

# 乳幼児期の親子のトラウマ体験

—— 東日本大震災の被災事例が教えてくれたこと ——

鈴木 廣子<sup>\*1</sup>・大河原 美以<sup>\*2</sup>

臨床心理学分野

(2017年9月26日受理)

## 1. はじめに

「トラウマ」とは脳の中の記憶の処理の問題である。通常、日々の記憶は無意識下において、脳の中の正常な処理システムの中で時間の経緯とともに「忘れていく」記憶として処理され、長期記憶に保存されていく。しかしながらとてつもなくつらい感情（強い恐怖・悲しみ・怒りなど）にさらされる出来事に会するとその体験の記憶は「外傷記憶」となり、正常な処理システムが機能できない状態に陥ってしまうことになる。その結果生み出されるのが「トラウマ（記憶）」である。通常の記憶は、認知・感情・身体・視覚・聴覚の記憶により構成されているが、トラウマ記憶はそれらがばらばらに保存されており、コントロール不能な形で、ふとした引き金により不快な記憶の断片にさらされる（フラッシュバック）。このようなトラウマ記憶のメカニズムの根底にあるのは、解離の防衛である。解離の防衛とは、脳が危機をキャッチしたときに命を守るために作動させる脳による防衛反応であるといえる。我々の意志の力をコントロールしている前頭前野の守備範囲ではない本能的な領域において、自動的に作動するシステムである。PTSD（心的外傷後ストレス障害）の問題は、「危機的状況下において正常に作動した（脳の）命を守るシステムの、その後の自動解除がうまくいかなかった状態」と言うことができる。

筆者らはEMDRセラピーにより心理治療を行っている立場にある。本論で述べるトラウマについての考え方は、EMDRセラピーの根拠となっているAIP（適

応的情報処理）モデル（Shapiro, 2001）に基づくものである。

乳幼児期のトラウマ体験が脳の発達に直接的に影響を与え、将来的な心理的問題につながる可能性が高いことはすでに多くの研究が示してきている（Panksepp, 1998; Perry & Pollard, 1998; Bremner, 2003; Teicher et al., 2003; Shore, 2003; Van der Kolk, 2005; Bergman, 2012; Maté, 2010; Felitti & Anda, 2009）。前述したように、トラウマ体験とは、強い恐怖・悲しみ・怒りなどの感情を引き起こす体験であり、その記憶である。乳幼児は未熟な存在であり、不快感情制御の機能は親に依存している状態にある。つまり、親が乳幼児に安心を与える存在であるかどうかという点が、乳幼児のトラウマ記憶の処理には深くかかわることになる。乳幼児の症状は母子の相互作用と密接にかかわっており、母が不安であれば子どもも不安状態に陥るのである（Petzoldt et al, 2015）。災害時における乳幼児の母子支援には特別の配慮が求められるべきだろう。

本論では、東日本大震災後の支援事例の実際を記す。これらの事例の分析を通して、東日本大震災における乳幼児のトラウマ体験とはどのようなものだったのか、過酷な体験がどのように親子に影響を与えたのかを示し、我々が学んだことを明らかにする。第1著者の鈴木は岩手県内陸部在住の精神科医であり、震災直後から岩手県X市の小児科医院とY市の診療所において被災者支援に従事し、この6年間「被災者支援」という援助の枠組みの中で多くの被災者と子どもたちに出会ってきた。第2著者の大河原は東京在住の臨床心理士（大学教員）であり、鈴木とともにX市の学校

\*1 すずきひろこ心理療法研究室（020-0024 盛岡市菜園2-7-30 スガトウビル4F）

\*2 東京学芸大学 教育心理学講座 臨床心理学分野（184-8501 小金井市貫井北町4-1-1）

や保育園などへのコンサルテーションを通して支援に関わり、本論文においては主として論文作成を担当した。2017年は震災から6年、私事では「7回忌」の節目の年でもあり、1つの区切りであると思われる。未曾有の大震災が子どもたちの育ちにどのような影響を与えたのかをまとめることの必要性を感じている。本論では、親子のトラウマ体験に注目し、震災体験が乳幼児の育ちに及ぼす影響について、事例を提示して検討したい。

## 2. 東日本大震災の特徴

2011年3月11日、東日本大震災で茨城県、福島県、宮城県、岩手県、青森県沿岸は未曾有の大地震と津波被害に遭遇した。特に福島県（地震と津波、さらに原発事故）、宮城県、岩手県の被害は甚大で深刻なものだった。

東日本大震災の岩手県における被災状況（岩手県、2013「岩手県東日本大震災津波の記録」から）をまとめると、2011年3月11日午後2時46分、マグニチュード9.0、岩手県での最大震度は6弱～4でその後に津波があり、人的被害としては死亡者4,672人（92%が溺死）、行方不明者1,151人、合わせて5,823人、避難者最大時約54,400人。津波浸水地域58km<sup>2</sup>、被災家屋全壊・半壊合わせて24,916棟だった。岩手県における東日本大震災の被害の特徴は、岩手県沿岸地域での地震後の津波被害にある。山田町と大槌町は津波後火災が発生し、被害がさらに大きなものとなった。岩手県の内陸部では、震度6弱～4だったが、元来、地盤が強固であるために建物の被害は極めて少なかった。しかしながら、停電とすさまじい余震が続いたという点では、岩手県沿岸地域と差がなかった。

岩手県は本州の中では最も広い県で、リアス式三陸海岸の沿岸地域へは県庁所在地盛岡市から車で往復4時間以上かかり、「車」が重要な移動手段である。近年、沿岸地域では過疎化、少子高齢化が進み、医療の点においても深刻な医師不足状態にある。精神科医の不足も同様であり、また臨床心理士も極めて少ない状態にあった。岩手県は、全国の中でも自殺率が高く、北東北3県の中で最下位を争っていた。しかしながら、この地域は、わかめ・こんぶ・うに・あわび・鮭・いくら・さんま・牡蠣などの極上海産物の宝庫であり、海の幸により漁業で栄えている地域でもあった。海は生きていくために重要な資源である。このような岩手県沿岸部で大震災・津波が起きたのだった。

岩手県における津波被害は、歴史的な記録が多く残

されている（地震調査研究推進本部、2011）。岩手県沿岸における明治からの記録には、1896年6月15日の明治三陸地震（死者・不明者22,000人）、1933年3月3日の昭和三陸地震（死者・不明者3,000人）が記されている。先人たちがこの時の被害状況の教訓を書き残した「碑」が各地に点在し、釜石地域には「津波でんでんこ（「津波」が襲来したら、1人1人が確実に避難する）」の伝承もある。また宮古市田老地区には世界一と言われた防潮堤が作られており、津波対策には万全を期していた地域だった。しかし東日本大震災は、過去の経験の予測を遥かに超えた地震後に大津波が到達し、世界一の防潮堤も飲み込み、甚大な被害をもたらしたのである。

「平成の大合併」により岩手県においても多くの市町村合併が行われ、漁業地域と商業地域の区別がなくなったが、現在でも地域特性は残っており土地への愛着も強く、同じ市町村下にある被災地であっても、地域ごとに住民の意識には明確な違いがみられた。

東北人は一般に我慢強く、口が重く、感情を表には出さない傾向があるが、岩手県人も同様の気質を持ち、地域の「和」を第一に考える。漁業で生業をたっている沿岸地域においては、歴史的に津波被害を体験してきた経緯から、居住地域は高台に置き、漁業関係の仕事場は沿岸に置くということをルールとしてきていた。津波がきた場合にも人命だけは助かり、かつ海との共存は継続できるように多くの言い伝えがあった。ゆえに、沿岸に居住地を置いていた人たちや人命を守れなかった人たちは暗黙のうちに、この伝統的なルールを守らなかった人ともみなされる空気の中に入った。そのため、特に漁業を生業としている被災者は、逃げなかったこと、人命を失ったこと、そして消防団などの支援者の死などに対して自責の念が強く、地域社会の中で孤立する傾向にあった。

一方、商業地域の人々も、地域の和を第一に考えるがゆえに、自ら「困っていること」「辛く感じていること」を外にも内にも語ることは非常に少ない。現地では「被災者」とは「津波に飲み込まれた人、親族を亡くした人」のみを意味し、そのような被害のない人は「被災者」ではないと認識する傾向が、被災被害の甚大な地域ほど強い。

さらに2016年8月には、東北地方太平洋側に初めて台風（平成28年台風第10号）が上陸する事態となり、東日本大震災の被災地はこの台風によって再び被災した。津波や台風（洪水）による自動車の流出などの被害は、あまりにも多くの人が体験したものであるがゆえに、怒りや悲しみを感じて当然の「被害・被

災」であるとはみなされなくなっている。周囲との比較の中で、自分の被害は悲しむに足るものではないと考える傾向が強いのである。

2011年3月から6年半の歳月が流れ（本論文執筆時）、いわゆる震災被害の記憶の風化現象も危惧されるようになった。しかしながら、ようやく様々な思いを少しずつ語り始めた被災者たちがいる一方で、たくさんの方の公的機関職員たちが「何も語らずに」退職したとも聞いている。実際の復興の状況を客観的に見てみると、工事が中断されたかのように見える断続的に建設された防潮堤、盛土だけが完成して建物が1つもない広大な敷地、災害公営住宅は建設されたものの、仮設住宅が無料であるのに対して災害公営住宅には家賃が生じるために転居できず、仮設住宅に6年以上住んでいる被災者たち、止まらない人口の流出、深刻な人手不足など問題が山積している。被災地の津波浸水地域に新しい街が再び出来るのか、作ってもよいのか、被災地の住民たちは将来への漠然とした不安を抱えたままにある。

### 3. 乳幼児の親子の事例（21事例の分析）

2011年4月～2016年3月までに受けた乳幼児に関する相談（21件）について、被災状況と主訴および治療経過の特徴を検討したところ、4つのタイプに分類することができた（表1）。相談に至る主訴は、子のPTSD症状、子の発達の遅れ、母の不調の3種であった。

