゃん」というほんわかシュールな漫画を描く人です。この絵本は、この小さい船の主人公君が、いわゆる大型船とかと比べて本当にちっぽけなんです、最後は自分のペースで大海原を悠々と往くってというお話です。自分の両親を飲み込んだ海を、悠々といく船に自分を重ねて、こんなふうに生きていきたい、と言えたんだな、と思いました。ああ、この子は乗り越えたんだな、と。本当に感激させられました。

こういった、トラウマを負った子どもと向き合うということについてですが、傷ついたところを扱うことは、治療技法に関わらず、患児・保護者と治療者の信頼関係の上に初めて成り立つことなのです。

複雑なトラウマを抱えた子どもと向き合うとき、目の前の患者がトラウマを乗り越えて未来に進むために、何が必要で、治療者に何ができるかを、あらゆる知識と経験を総動員して模索し続ける姿勢を持つことが肝要だと思います。

TF-CBTなどの治療技法は、セラピスト側にも「治療の枠組み」と「見通し」をもたらします。その構造に守られながら、セラピストは、壮絶な体験をした子どもを支える過程で受けるトラウマティックな影響に対して、適切な距離を保つことができるのだと思います。

ただ現在の日本では、このTF-CBTという技法を普及することがなかなか難しい状況です。セラピストの養成には私たちも頑張っており取り組んでいるのですが、実際に実施できるようになるための環境を整えることも難しい課題です。トラウマインフォームドケア(TIC)考え方を共有する仲間が増えていけば、直接に専門治療はできなくても、トラウマ治療のペースを支えるっていうことが、チームみんなでできるようになると治療環境が整いますので、TICの考え方が広がっていけばよいと思っています。

#### トラウマを抱える子どもと向き合うこと

- トラウマを負った子どもを扱うことは、治療技法に関わらず、患児・保護者と治療者の信頼関係の上に初めて成り立つことである。
- 複雑なトラウマを抱えた子どもと向き合うとき、目の前の患者がトラウマを乗り越えて未来に進むために、何が必要で、治療者に何ができるかを、あらゆる知識と経験を総動員して模索し続ける姿勢を持つことが肝要である。
- TF-CBTなどの治療技法は、セラピスト側にも「治療の枠組み」と「見通し」をもたらす、その構造に守られてセラピストは、壮絶な体験をした子どもを支える過程で受けるトラウマティックな影響に対して、適切な距離を保つことができる。

115

#### TF-CBTの広がり可能性

- 現在の日本（特に地方）の医療事情を考慮すれば、TF-CBTを医療機関のみで実施することは、非効率・非現実的
- TICの考え方を共有する児童福祉領域の公的機関が実施主体となることが望まれる
- TICをベースに、必要に応じて、福祉・医療・教育が連携し、専門的な治療（TF-CBTなど）に適切につなげる仕組みづくりが急務

116

## 4. おわりに

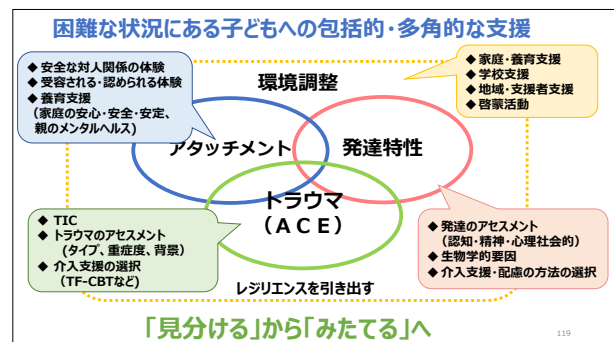
最後に、凍結保存されたトラウマ記憶というのは、後の人生のどの時期でも頭をもたげて症状化する可能性があります。被災し、トラウマを受けた子どもたちには、長期的な見守りと、適切な支援の継続が、当たり前のことですが必要です。子どもたちは、長期になればなるほど、トラウマについて聞かれなければ話さないことが多くなってきます。そうすると、適切な介入がなければ、もうそれは凍結保存されたまま、自分が親になって子どもがトラウマを受けたときに、ワーっと出てくるなんてことも、あり得るわけです。だからこそ、トラウマは子どもの心身の成長、発達に影響を与えるんだっていうことをよく知って、そういったトラウマインフォームドケアの考え方を周知していく、トラウマを熟知して念頭に置いたケアということを広めていくことが大事だと思います。

### 長期的な見守りと支援の継続を

- 凍結保存されたトラウマ記憶は、のちの人生のどの時期でも、頭をもたげ、症状化する可能性がある。
- 被災し、トラウマを受けた子どもたちには長期的な見守りと適切な支援の継続が必要である。
- 子どもたちは、トラウマについて「聞かれなければ話さない」ことが多い。⇒適切な介入がなければ、凍結保存されたまま。
- トラウマは、子どもの心身の成長発達に影響を与える。
- トラウマインフォームドケア（TIC、トラウマを熟知し念頭に置いたケア）の周知徹底を！

それでは最後に、困難な状況にある子どもへの包括的な支援、多角的な支援ということをもう一度振り返ってみたいと思います。発達特性、アタッチメント、そしてトラウマという、3つの要素を包括的にみため、被災した子どもたちの今の複雑な状況についていうことをよく理解していきたいですね。

それには、環境調整をしてレジリエンスを引き出すことも忘れずに、負の要素だけでなく、その子の持つ強みを探していく努力をしつつ、アセスメントしていくこと、多角的に包括的に「みため」ことが大事なことです。



