≪その他≫

ＩＣＴと低強度認知行動療法を用いた震災後学校メンタルヘルス支援活動に関する報告

富家直明・大野史博

Clinical Report of Mental Health Support Activity by using ICT and Low Intensity Cognitive Behavioral Therapy for Post-quake High School.

はじめに

心的外傷後ストレス障害（Post-Traumatic Stress Disorder ; PTSD）の発症と維持には心理学的個体差が大きく寄与すると言われており（Kessler，Sonnega，Bromet，Hughes，& Nelson，1995），トラウマ体験後に長期間のストレス曝露が続くと難治化しやすい Type Ⅱの PTSD に至る場合があることや，逆に，適切な治療とソーシャルサポートに恵まれ，次の目標を持ちながら日々を暮らすことによって，トラウマ体験後の心的回復もしくは心的成長を促進する場合がありうることも知られている。後者の例を１つあげるとパーソナリティ，精神的健康，認知的コーピング等との交絡によって早期回復や人間的成長が期待できるとする Tedeschi & Calhoum（1996）が提唱したトラウマ後成長（Posttraumatic Growth;PTG）モデルが有名である。トラウマ経験者の１人でも多くが PTG を達成できることが望ましいが，PTSD 治療の現場はしばしば導入時のトラブルによって混乱を来していることが多い。すなわち，PTSD の治療はその病態機序そのものや，Exposure 法に代表される効果的な治療技法が，誤解や不安等によって患者本人に正しく理解されず，治療拒否や脱落をもたらす結果となりやすい。そのため，とりわけ児童・生徒に向けては，正確な治療技法の心理教育的理解を提供することが PTSD の予防的取り組みや早期治療開始に資する重要な関門になっている。そこで筆者らは本論で紹介した事例報告に先だって，マンガを用いた PTSD の心理教育用教材を作成した上で，高校生を対象として病態理解と治療動機に及ぼす効果を検証した（Tomiie et al. 2013）。マンガをベースとしたクラスとテキストをベースとしたクラスで① PTSD の症状理解，② exposure 法の理解，③ストレスマネジメントの理解を講義し，心理教育受講前後で IES-R，K6，The Client Satisfaction Questionnaire の３つの心理検査を実施したところ，有意な pre-post 差が，IES-R の Total スコア，PTSD の知識の指標に対して観察され，治療意欲の増加についてはマンガ群の方が高いという結果を得た。すなわち，マンガを使用した心理教育教材はテキストをベースとした伝統的な心理教育方法より理解力などに優れた効果を発揮することが明らかとなった。

一方，平成 23 年 3 月 11 日に発災した東北地方太平洋沖地震は極めて大規模な津波被害を東北北関東地域に引き起こし，1 万 8 千を超える死者・行方不明者と 2000 カ所を超える避難所で暮らす多数の被災者を生み出した。この震災は東日本地域に広範囲に渡って被害をもたらした大規模災害であると同時に医療を含めた生活圏そのものが喪

北海道医療大学心理科学部臨床心理学科・北海道医療大学大学院心理科学研究科

失した事態となったことから，その臨床支援には遠隔地対応技術が有効ではないかと期待された。

もともとインターネット，およびブロードバンド回線などのインフラの広い普及は，心理的援助手段の拡大に影響を及ぼしてきた。電話やインターネット・メディア（文字や声・写真など）やビデオ会議といったテクノロジー環境を駆使して行われる心理的援助形態は telepsychology と呼ばれ（APS，2006），特に医療施設などから距離のある遠隔地への心理的援助サービスの一つとして海外では積極的に用いられていた。うつ病や不安障害などに効果があるとされる認知行動療法（CBT）をセルフトリートメント・プログラムとして提供する Computermized Cognitive Behavioral Therapy（以下 CCBT）は，積極的に治療に用いる，あるいは専門家が治療を終結に向かうと判断した際の補助的な治療継続の際に用いるのがよいとされ（NICE，2006），プログラムをプライマリーケアの実現のために積極的に用いてよい成果を得たという研究も行われた（Graaf, Gerhards, Evers, Arntz, Riper, Severens, Widdershoven, Metsemakers, Huibers, 2008）。

