

子どものトラウマ診療 ガイドライン



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、長期にわたり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

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	34



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～

欧米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、80.3%（自然災害をのぞくと53.1%）が、何らか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阻害されます。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、暴発させ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. 非機能的な認知

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認知は、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、周囲の人たちとのアタッチメント関係や、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認知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不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在化する問題と比べると、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かわか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ったできごとが起こら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・癩癩・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、突然の癩癩や激怒、自分や周囲の人を傷つけるような無謀な行動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っ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ふことがあります。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ふこともあります。

Topics 2

モデリング

虐待された子どもは、虐待をする親／養育者の不適応行動や物事への対処戦略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。

Topics 3

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、子どものアタッチメント行動や対人関係にも大きな影響を与えていると考えられています。



Topics 4

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かったことに、恥の感情や罪責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。
- ・簡単に恐怖がぶり返すため、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、罪責感を抱くことがよくあります。
- ・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場合があります。
- ・「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場合があります。

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

1. 侵入症状

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ます。

これらの記憶は、本人の意思とは無関係に繰り返し想起され（悪夢の場合もある）、できごとを体験している時と同じような心理的苦痛や身体的反応が引き起こされます。

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事です。そのできごとのことを考えないようにしたり、話さないようにしている場合もあります。回避をすると、一時的に苦痛は避けられますが、生活の範囲が制限されてしまうことがあります。また、回避症状が強い場合は、誰かに相談することもできなくなります。

3. 認知や気分の異常

トラウマ体験の重要な部分を思い出せない、必要以上に長く自分を責めたり、周囲の人を責めたりする症状です。また、肯定的な感情を生き生きと感じられなくなるため、以前楽しめていた活動をしなくなったり、ひきこもり状態になることもあります。

4. 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、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、日中の痲癢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の 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慢性反復性のトラウマを体験した子どもたちの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）、身体が金縛りにあったように動かなくなった（身体感覚の解離）、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）の特性と類似しています。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の症状と鑑別が困難になります。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、学習障害や知的障害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、併存することが多いので、トラウマ体験が明らかになっていない場合や、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

トラウマの評価と診断

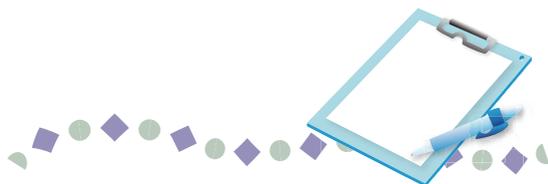
子どもが体験したトラウマの性質や程度を、正確に評価することは、その後の治療や支援方針を決定するために不可欠なことです。

養育者との面接

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。養育者（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、養育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 (P.18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、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

養育者のトラウマ体験と症状の評価

子どものトラウマは、養育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、養育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、養育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、養育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、穏やかで開放的で、はっきりとした態度をとることで、養育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 養育者自身が、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養育者の反応
 - …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 養育者の PTSD その他の症状の有無
- ④ 周囲のサポートの有無

Topics 6

養育者や周囲の大人は子どもの反応を過小評価しがち

- 子どもは養育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。
- 養育者は、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。
- 養育者は、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。
- 養育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-5)

注：以下の基準は成人、青年、6歳を超える子どもについて適用する。

A. 実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：

- (1) 心的外傷的出来事を直接体験する
- (2) 他人に起こった出来事を直に目撃する
- (3) 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうになった出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない
- (4) 心的外傷的出来事の強い不快感をいまだく細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする（例：遺体を収集する緊急対応要員、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警官）

注：基準A4は、仕事に関連するものでない限り、電子媒体、テレビ、映像、または写真による曝露には適用されない

B. 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在：

- (1) 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶
注：6歳を超える子どもの場合、心的外傷的出来事の主題または側面が表現された遊びを繰り返すことがある
- (2) 夢の内容と情動またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢
注：子どもの場合、内容のはっきりしない恐ろしい夢のことがある
- (3) 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状（例：フラッシュバック）（このような反応は一つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる）
注：子どもの場合、心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある
- (4) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛
- (5) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに対する顕著な生理学的反応