最後に、信頼関係の構築が全てだということを申し上げて、終わらせていただきます。

複雑なトラウマ症状を示す子どもたちの回復というのは、信頼できる対人関係の中でしか起こり得ないものです。治療者や支援者に求められるのは、子どもたちがトラウマによって失った世界に対する信頼を取り戻していく過程に、ただひたすら伴走する大人としてその場にとどまり続けること。

震災直後に支援・治療に関わり始めてから、現在まで、一貫してこの考えは変わりません。

トラウマを受けた子どもたちというのは、「この人に話して大丈夫そうかな」と肌で読み取って、考えて、「この人に話したら泣いちゃうな、この人を悲しませちゃうな」と

### 信頼関係の構築がすべての基本

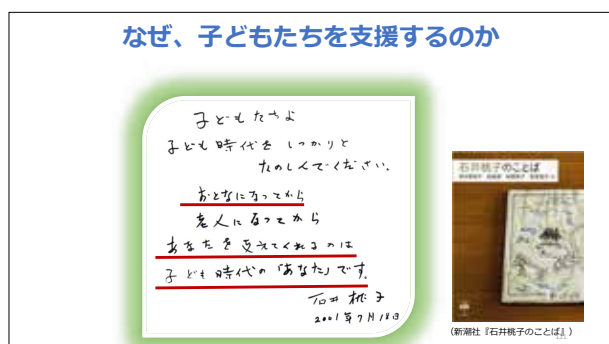
複雑なトラウマ症状を示す子どもたちの回復は、信頼できる対人関係の中でしか起こりえない。

治療者・支援者に求められるのは、子どもたちがトラウマによって失った、世界に対する信頼を取り戻していく過程に、ただひたすら伴走する大人としてその場にとどまり続けることである。

思う人には、むしろ気遣いをして、なかなか話さない、ということもあります。治療者としての自分自身を振り返り、決して悲しくないわけではないんですけど、あえて、ちょっと明るくというか、ちょっと鈍い感じくらいのふりをして、話しても大丈夫だよってという雰囲気を持つことに腐心することも、とても大事な姿勢（技術）ではないかな、と思っています。子どもたちは、トラウマを受けているからこそ、相手の状況をものすごく忖度して、この人が傷ついたら可哀想だと思ふ人には話さない。だから、（大切な）親に話さない、なんていう子はおそらくそういう部分もあるのだと思います。中には、親子の関係性障害が起こっている場合もありますけれど。我々が治療者・支援者として存在する意味というのは、そういった距離を取ることができるからこそ少し話せる、という部分を保証している役割もあるのかななんていうふうに思って、その場に留まり続けるということに、大切な意義があるのかなと思っています。

なぜ子どもたちを支援するのかというのは、やはり、この石井さんの言葉に尽きるのではないのでしょうか。「子どもたちよ、子ども時代をしっかりとたのしんでください。おとなになってから、老人になってから、あなたを支えてくれるのは、子ども時代の『あなた』です。」

最後に、被災地の子どもをこころケアって、今お話ししたようなケースのことなんかをこの本の、福地先生と榎屋先生と一緒に載せていますので、ご興味のある方は手にとってみてください。



\*本報告書に掲載しているスライド資料は、講演会当日の物と一部異なります。



## 4. 質疑応答

皆さんの質問がどれも専門的で、普段からそれぞれ大変な課題を抱えてお仕事をなさっているんだというのが伝わってきます。時間も限られていますが、せっかくの機会ですので、まずは、皆さんに知っていただきたいことから始めたいと思います。

TF-CBT とはどんなものかっていうことに興味を持って下さった方もいらしたようです。私の説明不足のところもありましたので、ちょっと補足をしたいと思います。

### **Q：自分の感情や行動を言語化することが難しい子どもでも TF-CBT は実施できるのか。また、そういった子どもの見立てはどのように行うのか。**

これは本当に大事なポイントです。そもそも話してくれないことも多いし、言語的な力がそもそもあまり強くない子もいますので、その場合は難しいです。TF-CBT の開発者らは、最初の RCT（ランダム化比較試験）の際には、発達障害例は除く、としていました。しかし最近では、臨床的には、発達障害の子どもにも適用されていて、実際私たちも発達障害の子どもにもやっています。

アセスメントの中で、子ども自身から1回で言葉で引き出すっていうのは難しいので、その子の体験というものを母親や周りの大人からも、たくさん情報を集めて、何が起こったかを客観的に知ることがとても大事です。TF-CBT を導入する上で、もちろんその子自身がトラウマ体験をしたと自覚していてトラウマを語る、ということも大事なのですが、本当にその出来事があったという「裏を取る」ことも大事だと言われています。トラウマっていうのは、もちろん主観的な体験で、その子がそれをどう見ているかというのが大事なことだと強調しましたが、とはいえ、やはり客観的な出来事・事実関係（何が起こったのか）をきちんと親や支援者から聞き出しておいて、その状況のアセスメントをある程度しておいた上で、本人の症状と照らし合わせて導入を判断することになります。トラウマを受けたこと、トラウマ的な出来事があったことをしっかりと確認しないまま、なんとなく想像で「想定して」導入してしまうと、治療が独りよがりになる可能性もありまして、それはとても危険です。だから、ありとあらゆるアセスメントツールを活用して、その子の能力をよく理解したうえで、導入します。もともと言葉の問題がある場合などは、その子がどんな行動様式・言語表現をするとどういう意味を表すのか、ということが治療者に理解されていなければ、TF-CBT に限らず、有効な治療が出来ません。周りの人たちと協力して、その子の発達特性を知る努力を徹底的にすることです。

