

奥 山 眞紀子*

要 旨

1995年に起きた阪神淡路大震災以来、日本でも子どもの外傷後ストレス障害(PTSD)が注目を集めるようになった。しかし、外傷後ストレス障害が精神障害と位置づけられたのはわずか20年前であり、小児に関する研究は、盛んになってきてはいるものの、まだまだ解明されていない点が多い。一方、虐待や災害だけではなく、事故、極端の痛み、入院などが外傷体験となつて、PTSDとなる場合もあり、小児科医としても知識が必要な障害である。本論文では、現時点での小児の外傷後ストレス障害に関する知見を、その認識の歴史、診断、症状に影響する要因、初期介入、治療に整理し、筆者の経験も含めながら解説した。

I. 外傷後ストレス障害に対する認識の発達

外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder: PTSD) が正式な精神医学的診断名となったのは、1980年に作成されたアメリカ精神医学会の診断基準 Diagnostic and Statistical Manual III (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) であった¹⁾。もちろん、それ以前から PTSD は存在したが、別の診断名でよばれていたのである²⁾。たとえば、19世紀には転換性もしくはヒステリー性神経症と考えられていたという。

この PTSD という概念の発達とは20世紀の戦争の歴史とともにあったといっても過言ではない。第一次世界大戦中には、兵隊たちが陥るこのような症状は弾薬が爆発したことによる神経

学的異常ととらえられており、弾薬ショック (shell shock) とよばれていたという。その後、それらが心理的な傷によるものだということがわかり、戦闘神経症 (combat neurosis) と名前が変わり、第二次世界大戦時に外傷神経症 (traumatic neurosis) とよばれるようになり、回復のためには外傷記憶を意識的に想起させる必要性に言及されるようになってきた。そして次に多くの専門家の興味を引いたのは、ベトナム戦争後の PTSD の問題であり、退役軍人たちの活動が背景にあった。当時、レイプや性的虐待やドメスティックバイオレンス (DV) を受けた女性たちに認められたレイプ外傷症候群 (rape trauma syndrome) がフェミニスト活動において注目されていた。この2種類の活動の結果、精神科の診断として組み入れられたのである。

日本では PTSD が一般にも知られるように

* Makiko OKUYAMA 埼玉県立小児医療センター保健発達部・精神科

[連絡先] ☎ 339-8551 岩槻市馬込 2100 埼玉県立小児医療センター保健発達部・精神科

なったのは、1995年に起きた阪神淡路大震災と地下鉄サリン事件がきっかけであった。その後は大きな事件が起きると被害者の「心のケア」の必要性が言及されるようになった。また、犯罪被害者の権利の問題なども絡み、警察でも被害者対策に乗り出し、被害者の心の傷への配慮もなされるようになってきた。

II. 小児の PTSD に対する認識

大人の PTSD は正式に精神科的診断名となっても、子どもの PTSD に関しては、あまり存在しないと考えられていた時期がある¹¹⁾。大人たちは子どもたちにそのような心の傷が存在することは否定したいからである。同様のことは繰り返し起きてきた。たとえば、喪失体験による精神的影響に関しても、性的虐待の精神的影響に関しても、子どもは事情が理解できず、記憶に残らず、適応能力が大きいので、大人ほど問題ないと考えられていたのである¹³⁾。子どもたちは自分に耐えがたい状況が存在するのを否認する傾向が強く、自分の感情を切り離して、何も感じていないような行動をとる。そのため大人たちは、自分の希望も重なり、子どもはあまり精神的影響を受けないと結論づけてしまうことが多い。しかし実際には、認識力に限界があり、自分だけでは生きていくことのできない子どものほうが、外傷や喪失の影響を受けやすいのである。

子どもに関する研究の幕開けは、のっとられて地下に埋められたスクールバスに乗っていた子どもたちの症状と治療について記載された Terr の論文²¹⁾である。その後、自然災害⁶⁾、学校での銃の乱射¹⁸⁾、性的虐待⁵⁾などによる子どもの PTSD 研究が行われ、1987年に改定された DSM-III-R には子どもの特徴について取り入れられ、DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) に継続されている。

