

目 次

◆巻頭言

東京大学大学院教育学研究科長

市川 伸一…………… 1

◆教育学研究科のなかの心理教育相談室

心理教育相談室運営委員会委員長 生涯学習基盤経営コース教授

根本 彰…………… 2

◆相談室長ご挨拶

心理教育相談室長 臨床心理学コース教授

中釜 洋子…………… 3

● 公開講座の記録

『トラウマと喪失～傷ついた心のケアのために～』…………… 4

◆第1部「回復する力とは何か」

公益財団法人東京都医学総合研究所副所長

飛鳥井 望…………… 5

◆第2部「子どもたちの震災体験」

都立多摩小児総合医療センター副院長

田中 哲…………… 16

■心理教育相談室のご案内…………… 23

■2011年度活動報告…………… 25

■心理教育相談室の構成（2011年度）…………… 30

巻 頭 言

東京大学大学院教育学研究科長
市川 伸一



1957年(昭和32年)に創立された心理教育相談室の50年以上にわたる継続的な活動には、いつも敬服している。ややもすると学術的な理論と日常的な実践活動が乖離しがちな教育研究の中で、その融合した姿を見せてくれているのが、臨床心理学であり、その実践活動の中核となっているのが、心理教育相談室である。

大学院生たちの心理臨床の実習の場としての相談室であるが、来談するクライアントたちは、「現実」に「悩みや心理的問題を抱えた方たちであり、それに向き合う大学院生のカウンセラーたちや彼らを支える教員、スタッフも真剣そのものである。こうした現実的実践の場で、若いときから心理臨床のスピリッツを体現できることが、この分野が発展していく原動力となっているのであろう。

この相談室の活動が、ここ数年ますます活発化しているという。来談者の数が激増している。心理的問題を抱える人たちが増えているとすれば、けっして社会的に望ましいことではないが、東大の相談室に来てくださるのは、その実績が認められていることの証ともいえよう。大学が社会連携のあり方を模索している中、心理教育相談室がその一つのモデルとなってくれることを期待している。

教育学研究科のなかの心理教育相談室

心理教育相談室運営委員会委員長
生涯学習基盤経営コース教授

根本 彰



昨年度の年報の当欄には、心理教育相談室の在り方を見る際に、筆者の研究分野（図書館情報学）との類似性と違いについて書かせていただきました。今回はそれを歴史的にみておきたいと思います。

相談室のホームページにある「これまでの50年 これからの50年—心理教育相談室50年の歴史を振り返って—」という下山晴彦教授の講演録http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/pdfs/070_shiryou/2008_history.pdf）を見てみましょう。そこでは、1957年に教育学部に教育相談室として設置されて以来、2007年までの50年を7期に分けて、当相談室がもっていた課題や果たした役割についてわかりやすく整理してあります。

そのなかでは、まず、当初教育心理学コースの学生たちが自発的に始めた相談室が本格的に制度的に位置づけられようとした、1960年代末から70年代初頭にかけて、大学紛争と臨床心理学会の混乱と分裂のような外的な問題があったり混乱を来したことが書かれます。1970年代末以降の再出発においては、教育心理学研究部の教員を中心に体制をつくって運営されてきました。その後は、2004年に臨床心理学コースが発足することにより、ここを中心にしてしっかりとした運営体制をつくることできるようになりました。

当相談室の有り様は、戦後、一方では東京大学教育学部において教育学や心理学の成果を社会に還元すると同時に社会的ニーズをアカデミックな場で確認するための前線基地をつくる議論から始まりますが、最終的に臨床心理学コースが創設されることでそのための養成課程が確立されるまでの長い過程を反映しています。そのなかでも、最近の動きは教育学の外側で行われていた臨床心理士制度が確立されるための議論と実践の過程を強く反映していると言えます。

臨床心理士の養成は、大学院修士レベルでの教育課程であること、実習や試験制度を伴うこと、資格の再審査が要求されていることなど、日本の他の資格制度にあまりみられない厳密な教育制度をもっています。私がかかわっている司書や学芸員の養成課程がぜひともお手本にしたい内容をもつものといえます。

しかしながら振り返ってみると、最初は「教育相談室」という名称だったことから分かるように、社会に向けてのもう少し射程が広いものでしたし、1990年代には教育心理学コースだけでなく、学校臨床学や身体教育学の教員も参加した「多元的な体制」がとられました。教育学研究科全体でこの仕組みを生かそうとしてきたわけです。

現在の相談室体制は、臨床心理士養成教育の一環に組み込まれているわけですが、その意味で、もう一度、教育学研究科全体で本相談室をどのように支え、また研究科全体の研究教育にどのように生かすかを問う必要があるのかもしれません。私のような門外漢がかかわる意味合いもそのようなところにあります。ただ、本郷キャンパスの赤門を入ったところにある教育学研究科から、弥生キャンパスの相談室まで、歩くと15分近くかかる距離があることはそうした原点に戻る議論を妨げているもっとも基本的な理由なのかもしれません。

相談室長ご挨拶

心理教育相談室長
臨床心理学コース教授
中釜 洋子



心理教育相談室年報の第7号が刊行の運びとなりました。

相談室紀要を臨床心理学コース紀要に改め、相談室の刊行物としては年報を発刊することに切り替えてから、丸7年が経つなか、毎号の講読を楽しみにしていると仰っていただくことがあります。私たちにとっても、年報の発行は、相談活動全般を振り返り、年に一度開催する公開講座を改めて読み直すよい機会となっています。

大学の付属機関である心理教育相談室は、次の二つの課題を負っています。ひとつは、若手の初期研修を手厚いサポート体制のなかで粛々と遂行してゆくことです。毎年10数名の基礎教育を終えたばかりの相談員たちが、スーパーバイザーや同僚、先輩、臨床相談員等々の力を借りることで、なるべく有能に機能し、来談者の皆様のニーズに応えたいと力を尽くしてゆくことになります。もう一つは、相談室と社会を繋ぐ窓から出来るだけ広く社会を見やり、現代日本の問題をなるべく先入観の混じらないまっさらな目で捉えて、研究とその還元という形で寄せられる社会の要請に応えてゆくことです。どちらの命題とも私どもだけで取り組むことは難しく、教育学研究科をはじめ、関連の相談諸機関、他大学の関係諸氏といった学内外の皆様方のご理解とご協力を得てはじめて可能となる仕事です。細々とではありますが、今後とも一層精進してゆく所存です。

引き続きのご支援をどうぞよろしくお願いいたします。

公開講座の記録

心理教育相談室では、毎年秋に公開講座を開催しております。7回目となった今回は、2011年11月20日（日）に本郷キャンパス・小柴ホールにおいて開催されました。今年は、2011年3月に起こった東日本大震災を受けて、「トラウマと喪失～傷ついた心のケアのために～」というテーマで行われました。当日は、臨床心理士をはじめ、医療従事者、福祉、学校、宗教関係者、学生など様々なバックグラウンドを持つ約130名が参加しました。

プログラムとしては、まず、第1部では2名の講演が行われました。はじめに、公益財団法人東京都医学総合研究所副所長の飛鳥井望氏が「回復する力とは何か」と題して講演を行いました。続いて、都立多摩小児総合医療センター副院長の田中哲氏の講演「子どもたちの震災体験」が行われました。後半の第2部では、教育学研究科臨床心理学コースの下山晴彦教授も交え、3名によるディスカッションが行われました。ディスカッションは、参加者から寄せられた質問を元に進められ、震災にまつわる問題について広く議論され、この問題に対する関心の高さが窺われました。

以下に、前半の講演部分をテープ起こししたものを元に、飛鳥井先生・田中先生に書き下ろしていただいた講演録を掲載します。

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室 第7回公開講座

トラウマと喪失

～傷ついた心のケアのために～

日時

2011年
11月20日(日) 14:00 - 17:00

入場
無料

要事前
予約

場所 **東京大学理学系研究科理学部小柴ホール**
(理学部1号館中央棟2階)
http://www.u-tokyo.ac.jp/campusmap/cam01_00_25_j.html

◆ **司 会** 高橋 美保 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース准教授

◆ **開会挨拶** 中釜 洋子 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授
心理教育相談室室長

◆ **第1部 (14:10～15:50)**

講 演 「回復する力とは何か」
飛鳥井 望 財団法人東京都医学総合研究所副所長

講 演 「子どもたちの震災体験」
田中 哲 都立多摩小児総合医療センター副院長

◆ **第2部 (16:00～17:00)**

ディスカッション 「傷ついた心のケアのために」
飛鳥井 望
田中 哲
下山 晴彦 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授



そ の 他
 受付期間は**2011年9月20日(火)～11月17日(木)**です。
 定員は130名です。定員に達した際には申し込み受付を打ち切らせていただきます。入場は無料です。

お申込み
 ・インターネット上のホームページよりオンラインで
 PC <http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>
 携帯 <http://www.wapapa.jp/p/>
 ・または裏面の申込用紙を使って
 ファックスで
03-3818-0459 (公開講座専用)
 電話: 03-3818-0439 (月～金 10:00～17:00)

お問い合わせ: 東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室

回復する力とは何か

公益財団法人 東京都医学総合研究所副所長 飛鳥井 望



皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました東京都医学総合研究所の飛鳥井でございます。私自身は元々精神科の医師なのですが、長らく研究職として勤めております。阪神淡路大震災とか地下鉄サリン事件以来、15年ほどPTSDの研究を専門にしております。診断のための評価尺度の研究ですとか、臨床疫学的な研究ですとか、最近は治療法の研究、実証的な研究を続けております。今般の東日本大震災にもかかわることになり、具体的には東京都の福祉保健局から「こころのケアチーム」として、ずっと陸前高田市を中心に活動をしてまいりました。今日はそういう活動を含め、「トラウマと喪失のこころのケア」、その中でも何が回復を促してくれる力となるのかということについて、お話をさせていただければと思います。

東日本大震災こころのケアチーム派遣

災害とは、「人と環境との生態的な関係における広範な破壊の結果、被災社会がそれと対応するのに非常な努力を要し、被災地以外からの援助を必要とするほどの規模で生じた深刻かつ急激な出来事である」と定義されております。まさに「被災地以外からの援助を必要とする」ということが定義に盛り込まれております。

東日本大震災でのこころのケアは、厚生労働省が仲介をいたしまして、全国の県や政令市、あるいは色々な病院等のチームを全部で57チーム、人数として3,247人を10

月現在まで派遣しております。このような活動は阪神淡路大震災のころから精神科救護所活動として始まったのですが、その後、中越でも心のケアチームとして派遣事業というのは行われました。それからさらに進んで、だいたい形としては洗練されてはきています。ポイントは「多職種チーム」であるということ。一人で行くのではなくて、多職種でチームを組んで来ることで、しかもいろいろなロジスティクス、例えば食料ですとか医薬品ですとか、移動手段や宿泊も全部きちんと自前で賄ってチーム派遣をすることです。それから、同一地域に同一都道府県チームを継続派遣するというのがミソでございます。

ということで、東京都は陸前高田市を担当し、そこに3月以来、現在も継続派遣をしております。大体、来年の3月ぐらいまでということを用意はされております。やることというのは診療ですとか避難所巡回、それから自宅訪問。それから、今般も行政の職員の方が大変な被害を受けており、そういった地元のスタッフの方のケアもすることが大きな役割です。今般のこころのケアチームは、こういったような考え方で派遣されまして、日本でも阪神淡路大震災以来、15年以上経っていますので、形としてはだんだんと洗練されたものになってきていると思います。これは陸前高田市のこころのケアチームの場合ですが、東京都と千葉県、それから日赤の心理の方も入っております。NICCOというのは京都の臨床心理士の方を中心としたボランティア団体で、大洋会というのは地元の「児童家庭総合支援センター」の方で、大体、常時十数名がこころのケアとして一つのチームを作っております。陸前高田市は市人口の1割弱が死亡・行方不明という、今般の被災地の中でも大変犠牲者の数が多かった市であります。1割弱が亡くなるということは、ほとんどの人が何らかの親族の方、お知り合いの方を亡くされているという経験があるといっても差し支えないかと思っております。警察発表の死亡者数は1,548名。市職員も4分の1とも3分の1とも言われておりますが、それぐらいの方が犠牲になっております。特に、地域精神保健を担っていくような保健師の方が、8名中6名が犠牲になっているということです。今、こころのケア派遣を続