C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。心的外傷的出来事の後に始まり、以下のいずれか1つまたは両方で示される

- (1) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情の回避、または回避しようとする努力

- (2) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を呼び起こすことに結び付くもの（人、場所、会話、行動、物、状況）の回避、または回避しようとする努力
- D. 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。
- (1) 心的外傷的出来事の重要な側面の想起不能（通常は解離性健忘によるものであり、頭部外傷やアルコール、または薬物など他の要因によるものではない）
 - (2) 自分自身や他者、世界に対する持続的で過剰に否定的な信念や予想（例：「私が悪い」、「誰も信用できない」、「世界は徹底的に危険だ」、「私の全神経系は永久に破壊された」）
 - (3) 自分自身や他者への非難につながる、心的外傷的出来事の原因や結果についての持続的でゆがんだ認識
 - (4) 持続的な陰性の感情状態（例：恐怖、戦慄、怒り、罪悪感、または恥）
 - (5) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
 - (6) 他者から孤立している、または疎遠になっている感覚
 - (7) 陽性の情動を体験することが持続的にできないこと（例：幸福や満足、愛情を感じることができないこと）
- E. 心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。
- (1) 人や物に対する言語的または肉体的な攻撃性で通常示される、（ほとんど挑発なしでの）いらだたしさと激しい怒り
 - (2) 無謀なまたは自己破壊的な行動
 - (3) 過度の警戒心
 - (4) 過剰な驚愕反応
 - (5) 集中困難
 - (6) 睡眠障害（例：入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り）
- F. 障害（基準B、C、DおよびE）の持続が1カ月以上
- G. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、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。
- H. その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

子どもとの面接

養育者などから十分情報を収集した後で行います。養育者と同席では、子どもが養育者に気兼ねをして、本当のことを話さないかもしれません。子どもが安心できる環境を整えた上で、基本的には、子ども単独での面接を目指します。

発達段階に応じた方法で、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。

聴取内容

- ① いつ、どのようなトラウマを体験したのか？
- ② 体験後に生じた反応
- 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？
…自分に責任があると思っているか？ 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。

評価時のポイント

- 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?」
…「どこで?」「いつ?」「どんなふうに?」 など
- ⑤ 細部を確認するために、具体的質問をする。
- ⑥ 普段のトーンで話す。
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、「話してくれてありがとう」「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くない場合

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。

※絵本の活用

心理教育用の絵本を子どもと一緒に繰り返し読むことで、子どもの抵抗感がなくなる場合もあります（P.34 引用文献参照）。

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。

■ PTSD臨床診断面接尺度 (DSM-5)児童思春期版 Clinician-Administered PTSD scale for DSM-5 Child/Adolescent version (CAPS-CA-5)

- ・ 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。
- ・ 子どもの PTSD 評価尺度のゴールドスタンダード。
- ・ DSM-5 に沿って症状の有無と重症度を評価する。
- ・ National Center for PTSD 発行。
- ・ 日本語版は兵庫県こころのケアセンターで作成中。

■ DSM-5版UCLA心的外傷後ストレス障害インデックス (児童青年期用) ©

UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 Children/Adolescents ©

- 対象は 7～18 歳の子ども。面接もしくは自記式。
(外傷体験に関する質問 23、PTSD 症状に関する質問 31)
- 子どもトラウマ体験を同定し、PTSD 症状を評価する。
- Pynoos 著。日本語版は、高田・亀岡・大澤・加藤訳。
- 日本語版入手先
Behavioral Health Innovations (<https://www.reactionindex.com>) より購入。
または、誠信書房より出版予定。

■ 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／西澤哲 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
一般社団法人 日本トラウマティック・ストレス学会ホームページ
(<http://www.jstss.org/topics/886.php>) よりダウンロード可能。

