九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

東日本大震災後3年間で心療内科クライエントにみられた社会生活の再構築

渡辺, めぐみ
九州大学大学院人間環境学研究院

https://doi.org/10.15017/1516151

出版情報：九州大学心理学研究. 16, pp.9-15, 2015-03-01. 九州大学大学院人間環境学研究院
バージョン：
権利関係：

Kyushu University Psychological Research
2015, Vol.16, 9-15

東日本大震災後３年間で心療内科クライエントにみられた社会生活の再構築

渡辺めぐみ　　九州大学大学院人間環境学研究院

Experiencing the Great East Japan Earthquake restores the social life of clients under psychiatric care during three years.

Megumi Watanabe（*Faculty of Human-Environment Studies, Kyushu University*）

We investigated the influence of the Great East Japan Earthquake on clients, who were suffering from psychosomatic complaints. The continuity of clients' social life had been disrupted because of their illness. Stress coping multiple model, known as BASIC-Ph was used as an evaluation tool in this research. In Study 1, we individually interviewed clients about their experience during the 12-months following the disaster caused by the earthquake. Results identified the content of clients' fears that influenced their functional continuity. We also identified five categories in the world recognition and self-esteem of 24 clients following the disaster. In Study 2, we followed up three clients that had an affirmative self-esteem after the disaster. Results indicated that as a result of the disaster experience, these three clients had changed their activities, their world recognition, and their self-esteem. Furthermore, they had developed new activities and had restored their connections to society, which had been discontinued. It is concluded that the adaptive action of these clients that had resulted from posttraumatic growth continued until three years after the disaster.

Key Words: Disaster experience, Restoration of social life, posttraumatic growth, self-esteem

Ⅰ　問題と目的

本研究は，2011年3月11日に起きた東日本大震災（以下，震災）の前からＡ県内に住み，県内で被災し，その後も住み続けている心療内科に通院中のクライエント達が被災体験を通じて，どのような世界観，自己評価を抱き，実社会でどう活動をしたかを聴き取り，分析することを目的とした。震災は東日本の幅広い地域に対して，インフラ，職場環境，文化施設などの社会機能の連続性に破壊をもたらし，我々がこれまで漠然と持っていた社会的・個人的自己の連続的イメージをも脅かした。我々が昨日から今日，今日から明日と連続した時間の感覚を持つことができるのは，自分が職場や家族で果たす役割があり，環境との相互作用から構築される自己イメージや信念，外の世界に関する認識といった機能的連続性の中で生活しているからである（Goffman, 1959/1974）。機能的連続性を維持しているからこそ，我々は過去の自分の経験や知り得た情報から近未来の状況を予測し，行動計画を立てていくことができるし，安心感をもって毎日の生活を送ることもできるだろう。しかし，震災は社会的にも個人的にも様々な機能的連続性に破壊をもたらしたため，「明日は何がおこるかわからない」，「世界全体の秩序が変わってしまった」，「自分自身が変わってしまった」という感覚を多くの人に生じさせた世界的集合体験となった。一方，Ａ県では，津波，地震，液状化，放射能の影響と多様な被害を受け，県北，県央，太平洋岸地域では，ライフライン，住居，公共施設，工業，農業，水産業の職場の損害は甚大であった。それにもかかわらず，震災による死者数が24名と東北三県に比べて少なかったためか，メディアの報道が少なく，県外の人々には被災地として認知されにくいという特徴があった。同じ県内でも，地域や住居の状況によって被災の程度は大きく差が生じ，クライエント達の被災体験と復興活動は極めて個人差が大きかった。震災は，世界的集合体験であると同時に極めて個人的，家族的な体験だったのである。危機，災害，事故，病気，負傷との遭遇により，何らかの連続性の崩壊があると，一般に人は，安心感を持ちにくくなり，抑うつ状態，無気力状態に陥りやすくなると考えられる。本研究は，震災以前に，既に自分の機能の連続性と社会生活の連続性を精神疾患のために絶たれていた心療内科クライエント達の疾病に対して，また社会生活に対して，震災体験がどのような影響を及ぼしたのかを明らかにしようとする試みである。

Ⅱ　研究全体の方法

1. 調査方法

本研究では，Ａ県内の心療内科に通院していたクライエントを対象に，二つの調査を行った。二つの調査では，個別面接を通して震災後のクライエント達の個別的体験を聴取した。彼らが体験をどう意味づけし，どう行動し

