総合都市研究　第68号　1999

自然災害にあった人への心理的・精神保健的接近

1．序
2．被災者に対する精神医学的・心理学的研究の流れ
3．災害の時期区分と各時期の様相
4．心的外傷という考え方と精神障害
5．自然災害の被災者における問題
6．心的援助に関する覚書

若　林　佳　史*

要　　約

被災者の心理面あるいは精神面を扱ったこれまでの研究のいくつかをレビューし、自然災害の被災者についての研究はすでに今世紀初頭ごろに始まっていること、しかし、こんにちでも自然災害がどの程度の精神医学的影響を与えるかについて確立しているわけではないこと、などを述べた。

ついで、被災者に対する精神保健活動について、まずは心理的問題より物質的環境や身体的問題の解決が大切なこと、自然災害そのものよりもその後に発生する社会的諸問題のほうが悪影響を与える可能性について論述した。

1．序

現代よりも人類誕生以前の方が大規模の地震や噴火が起こっていたに違いないが、これらを「災害」と呼ぶことはない。「災」とは「火」に川を塞き止めるせきを描いた「巛」を合せてできた字で、もともと順調な生活をはばむ大火、転じて生活の進行をはばむ物事のことを意味する。こんにち、災害とは、該当するものを列挙することで説明すれば、暴風・豪雨・豪雪・洪水・高潮・地震・津波その他の異常な自然現象により生ずる被害のことを言い（わが国の「災害対策基本法」）、大規模な火災・爆発・戦災・公害などに起因するものを含めることもある。また、中身の説明ないしは定義を試みれば、各種あるが、災害とは「社会システム内の多数の構成員が受け取ることを予定していた生活条件を受け取ることができなくなる時に起こる集合的ストレス状況の一部」(Barton, A. H., 1969) ということもできる。

こうした、災害、広くは、生命生活を脅かす出来事を経験すると、人はある程度似たような心的反応を起こす。それは時の経過とともに収まっていくのが普通ではあるが、数年以上経っても何らかの問題に苦しみ続けている人もいるかもしれない。

本小論は、災害が人間の心理面に与える影響と災害にあわれた方に対する心理的精神的援助のあ

*大妻女子大学・東京都立大学都市研究所非常勤研究員

り方について、十分ではないにせよわたくしがさまざまな文献を読んで連想したことに、これまでに何人かの災害にあわれた方と関わった際にわたくしが考えたこと、言ったこと、あるいはあのときこのときああ言えばよかったかなと今思うことなどを加え、考えていこうとするものである。

ところで、被災者の心的側面に触れた文章は、誰あるいは何のために書かれているのかということに思いをめぐらすと、被災者を研究対象とした研究志向のもの、災害にあわれた方にケアする人のための教育ないしは啓蒙志向のもの、あるいは、ただただ自分は最前線に立っている自分は貴重な経験をしたということを言いたいだけのもの、などいくつかに分けることができる。こうした文章は、とりわけ阪神淡路大震災以来、山ほどあり、いま、それと同じような文章を書く気にはなれなかった。いや、何であれ、そもそも、既に知られているさまざまな事実を羅列するような文章を書くのは気が進まなかった。本小論では、構成上そうした整理も行うが、それ以上に、そこから災害にあわれた方あるいはその周りにいらっしゃる方が自身を理解していく上でのヒントやきっかけを見出して下さることをも願い、わたくしなりに考察を展開していこうと思う。

2．被災者に対する精神医学的・心理学的研究の流れ

2．1　主に欧米における研究

さて、自然災害や大事故が人の身体や心理や社会にさまざまな影響を与えることは、昔から知られていたに違いないが、その科学的な分析は1900年代1910年代前後に始まったように思う。たとえば、社会科学的な視点からは Prince, S.H.（1920）が、カナダ・ハリファックス港における弾薬運搬船の爆発事故（1917年、第1次世界大戦の最中）が地域社会に与えた影響を考察しているし、精神医学的ないしは心理学的な視点からは Stierlin, E.（1911）が、バルパライソの地震（チリ、1906）やメッシナの地震（イタリア、1908；この地震について報告した者は、Stierlin以外に数人いる）あるいは鉱山炭鉱事故（1906）が被災者に与えた精神的影響を報告している[1]。また Hesnard, M.A.（1914）は、被災者ばかりではなく救援者における精神医学的問題を、船の爆発事故の救援者について検討している。

ところで、ちょうどこのころ、戦闘体験が兵士に与える心的影響についても検討されるようになっているのは興味深い[2]。すなわち、すでに独仏戦争（1870-1871）、ついで日露戦争（1904-1905）とその直後に起こった第1次ロシア革命（1905-1906）について、簡単にではあるが、記述や報告がなされているのである（たとえば、Jacoby, P., 1904; Roubinovitch, J., 1910）。その後、第1次世界大戦（1914-1918）が起こると、比較的まとまった研究が行われるようになり（たとえば、Mott, F.W., 1919）, “shell shock”,“battle fatigue”, “war neurosis” といった表現が用いられるに至った。こうした戦闘体験に関する知見は後に被災体験の研究と結びつくこととなった。

第1次世界大戦後になると、こうした外的な出来事が心理面に作用する過程よりも無意識的な内的世界の過程の考察に重心が移ったが、第2次世界大戦中（1939-1945）およびその後においては、兵士に対する研究が本格的になされる（たとえば、Kardiner, A., 1941; Grinker, R. & Spiegel, J., 1945）とともに、たとえば、爆撃を受けたロンドン市民（Fraser, R. et al., 1942/43）、被爆した広島や長崎の市民とその救援者（たとえば、Lifton, R.J., 1967; なお、日本人によるものとしては、奥村・正田, 1949）、ナチスの強制収容所の生存者（たとえば、Chodoff, P., 1963; Krystal, H., 1968）、といったように一般市民を対象とした精神医学的研究も行われるようになった。また、この時期には、500名足らずが死亡したココナッツ・グローブ・ナイトクラブ火災の生存者と遺族も調べられ（たとえば、Lindemann, E., 1944）、急性悲嘆に関する古典的な研究となっている。この時期のすぐれた評論としては、Tyhurst, J. S.（1957）によるものが知られる。

ところで、社会学者らも、Prince以来、第2次

世界大戦における対ドイツ戦および対日本戦さらには戦後のソ連との冷戦を背景とした爆撃の効果の分析（1940年代1950年代）、自然災害と人間の心理や行動の分析（特に1950年代）、災害と組織の対応やコミュニティ変動の分析（特に1960年代）、というように災害研究を展開してきたが、1960年代1970年代になると、災害が人間に与える影響として一般的に考えられていること、すなわち、パニック（集合行動）、ショック、反社会的行動をおこす、といったことは誤りであると主張するに至った（たとえば、Dynes, R. R. & Quarantelli, E. L., 1973; Wenger, D. E. et al., 1975）。また、災害によって「古典的な精神病」が生ずることに否定的である精神医学者もいた（Glass, A. J., 1959）。確かに、災害が重篤な精神的問題をもたらすという証拠はなかった。この時期の評論としては、Glass, A. J.（1959）、Kinston, W. & Rosser, R.（1974）、Edwards, J. G.（1976）などが知られる。

1970年代末以降になると、1972年に発生したバッファロー・クリーク洪水の被災者に重篤な精神医学的影響が認められたこと（たとえば、Gleser, G.C. et al., 1981）、過酷な戦闘や捕虜の体験を持つベトナム帰還兵に心的後遺症が認められたこと（たとえば、Figley, C.R., 1978）、バスのハイジャック事件で人質となった児童に心的影響が数年後においても認められたこと（Terr, L.C., 1983）、フェミニズムの高まりとともに性的暴行を受けた女性たちの精神的影響に注意が向けられるようになったこと、虐待を受けた子どもに精神医学的影響が認められたこと、など、要するに、外的な苦痛な出来事が深刻な心的影響を長期間残すことが報告されるようになった。そして、これまで、disaster syndrome, Buffalo Creek syndrome, concentration-camp syndrome, post-KZ syndrome, survivor syndrome, rape trauma syndrome, war neuroses, traumatic neuroses, post-traumatic stress neuroses,などと名づけられてきた[3] 様々な精神的後遺症の一部は、災害、事故、戦争、犯罪というように原因が異なるにもかかわらず類似していることから、ひとつの障害として理解されることとなり、DSM-Ⅲ-R（American Psychiatric Association, 1987）においてposttraumatic stress disorder（PTSD）と、またDSM-Ⅳ（American Psychiatric Association, 1994）においてはこれに加えて acute stress disorder (ASD)と名付けられ考察されるに至った。

Logue, J. N. et al.（1981）やGreen, B. L.（1982）の総説は、PTSD登場以前における、またRaphael, B.（1986）の著作はPTSD登場前後の精神医学的災害研究のすぐれた要約となっている。

こんにちでは、一定の面接基準や検査法を用いた継続的研究が盛んに行われるようになっている（たとえば、Shore, J.H. et al., 1986; McFarlane, A. C., 1988; Green, B.L. et al., 1990; Steinglass, P. & Gerrity, E., 1990; Lima, B.R. et al., 1993; Ursano, R.J. et al., 1995）。

とはいえ、Stierlinの研究から約90年経ち多くの研究が蓄積されてきたにもかかわらず、得られた結論は、たとえば、災害は精神医学的な問題を起こす／起こさない、高齢者は災害による心的影響が大きい／小さい、といったように相反しており、結局多くのことが依然として未解決のままとなっている。

2．2 日本における研究

わが国における災害に関する心理学的研究としては、安倍（1982）や警視庁警備心理学研究会ないしは大震災対策委員会（たとえば、1965）や東京都を始めとする各地方自治体などによる主に発災時における人間行動の研究や、東京大学新聞研究所「災害と情報」研究班による社会心理学的研究（たとえば、1982、1986）が知られる。

しかし、精神医学的な考察は、早くは関東大震災後に精神医学的研究があるというものの、必ずしも多いわけではない。とはいえ、わずかな記述ではあるが、村松（1980）は、1959年の伊勢湾台風の際に、精神医学的問題で医療を受けた者は意外なほど少なかったこと、家を失ったこと自体よりも避難生活中の人間関係から神経症状態となった例があることを述べているし、浦ら（1965）は、1964年新潟地震の際に、入院中の精神科患者にお

