

被災した子どものケア

宇佐美政英*

抄録

わが国は地震、台風、水害などの自然災害の多い地理的特徴を有している。誰も災害がいつ起こるのかは予測することができず、目の前の子どもたちもある日突然被災するかもしれない。子どものこころの問題に触れる臨床医たちは、被災した子どものこころのケアについての基礎的知識を持つべきだろう。被災した子どもたちにとってその体験による正常反応の1つとしてトラウマ関連症状を認めるかもしれないが、多くの子どもたちは時間経過とともに回復していくことから、臨床医たちは安易にトラウマという言葉で子どもとその保護者の不安を刺激しないことがよいだろう。それと同時に、被災した子どもの中から確実に精神医学的な支援が必要な子どもを見抜く慧眼も求められる。臨床医たちは、被災した子どもの健全な情緒発達を促していくためにも、安心・安全を社会全体で担保していくためにも、地域連携は欠かすことができないと考えている。

KEY WORDS

子ども (child), メンタルヘルス (mental health), 災害精神医学 (disaster psychiatry)

さまざまな社会的危機による被災体験

災害と聞くと、東日本大震災や津波、気温上昇による自然災害は想像しやすいかもしれない。さらに、ロシアによるウクライナ侵攻のように戦争被害、また新型コロナウイルス感染症のように感染症対策による社会的封鎖やそれに関連した経済的危機による影響も入るかもしれない。社会的危機は広い意味では、経済的危機や政治的危機をも含めて、社会全体の構造が解体し崩壊しつつある状態を指し示し、新しい価値観と生き方を生み出す機会となり、新しい社会秩序の正統性と、それに向けての動機づけの源泉ともなって、社会体制全体の変革の踏み台ともなりうる。すなわち、社会的危機によって若者たちによるさまざまな変革の蠢きが始まるとも言える。社会的危機の時こそ、若者や子どもたちが中心になるべきであると言えるだろう。

子どもたちに被災体験を引き起こす要因として自然災害、経済的危機、紛争、気候

* 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科 (☎ 272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1)

変動、感染症などの社会的危機があり、それらは多彩な要因が組み合わさって起こる可能性がある。これらの被災体験は子どものメンタルヘルスに直接、もしくは虐待などの逆境体験などを間接的に経て影響を与える可能性がある。また新型コロナウイルス感染症の感染拡大という社会的危機は摂食障害児の増加をもたらすという影響を及ぼした。わが国では児童精神科医療の乏しさがボトルネックとなって、子どものメンタルヘルス領域に新たな課題が生じつつある。このような問題を解決していくためにも、専門職以外への啓発や育成、そして少ない専門家という社会資源を有効に活用していくためにも一般社会への正しい情報発信が求められる。

社会の中で育つ子どもたち

最初に一般的な子どもの発達の課題を青年期と社会参加を中心に述べるが、子どもがよくも悪くも社会の中で育っていくことは想像に難くないと思う。青年期の主たる発達課題は、「両親からの分離」と「自分探し」になり、小学校の高学年から中学生の頃には、親から心理的に距離を置くために、同性の仲間へと接近し、その活動に没頭する。そして、高校生年代になると本当の自分を確立し、社会とわたりあう能力を身につけるために、信頼できる友人を求めるようになる。ここでの大きな課題は親からの心理的自立であり、その課題が達成されるまで、親に対する依存欲求と独立欲求という葛藤から、不安定な対人関係が目立つようになる。青年が家族以外の同性の同年代集団を新たな対象として取り込み仲間と親密な関係を築くことによって、年代特有な不安定さは弱められ、解消されていく。青年は社会の中に自己を見出し、社会の一員となるわけである。このような子どもの青年期に至る自己の成長を理解した上で、大きな被災体験をもたらす社会的危機と子どもの心について理解していく必要がある。

