

災害時のメンタルヘルス

—— 兵庫県南部地震(阪神大震災)における小児メンタルヘルスへの
対応マニュアルを中心として ——



1995年2月10日

日本小児精神医学研究会・編

『災害時のメンタルヘルス』PDF版公開にあたって

本冊子は阪神大震災の経験を機に、日本小児精神医学研究会の編集にて、1995年2月に冊子として出版されました。

この度、東北地方太平洋沖地震を機に、広くご活用いただくためにWeb上にてPDFの形式で公開させていただくこととなりました。しかし出版から約15年が経過し、当時の執筆者の異動なども多いこと、医療機関の状況も変化していることを鑑み、若干の修正を加えさせていただきました。

1. マニュアル中の7. 受診医療機関一覧 を削除致しました。
2. 症例などの報告が掲載されていることから、シンポジウム部分を完全に削除いたしました。

悪しからずご了承をいただきますようお願い申し上げます。

2011年3月12日

PDF版編集責任者
名古屋大学医学部附属病院
親と子どもの心療科
吉川 徹

最初に、今回の阪神大震災で被災されたみなさま方に心よりお見舞い申し上げます。また、さまざまな形で救援・復興作業に従事されておられます方々に万感の思いを込めて尊敬の気持ちをお伝えしたいと思います。

この小冊子は、今回の大震災の影響を直接的・間接的に受けた子どもたちが心の平穏を早く取り戻せますよう、子どもたちに接する立場の方々のご参考にしていただくために、緊急に作成されたものです。この小冊子が作成されました経過は以下の通りです。

平成7年1月27～29日の3日間、つくば市において子どもたちの心の問題を話し合う児童精神科医と小児科医の小さな研究会（第8回日本小児精神医学研究会）が開かれました。阪神大震災が起こったのが、この研究会の10日前でした。被災した子どもたちの心への対応を検討すべきだというお声が、会にご出席予定の先生方からすぐに事務局に届きました。対応方法の手引きの原案を、早速作ってお送りくださった先生もおられました。

こうした先生方のお声を受けて、研究会のプログラムに急きょ変更が加えられました。災害や事故などの強い恐怖体験が、子どもたちに与える大きな心理的影響（外傷後ストレス障害、Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD）と、それに対する対応を検討する緊急シンポジウムが組まれました。シンポジウム・討論は、会期中の3日間、そのための時間が取られました。シンポジウムでは、被災地の子どもたちの状況、子どもたちにみられるPTSDの症状・対応の概要、国内・国外のPTSD小児例などが報告・紹介されました。被災地の状況は、現地の会員の先生方や被災地に入られた会員の先生方から、リアルタイムでFAXでお送りいただき、直ちに会場で報告されました。討論では、今回の大震災で心の痛手を負った子どもたちのために、私たちが何ができるかが、熱心に話し合われました。

私たちのメンバーは、全国各地に散らばっております。また、それぞれの立場も異なります。そのため、全員が集まって被災地での直接的援助活動を行うことは困難です。そこで、研究会としての統一した活動としては、子どもたちの心への配慮のポイントを述べた対応マニュアルを作成し、被災地の方々に無料で配布しようということになりました。

一方、被災地の子どもたちの中には、各地に疎開している子どもたちも少なくありません。そうした子どもたちは、震災の直接的影響の他、転居・転校という、時には、家族とも離ればなれになるという二重三重のストレスにさらされることとなります。この子どもたちへの対応は、被災地から離れていても、その地域で行うことができます。そこで、被災地や各地に疎開した子どもたちの心の問題に関する相談を、各メンバーがその地域で個別にお受けするということが決定されました。

しかしながら、全国各地に疎開された方々や各地で子どもたちを受け入れられた方々が、子どもたちの心の問題をどこに相談してよいかお分かりにくいことが予想されました。この小冊子に

各地の相談機関と担当者の氏名が載せてあるのは、そのような場合に、とりあえずの相談先を見つけていただく便宜のためです。ご連絡いただければ、直接ご相談をお受けするか、あるいは、適当なご相談先をご紹介させていただけると思います。この名簿には、時間の関係で、すぐに掲載のご了承をいただいた私たちの研究会のメンバーだけを載せてあります。これが、その地域でご相談できる機関の全てでないことは申しあげるまでもありません。この他にも、各地には、相談を受けていただける方々が大勢おられることを申し添えさせていただきますとともに、被災地・各地で子どもたちへ対応されておられる多くの方々には、事情をお含みいただき、この名簿に関しましてご理解いただけますようお願いいたします。

以上のような経過で、この小冊子が作成されました。この小冊子は、ボランティア活動をされる方々、臨床心理士をはじめ、医療関係の方々、保育・教育関係の方々、保護者の方々、それぞれのお立場でご参考にしていただけますように作成されております。この小冊子は、阪神大震災の影響を受けている子どもたちのために作られましたが、不幸にもその他の災害・事故に会った子どもたちや、大人の方々への心理的対応に際してもご参考にしていただける部分が少なくないと思っております。限られた時間で作りしましたものですので、用語やことば使いにお分かりにくい点があることは承知しておりますが、私たちの熱意をお汲みとり頂き、御容赦下さい。また、お気付の点など御批判、御叱責賜ります様お願い申し上げますと共に、より多くの方が、早期より、そして今後いつまでも、子ども（成人・老人も含めて）のメンタルヘルスに御関心を、お寄せ戴きますれば、会員にとって、これ程喜ばしいことはございません。

この小冊子が、子どもたちに接する方々の少しでもお役に立てれば幸いです。

子どもたちが、1日も早く本当の笑顔を取り戻せますように。

日本小児精神医学研究会（J S P P）

目次

ごあいさつ……………日本小児精神医学研究会

<パンフレット>

1. クラス担任用…………… 5
2. お父さん・お母さんへ…………… 6
3. 小さいお子さん（赤ちゃん）がいらっしゃる方へ…………… 7

<マニュアル>

1. 教諭・養護教員の皆様へ……………奥山真紀子・杉山登志郎・宮本 信也・土橋 圭子・大石 聡…………… 8
2. 医療・保健関係者・臨床心理士の皆様へ……………奥山真紀子…………… 15
3. 養護担当の先生および保健婦さんへ
（まとめと面接方法および評価方法など）……………塩川 宏郷・宮本 信也…………… 24
4. 被災者の医療にあたっている方へ……………塩川 宏郷・宮本 信也…………… 33
5. 専門家用—精神療法を中心としたPTSDの治療について—……………井上 洋一…………… 47
6. 専門医用—小児における心的外傷後ストレス障害の薬物療法—……………星野 仁彦…………… 51
7. 受診医療機関一覧表（J S P P会員が勤務する病院・医療機関のみ）…………… 59
8. 付録：PTSDの診断基準（DSM-IV・ICD-10からの引用）…………… 67

第8回日本小児精神医学研究会（8th J S P P◇1995・1・27-1・29◇筑波）

兵庫県南部地震に関するシンポジウム・PTSD（急性期）を中心として

シンポジウム—I 基調報告

1. 現状報告：
 - (1) 阪神大地震についての現状報告：新須磨病院小児科から……………稲垣 由子…………… 70
 - (2) 阪神大地震についての現状報告：個人的体験と神戸大学小児科から……………高岸 由香…………… 72
 - (3) 県立西宮病院で私が経験している阪神大震災……………羽場 敏文…………… 74
 - (4) 初期の被災地の巡回診療報告：京都市桃陽病院より……………高尾 龍雄…………… 76
 - (5) 阪神大震災についての現状報告：京都大学精神科より……………神尾 陽子…………… 79
 - (6) 大阪府派遣チーム、第一陣の報告……………岡本 正子…………… 80
 - (7) 神戸市内の情報（神戸市児童相談所および神戸市教育委員会の報告）……………稲垣 由子…………… 83
2. 災害時の保健医療活動—小児精神保健活動を中心として—……………奥山真紀子…………… 86

シンポジウムⅡ 対応:

1. 本研究会(JSP P)における初期活動と現在までの対応状況について.....JSP P事務局..... 98
2. 小児精神医学的初期治療対応(マニュアルを中心に)
省略(前半掲載のため)..... 99
3. 災害を体験した子どもたち-こころの理解とケア-
奥尻島地震・津波の経験をもとに.....藤森 立男..... 100
4. マスコミからみた兵庫県南部地震と小児メンタルヘルスへの対応
-私の震災体験-.....窪川 昌平..... 104
5. 小児の喪失体験-親の死を中心に-.....奥山真紀子..... 106
6. 集団療法的援助.....斎藤万比古・山崎 透・原田 謙..... 110
7. 災害後の子どもへの精神的援助-中・長期編-.....松本 英夫..... 113

シンポジウムⅢ 援助活動:過去の経験から

1. 伊勢湾台風の救援活動の経験から.....安藤 春彦..... 116
2. チェルノブイリ原発事故の医療援助に参加して.....小崎 武..... 118
3. 雲仙・普賢岳災害および家庭崩壊児の経験から.....川崎 千里..... 120
4. 雲仙・普賢岳災害の経験から.....太田 保之..... 122

シンポジウムⅣ 症例報告:従来のPTSD報告例

1. 国内のPTSD報告例
 - (1) 交通事故外傷によるPTSDの症例.....杉山登志郎..... 124
 - (2) 一家族に起こった交通事故による喪失体験反応.....岡野 高明..... 125
2. 国外のPTSD報告例
海外における子どものPTSDに関する論文の紹介.....氏家 武..... 127
3. 今回(阪神大震災)の症例報告
 - (1) 被災地周辺(大阪市・堺市)および遠隔地例.....長尾 圭造..... 129
 - (2) 被災地(神戸)の症例.....稲垣 由子・高岸 由香..... 132
 - (3) 被災地の医療機関で震災以前から加療していた症例への影響.....稲垣 由子・高岸 由香..... 133
 - (4) 被災地の重症例.....羽場 敏文..... 134

シンポジウムⅤ 総合討論およびコメント

1. PTSDの心理学および生理学的基礎.....岩崎 祥一..... 136
2. 事務局へのコメント・文献紹介を中心に.....井上 登生..... 142
3. これからの、われわれの仕事.....長尾 圭造..... 144

執筆者一覧..... 148

パンフレット



1. クラス担任用

クラス担任の先生へ

震災後、あなたのクラスにこんな子どもはいませんか？

- ◎表情が少なく、ぼーっとしていることが多い。
- ◎口数がへる。話をしなくなったり、必要以上におびえている。
- ◎少しのことで興奮しやすい。または突然興奮したり、パニック状態になる。
- ◎話題が急に変わったり、辻褄が合わなかったりし、突然人が変わったようになり、現実でないことを言い出す。
- ◎そわそわして落ち着きがなくなり、少しの刺激でも過敏に強く反応する。
- ◎吐き気や腹痛、めまい、息苦しさ、頭痛、頻尿など身体症状を強く訴える。

「心的外傷後ストレス障害」

非常に強い恐怖の体験をしたときにおこる、
心が混乱した状態です。

クラスのなかでこんなふうにしてみてください。

（ただし、軽度の場合で、子どもに表現する気持ちがある場合、被災児の気持ちを共感できる雰囲気や体験を共有しうるとき）

1. みんなで、恐かったこと、悲しかったことについて自由に話をする。
2. ひとりひとりが話すことを、みんなで聞く。
3. これから自分でできることを、どんな小さいことでも考えて自由に発表する。

症状が非常に強い場合は専門の医療機関にご相談ください。

連絡先：日本小児精神医学研究会事務局 長尾圭造
（堺市立こどもリハビリテーションセンター内）
〒590-01 堺市城山台5丁1番4号
TEL：0722-94-7941
FAX：0722-98-2032

2. お父さん・お母さんへ

震災後、あなたの近くにこんなお子さんはいませんか？

- #表情が少なく、ぼーっとしていることが多い。
- #話をしなくなったり、必要以上におびえている。
- #突然興奮したり、パニック状態になる。
- #突然人が変わったようになり、現実のないことを言い出す。
- #そわそわして落ち着きがなくなり、少しの刺激でも過敏に強く反応する。
- #いらいらしていて暴れたりする。
- #吐き気や腹痛、めまい、息苦しさ、頭痛、頻尿、おねしょ、眠れない、からだの一部が動かないなどの症状を強く訴える。
- #今まで、言うことを聞いていたのに、反抗をする。または、逆に急に素直になってしまった。

「心的外傷後ストレス障害」

非常に強い恐怖の体験をしたときにおこる、
心が混乱した状態です。

◎おこらないで。お子さんと話をしましょう。恐かったことや悲しかったことも。

「もう大丈夫」

「お父さん、お母さんがまもってあげるからね」

「心配なことがあったらなんでも言ってね」

「あなたはちっとも悪くないんだから」、「〇〇ができなくなっても恥しくないんだよ」

これらのことばは、何度くりかえしてもかまいません。

◎痛いところがあったらさすってあげましょう。

◎できるだけお子さんを一人にしないであげてください。

こういった対応は、少なくとも2・3ヶ月間から半年間、また必要に応じて、それ以後も絶えずくり返し続けて下さい。尚、ふつうの時でも、このような両親の態度は、子育てに、必要な望ましい態度でもあります。

症状が非常に強い場合は専門の医療機関にご相談ください。

連絡先：日本小児精神医学研究会事務局 長尾圭造
(堺市立こどもリハビリテーションセンター内)
〒590-01 堺市城山台5丁1番4号
TEL：0722-94-7941
FAX：0722-98-2032

