

## 被災者への支援について

李 敏 子\*

### はじめに

災害や犯罪は、「自分が、……しておけば」といった自責感、「人は信じられない」といった不信感、「誰も助けてくれない」といった孤立無援感、「どんなにがんばっても、こんなことがあるなら……」といった無力感をもたらす（富永、2004）。

災害が被災者にもたらす心理的影響は甚大だが、被災者の長く苦悩に満ちた回復過程を周囲の人が静かにきちんと見守り続けることは難しい（藤森、2004）。なぜなら、社会では次々に大きな被害をもたらす新しい事件や事故、災害が起こるため、マスメディアの報道は新しい出来事に集中し、過去の出来事は人々の記憶から薄れていくからである。最近では熊本地震が起こり、報道と人々の関心はそこに集中し、まだ復興の道半ばにある東日本大震災のことは忘れられつつあるように見える。このような事態そのものが、被災者に心理的ダメージを与えるのである。

震災関連死とは、災害の直接的な被害ではなく、震災後の避難生活による体調悪化や過労が誘因となった発病や持病の悪化、あるいは自殺などによる死亡を指す。復興庁（2016）によると、東日本大震災の震災関連死（2016年3月31日現在）は3,472人であり、66歳以上が3,078人で89%を占めている。福島県では、震災関連死が2,038人であり、直接死1,613人より多くなっている。このことから、震災の影響は高齢者に多く見られ、直後だけではなく長期にわたることがわかる。

日本では1991年6月の雲仙・普賢岳噴火災害、1995年1月の阪神・淡路大震災から、被災者への心理的支援に大きな注目が集まった。地震の多い日本では、いつでもどこで地震が起きるかわからず、自分が被災者になる可能性も高い。また、学生などが被災地にボランティア活動に行く機会も多いと思うが、被災者への支援のあり方についての知識がないままに現地を訪れても、被災者の現状にそった支援をすることは困難であろう。

筆者は、本学で開講されているオムニバス形式の「安全学」の講義において、被災者への心理的支援の項を担当しているが、学生からは「講義を聞いて初めて知った」という感想が多く見られる。阪神・淡路大震災において、被災者の求めている「心のケア」の押し売りのような事態が起こり、かえって被災者の反発を招いたという苦い経験もある。

そこで本稿では、被災者への支援についての基本的な考え方を論じることとする。

### 被災者に生じる心理的問題

岩井（2001a）によれば、被災者の心理状態は以下の3相性の段階を踏んで回復していく。

- ①茫然自失期（災害発生後数時間から数日間）
- ②ハネムーン期（災害発生数日後から数週間または数カ月間）：被災者は災害後の生活

---

\* 人間関係学部教授 学生相談室長

に適応したかに見え、被害の回復に向かって積極的に立ち向かい、愛他的行動が目立つ。

③幻滅期(災害発生数週間後から年余):メディアが災害を報じなくなり、被災地外の人々の関心が薄れる頃になると、被災者は無力感・倦怠感にさいなまれる。

ハネムーン期には被災者間に独特の連帯感が生まれ、孤立無援感は比較的軽いですが、時間の経過とともに被災者の立ち直り状況に個人差が広がるため、災害弱者対策の重要性が増す。子ども、老人、障害者などは災害弱者であり、特別な配慮が必要である。このように変化していくニーズを把握して、柔軟に対応していく必要がある。

被災者に生じる心理的問題としては、トラウマ体験によるものと喪失体験によるものがあるが、自然災害の被災者ではこの両方を同時に経験していると考えられる。

## 1. トラウマ体験

生命の危険と強い恐怖をもたらす災害は大きな外傷体験となる。心的外傷体験によって生じる症状として、心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) と急性ストレス障害 (Acute Stress Disorder, ASD) がある。DSM-5 によれば、PTSD は、①侵入症状 (反復的想起やフラッシュバックなど)、②回避症状 (心的外傷の出来事に関連する刺激の持続的回避)、③認知と気分の陰性の変化 (自分自身や他者への持続的で過剰に否定的な信念や予想、持続的な陰性の感情状態など)、④覚醒症状 (過度の警戒心、驚愕反応、集中困難、睡眠障害など) によって診断され、1 ヶ月以上持続する。それに対して、ASD は①侵入症状、②陰性気分、③解離症状、④回避症状、⑤覚醒症状などによって診断され、心的外傷体験後 3 日～1 ヶ月の持続とされている。このように ASD は 1 ヶ月以内の持続であるが、PTSD は長期にわたって遷延化しやすいため、中長期的な支援において重要な問題となる。