被災した子どもの症状

「被災した児童」という臨床的な症状について考えた際に、心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) の病態理解が欠かせない。子どものトラウマ反応とは、生命の危機、悲惨な体験、家族や友人の死、家財の喪失、被災後の不自由な生活といった逆境的な体験を経て、再体験・過覚醒・回避・麻痺、情動や行動の変化、悲嘆、抑うつ、身体不調、不安、怒り、といったさまざまな症状が現れることである。もちろん、これらの症状のすべてが PTSD の診断閾値を超えた症状 (治療対象となる症状) というわけではない。これらの症状はたとえば、大震災・津波などの被災直後であれば、通常の生活では経験することのない非常事態に対する正常反応であると理解することができ、それらの症状の多くは時間経過やさまざまな対処行動によって変化し軽減していくことを忘れてはならない。

臨床医たちは PTSD とはどのような精神疾患であるのか、他の精神医学的知識と同様に正しく理解するべきであり、安易に子どもやその親に「トラウマ」という用語を

表 1 ICD-11 における PTSD と C-PTSD の診断基準

心的外傷後ストレス障害 (PTSD)	複雑性心的外傷後ストレス障害 (C-PTSD)	
非常に脅威的で恐ろしい出来事、または一連の出来事への曝露 +以下の 3 つの症状すべてに当てはまる	逃れることが困難または不可能で、長期間あるいは繰り返し起こる、非常に脅威的で恐ろしい出来事、または一連の出来事*への曝露 +PTSD の 3 つの症状 (左下) すべてに当てはまる +以下の 3 つの症状に当てはまる	
1. トラウマの再体験	1. 感情調節の困難さ	自己組織化の障害
2. トラウマを想起させる出来事の回避	2. 否定的な自己概念	
3. 現在の脅威感	3. 関係性の困難さ	

* 例：拷問、奴隷、集団虐殺、長期間の家庭内暴力、小児期の繰り返される性的・身体的虐待

使うべきではない。前述のように PTSD の診断は、トラウマの再体験、トラウマに関連した刺激の想起の回避、過敏な警戒心の 3 つの中核概念から構成され、現在広く使われている DSM-5 における PTSD 診断基準においてもその診断概念の方向性を示している。一方で、2018 年に発表された ICD-11 ではトラウマ体験者の間で観察される症状の不均一性から、PTSD と複雑性 PTSD (complex posttraumatic stress disorder : C-PTSD) の 2 つの疾患に整理された^{1, 2)} (表 1)。C-PTSD は幼少期の虐待などの慢性的なトラウマ体験から生じることを示している。その発症には、気質的な要因(たとえば、遺伝的体質)や環境的な要因(社会的支援の有無)が影響すると考えられ、PTSD と C-PTSD は疫学研究、コミュニティ研究、臨床サンプル研究において区別され、C-PTSD が PTSD よりも重度の機能障害と関連していることが報告されている³⁾。被災という観点からみれば、長期にわたる紛争などの問題も踏まえ、社会的弱者である子どもにおいては C-PTSD の概念も十分に理解しておく必要があるだろう。

PTSD と C-PTSD の 2 つの臨床症状については、先述した PTSD の病態がその基本となる。DSM-5 でも ICD-11 でも PTSD の診断には、「非常に脅威的で恐ろしい出来事、または一連の出来事」と定義されるトラウマ体験にさらされることが必要であり、トラウマの再体験、トラウマを想起させる出来事の回避、現在の脅威感という 3 つの中核的要素が含まれている。この中核的要素は、①侵入症状(悪夢、フラッシュバックなど)、②回避症状(出来事を思い出す場所、体験談など)、③認知や気分の否定的な変化、④覚醒と反応性の変化(易刺激性、潜在的脅威への過剰な注意など)という症状として現れる。そして、幼少期の性的虐待や家庭内暴力、紛争や災害などの慢性的で反復的かつ長期的なトラウマを経験した人は、先に述べたような PTSD で典型的に観察される反応を超えて、より複雑な反応が C-PTSD として現れることがある。C-PTSD には、PTSD の 3 つの中核的要素に加えて、自己組織化の障害と呼ばれる 3 つの追加要素が含まれている。