日本では、大人に関する PTSD の認識が遅かったせいか、大人と子どもに関する認識のずれは少なかった。阪神淡路大震災時に子どもに関する PTSD が広く認識されるようになり¹²⁾、現在では被害を受けた子どもに対する「心のケア」も重視され始めた。しかし、親たちの認識はまだ十分とはいえない。とくに幼児期早期の子どもたちに関しては、親も外傷体験への反応ととらえることが少ない。筆者も交通事故後に著明な PTSD 症状を示した2~3歳の子どもたちの親や、虐待を受けた幼児期の子どもとの親で、子どもはわかっていないので恐怖を感じて心が傷ついているとは考えられなかったと語る親が多いことを経験している。

III. PTSD の診断

表に DSM-IV の PTSD および急性ストレス障害 (ASD) の診断基準を示す。恐怖体験による反応が起こるのはあたりまえであるが、心的外傷が極度に強い場合は ASD、ある程度以上の症状が1カ月以上続いて、社会的機能を障害しているときに PTSD と考えてよい。

1. 恐怖体験

診断基準ではまず、恐怖体験の存在について規定している。しかし、PTSD を引き起こす恐怖体験とは主観的なものである。大人には大したことがないことでも存在を脅かされるような体験となることがある。たとえば、親から度々「捨てる」と脅されて、ときには一人にされるといった体験は子どもにとっては暴力を受ける以上に恐怖の体験となる可能性もある。子どもは依存する存在であり、常に守られている感覚がなければ安心できない。したがって、その守られている感覚が崩されるような体験はすべて外傷体験となる可能性があることに注意すべきである。

これまで筆者が体験した子どもの PTSD の

表 DSM-IVの診断基準

309.81 外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder	(4) 過度の警戒心 (5) 過剰な驚愕反応
A. その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。	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。
(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。	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。
(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。	▶ 該当すれば特定せよ： 急性：症状の持続期間が3カ月未満の場合。 慢性：症状の持続期間が3カ月以上の場合。
☒ 子供の場合はむしろ、まとま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。	▶ 該当すれば特定せよ： 発症遅延：症状の始まりがストレス因子から少なくとも6カ月の場合。
B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。	308.3 急性ストレス障害 Acute Stress Disorder
(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。	A. その人は、以下の2つがともに認められる外傷性の出来事に暴露されたことがある。
☒ 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。	(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。	(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
☒ 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。	B. 苦痛な出来事を体験している間、またはその後に、以下の解離性症状の3つ（またはそれ以上）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（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。	(1) 麻痺した、孤立した、または感情反応がないという主観的感覚
☒ 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。	(2) 自分の周囲に対する注意の減弱（例：“ぼうっとしている”）
(4) 外傷的出来事の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。	(3) 現実感消失
(5) 外傷的出来事の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。	(4) 離人症
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。	(5) 解離性健忘（すなわち、外傷の重要な側面の想起不能）
(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。	C. 外傷的な出来事は、少なくとも以下の1つの形で再体験され続けている：反復する心像、思考、夢、錯覚、フラッシュバックのエピソード、またはもとの体験を再体験する感覚、または外傷的な出来事を想起させるものに暴露された時の苦痛。
(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。	D. 外傷を想起させる刺激（例：思考、感情、会話、活動、場所、人物）の著しい回避。
(3) 外傷の重要な側面の想起不能。	E. 強い不安症状または覚醒亢進（例：睡眠障害、易刺激性、集中困難、過度の警戒心、過剰な驚愕反応、運動性不安）。
(4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。	F. その障害は、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、または外傷的な体験を家族に話すことで必要な助けを得たり、人的資源を動員するなど、必要な課題を遂行する能力を障害している。
(5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。	G. その障害は、最低2日間、最大4週間持続し、外傷的出来事の4週間以内に起こっている。
(6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。	H. 障害が、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものでなく、短期精神病性障害ではうまく説明されず、すでに存在していた第1軸または第2軸の障害の単なる悪化でもない。
(7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。	
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	