子のPTSD症状は、震災直後から強い不安を示し泣き叫びパニックになるなどの過覚醒反応を示していた

表1 21事例の分類

主訴	事例数	表番号	分類番号
子のPTSD症状（直後：過覚醒反応）	5	表1	A
子のPTSD症状（直後：解離反応）	4	表2	B
子の発達の遅れ	5	表3	C
母の不調	7	表4	D

5事例（表2）と、震災直後には泣くこともなかったという解離反応を示していた4事例（表3）に2分された。子の発達の遅れを主訴としたケースは5事例（表4）、母の不調を主訴としたケースは7事例（表5）であった。これらのケースは、すべて支援を通して、問題の解消に至った。

子のPTSDが主訴となった事例を表2と表3にまとめた。表2・表3には、子の震災時年齢・震災時の子どもの反応・問題発症年齢ときっかけ・子のPTSD症状の特徴・PTSD症状のトリガー（引き金）・子の津波体験・家族の津波体験・家屋の被災状況・喪の作業の停滞の状況について、一覧にした。なお表中の記述は、守秘の観点から本質を損ねない範囲で改変を加え、抽象的な記述にしている。

表2に示したA-1事例からA-5事例は、震災直後から泣き叫ぶなどの不安定な状態（過覚醒反応）を示していた事例である。余震のたびに、そして受診するまでの長期間にわたってこの症状が続いていたことがわかる。表3に示したB-1事例からB-4事例は、震災直後、泣いて当然の場面で泣くなどの反応が出ず、まったく何事もなかったかのようなふるまいをし

表2 子どものPTSD症状（直後：過覚醒反応）が主訴となった5事例の一覧

事例番号	震災時年齢	震災時の子どもの反応	問題発症年齢	子のPTSD症状	トリガー（引き金）	子の津波体験	家族の津波体験	家屋の被災状況	喪の作業の停滞
A-1	1歳1カ月	過覚醒反応（泣き叫ぶ）	直後から6歳（受診時）まで	周囲の泣き声に反応して泣き叫ぶ	他の幼児の騒音と叫び声	なし（内陸にいた）	なし（内陸にいた）	津波による自宅流失	なし
A-2	3歳	過覚醒反応（泣き叫ぶ）	直後から3歳（受診時）まで	夜泣き・泣き叫ぶ	余震の音・周囲の物音	津波に遭遇し、両親とともに車で逃げた		津波による自宅流失	なし
A-3	3歳と5歳の姉弟	過覚醒反応（泣き叫ぶ）	直後から3歳（受診時）まで	津波遊び・地震遊びなど	余震の音・テレビの津波映像	なし	なし	なし	
A-4	3歳	過覚醒反応（泣き叫ぶ）	直後から5歳（受診時）まで	暗闇を怖がる・泣き叫ぶ	余震の音・大きな音・雨風の音・テレビの津波映像	なし	なし	なし	
A-5	4歳	過覚醒反応（泣き叫ぶ）	直後～10歳（受診時）まで・小2から登校渋り	登園しぶり・泣き叫ぶ	大きな音・余震の音	なし	なし	なし	

表3 子どものPTSD症状(直後:解離反応)が主訴となった4事例の一覧

事例番号	震災時年齢	震災時の子どもの反応	問題発症年齢	子のPTSD症状	トリガー(引き金)	子の津波体験	家族の津波体験	家屋の被災状況	喪の作業の停滞
B-1	1歳1カ月	解離反応(泣くこともなかった)	3歳6カ月～(地震実験装置・自衛隊演習)	暗い場所・風の音・余震に対する恐怖・パニック	地震の地響きと揺れに伴う音	なし(内陸にいた)	なし(内陸にいた)	なし(内陸にいた)	
B-2	6歳	解離反応(泣くこともなかった)	9歳～(1歳年上の姉が夜泣きした時から)	睡眠障害・夜泣き	姉の泣き声・余震の音	高台に避難	母親を津波で喪失	自宅流失	あり 亡くなった人の話を避ける。
B-3	3歳	解離反応(泣くこともなかった)	6歳～(幼稚園での不安状況)	母親へのしがみつき・夜泣き・睡眠障害・大きな音への恐怖	周囲の子どもの声や泣き声・大きな音	高台に避難	母方祖母、叔父を津波で喪失	実家が流失	あり 母が体調不良
B-4	5歳	解離反応(泣くこともなかった)	7歳～(小学校入学後)	登校時になると不安を訴える・父親の出勤が不安で激しく泣く・夜中に泣き続ける	父の出勤	両親と弟と4人で津波に追いかけられ、車で何とか逃げた	父方祖父を津波で喪失	自宅兼仕事場を津波で流失	あり 亡くなった人の話を避ける。

表4 発達の遅れが主訴となった5事例の一覧

事例番号	震災時年齢	震災時の子どもの反応	問題発症年齢	全般的な遅れ	言葉の遅れ	情緒的問題	子の津波体験	家族の津波体験	家屋の被災状況	喪の作業の停滞
C-1	4歳	年齢相応の発達で問題なし(内陸にいた)	7歳	あり	やや遅れ	多動、飛び出し、座学困難	なし(内陸にいた)	母方祖父を津波で喪失	津波により母方実家が流失	あり 亡くなった母方祖父の仕事を継ぐために被災地に転居
C-2	2歳	年齢相応の発達で、大人しい子だった。	6歳の就学前健診	あり 紙おむつ使用	一、二語文程度	落ち着きがない	高台に避難	高台に避難	津波により自宅が浸水	なし 震災前から家族内に問題を抱えており、母が不調だった
C-3	生まれていない(震災後に妊娠)		3歳5カ月	ややあり	やや遅れ、発語少ない	多動、激しい癇癪		父方祖父を津波で喪失	津波による自宅流失	あり 亡くなった人の話を避ける。
C-4	生まれていない(震災後に妊娠)		1歳11カ月	ややあり	やや遅れ、発語少ない	多動、飛び出し、危険行為		第1子(3歳)と父方祖父を津波で喪失	津波による自宅流失	あり 亡くした子を思い出し、本児を叱れない
C-5	生まれていない(震災後に妊娠)		3歳8か月	ほぼ年齢相応	発語少ない	泣いて両親から離れない、集団に入れない、脅えた様子		第1子(6か月)と母方祖母・母方叔母の子2人を津波で喪失	なし	あり 亡くした子を思い出し、強い後悔を抱えていた

ていた事例である。解離反応が生じていたものと思われる。そのため、数年後にさまざまきっかけによって、恐怖のフラッシュバックが生じている。

乳幼児のストレス反応は、過覚醒反応と解離反応として症状化する(Perry, B. D. & Pollard, R., 1998)とい

われており、過覚醒反応は乳幼児の最初のストレス反応であり、解離反応は過覚醒反応に対する適切な対応がなされないときに転じるトラウマ反応であるとされる(紀平, 2007; Shore, 2009; 大河原, 2011; 大河原ら, 2011)。表2・表3に示された9事例は、その典

表5 母の不調が主訴となった7事例の一覧

事例番号	震災時年齢	震災時の子どもの反応	問題発症年齢 母の不調	全般的な遅れ	言葉の遅れ	情緒的問題	子の津波体験	家族の津波体験	家屋の被災状況	喪の作業の停滞
D-1	4ヶ月	月例相応で問題なし、手のかからない子だった。	1歳3ヶ月 母の睡眠障害・PTSD	あり	明確な単語の発語もなし	多動、自閉症的な症状(常同性、手のひらひら運動)	津波に流されて救出された。怪我なし	母と祖母が津波に流されて救出され負傷。母方曾祖父母、祖父(母の実父)を津波で喪失	津波による自宅流失	あり 祖母のPTSDにより母の喪の作業が停滞した。
D-2	3ヶ月	月例相応で問題なし、手のかからない子だった。	1歳8ヶ月 母が体調不良で様々な科を受診	あり	明確な単語の発語もなし	多動	母と高台に避難	父を津波で喪失	なし	あり 母のサバイバーズギルトが大きかった
D-3	2ヶ月	月例相応の発達で問題はなし	3歳 母のいらいら感・集中困難・意欲低下	ややあり	発語少ない、言葉が不明瞭	多動、落ち着きがない	なし(内陸にいた)	なし(内陸にいた)	津波による自宅流失	あり 母のサバイバーズギルトが大きかった
D-4	生まれていない (震災後の再婚により出生)		1歳7ヶ月 母の表情が悪く、周囲が心配	あり	明確な単語なし	多動、奇声、物を投げつける		父が前妻と2人の子(1歳8ヶ月・3歳)と祖母(実母)を津波で喪失	父が津波により自宅流失	あり 父が亡くした前妻の2人の子を思い出し、再婚後に出生した子に向き合えないことで、母が抑鬱的となっていた。
D-5	生まれていない (震災後の再婚により出生)		3歳10ヶ月 出産時のエジンバラ産後うつ病質問票高得点	ほぼ年齢相応	発語少ない	多動、危険行為		父は実母、妻、2人の子どもを津波で喪失・母は第1子(3歳)を津波で喪失	津波による自宅流失	あり 亡くした子を思い出し、本児を叱れない
D-6	生まれていない (震災後に妊娠)		3歳9ヶ月 母の表情が悪く、周囲が心配	ほぼ年齢相応	発語少ない	多動、落ち着きがない		第1子(1歳)と母方祖母とを津波で喪失	なし	あり 亡くした子を思い出し、本児に厳しくあたる
D-7	生まれていない (震災後に妊娠)		5ヶ月 母の表情が悪く、周囲が心配	なし	なし	なし		第1子長男(当時3歳)と母方祖母を喪失	母方実家流出	なし 子を失った悲しみと向き合いながら、次の妊娠をむかえた。1年後には亡くなった子とは別の一人の子として育てることができたと語った。

型を示しており、直後に問題なくみえる解離反応にもきちんと注目する必要があることを示している。

また、表2・表3において注目すべきなのは、B-4事例以外のすべての子どものPTSD症状のトリガーが「音」であるという点である。B-4事例は、父の出勤が子にとって大きな不安をもたらす意味をもっていたという事例であるが、それ以外の事例においては、余震の音、大きな音などに反応して子どもたちはパニックに陥っていた。つまり認知機能が未熟な幼い子ども