けていますが、その受け皿というものがまだ十分に育っていない状態です。その受け皿というものを育て、あるいは育っていくのを待ちながら、将来のケアにつないでいくといったような課題もある地域でございます。

よくNHKのテレビでも出ております高田一中は3月から7月ぐらいまで、それぞれ応援に駆けつけて来た保健、福祉、医療関係のチームが全部ここを本部にしており、色々な活動が同じ本部でできるということが情報交換という意味ではとてもよかったんです。

また、朝のこころのケア関係チームの合同ミーティングでは、東京都のチーム、千葉県、それから日赤、NICCO、大洋会で、この頃は常時十数人の方が毎朝集まり、ミーティングをします。夕方になると全国から応援に駆けつけていた保健師さんたちが続々と戻って来ますので、そこで保健師チームからこころのケアが必要な事例を引き受けます。立ったままのケア会議の中でそれぞれの情報交換をするということを、毎日、毎日行っていたわけです。

「災害」とは

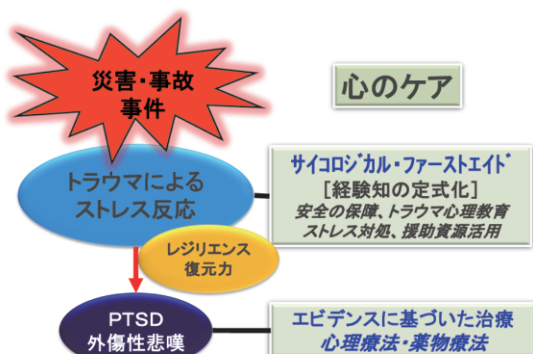
人と環境との生態的な関係における広範な破壊の結果、被災社会がそれに対応するのに非常な努力を要し、被災地域以外からの援助を必要とするほどの規模で生じた深刻かつ急激な出来事である。

S.W.A.ガン

東日本大震災こころのケアチーム派遣

- 57チーム 3,247人(10月14日現在)
- 多職種チーム
- 同一地域に同一都道府県等チームを継続派遣
- 診療、避難所巡回、自宅訪問、行政職員ケア

心のケアの2段階構造モデル



災害や、災害だけでなく大きな事故や事件が起きると、ほとんどの方にトラウマによるストレス反応というものが出ます。何も出ないという方もいるのですが、大体8割近くの方には何らかのストレス反応というものが出ます。その方たちは全てケアを必要とするわけではなく、大部分の方がご自分自身の気持ちを切り替えたり、ご家族や知り合いからの援助を得て回復をしていくわけです。元から大丈夫だった人とか、早めに回復していくことを意味するレジリエンスという言葉がありますが、復元力ということです。皆がこころのケアを必要とするわけではありませんが、一部の方は、トラウマ反応や、あるいはそれによるストレス反応が長引いていわゆるPTSDといわれる状態ですとか、それから、家族の方を失うとグリーフとか外傷性悲嘆といわれるような状態になっております。あるいは、その他にも一般的な抑うつ、不安障害が遷延するということがございます。

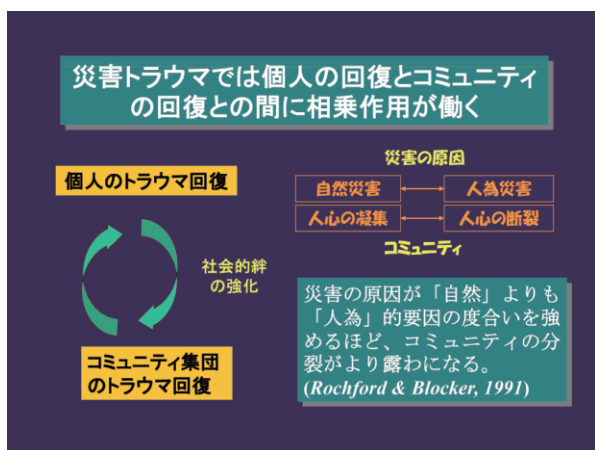
といったように、こころのケアの問題は、最近ではこのように二段構えで考えるということが基本になっております。一般的なトラウマ反応の時には、何も全ての方に治療が必要というわけではありません。むしろ治療モデルではなくて、一種の健康増進といえますか、もう一度状態がこじれないようにケアをする、サポートをするといったような考え方で、最近はサイコロジカル・ファーストエイド、心理的な応急処置ということがいわれております。これは治療ではないのです。本人の復元力がうまく出てくるようにサポートするという考え方であり、安全を守ってあげることを一緒に考えてあげたり、それからトラウマに関する色々な知識を心理教育という形で伝えたり、ストレスの対処法についてアドバイスをしあげたり、色々な援助、支援の活用についてそこにつないであげるといったようなサポートをいたします。ただ、このPTSD、あるいは悲嘆が続いたような外傷性悲嘆になりますと、なかなかもう応急処置ということだけではうまくいきませんので、そうなりますと、もう少し専門的な心理療法ですとか薬物療法といったものが必要になってきます。したがって、こころのケアといっても、こういったような二段階で考えるという考え方がなされております。

災害トラウマにおける個人の回復とコミュニティの回復と相乗作用

話がちょっと変わりますが、安政の江戸大地震というものが東京でありまして、直下型の地震で大体1万人ぐらいの方が亡くなったといったようなことです。その当

時の人は、地震の原因は地底のナマズが暴れ出すと考えていたんですが、普段は、鹿島大明神が要石という石で、大ナマズを押さえ込んでいて、それで地震が起きないと思っていたわけなんです。この安政の大地震は10月に起きたのですが、10月は神様がいない月「神無月」といって、神様のミーティングが行われる出雲大社に神様が行ってしまっていてちょっと留守をしている時にこの石が外れて、安政の大地震が起きたというように考えられていたのです。しかし、人々の中には必ず復元力というものが出てきます。しばらく経つと、ナマズ退治といって、みんなが非常にショックな状態からまた力を合わせて立ち上がるようになります。したがって、回復力というのは昔から人には兼ね備わっているのです。

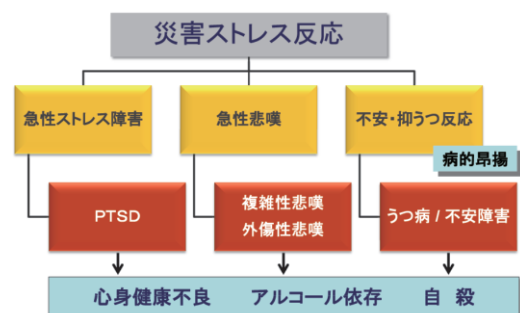
そのためには一つ、大きなコミュニティの力というのがございまして、特に自然災害の場合は個人のトラウマの回復とコミュニティ、集団のトラウマの回復というのが、一つのポジティブループという良い方向に相乗効果を上げてくれるんです。個人が回復することによって、コミュニティも元気になる。しかし、コミュニティが一致団結して元気になっていくことで、一人一人の個人も回復するといったようなこと、これが回復のためには一つ大きな力になります。したがって、今の被災地支援でも、単に個人のこころのケアということだけではなくて、しばらく経つと、いわゆるコミュニティ全体を元気にしていくような取り組みが行われるようになり、仮設住居には一様にサロン活動というものができております。そこに直接メンタルヘルスということでは入るのではないのですが、メンタルヘルスの知識のある人が、それとなくそういったような地域の活動も援助するといったようなことが行われています。むしろ、そういった活動が個人のトラウマの回復に役立つんだ、という考え方の上に成り立っているのです。実際に、そのことはこれまでも経験的に知られているところであります。



ただ、自然災害のときには、割と人々の力、人々の気持ちりがまとまりやすいということで、コミュニティへの働きかけがしやすいんですが、人為災害、例えば福知山線の事故のような大型の災害、それから飛行機が落ちたとか、災害の原因が人為的になるほど、コミュニティはむしろ分裂してしまうということがある。なかなかコミュニティをまとめて、そこで凝集力を増して何らかの介入をするというのが、自然災害よりは難しいということが言われております。しかし、いずれにしても、ここがうまく回っていけば、個人のトラウマにも回復にも大きく役立つということです。したがって、これからの中長期の心のケア、回復のプログラムでも、必ず大きな柱としてコミュニティのケアということが盛り込まれている次第です。

災害メンタルヘルス問題

災害メンタルヘルス問題



災害後のメンタルヘルスの問題をざっと書きますと、こういったようなことになります。一つは皆さんもお聞きになったことがあるPTSD、その前の状態として急性ストレス障害という軸がございます。それから、今回のようにご遺族となられた被害者の方が多い場合には悲嘆の問題が地域全体を覆い尽くします。それが長引くと、被災地には複雑性悲嘆とか遷延性悲嘆、あるいは、災害の場合などでは外傷性悲嘆といったような、悲嘆がこじれた状態が出てまいります。それから、もう少し一般的な不安、抑うつ反応です。生活再建の中でいろんなストレスが加わってくることによる一般的な不安、抑うつ反応。それが長引くとうつ病や不安障害といったようなものになります。中には緊張のあまりかえって気分が高揚して、病的に高揚して、いわゆる躁状態のような形で急性期に治療を受けられる方もおられますが、一般的には不安、抑うつ反応として出てまいります。

こういったような状態がさらに続きますと心身が健康不良になりますし、アルコール依存の問題が出てきたり、あるいは自殺の問題が出てきます。これはどれもこういったような問題を呈する危険があるということです。こういったような一連の問題が災害のストレス反応として出てまいります。

PTSDの3症状

PTSDの3症状

再体験症状	• フラッシュバック、悪夢 • 思い出すと心身に不快反応
回避/精神麻痺症状	• そのことは思い出したくない・話したくない • 不安・恐怖を感じる事物・状況の回避 • 意欲低下、感情麻痺、引きこもり
過覚醒症状	• 睡眠障害 • いらいら、集中困難、過剰警戒、過敏反応

災害メンタルヘルス問題のうち、PTSDの三つの症状ですが、一つは再体験症状といわれるもので、その時のことがパッと蘇ってきて不快になるフラッシュバック、悪夢、思い出すと急に不安が出てくるといったようなものです。それから、回避・精神麻痺症状は、そのことを思い出したくない、話したくないといったことと、不安、恐怖を感じることにについてはなるべく避けようとする事です。それから、精神麻痺症状として、意欲低下ですとか感情麻痺や引きこもりが起きます。過覚醒症状としては、睡眠障害ですとかイライラ、集中困難、ものごとに対して過剰に警戒してしまう、あるいは、ちょっとした刺激に過敏に反応してしまうといったような症状です。ここに挙げたような3つの症状が揃うとPTSDが疑われるんですが、PTSDの診断が揃わなくても、一般的にはトラウマによる反応として、ここに挙げたような症状、反応というのはよく見られることです。そのうちの一部の方が、こういう反応が回復していかにこじれてしまつてPTSDという状態になる、というようにお考えいただければと思います。

一般の被災地でお会いした方でも、津波が押し寄せる中、辛くも車で逃げてきたんですけども、後ろから黒い波がどんどん、どんどん押し寄せて来て、ご自分の後続車両がどんどん、どんどん飲み込まれて、後ろの車を飲み込みながら迫ってくるんです。それをずっとバック

ミラーで見て、波を見ながら必死に逃げて、やっと辛くも逃げられたという方ですが、この方がもう半年近くたつてもPTSDの症状が出られており、具体的には海のほうを見ることができません。お風呂場で水が波立っただけでも非常に不快な、不安になってくるといったようなことで、その時の恐怖の記憶がこびり付いていて、そのためにいろんなことができなくなって生活に支障をきたすというようなご相談を受けました。これはPTSDの再体験症状です。もちろんその方も、何かあるとまたその黒い波が迫ってくることを何度もフラッシュバックをされるのです。

なぜPTSDが起きるのか

なぜこういうことが起きるのかということですが、モデルとしては恐怖の条件付けというモデルがいわれております。具体的には不快刺激、これは被害を受けたときの恐怖です。この恐怖の体験と結びついてしまうと、何の危険もないのですが、それだけで強い恐怖を受ける。これがPTSDの再体験症状のメカニズムといったように、仮説としていわれております。