いて混乱は少なかったことを述べているし、また、大平ら（1974）も、1968年十勝沖地震の際に、入院中の精神障害者において精神的・身体的反応が少なかったこと、地震の前後で外来患者数に変化がなかったこと、地震を契機として発病して外来を訪れる精神障害者は認められなかったこと、など、総じて重大な影響は少なかったことを報告している。しかし、いっぽうで、築城（1982）は、1982年長崎豪雨災害の際に躁病（「水害躁病」と名づけた）が発生したことに注目しているし、荒木ら（1985）も、同災害で、躁うつ病の、災害を契機とする症状変動、再燃、初回発病が高率であることを報告しており、結局、災害がどの程度深刻な心的影響を与えるかについて決定的な結論は出ていないというのが現状であろう。

ともあれ、1980年代より、1995年阪神淡路大震災の際に精神保健医療的ないしは心理臨床的な研究と介入の大噴出[4]をみるまでは、1982年長崎豪雨災害（荒木ら、1985；若林ら、1987）、1983年三宅島雄山噴火災害（三宅ら、1991）、1986年伊豆大島三原山噴火災害（若林・望月、1991）、1991年雲仙普賢岳噴火災害（太田、1998）、1993年北海道南西沖地震（若林、1998）、などについての報告と、三宅・尾崎（1993）や太田（1996）による展望、総説などがある。

1995年に発生した阪神淡路大震災を扱った観察成果はこんにち次々に著されている最中であるが、精神科入院患者は冷静であったこと、精神病の初発はまれで既往ある者が再発や再燃を起こしたこと、双極性気分障害の躁状態での再発が被災者およびボランティアにおいて多かったこと、この再発は震災被害それ自体よりも環境の変化や不安定さに誘発されたと考えられること、アルコール依存者が増加したこと、震災後の状況で事例化した例が多いこと、などが報告されている（たとえば、岩尾ら、1996；Kato, H., et al., 1996）。

3．災害の時期区分と各時期の様相

3．1 時期の区分

災害によって個人や社会が示す反応と対応の様相とその生起には何らかの法則があると考え、災害前後の時期を区切り、各時期の様相とその変化を明確にしようとする試みが、個人の苦痛な体験後の心的変化（若林、1997a，参照）についてと同様に、数多くなされてきた。

もっとも簡単には、衝撃前、衝撃中、衝撃後といった分け方があり、単純であるが故に分かりやすく便利であるが、より細かく区分することも多い。古くは、Powell, J. W. & Rayner, J.（1952）の、災害前、警戒 warning、脅威 threat、衝撃 impact、調査 inventory、救難 rescue、支援 remedy、回復 recoveryという分類、あるいは、Wallace, A.F.C.（1956）の、ショック a shock state（数分から数時間）、従順 a docile state（数時間から数日）、多幸 an euphoria state、という分類、Tyhurst, J. S.（1957）の、衝撃 a period of impact、我に返る a period of recoil、心的外傷後 a post-traumatic period、という分類[5]、またGlass, A. J.（1959）の、衝撃前 preimpact period、警戒 warning period、衝撃 impact period、我に返る recoil period、衝撃後 postimpact period という分類、そして、この両者の考えを纏めた、Kinston, W. & Rosser, R.（1974）の、衝撃前（脅威） preimpact(threat) phase、警戒 warning phase、衝撃 impact phase、我に返る recoil phase、衝撃後 post-impact phase、という分類、Huerta, F. & Horton, R.（1978）の、衝撃前 pre-impact stage、衝撃 impact stage、修復とリハビリテーション repair and rehabilitation phase、という分類、Barton, A.H.（1969）の、前災害期、脅威の発見と警報の時期、即時的非組織的対応の時期、組織的社会的対応の時期、災害後の長期的均衡の時期という分類、Boyd, S.T.（1981）の、衝撃前 pre-impact phase、警戒 warning phase、衝撃 impact phase、動揺ー我に返る turmoil-recoil phase、心的傷つきすなわち心

的外傷後 emotionally wounded or post-traumatic phaseという分類、Weisaeth, L.（1994）の、安定 steady state、危機 crisis、災害の衝撃 disaster impact, 災害後 afterperiods（ショック shock phase、反応 reaction phase、修復 repair phase、新しい方向づけ new orientation）という分類、Frederick, C. J.（1986）の、衝撃／ショック impact/shock、英雄 heroic、蜜月 honeymoon 、幻滅 disappointment、再建／回復 reorganization /recovery、という分類、ほぼ同じだが、Raphael, B.（1986）の警戒、衝撃、蜜月、幻滅という分類、さらには、Kates, R. W. & Pijawka, D.（1977）の、災害後を、緊急 emergency period、応急復旧 restoration period、復旧 replacement reconstruction period、改善復興 commemorative, betterment, and development reconstruction period に細かく分けた分類、といったように、枚挙に暇がない。

我が国でも、広瀬（1984）の、平常期、災害移行期（災害先行期と災害前期）、災害衝撃期、災害後期（回復期と復旧復興期）、という分類、静岡県（1984）の、地震の前後の地方自治体の情報および広報活動の観点から、発災前を、情報伝達期、防災準備呼びかけ期、防災対策呼びかけ期、待機期に、また発災後を、情報空白期、被害明確期、狭域的災害対応期、広域的救援期、に分けた分類など数多くがある。ちなみに、日本においては、災害後については、伝統的に、復旧と復興という言葉が用いられることが多い。

ともあれ、どういう災害（たとえば、地震か洪水か旱魃かなど）に対して、誰の立場（たとえば、被災者、観察者、救援者、行政など）に立って、どういう側面で考察するかによって各様のものができうる。

しかし、災害は個別性が高い事象であり、個人あるいは社会が示す反応は、災害の発生原因、発生頻度、展開速度、持続期間、衝撃の範囲、個人への衝撃の程度、社会への衝撃の程度、再発可能性、予測可能性、制御可能性、警報の有無、賠償の有無、などさまざまな要因によって大幅に異なる可能性がある。災害の種別によって（たとえば、水害と一括りにされるけれども、土砂崩れと氾濫とでは）、あるいは同じ種別の災害（たとえば、地震）であってもAという地震とBという地震では、さらには同じAという地震であってもαという場所とβという場所では、社会的様相が異なり、時期分類が異なることがあるかもしれない。また、心的様相の推移は、外界の変化と必ずしも一致しないし、人によって異なることもあるし、また行きつ戻りつしながら進んでゆくものである。したがって、時期の分類は大まかである方が、応用しやすいように思う。このような時期区分と各時期の様相は、あくまでも、類型に他ならないことに十分注意すべきであろう。次節では、基本的にはFrederickや Raphaelの分類を参考に、警戒期、衝撃期、蜜月期、幻滅期、再建期に分け、各時期の様相をまとめようと思う。

3．2　各時期における個人と社会の様相

(1) 警戒期

この時期においては、災害の前兆現象が現れ始め、災害の内容とその発生の可能性、各種の行動の指示などを含む災害情報が発せられる。

災害情報に接した個人は、まずは、その情報の真偽、内容、信用度、対応、などについて検討する。公的機関やマス・メディアからの情報、内容に具体性や一貫性がある情報、何度も聴取した情報は信用されやすいといわれる。ついで、親戚や知人や公的機関に聞き合わせる。尋ねることは、同時に、相手に情報を伝えることでもある。そして、被害を予想し、それを最小に抑えるために家財の移動や点検といった防災行動を行い、避難について検討し、そこに居るよりも安全だと判断すれば避難を始める。

一般に、事態が曖昧な時に情報を受け取った人の反応として、恐怖が高まり些細な刺激に対して過敏な反応を示すという考え方と、危険性を否認・過小評価するという考え方があるが、災害時の場合は後者の方が多いように思う。公的機関から避難命令が出ても、一応は信用するものの、避難しない住民も皆無ではない。高齢者は避難を渋ることが多いし（若林ら、1987）、子どもや高齢

者のいる家族は避難をためらうこともある。いっぽう、子どもや高齢者や病人は、先に避難させるという社会規範もあり、避難が早いこともある（若林・望月、1991）。

過去の災害経験・避難経験は避難を促進する場合もあれば、抑制する場合もある。安倍（1974）は、避難行動を生じせしめる力を、事態の見かけの恐ろしさ、事態の変化とその速さの認知、過去の災害経験、不安の兆候の強さ、突発災害からの時間的隔り、二次災害からの時間的隔り、家や家財への配慮、家族への配慮、過去に避難しなかったための得、避難したための損経験、情報の確度・直接性・具体性・強度、群集の数、急迫さの度合、感情性の度合、からなるモデルで表している。また、岡部（1985）は、避難行動を、予想される危険の重大さ、その危険の発生確率、避難のために必要なコスト、の関数として表している。

(2)　衝撃期

この時期においては心のさまざまな機能が影響をうける。たとえば、知覚という点では、ビル火災で窓に追いつめられた人は地上までの距離を短く見積もったり、救助されるまでの1分間を10分間経過したように感じたりする。感情という点では、驚愕・茫然自失・無感情・恐怖状態にあるが、行動に関心が集中するため恐怖を感じないことも多い。思考という点では、状況がよく把握できない中で急いで決断しなければならないため、その活動が不十分となる。そのため、行動という点では、他者の行動を模倣したり、習慣的な行動をとったりすることもある。また自分の身を守る防衛反応、子どもや高齢者や病人などを守る保護行動、消火などの防災行動、逃走（避難）行動、状況を把握するために情報行動などを起こす。

このような時に、集合行動としてのパニック、すなわち、「ヒステリー的信念に基づく集合的な逃走」（Smelser, N. J., 1962）、「集団的目標から極端な利己的状態への集合的な退行」（Lang, K. & Lang, G. E., 1961）が、極めて稀に、発生することもある。これは、危険が切迫し、恐怖があり、そのうえ周りの人と通常のコミュニケーションができない時に、認知や思考の機能が制限され、逃走以外に対抗手段がない・脱出の可能性はあるが限られている・自分の行動しか頼りにならないと考えるようになり、自分の安全性の確保を最優先にしようと競争事態になって起こる。

Tyhurst は、心的反応を基に、冷静に思考し行動する者12～25%、一時的に仰天する者75%、錯乱状態になる者10～25%、に分けているが、長崎豪雨災害や北海道南西沖地震の際の住民の行動の調査（若林ら、1987; 若林・望月、1997）からは、慌てながらもそれなりに状況を認識して行動することが多いように思う。

(3)　蜜月期

通常、一安心してから、何が起こったのかが分かり、「もしあの時、○○だったら、とか、△△していたら、今頃‥‥」といった思考を行い、恐怖やふるえ、動悸、過呼吸、呼吸困難、吐き気や嘔吐などを経験する。これを recoil（我に返る）期として独立させることもある（障害として捉えられた「急性ストレス反応」「急性ストレス障害」については、次節を参照してほしい）。

