家族・地域としての大災害からの回復

※出典　日本家族研究・家族療法学会「家族療法研究」 第33巻3号　63-68頁　2016

みやぎ心のケアセンター
福地　成

Ⅰ．はじめに

2011年３月11日に起きた東日本大震災はマグニチュード9.0を観測し、我が国に観測史上最大規模の破局的な被害をもたらした。５年半を過ぎ、甚大な被害を受けた地域では、地震や津波によって生じた瓦礫はほとんど全て撤去され、かさ上げ工事のための盛り土が視界を遮るように積まれている。かつての活気ある街の景色は消えつつあり、今後変わりゆく様を想像することさえ困難である。地盤が固い安全な土地には復興公営住宅が新しく建てられ、次々と仮設住宅からの転居が進んでいる。災害後に被災地で活動をはじめた各種ボランティア団体は、資金繰りが継続できずに撤退が相次ぐようになり、一時期の活気は鳴りを潜めるようになった。このような外観の変化とともに、コミュニティーの内部にもさまざまな心理が発生し、深い考察なくして理解し難い現象が次々と生じている。

筆者は個人を治療する医師として活動してきたが、震災を契機に地域全体を対象とする立ち位置になった。個人治療の中では、対象者の生い立ちや発達を読み取り、それぞれの場面で生じるこころの力動をすくい取り、回復プロセスに沿った支援を提供する。特に思春期臨床では、アイデンティティー（自己同一性）の確立が課題になることが多く、集団の中で「自分はどんな存在なのか」を模索し、確立することが回復の大きなカギを握っている。コミュニティーの回復を支援する中で、その中にも個人治療と同様の現象が生じているのではないかと感じる。本論では、筆者の立ち位置からみえる１）子どもや家族に生じていること、２）コミュニティーに生じていること、３）精神保健を再構築するために必要なことを若干の考察を加えて論じてみたい。

Ⅱ．子どもや家族に生じていること

１．愛着理論を基盤とした理解

大災害後の子どもの反応と回復過程を考える上で、いくつかの愛着理論を用いると理解がしやすい。Bowlby（1980）は、ある個体が危機を感じたときに、特定の対象に保護を求めて近づく行動をアタッチメント（愛着）行動と名付けた[1)]。日常生活の中で、子どもが恐い経験をしたときに、泣きながら親に抱っこを求める行動である。Byng-Hall（1990）は、二者関係の愛着だけではなく、家族全体が安定・機能している状態を安全家族基地 Secure Family Base と呼んだ[2)]。安全家族基地が機能している家族においては、さまざまな危機的な場面でもお互いに協力して支えあい、乗り越えることができる。Powel ら（2008）は、安全のサイクル Circle of Security という概念を提唱し、安全地帯と探索行動の往復を繰り返すことにより、子どもは感情と行動の調整を身につけ、心身が健全発達するとした[3)]。子どもは家族外の他児と交流する中で練習を重ね、自らの感情や行動をコントロールする術を体得していく。

これらの理論をまとめ、若干の修正を加えたものを図１，２に示す。図１では、養育者（主に母親）を中心に愛着関係を形成し、安心感が充足されて探索行動へ出る。探索行動の中でさまざまな不安や危機を感じると、安全地帯へ戻り安心感を取り戻す。そして安全地帯でエネルギーを充電して、再び探索行動へ出ることを繰り返し、感情や行動の調整を少しずつ体得していく。図２のように、このようなプロセスを経て安全地帯は広がりをもち、養育者との二者関係から家族へ、学校（保育所や幼稚園も含む）や地域に対する安心感へつながっていく。年齢を重ねるにつれて安心感が得られる対象が増え、空間的