それは頭の中でどういうことが起きているかといいますと、ここに側頭葉の深いところに扁桃体といったような親指の爪ぐらいの組織が両方に1つずつございまして、この扁桃体というのが人間の恐怖の反応をつかさどるところなのです。何かあるとこがまず反応をする。恐怖というのは、動物が生き延びるためには大変重要な感情であります。怖いからこそ逃げるとか、戦うとかいう反応が出るんですが、恐怖を感じない動物は滅びてしまいますので、大変重要な感情なんです。ただし、PTSDの場合はここがちょっと過剰に活動してしまうのではないかということがいわれております。それを抑えるのが、この内側前頭前野ではないかと最近ではいわれまして、脳のちょうど内側にあるところが内側前頭前野という部分なんです。ここが扁桃体の過剰な動きを抑えている、コントロールする力があるというようにいわれております。そこで、PTSDの仮説としては、最近はこの内側前頭前野、扁桃体の仮説というのが大変有力な仮説といわれております。恐怖の反応では、扁桃体が活性化しているのです。そのため、中立刺激だけを繰り返す。例えば、動物実験などで、電気ショックとブザーを鳴らすような恐怖条件付けをしますと、もうブザーが鳴っただけで恐怖反応、すくみ反応というのが起きるんですが、ずっとブザーを鳴らし続けるとだんだん慣れてきて、恐怖反応がなくなるのです。これを消去のプロセスといってお

ります。この扁桃体と内側前頭前野は神経線維の回路があるんですが、だんだん慣れてきて消去されるという過程では、実は内側前頭前野が活性化しているということがわかっております。先ほど言いましたように、内側前頭前野が「これはもう大丈夫だよ」「海を見ただけでまた津波に巻き込まれるわけではないから、もう大丈夫ですよ」といったようなことです。だんだん慣れてくる。そのときに内側前頭前野が働いているんです。動物実験でここを破壊すると、実際にいつまで経ってもそういう消去が起きてこないといったようなことが知られております。したがって、この消去というプロセスは、この扁桃体が過剰反応しているのだから、それを消し去るということではなくて、むしろ、内側前頭前野や扁桃体回路の中で、反応を抑制する新たな記憶で置き換えることであるということです。学習された新たな記憶という、ここが実はミソでありまして、最近のPTSDの治療論でもむしろここに力点をおいております。新しい記憶を育てていくということなのです。したがって、単に「忘れましょう」「その記憶は消し去りましょう」ではなくて、「もう大丈夫ですよ」といったような新しい記憶を持ってもらうということがミソになるというふうにお考えいただければと思います。

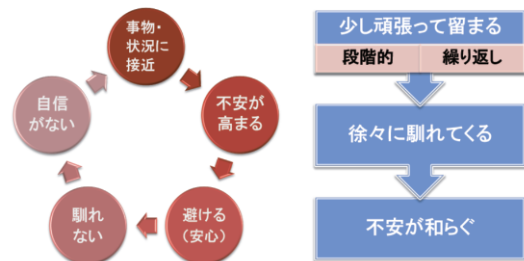
内側前頭前野-扁桃体仮説

- 恐怖反応では扁桃体が活性化している
 - 中立刺激だけを繰り返すと恐怖反応は「消去」される
 - 扁桃体と内側前頭前野は神経線維の回路がある
 - 「消去」過程では内側前頭前野が活性化している
 - 内側前頭前野を破壊すると「消去」が起きない
- ▶「消去」とは扁桃体の過剰反応を消し去ることではなく、内側前頭前野-扁桃体回路の中で、反応を抑制する新たな記憶で置き換えることである

PTSDの回復プロセス： 恐怖・不安の対象に向き合う

金魚を用いた実験により、大阪大学の工学部の研究グループが『Nature』という大変有名な雑誌に発表しました。金魚というのは、ものすごい音の刺激に対してもすばやい反応をするんです。わずか10ミリ秒で起こる逃避反射といいますが、ぼんと金魚がいる水槽にボールを落としますと、パンと身を翻す。ところが、大阪大学の工学部のグループは、金魚のこの反射を抑えること

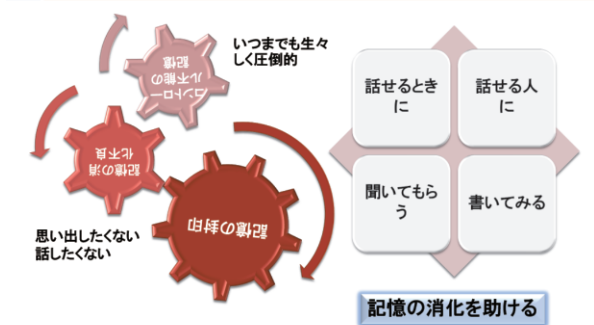
恐怖・不安の対象に向き合う



に成功したんです。どうしたかということ、弱い音を繰り返し与えるのです。そうすると、逃避反射を抑制する。これが、いわゆる新たな記憶なのです。「もうこれは大丈夫だよ」ということで、逃避反射を制御するような新しい神経伝達の回路が増強される。それによって逃避反射を起こさなくなる。つまり、新たな運動記憶が成立するということなのです。

こういった動物の神経回路のメカニズムに、回復のポイントがあります。PTSDにしろ、あるいはそれに準ずる状態にしろ、恐怖や不安の反応が起きている時というのは、その事物や状況に接近しますとその時の記憶がありますから、不安が高まり、当然避けます。避けると安心していただける。しかし、安心ですけれどもいつまでも慣れることがないので、自信がない。自信がないからまた海を見ただけで気持ちが悪くなる。お風呂の中でさざなみが立っただけで、何か落ちつかなくなるといったような、こういったようなことでグルグルとした悪循環の中にいるんです。恐怖の反応が取れないという時には、こういう悪循環がかなりあります。それをどうやって回復に持っていくかということ、少し頑張るとどまってみる。これも繰り返しできそうなところから段階的に段々と進めていくということがミソですが、少し頑張るとどまる。それによって徐々に慣れてきます。慣れてくるにしたがって、先ほどの金魚の例えではないですが、そんなにどぎまぎしなくて、これぐらいの音なら安全だなというようなことで不安が和らいでいくといったようなメカニズムが人間にもあるということです。したがって、回復のプロセスとしてはこういったような新しい記憶を身に付けてもらうということが、一つポイントになります。

記憶を封印しない



もう一つ大事なことはその記憶を封印しないということなんです。何も、危険なもの Avoiding しているというだけではなくて、その時のトラウマの記憶そのもの、話しただけでも気分が不快になってくる、実は思い出したくない、あえてもうその話はしたくないといったような記憶ですが、これも封印をしていると、いつまで経っても記憶は生々しいまま、かえって残ってしまう。思い出すたびに不安になる。あるいは、気持ちがこみ上げてくるようなことがございます。記憶を封印することで、その記憶が消化されていかないで未消化のまま残ってしまい、この未消化の記憶というのはコントロールできない記憶になってしまうのです。いつまでも生々しく圧倒的であり、思い出すたびにワーストと気持ちがこみ上げてくるので、コントロールできない記憶といったような一つの悪循環になります。だから話したくない、だから記憶を封印しておくということになります。これも、回復に向けた一歩を踏み出していただくためには、やはりその記憶の消化を助けるようなこと、具体的には話せるときに話せる人に聞いてもらう。あるいは、書いてみるということでもいいです。もう一回そのトラウマの記憶に、ご自分がぐり抜けたことに対してもう一回整理して話しをしてみたり書いてみたりするというのが、この悪循環から抜け出すためには大きな力になってくれるということがわかっております。

バランス思考—別の見方を問い返す

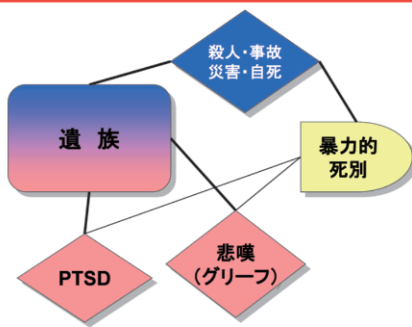


そういうことを通じて、バランス思考といいますか、別の見方を取り返していただくということです。今言いましたような、恐怖の反応が強く続いている状態というのは、多かれ少なかれ何らかのバランスを崩した状態になっております。例えば、「自分のせいであの津波のときに家族を救えなかったのではないか」「自分がこうしていれば犠牲者を出さずにすんだ」といったような自責の念です。それから、「実は誰も助けてくれなかった」、あるいは「これから先もどんな危険なことがまた起きるかもしれない。そう思うと安心して暮らしてられない」とか、そういったようなことです。「世の中は危険だらけだ」とか、「他の人は信頼できない」とか、「悪いことばかり起きる」とか、あるいは「自分がちゃんとできなかった。自分は無能力だ」「自分のせいで今回のことは起きたんだ」といったようなことです。こういうふうにももの考え方がマイナスの方に針が振り切れてしまったような、これも実は回復を遅らせる大きな原因となりますので、ここをどういうふうにもバランスを取り戻してもらうか、ということが回復をしていくためにはポイントになります。具体的には危険も安全も100パーセントではない。他人も頼れる人もいれば、頼れない人もいます。悪いこともあれば、良いこともある。出来ることもあれば、出来ないこともある。あるいは、自分のせいばかりで起きたことではない、といったようなことです。それを単におめでたく考えるということではなくて、バランスを取った考え方になっていただくということが回復をしていく意味では大きな力となります。

被災・被害者遺族の外傷性悲嘆の問題

先ほども陸前高田市のところでお話しましたように、今般の震災はこれまでの阪神淡路や中越の震災と違うところは犠牲者の数が大変多いということです。したがって、かけがえのないご家族を失われた方の悲嘆の問題、特に、災害ですとか事故、あるいは事件でご家族を失われた方の場合は外傷性悲嘆ということがいわれておりますが、この問題が地域の中では、これから大きな問題になっていくだろうと思います。ご遺族の方、殺人、事故、災害、自死といったような、こういう形で亡くなられる、いわゆる暴力的な死別といわれるものです。そうしますと、先ほどお話ししたようなPTSD関連の症状と同時に悲嘆（グリーフ）と関連した反応があわさって起きてまいります。これが外傷性悲嘆と呼ばれるものです。したがって、ご遺族の方はこの二つの問題が出てまいります。

被災・被害者遺族の外傷性悲嘆



岩手県の子精神保健福祉センターのほうで、こころのケアチームが、それこそ久慈とか宮古から、下は陸前高田まで何チームも派遣されておりまして、そここのこころのケアの活動の結果について、1カ月毎に集計結果が出ております。6月11日ぐらいまでの発災後3カ月の間に、それぞれのこころのケアチームが関わった被災者の方の主訴の内訳ですが、やはり、不眠や不安、恐怖、イライラといった急性のストレス反応というもので、大きな災害がありますとよく出てくる反応が多くを占めております。

ところが、これが5カ月後、ちょうどお盆の前後ぐらいになりますと、数はずいぶん減っているんです。順調に早期のストレス症状は治まってきて、数は減っていますが、こういったような問題です。抑うつ、アルコールもそうですが、自責、それから喪失感といったようなものがじわじわと割合として増えてきているのです。これ

は、ご遺族の方の反応であります。むしろお盆前後から初めて喪失というものの、最初は本当にもう火事場のような状態ですが、ちょっと落ち着いたお盆前後からこの喪失の問題が大きくなってきているということが言えるかと思えます。夏頃に出向いたときにも、むしろ新しい方はほとんどがこのグリーフの反応を訴える。それまでは話せなかったんですが、実は自分のせいでお母さんを亡くしちゃったんじゃないか、あるいは自分のせいでお子さんを救えなかったとか、そのことをずっと抱えてきて初めて相談に来ましたといったような方が少し増えてきております。