3. 小さいお子さん（赤ちゃん）がいらっしゃる方へ

震災後、こんな症状はありませんか？

- #なかなか寝つかない、小さな物音にもびっくりする。
- #見知らぬ場所（はじめての所）を極端にこわがる、心配そうにする。
- #特定のものや場所（暗い所や狭い所など）を極端にこわがる。
- #特定の状況で機嫌がわるくなる。
- #泣く元気もない（ミルクをのまない。中々食べようとしない）。
- #しがみついて離れない。後おいが激しくなる。
- #これまで話せたことばが話せない。
- #今まで、できていたことも、出来なくなる（一人で食べていたのに、食べさせてほしがる。トイレ一人で行けなくなった）。
- #甘えが強くなり、ぐずりやすい。我ままになる。
- #悪夢をみているようだ。うなされる。夜中に目を覚ましぐずる。

「心的外傷後ストレス障害」

非常に強い恐怖の体験をしたときにおこる、
心が混乱した状態です。

症状が非常に強い場合は専門の医療機関にご相談ください。
（特に食べない、飲まない状態が強い場合、脱水症状が生じ、点滴などの補液が必要となります。）

連絡先：日本小児精神医学研究会事務局 長尾圭造
（堺市立こどもリハビリテーションセンター内）
〒590-01 堺市城山台5丁1番4号
TEL：0722-94-7941
FAX：0722-98-2032

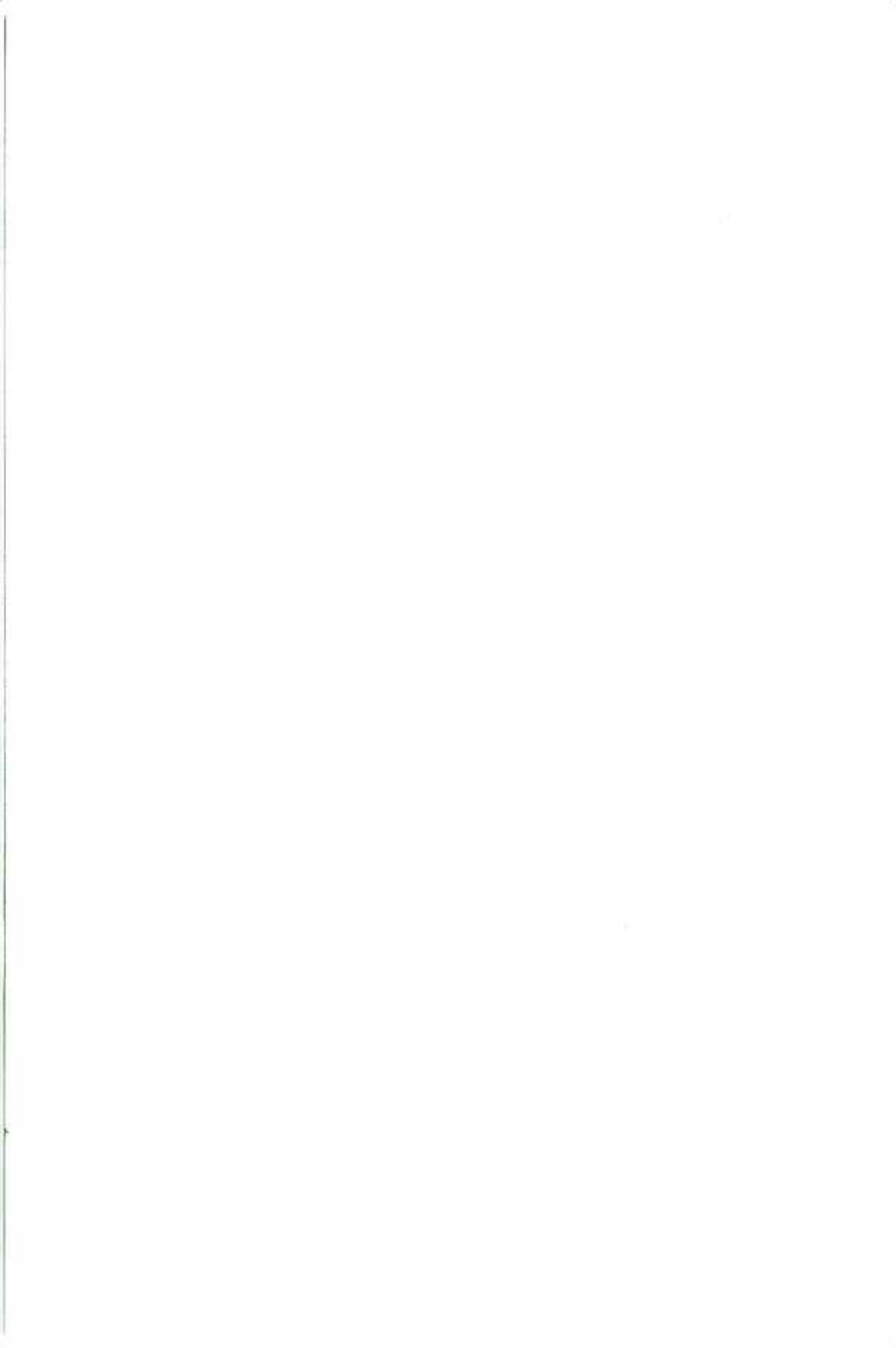
マニユアル

◆ このマニュアルは当初、日本小児精神医学研究会の会員用に準備されたものです。

しかし、いつも子ども達と接しておられる方々からも、御要望があったため、会員の意見を取り入れつつ、原文を加筆修正したものです。従って内容の責任は、本会にあるのですが、原著者名を明示しないのも、宜しくないと考え、その方に限り、執筆者とさせて戴きました。また、マニュアル部分は、必要に応じてコピーして下さってもかまいません。シンポジウムについては、特に必要と思われる個所以外のコピーは、できるだけお控え下さい。

このマニュアルに関してご質問、お問い合わせのある方は、下記までできるだけ書面にてご連絡ください。

○日本小児精神医学研究会（JSP） 事務局：長尾 圭造
〒590-01 大阪府堺市城山台5-1-4
堺市立子どもリハビリテーションセンター内
☎0722-94-7941 Fax：0722-98-2032



はじめに

災害にあって恐怖の体験をしたとき、肉親や親しい人（子どもにとってはペットや人形も含まれる）あるいは住み慣れた家などを失ったとき、避難生活などのストレスの多い状態におかれたとき、人々には多くの心の問題が生じます。子ども達にも様々な心の問題が生じることが知られています。その心の問題は個人差の大きいものですが、ある共通の傾向も、認められます。以下に述べるのは急性期（災害体験から1～2ヶ月）の子どもの精神的症状、その聞きだし方、対応の仕方などを述べたものです。海外では、このような災害時に学校での集団（特に小集団）での癒しが効果があることが証明されています。先生方のご参考になれば幸いです。

目 次

- A. 子どもにはよく見られるPTSD（心的外傷後ストレス障害）の症状
- B. 子どもの喪失体験（家族・知人の死や、家や大切なものを失う）による症状——PTSDと重なる症状も多い。
- C. 長期の異常な生活環境によるストレスからくる症状
- D. 子どもの問題の把握と対応に関する注意点
- E. 集団指導をされる時に

★小児の場合は、精神機能（自我機能）が未発達なため、基本的な信頼関係に支えられた環境にないと、大人以上に問題を持ちやすいことに注意して下さい。（子どもはいつでも適応しやすいというのは神話です。）

★以下の症状や問題は、正常の子どもでも起こります。一般的な反応ですが、その程度がひどく、現実適応ができないときや、長期化し過ぎるようなときが問題です。

★子どもの発達段階によっても症状に差があります。その点で疑問があるときには小児精神や発達心理の専門家に相談して下さい。

★ここでは初期の問題を取り上げましたが、初期には比較的適応が良いように見られても、長期的（半年、1年あるいは数年後）に問題となることがあります。

★災害のつらい体験をみんなで乗り越えることで、子どもの人間的な成長が促進されるということもあります。必要以上に悲観的になるのではなく、ポジティブな視点を持つことが大切です。

A. 子どもによく見られるPTSD（心的外傷後ストレス障害）の症状

PTSD（Post Traumatic Stress Disorder）とは、非常に強い恐怖を伴う体験をした後に起こる特徴的な障害です。

1. 恐い体験を思い起こして再体験する。時には精神的状態が、現在の自分から解離（はなれて）して、恐怖体験時に、もどってしまう（フラッシュバック）。恐怖体験を思い起こさせる刺激（余震があったとき、火を見たとき、サイレンの音を聞いたとき、ガスの匂いを嗅いだときなど）が引き金になることが多い。

- (1) 突然興奮したり、過度の不安状態（パニック）になる。
- (2) 突然人が変わったようになる。
- (3) 突然現実でないことを言い出す。
- (4) 恐い体験の夢を繰り返し見る。
- (5) その体験を思わせる遊びや話を繰り返して（そのこと自体は特に異常ではない）、そのことに異常に没頭したり、興奮したりする。

2. 外界に対する反応性の低下——感情の麻痺、精神活動全体の麻痺

- (1) 表情が少なくなり、ぼーっとしている。
- (2) 話をしなくなったり、引っ込み思案になる。
- (3) 全体の活動性の低下。顕著だと食事などの基本的な日常行動も取れなくなる。
- (4) 記憶の低下、集中力の低下。学業への集中困難。

3. 緊張状態の持続

- (1) 不眠
- (2) 必要以上に常におびえている。
- (3) 少しの刺激でも、過敏に激しく反応する。
- (4) そわそわして落ちつきがなくなる。

4. その他

(1) 過度の罪悪感や無力感を持ち、気持ちが落ち込んでしまう。自分の体を叩く、手に傷を付けるなどの自傷行為がでることもある。

(2) 著しい退行（幼児語を使う、年齢不相応な甘え方をするなどの赤ちゃん返り）をする。

(3) 身体症状

手や足が動かなくなる、意識を失って倒れる、頭痛・腹痛など体の各部の痛み。その他、吐き気、めまい、過呼吸、頻尿、夜尿、吃音など。

B. 子どもの喪失体験（家族・知人の死、家など大切なものを失う）による症状

1. 精神的混乱——行動や思考にまとまりがなくなり、現実の出来事とそうでない事との区別がつきにくくなる。
2. 喪失の否定
 - (1) 家族が死ななかつたかのように行動し、現実への適応を拒否する（避難への激しい拒否や、死者のいないところでの食事の拒否など）。
 - (2) 亡くなった人の声を聞く。著しいときには聞いた声の命令に従う。
3. 感情の切り離し（これが最もよく見られる）
 - (1) 無表情になる。口数がへる。
 - (2) 泣くことができない。
 - (3) 喪失体験を思い起こさせるようなことを、避けようとする。
 - (4) 生き生きとした現実感が無くなる。意欲を失っている。
4. 過度の無力感
 - (1) 活動性が著しく低下する——6ヶ月以上の乳児や幼児の場合、著明なときには生命維持のために必要な行動（食事をするなど）も取らなくなる。
 - (2) 何をするにも自信を無くす。
5. 強い罪悪感
 - (1) 喪失体験を自分のせいだと思い込んでしまう——例えば、前日に喧嘩したから兄が死んでしまったのだと思い込んでしまう、母親に、注意されるようなことがあったから、お母さんが死んでしまったと思う。
 - (2) ひどい場合には自傷行為も出現する。
6. 激しい怒り
 - (1) 激しく苛立つ
 - (2) 暴力をふるう

注：表面上、抑制が強く、何事もなかつたかの様にみえることもある。
命日やその日が近づいて来ると、症状がぶり返してくることもある。

C. 長期の異常な（非日常的な）生活環境によるストレスからくる症状

1. 緊張状態の持続

- (1) いつもキョロキョロしている。
- (2) 不眠。
- (3) 気を抜くことができない。
- (4) 些細なことで激しく驚く。
- (5) 苛立ちが激しい。
- (6) 集中力がない。

2. 周囲からの引きこもり

話をしない。まわりのグループから離れて一人である。隅の方を好む。

3. 避難所などに長くいる事によるパニック

4. 身体症状

A-4(3)（ページ9）と同様の身体症状が見られる。

D. 子供の問題の把握と対応

1. 現在の生活環境や子供をサポートするシステム（家族、親戚、地域その他）の状況をできるだけ把握して下さい。
2. 被害の状況、特に肉親や親しい人の死を経験したかどうかを把握して下さい。
3. 子ども達は深刻な不安を抱えていても、表面的あるいは一時的には明るく行動することもあります。気になることがあれば、できるだけこちらから個別に、自然な雰囲気のところ、話を聞くようにしてあげて下さい。
4. 子どもの場合は不安や気分の落ち込みといった症状が、苛立ちや多動となって現れることもあります。
5. 子どもに対する精神的な影響は長期にわたることがあります。小さなサインを見逃さないように気をつけてあげて下さい。
6. 体験や感情を話し、分かちあい、共感し合うことで、その体験や感情が過去のものとして整理されて、現実適応が促進されます。
7. 話を聞くときに上記のような症状があるかどうかを、こちらから積極的に（〇〇ということはあるのというふうに）聞いてあげることにも意味があります。（子どもが答えようとしなない時は、それ以上、更に突っ込んで聞いてはいけません。）
8. そのような症状が特別なものではなく、多くの人が経験することであることを話して安心させてあげて下さい。
9. 子どもの精神的混乱が激しいときや、引きこもりが激しいときには、できるだけ早いうちに専門家に相談して下さい（いつも時が解決してくれるとは限りません）。

□特殊な場合の対応□

1. フラッシュバックでパニックになったとき

- (1) 慌てないで。
- (2) 何か刺激になったと思われるものがあれば（恐怖の体験時に見たものや聞いたものが多い）できれば一時的にでも除去してあげて下さい。
- (3) 怒らないで。
- (4) 必要なら抱きしめるなどして、安心感を与えてあげて下さい。
- (5) 「誰にでもありうることで、あなたがおかしくなったんじゃないのよ、必ず良くなってくるから」と、本人がおかしくなってしまった訳ではないことを話してあげて下さい。
- (6) 「もう大丈夫、ほら今は平気でしょう？」と、過去と現在の違いを認識させるような言葉かけをしてあげて下さい。