たちは、聴覚によって被災している可能性がある。

子の発達の遅れ(C-1～C-5)と母の不調(D-1～D-7)を主訴とした事例を、表4と表5にまとめた。表4・表5には、子の震災時年齢・震災時の子どもの反応・問題発症年齢(表5は母の不調状態)・子の全般的な発達の遅れ・言葉の発達の遅れ・情緒的問題・子の津波体験・家族の津波体験・家屋の被災状況・喪の作業の停滞の状況について、一覧にした。

表5に示したように、母の不調を主訴として受診し

た事例においても、D-7事例を除いた6事例において子の発達の遅れの問題が生じていた。また、表4・表5においては、震災後に生まれた子どもたち(C-3, C-4, C-5, D-4, D-5, D-6))においても問題が発症していた。

表4・表5において、発達の遅れがみられた子どもたちはみな、支援を行うことで発達の回復に至った。すなわち、本来的な障害ではなく、被災によって生じた機能的障害であった。C-2事例は、震災以前から家庭内の問題を抱えており、母が不調であったことが子育てに影響し、子の発達の著しい遅れが認められたが、母の回復とともに急速に発達の回復がみられた。C-2事例以外の事例の背景には、悲嘆反応からの回復をもたらす「喪の作業mourning work (Bowlby, 1961; Caplan, 1961; 小此木, 1979; 小此木, 1980)」が停滞しているという問題が共通して認められた。震災で亡くなった子どもへの思いから、今生きている目の前の子どもへの対応が困難になってしまい、結果として子どもの発達の遅れが生じていたと思われる。B-2事例・B-3事例・B-4事例においても「喪の作業」の停滞が認められ、そのために、子の解離反応が解除されることなく時が経過することになり、後に子にPTSD症状が顕著に現れるに至ったと考えられる。子どものPTSD症状の改善のために、B-2事例では主な養育者である母方祖母と父親、B-3・B-4事例ではともに母親の面接を行った。

Bowlby (1961) は、愛する対象を喪失したときの落胆や絶望の情緒的体験を悲嘆 (grief) とよび、それは喪失を受入れていくための自然な心理的プロセスであることを示した。この心理的プロセスを「喪の作業」という (Bowlby, 1961; 小此木, 1979)。すなわち、「喪の作業」とは、喪失による悲しみと向き合い、きちんと涙を流して悲しんでいくことを通して、時の流れの中で、悲しみがやわらいでいくプロセスのことを指している。喪失のトラウマ記憶が、時の流れの中で、脳の中で自然に処理されていく自然治癒のプロセスであるともいえ、それは同時に亡くなったという現実を受け入れるという心的作業となる。文化としての宗教上の儀式は、この心的作業を進めていくために重要な役割を果たす。しかしながら、人は安心・安全な環境にないと、怒りや悲しみなどの感情を封印して自分を守ろうとする緊急時の防衛が作動したままになるので、「喪の作業」が停滞し、トラウマの自然治癒が妨げられるのである。D-7事例は、長男を喪失している事例であるが、喪の作業の停滞がみられなかった事例であり、その途上で母の不調が周囲から心配され

ることはあったが、子に発達の遅れはなかった。さらに考察で、詳細に分析を加える。

#### 4. 事例研究 (3事例の詳細)

21事例の中から、3事例の詳細を以下に記述する。B-1事例 (子のPTSD/直後: 解離反応; 商業地域)、D-1事例 (母の不調/子の発達の遅れ/津波に流された乳児; 漁業地域) D-4事例 (母の不調/子の発達の遅れ/震災後の出生; 漁業地域) の3事例である。事例ごとに、受診時年齢・受診動機・被災時年齢・被災状況・受診に至る経緯および支援の経過を記述した。事例の記述にあたっては事例の本質をゆがめない範囲で守秘の観点から改変を加えている。事例提供者には事例の本文を照会した上で事例提示の許可を得ている。

援助の構造は、月1回の定期的訪問による無料の「被災者支援」であり、遠方からの訪問のため支援は限定的とならざるをえず、被災地での面接は1回で終わることも多い。子が抱える恐怖感の改善のためには、母子または家族で簡易的・継続的に実施でき、トラウマ治療の基本となる安心感・安全感の構築としての効果が期待できる方法が必要であった。筆者は、経験を通して、EMDRセラピーにおける「安全の場」を「好きな色」を用いて行う簡易的な方法を開発し実施した (鈴木・大河原, 2017)。

また、親面接においては共感と傾聴を基本として、家族療法を視野にいれて問題を維持している関係性の改善等をめざした。日常的な支援およびフォローアップは、援助の方針を現地の小児科医に伝え、小児科医を中心とした現地の支援者たちのネットワークを活用した。

##### 4. 1 B-1事例 (震災時の地鳴りの音によるトラウマを抱えた乳幼児の事例; 商業地域の事例)

受診時年齢: 年齢3歳6か月 男児

受診動機: 「(地震を想起させる) 音が聞こえる」「お家が壊れる」「お腹が痛いから病院に行きたい」「怖い」などと訴え、ひどく脅えて手が付けられない。

震災時年齢: 1歳1ヵ月

被災状況: 震災時、岩手の内陸部の賃貸アパートに家族4人で生活し、2階に住んでいた。地震発生時、母と姉(3歳)本児(1歳1ヶ月)が家にいた。地震が起きて停電になり、母子たちは家から外に出ていた。余震もある中で、3歳の姉は泣き叫んでいたが、本児は特に泣くことはなかった。姉は余震が来るたびに泣

き叫ぶので、停電が解消するまで、車の中で過ごした。その後、父の実家に避難したが、余震が続くので子どもたちの希望で夜は車内で寝ていた。姉は、津波関連の映像を見ることが出来ずに、テーブルの下に隠れるなどちょっとした物音にも敏感だったが、当時、本児はそのような姉に対して「(おさまったから)大丈夫」と慰めるような様子でいたという。その後も、余震がある度に姉が泣き、本児が泣くことはないという状態が続いていた。

**受診に至る経緯:** 震災の2年後、両親が家を建てることになり、ハウス展示場に家族で見学に行った。そこに耐震設計と従来の建築の違いを実感させる実験装置があり、建物が地震で揺れる(震度7の設定)ところを外から見た。そこで本児と姉が大泣きをした。人工的な地震だったが音もすさまじかったという。その約1か月後、いつも行く公園に母子で行った際に、偶然、自衛隊の演習の音(連続する砲弾音)が聞こえてきた。すると本児が、突然「怖い、怖い」と泣きだし母にしがみついた。帰宅しても脅えて、特に音に過敏になるので、近医(小児科)を受診した。そこでは「大丈夫」と言われたが、その後も本児は脅えて、特に音を怖がり、次第に暗い所や目を閉じることも怖がり、寝付かせるのにも時間がかかるようになった。本児が「病院に行く」というので、病院に連れて行ったら、安心して泣き止んだという。それ以来、暗い場所、風の音、地震(余震)を全て怖がり、泣き叫ぶようになった。

**支援の経過:** (面接回数2回) 本事例における筆者の見立ては以下のとおりである。震災時3歳だった姉は、急性ストレス障害による過覚醒症状を発症していたと考えられた。一方で本児(震災時1歳1ヶ月)はまったく泣くことがなかった。この状態は、急性ストレス障害の回避症状を示していたとみることができる。前述したように、乳幼児のストレス反応は、過覚醒反応と解離反応として症状化する(Perry, B. D. & Pollard, R., 1998)といわれており、姉の過覚醒反応にさらされた本児が解離反応を示すことで、ストレスを回避したものと推測することができる。過覚醒状態で泣き叫ぶ子も、泣くべき状況下で泣かない子も共に、異常事態下での反応を示していたのである。

余震がきても泣くことのなかった本児は、2年後、モデルハウス展示場の実験装置による地震の「音」を再体験し、そして偶然に聞いた自衛隊演習時での「爆音」がトリガーとなって、心的外傷後ストレス障害(PTSD)の過覚醒症状を示したと考えられた。そしてこれを契機に、「雨風の音、雷の音、未だに続く余震

の音」などを怖がり、次第に暗い所や目を閉じることも怖がるなど、症状に対する適切な対応がなされないことにより「恐怖」がエスカレートしている状態と見立てた。

そこで筆者は母に、本児の症状は「震災による心的外傷後ストレス障害(PTSD)である」ことをていねいに説明し、さらに2歳上の姉も同様に支援が必要であることを伝え、きょうだいでの受診を勧めた。母は、震災直後から余震を怖がり泣いていた姉については震災の影響が関係していると理解していたが、本児が示した突然の症状が姉と同様の震災関連で生じた症状とは認識できずにいた。そこで姉弟が症状を呈した時期は異なるが同様に震災の影響を受けたPTSDであると説明を受けたこと、治療方法があることを知り、安心したと考えられる。

2回目に、本児、姉、母の3人で来院した。子どもたちに対しては、身体の安心感・安全感の感覚を取り戻すことの援助として、前述したEMDRセラピーの「好きな色」による「安全な場」を再築するセッション(鈴木・大河原, 2017)を行い、家庭においても継続してケアしてもらうようお願いした。何かあれば再受診を勧めるよう申し送った。その後の経過は良好で、受診後2~3週間には落ち着いたと報告を受けている。

**まとめ:** 本事例は、内陸部での大地震の体験によるトラウマ事例であり、2年後にフラッシュバック状態を呈して混乱状態に陥りPTSD症状を呈した。特徴的だったのは、3歳の姉が泣き叫んでいる中、本児は「泣かない(泣けない)」状態であったという点である。泣くことが当然の反応であるような恐怖にさらされているときに「泣かない」ことはすでに、急性ストレス反応が生じているということを意味している。2年後、耐震実験による地震の音や自衛隊演習の爆音を引き金にしてフラッシュバックが生じたが、その症状を東日本大震災の影響であると、家族が認識していなかったために、どのように対応したらよいかかわからず、家族の不安が子どもの不安と恐怖をさらに増幅していたものと思われた。