たのかは，彼らの語りの内容から分析した。分析にあたっては，次節に述べる，ストレスコーピング・レジリエンシー多重モデル（以下，BASIC-Ph）を評価ツールとした。調査１では，震災後12ヶ月間でクライエント達が語った震災後の体験内容，感情，思考などを，BASIC-Ph の分類方法によって区別して整理し，クライエント達に生じた変化を分析した。調査２では，調査１で肯定的な変化がみられたクライエント達の語りを震災後３年間を通じて聴き取り，分析した。

2. 分析手法：ストレスコーピング・レジリエンシー多重モデル（BASIC-Ph）

Lahad, Shacham, & Ayalon（2013）は，ストレスコーピング・レジリエンシー多重モデル，BASIC-Ph と呼ばれる機能的連続性の診断ツールを開発した。このツールを用いて災害や何らかの危機によって連続性が遮断されている機能を明らかにし，連続性を回復するための効果的な介入を行っている。このモデルでは，毎日の生活の中で，昨日から今日，今日から明日への連続性の“橋”となる，我々が持っている機能として，次の６つのチャンネルを取りあげている（Lahad, et al., 2013）（Table 1. 参照）。(1) Belief 信念，価値，意味など (2) Affect　感情，喜怒哀楽（3）Social　社会，家族，SNS，人と話す，協同作業など（4）Imagination　想像，イメージ，今と違うところにイメージでいく，音楽を聴く，絵を描く，対処できないことの幻想への逃避，リフレーミング，瞑想，ユーモアを使う，見方をかえるなど（5）Cognition　認知，過去の経験からの認知処理，情報の分析，問題解決など（6）Physical　身体，行動，連続的な動き，食べる，働くなどである。クライエントの語る内容をこれら６つのチャンネルに区別して分析することで，健全さが残っているチャンネルはどこか，どのチャンネルが使われていないかを知ることができる。災害，犯罪，事故，病気などに遭遇し，ストレスや不安が強いときには，我々は注意できる範囲が狭まり，一つのチャンネルに固執したり，複数のチャンネルが使えなくなる（Eysenck, et al., 2007; Nieuwenhuys, & Oudejans, 2012）。自己イメージの連続性が変わる場合には自尊心へも影響するだろう。災害時には命を守ることだけ，あるいは，飲料水を確保することだけなど，身体・行動のチャンネル一つしか使えなくなることがしばしば生じる。

Table 1
ストレスコーピング・レジリエンシー多重モデル：BASIC-Ph の各要素

Belief	Affect	Social	Image	Cognition	Physical
信念	感情	社会	イマジネーション	認知	身体的
自己価値		組織	直感	知識	行動
自己評価		家族	ユーモア	情報	実践的
世界認識		役割			

機能的連続性には，上記の６チャンネルの中の全てあるいは複数のチャンネルが機能している。
Lahad,Shacham, & Ayalon, 2013 より引用

3. 倫理的配慮

調査１は，心療内科クリニックの精神科医師の指導のもと，診療の一貫として行われ，協力を得たクライエントと健常者には，書面にて同意を得た。調査２は，私設カウンセリングルームでの面接時に実施され，聴き取り内容の分析することについては，クライエントから書面にて同意を得た。