にも広がりを持つようになる。

２．緊急事態における安全地帯の変質

一般的に大災害のような地域の緊急事態では、図１のバランスが大きく左側に偏る。愛着対象である養育者（母親）は、子どもが手元から離れることに不安を感じ、強く引き寄せることになる。東日本大震災では、地域に瓦礫が撤去されていない状態であれば、安心して子どもを家の外へ出すことができなくなった。余震が繰り返す状態であれば、すぐに子どもを守らなくてはならないため、常に近くで寄り添う必要があった。放射能の不安が残る地域であれば、その影響を案じて外遊びそのものを制限することもあった。また、探索行動にも大きな変化が生じた。地域には瓦礫が散らばり、慣れ親しんだ遊び場では炊き出しが行われ、学校の校庭には仮設住宅が建設されることもあった。安全に遊ぶことができる場所が狭小化し、安全地帯と探索行動のサイクルが回らなくなり、感情と行動の調整を練習する場所が不足する状態になった。この状態が長く続くと、集団の中で感情と行動の調整が困難な子どもが増えることになる。地域が回復するに従い、図１で大きく偏ったバランスは徐々に正常化し、このサイクルは円滑に戻るようになった。

大災害後の支援として、『カウンセリング』こそ心のケアと感じ、そのための体制づくりに傾注する傾向がある。しかし、それだけでは不十分であり、安全に遊ぶ環境を確保し探索行動を保障することも大切である。家族が安心して遊ばせることができ、子どもが感情と行動の調整を練習できるようなスペースである。昨今では遊び場の重要性が強く認識されるようになり、Child Friendly Spacesなど、遊び場をマネジメントするマニュアルが作成され、日本ユニセフ協会を中心に研修会が展開されている[4)]。こうした経験を経て、2016年４月に発生した熊本地震では各種NGOによる遊び場の運営が多く行われ、有効に活用された[5)]。

３．安全地帯の広がり

図２のように、成長に伴って子どもの安全地帯は拡張・拡大していく。最初は養育者との二者関係からはじまり、その次は家族の構成員、保育園・幼稚園や学校などの教育機関、最後に地域全体への安心感へと広がり、その子ども自身の世界観が完成する。何らかの理由によって安心感を喪失した場合、人間は本能的にその内側に安心感を求めると考えられる。大災害により地域の安心感が失われると、日本では多くの場合教育機関へ人が集まる。東日本大震災では、学校が雑然とした避難所になり、普段通りの安心感を得られない場合、さらに内側の家族で団結することになった。しかし、その家族の中でも不仲のために衝突を繰り返していたりすると、子どもはさらに内側の養育者（母親）と団結することになった。地域が回復するにしたがって、安心感が取り戻され、一時的に狭小化した安全地帯は段階的に外向きに修復されていく変化が観察された。

地域の安心感を求めて凝集する象徴は、その地域の文化によって大きく異なると考えられる。本論では学校（教育機関）としたが、地域によっては病院や寺院に安心感を求めることもあった。教育機関への信頼感が厚いのは日本の特徴ということができ、海外では宗教的な象徴に集まることが多く、キリスト教圏では教会に避難することが多い。

Ⅲ．コミュニティーに生じていること

１．コミュニティーに生じる力動

子どもを取り巻く家族全体の力動だけではなく、コミュニティー全体にも大きな力動が生じた。時間が経過するとともに、地域には外部からの支援受け入れ態勢に変化が生じ、その多くはコミュニティーとして固有の防衛機制と考えられた（図３）。発災直後に扉は大きく開き、制限なく支援者を受け入れる傾向にあった。被災地は『猫の手も借りたい』状態にあり、支援者は気分高揚状態にあった。被災地

が求めている支援は泥かきなどの力仕事が多く、数日サイクルで支援者が入れ替わることに大きな支障はなかった。ところが数ヵ月経過すると、際限なく支援者を受け入れることの弊害に気づきはじめ、扉が固く閉じるようになった。この時期に求めている支援はサロンの中での話し相手などコミュニケーション能力を要求される役割に変わり、信頼関係の構築や安心感の提供が大切となり、数ヵ月サイクルで留まることが求められた。更に時間が経過すると警戒心が少しずつ解け、再び扉が開き、長期的なプランに沿った支援者を受け入れるようになった。このように時間経過に沿ったコミュニティーの扉の開閉が見られ、支援者側はタイミングを見極めた支援を提供する必要があると考えられた。

