

子どものトラウマと心理療法に関する研究

－ EMDR の適用に焦点付けて－

緒川 和代

# 目次

はじめに	4
本論文の目的	6
本論文の構成	6
<b>第1章 子どものトラウマ概念の変遷</b>	<b>8</b>
1.1 トラウマの歴史	8
1.2 トラウマ概念の変遷	8
1.3 子どものトラウマの発見	13
1.4 本章のまとめ	16
<b>第2章 子どものトラウマに起因する疾患</b>	<b>17</b>
2.1 子どもの PTSD の臨床像	17
2.1.1 6歳以上の子どもの PTSD	17
2.1.2 6歳未満の子どもの PTSD	23
2.1.3 子どもの「出来事基準」とトラウマの定義	27
2.1.4 子どもの PTSD の予後	30
2.1.5 子どもの PTSD の脆弱性と疫学	30
2.2 子どもの解離性障害の臨床像	33
2.3 子どもの愛着障害の臨床像	37
2.4 本章のまとめ	40
<b>第3章 子どものトラウマに対する心理療法</b>	<b>41</b>
3.1 子どものトラウマ治療総論	41
3.1.1 トラウマ治療の前提	41
3.1.2 海外のガイドラインに推奨される治療と心理療法	42
3.1.3 国内のガイドラインに推奨される治療と心理療法	47
3.2 心理療法各論	48
3.2.1 眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR)	48
3.2.2 精神力動的心理療法	52
3.2.3 トラウマ・フォーカスト認知行動療法 (TF-CBT)	54
3.3 本章のまとめ	55

## 第4章 子どものトラウマに関する研究の文献展望・・・56

- 4.1 子どものトラウマに関する文献展望 57
  - 4.1.1 方法 57
  - 4.1.2 結果 58
  - 4.1.3 考察 60
- 4.2 子どものトラウマに起因する疾患に関する事例論文の文献展望 64
  - 4.2.1 子どもの PTSD に関する事例論文の文献展望 64
    - 4.2.1.1 方法 64
    - 4.2.1.2 結果 65
    - 4.2.1.3 考察 72
  - 4.2.2 子どもの解離性障害に関する事例論文の文献展望 74
    - 4.2.2.1 方法 75
    - 4.2.2.2 結果 76
    - 4.2.2.3 考察 88
- 4.3 子どものトラウマに対する EMDR の文献展望 92
  - 4.3.1 方法 93
  - 4.3.2 結果 94
  - 4.3.3 考察 98
- 4.4 本章のまとめ 104

## 第5章 子どものトラウマに起因する疾患への心理療法 －事例研究－・・・・・・・・・・・・・・・・・・106

- 5.1 子どものトラウマに対する EMDR
  - －7歳前後の言語発達が未熟な子どもを対象に－ 106
  - 5.1.1 はじめに 106
  - 5.1.2 事例の概要と面接の経過 107
    - 5.1.2.1 事例 A 子 107
    - 5.1.2.2 事例 B 子 109
  - 5.1.3 考察 111

5.2	子どものトラウマに対する EMDR	
	－ 10歳前後の感情表現が困難な子どもを対象に－	113
5.2.1	はじめに	113
5.2.2	事例の概要と面接の経過	114
5.2.2.1	事例 C 子	114
5.2.2.2	事例 D 子	120
5.2.2.3	事例 E 子	123
5.2.3	考察	125
5.3	子どものトラウマに対する精神力動的心理療法	129
5.3.1	はじめに	129
5.3.2	事例の概要と面接の経過	129
5.3.3	考察	135
5.4	事例研究の比較的考察	141
5.5	本章のまとめ	145
<b>第 6 章</b>	<b>総括的討論－EMDR の有効性を中心に－</b>	<b>146</b>
6.1	ここまでに得られた知見のまとめと本研究の意義	146
6.2	子どものトラウマに対する支援の検討	
	－ EMDR の適用に焦点付けて－	148
6.2.1	EMDR による子どものトラウマ治療の意義	149
6.2.2	EMDR による子どものトラウマ治療の課題	154
6.2.3	EMDR による子どものトラウマ治療の今後の展開	155
6.3	総括	156
	おわりに	158
	文献	160
	謝辞	203

## はじめに

子どもがトラウマを受けると、どのような症状を起し、どのような疾患を呈するのであろうか。近年、学校や病院など子どもの過ごす場において、これまであまり注目されることのなかったトラウマ関連疾患である心的外傷後ストレス障害（Post-Traumatic Stress Disorder, 以下、PTSD）や解離性障害の子どもに出会うことがある。子どもの場合、様々な事例研究の中でみられるトラウマと疾患の関係には、トラウマの定義である「命を脅かすような出来事」という枠に当てはまらない軽微な出来事によっても同じような疾患を呈した症状を見聞することがあり、現場はトラウマの定義を巡って混乱している。しかし出来事の軽重を問わず、子どもが一生のうちで心にトラウマを負うリスクは避けられず、臨床の現場で対応を求められる疾患も増えている一方で、子どものトラウマに関する知識や治療には議論が乏しく、ニーズに追い付いていない状態が窺える。

