

各論

心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

飛鳥井 望 あすかい のぞむ 東京都精神医学総合研究所社会精神医学研究分野

キーポイント

PTSD は、トラウマ体験（災害、暴力、性暴力、事故、虐待など）を原因として生じる特徴的なストレス症状群であり、再体験、回避・麻痺、過覚醒の3症状クラスターからなる。子どものトラウマ体験は、災害や事故など単回性外傷によるⅠ型トラウマと、虐待など長期反復外傷によるⅡ型トラウマとに分けられる。Ⅰ型トラウマでは分離不安の増大による退行反応を伴うことが多い。Ⅱ型トラウマでは解離や反応性愛着障害など、より多彩な反応を生じる。子どもの PTSD に対して RCT による有効性を示されているのはトラウマ焦点化認知行動療法である。

はじめに

外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder：PTSD）は、生命や身体に脅威を及ぼし、強い恐怖感や無力感を伴い、精神的衝撃を与えるトラウマ体験（災害、暴力、性暴力、重度事故、戦闘、虐待など）を原因として生じる、特徴的なストレス症状群である。凄惨な光景を目撃したり、家族や身近な者の被害に直面することも原因となりうる。

PTSD 症状の中核は以下の3症状クラスターからなる。

① **再体験症状**：外傷的出来事に関する不快で苦痛な記憶が突然蘇ってきたり（フラッシュバック）、悪夢として反復される。また思い出したときに気持ちが動揺したり、身体生理的反応（動悸や発汗）を伴う。

② **回避・精神麻痺症状**：出来事に関して考えたり話したりすることを極力避けようとしたり、思い出させる事物や状況を回避する。また興味や関心が乏しくなり、周囲との疎隔感や孤立感を感じ、自然な感情が麻痺したように感じられる。

③ **過覚醒症状**：睡眠障害、いらいら感、集中困難、過剰な警戒心、ちょっとした物音などの刺激にもひどくビクッとするような過敏反応である。

現行の診断基準には米国精神医学会による DSM-IV-TR¹⁾（表1）と WHO による ICD-10²⁾ とがある。なお DSM-IV-TR の基準では、症状が1カ月以上持続していることが必要であり、外傷的出来事から4週間以内の場合には別に「急性ストレス障害」の診断基準が設けられている。ICD-10 では症状持続期間に関する基準は特に含まれてはいない。

トラウマ体験が子どもに及ぼす影響は、大人の場合と共通する部分もあるが、子どもに特有の問題として理解しておかねばならない部分も多い。大人の場合と最も異なる点は、発達段階の途上にある子どもでは、トラウマ体験は健康な精神発達そのものを歪める要因となることである。したがって子どもの将来の人格形成に大なり小なり影響を与えることがある。

子どものトラウマ研究についての先駆者である Terr は、トラウマを急性単回性のⅠ型（Type I）トラウマと長期反復性のⅡ型（Type II）ト

表1 外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断基準 (DSM-IV-TR, 2000)

- A. その人は、以下の2つがともにあてはまる外傷的出来事に曝露した
- (1) 実際にまたは危うく死ぬないし重傷を負うような、あるいは自分または他人の身体的安全がおびやかされるような、1つまたは複数の出来事を、その人が体験したり、目撃したり、直面した
 - (2) その人の反応は、強い恐怖、無力感と戦慄を伴った
- B. 外傷的出来事は、少なくとも以下の1つの形で再体験され続けている
- (1) イメージや思考または知覚を含む、出来事の反復的で侵入的かつ苦痛な想起
 - (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
 - (3) 外傷的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 (体験がよみがえる感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードなど、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)
 - (4) 外傷的出来事の1面を象徴したり類似する、内的ないし外的なきっかけに曝露したときに生じる強い心理的苦痛
 - (5) 外傷的出来事の1面を象徴したり類似する、内的ないし外的なきっかけに曝露した際の生理学的反応性
- C. 外傷に関連する刺激の持続的回避と全般的な反応性の麻痺 (外傷以前には存在しなかったもの) で、以下のうち3つ (またはそれ以上) によって示される
- (1) 外傷に関連する思考、感情、または会話を避けようとする努力
 - (2) 外傷を思い出させる活動、場所、または人物を避けようとする努力
 - (3) 外傷の重要な場面の想起不能
 - (4) 大事な活動への関心や参加の著しい減退
 - (5) 孤立したような、または周囲の人々から疎遠になった感じ
 - (6) 感情領域の狭小化 (例えば、愛情を感じなくなる)
 - (7) 将来が短縮した感覚 (例えば、キャリア、結婚、子どもをもつことや、通常の寿命を期待しない)
- D. 持続的な過覚醒症状 (外傷以前には存在しなかったもの) で、以下のうち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
 - (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、臨床上強い苦痛、または社会的、職業的、ないし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