わが国においても，抑うつ症状などをターゲットとしたセルフトリートメント形式のモバイルサイトが開設されるなど，急激な発展を遂げつつある分野の１つである。こうした臨床心理学的支援のサービスを受けにくい人々へ提供するための新しい支援法は低強度心理療法とも呼ばれる。Bennet-Levy et al(2010) は低強度認知行動療法を予防もしくは軽度の精神障害に対する介入を目的として，セルフヘルプ，コンピュータ支援型，もしくは短時間かつ少数の介入セッションを行い，低コストでその効果を上げる心理療法として紹介している。そして Bower et al(2001) は低強度～高強度の段階的ケアモデルを提唱しより「低強度」な認知行動療法は災害時の支援の利便，受療行動の促進，エビデンスに基づく治療を受ける人々の増加，サービスの柔軟性，反応性，支援の利用者の増大，利用者が支援の内容を選択できること，安価に支援を提供できること等の利点を持つと指摘した。今日，受益層の拡大を可能とする ICT の活用やマンガなどを含む多様な情報コンテンツの開発は心理療法の低強度化にはなくてはならないものと考えられ，かつ，従来の医療へのつなぎ目のない接続が可能な運用方法が求められているといえるだろう。

本論は，被災地で暮らす高校生とその家族を対象にマンガを用いた心理教育やテレビ会議カウンセリングを活用するなど「低強度化」の工夫を凝らした遠隔支援の事例をとりまとめることを通して，低強度認知行動療法が果たす災害時の広域支援の方法ついて提言することを目的とする。

事例の概要

クライエント：

A 君。初回面接時 16 歳（高校 1 年生）。

主訴：

不登校。震災後，進級した高校の新しいクラスに馴染めない。また，学校での勉強に対する不安を持っている。

家族：父親，母親，姉，A，の４人家族であった。

父親；会社員。A を含む他の家族とは離れ，単身赴任している。A が中学でいじめを受けていた時から熱心に A を支え続けた。

母親；主婦。あまり自己主張はせず，大人しい印象。

兄（22 歳）；震災死した。大学生だった。勉強や将来のことなどを話し合う仲であった。

姉（20 歳）；大学生。単身で都市部に暮らしている。仲は良好。

生育歴および問題歴：

A は第三子として誕生した。父親の転勤が多く，幼少時代は引越しを多く経験した。小学 5 年生の時に，クラスの女子と偶然からだがぶつかった際に相手の身体に手が触れることがあり，それを見たクラスメイトからからかわれるなどのいじめを受けるようになった。X － 2 年（14 歳），中学 2 年生になった A はアニメ専門店に出入りするようになったが，そのことを知ったクラスメイトに『オタク』などとからかわれるようになり，まも

なくして不登校となった。X－1年4月，3年生進級に伴うクラス再編成の際，いじめをしていた加害者グループとは別クラスとなり，当時の担任教師の言葉がけなどもあって，Aは登校を始めた。その後，同級生からの悪口などはあっても，Aは担任教師などに援助を求め，担任教師が加害者たちに対して注意をすることでいじめやからかいに対処することができ，登校を続けられた。また，新しい3年生のクラスでは友人も増えたが，X年3月，Aは中学校を卒業すると同時に大震災に遭遇し，自宅家屋の半壊と兄の行方不明（後に死亡が判明）の被害を受けた。X年4月（15歳），AはB高校に入学した。