そもそもトラウマとは何であろうか。臨床心理学や精神医学の中で、何らかの心理的ストレスが精神・身体的な不調をもたらすという話はよく耳にする。受験、就職、結婚、出産、転職、離婚、病気の罹患、老いと死の恐怖などの出来事によって、人は一生のうちに何度も苦難を体験し、そのストレスを乗り越えて生きている。しかしそのストレスが命を脅かすほどの出来事であるとき、普通より大きな精神・身体的ダメージを受けることは想像に難くない。それは単なるストレスと呼ぶにはあまりにも出来事の衝撃度、生涯にわたって与える影響力が大きく、心的外傷（またはトラウマ）と呼ばれるに相応しい。この心的外傷が原因となって心的外傷後ストレス障害や、心的外傷的出来事の想起が不可能となる解離性障害をひきおこすことは広く知られている。しかし今では当たり前となった心的外傷と精神疾患の関係や、心的外傷が長く人の生涯に影響するという事実もようやく認められたのは 19 世紀後半のことである。当時の精神医学界はヒステリーと呼ばれる現象を皆が夢中で研究していたが、その時代のヒステリーは今でいう「身体表現性障害」や「解離性障害」も含まれ、多くの精神症状が取り上げられて白熱した議論が繰り返されていた。のちに精神分析の父と呼ばれた Freud, S.もその研究者の一人である。彼は仕事場での事

故からヒステリー症状を起こしていた若い男性の症例を学会で発表し、心的外傷がそのような身体的症状をもたらすと提言して旋風を巻き起こした。トラウマと抑圧の関係を説いた Freud と、トラウマと解離の関係を説いた Janet, P. の理論はどちらもヒステリー研究を席卷し、その貢献により現在の精神医学分野は大きく発展した。心的外傷の研究は時代の流れに影響を受けながら隆盛と衰退を繰り返し今日まで研究され続けている。

一方、子どものトラウマの発見は成人の研究に 100 年ほど遅れをとった。なぜなら子どもは理解力や記憶力が低いとみなされ、トラウマを受けてもそれほど影響を残すとは考えられていなかったからだ。また、子どもは考え方も柔軟で適応力があることから、成長発達と共にトラウマを乗り越えられると期待されたため、子どものトラウマは低く見積もられてきた。20 世紀後半によく Terr, L. C. が登場し、子どものトラウマを主たる治療の対象として、子どもにみられるトラウマ反応を明らかにした。その貢献もあって 1987 年に初めて「精神疾患の分類と診断の手引 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 以下, DSM) III-R (APA, 1987)」に子どもの PTSD が掲載されるに至り、子どもの心にもトラウマが影響することが精神医学会に認められた。最近では子どもの人格形成に多大な影響を及ぼすことが一般的な理解となり、むしろ子どもの方が PTSD になりやすいという意見すらみられるようになっていく。そして海外では、長期的で複数回のトラウマを受けて育つことで脳に器質的変化を起こすという神経生物学的研究や複雑性 PTSD という病態に及ぶ危険性の啓発、幼児期の虐待による愛着障害から成長とともに素行障害へと様々な診断名を受け変化していく発達性トラウマ障害という概念など、新たなテーマや用語が提案され活発に研究されている。

WHO は 2002 年の間に世界中で 5 万人以上の子どもが殺され、学童期の 20 ~ 65% がいじめを受け、18 歳以下の 1 億 5 千万の女兒と 7 千 3 百万の男児が性的行為の強要など何らかの性被害にあったとの見積もりを発表した (United Nations, 2006)。戦争やテロ、難民、貧困などの痛ましいニュースは毎日報道され、多くの子どもたちが巻き込まれている現状は枚挙にいとまがない。世界中で子どもは何らかの暴力に晒されて生きており、トラウマから守られる社会の有り様はほど遠く、これはわが国においても例外ではない。日本は自然災害

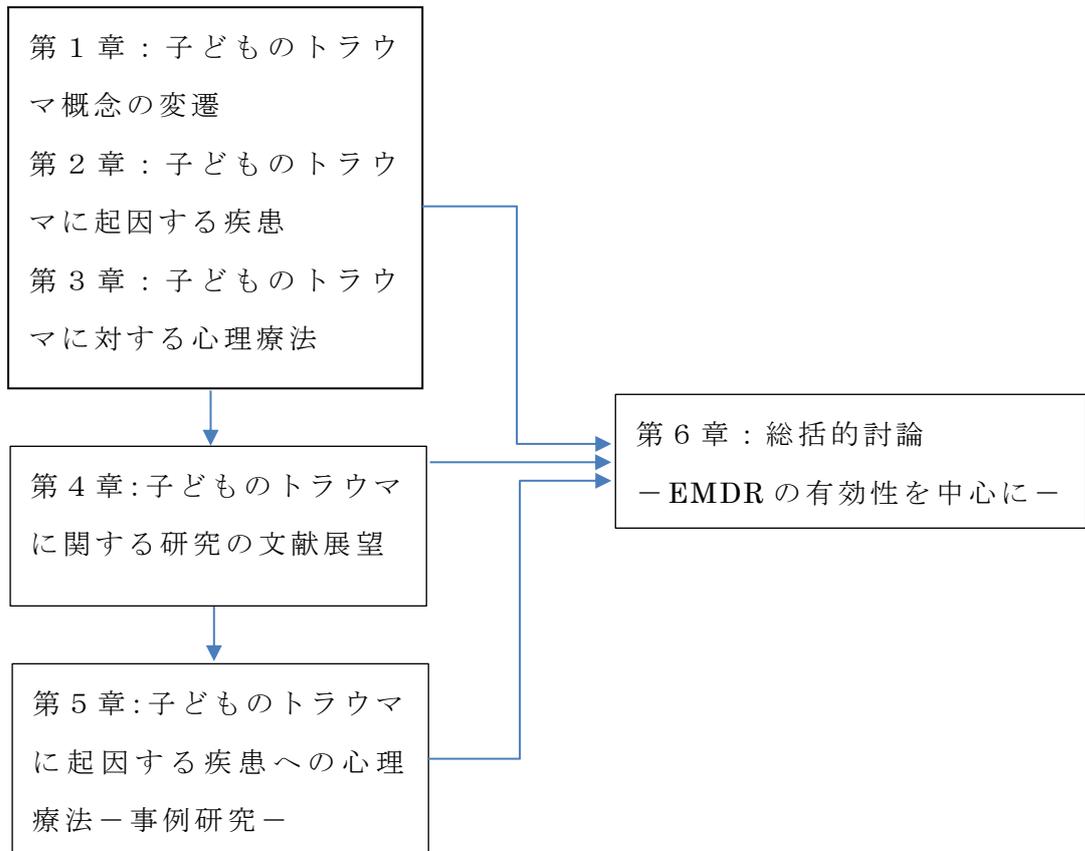
が多い国であり、近年活発な火山活動や地殻変動の時代に入ったことが危惧されている。社会的にもいじめや虐待、ドメスティックバイオレンス、ハラスメントなどの暴力が増大しており、社会的弱者である子どもが被害者となりやすいことも指摘されている。このような社会情勢にあって子どものトラウマに関する知識の啓蒙と、トラウマからの回復の研究は急務である。

