

「災害カウンセリング」とは何か

What is “Disaster Counseling” ?

鶴田一郎

Ichiro TSURUTA

『広島国際大学 教職教室 教育論叢』

“*Hiroshima International University Journal of Educational Research*”

ISSN:1884-9482

第 10 号 抜刷

Off Print of the 10th Edition

広島国際大学 教職教室

Issued by Hiroshima International University Teacher Education Unit

2018 年 12 月

December, 2018

「災害カウンセリング」とは何か

広島国際大学 教職教室 鶴田一郎

要旨：本研究では「災害カウンセリングとは何か」を明らかにするために、次の順で検討・考察を試みた。第一に「被災直後」と「被災後しばらくして」に分けて被災に伴う精神症状を整理した。第二に災害後に必ず行わなければならない措置を検討した。第三に災害カウンセリングの目標と具体的処置〔被災者体験の内容と感情を調べること、恐怖と苦しみに関する本人の認識、ストレスと対処状態の判定、適応的対処の強化、死・ショック・心の傷のワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)の促進、喪失と悲嘆のワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)の促進、家族ぐるみの適応の促進、ネットワークづくりと地域ぐるみの適応の促進〕、および障害の個別的処置(心的外傷後ストレス障害の処置、生き残り症候群の処置、死別症候群の処置)について考察した。

はじめに—問題の所在—

2011年3月11日に起こった東日本大震災は、筆者の臨床心理士としてのあり方に決定的な転換をもたらした。それは、それまで続けていた心理臨床活動を、それからも継続していくことを前提として、それに加えて「災害カウンセリング」に関する知見をまとめ、この分野における支援の方向性を明確にしていこうと決心をしたことを指す。

本研究では、上の目標へのアプローチの第一歩として、「災害カウンセリングとは何か」と題して、次の検討を行う。すなわち、まず1節で被災に伴う精神症状を明らかにした上で、2節では災害後に必ず行わなければならない措置を検討し、3節で災害カウンセリングの目標・具体的処置・障害の個別的処置を示す。最後に「おわりに」で本稿全体のまとめを試みる。

1. 被災に伴う精神症状

野田(1995)では「被災後の心の推移」(pp.19-24)について、1.1「被災直後」と1.2「被災後しばらくして」に分けて次のように解説している。

1.1 被災直後

- ① 被災反応 ---- 無感情など。
- ② 被災後不安 ---- 一過性の被災反応の後、「興奮」や、眠っていないのに眠たくなく、主観的には精

神活動が盛んになっているように感じるが、注意の固定は難しくなる「過剰覚醒」を伴いながら、恐怖の体験に基づく「不安」として現れてくるものである。不安に基づく睡眠障害・驚愕^{きょうがく}反応が見られる場合もある。また「強い不安」は耐え難い災害体験が反復的に想起^{きこ}されるために生じる場合が多い。

- ③ 精神麻痺 ---- 被災反応の後、続いて「現実否認」「精神麻痺^{まひ}」に至ることもある。
- ④ 急性悲哀 ---- 家族や恋人を亡くした人は、ショック・怒り・抑うつなどの「急性悲哀」が見られる。

1.2 被災後しばらくして

- ① 心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) ----- これは、体験した災害のクライマックスを反復して思い出し、しかも忘れたいと思っても意識に侵入し、不安・抑うつ・無関心・不眠などの多様な症状を現わす (田畑 1995) [*表1に PTSD の診断基準を示す]。
- ② 生き残り症候群 ----- (PTSD の亜型として) PTSD は耐え難い心的外傷を受けた人に見られる精神障害の包括的概念であるが、特に、多くの人が死んでいく中で生き残った人には、他の人が死亡したのに自分が生き残ってしまったことに対する罪悪感、^{ある}或いは生き残るためにとった行動に関する罪悪感を特徴とする「生き残り症候群」が見られる。
- ③ 死別症候群 ----- (PTSD の亜型として) かけがえのない家族や恋人と死別した人は、一時的な「急性悲哀」から、その後も悲哀が病的に持続するケースがあり、「死別症候群」と言われることもある。

なお、野田(1995)では、上の診断基準は「A の外傷的体験があったことを前提にして、B 群では出来事の苦痛に満ちた再現があり、C 群ではそれから回避し反応全般を低下させ、D 群では逆に過剰に覚醒することに注目している」(p.23)と解説している。

