

対象(表1)

期間:2002年12月~2004年12月末日まで		
母集団(緊急一時保護のべ数)	714名(100%)	
アフターケア希望かつ資料使用同意	212人(20.7%)	
重篤な精神疾患除く	対象 68人 (9.5%)	来所した(アフター群) 25人(3.5%)
心理面接施行		来所しなかった(非アフター群) 43人(6.0%)
データ解析可能		

表2. 全対象の属性

n	68
年齢(歳)	35.1±9.2 (20~69)
挙子数(人)	1.6±1.0 (0~5)
年長児年齢(歳)	6.6±7.6 (0~50)
加害者の関係(人)	夫 60 内夫 7 前夫 1
同居期間(年)	9.7±8.5 (0.33~50)
暴力開始からの期間(年)	7.0±7.8 (0.2~50)
最終学歴(人)	高卒 23 専門学校 17 中卒 11 短大・大学卒 10 大学院 2 不明 5
退所先(人)	アパート転宅 23 施設(婦人保護施設、宿提など) 28 帰宅 7、実家 6、その他 3

全体の属性(図1)

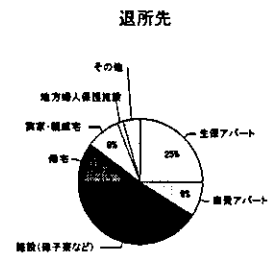
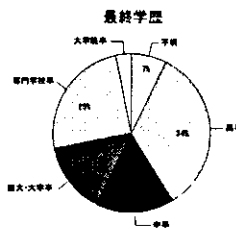
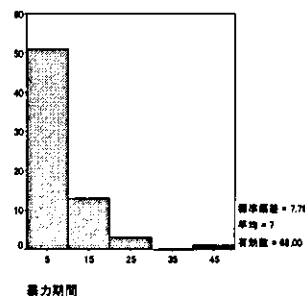
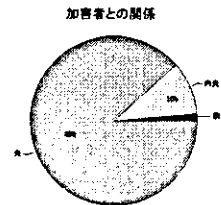
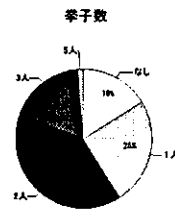
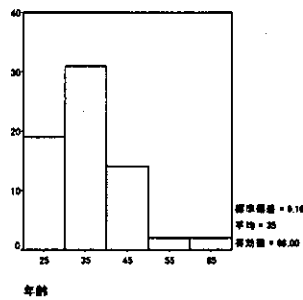


表3. 精神科診断(M.I.N.I.による)

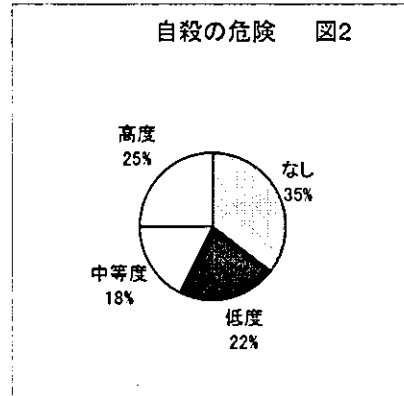
診断	人数	%
大うつ病 現在	39	57.4
大うつ病 過去	17	25.0
大うつ病 現在 メランコリー型	30	44.1
気分変調症 現在	7	10.3
躁病 現在	0	0
躁病 過去	0	0
軽躁病 現在	0	0
軽躁病 過去	11	16.2
パニック障害 現在	5	7.4
パニック障害 生涯	3	4.4
広場恐怖 現在	13	19.1
社会恐怖 現在	9	13.2
強迫性障害 現在	2	2.9

PTSD 現在	27	39.7
アルコール依存 現在	3	4.4
アルコール乱用 現在	0	0
薬物依存 現在	0	0
薬物乱用 現在	0	0
精神病症状候群	除外	
神経性無食欲症	0	0
神経性大食症	2	2.9
不安性障害	4	5.9
反社会性人格障害	0	0
大うつ病とPTSDの合併	16	23.5

自殺の危険(M.I.N.I.による)

- 「自殺の危険」について M.I.N.I.項目中「自殺の危険」は、なし(0点)、低度(1~5点)、中等度(6~9)、高度(10点以上)に分けられている。
- 全対象の入所時平均点は 8.4 ± 9.2 点であった。
- 自殺の危険の内訳(図2)

なし	24人(35.3%)
低度	15人(22.1%)
中等度	12人(17.6%)
高度	17人(25.0%)



結果②

入所時の質問紙による評価

(図3、図4)

- 入所時GHQ-28では、62名(91.1%)が「精神健康に何らかの問題あり」の領域に達していた。(図3)
- 入所時総点の平均 16.6 ± 7.8 点。
- 入所時IES-Rでは全対象68名中、58名(85.3%)がPTSD診断が疑われるカットオフ値を超えた。(図4)
- 総点の平均 46.3 ± 18.7 点。

