

す。すると何割かの児童は、入所中であるにも関わらず、学校での不適応がより広がってしまいます。自立に必要な計算力すら得ていない子どもは全く珍しくないのですが、問題は特に国語力です。つまり、国語力の不足が内省力の不足に直結し、衝動的行動を助長させるという悪循環の要因になるのです。子どもが授業に参加できないのは、単に、カリキュラムが不適切であるからに過ぎません。

子どもを入院治療で預かっている間は、親の側の治療を行うチャンスでもあります。精神療法は、揺さぶりがかかるため、一般的に状態の悪化をもたらします。子どもに被害が及ばずに集中的な治療を行えるとなると、入院している間はまたとない機会です。また養育者との間の愛着の促進を計る上でも、重要な機会になります。養育者と離れての生活、そして面会、外泊による再会は、愛着形成のための介入という側面においても、チャンスです。

入院の集結に当たっては、退院の前に関係者のネットワーク会議を持ち、継続的な支援体制と役割分担を決めることが必要です。難治例に関しては、再入院の条件についても、話し合っておくことが必要です。

ポイント

- ・医療が担当するものは、愛着形成の援助、フラッシュバックや解離への治療である
- ・子どもを治療するものが親の治療も行う
- ・心理教育が非常に重要かつ有効である
- ・トラウマ治療のための独特な精神療法と薬物療法がある

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担総合研究報告書

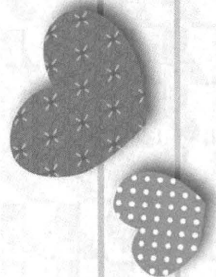
子どものトラウマへの標準的診療に関する研究

分担研究者	亀岡智美	大阪府こころの健康総合センター 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
研究協力者	野坂祐子	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	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
	岩切昌宏	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	瀧野揚三	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	兼平高子	大阪府こころの健康総合センター
	住田佑子	大阪府こころの健康総合センター
	安部 紫	大阪府こころの健康総合センター
	平山照美	大阪府こころの健康総合センター
	加藤 寛	兵庫県こころのケアセンター

研究要旨

【目的】国内では、子どものトラウマによるさまざまな精神医学的問題に対応できる医療機関は少なく、また標準的な診療体制も未だ確立されていないのが現状である。本研究では、一般の精神科医や小児科医が実践可能なトラウマ診療についてのガイドラインを作成することを目的とする。【方法】初年度は、子どものこころの診療を行なう小児科医・精神科医（日本児童青年精神医学会の医師会員 1723 名）を対象に、トラウマ診療の実態について調査した。昨年度は、欧米の PTSD に関するガイドライン（米国児童青年精神医学会「児童青年期の PTSD に関する評価と治療のための基準」、国際トラウマティック・ストレス学会「PTSD に対する有効な治療法」第 2 版、英国・国立医療技術評価機構「プライマリケア、セカンダリケアにおける成人ならびに子どもの PTSD のマネジメント」）をレビューし、子どものこころの診療医を目指す小児科医と精神科医 65 名を対象に子どものトラウマ診療についてのニーズを調査した。最終年度である今年度は、これらを集約し、子どものトラウマ診療ガイドラインと本人・保護者向けの心理教育冊子を作成した。【結果】作成した「子どものトラウマ診療ガイドライン」及び、本人・保護者向けの心理教育冊子「こころとからだのケア～こころが傷ついたときのために～」は、概ね理解しやすく見やすいという評価を得た。これらの印刷物を広く配布し、いくつかのホームページで公開した。

子どものトラウマ診療 ガイドライン



本冊子は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害疾患克服等
次世代育成基盤研究事業 H20-子ども一般-006)により作成されました。

もくじ

1. 子どものトラウマとは	2
2. トラウマが子どもに与える影響	4
3. トラウマによる様々な病態	10
4. トラウマの評価と診断	14
5. 治療	26
6. 引用文献	35

はじめに

近年、さまざまな災害・事故・犯罪・虐待・重い病気・喪失などを体験する子どもは、従来考えられていた以上に多いことが判明しています。これらのトラウマ体験による心身の反応は、適切な環境の下では自然に回復していきますが、長期にわたる心身の健康を損なう場合も少なくないことが報告されています。精神保健福祉問題以外にも、身体的問題・経済問題など、自然回復を阻む要因を抱えているケースでは、身近な相談機関や診療機関で適切な支援や治療を受けることが不可欠です。本ガイドラインは、主に小学生年齢以上の子どものトラウマ診療について、臨床の第一線でご活躍される小児科・精神科医の先生方や精神保健福祉領域に携わっておられる専門職の方々に、現段階で利用可能な臨床情報をお届けするものです。多くのみなさま方に活用していただければ幸いです。