Ⅲ　調 査 1

1. 調査方法

震災後12ヶ月間のクライエント達の体験を聴取し，震災後の環境の変化と照合しながら，クライエント達の機能的連続性に影響すると思われる体験や恐怖内容を把握した。それとともに，クライエント達の語りの内容を BASIC-Ph を用いて分析した。クライエントの物語の分析には，Lahad, M.（1992）が提案した，ストレス対処評価のための物語作成手法を用いた。この物語作成手法では，クライエントに次の６つの点を含む架空の物語を創作させる。(1) 主人公，(2) 主人公の使命，課題は何か，(3) 使命を助けてくれるのは誰あるいは何か，(4) 使命を邪魔する物は何か，(5) それにどのように対処するのか，(6) 結末はどうなり，その後何がおこるか，の６点である。Lahad, M.（1997）は，この６点に関するプロトコルを分析することで，クライエントのストレスへの対処方法，世界の認識と自分に関する信念・評価，抱えている葛藤，期待される次の心理的な課題，内的な探求心と実際の行動のギャップ，などが明らかになることを示している。(1)～(6) のパートごとに物語中に出現する BASIC-Ph の６チャンネルの頻度を定量的に求め，どのチャンネルが多く使われるのか，使われないチャンネルは何かなどを分析する。本研究では，架空の物語を創作させるのではなく，実際に遭遇した震災というストレスに，クライエントが主人公となってどのように対処したか，何が解決の助けとなり，何が障害になったか，今後世界がどうなり，自分は何をしたいと思うか，等を臨床心理士が尋ねることによって，各クライエントの震災への対処物語を得た。得られた物語の中で BASIC-Ph（Table 1. 参照）の B にあたる世界認識，と自己評価を示す内容をとりあげ，その特徴に従って分類することとした。最初の分類は面接を実施した臨床心理士一人で行った。その後，精神科専門医１名，看護師１名，臨床心理士１名，保健所職員１名，心理カウンセラー３名を

構成員として，ケースカンファレンスを持ち，各クライエントの世界認識と自己評価の分類と内容の意味づけについて討論され，分類と意味づけの修正がなされた。

2. 調査対象者

震災以前から心療内科に通院中で，震災後も通院し心理面接を受けているクライエント 24 名（年齢 10 代～50 代，男 6 名，女 18 名）に対して聴き取りをおこなった。クライエントとの比較のため，30 代～50 代の健常者 4 名（男・女 2 名ずつ）にも聴き取りをした。クライエントの疾病の内訳はうつ病圏 4 名，双極性障害圏 2 名，統合失調症圏 7 名，不安障害圏 11 名であった。診断は DSM-Ⅳ-TR（American Psychiatric Association, 2000/2003）に基づいた精神科医師によるものである。

3. 面接構造

診療の一貫としてクリニック内でクライエントと臨床心理士の一対一で面接が実施された。原則 1 回 30～50 分，1ヶ月に 1 回～2 回の間隔で行われた。

4. 結果

1）被災環境の変化にともなうクライエントの状態変化

震災後の 2011 年 3 月 11 日～5 月 31 日の約 2ヶ月で，震度 4 以上の余震は 159 回，2 月 1 日～9 月 30 日までの 4ヶ月では震度 4 以上の余震は 38 回，10 月 1 日～3 月 27 日の半年では 23 回と徐々に減少していった（国土交通省気象庁，2014）。余震の多さや A 県の被災環境の変化とクライエント達の状態は密接に関連していた。以下に，クライエント達から聴き取った震災体験とクライエントの状態を，時間の経過に伴う被災地の環境の変化と共に記す。

震災直後～1ヶ月：ライフライン・最低限の生活物資復旧期

震災直後には，疾病ごとに異なる特徴がみられた。注意の方向性という点では，統合失調症圏の症例は，周囲の混乱とは解離して震災前からの自分の問題に注意が向いていた。双極性障害圏の症例は，テンションが高くなった結果，活動的になった。家族の役に立つことで自己評価が高くなり，環境の評価も肯定的になるという，自己評価を中心に環境の評価を形成していった。うつ病圏の症例は，急変した環境への適応に苦しむ自分に注意が向いていた。不安障害圏の症例は，余震・放射能などの外界の状況に自分が翻弄されている状態であった。健常者は，不安障害圏の状態に近かった。

1ヶ月～3ヶ月：公共機能・個人生活の再建期

液状化，津波被災地区を除き，余震が多発する中でも，交通，職場，生活環境は再建されつつあった。一方，住居，学校，職場の移転など大きな環境の変化を余儀なくされた事例では，精神面，身体面の不調が表面化してきた。統合失調症圏の事例は陽性症状の悪化，うつ病，不安障害圏の事例からは，身体的な不調の多発，予期不安の増大などが報告された。栄養状態の悪化が影響し，貧血症状が悪化する事例も 2 名あった。

