

プレングレス  
シンポジウムB

学童・思春期のこどもの心の危機にどのように対応すべきか

2. こどものトラウマ体験と PTSD

久留一郎 (鹿児島大学教育学部治療心理学研究室)

1. こどものトラウマ

こどものトラウマ体験を知るためには、こどもが実際にどのようにそれを経験したかをよく理解しておく必要がある。また、トラウマ体験の中には、その後、別のトラウマ体験を重ねてしまう危険性の高いものがある。その原因となるのは、裁判などの法制度とかかわることや、マスメディアから無神経な取材を受けること、家族が過剰反応してしまうことなどである。こどもは、大好きで、依存している人たちの反応から、自分のトラウマの意味を知るといった特徴があり、その意味づけは、後々まで残るとい

2. こどもの PTSD

DSM-IV<sup>1)</sup>を参考に、こどもの PTSD の症状を述べてみたい。

① 発症の契機

避け難い、予期せぬ出来事について発症する。特に、人間の生命、存在に重篤な危機感情を及ぼすすべての現象が症状発生の引き金になる可能性があると言われている。例えば、自然災害(地震、洪水など)、戦争、誘拐、暴力、極端ないじめ、交通事故、火災などの他、様々な家庭内の不遇な事件、性的虐待やその目撃、ハイジャック、収容所体験などである。体験し、目撃し、または直面した場合もあてはまる。

② 再体験

トラウマとなる出来事を持続的に「再体験」する症状である。想起したくないのに繰り返し思い出され、相当な苦痛(忘れよ

うにも忘れられない苦痛)を伴うのである。ささいなことをきっかけに、フラッシュバック(よみがえり現象)に苛まれ、被害に遭ったこどもを苦しめる。例えば、地震に遭ったこどもは自宅前を走るトラックの振動に、「地震だ!」と驚愕したり、土石流にのみこまれたこどもは、五月雨にすら「土石流が発生する!」と恐怖におののく。冷や汗が出たり、動悸が激しくなるなど体も反応する。外傷の体験に関する遊びを繰り返したり、悪夢をみて、夜中に目を覚ますこともある。

③ 回避と感情の麻痺

トラウマ体験に関連した刺激状況を意識的、無意識的に「回避」したり、「感情が麻痺」する症状である。「出来事」を無意識的に避けている(防衛反応)ことが多く、無理に表現させることは、傷口をナイフでえぐるようなものである。また、トラウマ体験の想起不能という現象が生じることもある。その他、ゆたかな生き生きとした感情が麻痺する場合がある(恐怖感情を麻痺させると同時に、快的感情も麻痺する)。特にこどもの場合、凍てついたような生彩のない表情を示すことが多い。

④ 覚醒亢進(神経過敏)

神経が興奮した状態になり、些細なことに敏感に反応し、集中力の困難、睡眠障害、怒りの爆発、いわれのない攻撃、過度の警戒心、驚愕反応などが出現する症状である。例えば、「一人で暗い部屋に行けない」「トイレのドアを締めて用をたせない」ことが

ある。神経がピリピリし、イライラした感じで攻撃的になるため、周りの大人たちには、別人になってしまったような印象を受けることがある。こどもにとっては「死よりも辛い状況 (worse than death)」の中で、もがき苦しんでいることを、十分に理解しておく必要がある。

このように PTSD には大きく3つの症状がみられるが、こどもの場合、乳幼児期、児童期、思春期においては発達課題の問題もあり、大人とは少し表現を変えてあらわれる。

発達段階的には、まず、児童期にみられる PTSD の行動特徴として、退行現象 (赤ちゃんがえり) がよくみられる。これは、安心感を得るための行動であり、一時的な行為である。周りの大人たち (両親、担任教師、養護教諭など) がゆったりとした気持ちで接することが大切である。また、こども自身が「楽しみ」にできるような計画をたてることもこどもにとっては、明るい未来を展望するきっかけにもなると思われる。その他、イライラ、乱暴な言動、夜泣き、悪夢、睡眠障害、暗い所を怖がる、学校や友達への興味の低下 (登校しぶり)、成績の低下、集中力の低下、身体症状 (頭痛、腹痛など) の執拗な訴え、物音への過剰反応などがみられる。身体症状に関しては、医師 (学校医) や養護教諭との連携が必要不可欠である。