原因となる恐怖体験は、地震などの自然災害、交通事故体験¹⁷⁾、難民となった体験、身体的・心理的虐待¹⁶⁾、性的虐待¹⁵⁾、いじめられ体験¹⁴⁾、他者へのいじめの目撃、などである。ただ、子どもの場合、実際に体験はしていなくても、身近な人が体験していたり、それによる大きな喪失があったときなどは、空想上の体験を実際に体験したように記憶する混乱があり、それに伴うPTSD症状が存在してしまうこともある。たとえば、東南アジアの内戦で難民となった家族が日本にたどり着いてから生まれた子どもが、まるで自分が目の前でみてきたかのように地雷が爆発して近くにいた人が吹き飛んだ状況について生々しく語り、その悪夢をみたり、それに関するテレビ番組を避けてしまうといったPTSDの症状を訴えていたことがある。家族のなかでの外傷の共有化という問題とともに、親たちが触れずにいる世界を理解しようとするあまりに自分があたかも体験したような空想を作り上げてしまうのかもしれない。

2. 症 状

PTSDは、①再体験、②回避と精神活動の低下、③覚醒レベルの上昇、からなる。

a) 再体験

われわれは普段の体験をエピソード記憶として蓄え、それが意味記憶となってその人の叙述が形成される。しかし、恐怖体験の記憶は、他の記憶と関連づけられることなく孤立化されて抑圧されてしまう結果、その人の叙述として統合されず、意識のコントロールを受けない形で蘇ってしまう危険性がある。このように、コントロールできずに意識に記憶が侵入してくることを再体験という。記憶の侵入時には恐怖体験時の情動も伴うため、突然進入してきた記憶による極度の恐怖を感じることも多い。これをフラッシュバックといい、パニック状態に至ることもある。とくに、恐怖体験に関する感覚刺激があると記憶の侵入が起きやすい。たとえば、火事にあった人がさんまを焼く臭いを嗅いだと

たんに恐怖の状態となるといったことである。

記憶の侵入が悪夢として現れることも多い。子どもの場合は言語能力の問題が加わるせいも、漠然とした悪夢であることが多い。起きて、母親に抱き着いて泣き出す子どももいる。子どもに特徴的な再体験として、遊びのなかでの再演がある。交通事故にあった子どもがものをぶつけ合わせる遊びをしたり、火事にあった子どもが火を思わせるような殴り書きを繰り返したりすることがある。ときには繰り返しが強迫的になることもある。

外傷体験の記憶が孤立化されて他の記憶と統合されないことにより、外傷体験の記憶をもった状態が通常の状態と異なってしまい、解離した状態となることもある。とくに子どもの場合には、自己を形成する過程にあり、常に解離を繰り返していると、自己の主体性や連続性が確立されず、自己制御が困難になることも多く認められる。遊びでの再演に関しても、強迫的に繰り返しているうちに解離している様子が見えることがある。また、虐待を受けてきた子どもたちはちょっと注意されただけで、虐待を受けていたときの感情がよみがえり、恐怖から感情を切り離して、解離した状態になってしまうこともある。

筆者の体験では、恐怖体験の最中では子どもたちは生き抜くことに精神状態が集中しているために、否認が強くなり、身体的にも心理的にも痛みを感じない状態になっていることが多い。そのような子どもたちのなかには安全に保護されて始めて、再体験の症状が現れることもある。たとえば虐待を受け続けている間には悪夢やフラッシュバックがみられない子どもでも、安全な状態に保護された後に悪夢や解離症状が著明になることがある。

b) 回避や感情の鈍磨

外傷体験に関係する状況を無意識のうちに避けたり、感情を麻痺させた状態になることである。これは外傷や再体験による恐怖状態から自

己の精神を防衛する無意識の心理規制である。

子どもの場合は、回避するものが特異的ではなく、漠然とした回避となつて、引きこもる状態になったり、感情だけではなく精神活動全体が低下したりする。また、子どもの心理的防衛の特徴として、否認、退行、分離不安、全体的な不安、身体化が多い³⁾ため、これらの症状が主となることも多くみられる。筆者の体験では、とくに幼児期の子どもたちでは退行や分離不安が強くなることが多く、母親から離れられなくなる、一人で眠れなくなる、夜尿が再開する、赤ちゃん言葉を使い出す、といった症状がみられることが多い。阪神淡路大震災後の調査⁹⁾でも幼児期ではもっとも多い症状であった。また、全体的な不安が強くなるため、遊びのなかで一つのことに集中できず、次々に遊びが移っていく状態が見受けられることも多い。