2. 身体症状があるとき

- (1) 否定しない、無理強いしない。苦痛は認めてあげましょう。
- (2) お腹をさすってあげるなどのスキンシップを与えてあげて下さい。
- (3) 「大丈夫だよ、心配しなくていいよ」と言葉をかけて、安心させてあげて下さい。
- (4) できるだけ気持ちを話させてあげて下さい。
- (5) ストレスの原因となっていることを探して下さい。
- (6) 対応策を一緒になって考え、悩みを共有し、解決してあげて下さい。

3. 肉親・親戚などの身近な人の死という喪失体験のあるとき

- (1) 葬儀への参加など、死を確認する儀式には、十分な心理的援助のもとに可能な限り参加させてあげて下さい。
- (2) 子どもが死に関する話題を持ち出してきたときには、逃げずに相手をしてあげて下さい。
- (3) 子どもの年齢に応じた、死の説明をしてあげましょう。
- (4) 子どものせいではないということを、十分説明してあげて下さい。
- (5) 子どもだけでなく、残された家族や子どもの周囲の大人達が、立ち直れるように配慮してあげて下さい。

□専門家への相談が望ましいと思われる時□

1. 自殺をほのめかしたり、自傷行為が見られるとき。——緊急な対応が必要。
2. 混乱が著明なときや、頻回にパニックを起こすとき。
3. 引きこもりが著しいとき（食事も取らないなど）。
4. 身体症状が著明なとき。

E. 集団指導をされるときに

◎目的と意義

1. 話をして、自分の体験と感情を先生や仲間と分かち合い、共感されることによって、体験や感情が過去のものとして整理され、現在への適応が促進されます。
2. 同じ体験や感情をもった仲間を確認することによって、孤立感や罪悪感を減少させ、連帯を強める事ができます。

◎前提条件

あまりにも、強い恐怖体験や喪失体験や現在も避難所生活を続けている児が、クラスに居る場合は、その児に対して、個別の対応を優先させる。また転校生の場合、クラスで、共感できる予備知識や体験を持つことが、前提となる。

つまり同じ程度の体験をした子ども同士で、(中～)軽度の場合を考えて下さい。

◎方 法

1. 希望者に自分の体験を発言してもらい、同じような体験をした人や同じような感情をもった人などが自由に発言したり、質問したりしてもらいます。
2. 作文や手紙形式を利用するなど、様々な形で集団の中での子どもの表現を促してあげて下さい。特に低学年では、自由に絵を描かせたり、少人数のグループで遊ばせたりすることで、自分を表現できるようになります。

◎注意点

1. 少人数で体験を話し合うことは、子どもの心を開くのに有効であると同時に、癒しにもなります。但し中学生くらいまでの子どもでは、グループの話し合いにできるだけ大人が加わって、グループ全体が一部の子どもにとって残酷になったり、一部の子どもの自己表現を馬鹿にしたりして表現しづらくなる事を防いであげた方がよいでしょう。
2. クラスや少人数のグループでの話し合いでは、何が起きたかを話すだけではなく、その時の各自の気持ち(凄く恐かった、悲しかった、頭にきた、認めたくなかったなど)を表現させるように配慮してあげて下さい。
3. 大人として受け入れがたい感情の表現(死にたい、殺してやりたいなど)も、頭から遮るのではなく、ちゃんと受けとめてあげてその気持ちの背後にあるものを明確にしてあげて下さい。
4. 話している子どもにみんなが共感するようなムードづくりをしてあげて下さい。
5. 恐怖の体験だけを話して終わるのではなく、今何ができるのか、これからはどんな希望があるのか、といった話を必ずみんなでするようにして、自分達がただ無力なのではなく、問題の解決をしていく能力があるのだということを確認させてあげるようにしてあげて下さい(その際できるだけ大人が解決を与えてしまうことを避けて下さい)。

はじめに

災害にあって、恐怖の体験をしたとき、肉親や親しい人（子どもにとってはペットや人形も含まれる）あるいは住み慣れた家などを失ったとき、非難生活などのストレスの多い状態におかれたとき、人々には多くの精神的困難が生じます。子どもたちにも様々な心の問題が生じることが知られています。その精神的困難は個人差の大きいものですが、ある共通の傾向も、認められます。以下に述べるのは急性期（災害体験から1～2ヶ月）の子どもの精神的症状、面接の際の注意点、評価、対応の仕方などを述べたものです。皆様のご参考になれば幸いです。

目次

- A. 子どもにはよく見られるPTSD（心的外傷後ストレス障害）の症状
- B. 子どもの喪失体験（家族・知人の死や、家や大切なものを失う）による症状——PTSDと重なる症状も多い。
- C. 長期の異常な生活環境によるストレスからくる症状
- D. 災害時の子どもへの面接や援助の注意点
- E. 評価
- F. 援助

★小児の場合は、精神機能（自我機能）が未発達なため、基本的な信頼関係に支えられた環境にないと、大人以上に問題を持ちやすいことに注意して下さい。（子どもはいつでも適応しやすいというのは神話です。）

★以下の症状や問題は、正常の子どもでも起こります。一般的な反応なのですが、その程度がひどく、現実適応ができないときや、長期化し過ぎるようなときが問題です。

★子どもの発達段階によっても症状に差があります。その点で疑問があるときには小児精神や発達心理の専門家に相談して下さい。

★ここでは初期の問題を取り上げましたが、初期には比較的適応が良いように見られても、長期的に（遅発型として）問題となることがあります。

★災害のつらい体験をみんなで乗り越えることで、子どもの人間的な成長が促進されるということもあります。必要以上に悲観的になるのではなく、ポジティブな視点を持つことが大切です。

A. 子どもによく見られるPTSD（心的外傷後ストレス障害）の症状

PTSD（Post Traumatic Stress Disorder）とは、非常に強い恐怖を伴う体験をした後に起こる特徴的な障害です。

1. 恐い体験を思い起こして再体験する。時には精神的状態が、現在の自分から解離（はなれて）して、恐怖体験時に、もどってしまう（フラッシュバック）。恐怖体験を思い起こさせる刺激（余震があったとき、火を見たとき、サイレンの音を聞いたとき、ガスの匂いを嗅いだときなど）が引き金になることが多い。

(1) 突然興奮したり、過度の不安状態（パニック）になる。

(2) 突然人が変わったようになる。

(3) 突然現実でないことを言い出す。

(4) 恐い体験の夢を繰り返し見る。

(5) その体験を思わせる遊びや話を繰り返して（そのこと自体は特に異常ではない）、そのことに異常に没頭したり、興奮したりする。

2. 外界に対する反応性の低下——感情の麻痺、精神活動全体の麻痺

(1) 表情が少なくなり、ぼーっとしている。

(2) 話をしなくなったり、引っ込み思案になる。

(3) 全体の活動性の低下。顕著だと食事などの基本的な日常行動も取れなくなる。

(4) 記憶の低下、集中力の低下。学業への集中困難。

3. 緊張状態の持続

(1) 不眠

(2) 必要以上に常におびえている。

(3) 少しの刺激でも、過敏に激しく反応する。

(4) そわそわして落ちつきがなくなる。

4. その他

(1) 過度の罪悪感や無力感を持ち、気持ちが落ち込んでしまう。自分の体を叩く、手に傷を付けるなどの自傷行為がでることもある。

(2) 著しい退行（幼児語を使う、年齢不相応な甘え方をするなどの赤ちゃん返り）をする。

(3) 身体症状

手や足が動かなくなる、意識を失って倒れる、頭痛・腹痛など体の各部の痛み。その他、吐き気、めまい、過呼吸、頻尿、夜尿、吃音など。

B. 子どもの喪失体験（家族・知人の死、家など大切なものを失う）による症状

——PTSDと重なる症状も多い

1. 精神的混乱——行動や思考にまとまりがなくなり、現実の出来事とそうでない事との区別がつきにくくなる。

2. 喪失の否定

- (1) 家族が死ななかつたかのように行動し、現実への適応を拒否する（避難への激しい拒否や、死者のいないところでの食事の拒否など）。
- (2) 亡くなった人の声を聞く。著しいときには聞いた声の命令に従う。

3. 感情の切り離し（これが最もよく見られる）

- (1) 無表情になる。口数がへる。
- (2) 泣くことができない。
- (3) 喪失体験を思い起こさせるようなことを、避けようとする。
- (4) 生き生きとした現実感が無くなる。意欲を失っている。

4. 過度の無力感

- (1) 活動性が著しく低下する——6ヶ月以上の乳児や幼児の場合、著明なときには生命維持のために必要な行動（食事をするなど）も取らなくなる。
- (2) 何をするにも自信を無くす。

5. 強い罪悪感

- (1) 喪失体験を自分のせいだと思い込んでしまう——例えば、前日に喧嘩したから兄が死んでしまったのだと思い込んでしまう、母親に、注意されるようなことがあったから、お母さんが死んでしまったと思う。
- (2) ひどい場合には自傷行為も出現する。

6. 激しい怒り

- (1) 激しく苛立つ
- (2) 暴力をふるう

注：表面上、抑制が強く、何事もなかつたかのように見えることもある。

命日やその日が近づいて来ると、症状が、ぶり返してくることもある。

C. 長期の異常な生活環境によるストレスからくる症状

1. 緊張状態の持続

- (1) いつもキョロキョロしている。
- (2) 不眠。
- (3) 気を抜くことができない。
- (4) ささいなことで激しく驚く。
- (5) いらだちが激しい。
- (6) 集中力がない。

2. 周囲からの引きこもり

3. 拘禁性のパニック

フラッシュバックによるものとは異なり、恐怖体験時の自分へ戻ってしまうのではなく、緊張が途切れることによる。しかし、子どもの場合にはこの違いがわかりにくいことも多い。

4. 身体症状

症状はPTSDの身体症状と同じであるが、恐怖体験の再体験とは無関係であり、ストレスの中で適応しようとして、自己の欲求を抑え込むことによる。しかし、この場合でも、子どもでは区別が困難なことも多い。

D. 災害時の子どもへの面接や援助の注意点

1. 通常以上に不安を与えない配慮が必要です。面接の場所や設定から、例えば、不安が強い場合には親と子供を離さずに面接する、白衣をさけるなど
2. 親と子供から災害時のストーリーを含めて十分に話を聞く。幼児や低学年の学童の場合は、絵を描かせたり、簡単なごっこ遊びが表現になることが多い。
3. 子どもの精神的な問題を把握すると同時にその子どものサポートシステムと生活環境を把握して総合的に今後の援助のあり方を検討する。
4. 親の精神状態にも十分な配慮をする。
5. 親を責めない（特に子どもの前で）——不安な子供にとって親は唯一の頼みです。
6. 親かそのかわりの者に子どもの精神状態と子どもにとって必要なことを十分に説明する。
7. 現在の生活の中で具体的にできることをともに考える——具体性を持つことが大切です。大人との共同作業など、連帯感、一体感、達成感などを持てるようにする。
8. 多機関（医療、保健、福祉、教育）での連携を強化して、できるだけ多角的に援助ができるように努める。
9. 中・長期的問題を抱える可能性もあるので、一時的に適応が良くなっても、問題を持ったときには再び相談できるような状況をつくる。

E. 評 価

〈子供の精神的問題の評価〉

- (1) 症状——主訴のみでなく、上記のような症状の有無と程度を把握する。
- (2) 精神機能——現実検討識（現実と非現実を分ける力）がどの程度であるか、感情の障害（感情の麻痺）はどの程度であるかなど考えながら、現実への適応能力を評価する（簡単には現在の状態に耐えられるかどうかを評価する）。
- (3) 基礎にある精神機能の推定——元々精神機能に問題を持つ子供ほど災害や喪失による障害を受けやすい。
- (4) 症状や問題が、恐怖体験による不安症状が強いのか、喪失体験による抑鬱感情が強いのか、現在の環境からのストレスによるものが強いのか、大まかに把握する。

〈環境とサポートシステムの評価〉

- (1) 家族機能——親やそれに替わる保護者がしっかりとしているか。
親が子供に目を向けているか、家族の喧嘩が激しくないか。
家族の精神的機能はどのような状態か。
- (2) 子どもの喪失体験の把握——家族や知っている人の死や不明、住み慣れた家の消失、ペットの死や喪失、大切なものの喪失。
- (3) 家族の喪失体験の把握——子どもが直接知らなくても家族に影響している可能性
- (4) 現在の生活状況の把握——家族生活、集団生活、音、周囲の喧嘩、友達の有無
- (5) 家族をとりまく環境の把握——地域集団、避難所の状況など
- (6) 専門的なサポートシステムの把握——学校でどのような援助が必要か、保健や福祉での援助の可能性

〈治療やアドバイスの基本的な目標〉

1. まず、子どもたちが安心して信頼できる人間関係を作り出す。
2. そのなかで、子どもの精神的機能（自我機能）が耐えられる形で、心的外傷や喪失体験やそれらに伴う感情を表現させ、それを過去の記憶として整理して、現在および未来に向けて現実適応を促進する。

〈親や周囲の大人への全般的なアドバイス〉

4大原則

- I. しっかり子どもと向き合い、接触を多くして子どもの表現を促す。
- II. 安心させる——過去の体験と現在の違いを強調。見捨てられない安心感。
罪悪感を理解して、本人のせいではないことを納得させる。
- III. できるだけ子どもの活動を確保する——遊びや手伝いなど。ほめる。
- IV. 子どもが耐えられる環境を確保する——子どもの立場から考える。