さまざまな被災体験と子どものメンタルヘルス

子どもたちは、気候変動を含む自然災害としての激しい天候、急増するアレルギー

問題、極端な暑さ、不衛生な環境、遊ぶ場所の減少、将来に対する慢性的な不安、移住による環境変化、地域資源の紛争による健康被害などによる悲しみ、罪悪感、睡眠や食欲の変化、集中力の低下、孤独感、故郷からの離別などの感情を特徴とした、PTSD およびうつ病のリスクを指摘されている⁴⁾。

筆者の所属する国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科は、東日本大震災の直後より宮城県石巻市で活動を行っており、筆者らは石巻市の教育委員会とともに石巻市内の児童を対象とした健康実態調査を2011年から10年間実施した。この調査からは2011年の震災8か月後の幼稚園・小学校・中学校・高校のうち、家屋被害、避難、離別体験をいずれも経験した児童はそれらの経験をしていない児童に比べてトラウマ症状が有意に多いことがわかった⁵⁾。さらにトラウマ症状の推移をみると、総得点は2012年に有意に低下した後は2021年まで横ばいの状態であった。このことから、子どものトラウマ反応は震災後20か月後の調査時点には改善傾向にあったことが考えられる。もう1つ注目すべき結果として、2012年の調査では、情緒、素行、多動・不注意、仲間関係が悪化している一方で、子どもたちが他者に向ける優しさなどの向社会的性は被災後も変化がなかったことがある⁶⁾。

この2012年の調査結果から、子どものトラウマ症状は時間経過とともに軽減するが、質問紙の結果だけでなく、被災状況、時間経過、性別、年齢、日常生活および家庭環境の問題などを勘案した上での、総合的な評価が重要であることがわかる。そして、その際に子どもの優しさや強みに注目することを忘れてはならない。

被災した子どもの心のケアとは

1. 心理社会的治療

「被災した児童」という対象のケアを考えたとき、大きな柱となるのがPTSD治療戦略となるだろう。当然だが、PTSDという診断がつかなくても、その心理的外傷への治療アプローチに大きな違いはなく、PTSDの容態と治療理論を治療者だけでなく、子どもとその保護者も理解することはきわめて重要である。ただし、重要なことはPTSDの診断の有無にかかわらず、医療だけでなく、子どもにかかわる福祉・教育などと連携した包括的な地域支援が必要となることである。特に大きな自然災害の場合には、個々の治療だけでなく、子どもを取り巻く大人たちのメンタルヘルスも含めた社会的な安心や安全の確保がきわめて重要となる。被災前にどのように過ごしていたとしても、子どもが不幸にも被災したことでさまざまな感情が湧いて出てきたとしたら、それらの反応自体は通常の正常反応と言ってもよいことが多い。東日本大震災後も多くの子どもたちにトラウマ反応を一過性に認めたが、筆者らの研究が示しているように、被災した後のトラウマ関連症状の多くは時間とともに消失していく。このことを子どもとその保護者とも共有していくことがよいだろう。そして、先に触れたように子どもが社会の中で育つことを念頭において、治療者は、被災した子どもたちに安心と安全な社会を提供できるように、医療以外のさまざまな分野にも働きかけていかななくてはならない。医療ではなく心理教育を適切に行うことだけで、十分に症状