そして精神的に高揚し、連帯感や愛他的気分が高まり、人々の救助や援助を積極的に行う。この連帯感の高まりは、民主主義（Kutak, R. I., 1938）、euphoria（Wallace, A. F. C., 1956）、被災者コミュニティ（Fritz, C. E., 1961）、愛他的コミュニティ（Barton, A.H., 1969）、蜜月（Frederick, C. J., 1986）、などと表現されている。時には助かったことに罪悪感を抱きそれを低減するために自己犠牲的に援助行動を起こすこともある。関心が専ら外界に向くため、災害前にもっていた身体症状が自覚されないこともある。

時に、人は、自分を中心にものごとを見て過大に考え、興奮したり絶望したりしやすいが、その傾向は被災者（および、援助者やボランティアや研究者などにも）に強く、自分が災害の中心にいるとも考えやすい。

この時期には流言が発生しやすくなる。それは、状況を把握するためにまた行動するために各種の情報を必要とするが、災害直後では公的機関からの情報量が少なく、またしばらくすると様々の情報が多すぎ、確実な情報を私的経路で求めようと

すること、不安なために親和的となり、また共同の生活や作業を通して人と接する量が増えること、多くの情報の中には不正確なものも含まれること、などが理由として考えられる。自分の不安を他者に伝えると、また、他者も不安を持っていることを知ると、情緒的に落ちつくことが多い。災害を発生ないしは増大させた人に対する怒りが生まれても、それを他者に伝えると、和らぐことがあるかもしれない。

社会的には、大量の人や情報や救援物資が被災地に向かって流れこみ、災害前の状態への回復に向けて組織が活動し始める。組織には、警察や消防のように災害後の対応が本来の活動の一部として確立している組織、赤十字のように本来の活動を拡張する組織、所有する機械などを転用し本来の活動を応用する組織、急ごしらえで作られる創発的な組織の四種に分けられている。

(4) 幻滅期

災害からしばらく経つと、生活はある程度保証されるようになるが、心身という点では、高揚した無我夢中の時期を過ぎ、不眠、食欲不振、動悸、悪心嘔吐といったさまざまな身体症状、虚脱感、疲労感、非現実感、無力感、怒り、うつ気分や罪悪感、悲しみといったさまざまの感情、感情の麻痺、過覚醒を体験する。対人行動という点では孤立的になることもあるが、身体症状が重度の場合、その傾向はますます強まる（障害として捉えられた「心的外傷後ストレス障害」については、次節を参照してほしい）。

連帯感は次第に低下し、被災者、行政、マス・メディア、保険会社、加害者、研究者、ボランティアなど、さまざまな相手同士で対立が起こる。その対立は、被災者と行政ということもあれば、援助物資や金額の配分を巡って被災者同士ということもあれば、それまでの労りがなくなって一挙に苛立ちが高まって家族構成員同士ということもあれば、生命を救う時よりも生活を助ける時の方がやり方が多くあるため、そのやり方を巡ってボランティア同士、医療保健関係者同士ということもある。また、災害発生の責任者に対して怒りが生じ、直接的には責任のない者や組織に罪をかぶせることもある。特定の国や民族[6]、金持ち、政敵、政府などがその標的になることもある。政治的対立が現れることもある。

災害前の社会的格差が再び現れたり、災害後に生じた格差が時の経過とともにますます大きくなっていったりする。

(5) 再建期

より安全な環境になるように、道路や建物や河川などさまざまなものが改良されてゆく。集落あるいは町そのものの移転や区画整理、そしてそれに伴う住民の移動が計画されることも多いが、住民にとって住んでいた土地は心理的には自己の一部であるため反対にあうのが通常であり、この移転（計画）がこんどは住民にとって災いとなる（この領域の文献としては、たとえば、Oliver-Smith, A., 1991; Gerrity, E. T. & Steinglass, P., 1994）。

生活という点でも心身という点でも落ちつき、辛い災害体験に圧倒されなくなり、それを乗り越え、新たな人生の意味を見出し、人生を再建していくことができるようになる、というのが理想ではあるが、災害の再発生に関する不安や、うつ状態が高水準で続くこともまれではない。片付けや修繕や引っ越しといった仕事が終わり、生活がある程度落ちついてはじめて、心理的・精神的問題が生ずることもあり、結局、いつ問題が生ずるかを一概に言うことはできない。災害から数十年経っても、災害時のことは鮮明に記憶されていることが多い。覚えていない方が問題かもしれない（障害として捉えられた「破局体験後の持続的人格変化」については、次節を参照してほしい）。

通常、災害に関する経験がまとめられ、災害の前兆、災害時における行動指針が整理される。また区切りをつける行事やモニュメントがなされる（昔、「戦後は終わった」という言葉があったことを思い出させる）。区切ることは遠ざけることである。これらには、抑えられた感情の解放という側面もある。体験記を書くことは心的整理の意味合いもある。

災害はそれ以前から始まっていた社会システムの変化を加速する（Bates, F.L. et al., 1963）と言

われるが、予想外の社会変化を起こすこともある。広瀬（1984）は、災害規模が大きいと復興は阻害されるが、同時に外部社会からの援助量も増大し復興が促進される一面もあること、社会の活力が大きいと独自の力で復興は早まるが、同時にそのような社会は外部にとっても重要度が高いから援助量が増大し、復興は一層加速されることをモデル化している。被害が大きく、利用可能な物的資源や援助量が小さく、技術水準が低く、人口の少ない社会は再建が放棄されることもある。社会的弱者は災害による影響が大きく、復興から取り残されることもある。

地理的に比較的隔たり独自の文化をもって生活してきた少数民族が災害にあった場合、外部からの救援者が自分たちの文化を持ち込み、少数民族の文化が変容することもある。

4．心的外傷という考え方と精神障害

4．1　心的外傷とは

先に述べたように、1970年代末以降は、災害体験や戦争体験などを心的外傷 traumaとして捉えて考えることが多くなった。心的外傷とは、DSM-Ⅲ-R（1987）では「通常の人が体験する範囲を越えた出来事で、ほとんどすべての人に著しい苦痛となるもの」と定義されたが、のちに（DSM-Ⅳ、1994）、より生命への脅かしを強調する内容に変更され、「軍人の戦闘体験、個人に加えられた暴力（性的襲撃、物理的攻撃、押し入り強盗、路上強盗）、誘拐、人質、テロリストによる攻撃、拷問、捕虜あるいは強制収容所の拘禁、天災人災、大自動車事故、死病の宣告」などや「子どもにおいては性的脅迫あるいは凌辱なくても発達的に不適切な性体験」が挙げられている。

4．2　心的外傷による障害

こうしたことを経験した場合、食事（食欲がないとか、逆に、何か食べずにいられないとか）、睡眠（寝付きが悪い、眠りが浅い、早く目覚める、悪夢にうなされる、とか、逆に、いくら寝ても眠くて起きられないとか）、排泄（下痢とか、逆に、便秘とか）、体温（寒気とか、逆に、熱感とか）、感情（現れないとか、逆に、コントロールできないほど激しく現れるとか）、対人関係（ひとりではいられないとか、逆に、人とのかかわりをもてず孤立するとか）、援助者に対する態度（敵視するとか、逆に、過剰な期待を抱くとか）、といったように、心も身体も社会性もさまざまな変調をきたす。これらは誰にも起こりうる一時的なものであり、時が経つにつれて、あたかも問題が代謝あるいは消化されていくかのようにして、自然に回復に向かい、やがて本来の自分らしさを取り戻して、新たな状況のなかで生活を立て直していけるようになる。

しかし、症状が顕著であったり長く持続したりし、生活に支障がでてくる場合は、「障害」として捉えられる。これに当てはまるものとして、DSM-Ⅳでは、急性ストレス障害（acute stress disorder；コード番号は308.3、以下同；表1）と心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder；309.81；表2）、またICD-10（World Health Organization, 1992）では、急性ストレス反応（acute stress reaction；F43.0）、外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder；F43.1）、適応障害（adjustment disorders；F43.2；表3）、破局体験後の持続的人格変化（enduring personality change after catastrophic experience; F62.0；表4）などがある。これら外傷性の精神障害の概念や位置づけについては然るべき成書を参照してほしい。

さて、一般住民における心的外傷後ストレス障害PTSDの生涯有病率（調査時点までに罹患したことのある人の割合）は、1.0%（Helzer, J.E. et al., 1987）、1.3%（Davidson, J.R.T. & Fairbank, J.A., 1992）、3%（Shore, J. H. et al., 1989）、9.2%（Breslau, N. et al., 1991）、といった範囲にあるが、災害や大事故の被災者におけるPTSD有病率は、たとえば、工場の爆発事故でひどく被災した人で、7か月後37%、2年後27%、3年後22%、4年後19%、中等度に被災した人で、7か月後17%、4年後2%、軽度に被災した人で、7か月後4%、4

表1　DSM-Ⅳにおける「急性ストレス障害（ASD）」の診断基準

A．その人は，以下の2つがともに認められる外傷性の出来事に暴露されたことがある．
　(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を，1度または数度，または自分または他人の身体の保全に迫る危険を，その人が体験し，目撃し，または直面した．
　(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．
B．苦痛な出来事を体験している間，またはその後に，以下の解離性症状の3つ（またはそれ以上）がある．
　(1) 麻痺した，孤立した，または感情反応がないという主観的感覚
　(2) 自分の周囲に対する注意の減弱（例："ぼうっとしている"）
　(3) 現実感消失
　(4) 離人症
　(5) 解離性健忘（すなわち，外傷の重要な側面の想起不能）
C．外傷的な出来事は，少なくとも以下の1つの形で再体験され続けている：反復する心像，思考，夢，錯覚，フラッシュバックのエピソード，またはもとの体験を再体験する感覚，または外傷的な出来事を想起させるものに暴露された時の苦痛．
D．外傷を想起させる刺激（例：思考，感情，会話，活動，場所，人物）の著しい回避．
E．強い不安症状または覚醒亢進（例：睡眠障害，易刺激性，集中困難，過度の警戒心，過剰な驚愕反応，運動性不安）．
F．その障害は，臨床的に著しい苦痛または，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，または外傷的な体験を家族に話すことで必要な助けを得たり，人的資源を動員するなど，必要な課題を遂行する能力を障害している．
G．その障害は，最低2日間，最大4週間持続し，外傷的出来事の4週間以内に起こっている．
H．障害が，物質（例：乱用薬物，投薬）または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものでなく，短期精神病性障害ではうまく説明されず，すでに存在していた第1軸または第2軸の障害の単なる悪化でもない．