コミュニティーを脅かす危機が生じた場合、同じ出来事が起きないように防御策を考え、一時的に過剰な警戒に傾くことが多い。プレハブ仮設住宅内で孤独死や自死が生じた場合、同じ事態が起きないようにお互いの変化に早めに気づこうという動きが強まることがあった。電気メーターや郵便ポストをお互いに確認して、緊急事態を外部に知らせるための警報システムを全戸に設置することも観察された。障害者の家族は避難所で理解を求めることの大変さを経験し、平時から地域住民に障害を理解してもらうために積極的に開示する行動が観察された[6)]。一方でスーパー堤防のように、地域住民が過剰な警戒に違和感を抱くようになり、自分たちの地域に高い堤防は必要ないと感じ、反対運動が生じる地域も見られた。時間の経過とともに住民は違和感を抱き、警戒心は少しずつ通常に戻っていくと想像される。このように、コミュニティーの存続を揺るがす刺激に対して、固有の防衛機制を発動し、時間経過とともに警戒心が強まったり、緩んだりを繰り返すと考えられた。

２．集団としてのアイデンティティー

被災地では色々な集まりが自然発生した。その多くはプレハブ仮設住宅を中心に自然発生し、危機状態を乗り越え、地域を元気にするためのさまざまな工夫が凝らされた。単なるお茶のみ会から、何らかの創作活動まで、その形態は様々だった。例えば、ひきこもりがちな男性を集めるために、日曜大工教室や料理教室、麻雀や釣りなどのイベントを計画する地域もあった。また、古くから地域に根付いている伝統的な『祭り』を足掛かりとして、住民それぞれに役割を与え、地域全体として決起する動きも観察された。多くの『祭り』は、感謝や祈り、慰霊のために神仏や祖先をまつる意味があり、住民がそれぞれの役割を果たすことで地域に根付いた自らの起源を確認することができたと考えられた。長い人類の歴史を振り返ると、海外にも同様の事例があり、被災地の回復のための大きなヒントが隠れているように思われる。エチオピアでは、コーヒーを飲むという行為は精神的な要素や教養などが含まれる習慣であり、他者に対する感謝ともてなしの精神を表す。冠婚葬祭をはじめ、人生の節目でコーヒー・セレモニーを取り入れており、習慣として生活の中に深く馴染んでいる。エチオピアでは飢餓や国境紛争の後、地元の住民は何よりもコーヒーを飲む習慣を取り戻そうとして、集まりが自然に発生したことが知られている。道具をそろえ、豆を炒って臼で砕き、作法にのっとりコーヒーを飲み、会話をすることで普段の生活を取り戻したと考えられる。

このような事例から、危機状態では自分たちの地域の文化に即した内容で集まりを展開し、それぞれの役割を確認しあい、自分たちの起源を確かめ合うことで、圧倒的な外力により奪われてしまった自律性を少しずつ取り戻すのである。特定の集団や地域が大きなトラウマを負ったとき、その独自文化をどのように活かせるかが回復の糸口となる。独自文化に沿った内容で集まりを展開し、つらい体験を汲み取る『場づくり』が回復の糸口となると感じる。そのためには、地域住民が活用可能な文化・習慣が何かを知り、積極的に地域活動に取り込んでいく工夫が必要と考えられる。

Ⅳ．精神保健を立て直すために

１．災害精神保健の特殊性

ここでは、精神保健を立て直すための戦略としてどうあるべきかを論じたい。まず、災害精神保健は平時の地域精神保健と異なる点が多く、その特殊性について最初に言及しておく[7)]（図４）。大災害によっ