以上を被災者側からの視点で再度まとめれば、被災に伴う精神症状は「悲しみ」「恐れ」「怒り」「不安」「無力感」「後ろめたさ」などに収斂^{しゅうれん}されるだろう。

「悲しみ」は、例えば、愛する人が亡くなったり、自分自身が心身共に傷ついたり、家や大切な財産を失ったりといった体験から生じる。

「恐れ」は、例えば、同じようなことが再び起こるのではないかと、家族が離れ離れになって独りで取り残されるのではないかとといった気持ちから生じる。

「怒り」は、例えば、なぜ自分だけこんな目に遭^あわなければならないのか、起こったことの不公平さや無意味さに加えて、他の人から理解されないなどから生じる。

「不安」は、例えば、将来への希望の喪失などから生じる。

「無力感」は、例えば、災害の猛威の前でなすすべもなく立ちすくむだけの自分を感じた時などに生じる。

「後ろめたさ」は、例えば、自分だけが無事だったこと、死や怪我^{けが}を免れたこと、自分が他の人に助けてもらわなくてはならないことなどから生じる。

これらの被災者の気持ちや感情は、外に表現し、人に聴いてもらうことで、徐々に癒されていくと考えられる。その逆に、感情を押し殺すことは、心と身体に有害である。これを防ぐ意味でも次

節の災害後に必ず行わなければならない措置に関する検討は重要である。

表 1 心的外傷後ストレス障害の診断基準(アメリカ精神医学会 2003, pp.179-181)

<p>309.81 心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder)</p> <p>A. その人は、以下の2つがともに認められる心的外傷的な出来事に暴露されたことがある。</p> <p>(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保身に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。</p> <p>(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。</p> <p>注：子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。</p> <p>B. 心的外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。</p> <p>(1) 出来事の反復的、侵入的で苦痛を伴う想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。</p> <p>注：小さい子供の場合、心的外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。</p> <p>(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢 注：子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。</p> <p>(3) 心的外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。</p> <p>(4) 心的外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。</p> <p>(5) 心的外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。</p> <p>C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（心的外傷以前には存在していなかった）心的外傷と関連した刺激の持続回避と、全般的反応性の麻痺：</p> <p>(1) 心的外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようという努力 (2) 心的外傷を想起させる活動、場所、または人物を避けようとする努力 (3) 心的外傷の重要な側面の想起不能 (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退 (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚 (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情をもつことができない） (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な寿命を期待しない）</p> <p>D. （心的外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進^{こうしん}症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。</p> <p>(1) 入眠、または睡眠持続の困難 (2) いらだたしさまたは怒りの爆発 (3) 集中困難 (4) 過度の警戒心 (5) 過剰な驚愕反応</p> <p>E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1カ月以上</p> <p>F. 障害は、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。</p> <p>▶該当すれば特定せよ</p> <p>急性 症状の持続期間が3ヵ月未満の場合</p> <p>慢性 症状の持続期間が3ヵ月以上の場合</p> <p>▶該当すれば特定せよ</p> <p>発症遅延 症状の発現がストレス因子から少なくとも6ヵ月の場合</p>

2. 災害後に必ず行わなければならない措置

ラファエル,B.(1989, p.379)では、災害後に必ず行わなければならない措置として次の七点を挙げている。

1. 被災者がショック状態から現状の認識にまで至る時期に、慰安になるような物心両面でのあらゆる人間的配慮を差し伸べること。
2. 被災者が次第に自らの生活をコントロールし今後の見通しをもてるようになる段階で、被災者自身の持てる力を理解し、支援すること。
3. 大規模な災害の後に当然起こり得る精神面で生じる諸反応や物心両面にわたる立ち直りの課題について、被災者および被災者と接触する人に対する支援的な理解を促進すること。
4. 被災後の適応が危ぶまれたり、障害が生じ得るような人に対して、必要な個別的な手当てを確保すること。
5. 社会精神医学面での手当てを、その他の救援措置と組み合わせて提供すること。
6. 被災者の多様性を認識して、それに応じた措置を講ずること。
7. 災害後の期間を通じて、被災者、その代表、さらにそのコミュニティの救援担当者に対する適切な配慮が、円滑かつ段階的に施行されるように計画し見守ること。