B高校そのものやその入学者の多くは震災の被害を被っており，授業や学校行事などは途切れ途切れに行われる状態であった。A自身は震災後約40日の間，家族とともに避難所生活を過ごしていたが，学校があるときは通学した。その間は比較的元気であり，自ら進んでボランティア活動などに従事していた。X年9月に兄の葬儀が終わった。単身赴任だった父親も帰ってきて住宅の修理がようやく終わったX年11月頃から不登校となった。不登校となってからは，B高校の担任教師やスクールカウンセラー（以下：SC）による相談をするようになった。SCの紹介で，X年12月，筆者がテレビ会議を用いた面談を行い，Aと両親とのカウンセリングが開始された。筆者の1人はB高校にてメンタルヘルス講座を担当しており，Aは筆者の1人をよく知っているという関係であった。

5．治療の経過

〔インテーク　X年12月〕

筆者が緊急支援でB高校に出向きSCから紹介されてA君に初めて出会った。B高校のSCからはA君にPTSD発症の可能性があるのでそれを確認して欲しいとの依頼があった。中学時代は学業でもスポーツでも優れた成績を収めていた。震災後は避難所でもリーダーであった。また，家族が死亡しているにもかかわらず，そのことで涙を見せることもなかったという。しかし，11月以降，不登校気味になっていた。

A君は思いの外，元気そうな表情であり，時折笑顔も見せた。最近しばらく学校に通えていないことを「心配や迷惑をかけて申し訳ない」という言葉で表現した。震災の出来事については明確にその日の出来事を前後の経過とともに思い出し，他者に説明が出来る程度に精神的な安定を得ていた。兄の死についても十分な悲しみの表出とともに前向きに受け止めようとしていた。しかしながら，時折ふと涙があふれてくることがあり，「心が折れて前向きになれない」状態になるという。自分を適切に表現する形容詞を尋ねると『混乱した』がふさわしいと答えた。震災後に生じたさまざまな出来事だけではなく，これまでにいじめられてきた経験も含めて最近はいろんなことを考えてしまい，自分が何をすべき人なのか良くわからなくなってしまったという。この日は今後のカウンセリングを通じて心の整理をしていこうと約束をし，いくつかの簡単なアセスメントを実施して終わった。

〔初期アセスメント結果〕

IES-R；Intrusion 10, Avoidance 4, Hyperarousal 16, Total 30

K6；9

〔テレビ会議カウンセリングの開始〕＃1～＃7

B高校のカウンセリング室に設置されたパソコンを利用して，筆者の所属する大学とテレビ会議を通じたカウンセリング環境を構築した。テレビ会議カウンセリングは保秘に優れた3eConferrence（木村情報技術社製テレビ会議システム）を利用した。A君はskypeなど民間会社のテレビ会議を使用した経験があり，パソコン画面を通じた会話に慣れていた。しかしカウンセリングは初めてであるため，はじめの2回は慣れるために時間を費やした。画面の操作方法や，快適な音声状態の確認，外部者が入室してきたり，トイレに行きたくなったりした場合の申し出の方法など，対面式カウンセリングよりも丁寧に習熟

のための時間を取った。１週間後に行われた２回目のカウンセリングでは，テレビ会議上で簡単なゲームをして遊んだり，A君が好きだというアニメの話題をして終えた。カウンセリングは週に一回のペースで進めることとなった。またカウンセリングは１回５０分とし，最初に近況の確認をした上で今日のアジェンダを決定するという流れを固定した。

３回目からは少しずつ本題に入っていったが，A君は震災の話題を好まなかった。A君曰く，「震災の話題そのものはもういいって思っています。確かに兄も死んだし，家族も学校も大変だったけど，いまその大変さを振り返ってまとめることは必要ではないです」と語った。代わりに，いまA君の頭にこびりついて離れない話題は小・中学校時代のいじめられた体験だという。A君にいじめられ体験があったことはSCからも聞いておらず，このときが初耳であった。A君は生育歴にも記したとおり，オタクとからかわれた時期があった。彼はそのことでずっと悩んでいたが，震災のせいでその悩みが突然中断してしまった。現在の生活環境でいじめはまったくないのだが，このままあのときの悩みまでなかったことにしていいのだろうかと考えると不安定な心境になるという。震災が悩みまで奪ってしまったように感じられた。生活が元に戻ろうとしてきたいま，再び当時のことが気になりだしているということや，それに伴う情緒的な不安定は誰にとっても当然のことであると強調し，ノーマライゼーションを実施した。