4ヶ月～6ヶ月：公共機能の復旧と自己体験の評価の確立期

旧盆にむけて，道路，鉄道，職場，市役所，学校，スポーツ・文化施設の復旧が加速する一方，復旧に長期間必要なものも明らかになっていった。統合失調症圏の事例は，解離はなくなり元の病態に落ち着く傾向がみられた。余震の減少に伴い，不安障害圏の事例が示す不安は震災前の個人の問題に回帰する傾向がみられたが，地震への予期不安が継続する事例が 1 名あった。双極性障害圏で 3ヶ月目まで，活動量がきわめて高くなっていた事例では，そのまま復職に繋がる場合もあったが，疲労から体調が悪化した事例もあった。公共施設の被災によって生活習慣の変化を余儀なくされたうつ病圏の事例は，抑うつ症状が強くなる傾向があった。一方，外界と自己への認知的評価が肯定的な事例では，活動性が高まっていった。

7ヶ月～12ヶ月：生活の安定と不調・悲哀の表出

夏から秋，冬と季節の変わり目に今までの疲労が表面化し，体調不良が長引く事例もあった。自分への悲観的評価をもっている場合は，生活環境が落ち着く中で，東北の被災者への共感的悲哀感が強くなり，涙もろくなっていた。一方，高まった自己評価をベースに，積極的に社会で活躍し始める事例もあった。震災前に“うつ病の自分“という自己像が長く固定化していた場合は，その自己イメージが揺り動かされ始め，精神的な混乱が大きくなる事例もあった。日常生活環境が再生する中で，クライエント達の中では，“前より良くない普通”の環境で，抑うつや不安を抱える者，普通の生活に戻りつつ，新たな自分を内的に見いだす者，環境自体も刷新しようとする者に分かれていった。

2）クライエント達が体験した震災の恐怖の内容

24 名のクライエント達との 1 年間の面接で報告された体験の中で，機能的連続性に影響を及ぼすと思われた恐怖体験は，概ね次の 5 つに分類された（事例は報告された中の一部である）。これらの 5 つのタイプの恐怖は，余震による身体の揺れのみでなく，本震のときに聴いた，地鳴りのような，わき上がってくるゴーッという音に類似した音（強風，トラックの地響きなど）によっても何度も想起されていた。

命の危険：ショッピング中被災した方：大型ショッピングセンターで，シャンデリアが落下したり，壁になっているガラスが全部割れてしまったのを見た。恐くて，思い出すと震えが止まらない。JR の駅，スポーツジムなどの天井の崩落を間近で見た方も類似した恐怖をもって

いた。

喪失の恐怖：風景・建物：逃げた高台から，津波がきて魚市場や家を飲み込んでいくのをみた。今までの見慣れた風景が一変し，無くなった喪失感。

移動・通信不可能な状態による，安全な場所，安心できる人と会えなくなる恐怖：震災後，道路，電車など交通網，通信網が遮断された。帰宅できなかったり，保育園に子供を迎えに行けなくなったりした。車社会のA県では，ガソリン不足も大きな不安の一つであった。

食料・水の困窮体験の恐怖：震災後（特に数日間は），水と食べ物は手に入りにくくなった。毎日，水・食料を求めて行列を作る生活の大変さを思い起こすことが恐怖に繋がった。

生活環境破壊の恐怖：散乱した部屋の片付け・大掃除，家の修理など震災後発生した一連の様々な活動・出来事が一つのセットになっていて，余震があると“もう一度あれをやらなければならないのか”という恐怖が生じた。

3）震災後生じた世界の認識と自己評価の5つのタイプ

24名のクライエント達との1年間の面接の中で，語られた震災後の世界認識（B）と自己評価（B）の特徴には概ね次の5タイプがみられた。以下に，5タイプとそれに随伴した，感情（A），行動（Ph）の特徴を要約した（(　) 内のアルファベットは，Table 1. に示したBASIC-Ph. モデルの要素を表す）。

①危険感増大タイプ：このタイプは，世界は危険に満ち，自分は危険にさらされている，環境を制御できない，という認識をもった群である。24名中5名（不安障害圏4名，統合失調症圏1名）が該当した。このタイプにみられた感情は，不安・恐怖感であり，身体的特徴は，過呼吸，胸苦しさ，手の震え，呂律が回らない，などであった。行動特徴は，退行，買占め，A県からの脱出などであった。

②無力感増大タイプ：このタイプは，世界は劣化した，自分は無力だ，今後良いことはないだろう，という認識をもった群である。24名中2名（不安障害圏1名，うつ病圏1名）が該当した。このタイプにみられた感情は，抑うつ状態で，身体的特徴は，皮膚疾患，風邪への罹患などにみられる免疫力の低下，全般的不調であった。行動特徴は，引きこもり，社会との関わりの減少などがみられた。