が改善されていくこともある。

このような治療姿勢を理解した上で、被災した子どもへ最も優先されるべき心理社会的治療プログラムは、トラウマフォーカスト認知行動療法(TF-CBT)である。わが国でも、阪神淡路大震災、東日本大震災と大きな災害を経て注目され、欧米のいくつかの治療ガイドラインでは、子どものトラウマ治療の第一選択として推奨されている。日本の子どもとその養育者を対象としたランダム化比較試験においても、子どもの PTSD 症状とうつ症状が有意に改善されたことが報告された⁷⁾。TF-CBT は、子どもの PTSD 症状だけでなく、トラウマに関連したうつ症状や不安症状、行動上の問題、恥や罪悪感といった感情、社会生活能力などにおける回復が認められている。また、養育者を治療に組み入れることで、養育者自身の抑うつ感情や PTSD 症状、養育能力や子どものサポート機能の向上にも効果を発揮する。TF-CBT の治療目標として、子どもと養育者が、トラウマ体験の記憶を適切に処理し、トラウマに関連する非機能的な認知や思考、コントロール不全に陥っている感情、不適応的な行動を、うまく管理できるようになることがある。TF-CBT は、認知行動療法の原理原則に基づき、アタッチメント理論、発達の神経生物学、家族療法、エンパワメント療法、人間性心理学などの要素を取り入れ統合された、ハイブリッドな治療プログラムである。

2. 薬物療法

心理社会的治療が PTSD へのファーストラインの治療選択となるわけだが、子どもの PTSD への薬物療法の有効性については、第二世代抗精神病薬、気分安定薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、抗アドレナリン薬に焦点が当てられてきた。それぞれの研究の質やオープンまたはランダム化比較試験での有意性にばらつきがあるが、そのエビデンスは弱く、成人集団から得られた結果に依存することが多い。

成人であれば PTSD を治療するためのファーストラインの治療法の 1 つであるにもかかわらず、子どもの PTSD を対象とした SSRI の有効性に関する研究は玉石混合である。成人において有効性を示したエビデンスに基づいて、SSRI は PTSD の子どもの治療に有益であるとされたこともあったが、子どもの 20~30% は SSRI 治療からほとんどベネフィットを得ていないという報告もあるなど、その評価は定まっていない^{8~10)}。

第二世代抗精神病薬についても、成人の PTSD 患者を対象とした研究結果と異なり、子どもにおける有効性を評価した研究は限られている。十分なエビデンスが蓄積されておらず、体重増加、脂質異常症、血糖値の上昇、高プロラクチン血症、QTc 間隔延長の増加に加え、錐体外路性副作用のリスクが指摘されている¹¹⁾。気分安定薬も抗精神病薬同様に小児を対象とした研究はほとんど行われていない¹¹⁾。交感神経遮断薬はノルアドレナリン作動性の亢進を抑制することから注目されており、グアンファシンは、PTSD の小児と成人の両方において、過覚醒の症状を改善させる作用がある^{8,9)}。これらを総括すれば、子どものトラウマ症状への薬物療法に関しては未だ十分なエビデンスが蓄積されていないと言え、さらにどの薬剤を子どものトラウマ症状に使用しようともすべて適応外処方となることに留意すべきである。

3. 児童精神科医療資源の乏しい地域での被災した子どもへの支援

児童精神科医療の現状は、①医療資源の乏しさ、②少子高齢化社会の中で児童虐待や神経発達症の急増、③限定的な薬物療法、といった問題を抱えている。実際にわが国では児童精神科医はとても少なく、児童精神科医療の需要と供給のバランスの悪さが指摘されている¹²⁾。

実際に大きな災害が起きるとさまざまな支援活動が被災地に入ってくるが、子どもへの支援活動に関しては医療機関だけでなく、臨床心理士、NPO/NGO、教育関係者などさまざまである。これらの多様な支援を受けることは、児童精神科診療の乏しいわが国にとって必要であり、望ましいことでもある。しかしながら、問題は被災地の多くは元々の資源が乏しい地域であることが多く、これらの支援が撤退したあとに地域で同様のサービスを子どもたちに提供していくことに困難が生じる可能性である。