４回目～７回目までは，小中学校時代のいじめ体験を中心に話してもらうとともに，現在の生活状況に関する話題にも触れるようにした。A君の生活は順調に再建されていったが，勉強面の不安や，サバイバーズギルト様の自責感，母親の情緒が次第に不安定になってきていることなど，たくさんの悩みを噴出させた。

〔テレビ会議による積極的な心理教育〕＃８～＃１２

悩みは多岐にわたり，また１つ１つが深刻であったため，話を整理し，問題を解決するためには積極的な知識獲得が必要であると考え，テレビ会議を活用した心理教育を実施することを提案し，受け入れてもらった。１つはPTSDの症状理解と治療方法に関するレクチャーであり，もう１つがストレスマネジメント法であった。PTSDの症状理解と治療方法は合計３回のセッションから成るオリジナルな心理教育プログラムであり，各回１時間ずつ，３日間連続で実施した。心理教育に必要な教材はすべてインターネット経由でA君にあらかじめ渡してあった。初回に症状理解のためにマンガを用いたセッションを行った。PTSDの基本的な三大症状は①再体験，②回避行動，③過覚醒である。それぞれについてマンガに基づいて説明をし，具体的な事例を挙げた。A君自身にも三大症状に似た経験があった。再体験は震災後に高頻度で見られたし，それは実際に相当A君を苦しめたこともあったが，今では当時を思い出したとしてもぼんやりと視界の横に止めておくことが出来るようになったという。思い出すことは苦しいことであるが障害を来すほどではない。回避行動はほとんどない。避難所生活をしながらなおかつボランティア活動をしていた時に自分に類似した辛く苦しい話をたくさん聞いたが，積極的にぶつかっていったという。そうした体験が回避行動を断つことに役に立った。過覚醒は不安発作様のものではないが，震災後半年を経て抑うつ感をベースにした感情の不安定化がしばしば見られるようになった。以上のように，A君自身はPTSDの診断基準に合致することはないものの，A君の母親は最近になって三大症状のすべてを有しているようであることが，本症状を詳しく知ったA君によって明かされた。知れば知るほど，母の症状に似ているとA君は言った。母親の症状の確認とケアの開始について後日実施することを約束して３回のプログラムを終えた。

ストレスマネジメント法のプログラムは合計４回，２日ずつ間隔を空けながら約10日間かけて実施した。第1，２回目ではストレスのメカニズムの理解であり，ストレッサーと，ストレス反応，そしてコーピングの３つの概念を理解するととも

に，自らの生活を振り返って当てはまる事項を列記する作業を行った。A 君曰く，自分に当てはまる現在のストレッサーはいじめの記憶と，勉強がはかどらないことと，母親の情緒不安定であるという。このほかにも細かい事項をたくさんあげてもらい，分類整理をした結果，「人間関係に関すること」，「健康状態に関すること」，「将来に関すること」の３つに区別できた。また，ストレス反応としては，抑うつ感，不安感，肩こり，胸焼けのような上部消化管の不快感，不眠であった。抑うつと不安が混在した消化器心身症の可能性が高かった。コーピングは，以前はとくになにもしない，今はここに（相談室）相談に来ること，たまに気晴らしに古いマンガを全巻一気読みすること，であった。今後，生活の実態に合わせてコーピングを増やしていくことを約束した。また，第3，４回目はリラクセーションの練習であった。自律神経とリラックスの関係を説明した後，呼吸法と筋弛緩を組み合わせた簡易リラクセーションを指導した。手のひらの温感を感覚的な指標として数回練習した。A 君はかつてヨガを習ったことがあり，気持ちを静めることについてはもともと関心が高かったために興味を持って行うことができた。当面は，毎日リラクセーション法の練習を行うことを約束した。