③沈思見守りタイプ：このタイプは，世界の枠組みが組変わる，自分は無力だ，という認識をもった群である。24名中8名（不安障害圏2名，うつ病圏1名，統合失調症圏5名）が該当した。このタイプにみられた感情は，抑うつ状態であった。身体的特徴は，胃痛など心身反応で，行動特徴は，慎重・消極的な行動であった。

④前進・躍動タイプ：このタイプは，世界は動き出し，自分も前に進んでいく，別の安定する環境を見つけたい，自分で環境を制御したい，将来に向けて行動したいが，どう行動したらいいかがわからない，という認識をもった群である。24名中4名（不安障害圏2名，双極性障害圏2名）が該当した。このタイプにみられた感情は，不安と活気の混合であった。身体的特徴は，健康，疲労・不調の混合であり，行動特徴は，軽躁的，活動的，社交的であった。

⑤革新タイプ：このタイプは，世界はリセットされ，漠然と良い方向に向かっている，自分は進歩している，という認識をもった群である。24名中4名（不安障害圏2名，うつ病圏2名）が該当した。このタイプにみられた感情は，落ち着き，平穏であった。身体的特徴は，健康または疲労があっても回復が早いことであった。行動特徴は，平常通りの活動もしくは，軽躁的，積極的な行動であった。

5. 考察

クライエント達にとって，震災後の生活再建の体験は，“生きること”を強烈に意識せざるをえない時間であった。震災体験を上記④前進・躍動タイプや⑤革新タイプのように肯定的に意味づけ，積極的に活動してゆく傾向がみられた事例では，震災後，家族や職場の中で“苦労の手応え体験の共有”ができ，協働的ケア（弘末，2012）を体験できたと考えられる。一方，①危険感増大タイプや②無力感増大タイプの事例では，震災前から職場との繋がりや，家族関係が希薄な事例では，苦労体験が疲労と不調を生み，変化した環境への適応が難しくなる傾向がみられた。震災の影響は疾病によっても違いがみられた。劇的な変化を受けやすいのは，双極性障害圏の事例と思われた。統合失調症圏の事例では震災そのものに対して，内省的に思考することは少なく，震災情報への認知チャンネル（C）も小さく，その影響を受けにくいように思われた。例外として，震災のため同居する家族が変わるなどの大きな人間関係の変化があり，ストレスが増大した統合失調圏の事例では，病状の悪化がみられた。

Ⅳ　調 査 2

1. 調査方法と調査対象者

調査2は，震災後12ヶ月間以降から3年目，つまり36ヶ月目までの間で行われた。調査1の24名のクライエントの中で，世界認識と自己評価が，④世界は動き出し，自分も前に進んでゆくと認識した前進・躍動タイプあるいは⑤世界はリセットされ，自分は進歩していると

認識した革新タイプであった３事例について，（双極性障害圏１名，不安障害圏１名，うつ病圏１名）の状態を継続的に聴き取り，BASIC-Ph の６チャンネルに基づいて評価した。評価はまずクライエント担当の臨床心理士が一人で行った。その後，精神科専門医１名，うつ病圏のクライエントの勤務先の産業医１名，産業カウンセラー1 名，臨床心理士３名，心理カウンセラー2 名を構成員として，ケースカンファレンスを持ち，３事例の経過と BASIC-Ph の解釈が討論された。

2. 面接構造

調査１と同様，原則１回 30～50 分，1ヶ月に１回～2 回の間隔で，クライエントと臨床心理士の一対一で面接が実施されたが，場所は私設カウンセリングルームに変更となった。

3. 結果

調査１に記した震災後 12ヶ月までの環境の変化以降の震災後 13ヶ月～36ヶ月は，文化・教育・職場・産業環境が再生期であった。地域のインフラの再生と共に，破損した家，職場，学校などの再建が進んだ。震災後２年目以降も福島原発の汚染水漏れ問題は，農水産業，観光業などの再生には陰を落としているものの，３名のクライエント達の生活には，直接的な脅威ではなかった。調査対象者の３名が，このような環境の変化の中で示した認知行動感情（Basic-Ph）の変化について，個人情報に配慮しながら，震災前と震災後の各事例の状態を対比して以下に記す。