以上の点は大切なポイントではあるが、それを阻む対人感情には注意を要する。それは被災者が「援助者から大切にされていない」と感じてしまったり、「援助者が気を遣ってくれるのはわかるが、気の遣い方が違っている」と感じたり、逆に、援助者側が被災者に対して「してあげたいと思っていることがうまくしてあげられていない」と感じたりすることである。これらは、対人関係に歪みを生じさせ、災害後必ず行わなければならない措置を建設的な方向に向かわせない。

したがって、この逆を行えば良いことになるが、具体的には、被災者が援助者から大切にされ、適切な支援が得られていると感じることができ、更に援助者側も被災者のニーズにあった支援ができていくという意識が持てるような援助活動を行えばよいということになるだろう。但し、これらのことは「言うは易し、行うは難し」ではあるが、普段の心理臨床活動においても当てはまる重要なポイントと言えることは確かであろう。

3. 災害カウンセリングの目標・具体的処置・障害の個別的処置

3.1 災害カウンセリングの目標

ラファエル,B.(1989, p.401)では、災害カウンセリングの目標を次の四点にまとめている。

1. できる限り被災者本人の適応的な対処の力を強めて、ワーキングスルー(通りが良くなることを行うこと——田畑治教授の解説による、引用者、以下同じ)の過程を促進し、非適応的な心理過程を阻止すること。
2. 被災者が「状況の克服と自己コントロール」を回復するように援助して、無力感を軽減し、たとえ当人を取り巻く環境が破壊されても、それに対処できる自信を回復させること。
3. 精神衛生的に危険な状態にあたり、専門的な処置を必要としている人を調査・識別して、他からの援助を得て対処するか、あるいは適切な精神保健福祉機関に委託すること。
4. 被災者の「自我の再統合」を促進して、それぞれの人間関係ネットワークと社会の諸システムに適応できるようにすること。

3.2 災害カウンセリングの具体的処置

ラファエル,B.(1989, pp.401-414)では、災害カウンセリングの基本を「共感をもって聴くこと」とした上で、具体的処置の方法について次の八点にまとめている。

3.2.1 被災者体験の内容と感情を調べること

被災者の体験と、その体験に対する心理的反応状態についてのカウンセリングは「一体どんな様子でしたか(話してくれませんか)。その時は(どんな気持ちでしたか)」といった感じの一般的な質問で始めることができるだろう。

しかし、中には「凍結」^{フリーズ}したままで、こちらの誘いに応じない人もいるだろう。この場合は、さらに時間をかけて、まず本人の意思を尊重しながら温かく支援することが必要である。

それでも依然として話せない場合には「まだ話すのが辛いことは(よくわかりますよ) ----- もし良かったらまた(後の)機会にしましょう」といった言葉で、本人の苦しみに理解を示すことが有効である。

3.2.2 恐怖と苦しみに関する本人の認識

この認識は「どれほど酷い^{ひどい}気持ちだったか(私にはわかります)」「さぞ辛かったですよ」「ただ思い出すだけでも -----」といった共感的な言葉によって達成できるだろう。

3.2.3 ストレスと対処状態の判定

体験内容を調べて、さらに本人のその体験に対する、その時点およびその後^にに予想される感情面の諸反応を判定することによって、発生した心の傷の程度と、本人の心の傷への対処の仕方についての概略が窺^{うかが}える。

特に、死に直面したこと、ショック、無力感、生き残り罪責感、心理的葛藤、死別その他の喪失、住居などの立ち退きなどの諸問題は、それぞれが遅発性諸反応の予防のための支援措置の必要性を示すものであろうから、注意して調べるべきである。

3.2.4 適応的対処の強化

この目的を達成するためには次の五つの方法がある。

- ①被災状況の改善を促進するための活動、例えば、復旧作業に参加したり、当局に必要な要求を提示したり、復興のための活動のある役割に就いたりすることが、すべて有効であり、奨励されるべきである。
- ②災害体験を他者に話すことで、被災体験の意味づけを行い、自分の感情に気づくという、いわゆるトーキング・スルー(感情表出)の過程では、特に本人自身が被災に関する自らの情動面への影響を見定め、それを受容できるように、周囲から支援し励ますことが大切である。
- ③効果ある支援となるような、本人とその家族や、本人と他者との相互交流作用、とりわけ災害によって起こってきた感情・意識・解釈に関する体験の共有を強めることも大切である。
- ④被災者が情動面での落ち着きを回復された後で、それまで行ってきた復旧作業、または心のケア活動からの休息期間をもつことは有益である。
- ⑤被害者という立場から来る受動性や付随的な甘えの気持ちを取り除くことである。