具体的には

- I-(1) スキンシップをよくとり、話をよくする——乳幼児には話しかけを多くする。
(2) 子どもを理解しようとする。子どもの話をむやみに遮らない。
(3) できるだけ子どもに感情を表現させる（こわかった、悲しい、頭にきたなど）。
（年長児では手紙や日記が役立つこともある。）
(4) 年齢に応じた説明をし、取り残されている感覚を与えない。
(5) 子どもに言語表現以外の表現方法（描画や遊びなど）を与える。
- II-(1) できるだけ子どもを一人にしない。
(2) 家族内の苛立ちの解消を工夫し、協力して子どもを守る姿勢を示す。
(3) 安心させる言動をする。愛情をできるだけ言葉にして表す。
(4) 現状の症状は誰にでも起きるもので、その子のせいや、恥ずかしいこと（例えば、退行し、自立機能が、低下しても）ではないこといことを説明する。
(5) 子どもが不安になったとき、災害時と現在を区別するように援助する。
- III-(1) 悪戯書きをする空間や少しは遊べる空間を作る。
(2) 大人と一緒に手伝いをさせて達成感を築く。
(3) ほめる。
- IV-(1) 音を小さくする。静かな、落ち着いた環境。
(2) 昼間は子ども同士で遊べる環境をつくるなどの工夫をする。

〈個別の症状に対する周囲へのアドバイス〉

1. フラッシュバックでパニックになった時

- (1) 慌てない。
- (2) なにか刺激になったものがあれば（恐怖の体験時に見たものや聞いたものが多い）それを突き止め、一時的にでも除去する。
- (3) 怒らない。
- (4) 必要なら抱きしめるなどして安心感を与える。
- (5) 少し良くなれば過去と現在の違いを認識させるような声かけをする。
- (6) よくあることで、本人がおかしくなったわけではないことを話す。

2. 身体症状があるとき

- (1) 否定しない、無理強いをしない、苦痛を認める。
- (2) おなかをさするなどのスキンシップを与える。
- (3) 重症で悪くなるものではないことを、伝えて安心させる。
- (4) できるだけ感情を表現させる方法を考える。
- (5) 引き続いてストレスになっていることを探し、対応策をともに考える。

3. 肉親や親戚などの死という喪失体験があるとき

- (1) 喪失体験時には死を確認する行動や儀式には参加を制止しない方がよい。ただし、本人の恐怖が強く、嫌がる場合、無理強いする必要はない。十分な心理的援助のもとに可能な限り参加させる——死者との対面、葬儀や火葬の参加など。落ち着いたら、安らぎのある儀式がよい。
- (2) 大人の方が死に関する会話を避けることをしない。
- (3) 年齢に応じた死の説明をする——幼児の場合は死をうまく認識できないので工夫が必要。
- (4) 子どものせいではないことを十分説明する。
- (5) 残された家族や周囲の大人たちの精神的立ち直りを早める努力をする。

〈子ども本人への簡単な援助〉

1. 子どもの気持ちを理解して受けとめる。
2. 安心させる——本人のせいではない。恥ずかしいことではなく当然のこと。
援助を受けることは恥ずかしくはなく大切なこと。
その状態が身体的に重症化しない。いつまでも続く心配はない。
3. できるだけ感情を表現させる。
4. 本人にできることを一緒に考え、無力感からの脱出をはかる。

〈専門的な援助〉

形態

1. 遊戯療法——言語表現が苦手な子どもに必要である。
2. 集団遊戯療法（4～6人程度）——保育園や小学校低学年で有効。
3. 小グループ（4～8人程度）集団療法——学校保健などで行いやすい。
4. 中グループ（10～20人程度）集団療法——学校のクラスなどで行える。
5. 家族療法——家族全体の喪失体験への援助など。
6. 教育や福祉などとの連携を十分に持つ。

目的

1. まず、子どもたちが安心して信頼できる人間関係を作り出す。
2. そのなかで、子どもの精神的機能（自我機能）が耐えられる形で心的外傷や喪失体験やそれらに伴う感情を表現させ、それを過去の記憶として整理して、現在および未来に向けて現実適応を促進する。

方法

1. 子どもたちが安心して表現できる環境をつくる。
2. 言語や遊戯を通じて、恐怖の体験やその後の自分の感情を十分に表現させる。
3. 集団療法では、感情を分かち合うことと、同じ感情を体験した子ども同士が話し合うことによって、孤立感や自責の念を減少させる。
4. 現在の自分たちがそのままに受け入れられていることを体験させ自信をつける。
5. 体験やその時の感情を表現させ、それを受けとめながら、過去のものであることを認識していくことを援助する。

〈薬物療法について〉

できるだけ、心理療法を主体にすることが望ましいが、症状が著明で、そのために本人の不安がより強くなるようなときには、急性期の一時的投薬も有効である。しかし、薬物療法にだけ頼ることは避けるべきである。たとえば、強い無力感や罪悪感を背景とした抑鬱状態に対して認識を変えずに気分だけ変えてしまうことは、かえって不安を促進することがある。

この度の大震災に心からお見舞申し上げます。

さて、今回の震災にみまわれた子供たちの精神医学的な問題（行動の問題など）について、私たちは全力をあげてサポートいたしたいと考えております。混乱が続く中で次第に心身に変調をきたす子供たちが増えてくることが予想されますので、できるだけ具体的に、どのようにしたらよいかをまとめてみましたので参考にさせていただきたいと存じます。

ここには、以下の内容が示されています。

1. 具体的な援助の流れ
2. やっていただきたいこと
3. 参考資料
 - A. 災害時の子供への精神的援助マニュアル（マニュアル1参照）
 - B. 評価のためのチェックリストと質問例
 - C. さらに詳しいことが知りたいときの連絡先一覧（マニュアル7参照）

お忙しいところ大変かとは存じますが、一読していただきたいと思います。

1. 具体的な援助の流れ

以下のような3段階になります。

1) 援助が必要な子供のピックアップ

(1) 避難所、家庭で

回覧板、ビラ配布、その他のメディアによる広報

(2) 学校で

クラス担任へのビラ、子供本人へのビラ、はりがみなど

2) 最初の評価と援助

(1) 避難所、家庭などで援助が必要と考えられる子供は、保健婦さんの窓口や、最寄りの医療機関で。

学校では保健室の養護教諭の先生が窓口になっていただく。

(2) 保健婦さん、養護の先生、初めてコンタクトをとる医療機関で以下のことを行う。

A. 評価（チェックリストを用いて）

B. さらに集中的な援助が必要かどうかの判断

必要な子供については、専門の医療機関や臨床心理士へ紹介

C. 初期介入

ゆっくり時間をかけて話しを聞く。

安心させる。病状の説明など。

保健室などでは、数人に集まってもらって一緒に話しをしたり、絵を描いたりして、気持ちを表現してもらおうといった介入。児の能力や希望があれば、詩や作文での表現もよい。

D. 関係機関との連絡

3) 高次介入、治療

(1) 専門医療機関（小児精神科、臨床心理士など）が行う。

A. 精神医学的診断、治療

B. 適応をしっかりと考えた上での薬剤の使用

C. 個別のカウンセリングや遊戯療法、家族療法など

D. 関係機関との連絡

2. 養護の先生、保健婦さんにやっていただきたいこと

養護の先生は学校の保健室、保健婦さんは行政機関の窓口という場を使って、以下のことをしていただきたいと存じます。

1) 援助が必要な子供のピックアップ

2) 評価

3) 初期介入

1) ピックアップ

回覧板や各種の広報を使って、呼びかけて下さい。

学校などでは、はりがみをしたり、担任の先生にお願いしたり、子供たち本人に広報を配るなどして呼びかけて下さい。あまりたくさんの子供たちが一度にきても困りますので、パンフレットの例を参考にしてください。

2) 評価

参考資料のチェックリストと質問例を参考にして、子供たちの話しを聞いて記入してください。保健婦さんの場合は、保護者からも話を聞いてあげてください。

この時点で、症状の強さや状況からさらに詳しい評価が必要と考えられる子供（例えば、死にたいと言っている、不安が強く何もできない、ひきこもって話すこともできない、悲しくても泣けないなどがある子供）は最寄りの医療機関もしくは専門の機関（参考資料参照）へ紹介して下さい。その際、記入していただいたチェックリストのコピーもお渡ししてください。

3) 初期介入

災害時の精神的な混乱は、集団での癒しが有効といわれており、できるだけ早期に介入することによって、後の精神的な混乱の悪化を防ぐことができます。

@基本的な姿勢としては、子供を安心させる、信頼できる関係をつくる、子供のことをわかってあげようとするという立場がよいと思います（「マニュアル」も参照してください）。

@次のような方法が具体的に取り組みやすいと思います。

(1) 小学校低学年、幼稚園児の場合

@4～5人で集まって、お絵かきをしたり、簡単なゲームをしたりすることでも結構です。何回か繰り返しているうちに、よくなっていく子もいます。

(2) 小学校高学年、中学生の場合

@5～8人くらいのグループで、ひとりひとりに、あるいは希望者に、震災のときの自分の体験を少しずつゆっくり話してもらい、それをみんなで聞いて、意見があればのべるということをするとうよいと思います。

@自分の感情（悲しい、恐い、頭にきたなど）を語ってくるようになれば、それも共感的に聞きあいましょう。

@聞き手の注意としては、特定の個人をばかにしたり、非難したりするような雰囲気にならないように、「みんなで聞く」といったムードを作るように配慮してあげてください。特に、被災地より転校してきた児の場合は、遠隔地であれば他児や大人が興味本位に聞いたりするとか、共感性やシンパシーが得られにくいかも知れません。よろしくご配慮下さい。

@大人にとってもがまんできないような感情（殺してやりたい、死にたいなど）が出ても、

それを頭から遮ったりはせずにそれを受け止めて、どうしてそんな気持ちになったかを明らかにしていくよう援助してください。

@必ず最後に、これから何ができるか、今どんなことをしたらよいかという希望を述べさせ、自分たちにもできることがあるということを認識させてあげてください。建設的な方向に向くようになれば、終結段階に近いですが、あわててそこまで進む必要はありません。

@中学生以上の場合は、個別にゆっくり話をきいてあげることや、手紙、詩などを書いてもらい、自分の気持ちを表出することを援助してあげてください。

@介入は長期にわたることも考えられます。あせらず、ちょっとしたサインにも気を配ってあげてください。

@あなた自身が迷ったり、疲れてきた時は、遠慮しないで後方機関に相談してください。
ひとりで抱えこんでしまうことはなるべく避けて、いつもだれかと相談しながら援助していく体制をつくってください。

評価のためのチェックリスト（保健婦、養護教諭用）

名前、性別	男、女
生年月日、年齢	昭和、平成 年 月 日 歳
住所、連絡先電話	

症状：

気分：

困っていること：

怖いこと：

悲しいこと：

なくしてしまったもの：

やりたいこと：

居住地の状況：良好、劣悪さなど

家族の状況：

一緒にいる人：

死んでしまいたい：	はい、	いいえ
悪いのは全部自分のせい：	はい、	いいえ
悲しいのに涙が出ない：	はい、	いいえ
なにもする気になれない：	はい、	いいえ

全体としての印象：A. 非常に混乱している
B. 混乱しているが、何とかやっつけられる
C. 混乱していない

その他気になる点：

1. 以下に、子ども達の話を書くときの質問の具体例を示します。

評価のためのチェックリストを記入するときの参考にしてください。

（もちろん、この通り聞かれる必要はありませんし、実際には適宜、ことばを補って答えることなど、子ども達の負担にならないような配慮が必要なことはいうまでもありません）

・こんにちわ。大変でしたね。

きょうは具合はいかがですか？

いつごろから調子がわるくなりましたか？

（注・症状はできるだけ詳しく聞いて、本人のことばで記録する）

・いまはどんな気持ちかな？

（注・悲しい、恐い、いらいらするなど本人に言葉にしてもらおう。なかなか答えられないときは、後回しにする。）

いちばん困っていることってなに？

いちばん恐いことはなに？

いちばん悲しいことはなに？

・××ちゃんは、どんなことが好きだったの？

××ちゃんは今度の地震でなにかなくしたものある？

いまいちばんやりたいことはなに？

・いまはどんなところで暮らしているの？

（注・保護者、一緒に来た人からも聞く）

夜はよくねむれる？

まわりでけんかしたり騒いでいるひとたちがいる？

暗くて恐いところかな？

ごはんは食べているかな？

おいしく食べられるかな？

・お父さん、お母さんは元気なの？

おじいちゃんやおばあちゃんは？

きょうだいはどうしてるの？

お父さんやお母さんは××ちゃんの話しを聞いてくれるかな？

お父さんやお母さんはしょっちゅう口げんかしたりするかな？
恐いときやさみしいときにお父さん、お母さんは一緒にいてくれるかな？
いつも一緒にいてくれるのは誰？
きょうは誰と一緒に来たの？

- ・ちょっと変なことを聞くけど、わからなかったら答えなくてもいいよ。
恐くて心配であんまりつらいから、もう死んじやいたいって思ったりする？
地震がおきてけがしたりしたのは自分も悪いのかなと思うことある？
××ちゃんは自分が悪い子だと思うかな？
誰かが××ちゃんのこと悪い子だっていう人いるかな？
すごく悲しいのに涙が出ないことある？
悲しいんだかなんだか、わからないような感じかな？
もう何にもする気になれないかな？
(注・これらがある場合は重篤な精神的混乱を起こしている可能性がある)