## 本論文の目的

海外では子どものトラウマに関する新しい知見が見いだされ研究が堅調に積み上げられている一方で、わが国においては研究の歴史は浅く、海外に比べ実証的研究や治療論に乏しいのが現状である。そこで本論文では子どものトラウマの歴史と概念を述べたのち、トラウマによる疾患の様相とそれに対する心理療法を報告する。そして、文献展望によりわが国における疾患の臨床像や心理療法の実態に迫ると共に、心理療法の実践事例を通してトラウマを受けた子どもをいかに支援するか具体的に論じ、特に眼球運動による脱感作と再処理法（**Eye Movement Desensitization and Reprocessing**, 以下、**EMDR**）による心理療法に焦点を絞ってその有効性と課題を明らかにすることを目的とする。

## 本論文の構成

本論の第1章においてまずトラウマの歴史を振り返り、子どものトラウマの概念と変遷を明らかにする。次に第2章において子どものトラウマに起因する疾患に関し、診断基準を参照しながら臨床像を論じる。第3章においてトラウマに対する心理療法に関し、海外のガイドラインを参照し主な心理療法を論じる。第4章では、代表的なトラウマ関連疾患である**PTSD**や解離性障害などの治療に関する文献展望を通してわが国における現状を論じる。さらに第5章においてトラウマに特化した心理療法として**EMDR**を適用した臨床事例を提示し用法と有効性及び課題を検討する。またトラウマに特化した心理療法を使用できない場合に精神力動的心理療法を適用して如何に心理療法を進めるか臨床事例を提示して検討する。最後に第6章において子どものトラウマに対する心理療法の可能性について、主に**EMDR**の子どもへの適用に焦点を絞り、その意義と課題及び今後の展開を明らかにする。



## 第1章 子どものトラウマ概念の変遷

本章ではトラウマの概念とその歴史を全般的に振り返ったのちに子どものトラウマ概念の変遷について述べる。

### 1.1 トラウマの歴史

精神医学・臨床心理学の中で、何らかの心因によって精神的不調をきたすという論説はよく見聞するものであり、その議論に疑う余地はない。なかでも原因（ストレス）と結果（疾患）の因果論で説明しやすいのは、心的外傷（トラウマ）と心的外傷後ストレス障害（PTSD）との関係であろう。人が命を脅かすほどの出来事に出遭うと、大きな身体的・精神的ダメージを被ることは想像に難くない。「トラウマ」とはギリシャ語の「傷（τραύμα）」を語源とし、もともとは身体の傷を意味していたが、「精神の傷」を指すようになったのは20世紀に入ってからである。精神的な傷であるトラウマが疾患を形成し、人の後世に影響するという事実が受け入れられるまでは長い時間を要した。1980年、米国精神医学会による「精神疾患の分類と診断の手引き第3版（DSM-III）」（APA, 1980）により PTSD が診断カテゴリーに登場したのが、PTSD が精神医学に受け入れられた元年といえる。実はそれまでに熱心に研究されていながらも、ほどなく忘却されるという波が2度ほどあったといわれる。研究のピークは、1880～1900年頃までのサルペトリエール学派によるヒステリー研究と、世界大戦を経験した1915～1945年頃までの戦争神経症の研究である（飛鳥井, 2011）。それらピーク時を打ち消すかのように忘却される時期が繰り返されてきた様を Herman, J. L. は、「心的外傷の研究は関心がなくなったから停滞するのではなくて、このテーマはきわめてはげしく論争を惹き起こすので、周期的に『見るもけがらわしいもの』となってしまう」（Herman, 1997/1999）と表現したほどである。次節ではその概念の移り変わりと共に、精神医学への影響を振り返る。