本児の症状のトリガーは「音」であった。被災時の年齢は1歳1ヶ月であり、乳児であるがゆえに状況を認識することはできず、恐怖の記憶と「音」がリンクして、適切な記憶の処理が行われるに至らなかったものと思われる。

#### 4. 2 D-1 事例 (津波にのみこまれて救出された家族の事例; 漁業地域の事例)

受診時年齢: 1歳3か月 男児

受診動機: 母の不眠の訴え

震災時年齢: 生後4か月/母25歳

**被災状況:** 父が単身赴任のため、里帰り分娩も兼ねてX市の実家で生活していた。実家には母方曾祖母、祖母、祖父が生活していた。2011年3月11日、大津波で実家にいた全員が流され、母方曾祖母、祖父が亡くなり、同時に自宅などが流出、全壊した。本児と母、祖母(母の実母)も津波に流されたが、本児の泣き声で母と祖母は意識を取り戻し救助された。本児は無傷だったが、母と祖母は負傷していたため、3人はドクターヘリで内陸部に搬送され、2週間入院した。

**受診に至る経緯:** 本児と母と祖母(母の実母)は退院後、内陸部の親族の元で2か月過ごし、2011年5月から本児と母、祖母で同居することになり、非被災地に転居した。同年6月からは父も単身赴任から戻り、4人での生活が始まった。2011年12月、本児の風邪のため受診した小児科医院で、母が不眠を訴えたため、被災者支援として面接をすることとなった。

**支援の経過:** (面接回数11回)

**【2011年12月母面接】** 初診時、母は睡眠障害について「連日、津波に流される夢はみていたが、これまでは目が覚めることはなかった」と語り、さらに「4人の生活になって、祖母(実母)から『あんたたちはいいね、家族そろっていて、私には何も無い』と何度も言われ、叔母に電話して、『娘家族3人で仲良くして私は孤立している、娘の旦那からいじめられる』と言ったりする。家事は祖母がほとんどやっしまい、『あんたはいいよね、何もなくて、私だけ忙しい』と言われる。あれから9か月、何となく津波を思い出して涙が止まらなくなる。子どもがいるのでゆっくりと寝ている感じがしない」と話した。傍にいた本児(1歳3ヶ月)は、多動気味に動き回り、発語なく、呼び掛けにも反応がなかった。

本事例は継続面接が必要と判断されたため、母が面接を希望した際に、母子面接を随時行うこととした(2011年12月~2016年2月まで、11回面接を行った)。

**【2012年4月母面接】** 母は「好きなことをして楽しい気分になってくると、『自分だけ楽しんでよいのか』と思い、あの津波が浮かんでくる」と話し、サバイバーズギルト(生き残ったことに伴う罪障感)(Kübler-Ross & Kessler, 2005)に苦しんでおり、抑うつ的であった。本児はあいかわらず発語なく、問い掛

けにも反応なく多動傾向を認めた。一見すると自閉症スペクトラム障害を疑わせる様子であった。しかし、小児科医院で保育士経験のある年配の女性が相手をする、本児は落ち着いて遊び始め、発語がみられたという報告もあった。母は震災後同居した祖母(実母)のPTSDの症状によって、苦しんでいた。

そこで本児の発達を促すためには環境因としての家族関係の調整が重要と考え、祖母に対しても被災者支援を行った。祖母は祖父とともに長年漁業に従事し、沿岸に居住していた立場にあり、家族の多数を喪失したにも関わらず、その怒りと悲しみを地元の支援者には話すことができずにいた。2012年3月から2014年6月まで計6回祖母との面接を行い、祖母も徐々におちついていった。

**【2013年5月母面接】** 震災から2年が経過した2013年5月の母との面接において、母は亡くなった家族の話をするを通して、改めて家族の中における「祖父(実父)」の存在の大きさを痛感していた。母は小さい頃から祖母(実母)に愚痴を聞かされて育っていた。母は長女であったが、婿養子を取ることを拒否して嫁ぐ決心をしたという。当時、祖父(実父)がその結婚を後押ししてくれた。母の結婚はもともと祖母(実母)からの自立という意味をもっていたことを思い出し、原点に戻った。震災後、危機的状況の中で再び同居することとなったが、自分を解放するために、祖母との別居を具体的に考え始めていた。それは母自身のもとの親子関係における呪縛からの再度の自立のプロセスと捉えることができた。

母は、第2子妊娠を機に、アパートを祖母(実母)に内緒で借り、第2子出産後に転居する計画を立てていた。そして同年7月、第2子を出産後1カ月で、夫と子どもたち家族4人でアパートに転居した。当時は、祖母とは喧嘩別れしたような状態での別居だった。夫も祖母から暴言を吐かれることが多かったこともあり、夫は母の思いを尊重して賛成したということだった。

**【2013年7月母面接】** 別居後初めての面接では、母は2人の子どもたちを連れて来院。母は「津波の夢は震災直後からみていたけれど、今はそれに比べると少なくなっている。今年の台風の映像で津波を思い出すことがよくあった。風が強いと風が身体に当たる感じと津波が当たる感じがよく似ているから、風は怖く感じる。風の音も怖い、車のクラクションの音も怖い、雷も嫌だ。(同居していた時)祖母は津波の話をし出すと延々としゃべり続けるので、私は津波の話はしたことがなかった」と話した。「祖母と別居してから、夢



の内容は津波そのものではなく、父や祖父母が夢の中に出てくるようになった。『どうやれば3人を助けられたのかな』とか『父は消防団だから出ていかなければならなかったけど、祖父母だけでも助けられなかったのかな』って後悔している夢が増えている」とのことだった。「この頃になって泣くことが増えた。葬儀の時も私は泣けなかった。祖母(実母)は泣いていたが」と話し、母自身の「喪の作業」がようやく始まったのだと思われた。本児の表情がとてもよいことを筆者が指摘すると、「(本児の)本来の笑顔のような気がする」と親は笑顔をみせた。兄弟2人は仲良く遊んでいた。

**【2015年1月母面接】**(母子同席面接)本児は今までになく落ち着いた表情で、筆者の横に座り、一緒に絵を描き、終始、和やかな様子だった。母は祖父(実父)の夢の話をしながら涙ぐみ、「祖母が泣いたり、騒いだりするので、自分は長い間泣くことも出来なかった気がする。ようやく泣けるようになった」と話した。この時期になって、母から「長男の発達が気になる」との発言も出るようになり、母として機能できるようになっていた。母と祖母も、順調に交流を回復して、祖母に子どもたちを預けて母が用事を済ませるなど、自然な関係が保たれるようになった。

**【2016年2月母面接】**(母のみ面接)母は「体調が悪い」と話し出したが、母が自分の体調の話をするのは初めてのことだった。震災後は自分の身体の心配は全くなかったことを筆者が指摘すると、「自分のことに関心を持つ余裕もなかったんだ」と話し、回復を実感することができた。5歳になった本児は順調に発達していた。

まとめ：D-1事例は、家族全員が津波に流され、生き残った祖母・母・乳児による新生活の中で、乳児の発達の遅れが心配された事例であった。祖母が震災による喪失のPTSDに苦しんでおり、そのために吐く暴言が、母(娘)の「喪の作業」の停滞を引き起こし、子どもの発達の遅れをもたらしていた。祖母へのPTSDへの支援、母(娘)の祖母(実母)からの自立などにより、家族機能が回復することで、子どもの発達は飛躍的に伸び、問題が消失した事例である。

本事例においては、震災前から抱えている原家族での葛藤(母一娘の依存と自立の問題)が、震災後の生活の中で問題化していた。筆者が母(娘)をエンパワーし、青年期に親からの自立を果たすことができていた自分をとりもどすことを通して、母(娘)自身の「喪の作業」が可能になり、子の育ちを可能にする家族環境が再構築されることとなったといえる。

#### 4. 3 D-4事例(震災により家族を喪失した人の再婚後に出生した子どもの事例; 漁業地域の事例)

受診時年齢：年齢1歳7か月 男児

受診動機：母の表情がすぐれない

震災時年齢：誕生していない

被災状況：本児の父は震災(2011年3月)で祖母(実母)と前妻と長女(3歳)と長男(1歳8か月)を津波で亡くした。母には、直接の被害はなかった。受診に至る経緯：漁業地域の沿岸部に居住していた父は震災で家族を失ったのち、母と知り合い再婚。母は初婚だった。2014年6月、本児が生後4ヶ月のとき、母の表情がすぐれないことを小児科医が心配し、筆者は母と面接する機会をもった。この時点では本児の発達は良好だった。母は「育児がよくわからなくて困る」「子どもが何で泣いているのかわからない」「子どもと2人であるのが辛い」「夫は子どもの世話をよくしてくれる、可愛がってくれる」と話したので、保健師による訪問指導を受けることができるよう調整した。6か月乳児健診では問題ないと判断されていた。

その約1年後の小児科受診時(1歳7ヶ月)に、言葉の発達の遅れがあり、予防注射などで泣かず、表情がなく、他の子どもや大人たちを叩いたり、玩具を投げつけたりする様子が見られた。またその際、母は本児に声を掛けることもなく、表情も暗くつらそうな様子であった。

父は本児のために小児科医院に来ることはなかったが、震災で亡くなった2人の子どもたちの時には、とても子煩悩な様子で前妻と一緒に付き添って来ていたという。

支援の経過：(面接回数2回)母とは1年ぶりの2回目の面接となった。本児は非常に多動で落ち着かず、手当たり次第に物を投げ、奇声を上げるが発語はなかった。母は、亡くなった前妻の子どもたち2人には発達の遅れがなかったことから、本児の発達の遅れに対して罪悪感を強く持っていることを語った。

筆者は、母がこのように感じるということは、夫の心が「亡くなった子どもたちのところに留まっている」ことで母が苦しんでいるということなのだろうと感じた。そしてそのために母自身が子育てを楽しめなくなっており、子への関わりの薄さが発語の遅れにつながっているのではないかと思われた。