平成23年3月

1 子どものトラウマとは

トラウマとは、個人が持っている対処法では、対処することができないような圧倒的な体験をすることによって被る、著しい心理的ストレス（心的外傷）のことです。下記に示すようなさまざまなできごとがトラウマの原因となります。

最近の調査で、このようなできごとを体験する子どもは従来考えられていた以上に多いことがわかっています。

トラウマを体験した子どもは、さまざまなトラウマ反応を示します。トラウマ反応の多くは、安心できる環境や、適切な心理的サポートがあれば、自然に回復していきます。しかし、トラウマのタイプや重篤度によっては、心身のさまざまな病態に発展することも少なくありません。このようなケースでは、医療を含む精神保健福祉面の支援が必要となります。

トラウマの原因になるようなできごと

- 戦争・人為災害・自然災害およびそれに関連した身体的外傷
- 子どもの虐待
- 暴力や犯罪被害；通り魔・誘拐・監禁・リンチ・暴力の目撃など
- 交通事故；自動車・鉄道・飛行機事故など
- レイプなどの性被害・年齢不相応な性的体験への曝露など
- 重い病気・やけど・骨髄移植 など
- 家族や友人の死の直接的な体験、その他の喪失体験 など

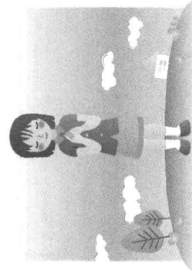
Topics 1

疫学～トラウマ体験～

疫学のさまざまな報告では、一般の子どもが何らかのトラウマを体験する比率は、概ね20～80%とされています。16歳までにひとつ以上のトラウマを体験する子どもは約7割いるという報告もあります。わが国では、一般の子どもを対象とした調査はまだ多くはありませんが、阪神地区の女子大学卒業生の調査では、小学校年齢で約4割、中高生年齢で約半数が、自然災害以外のトラウマを体験したことがあると報告されています。

トラウマ体験が累積すると、将来の身体疾患や精神疾患のリスクが高まることがわかっています。

重度情緒障害の子ども、さまざまな福祉サービスを受けている子ども、自立支援施設や少年院に入所中の子どもたちは、一般の子どもよりも、数多くのトラウマを体験しているといわれています。



*本冊子でいう「子ども」とは、概ね小学生～18歳以下を指しています。

② トラウマが子どもにも与える影響

感情面への影響

1. 安全感・信頼感の喪失とさまざまな感情

トラウマ体験は、子どもにとっては、突然の予期せぬできごととして体験されます。そして、子どもの安全感を著しく損ない、想像以上に子どもに強い恐怖の感情や不安を引き起こします。トラウマ体験は、不当で理不尽なできごとでもあります。このため子どもは、周囲の人たちや世の中全体に対する信頼感を失い、怒りや抑うつなどの感情をもつようになります。

2. 感情調節障害とストレス耐性の脆弱化

これらの感情について、子ども自身が訴えることが少ないために、周囲から見過ごされることが少なくありません。家庭内の子ども虐待ケースなどでは、あからさまに無視されたり否定されたりすることもあります。

このように、子どもの感情が、周囲から共感されずに放置されると、感情を適切に制御する自己調節機能の発達が悪化します。このため、トラウマを体験した子どもは、感情が移り変わりやすく、ほんの些細なストレスや否定的な感情に耐えられず、暴発してしまうようになります。

3. 感情の麻痺と解離

これらの感情があまりにも強く、子どもが耐えられる閾値を越えてしまった場合には、麻痺してしまい、周囲が気づくことはさらに難しくなります。これらは、さまざまな解離症状に発展することもあります。

認知面への影響

1. 非機能的な信念

トラウマ体験は、周囲の人たちや世の中全体についての認知を歪めてしまいます。子どもは、不当で理不尽なできごとがなぜ起こったのかという理由を捜そうとします。しかし、当然のことながら、正当な理由は見つかりません。このような場合、「自分が悪かったからだ」「自分が恥ずかしい存在だからだ」というような非機能的な信念は、トラウマを体験した子どもたちに最もよく認められるものです。

2. 自尊感情の低下と自責感

こうして、トラウマを体験した子どもは、自責感や恥の感情を抱くようになり、低い自尊感情しか持てなくなります。また、周囲の人たちとの愛着関係や、信頼関係を構築する際にも、さまざまな障害を引き起こします。

3. 無力感と意欲の低下

一方、「自分は無力だ」というような非機能的な信念を発達させた子どもは、学習やその他の課題を遂行する際に十分な結果しか出せず、さらに、意欲を喪失してしまうこともあります。