### 1.2 トラウマ概念の変遷

トラウマ研究書の多くは19世紀後半の鉄道の発達と事故の歴史を出発点としており、イギリスの外科医 Erichsen, J. E. の「神経系の鉄道事故および他の

原因による障害について」に記述された「鉄道脊椎症 (Railway Spine)」に端を発する (Young, 1997/2001)。彼は鉄道が発明されたことで鉄道事故によってそれまで体験したこともない揺れを受けると、激しい後遺症を患うことを発見し「鉄道脊椎症」と名付けた。そこには身体的に神経組織の損傷がみられ後遺症を持つ者と、保証金を受け取ろうという詐病の者との間に、確実に後遺症に悩みながら外科的な損傷のみられない群が認められたことを報告し、目に見えない損傷が神経に発生し、脊椎の震盪によって神経機能や循環器、呼吸器の機能に乱れが及んだものと結論付けた。Erichsen は外科的な視点から現象を的確にとらえて「鉄道」を付けたのだが、のちに、鉄道事故以外の衝撃でも同様の障害が起こることが明らかになり、徐々にこの言葉は使われなくなっていった。とはいえ鉄道事故の研究がそれ以降の惨事トラウマ研究のスタートであり、トラウマの身体的影響を最初にとらえた研究といえる。Erichsen の鉄道事故後遺症の提唱は大きな議論を巻き起こした。鉄道会社顧問の外科医師 Page, H. はこれを批判し、症状を起こす最大因子は「死の恐怖」であるとした。研究書を公刊した中で彼は、明らかな身体的外傷に依らない後遺症をもつ患者の存在から、ショックの強度が外傷の重症度に比例しないことを発見し、症状を起こすのは主観的な「死の恐怖」であると突き止めた (Page, 1885)。この時代に最も速い交通機関は鉄道であり、科学の発展とともに輸送技術も方法も変化し、今日における飛行機や自動車事故後による PTSD 概念の原型になったと捉えられている (森, 2005)。

一方、「トラウマ神経症」という名称を用いて Erichsen の理論を継承しつつ鉄道からさまざまな外傷へと広げて 1 つの疾患単位を作り上げたのが、ドイツ人の神経学者である Oppenheim, H. である。彼の示した「トラウマ神経症」 (Oppenheim, 1889) における障害の特徴は、易刺激性や心気傾向、知覚過敏、頭痛、頻脈、口渇など神経系統の障害であったが、これは今日の PTSD にきわめて近い臨床像である (森, 2005)。しかし、この時の「トラウマ」は精神的意味というより身体的意味合いが強く、「トラウマ神経症」は惨事から発生した神経症的障害と認知されており、中枢神経系の微細な器質的变化を想定した点でまだ精神医学の対象ではなかった。彼の持論は学者たちの討論的になったが支持層は少なく、のちにドイツでの見解は心因性に傾き、詐病を含んだ一種の

社会病のようなものと認識されるようになったという。ヨーロッパにおける器質論と心因論の対立はその後の戦争神経症にまで持ち越されたと言われる（森山，2000）。

一方，フランスなどの精神医学界で 1880～1900 年代には，トラウマが最も熱く議論され，トラウマ学の発展にはきわめて隆盛を誇った時期といえる。フランスの精神科医である Charcot, J. M. は，サルペトリエール病院に逃げてきた患者たちのヒステリー症状を催眠療法によって治療したことで有名である。そのころのヒステリーには，現在でいう「身体表現性障害」や「解離性障害」も含んでおり（森，2005），広い精神症状が研究のターゲットであったといえる。当時，人々の関心はヒステリーに集まり，Charcot の火曜講義はさながら劇場のようなイベントとなって，医学だけでなく文学や政治にも影響を与えるほどであった。Charcot はヒステリーの現象を説明する上で催眠を使い，人々の前で治療をしてみせ，被暗示性の高さヒステリー症状という因果関係を明らかにした（Charcot & Christopher, 1987/1999）。市民は催眠暗示の現象やトランス状態などの不可思議な状態に魅了され，サルペトリエール病院には Janet, P. や Freud, S. などの傑出した医師たちがしのぎを削って研究していたことはよく知られている。Charcot は Erichsen や Page の「鉄道脊椎症」に興味を示していたが，それらは彼にとっては間違いなくヒステリー患者であった。しかし Page と違って，恐怖が効果を発揮するのは自己誘導性催眠状態の期間である，すなわち人は激しい衝撃にさらされ自発性を失い，衝撃のなすがままに揺さぶられて「精神の自発性，意志あるいは判断力が程度の差はあれ抑えられて曇らされて暗示が容易になる」（Young, 1997/ 2001）ために，外からの刺激を無防備に受け入れたものだと考えた。Charcot は鉄道事故後遺症の発生とヒステリーを，被暗示性という同じメカニズムで説明したといえる。これは惨事トラウマをヒステリーの観点からとらえた画期的な発想であり，Erichsen や Page による神経の何らかの損傷を設定した外科的疾患から，心理学的理解という土壌を提供した。Charcot はまた Oppenheim が「外傷神経症」として「ヒステリー」と別個のものとしていることにも批判的で，「外傷神経症」の特徴とされる運動麻痺，拘縮，感覚麻痺などはヒステリー症状と区別できないと訴えた。こういった Charcot の流れを汲んで Janet や Freud が心理学的外傷体験

と神経症症状の関係に関する新しい理論を構築していったといえる。

Janet は、人の意識下で自動的に行われる行為を研究し「心理学的自動症 (L'Automatisme Psychologique)」という学位論文を発表した (Janet, 1889/2013)。ここで Janet の功績はヒステリーの患者たちが過去に衝撃的体験を持つことに気が付いたことである。彼はそれらの体験が意識下にあることで症状が再体験の形で表れているとし、催眠状態で過去に戻し衝撃的体験を乗り越えた暗示をかけることで治療を成功させた。