その上で、その子の発達特性、表現様式といったことを大方わかってきて、かつ、その子の「好子（こうし）」、発達障害の支援をやっている方ならご存知かと思うんですけど、その子の好きなものを徹底的に探します。ただ単に理屈を説明するような心理教育をしても、モチベーションがたき付けられないと、言葉の問題があるような子どもたちは、なおのこと、乗ってこないことが多いのです。ただでさえ言葉のハードルもあるし、ただでさえ「お勉強」みたいな形式だと、子どもたちは楽しくないのです。だから好子を探す。そして、その好子を有効に用いることによって、「これをやると、こういう良いことがあるよ」「これをやると、こんなことがあるよ」ということを、わかりやすく、その子が乗りやすいような雰囲気の中で伝える。例えば、その子の好きなキャラクターを用いて、例えば「悟空はこんなふうにな

長していったよね」と子どもにもわかる「成長のイメージ」を治療者と共有して、「自分も悟空みたいに！こういう風に！」（やればいいんだ）と言ったような理解の仕方をして、ぐんと進歩する、というようなことはおこります。なので、言語化が難しい子どもでも、工夫次第で実施はできます。イラストや人形を用いたり、コミック会話を用いたりすることも有効です。それにはただし、慎重なアセスメントと事実の確認と、その子の特性をよく知ること。何をもってこの子が喜びを表すのか、何をもってこの子がセラピーの内容を理解したと判断できるかって、こちらがわからなければ、有効なCBTはできないですから。それは、TF-CBTに限らず、支援や治療に関わっていると、皆さん同じだと思うのですが、その子の特性をよく見るのが、結局のところ基本だと思います。

それと、言葉の問題と関連して、IQが70以下の場合だと、通常の（TF-CBTの）やり方ではちょっと難しくなります。知的障害の子にも適用できることにはなっていますので、絶対ダメってということではないですが、認知行動療法はどうしても言語を使ったやり取りになるので、IQが70以下の子に導入する場合には慎重なアセスメントが必要です。特に、IQの数値そのものは80以上なんだけれど、ASD特性があるっていうお子さんの場合には、IQが70で自閉症のないお子さんより、デコボコがあって物事の認知や理解に偏りがあって、一般的な理解が厳しくなってくる部分があるので、慎重な判断が必要です。発達障害をもつ子どもへのTF-CBTは、かなり応用編・上級者向きです。初学者は、まずは、定型発達児のトラウマ関連障害に対して、実施することから慣れていただくほうがよいと思います。

ただ、今日は具体例をお話し出来なかったのですが、小さい子ども、たとえば4、5歳でもTF-CBTはやれますし、私にも経験があります。その子の場合は、絵本作りのような形で、一緒に絵を描いたり、絵本を作ったり、という形でトラウマナラティブをやりました。そうすると、絵の中にその子の表現するものがトラウマに関連する事象を表していたりします。箱庭のようなもの（おもちゃなど）を用いて語らせたとき、その子が海を俯瞰するような箱庭をつくったことがあったのですが、それは自分がお父さんに抱っこされて、津波から逃げる時に、坂を駆け上がる時にその子は海を見下ろしながら逃げたんですね。お父さんが山に向かって走るのとは逆方向の景色（海）を見ながら。そして「津波は白かった、津波は白かった」と言うんですね。他の大人たちから聞く津波の話は、やはり「黒かった」と言うものだったので、不思議に思ったのですが、彼女が見たのは、津波が遡上してくるときの激しい水しぶき、それで「津波は白かった」と言っていたんだということがわかりました。何を見て何を感じたかというのは、実際にその子の能力でやれることを出してみてもらわないとわからないので、小さい子どもの場合は、言



薬以外のさまざまな方法で表出できるように、こちら側ががんばることになります。

気持ちをなかなか話したがらない子どもの場合は、先ほども例を挙げましたが、たとえ言語的に問題のない、IQが高い子どもでも、絵本を用いたメタファーやアナロジーがとても有効にはたらくこともあります。

それと、小さい子どものTF-CBTをはじめとするトラウマ治療の場合は、非機能的な認知の修正がなされることもとても大事なんですけど、小さい子どもの場合はむしろ「怖くて話せない、怖いから話さないからずっと抱え込んでいた」という状況に陥っていることも多いものです。ですから、今まで話せなかったことを勇気をもって話すことができ、それを「こういうことだったんだ」とその子の認知・理解のレベルで整理されて確認できた、という、そのことだけでもかなり症状が良くなる例も多い。つまり、馴化が起こっていくことが、非機能的認知の修正よりも、4、5歳の子どもにとっては意味が大きいのもかもしれません。もちろん、年長の、思春期以降の子どもたちの場合は、「非機能的な認知の修正」は最も大事なポイントですが。

これはTF-CBTに限らずですが、皆さんが支援する中でも、どちらかという凝り固まった考え方にスタックしているのか、そのことが怖くて話せなくて逃げて逃げているのかということ考えた時、ごく小さい子だったら馴化の方向に持っていくということも一つの手だと思います。「ちゃんと勇気をもって話せた」という自信が生まれて、良くなっていくことも多いです。