遺族の精神援助ニーズ

遺族の精神援助ニーズ



遺族の方の心理援助ニーズですが、ご遺族の方も全ての方が専門的なケアを必要とするわけではありません。悲嘆というものがございまして、通常の悲嘆、かけがえのない人を失うとどなたでも出てくるような通常の悲嘆のプロセスというものがあります。それから、ちょっと専門的なケアを必要とするような、こじれてしまったような複雑性悲嘆あるいは遷延性悲嘆障害とも呼ばれるものがありまして、悲嘆というのはこの一連のスペクトラムになっているのです。ほとんどの方は通常の悲嘆で済みますので、もともとの個人の方の復元力とか、あるいは簡単な悲嘆カウンセリングですとか、あるいは「分かち合いの会」のような自助グループに参加するということで回復をしていくことができます。ただし、一部の方はこじれてしまうと、少し専門的な治療が必要になってくるということです。決して、ご遺族といっても一色ではありません。いろんな濃淡があります。現実的な支援というものはどなたでも必要になりますが、こういったような色々な方がおられるということです。

愛する者との死別による悲嘆（グリーフ）

かけがえのない人、愛する人との死別による悲嘆でどんな変化が起こるのかといったようなことについて、もう60年以上ずっと色々な臨床研究が行われてまいりましたが、まず、常に亡くなった人のことが頭から離れない苦痛感がいわれています。それから、喪失の現実をなかなか受け止めることができないことがあります。遺体安置所でご遺体も確認し、葬儀も終わり色々な手続きも終わったんだけれども、まだ帰ってくるんじゃないかという気がする。あるいは、ちょっとどこかで姿を見たとか、「ただいま」って言った声が聞こえたとか、そういったような錯覚のようなことが出てくる。頭ではわかっていても、なかなかその喪失の現実に対して半信半疑で受けとめ切れない、といったようなものがございます。それから、自分の人生そのものが空虚になってしまう。つまり自分の身体の一部も失われた気持ちがして、非常に空虚感が強まる。先々のことも考えられなくなって、これから先の人生は無意味だといったような思いになるとのことです。

また、その喪失の現実を思い出させるような事物や場所、状況を回避するということです。アルバムですとか、一緒によく行ったお店ですとか、喪失の現実と直面することがとても辛いのです。なるべく避けようとするので、生活が縮こまってしまうことがあります。

それから、自分があがいていけば助けることができたのではないか、というのが自責感、後悔とか、自分だけが生き残って家族が亡くなったということの申し訳なさ、あるいは、何でこんな理不尽なことが起きてしまったのだろうという怒りなど、こういったようなものが混在した感情が出てまいります。それによって日常生活が停滞し、社会的に引きこもるようになるということもあります。このような反応は、人間がかけがえのない人を失った時に出てくる正常な心理プロセスによる反応です。ただし、普通はそれから半年経ち、一年経つ中でだんだん、だんだんと回復されていくのが、いつまで経ってもここから抜け出せないという場合に複雑性悲嘆といったような、少しこじれてしまった悲嘆の状態になる。つまり、ケアが必要な状態になるということが言われています。

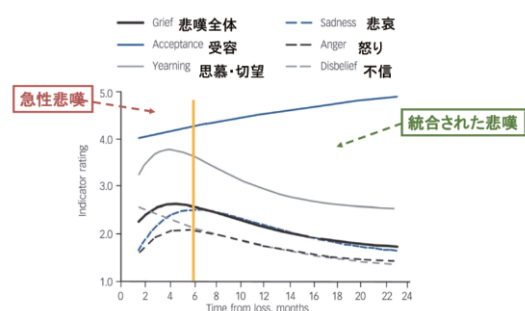
愛する者との死別による悲嘆（グリーフ）

□ 悲嘆反応はトラウマの苦痛に分離の苦痛が加わる

- 常に故人のことが頭から離れない苦痛感
- 喪失の現実を受け止めることの困難、半信半疑
- 故人のいない人生の空虚感、未来への目的を失い無意味だという気持ち
- 喪失の現実を想起させる事物・場所・状況の回避
- 自責・後悔・申し訳なさ・怒りの混在した感情
- 日常生活の停滞
- 社会的引きこもり

「悲嘆」と「喪失受容」の時間経過

「悲嘆」と「喪失受容」の時間経過



Prigerson, H. G. et al. The British Journal of Psychiatry 2008;193:435-437

この図は、アメリカの有名な悲嘆の研究者、プリガーソン (Prigerson, 2008) が作った図であります。大変よく悲嘆のプロセスを表した図で、色々なところでよく引用されております。つまり、この軸が0から24まで、死別体験からの月数であります。最初が急性の悲嘆です。その時には、この「思慕する」「切望する」「また戻ってきてほしい」といったような強い気持ちや身を切られるような強い感情、それから、「怒り」ですとか「悲哀」ですとか、この右肩下がりになっているのは「信じられない」です。まだまだその現実が信じられないといったような気持ちが急性悲嘆の状態ではワーストと出てきて、しかしそれが時間とともに段々と治まってまいります。一つの区切りが6カ月ということが言われてまして、大体6カ月ぐらい経つと、いろんな感情がちょっと治まってきてくれたかな、といったような出口が見えてくるのです。これがずっと治まってくると、この統合された悲嘆で、いろんな感情は残っているんだけど、何かあれば少し寂しいなとか、あるいはちょっと悲しくなったりとい

うことはあるんだけど、それで打ちのめされてしまうことはないといったようなことです。それが統合された悲嘆です。

こういったような悲嘆の感情が治まってくるのと平行して、この一本、青い線がずっと上に伸びていますが、これが実は受容なのです。アクセプタンス。その現実を受けとめるといったような気持ちです。これが実は色々な悲嘆の感情と受容というものは表裏の関係にあると言われますが、それを現実に向き合って、それを受けとめていくことによって、いろんな悲嘆の感情が収まってくいったような経過が記されております。

したがって、複雑性悲嘆の方というのは、ここで時間が止まってしまっているということなのです。ここから先に時間が動いていってくれない。その時で止まってしまっている。だから、回復のポイントというのもこの時間を右に移動してもらうということなのです。決して、悲嘆のいろんな感情をゼロにすることではないです。統合された悲嘆でもこれがゼロになるわけではないです。ただ、こういう感情があるんだけど、けどそういう気持ちがあるんだけど辛くて、生々しくて自分の生活が成り立たないといったような状態からは脱却できるということです。これを右に移動していってもらうというのがケアのポイント、あるいは回復のポイントになります。

喪失による悲嘆の回復（二重過程モデル）

回復のプロセス、最近では二重過程モデルということが言われております。かつては悲嘆の回復というと、まず、最初にショックな状態があって、それから絶望して、怒りが出てきて落ち込んで、それから回復するというように、だんだんそういう段階を経ていくといったような考えがなされておりました。これはステージセオリー、段階説と言われておりましたが、最近ではあまりこの段階説ということでは言われてはおりません。むしろこの二重過程モデルということのほうが有力な仮説として言われております。

一喪失への適応一

二重過程のうちのまず一つの過程は、喪失への適応です。死の現実を受け止めて、受け入れるということ。それから、亡くなった方を心の中で身近に感じることができ、つまり具体的には思い出に苦痛なくアクセスできるということです。そのことはとても辛いから思い出さないといことではなくて、その亡くなった方と一緒に過ごしたような豊かな時間をまた自由に思い返すことができるということです。それから、罪悪感や後悔、あるいは

は怒りといったような激しい感情が静まってくる。これが一つの軸になります。

一新たな環境への適応一

もう一つの軸が新たな環境への適応ということでありまして、ご主人を頼りきっていた人が突然ご主人を失ってしまった。それからあとはいろんなことを自分でやらなくてはいけないといったような立場になるのですが、その時の役割移行が必要になります。新しい環境に向けた役割移行ということです。自分自身が自立していかなければいけないことと、それから、自分自身の日常生活を大事にして、そこで色々な楽しみとか満足を見出せるようになること、最後にご自分自身での対人関係の広がりです。人との関わりが広がり、そこからも満足が得られることといったような、つまり、これはご自分自身の人生ということなんです。それをまた育てていくということが必要になります。

喪失に適応するということと、それから、新たなご自分自身の人生における新たな環境に適応していくということ、この二つが二重過程モデルという。これを遺族の方、つまり通常の悲嘆から回復していく時というのは、この二つを実は両方、行ったり来たりしながら行っているということが今は知られております。

一悲嘆の背景化：統合された悲嘆一

それによって、ゴールは先ほどの統合された悲嘆です。悲嘆がなくなるということではないのです。悲嘆の感情は残ります。寂しさや空虚感、あるいはいろいろな喪失感、いろいろなものはあるのですが、しかしそれはちゃんとご自分の中でもう整理をされているのです。悲嘆が背景化し、ほろ苦い記憶とそれに伴う感情は消長を続けるのですが、圧倒されるほどではないというのがゴールということになります。多くの方は、その通常の悲嘆のプロセスの中でこのゴールに向けて歩いて行かれるんですが、中にはそこで時間がストップしてしまって、そこで先ほどのように図の中の右にいけないという方については、やはり少し専門的なケアを必要とする方もおられるということになるかと思います。

喪失による悲嘆の回復(二重過程モデル)

- 喪失への適応
 - 死の現実を受け止め、受け入れる
 - 愛する故人を心の中で身近に感じる
 - 思い出に苦痛なくアクセスできる
 - 罪悪感や後悔あるいは怒りが鎮まる
- 新たな環境への適応
 - 役割移行、依存から自立へ
 - 日常生活の楽しみと満足
 - 人との関わりの広がりと満足
- ★ 悲嘆の背景化 (「統合された悲嘆」)
 - 「ほろ苦い記憶」とそれに伴う感情は消長を続けるが、圧倒されるほどではない

治療プログラムを受けた方の例

実際に治療プログラムを受けられた方の考え方が、どういうふうに変わってくるかということで、一例をお示しいたします。

ご主人を失った方は、こんなふうにお話をされておりました。「日常生活は本当に真っ暗だった。落ち込む気持ちと残された子どもをちゃんと育てなくて、という思いと両方だった。これからのことは子どもたちを育てあげなければという義務感だけで、子育てが終わった後のことなどは何も考えられなかった」。先々のことは考えられなくなるのです。

「直後は夫の後を追いたい気持ち」。いわゆる後追い自殺です。「夫の後を追いたい気持ちもあったが、子どもがいるので同じことはできなかった。でも休みたい、逃げ出したい気持ちで何も手に付かない自分も嫌だった。何もかも嫌で、何でこんなになったのかと落ち込む」。「家の中のことは最低限だけ。子どもたちを朝送り出したら、後はぼんやり。それでも夕方になると子どもたちは帰ってくるので、と思い直して食事の支度をする」。それから「自分は何かを楽しむような気持ちにはとてもなれない」と。これは罪責感とか申し訳なさの感情からなのです。「映画なども子どもたちだけで行かせて、自分は見送るだけだった」といったことをおっしゃっていました。

これが回復された後にどんなふうになるかというと、「私自身がとても変わった。日常生活が回復し、仕事にも行くようになったし、子どもたちと楽しみながら普段の食事の支度も出来るようになりました」。「友達付き合いもだいぶん取り戻せるようになった」と。「時々、こんなことをしていいのかなと思うこともあるが、でも、いいんだ。これも回復のためと思えるようになった」「夫と二人で育ててきた以上に充実して、子どもにもっと楽しい

時間も増やしてあげたいと思えるようになった」「子育てが終わった後もきちんと生きていこうと思う。友達を作ったり本を読んだり人の話を聞いたりして。健康管理に気を付けきちんと生きようという気持ちになっている」というふうに変わってこられるのです。これが統合された悲嘆の姿です。

それを最後にまとめるような言葉ですが、こんなふうにおっしゃっています。「真っ暗な状態から、雲が晴れて明るい部分が増えてきた感じがする。でも、真っ白というわけではない。それは仕方がないと思う。それを抱えたまましていくのだと思う」「今は子どもたちと一緒に映画を楽しむこともできている。ただ、すごく楽しいことをしている時にも、ここに夫がいてくれたら、と寂しい気持ちになることはある」。これがゴールの姿なのです。つまり最初の病的悲嘆、複雑性悲嘆の状態から、統合された通常の悲嘆への変化です。ちょっとした寂しさ、虚しさ、これは極々正常な心理なのです。しかし、それによって圧倒されてしまうことはないというのが回復の姿であります。