一方、Freud も症状の背後には過去の出来事があることに気がついた。Charcot の症例にヒステリー症状と過去の事故が絡んでいたことから、身体的外傷によるヒステリーが存在すると主張したが、当時はあまり同意を得られなかった。のちに Freud は簡単な暗示によって症状のきっかけとなった出来事を思い出せば症状が消えることを確かめていった。そしてヒステリーの多種多様な症状が、誘因となった心的刺激と因果関係を持つことを、「ヒステリー研究 (Studien über Hysterie)」(Breuer & Freud, 1895/2004) に収斂させた。

二人の研究は同じ時期に「長年にわたって作用し続け、のちの症状の直接的原因となる記憶」を、事件の大きさではなく、その人にとって驚愕すべき出来事全般ととらえ、身体的外傷から心的外傷へと拡張したといえる。現代の「トラウマ」理論における二人の貢献は大きく、Janet の理論は「解離」を、Freud の理論は心理的葛藤を、「転換」することで症状が形成されると説明したことで「トラウマ理論」がその基盤を大成させたといえる。なお、「ヒステリー研究」の序論において Freud は解離傾向を「hypnoid (類催眠)」とし、この異常意識状態がヒステリーの根本現象と認めている点で解離の概念を一応承認している。しかし新たに「転換」という概念を導入したのは、身体症状の発現の心的規制によるものと言われる。そのため言葉の原意にさかのぼれば、ヒステリーを「転換」と「解離」に分類することは理論的には妥当ではない(諏訪, 1980)。とはいえ、心的外傷を契機とする「解離」や「転換」の発見から今日までその分類が古くも新しくも議論され続け、精神医学界に大きなテーマとなっていることに変わりはない。

しかしながらこののち、Janet は心的外傷説を維持し続けたものの賛同を得るまでに長い時間を要し、Freud はいくつかの矛盾や疑問を考え抜くうちに一

且は性的体験による外傷説を唱えたものの、やがて自らの主張を覆してしまった。Freud が心的外傷起源説をひそかに退けたのは、自分の説が正しければ幼児に対する性的倒錯行為というものがウィーンの上流家庭において蔓延していることになってしまい、これに対する非難も大きく、自身もそれを事実とは到底信じられなくなったからである。Freud の“取り消し”はヒステリー研究の終焉を意味し、その後心的外傷の研究は停滞することとなった。その理由を Herman (1997/1999) は、そもそも歴史的にヒステリー研究を推進させたのは政治的大義であったとし、「その解決は反動的な迷信に対する脱宗教的な啓蒙の勝利と脱宗教的な世界観の道徳的優位とを証明しようとしたものであって、19 世紀後半から声を挙げ始めていたフェミニズムの主張により声をひそめていった」とした。またそのころ鉄道技術の発展に伴い、鉄道事故そのものが少なくなったことも惨事トラウマから人々の視線から逸れる一因であったとも考えられた。こうしてトラウマは白熱した議論から一転してなりを潜めたとされる。

20 世紀に入ってトラウマは二度目のピークとなる時期を迎えた。1914～1918 年の第一次世界大戦による破局ののち再度注目を集めたのである。その第一の理由は戦争のさまざまな恐怖に耐えられず精神的崩壊を来した兵士たちに、かつての鉄道事故後の鉄道脊椎症や、ヒステリーと言われた女性たちの姿を彷彿とさせる様子がみられたからである。当初はこの精神崩壊が身体に原因があるとされ、イギリスの心理学者である Myers, C. S. は「シェルショック (Shell Shock)」と表現して (Myers, 1940)、砲弾 (シェル) による脳震盪が原因だと考えた。しかし実際には砲弾にさらされない兵士にも精神崩壊がみられる状態を受け、世間は再度心的外傷を認めることとなった。1939～1945 年に第二次世界大戦を迎えるが、終戦前の 1941 年、アメリカの精神科医 Kardiner, A. による「戦争の外傷神経症 (The Traumatic Neuroses of War)」(Kardiner, 1941/2004) が出版された。この頃になって初めて、どのような人であっても戦争下では精神的崩壊を来し得ることが認められ (Appel & Beebe, 1946)、「戦闘神経症」として注目されることとなった。しかし軍人の問題は当事者たちが声をあげるまでは世間から注目されることはなかった。ようやく研究が始まったのはベトナム戦争からで、長期化した戦争の間ベトナム帰還兵たちの外傷的

体験が語られ始めたからであった。ベトナム戦争が終結したのは 1975 年のことであったが、70 年代の終わりには多くの退役軍人治療組織が形成され、戦争による外傷後ストレス症候群が明らかとなっていった。同じく 1970 年頃、女性解放運動が活発になり、性的搾取によって女性に外傷後ストレス症候群と同様な病態があると報告され、1971 年には最初のレイプ・クライシス・センターが開設された。ここで研究された「レイプトラウマ症候群 (Rape Trauma Syndrome)」(Burgess & Holmstrom, 1974) ではレイプ被害者の体験を詳しく調査したところ、戦闘帰還兵らの症状と似ていることが報告された。一方、家庭での女性に対する暴力への研究が加速し、家庭での暴力や児童虐待についての実態も明らかになっていった。「被殴打女性症候群 (Battered Woman)」という言葉をも提唱した Walker, L. E. の登場や、アメリカにおける児童虐待防止及び対処措置法の成立 (1974 年) などの広がりには、それまで抑圧され隠ぺいされてきた家庭や親密な人間関係の中の暴力と、それによる被害者の症状を明らかにした。前出の Herman (1997/1999) は「レイプ被害者、被殴打女性、性的被虐待児は戦死傷者である。ヒステリーは性の戦争における戦闘神経症である」と表現している。研究が進んだ結果、衝撃的で対処不能な出来事に対する人間の反応は似ていることが徐々に明らかとなり、成人における PTSD の概念は 1980 年の DSM-III (APA, 1980) を以て一つにまとめられ周知されていったといえる。次節では子どものトラウマの発見と、その概念の変遷について述べる。