■ 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。
- ・Achenback 著。日本語版は、井濶知美・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7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。DSM-5では、初めて6歳以下の子どものPTSD診断基準が示されました。
- 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、年齢が低いほど漠然とした不安・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、他の疾患の症状と誤診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、「安全感の保障」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。



養育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、この過程を促進するものです。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、「トラウマフォーカスト認知行動療法」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「こころとからだのケア～こころが傷ついたときのために～」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選択するものです。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、トラウマフォーカスト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。

現在わが国では、成人の PTSD への治療薬として、パロキセチン・セルトラリンが認可されていますが、子どもの PTSD への薬物療法の効果は十分検証されているとはいえない状況です。

よって、現段階では、成人の処方準じて、慎重に薬物の種類と量を選択し処方するのが一般的です。

(参考)一般社団法人日本トラウマティック・ストレス学会のホームページ (http://www.jstss.org/wp/wp-content/uploads/2013/09/JSTSS-PTSD_薬物療法ガイドライン第1版.pdf) では、成人の薬物療法のフローチャートが紹介されています。

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こると考えられています。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するように作られています。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されています。

子どものPTSDへの有効な認知行動療法として、国内外で最も実践されているのは、Deblinger,Cohen,Mannarinoによって開発された、トラウマフォーカスト認知行動療法（Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy,TF-CBT）です。TF-CBTは、四半世紀の歴史を持ち、米国を始めさまざまな国で、その有効性が報告されています。

わが国においても、十分実践可能であることが報告されており、いくつかの機関でその有効性についての実証研究が進められています。



トラウマフォーカスト認知行動療法：TF-CBT

TF-CBTは、「PRACTICE」の頭文字で表される治療要素から構成されています。「心理教育（Psychoeducation）」は、自分の状態を適切に理解し、自責感や罪責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、からだところ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、自分の感情を表出し調整する練習（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、「トラウマナラティブ&プロセッシング（trauma narrative & processing）」、「実生活内のリマインダーの統制（in vivo mastery of trauma reminders）」の要素などです。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、非機能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、より段階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。

TF-CBT の構成要素

P: psychoeducation (心理教育)

parenting skill (ペアレンティングスキル)

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 (認知コーピング)

T: trauma narrative & processing
(トラウマナラティブ&プロセッシング)

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
(将来の安全と発達の強化)

参考) 6歳以下の子どものPTSD診断基準 (DSM-5より引用)

- A. 6歳以下の子どもにおける、実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：
- (1) 心的外傷的出来事を直接体験する。
 - (2) 他人、特に主な養育者に起こった出来事を直に目撃する。
注：電子媒体、テレビ、映像、または写真のみで見た出来事は目撃に含めない。
 - (3) 親または養育者に起こった心的外傷的出来事を耳にする。
- B. 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在：
- (1) 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶
注：自動的で侵入的な記憶は必ずしも苦痛として現われるわけではなく、再演する遊びとして表現されることがある。
 - (2) 夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢
注：恐ろしい内容が心的外傷的出来事に関連していることを確認できないことがある。
 - (3) 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状（例：フラッシュバック）（このような反応は一つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる）。このような心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある。
 - (4) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛
 - (5) 心的外傷的出来事を想起させるものへの顕著な生理学的反応
- C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避、または心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化で示される、以下の症状のいずれか1つ（またはそれ以上）が存在する必要がある、それは心的外傷的出来事の後に発現または悪化している。

刺激の持続的回避

- (1) 心的外傷的出来事の記憶を喚起する行為、場所、身体的に思い出させるものの回避、または回避しようとする努力
- (2) 心的外傷的出来事の記憶を喚起する人や会話、対人関係の回避、または回避しようとする努力

認知の陰性変化

- (3) 陰性の情動状態（例：恐怖、罪悪感、悲しみ、恥、混乱）の大幅な増加
- (4) 遊びの抑制を含め、重要な活動への関心または参加の著しい減退
- (5) 社会的なひきこもり行動
- (6) 陽性の情動を表出することの持続的減少