〔医療機関への紹介〕＃１３～＃１７

A 君自身に上述したような気分の不安定感と消化器心身症の症状があることや，A 君の母親に PTSD の可能性があることから，地元の心療内科クリニックを 2 人に紹介し，通院することとなった。A 君と，A 君の父，母の３人でクリニックを訪問した。クリニックの院長と筆者らが震災後支援に関して協働関係にあったため，クリニックのパソコンもテレビ会議に接続して，主治医，クリニックの臨床心理士の他，筆者と A 君で顔を合わせる会合が行われた。これまで筆者と A 君が行ってきたカウンセリングの概要を話せる範囲で主治医とクリニックの臨床心理士に説明した。これは初めて訪問するクリニックでの A 君の不安を軽減することに役に立った。A 君の父母ともテレビ会議で会談し，お母さんのお見舞いを申し上げるとともに，今後も A 君に対しては遠隔支援を継続することを約束した。A 君も A 君のお母さんも今後はこの心療内科クリニックで心身医学療法を受けることになった。

A 君に関しては病院受診と平行して高校への復帰をテーマにした個別カウンセリングを筆者との間で実施することにした。すでに週に一回以上はテレビ会議カウンセリングのために高校に通っていたので，登校そのものはできるようになっていた。現在の高校に対して不適応な感情を抱いている訳ではなかったので，高校教師との接触時間を増やし，学習時間を延ばす行動活性化療法を計画した。登校した日は担任教師との面会の時間を入れるとともに学習課題を特別にもらって在宅でそれらを実施できるようなスケジュールを組んだ。ときどき B 高校の SC との面接も入れるようにした。週に一回のテレビ会議カウンセリングで毎週のスケジュールの達成状況を確認した。４週間ほど継続した時点で，学校に対する不適応感はほとんど消失しており，いじめられた体験による苦痛度も減少し始めていた。心身症の症状も快方に向かいつつあった。そこで，A 君の問題点も整理され，改善に向かい始めたと判断できたので，B 高校の SC にバトンをタッチした。筆者とは全１７セッションでオープンエンドとなった。

〔終期アセスメント結果〕

IES-R ; Intrusion 6, Avoidance 3, Hyperarousal 13, Total 24

K6 ; 6

考　察

筆者が所属する北海道医療大学心理科学部は，過去に，文部科学省「平成 19 年度～ 21 年度組織的な大学院教育改革推進プログラム」に採択された。その中で行われた「科学者実践家モデルに基づく臨床心理学教育」事業の１つとして，筆者らを中心に「遠隔地臨床心理支援技術の確立と普

及，利用者の育成教育プログラムの整備」がなされた。遠隔地に所在する小規模道立高校を研究指定校とし，テレビ会議を活用したメンタルヘルス教育を実施して行動改善と抑うつの軽減に効果を収めた（富家・坂野，2009；稲田・富家，2009）他，テレビ会議を用いた個別カウンセリングが利用者の満足度に及ぼす成果が対面方式のカウンセリングと比較して同等の成果をあげることも実証してきた（健名他，2010）。テレビ会議システムを利用した臨床心理学的支援は治療者と利用者の双方の動画像と音声を同期的に通信することによって，対面形式と類似した環境で臨床心理学的支援を行うことが可能である。仮に被災地のインターネットインフラ環境が整備されれば，現地で活動する臨床支援者をバックアップすることができる。

本論で報告した事例は，大規模災害の被害を受け復興の途上にあった学校に在席する不登校生徒に対し，テレビ会議を利用した遠隔カウンセリングによってその学校適応を支援できた例である。甚大な被害を受けた地域の児童・生徒の多くにはPTSDをはじめとするさまざまなメンタルヘルス上の危機があった。災害支援期のスクールカウンセリングは担当者が不安定に変更したり，生徒自身の居住地が変わりやすかったり，医療機関の開設が不安定であるなど，安定を欠く非日常下で行われなければならない。こうした点については遠隔地からの継続性のある支援活動は大きなメリットを及ぼすと考えられた。