中井 (2004) は、10 歳のときに阪神淡路大震災を経験した青年が、睡眠障害と悪夢、閉所恐怖に悩まされていた事例を報告している。彼は「明日は何が起こるだろうとばかり考えている」と語ったことから、震災による外傷体験は「大地に対する基本的信頼」「日常の時間の持続に対する基本的信頼」「宇宙に対する基本的信頼」を喪失させると述べている。基本的信頼とは、エリクソン (Erikson, E.H.) が乳児期の発達課題としてあげた概念であり、他者や世界への安心感・信頼感を指すが、中井 (2004) はこの概念を拡大して用いている。通常、人は、明日は今日との連続性をもって訪れるという安心感と信頼感をもって生きている。この感覚はあえて意識されることもない暗黙の前提であろうが、無根拠なものでもある。しかし、これによって人は、今日を安心して過ごしたり、将来への希望や夢をもち、明日の計画を立てたりできる。明日は何があるかわからないと考えながら生きることは、人生に不連続感をもたらし、人がよって立つ基盤を不安定にするだろう。

## 2. 喪失体験

森 (1990)、西園 (2012) を参考に、喪失体験は以下のように分類される。

- ①愛情や依存の対象の喪失: 近親者・配偶者との死別、人との別離、失恋、離婚、子離れ、ペットとの死別・離別
- ②暮らし慣れた社会的・人間的環境や役割の喪失: 引っ越し、転勤、失業、転校、転職など。社会的地位、職業、住居など外的自己像の変化・喪失。

- ③自己の所有物の喪失。
- ④身体の器官・機能の喪失、健康の喪失。
- ⑤自尊心、趣味、人生観、自己評価、夢、理想など内的自己像の喪失。

これらのうち一つを失っただけでも大きな喪失体験になりうるが、大震災の被災者にはこれらすべての喪失を体験した人も多くいるだろう。このような喪失体験は抑うつを生じさせることが多い。

森川（2011）によれば、東日本大震災では、「生きる理由」を突然失った人々が多数いて、「どうして生きなきゃならないのか」と「生きる理由」を精神科医に問うたという。それは、仕事を失ったら別の仕事を始めれば良いというものではなく、たとえば漁師として誇り高く40年生きてきた人は、誇り高く生きていく場が漁師であり、それ以外の場で自分らしく生きられるのか、今後は何のために生きるのかと自問自答していたという。

原発事故後、福島市の小学校高学年の啓斗さん（2011）が書いた詩には「山の木 川の魚 海の魚 森のいき物 私の夢 かえて下さい」と書かれている（KIDS VOICE 編『福島の子どもたちからの手紙』所収）。この詩は、今まで住み慣れた環境を失い、将来の夢を失った状況を表している。

喪失体験には、現実を受けとめ、死者を弔い、心の中に生かしていく喪の作業が必要であるが、お祈り、献花などを通して亡くなった人を心に生かす喪の作業と、日常生活の回復の二つが同時に進行することが必要である（富永、2004）。十分に悲しみを表現することが回復を促進することになるが、目の前のしなければならぬことに気をとられていたり、幼い子どもなど他者のために無理をして頑張りすぎてしまうことで、感情が押し込まれてしまい、遅れて抑うつ状態があらわれることがある。被災直後は現実の変化に適應するのに必死であるため、それがようやく一段落したところに、失ったものの大きさを自覚できるようになることもある。

また、「あいまいな喪失」という概念があり、以下の2つのタイプがある（Boss, 1999）。①心理的には存在しているが身体的には存在しない状況で、「さよならのない別れ」。津波で家族が発見されないなど、自然災害による行方不明者の場合がこれに当たる。②身体的には存在しているが心理的には存在しない状況で、「別れのないさよなら」。認知症になった家族、事故で高次脳機能障害になった家族などで、もはやあの頃のあの人ではなくなった場合である。富永（2014）は、被ばくした野山は、そこに存在するが以前の野山ではなく、これに該当すると述べている。また、あいまいな喪失は、「あるがない」「ないがいる」という葛藤を引き起こし、個人の中だけでなく、家族やコミュニティを心理的に分断してしまうという。東日本大震災では、県外避難、福島第一原発20km、30km圏内で、いつになったら戻れるのか戻れないかがはっきりせず、津波被災地域では高台に移転するか決定されていない地域があるなど、多くの「あいまいな喪失」がみられた（後藤、2012）。