（高橋三郎他訳『ＤＳＭ－Ⅳ精神疾患の分類と診断の手引』医学書院，1995）

表2　DSM-Ⅳにおける「心的外傷後ストレス障害（PTSD）」の診断基準

A．その人は，以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある．
　(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を，1度または数度，または自分または他人の身体の保全に迫る危険を，その人が体験し，目撃し，または直面した．
　(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．
　　[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．
B．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．
　(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で，それは心像，思考，または知覚を含む．
　　[注] 小さい子供の場合，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．
　(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しい夢であることがある．
　(3) 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）．
　　[注] 小さい子供の場合，外傷特異的な再演が行われることがある．
　(4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し，または類似している内容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．
　(5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し，または類似している内容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．
C．以下の3つ（またはそれ以上）によって示される，（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と，全般的反応性の麻痺．
　(1) 外傷と関連した思考，感情または会話を回避しようとする努力．
　(2) 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) 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，または正常な一生を期待しない）．
D．（外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で，以下の2つ（またはそれ以上）によって示される．
　(1) 入眠または睡眠維持の困難　　(2) 易刺激性または怒りの爆発
　(3) 集中困難　　(4) 過度の警戒心
　(5) 過剰な驚愕反応
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．
F．障害は，臨床的に著しい苦痛または，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．
　→該当すれば特定せよ：
　　急性：症状の持続期間が3カ月未満の場合
　　慢性：症状の持続期間が3カ月以上の場合
　→該当すれば特定せよ：
　　発症遅延：症状の始まりがストレス因子から少なくとも6カ月の場合．

（高橋三郎他訳『DSM－Ⅳ精神疾患の分類と診断の手引』医学書院，1995）

表3 ICD-10における「適応障害」の診断基準

A．症状発症前の1カ月以内に，心理社会的ストレス因を体験した（並はずれたものや破局的なものではなくて）と確認されていること．

B．症状や行動障害の性質は，感情障害（F30—F39）（妄想・幻覚を除く）や，F40—F48の障害（神経症性，ストレス関連性および身体表現性障害），および行為障害（F91.-）のどれかにみられるものであるが，個々の障害の診断基準は満たさない．症状はその型も重症度においてもさまざまである．
前景をなす病像は第5桁の数字で特定される．

F43.20 短期抑うつ反応
1カ月を越えない，一過性の軽度抑うつ状態．

F43.21 遷延性抑うつ反応
ストレスの強い状況に長期にわたって曝された反応として出現する軽度抑うつ状態であり，持続期間は2年を越えない．

F43.22 混合性不安抑うつ反応
不安症状と抑うつ症状のいずれもが優勢であるが，混合性不安抑うつ障害（F41.2）や他の混合性不安障害（F41.3）に該当するほどに重度ではない．

F43.23 主として他の情動の障害をともなうもの
主症状は，通常不安・抑うつ・心配・緊張・怒りなどといったさまざまなタイプの情動から成る．不安と抑うつの症状は，混合性不安抑うつ障害（F41.2）や他の混合性不安障害（F41.3）の基準を満たすこともありうるが，他のさらに特定したうつ病性障害や不安障害と診断されるほどに優勢ではない．夜尿や指しゃぶりなどといった退行した行動を示す小児の反応にも，このカテゴリーが用いられるべきである．

F43.24 主として行為の障害をともなうもの
主たる障害は，たとえば攻撃的行動または反社会的行動に至る青年期の悲哀反応のような行為を含む．

F43.25 情動および行為の混合性の障害をともなうもの
情動面の症状と行為障害の両者が優勢な病像である．

F43.28 他の特定の症状が優勢なもの

C．この症状は，遷延性抑うつ反応（F43.21）を除いて，ストレス因の停止またはその結果の後6カ月以上持続しないこと．しかし，この診断基準がまだ満たされない時点で，予測的に診断することはかまわない．

（中根允文他訳『ICD-10 精神および行動の障害 DCR研究用診断基準』医学書院，1994）

表4 ICD-10における「破局体験後の持続的人格変化」の診断基準

A．破局的ストレス（つまり強制収容所体験，拷問，大惨事，生命を脅かされる状況に持続的にさらされること）に引き続いて起こる，周囲や自分自身についての感じ方・関わり方・考え方などのパターンの明らかな持続的変化が確認されること（生活歴や鍵となる情報提供者から）．

B．その人格変化は明らかなもので，頑固で不適応性の病像を特徴とし，次のうち少なくとも2項の存在によって示されること．

(1) 以前にはまったくそうした徴候のなかった人が，社会に対して持続的な敵対的または猜疑的な態度を示すこと．

(2) 他に存在する精神障害（気分障害のようなもの）に起因するのでない，社会的ひきこもり（同居する数人の近親者を除いて，人との接触を避ける）．

(3) 持続的な空虚感，または無力感．それは，気分障害のエピソードとして限定されるものでなく，破局的ストレスに曝される以前には存在しなかったものである．それにともなって，他人に依存する傾向が強まったり，否定的・攻撃的感情を表現できなくなったり，破局的ストレスに曝される以前にはうつ病性障害はまったくなかったのに抑うつ気分が遷延したりすることもある．

(4) 外的な原因は何もないのに，慢性的に「危機に瀕している」感じや脅威を感じることが続く．それは，本来そうした傾向や短慮なところのなかった人で，易刺激性や短慮が強まることで示される．この，内的緊張や脅威を感じる慢性的な状態は，過量飲酒や薬物使用の傾向と結びつくこともある．

(5) 変わってしまったとか，人とは違うといった感情（よそよそしさ）の持続．この感情は，情動麻痺の体験と関連することがある．

C．人格変化のために，日常生活の個人の役割機能に顕著な支障をきたしたり，本人が苦悩したり，社会環境と衝突したりすることが生じていること．

D．この人格変化は，破局的体験の後に発生したものであり，現在の人格を説明しうるようなものとして，以前からの成人の人格障害，際だった性格特徴の存在，あるいは小児期・思春期の人格障害や発達障害は存在しないこと．

E．この人格変化は，少なくとも2年間持続すること．それは，他の精神障害のエピソード（外傷後ストレス障害以外の）と関連なく，また脳損傷や脳疾患によって説明されるものでもない．

F．上記の診断基準を満たす人格変化には，しばしば外傷後ストレス障害（F43.1）が先行する．2つの状態が重複することもありうるし，人格変化が外傷後ストレス障害の1つの慢性的な結末であることもある．しかしながらその場合は，外傷後ストレス障害の最低2年間の持続に加えて，さらに2年間上記の診断基準を充足する期間を経なければ，持続する人格変化とみなしてはならない．

（中根允文他訳『ICD-10 精神および行動の障害 DCR研究用診断基準』医学書院，1994）

年後 3x %（Weisaeth, L., 1994）、またバッファロー・クリーク洪水の被災者において、2年後44%、14年後28%（Green, B. L. et al., 1990）というように高率である。またこれらの結果は、数年以上経っても精神医学的問題に悩む人が少なくないことをも示している。Ploeger, A.（1977）も、海難事故から10年後において生存者の多くに、慢性的な人格の変化を見出している。

このように、災害や大事故の被災者においてPTSDが高率であることが、バッファロー・クリーク洪水の場合を引き合いに出して、つとに紹介される。しかしわたくしは、本当だろうかという疑問を捨てきれないでいる。北海道南西沖地震の被災者に対する住民検診でPTSDは高率とはいえないし（七田、1996）、阪神淡路大震災の被災者でも必ずしも高率とはいえないし、わたくしがお会いした長崎豪雨災害や北海道南西沖地震にあわれた方々においても、確かに大変な状態の方もいらっしゃるが、それなりに自分の生活を歩み始めている人の方がはるかに多いのである。バッファロー・クリーク洪水の場合は、それが雇用主の落ち度から生じた人為的災害であること、しかし雇用主は責任を回避しようとしたこと（ある社員は洪水は「神の業」であると言った）、雇用主が災害後不十分にしか生活を援助しなかったこと、トレーラーハウスでの劣悪な避難生活で家族関係も近隣関係も害されたこと、住民は貧しく、教会以外に心理的に結び付けるものはなく比較的ばらばらであったこと、復旧は外部の人達が行い被災者は受動的な傍観者になったこと、訴訟に参加する少数の者としない多くの者に分かれ、訴訟に参加した者も次第に外部の弁護士に引きずられ受け身的になったこと、行政の対応が長引き被災者は囚われ状態となったこと、その上、災害後に道路が計画され地域が分断されたこと、など、要するに、被災者が全くの受動的存在となり、将来に向かって関与できなかったことが係わった、むしろ例外的なケースではないだろうかと思う。

さて、同じ苦痛な出来事を体験しても、外傷になる人とならない人がいる。生来的に頑健で、安心できる環境で育ち、強力な社会的な支持的な人間関係をもち、精神疾患や他の身体疾患を持たず、もともと不安や抑うつの低い者は、PTSDになりにくいし、また早期に回復しやすいだろう。もっとも、急性のPTSDに関しては、こうした背景要因よりも衝撃の程度が決定的ともいわれるが。また、かつて外傷体験のある者は、それと似た出来事に直面すると、症状が悪化したり、急性再燃がおこったりするだろう。その場合、周りの人は、「今頃‥‥」といって以前ほど支持的ではなく、孤立感は以前に増して高くなるかもしれない。

高齢者は、概して既存の、たとえば子どもとか配偶者といった、人達に支えを求めることが多いが、災害でそうした支持的な人間関係を失った場合、新しく作るのが困難なため心的影響が大きいかもしれない。

ちなみに、人に殺されそうになるという体験と、災害で死にそうになるという体験とは、やはり異なると考えるべきである。PTSDの症状にも差があるはずであろうと考える。

5．自然災害の被災者における問題

同じ「被（罹）災者」あるいは「被害者」（および「罹病者」は英語ではすべてvictim）といっても、災害と犯罪とでは、また自然災害と戦争や人為災害とでは（Frederick, C. J., 1977, 1980, 参照）、さらには賠償金が出る場合と出ない場合とでは、異なる点も存在しよう。

概して、自然災害の場合、その経験を運命と見なし諦めることで怒りが抑えられるであろうが、人間が係わった災害や犯罪の場合は特定の人物に対する怒りが続きやすいし、それを防げなかったということで自責ないしは罪悪感を持ちやすいだろうし、人間一般に対する信頼が崩れることも多いだろう。戦争の場合、生じた怒りは敵国という明確な対象に向かいやすいだろう。また犯罪の場合は加害者が戻って来ることに関し恐怖が続く（地震の場合も、地震再発生の恐怖はあるが、実際には余震は本震よりも小さい。ちなみに、余震や物音に伴って不眠や神経過敏になりやすい）。放射性物質による大事故の場合は、将来の発病や