そういったようなことをくぐり抜けられた方は、回復するというのはご自分の人生を取り戻すということなのです。自分が主役となる人生を取り戻すということ、その他の方もそこに至ったところで、色々な言葉をいただいております。これはある被害者の方です。「このような体験をしたことは不幸なことだと思いますが、その後さまざまな人に支えていただく幸運に恵まれ、多くのことを自分で乗り越えることができたことは誇りに思います」ということで、自分の誇りというものを取り戻されております。また別の方です。「自分の行動が正しかったのかどうか、今でも分かりませんが、あのときは精一杯やったということは納得できました。これからも正しいことができるかは分かりませんが、できることをするしかないと思えるようになりました」。この方は自分のせいで、自分のお友達が亡くなってしまったのではないかと、自分のせいで犠牲者を出してしまったのではないかと、ということがずっと心に突き刺さっていた方なのですが、色々な道のりを経まして、ここまでご自分で納得することができたということなのです。

それから、また別の方ですが、お子さんを失った方です。「悲しみは消えない。でも距離を持てるようになる。それが今は実感できます。全てのことに前向きというわけではありませんが、息子はもう帰ってこない」。これが受容です。それまでは、「帰って来て欲しい、帰って来て欲しい」ということで、もがき続けていた方ですが、今やっと「もう息子は帰ってこないんだ」と「でも私は生

きていていいんだ、といったような気持ちに思える」と。「それは自分にとってはものすごい進歩だと思えます」、といったようなお言葉をいただきました。

これはまた別の方ですが、ご主人を失われた方です。「残された子どもを育て上げたら、それで自分の人生は終わりと思っていました。でも今は、最後まで笑って過ごせるような人生でありたいと思っています」といったようなお言葉をいただいております。それぞれ回復をされた方のお言葉でありまして、ここに共通をしているのは、自分が主役となる人生を取り戻されているということなのです。トラウマと喪失の中でずっともがいてこられた方ですけれども、最終的にはそういったようなゴールにたどり着いておられます。

トラウマと喪失を回復させる力

トラウマと喪失、回復する力とは何かと、これまでの話をちょっとまとめさせていただきます。その前に、陸前高田の有名な残された一本松は、かつて7万本あったそうです。それは見事な松林だったのですが、7万本のうち助かったのはこの1本だけ。ただし、ゼロではなかったのです。この1本が今は地元の被災者の方にとっては希望の象徴になっております。二つほど回復する力のポイントを挙げさせていただきます。

一つは、心の自由ということです。そのトラウマの記憶に振り回されていた状態から、その記憶を、もちろん思い出して考えることもできる。だけど、しまっておくこともできるといったような心の自由です。いつも、その記憶にとらわれてしまうのではなく、そういったような自由を持っていただくことです。二つ目は、回復というのは以前の自分に帰ることではなくて、新たな自分を育てることです。自分が主役となるような新たな自分を育む道のり、そこに向かっていただくということです。この2つのポイントが、おそらく回復する力としての大きなところではないかというように考えております。

もちろん、もう一つ大事なことは周りの人からの支えです。それは、周りの人からのサポートというものが、回復に大きな力を発揮するというので、もう色々な形でわかっております。傷ついた人に寄り添っていただく、付き添っていただく、お説教するよりもとにかくその話に耳を傾けていただく。それから、時間はどんどん過ぎて行きます。しかし、傷を受けた中心にいる人は、そう簡単には脱却はできない。いつまで経ってもまだいろんな思いがある。周りの人はどんどん過去のことになっていくといったようなことで、温度差が出てきます。この、

ご本人と周りの人との温度差というのをも理解して接していただくこと。それから、その人の回復のペースに合わせて、ちょっと背中を押してあげる。あるいは、勇気付けてあげるということ。これが周りの人からのサポートとして大きな力を発揮するということ。これもよく知られていることでもあります。長くなりましたけれども、ご清聴ありがとうございました。

トラウマと喪失 回復する力とは何か

- 思い出して考える「心の自由」と、しまっておける「心の自由」の持ち合わせ
- 以前の自分に帰ることではなく、新たな自分を育む道のり

子どもたちの震災体験

都立多摩小児総合医療センター副院長 田 中 哲



みなさん、こんにちは。田中でございます。今回はお招きいただいて本当にありがとうございました。また、飛鳥井先生と同じ壇に上ることができるというのは、私にとって望外の光栄に存じているところであります。

私は今、小児総合医療センターというところで副院長をしていますが、臨床の中心が子どもの虐待ですとか発達障害ですとか、わりあいと話題になりやすいところなので、人前でお話をするという機会は最近だいぶ多くなってきたのですけれども、今回、「子どもたちの震災体験」というお話をしようと思って準備を始めて、実はこんなに準備で考えこんだことはなかったのです。それはどうしてか、ということから、お話するのが良いかと思えます。

先程の飛鳥井先生のお話の中でも少し触れていただきましたけれども、小児総合医療センターから、こころの支援、ケアチームとして被災地に継続派遣をしています。小児総合医療センターは、去年できたばかりの子どものための総合病院で、都立の大きい子ども病院3つが一緒になった病院です。そのうちの一つが、私が元いた梅ヶ丘病院という、子どもの精神科の単科病院としては、日本で一番多く病床を持っていた病院でした。それがそっくりそのセンターの中に入ったので、多分、日本で一番児童精神科医が多くいるということは自分たちでも感じていました。

そのセンターが出来てちょうど一年目ぐらいに今回の震災があったわけです。東京はDMAT（災害派遣医療チーム、Disaster Medical Assistance Team）等があったりして、現地の救命に大活躍をするわけです。やはり、

私たちも、被災地の子どもの心のために、絶対に何かすべきだろうということを考えました。私が精神科医で副院長をしていましたので、「現地入りさせて欲しい」とずいぶん動いたんです。はじめは「子どものことは、ちょっと今は考えにないから」となかなか形にならなかったのですけれども、やがてそれが心のケアチームの一員として参加させてもらうという形で現地に入れてもらったわけです。その形が、かれこれもう半年以上続いていますけれども、その中でずいぶんいろんなことを考えてしまったんです。もちろん我々も、震災だけではなく、子どものトラウマとかPTSD、あるいは悲嘆反応みたいなものに出会うことはあるので、自分たちが行けば何か手伝えることがあるだろうと思って行くわけです。現地のスタッフの方たちと一緒に、何とか支援活動をしたいと思うわけですが、いろんな意味で、私たちが想像していたものとだいぶ勝手が違うのです。それをどこかでちゃんとまとめて「何が起こったのだろう」ということを咀嚼吟味しておかないと、今後、同じようなことがどこかでまたあっても、この経験を活かせないと思っています。

こころのケアチーム、ケア活動については、先ほど飛鳥井先生の話にもありましたけれども、随分形になってきたところです。ただ、その何分の一も子どもの心のためには向けられていないのです。それだけでなく、子どもの心は震災という体験の中でどんなふうになっていくかということは、まだおそらく誰もよくわかっていない。いかにわかっていないかを今回思い知らされてしまったのです。自分たちがわかっていたつもりでいたことは、実態の十分の一でもなかったという思いがして、そのことを正直にお話するとともに、皆さんとその悩みの一部を共有しながら、これから後の今の被災地の、あるいは、ないといいのですが、きっとある新たな災害のときの子どもの心のケアについて一緒に考えていただければと思います。

被災地派遣

飛鳥井先生のお話にもありましたように、私たちは、東京都の『こころのケアチーム』とともに、被災地の支援として、陸前高田市へ入りました。陸前高田市の人口は当時で2万4千ぐらいあったのですが、行方不明を含めると2千何百人という方が亡くなっています。私と飛鳥井先生が一緒に行ったのは5月の初旬。震災がってから二月弱だったのですが、町の中心部が海岸の平地にあったために、そっくりそのままなくなっていて、その中に辛うじて大きい建物、市役所の跡などが、抜け殻のように残っている光景を目のあたりにしました。象徴的だと思ったのが公立の唯一の大きい総合病院である高田病院で、周りは更地のようになっている。市役所は4階まで水に浸かって、その中の人々が全部持って行かれていますので、行政機能が皆無なんです。我々も含めて、いろんなボランティアの人とかが外部から入るけれども、どこへ行って何をしたらいいのかを、誰に聞いたらいいのかということすら、わからないような状況でした。高田一中に、市役所の仮庁舎みたいなものがあって、連絡をとるのですが、市の職員でも三分の一近くの方が亡くなっていますので、ほとんど行政的にはマヒ状態です。そういう中で支援が始まるという状況でした。

当初は5日インターバルで、途切れなく支援のチームを送るということをしていまして、それが7月まで3か月続きました。7月以降、大人のケアチームから独立しまして、子どものためだけのケアチームを作って動くことになりました。15人ぐらいの医師でグループを作って、その中から繰り返し交代で派遣するのですけれども、次第に自分たちの病院の方の医療がだんだん厳しくなってきたわけです。そこで、週末だけ行こうという形で、7月以降、現在まで続けています。私も3回ほど行っているんですけど、そのときに拠点になってくれたのが大船渡の児童施設『大洋会』という色々な施設を複合してもっているところで、その児童家庭支援センターに入るという形になりました。

そのスタッフというのは、4月当初から私たちの水先案内人みたいなことをやってくれたんですけども、大変に優秀な方々でした。元々あった個別の住居のほとんど必要なことを全部押さえていて、私たちがどこに行きたいというと、私たちを案内してくれます。それより大きかったのが、我々が訪問しに行っても、方言もあってろくに口がきけないし、それ以上に避難所なんか「こころのケアチームが来ました」と言っても、「あ、どうぞ、

どうぞ」と言っても上げてはくれないわけです。上げてくれたとしても、そこでいきなり「実はこんな辛いことがあるんです」なんて、口を開いてくれるはずがないのです。まして、我々がやろうとしている子どもの作業なんというのは、「この家の子どもがまいつているみたいだ」という情報で訪問にいっても、どこから手をつけていいかわからない。何と言って子どもに話しかけていいかわからない。そういうところから始まるわけです。そういう状況の中で、子どもへの話し掛け方から知っていて、現地の子どもたちと方言で渡り合うことができる人たちと、いつも一緒に動けたというのは非常に心強かったです。このことは後でもう少しお話をしたいと思います。

私たちはこの被災地支援と並行して、もう一つの支援活動、電話相談をやってきました。毎日行くわけにはいなくなるだろうということが見えてきた段階で、東京にいながら何か支援ができないかということを考えました。それでフリーダイヤルを1本引いて、スタッフを一人つけて、現地のチームに広報もさせて、被災3県の精神保健医療センターにお願いをして広報をしてもらって、電話相談を9月ぐらいまで続けていました。その中でかなり深刻なお話ですとか、これは何とかして医療につなげなければ、という方の声を随分聞くこともできたわけですが、意外だったことは、僕らは一生懸命岩手に行って、広報に努めるわけですが、岩手からの電話相談というのはほとんど来ないのです。来るのは主に福島であったり宮城であったりでした。何でこういうことになったんだろうということを、随分考えました。未だにわからないんです。ただ、現地でいろいろやっている、「ああ、こういうことなのかな」と思うことも見えてきました。

一被災地の子どもたち一

震災の直後から、避難所の子どもたちは結構みんな明るくて、「子どもたちの元気な姿に救われます」みたいな報道が飛び込んできたと思うのです。僕らが避難所を回ったときも、子どもたちは相変わらず元気そうに遊んでいました。でも、時々、怖くてトイレに行けなくなってしまった子どもとか、がれきのそばを通ると泣き出しちゃう子どもとかというのが現れてきて、僕らのところに相談に来るわけです。そういう子どもを診ると、やはりストレス反応が出ていたり、ちょっとPTSDっぽくなっていたりする。「これはいったいどういうことだろう、子どもたちの元気さって何だろう」と思うようになってきました。そこで何人か子どもに話を聞き、一緒に派遣に行った仲間たちの話を聞くと、東北の子どもたちだからなのでしょう、すごく我慢強い。驚いたことに、