**Q：診療時に深刻なケースに接する機会が多い中で、先生（=私）ご自身がその重さを抱えすぎないようにするコツや、他の支援者におすすめの方法がありましたら教えていただけると嬉しいです。**

これはとても重要なことだと思います。皆さん、トラウマを受けた子ども達、お父さん方お母さん方、ご家族の方を支援しておられると思いますが、これは、私のオリジナルではなくて、成育医療研究センター（当時）の奥山眞紀子先生がおっしゃっていたことですが、彼女はこういったトラウマの支援、虐待支援のスペシャリストなのですが、トラウマ支援・治療を継続する上で大事なものは「ヒト・カネ・カイリ」だと。

「ヒト」というのは、人との繋がりが、要するにやはり仲間。同じような仲間と支え合っていけるということ。「カネ」それはですね、自分に（お金を）かけなさい、自分がゆっくりできる時間を持ちなさい、ということみたいです。たとえば、時間を見つけてエステに行くとか、温泉に入るとか、美味しいもの食べるとか、支援者は、そういうことに罪悪感を持ちがちだと奥山先生はおっしゃい



ます。たとえば、自分が支援している相手がこんなに苦しんでいるのに、私はきれいな服を着ていいのか。私も実はそんなふう悩んだ時期もありました。皆さんもそうでしょうか。自分だけきちんとした身なりでいるなんておかしいじゃないかとか、どうしてもそんなふう思いがちですけど、そのこと自体が偏見だったりむやみに自責的になっていたり、これもトラウマの影響なのですよね。だから、ちゃんと自分自身を癒したり楽しくなったりするためのお金を使っていいのよってということなのです。自分をメンテナンスしましょう、ということです。「カイリ」これは、奥山先生的には「ちょっと自分とは距離を置いてやるしかないわよね」という言い方をされていました。

私の解釈というか、私が心がけているのは、トラウマを受けた人と向き合うときに“自分の真心は使うけど、素の自分はステップバックしておく”という感覚、意識をもとうというものです。真心や気持ちを割り引いて使ったりはしないけど、どこか冷静な自分っていうのを少しステップバックして持っておいて、状況を俯瞰できるようにしておく。丸ごと素の自分で受けとめてしまったら、(感情的に呑み込まれて)自分も一緒に転んでしまうかもしれない。それでは元も子もないので、どこか必ずステップバックしておく、「真心は使うけど、素の自分はステップバックしておけ」と私は自分に言い聞かせています。この“ヒト・カネ・カイリ”の手法でやるのが良いと言われているようです。

**Q：震災の時、学校の教員とか役場の職員など、期せずして自分も被災しながら被災者の支援にあたった人たちがいます。その人たちの子ども達は、自分も不安の中、親が仕事で多くの人を助けているからと自分の気持ちも出せず、我慢する事が多かったのではないかと思います。そんな支援側の人の子ども達の心のケアについての研究がありましたら、教えてください。**

これも非常に大事な視点ですよ。すみません、私が知る限りでは、こういった人たちについての研究はありますけれども、こういった人たちの「子ども」がどうだったかっていう研究は、そういえば私も目にしてないように思います。とても大事な視点だと思うので、是非私も取り組んでいきたいと思いました。ありがとうございます。

ただ、実際こういうふうに書いてくださった方がいらっしゃるということは、みなさんも体験していることだし、私も実際、そういう境遇の子どもたちを何人もみてきました。そういった子ども達は、本当に、講演の中でトラウマを受けた子どもはこんな症状をみせる、ああいう考え方をする、といろいろお話ししましたが、そっくりそういう感じなのです。本当に我慢を重ねて、感情を抑えて、自分を度外視して生きてきていて、しかもそれが「お母さんも大変なのに」とか「お父さんも大変なのに」という気持ちがあるから、なかなか自分の感情を出せなくて、言い出すことに罪悪感を持ちがちです。「(自分がさみしいなんて)そんなことを言っちゃいけないと思っていた」と語る子がたくさんいます。なので、こういう視点で心配してくださる方が、そういう支援者がいらっしゃるということは、本当にありがたいことです。こういう子どもたちも支援の対象としてしっかりとらえる必要がありますね。こういう視点で、広い調査を試みることを私も考えてみたいと思います。

この支援者さんのお話そのものものなんですが、例えば保育士さんなどは、いまだに自分がしっかりしなくちゃ、とご自分の状況を度外視して踏ん張っておられる方が、今でもたくさ

んいらっしゃいますよね。だから、そういう方たちのお子さん達はどうなっているのか、という視点は大事ですね。ふと、気が付いたのですが、状況は「発達障害のきょうだいを持っている、きょうだいの方の研究」が後から出てきて、そこにも大事なケアが必要なんだということがわかってきたように、こういう光の当たってなかった人たちに光を当ててくっていうことは大事な視点だという視点思います。

**Q：TF-CBTの中で、親の治療もするということでしたが、どのぐらいの時間（全体の治療の割合）を割くのですか？**

これは、基本的に子どもと保護者、半々です。一般に親子でやる時は、半々です。そして、親にも十分に時間をかけます。親にはどんなことをするんですか、という質問ですが、まずはペアレンティングを徹底します。トラウマを受けた子どもがどんな症状を起し、どんな行動上の特徴があるか、それを受けて親はどんな気持ちになりやすいか、どんな態度を取りがちであるか、などを心理教育し共有して、どういうふうに対応できているか、他にどんな工夫ができるか、などを話し合います。そして、次週までしっかり実践してきてもらいます。治療の一環として、機能してもらうのです。