南山（2012）によれば、あいまいな喪失は、喪失が最終的か一時的かが不明確であるために、明確な喪失と異なり社会的な承認が得られにくい。喪の過程を始めることができず、人々を困惑させ身動きできなくさせる。また、状況に意味を与え理解することができないために問題解決に向かうことができない。その状況が長期にわたると、周囲の人々はサポートすることをやめてしまい、あいまいな喪失に直面する人々はストレス状況と複雑化した悲嘆に単独で対処し続けなければならないという。

さらに、他の人が亡くなり自分は助かった場合、「生存者の罪悪感（サバイバーズ・ギルト）」が生じやすく、ストレス障害の要因になる。これは家族を亡くした人だけでなく、被災しなかった人にも見られ、そのため被害が少ない人にも心理的支援が必要になる。

子どもの場合、因果関係が成り立たない原因に帰属する誤帰属が自責感を生むことがある（富永、2014）。富永は、以下のような例をあげている。小学5年生の男子が、ご飯に箸を立てていたところ、「死人にすること」と親に叱られた。その翌日に地震が起きて父が亡くなった。その後ずっと「あんないたずらをしたから、父が亡くなった」と思っていたと、妻になった人に初めて語ったという（NHK「あさイチ」、2013年1月17日放送）。この人の場合、ご飯に箸を立てたことと父が亡くなったことという本来は因果関係がないところに、誤った因果関連づけをすることによって、ずっと苦しんできたのである。結婚後に妻に初めて語ったということであるが、もっと早く他者に語ることができていれば、少しは楽に生きられたらと思うられる。従って、このような子どもの思考の特徴を理解しておく必要がある。

トラウマとなる死別を体験した遺族に生じる悲嘆反応は、以下のような経過をたどる（佐藤、2001）。

（1）死別直後（急性期）：数週間から数カ月。①ショックと否認の段階が過ぎると、②悲嘆の苦悶が生じる。

（2）慢性期：死別数か月後以降。心理的な症状としては、①憂うつ感、悲哀感、②罪悪感（「生存者の罪悪感」と自分が死に責任があると感じることによる罪悪感に大別される）、③怒り、④死者へのとらわれ（死者がまだ活着しているかのように行動する、死者のことが頭から離れないなど）があり、さらに身体的な症状が見られる。それにより社会参加が制限され引きこもりが生じる。

（3）再適応、再構築期：世界観の再構築。死者のいない生活に適応する。

近年では死別に対するコーピングとして二重過程モデルが提唱されている（Stroebe & Schut, 1999）。これは、課題を一つずつ順番に成し遂げながら回復に向かう課題モデルとは異なり、死別体験者には「喪失志向ストレス」和「回復志向ストレス」の二つのストレスがあり、それらに直面したり回避したりしながら、喪の作業などの「喪失志向コーピング」と、生活の変化に直面し新しい役割やアイデンティティ、関係を獲得する「回復志向コーピング」の間を調整しながら揺れ動くという考え方である。また、悲嘆の強度が激しく持続期間が長いために社会生活に支障をきたしている場合には「複雑性悲嘆」と呼ばれ、DSM-5では「持続性複雑性死別障害」として今後の研究が必要なものと位置づけられている。死別体験は、PTSD、うつ病、不安障害、依存症などを生じさせる（佐藤、2001）。

## 被災者への支援

被災者への支援は時間とともに変わる状況とニーズに応じて行う必要がある。

### 1. 急性期の支援

急性期の支援においては、「安全の確保と生活ストレスの軽減」を目標とし、「心理学的」というよりは、より「实际的」な支援を行うべきである（岩井、2001b）。具体的には、避