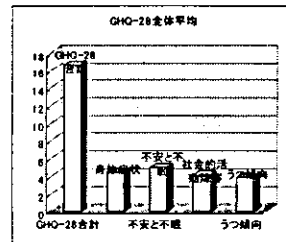


図3

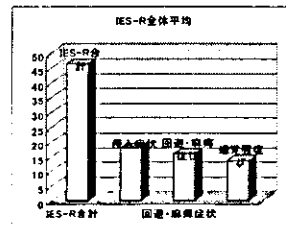


図4

表4 アフター群と非アフター群の属性比較

	アフター群	非アフター群	p
n	25	43	
年齢(歳)	34.7±7.0	35.4±10.3	0.964
拳子数(人)	1.8±1.1	1.5±1.0	0.278
暴力期間(年)	7.5±7.4	6.7±8.0	0.651
入所期間(日)	24.5±12.8	19.6±7.3	0.148
追求あり	19	32(不明1)	0.656
離婚歴あり	5	14(同じ夫と再婚2)	0.266
虐待歴あり	7	9	0.508

* P<0.05 Mann-WhitneyのU検定

表5 アフター群と非アフター群の質問紙得点の横断面的比較

	アフター群	非アフター群	p
n	25	43	
GHQ-28			
入所時 Total	14.0±8.8	18.2±6.8	0.083
身体症状	3.7±2.4	4.7±1.9	0.115
不安と不眠	4.5±2.0	5.1±1.7	0.258
社会的活動障害	3.9±4.7	4.3±2.1	0.150
うつ傾向	3.2±4.2	4.0±2.6	0.106
IES-R			
入所時 Total	41.6±19.9	48.3±17.7	0.484
侵入症状	16.8±8.3	18.3±7.4	0.290
回避・麻痺症状	16.3±7.9	15.6±6.9	0.674
過覚醒症状	15.2±7.8	12.8±6.8	0.731

P<0.05 Mann-WhitneyのU検定

表6 アフター群と非アフター群の精神科診断頻度の比較

	アフター群	非アフター群	p
大うつ病	16	23	0.398
メランコリー型	12	18	0.623
気分変調症	4	3	0.238
軽躁病エピソード	4	7	0.976
パニック障害	1	4	0.419
広場恐怖	5	8	0.888
社会恐怖	5	4	0.209
外傷性ストレス障害	13	14	0.114
アルコール依存	2	1	0.272
神経性大食症	2	0	0.060
全般性不安障害	2	2	0.571
強迫性障害	1	1	0.694
自殺の危険	9.8±9.8	7.6±8.8	0.238

P<0.05 χ^2 二乗検定

表7 全対象における縦断的变化

	入所時	退所時	p
*			
<i>GHQ-28</i>			
Total	16.6±7.8	9.8±7.3	0.000*
身体症状	4.4±2.1	2.8±1.9	0.000*
不安と不眠	4.9±1.8	3.8±2.1	0.002*
社会的活動障害	4.1±3.2	2.3±3.7	0.000*
うつ傾向	3.8±3.3	1.7±2.9	0.000*
<i>IES-R</i>			
Total	46.3±18.7	36.0±18.0	0.000*
侵入症状	17.7±7.7	13.6±7.2	0.001*
回避・麻痺	15.9±7.2	13.4±7.8	0.006*
過覚醒症状	13.4±7.2	9.9±7.7	0.000*

P<0.05 Wilcoxonの順位和同検定

表8 非アフター群の縦断的变化

	入所時	退所時	p
*			
<i>GHQ-28</i>			
Total	18.2±6.8	9.2±6.7	0.000*
身体症状	4.7±1.9	2.7±2.0	0.000*
不安と不眠	5.1±1.7	3.4±2.0	0.000*
社会的活動障害	4.3±2.1	1.7±2.2	0.000*
うつ傾向	4.0±2.6	1.4±2.0	0.000*
<i>IES-R</i>			
Total	46.3±17.7	33.3±18.2	0.000*
侵入症状	18.3±7.4	12.7±6.8	0.000*
回避・麻痺	15.6±6.9	12.4±7.8	0.005*
過覚醒症状	12.8±6.8	8.6±5.5	0.000*

P<0.05 Wilcoxonの順位和同検定

表9 アフター群の入所時、退所時、アフター時の縦断的变化

	入所時	退所時	*p	アフター時	**p	***p

*						
**						
<i>GHQ-28</i>						
Total	14.0±8.8	11.6±7.3	0.330	12.2±7.6	0.625	0.315
身体症状	3.8±2.4	3.2±1.7	0.459	3.4±2.1	0.608	0.325
不安と不眠	4.5±2.0	4.4±2.2	0.861	4.6±2.2	0.401	0.671
社会的活動障害	3.9±4.6	3.4±5.3	0.444	2.8±4.8	0.318	0.044***
うつ傾向	3.2±4.2	2.2±4.0	0.090	2.8±5.4	0.375	0.400
<i>IES-R</i>						
Total	46.4±20.8	39.7±18.8	0.110	42.9±22.8	0.618	0.223
侵入症状	16.8±8.3	15.3±7.6	0.554	15.7±8.5	0.884	0.375
回避・麻痺	16.3±7.9	15.2±7.7	0.374	12.2±7.2	0.032**	0.007***
過覚醒症状	15.2±7.8	12.2±10.1	0.031*	18.3±13.5	0.001**	0.121
自殺の危険(MINI)	11.1±9.4	-	-	5.0±5.6	-	0.009***

P<0.05 Wilcoxonの順位和同検定

アフター群のM.I.N.I.(n=25) (表10)