ラウマに分けている³⁾。I型トラウマとは、単回の予期せぬ出来事によるトラウマであり、たとえば災害や重度事故、犯罪被害など単発の脅威的出来事によるトラウマ体験である。一方、II型トラウマとは、極端な外傷的出来事に長期持続的に、あるいは反復して曝露することによるトラウマ体験であり、わが国では家庭内の虐待が代表的例となろう。

単回性トラウマの症状

I型トラウマでは、それに対する反応として、

大人の場合と同じ PTSD 症状がしばしば認められる。しかしそれだけにとどまらず、ことに年少児では分離不安の増強による退行反応が外傷的出来事の種類にかかわらず共通して出現するといつてよい。具体的には、「親のそばを離れようとしなさい」、「夜暗くなると不安がる」、「一人では眠れない」、「灯りをつけていないとトイレにいけない」、「指しゃぶり、夜尿などの再現」などである。

このような退行反応はいわば子どもが心理的危機の状態にあることのサインであり、養育者への心理教育が重要となる。養育者は赤ちゃん返りしたような子どもの振る舞いをみて心配するが、それに対して決して突き放すのではなく、

退行を受容し、子どもとの接触を増やし安心させるよう助言をする。

専門家からそのような助言を得ることで、養育者も子どもの心理的危機状態を理解し、余裕をもって支持的に子どもに接することができるようになり、それが子どもの精神的安定の回復を促すことにもつながる。

単回性トラウマによる PTSD 症状の評価

PTSD 症状の評価は、単回性トラウマであっても、大人と比べて子どもの場合は必ずしも容易ではない。まず子どもは養育者の心理状態に強く影響を受けるため、養育者の不安が強いと子どもの不安も増幅されがちとなる。逆に養育者が不安にうまく対処できていると、子どもの不安も緩和される傾向をみせる。

症状評価に際しては、子ども自身からの情報だけに頼るのは言語表現能力の問題もあり不十分である。したがって行動面の変化などについて養育者の観察情報を得る必要がある。ただし養育者からの情報だけに頼るのも不十分であり、必ず子ども自身からも症状の訴えを聴取する。

また子どもの年齢によっても症状評価の方法論的可能性が異なる。だいたい目安として、5~7歳以下では、子どもから直接 PTSD 症状の有無を聴取することは困難であるため、養育者の観察情報と評価者による観察を合わせて、再体験、回避、過覚醒、情緒不安定、退行などを評価する。一方、8~10歳以上では、子ども自身から PTSD 症状の有無の聴取ができるようになり、質問紙などを用いた評価も可能となる。たとえば本邦では、信頼性と妥当性を検証された外傷性ストレス症状評価尺度として、改訂出来事インパクト尺度日本語版 (Impact of Event Scale-Revised: IES-R)⁴⁾がもっとも広く使用されている。同尺度は PTSD の再体験症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状に関連する 22 項目