行動面への影響

トラウマ体験による行動面の変化は、感情や認知などの内的体験と比べると、周囲の大人に気づかれやすいものです。しかしこれらは、トラウマ反応に特異的なものばかりではなく、健常な子どもの発達段階で認められる行動として誤認されたり、発達障害などの子どもたちが示す行動上の特徴と判別しがたいこともあります。そのため、トラウマを体験した子どもの示す行動が、どのようなプロセスを経て顕在化するのを知っておくことが重要です。

1. 多動・注意集中困難・衝動性の亢進

著しい恐怖や不安を感じた子どもは、トラウマの原因となつたできごとが起ころないような状況においても、過剰に警戒的となり、周囲の人の些細なしぐさや行為に敏感に反応するようになります。始終このような状態が続くと、子どもは当然落ち着きをなくし、注意が散漫になり、イライラして衝動的になります。

2. 反抗・癇癪・攻撃的な行動

不当なできごとに対する怒りの感情は、不従順な行動、突如の癇癪や激怒、暴力行為などとして表出されます。これらの行動は、トラウマの原因となつたできごととは全く違う脈絡で起きることもあるため、子ども自身に起因する問題行動として誤認されることも少なくありません。

3. 自傷行為・物質乱用・反社会的行動

抑うつは子どもの自己評価を低下させ、友人関係や異性関係における不適切な選択を助長してしまうことがあります。さらには、トラウマを体験した子どもを、自傷行為や自殺企図、物質乱用、危険な性的行動などに駆り立ててしまうこともあります。

Topics2

モデリング

虐待された子どもは、虐待をすする親／養育者の不適応行動や物事への対処姿勢を繰り返し体験するとともに、モデルとして取り入れていくといわれています。身体的虐待やDVなど、家庭内で繰り返される暴力を体験したり目撃した子どもは、様々な葛藤に対して暴力で対処することを学びます。同様に、性的虐待を受けた子どもが、性的に不適切な行動を呈するようになることもあります。このような傾向は、子どもが別の適切なモデルと出会うまで続いていくと考えられています。

Topics3

トラウマ性の絆 (Traumatic Bonding)

虐待やDVなど、力の不均衡のある関係では、トラウマ性の絆 (traumatic bonding) が生じやすいといわれています。暴力との同一化 (identification with the aggressor) やストックホルム症候群といわれるものと共通の概念であると考えられています。虐待されている子どもが、自分を救ってくれない非虐待親/養育者よりも、彼らの安全の可否を握る虐待親/養育者に同調することで、かろうじて自分を守ろうとすることは当然のことかもしれません。

このようなトラウマ性の絆は、子どもの愛着行動や対人関係にも大きな影響を与えると考えられています。



Topics4

年齢別トラウマ反応の特徴

トラウマを体験した後の反応は、子どもの年齢・発達段階・経験などによって異なります。

学童期：

- ・トラウマ体験時に、漫画の主人公のように格好良くふるまえないかったことに、恥の感情や罪障感を抱くことがあります。
- ・具体的なリマインダー（虐待者と同じ髪型の人、事故が起こった運動場の鉄棒、DV目撃時の孤独感など）に容易に反応します。
- ・復讐心を持ち、攻撃的な行動を示すことがあります。
- ・睡眠障害や、集中力・注意力の欠如がよく認められます。
- ・常に身の回りを警戒し、学習に支障が出る場合があります。
- ・簡単に恐怖がふり返り返すため、以前楽しんでいたことを避けることがあります。

青年期：

- ・トラウマ体験時の自分の行動が事態を悪くしたと考え、罪障感を抱くことがあります。
- ・トラウマ後の身体・心理的反応について、「気がおかしくなった」「自分は弱い」「自分だけ他の人と違う」などと考えて隠そうとする傾向があります。
- ・自分や他の人を危険にさらすような行動によってトラウマを再演する傾向があります。
- ・アルコールや薬物使用によってトラウマ後の反応を紛らわせようとすることがあります。
- ・「夜遅くまで勉強したりテレビを見る」「夜遊び」などの背後に睡眠障害が隠れていることがあります。

③ トラウマによる様々な病態

心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD)

1. 再体験症状

著しい恐怖を伴うトラウマ体験の記憶は、通常の処理がなされず、非常に鮮明で断片的なトラウマ性の記憶として脳に保存される可能性があります。

トラウマ性の記憶は、しばしば子どもたちの意思とは無関係に、現在の生活にフラッシュバックや悪夢として侵入してきます。これらの再体験は、あなたも今またそのできごとを体験しているかのような恐怖や身体の生理的反応を引き起こします。