恐怖体験があれば大なり小なりこのような防衛のための反応がみられる。精神障害としてのPTSDと診断するには、このような反応が、日常生活の機能を阻害していたり、本人に苦痛であったり、うつ状態などの2次的な問題がでてきたりするような場合に障害として考える必要がある。

c) 覚醒レベルの上昇

入眠障害や中途覚醒などの睡眠障害、興奮しやすくなる、周囲に対して警戒が強くなる、などの症状である。これは、b)が外傷体験や再体験に対する心理的防衛であるのに対して、生理的防衛と考えられる。人間は社会的な営みのなかで、安全であることを信じているがゆえに、豊かな精神生活を送ることができている。しかし、恐怖体験をした人たちは安全感を失っているため、常に警戒して戦闘態勢をとってしまう。その結果、臨戦態勢として覚醒や興奮のレベルが上昇するのである。これも本来、自己を守るために役に立つ状態である。しかし、現在の社会生活では過剰な警戒や生理的防衛は返って生活の機能を妨げたり、当人に苦痛となって症状

となるのである。

IV. 診断と下位診断

診断は3つの特徴があるかどうかによる。しかし、非常に小さな子どもではすべての症状がそろわず、部分的な症状の存在が多い。これは、言語能力の限界や否認の強さなどによって、症状が現れにくかったりとらえにくかったりすることが原因と考えられ、発達段階に応じた診断基準が求められている²⁰⁾。

また、子どもの診断に関しては、子どもへの面接、家族への面接、学校からの情報採取、など多方面からの診断が必要となる。恐怖の体験をした子どもへの面接は面接をするほうが躊躇してしまうこともあるが、ストレートに外傷体験の内容や考えられる症状について聞く必要がある。子どもの場合は聞かれないと自分から話すことが少ない²⁵⁾。また、言語化に限界のある子どもの場合には遊びを通して面接をすることが必要である。子どもの遊びや行動を通して症状が把握される。子どもが遊びのなかで、強い不安や興奮しやすさを示していても、親は気づいていないことも多い。全体の症状が軽快してくると遊びのなかでの不安や興奮も減少する。

診断を補助するチェックリストも数多く開発されているが、どれも一つだけで診断をつけられるものではない。また、半構造面接もあるが、手間がかかる割には訓練された治療者の面接に勝るものではない。

DSM-IVではPTSDの下位分類として、症状の持続が3カ月以内の急性型、3カ月以上持続する慢性型、外傷体験から6カ月以上たって発症する遅延型に分けられている。しかし、子どもの場合には、いつから症状があったのかつかみづらいことも多い。Terr²²⁾は外傷体験の種類によって、PTSDを2つのタイプに分類している。タイプIは自動車事故や突然の無差別暴力

など、突然襲った外傷体験であり、典型的な PTSD の 3 症状を示すことが多い。それに対して、タイプ II は身体的虐待や性的虐待など何回も繰り返されて長期続く外傷体験であり、否認、感情麻痺、解離、強い怒り、といった症状が多いという。

V. 症状に影響する要因

PTSD 症状に影響する要因にはさまざまなものがある。その一部に関して考察しよう。

1. 外傷体験

体験によって外傷が異なることは当然である。外傷体験によってタイプ分けされていることは先に述べた。年少の子どもにとっては守ってくれる状況の喪失あるいはその不安は外傷を強くする可能性が高い。

2. 発達レベル

子どもの場合まず問題となるのは発達のレベルである。それによって認知、防衛規制、依存度などが異なる。たとえば、同じ恐怖体験をしても、幼児と思春期の子どもではその反応は当然異なる。幼児期の子どもは母親にしがみついて分離不安が強くなるかもしれないし、思春期の子どもは自信を失ってうつ状態が強くなるかもしれない。