3.2.5 死・ショック・心の傷のワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)の促進

トラウマティックな体験、すなわち大量死、身体損傷、破壊、無力感、ショックなどを伴った災害では、ある程度は一般的なカウンセリングも有効であろう。しかし、その中で極めて高度の心の傷を負ったと判断される人がいる場合は、予防的見地からも、なるべく早く専門的カウンセリングを受けたさせた方がよい。

3.2.6 喪失と悲嘆のワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)の促進

大概の災害には何らかの「喪失」が存在するので、それに伴う「悲嘆」は被災後の被災者の情動反応に普通に見られるものである。しかし、災害時の自然な悲嘆を妨げる要因は多い。たくさんの人の災害復旧への努力を目の当たりにして、今自分に与えられている物心両面にわたる支援に無条件に

感謝すべきだという気持ちも、自然な悲嘆表出の妨げになるし、被災した精神的ショックや、兎に角生き残ることが最優先といった精神状態も影響する。

更に、救援者にとっても被災者にとっても、特に被災直後は相互の感情の交流は決して楽なものではないだろうし、復興活動の忙しさのために後回しにされることもある事項であるから、被災者が自らの喪失を自覚し悲嘆のプロセスを歩めるよう援助することは、救援者にとってとりわけ困難かもしれない。

また、死別によって生じた強烈かつ複雑な情動を本人が認識することが必要であり、この理解がそのような感情の解放を促すのに役に立つ。他者と同様な体験を含めて総括することも、本人に自らの感情を正常で容認しうる反応だと識別させるのに役に立ち、それと同時に自分独自の感情とその原因をはっきり理解することができるのである。

一方、本人の感情が凍結^{フリーズ}してしまっていて、その解除がまったく不可能な場合でも、その喪失や、その間の事情を振り返って検証できるように、穏やかに励ますことで、何らかのワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)を促進できるかもしれない。しかし、遺族の中には、少なくとも、かなりの時間をかけなければ、ワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)ができない人がいることも、当然ながら忘れてはいけない。

更に、感情面でのワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)を支援すると共に、死別者本人が人間関係のネット・ワークを活用できるように援助することも重要である。

3.2.7 家族ぐるみの適応の促進

家族単位で受けた災害の衝撃をできる限り調べて、そのストレスを制御することが必要である。その第一歩は、家族が不当に長期間にわたって離れなければならないことを避けることであろう。たとえ家族の分離が止むを得ない場合でも、お互いの連絡を保ち、早期にまた一緒になれるように、とりわけ家族同士が自由に感情を通わせることができるように援助することが大切である。

3.2.8 ネットワークづくりと地域ぐるみの適応の促進

本人がもつ社会的人間関係のネットワークと、その活用度、また地域社会と当人の関係や役割について調べることによって、適切な情報が得られる。危機状態でのネットワークの重要性を本人に知らせたり、本人を他の被災者の集団に結びつけることが有効である。災害後の時期にしばしば自然発生する応急的な人間集団は、被災状況の克服および共有しているストレスの軽減を促進するものであるから、そのような集団の形成は極力推進されるべきである。特殊な利害関係による集団や、職務上の組織などのように、個人的なネットワークより更に広い範囲での集団に参加することも有益である。つまり、救援担当者としては、これらの集団の存在を確認し、それに接触する方法を知ることが大切になってくるのである。

3. 災害カウンセリングにおける障害の個別的処置

ラファエル,B.(1989, p.426-434)では、3.1「心的外傷後ストレス障害」、3.2「生き残り症候群」、3.3「死別症候群」に分け、それぞれの障害に関する個別的処置の方法を次のように述べている。

3.1 心的外傷後ストレス障害の処置

この処置の目標は本人が「自らの被災体験について、考えることも、考えないことも自由にできる」ように援助することである。この障害には「現実否認・精神麻痺性」と「侵入・反復性」の二つの側面があり、それぞれ別個の処置を必要とする。