青字:減少 赤字:増加 黄字:不変

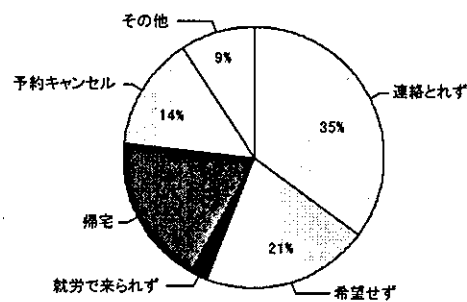
診断	入所時 人数(%)	アフター時 人数(%)	広場恐怖 現在	5(20)	7(28)
大うつ病 現在	16(64)	10(40)	社会恐怖 現在	5(20)	3(12)
大うつ病 過去	8(32)	4(16)	強迫性障害 現在	1(4)	1(4)
大うつ病 現在 メランコリー型	12(48)	8(32)	PTSD 現在	13(52)	10(40)
気分変調症 現在	4(16)	3(12)	アルコール依存 現在	2(8)	1(4)
躁病 現在	0(0)	0(0)	アルコール乱用 現在	0(0)	0(0)
躁病 過去	2(8)	0(0)	薬物依存 現在	0(0)	1(4)
軽躁病 現在	0(0)	1(4)	薬物乱用 現在	0(0)	0(0)
軽躁病 過去	4(16)	4(16)	神経性無食欲症	0(0)	0(0)
パニック障害 現在	1(4)	1(4)	神経性大食症	2(8)	2(8)
パニック障害 生涯	3(12)	1(4)	不安性障害	2(8)	2(8)
			反社会性人格障害	0(0)	0(0)

診断された人数は減少しているものが多いが、増加している診断もある。

結果⑤

アフターケアに来られなかった理由(図5)

来ない理由

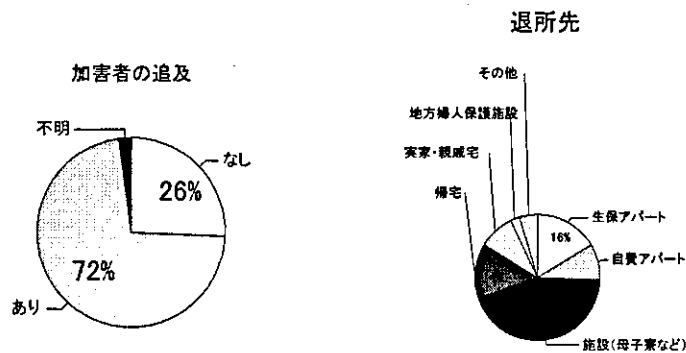


アフターに来られなかった理由と諸要素との関連(表12)

理由 1.連絡がとれない 2.希望せず 3.就労で来られない 4.帰宅 5.予約するがキャンセル 6.その他				
	p		入所時	退所時
年齢	0.641		p	p
挙子数	0.472	GHQ28 Total	0.948	0.985
同伴児数	0.477	身体症状	0.956	0.649
年長児年齢	0.31	不安と不眠	0.967	0.985
暴力期間	0.241	社会的活動障害	0.972	0.281
入所期間	0.167	うつ傾向	0.241	0.700
加害者の追及	0.037	IES-R Total	0.212	0.764
虐待歴	0.239	侵入症状	0.059	0.397
退所先	0.014	回避・麻痺症状	0.191	0.902
最終学歴	0.195	過活動症状	0.521	0.458

p<0.05 χ^2 二乗検定 アフターケアに来られない理由と、加害者からの追求の有無と退所先に関連があるという結果が得られた。

アフターに来られなかった理由との関連(図6)



M.I.N.I.の変化 (表 11)

	入所時	アフター時
1	大うつ病(現)、メランコリー型 自殺(中9) パニック障害 広場恐怖 社会恐怖	自殺(中7) 外傷後ストレス障害
2	大うつ病(現在)、(過去)、メランコリー型 自殺(低4)	自殺(低)
3	大うつ病(現在)、 自殺(高11)	大うつ病(現在)、(過去)、メランコリー型、 自殺(低4) 外傷後ストレス障害
4	大うつ病(現在)、メランコリー型 自殺(高21) アルコール依存	大うつ病(現在)、メランコリー型 自殺(高23) 広場恐怖 外傷後ストレス障害
5	大うつ病(過去) 広場恐怖 外傷後ストレス障害	自殺(低4)
6	気分変調症 自殺(低4) 軽躁病(過去) 神経性大食症	気分変調症 自殺(低4)
7	大うつ病(現在)、メランコリー型 自殺(高13) 広場恐怖 外傷後ストレス障害	自殺(低4)
8	気分変調症 自殺(中9) 外傷後ストレス障害	自殺(低4)
9	大うつ病(現在)、メランコリー型	気分変調症
10	なし	軽躁(過去)、 神経性大食症
11	大うつ病(現在)(過去)、メランコリー型 自殺(高10) 外傷後ストレス障害	自殺(高13)