1）震災前の状態

事例 A（双極性障害圏）：失恋をきっかけにうつ状態に陥っていた。自己評価（B）は，私は人とつきあう価値がない，社会で役に立たない，生きていてもしょうがない，などであった。日常の主な感情（A）は，抑うつ，悲哀であった。社会との関わり（S）は殆どなかった。仕事は辞めたあと，半年ほどアルバイトをした時期もあるが，ほぼ８年間引きこもり状態となっていた。友人関係も途絶えがちだった。イメージ（I）の活動は活発で，テレビの韓国ドラマを楽しみにしていた。認知（C）の活動は，親の病状，ファッションなどの情報についてのみ注意を向け，世間のニュースなどには興味が無かった。身体・行動的特徴（Ph）は，逆流性食道炎，手指の炎症が続いていること，慢性的に睡眠リズムが乱れていること，などであった。

事例 B（うつ病圏）：仕事と家庭のストレスから，うつ病を発症した。自己評価（B）は，会社から取り残されている，であった。主な感情（A）は，抑うつ，焦燥であった。社会との関わり（S）は，震災 X 年前に休職し，震災 X-1 年前からは，制約つきで出勤していた。家族関係は究めて良好であった。イメージ（I）の活動は活発で，生活に子どもとの遊びを多く取り入れていた。認知（C）の活動は，自分の興味のある知識を意欲的に集めることができていた。身体・行動的特徴（Ph）は，睡眠リズムを整える，リラックスする時間を大切にする，家族と過ごす活動を大切にする，などであった。

事例 C（不安障害圏）：二度の流産の経験をきっかけに，パニック障害とうつ状態を発症。流産をした病院の近くを通れないなどの回避行動があった。自己評価（B）は，自分は被害者だ，大事な赤ちゃんを亡くしてしまって，だめな母親だ，であった。主な感情（A）は，抑うつ，悲哀。社会との関わり（S）は，妊娠をきっかけに仕事は辞めており，家族・源家族以外の人との交流は少なく，家にこもりがちであった。イメージ（I）は，活発に活用していた。子どもと遊ぶことは楽しめており，ピアノ演奏などで音楽を楽しむ事もできた。認知（C）の活動は，自分の経験した医療体験が妥当であったのか情報を集める，今後の妊娠可能性について情報を集める，などを活発に行っていた。身体・行動的特徴（Ph）は，子どもと過ごす時間を大切にする，家事は自分のペースで行う，などであった。

2）震災後の状態

以下に，事例ごとに震災後の状態を BASIC-Ph のチャンネルごとに整理して記す。社会的行動のように，社会と行動のチャンネルが一体となっているものは，分けずに記した。また，月日の継時的な変化に伴う変化が大きいチャンネルは震災後からの時間経過に区切って記した。

事例 A：自己評価（B）は，“生きていてもしょうがない”，という状態から，”生きたい“という積極的なものに変わりつつあった。本人は，“地震を「怖い」と思うのは，自分は「生きたい」と思っているのだ”，と語った。自己評価の変化に伴って，環境をかえて結婚したい，と強く考えるようになった。

震災後１－３ヶ月：この期間の感情特徴（A）は，昂揚感がある一方，家屋の安全への不安が強かった。行動（Ph）特徴は，断水のため水くみ，破損自動車の修理，住居敷地の液状化への対応など。社会との関わり（S）では，他人と話す機会が急激に増加した。**震災後４－11ヶ月**：この期間の感情特徴（A）は，落ち着きが出てくる一方，抑うつ感も増えたことである。身体的特徴（ph）は，体調不良で気力がでないことが増えたことである。**震災後 12 － 14ヶ月**：この期間の感情特徴（A）は，音，服装などから震災を想起し，不安と興奮が入り交じり，不安定な状態であることである。認知（C）の特徴は，元気だった頃の記憶がよみがえり，病前の自分