そこで、地元での支援を受けることができるよう保育園の利用や発達支援相談を積極的に勧めたところ、「夫と相談する」と話し、その後保育園の利用が開始された。

## 5. 考察

保育園入園にあたっては、関係機関への働きかけを行った。特に保育園に対して、具体的にコンサルテーションを行った。父が大震災で家族4人を亡くしており、喪失の悲しみを受け入れていく「喪の作業」が停滞している状態にあると思われること、そのために再婚した母と本児との新しい生活が本当の意味では始まっておらず、母の気持ちがふさいでいること、そのような中で母は本児の発達の遅れに対して、前妻の子どもたちと比較して罪悪感を持っており、そのため家庭において本児に対して十分な声掛けや対応がされていない可能性があることを伝えた。そして、保育士が積極的に本児への関わりを行い続けること、日常生活の観察とサポートをするようお願いした。また、母にとっての支えの場となるよう、受容的な関わりをお願いした。

保育園入園後、本児の発達は徐々に改善傾向を示して、それにともない母の表情も明るくなった。3か月後には本児の言葉の発達は驚異的に飛躍して、集団生活においても問題はなくなり、順調な発達を示すようになり、母は安定して明るい生活を取り戻した。母は「父も子どもの発達をととても喜んでいる」と語った。

まとめ：D-4事例においては、震災後に出生した子どもの発達の遅れが主訴であったが、父の震災による家族喪失のトラウマ体験が、再婚後に出生した子どもの発達の遅れに深く影響を及ぼしていた。保育園に入園した本児が急激に言葉を獲得し、集団生活に馴染んで生活できるようになったことで、父の家族喪失の「喪の作業」を進めさせ、再婚した妻とのコミュニケーションが回復するにつれて、さらに子どもの発達は驚異的に飛躍したと思われる。さらに今後、本児の発達が父の「喪の作業」を推し進めてくれていくと期待される。

本事例においては、喪失のトラウマを抱えている父自身が援助を求めて面接の場に現れることはなかった。前述したように、沿岸部に居住していて家と家族を喪失した人は、古人からの言い伝えを守らなかったことで強い自責の念を抱く傾向にあった。そのため、自分のために自ら助けを求めるといふことはできない状況にあると思われた。

症状改善のために重要だったのは、本児の発達を促すために、保育園を利用したことだった。親が苦悩を抱え、精神的にゆとりのない状況にある時には、育児支援の一環として、保育園利用を積極的に行うことにより、子の発達を優先することが重要である。子の発達を通して、親が癒される場合もあるということこの事例は教えてくれた。

## 5. 1 子どものPTSD症状へのケアと親への心理教育

B-1事例は、被災地での1-2回に限定された支援事例であった。B-1事例における子どもの症状および訴えは、筆者らの立場からみると典型的なPTSD症状とみることができるものであった。しかしながら親は、泣き叫び続け恐怖におののくわが子の姿をみると、何が起きているのかわからないがゆえに、大きな不安状態に陥ってしまうことになる。

そのため、親自身が親として機能できる状態（親自身が深刻なトラウマを負っていない場合）においては、子どもの症状が震災の影響によるPTSDであるということについての心理教育をていねいに行うことが基本となる。藤森・前田(2011)の「大災害と子どものストレス」は、支援者が心理教育を行うために利用しやすい本である。支援者は、子どもは、湧いてくる恐怖や不快があっても、親に安心して受け止めてもらえる関係性があれば、ちゃんと泣いたり怒ったりすることを通して、回復していくことができる(大河原, 2015)ということを知っているということが重要である。

B-1事例では、親へのていねいな心理教育により、親が子どもの症状に対しておちついて受け止める関わりができるようになったこと、そして、EMDRセラピーの「安全な場」の技法を「好きな色」を用いて実施するリソーシングの方法(鈴木・大河原, 2017)により、子どもの身体が安心・安全の記憶を取り戻すことにより、回復した。

表2のA-1からA-5の事例においても、親自身に「喪の作業」の停滞はなかったことで、子どもの症状がPTSDであると説明することにより、親が子どもを安心して受け止めることができるようになることで、子どもの症状は改善した。

## 5. 2 乳幼児の「聴覚刺激によるトラウマ体験」

各事例の特徴：

B-1事例では、震災時(1歳1ヶ月)もそれ以後の余震時にもまったく泣かなかった本児が、2年後(3歳6ヶ月)に、モデルハウス展示場の実験の地震の「音」や自衛隊演習時での「爆音」がトリガーとなって、心的外傷後ストレス障害の過覚醒症状を示し、激しい恐怖症状を示した事例であった。

B-1事例は、震災当時、内陸部におり大地震と余震の体験はしているものの、津波による大きな被害があった沿岸地域には居なかったケースである。また、

前述したように、表2・表3の事例のほとんどにおいて、「音」がトリガーとなっていた。

D-1事例では、母も「音（聴覚刺激）」から生じる「恐怖」を次のように語っていた。「昨年ので台風の映像で津波を思い出すことがよくあった。風が強いと風が身体に当たる感じと津波が当たる感じがよく似ているから、風は怖く感じる。風の音も怖い、車のクラクションの音も怖い、雷も嫌だ。祖母がよく津波の話をし出すと延々としゃべり続けるので、私は津波の話はしたことがなかった」。震災時4か月の乳児は、母と同様に、地震の音、津波の音、救助された時のドクターヘリの音、人々の恐怖にさらされた叫び声、泣き声、長期間の不安定な祖母の泣き声、怒鳴り声などの様々な「音」刺激にさらされていたと考えられる。

D-1事例は親子ともに津波に流された事例であるので、母自身にも恐怖が残っているのは当然のことであるが、B-1事例については、大人の場合にはトラウマとなるような体験とはみなされず、また実際に親には症状は生じていなかった。乳幼児における聴覚刺激によるトラウマ体験について検討するにあたり、まず、解剖学の視点からみた胎児からの聴覚の発達について、以下に述べる。

#### 乳幼児の聴覚：

聴覚とその発達の基礎として、発達解剖学的には、人の内耳の発達は出生時に終了しているが、中耳は出生後も発達する。中枢聴覚伝導路の発達は生後2歳まで続き、蝸牛は胎生24週ですでに成人サイズに発達している。コルチ器は形態的にすでに胎生24週で完成していて、新生児ではすでにコルチ器は形態的にも機能的にも完成している。脳聴覚伝導路は生後1歳になると成人と変わらなくなる。脳皮質（側頭葉の横回転）において、言語が聴皮質で認知されるのは、（蝸牛神経、蝸牛神経核）髄鞘化の途中ではあるが生後6か月頃である（加賀，2014）。つまりは、聴覚行動の発達として人の内耳の構造は胎生25週頃には完成し、28週頃には音刺激に対する驚愕反射が出現し、胎児期から聴覚が存在することが知られている。出生後の新生児・乳児の聴覚は、中枢神経系の成熟や周囲の種々の音刺激に対応して、日ごとに顕著に変化して発達していく。そして新生児期～3か月までは、音刺激に対する驚愕反射、眼瞼反射、覚醒反射などの原始反射が優勢であるが、それ以降は反射が抑制され、音源方向に顔を向ける定位反応をしたり、音源方向に振り向いたり、音源を探す詮索反応がみられるなどの新たな反応形態に置き換わる。乳幼児後半の7か月以降になると、聴覚によることばの理解の発達がみられる

ようになる。（進藤ら，2014；Klaus, Kennell, & Klaus, 1995）

以上のことから、聴覚は人の脳の中で、最も早く成人並みに発達する器官だということがわかる。乳幼児は、生き延びるために、聴覚をフルに使い、いち早く危険を察知し反応しているのである。

解剖学的には、聴覚中枢は音の強さ、高低、音源の方向を弁別する仕組みをそなえている。音の強さに弁別での聴力曲線において若年者の可聴域は20～20,000Hzであり（久野ら，2008），乳幼児の聴力は驚くほど幅広いことがわかる。つまり乳幼児は大人には聞こえない音も聞いているという事実注目する必要がある。

LeDoux（1996）は、聴覚刺激によるラットの恐怖条件付けを検討することを通して、「聴覚刺激は耳から視床にいたるまでの聴覚路を通る必要はあるが聴覚皮質まで到達する必要はない」として、情動を扁桃体へ直接運ぶ、皮質を通らない低位の経路があることを発見した。すなわち皮質下のみで聴覚と恐怖のつながりができるということである。皮質が未発達の乳児においても、聴覚のみにより恐怖反応とのリンクが形成されることは容易に推測できる。

#### 乳幼児のトラウマ：

さらに大震災とその後の余震下では、乳幼児も強いストレス下に身を置いているので、全身に様々な反応が生じることになる。視床下部は自律神経、内分泌、体性神経の統合中枢であるが、強いストレス下では全身の交感神経活動が亢進する。全身の交感神経活動が同時に更新する状態は、緊急反応あるいは防衛反応とされ、視床下部を刺激すると緊急反応が誘発される。つまり、視床下部は交感神経の活動レベルを全体的に調整する役割を果たしている。全身の交感神経活動が亢進するストレスや緊急反応のような事態においては、副腎髄質から大量に放出されたカテコールアミンが心臓や気管支をはじめ全身臓器のアドレナリン受容体に作用して交感神経活動の亢進を増強する（久野ら，2008）。乳児は感覚システムにより情報をとりいれている存在であり（Lillas&Turnbull, 2009），ゆえに大震災とその後の度重なる余震下において、乳幼児は全身で危機的状況を感じ、さらに聴覚機能を鋭敏化して生き延びようとしているものと思われる。

Schuder & Lyons-Ruth（2004）は、乳幼児期のトラウマは他の時期のトラウマとは異なる性質をもち、養育者が乳児の衝撃に対する緩衝としての機能をもちうるかどうかということに大きな影響を受けると述べている。生後1年間の間にストレス対処に重要な役割を果