3. 性

一般に女兒のほうが PTSD の症状が出やすいという報告がある⁶⁾²⁴⁾。

4. 体験以前の精神状態や過去の外傷体験

不安や自分にとって受け入れがたい状態をどのように処理するかのスタイルは子どもによって異なり、外傷体験時の反応に影響する。また、以前に外傷体験があると、さらに体験が外傷になりやすい。新たな外傷体験は以前の外傷体験の再体験を促してしまうのである。

5. 家族の状況

子どもは依存する存在であり、家族の状況は

子どもの症状に大きな影響がある。災害や事件のときには、子どもの身体的ケアが優先されるため、親から分離されることが余儀なくされることが多いが、その後の心理的影響を考えると、できるだけ早く親と再統合する必要がある。

また、親自身が不安やうつが強くなり、子どもに影響することも多い。また、いじめのような外傷体験時に親や家族が子どもの気持ちを理解しようとしたかどうかはその後の子どもの精神症状に大きく影響する。つまり、恐怖体験時の子どもたちにとっては保護してくれて癒してくれる家族が必要なのである。その点で、保護して癒す機能のあるはずの家族が外傷体験の場になる家族内虐待による外傷は非常に強いものである。

また、ストレス時の家族の反応や家族の不安も子どもに影響する。子どもが体験を語ることを許容できなかったり、家族が体験した恐怖の話題を家族全体が回避しているようなときには子どもの不安が増加する可能性がある。

6. 喪失体験の合併

災害や戦争では、親を失ったり、家を失ったり、生活ががらっと変わってしまったという喪失体験を合併することが多い。それまで慣れ親しんだ環境を失うことは、外傷を強める結果となる。とくに愛着対象である親を失った子どもは、長期にわたるうつ状態などの精神的な危険が高い。

7. 家族外の人間関係や支援システムの状態

恐怖体験をした後、家族だけではなく、親戚や友達とどのような関係をもったかも重要である。筆者の体験でも、外傷の深さは、人間に対する信頼が崩れるかどうか大きな要素となる。同じ恐怖体験をしても、人を信じられる状況にあって、互いに体験を共有し、互いに尊敬して必要とし合えるときには、外傷体験そのものが裏切られる体験であったり、外傷体験直後に人が信じられなくなるような体験をしたりするときに比べて外傷は浅くてすむ。また、同様

に外傷体験直後にどのような支援を受けたかはその後の精神症状に影響する。家族を含めての支援が必要である。

8. 文化や経済状態の影響

この点に関してはいまだ不明な点が多い。ただ、共同体意識の強い文化と個人主義的な文化では、安全に保護されている感覚を失ったときの反応に差が出る可能性がある。共同体意識の強い文化では互いに体験を共有しながらともに助け合うことがよい影響を与えるかもしれない。また、子どもにとっては退行が許される文化かどうかはその症状の形成に影響を与えると考えられる。経済状況としては、それまでの状況からの落差が影響する可能性が高い。家族にとって大きな喪失体験となるからである。

9. 症状の“感染”

この点は近年興味もたれている。前述のように家族を通して伝達されることもあれば、友達や学校や地域社会を通して伝達されることもある²⁾。さらに、近年のメディアの影響も重要である²³⁾。子どものなかにはテレビで見たことが外傷体験となったり、実際に体験したと思ひ込んだりすることもある。

VI. 初期介入

著明な恐怖体験があったとき、初期に適切な対応をすることが重要である¹⁹⁾。

1. 保護されている安心感を与える

まず第1は保護されているという安心感を取り戻すことである。災害の場合などでは、身体的ケアが優先されて親から分離を余儀なくされることもある。しかし、体験が重大であるほど親の存在が重要である。親を失ったり、親との分離がやむをえないときには、親の替わりとなる大人が子どもに十分な安心感を与える必要がある。また、親がいても他のことに忙しく子どもが放置されることも多い。子どもに説明もせ

ず放置すると、子どもの無力感を高めてさらなる外傷となる危険がある。小さい子どもに対しては抱きしめるなどのスキンシップが大切である。また、親が子どもの外傷反応を理解することも大切である。子どもの退行や分離不安は当然の反応であり、怒るのではなく受け止めることが重要であることを理解する必要がある。