そして、親自身も非機能的な認知に凝り固まっていることがあります。例えば、性虐待を受けた子どものお母さんは、ご自身も傷つき、「こんなことになっちゃったらうちの子はお嫁にいけない」などと悲観的に思いつめてしまうことも無理もないことです。そういったことの認知の修正を、子どもと同じようにしっかりやっていくので、親の治療にも十分な時間を要します。

**Q：（上の質問のつづき、TF-CBTについて）個人によって割く時間は異なるのか？プログラムとして固定しているのか？**

それはですね、だいたい大枠60～90分くらいと決まっています。要するに「とても大事な子だから3時間くらいかけましょう」ということはしません。治療の枠が守られないと、治療構造自体が不安定になってしまいますので。ただし、ある程度治療の枠はありますが、何分になったらストップウォッチ鳴らしますみたいな、そういうことでもなく、大枠1時間半くらいの中から45分・45分に分けて親子でやるけれども、子どもが60分・親が30分になることも勿論あります。

それからちょっと先ほど言い忘れましたが、発達障害のお子さんはちょっと例外で、90分ももたないので、15分・15分を回数2回に分けてやるなど、回数を多くして1回の時間を短くして、集中力を維持するように工夫することがよくあります。

プログラムは完全に固定しているわけではなくて、大きな枠組みの中で非常にフレキシブルで、その子に合わせて毎回教材をつくるなど工夫します。「この子にはこの絵が良いんじゃないか」とか「この子には文章がいいんじゃないか」とかそういったかたちで、オーダーメイドな治療法です。

**Q：トラウマ関連障害への治療が可能な医療機関は、被災3県ではどのくらいありますか？**

岩手は、岩手医科大学附属病院といわてこどもケアセンターはトラウマ治療をやっている

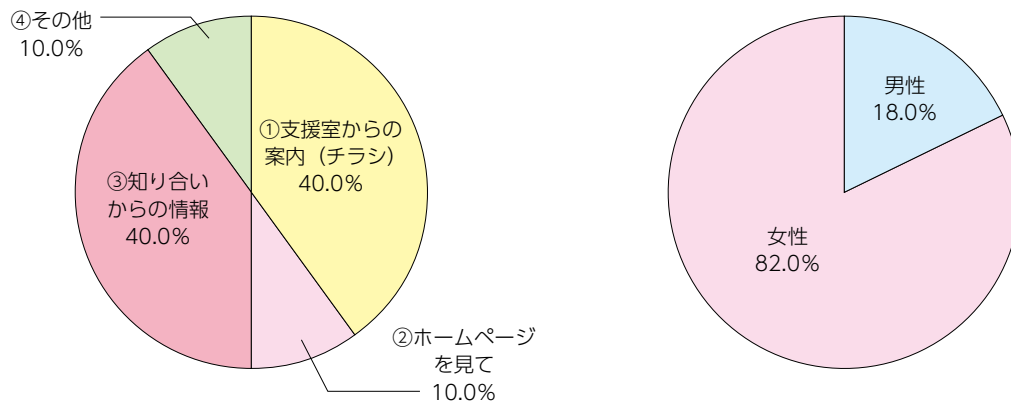


ます。専門療法のトラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）は、宮城ではまだないかもしれません。東北は実はまだ少ないです。けれど、むしろ医療機関じゃないところでぜひどんどんやれるようになっていただければと思っています。児相とかですね。理論や原則をしっかりと押さえれば、医療機関でなくても問題なく導入できます。

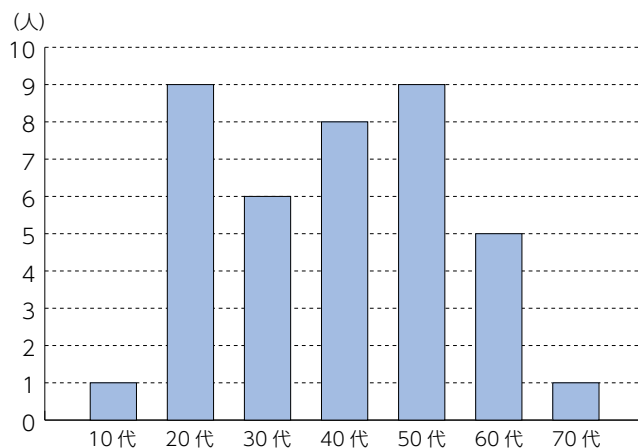
今日お話しした内容に関しては、皆さん頷きながら聞いてくださっていたので、皆さんの頭の中にすでにあったことのおさらいになったかもしれません。これらのことを、もう一度共有して治療や支援活動を続けていけたらいいなと思います。

# アンケート結果(有効回答39名)

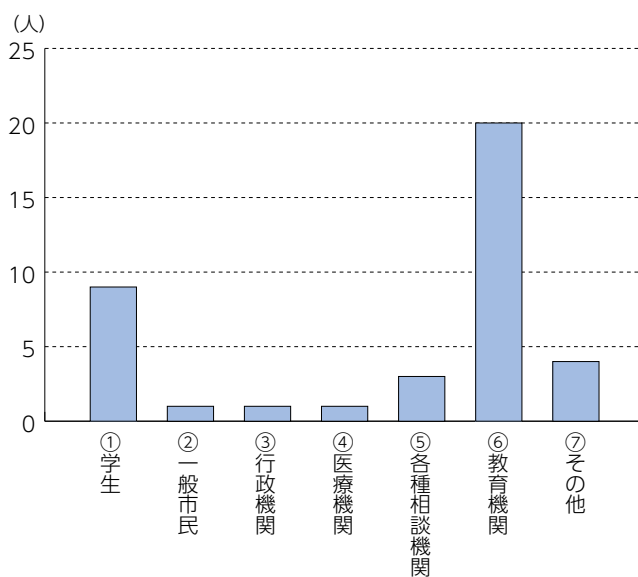
【質問1】 このたびの講演会をお知りになった 【質問2】 あなたの性別を教えてください  
きっかけを教えてください