「自分たちが元気をなくしていたら、大人たちは元気がなくなっちゃう」、自分たちがそういう役割なんだ、ということを知っているようなのです。

例えば、ある子どもが、がれきのそばにいくと固まってしまうので、お母さんが「先生、何かあるらしい」と言って連れてくるのですけれども、子どもは「何でもない」と言うんです。「ちょっとびっくりしちゃっただけで、何でもないから」と、決して自分が困っているとは言わないのです。たまたま、その子がそうなのかなと思うと、私と交代で現地を訪問するスタッフたちも「東北の子どもたちって我慢強いよね」「なかなか症状を口にしないものね」ということを異口同音に言うのです。それをどう考えるか。これが一つの私たちの宿題になってまいりました。

—東北文化の“懐の深さ”—

もう一つ、東北の文化を思い知らされたことがあります。ある避難所で、まったく未治療の統合失調症の方が避難しているらしいということがわかったのです。親族の人から、「うちの〇〇は避難所にいるらしい。前から統合失調症と診断されているのだけれど、本人が治療を嫌ってしまい、今は全然病院に行っていない。きっと、ああいう大勢の中の避難所に行ったら、人に迷惑をかけているに違いないから」という連絡が来ました。これはなかなか難しい事案で、プライバシーの問題もありますし、避難所はある種の自治組織のようになっていますので、我々が勝手に踏み込んで行くわけにもいかなのです。それとなく情報を取ってみると、ちゃんと生活しているんです。ましてや、避難所に来る前のコミュニティの中では、その人は別に誰からも強制的に病院に連れて行かれてもいないのです。これは多分、東京ではあり得ない。その人は、やはり、ちょっと妄想っぽいことを言っていたり、被害的になっていたりするのです。そういう人が、コミュニティの中だったらまだわかりますが、避難所の中でも暮らせてしまうような、ある種の懐の深さがあるのです。それを「変だ。誰か何とかしてよ」というふうにならないで、うまくコミュニティの中で吸収してしまおうとする文化があるのだろうなということを思いました。

—子どものサバイバーズ・ギルト—

それから、サバイバーズ・ギルトといって、「自分だけが助かり誰も助けられなくて申し訳ない」といった感情が子どもにもあるのだろうと思っていたのですが、そのことを主訴にしてやってくる子どもにはなかなかお目にかかれませんか。これも「どういうことなのかな」というふうに僕は考えていました。僕がそこで会った症例を

少しモディファイしてご紹介します。

高校生の女の子なのですが、急に涙が止まらなくなるという主訴です。町中の平地の、まさに波がかぶるところの高校に行っていた方で、今や帰ろうと学校を出たときに地震が来て、津波で危ないということになったのです。友達と一緒に、とにかく少し高いところのグラウンドに逃げて、それで全く無事だったんですけれども、家はその高校から歩いて10分ぐらいのところにある。その時は家には誰もいなくて、人的な被害はなかったんです。ただ、その家には猫が4匹と犬が1匹いて、一家を挙げてかわいがっていた。彼女は、「あのときに自分がちょっと機転を利かせて、家に帰って猫と犬を連れてくれば、みんな助かったのではないか」と思う。実際には、結構微妙なタイミングで逃げ切れているので、そこに行っていたら、明らかに危なかったのです。もちろん、その当時はそんなことを知る由もないので、グラウンドに逃げて、直後に波が押し寄せて来て、生活をみんな飲み込んでいく有様を高台の上から見てしまったわけです。後から家に行ってみると、もう本当に跡形もない。もちろん、犬や猫の姿は全く残っていない。そういう経験をします。その後、避難所にも連れてこられた犬とか猫がいるわけで、そういう犬や猫に触ったり、余震のたびに全館放送があり、それを聞くと急に涙が止まらなくなる。それで、お母さんが連れてきてくださって、すぐに話を聞いてみると、彼女は、「犬とか猫を助けられなかった。代わりに自分が生き延びちゃったのはどうしてだろう？」と言うのです。何かちょっと変な感じもしますが、そういう意味での生き延びた後ろめたさ、助けられなかった後ろめたさなのです。

今回、岩手で初めてサバイバーズ・ギルトの子どもに会ったなと思っていたのですが、ただ、この子に関しては追加のエピソードがあるのです。よく聞くと、この子は避難所の中でリストカットをやっていたのです。それはどうしてかというと、さっきの話で「何で自分一人が生きているのだろう、自分が生きていてどういう意味があるのだろう」になってしまうとリストカットをやってしまう。「生きていてもしょうがない」みたいに思う子どもたちと、私は日常的によく付き合っていたので、今度はちょっと方向を切りかえて、そういう面接になっていくわけです。そうしますと、また色々そこでわかってきたことがある。細かい事情まではお話ができませんが、再婚家庭で、連れ子のごきょうだいとうまくいかなかったり、小さい頃に親戚をたらい回しにされたりして、実はこの子ども自身の幼児期のケアが足りなかったのだろうなということがよくわかったのです。トラウマにし

ろ、PTSDにしる、サバイバーズ・ギルトにしる、同じ経験をしてもみんながみんな起こすわけではありません。どうしてあの子には起こらなくて、この子には起こるのだろう。それはある種、生きることへの抵抗力だとか切りかえの上手さだとか、ストレス反応に個人差があるのだろうというふうに思わざるを得ないのですが、子どもの場合は、どういふに養育をされてきたか、つまり家族によるケアの元々あった問題というものが結構大きいのではないかと思います。

例えば、発達障害の子どもたちも、もちろん被災をするわけですが、そういう子どもたちが、その後、調子が良くなってやって来ます。やはり被災に関連したパニックとか、フラッシュバックみたいなものって、健康な子どもよりもそういう子どものほうが強く出やすい傾向がどうしてもあります。元々、自閉傾向のある子どもというのは、フラッシュバックを起こしやすいでしょう。そういう子どもが日常を根こそぎ持っていかれて、いつもと違うところで暮らさなきゃいけないとき、より大きなストレスがかかります。子どものストレス反応は、急性のものはかなり健康度の高い人でも起こってくるけれども、援助活動を半年くらい続けてみると、だんだん、僕らのところに来る子どもたちが、発達障害の子どもとか、元々何か家庭に問題があった子どもとかに偏ってくるのです。そうすると、元々持っている子どもの脆弱性、発達上のアンバランスなどが、災害の中でさらに浮き彫りにされてくる。そういう中で、適応しづらさが見えてくるのが非常に多いのだろうと思わざるを得なかったわけです。

一ここまでの支援を可能にしてきたもの一

話題を少し違うほうに転じます。ここまで私たちの支援を可能にしてきてくれたものを考えますと、さきにご紹介した地元の児童福祉施設の人たちの力が非常に大きかったわけですが、そうした人たちと一緒に関わってきたここまでの傾向を、もう一回整理をしてみますと、実はこんなことがいえます。

はじめの数カ月、毎日行っていた時は、先ほどお話したような急性のストレス反応の子どもたちが主だったわけですが、週末ごとに行くようになると、またちょっと傾向が変わってきます。一つは、今お話したような、元々何かの発達の、家庭的な問題を持った子どもです。

もう一つの問題が、そこで出てきました。9月からの新学期が始まるという時期に、だいたい仮設住宅も完備してきて、現地の人たちにとっては、新しい生活をここから始めなきゃいけなくなります。そうした中で、震災の

孤児、養育ができなくなってしまった子どもたちというのは結構いっぱいいるはずでしょう。行政のほうも、そういう子どもに対するケアが必要だといって、施設と一緒に動き始めたのですが、岩手では震災の孤児で養護施設に行かなければいけない子どもは、ほとんど出なかったのです。これはどういうことかと言いますと、ほとんどが親族里親みたいな形で、おじいちゃん、おばあちゃんなど、親戚のところに引き取られている。親族も当てにならないと、知り合いの家で見てもらったりして、公的な養護施設などを使わずにすんでいたわけです。

夏休みを過ぎてくる8月、ちょうど4～5カ月から半年を過ぎたあたりで、そういう家庭での問題というのが色々起こってきます。つまり、行方不明の親族を探したり、避難所でばたばたしていたら、「うちに来たらいいよ」みたいな動きがわりと盛んなときは、ほとんど問題が起こらないのです。先ほど言ったように、「自分たちがしっかりしないと大人が迷惑する」と思って、子どもたちはすごく我慢しているのですけれども、気が付いてみると、全く違う地域での、違う生活が始まっている。

東北はすごくコミュニティの懐が深いという話をしましたが、懐が深い代わりにテリトリーがすごく狭いのです。だから、あるコミュニティの中でだと、すごく受容の度合いが高いのですが、震災でそのコミュニティが壊れて、村がそっくり避難所としてどこかへ移ったり、そういう中からピックアップされた子どもたちが海岸から内陸の町に引っ越して行く。そこで、一つ違うコミュニティに行くと、文化が全然違うのです。だから、例えば、何か事が起こると村中総出で何かに取りかかるコミュニティがあったかと思うと、一つ村が離れると、全然そういうことにタッチしない村があったりする。そういう違う文化の寄り集まりであるあの地域というのが、震災でシャッフルされてしまった。そうすると、異文化が混ざってしまったことでの不適応問題が起こってきたのです。

そこで改めて、子どもたちの不登校・不適応問題、新しい学校での転校生いじめだとかいう問題が、続々と出てきた時期がありました。大人の心の問題の発生と随分とタイムラグもありますし、パターンも違うのです。

一今後のケアの展望一

そうしますと、そのような問題も含めた今後のケアの展望を、僕らも立てなきゃいけないということになりました。病院としても、管理職としての立場としても、そういつまでも支援を続けていくわけにはいけないのです。1年が限度だろうと言ってきたのですが、今お話したような問題というのは、1年ぐらいじゃ決着が付かな

いのです。そうすると、そこから先のこころの支援はどう続けたいかということを、僕らはまともに考えなければいけないことになってきました。

自分たちがやれることをやって、地元の医療機関なり専門機関につなぐというのが、我々、外から行ったケアチームのやり方の基本です。大人のこころのケアチームは、地元の診療所なり精神科の病院が立ち直って診療ができるのを待って、そこにつなぐという形でだんだん収束をしていくのですけれども、困ったことに、東北の南部には、元々児童精神科医療が全くといってよいほどないのです。つまり、つなごうと思っても、つなぐ先がないのです。これはわかっていたことなのですが、半年、1年たってもなかなか心の問題が解消していなかったり、むしろそこから大変な時期だということがわかってきて、そういうことを、今考えなければいけないというのが、今の子どもたちのこころのケアの現状なのです。

支援から学ぶ

災害ですので、想像していないことの中に入っていった、何が必要かということを学びながら、今後につなげていくのが我々の役目だと思います。ここから何を学んで、新しい今後の支援に役立てていくのか。あるいは、今度の震災に相当するような災害が、またどこかであるかもしれない。その時、きっと、コミュニティの状況だとか医療資源のこと、何か全然違うはずなのです。それをどう考えて、どういうシステムを組み立てていったらいいかということを、私たちがちゃんとここで把握をして、残していかなければいけないのだろうと、強く考えさせられました。ここには次のような課題があると思われる。

一浮かび上がる問題だけを追っていて果たして十分なのか

一つは、浮かび上がる問題だけを追っていて、本当に十分なのかということです。

我々のケアは、基本的に困った人を見つけて、その人に届いていこうという作業ですが、今の東北のように、本当に困った子どもがなかなか困ったというサインを出せない文化があったり、でもそれをコミュニティの中で吸収してバランスをとってきた歴史がある。ただ、今回はそこに本当に桁外れの災害が起こった。きっと、これは子どもの心の中に何か残すわけです。子どもは、その経験を自分の中でちゃんと過去のことにする作業をしなかったら、ずっと先に必ず何か起こるに違いない。浮かび上がる問題だけを追っていたら、僕らが気付かないと