思春期・青年期前期にみられる PTSD の行動特徴は、まず、友人の反応に非常に敏感になることがある。その他、睡眠障害、食欲の変化、無責任、非協力的、反抗的、集中力の低下、成績の低下、引きこもり、身体症状 (頭痛、腹痛など) がみられる。このような場合は、興味のある活動に参加しやすい環境を整えたり、積極的にかかわれるような配慮が大切になる。

ロンドン大学精神医学研究所のユールら<sup>5)</sup>によると、8～18歳にみられる PTSD の症状を、次のように述べている。

ア. 外傷を再体験する

イ. 外傷体験について想起することを回避する

- 両親と話しをしなくなる
- 友人と話しをしなくなる

- 短縮された未来と価値基準の変化
- 罪への自責心

ウ. 不安と覚醒の亢進

- 集中困難
- 睡眠障害
- 分離困難
- 記憶障害
- 危険なことへの過度の警戒心
- 恐怖
- 易刺激的
- 抑うつ
- 死別反応
- 不安とパニック

外傷的体験に対する反応には、外見上、わかりにくいことが多い。それほどひどくない外傷的体験に、強い反応を示すこどももいれば、ひどい外傷的体験にも一見穏やかな反応しか示さないこどももいるからである。

PTSD に苦悩するこどもたちを支援し、彼らの未来が開かれるためには、多くの専門家の連携と PTSD に対する「きづき」が必要不可欠になる。

### 3. かかわりのありよう

臨床家が PTSD を理解することで、「トラウマ」への介入のありようが明確になり、多くの被害にあったこどもたちが救われることを主張しておきたい。その介入のありようは、以下の如く、共通しているように思われる。

まず、トラウマ体験を、無理に忘れさせようとしたり、表明させたり、表現させたりすることはきわめて危険である。欧米の精神文化にみられる治療的アプローチ (出来事について絵をかかせたり、作文を書かせたりすることなど) を、日本という「恥の文化」に持ち込んだ場合、症状を悪化させる危険性が考えられる (例えば、米国は自己表現を大切にす国であるが、日本は「もの言わずして語る」という文化がある。無理に表明「させる」のは、日本人の精神文化に馴染まないように思われる。こども自らが表現し始めるのを大切にしたいものである)。

次に、Happy and Positive life events (幸せで快的な出来事) は、PTSD のケアに重要な役割を果たす。こどもにとって、楽しく、未来が展望できるような、積極的生き方ができるような出来事を日常生活の中で作ることが大切である。例えば、性被害にあったこどもに対して、こどもが安心できるようなかかわりのできる警

察官等が付き添うこと、帰宅した時には、誰かが必ず家にいることなど、孤立無援にすることなく、安心感をつくることが大切である。そのためにも、法律的、行政的視点からの援助も必要不可欠になる。

治療や援助のポイントを要約すると次のようになる<sup>2)</sup>。

- ① 実際にどのような災害や事故、事件的状況であったのかを、あらかじめ慎重に分析、理解しておくこと（子ども本人から直接きくことは、想起や再体験になる危険性がある）。
- ② 次に、災害や事故後に抑制されていた感情を、受容的、共感的関係の中で解放すること（プレイセラピーやカウンセリングによる自己表現の促進：本人が言いたくないことを無理に聞き出したり、表現させることは危険であり、子ども本人の表現を待つことが大切）。
- ③ 最後に、現実を再構成し、被害にあった子どもの未来に対する「生きる意味」が確立されること（本人の未来が明るく展望できるような精神的、経済的、環境的配慮などが確約されていること）。