難所の清掃をする、申請書類の書き方を教える、子守を手伝うなどがあげられている。つまり、被災者が必要としていることは何でもするという姿勢が重要である。また、被災者は、災害のせいで「気がおかしく」なったというレッテルを貼られることに不安を抱くため、被災者に見られる情動的な反応の多くは「異常な状況に対する正常な反応」であることを伝えることが必要である。多くの反応はストレス反応であり、人間には自然治癒力があり、対処可能であることを説明し、ストレス・マネジメント教育を行うことが望まれる（小澤、2004）。基本的には支援者が被災者のいる場に赴いていく「アウトリーチ」に重点をおき、時期に合わせた援助を心がけることが重要とされている（岩井、2001a）。

このように急性期においては、生活の安全が最優先となり、支援の基本は生活支援となる。安全と安心の確保が第一であり、①環境的安全の確保（生命の安全を確保するための避難行動、防衛体制）、②身体的安全の確保（身体的な負傷の手当てなど医療的援助）、③精神的安心の確保（精神的安心をもたらす援助、危機管理行為）が求められる（小澤、2004）。これらの基盤が保証されなければ、心のケアなど成り立たないのである。

初期のメンタルヘルス支援のためのガイドラインとして、サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid, PFA）がある。これはアメリカ国立PTSDセンターとアメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークによって開発された。日本語版は兵庫県こころのケアセンターが『サイコロジカル・ファーストエイドの手引き 第2版』を作成し、多くの支援者に参考にされている。PFAの目的はトラウマ的出来事によって引き起こされる初期の苦痛を軽減すること、短期・長期的な適応機能と対処行動を促進することであり、被災者を苦しめるのは広範囲にわたる初期反応であるという前提から、初期反応の苦しみをやわらげ、被災者の回復を助けることを目指している（後藤、2012）。PFAの推奨する避けるべき態度は表1の通りである。

表1 避けるべき態度

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・被災者が体験したことや、いま体験していることを思いこみで決めつけない。</li> <li>・災害にあった人すべてがトラウマを受けるとは考えない。</li> <li>・病理化しない。ほとんどの急性反応は了解可能で予想範囲内のものだから、反応を「症状」と呼ばない。また、「診断」「病気」「病理」「障害」などの観点から話さない。</li> <li>・被災者を弱者とみなし、恩着せがましい態度をとらない。彼らの孤立無援や弱さ、失敗、障害に焦点を当てない。</li> <li>・すべての被災者が話をしたがっている、話をする必要があると考えない。サポーターで穏やかな態度でただそばにいたことが、人々に安心感を与え、自分で対処できるという感覚を高める。</li> <li>・何があったか尋ねて詳細を語らせない。</li> <li>・憶測しない。不正確な情報を提供しない。</li> </ul> |
|---|

従って、無理に話させたり、詳細を語らせることは望ましくない。かつては被災直後に外傷体験を表現させることが治療的と考え実践されていたこともあったが、現在ではそのような考えは否定されている。たとえばディブリーフィングとは、被災直後に外傷性の出

来事やそれに伴う感情を吐き出すことを進めていくグループワークであり、かつては行われていたが、このようなディブリーフィングについて、近年ではPTSDの予防にならず、逆に症状を悪化させるなどの報告もあり、効果に否定的な見解が多い。Brewin, Andrews & Valentine (2000) は、PTSDのリスクファクターを分析し、トラウマ体験の最中やトラウマ体験後のトラウマの深刻さ、社会的サポートの不足と追加された生活のストレスが、トラウマ体験前の要因よりもやや強い効果をもつことを明らかにした。このことから、社会的サポートの提供と生活ストレスの軽減が予防にとって重要であると言える。

## 2. 中長期的支援

藤森・藤森(1995、1996、2000)は北海道南西沖地震の被災者を対象とし、精神健康度をGHQ28 (General Health Questionnaire28、GHQ精神健康調査票)を用いて縦断的に調査した。その結果、ハイリスク者の比率は76.6% (10カ月後)、68.0% (2年3カ月後)、57.2% (4年3カ月後)、54.6% (6年2カ月後)と変化し、災害から6年以上が経過しても一般成人のハイリスク者の比率14.0%に比べると多いことを示した。このことから被災者には長期的な影響が残ることがわかる。

中長期においては、以下のような心理的問題が生じる(岩井、2001c)。①PTSDの遷延化、②生活環境ストレスから生じる心身の変調、③回復が個別化し格差が広がることによって、立ち直りが遅れている人は「取り残され感」を抱き、自責感、自己卑小感、絶望感、自暴自棄にさいなまれ、閉じこもりがちになること。ここからアルコール依存などが生じることもある。大切な家族や仕事を失った人は、その悲しさを紛らそうとして飲酒にたよることが多い。