・他に何か聞いてもらいたいことはない？

◎全体的な印象から、専門機関に紹介するかどうかを判定してください。

紹介するために特に注意するポイントは、

#精神的に混乱していて、日常生活に支障がある。

#死にたいなどという気持ちが強く、自傷行為がある。

#悲しみに圧倒されていて、ひきこもりが強い。

#家族または保護者も混乱していて子供のめんどうがみきれない。

#しばらく様子を見ても状態が変わらない、またはどんどん悪化する。

このような場合は医療機関、専門機関に紹介してください。

2. 介入、援助のためのキーワード

- @なによりもまず「安心」できる雰囲気。
- @しっかりと子供と向き合う。
- @子供の気持ちを理解してあげようと努力する。
- @本人、家族の話をじっくりと聞く。
- @受容、共感の基本中の基本。
- @子供、家族、サポートシステムについての情報を集める。
- @親を責めない。
- @おこらない。
- @あわてない。
- @スキンシップも十分に。
- @感情を表出してもらうように努める。
- @一人にしない（子供が一人でいたら声かけて）。
- @「もう大丈夫」「心配ない」「何があっても必ず守ってあげる」「恥しくない」
「悪いのはあなたではない」これらは何回言っても有害ではない。
- @できることを一緒に考え、努力する。

この度の大震災に心からお見舞申し上げます。

さて、今回の震災にみまわれた子供たちの精神医学的な問題（行動の問題など）について、私たちは全力をあげてサポートいたしたいと考えております。混乱が続く中で次第に心身に変調をきたす子供たちが増えてくることが予想されますので、できるだけ具体的に、どのようにしたらよいかをまとめてみましたので参考にさせていただきたいと存じます。

ここには、以下の内容が示されています。これらは、小児の精神医学にあまり詳しくない方のために書かれているものです。

1. 具体的な援助の流れ
2. やっていただきたいこと
3. 参考資料
 - A. 災害時の子供への精神的援助マニュアル（マニュアル2参照）
 - B. 評価のためのチェックリストと質問例
 - C. コンサルテーション用の症例要約と記入例
 - D. さらに詳しいことが知りたいときの連絡先一覧（マニュアル7参照）

お忙しいところ大変かとは存じますが、一読していただきたいと思います。

1. 具体的な援助の流れ

以下のような3段階になります。

1) 援助が必要な子供のピックアップ

(1) 避難所、家庭で

回覧板、ビラ配布、その他のメディアによる広報

(2) 学校で

クラス担任へのビラ、子供本人へのビラ、はりがみなど

2) 最初の評価と援助

(1) 避難所、家庭などで援助が必要と考えられる子供は、保健婦さんの窓口や、最寄りの医療機関で。

学校では保健室の養護教諭の先生が窓口になっていただく。

(2) 保健婦さん、養護の先生、初めてコンタクトをとる医療機関で以下のことを行う。

A. 評価（チェックリストを用いて）

B. さらに集中的な援助が必要かどうかの判断

必要な子供については、専門の医療機関や臨床心理士へ紹介

C. 初期介入

ゆっくり時間をかけて話しを聞く。

安心させる。病状の説明など。

保健室などでは、数人に集まってもらって一緒に話しをしたり、絵を描いたりして気持ちを表現してもらおうといった介入。児の能力や希望があれば詩や作文で自分の気持ちをどんどん表現してもらおうといった介入。

D. 関係機関との連絡

3) 高次介入、治療

(1) 専門医療機関（小児精神科、臨床心理士など）が行う。

A. 精神医学的診断、治療

B. 適応をしっかりと考えた上での薬剤の使用

C. 個別のカウンセリングや遊戯療法、家族療法、集団療法など

D. 関係機関との連絡

2. 医療スタッフの方にやっていただきたいこと

小児科、内科あるいは被災者の診療にたずさわっておられる方には以下のことをしていただきたいと存じます。

- 1) 評価
- 2) 初期介入

1) 評価

参考資料の「チェックリスト」と質問例を参考にして、子供たちの話を聞いて記入してください。できる限り保護者からも話を聞いてあげてください。

症例要約（コンサルテーション用）の用紙にも質問例、記入例を参考にして症状を記入してください。また、症例の問題点などを整理してください。この時点で、症状の強さや状況からさらに詳しい評価が必要と考えられる子供（例えば、死にたいと言っている、不安が強く何もできない、ひきこもって話すこともできない、悲しくても泣けないなどがある子供）は最寄りの専門の機関へ紹介して下さい。

判断に困った場合、あるいは相談してみたいことがある場合は、「症例要約（コンサルテーション用）」をファックスで、小児精神医学研究会事務局までお送りください。多少のタイムラグがありますが、折り返しファックスまたはお電話で連絡いたします。または、お近くの専門医療機関に相談してください。

2) 初期介入

災害時の精神的な混乱は、集団での癒しが有効といわれており、できるだけ早期に介入することによって、後の精神的な混乱の悪化を防ぐことができます。

@基本的な姿勢としては、子供を安心させる、信頼できる関係をつくる、子供のことをわかってあげようとするという立場がよいと思います（マニュアルも参照してください）。

@次のような方法が具体的に取り組みやすいと思います。

(1) 小学校低学年、幼稚園児の場合

@4～5人で集まって、お絵かきをしたり、簡単なゲームをしたりすることでも結構です。何回か繰り返しているうちに、よくなっていく子もいます。

(2) 小学校高学年、中学生の場合

@5～8人くらいのグループで、ひとりひとりに、あるいは希望者に、震災のときの自分の体験を少しずつゆっくり話してもらい、それをみんなで聞いて、意見があればのべるということをするとうよいと思います。

@自分の感情（悲しい、恐い、頭にきたなど）を語ってくるようになれば、それも共感的に聞きあって下さい。

@聞き手の注意としては、特定の個人をばかにしたり、非難したりするような雰囲気にならないように、「みんなで聞く」といったムードを作るように配慮してあげてください。特に、被災地より転校してきた児の場合は、遠隔地であれば他児や大人が興味本位に聞いたりするとか、共感性やシンパシーが得られにくいかも知れません。よろしくご配慮下さい。

@大人にとってもがまんできかないような感情（殺してやりたい、死にたいなど）が出ても、それを頭から遮ったりはせずにそれを受け止めて、どうしてそんな気持ちになったかを明らかにしていくよう援助してください。

@必ず最後に、これから何ができるか、今どんなことをしたらよいかという希望を述べさせ、自分たちにもできることがあるということを認識させてあげてください。

@集団で行うのが困難な場合（場所などの問題で）は、個別の対応でかまいません。

@中学生以上の場合は、個別にゆっくり話しをきいてあげることや、表現が可能であれば、手紙、詩などを書いてもらい、自分の気持ちを表出することを援助してあげてください。

@保護者に現在の症状の説明と、注意点（おこらないであげる、安心させてあげるなど）を十分に伝えてください。

@フラッシュバックやパニックなどに対しての一般的な介入は詳しくはマニュアルを参考にしてください。

@介入は長期にわたることも考えられます。あせらず、ちょっとしたサインにも気をくばってあげてください。

@あなた自身が迷ったり、疲れてきた時は、遠慮しないで後方機関に相談してください。ひとりで抱えこんでしまうことはなるべく避けて、いつもだれかと相談しながら援助していく体制をつくってください。

質問例と介入のためのキーワード

1. 以下に、実際に患者さんと面接するときの質問例を示します。
評価のためのチェックリストを記入するときに参考してください。

・こんにちわ。大変でしたね。

きょうは具合はいかがですか？

いつごろから調子がわるくなりましたか？

（注・症状はできるだけ詳しく聞いて、本人のことばで記録する）

・いまはどんな気持ちですか？

（注・悲しい、恐い、いらいらするなど本人にことばにしてもらう。なかなか答えられないときは、後回しにする。）

いちばん困っていることってなに？

いちばん恐いことはなに？

いちばん悲しいことはなに？

・××ちゃんは、どんなことが好きだったの？

××ちゃんは今度の地震でなにかなくしたものある？

いまいちばんやりたいことはなに？

・いまはどんなところで暮らしているの？

（注・保護者、一緒に来た人からも聞く）

夜はよくねむれる？

まわりでけんかしたり騒いでいるひとたちがいる？

暗くて恐いところかな？

ごはんは食べているかな？

おいしく食べられるかな？

・お父さん、お母さんは元気なの？

おじいちゃんやおばあちゃんは？

きょうだいはどうしてるの？

お父さんやお母さんは××ちゃんの話聞いてくれるかな？

お父さんやお母さんはしょっちゅう口げんかしたるするかな？

恐いときや淋しいときにお父さん、お母さんは一緒にいてくれるかな？

・きょうは誰と一緒に来たの？

- ・ちょっと変なことを聞くけど、わからなかったら答えなくてもいいよ。
恐くて心配であんまりつらいから、もう死んじゃいたいって思ったりする？
地震がおきてけがしたりしたのは自分も悪いのかなと思うことある？
××ちゃんは自分が悪い子だと思うかな？
誰かが××ちゃんのこと悪い子だって人いるかな？
すごく悲しいのに涙が出ないことある？
悲しいんだかなんだか、わからないような感じかな？
もう何にもする気になれないかな？

(注・これらがある場合は重篤な精神的混乱を起こしている可能性がある)

- ・××ちゃんの気持ちについて知りたいんだけど、ゆっくり考えてゆっくりこたえてくださいね。
- ・まわりは何でもないのに、急に地震がおこっているところに自分もどってしまったような気持ちになっちゃうことはある？(フラッシュバック)
- ・目の前に地震の時の様子が浮かんで来て、自分もそこにいるような感じがすることはある？(フラッシュバック)
- ・急に心配な気持ちになっちゃって動けなくなったり、いてもたってもいられなくなっちゃうようなことはある？(パニック)
- ・いやな夢をみてびっくりしてとびおきちゃうことはある？(悪夢)
どんな夢を見たの？(悪夢)
- ・どんなときにそんなふうになっちゃうの？(誘因)
毎日そんなことがあるの？(頻度)
- ・××ちゃんはどうな遊びをしているの？(遊びの内容)
(注・子供が答えなければ、付き添ってきた人や保護者に聞く)
〈急にわけのわからないことを口走ったり、人が変わったようになることはありますか？〉
〈急に泣き叫んだり、興奮したりしますか？〉
〈地震ごっことか、火事ごっこのような遊びをすることがありますか？〉
- ・地震のときのこと覚えてる？
覚えていたらどんなふうだったかお話してくれる？(記憶)
地震のあと、もの忘れがひどくなったなあと感じることがある？
今いちばんやりたいことはどんなこと？
それとも、やりたいことなんか何にも頭に浮かばないかな？
- ・ごはん食べているかな？
おいしく食べられるかな？
〈口数が少なくなったり、ぼーっとしていることが多くなりましたか？〉
〈表情が少なくなったり、ひっこみ思案になりますか？〉
〈まとわりついて離れなかったり、赤ちゃん返りはありますか？〉
- ・よく眠れるかな？
すぐに目がさめちゃうかな？(中途覚醒)
ゆっくり寝ていられないかな？(熟眠感)
それはどうして？
〈必要以上になにかにおびえているような様子はありませんか？〉

〈そわそわして落ち着きがなくなりましたか？〉

〈ちょっとしたことにびっくりしやすくなったり、過剰に反応することがありますか？〉

〈すぐかっとなったり、かんしゃくをおこしたりしますか？〉

からだのぐあいはどう？

どこか痛いところはある？

(注・ゆっくりやさしく診察する)

- ・××ちゃんは地震のあと、じっくり考えるのがむずかしくなった感じがすることがある？

(精神的混乱)

〈亡くなった人のいないところで食事しないなど、亡くなった人があたかも生きているようにふるまうようなことはありますか？〉

〈誰かの声を聞いて、それにしがっているような様子がありますか？〉

- ・××ちゃんは、すごく悲しいのに涙がでないことがある？(感情の切り離し)

それとも悲しいんだか、恐いんだかよくわからないような気分かな？

〈何をみても表情が変わらないというような状態はありますか？〉

〈悲しいときにも泣くことができないようなところがありますか？〉

- ・何もやる気がでないかな？(無力感)

- ・何にもうまくいかないような気がする？(ひきこもり)

〈身動きしないでじっとしていたり、何もやる気がおきないようですか？〉

- ・××ちゃんは自分が悪い子だと思う？(罪悪感)

地震で〇〇ちゃんがけがしたのは、自分のせいだなんて思っちゃうことがあるかな？

(罪悪感)

- ・あんまりつらいから、いなくなっちゃいたい、なんて考えたことはある？

死んじゃおうとおもったことは？

- ・いらいらしてじっとしてられないかな？(いらだち)

〈自分のからだを傷つけたりすることはありますか？〉

〈いらいらして誰かに乱暴したりしますか？〉

- ・いつもひとりぼっちのような気分かな？(孤独感)

お友達がみんないなくなってしまったような気がする？(孤独感)