の行動・感情を整理し始めたことである。過去と現在で途切れていたチャンネルが活性化し始めていた。震災後15－18ヶ月：この期間の感情特徴（A）は，笑いが多く，軽躁状態であることだった。身体・行動的特徴（Ph）は，睡眠リズムが整い，活力がでたことである。婚活に動き出す，スポーツジムに登録し，週3日通うようになる，ダンスの発表会に出席する，など大きな変化があった。スポーツジムに通い始めたことにより，ジムの人たちとの交流を通して社会との関わり（S）を持つようになった。震災後19ヶ月－27ヶ月：この期間の感情特徴（A）は，人間関係が増えたことから生じる，喜び，イライラ感，など通常の社会生活で味わう感情が増えてきたことであった。身体・行動の特徴（Ph）は，ジムに通う生活が継続しているだけでなく，父の仕事を手伝い，アルバイト代を稼いでいることであった。社会との関わり（S）も，ジムの仲間やスタッフとの間で活発になりつつあった。新たな人間関係が増えることで，ストレスも生じ始めた。震災後28ヶ月－36ヶ月：この期間の感情特徴（A）は，激しい昂揚感はなくなり，普段は落ち着きがあった。30ヶ月を過ぎる頃から，恋愛感情から生じる，イライラ，抑うつ感が強くなる一方，サポートしてくれる他者に対する感謝の感情も生じていた。身体・行動的特徴（Ph）は，自分の体調管理をしながら，体調を崩した姉の生活のサポートを積極的に行ったことである。様々な事情でジムを休みがちになり，1ヶ月程度，引きこもり状態が復活することがあった。しかし，自ら計画を立てて，引きこもりがちな生活パターンを打破することができた。社会との関わり（S）では，自分を精神的に支えてくれる人間関係を構築し，悩み事を相談できる環境を増やす一方，他者へのサポートも積極的に行えるようになっていた。

事例B

自己評価（B）には，自己を肯定し，回復力の自信を強める，などの大きい変化があった。“震災前は，みんなの作ったところに必死にしがみついていたが，震災で世界全てがリセットされ，みんなと同じスタートラインにたった気がする。病気をしたから，今の仕事ができると思う。前は壊れるのが怖かったが，今は，壊れてもどう直してゆくか知っている。チームになると，一人一人が化学反応を起こして，100％以上を出せる。サラリーマン人生の中で今が一番いい。自然体でいられる。”と語った。感情特徴（A）は，仕事が楽しい，充実感がある，などであった。身体的特徴（Ph）は，服薬は継続しながらも，健康状態が向上した。社会との関わり（S）と行動（Ph）には，次のような変化がみられた。震災後1ヶ月－9ヶ月：残業・出張なしの勤務。震災後10ヶ月－12ヶ月：出張・残業ありの勤務。震災後13ヶ月－15ヶ月：新たなプロジェクトチームのリーダになる。震災後12ヶ月－25ヶ月：夜勤・海外出張もある勤務。震災後25ヶ月－36ヶ月：仕事の内容で特許を取得。職場の上司，同僚からの信頼も厚く，仕事は順調。多忙で自身の疲労も大きい中，病床の母を献身的に介護し，親戚一同の信頼が厚くなる。兄夫婦との間でのトラブルから生じるストレスに自ら対処できていた。

事例C

自己評価（B）には，被害者意識が解消されるという大きな変化があった。“根本的に変わった気がする。今まで，自分だけが被害者だと落ち込んでいた。「努力すれば何でもできる」と思っていたが，その考えに凝り固まっていると，「自分はダメだ」と落ち込むことになる。今は，他にも辛い思いをしている人がたくさんいることを知った。 思い通りにはならなくても，良い結果になることもあるだろうと思う。”と語った。感情特徴（A）は，震災後3年目を迎える前に，パニック発作への不安，広場恐怖は消失した。身体的特徴（Ph）は，健康であった。震災後13ヶ月目で服薬終了した。社会との関わり（S）と行動（Ph）の特徴は，積極的にボランティア活動や趣味を実施する，家事も普通にこなせるようになる，などがあった。震災後13ヶ月後からは，保育士として仕事を再開し，3年目の時点で，仕事は継続できていた。仕事からエネルギーをもらっているとのことだった。

4. 考察 ―連続性の断絶と再構築―

事例Aは被災に対処するために，まずPhのチャンネルが開かれ，活動量が増えた。これまでと変化した行動，感情に対して，新たな肯定的な意味づけを行い，社会との関わりへの欲求（S）が増した。事例Bは世界観（B）の変化を契機に自己評価（B）が向上し，仕事への情熱と行動（S，Ph）が高まった。事例Cは自己評価（B）の変化と他者への評価（S）が同時に起こり，感情（A）が変化した。三者とも健全な自己イメージが生じ，病人としての自己イメージの連続性が中断した。健全な自己イメージは，さらなる新たな行動を生みだし，病気で途切れた社会との繋がりに橋渡しができた。震災後3年間に新たなストレスは次々と生じていたが，震災後に向上した自己評価や適応力を元に，回復力が増しているため，適応的な行動が継続されていくことがわかった。特に事例Aでは，震災前に乏しかった他者からのサポートを得られるようになったことが，回復力の向上に役立ったと思われる。