12	<p>大うつ病(現在)、メランコリー型 軽躁病(過去) パニック障害(生涯) 外傷後ストレス障害 全般性不安障害</p>	<p>大うつ病(現在、過去)、メランコリー型 軽躁病(過去) 広場恐怖 外傷後ストレス障害 全般性不安障害、社会恐怖、</p>
13	<p>大うつ病(現在) 自殺(高29)</p>	<p>自殺(高13)</p>
14	<p>大うつ病(現、過)、メランコリー、 自殺(高33)、 躁病(過)、 社会恐怖、 外傷後ストレス障害、 アルコール依存</p>	<p>自殺(中6)、 軽躁病(過)、 社会恐怖、 外傷後ストレス障害、 アルコール依存</p>
15	<p>大うつ病(現、過)、 自殺(高29)、 広場恐怖、 社会恐怖</p>	<p>大うつ病(現)、 自殺(低4)、 広場恐怖、 外傷後ストレス障害</p>
16	<p>大うつ病(現、過) 広場恐怖</p>	<p>パニック障害(現、生涯) 広場恐怖 外傷後ストレス障害</p>
17	<p>大うつ病(現)、メランコリー型 自殺(中9) 軽躁病エピソード(過) 外傷後ストレス障害</p>	<p>気分変調症 軽躁病エピソード(過去) 薬物依存</p>
18	<p>自殺(高11)、 軽躁病(過)、 外傷後ストレス障害、 神経性大食症</p>	<p>大うつ病(現)メランコリー型、 自殺(低4)、 軽躁病(過)、 広場恐怖、 外傷後ストレス障害、 神経性大食症</p>
19	<p>大うつ病現、大うつ病過去、メランコリー</p>	<p>大うつ病現 自殺低 広場恐怖、</p>
20	<p>自殺(低) 外傷後ストレス障害</p>	<p>なし</p>

21	自殺(中) 強迫障害 外傷後ストレス障害	大うつ病現、過去、メランコリー 広場恐怖、
22	大うつ病現、メランコリー 自殺(低) 外傷後ストレス障害	大うつ病現、メランコリー 自殺(中) 外傷後ストレス障害
23	大うつ病現、メランコリー 自殺(低) 躁病(過)、 パニック障害現 社会性障害 不安性障害	大うつ病現、メランコリー 自殺(低) 軽躁状態 現 社会性障害 不安性障害
24	大うつ病現、メランコリー 自殺高 外傷後ストレス障害	大うつ病現、過去、メランコリー 自殺高 外傷後ストレス障害 強迫性障害
25	なし	なし

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
（分担）研究報告書

学校危機に直面した子どもへの心のケアと学校におけるトラウマへの認知行動療法的介入

分担研究者 元村直靖
大阪教育大学 学校危機メンタルサポートセンター

抄録

学校災害をうけた子どものこころのケアには大人たちが丁寧に介入することが大事であり、大人は、子どもの安全感や安心感を確保する必要がある。そのために、子どもと接する時間を普段より増やす、安心できる情報を正確に伝える、子どもの話にしっかり耳を傾ける。また、出来事について話したり、絵を描いたりすることで、感情や経験を共有する。心理療法では、認知行動療法が推奨され、学校内でグループで行う方法がアメリカでは行われており、いくつかのプログラムについてはエビデンスが確立されているが、本邦でこれらの方法を用いるかについては注意深い配慮が必要である。

1) はじめに

危機は、不意に襲いかかってくる。Yule & Gold(1993)は、学校で起こりうる危機として、次のようなものがあるとしている。すなわち、生徒や教師の死亡、学校内での暴力や襲撃事件、学校の一部の倒壊(無差別破壊)、財産の破壊(意図的破壊)、児童生徒や教師の入質事件、児童生徒を巻き込む、交通事故、海難事故、航空事故、地域社会における自然災害、修学旅行での死亡やけがおよび市民の暴動やテロ行為をあげている。Marcy(2003)はこのような学校危機を2つのグループに分けている。すなわち、第1のグループは頻度は低いがインパクトの高い危機であり、地震や津波などの自然災害、外部からの侵入者による校内殺傷事件やテロ行為などである。これに対して、第2のグループは頻度は高いが比較的インパクトの低い危機であり、交通事故、身近な人の死、いじめ等がこれにあたる。

これらのトラウマ体験の結果、さまざまなトラウマ症状を呈することが知られている。たとえば、心的外傷後のストレス障害(PTSD; posttraumatic stress disorder)、急性ストレス障害(ASD; acute stress disorder)、感情の変化、対人関係の変化および一般的な精神疾患などである。また、被害が長期に渡った場合には、自己イメージや世界観がゆがんだり、対人関係の問題が生じたりする。子どもでは、心的外傷後の急性期に、不眠、いらだち、おびえ、食欲不振、腹痛、下痢等の身体症状のほか、親にまとわりつくような退行症状、夜尿、悪夢を見ると言った症状が目立つ。さらに、いらいらし、おびえる子どもと逆にぼんやりして平気にみえる子どもに大別できる。とくに、後者は、現実感覚を失った解離症状である場合がある。時間経過に沿っていうと、最初は身体症状を含め不定形な症状が出て、やがて事件を再体験し

(侵入)、気持ちが張りつめいらだち、不眠になったり(過覚醒)、現実感を失ない人とコミュニケーションができなくなったりする(麻痺)症状がみられたり、一部の人ではうつ、不安、不眠などの症状だけが残ることがある。なお、侵入、過覚醒および麻痺などの症状が1ヶ月以内に消失する場合は、ASDと診断される。これに対して、侵入、過覚醒および麻痺の症状が1ヶ月以上持続する場合はPTSDと診断される。子どもでは言語化が不十分なため大人に比べると、症状の把握が難しい場合がある。さらに、子どもでは発達による症状の変化がみられ、年齢別に見た反応の特徴がある。たとえば、年少の子どもほど、退行や不安が早くから出現し、年長の子どもではいらだち、落ち着きのなさ、不登校や学業不振といった問題が遅れて出現する場合もある。また、一見元気そうに振舞っていても、問題を内在する例もあり、子どもはいつでも元気で回復力に富み、適応しやすいというのは誤った認識である。DSM-IVでは、子どもに特有なPTSD症状として、まとまりのないまたは興奮した行動、外傷の主題または側面を強調する遊びを繰り返す、はっきりとした内容のない恐ろしい夢、外傷特異的な再演が記載されている³⁾。