- ・いっぱいお話ししてくれてありがとう。

他にになにかお話ししたいことはない？どんなことでもいいよ。

〈 〉印は、付き添ってきた人や保護者への質問用です。

@全体的な印象から、専門機関に紹介するかどうかを判定してください。

紹介するために特に注意するポイントは、

#精神的に混乱していて、日常生活に支障がある。

#死にたいなどという気持ちが強く、自傷行為がある。

#悲しみに圧倒されていて、ひきこもりが強い。

#家族または保護者も混乱していて子供のめんどうがみきれない。

#しばらく様子を見ても状態が変わらない、またはどんどん悪化する。

このような場合は医療機関、専門機関に紹介してください。

2. 介入、援助のためのキーワード

@なによりもまず「安心」できる雰囲気。

@しっかりと子供と向き合う。

@子供の気持ちを理解してあげようと努力する。

@本人、家族の話をじっくりと聞く。

@子供、家族、サポートシステムについての情報を集める。

@親の精神状態にも配慮する。

@親を責めない。おこらない。あわてない。

@スキンシップも十分に（親にも指導）。

@感情を表出してもらうように努める。

@一人にしない（子供が一人でいたら声かけて）。

@「もう大丈夫」「心配ない」「何があっても必ず守ってあげる」「恥しくない」「悪いのはあなたではない」これらは、何回言っても有害ではない。

@できることを一緒に考え、協力する。

評価のためのチェックリスト（医師用）

名前、性別	男、女
生年月日、年齢	昭和、平成 年 月 日 歳
住所、連絡先電話	

症状：

気分：

困っていること：

怖いこと：

悲しいこと：

なくしてしまったもの：

やりたいこと：

居住地の状況：良好、劣悪

家族の状況：

一緒にいる人：

死んでしまいたい： はい、 いいえ

悪いのは全部自分のせい： はい、 いいえ

悲しいのに涙が出ない： はい、 いいえ

なにもする気になれない： はい、 いいえ

全体としての印象： A. 非常に混乱している

B. 混乱しているが、何とかやられている

C. 混乱していない

その他気になる点：

症例要約（コンサルテーション用）

症例イニシャル、年齢、性	歳（男、女）
フラッシュバック	なし、ときどき、しばしば、毎日
パニック	なし、ときどき、しばしば、毎日
悪夢	なし、ときどき、しばしば、毎日
奇妙な遊び	なし、ときどき、しばしば、毎日
健忘、記憶力低下	なし、軽度、中等度、著明
退行（赤ちゃんがえり）	なし、軽度、中等度、著明
ひきこもり	なし、軽度、中等度、著明
不眠	なし、ときどき、しばしば、毎日
多動、集中困難	なし、ときどき、しばしば、毎日
いらいら、焦燥	なし、ときどき、しばしば、毎日
易刺激性、かんしゃく	なし、ときどき、しばしば、毎日
過度の驚愕反応	なし、ときどき、しばしば、毎日
精神的混乱	なし、軽度、中等度、著明
喪失の否定	なし、軽度、中等度、著明
感情の切り離し	なし、軽度、中等度、著明
無力感	なし、軽度、中等度、著明
罪悪感	なし、軽度、中等度、著明
怒り、いらだち、暴力	なし、軽度、中等度、著明
孤独感	なし、軽度、中等度、著明
希死	なし、軽度、中等度、著明
身体症状	なし、軽度、中等度、著明

問題点：

担当医連絡先（施設名）	
電話番号	
ファックス番号	

症例イニシャル、年齢、性	H・S	; 10歳（男、女）
フラッシュバック	なし、 <u>ときどき</u> 、しばしば、毎日	
パニック	なし、ときどき、 <u>しばしば</u> 、毎日	
悪夢	なし、ときどき、しばしば、 <u>毎日</u>	
奇妙な遊び	なし、ときどき、 <u>しばしば</u> 、毎日	
健忘、記憶力低下	<u>なし</u> 、軽度、中等度、著明	
退行（赤ちゃんがえり）	なし、 <u>軽度</u> 、中等度、著明	
ひきこもり	なし、 <u>軽度</u> 、中等度、著明	
不眠	なし、ときどき、しばしば、 <u>毎日</u>	
多動、集中困難	なし、 <u>ときどき</u> 、しばしば、毎日	
いらいら、焦燥	なし、 <u>ときどき</u> 、しばしば、毎日	
易刺激性、かんしゃく	なし、ときどき、 <u>しばしば</u> 、毎日	
過度の驚愕反応	なし、ときどき、しばしば、 <u>毎日</u>	
精神的混乱	なし、軽度、 <u>中等度</u> 、著明	
喪失の否定	<u>なし</u> 、軽度、中等度、著明	
感情の切り離し	<u>なし</u> 、軽度、中等度、著明	
無力感	なし、軽度、 <u>中等度</u> 、著明	
罪悪感	なし、軽度、 <u>中等度</u> 、著明	
怒り、いらだち、暴力	なし、軽度、 <u>中等度</u> 、著明	
孤独感	なし、軽度、 <u>中等度</u> 、著明	
希死	なし、軽度、中等度、 <u>著明</u>	
身体症状	<u>なし</u> 、軽度、中等度、著明	

- 問題点：# 1. 精神的混乱が非常につよい（パニック、不眠も）
 # 2. 両親生存しているが、両親とも混乱している。
 # 3. 希死念慮がある。
 # 4. 親類宅（遠隔地××県）に疎開する予定。

担当医連絡先（施設名）	××村診療所（塩川）
電話番号	02477-75-2003
ファックス番号	02477-75-2810

◎目次

1. はじめに
2. 精神的な外傷体験・対象喪失体験への援助のイメージ
3. 精神的な外傷をどのようにとらえるか
4. 面接の具体的方法
 - (1) 感情の表出・言語化
 - (2) 具体的な面接の進め方の一例
 - (3) 対象喪失への対応
5. さいごに

1. はじめに

災害地に復興が必要であるように、災害にあった心にも復興が必要である。災害の復興が被害状況を正確に把握することから始まるように、心の復興も心の災害の状況を把握することから始まる。災害を受けた人は、まだ自分の心がどれほど災害を受けたかを知らない。当面の問題に精一杯の時、心の災害は一時棚上げされてしまう。それは時間が経つにつれて次第に姿を現してくる。受けた災害の大きさの予感が不安となり、心の災害の状況を把握することを尻込みさせてしまうこともある。しかし、災害地を整地せずそのままにしておくと、心の中にいつまでも不安定な地盤が残り、災害の傷が癒えない。その後長い間、心身に現れる症状に苦しむことになる。

災害地の復興が多くの人手を必要とするように、心の災害の復興にも手助けが必要である。家族や知人に恵まれてその人間関係に守られている人は、心の災害の復旧に多くの支援を得ることが出来る。しかし、家族を失った人や、知人の少ない人、自己表現が苦手な人、上手に言語化できない幼児・児童・老人などには、心の復旧のための人間関係が提供される必要がある。

2. 精神的な外傷体験・対象喪失体験への援助のイメージ

安心できる相談相手となり、自由に感情を表現できる雰囲気とその場で作り、被災者の様々な感情の受け皿となる。聞き手に守られていると感じることができれば、外傷的な体験をその場で再現し、それを昇華することが可能になる。

それは、凍りついた感情が暖かさによって次第に融かされることでもあるし、口に押し込まれたが飲み込めない感情を飲み込めるように噛み砕き、お腹に入れて、最後に吸収できるようになることでもある。

3. 精神的外傷をどのようにとらえるか

感情を整理していくためには、感情を思い出さねばならない。まずその体験を意識に上がらせて、その上でその体験の意味を知り、意味を納得して受け入れることが必要である。しかし、体験を受け入れる作業は苦痛・恐怖を再体験することでもある。

喪失や災害の体験は、個人にとって非常に重大な体験であり、常に心の中の大きな場所を占めている。個人は、その人の意志とは無関係に、常に体験の大きさを意識し続けている。しかし一方では、それに触れることを躊躇する気持ちも強い。それは、その外傷的体験に触れても、それを整理することが出来るかどうか分からないという理由にも拠る。不安や恐怖などの体験を思い出すことによって、自分が苦しんだり、傷つくことを恐れる気持ちも働くだろう。闇雲に、外傷的体験を反復して思い出すだけでは、確かに外傷の程度をより深くする恐れがある。このように、外傷的体験に触れまいとする気持ちの動きには、本能的な自衛のメカニズムが働いているからである。

感情を凍結し、当面はあまり触れないようにする。この防衛の仕組みは一時的には有効に機能して、個人を守ってくれるだろう。しかし、体験を自己から引き離して自分を守る心の働きは、精神の緊張によって維持されるものであり、それが長期に及ぶと色々な弊害が生じてくる。

自分の中にある強い感情を抱えながら、それを無視し続けることは出来ない。自分の心の中の主要な感情を切り離すことは、自分の一部を失うことをも意味するのであり、自分が統一して機能する力が失われてしまう。その結果、無気力・無感動を生じることになる。また、切り離されたつらい感情は、それ自体が消滅したわけではないので、身体や精神に様々な悪影響を及ぼしてくる。突然襲う不安、身体的不調などである。

従って、統合から一時的に切り離された感情はやがて整理され、自己に統合されなければならないし、誰もがその作業に取りかかる必要がある。

4. 面接の具体的方法

(1) 感情の表出・言語化

感情を表出し、言語化することによって、つらい体験が次第に整理され、自分で受け入れられる体験へと変えられていく。

感情を表現するためには、聞いてくれる相手が必要である。感情の表出は人間関係の中で行なわれる。自分がどのような感情を表現しても非難されない、という保障があるときにはじめて、自由な感情の表出が可能となる。

相談者がその場で精神的に傷つかない、守られていると感じることが出来るような対応をすることが必要である。相談者が感情の表出を強いられたり、また聞き手から何らかの意見を押しつけられたりしないようにしなければならない。すなわち、安心感のある雰囲気によって感情が自然にあふれ出るときに初めて治療的な意義がある。

(2) 具体的な面接の進め方の一例

- ★導入は、日常的、具体的な話から始める。睡眠、食事など誰にでも共通し、重要であり、しかも問題の核心から遠いところから話を始める。
- ★日常生活の話が一段落したら、次に、災害の体験の具体的な話に入る。本人の話を時間軸に沿って、具体的に聞いていく。場所、時間、行動の焦点を合わせながら話を進める。無理に誘導するのではなく、本人の気持ちの流れに沿っていく。話が途切れたら「それからどうしました」などの、先を促す質問をする。
- ★最初から同情的なコメントをはさみ過ぎるのは逆効果になる。本人の体験の個別性を無視することになるからであり、本人は十分に理解されたと感じる事が出来ない。また、同情の言葉で話の流れが終結してしまう事がある。本人が十分に語り終わるまでは、むしろ中立的な態度を保つ必要がある。「そうですか」「たいへんでしたね」など相槌を淡々と述べるほうが良い。
- ★ポイントは同情心を表明することではなく、本人の体験の真の姿をその場で再現することである。従って、本人が何をどのように感じたのかという点に焦点を当て、それを聞き手の心の中で再現することに集中する。本人の体験の姿が明らかになれば、それは聞き手側にも必ず手応えがある。
- ★本人の体験が理解できたときに、聞き手の心の中に伝わったものを、本人に返してあげることが大切である。体験の真相が他者と共有されることによって、体験が対象化され、本人は体験を整理可能な距離に置くことができる。
- ★話が核心に迫ったと聞き手が感じたら、「そのときどう思いましたか」「大変だったでしょう」「今どんな気持ちですか」など、本人の感情の表出を誘う言葉をかけてみる。そこで抵抗が強い場合には、無理に先へ進まないで、再び具体的な話に戻る。
- ★一度で精神的な外傷の問題が解決することはなく、何度も繰り返して接触していくうちに、次第に心の整理が行なわれる。本人の気持ちの動きに添って話を進める、決して急がせてはならない。

(3) 対象喪失への対応

家族や、その他自分にとって重要な人物を亡くすことは、最も大きな精神的外傷となる。それは自分の一部が失われた感覚をもたらす。相談したり、頼ったり、一緒に物事を体験する相手を失ったことから孤独感に襲われる。

このような状況で、自分から新しい人間関係を獲得していく事は出来ない。従って、情緒的な交流を持つことから出来る人間関係の欠乏が生じている。この当面の問題に対処が必要である。周囲から日常的な接触や励ましが提供されることが望ましい。周囲の援助が乏しい、あるいは得られない状況にいる人にはカウンセリングが必要である。

対象喪失も大きくは外傷体験に含まれ、外傷体験の問題と重なるが、さらに特有の困難な課題が含まれている。すなわち、親しかった人を失ったことから生じる固有の問題である。

喪失体験は失った相手に対する様々な感情を呼び起こすため、それらの感情をいかにして整理

するかという問題に直面する。それは生き残った自分と、亡くなった相手との問題である。亡くなった相手との間での信頼関係や、楽しい思い出などのポジティブなイメージがあれば、喪失を受け入れる支えになる。主要な感情である悲しみに加えて、後ろめたさ、相手に対する罪悪感、あるいは見捨てられた怒りなど、複雑な感情が生じてくる。過去に相手との間にあった葛藤を解決する機会が失われたという事実も、残されたものには大きな負担となるだろう。こうした葛藤の解決も必要である。

対象喪失にまつわる様々な感情も、やはり聞き手との間で共有され、対象化されることによって、次第に処理される。聞き手は、安心感のある受容的雰囲気を持しながら、感情の表出の受け皿となる関係を形成することに努める。亡くなった家族との問題はデリケートな問題であり、相手の感情の動きに注意し、細かい配慮をしながら、必要なときには問題の核心に踏み込んでいく率直さも要求される。

5. さいごに

我々が行なう援助は、相手に必要な人間関係の場を提供することである。精神的な外傷や対象喪失の問題は個別的であり、そのダメージの程度、回復力は人さまざまである。従って援助の過程ならびに結果に対して一定の目標を定めて、そこへ到達することを急ぐことは良くない。十分な結果が得られなくても、援助者が心のゆとりを失わないことが最も重要である。我々がすべきこと、また我々にできることは、自然の回復力を援助することにある。

I. はじめに

心的外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder, 以下PTSD) は、1980年に米国精神医学会¹⁾が作成したDSM-III 診断基準に初めて登場した疾病概念である。発症頻度は比較的高く、近年の疫学調査では⁴⁾人口の1~9%が人生に少なくとも1回は経験するとされている。PTSDは言うまでもなく、著しい心理的外傷体験の後に起こるものであり、その意味ではあくまでも心因性、反応性の障害である。しかし近年の研究によれば、PTSDは重度の場合、持続的な睡眠覚醒リズムの障害、抑うつ、ヒステリー、幻覚、などの精神症状、内分泌系の異常、様々な自律神経症状などを伴う中枢神経系の機能異常を示すことが知られている¹³⁾。またPTSDはしばしば遷延化して慢性の経過をたどり、数ヶ月~数年以上寛解せず、時には不可逆性のこともあり得る。更に、近年はうつ病との遺伝的関連性も指摘されている。

