

子どものトラウマ

亀岡智美*

Posttraumatic Stress in Childhood

*Satomi Kameoka

*Hyogo Institute for Traumatic Stress

キーワード：

心的外傷	posttraumatic stress
子ども	childhood
心的外傷後ストレス障害	PTSD
ケア	care

I. トラウマとは

トラウマ(心的外傷)とは、「個人の対処能力を超えた外的なできごとを体験した時に被るストレス」を意味する。一般的なストレスとは異なり、非可逆性を伴ったものであるとされている。米国精神医学会のPTSD診断基準A項目(DSM-IV)では、「(1)危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を1度以上体験、または目撃した。(2)強い恐怖や無力感または戦慄などの反応を示す。子どもの場合は、まとまりのない興奮した行動として表出されることもある」と規定されている(表1)。さらに、子どもでは、年齢不相応な性的体験は、心的外傷体験にあたと注釈されている¹⁾。

トラウマの原因となるようなできごとの例を表2に示す。もちろん、トラウマを体験した子どもたちのすべてが病的になるわけではない。The Great Smoky Mountains Studyでは、男子790人・女子630人を対象とした前方視的研究において、68.2%の子どもが16歳までに1つ以上のトラウマを体験していたが、そのうち何らかのPTSD症状を示していたのは13.4%であり、PTSDの診断基準に完全に合致するケース

*兵庫県こころのケアセンター

表1 心的外傷後ストレス障害PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) 診断基準

- 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、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。
- 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づけている。
- (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頃がある。
 - (2) できごとについての反復的な夢。
注：子供の場合は、はっ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曝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曝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) 持続的な覚醒亢進症状で、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。

は0.5%以下だった。しかし、トラウマ体験後に症状を示す子どもは、その後の人生においてさらにトラウマに曝露されるリスクが高く、曝露回数が増えるに従って、PTSDのみならず不安障害や気分障害などさまざまなタイプの精神疾患のリスクが高くなるといわれている²⁾。

それだけに、子どものトラウマに適切に対応することは、将来の精神疾患予防の観点からも非常に重要である。

表2 心的外傷の原因と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・暴力の日撃 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
 - 苦痛や恐怖を伴うような医療行為
 - 家族や友人の死の直接的な体験、その他の喪失体験 など
-

II. トラウマが子どもに与える影響

トラウマは、子どもの感情面・行動面(図1)・認知面(図2)に様々な影響を与える³⁾。しかし、トラウマを体験した子どもは自らの内的体験を適切に理解することができず、混乱したり自責的になることが多い。また、トラウマによって惹起されるさまざまな問題行動や病態の中には、非特異的なものもあり、発達障害やその他の病態によるものと判別しがたいこともある。それだけに、トラウマが子どもに与える影響をよく理解しておくことが重要である。

1. 不安・恐怖

トラウマ体験は、たいていの子どもにとっては、突然の出来事として体験される。このため、子どもの安全感は著しく損なわれ、強い不安や恐怖を引き起こす。分離不安や暗闇を怖がったり、トラウマに関連した状況(人・場所・物など)を怖がることもある。また、トラウマ体験以前に獲得していた生活習慣の退行(夜尿など)が認められることもある。

起こす。トラウマに関連した遊びへの没入やはっきりした内容のない恐ろしい夢として表出される場合もある。

3. 覚醒亢進

著しい恐怖や不安を感じた子どもは、過剰に警戒的になり、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る。終始このような状態が続くと、子どもは落ち着きをなくし、多動で注意散漫になり、いつもイライラして痲癢を起しやすくなる。また、睡眠障害が認められることもある。これらの症状は、注意欠如多動性障害(ADHD)の行動特性と判別しがたいこともある。

4. 解離

トラウマによって引き起こされる感情があまりにも強すぎる場合は、解離症状として表出されることがある。たとえば、トラウマを体験している間、恐怖や痛みを感じない(感情・身体感覚の解離)、記憶がない(健忘)、自分の魂が身体から抜け出て自分を見ている(離人)などである。これらの解離症状は、トラウマ体験の苦痛を回避するための防衛手段と考えられているが、その後の生活の中の些細なストレスや葛藤状態で再現しやすく、子どもの生活の一貫性を損なう原因となることもある。

5. 回避・麻痺

トラウマと関連した活動・場所・人などを避けようとしている子どもも多い。これらの回避症状は、苦痛な感情や記憶を避ける手段としては有効かもしれないが、同時に生き生きとした感情が失われ(感情の麻痺)、自分の将来が連続しているという感覚を喪失してしまうこともある(未来の短縮)。これらの症状は、子どもの自発的な訴えとして表出されることは少ないため、見過ごされることが多い。また、トラウマ以前に有していた関心や興味が減退したり、それまでの対人関係から退却し、不登校やひきこもり状態に陥る場合もある。