2) 学校災害を被った子どものケアと認知行動療法的な介入:

トラウマになるような災害や犯罪に巻き込まれた場合には、PTSDなどの予防や早期介入を目的として、地域、学校および家庭をカバーする危機介入組織が必要になる。日本では、アメリカに比べて、危機介入の制度の確立が遅れているが、学校が地震などの災害に巻き込まれた場合には、教育委員会や精神保健福祉センターが危機介入を行っている地域もある。

ここでは、子どもたちの身近にいる大人である保護者や学校の教職員が介入する場合を想定しよう。まず、周りにいる大人たちがトラウマに関する知識を普段から持っていて、子どもたちの様子を観察し、丁寧に介入することが大事である。他人から親切にされたという事実はトラウマからの回復のきっかけになる。ところで、Hermanは心的外傷からの回復の第一歩は安心・安全感の確保であると述べているように、保護者は、子どもの安全感を確保する必要がある。そのために、子どもと接する時間を普段より増やす、安心できる情報を正確に伝える、子どもの話にしっかり耳を傾け、子どもの気持ちを受け止め、一時的に勉強など子どもを束縛するものを緩めるなどの注意が肝要である。また、子どもと保護者にストレスやトラウマ反応についての心理教育を行うことも必要である。そして、トラウマとなった経験について話し、その出来事への感情などを表現していくことである。出来事について話すことを通して再体験し、出来事そのものや自己の感情を表現して、他者に受け入れられることにより解放されていく。たとえば、地震の被害にあった小学校高学年の子どもたちには、自身の絵やビデオを見せて自分の感情や経験についてクラスで語り合うことで、感情や経験を共有することができる。小学校低学年の子どもたちならクレヨンやマジックで絵を描いてもらいそのことについて話をしてもらうことも可能であろう。ただし、教室で行うにしても、スクールカウンセラーなどから助言を求めて行うのがよいだろう。このよう

な考えに立ち、トラウマに対する心理療法ではカウンセリングなどが行われている。子どもの場合は言語化が難しいが、遊びにより様々な表現がなされることをふまえ、プレイセラピーが行われている。その他、最近、認知行動療法も試みられている。以下に、最近の学校を基盤とした認知行動療法について概説する。

まず、Kataoka ら(2003)は、認知行動療法にもとづいた学校を基盤としたメンタルヘルスプログラムをトラウマ経験をもつラテンアメリカ移民児に対しておこなった。アメリカでは国家レベルで、ヘルスケアにおける人種の違いが注目されはじめ、マイノリティの子どもたちのメンタルヘルスサービスへの関心が高まってきている。しかし、それらの子どもたちはいまだヘルスケアサービスを十分に受けていないのが現状である。そのような中、ラテンアメリカの子どもたちは暴力にさらされ、それに伴う心理的問題、適応問題、PTSDなどを引き起こしている。そこで本研究では、コミュニティバイオレンスにさらされたラテンアメリカ移民児に対する学校でのメンタルヘルスプログラムを予備調査することを目的とする。その際、認知行動療法を利用する。

<方法>

MHIP (Mental Health for Immigrants Program) は、8つの認知行動グループセッション(学校におけるトラウマへの認知行動的介入に基づく)からなる。詳細を表1に示す。グループは5-8名で構成される。子どもたちと臨床家の共同作業でなされ、臨床家は一定のマニュアルに従うが、子どもの必要に応じて柔軟に

対応される。また、親のセッションも用意されており、親は臨床家と共に、子どもがさらされるトラウマの程度やMHIPで子どもが学ぶ技術について心理教育をうける。全てのプログラムは学校内で行われ、学校関係者と臨床家の協力のもとなされる。主に学校の授業や宿題に組み込まれる。ゆえに、学校の方向性に準じたものとする。臨床家は基本的にマスターレベルのスクールソーシャルワーカーで、週に2時間計16時間の訓練を受けたものである。

<手続き>

対象は多くの移民を抱える9の公立小・中学校の生徒であった。外国生まれで過去3年以内にアメリカに移住し、スペイン語を話す子どもであった。970名の子どもがスクリーニングテストを受け、879名は暴力にさらされ、それに伴う症状を示していると自己報告した。879名中276名(31%)は暴力にさらされ、PTSDの症状やうつ症状を報告していた。276名中198名(72%)は3ヶ月後のフォローアップを終了させた。198名を先に介入をうける群(152名)と後ほど介入をうける統制群(46名)に分けた。親もまたグループに分かれてセッションを受けた。

<主なアセスメント項目>

- ①ライフイベント尺度
- ②子どもPTSD症状尺度(CPSS)
- ③子どもうつ調査(CDI)

<結果>

介入群と統制群の介入前、フォローアップ時のCDI・CPSSを表2に示す。

介入群は介入前よりフォローアップ時においてCDI・CPSS得点が有意に低かった。さら

に、重回帰分析の結果、CDI ($\beta=3.1$, $SE=1.1$, $p<.01$), CPSS ($\beta=3.9$, $SE=1.6$, $p<.05$) において統制群より介入群の方がフォローアップ時得点が有意に低かった。