2. 環境の整備

子どもにとって外傷の癒しのためには安全に遊べる環境が必要である。災害時などでは制限があるものの、そのなかでも紙と鉛筆と場所があれば、紙飛行機で遊べたり絵を書いたりできる。また、身体の安全のために外へ出さないというのではなく、友達との再会を勧めることなども重要である。

3. 正確な情報を伝える

子どもの特徴として、不安が全体に広がったり、自分のせいで悪いことが起きたと思いがちである。外傷体験となった事件に関して正確な情報を伝えて、不必要な不安や罪悪感をもたないようにしなければならない。

4. 体験を過去の記憶として整理する

PTSD症状を形成する機序として重要なのは個人としての叙述に統合されない外傷の記憶の孤立化である。初期の段階から記憶を表現して、自分の叙述として統合していくことが求められる。また、恐怖体験があると時間が混同されやすい。怖かった体験は過去のものであり、今は安全であることを十分に確認させることが重要である。家族や友達と外傷体験について語ったり、絵を書いたりすることは役に立つ。また、友達同士のつながりを利用できることもあり、幼稚園や学校などでの話し合いが役に立つ。

ただし、外傷を表現することは外傷の再体験ともなるので、外傷時と同じように、安全で守られており、自分の表現が受け入れられる状態でないとは返って再外傷となってしまうことがある。表現は大人が十分に保護した環境で促進す

ることが重要である。

VII. 治療

初期介入で述べた点は治療においても重要な点である。安心感を与え、正確な情報を伝え、表現を促進し、過去の叙述としての記憶として統合する、というプロセスはまったく同じである。そのための治療方法にはいくつかのアプローチがある。必要に応じて組み合わせることが重要である。

1. 環境療法

安全で子どもが本来の活動ができる環境を提供することである。環境のなかでの人とのかわりかわりが外傷を癒す治療になる。入院、デイケア、施設入所などがそれにあたる。

2. 個人療法

治療者が子ども本人に精神療法を行うことである。年齢によって、言葉を中心としたり、遊びを中心としたりする。そのなかで、孤立化している外傷記憶を表現し、開放し、叙述への統合を行うことが目標となる。

3. 親ガイダンス

年少の子どものときなどには、親が子どもの症状のメカニズムを理解し、受容し、安心感を与え、過去の記憶としての整理を助けることがもっとも効率のよい治療となることが多い。

4. 家族療法

家族全体として治療することである。治療者のもとで家族のなかで体験を話し合うことで、不自然な否認や黙秘に至らない形で安心したなかで体験を共有し、認識の違いに気づき、それを通して家族全体の記憶が整理されていく。

5. 集団療法

同じような体験をしたグループ内での話し合い、遊び、作品製作、ロールプレーなどを通して、自分一人ではないことを体験し、協力する力を育て、共感性を高め、記憶の整理をするこ

とができる。

6. 薬物療法

子どもの PTSD に関する薬物療法に関してはほとんど研究が進んでいない。合併する状態によって薬物療法が必要となることも多い。たとえばうつ状態が強くなって回復が遅れているときなどはセロトニン再吸収阻害剤や三環系抗うつ剤を使用することで効果があがることもある。また、PTSD におけるアドレナリン系の変化から、再体験や睡眠障害に対しては、propranolol⁴⁾や α_2 -agonist である clonidine⁷⁾が効果があるという報告もある。また、PTSD のメカニズムにキンドリング効果が関与するという考えから、carbamazepine の効果も指摘されている¹⁰⁾が、いずれも確立されていない。

ただし薬物療法は、本人の症状の悪化を防いだり、他の治療をやりやすくするための補助であり、それだけで治療が完結するものではないことに注意すべきである。

VIII. 今後の課題

子どもの PTSD に関してはまだまだ不明な点が多い。まず、多くの研究が学童期以上の子どもたちを主たる対象としており、乳幼児期の子どもたちに焦点を当てた研究は少ない。恐怖体験が外傷となるのはいつごろからか？ 乳児や胎児でも外傷を受けるのか？ 幼児にとって体験が外傷となるプロセスはどのようなものか？ 乳幼児期の子どもの外傷による症状にはどのような特徴があるのか？ といった問題はわかっていない。また、言語能力に限界のある幼児に関しては、Scheeringa ら²⁰⁾も指摘しているように、発達年齢に応じた診断基準も必要である。