ころで、それは起こってってしまうのではないか。どうしたら、私たちが、もっと子どもの中に入っていった、ケアをしてあげられるのだろうかという問題です。

一災害に際しての心の態度への「土地柄」とも言える精神的風土の影響一

もう一つは、特に東北は強いのかもしれませんが、災害に対しての心の態度の中に、土地柄ともいえるような精神的風土の影響というのが、きっとある。そこに何もわからないよそ者がどーっと押し寄せて来て、「ケアだよ」といっても、ケアにならない可能性があります。ただ、やって欲しいことはいっぱいあるので、それを無駄にしないためにも、この問題をどうするのか。今回、我々は非常に幸いなことに地元の養護施設の人と一緒に仕事をする事ができたので、その問題はかなり少なくできたのですが、いつもそうとは限らない。本当に知らないところで、違う文化の中でのケアを、我々が作り上げていかなければいけないかもしれない、そのノウハウは何もないのです。風土の問題を越えて、浮かび上がってこない子どもたちの深層にある受傷の問題に迫っていくのは可能なのか、必要なのか。それをやるのに、特に子どもの問題について、今のこころのケアチームみたいな「何か困ったことはありませんか」というアプローチで本当に十分なのか、といったことについて考えなければいけないだろうと思いました。

これからのケアを考える

一今後起こりうる災害のために一

これからのケアというのは、もちろん、今、東北で起こっている子どもたちの今後を、これから1年、2年というスパンで考えて、何かの形で支援を続けていかなければいけないのだろうと思います。それだけ深い傷を東北の子どもたちは負っていますし、それは無視できないと思うのです。それだけではなくて、まさに今、僕らは



東北という場を借りて、今後、どこで起こるかわからない災害のシミュレーションをやらせてもらっているという気がすごくするのです。そういう時に、あんまり問題をワッと出しはしない子どもたちに、我々大人はどんなことをしてあげたらいいのだろう。やはり、子どもの心がちゃんと復興してくれないと、日本の将来がとても暗いわけです。その子どもに将来を任せていかなきゃいけないのですから。

一子どもと保護者への基本的なアプローチ

テレビを付けると津波と原発の映像しか流れていなかった時期が何週間かあって、あの映像が目には焼きつぐぐらいに子どもたちは観ているのです。だから、東北の子どもたちだけではなくて、日本中の子どもたちが何を感じているのかということは、どこかでアセスメントしておかなければいけないのではないかという気がしています。それまで「絶対に大丈夫だよ」と言われていたものが信用できないと思ってしまっている子どもも、結構いるかもしれないからです。人間は、こんなにあっさり大量に死んでしまうのか。絵だけ見てみると、波がザーッと流れていたり、地震で崩れていたり、原発が爆発したりというのは、不謹慎なことを承知で言えば痛快ですらあるのですが、そこにいろんな人の生活や思いがあると考えると、とても痛快などとは言えない。だから、「おもしれー」とか「すげー」とか思いながら津波の映像を観ていた子どもが、それこそ今から5年後、10年後になって、「そういえば、あのときあんな映像を観ちゃった。あのとき、『おもしれー』とか『すげー』とか言っちゃったよ」という自分を感じてしまうかもしれないのです。そういう子どもが今後、どうやって日本を作っていくのだろうか。私たちは彼らにどんなケアをしなきゃいけないのだろうかということは、私たちの宿題だと思いますし、被災した子どもと保護者への基本的なアプローチが、本当に今のままで十分なのかということはすごく疑問なのです。

一では、何が可能か……

そんなことを思っていると、「じゃあ、一体、今、我々に何ができるのだろうか」ということをつい考えてしまいます。実は、私の頭がぐたびれ果てて、そこは今日みんなと一緒に話せばいいかなと思ったのですが、一つ考えなければいけないのは、今回みたいに行政が麻痺しても機能できるシステムって何だろうと。東京のこのチームが入ったときに、陸前高田も、岩手県全部も、行政が「どこに入ってください」「どうしてください」と、把握も指示も全然できなかった。命令が出せなかったのです。東北全体がそういう状況だったと思います。

一できる限り広汎な連携一

それでも、やはりこころのケアというのは始めなきゃいけないし、続けなきゃいけないのです。でも、自律的にみんながみんなやり始めると大混乱が起こります。連携というのは本当に難しいと、今回の作業でもすごく思いました。先ほど飛鳥井先生のこころのケアチームは多職種でという話をしていましたけれども、専門性が広ければ広いだけ、やれることは大きくなるのです。ただ、本当の意味で連携をとってやるということは、それぞれのテリトリーで、それぞれやりたいことがありますから、すごく難しい。正直なことを言いますと、我々が今回やって一番連携が難しかったのが、学校だったのです。学校は学校のやり方があって、その内容とか結果を、一切、我々のほうに教えてもらえませんでした。「一緒にやりましょう」と言っても、手が組めなかったのです。別に教育を悪く言う気は全然ありませんし、教育のほうでも一生懸命やってくださった結果がそうだったと思うのですけれども、中枢が麻痺してしますと、そのくらい現場では連携が難しい。やはり、はじめから広い連携の中でじゃないと子どもにとって意味がないのです。

一復旧後すぐに現地の人々が目の前の子どもに対して使えるプログラム一

それから、思いのほかニーズが高くて、僕らに求められたのは、学童クラブや保育所の人たちから、「震災を見ちゃった子どもが来るんだけど、どう話したら、どう聞いたらいいか」ということでした。つまり、そういう衝撃的な体験をした子どもたちを、日常的に保育所なんかで預かりをする人たちは、保育の専門家であっても、トラウマワークの専門家では全然ないわけです。子どもたちにどれだけのことを聞いていいのか。「お母さん大丈夫なの？」とか聞いてもいいのか、いけないのか。「津波ごっこしよう」とか言ってくる子もいる。それを受けていいのか、いけないのかというようなことで、結構頻回に、保育所や学童クラブに呼ばれて、うちのスタッフたちがお話をした経験があります。

これから子どもたちへのケアを考えると、遊びとか日常の中で、いろんな未消化なトラウマがうごめいていることを一番知っているのは、実は保育士さんや先生たちなのです。その人たちが、早くケアができるような体制やプログラムを考えていくべきなんじゃないだろうか、と、すごく強く思ったのです。

というところで、一応、私のお話をここまでにして、「じゃあ、これをどうしようか」というあたりを、できたら皆さんと一緒に考えていくことができればと思います。ご清聴ありがとうございました。



第2部ディスカッション「傷ついた心のケアのために」の様子

心理教育相談室のご案内

● 1. 東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室とは ●

心理教育相談室は心理的な問題への援助に携わろうとする大学院生の実践的な研修の場として設置された、本研究科附属の相談機関です。相談は、東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コースに所属する大学院生、研究員、臨床相談員が担当します。当相談室で相談業務にあたる者は全員、臨床心理学の専門教育訓練を受け、実際の相談業務の他に、毎週開かれる心理検査や心理療法などに関する研究会や事例検討会に参加し、能力・知識向上のために日々研鑽を積んでいます。また、大学院生については、教育相談機関や精神保健相談機関、医療機関の臨床心理士などの専門職、あるいは臨床心理学的な実践的研究者を目指して研修を受けている者で、一定以上の技能を修得したことが認められている者が、経験豊富なスーパーバイザーの指導を受けながら、実際の相談に当たります。

● 2. 相談内容 ●

次のような問題でお困りの方のご相談を受け付けています。ご本人だけでなく、保護者の方、学校の先生方のご相談も受け付けています。

- ・漠然とした不安感や無気力、落ち込みなどの心理状態を改善したい
- ・自分自身のことをもっとよく理解したい
- ・人前で緊張する、過ぎてしまったことをくよくよ考えるなど、性格的なことを何とかしたい
- ・友人や職場の同僚との人間関係上の問題を相談したい
- ・家族関係について考えたい
- ・親として子どもにどう対応してよいか困っている
- ・学校に行かない、行けない
- ・言葉が遅い、多動、集中困難であるなど、発達的な心配がある
- ・チック、夜尿など気になる行動が見られる
- ・反抗・暴力・盗みなどの問題行動がある etc.

● 3. 相談の種類と料金 ●

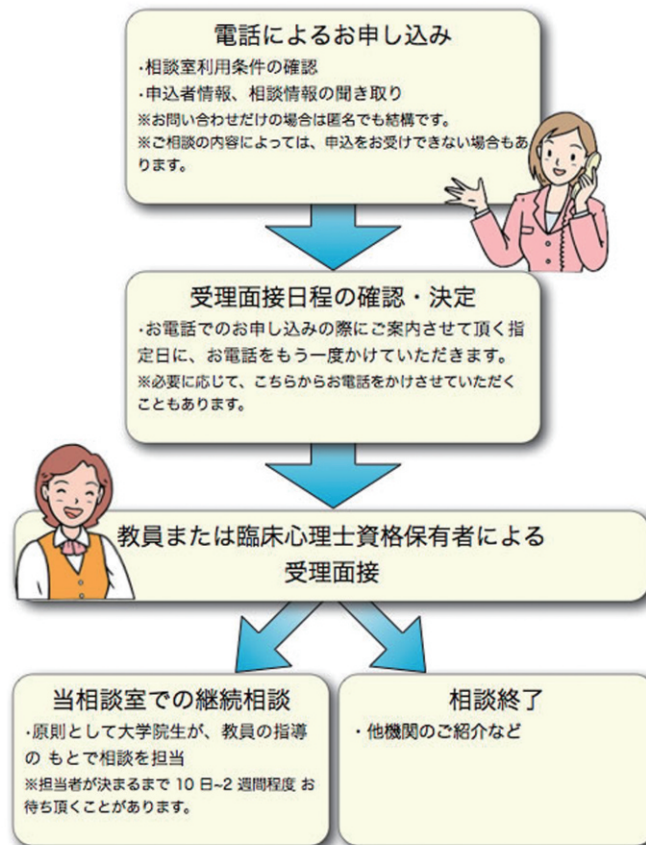
- 初回のご相談の場合 受理面接2,000円
- ご自身のことについてのご相談の場合 カウンセリング2,000円
- お子さんにプレイセラピー（遊戯療法）を行う場合 プレイセラピー（遊戯療法）2,000円
- お子さんの問題について、保護者の方からのご相談の場合 保護者面接1,000円
- ご家族がいらしてファミリー・セラピーをご希望の場合
ファミリー・セラピーのための家族面接.....3,000円
- 教師など、専門職の方がコンサルテーションをご希望の場合 コンサルテーション.....3,500円
- 心理検査や発達検査をご希望の場合 検査面接.....2,000円

※2012年6月現在です。医療機関ではありませんので、健康保険などの適用はできません。

※検査面接のみの実施は受け付けておりません。

● 4 . 相談申込の流れ●

当相談室における相談申込の流れは下記の通りです。相談は予約制をとっています。まずは電話で申し込み、後日担当者と日時を調整します。詳細については、03-3818-0439にお電話もしくは<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>を参照してください。



● 5 . 設備●

面接室 5 部屋

プレイルーム 2 部屋

待合室

スタッフルーム、ミーティングルームなど



2011年度 活動報告

1. 全般的動向

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室では、研究および大学院生の研修の一環として、臨床活動が行われている。本相談室は、1957年（昭和32年）に開設され、1983年（昭和58年）に心理臨床の教育・研究のための特別施設として、有料の相談活動が認められ、相談室運営のために予算措置（相談料金収入に基づく）が講じられるようになった。相談室の関係規則としては、「東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室規則」、「同研究科心理教育相談室運営委員会内規」、「同研究科心理教育相談室内規」がある。実習施設としては、本郷地区弥生キャンパスの総合研究棟3階に、面接室5室、プレイルーム2室、待合室兼事務室1室、相談準備室1室を備えている。また、相談室と隣接して、カンファレンスや演習等に使用する演習室と資料室がある。

本相談室には、幼年期から老年期に至るまで、発達障害、不登校、非行、対人関係や心理的な問題等を抱えた方が来談している。2011年度の相談件数等については、次ページ以降の表に示した。