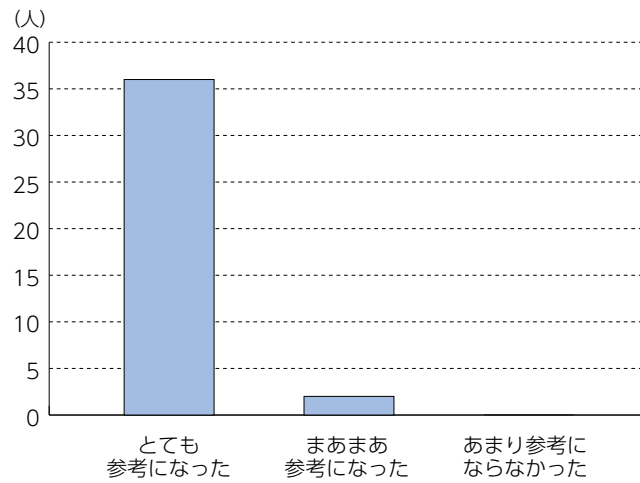
【質問3】 あなたの年齢を教えてください



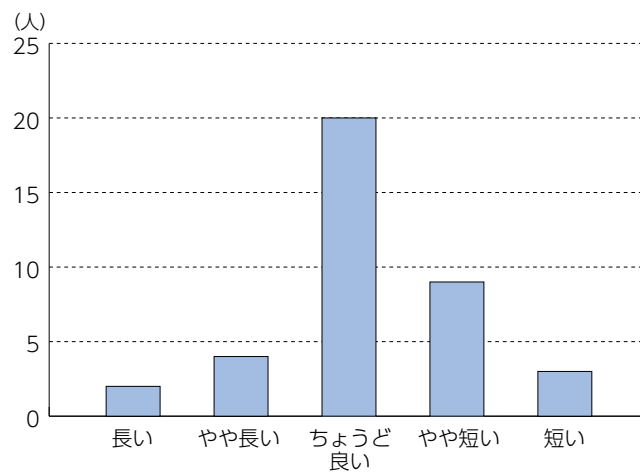
【質問4】 あなたのご所属(勤務)先を教えてください



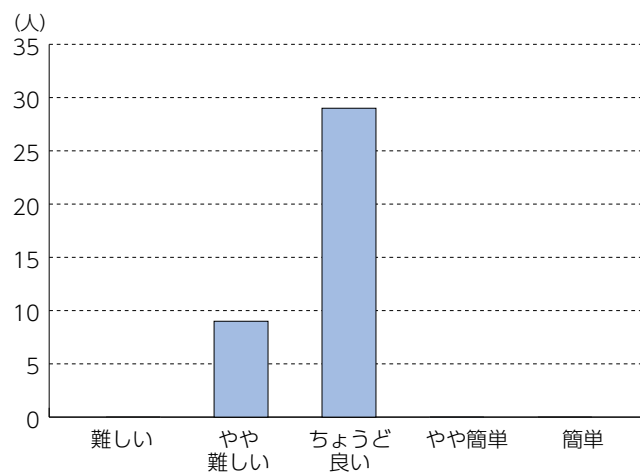
【質問5】 本日の講演会はいかがでしたか



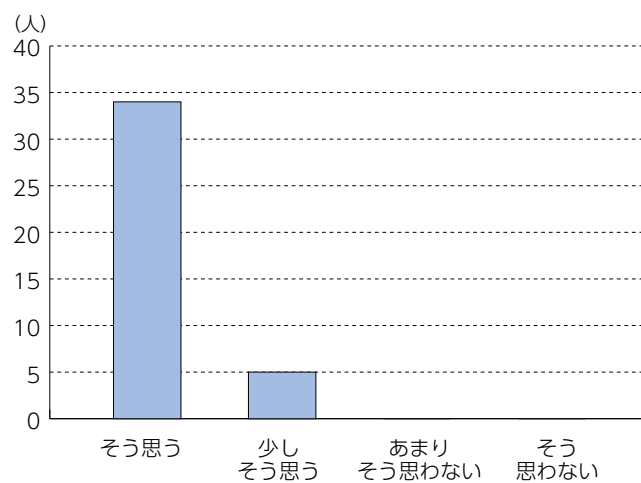
【質問6】 講演会の所要時間はいかがでしたか



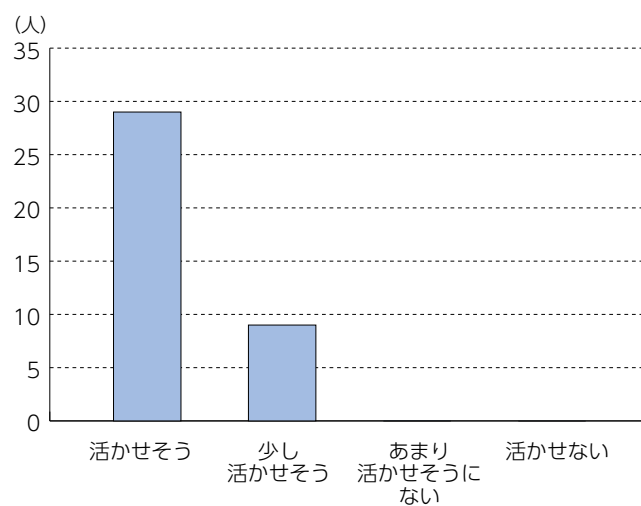
【質問7】 講演会の内容はいかがでしたか



【質問8】 今回の講演会を受けて、心のケアについて理解は深まりましたか



【質問9】 今回の講演会を受けて、今後の活動に活かせそうですか



## 質問 10 今回の講演会で印象に残ったこと、学んだことはなんですか

- ・目の前の子どもを見立てることの大切さを実感しました。また、子どもの支援者として関わる際に「話しても大丈夫」と思ってもらえる存在でいたいと思いました。
- ・子どもの問題をとらえる3つの観点、決めつけるをこたしないで、多角的にとらえることを学びました。
- ・TF-CBTの有効性
- ・こころのケアの重要性
- ・震災のトラウマから立ち直った子どもの話。現実的な手立てを知れたこと。
- ・発達障害、不登校、問題行動を抱える。児童及び保護者への関わり。また、逆に「自分のことはさておき人のことを、」と良い子へのみまもりとか、...
- ・トラウマと発達の関連について再認識。TF-CBTの有効性をあらためて感じた。
- ・様々な問題行動の背景にトラウマがあることにも目を向けてアセスメントすること、その必要性について、分かりやすく学ぶことができた。
- ・盛り沢山な内容でしたが、内容が濃く、子ども理解に役立つ研究成果のもので大変勉強になりました。
- ・子どもの発達段階によって受ける影響も異なること。当然のことですが、改めて実感視しました。
- ・トラウマケアへの重要性が深く理解できました。
- ・見分けるから見立てるの大切さ。
- ・アタッチメント、発達特性、トラウマの割合という観点と、包括的支援の必要性
- ・3つの円の図が参考になりました。
- ・TF-CBTについて初めて詳しく学びました。TICの考えはとても参考になりました。
- ・周囲地域（の力、協力で）社会で子どもを育成していかなければならない。
- ・子どもの力、乗り越える力がきちんとある、その通りだと改めて思いました。私たちのできることをしていきたいです。
- ・発達特性をもともともち合わせている子が、トラウマになりやすい、長引きやすい。
- ・震災トラウマと子どもの発達に関連があることが、示されたことです。
- ・子どもがなかなか自身のトラウマを自覚できないこと
- ・普段接する子ども達の様子が、話の中で頭に浮かんできた。特に大人が余裕をもてず、不適切な養育につながることで、アタッチメントの問題、発達特性、トラウマが絡み合っていることが、つながって理解できた。
- ・子どもの行動、発達と保護者のメンタルヘルスの関連について印象に残りました。
- ・トラウマについて学びました。TF-CBTについても初めて知りました。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・トラウマと子どもの心理発達・行動上の問題の関連のところが印象に残りました。トラウマの症状は知っていても、それによる発達や行動への影響はあまりよくわかっていなかったなので、勉強になりました。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・TF-CBTの治療で「教える」のではなく、質問して本人に考えさせ、自分を納得させるというやり方がよい方法だと思いました。