<考察>

ラテンアメリカ移民児に関して、認知行動療法は PTSD やうつ症状を軽減した。学校関係者、臨床家、調査者の協力によって、認知行動療法が移民の子どもたちに効果的に働くことがわかった。しかし、民族、性別を厳密に吟味した研究ではないため今後の研究にて厳密に調査されるべきであろう。さらに、本研究は短期的な経過を調べたにすぎないため長期的な効果を検討する必要がある。今後、学校のようなコミュニティレベルでのメンタルヘルスケアの促進とともに研究の発展が望まれる。

次に、Stein, Bら(2003)は、10セッションからなる認知行動療法のプログラムを用いて暴力にさらされた生徒に対するメンタルヘルス介入～ランダム化比較実験～を行っている。アメリカでは、近年、暴力を目撃したり、暴力にさらされる子どもが増えている。暴力を目撃したり、経験することは、うつ症状、PTSD、問題行動、学校不適応、IQの低下などへネガティブな影響を及ぼす。しかし、暴力にさらされた子どもに対する介入をランダム化比較実験にて実証的に検討した研究はほとんどない。そこで本研究では、認知行動療法的集団介入の効果をランダム化比較実験にて検討することを目的とする。

<参加者>

東ロサンゼルス(困難な経済状態、主にラテンアメリカ人が在住)の2つのミドルスクールにおいて、769名に PTSD (CPSS)、暴力(ライフイベント尺度)に関する自己報告スクリー

ニングテストを授業中実施した。スクリーニングは臨床家を介して実施され、暴力にさらされている、または PTSD を抱えていると判断されたもの、さらに参加を親子とも承諾しているもの(126名)が選出された。117名が3ヵ月後のフォローアップまで終了し、113名が3ヶ月にくわえて6ヶ月後のフォローアップを終了した。126名は先に介入を受ける群(61名)と選別して介入を受ける統制群(65名)にランダムにわけられた。

<介入>

10セッションの CBT (学校におけるトラウマへの認知行動的介入 CBITS) をおこなう。詳細を以下の表3に示す。

表3 学校におけるトラウマへの認知行動療法的介入(CBITS)プログラム

- セッション1: メンバー、守秘義務、手続き、物語を使用する治療の説明、参加理由の討論
- セッション2: ストレスやトラウマに関する一般的反応の教育、不安と戦うためのリラクゼーション訓練
- セッション3: 思考と感情(認知療法の導入)、恐怖サーモメーター、思考と感情のリンク、ネガティブ思考の処理
- セッション4: ネガティブ思考の処理
- セッション5: 避難と対処(リアルライフ提示への導入)、恐怖ヒエラルキーの構築、対処方略の選択
- セッション6: イメージによるストレス・トラウマ記憶の提示
- セッション7: イメージによるストレス・トラ

ウマ記憶の提示

セッション8：社会的問題解決への導入

セッション9：社会的問題解決、ホットシート
の実践

セッション10：再発予防と修了式

このプログラムは5-8名のグループにて行われる。さらに生徒は宿題をすることによって臨床家との協力関係を確立し、次のセッションへつなげた。学校と訓練をうけた臨床家のもと、マニュアルにそってなされたが、生徒の状態にあわせて柔軟に対応された。

<主な評価尺度>

- ①子ども PTSD 症状尺度 (CPSS)
- ②子どもうつ調査 (CDI)
- ③小児症状チェックリスト (PSC)
- ④教師-子ども評定尺度 (TCRS)

<結果>

介入群と統制群の3ヵ月後と6ヵ月後のフォローアップ時の各測定得点を表4に示す。3ヶ月時点において、介入群は統制群と比較して、自己報告の2つの尺度に関して得点が有意に低かった。この結果はCBITS終了後PTSD症状、うつ症状が軽減していたことを示唆している。6ヶ月時点では介入群と統制群との間に差はなくなっていた。また、親評定であるPSCにおいても3ヶ月時点で介入群は統制群に比べて得点が有意に低く、6ヶ月時点では両群に差はみられなかった。しかし教師評定であるTCRSにおいては両群に差はみられなかった。

<考察>

本研究は暴力を目撃したり、暴力を経験した子どものPTSDないしうつ症状を軽減するた

めの認知行動療法の効果を、ランダム化比較実験にて検討するものであった。結果として、学校にて行われたCBITSは介入後よりその効果を発揮し、子どもたちのPTSD、うつ等を軽減した。他学年の移民児におこなった我々の先行研究結果とあわせて考えても、学校レベルでの介入は子どものPTSD軽減に有効であると考えられる。暴力にさらされる子どもが増えている今、特にマイノリティや経済的に困難を抱える子どもたちにとって、学校レベルでのメンタルヘルスケアは欠かせないものである。スクールカウンセラー、ソーシャルワーカー、心理学者などは多くのメンタルヘルスケアを提供しうる。こういった臨床家と学校の協力によってプログラムが遂行されるべきであろう。しかし、本研究の結果においてCBITSと教師評定によるクラスでの行動には関連がみられなかった。この点から、メンタルヘルスケアと学校適応にはタイムラグや他の要因が関連していることが考えられる。以上のことを考慮し、今後、あらゆる年齢に対応できるプログラムを長期的なレジリエンスも含めて検討する必要があるだろう。