中長期では個人差が広がり個別の課題が生じるので、個々の状況に応じた支援が必要になる。藤森(2004)は、1993年に発生した北海道南西沖地震で被災した30代女性の心理的回復過程を11年間追跡して報告している。この女性は地震による津波で夫と娘二人と姑を一挙に失った。被災後2年半は不眠と体調不良により入院もした。しかし3年後に老人ホームで給食を作る仕事を得たこと、再婚したこと、その翌年に男児を出産したことが回復につながった。老人ホームの仕事で「役割」を獲得して自信を得たこと、再婚と子どもの誕生と養育で「新しい愛着対象」を得たことにより、「日々の生活の中にささやかな喜びを見出す力」を獲得し、生きることにつながっていったという。この女性は3年後までが最も厳しく辛い状況にあったが、災害から数年してから心身の不調が多くなる報告もあり、回復には個人差があり右肩あがりの一直線ではない(藤森、2004)。

このように回復は、役割や新しい家族の獲得といった日常生活の再建とともに進んでいくのであり、ただ症状が消失するというのではない。急性期において生活の安全が最優先されるように、中長期的支援においても生活そのものに焦点をあてた支援が必要になる。臨床心理士として長期にわたる支援を行う事例では、その人の人生の過程に付き従いサポートしていくことが多いが、中長期的支援ではそのような姿勢が求められるだろう。

## 被災者を傷つける言葉

東日本大震災のときの「がんばろう東北」というスローガンは、どうにも頑張れない人がつかの間の休息を得ることや立ち止まることを否定するメッセージにもなっていた(森

川、2011)。それは、これ以上どう頑張ればいいのかという怒りや、頑張れない自分を責めることにつながった。良かれと思って言った言葉が被災者を傷つけることがある。被害を受けた人を傷つける言葉には表2のようなものがある(小西、2001)。

表2 被災者を傷つける言葉

<ul style="list-style-type: none"><li>・がんばれ。</li><li>・あなたが元気にならないと亡くなった人も浮かばれないですよ。泣いていると亡くなった人が悲しみますよ。(悲しいときには泣いてもいい、元気を失ってもいいという原則が守られていない)</li><li>・命があったんだからよかったと思って。</li><li>・まだ、家族もいるし、幸せな方じゃないですか。</li><li>・このことはなかったことと思ってやりなおしましょう。</li><li>・こんなことがあったのだから将来はきっといいことがありますよ。</li><li>・思ったより元気そうですね。</li><li>・私ならこんな状況に耐えられません。私なら生きていられないと思います。(しっかりしていると誉めるつもりで言われていることが多いが、生きている自分を非難されたと感じる人が多い)</li></ul>
---

これらの言葉は、もし自分が被災者であれば言われたくないことだと容易に想像できそうに思われるが、世間の人々は良かれと思い、つい励ましたくなって、このような言葉をかけてしまうのだろう。安全学の講義の中でこれらの言葉を学生に示すと、「つい言ってしまうそう。言葉に気をつけなくては」といった感想と、「こんなに言葉に気をつけなければならないなら、何もしゃべれない」といった半ば反感をこめた感想が見られた。

大きなダメージを受けた人は、ささいな言葉にも敏感に反応し傷つく。そういう人を前にすると、「言葉を失う」というのが自然な反応かもしれない。どんな言葉であっても適切でない気がして、沈黙してしまうのである。しかし、沈黙し傾聴することが基本的な対応としては望ましい。無理に話させようとせず被災者のペースに合わせて傾聴すること、「心」や「ケア」を前面に出さずに身体や生活の様子を尋ね、必要なことは何でも手伝うことが、実際には心のケアになるのである。何よりも失われた生活の再建に向けた援助が心の回復に役立つことを忘れてはならない。