D. 心的外傷的出来事と関連した覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化しており、以下のうち2つ（またはそれ以上）によって示される。

- (1) 人や物に対する（極端なかんしゃくを含む）言語的または身体的な攻撃性で通常示される、（ほとんど挑発なしでの）いらだたしさと激しい怒り
- (2) 過度の警戒心
- (3) 過剰な驚愕反応
- (4) 集中困難
- (5) 睡眠障害（例：入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り）

E. 障害の持続が1カ月以上

F. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または両親や同胞、仲間、他の養育者との関係や学校活動における機能の障害を引き起こしている。

G. その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）またはほかの医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. www.aacap.org , 2009.
- American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, American Psychiatric Publishing.VA 2013.
(日本精神神経学会監修：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 2014)
- Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al.: Reliability and Validity of Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J) : Forstudies on different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease, 190:175-182, 2002.
- Briere J. : Trauma Symptom Inventory Professional Manual. Odessa FL.:Psychological Assessment Resources. 1995. (西澤哲訳：子ども用トラウマ症状チェックリスト (TSCC) 専門家のためのマニュアル. 金剛出版, 2009)
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, Berliner L: Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2009.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E : Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. Second Ed. The Guilford Press, New York,2017.
- Fairbank JA & Fairbank DW : Epidemiology of Child Traumatic Stress. Current Psychiatry Reports, 11 : 289-295, 2009.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2010. (飛鳥井望監訳：PTSD 治療ガイドライン第2版. 金剛出版, 東京, 2013)

- Foote B et al. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 163 (4): 566-8, 2006.
- Holmes MM. : A Terrible Things Happened. Magination Press, Washington DC, 2000 (飛鳥井望、亀岡智美監訳: こわい目にあったアライグマくん. 誠信書房, 東京, 2015.)
- 井瀬知美, 上林靖子, 中田洋二郎他: Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発. *小児の精神と神経*, 41(4); 243-252, 2001.
- International Society for Traumatic Stress Studies: Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations. https://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx
- Jessie.: Tell! Hazelden Foundation, Minnesota, 1991. (飛鳥井望, 亀岡智美監訳. ねえ、話してみて! 誠信書房, 東京, 2015.)
- Kameoka S, Yagi J, Arai Y, et al.: Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: a Pilot Study. *International Journal of Mental Health System*, 9:26. Doi:10.1186/s13033-015-0021-y. 2015.
- Mizuta I, Ikuno T, Shimai S, et al : The prevalence of traumatic events in young Japanese women. *J Trauma Stress*, 18 (1): 33-7,2005.
- National Child Traumatic Stress Network : Understanding Child Traumatic Stress. www.NCTSN.org , 2010.
- National Crime Victims Research and Treatment Center & Center for Sexual Assault and Traumatic Stress : Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment. Revised Report: April 26, 2004.
- National Institute for Clinical Excellence : The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk, 2005.
- 清水将之、野田隆峰: 子どもの PTSD. (中根允文、飛鳥井望責任編集: 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD) 中山書店, 2000)
- 杉山登志郎: 性的虐待のトラウマの特徴. *トラウマティック・ストレス*, 6 (1): 5-14, 2008.
- Takada S, Kameoka S, Okuyama M, et al.: Feasibility and psychometric properties of the UCLA reaction index for DSM-5 in Japanese youth: A multi-site study. *Asian Journal of Psychiatry*, 33; 93-98, 2018.