たすHPA軸の機能がうまく育つためには、養育者との安定した愛着の関係が必須であり、それが保障されない場合には「Hidden Trauma (隠れているトラウマ)」が形成されると述べている。また、乳幼児期のトラウマは、言語獲得の前であることから「Preverbal Trauma (Gaensbauer, 1995)」と言われるが、これらのトラウマは聴覚刺激により形成されている可能性があるのではないかということが、本事例研究を通して言えることである。乳幼児は視覚的に認知する力が未発達であるため、一般には「心が傷つくこと」が少ないように思われがちであるが、胎児期から発達している聴覚によって命を守ろうとする機能が働くことを通して、その情報処理に支障をきたすという形でトラウマを負うのである。

東日本大震災の被災地では、本震の他に余震（震災後5年間で1万2,076回）の影響の大きさも視野にいれる必要がある。大地震を経験後、度重なる余震により、人々は常に恐怖に苛まれ、特に乳幼児を抱えた親子は極度の緊張状態に陥っていたと思われる。被災地では、防風林の役割を担っていた森林や街路樹や建物が、津波で全てなくなったことにより、海上からの風が直接吹きつけてくるようになった。風は海鳴りとなって聞こえ、それは地震の地鳴りと酷似していると被災者は感じていた。そして震災の状況を連想させる「音」に、大人も子どもも強い恐怖や不安を感じ、二次的に生じる人々の叫び声、泣き声、怒鳴り声がさらにお互いの刺激となり、子どもたちの恐怖・不安は増強したであろう。

大河原・岡田・藤本 (2016) の中で岡田も、聴覚刺激（地鳴りの音）と風の音がリンクしたことにより、風の音に恐怖を感じて外にでることが困難になった被災時3歳の事例について報告している。

### 5. 3 親の「喪の作業」の停滞の子どもへの影響 「喪の作業」の停滞：

前述したように、東北人である岩手県民は我慢強く、口が重く、感情を表には出さない傾向があり、自発的に「困っていること」、「辛く感じていること」を外にも内にも語ることは非常に少ない。大震災後、被災者は周囲にいる大勢の被災者の存在を意識することで、さらに遠慮し口が重くなった。また多くの被災者と自らを比較して『あの人は頑張っているのに自分だけ弱音は吐けない、批判されたくない』との思いから、ますます口が重くなったように思われる。喪失感よりも罪悪感、自責感を強く懐いている被災者が多いのが現状だった。前述したように、特に漁業関係者

においては、古人の言い伝えにより沿岸部には居住しないという暗黙のルールを守らなかったために人命を失った人たちが抱える自責の念はきわめて大きく、自身の怒りや悲しみを正当なものとして受け止めることは困難な状況にあった。

Kübler-Ross & Kessler (2005) は、悲嘆からの回復（喪の作業）には5段階「否認・怒り・取引・抑鬱・受容」のプロセスがあることを示している。悲嘆の最初の段階の否認は、「喪失を生きる時の助けになる反応」であり、「ショックと否認の状態のまま、無感覚の世界に突入する」という。そしてその後の「怒りは喪失という無の状態に、一時的にかたちを与えるもの」であり、「前進している証拠」であるという。「ゆえに正邪の判断をすることなく怒りを感じ続けていると、やがて怒りの背後にあった感情が浮上してくる」と述べている。Kübler-Ross & Kessler (2005) によると、災害による喪失は、「否認」の段階が顕著に表れやすいと述べているが、東日本大震災においては、前述したような状況の中であって、否認から怒りの段階へのプロセスにおける停滞が生じていたのかもしれない。怒りが正当な感情として自他から承認される機会をもつことは、漁業を生業としている沿岸地域においては困難なことであった。なぜなら「海」という「加害者」を受け入れていかなければならない地域だからである。

#### D-1 事例を通して：

本児は震災時、4カ月の乳児であった。受診時（1歳3カ月）の本児は、多動で落ち着きがなく、視線も合わず発語がなく、一見して自閉症スペクトラム障害を疑わせる状況にあった。

被災によるけがの治療が終わり退院したあと、生き残った祖母と母と本児と父との生活を始めたが、長年ともに生きてきた義父母（曾祖父母）と夫（祖父）を失った祖母はPTSDを発症しており、処理できない怒りを実の娘である母にぶつける関係性になっていた。家族メンバーが、震災後PTSDを発症して不安定な状態となれば、その不安定な言動は、乳児にとってはトラウマを形成する不快な聴覚刺激となる。その結果、叫び声、泣き声、怒鳴り声がトリガーとなり、情報を遮断する解離の防衛が作動し、そのために発達が阻害されてしまうのであろう。母は、泣き叫び暴言を吐く祖母との同居生活の中で「自分は泣くことも出来なかった」と、別居後に語った。別居を決意し、新たな生活を始める中で、母の「喪の作業」は展開していった。そしてようやく「亡くなった祖父（実父）の存在が自分にとって大切なものだった」と涙ぐみながらし

みじみと語ることが出来た。「喪の作業」が進むことを通して、母は自分の体調の不調にも気が付くことが出来るようになり、睡眠障害（特に津波の夢）も改善した。そして何よりも表情が明るくなり、笑顔もみられるようになった。

Worden (2008) は、「喪の作業」には次の4つの課題があることを示している。「Ⅰ喪失の現実を受入れること、Ⅱ悲嘆の痛みを消化していくこと、Ⅲ故人のいない世界に適応すること、新たな人生を歩みはじめる途上において、Ⅳ故人との永続的なつながりを見いだすこと。」D-1の事例においては、継続的な支援の中で、この4つの課題が達成されていったとみることが出来る。母の傍らに在る本児が筆者と面接の中で安心して交流できるようになったことも、母の「喪の作業」が速やかに進んだことを物語っていると思われる。本児は特に言葉の遅れが大きかったが、祖母と母（娘家族）が別居したことで、静かな安定した環境になり、その中で母の「喪の作業」が進むと、結果的に本児の発達は一躍的に伸びていった。

#### D-4事例を通して：

同様のことが、D-4事例でも起こっていた。D-4事例は、震災後に誕生した子どもの事例であった。6か月乳児健診では問題ないと判断されていたが、次第に健診で発達の遅れが指摘されるようになっていった。なぜ本児の発達が顕著に遅れたのだろうか。本児の父は、漁業地域の沿岸部に居住していた被災者であり、津波により実母、前妻、2人の子どもを亡くしていた。1人残された父は、震災後に再婚し、そして本児が誕生した。本児は発達の遅れ、特に言葉の遅れが顕著であり、予防注射などでは泣くこともなく、表情が乏しく、叩いたり、玩具を投げつけたりする状況であった。乳幼児の感情調節困難や攻撃性は、なんらかの事情で安心できていない関係性にあることのサインであり、トラウマ反応の症状でもある（大河原, 2015；Malik, N., 2012；Yoches, M., et al., 2012）。

母は亡くなった前妻の子どもたち2人には発達の遅れがなかったことから、児の発達の遅れに対して罪悪感を強く持っていた。しかしながら、本児の保育園入園を機に、本児の発達が促進されていくことで、母が安定して明るい表情をとりもどすと、3か月後には本児の言葉の発達は驚異的に飛躍して、集団生活も問題なく保育園生活を送れるようになった。このことから、D-4事例の児の発達の遅れの背景には、環境因が大きく関与していることが明らかとなった。特に父の震災における「喪の作業」の停滞が関係していると思われる。

父の「喪の作業」が停滞した理由としては、前述したように、漁業地域の沿岸部に居住していた事情と関係していることが推測できる。沿岸部に居住していたこと自体が、自責を生むという地域の背景があった。また多くの被災者たちが「自分の被害なんて〇〇さんに比べたらたいしたことない。もっと被害を受けた△△さんは頑張って仕事をしている。自分だけ弱音を吐けない。周りから精神的に弱い人とは思われたくない」と語ることからも、父の喪の作業が停滞した理由が推測できる。父が、元々自分を語る場を持たない東北人の男性であるということも関係しているであろう。さらに、わが子を震災で亡くした親は、「自分が守れなかった。あの時、こうしていれば」と罪悪感と後悔の念を根強くもっている。父はもともと子煩悩な人で、亡くした子どもたちが小児科を受診した際にはいつも一緒に来院していたが、震災後は一度も小児科医院には来なかった。

親がわが子を喪失したトラウマを抱えている状態で、次に生まれた子どもの子育てをしている場合には、子どもの成長をみるたびに、さまざまな過去の感情がフラッシュバックする可能性がある。そしてそれはつらすぎるために無意識に防衛が働くことになり、それによって、子どもに目をむけない、声をかけないという事態が生じるのではないかと推測される。また、母は、夫の気持ちを思えば、わが子をあやし、笑い、成長を喜ぶというふつうの反応をすることがはばかられる気持ちになるのは当然であろう。そのような環境下においては、子どもは出生時からゆっくりとその影響を受けながら、生育する可能性がある。そして、一定の月齢になったときに発達の遅れが指摘されることになるのである。D-4事例では、わが子の発達の遅れを認識した母は、前妻の亡くなった子どもたちの発達と比較して罪悪感を強く持ち、父もまた無意識に思い出す亡くなった子どもたちの発達状況との比較と停滞する「喪の作業」との影響で、さらに抑うつ的となり、父と母のコミュニケーションが減少していったものと思われた。

筆者との面接を通して、本児の発達を促すことを目標とした保育園入園が提案されたことがきっかけとなり、母が本児のことを夫に相談をするということが可能になった。そのことが、父が現実の目の前の子どもに目をむけるということ、今の生活と向き合うということを促していったのではないかと考えている。