次に、March(1998)らは、単回性トラウマをうけた後のPTSDと診断された子どもと青年に対する認知行動心理療法の効果について検討している。DSM-IIIにPTSDが掲載されて以来、あらゆる調査によって驚異的なライフイベントによるPTSDがあらゆる年齢で生起するといわれている。そのような中、最近のレビューにおいて認知行動療法の有用性が叫ばれている。しかし、認知行動療法に関する実証的研究はまだ少なく、マニュアルなどは不足している。そこで本研究では、PTSDを抱えた子ども・青年に対する認知行動療法による介入の最初の比較研究を報告する。その際、社会的学習理論を背景にもつMMIT(多様式トラウマ治療)を使

用する。仮説としては、MMTTはPTSD症状を軽減し、不安・怒り・うつ・混乱を軽減すること、治療が内的に作用した場合、治療効果が継続するということが、この2点が挙げられる。

<対象>

2つの小学校、2つの中学校からなる1800名。DSM-IVなどによりPTSD、不安等がスクリーニングされ、サンプルが選別された。平均年齢は12.1歳(10-15歳)であった。アフリカ系アメリカ人、アジア人、アメリカ系インド人、白人が含まれていた。交通事故や火事、天災等を経験しており、これまでメンタルヘルスケアを受けたことがないものがほとんどであった。

<計画>

MMTTプログラムを以下に示す。

MMTTプログラム

- セッション1：スタート
- セッション2：名付けと配置
- セッション3：不安管理訓練①
- セッション4：不安管理訓練②
- セッション5：感情を等級に分ける
- セッション6：怒りへの対処①
- セッション7：怒りへの対処②
- セッション8：認知的訓練①
- セッション9：認知的訓練②
- セッション10a：自己提示と反応予防の導入
- セッション10b：中間セッション
- セッション11：自己提示(試行)
- セッション12：ナラティブ自己提示①
- セッション13：ナラティブ自己提示②
- セッション14：最悪の瞬間の自己提示①
- セッション15：最悪の瞬間の自己提示②
- セッション16：正しい信念

セッション17：再発予防

セッション18：終了式

治療は全部で18週間に亘っておこなわれる。ランダム化臨床実験の形式を用い、MMTTを先に受ける群と遅れて受ける群とに分けられた。査定のための主な尺度は、CATS(児童・思春期トラウマ尺度)を使用する。しかし、CATSは新しい測度であるため、CAPS-C(児童・思春期用PTSD尺度～臨床家施行)も同時に使用する。さらに全体の変化を捉えるためにCGI(臨床改善経過尺度)、外在化された症状を捉えるためにCTRS、不安を捉えるためにMASC(子ども用多面的不安尺度)、うつ状態を調べるためにCDI(子どもうつ尺度)、怒り状態を調べるためにSTAEI(怒り表現測度)、locus of controlを調べるものとしてNowickiを使用する。

<結果>

PTSDに関して、介入後すぐに改善の兆候がみられた。これは、先に介入を受けた群においても遅れて介入を受けた群にも同様にあらわれる傾向である。また、さまざまな症状の軽減は地域や学校とは関連がないことがわかった。さらに、小学校と中学校との間に統計的に有意な差は見られなかった。しかし、小学生の方が若干効果が徐々に現れる傾向があることが示唆された。

完全に治療を終了した子どもは17名であり、フォローアップまで終了した子どもは14名であった。ITT分析の結果を表5に示す。分析の結果、Nowicki、STAEIを除く全ての測度において有意な症状の軽減がみられた。

<考察>

本研究はCBTを用いて子どもと青年の

PTSD 軽減の効果を探るものであった。その結果、小児 PTSD に関して CBT に短期的な効果があることが示唆された。しかし、MMTT のメカニズムやプロセスが明確になっていないことや、統制群を設けた詳細な検討、長期的な効果の検討などが課題として残されている。MMTT がさまざまな領域でトラウマを抱えた子どもに即座に対応しうるプログラムであることに間違いがない以上、今後の更なる研究が望まれる。

最後に、Chemtob ら (2002) による 災害関連の PTSD を持つ小学生へのブリーフセラピー (短期療法) : フィールド研究を紹介する。災害関連の PTSD から回復する子どもたちを援助するためには、効果的な心理学的介入が必要である。しかし、これまでの研究は PTSD というよりむしろ災害直後の症状に焦点をあてたものであった。さらに、それらの研究は長期間を有するものであった。短期療法は成人においては検討されているものの、子どもの研究はまだ少ないといえる。そこで本研究は、子どもの災害関連の PTSD に対する短期介入の効果を評価することを目的とする。

<対象>

ハリケーン ニキによる PTSD と診断され、親に承諾を得られる子ども 32 名 (男子 10 名、女子 22 名) であった。平均年齢は 8.4 歳 (6-12 歳) で、フィリピン人・ハワイ人・日本人・カフカズ人などであった。半数の子どもたちがランチの助成金をうけていた。

<主な評価尺度>

DSM-IV によって PTSD が測定された。スクリーニング尺度として、KRI (カウアイ回復尺度) 24 項目 (45 点が臨界点) の自己評定を

用いた。CRI (子ども反応測定) によって PTSD の半構造化面接が訓練を受けたセラピストによってなされ、RCMAS (子ども不安尺度) 37 項目の自己評定にて不安の程度が測定された。さらに、CDI (子どもうつ尺度) によってうつ状態が測定された。