2. 回避症状

トラウマ体験を想起させる活動・場所・人物などを避けようとする努力をしている子どもも多くいます。これらの回避は、嫌な感情や記憶をどこかに押しやるための手立てとしては有効かもしれませんが、回避のために生活が制限されている場合も少なくありません。

大きな物音や怒鳴り声などが引き金になってフラッシュバックが起こるために、外出ができなくなる子どももいます。自宅内で虐待を受けた子どもは、家にある家具を見ると虐待の記憶がよみがえるために、一日中家具を見ないようにするか眠るかのどちらかの方法を取っていました。

このように、回避が起こると、子どもの活動や感情の範囲が狭まり、年齢相応の興味や関心が持たなくなります。

3. 過覚醒症状

トラウマによって、著しい恐怖や不安を体験すると、身体の過剰な興奮がいつまでもおさまらずに続くことがあります。そのために、人ごみなどを過度に警戒したり、日常の生活音に飛び上るほどの驚愕反応を示したりする子どもがいます。また、周囲からは気づかれなけれども、人知れず身体を固くしている子どももいます。

一方、睡眠障害が認められたり、日中の癩癩やイライラが慢性的に続く場合もあります。

Topics 5

PTSD の有病率

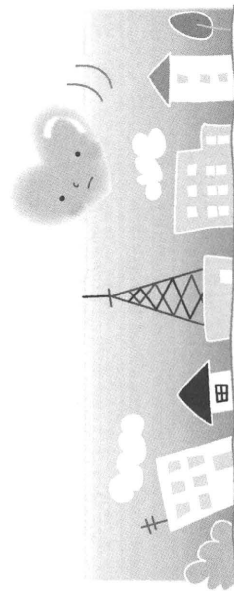
欧米の報告では、一般の子どもにおける PTSD 有病率は、0.5% ~ 10%とされています。自然災害を体験した子どもの PTSD 有病率は、子どもの年齢や調査時期、被害の内容や評価方法などによって大きく異なり、15 ~ 86%などとされています。

一方、子ども虐待を体験した人の PTSD 生涯有病率では、37.5%という報告があります。虐待の中でも性的虐待では、PTSD のリスクがより高くなるといわれています。わが国でも、性的虐待を受けた子ども56%に PTSD が認められ、その他の虐待を受けた子ども (30.6%) よりも高率であったという報告があります。

解離性（転換性）障害

トラウマ体験によってひき起こされる感情が、あまりにも強すぎる場合は、解離や転換というメカニズムを使って、子どもは自分を守ろうとすると考えられています。性的虐待や身体的虐待などの不適切な養育を受けた子どもたちの19～73%に解離性障害が認められるとされています。

トラウマを体験している間、恐怖や痛みを感じなかった（感情・身体感覚の解離）、途中から記憶がない（健忘）、身体が金縛りにあつたように動かなくなつた（転換症状）、自分の魂が抜け出て虐待されている自分をそばから見ていた（離人症状）、などの症状を訴える子どもは少なくありません。これらの解離性（転換性）症状は、トラウマ体験の最中に、苦痛を回避する手立てとしてはある程度有効かもしれませんが、しかし、解離症状や転換症状がその後も長く続き、些細なストレスや葛藤状況で起きるようになると、子どもの生活の質は著しく低下してしまいます。



その他の病態

先述したように、トラウマを体験した子どもの不安定な感情が強まり、制御できなくなると、気分障害、パニック障害・分離不安障害・全般性不安障害・恐怖症性不安障害などと診断されるような病態が認められるようになります。さらには、自傷や自殺関連の問題に発展したり、アルコールや物質乱用・依存などの病態を呈することもあります。

また、過覚醒や過剰な警戒から派生した、多動・注意集中困難・衝動性亢進などの症状は、注意欠如/多動性障害 (ADHD) の診断基準を満たすこともあります。不従順や暴力的行為が高じると、反抗挑戦性障害や素行障害と診断されるようになります。食行動において衝動が制御できなくなると、むちゃ食いなどの摂食障害という形で表出される場合もあります。

一方、学校場面では、成績不良や怠学、あるいは不登校など、学業遂行上の困難に陥ることもあり、学習障害や知的発達遅れのカテゴリーに合致することもあります。

このような病態は、概ね非特異的なもので、トラウマ体験が明らかになつていない場合や、トラウマ体験から長い時間を経過している場合は、トラウマ体験との関連に気づきにくいこともあるため、注意が必要です。

4 ト라우マの評価と診断

子どもが体験したトラウマの性質や程度を、正確に評価することは、その後の治療や支援方針を決定するために不可欠なことです。

保護者との面接

紹介元機関がある場合は、面接の前に、子どもが体験したトラウマや家族の状況などについて、できるだけ詳しい情報を得ておきます。保護者（子ども虐待ケースでは、非虐待親）との面接では、子どもについての情報収集と、保護者自身の精神医学的評価の両方が求められます。