#### 子どものPTSD症状との関連：

表2の直後に過覚醒を示していた事例においては、親の「喪の作業の停滞」が影響している事例はなかつ

た。そもそも子が直後に自分が感じているままに振る舞うことができるということは、親の安定が保たれているからこそとすることができるのかもしれない。表3の直後に解離反応を示していた事例においては、親が喪失を体験した事例B-2・B-3・B-4事例において「喪の作業の停滞」が生じていた。これらの事例は、親が子のPTSD症状への支援を受けることが、親自身の「喪の作業」への支援を受けることにつながっていった。震災直後の反応として、子に解離反応が生じたとしても、時の流れの中で「いつもの状態」に戻ることができれば、子の解離は自然に解除され、泣いたり怒ったりすることを通して、自然治癒できる可能性があると考えられる。しかしながら、親に「喪の作業」の停滞が生じると、子の解離反応が解除されず、そのため数年後に顕著なPTSD症状が生じたと考えられる。しかし子が症状化することは、親を救うことにつながっており、SOSとしての症状をだせるということのポジティブな意味をつかむことも重要と考えられる。

#### 子どもの発達の違いとの関連：

表4・表5に示したように、発達の遅れは、言葉の発達の遅れと情緒的問題に顕著に現れ、一部は全般的な遅れにつながっていた。これらの事例に共通しているのが、親の「喪の作業」の停滞だった。一般に乳幼児後半の7か月以降になると、聴覚によることばの理解の発達がみられるようになる（進藤ら、2014）。しかしながら、D-1事例・D-4事例が示していたように、「喪の作業」の停滞により抑うつが継続すると、親たちの表情がなくなり、乳幼児への声掛けが極端に少なくなるだろうことが推測でき、そのために子どもの言葉の発達が極端に遅れるだろうことは、容易に理解できる。また、多動やおちつきのなさ、かんしゃく等は過覚醒反応として理解することができ、親の不調により良好な愛着の関係を構築することが困難な状況下においては、感情制御の発達に遅れが生じ、情緒的な問題が顕著に表れ、その育てにくさゆえに、さらに悪循環が生じてしまうと考えられる（大河原、2015）。

D-7事例は、母の表情が悪いことを心配されて支援につながったが、それは母自身が子を亡くした悲しみと向き合い「喪の作業」が進んでいく途上における表情であった。1例ではあったが、「喪の作業」の停滞が生じなかったこのケースでは、子の発達は順調であった。

D-1事例とD-4事例、および表4・表5に示した他の事例においても、治療後には飛躍的な発達を示したことから、その状態像は、子どもがトラウマに暴露

された結果生じた機能的障害であったと考えられる。Van der Kolk (2005) は、子どもが慢性的にトラウマに暴露されることによって、その後の長期にわたる心理的発達に影響が及ぶことを「発達性トラウマ障害」として示している。しかし、本研究が示していることは、震災後に生まれた乳児においても、親に深刻な喪失のトラウマがあるケースにおいては、乳幼児の発達そのものに機能的障害としての遅れが生じていたということである。

#### 震災後に生まれた子どもへの影響：

なぜ、震災後に生まれているにもかかわらず、このような事態が生じるのであろうか？ Yehuda et al. (2007a, 2007b, 2014) は、PTSDおよびPTSDリスク要因の世代間連鎖について研究を重ねてきている。環境要因は、エピジェネティック制御により、DNAの塩基配列の変化を伴わずに遺伝子の発現の制御に関わり、さまざまな精神病理に関係するという（Toyokawa, et al., 2012）。つまり環境要因は遺伝子そのものを変えはしないが、遺伝子の働き方を変えるということである。Yehuda et al. (2007a; 2007b) は、ホロコーストサバイバーから戦後に生まれて成人した子どもたちを対象に研究を行い、PTSDリスク要因は後に生まれた子どもにも長期にわたって影響を及ぼすことを明らかにした。親の妊娠前のトラウマティックストレスは、エピジェネティック制御による遺伝子発現のプロセスにより、子宮や精子を通して伝達され、子の行動や生理に影響を与えるという。ここで、重要なのは、その結果生じる葛藤の多い親子の相互作用がさらなるネガティブな環境要因となって、リスクを高めるということに言及している点である（Yehuda et al., 2007a; 2007b; 2014）。

このような研究を、臨床に生かすために重要なことは、以下の2点である。1) 震災後に起ることは、自分のせいではないということ。生理および遺伝子の発現レベルでの生物としての反応なので、誰にも制御できないことと考えることで、自責から自由になることが重要である。2) よい環境（関係性）を取り戻すことが再び遺伝子の働き方に影響を及ぼし、回復できる可能性があるということに目を向けることである。「震災後に生まれているのだから、震災の影響があるわけがない」という常識的な思考にとどまっていれば、単に「発達障害」とみなし、適切な支援が行われず、回復できるチャンスを失うことにもなりかねない。

表4・表5に示した震災で我が子を亡くしている事例においては、我が子の死を受け入れることができな

いうちに誕生した次の子との関係に困難が生じ、その結果として、発達の遅れ、言葉の遅れが生じていた。親たちは、津波で子どもたちを亡くしたことに對して、子どもたちを守れなかったという大きな罪悪感や自責感を抱えていた。また、新たに誕生した子どもたちが、同様な事態に巻き込まれはしないかとの不安も高かった。そして、亡くなった子どもたちと次の子を比較してしまうことからの苦悩と葛藤も大きく、親の「喪の作業」は停滞していた。また、子ども自身が聴覚刺激によるトラウマを抱えている状況にあれば、トリガーとなる音刺激を遮断してしまうので、適切な情報を取り込むことができず、言葉の獲得に障害がでる可能性も考えられた。しかし、これらの事例もまた、支援での関わりをきっかけとして、「喪の作業」が時の流れの中で動きはじめることにより、問題は改善にむかっていった。つまり、親が自分の悲しみに目をむけ、自然に泣いたり怒ったりできるようになることにより、新しい子どもとの親子関係もごく自然なものにもどり、そのような環境要因の変化が、子の発達を回復させるのである。それが筆者らの体験であった。

表5に示した事例は、母の不調から支援の対象として受診につながった例であったが、そのような事例は実際にはごく一部であり、多くの被災者が誰にも語らず、耐え忍んでいると思われる。D-4事例の父は、自らどこにも支援を求めるとはなかった。このような被災者が、実際には非常に多いのが現状である。このような場合には、親の「喪の作業」の停滞が、乳幼児の発達における負の因子になる可能性があるため、親が震災でトラウマ体験を受けている可能性がある場合には、早期に乳幼児の発達に大いに注目する必要性がある。支援者が、直接「喪の作業」にふれていくことは困難なことが多いと思われるが、子どもの発達の遅れをSOSのサインとしてキャッチし、子どもへの支援を積極的に行うことを通して、喪失を抱えている親を支援することは可能であろう。今いる我が子に対して暖かい支援を受けることがきっかけとなり、親の「喪の作業」がおのずと展開し、治療的に意味のある結果をもたらす可能性があるということに目をむける必要がある。

## 6. 今後の被災地支援にむけて

本研究を通して、今後の被災地支援のために伝えたいことは、以下の2点である。

(1) 乳幼児は「聴覚」により被災するということ。

本事例研究を通して、大震災に遭遇した乳幼児期の

子どもたちは、「聴覚刺激によるトラウマ状態」にある可能性が示唆された。乳幼児にとっては、本震およびその後のおびただしい回数の余震の音、雨風の音、避難所での過覚醒状態にある人たちが発する様々な音の影響、震災後の不安定な家族の泣き叫ぶ声などが、不安や恐怖と結びついでに悪影響をおよぼす可能性をもつということを認識する必要がある。そして、大人には影響が及ばない「音」をも、乳幼児には聞こえているということに注意をむける必要がある。乳幼児には、静かな環境が必要なのである。

(2) 親の「喪の作業」の停滞が、子どもの発達の遅れをもたらすということ。

被災地において、言葉の発達の遅れや情緒面での遅れを示す子どもがいた場合、親の被災状況についていねいに見ていく必要がある。「喪の作業」の停滞、すなわち、親自身が喪失の悲しみや怒りを受け入れていくという時の流れによる癒しのプロセスに入っていくことができていない時、その状況下で育つ乳幼児には、育ちのために必要な適切な関わり、刺激が与えられていない可能性がある。乳幼児期のトラウマの影響として、感情制御困難が生じることは知られているが(大河原, 2015)、言語の発達そのものの遅れが顕著に生じる可能性もあることが、明らかになった。またそれは、震災後に生まれた子どもにおいても同様であることがわかった。言葉の発達の遅れや、乱暴なふるまいなどは、子どものSOSであるということ十分に理解し、親のトラウマ体験についていねいに長期にわたって適切な援助がなされることが求められるといえる。

## 謝 辞

東日本大震災直後、想像をはるかに超えた津波の映像がTVから繰り返し流される中、ただ茫然として立ち尽くしていたことを記憶しています。津波被害がどのような影響を被災者の方々、そして乳幼児の子どもたちに与えるかについて何もわからないまま、私たちの被災者支援が始まりました。被災者の方々のお話や体験をお聞きし、さらに子どもたちの様子を真摯に受け止めながら、時には面接後も家族で出来る治療を実施することなどを通して、本当に数多くの貴重な学びをさせていただきました。この貴重な学びを今後にかかすことも、私たちに課せられた使命であると、震災から6年以上が経過し改めて考えております。面接させていただいた被災者の皆様様の未来が幸多くありますようにお祈り申し上げます。そして今後の被災地支

援のためにという思いから、事例経過の発表を快くご承諾いただきました3事例の皆様は、心よりお礼申し上げます。また、私たちの支援活動に様々なご協力をいただいた被災地の小児科医院および関係機関の皆様、実際に被災されていたにも関わらず、共に活動していただきましたことを心より感謝申し上げます。