心傷ついた子どもに対して予防も含めて、出会ったはじめから、治療的なかかわりを心がけること、「ここには自分の居場所がある、自分は受け容れられようとしている」という安堵感を贈る姿勢が大切である。子どもたちの未来が開かれていくには、被害にあった子どもたちにかかわる専門家各自がその職能に応じて、責任を負える範囲で十全の努力をする。そして臨床家としての共通のセンスと覚悟をもつことが必要である<sup>3)</sup>。ここではその共通のセンスについて、村瀬<sup>3)</sup>の援助のありようをもとに、述べてみたい。

ア. 心に傷を負った子どもに安堵感を贈るには、問題行動への注意ばかりでなく、潜在可能性へ注目するまなざし、症状や行動上の問題は救いを求めるサインだという認識、基本的信頼感を損なった子どもでも、心の底には、相応の力を発揮して人に認められ、分かち合いたいという願

いが息づいているのだ、ということもへの信頼感もちたい。

- イ. 的確で細やかな観察眼を働かせる。些細であっても、良い点は見逃さない。ただ、子どもが自分は無価値、悪い子だというアイデンティティをもっている場合、自分を受け入れ認めてもらうという体験に戸惑い、援助者を試す行動や反抗が返ってくることもあり得る。子どもの言動の背後にあるものを汲みとることができるようでありたい。
- ウ. 子どもとかかわっていると、この子と本当に確かに通じ合えた、という手応えを容易には持ちにくい。親しげにべたっと近づいたかと思うと、少し注意されると、一転して興奮し反抗的になったりする。しかも、このような激しい感情の起伏は絶えず繰り返され、援助者は疲労困憊し、子どもの真意の程をとらえかねて戸惑ううち、ふと子どもから挑発されて感情的に振る舞ってしまうことがある。そこで、容易に人を信じられない子どもは、人に心を許すものではない、と不信感を強固なものにする。援助者のうちにわき起こる名状しがたい不安、無力感、自信喪失感、これらこそ、子どもたちがトラウマを被る過程で、常に体験したことなのであり、彼らはそれを援助者にお裾分けして、分かっしてほしいと願っているのである。

援助する側が自己の治療モデルやテクニックに拘り、その枠組の中でしか接することができない時、病む人間にとって、その関係は閉ざされたものとなり、真の援助関係は存在しなくなる。ヴァイツゼッカー<sup>4)</sup>は、「生命あるものにたずさわる者は、生命（人間）に対する哲学をもって」と述べている。彼は、治療観に関して、現代の治療科学や治療技法は急速に発展し、細分化されてきたが、治療の中心である人間観は極めて貧困であると、医学者として批判的考察をしている。

現在、阪神大震災や地下鉄サリン事件などを機に、PTSDの概念が急浮上し、様々な専門家

が、分断された形で己れの独自性を主張しているように思える。この場合、援助を受ける側にとっては、一方的なテクノロジーとメソドロジーの犠牲者になりかねない。心理学も医学も、教育も福祉も、専門分野として不連続的細分化を主張するのではなく、PTSDに苦悩することもたちに対して、統合的、連続的、共通の基盤をもった人間学的科学や哲学の上に援助がなされるべきである。一人の人間に対して、医師も看護師も、臨床心理士も、法律家も担任教師も、彼に関わる人間すべてが、共通の、連続的人間観に立脚する時、真の支援が成立するのである。

#### 引用・参考文献

- 1) American Psychiatric Association (1994) "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV edition." A.P.A., Washington.
- 2) 久留一郎 (2003) 『PTSD～ポスト・トラウマティック・カウンセリング～』 駿河台出版社
- 3) 村瀬嘉代子 (2001) 「児童虐待への臨床心理的援助～個別にして多面的アプローチ～」『臨床心理学』第1巻第6号 金剛出版
- 4) Weizsäcker, V.V.(1975) 『ゲシュタルトクライス』 (木村 敏・浜中淑彦訳) みすず書房
- 5) Yule, W., Gold, A. (1993) Wise before the event, Published by Calouste Gulbenkian Foundation, London. (久留一郎訳 (2001) 「スクール・トラウマとその支援～学校における危機管理ガイドブック～」誠信書房)