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ACEやⅡ型トラウマ、TICなど現場で対応していて納得できる、腑に落ちる点が沢山あった。今関わっている人の見立てが決まった。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・トラウマを持つ子どもの特徴から、TF-CBTを用いた治療法まで震災後の子どものこころのケアについて幅広く学ぶことができた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・子ども本人支援だけでなく、家族支援、地域支援が大事だということ。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・見立てや接し方について学びになりました。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・子ども自身の震災体験はもちろんのこと、養育者のマルトリートメントが深刻な影響を与え得ること。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場で発達障害にのみ着目しがちになってしまっていた。別な視点から見立てることの大切さがよくわかり、トラウマ、震災というけいけんをした親・子がいるということをお忘れずに対応していきたい。</li> </ul>

## 質問 11 今回の研修を今後どんな形で活かしていきたいと思われませんか

- ・震災関連に限らず、複雑なトラウマを抱えた子どもに出会った際に将来心理士として見立て、発達を手伝えるように、今後さらに学んでいきたいです。
- ・改めて、自分の枠で考えることをしないよう自己向上をはかります。
- ・子ども達のかかわり
- ・心のケアが必要な子がいたらすすめてあげたいと思います。
- ・沿岸被災地で毎日子ども達と接しているので、まずは子どもの姿をよくみることから始めたい。
- ・日々子ども、保護者との関わり方とアセスメント
- ・被災した子どもに関わる関係者と保護者と共通理解をしていきたい。
- ・学校現場に活かしたいと思います。
- ・子どもの発達特性と、家族の構造、見立てる上でのトラウマの位置づけについて今度も研修会等に参加していきたい。
- ・SSET を学び、現場に還元したいと思いました。
- ・職場において関わる子ども達、保護者に寄り添う中で役立てていきたいと思います。
- ・当時の子どもの姿や保育者の対応を知らない世代へ知らせること
- ・仕事での対応に活かします。
- ・TIC はすぐに活用できそうです。普段 SC もしていますので、震災の影響を関係する保護者や教職員にどう見立てを説明するのかという場面でこういう視点があると整理されるなと思います。
- ・被災者ではないが、少年施設のカウンセリングに活かしたい
- ・日常の仕事に、養護教諭として子どもと接することで生かしたいです。
- ・現場に戻った時に、生徒の対応に活かしていきたいと思います。
- ・毎年、子どもに記入式アンケートを行っていますが、そのとりかたについて、参考となることがありました。SC と共有したいと思います。
- ・子どもを見る視点として生かして生きたいと思う。
- ・子どものアセスメント場面で活かしていきたいです。
- ・実際に被災した地域で、子どもと関わるがあるので、関わる際に今回学んだことも参照しながら関わっていききたいと思う。
- ・信頼関係を築けないと、なかなか話してくれない、ということなので、まずは急がず、話をする上で相手と心を通わせたいと思いました。
- ・今の立ち位置は「見守り」「要支援」で治療的な関わりをしているわけではないので、今日学んだことを頭にいれながら、よりよく関われるよう活かしていきたい。