子どものトラウマ体験と症状の情報収集

次ページの点について確認し、子どもが体験したトラウマの程度とそれによって生じていると推定される症状を同定していきます。



聴取内容

①子どもがいつ、どのようなトラウマを体験したのか？

②身体的外傷の有無と程度

③トラウマ体験の最中、および、その後の子どもの行動や反応

④ PTSD 症状の有無 (表 1)

⑤ その他の症状の有無

* 特に PTSD との併存率が高い次の症状には注意します

自傷を含む抑うつ症状

パニック症状や不安症状

注意集中困難、多動、衝動性亢進

解離症状、身体化症状、転換症状、退行

攻撃性や破壊的行動

物質乱用

など

⑥ 今回の体験以前のトラウマ体験や喪失体験の有無

⑦ その他：通常の治療や支援においても収集する情報

生育歴・発達歴・既往歴・家族歴・元来の性格傾向

興味・学校での様子（トラウマ体験前後） など

保護者のトラウマ体験と症状の評価

子どものトラウマは、保護者にとっても大きなストレスとなります。また、子どものトラウマ反応の強さは、保護者のトラウマ反応の強さと関係があるとされています。子どもは、保護者のトラウマそのものへの反応や、トラウマについて話した時の反応にとっても敏感です。このため、保護者の精神状態を適切に評価することが重要です。

診察する医師や支援者は、穏やかに開放的で、はっきりとした態度をとることで、保護者が安心できる場を提供するようにします。

評価ポイント

- ① 保護者自身が、直接トラウマに曝露したかどうか?
- ② トラウマが明らかになった後の保護者の反応
...子どもの話を聞いたときどのように感じたか?
...どのように反応したのか? など
- ③ 保護者の PTSD その他の症状の有無
- ④ 周囲のサポートの有無



Topics 6

保護者や周囲の大人は子どもの反応を過小評価しがち

- 子どもは保護者を悲しませたくないために、トラウマについては話さない傾向があります。
- 保護者は、子どもがひどいトラウマを体験したと信じたがらない傾向があります。
- 保護者は、子どもの反応をトラウマ体験によるものとは考えず、問題行動と捉える傾向があります。
- 保護者自身のトラウマ反応のために、子どもの状態を正確に評価できないことがあります。

表1) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 診断基準 (DSM-IV-TR)

- A. 患者は、以下の2つがともに認められる外傷的なできごと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症を負うような出来事、1度または数度、または自分または他人の身体の安全に迫る危険を、患者が体験し、目撃し、または直面した。
- (2) 患者の反応は強い恐怖、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、まとも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. 外傷的なできごとが、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験されつつげている。
- (1) できごとの反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心象、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) できごとについての反復的な夢。
- 注：子供の場合は、はつきりとした内容のない恐ろ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。
- 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) 外傷的なできごとの1つの側面を象徴し、または類似している内的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) 外傷的なできごとの1つの側面を象徴し、または類似している内的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、あるいは疎遠になっているという感覚。
- (6) 感情の範囲の縮小。
- (7) 未来が短縮した感覚。
- D. (外傷以前には存在していなかった) 持続的な覚醒亢進状態で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠困難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。

子どもとの面接

保護者などから十分情報を収集した後で行います。一度に長時間の診察や面接時間が取れない場合は、保護者と子どもとの面接を別の日に設定することもあります。

発達段階に応じた方法で、子ども本人から直接聴取することによって、トラウマ体験の程度やそれによって生じている症状を同定します。子ども自身の表出を促すことは、正確な評価のために必要なだけでなく、治療や支援の面からも有効であるといわれています。

ただし、知的障害・発達障害のある子どもや就学前の子どもへの直接面接について、コンセンサスが得られたものではありません。

聴取内容

- ① トラウマ体験についての記憶
- ② 体験後に起こった反応
- ③ PTSD 症状やその他の症状の有無
- ④ トラウマをどのようにとらえているか
…何が原因であると考えているか？
…自分に責任があるか？ など
- ⑤ トラウマ体験後の周囲の反応について
…支えられたと感じているか？
…子どもの話を周囲は信じてくれたか？ など