からなる自記式質問紙であるが、大人が質問を読み上げ介助することで小学校低学年でも評価が可能である。

単回性トラウマによる PTSD 症状の治療

子どもの PTSD の治療においては、養育者を対象とした心理教育が必須であるが、養育者への介入に限定した治療の有効性は乏しい。

5~7歳以下の子どもに対する治療手段では、プレイセラピー、描画などが取り入れられることが多いが、有効性は現在のところ不明である。ただし年少児であっても、年長児と同様に後述のような認知行動療法的アプローチを応用することは十分に可能である。

表 2 に呈示した症例は筆者の自験例であるが、いずれも単回性トラウマによる PTSD 関連症状を表出した 8 歳以下の子どもの例である。恐怖の記憶のため回避している事物や状況に段階的に少しずつ馴らしていく実生活内での練習による段階的曝露の技法を取り入れ、いずれの症例も良好な転帰を得ることができた。たとえば通学途中に交通事故により受傷した 7 歳女児 (小学 1 年生) の例では、退院後は子どもの退行反応を受容し、また親や幼稚園の関係者が事故現場を含む通学路を毎日手をつないで送り迎えをすることでだんだんと馴らし、そのうちに子どもだけの登下校ができるようになった。大型犬に突然襲われ鼻を噛まれたことで顕著な犬恐怖を生じた 5 歳男児の例では、犬のぬいぐるみから始め、小型の愛玩犬に親と一緒に触ることで徐々に馴らす練習を続けた。

年少児のプレイセラピーのセッションでは箱庭療法を用いることもしばしばある。以下の例は 6 歳の男児であるが、外傷的出来事は、精神障害の実母に刺され重傷を負い、3 歳年長の兄を目前で殺害された無理心中未遂事件である。被害児童は事件後早期は、事件や兄の死を淡々

表2 認知行動療法的アプローチを取り入れた単回性トラウマの外來治療例

	外傷的出来事	表出症状	治療内容	転 帰
7 歳女児	通学途中にトラックに轢かれ骨折、友人の即死を目撃	自動車恐怖 退行反応	親子心理教育 実生活内練習 (段階的曝露) プレイセラピー	良 好
5 歳男児	大型犬に鼻を噛まれる	悪夢、犬恐怖 退行反応	親子心理教育 実生活内練習 (段階的曝露) プレイセラピー	概ね良好
7 歳男児	自転車乗車中、乗用車と衝突、打撲	悪夢、外出不安 退行反応	親子心理教育 実生活内練習 (段階的曝露)	良 好
8 歳男児	歩行中自動車と衝突、打撲	再体験症状 自動車恐怖 退行反応	親子心理教育 実生活内練習 (段階的曝露)	良 好

と受け止めており、むしろ精神麻痺を思わせるような反応がみられた。そのうちに、心的外傷性ストレス症状として、暗闇恐怖や母と似た女性を回避するといった反応がみられるようになった。そこで外來診察と並行して、臨床心理士によるプレイセラピーと箱庭療法を導入したものである。

箱庭療法のプロセスでは、前半のセッションでは繰り返し何度もインディアンとカウボーイの戦いの場面を作り、そのなかでは常に自分が勝ちをおさめ、セラピストが負け役となっていた。そのようなセッションを繰り返すうちに戦い場面は消退しはじめ、代わって、家づくりのテーマや、仮想の弟に見立てた人形を哺乳瓶で養育するといったような内容があらわれた。それとともに臨床症状も回復しはじめた。

以上のような観察結果から、トラウマを受けた子どもの箱庭療法では、①トラウマ体験の再現・再演、②仮想の戦いを通じた、自信と有能感の回復、③「ままごと」での家族づくりのテーマによる癒しと回復、といった3つの段階を通じてトラウマの回復へと向かうことが考えられる。

トラウマ焦点化認知行動療法 (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Treatment: TF-

CBT) は大人の PTSD 症状に対して有効性の高い治療技法であるが、いくつかのランダム化臨床比較試験により子どもの PTSD 症状に対しても有効性を実証されている⁵⁾。適応年齢も3~18歳と広い。TF-CBT のコンポーネントとしては、リラクゼーション (腹式呼吸法、漸進的筋弛緩法)、心理教育、思考停止 (thought stopping)、トラウマ記憶や回避対象に少しずつ近づく曝露療法の技法が用いられる。なお米国ではウェブ上にてセルフラーニングのためのサイトが開かれており、日本からも無料で利用できる。技法の詳細については同ウェブサイトを参照していただきたい⁶⁾。