### おわりに

日本トラウマティック・ストレス学会(2016)は、被災者への心理的支援の最も重要な点は「害を与えない」ことであり、「適切な情報と知識を身につけ、きちんとした準備をした上で、しかるべきシステムの枠内で活動することが必要」であるとし、「支援の方針・方向性を定めないうままに、役に立ちたいという気持ちだけで現地に向かうと、被災地をかえって混乱させてしまう」と指摘している。金(2016)は、専門家であっても被災の現場では物理的にも心理的にも自分の立ち位置をさだめることが難しいこと、多くの専門家が支援のために集まっても方針に不一致があれば被災者の役に立たないこと、避難所で子

どものための居場所を設け、そこで子どもと遊ぶなどしてかかわることが、子どもだけでなく母親のストレスも軽減することを述べている。従って、今までの震災経験によって積み重ねられた知見が専門家のあいだで共有され、統一した方針のもとで動けるように、多くの人々が日ごろから準備しておくことが必要であろう。

## 文献

- Brewin,C.R., Andrews,B. & Valentine,J.D.(2000) Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Boss,P.(1999) *Ambiguous Loss : Learning to live with unsolved grief*. Harvard University Press.( 南山浩二訳(2005)「さよなら」のない別れ 別れのない「さよなら」——あいまいな喪失. 学文社.)
- 藤森和美・藤森立男 (1995) 北海道南西沖地震の被災者のメンタルヘルス. *保健の科学*, 37(10), 689-695.
- 藤森和美・藤森立男 (1996) 北海道南西沖地震による被災者の精神健康に関する問題. *精神科診断*, 7(1), 65-76
- 藤森和美・藤森立男 (2000) 自然災害が被災者の精神健康に及ぼす長期的影響——災害が被災者の精神的回復過程に寄与する諸要因の研究. 平成9年度～11年度文部省科学研究研究成果報告書. 1-23.
- 藤森和美 (2004) 災害援助の過程と終結——北海道南西沖地震における被災者の回復過程を考える. *臨床心理学*, 4(6), 758-762.
- 復興庁 (2016) 東日本大震災における震災関連死の死者数 (平成28年3月31日現在調査結果). < <http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2-6/2014052613634.html> > (2016年9月1日)
- 金吉晴 (2016) 災害と心のケア、トラウマ. 日本心理臨床学会第35回秋季大会シンポジウム (2016年9月6日).
- 後藤雅博 (2012) 災害と家族支援——家族療法の視点から. *精神療法*, 38(1), 16-23.
- 岩井圭司 (2001a) 自然災害 (総論と災害前準備). 金吉晴 (編) 心的トラウマの理解とケア. *じほう*, 35-46.
- 岩井圭司 (2001b) 自然災害 (急性期). 金吉晴 (編) 心的トラウマの理解とケア. *じほう*, 47-56.
- 岩井圭司 (2001c) 自然災害 (中長期). 金吉晴 (編) 心的トラウマの理解とケア. *じほう*, 57-67.
- 小西聖子 (2001) トラウマへのケアの基本. 金吉晴 (編) 心的トラウマの理解とケア. *じほう*, 17-31.
- 南山浩二 (2012) あいまいな喪失——存在と不在をめぐる不確実性. *精神療法*, 38(4), 455-459.
- 森省二 (1990) 子どもの対象喪失——その悲しみの世界. 創元社.
- 森川すいめい (2011) 被災地で「どうして生きなきゃならないのか」と問われた時——処

- 方薬以外の処方箋. イマージ. 現代思想 (東日本大震災と < ころ > のゆくえ), 39(2), 67-73.
- 中井久夫 (2004) 震災後 10 年目の覚書. 臨床心理学, 4(6), 763-768.
- 日本トラウマティック・ストレス学会 (2016) 被災者に心理的支援を行う方のための資料集. < <http://www.jstss.org/topics/02/328.php> > (2016 年 9 月 12 日)
- 西園昌久 (2012) 喪失の精神療法——精神分析療法と喪失の文化をふまえて. 精神療法, 38(1), 24-29.
- 小澤康司 (2004) 海外日本人学校への被害者支援活動. 臨床心理学, 4(6), 437-747.
- 佐藤志穂子 (2001) 遺族. 金吉晴 (編) 心的トラウマの理解とケア. じほう, 209-220.
- Stroebe, M.S. & Schut, H. (1999) The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- 富永良喜 (2004) 被害者支援における基本的考えについて. 臨床心理学, 4(6), 710-715.
- 富永良喜 (2014) 災害・事件後の子どもの心理支援. 創元社.