相談にあたるスタッフは、教育学研究科臨床心理学コースの教員（臨床心理スーパーヴァイザー）、臨床心理学コースの大学院生（相談員）、そして臨床心理士の資格を有し、臨床心理面接の指導を委託された臨床相談員である。2011年度は、中釜洋子教授を相談室室長とし、下山晴彦教授、能智正博准教授、高橋美保准教授、石丸径一郎専任講師（2011年9月1日より）、中嶋義文客員教授（本務：三井記念病院精神科部長）が臨床心理スーパーヴァイザーとして指導に当たった。本学専任の臨床心理スーパーヴァイザーは、月2回の教員会議を開き、相談室運営・指導にかかわる事項について検討した。また、芳川玲子先生（本務：東海大学文学部教授）、北島歩美先生（本務：日本女子大学カウンセリングセンター准教授）、瀧井有美子先生（本務：情緒障害児短期治療施設横浜いずみ学園主任セラピスト）、相澤直子先生（東京工業大学保健管理センターカウンセラー）、松澤広和先生（慶成会老年学研究所所長）、松丸未来先生（東京都スクールカウンセラー）が臨床相談員として、相談員のスーパーヴァイズや心理面接を担当した。また、1名の相談補佐員が電話取り次ぎなどの事務業務を担当した。相談員は修士課程26名、博士課程24名からなり、心理相談活動および相談室運営を行った。

2. 相談活動状況

表1に、過去3年間の新規来談申し込み件数を示す。2011年度の新規申し込み件数は151件であり、ほぼ例年並みと言える。過去数年続いてきた増加傾向は一段落している。

表2に、過去3年間の新規申込者年齢別・男女別件数を示す。大まかな傾向としては昨年度の件数と大きな差は見られない。例年は、未成年では男子からの相談が多かったが、2011年度は、年齢層を問わず、女性からの相談件数の方が、男性からのものを上回っている。

表3は、2011年度の新規来談者年齢別・男女別相談内容である。子どもの強迫性障害のためのプログラムを実施しているため、未成年では強迫性障害の相談が多くなっている。成人については、男性ではほとんど見られないものの、女性では家族・夫婦関係の相談がもっとも多くなっている。

表4に、新規来談者来談経路を示す。ここ数年はインターネットを見ての直接来談が多い傾向がみられたが、2011年度も依然としてその傾向が見られる。また、各種機関からの紹介としては、医療機関からの紹介が最も多い。個人の紹介の中では、当相談室関係者からの紹介が、知人・家族からを上回った。

表5に、新規来談者居住区域を示す。傾向としてはこれまでと変化はなく、東京都在住の来談者がほとんどを占めている。

表6には、過去3年間の面接延べ回数を示す。本年度は、昨年、一昨年よりも、延べでの面接回数は減っている。電話による相談申し込みがあったものの、受付面接にいらなかったケースが41件とかなりあったことが一因と考えられる。面接種別で見ると、プレイセラピーの回数が、本年度は減少している。2011年3月の東日本大震災の後しばらく、子どもを通わせることを控えたケースがあったこととの関係が考えられる。

3. 研修活動

毎週火曜日の1限・2限の授業時間にカンファレンス（事例検討会）が行われた。2011年度のカンファレンスは、多様な関心領域や研究分野をもつ大学院生に、より効果的な臨床研修の場を提供する目的で、例年同様以下の3つの形態から実施された。

1つ目は、各ゼミ別の個別カンファレンスであり、隔週で月に2回行われた。このカンファレンスの目的は、学生がそれぞれの指導教員の専門とする視点や技法を学ぶことである。2つ目は、さまざまなゼミや学年からなる混成グループによる合同カンファレンスであり、月1回実施された。4つのグループが編成され、各教員はローテーションで各グループに参加した。大学院生がすべての教員によるカンファレンスに参加できるように設計されている。3つ目は、月に1回行われる初期事例カンファレンスであり、当相談室で新たに受理したケースについて、報告がなされた。このカンファレンスの目的は、心理臨床面接の核である面接初期の見立てや、相談室に申し込まれたケースの概要や全体的な傾向を、大学院生と教員が共有することである。このようにさまざまな形態からなるカンファレンスを行うことによって、偏りのない研修を可能にし、優れた臨床心理学的研究者および実践家の育成を目指している。

4. その他の活動

その他、いくつかの教育啓発活動を行った。まず夏学期の教育学部の講義として「心理教育相談（カウンセリング）入門」を開講し、心理教育相談室の運営に関わる5名の専任スタッフがオムニバス形式で授業を行った。授業の目的は、心理教育相談室で実施している心理療法やカウンセリングを中心に、臨床心理活動に関わる理論と実際を紹介して、相談室活動を学生に広く知ってもらうことであった。

また、2011年9月には、「心理教育相談室年報第6号」を発行し、当相談室の待合室に設置し来談者が自由に読めるようにするとともに、近隣の大学の相談室や地域の相談機関等に配布した。

さらに、2011年11月20日(日)には、「トラウマと喪失～傷ついた心のケアのために～」というテーマで第7回公開講座を行った。詳細は、本誌の「公開講座の記録」のセクションをご覧ください。

表1 新規来談申し込み件数

	2009年度	2010年度	2011年度
4月	25	26	14
5月	12	10	10
6月	13	19	14
7月	18	9	12
8月	12	10	11
9月	11	12	13
10月	9	18	16
11月	11	11	16
12月	10	4	6
1月	10	12	13
2月	15	14	13
3月	13	1	13
合計	159	146	151

表 2 新規申込者年齢別・男女別件数

	2009年度									2010年度									2011年度									
	男子				女子				計	男子				女子				計	男子				女子				計	
	本人	親	並行	家族	本人	親	並行	家族		本人	親	並行	家族	本人	親	並行	家族		本人	親	並行	家族	本人	親	並行	家族		
就学前児	0	2	6	0	0	0	1	0	9	0	0	6	0	0	0	0	6	0	0	1	0	0	0	6	0	7		
小学生	1	2	15	0	0	0	10	0	28	3	2	14	0	0	3	8	0	30	0	2	11	2	0	2	12	0	29	
中学生	0	7	7	0	0	3	9	0	26	0	4	8	0	1	0	6	1	20	0	2	11	0	0	2	10	0	25	
高校生	0	3	7	0	0	3	8	0	21	0	4	8	0	1	1	11	0	25	1	0	10	0	0	1	10	0	22	
他未成年	0	0	1	1	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	
浪人生	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	
大学生	1	0	2	0	2	0	0	0	5	2	1	3	0	0	0	2	0	8	2	0	1	0	2	0	3	1	9	
成人	20～29	5	1	2	0	12	1	2	0	23	3	2	1	0	7	1	1	1	16	3	0	1	1	4	0	0	0	9
	30～39	3	1	0	2	7	0	0	1	14	3	1	1	0	9	0	0	0	14	7	0	0	1	17	0	1	0	26
	40～59	7	1	0	0	11	0	0	3	22	5	0	0	0	16	1	0	0	22	5	0	0	0	11	0	0	0	16
	60～	2	0	0	0	2	0	0	0	4	3	1	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	3	0	0	0	3	
	計	17	3	2	2	32	1	2	4	63	14	4	2	0	33	2	1	1	57	15	0	1	2	35	0	1	0	54
合計	21	17	40	3	35	7	32	4	159	19	15	41	0	35	6	28	2	146	18	4	38	4	37	5	44	1	151	

表3 2011年度新規来談者年齢別・男女別相談内容

区 分	相談内容	
	男	女
就学前児	対人関係 1	育児相談 2 ストレス対応 1 登園拒否 1 プレイセラピー希望 1 強迫性障害 1
小学生	登校しぶり、不登校 4 強迫性障害 4 プレイセラピー、カウンセリング希望 3 発達相談・発達障害 2 家族関係 2	強迫性障害 4 登校しぶり、不登校 3 友人関係 2 不安障害 2 発達障害・発達相談 1 抜毛 1 プレイセラピー希望 1
中学生	強迫性障害 4 登校しぶり、不登校 3 万引き 1 学業不振 1 引きこもり 1 うつ 1 先端恐怖 1 知能検査希望 1	強迫性障害 7 登校しぶり、不登校 1 対人関係 1 発達障害 1 学業不振 1 うつ 1
高校生	強迫性障害 5 登校しぶり、不登校 3 友人関係 1 対人関係 1 不安障害 1	うつ 4 強迫性障害 3 対人関係 2 カウンセリング希望 1 リストカット 1 霊感恐怖 1
大学生	対人関係 1 うつ 1 カウンセリング希望 1	カウンセリング希望 2 うつ 1 摂食障害 1 家族関係 1 対人関係 1
他未成年 浪人生	知的障害 1 うつ 1 カウンセリング希望 1	不登校 1 強迫性障害 1
成人	カウンセリング希望 5 対人関係 3 不安障害 2 家族関係、親子関係 1 強迫性障害 1 人生相談 1 統合失調症 1 復職相談 1 就職相談 1	家族関係、夫婦関係 15 カウンセリング希望 8 うつ病、抑うつ 6 社会不安障害 2 発達障害 2 統合失調症 1 対人関係 1 復職相談 1

表4 2011年度新規来談者来談経路

各種機関	幼稚園・学校より紹介	4
	医療機関より紹介	27
	他の相談機関より紹介	4
	上記以外のサービス機関より紹介	1
個人の紹介	クライアントより	5
	当相談室関係者より	15
	東大教員・学生より	0
	他大教員・学生より	2
	その他（知人・家族）	12
直接	本を読んで	0
	再 来	6
	インターネット	70
	講演会・公開講座	0
	ちらし	0
	学内広報	0
そ の 他		5
計		151

表5 新規来談者居住地域

	東京	千葉	埼玉	神奈川	その他	計
2009年度	112	16	17	11	3	159
2010年度	105	15	12	11	3	146
2011年度	105	13	18	9	6	151

表6 処置延べ回数

	2009年度	2010年度	2011年度
受付面接	141	143	110
カウンセリング	1367	1410	1367
プレイセラピー	681	707	555
保護者面接	943	1009	1004
家族面接	81	99	72
コンサルテーション	9	11	0
検査面接	12	10	4
計	3234	3389	3112

心理教育相談室の構成（2011年度）

心理教育相談室運営小委員会

委員長 根本 彰（教育学研究科教授 総合教育科学専攻長）
委員 佐々木 司（教育学研究科教授 身体教育学コース）
委員 本田 由紀（教育学研究科教授 比較教育社会学コース）
委員 下山 晴彦（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員 中釜 洋子（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員 高橋 美保（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）

室長

中釜 洋子

臨床心理スーパーヴァイザー

下山 晴彦
中釜 洋子
能智 正博（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）
高橋 美保
石丸徑一郎（教育学研究科講師 臨床心理学コース）
中嶋 義文（教育学研究科客員教授 連携併任分野／三井記念病院神経科部長）

臨床相談員

芳川 玲子（東海大学文学部心理社会学科 教授）
北島 歩美（日本女子大学カウンセリングセンター 准教授）
瀧井有美子（情緒障害児短期治療施設 横浜いずみ学園主任セラピスト）
相澤 直子（東京工業大学保健管理センター カウンセラー）
松澤 広和（慶成会老年学研究所所長）
松丸 未来（東京都スクールカウンセラー）

相談員

博士課程3年 綾城初穂 鴛測るわ 末木新 平野真理 藪垣将 山本涉 吉田沙蘭
博士課程2年 梅垣佑介 向後裕美子 曾山いづみ 堤亜美 花嶋裕久 原田満里子 広津侑実子 山田哲子
博士課程1年 李健實 川崎舞子 川崎隆 松田なつみ 北村篤司 倉光洋平 笠田舞 野中舞子 丸山由香子
修士課程2年 猪ノ口明美 小倉加奈子 柿爪菜南 金智慧 日下華奈子 坂口由佳 佐藤有里耶 菅沼慎一郎
鈴田純子 高柳亜里紗 高柳めぐみ 中野美奈 羽澄恵 山下麻実
修士課程1年 遠藤麻貴子 大上真礼 榎原潤 河合輝久 鈴木善和 園部愛子 平良千晃 高岡佑壮
野津弓起子 能登眸 藤尾未由希 本田麻希子

相談補佐員

増山 幸子（2011年10月6日まで）、任堂 愛（2011年9月12日から）

東京大学大学院教育学研究科 心理教育相談室年報 第7号

2012年9月15日 発行

発行者 東京大学大学院教育学研究科附属
心理教育相談室
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
Tel (03) 3818-0439