PTSDの治療法の主体はあくまでも、精神療法、集団精神療法、行動療法などの心理療法的なアプローチであるが、上記のような理由で近年はこれらの治療とともに薬物療法が併用されて効果が認められている。本稿では、PTSDにおける薬物療法の病態生理学的意義、医師の基本的な心構え、薬物の選択と使用方法、実際の症例などについて紹介する。

II. 薬物療法の病態生理学的意義

動物実験や臨床的研究の結果から、²²⁾ PTSDにおいては、中枢神経系のアドレナリン作動性ニューロンと交感神経系の過活動 (いわゆる過覚醒hyperarousalの状態) と大脳辺縁系の過活動が生じているとされている。PTSDの患者が示す睡眠障害、易刺激性・易興奮性、注意 (作業) 集中困難、過度の驚がく反応などはそのためであろう。Van der Kolkら²⁵⁾、Weiss²⁶⁾らは、動物モデルを用いた研究から、PTSDにおいては、ノルアドレナリンの代謝亢進に伴って、血漿カテコラミン濃度とその代謝産物であるMHPG濃度が上昇していることを見出している。またKostenら^{17, 18)}は、PTSDの患者において、尿中カテコラミンの排泄が高値を示すことを報告している。これらの生物学的背景を根拠として、近年はPTSDにおいて、脳内のアドレナリン作動系ニューロンと交感神経系を抑制する薬物などが用いられている。

近年、PTSDとうつ病との関連性も指摘されている。即ち、Davidsonらの家族研究によれば⁶⁾、PTSD患者の第1親等の血縁者の20%にうつ病が認められたという。同じ研究でPTSDの患者自身の41%が単極性うつ病の既往を有し、入院患者の72%、外来患者の84%が、何らかのうつ病もしくは広義のうつ状態の既往を有していた。このような理由から、近年はPTSDにおいて、抗うつ薬が積極的に用いられ、その有効性が認められている。

Ⅲ. 医師の基本的心構え

PTSDにおける薬物療法について述べる前に、まず小児精神科領域の薬物療法の基本的心構えについて説明する。これについては、Whiteが次の14項目を挙げているが、ここでは著者の臨床経験を加えながら述べる。

- ① 薬物が使用される場合は、小児に明確な障害をもたらしている特定の標的症状（例えば、不眠、興奮、幻覚など）を同定し得るときであり、また環境調整や心理療法を行っても比較的短期間には奏効しない場合である。
- ② 標的症状を見定め、それに最も反応しやすく、かつ最も副作用が少ない薬物を選択すべきである。そのためには医師自身が、精神薬理学全般について深い知識と豊富な経験を持たなければならない。
- ③ 治療の対象となる子どもとその両親との間に十分なラポール（疎通性、気持ちが通じ合う関係）と信頼関係を築かなければならない。このラポールと信頼関係があるか、ないかによって薬物の効果も大きく異なってくる。なお場合によっては、その子どもが通学している学校の教師、施設の指導員、保母などと子どもとのラポールも必要であろう。
- ④ 薬物療法の必要性とその意義、また服用の方法などについて患児に、できる限り優しい態度で簡単にわかりやすく説明する。
- ⑤ 同じ説明を子どもの両親にもすべきである。またこの際、可能ならば、薬物療法に関して文書による同意をとることが望ましい。もしできなければ、口頭で同意を得てカルテに記載しておく。
- ⑥ 子どもとその両親に、通常起こり得る副作用と、そのときの対応等について説明しておくべきであるが、あまり強調し過ぎると不安を強めることになるので注意すべきである。同様に学校の教師、施設の指導員、保母などにも説明しておいた方がよい。
- ⑦ 「初回用量は少ないが、増量することもあり得ること、また治療効果が出るまでにはある程度の時間がかかり、初回の投与ですぐに症状の改善が得られなくともその薬が無効というわけではないこと」を親に説明しておく。両親はとかく効果の有無についての判断を早急にしがちであり、このため治療の中断もあり得るので十分に説明すべきである。
- ⑧ 薬は少量から使い始め、その小児に固有な反応や副作用の出現などを観察しながら用量の調整をはかってゆくべきである。漸増法をとる場合、時に両親は状態が悪化したので増量したと誤解するので、あらかじめの説明など、注意が必要である。
- ⑨ 治療初期においては、両親及び教師の双方からの報告を受けながら、可能ならば客観的な評価尺度（例えばCDI小児うつ病評価尺度など）と照合しながら毎週診察すべきである。
- ⑩ 薬物療法と並行して、心理療法、家族療法、教育・訓練など、子どもの治療にとって必要と考えられるものは積極的に行うべきである。
- ⑪ ある程度症状が改善すれば休薬期間、つまり服薬を中止する期間を計画的に設定し、持続投与の必要性の有無を検討すべきである。勿論この意義については両親に十分説明しなければならない。

- ⑫ 小児への投薬期間は、できるだけ短期間にして改善をもたらした時点までとする。止む得ず投薬が長期になる場合には、小児の成長や発達、内分泌機能に及ぼす影響などがないかどうかを常に考慮すべきである。
- ⑬ 副作用や中毒症状をチェックするため、一定の期間ごとに適切な臨床検査を行うべきである。この際、患児の血液や尿を採取するので、検査の必要性について十分に家族に説明しておくべきである。
- ⑭ 医師は、自分が使用する薬物について、その薬理学的特性を熟知しておくべきである。薬物のもつ様々な作用や副作用、またその作用機序を十分に理解していれば、好ましくない副作用が出現した場合に迅速な処置をとることができる。

IV. 薬物療法の実際

小児のPTSDにおいて現在のところ最も頻繁に用いられ、しかも効果が認められている薬剤は三環系抗うつ薬を中心とする抗うつ薬である。従って通常これが第1選択薬になるであろう。次に頻用されている薬剤はベンゾジアゼピン誘導体を中心とする抗不安薬（穏和精神安定剤）である。これは抗うつ薬と併用しても用いられる。これらの薬物の効果がなかったり副作用が出現した場合、もしくは著しい不穏・興奮、幻覚症状を示している場合などには、ブチロフェノン系やフェノチアジン系などの抗精神病薬（強力精神安定剤）の少量療法が用いられる。その他、カルバマゼピン、バルプロン酸、炭酸リチウムなども用いられて、ケースによっては効果が認められている。以下にこれらの薬剤の選択の基準、使用方法、副作用、使用上の注意点などについて説明する。

1. 抗うつ薬

三環系抗うつ薬を中心とする抗うつ薬がPTSDの治療に用いられ、67～82%の症例に有効であることが認められている^{2, 4, 8, 10, 24)}。特に睡眠障害（入眠困難、中途覚醒、悪夢など）、抑うつ気分、無気力、意欲減退、自殺念慮、食欲不振、自律神経症状などのうつ状態の症状がみられる場合、抗うつ薬が第1選択薬となる。アミトリプチリン（トリプタノール）^{5, 7)}、イミプラミン（トフラニール）¹²⁾、デシプラミン（パートフラン）¹⁰⁾などの三環系抗うつ薬が主に用いられている。

① 使用方法

アミトリプチリン（トリプタノール）^{5, 7)}の場合、幼児は1日量10～25mg錠を1日1回ずつ、学童は1日量25～50mgを1日1～2回にわけて経口投与する。イミプラミン（トフラニール）¹²⁾の場合も同様である。デシプラミン（パートフラン）¹⁰⁾の場合、幼児は1日量25mgを1日1回ずつ、学童は1日量50～75mgを1日2回～3回に分けて経口投与する。

② 副作用

上記の量では副作用は少ないが、いずれの場合も口渇、便秘などの抗コリン作用、頻脈、動悸、起立性低血圧などの循環器系症状、パーキンソン症状、振戦などの運動機能障害、肝機能障害などが稀に出現することがある。

③ 使用上の注意点

心不全、てんかん等の痙れん性疾患、重篤な肝・腎機能障害、低血圧、大量服薬による自殺企図の恐れのある患者では、これらの三環系抗うつ薬は慎重に投与しなければならない。

2. 抗不安薬（穏和精神安定剤）

アルプラゾラム（ソラナックス、コンスタン）²⁰⁾、クロナゼパム（リボトリール、ランドセン）²¹⁾などのベンゾジアゼピン誘導体を中心とする抗不安薬がPTSDの治療に用いられ、有効性が認められている。これらは、抗不安作用と抗うつ作用を併せもつ薬剤であるが、単独で、もしくは抗うつ薬と併用して用いられている。睡眠障害、抑うつ気分、不安焦躁感、自殺念慮などの症状に対して奏効する。

① 使用方法

アルプラゾラム（ソラナックス、コンスタン）³⁾の場合 幼児は1日量0.4mgを1日1回ずつ、学童は1日量0.4～0.8mgを1日1～2回に分けて経口投与する。クロナゼパム（リボトリール、ランドセン）の場合^{21, 23)}、1日体重1kgあたり0.025mgを1～3回にわけて経口投与する。以後、症状に応じて至適効果が得られるまで徐々に増量する。維持量は1日体重1kgあたり0.1mgを1～3回に分けて経口投与する。

② 副作用

上記の量では副作用は少ないが、いずれの場合も、眠気、ふらつき、めまいなどの精神神経系の症状、流涎、食欲不振、悪心、嘔吐などの消化器系の症状、肝機能障害、白血球減少、貧血などの血液障害などが、稀に出現することがある。

3. 抗精神病薬（強力精神安定剤）

頑固な睡眠障害、易刺激性・易興奮性、ヒステリー症状、せん妄、幻覚などが認められ、抗うつ薬、抗不安薬などを投与しても効果がない場合、少量の抗精神病薬を投与すると有効なことがある。主として、チオリダジン（メレルル）⁹⁾などのフェノチアジン誘導体と、ハロペリドール（セレネース）などのブチロフェノン誘導体が用いられる。

① 使用方法

チオリダジン（メレルル）⁹⁾の場合、幼児は1日量10～20mgを1日1～2回に分けて、学童

は1日20～50mgを1日1～2回に分けて経口投与する。10mg、25mg、50mgの錠剤または細粒を用いる。ハロペリドール（セレネース）の場合、幼児は1日量0.5～1mgを1～2回に分けて、学童は1日量0.75～3mgを1日1～2回に分けて経口投与する。

② 副作用

上記の量では副作用は少ないが、いずれの場合も、パーキンソン症状などの錐体外路症状、眠気、ふらつきなどの精神神経系の症状、腸管麻痺（悪心、嘔吐、便秘、腹部膨満）などの消化器系の症状、白血球減少、顆粒球減少などの血液障害、血圧低下などの循環器系症状、肝機能障害などが軽度ながら、稀に出現することがある。

4. その他の向精神薬

上記の薬剤の他、カルバマゼピン（テグレトール）¹⁴⁾、炭酸リチウム（リーマス）¹⁶⁾、バルプロ酸（デパケン）¹¹⁾なども¹⁵⁾、PTSDの治療に試みられて、有効性が認められている。抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬などが無効の場合、これらの薬剤を投与してみる価値がある。特にカルバマゼピン、炭酸リチウムはうつ状態、またはうつ状態と躁状態を短期間のうちに繰り返す、いわゆるRapid cyclerに有効なことが確認されている。また、カルバマゼピンとバルプロン酸は小児てんかんにも有効であるので、これらの素因を有する患者や脳波異常を有する患者には推奨できる。

① 使用方法

カルバマゼピン（テグレトール）の場合¹⁴⁾、幼児は通常1日50～100mg、学童は1日100～300mgを1日2～3回にわけて経口投与する。バルプロ酸（デパケン）の場合^{11)・14)}、幼児は1日100～300mg、学童は1日300～600mgを1日2～3回に分けて経口投与する。炭酸リチウム（リーマス）の場合、幼児は1日50～150mgを1日2～3回に分けて経口投与する。

② 副作用と使用上の注意点

上記の量では副作用は少ないが、カルバマゼピンの場合、眠気、めまい、注意集中困難などの精神神経系の症状、肝機能障害、顆粒球減少、白血球減少などの血液障害、皮膚・粘膜・眼症候群などが稀にみられる。バルプロ酸の場合、傾眠、運動失調、めまいなどの精神神経症状、悪心・嘔吐などの消化器系症状、貧血、顆粒球減少などの血液障害、肝機能障害、間質性腎炎などの腎障害を起こすことがある。炭酸リチウムの場合、特に過量投与によるリチウム中毒に注意しなければならない。その初発症状としては、吐き気、嘔吐、下痢、食欲不振、振戦、運動失調、脱力、めまいなどがみられ、それが進行すると、頭痛、耳鳴、眼振、せん妄、意識障害、痙れん発作、血圧低下などの症状が出現する。

V. 症 例

〔症 例〕 A子 5歳 女児

〔診 断〕 火傷、心的外傷後ストレス障害

〔家族暦〕 父、母、A子と2歳の妹の4人家族。父は会社員、母は専業主婦。母親は結婚前（18歳頃）からうつ病のため精神病院への入退院を繰り返していた。A子の出生時、乳幼児期の頃は母親の症状は一時安定していたが、A子の妹が生まれてから再び病状が不安定となった。母親の入院中、A子と妹は昼は保育所にあずけられ、夜は父親が面倒みていた。