Ⅴ　全体的考察

震災が日常の連続性を破壊することによって，これまでの個人の行動パターンが一時的に変わり，世界への認

識や自己効力感などの自己評価をも変える力があることが示唆される結果が得られた。近藤（2012）は震災に限らず大きな出来事に遭遇したときに，人間がこれまでの思考パターンや行動パターンを新たに組み替えてゆく例を少なからず紹介している。積極的に行動をできる自分に新たな肯定的な意味づけができるようになると，外傷後成長（Calhoun, & Tedeschi, 2002）ともいえる結果をもたらすことを示している。本研究でも，自己評価と世界認識に変化が生じたとき，その変化は職場への復帰や仕事能力の向上，相互支援的人間関係の構築などに示される社会生活の復活と継続的な適応行動として現れていた。移りゆく時間の流れの中で，我々は，何らかの連続性を意識し，安心感を保って生きていこうとする基本的欲求があると考えられる（Omer, & Alon, 1994）。セラピストは，何らかの理由で，一つの機能的連続性が絶たれ，抑うつ状態や混乱状態に留まり，不適応行動をせざるを得ないクライエントと対峙する。相手の開いているチャンネルと同じチャンネルでケアし，自己評価（B）や世界認識（B）を適応的に変容することや，使われていないチャンネルを開くことを支援することによって，クライエントの途切れた連続性の回復に役に立つセラピーを行うことができるであろう。

〈付記〉

本研究を行うにあたりご指導いただきました茨城県立友部病院（現こころの医療センター）元院長弘末明良先生，ならびにご協力いただきましたクライエントの皆様には，心よりお礼申し上げます。また本研究をまとめる機会を与えて下さった，京都女子大学箱田裕司先生に心よりお礼申し上げます。

引 用 文 献

American Psychiatric Association,（2000）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.（4th edition, Text revision）DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association. 高橋三郎・大野　裕・染矢俊幸（2003）. DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引．医学書院.

Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G.（2002）. The foundations of posttraumatic growth: An expand framework.In Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G.（Eds.）, *The handbook of post-traumatic growth: Research and practice*. London: Lawrence Erlbaum Associates. pp3-23.

Eysenck, M.W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G.（2007）. Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, **7**, 332-353.

Goffman, E.（1959）. *The presentation of self in every life*. New York: Doubleday Anchor.　石黒　毅（訳）（1974）. 行為と演技　誠信書房.

弘末明良（2012）. ポジティブな面接　―パトゾフィー（受苦の知）によってつながる―. 学校メンタルヘルス，**14**：巻頭言.

国土交通省気象庁（2014）．平成 23 年（2011 年）東北地方太平洋沖地震余震活動状況報告，http://www.data.jma.go.jp/svd/eqev/data/2011_03_11_tohoku/index.html#yoshin.

近藤　卓（2012）. PTG 心的外傷後成長．金子書房.

Lahad, M.（1992）. Story-making in assessment method of coping with stress: Six piece story making and BasicPh. In Jennings, S.（ed.）, *Dramatherapy: Theory and Practice*, **2**, pp150-163. London: Routledge.

Lahad, M.（1997）. The story as a guide to metaphoric processes. In Jennings, S.（ed.）, *Dramatherapy: Theory and Practice*, **3**, pp31-42. London: Routledge.

Lahad, M., Shacham, M., & Ayalon, O.（2013）. *The "BASIC Ph" Model of Coping and resiliency: Theory, research and cross cultural application*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Nieuwenhuys, A., & Oudejans, R.D.（2012）. Anxiety and perceptual-motor performance: toward an integrated model of concepts, mechanisms, and processes. *Psychological Research*, **72**, 747-759.

Omer, H., & Alon, N.（1994）. The continuity principle: A unified approach to disaster and trauma. *American Journal of community psychology*, **22**, 273-287.