面接時にもとめられる態度

通常の臨床や支援と基本的に大きな違いはありません。しかし、傷ついた子どもにとって、面接する医師や支援者の言動は、特に大きな影響を与えるため、注意が必要です。

評価ポイント

- ① 子どもが理解しやすいことばを使う。
- ② 子どもが安心できる場を提供し、支持的に接する。
- ③ 自発的な語りを尊重し、子ども自身が表現したことばを使う。
- ④ 開放系の質問を用いて非誘導的に質問する。
…「何が起こりましたか？」「誰がそれをしましたか？」 など
…「どこで？」「いつ？」「どんなふう？」 など
- ⑤ 細部を確認するために、具体的質問をする。
- ⑥ 子どもの感情表出を促し、共感的に感じる。
…「そのときどのように感じましたか？」 など
…「何を考えましたか？」 など
ただし、深刻な内容などのために、子どもが声を落としたとしても、普段のトーンで応じる方がよいといわれています。
その方がむしろ、子どもは話してもいいんだという安心感をもちます。
- ⑦ 批評や批判は厳に慎む。

面接の開始と終了の仕方

基本的には、通常の臨床や支援と同様です。まず、今回の診察や面接の目的を共有します。

●子ども自身がトラウマ体験について話したいと思っている場合

子どものペースを尊重しながら、トラウマ体験について聴取し始めます。トラウマ体験について聴取した後は、必ず、「話してくれたありがとう」「勇気を出して話すことができましたね」などとねぎらいます。また、必ず、トラウマについての心理教育（次項）をした後、診察を終了します。

●子どもがトラウマ体験について話したがらない場合

「あなたが体験したことを話したいと思うようになっただらお話ししてね」など、無理強いせず保留し、子どもが自発的に話したいと思うまで待ちます。トラウマについての一般的な心理教育や、話すことが回復に役に立つということについて穏やかに説明しておくことも有効です。

※できごとチェックリストの活用（次頁参照）

自記式の問題票を記入してもらった後で聴取すると、自然に話すことができる場合があります。先行するトラウマ体験について知ることができます。

●トラウマ体験については話したがらないが、症状についての訴えがあり治療を希望する場合

子どもの二一ドを優先します。

利用可能な症状評価尺度

欧米のガイドラインでは、子どもの自発的な訴えを聴取するという従来の臨床評価では PTSD 症状の大部分が明らかにはならないとされています。

このため、面接時には、個々の子どもの体験に即して、具合的に、PTSD 症状の有無や程度について聴取することが推奨されています。米国児童青年精神医学会のガイドラインでは、専門機関を訪れたすべての子どもを対象に、トラウマ体験の有無と PTSD 症状について、スクリーニングするように推奨しています。

トラウマ体験によって生じる反応や症状を同定する際に、自記式の質問紙が役立つ場合があります。点数化されるので、治療や支援による経時変化を評価することもできます。

■ CAPS-CA できごとチェックリスト

・児童青年の PTSD 症状と関連症状を評価するためにデザインされた半構造化面接である、PTSD 臨床診断面接尺度（児童思春期用、DSM-IV 版）（Clinician Administered PTSD scale for Children and Adolescents CAPS-CA）で使われる。

・過去のトラウマ体験の有無についての質問は 15 項目。自記式。

・Nader ら著。日本語版は、大澤智子・田中究試。

・日本語版入手先

神戸大学医学部附属病院精神神経科（田中究試）連絡。

〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-1

■ UCLA PTSD Index for DSM-IV (UPID)

- ・対象は7～18歳の子ども。面接もしくは自記式47項目。(外傷体験に関する質問27、PTSD症状の頻度に関する質問20)
- ・子どものトラウマ体験を同定し、外傷症状とPTSD症状を評価する。
- ・Pynoosら著。日本語版は、明石加代・藤井千太・加藤寛記。
- ・日本語版入手先
兵庫県こころのケアセンター（第1研究室宛）連絡。
〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

■ 子ども用トラウマ症状チェックリスト

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC-A)

- ・対象は8～16歳の子ども。自記式54項目。標準化済み。
- ・トラウマや虐待後のPTSD症状を評価する。
- ・ジョン・ブリア著/西沢哲訳。金剛出版で購入可能。

■ 改訂出来事インパクト尺度

Impact of Events Scale Revised (IES-R)

- ・7歳以上の子どもに使用可。自記式22項目。成人での標準化済み。
- ・トラウマ体験後のPTSD関連症状を評価する。
- ・Weiss & Marmar 著。日本語版は、飛鳥井望訳。
- ・日本語版の入手先
財団法人 東京都医学総合研究所（飛鳥井望宛）連絡。
〒156-8506 東京都世田谷区上北沢2丁目1番6号

■ CBCL Child Behavior Checklist

- ・対象は4～18歳の子ども。保護者が評価。
- ・トラウマ体験後の子どもの情緒・行動面を評価する。
- ・Achenbach 著。日本語版は、井淵知美・上林靖子・中田洋二郎ら訳。
- ・スペクトラム出版で購入可能。