〔既往歴〕 周産期の異常は特になく、出生後も身体的、精神的発達は順調であった。

〔現病歴〕 母親は平成5年秋頃より精神病院に入院していたが、平成6年2月、「病院で皆に殺されてしまう。退院させてくれ。」という被害念慮を家族に執拗に訴えたため、家族は周囲の反対を押し切って母親を無理に退院させて自宅においた。その後も母親は「誰も自分のことをかまってくれない。自分は皆から嫌われている。死にたい。」ともらしていた。同年3月7日の深夜、母親は自宅に灯油をまいて火をつけ、焼身自殺を図った。母親は火だるまになりながらもA子を強く抱きしめて燃えさかる火の中にいたが、父親は自分も火傷しながらも、A子を母親の手から引き離して助け出した。母親は即死。3月7日早朝、熱傷を負った父親、A子と妹は当院麻酔科に搬送された。A子はICUに2週間入院して、身体的には回復し、全身状態は良好であったが、3月20日、一般病室に移った頃より、夜になると「こわい、黒い服を着た人が鉄砲を持ってお母さんを殺しに来る。アンパンマンに殺される。タンスがこわい」と言いながら泣きわめき、不穏興奮状態、幻覚症状を伴うせん妄状態を示して、夜間ほとんど眠らなくなった。父親が抱きしめてあげると一時はおさまるが、すぐにまた興奮して暴れてしまう。安静を保てず、身体的処置もできないため、3月25日当科外来に紹介された。主治医は、A子に支持的、受容的態度で接し、父親と看護者に病室内でのA子への接し方を指導するとともに、幻覚、せん妄、睡眠障害、不穏・興奮状態を改善するため、セレネース（1mg、3分服）、アキネトン（抗パーキンソン剤、1mg、3分服）、メレルル（10mg、就寝前）を経口投与した。その結果4月半ばには精神状態も安定し、夜も熟睡できて、幻覚、不穏・興奮もなくなったため、投薬を中止した。その後同室に年下の子どもが入院してきたが、明るく一緒に遊べるようになった。平成6年9月には火傷も全快したため退院となった。A子には母親の死はまだ知らせていない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association (APA): Diagnostical and statistical manual of mental disorder (IIIrd Ed) Washington, D.C. 1987.
- 2) Blake, D. J.: Treatment of acute posttraumatic stress disorder with tricyclic

- antidepressants. *South Med. J.*, 79: 201-204, 1986.
- 3) Braun, P. Greenberg, D. Dasberg, H, et al: Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *J. Clin. Psychiatry*, 51: 236-238, 1990.
 - 4) Davidson, J: Drug therapy of post-traumatic stress disorder. *Br. J. Psychiatry*, 160: 309-314, 1992.
 - 5) Davidson, J. Kudler, H. Smith, R, et al: Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47: 259-266, 1990.
 - 6) Davidson, J. Swartz, M. Storck, M, et al: A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 142: 90-93, 1985.
 - 7) Davidson, J. R. Kudler, H. S. Saunders, W. B, et al: Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*, 150: 1024-1029, 1993.
 - 8) Davidson, J. R. and Nemeroff, C. B.: Pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder; historical and clinical considerations and future directions. *Psychopharmacol. Bull.*, 25: 422-425, 1989.
 - 9) Dillard, M. L. Bendfeldt, F. and Jernigon, P.: Use of thioridazine in post-traumatic stress disorder. *South Med. J.*, 86; 1276-1278, 1993.
 - 10) Falcon, S. Ryan, C. Chamberlain, K, et al: Tricyclics: possible treatment for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 46: 385-388, 1985.
 - 11) Fesler, F. A.: Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder *J. Clin. Psychiatry* 52: 361-364, 1991.
 - 12) Frank, J. B. Kosten, T. R. Gilk, E. L. et al.: A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*, 145: 1289-1291, 1988.
 - 13) Friedman, M. J.: Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder, an interim report. *Am. J. Psychiatry*, 145: 281-285, 1988.
 - 14) Keck, P. E. McElroy, SL. and Friedman, L. M.: Valproate and carbamazepine in the treatment of panic and posttraumatic stress disorders, withdrawal states and behavioral dyscontrol syndromes. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 12: 36-41, 1992.
 - 15) Kinzie, J. D. and Leung, P.: Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 177: 546-550, 1989.
 - 16) Kitchner, I and Greenstein, R: Low dose lithium carbonate in the treatment of post traumatic stress disorder; brief communication. *Mil. Med.* 150: 378-381, 1985.
 - 17) Kosten, T. R. Frank, J. B. Dan, E et al: Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 179: 366-370, 1991.

epinephrine elevations in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 12: 13-20, 1987.

- 19) Reist, C. Kauffman, C. D. Haier R. J. et al: A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*, 146: 513-516, 1989.
- 20) Risse, S. C. Whitters, A. Burke, J. et al: Severe withdrawal symptoms after discontinuation of alprazolam in eight patients with combat-induced post-traumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 51: 206-209, 1990.
- 21) Shaler, A. Y. and Rogel-Fuchs, Y.: Auditory startle reflex in post-traumatic stress disorder patients treated with clonazepam. *Isr. J. Psychiatry Relat Sci.* 29: 1-6, 1992.
- 22) Silver, J. M. Sandberg, D. P. and Hales, R. E.: New approaches in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder *J. Clin. Psychiatry*, 51: 33-38, 1990.
- 23) Sutherland, S. M. and Davidson, J. R: Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Pediatr. Clin. North Am.*, 17: 409-423, 1994.
- 24) Van des Kolk, B. A.: The drug treatment of posttraumatic stress disorder. *J. Affect. Disord.*, 13: 203-213, 1987.
- 25) Van der Kolk, B. A. Greenberg, M. Boyd, H. et al: Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Towards a psychobiology of posttraumatic stress. *Biol. Psychiatry*, 20: 314-325, 1985.
- 26) Weiss, J. M. Glazer, H. I. Pohorecky, L. A. et al.: Effects of chronic exposure to stressors on subsequent avoidance escape behavior and on brain norepinephrine. *Psychosom. Med.*, 37: 522-524, 1975.

8. 付録：PTSDの診断基準（DSM-IV・ICD-10からの引用）

最近用いられている診断基準を参考の為、紹介いたします。これは、DSM-IV（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：APA（The American Psychiatric Association））編からの引用を当研究会で訳したものです。

309.81 心的外傷後ストレス障害の診断基準（DSM-IV）

A. その人は、以下の2つの状況をみだす心的外傷となるできごとを経験している。

- (1) その人は、次のようなできごとを経験したか、目撃もしくは直面した。できごととは、現実的な死もしくは死に直結したできごと、または重大なけが、または個人や他の人の身体的な保全をおびやかす危険性のあるできごとなどである。
- (2) 人に激しい不安や無力感、恐怖などの反応をひきおこすできごと。

注：小児においては、そのできごとに対する反応のしかたは、混乱した（disorganized）、または興奮した（agitated）行動によって表現される。

B. 心的外傷となったできごとは、以下のうち1つまたはそれ以上の様式によって持続的に再体験される。

- (1) くりかえして、意識に侵入してくる（intrusive）、苦痛な、できごとの想起で、それはそのできごとのイメージや思考、知覚を想起することを含む。

注：幼い子供においては、そのできごとのテーマやひとつの面が表現されているような遊びをくりかえすことがみられる。

- (2) そのできごとについての苦痛で、くりかえして見る夢。

注：子供においては、はっきりとした内容のないおびえるような夢の場合もある。

- (3) その外傷的なできごとが、あたかも再びおこっているかのように行動したり感じること。（それは、そのできごとを再びなまなましく体験しているような感覚や、錯覚、幻覚、解離的なフラッシュバックのエピソードを含む。またそれらは、覚醒しているときもしくは中毒状態のときにおこるものを含んでいる。）

注：幼い子供においては、外傷的なできごとが特異的なごっこあそび、再演（reenactment）がみられることがある。

- (4) 外傷的なできごとを象徴するような、あるいはそのできごとのある面に似ているような外界（external）もしくは内面（internal）のできごと遭遇することをきっかけとしておこる、激しい心理的苦痛。

- (5) 外傷的なできごとを象徴するような、あるいはそのできごとのある面に似ているような外界もしくは内面のできごと遭遇することをきっかけとしておこる、生理的な反応。

C. そのできごとと関連した刺激を、持続的に避けようとする事、またはその刺激に対して反応が鈍ること（これらは、外傷以前にはみられなかったもの）。これらは、以下の3つまたはそれ以上の項目によって示される。

- (1) そのできごとに関連する思考や感覚、会話などを避けようとする事。
- (2) そのできごとを思いださせるような行動や場所、人などを避けようとする事。
- (3) そのできごとの大切な面を思い出すことができない。
- (4) 特定の活動に対する興味や、活動へのやる気(participation)の著明な低下。
- (5) 他の人から分離(detachment)してしまっている、あるいは、疎外(estrangement)されているような感覚。
- (6) 感情の幅が狭くなる。(例えば、愛するという感情を持たなくなる。)
- (7) 未来が短くなってしまった感覚。(例えば、職業についたり、結婚して子供をもったり、正常な人生の長さをもつことを期待しない。)

D. 持続する、覚醒レベルの上昇を示す症状(外傷以前にはなかったもの)。これは、以下の2つまたはそれ以上の項目によって示される。

- (1) 入眠や、眠りを維持することの困難。
- (2) いらだち(irritability)や怒りの爆発(outbursts of anger)。
- (3) 集中困難。
- (4) 極端な警戒(hypervigilance)。
- (5) 誇張された(exaggerated)驚愕反応。

E. この精神的混乱(上記のB、C、およびDの症状)の持続期間は1ヵ月以上である。

F. この精神的混乱が、臨床的にあきらかな苦痛の原因になっているか、その人の社会的地位や仕事、その他の重要な機能の障害の原因になっている。

以上のAからFまでを満たしている場合、診断してよい。さらに以下の点を加えること。

特定せよ

急性：症状の持続が3ヵ月未満である

慢性：症状の持続が3ヵ月かそれ以上である

特定せよ

遅発性：症状が、ストレッサーから少なくとも6ヵ月以上たってから出現している。

F43. 1 外傷後ストレス障害 Post-traumatic stress disorder

- A. 並はずれた脅威や破局的な性質のストレスフルな出来事または状況（短期または長期にわたる）に暴露されて、それはほとんどの人にとって広範な苦情をもたらすと考えられるようなものであること。
- B. 乱入してきた「フラッシュバック」、生々しい記憶、繰り返し見る夢、あるいはストレス因に似た状況や関連した状況に曝されたときに体験する苦痛によって、ストレス因の記憶がしつこくよみがえったり、「再体験」したりする。
- C. そのストレス因と類似または関係する状況からの現実的な回避、あるいは回避を好むこと、それらは、ストレス因に曝される以前には存在していないこと。
- D. 次の(1)または(2)のうち、いずれかが存在すること。
- (1) 想起不能が、部分的であれ完全なものであれ、ストレス因に曝された時期のいくつかの重要な局面として、みられること。
- (2) 心理的な感受性と覚醒の増大により頑固な症状（ストレス因に曝される以前には存在していないこと）が、次のうち2項として現れること。
- (a) 入眠困難や睡眠（熟眠）困難
- (b) 焦燥感または怒りの爆発
- (c) 集中困難
- (d) 短慮
- (e) 過度の驚愕反応
- E. 基準B・C・D項のすべてが、ストレスフルな出来事の6ヵ月以内またはストレス期の終わりの時点までに起こっていること（研究目的によっては、6ヵ月以上遅れた発症も含めてよいが、その場合は明確に区別して特定しておくべきである）。

注) 本文は、中根允文、岡崎祐士、藤原妙子訳：ICD-10精神および行動の障害——DCRの研究用診断基準、医学書院、1994（WHO、The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.: Diagnostic criteria for research, WHO 1993）からの引用による。

執筆者一覧表 (50音順)

安藤 春彦	愛知県心身障害コロニー中央病院
稲垣 由子	新須磨病院 小児科
井上 登生	井上小児科病院
井上 洋一	大阪大学医学部附属病院 精神科
岩崎 祥一	福島県立医科大学 人文社会科学教室 (心理学)
氏家 武	社会福祉法人楡の会子どもクリニック
大石 聡	大阪市立大学医学部 神経精神科
太田 保之	長崎大学医療技術短期大学部 精神科
岡村 哲伸	白石彫刻研究所 (表紙絵)
岡野 高明	舞子浜病院
岡本 正子	こころの健康総合センター
奥山真紀子	埼玉県立小児医療センター附属大宮小児保健センター
神尾 陽子	京都大学医学部附属病院 精神科
川崎 千里	長崎大学医療技術短期大学部 小児科
窪川 昌平	NHK・東京・報道局社会部 (記者)
斎藤万比古	国立精神神経センター国府台病院精神科 児童部
塩川 宏郷	都路村診療所
杉山登志郎	名古屋大学医学部 精神科教室
高尾 龍雄	京都市桃陽病院 小児科
高岸 由香	神戸大学附属病院 小児科
土橋 圭子	愛知県立三好養護学校
長尾 圭造	堺市立こどもリハビリテーションセンター
羽場 敏文	兵庫県立西宮病院 小児科
原田 謙	国立精神神経センター国府台病院精神科 児童部
藤森 立男	北海道教育大学 函館校 人間科学教室
星野 仁彦	福島県立医科大学 神経精神科
松本 英夫	国立療養所 天竜病院
宮本 信也	筑波大学心身障害学系
山崎 透	国立精神神経センター国府台病院精神科 児童部

災害時のメンタルヘルス——兵庫県南部地震（阪神大震災）における
小児メンタルヘルスへの対応マニュアルを中心として——

日本小児精神医学研究会・編

1995年2月 初版発行

被災された方への謹呈版

発行者：日本小児精神医学研究会（JSP）

〒590-01 堺市城山台5丁1-4

堺市立こどもリハビリテーションセンター 内

印刷：向陽印刷株式会社 堺市北向陽町2丁1-20