しかしながら，大規模被災下のメンタルヘルス支援は，日常の生活を支えるカウンセリングであるだけではなく，PTSDの悪化予防の観点を含めたものであることが望ましい。従来，急性ストレス障害または急性のPTSDに対する予防効果が高い心理的介入としては，曝露法ベースの認知行動療法とナラティブエクスポージャーセラピー（NET）が良く知られてきた(Bryant R.A.,et al., 2008)。中でもLöwe B,et al. (2011)のNETはMcEwen(2012)のアロスタティックストレスモデルに基づいて考案され，ノーマライジングや正当化技法を中心とした心理教育，想像曝露と順化管理を組み合わせた現時点ではもっとも理想的なPTSD予防パッケージであるといわれている。加えて，震災復興過程における学校教育現場では，単なる予防医学的アプローチにとどまらず，トラウマ体験後の成長を視野に入れた回復モデルの心理教育プログラムが期待される。本論で用いたPTSD心理教育用マンガ教材は症状理解や治療への動機づけの向上に効果がみられ，さまざまな年代や理解力の個人差に応じた教材開発の参考となった。臨床心理学的支援技法の低強度化は今後の重要な課題の１つになるであろう。

参考文献

The Australian Psychological Society 2006 A hitchhiker’s guide to telepsychology, The Australian Psychological Society <http://www.psychology.org.au/publication/inpsych/hitchhiker/> (2009年7月6日)

Bennett-Levy,J.,Richards,D.A.,Farrand,P.,Christensen,H.,Griffiths,K.M.,Kavanagh,D.J.,Klein,B.,Lau,M.A.,Proudfoot,J.,Ritterband,L.,White,J.,& Williams,C. 2010 Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions. Oxford University Press.

Bower, P., Richards, D. & Lovell, K. (2001) The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. British Journal of General Practice,51, 838-845.

Bryant R.A., Mastrodomenico J, Felmingham K.L, et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2008 Jun;65(6):659–67.

Graaf, Gerhards, Evers, Arntz, Riper, Severens, Widdershoven, Metsemakers, Huibers, 2008 Clinical and cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy

for depression in primary care: Design of a randomised trial. BMC Public Health 8:224.

稲田尚史・富家直明 2009 過疎地への心理的支援活動―スクールカウンセリングを核とした包括的地域支援のかたち臨床心理学10(1),123-129.

健名宏樹・芳賀道匡・木村隆夫・富家直明 2010　テレビ会議システムを用いた遠隔カウンセリングと対面カウンセリングの満足感に関する比較 . 第 26 回日本教育工学会

Kessler,R.C., Sonnega,A., Bromet,E., Hughes,M., & Nelson,C.B. 1995 Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry,52,1048-1060.

Löwe B, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Rose M, Wingenfeld K, Sauer N, Spitzer C. 2011 Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in primary care patients: cross-sectional criterion standard study. Journal of Clinical Psychiatry, 72(3),304-312.

McEwen, B. S. 2012 Brain on stress: how the social environment gets under the skin. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109 Suppl , 17180–17185.

National Institute for Health and Clinical Excellence 2006 NICE Website, <http://www.nice.org.uk> (2009 年 7 月 5 日).

Tedeschi,R.G. & Calhoun,L.G. 1996 The posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress, 9(3),455-471.

Tomiie T, Ohno F, Sakakibara K, Hamaguchi T, Tayama J,Fukudo S 2013 Does the psycho-education of PTSD using comics promote the motivation for the clinical treatment? ICPM2013 22nd World Congress on psychosomatic Medicine.

富家直明・坂野雄二 2009 遠隔支援によるスクールカウンセリング . こころの科学 149.74-78.