Topics 7

子どものPTSD診断の特徴

- 概ね8歳以上の子どもは、成人と同様の症状を示すということがわかっています。しかし、就学前の子どもの診断基準については、まだ十分合意が得られたものではありません。
- 子ども特有の反応が認められる場合もあります（DSMにおける注を参照）。一般的に、年齢が低いほど凄然とした不安、退行、身体症状として表出されやすいといわれています。また、「問題行動」として外在化されることもあります。
- 子どものPTSDは、不均一な病態であると考えられています。欧米のガイドラインでは、PTSD類似の他のさまざまな精神疾患や身体疾患の鑑別診断が重要であることが強調されています。
- トラウマを体験した子どもがしばしばPTSD以外の症状を示すことがあります。
- 他の疾患であると診断された子どもがトラウマを体験している、あるいは、PTSDを合併していることがあります。
- PTSD症状が、他の疾患の症状と鑑別されていることがあります。

トラウマを体験した子どもとその家族の診療において、最も重要なことは、「安心感の保障」であるとされています。何かを提供するという以前に、治療者や支援者が「子どもや家族を傷つけない」ということに細心の注意を払う必要があります。

また、被害を受けた子どもと家族が、「自分でコントロールできている」という感覚を取り戻すことが、治療や支援目標の一つとなります。それだけに、子どもや家族のニーズを大切にすることが不可欠です。



保護者と子どもへの心理教育

トラウマ診療の重要な要素です。欧米のPTSD治療ガイドラインにおいても、PTSD治療の第一段階は、「子どもと家族への心理教育である」ことが明記されています。

トラウマを体験した子どもと家族は、あまりのショックのために内面の大きな混乱を経験します。また、認知面においても様々な変化が認められます。まずは、自分自身に起こっている反応や症状について知ること、そして、その反応が当然の妥当なものであることを理解する必要があります。心理教育は、この過程を推進するものです。適切な心理教育をすることで、症状が軽減される場合も少なくありません。心理教育は、「トラウマ焦点化認知行動療法」においても、重要な要素として位置づけられています。

*トラウマの心理教育については、本研究班作成の「ここからからのケア〜ところが備ったときのために〜」を参照してください。冊子は、前半が子ども用、後半が保護者用となっています。子ども本人への心理教育は、冊子を参照しながら、個々の子どもの体験に即して説明するようにします。また、子どもと対話形式で行い、できるだけ一方的な説明にならないようにします。保護者にも同様の説明をした後、冊子を持ち帰ってもらいます。

薬物療法

薬物療法は、トラウマを体験後、子どもの反応や症状がひどい場合や長引く場合、生活改善や自己コントロールのために実施するものです。PTSD 症状が重篤なために心理療法に導入することができない場合、あるいは、トラウマ焦点化認知行動療法にアクセスが困難な場合は、薬物療法が第一選択となりうるとされています。

通常の臨床と同様、現在認められる症状を同定し、症状に対応した薬物を選択します。ただし、薬物療法開始前には、十分な心理教育を行うことが必要です。トラウマを体験した子どもや保護者が、服薬に抵抗感を持つ場合も少なくありません。自責感や回避麻痺症状が認められる場合などは特に注意が必要です。このような場合は、同意を得るためにできる限りの説明を尽くし、子どもと家族の安心感を守ることが重要です。

(注) 現段階で PTSD に適応が認可されている薬物はありません。

現段階で各症状に有効であると報告されている薬物は右頁のようなものです。最も薬物療法に反応しやすい症状は、過覚醒症状であるといわれています。また、不安症状・気分障害・再体験症状など広範囲な症状を示す子どもに対しては、SSRI が推奨されています。



- セロトニン系薬剤：
SSRI は再体験症状・不安・抑うつ気分・強迫症状・衝動的な怒りなどに効果が報告されています。トラゾドンやシプロヘプロブタジンは、単独もしくは SSRI と併用して、特に PTSD の子どもの睡眠障害や悪夢に対して使用されています。
- アドレナリン系薬剤：
α2 アゴニスト(クロニジン)、β アンタゴニスト(プロプラノロール) は、過剰覚醒・衝動性・過活動・睡眠障害・悪夢を軽減すると報告されています。
- ドーパミン系薬剤：非定型抗精神病薬
難治性の PTSD・妄想性の行動・幻覚様の現象・強いフラッシュバック・自己破壊的行動・爆発的怒り・精神的症状などに有効であるとされています。リスペリドン・クエチアピン・クロザピンなどで報告があります。
- 三環系抗うつ剤：
副作用の面から、子どもの精神医学の中でもほとんど使用されていませんが、低容量 (1 mg/kg) のイミプラミンが火傷を負った子どもの睡眠時のフラッシュバックや不眠に効果があつたという報告があります。
- 感情調整薬：
カルバマゼピンが PTSD 症状の軽減に有効だったと報告されています。
- ベンゾジアゼピン系薬剤：
PTSD 症状への効果が実証されていません。