### 1.3 子どものトラウマの発見

ヨーロッパでは 15 世紀末頃まで、子どもは親の所有物とみなされており、子どもがトラウマを抱える存在であるとの考えにはならなかった。そのころは、乳離れをする 3 歳頃に子ども時代が終わるとみなされ、7 歳頃にはしつけのために生家を出され、思春期頃には一人前として、働いたり、宗教的儀式に参加したり、性的対象とされていたという (Helfer et al., 1997/2003)。子どもは大人に比べて非力なために暴力を受けていた者も多く、ようやく子どもとしての守護と権利を受けたのは 16 世紀に、道徳哲学者たちが虐げられた子どもへの権利を訴えたことからである。17 世紀には親と子で 1 家族という共同生活形態がとられるようになったことで、家族の中にある「子ども」という存在が注

目されるようになり、18世紀には文学の中に子どもが理想化されて登場するようになった。例えば1744年、イギリスで「小さなかわいいポケットブック (A little pretty pocket-book)」という子どものための文学が出版されジャックと豆の木などの児童文学が誕生しているなど、子どもの存在を人間らしく扱い、「子ども」という分類を尊重する動きが出始めた。

アメリカでは19世紀に「捨て子」を保護する議案が採択され、1869年には「ニューヨーク捨て子収容所」が設立されるなど、子どもを親の所有物として遺棄することが非道とみなされ始めた。そこへ「児童虐待」という概念が初めて世に認められた1874年の「メアリー・エレン事件」(Helfer et al., 1997/2003)が起こった。メアリー・エレンは継母から激しい暴力を受けており、それを知って心を痛めた隣人がメアリーを救い出してくれる人や組織を求め歩き、とうとう動物虐待防止協会の力を借りて彼女を保護するに至った事件である。これをきっかけに翌1875年にニューヨークに世界初の「児童虐待防止協会 (New York Society for the Prevention of Cruelty to Children)」が設立された。遅れること10年、イギリスでも児童虐待防止協会が1884年に設立され、19世紀を節目にようやく子どもは福祉の対象とみられる時代の到来を迎えた。やがて20世紀になると、「児童の権利に関する宣言」が1924年に国際連盟に採択され、30年後には世界中に広まることとなった。1989年、「子どもの権利条約」が国際連合総会で採択され、子どもが生き学ぶ権利を持ち、虐待や搾取から守られる法整備が進められた。

同じ時代、子ども虐待が身近であることが認識されるようになったもう一つの流れがあった。その大きな貢献となったのは1962年、アメリカの小児科医であったKempe, H.が「被殴打児症候群 (Battered Child Syndrome)」として子ども虐待の医学的臨床像を発表し、世間に子ども虐待を認識させたことである (Kempe et al., 1962; 1985)。その中でKempeは被虐待児に硬膜下血腫や骨折などの所見があることや、虐待の頻度、親の様子など、診察でアセスメントできる特徴を述べた。10年後には子ども虐待とネグレクトを防止するケンプセンターが建ち、1976年にはケンプ基金が始まるなど、世間への子ども虐待の認識と社会福祉が広まっていったといえる (ケンプセンターホームページ <http://www.kempe.org/about/history/> 平成29年5月25日参照)。1974年、

アメリカ連邦政府は保健福祉省（Department of Health and Human Services）に国立児童虐待及びネグレクトセンター（The National Center on Child Abuse and Neglect）を設置し、各州における児童虐待の発見・確認、防止及び対処措置の実証実験プログラムを助成する連邦補助金プログラムを定め「児童虐待の防止及び対処措置法」を制定した（土屋，2004）。

20世紀の法律の発展により子どもへの権利も与えられたが、それでもまだ子どもにトラウマが大きな影響を残すとは認識されておらず、子どものトラウマは低く見積もられていた（廣常ら，2005）。それには大人側の期待や誤解があったためと考えられる。例えば、子どもは周りで起こることを正しく理解できない、子どもは忘れやすい、子どもは若いゆえの回復力と柔軟性を持つと思われていた（Wraith, 1995）。しかし子ども虐待の最悪たる「性的虐待」が後年に神経症をもたらすことは20世紀以前に既に発見されていたとあって過言ではない。今日の「性的虐待」である「性的なトラウマ体験」が人に精神医学的影響を与えることは19世紀にFreudが指摘していたからである。FreudとBreuer, J.が発表した「ヒステリー研究」（Breuer & Freud, 1895/2004）には、ある人がヒステリーの症状を持つということはそれ以前に「性的なトラウマ体験」があることを示すとしている。つまり子ども時代に受ける「性的なトラウマ体験」によりヒステリー症状が出ることに気が付いて警鐘を鳴らしたともいえる。Freudが「ナイルの水源を発見した」とまで歓喜の表現をした「幼少期の性的体験こそがヒステリーの根本的原因である」（森，2005）という結論は、しかしながら19世紀の社会では受け入れられる土壌が整っておらず取り合われることがなかった。こうして子どものトラウマは20世紀にようやく発見され研究の対象となるまで長い年月を要することとなった。その後の研究の歴史については第4章にて詳述する。