6. 怒り・抑うつ

トラウマは不当で理不尽な体験でもあるため、強い怒りの感情が沸き起こる。また、本来ならばあるべきものを失ってしまったという喪失体験は抑うつにつながる。しかし、これらの内的体験は、周囲から気づかれにくく過小評価されることも少なくない。

これらの怒りや抑うつなどが周囲から共感されずに放置されると、子どもは、感情を適切に制御することができなくなる。結果的に、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る。

7. 自尊感情の低下と自責感

不当で理不尽なトラウマを体験すると、子どもたちはその理由を探そうとするが、当然のことながら正当な理由は見つからない。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」というような自責感や恥の感情を抱くことが多い。また、自分の能力では対処できない圧倒的なできごとを体験すると、「自分は無力だ」という誤ったとらえ方をしてしまう場合も多く、意欲の低下や自棄的態度につながることも少なくない。

8. 行動上の問題

不当で理不尽なできごとに対する怒りの感情は、不従順な行動や暴力行為として表出されることがある。これらの行動が、悪循環の末に、物質乱用や反社会的逸脱行動に発展することもある。また、怒りが子ども自身に向けられ、自傷行為や自殺企図として表出されることがある。自傷行為や物質乱用は、解離や回避・麻痺に伴って認められることもある。これらは、トラウマ体験とは全く異なった脈絡で起こることもあるため、子ども自身に起因する問題行動と誤認されることが少なくない。

9. 対人関係上の問題

安全感や信頼感を損なうトラウマ体験は、その後の対人関係全般に影響を及ぼす。低い自尊感情しか持てない子どもは、健康な友人関係の中に参加することを躊躇するようになり、自ら危険な対人関係に足を踏み入れやすい。未来への連続性が断ち切られた（未来の短縮感）子どもの行動は、刹那的であり危険を顧みないものになってしまう。

10. 身体面や社会適応上の問題

トラウマを体験した子どもたちは、先述のようなさまざまな症状や問題のために、生きていく上での様々な困難を抱えることになる。成人に至るまでに、長期欠席や重篤な経済問題、職業問題に苦しむようになり、社会生活機能が障害されることが報告

されている。また、肝硬変・慢性閉塞性肺疾患・冠動脈疾患・自己免疫疾患など、身体疾患のリスクが高まることも報告されている。

Ⅲ. 子どものトラウマへのケア

トラウマを体験し、さまざまな病態を表出している子どもに対しては、症状の重篤度や日常生活上の問題・子どもの発達年齢などを考慮し、さまざまな治療法を組み合わせた包括的な支援がなされる必要がある。支援の目標は、安心感の保障と自己コントロール力の回復である。さらには、心的外傷を体験したことで歪んでしまった自己認知を修正し、適応的な対処法を身につけることが重要である。

子どものトラウマ・ケアにおいては、保護者の役割が重要視されている。トラウマ体験は、保護者にとっても大きなストレスであるし、保護者も子どもとともにトラウマを体験している場合もある。平常状態においても、保護者の反応や態度が子どもの心理面に大きな影響を及ぼすことが知られているが、子どものトラウマ体験に関する保護者のストレスや苦悩は、子どものPTSD発症の予測因子の一つに挙げられるほど重要な要素である。よって、保護者をサポートしていくことは、子どものトラウマケアにおいて必要不可欠である⁴⁾。

米国児童青年精神医学会 (American Academy of Child Adolescent Psychiatry)⁵⁾ や国際トラウマティック・ストレス学会 (International Society for Traumatic Stress Studies)⁶⁾ では、トラウマ焦点化認知行動療法 (TF-CBT, Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy)⁴⁾ を、子どものPTSD治療の第一選択として推奨している。しかし、子どものPTSD症状が重篤な場合・家族機能が脆弱で特別な介入を受け入れられない場合・TF-CBTへのアクセスが困難な場合 (わが国では一部で試験的に実施されている状況であるため、ほとんどのケースが当てはまる) などは、薬物療法も治療の一つとしている。いずれにせよ、専門的な医療の提供には、子どもを取り巻く環境の安定化と周囲のサポートが不可欠であるため、超学際的、多職種による支援が必要であることは言うまでもない。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision, APA , Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版, 医学書院, 2004)
- 2) Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ : Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood, Arch Gen Psychiatry 64:577-584, 2007
- 3) 亀岡智美 : 人格発達の阻害要因としての虐待, 子ども心の診療シリーズ6 子どもの人格発達の障害 (斉藤万比古, 笠原麻里編), p. 53-66, 中山書店, 2011
- 4) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E : Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents, The Guilford Press, New York, 2006.
- 5) 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
- 6) 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. P223-244. The Guilford Press, New York, 2009