また、発達途上にある子どもは、外傷ストレスにより、正常な精神発達が阻害されて人格形成上の問題もちやすかったり、依存を起し

やすくなったり、うつ状態が持続したり、というように、短期のみならず長期にわたる問題をもちやすい。単に表に出た PTSD の症状だけではなく、長期的な精神発達への影響についてもっと研究を行う必要がある。

さらに、外傷の種類による問題（虐待と自然災害の違いなど）、外傷体験時の発達レベル、家族の問題、治療の方法、などさまざまな要因が未解決である。今後の研究に期待したい。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980
- 2) Brent DA et al : Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **34** : 209-215, 1995
- 3) Drell MJ et al : Posttraumatic stress disorder. In ; Zeanah CH (ed), *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York, 1993
- 4) Famularo R et al : Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type ; A pilot study. *Am J Dis Child* **142** : 1244-1247, 1988
- 5) Friedrich WN et al : Behavioral problems in sexually abused young children. *J Pediatr Psychol* **11** : 47-57, 1988
- 6) Green BL et al : Children and disaster ; Age, gender and parental effects on posttraumatic stress disorder symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **30** : 945-951, 1988
- 7) Harmon RJ et al : Clinical perspectives ; Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **35** : 1247-1249, 1996
- 8) Herman JL : *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York, 1992
- 9) 神戸大学小児科・TISCH (東大小児科国際保健医療研究会) : 阪神淡路大震災における子どものからだと心に関する調査報告書. 神戸大学小児科・TISCH, 東京, 1996
- 10) Looff D et al : Carbamazepine for posttraumatic stress disorder (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **34** : 703-704, 1996
- 11) Malmquist CP : Children who witness parental murder ; Posttraumatic aspects. *J Am Acad Child Psychiatry* **25** : 320-325, 1986
- 12) 日本小児精神医学研究会 : 災害時のメンタルヘルス—兵庫県南部地震 (阪神大震災) における小児メンタルヘルスへの対応マニュアルを中心として. 日本小児精神医学研究会 (JSPP), 堺市, 1995
- 13) 奥山真紀子 : 親の死に対する子どものmourning. *小児の精神と神経* **31** : 123-129, 1992
- 14) 奥山真紀子 : いじめられ体験へのフラッシュバックと自己像の障害. 第73回日本小児精神神経学会, 6月, 大阪市, 1995
- 15) 奥山真紀子 : 性的虐待を受けた幼児5例の検討. 第81回日本小児精神神経学会, 10月, 佐世保市, 1999
- 16) 奥山真紀子 : 児童虐待. 中根 文, 飛鳥井望 (編) ; *臨床精神医学講座, S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)*, 中山書店, 東京, pp 204-214, 2000
- 17) 奥山真紀子 : 交通事故による小児の PTSD. *埼玉小児医療センター医学誌*. 2000 (印刷中)
- 18) Pynoos RS et al : Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry* **44** : 1057-1063, 1987
- 19) Pynoos RS et al : Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence ; Research implications. *J Trauma Stress* **1** : 445-473, 1988
- 20) Scheeringa MS et al : Two approaches to diagnosing posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **32** : 191-200, 1995
- 21) Terr LC : *Children of Chowchilla : Study*

—小 児 科—

- of psychic trauma. Psychoanal Study Child **34** : 547-623, 1979
- 22) Terr LC : Childhood tarumas ; An out line and overview. Am J Psychiatry **148** : 10-20, 1979
- 23) Terr LC : Children's thinking in the wake of Challenger. Am J Psychiatry **154** : 744-751, 1997
- 24) Shannon MP et al : Children exposed to disaster ; Epidemiology of post-tarumatic symptoms and symptom profile. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **33** : 80-93, 1994
- 25) Wolfe DA et al : Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. Child abuse Negl **18** : 37-50, 1994
-