「現実否認・精神麻痺性」の障害が顕著な場合には、暗示・催眠・薬物投与による症状を解除していく療法、あるいはロール・プレイング(役割演技)などによる被災体験を再び保護された場で擬似的に体験し現実認識を喚起する療法によって、本人の被災体験を心の奥深くに押し込めている、いわば抑圧状態を緩和する必要がある。洞察面では、抑圧を解除し、被災体験についての連想を行い、記憶の再構成を促すことで症状が緩和される。一方、感情面では、カタルシス(精神浄化)と人間関係の情動的側面を通じて症状が緩和される。

「侵入・反復性」の障害が顕著な場合には、自己と役割の認識、集団療法やリーダーによる指導、行動療法などによって、時間・事象・刺激内容の全体的意味づけを再構成し、本人の自己コントロールを促進することが必要である。

3.2 生き残り症候群の処置

心理療法的アプローチ、とりわけ罪責感の原因、被災体験の内容と罪責感の関係、さらに未解消のままの過去の罪責感や攻撃的な空想との関係を調べることを目的としたアプローチが必要である。生き残り体験の回顧および検証と、感情の表出・受容も大切である。生き残り症候群のパターンには、孤立・引きこもり・不信感・過剰防衛などを特徴とした対人関係面での重大な支障が現れることが多いので、集団または個別的な治療のいずれにしても、被災者と担当者との間に信頼関係を築くことが大切である。

また、本人は、自分が死なずに他者が死んだことの償いとして、苦しみ続けなければならないという意識があるので、自らの苦しみと孤立を放棄して、現実の世界に再び関与するための「赦し」を求めているかもしれない。生き残り体験者は、あと一步のところまで死にそうになったのだから、再び元の自分には戻れないという思いや、多数の他者が死んだのに自分は助かったのだから「特別な人間」なのだという思いをもっていることからくる治療上の困難性もある。取り返しがつかないほどの「死の影響」を受けていること、これが多くの場合に治療に際して真っ先に対処されるべき重大な課題である。

3.3 死別症候群の処置

災害による死別者の中でも、支援上、治療者が最大の困難に直面しそうなのは、自分も命にかかわるような重傷を負ったとか、物心両面で多様な喪失を被^{こうむ}ったとか、生存のために苦闘を続けなければならないような問題をもった人たちである。この場合には治療者側は「支え保つ」機能を果たさなければならない。つまり、本人の側に付き添って、困難ながらも徐々に信頼と安心の人間関係を築き上げ、本人が喪失の苦しみと取り組むことができるようにしなければならない。

もう一つの大きな難問は、本人にとって耐え難い過去の喪失体験が呼び覚まされることである。この場合も治療者側は更に長期的な支援に当たることになる。本人が当面の喪失については、十分には元よりまったく悲嘆できないかもしれないことを理解して、危機とその後の時期を通して一貫して支援していかねばならない。この場合の目標はただ一つ、本人に現在の苦しい状況を乗り越える動きが再び始まるまで、それ以上ストレスが加わったりしないように本人を保護することであろう。

おわりに—まとめにかえて—

本研究では「災害カウンセリングと何か」を明らかにするために、次の順で検討・考察を試みた。第一に「被災直後」と「被災後しばらくして」に分けて被災に伴う精神症状を整理した。第二に災害後に必ず行わなければならない措置を検討した。第三に災害カウンセリングの目標と具体的処置〔被災者体験の内容と感情を調べること、恐怖と苦しみに関する本人の認識、ストレスと対処状態の判定、適応的対処の強化、死・ショック・心の傷のワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)の促進、喪失と悲嘆のワーキング・スルー(通りが良くなることを行うこと)の促進、家族ぐるみの適応の促進、ネットワークづくりと地域ぐるみの適応の促進〕、および障害の個別的処置(心的外傷後ストレス障害の処置、生き残り症候群の処置、死別症候群の処置)について考察した。

文献

アメリカ精神医学会(2003)『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引』[新訂版](高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳)医学書院。

野田正彰(1995)『災害救援』岩波書店。

ラファエル,B.(1989)『災害の襲うとき—カタストロフィの精神医学』(石丸正訳)みすず書房。

田畑治(1995)「PTSD—喪失と歴史」『人間性心理学研究』13(2), pp.186-195。

謝辞：執筆にあたり、名古屋大学名誉教授・田畑治^{たばたおさむ}先生より貴重なアドバイスをいただきました。付記して謝意を表します。ありがとうございました。