結婚の可否や子孫への影響に関する不安が続き、被災者であることを隠すかもしれない。賠償金や助成金が出る場合、被害を受けた者はことさらに被害を挙げようとするかもしれないし、被害を受けなかった者はそうした人達に対して不快に思うかもしれない。

自然災害の多くは、衝撃自体は大きいとしても一過性のものである。しかし、その後の生活の困窮化と人間関係の複雑化は、人が係わりかつ持続的なものである。したがって、一次的なものよりも二次的なものの方が影響が大きいこともある。とりわけ、発展途上国における自然災害の場合、貧しい被災者は二次的に極めて悲惨な生活を送ることとなり、高率の精神障害の発症に繋がりやすい（たとえば、Lima, B. R. et al., 1987）。バッファロー・クリーク洪水の場合でも、人為的災害である上に、上述したように、災害後の立ち直りを害する二次的な要因がたくさんあったのである。

わが国でも、自然災害の後に、公共避難場所や仮設住宅において避難生活を送る時期に、入居者の不平等な選抜、遅い入居、劣悪な居住環境、見知らぬ環境での落ちつかず不規則な生活、本来の居所から仮設住宅までの遠い距離、以前の近隣関係の喪失、なじみのない隣人との関係、将来の見通しのなさ、期限付きの仮設住宅生活、職のある者が避難所から出勤していくのを見て職を失った者や働けない者が感ずる居場所のなさ、経済力ある者が自宅を再建して去って感ずる取り残され感や見捨てられ感、住民の出入りが頻繁で支え合う住民組織の不成立、一部の住民の意見に流された住民活動、行政との煩わしい交渉と不信と対立、友人や家族関係の変化、など解決困難ないくつもの問題が続いていく。こうした、災害後二次的に発生する問題は、さまざまな心理的、身体的症状を引き起こしやすくさせあるいは増大させ、被災者はその苦痛な状況から逃れようとして飲酒や喫煙の量を増やしたり、自暴自棄となって一層荒廃した生活を送ることになる。

なお、当然のことだが、健康な人よりも心が弱っている人の方が、避難所生活は苦痛である。また、公共避難所で寄り添って生活する時よりも、その後仮設住宅でばらばらに避難生活を送る時の方が、強い不安を経験することもある。さらに、被災地外に出て避難生活を送る場合は、被災体験を分かち合える人が少なくなる上に、被災地に居続ける人との間に心理的溝ができることもある。

6．心的援助に関する覚書

つぎに、被災者に対する心的援助に関して、わたくしが感じたこと考えたことを、体系的な水準にまで到達しているとはとうてい言いがたいが、覚え書きとして記しておきたいと思う。

6．1　成長因としての出来事

災害に限らず、生死に関わるような大きな出来事が、人にどのように作用するのかを、少し抽象的に考えると、少なくとも、〈状態を増幅させる〉〈変化を加速させる〉〈成長を促進させる／止める〉〈潜在化していたものを顕在化させる〉〈予測のつかない変化をもたらす〉、などが思い浮かぶ。このうち、前二者は、災害の例ではないが、昔、わたくしが乳房切除術を受けた患者さんとの面接に携わっていたとき（直接の文献ではないが、若林ら、1982；平出ら、1985）、退院後ある夫婦はますます仲が悪くなって離婚し、ある夫婦はますます仲がよくなっていったことから、考えた。また、もともと飲酒癖がありながらもなんとか社会に適応していた者が、そうした出来事のあとアルコール依存となって不適応になってしまう例が多いことからも考えついた。あるいは、関東大震災を体験した清水幾太郎（1938）の「深刻な事件に遭遇すると、若いものは生命の坂を一氣に駈上り、老いたものは一瞬にしてこれを駈下りるのであろう」という言葉や、実際わたくしたちが少し関わった奥尻でも、災害後、子どもが急に大人っぽくなったとか、大人が急に老けたといった、清水とほぼ同様の指摘が住民自身によってなされたことも、少し参考になった。さらに、「災害は社会システムの変化を加速する」という社会学者 Bates の考え方も参考になった。四番目のものに関しては、問題を抱えながらもなんとか平穏にやってき

たのに、災害がその問題を露にしてしまったため破局に至ったというたくさんの例や、逆に、それまで眠っていた健康な自然治癒力といったものが目を覚ましたりする可能性があることや、古層の文化が現れたりする可能性があること（若林、1994）から考えた。

ここで、こうしたさまざまな重大な出来事を、すべて悪いもの不必要なものと考えるのは誤りであろう。個人的な水準でみれば、危機をうまく乗りきったことで自信がついたり、それを契機に本質的なことを新たにあるいは再び見いだしたり考えたり、大げさに言えば価値観の転換が生じたり、というようにプラスに働くこともあるだろう。似たようなことは、家族の水準でみてもコミュニティの水準でみても、いえる。

では、どういう場合にプラスに働くのであろうか。同じ問題であっても、脅威と受けとめる人もいればそうでない人もいるし、また押しつぶされてしまう人もいれば創造的に働きかけて成長していく人もいることからすれば、先にPTSDの項で述べたように、なんらかの本人側の要因があることは否定できない。また、問題側の要因を量という点で考察すると、小さすぎる場合は表面的修復に止まりプラスに働かず、いっぽう、大きすぎる場合は個人や社会が崩壊に至ってしまうということもあろう。質という点で考察して、もし、問題を成長に不必要なものと必要なものに分けることが出来るとするならば、要は、不必要なものを除去すればよいことになる。たとえば、癌の臨死患者においては、前者として疼痛や睡眠障害が、後者としては生の意味の追求があげられよう。また、災害の被災者においては、前者として面倒な手続きや揉みくちゃにされた人間関係、後者として価値の変換や生の意味の追求があげられよう。前者については援助できるかもしれないが、後者については本人が解決しなければならない。

6．2　かかわり

(1) 全般的なこと

災害によって安全感安心感を失うと考えると、そうした感じをもてる環境が存在することが、心的反応が正常範囲の人においても病的な人においても、最も大切である。まずは、先に述べた二次的な問題が生じない環境づくりが最優先されるべきである。

たとえ災害にあった人と心理的に関わるにせよ、とにかく話をして自分の気持ちを伝えたいという被災者もいようが、被災直後は話をしたり聞いたりする気力がないかもしれないし（見舞客の相手をするのもくたびれるだろう）、かけるに相応しい言葉もあまりないかもしれない。つまり関わりは言葉以前のものとなる。被災者が、精神面に関わらなかったボランティアに対して強い感謝の念を抱く（明上、1997、参照）のは、自分は一人ではないということを感じさせてくれるからであり（難しく言うと、物質的な支援でありながら情緒的な支援を伴うということ）、また過酷な状況で向かい立つボランティアから意志や勇気をもらうからである。また、被災者どうしの触れ合いも、一人ではないということを確認させてくれるものであり、意味をもつ。そういう点では、言葉を用いることを好み、技法を振り回しがちな心の専門家よりも周囲の普通の人達による方がうまくいくかもしれない。言葉を用いると、どうしても忠告の押しつけやお説教になりやすくなる。

わたくしたちが、奥尻島青苗地区および稲穂地区で接したのは、深く傷ついた人達と、その人たちが元気になっていくまで、そういう自然の治癒力といったものが十分働くまでじっと待っているような周りの人達であった。もしその気になって見れば、老木一本海鳥一羽だって、後者の一員だといえなくもなかった。

要するに、まずは、なんらかのことを通して、自分のことを気づかってくれる人がいる、と被災者が感じられることが大切である。

少し落ちつくと、被災者は、自分のことを、聞いてほしい、触れてほしくない、わかってほしい、安心させてほしい、わかってもらえないだろう、わかってもらってたまるものか、といったさまざまな気持ちをもつだろう（「経験した人でないと分からない」というのは、分かってほしいという気持ちの一表現型であることもあろう）。よく話

す人もいれば黙りこくる人もいる。よく話す人は、そうすることを通して、事態を受けとめようとしているのかもしれないし、統制感を得ようとしているのかもしれないし、人との接触を求めているのかもしれない。

このときこそ、言葉を用いたかかわり合いが必要となる。自分の話を聞いてくれる人がいる、自分の悲しみや怒りといった気持ちを理解してくれる人がいる、と被災者が感じられることも大切なことである。

また、自分の状態を言葉で表現すること自体が意味をもつ。能動性の回復といってもいいかもしれない。だから、逆説的にいえば、分かりすぎない方がよいのかもしれない。

ちなみに、「かわいそうね」とは、非被災者が被災者にいう言葉である。被災者が別の被災者に言うとしたら（あるいは、ある被災者が心の中のもうひとりの自分に言うとしたら）「大変だベナ」「お互い頑張るベェ」となるだろう。

ところが、いっぽうでは、恐怖や苦痛や悲しみや怒りといった感情を抑えることによって自己を保ち現実生活に適応しようともしており、辛い出来事を思い出させるような機会を避けようとする。その結果、災害にあった人は、精神やこころの病気、精神科というものに対して警戒心や拒否感が強いことも加わり、助けを求めないことが多い。

こうした場合、仮設住宅の棚作りといった居住環境の整備や修理の合間に、あるいは、血圧測定といった身体面の測定やケアの合間に、あるいは、何か物質的な作業をしながら（あるいは、した後で）、すなわち、何をしているのかが明白で安心している時に、心理的な関わりを加えるのがよいと思う。しかも事情が許すならば、自宅あるいはその人が安心できる場所がよい。わたくしたちは、奥尻で、災害にあわれた方と話をする際はできるだけ自宅で、しかも、誰か亡くなった方がいらっしゃる場合は、仏壇のある部屋で、お参りをしたあとで伺うことを原則とした。また、わたくしたちは、家を流されてしまった方々と一緒に災害前の町並みの模型をつくりながら、具体的な問題（「気掛かり」）や精神的問題に触れたとき、うまくいったように思う。話が途切れたときには、視線を作業にそらせられるという利点もあった。要するに、身体的・物質的なことから精神的なことへ、ということである。

ところで先に述べた理由から、話が膨らんである部分が露になると、抑えていた部分も露になってくるのは避けられない。抑えている部分が大きそうな場合は、あえて事務的にするのがよいと思う。ただですら、自責の念が生じやすいのだから。

また何回かお会いできることが分かっている場合は、最初の1～2回は被災体験（事実）の話や不平不満の話に終始する可能性があることを覚えておくと良い。さらに被災者が移動したり、こちら側の都合で会えないことも多いから、今回が最後という気持ちで関わる。深まっても、途中で放り出す結果になってしまったら、被災者の方も、彼らを支えている周りの人も迷惑するだろう。浅くすること、やりすぎないこと、あわてないこと、何もしなくても自然の治癒力で大丈夫だと考えることが大切である。