て既存の精神保健は大きなダメージを受け、いくつかの破片に分断される。『残存する機能』とは、災害の影響を受けて規模が縮小したものの、今後の創意工夫により十分に再現可能な資源のことである。『育成可能な資源』とは、既存の精神保健を担う主翼ではなかったが、今後の地域の回復のために育成・拡充する可能性がある資源のことである。『回復できない機能』とは、災害を契機に失った施設や人材であり、将来の精神保健を設計する上でもはや計算に入れることはできない。一方、災害を契機として地域に『流入する資源』も多く、外部の医療・福祉法人、NPOやNGOなどの各種ボランティア団体の活動が活発になる。これらの破片をかき集めてつなぎ合わせ、地域の情勢に照らし合わせた将来の精神保健ビジョンを描き直すところに災害精神保健の難しさがある。

それぞれの破片を東日本大震災に当てはめて考えてみる。『育成可能な資源』は、民生委員や食生活改善委員などの地域住民の有志者、青年商工会議所や婦人会などの集会機能と考えられる。津波によって甚大な被害を受け、閉院を余儀なくされたクリニックや病院などは構想に入れることはできず、これらは『回復できない資源』と考えられる。志ある人材が被災地の専門機関に入職し、地域に根付いて生活することもあり、彼らは『流入する資源』と考えられる。災害後精神保健においては、時間経過に伴う地域情勢の変化が速く・大きく、常に全体像を把握し時機を読み取った介入が必要である。

2．災害後精神保健の傾向

我が国の精神科医療は病院中心のシステムであり、『来る』人を専門職が『待つ』体制が根強く残っている。ゆえに、地域精神保健を支える公衆衛生としての精神医学が学問として十分に発達してこなかった経緯がある。ところが震災以降から一転して、専門職が地域へ出向き、啓発活動をして、ハイリスクの地域住人をピックアップする動きが強まった。つまり、既存の地域の力を底上げするような促しが急速に進んでいる。一方で、大災害を経験して、精神的な健康を害する住民が発生すると想定され、大規模なスクリーニング調査が何度も繰り返されている。いわば過剰な警戒心に起因する視野の狭小化が生じていることは否めない。健康調査で抽出される住民は『見えるハイリスク』であり、返信をしない『見えないハイリスク』には手が届いていない。震災から５年半が経過し、仮設居住者の数は年々減少し、健康調査の返信率も減少することが予想され、これまでの手法で抽出されるハイリスク者は減少の一途をたどると考えられる。『見えるハイリスク』にのみ焦点化した健康づくりだけではなく、特定の集団や地域を対象としたポピュレーションアプローチに大きくシフトする必要性があると考えられる。

筆者のようなコミュニティー内部にいる支援者だけで、地域の現状に即したポピュレーションアプローチの戦略をひねり出すことは至難の業である。その地域の特性に気づき、それを生かす工夫が必要であり、自分がその地域の一構成員であればなおさら、その特性に気づくことは難しい。そのためには、疫学の専門職と連携し理論に基づいた分析を重ね、公衆衛生学としての精神保健を実践することが必須と考える。今までの我が国の精神医学は、現場で直接支援を展開する支援者や専門職の肌感覚に頼り過ぎていたというと言い過ぎだろうか。大災害は戦略を見直す契機であり、利用者を『待つ』よりも地域へ『出向き』、ハイリスクアプローチ編重からバランスのとれた戦略展開へシフトし、科学的・公衆衛生学的な精神保健を作り上げていく第一歩になり得ると考える。

Ⅴ．最後に

現職の活動を通じて感じることは、個人の精神症状を見立てて、適切に支援・治療する技術よりも、地域を一単位として見立て、全体の健康づくりを考える技術を求められていることを強く感じる。それは心理・精神療法や薬物療法のテクニックではなく、公衆衛生学的な考え方や集団をファシリテーションする力にあると感じる。そして、これらよりもっと重要なことは、地域住民や同じ支援を行う別組織と上手に繋がる技術にあると思う。相手の気持ちを汲み取り、相手を敬い尊重し、批判せずに協調する姿勢である。今一度、地域づくりに必要なものは何かを確認し、この大きな災害を精神保健の転換期と変えていくことができればと強く願う。

参考文献

１）Bowlby, J. : A secure base －Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. Basic Books, New York, 1988.