現実には多くの子どもが成長の過程で、例えば親しい者との別れ、被災・被害、仲間はずれやいじめなどのストレスを体験し、時としてそれを乗り越えられない。むしろ同じトラウマに暴露された場合でも、成人に比べて子どものほうが影響を受けやすく、PTSDになりやすいという意見さえみられる（Donnelly et al., 2004）。その一方で、同じ体験をしてもすべての子どもがトラウマを抱えるわけではなかったり、子どもによって回復する速度が違ったり、子どもの

トラウマ症状が成長における甘えやわがままと区別がつかなかったりと、子どものトラウマとレジリエンスに関する疑問は多く残されている。子どものトラウマは 21 世紀になってさらに人格形成や身体的な影響なども関心を向けられて発展を遂げており、今後の研究が望まれる分野である。

#### 1.4 本章のまとめ

本章ではトラウマの歴史を振り返り、成人のトラウマの発見に遅れて子どものトラウマが発見されてきた歴史について概観した。心的外傷がもたらす影響は歴史や時代の流れによって、児童虐待、レイプや暴力に対する女性運動、戦争や帰還兵に対するストレス反応や補償といった社会的問題が波のように後押しをして進め、推されたり圧されたりを繰り返しながら今日までたどり着いた。遅ればせながら子どものトラウマへの関心は、19 世紀に虐待の発見から子どもの存在が尊重される時代を迎え、20 世紀の法整備を経て現在まで発展している。しかし現代でも、子どもが何らかの暴力などに晒される事実は続いており、トラウマに苦しむ子どもは後を絶たない。未来を担う子どもたちがトラウマを乗り越えて成長することは社会の願いであり今後の研究が望まれている。

## 第2章 子どものトラウマに起因する疾患

前章まではトラウマの概念の変遷や、子どものトラウマの発見をめぐる歴史を振り返った。本章では子どもがトラウマを受けるとどのような症状を呈するか診断基準を検討し臨床像を明らかにする。

### 2.1 子どもの PTSD の臨床像

#### 2.1.1 6歳以上の子どもの PTSD

トラウマによる精神症状は典型的には PTSD 症状と同一である。よって PTSD の診断基準に沿って説明する。そもそも、成人の PTSD の診断基準は米国精神医学会 (American Psychiatric Association, 以下 APA) が出版する「精神疾患の分類と診断の手引第3版 (DSM-III) (APA, 1980)」において初めて掲載された。当初は「不安障害」のサブカテゴリーという位置づけであったが、症状は解離性障害、転換性障害、身体化障害などとのオーバーラップも多いことや、児童虐待により人格形成に重篤な影響を与えられた場合は、より複雑な PTSD 概念が必要となることなどの問題が積み残されていた(大塚・中根, 2000)。それでも診断の基準となる症状の特徴は「出来事基準」を筆頭に、「侵入・再体験, 回避・麻痺, 過覚醒」という三大主症状を中心に明確にまとめられ十分な存在感を示した。症状の特徴は Kardiner が記述したものに近く、それまでレイプトラウマ症候群, 被殴打女性症候群, ベトナム帰還兵症候群, 被虐待児症候群などの異なった名称で呼ばれていた症候群が1つのカテゴリーのもとに含まれる形になった(飛鳥井, 2011)。その後, WHO による「国際疾病分類 (ICD)」にも PTSD の概念は取り入れられ, 今日まで改定されてきた。最新の DSM-5 における成人, 青年, 6歳を超える子どもに関する診断基準を表1にまとめた。

表1 DSM-5における成人, 青年, 6歳を超える子どもの  
心的外傷後ストレス障害 (抜粋, 下線は筆者)

- 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  
(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(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が始まる、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。子どもの場合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。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。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つくものの回避、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）
- (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
- (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
- (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

---

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  
E 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) 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

---

#### F 障害の持続が1ヶ月以上

---

診断基準 A がいわゆる「出来事基準」である。直接体験だけでなく，出来事を目撃や近しい者に起こる出来事を耳にする体験も含まれる。次いで基準 B が「再体験・侵入」，C が「回避・麻痺」，E が「過覚醒」の概念を概ねカバーしている。解離や解離性健忘の表現が含まれ，症状の中でも解離症状と認知の障害が強調されるようになった。また，過覚醒症状の中に見ると境界性パーソナリティ障害とも思われる自己破壊的行動が含まれるようになった（金，2012）。DSM-5 からは PTSD が「不安障害」の下位分類ではなく「心的外傷およびストレス因関連障害群」という独立した分類を確立し「反応性愛着障害」や「脱抑制型対人交流障害」をその下位分類に含めたことは，この分野の研究が，虐待的環境と子どもの発達という分野を含めて日々進化し続けており，まだこれから新たに判明することも多い分野であることを示している。

DSM と ICD はこれまで交互に改定されてきた。順調にいけば ICD-11 の発刊後に DSM-5 発刊の予定だが、ICD にかなりの改定があるため発行が大幅に遅れ、DSM-IV 出版から 19 年が過ぎ DSM-5 が先に出版された経緯がある。ICD-11 は 2018 年 6 月 18 日によりやく公表され（厚生労働省ホームページ <https://icd.who.int/> 平成 30 年 10 月 20 日参照）翻訳中であるが、新しく「complex PTSD（複雑性 PTSD）」という疾患名が加えられているという（杉山，2017）。幼少期からの虐待による長期・複雑なトラウマが成人以後にもたらす認知や感情の変化について考慮された結果であり、DSM の次の改定に影響すると考えられる。診断分類における PTSD の変遷を、飛鳥井（2011）を一部修正し表 2 にまとめた。交互に改定されながら徐々に疾患が明確に分類されていく様子うかがえる。