<手続き>

子どもたちは先に介入を受ける介入群と遅れて介入を受ける統制群とに分けられた。介入は全て平日の学校で行われた。介入は EMDR (眼球運動による脱感作と再処理) 治療の 3 セッションを提供した。参加者はつらい記憶・心像・感覚を特定するよう求められ、SUD (主観的苦痛尺度) によって主観的な苦しみを査定するよう指示される。トラウマに関連するネガティブな自己認知とポジティブな自己認知が特定される。次にイメージ・思考・感覚に集中しながら、セラピストの手の動きを追う眼球運動をするよう教示される。眼球運動が十分になされない子どもに関してはセラピストの左右の手を交互にたたくように要求された。実際の段階は、①導入と査定、②最悪の記憶、③現在の思い出、④将来の出来事、の 4 段階である。セラピストはレビューとフィードバックを繰り返しながら介入を行う。

<結果>

8 割以上の子どもたちが災害時、自分や家族の死や怪我への恐怖を感じたと報告していた。治療の結果、CRI では顕著な軽減がみられ、RCMAS と CDI では少しではあるが軽減がみられた。効果は 6 ヶ月後のフォローアップにて継続しており、CRI に関しては 56.3% の子どもがカットオフポイント 12 点を下回っていた。それぞれの平均得点を Table 1 に示す。また、

治療後、保健室訪問者に減少がみられた ($t[27]=2.29, p=.03$)。さらに、ポスト時とフォローアップ時に介入が役立っているかを3件法でたずねたところ、治療効果のあった子どもたちに関して有用であったという回答を得た(表6)。

<考察>

本研究において、災害によるPTSDを持つ子どもにとってブリーフ介入の3セッションはPTSD減少に効果があることがわかった。特に不安やうつ症状に効果的であった。学校関係者との連携のもと、心理社会的介入を行うことは災害関連のPTSDを抱えた子どもたちにとって有用である。しかし、本研究において介入過程について詳細な比較はなされておらず、どのような処理過程が有効であるかについて言及することはできない。臨床家のサポートが有効に働いた可能性もあれば、トラウマに関連する経験の再生が有効に働いたとも考えられる。今後、プログラム過程の詳細な検討が望まれる。

おわりに

学校におけるトラウマでPTSDを抱える子どもにとって認知行動療法等の介入は、どのような形で遂行されたとしても、なんらかの効果がみられる。特に、子どもの場合、自然な学校場面において集団にて遂行されることが望ましい。しかし、長期的に、レジリエンスも含めた形で効果はあまり検討されていない。発症直後の介入効果だけでなく、次の否定的出来事にも耐えうる効果を検討していく必要がある。いくつかの介入が試され、その効果が提唱されているが、1つの介入プログラムのどの処理過程がどの症状に働いているのかといった直接的な関連が検討されていない。どのような介入プログラ

ムを遂行する場合でも、各下位過程の効果を詳細に検討する必要がある。

参考文献

- 1) Herman JL: Trauma and recovery. Basic Books, 1992.
- 2) 金吉晴編: 心的トラウマの理解とケア: じほう, 東京, 2001年
- 3) モナハン「傷ついた子どもの心の癒し方」 講談社ブルーバックス 1995
- 4) 元村直靖: 子供の心的外傷後ストレス障害. PTSD (心的外傷後ストレス障害) 星和書店 2004.
- 5) Schonfeld D (元村直靖監訳): 学校危機への準備と対応 誠信書房 2004
- 6) Kataoka, S., Stein, B., et al. (2003) A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children). J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry 42(3):311-318.
- 7) Stein, B., Jaycox, L., et al. (2003) A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence). JAMA 290(5):603-611.
- 8) March, J., Amaya-Jackson, L., et al. (1998) Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor). J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry 37(6):585-593.
- 9) Chemtob, C., Nakashima, J. et al. (2002) Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study). Journal of Clinical Psychology 58(1):99-112.

表1 学校におけるトラウマへの認知行動的介入

セッション	内容
1	グループメンバーの紹介、守秘義務・手続きの説明、物語を使った治療の説明、参加理由に関する議論
2	トラウマに対する一般的反応に関する教育
3	思考と感情(認知療法の導入)、恐怖サーモメーター、思考と感情のリンク、間違ったネガティブ思考の導入
4	避難と対処、恐怖にエラルキーの構築
個人セッション トraumイベントにさらされることのイメージ	
5	社会的問題解決
6	描かれたトラウマ記憶にさらす
7	描かれたトラウマ記憶にさらす
8	再発予防と終了式

表2. CDI・CPSS得点の平均とt検定の結果

	プレ		フォローアップ		t値	p
	平均	SD	平均	SD		
介入群(152名)						
CDI	16.3	6.9	13.5	7.5	5.1	<.001
CPSS	18.8	7.7	13.0	7.6	7.5	<.001
統制群(46名)						
CDI	16.3	7.7	16.2	9.9	0.1	n.s.
CPSS	18.1	8.0	15.7	13.2	1.3	n.s.

表4. 各測度の平均得点(3ヶ月後/6ヶ月後)

	3ヶ月後フォローアップ		6ヶ月後フォローアップ	
	介入群	統制群	介入群	統制群
CPSS	8.9	15.5	8.2	7.2
CDI	9.4	12.7	9.0	10.0
PSC	12.5	16.5	9.4	8.9
TCRS				
問題行動	9.4	10.2	9.2	10.7
シャイネス	9.8	10.6	9.2	10.9
学習問題	12.7	13.3	13.5	14.7