長期反復性トラウマ

前述のように、長期反復性トラウマ (Ⅱ型トラウマ) の代表としては、わが国では家庭内の虐待があげられる。近年認知件数が急増傾向にある児童虐待では、身体的・心理的虐待、性的虐待、ネグレクト、DV 目撃などが、それぞれに重なりあっている。Ⅱ型トラウマに対して子どもは、否認や解離といった防衛機制を多く使

表3 反応性愛着障害の定義 (DSM-IV-TR)

- ・ 5歳未満に始まる、特徴的対人関係障害
- ・ 過度に抑制された、非常に警戒した態度（打ち解けない緊張と警戒）、非常に両価的で矛盾した反応（世話人への接近と回避）
- ・ 拡散し、適切な選択性を欠いた愛着（見ず知らずの相手にも過度になれなれしい）を伴う無分別な社交性
- ・ 養育環境を原因とした病的愛着の存在（基本的な身体的欲求、情緒的欲求のネグレクト、養育者の頻繁な交替による不安定な愛着形成）

うことによって日常的トラウマ体験に耐えようとする傾向があると Terr は述べている。

解離とは、心理的要因を原因として意識や自我同一性（アイデンティティ）あるいは行動といった局面に生じる突発的で一過性の断裂である。いわば子どもが耐えがたい体験に晒されたときの防衛的回避にほかならない。被虐待児に、鈍い反応や虚ろな表情、あるいは叱られても知らん顔で無反応といった振る舞いがみられるときは、解離反応の可能性を念頭において行動を観察する必要がある⁷⁾。

養育者が虐待者となれば、子どもは反応性愛

着障害（表3）にみられるような、抑制型（過度に抑制的で警戒的）や脱抑制型（無分別な社交性）の対人反応パターンを生じることがある。さらには暴力的攻撃性や衝動コントロールの拙劣といった傾向が強まれば反抗挑戦障害や行為障害にもつながり、子どもの社会適応に多大な影響を及ぼすことになる。

おわりに

冒頭にも述べたように、発達段階の途上にある子どもでは、トラウマ体験が健康な精神発達そのものを歪め、人格形成に影響を与えることがある。したがって PTSD などのトラウマによる精神症状を周囲の大人がいち早く感知し精神援助の手を差し伸べることが重要となる。一方、子どもでは心理面や行動面の問題についても小児科でまず発見されることが多い。したがって小児科医には、ゲートキーパー役として PTSD などの症状に関する簡単なアセスメントと適切なリファールが求められる。

文献

- 1) 米国精神医学会：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸（訳）、医学書院、東京、2002
- 2) 世界保健機構（WHO）：ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン。融 道男、中根允文、小見山実（監訳）、医学書院、1993
- 3) Terr LC：Child traumas；An outline and overview. Am J Psychiatry 148：10-20, 1991
- 4) Asukai N et al：Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J)；Four studies on different traumatic events. J Nerv Ment Dis 190：175-182, 2002（IES-R 日本語版質問紙は筆者に連絡の上、無料入手可能）
- 5) Foa E, Keane TM, Friedman MJ：Effective treatment for PTSD. Guilford Press, New York, 2000（邦訳：飛鳥井望、西園 文、石井朝子（訳）；PTSD 治療ガイドライン—エビデンスに基づいた治療戦略、東京、金剛出版、2005）
- 6) TF-CBT Web：<http://www.musc.edu/tfcbt>
- 7) 伊東ゆたか、飛鳥井望：児童虐待と PTSD・解離。坂田三允総編集、萱間真美ほか編集；精神看護エクスペール 12・子どもの精神看護、中山書店、東京、pp132-140, 2005