被災者はそれまで普通の社会生活を送ってきた人なのであり、その人が自分で解決してゆけると楽観的にみる方が、その人への信頼につながるのではないだろうか。

(2) 心身の変調があることに気づいてもらうこと

心に余裕がない時は、自分の心身の変調を正しく認識することができにくいように思う。したがって、大変な出来事を経験した後では、無力感や悲しみや悔やみや怒りといった感情や身体症状があるのは当然のことであることを伝えるべきであろう。「周りで、これこれの人もいるかもしれませんが、‥‥」。そうすることで、自分は異常なんじゃないか、といった新たな心配事とか劣等感をもたずに済むだろう。その変な状態は、苦難な状況を克服しようと努力しているから生まれてくる、ということを伝えるとよいと思う。ついで、その人なりの健康な対処の仕方を見出し、認めてあげるのがよいだろう。ちなみに、自分で自分のことが、おかしいな、と思えるのは、また、変だとはわかっているのだけど、そうなっちゃう、というのは、まだよいサインである。

教育的リーフレットの配布も考えられるが、人間的な触れ合いを欠くために効果は乏しいと評されている（荒木・川崎、1996）。

(3) 被災体験を人生の中に位置づけてもらうことと自信の回復

昔の自慢話を教えてもらったり、災害前の写真[7]をみせてもらったりし、過去の自分を位置づけ、時間的流れの中で被災を位置づけると良い。その人の心の拠り所を知ることが出来るし、家族内の問題を知ることも出来る。

また、災害前のことにせよ、最中のことにせよ、災害後のことにせよ、できなかったことよりも、できたことを思い出してもらうようにすると、自分の力を再び信じることができるようになり、不快な記憶や感情に圧倒されたり、それらを抑えこんだりすることが減り、希望と自信をもって生きていくことができるようになるだろう。「昔は、腕一本で漁をして、家族を引っ張ってきたのですね」「あんな状況で、二人の子どもを救うことが出来たんですね」。

質問する際にもこうしたことに配慮すべきであろう。「災害後、一生懸命がんばったことは何ですか」。

さらに、出来るだけ早く通常の日常生活を営むことができるように計らう。そうすることで、日々が続いていることを実感することができ、事態をそして人生を支配しているという統制感や能動性感が得られ、自信をもてるようになるであろう。

(4) 自責の念が強い場合

被災者は、口には出さないかもしれないが、さまざまな自責や罪悪感をもつ。家族が悲惨な目にあっている時に、それを知らず一人安全なところで快楽にふけっていたとするならば、あるいは、家族を助けられず自分だけが生き延びたとするならば、何らかの罪悪感をもつことは容易に理解できよう。その本質は、他者を傷つけた、被災を共有できなかったということではあるが、究極的には、私は他の人と代わることができない、とか、昔に戻ってやり直すことはできない、ということからくる悲しみも関与するように思う。

その感情が不合理ならば、そのことは偶然に起こったということ、その状況で精一杯のことをしたということ、したがって自分を責める必要はないということ、このように言うのはたやすいが、その相手から許されたと感じられない限り、自責の気持ちは必ずしも減らないように思う。身を責める思い、後者と結びついた悲しみ、それは人間であるかぎりなくすことはできないように思う。

(5) 怒りを向けてくる場合

被災者は災害後に生ずる怒りを、行政に対してのみならず、ときにはケアする人、とりわけ心理的ケアをしようとする人に対して、向けてくることも多い。助けられることは自尊心を傷つけられることであるし、先に述べたように、助けようとしてやってくる人は、お説教する人、忠告する人、と受け取られやすいからであろう。

時には自分自身に対して向けられた怒りが、向きを変えて表現されているということもあろう。「なんだか私に向かって怒っておられるみたいですね」といって、話し合うのがよいかもしれない。

でも、時には、謝罪した方がよいこともあるように思う。調査だけして去っていった人と同じように外部から入り込んできた人間の一人として、人を傷つけた人間の同類の一人として。

概して、怒りは、治療の動機づけを減少させ、いっそうの対人的な問題を作りだす厄介なものである。しかし、怒りは、悲しみとともに（この二つは、どうにもならないことが起こったときに生まれてくるものであり、なんだか、結びつきやすいような気がする）、人の、おそらくは深いところから出てくる感情の一つであり、また置かれた環境をなんとかしようとして生まれてくるものであり、怒りがあるときは、よい方向に向かうこともあると考えるべきであろう。

また、ケアしようという人に怒ったり調査しようという人を拒絶したりする能力があるだけまだまし、と考えるべきであろう。災害に翻弄され心傷ついた人が、マス・メディアの人に取材されるがまま、人文社会領域の研究者に調査されるがままとなっているのは、痛ましかった。

随分先の話になるけれども、いつか、怒りをも

つ被災者が、その怒りを向けていた人達の気持ちを理解する日がやって来るだろう。その時、ひとつの心的過程が終わるのである。

(6) 以前の心的外傷体験が再燃する場合

時には、はるか昔の心的外傷の記憶が再浮上することもありうる。たとえば、望まれない子として生まれた人は、災害にあって、こんなことなら、あのとき、堕してくれればよかったのに、というかもしれない。けれども、再浮上した問題は、災害後の二次的問題が生じなければ、心のエネルギーのようなものが回復すれば、深刻化することは少ないように思う。

ともかく、こうした場合、過去の記憶を抑えることなく自然に思い出すままにし、それを語ってもらうのがよいと思う。

(7) 破局的な決断をしようとしている場合

通常ならば心に抱えられることも、災害後は心に余裕がなくなって抱えられなくなり、破局的な決断をしようとする人がいるかもしれない。たとえば、家を失って、いっそのこと家庭も捨てると言いだす人がいるかもしれない。そして心やさしい周りの人は、それで「気が楽になるなら」といって同意してしまうかもしれない。でも考えてみよう。問題を持ち続けて生きるには、どれほど強靭な精神力が必要だろうか、ということを。「大変なことが起きたのだから、やっぱり何でも時間がかかるのでしょう。いろんなことが落ちつくまでしばらく待ってみませんか」。

(8) コミュニティの機能を高めること

人は人と人との間において癒されることが多いのだから、離れ離れになった住民が再び交流できるように、また、新たに近所に住むようになった人達との間で人間関係が形成できるよう、お手伝いすべきであろう。

その際、皆で活動でき、身体的なことをテーマとした、たとえば、相互の指圧やマッサージ教室や、娯楽を目的としたレクリエーション大会などを利用すると良い。もっとも、問題は、参加しない人なのではあるが。また、日頃の不平不満をいう場になってしまいやすいのではあるが。

なお、被災高齢者の中には、必ず、「わたしは戦地にいっても助かったし、○○震災にあっても助かったし、△△災害にあっても助かった」という人がいるものである。こういう人の存在は、周りの人の心理面にどのような作用をもたらすかはわからない。

6．3　死別を経験した人

死別の問題は難しいもののように思う。遺族は、亡くなった人そして自分はどこから来てどこに行ったのかあるいは行くのか、というどちらかといえば宗教的な問題と向かい合わざるをえないからである。

しかも、災害による死は、不意であるうえに、悲劇的で恐怖的であったり、遺体が見つからなかったり見分けられなかったり、家族から目撃されたり、その人と一緒に巻き込まれながらも自分だけが助かったり、逆に惨事の現場が遠くてはっきりしたことが分かるまで絶望や期待で待たされたり、本当は死亡しているのに生きているのを見たといった噂が流れたり（若林ら、1987)、家族が現場まで行けなかったりするような死である。

このように、死亡状況が大きく異なるため、対応も大きく異なるであろうが、以下のことは心に留めておく必要があろう。死亡直後においては、死と、死の原因について正確で具体的な説明をすること、故人を助けるために、そのときに可能であった全てのことがなされたということを説明すること、遺体を、傷んでいる場合でも（「思ったよりきれいだった」という人は存外いるものである)、みせること、災害現場が遠い時は、家族がその現場に行き、生存者や救援者たちと会うことができるよう、手伝ってあげること（こうすることによって、現実的な死と向かい合い、それを受け入れ、最後の別れをすることができる。戦没者の遺骨を拾いに行くという行動には、こうした意味もある)。死体は伝染病のもとになるという考えから、即座の合同の埋葬が行われることもあると聞くが、その場合、遺族の悲嘆過程は阻害されることであろう。

死別後しばらくして遺族がもつ、ぽっかり穴のあいたような気持ち、わかってくれる人はいない、

触れてほしくない、わたしが悪いのだ、何もしてあげられなかった、といったさまざまの気持ちは、とりわけ子どもを亡くした親に、強いように思われる。こうした遺族の気持ちを理解しようとすることから全ては始まる。遺族が周りから掛けられた言葉で心に残っているものを集めると（試みとしては、若林、1997b）、遺族の気持ちを理解し、自分の気持ちを伝えるのに参考になるであろう。「何かあると、亡くなられた方のことをふっと思い出してしまうかもしれませんね」「さぞかし、亡くなられた方はいい方だったんでしょうね」「大切な思い出なんですね」「誰でも、他の人に対して、好きとか嫌いとか、色んな気持ちを持っているものなんでしょうね。あなたも亡くなられた方に、やさしい気持ちとか怒りの気持ちとか両方持っていらっしゃるのかもしれませんね」。

死別の悲しみは、とりわけ同じような境遇の人の集まりにおいて、癒されやすいかもしれない。少数の安心できる人達との集まりのなかで、個人的な体験を思い出し話し合い聞き合うことで、抑えていた苦しみや悲しみや怒りなどに正当な居場所が与えられ、そして分かち合われる。その結果、支え合いが強まり、立ち直りが進み、辛い体験が人生の流れの中へ統合されやすくなる。

とはいえ、親を亡くした場合と幼子を亡くした場合、遺体が見つかった場合と見つからなかった場合、賠償金や保険金をもらった場合ともらわなかった場合、というように、遺族によって状況が異なり、また立ち直りの速さも異なり、遺族会も長期的には、さまざまの意見の相違が目立つようになることは予め覚悟しておくべきである。概して、災害の遺族会は、過去の一点を共有することで成り立っている比較的不安定な組織であり、新参加者があり、将来の問題を話し合ってゆける、たとえば、○○児をかかえる親の会、などとは若干性格が異なっている。将来に目を向けはじめた遺族のことを、過去にのみ目を向けている人は薄情だと感ずるかもしれないし、逆に前者は後者の人と関わると気持ちが落ち込むといって避けるようになるかもしれない。したがってかえって傷つけ合う場になることだってあり得よう。専門家による精神保健的接近はこの時こそ必要になるといえるかもしれない。