認知行動療法

PTSDは過去の記憶のネガティブな体験についての記憶の処理が適切に行われなかった場合におおえると考えられます。人間の脳は嫌な体験をすると、その出来事を正確に覚えるよりも、自分なりに決着をつける適応的情報処理をしようとして作られています。衝撃が大きすぎるとこの適応的情報処理が働かず、記憶の断片が鮮明に残り、悪夢やフラッシュバックの症状になります。認知行動療法は、記憶の適切な処理機能を取り戻すための治療プログラムであると考えられています。

欧米では、子どものPTSD症状、うつ症状、不安症状、問題行動などに最も有効性が実証されているのは、トラウマ焦点化認知行動療法 Trauma-focused CBT (TF-CBT) です。

海外では、主に、性的虐待を受けた子どもたちを対象にしていますが、最近では、複合的なトラウマを体験した子ども、テロの被害にあった子どもや外傷性悲嘆を経験した子どもたちにも実践されています。また、学校や医療現場、司法領域や児童福祉領域、難民キャンプなどでも幅広く活用されています。



トラウマ焦点化認知行動療法：TF-CBT

いくつかのTF-CBTプログラムに共通する構成要素は、「PRACTICE」の頭文字で表されます。

「心理教育 (Psychoeducation)」は、自分の状態を適切に理解し、自責感や罪障感を軽減するために必要な要素です。「リラクゼーション(Relaxation)」技法は、からだだとここをコントロールする技術を習得するための第一段階となります。また、自分の感情を同定し表出する練習 (Affective expression and modulation) や、思考・感情・行動の関係に気づき、非機能的な思考を修正していくための要素 (Cognitive coping) も重要とされています。

これらの要素は、トラウマを体験した子どもたちが、自尊感情や自己コントロール力を回復するために有効であると考えられており、プログラムのすべての段階で、柔軟に繰り返し実践されます。

トラウマ体験を直接治療的に扱う中核的要素は、「認知の修正 (cognitive coping and processing)」、「トラウマ物語作り (trauma narrative)」、「実生活内のリマインダーの統制 (in vivo mastery of trauma reminders)」などです。恐怖や自責のために回避していたトラウマ体験の記憶を想起し、詳細に書く、あるいは語るることによって、トラウマを体験した時の感情・身体感覚・思考などを体験しなおし、それまでの断片的な記憶を統合し、さらに、現在の非論理的な認知を再構成するのです。この作業を通して、記憶にまつわる様々な感情や感覚を自分の力でコントロールすることが可能になると考えられています。

TF-CBTでは、成人のプログラムに比べて、より漸進的にトラウマ記憶に曝露できるように配慮されています。また、プログラムの運用は、個々の子どもの状態に合わせて柔軟になされるべきであるとされています。

成人の PTSD 療法

次に紹介する PE や EMDR は、アメリカで発表された新しい PTSD に対する心理療法です。欧米の PTSD 治療ガイドラインにおいて、成人の PTSD に対して効果が実証されているとして推奨され、わが国でも実践されています。

TF-CBT の構成要素

- P**: psychoeducation (心理教育)
parenting treatment (養育者の治療)
- R**: relaxation (リラクゼーション)
- A**: affective expression and modulation (感情表現と調節)
- C**: cognitive coping and processing (認知の修正)
- T**: trauma narrative (トラウマ物語作り)
- I**: in vivo mastery of trauma reminders (実生活内のリマインダーの統制)
- C**: conjoint child-parent sessions (親子合同セッション)
- E**: enhancing future safety and development (将来の安全感と発達強化)

長時間曝露法：PE療法 (Prolonged Exposure Therapy)

PE療法は PTSD 治療ガイドラインで推奨される成人の PTSD に対してエビデンスを持った治療法です。週1回90分~120分間のセッションを10~15週おこなうものです。恐怖を覚える事象、状況、記憶やイメージに、安全な環境下で患者が向き合うことを促すためにデザインされた技法です。PE療法の内容は以下のとおりです。

- 1) トラウマとその反応に対する心理教育
- 2) 不安に対する対処としての呼吸法
- 3) 現実生活内曝露…トラウマ関連の恐怖のために回避していた事象への段階的接近
- 4) 想像曝露…セッションの間、トラウマ記憶を繰り返し思い出し、それを語る。さらにセッションの内容を録音しておいて、ホームワークとして毎日聞く
- 5) プロセッシング…想像曝露の過程で出てきた考えや気持ちについて話し合い、非機能的な認知を修正する