・震災はもちろんですが、大きなトラウマを持つ子どもの支援に関わる際に活かしたいと思います。

・2018年4月から民間の「放課後等サービス」に関わって、とまどうことが多かったのですが、まずは、子どもひとりひとりをよく知って、寄り添っていきたいと感じました。

・相談業務に活かしていきたいです。

・自分自身の支援活動の視点に加えていきたい。

・絵本については、自分でも読んで子ども達にも伝えていきたいと思った。学校現場の職員研修などで今回学んだことを活かしていきたいと思う。



## 質問 12 その他、ご意見・ご感想・ご要望ありましたらお願いいたします

- ・心理臨床、子どもの発達、双方において大変勉強になりました。
- ・大変ためになる演題、講演でした。時間をせめて1時間半+休憩+1時間半くらいあると良かったです。
- ・TF-CBTについての情報をもっと知りたいと思いました。
- ・今回の講演ありがとうございます。
- ・大変勉強になりました。このような講演会を設定してくださったS-チルに感謝いたします。有難うございました。
- ・今日は途中から参加になってしまいましたが、とても参加できて良かったと思いました。気づき、学びの多い研修となりました。
- ・臨機応変な対応が見事でした。日ごろの信頼関係の賜物かと思いました。
- ・大変勉強になりました。また、このような機会があればありがたく思います。
- ・いつも深い学びができて私自身の心も癒されると感じています。
- ・大変勉強になりました。有難うございました。事例をまた聞きたいです。
- ・内容が盛りだくさんでした。
- ・来年はもう少し長めの講演会でお願いします。もっとじっくり色々なお話を聞ければ嬉しいです。
- ・先生がエネルギーで一生懸命に、子ども達の支援に取り組んでいらっしゃることに敬服いたします。
- ・とても良かったです。また八木先生のお話を聞きたいと思います。
- ・学校現場では、記述式アンケートを一斉にとるので、相手の反応をみながら記入してもらうのは難しく、支援対象としくいなあと感じました。集団ではなかなかひろえない子どもも沢山いるのだらうと思います。
- ・ありがとうございました。
- ・ご講話いただいた八木先生のお話は、全てにおいて勉強になるもので、大変貴重な機会をいただきました。もっと長い時間お話をお聞きしたかったと思います。八木先生、S-チルの皆様、本日はお世話になりました。誠にありがとうございました。
- ・貴重なお話を聞かせていただき、有難うございました。
- ・とても勉強になりました。ありがとうございました。
- ・八木淳子先生のお話を聞いて、まだ、私は学ばなくてはいけないという思いを強くしました。
- ・資料の字をもう少し大きく印刷して頂けると助かります（老眼のため）
- ・今後もこのような機会をぜひ設けて頂きたいです。
- ・私は宮城県出身ではないが、震災の日宮城県や岩手県の様子を見て、自分もその時すごく傷つき、やりきれない気持ちになったので、現地で過ごしていた方々を思うと、今、何ができるか、何を伝えられるかを考えて、子ども達と向き合っていこうと思いました。とても貴重なお時間を有難うございました。

編集者

加藤 道代 東北大学大学院教育学研究科教授  
震災子ども支援室室長  
平井 美弥 震災子ども支援室主任相談員  
押野 晶子 震災子ども支援室相談員  
大堀 和子 震災子ども支援室相談員  
一條 玲香 震災子ども支援室学術研究員

写真撮影

鴨志田俊太 東北大学工学部4年

---

震災子ども支援室“S-チル”講演会報告書  
第10回東日本大震災後の子ども達への支援

## “東日本大震災後の子ども達への支援”

～8年間の診療と研究からみえるもの～

2019年8月1日

発行者 東北大学大学院教育学研究科 震災子ども支援室  
代表者 加藤 道代  
住 所 仙台市青葉区川内 27-1  
Tel/Fax 022-795-3263  
E-mail s.children@sed.tohoku.ac.jp

---

講演会報告書

## 東日本大震災後の子ども達への支援

～8年間の診療と研究からみえるもの～



東北大学大学院教育学研究科  
震災子ども支援室 “S-チル”

〒980-8576 仙台市青葉区川内27-1

TEL&FAX : 022-795-3263

E-MAIL : s.children@sed.tohoku.ac.jp



この冊子は環境に配慮した  
「水なし印刷」により印刷しております。



環境にやさしい植物油インク  
「VEGETABLE OIL INK」で  
印刷しております。