なお、先に述べた、故人はどこへ行ったのかという問題に関しては、自分が死んだら極楽浄土にいこうと思っている人には、故人が今そこにいる様を思い浮かべてもらうとよいし、土に帰って草木の成長に役立ちたいと思っている人には、その人が今そのような状態になっている様を思い浮かべてもらうのがよいし、先祖の輪の一員になりたいと思っている人には、その人が今そのようになっている様を思い浮かべてもらうとよいであろうが、残された人、とくに親は、そう言われたとて慰めを得るわけではない。

6．4　かかわることの逆効果

安全安心な環境にいれば、時間とともに解決されることが多い現象を、妨害されないようにして早めに解決しようというのが災害後の介入である。しかし、何ごとでも、ものごとには長所短所があるものである。介入はプラスの効果をもたらすかもしれないが、同時に何らかのマイナスの作用を及ぼすかもしれないことは留意すべきである。森林火災の際に、力任せに消火しようとして重機を用いると、土壌が押し固められ、かえって森林の再生が阻害される、という。これと、類似したことが、心的援助に関してもありうるかもしれない。悲しみの最中にある人から無理やり悲しみを取り除くと、かえって立ち直りが遅れる、といったこともあり得るかもしれない。また、余所から来た者が活動したために、かえってその地域の立ち直りが遅れるということもあり得よう。

被災者にせよ遺族にせよ、本来は地域住民の温かい人間関係のなかで癒されていくのであり、古来、呪術師は別として、心的援助の専門家は不要であったことに思いを馳せると、援助する側も「燃え尽き」を起こさず、自由に活動できるであろうと思う。

付　記

阪神淡路大震災が起こって支援運動や災害研究が盛んになったとき、わたくしは、その昔、わた

くしたちにイスラム政治思想史を教えて下さっていたある先生が、ちょうど石油危機が起こって政財界が急にアラブ研究の必要性とそのための資金提供を言いはじめた際、講義を続ける気がなくなった、とおっしゃって、早々に店じまいされたときのことを思い出していた。また、戦乱を「吾事ニ非ズ」と日記に記した新古今集の歌人のことも考えていた。

多くの示唆を与えて下さっている東京都立大学の都市研究所都市防災安全部門のみなさまと学生相談室のみなさまに感謝したいと思う。

注

1) 森田（1978）、van der Kolk, B. A. et al.(1996）によれば、1860年から1880年代にかけてのイギリスで、鉄道事故に遭った者における精神神経症状が注目され、報告されたという。
2) 古くはアメリカ南北戦争（1861-1865）の際に“nostalgia”という表現があるという。
3) 極めて初期の文献（たとえば、Oppenheim, H., 1888；Strümpell, A., 1895）には、traumatische Neurose, ～Hysterie, ～Neurasthenie, Unfall-Neurasthenie, ～ Hypochondrie, ～ Hysterie, Eisenbahnunfallsneurose, といった用語が散見される。
4) 阪神淡路大震災の際には、ボランティアや「こころのケア」活動が注目され、「ボランティア元年」という言葉がマス・メディアを賑わした。しかし、無から有が生じたわけではない。

　ボランティア活動（若林、1996、参照）に関していえば、これまでの、各災害後に生まれ、あまり知られることなくすぐ忘れられていった、個々人の社会的活動が、阪神淡路大震災の際はその必要性から、一挙に現れて大きな流れになったのであって、決して「元年」だったわけではない。もちろん、関東大震災の際の「帝大生」の活動から阪神淡路大震災の際のふつうの学生や住民の活動へという変化があり、そうした変化を可能にした一般住民の経済的余裕と精神的発達があったことは事実ではあるが。

　また、被災者に対する心的援助についても、阪神淡路大震災前にすでに、たとえば雲仙・普賢岳噴火災害の被災者に対して保健婦らによって試みられていたのであった。ところで、阪神淡路大震災の前の数年間において、マス・メディアが、こうした活動を知ってか知らずしてか、被災者に対する心的援助やカウンセリングについて触れるようになっていたのは興味深い。たとえば、わたくしの記録の限りでは、「湾岸戦争後のイラク女性・子供の心に大きな傷」（1991年12月6日、朝日新聞夕刊）、「心を救助する　―アメリカの災害現場で―」（1993年9月16日、テレビ朝日『ニュースステーション』）、「バルト海フェリー沈没大惨事いやすボランティア」（1994年9月30日、朝日新聞朝刊）などがある（いずれも、進んだ欧米、遅れた日本、という図式であった）。このことは、当時、被災者に対する心的援助に対する関心が社会的水準でできつつあったことを示唆する。こうした雰囲気を背景に、阪神淡路大震災の際に、「こころのケア」活動が、その必要性から、一挙に表舞台に登場した、というのが、わたくしの見方である。

　なお、阪神淡路大震災直後の神戸市では、必要であったからこそ精神科医による介入があったのに対し、雲仙・普賢岳噴火災害直後の島原市・深江町ではその必要がなかったから介入ができなかった、という荒木（1996）の分析は全く正しいと思う。
5) 死別後の悲嘆に関して段階理論を展開したParks, C. M.(1970）は、災害後の様相に関して時期区分論を展開したTyhurst, J. S.（1957）の論文を引用しており、理論の構築に当たって参考にしたことも推測される。
6) タイタニック号の沈没後にどこの国の人が批判ないしは嘲笑の的となったか、また、ココナッツ・グローブ・ナイトクラブの火災後にどこの民族の人が悪者にされたか、調べてみると良いと思う。
7) 個人あるいは家族の写真は多く残されるが、集落ないしは地域のそれは意外なほど少ないものである。わたくしは、北海道南西沖地震による津波に襲われた奥尻島青苗地区で、あるお寺が持っている写真をそれこそ全部見せていただいたが、結局見つからなかった経験がある。

文　献　一　覧

安倍北夫『パニックの心理』講談社現代新書, 1974.

安倍北夫『災害心理学序説―生と死をわけるもの』サイエンス社, 1982.

明上雅孝『北海道南西沖地震後の奥尻島青苗地区における住民のまちづくり活動』1997.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed., Revised. American Psychiatric Association, 1987（高橋三郎・花田耕一・藤縄昭訳『DSM-Ⅲ-R 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院, 1988）.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, 1994（高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引』医学書院，1995）.

荒木憲一「被災住民に対する精神保健対策の展望」，太田保之編『災害ストレスと心のケア』医歯薬出版，p.141-153，1996.

荒木憲一・川崎ナヲミ「被災住民に対する精神保健活動の実際—雲仙・普賢岳噴火災害の経験から —」，太田保之編『災害ストレスと心のケア』医歯薬出版，p.67-100，1996.

荒木憲一・高橋良・中根允文・太田保之・石沢宗和・富永泰規・内野淳「自然災害と精神疾患 —長崎水害（1982）の精神医学的研究」，『精神神経学雑誌』87，p.285-302，1985.

Barton, A. H., *Communities in Disaster : A Sociological Analysis of Collective Stress Situations*, Doubleday, 1969.

Bates, F. L., Fogleman, C. W., Oarenton, V. J., Pittman, R. H., & Tracy, G. S., *The Social and Psychological Consequences of Natural Disaster : A Longitudinal Study of Hurricane Audrey*, National Academy of Science, National Research Council, 1963.

Boyd, S. T., "Psychological reactions of disaster victims", *South African Medical Journal*, 60, pp.744-748, 1981.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E, "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults", *Archives of General Psychiatry*, 48, pp.216-222, 1991.

Bronisch, T., "Posttraumatic stress disorder — Posttrumatische Belastungsstörung", *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 65, pp.195-207, 1997.

Chodoff, P., "Late effects of the concentration camp syndrome", *Archives of General Psychiatry*, 8, pp. 323-333, 1963.

Davidson, J. R. T. & Fairbank, J. A., "The epidemiology of posttraumatic stress disorder", In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (eds.) *Posttraumatic Stress Disorder : DSM-IV and Beyond*, American Psychiatric Press, pp.147-172, 1992.

Dynes, R. R. & Quarantelli, E. L., *Images of Disaster Behavior : Mythes and Consequences*, Disaster Research Center, The Ohio State University, 1973.

Edwards, J. G., "Psychiatric aspects of civilian disasters", *British Medical Journal*, 1, pp.944-947, 1976.

Figley, C. R., *Stress Disorders Among Vietnam Veterans*, Brunner/Mazel, 1978

Fraser, R., Leslie, I. M., & Phelps, D., "Psychiatric effects of severe personal experiences during bombing", *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 36, pp.119-123, 1942/1943.

Frederick, C. J., "Current thinking about crisis or psychological intervention in United States disasters", *Mass Emergencies*, 2, pp.43-50, 1977.

Frederick, C. J., "Effects of natural vs. human-induced violence upon victims", In L. Kivens (ed.) *Evaluation and Change : Services for Survivors*, Minneapolis Medical Research Foundation, pp.71-75, 1980. [Shore et al. (1989) による]

Frederick, C. J., "Psychic trauma in victims of crime and terrorism", In G. R. Vanden Bos & B. K. Bryant (eds.), *Cataclysms, Crisis and Catastrophes : Psychology in Action*, American Psychological Association, pp.59-108, 1986.

Fritz, C. E., "Disaster", In R. K. Merton & R. A. Nisbet (eds.), *Contemporary Social Problems*, Harcourt, Brace and World, pp.685-689, 1961.

Gerrity, E. T. & Steinglass, P., "Relocation stress following natural disasters", In R.J. Ursano, B.G. McCaughey, & C.S. Fullerton (eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : The Structure of Human Chaos*, Cambridge University Press, pp.220-247, 1994.

Glass, A. J., "Psychological aspects of disaster", *Journal of American Medical Association*, 171, pp.222-225, 1959.

Gleser, G. C., Green, B. L., & Winget, C., *Prolonged Psychosocial Effects of Disaster : A Study of Buffalo Creek*, Academic Press, 1981.

Green, B. L., "Assessing levels of psychosocial impairment following disaster: consideration of actual and methodological dimensions", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, pp.544-552, 1982.

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., Gleser, G. C., Leonard, B. A., Korol, M., & Winget, C., "Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress symptoms", *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, pp.43-54, 1990.

Grinker, R. & Spiegel, J., *Men Under Stress*, Blakiston, 1945.

Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L., "Posttraumatic stress disorder in the general population", *New England Journal of Medicine*, 317, pp.1630-1634, 1987.

Hesnard, M. A., "Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales", *Revue de Psychiatrie*, 18, pp.139-151, 1914.