本冊子は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金(育成疾患克服等次世代育成基盤研究事業 H20-子ども一般-006主任研究者:奥山眞紀子)「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)により作成され、平成31年に改訂されたものです。

イラスト : 武井陽子

第3版 平成31年3月1日発行

発行者:子どもの心の診療ネットワーク事業 中央拠点病院
国立成育医療研究センター こころの診療部
〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

子どもの心の健康をネットワークでサポート

子どもの心の診療ネットワーク事業

厚生労働省雇用均等・児童家庭局事業

社会環境の変化や深刻な災害や事故などの増加により、子どもの心の問題が深刻化し、専門的な診療の充実が求められています。そんな要望に対応するため、厚生労働省は平成 20 年度に地域における子どもの心の診療の中核となる**拠点病院**の整備とネットワーク作りに着手し、モデル事業「子どもの心の診療拠点病院機構推進事業」をスタートしました。平成 23 年度より、さらなる事業の拡充とより良い診療体制をつくるため「子どもの心の診療ネットワーク事業」と名称を変えて本格事業化し、現在に至ります。

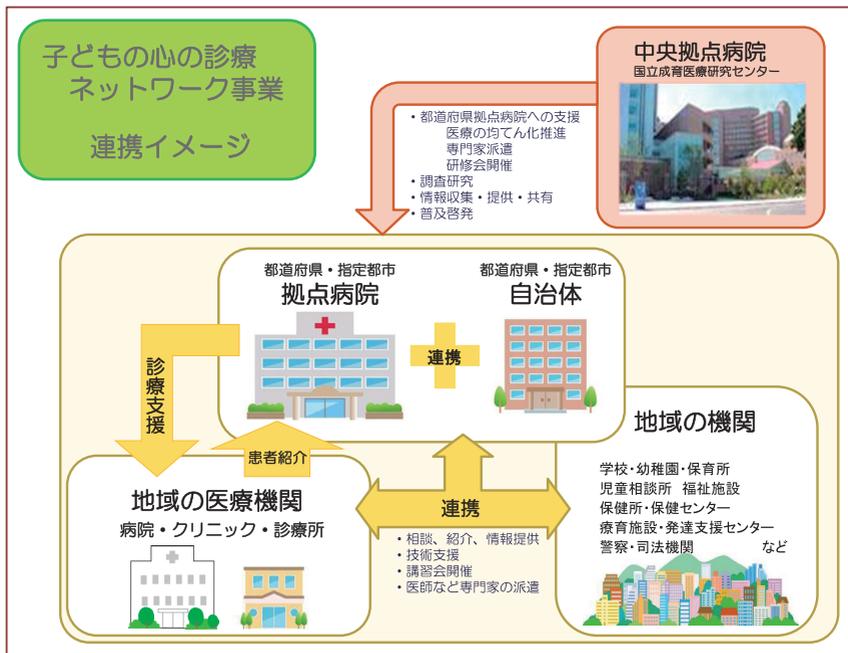
「子どもの心の診療ネットワーク事業」では、都道府県・指定都市などの地方自治体と地域の**拠点病院**が協力しあい、一般病院や診療所・児童相談所・保健所・発達障害者支援センター・療育施設・福祉施設・学校等の教育機関・警察などと連携して子どもたちの心の問題の発見とケアの充実を図っています。また、地域でよりよい診療を行うために、子どもの心を専門的に診療できる医師や専門職の育成、講演会やシンポジウムを通じて市民に向けた子どもの心の問題に関する正しい知識の普及などを実施。さらに、地域内のみならず、事業に参画している自治体同士の連携も強化され、それぞれの地域が抱える問題を解決するための話し合いや、実施している事業に関する情報共有も盛んに行われています。

本事業に参画している自治体では、行政の管轄や機関の壁を越えた子どもの心のサポートの連携が可能となり、地域の実情に合わせたさまざまな施策に取り組んでいます。

本事業に関する詳細は

「子どもの心の診療ネットワーク事業」

中央拠点病院 HP : <http://www.ncchd.go.jp/kokoro/index.html>





本冊子は、平成22年度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 H20-子ども-一般-006により作成されました。

第3版 平成31年3月1日発行

発行者: 子どもの心の診療ネットワーク事業 中央拠点病院
国立成育医療研究センター こころの診療部
〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