## 付 記

本研究の論文作成作業は、JSPS 科研費 JP16K04293 の助成を受けたものです。

## 引用文献

- Bowlby, J. (1961) Process of mourning. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Bergman, U. (2012) *Neurobiological Foundations for EMDR Practice*, Springer Publishing Company, New York.
- Bremner, J. D. (2003) Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 271-292.
- Caplan, G. (1961) *An Approach to Community Mental Health*. Tavistock; London. 加藤正明・山本和郎訳：地域精神衛生の理論と実際。医学書院、1968.
- 岩手県 (2013) 岩手県東日本大震災津波の記録 - 2011.3.11 - , <http://www2.pref.iwate.jp/~bousai/> (2017年5月9日)
- 加我君孝 (2014) 聴覚とその発達の基礎. 加我君孝 編：新生児・幼少児の難聴—遺伝子診断から人工内耳，療育・教育まで—, p.10-18, 診断と治療社，東京.
- 久野みゆき・安藤啓司・杉原泉・秋田恵一 (2008) カラー図解 人体の正常構造と機能 IX 神経系 (2), 日本医事新報社.
- Felitti, V. J. & Anda, R.F. (2009) The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorder, and Sexual Behavior; Implications for Healthcare. Lanius, R. & Vermetten, E. (ed) *The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease*, Cambridge University Press. 77-87.
- 藤森和美・前田正治編 (2011) 大災害と子どものストレス 子どものこころのケアに向けて, 誠信書房.
- Gaensbauer Theodore, J. (1995) Trauma in the Preverbal Period: Symptoms Memories and Developmental Impact. *Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 122-149.
- 地震調査研究調査推進本部 (2011) 三陸沖から房総 沖にかけての地震後の長期評価 (第二報) について [http://www.jishin.go.jp/main/chousa/11nov\\_sanriku/](http://www.jishin.go.jp/main/chousa/11nov_sanriku/) (2017年5月9日)
- 紀平省悟 (2007) トラウマと脱愛着—発達神経学的視点からみた乳幼児の解離—, *トラウマティックストレス*, 5, 15-23.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1995) *Bonding: building the foundations of secure attachment and independence*. Addison-Wesley Pub. Co., Reading, Mass. P.51
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2005) *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stage of Loss*. The Elisabeth Kübler-Ross Family Limited Partnership and David Kessler, Inc. エリザベス・キューブラー・ロス／デーヴィット・ケスラー／上野圭一訳 (2007) 永遠の別れ 悲しみを癒やす知恵の書 日本教文社.
- LeDoux, J. (1996) *The Emotional Brain; The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*, Blockman, Inc., New York. 松本元・川村光毅ほか訳 (2003) エモーションナル・ブレイン 情動の脳科学, 東京大学出版会, p.181-186.
- Lillas, C. & Turnbull, J. (2009) *Infant/Child Mental Health, Early Intervention, and Relationship-Based Therapies. A Neurorelational Framework for Interdisciplinary Practice*. W. W.Norton, New York.
- Malik, N. (2012) *The Challenging Child. Emotional Dysregulation and Aggression*. Summers, S. J. & Chazan-Cohen, R. (eds) *Understanding Early Childhood Mental Health. A Practical Guide for Professionals*, Paul H. Brookes Publissing Co., Baltimore, 25-39.
- Maté, G (2010) *In the Realm of Hungry Ghosts*, North Atlantic Books, Berleley, California.
- 大河原美以 (2011) 教育臨床の課題と脳科学研究の接点 (2) —感情制御の発達と母子の愛着システム不全—, 東京学芸大学紀要, 総合教育科学系 I, 第62集, 215-229.
- 大河原美以・鈴木廣子・藤岡育恵・殿川佳子・響江吏子 (2011) 幼児の感情制御の発達不全評価尺度の作成 (1) —2歳児における質的データの分析—, 東京学芸大学紀要, 総合教育科学系 I, 第62集, 231-240.
- 大河原美以 (2015) 子どもの感情コントロールと心理臨床, 日本評論社.
- 大河原美以・岡田太陽・藤本昌樹 (2016) EDMRと子ども, *EMDR研究*, 8, 11-17.
- 小此木敬吾 (1979) 対象喪失 悲しむということ, 中公新書.
- 小此木啓吾 (1980) 精神分析の起源—フロイトにおける喪の仕事, *精神医学総論II a2*, 弘文社.
- Panksepp, J (1998) *Affective Neuroscience; The foundation of human animal emotions*. Oxford University Press, New York. (p.296)
- Perry, B. D. & Pollard, R. (1998) Homeostasis, Stress, Trauma, and Adaptation, *A Neuro developmental View of Childhood*



- Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 33-51.
- Petzoldt, J., Wittchen, F. E. & Martini, J (2015) Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: Care, Health & Development*, 42(2), 231-245.
- Schuder, M. R. & Lyons-Ruth, K. (2004) 'Hidden Trauma' in Infancy: Attachment, Fearful Arousal, and Early Dysfunction of the Stress Response System. Osofsky Joy, D (ed.) *Young Children and Trauma: Intervention and Treatment*. Guilford Press, New York, 69-104.
- Shapiro, F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd ed.). The Guilford Press. New York.
- Shore, A. N. (2003) *Affect dysregulation & disorder of the self*. W.W. Norton, New York.
- Shore, A. N. (2009) Relational trauma and the developing right brain. An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Self and Systems, Ann. N. Y. Acad. Sci.* XXXX, 1-15.
- 進藤美津子：聴覚発達検査。加我君孝編（2014）*新生児・幼児の難聴—遺伝子診断から人工内耳、療育・教育まで*—, p.64-66, 診断と治療社, 東京。
- 鈴木廣子・大河原美以（2017）*日本人のためのEMDRセラピー（2）—色彩感覚を利用したリソーシング—*, 日本EMDR学会第12回学術大会抄録集, 22.
- Teicher, M. H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C. P., & Kim, D. M (2003) The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral reviews*, 27 (1-2), 33-44.
- Toyokawa S, Uddin M, Koenen KC, Galea S. (2012) How does the social environment 'get into the mind'? Epigenetics at the intersection of social and psychiatric epidemiology. *Soc Sci Med*. 74: 67-74. [PubMed: 22119520]
- Van der Kolk, B. A. (2005) Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annual*, 35, 401-408.
- Worden, W. J. (2008) *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 4th Edition. Springer Publishing Company, LLC, New York. J. W. ウォーデン著・山本力監訳（2011）*臨床実践ハンドブック 悲嘆カウンセリング*, 誠信書房。
- Yehuda, R., Blair W, Labinsky E, Bierer LM. (2007a) Effects of parental PTSD on the cortisol response to dexamethasone administration in their adult offspring. *American Journal of Psychiatry*. 164, 163-166. [PubMed: 17202561]
- Yehuda, R., Teicher MH, Seckl JR, Grossman RA, Morris A, Bierer LM. (2007b) Parental posttraumatic stress disorder as a vulnerability factor for low cortisol trait in offspring of holocaust survivors. *Arch Gen Psychiatry*. 64: 1040-1048. [PubMed: 17768269]
- Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H. N., Makotkine, L., Flory, J. D., Bierer, L. M. and Meaney, M. J. (2014) Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. *American Journal of Psychiatry*, August 1, 171 (8), 872-880. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13121571.
- Yoches, M., Summers, S. J., Beeber, L. S., Harden, B.J. & Malik, N. (2012) Exposure to Direct and Indirect Trauma. Summers, S. J. & Chazan-Cohen, R. (eds) *Understanding Early Childhood Mental Health. A Practical Guide for Professionals*, Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore, 79-98.

# 乳幼児期の親子のトラウマ体験

—— 東日本大震災の被災事例が教えてくれたこと ——

## The Traumas of Parents and Young Children:

### The Lessons from Those Impacted by The Great East Japan Earthquake

鈴木 廣子\*<sup>1</sup>・大河原 美以\*<sup>2</sup>

Hiroko SUZUKI and Mii OKAWARA

臨床心理学分野

#### Abstract

This paper is a record of the 21 cases of young children and their families who were impacted by the Great East Japan Earthquake. Of the 21 cases considered, the first need for help has been classified into three categories: PTSD symptoms in the child, developmental problems in the child, and poor health in the mother. With respect to PTSD symptoms in the child, 5 cases involved the young child experiencing hyper-arousal symptoms immediately following the earthquake and 4 cases involved the young child experiencing dissociative symptoms and not crying. In 6 of the 7 cases involving mother's poor health, children of the mother had developmental problems. In 6 of the 11 cases where young children experienced developmental problems, their mothers had conceived them following the Great East Japan Earthquake. The three treatment processes were described in this paper as follows. These case studies showed that young children were traumatized by the auditory impact of the earthquake and tsunami. The cases also showed that any delay in the parents' mourning work with respect to their losses affected their children's developmental problems and delayed their children's recovery from PTSD. This delay in parents' mourning work also affected children conceived following the Great East Japan Earthquake.

**Keywords:** Great East Japan Earthquake, Young Child, Trauma, Mourning work

*Department of Clinical Psychology, Tokyo Gakugei University, 4-1-1 Nukuikita-machi, Koganei-shi, Tokyo 184-8501, Japan*

**要旨:** 本論は、東日本大震災で被災した21組の乳幼児の親子のトラウマ体験と3事例の支援の記録に考察を加えたものである。相談に至る主訴は、子どものPTSD症状と発達の遅れ、母の不調の3種であった。子どものPTSD症状は、震災直後から過覚醒反応を示していた5事例と、震災直後には泣くこともなかったという解離反応を示していた4事例に2分された。母の不調を主訴とした7事例のうち6事例において、子の発達の遅れが顕著であった。子の発達の遅れがあった11事例のうち6事例が、震災後の妊娠により生まれた子であった。このうち3事例の支援の経過を詳細に記した。本研究から次のことが明らかになった。乳幼児は、聴覚による不快な刺激によってトラウマになるということ。そして、親自身の喪失のトラウマにおける「喪の作業」

\*1 Suzuki Hiroko Research Laboratory for Psychological Treatment (4F Sugatou-biru, 2-7-30, Saien, Morioka-shi, Iwate, 020-0024, Japan)

\*2 Tokyo Gakugei University (4-1-1 Nukuikita-machi, Koganei-shi, Tokyo, 184-8501, Japan)

の停滞は、乳幼児の発達が遅れおよびPTSDリスク要因からの回復の遅れに影響を与えることがわかった。親の「喪の作業」の停滞は、震災時に出生していない子どもにおいても同様の影響をもたらすことにつながることを示された。

キーワード: 東日本大震災, 乳幼児, トラウマ, 喪の作業