平出星夫・河野道弘・田巻国義・黒川胤臣・三村一夫・玉熊正悦・若林佳史・石神重信「乳癌の心身医学的考察について」,『第41回乳癌研究会』1985.

広瀬弘忠『生存のための災害学』新曜社, 1984.

Huerta, F.& Horton, R., "Coping behavior of elderly flood victims", *Gerontologist*, 18, pp.541-546, 1978.

岩尾俊一郎・幸地芳朗・山口直彦「震災後3カ月間の入院症例の検討」,『精神科治療学』11, p.341-348, 1996.

Jacoby, P., "Les victimes oubliées de la guerre moderne", *Archives d'anthropologie criminelle, de criminologie et de psychologie normale et pathologique*, 19, pp.485-488, 1904.

Kardiner, A., *The Traumatic Neurosis of War*, Hoeber, 1941.

Kates, R. W. & Pijawka, D, "From rubble to monument", In J. E. Haas, R. W. Kates, & M. J. Bowden (eds.), *Reconstruction Following Disaster*, The MIT Press, 1977.

Kato, H., Asukai, N., Miyake, Y., Minakawa, K., & Nishiyama, A., "Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin -Awaji earthquake in Japan", *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 93, pp.477-481, 1996.

警視庁警備心理学研究会『新潟地震 地震発生時における人間行動の心理学的研究 1』1965.

Kinston, W. & Rosser, R., "Disaster Effects on mental and physical state", *Journal of Psychosomatic Research*, 18, pp.437-456, 1974.

Krystal, H., *Massive Psychic Trauma*, International Universities Press, 1968.

Kutak, R. I., "The sociology of crises : the Louisville flood of 1937", *Social Forces*, 17, pp.66-72, 1938.

Lang, K. & Lang, G. E, *Collective Dynamics*, Thomas T. Crowell, 1961.

Lifton, R. J, *Death in Life — Survivors in Hiroshima*, Random House, 1967.

Lima, B. R., Pai, S., Santacruz, H., Lozano, J., & Luna, J., "Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia", *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 76, pp.561-567, 1987.

Lima, B. R., Pai, S., Toledo, V., Caris, L., Haro, J. M., Lozano, J., & Santacruz, H., "Emotional distress in disaster victims: A follow-up study", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, pp.388-393, 1993.

Lindemann, E., "Symptomatology and management of acute grief", *American Journal of Psychiatry*, 101, pp.141-148, 1944.

Logue, J. N., Melick, M. E., & Hausen, H., "Research issues and directions in the epidemiology of health effects of disasters", *Epidemiologic Reviews*, 3, pp.140-162, 1981.

McFarlane, A. C., "The phenomenology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, pp.22-29, 1988.

三宅由子・尾崎新「精神医学分野の災害研究の現状」,『精神医学』35, p.399-405, 1993.

三宅由子・尾崎新・箕口雅博・上村晶子・吉松和哉・箕輪良行「三宅島噴火災害被災住民の追跡調査 —災害後の健康感の推移について —」,『社会精神医学』14, p.254-261, 1991.

森田昭之助「特殊な心因反応とその治療 災害によるもの」, 下坂幸三他編『現代精神医学体系』第6巻B, 中山書店, p.173-195, 1978.

Mott, F. W., *War Neuroses and Shell Shock*, Oxford University Press, 1919. [Bronisch (1997) による]

村松常雄『不安と祈りの心理』講談社現代新書, 1980.

大平常元・加藤正實・福田守孝「十勝沖地震時における精神障害者の反応 —正常者群, 結核患者群および一般内科患者群との比較」,『精神医学』16, p.31-39, 1974.

太田保之「災害の定義・分類と災害精神医学的研究」, 太田保之編『災害ストレスと心のケア』医歯薬出版, p.1-13, 1996.

太田保之「わが国の災害PTSD —普賢岳噴火災害避難住民における心的外傷後の精神症状 —」,『精神科治療学』13, p.839-842, 1998.

岡部慶三「イタリア『地震警報』をめぐる若干の社会・心理学的考察」, 1985. [田崎 (1982) による]

奥村二吉・疋田平三郎「原子爆弾羅災患者の精神神経病学的調査成績」,『九州神経精神医学』1, p.50-52, 1949.

Oliver-Smith, A., "Successes and failures in post-disaster resettlement", *Disasters*, 15, pp.12-23, 1991.

Oppenheim, H., "Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterung des Rückenmarkes, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln?", *Berliner Klinische Wochenschrift*, 9, pp.166-170, 1888.

Parks, C. M. "'Seeing' and 'finding' a lost object : Evidence from recent studies of the reaction to

bereavement", *Social Science and Medicine*, 4, pp. 187-201, 1970.

Ploeger, A., "A 10-year follow up of miners trapped for 2 weeks under threatening circumstances", In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (eds.), *Stress and Anxiety*, Hemisphere, pp.23-28, 1972.

Powell, J. W. & Rayner, J., *Progress Notes : Disaster Investigation July 1,1951-June 10, 1952*, Army Chemical Center, Chemical Corps, Medical Laboratories, 1952 . [Logue et al. (1981) による]

Prince, S. H, *Catastrophe and Social Change*, King and Son, Ltd., 1920.

Raphael, B., *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*, Basic Books, 1986 (石丸正訳『災害の襲うとき カタストロフィの精神医学』みすず書房, 1988).

Roubinovitch, J., "Rôle des émotions dans la genèse des psychoses pendant la révolution russe de 1905-1906", *Bulletin medical*, 74, pp.74-75, 1910.

七田博文「北海道における災害精神保健活動の現状と問題点 —北海道南西沖地震の経験から—」,『精神神経学雑誌』98, p.793-798, 1996.

清水幾太郎「地震に寄せて」東京朝日新聞 (昭和13年11月13日) 1938 [『清水幾太郎著作集 4』講談社, p.131-132, 1992].

静岡県『東海地震に係る情報及び広報活動 実施要領(改訂版)』1984.

Shore, J. H., Tatum, E. L., & Vollmer, W. M., "Psychiatric reactions to disaster : The Mount St. Helens experience", *American Journal of Psychiatry*, 143, pp.590-595, 1986.

Shore, J. H., Vollmer, W. M., & Tatum, E. L., " Community pattern of post-traumatic stress disorder", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, pp.681-685, 1989.

Smelser, N. J., *Theory of Collective Behavior*, Prentice-Hall, 1962.

Steinglass, P. & Gerrity, E., "Natural disasters and post-traumatic stress disorder: short-term versus long-term recovery in two disaster-affected communities", *Journal of Applied Social Psychology*, 20, pp.1766-1775, 1990.

Stierlin, E., "Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen", *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 44, pp.2028-2035, 1911.

Strümpell, A., "Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken", *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 49, pp.1137-1140, 1895.

田崎篤郎「災害情報と避難行動」, 東京大学新聞研究所編『災害と情報』東京大学新聞研究所, p.273-299, 1982.

Terr, L. C., "Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping", *American Journal of Psychiatry*, 140, pp.1543-1550, 1983.

東京大学新聞研究所『災害と人間行動』東京大学出版会, 1982.

東京大学新聞研究所『災害と情報』東京大学新聞研究所, 1986.

築城士郎「水害躁病」,『長崎市医報』水害特集号, p.30-32, 1982.

Tyhurst, J. S., "Psychological and social aspects of civilian disaster", *Canadian Medical Association Journal*, 76, pp.385-393, 1957.

浦良一・西野範夫・伊藤誠「新潟地震と病院」,『病院』24, p.81-87, 1965.

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Kao, T., & Bhartiya, V. R., "Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, pp.36-42, 1995.

van der Kolk, B. A., Weisaeth, L., & van der Hart, O., "History of trauma in psychiatry", In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress*, Guilford Press, pp.47-74, 1996.

若林佳史「災害原因の認識の整理」,『社会情報学研究』(大妻女子大学)2, p.75-92, 1994.

若林佳史「北海道南西沖地震後の奥尻島における民間の自発的な救援活動」,『社会情報学研究』(大妻女子大学) 5, p.67-101, 1996.

若林佳史「死や障害を受けとめる・受け入れる心的過程に関するモデル —段階理論の整理と比較 —」,『学生相談室レポート』(東京都立大学) 24, p.38-57, 1997a.

若林佳史「北海道南西沖地震 1 年後の奥尻島青苗地区住民の心理的側面」,『社会情報学研究』(大妻女子大学) 6, p.93-124, 1997b.

若林佳史「北海道南西沖地震 4 年後の奥尻島青苗地区住民の心理的側面」,『社会情報学研究』(大妻女子大学) 7, p.11-53, 1998.

若林佳史・花井徳寶・望月利男「1982年長崎豪雨災害の心理的影響ー鳴滝, 芒塚地区の住民についてー」,『総合都市研究』30, p.17-49, 1987.

若林佳史・望月利男『1986年伊豆大島噴火における組織と人間』東京都立大学都市研究センター, 1991.

若林佳史・望月利男『北海道南西沖地震直後の奥尻島

住民の行動』1997.

若林佳史・篠田晶子・石神重信・平出星夫・門脇久枝「乳癌患者の経時的心理変化」,『第20回日本リハビリテーション医学会』1982 [『リハビリテーション医学』20, p.393].

Wallace, A. F. C., *Tornade in Wocester*, National Academy of Sciences, 1956.

Weisaeth, L., "Psychological and psychiatric aspects of technological disasters", In R. J. Ursano, B.G. McCaughey, & C.S. Fullerton (eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : The Structure of Human Chaos*, Cambridge University Press, pp.72-102, 1994.

Wenger, D. E., Dykes, J. D., Sebok, T. D., & Neff, J. L., "It's a matter of myths: an empirical examination of individual insight into disaster response", *Mass Emergencies*, 1, pp.33-46, 1975.

World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO, 1992 (融道男・中根允文・小見山実訳『ICD-10 精神および行動の障害. 臨床記述と診断ガイドライン』医学書院, 1993).

Key Words (キー・ワード)

Disaster (災害), Victim (被災者), Disaster Psychiatry (災害精神医学), Disaster Psychology (災害心理学), Trauma (心的外傷), Care (ケア), Mental Health (精神保健)

Natural Disaster and Mental Health

Yoshifumi Wakabayashi*

*Otsuma Women's University

Comprehensive Urban Studies, No.68, 1999, pp.85 - 107

By reviewing some of the psychological and/or psychiatric studies for disaster victims, this paper showed that the studies about the victims of natural disaster started in 1900-1910s, but that the psychiatric influence of the natutal disaster has not been established even now.

It was also discussed in this paper that the problems in their environment and physical health must be solved in the first place for the mental health for victims, and that social problems occuring after the disaster can have an even more harmful influence than the physical damages.