このような問題に対して筆者らは被災地での地域支援システムの構築に地域の専門機関とともに取り組んできた。千葉縣市川市で要保護児童対策地域協議会と連携して、地域で多職種による「顔が見える」連携を構築してきた経験を踏まえて、石巻市でも震災後から現在まで定期的に子どもたちへの支援を実施してきている^{13~15)}。筆者らは、石巻市の精神的に問題を抱える子どもの情報交換を行い、よりよい支援を提供することを目標として、教育委員会、石巻市、学校、児童福祉機関と国立国際医療研究センター国府台病院で支援に取り組んでいる。

2013年4月から子どもへの地域支援システムを運用開始したが、関係者会議にあがる子どもの精神的問題は、被災前からの問題を含め、不登校、素行の問題、虐待など、多岐にわたっていた。地元の医療機関が参加し、相互に顔が見える連携を行えることで諸機関の関係者は安心感を得られると考えている。同時に、子どものトラウマ反応、発達障害や治療技法などに関する専門職への児童精神科医学への啓発にも力を入れている。

まとめ

被災した子どものこころのケアについて概観した。さまざまな社会的危機によって、子どもたちが被災し、その心理的影響についてはさまざまな検討がなされてきている。臨床医たちは、被災後の子どものこころの特徴が時間経過とともに変化することを理解しておくべきであり、同時に安心・安全を社会全体で担保していくためにも地域連携は欠かすことができないと考えている。

文献

- 1) Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al : Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* **381** : 1683-1685, 2013
- 2) Reed GM : Toward ICD-11 : Improving the Clinical Utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pr* **41** : 457-464, 2010
- 3) Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, et al : A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals

- for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clin Psychol Rev 58 : 1–15, 2017
- 4) Sharpe I, Davison CM : A Scoping Review of Climate Change, Climate-Related Disasters, and Mental Disorders among Children in Lowand Middle-Income Countries. Int J Environ Res Public Health 19 : 2896, 2022
 - 5) Usami M, Iwadare Y, Kodaira M, et al : Relationships between traumatic symptoms and environmental damage conditions among children 8 months after the 2011 Japan earthquake and tsunami. PLoS One 7 : e50721, 2012
 - 6) Usami M, Iwadare Y, Watanabe K, et al : Prosocial behaviors during school activities among child survivors after the 2011 earthquake and tsunami in Japan : A retrospective observational study. PLoS One 9 : e113709, 2014
 - 7) Kameoka S, Tanaka E, Yamamoto S, et al : Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents in community settings : a multisite randomized controlled trial. Eur J Psychotraumatol 11 : 1767987, 2020
 - 8) Donnelly CL : Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 12 : 251–269, 2003
 - 9) Cohena JA, Mannarino AP, Rogal S : Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. Child Abuse Negl 25 : 123–135, 2001
 - 10) Rapp A, Dodds A, Walkup JT, et al : Treatment of pediatric anxiety disorders. Ann N Y Acad Sci 1304 : 52–61, 2013
 - 11) Strawn JR, Keoshin BR, DelBello MP : Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents : a review. J Clin Psychiatry 71 : 932–941, 2010
 - 12) 厚生労働省 医政局 医事課 : 医師等働き方改革推進室.
 - 13) 宇佐美政英 : 災害精神医学 復興期における精神科支援の重要性—東日本大震災後の子どものこころのケア活動. 日本社会精神医学会雑誌 26 : 212–218, 2017
 - 14) 宇佐美政英 : 東日本大震災における被災児童への精神医学的アプローチ. 追跡調査と支援環境の整備について. 震災後の子どもに対する支援活動. 日本社会精神医学会雑誌 22 : 332–339, 2013
 - 15) 宇佐美政英 : 地域連携システムの可能性と問題点—市川市および大分・別府地区における対応・連携システムについて. 児童青年精神医学とその近接領域 48 : 294–304, 2007

Title

Treatment for Children Survived from Tremendous Disasters

Author

Usami Masahide : Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, Chiba, Japan