２）Byng-Hall, J. : Attachment theory and family therapy : A clinical view. Infant Mental Health Journal, 11, 228-236, 1990.

３）Powel, B. et al. :The Circle of Security Project: A case study-'It's hurt to give that which you did not receive' Oppenheim. D. & Goldsmith, Douglas, F. (eds) Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice. 2008. （数井みゆき, 北川恵, 工藤晋平, 青木豊（訳）：アタッチメントを応用した養育者と子どもの臨床. ミネルヴァ書房, 2011.）

４）日本ユニセフ協会, 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター: 子どもにやさしい空間ガイドブック. 日本ユニセフ協会, 2013.

５）Save the Children Japan, こども広場の活動. http://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc_activity.php?d=2199

６）古庄純一, 他（2013）：発達障害医学の進歩25. 診断と治療社, 2013.

７）福地成：被災地の精神保健の現状と課題. 病院・地域精神医学, Vol55 No4; 15-17, 2013.

図１　安全地帯と探索行動

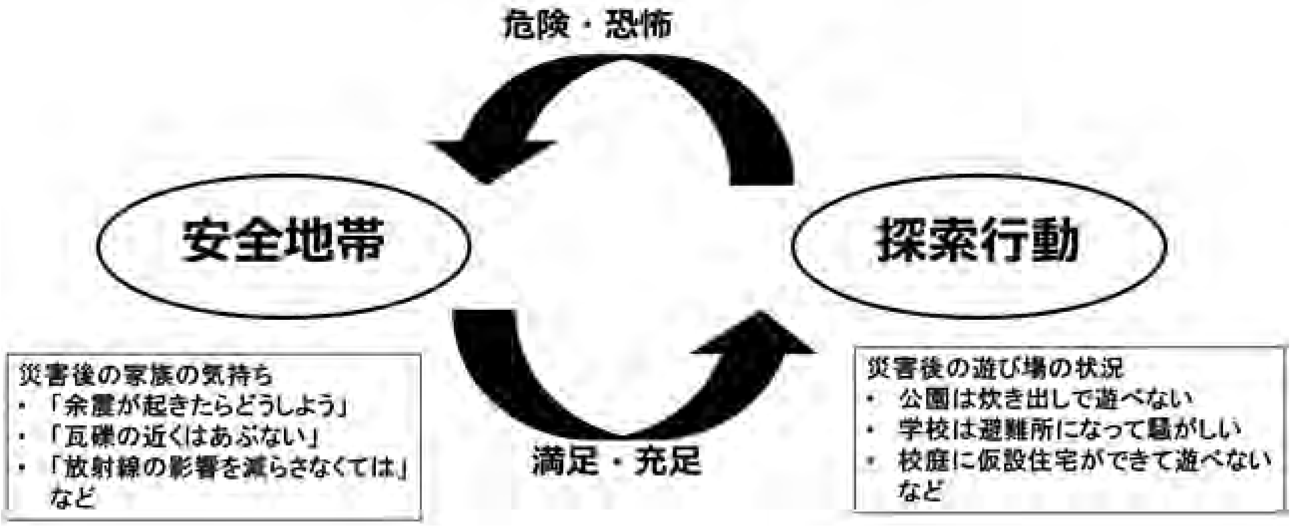


図２　安全地帯の広がり

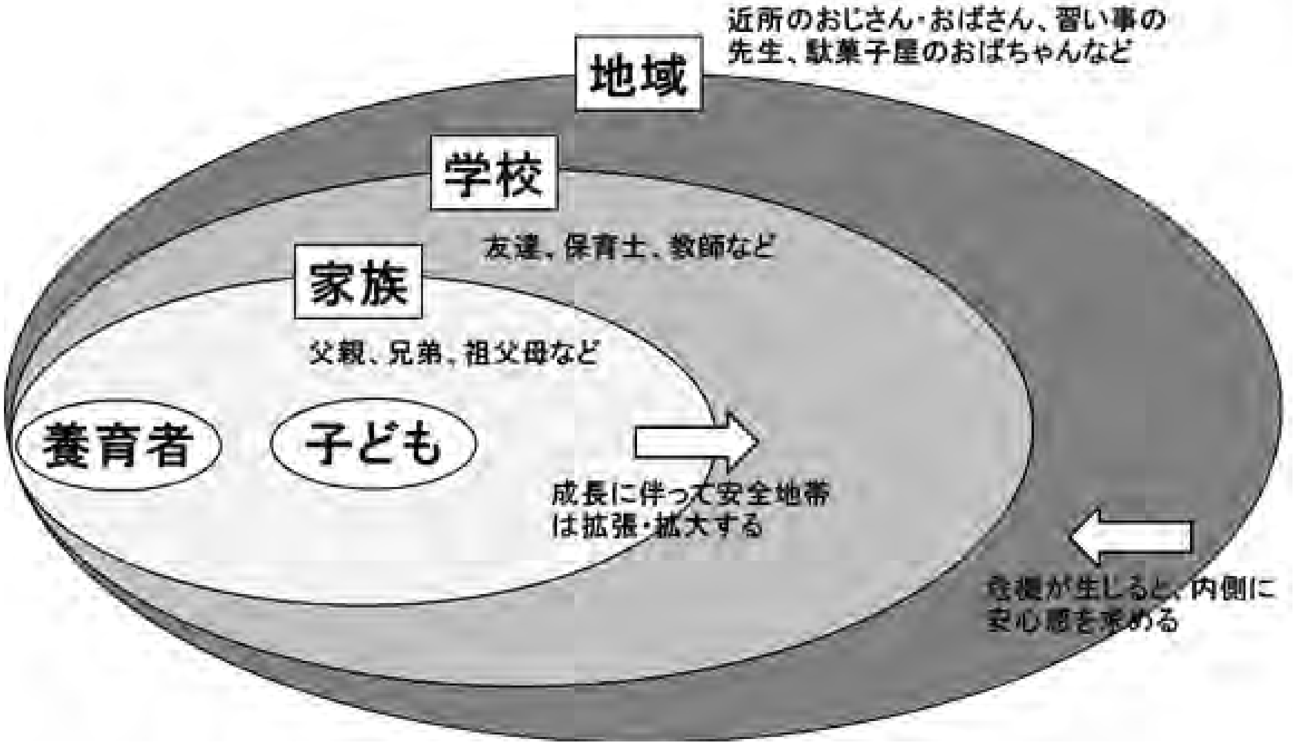


図３　コミュニティーの開閉

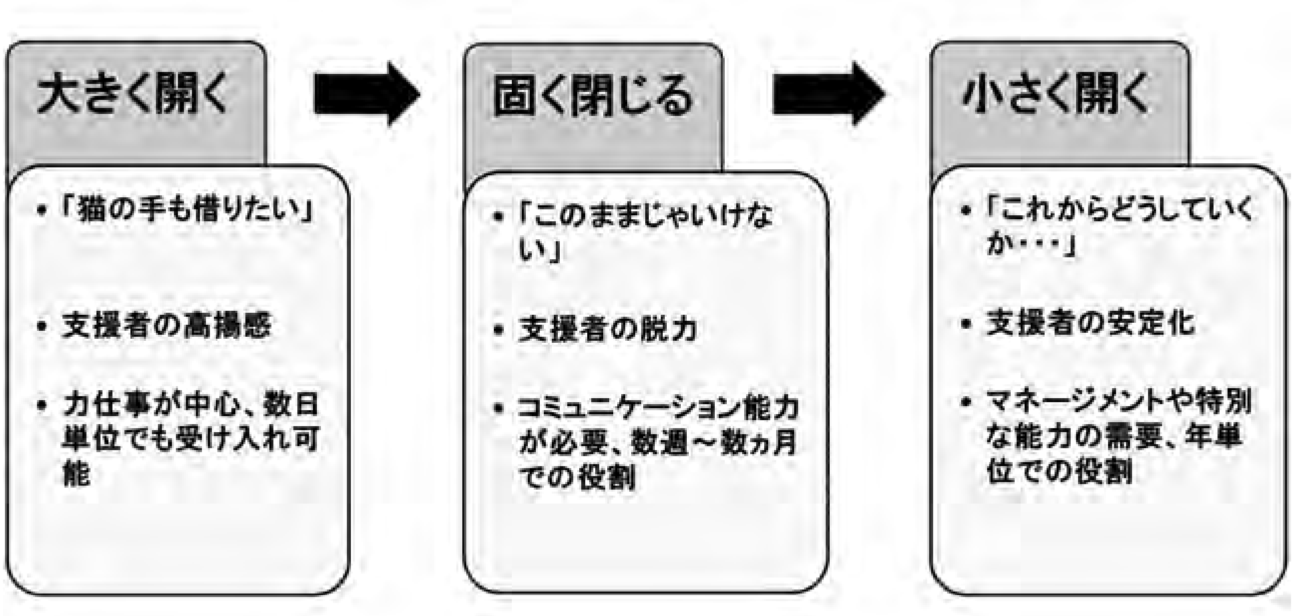
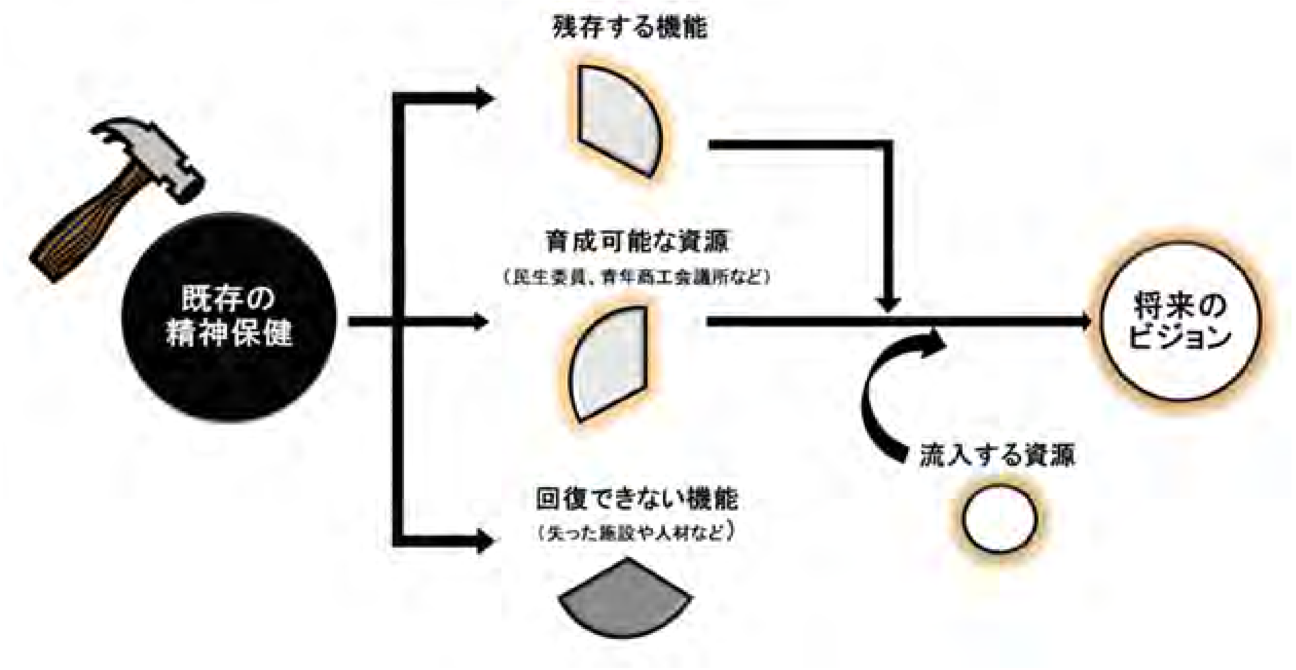


図４　災害後精神保健の特徴



注）掲載原文のまま