表 2 「精神疾患の分類と手引（DSM）」と「国際疾病分類（ICD）」における  
外傷性ストレス症候群の変遷

発行年	診断マニュアル名	診断名	特徴
1952 年	DSM-I	「重度ストレス反応」	正常な人格にも圧倒的な恐怖を引き起こす、普通にはないような重度のストレスに対する一過性かつ可逆的な反応
1968 年	DSM-II	「重度ストレス反応」の削除	
1979 年	ICD-9	「ストレスに対する急性反応」	
1980 年	DSM-III	「心的外傷後ストレス障害（以下，PTSD）」	不安障害の章中に含まれる ほとんどすべての人間に生じるようなストレッサーに起因 侵入的想起と悪夢，感情反応の引きこもり，不眠，集中困難，想起刺激の回避，想起刺激による症状再燃，

			生存者罪悪感 出来事後数時間から数日での発症が多いが、数カ月、数年後の発症もある
1987年	DSM-III-R	「PTSD」	人間が通常体験する範囲を超えており、ほとんどすべての者に顕著な苦痛を生じるような出来事と定義 少なくとも1カ月以上の症状持続
1992年	ICD-10	「急性ストレス反応」 「PTSD」	破局的体験後の持続的人格変化
1994年	DSM-IV	「急性ストレス障害（以下、ASD）」 「PTSD」	ASD は出来事から4週間以内と定義し、PTSDには出来事基準Aを変更し、主観的反応も重視した 複雑性PTSDは不採用
2000年	DSM-IV-TR	「ASD」 「PTSD」	特に大きな変化なし
2013年	DSM-5	「ASD」 「PTSD」	心的外傷およびストレス因関連障害群という分類に反応性アタッチメント障害や脱抑制型対人交流障害、適応障害も含む 解離性障害は解離性障害群に分類

一方、DSMに「子どものPTSD概念」が記載されたのは1987年のDSM-III-R (APA, 1987/1988) からである。そこでは成人のPTSD症状に併記される形で、PTSDが小児期を含むいかなる年齢でも起こり得ることが明記されている。しかしその内容は成人の特徴をそのまま子どもに当てはめた説明であり、それほど子どもの特有性は説明されていない。その後DSM-IV (APA, 1994/1995), DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) へと内容を改定させる間に、6歳以上の子どもは成人の診断基準に再演や回避など子どもによく見られる状態を具体的に説明されるようになり、DSM-5 (APA, 2013/2014) は6歳以下の子どもには別表が作られた。その変遷を表3にまとめた。

表3 子どもの PTSD 症状の DSM における変遷

診断マニュアル	診断基準（補足説明された子どもの行動特徴を抜粋）
DSM-III-R (1987/1988)	<p>再体験；反復的かつ意識に侵入的な事件の想起（年少の子どもにあっては，心的外傷の主題や，ある側面が表現される遊びを繰り返す）</p> <p>回避；重要な活動に対する興味の著しい減退（年少の子どもにあっては，排便や言語のような最近獲得した発達の技能の喪失）</p> <p>子どもは心的外傷について沈黙したり拒否したりする。</p> <p>（年少の子どもでは事件についての嫌な夢は数週間のうちに，怪物や他人を助けることなどの一般的な悪夢に変化するが，子どもはそれが過去の再現であるという感覚を持たない）</p> <p>将来への方向性を著しく変化させることがある。</p> <p>胃痛，頭痛など様々な身体症状を示すことがある。</p>
DSM-IV (1994/1995)	<p>出来事；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。子どもの場合はむしろ，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。</p> <p>再体験；出来事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。小さな子どもの場合，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。</p> <p>反復的で苦痛な夢；子どもの場合は，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。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。小さい子どもの場合，外傷特異的な再演が行われることがある。</p>
DSM-IV-TR (2000/2002)	<p>出来事；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。子どもの場合はむしろ，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。</p> <p>再体験；出来事の反復的，侵入的な苦痛を伴う想起。小さい子どもの場合，心的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。</p>

---

反復的夢；子ども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。出来事が再び起こっているかのように感じる。

注；小さい子どもの場合，心的外傷特異的なことの再演が行われることがある。

---

DSM-5 (2013/2014)	反復的，侵入的記憶；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。  夢；内容のはっきりしない恐ろしい夢のことがある。  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。
----------------------	--

---

### 2.1.2 6歳未満の子どもの PTSD

幼児も PTSD を呈することは MacLean (1977) を始めとして症例報告が指摘している。わが国でも，ドメスティックバイオレンスに晒された1歳～6歳まで58名の調査で PTSD 症状が疑われる行動がみられた幼児の報告がある(米田，2009)。DSM-5の基準では，6歳以下の子どもには特別の記述がなされている。子どもは発達段階によって症状の表現形態が異なり，若年であるほど言語能力の乏しさから自らの苦痛を表現することが出来ず診断が困難である(青木ら，2010)。奥山ら(2009)も，概ね7～8歳以上であれば成人と同様の PTSD 症状を示すとしており，6歳を一つの年齢の区切りとすることは概ね妥当である。DSM-5 (APA, 2013/2014) の「6歳以下の子どもの心的外傷後ストレス障害」について表4aに掲載した。さらに言語表現が未熟な4歳未満の乳幼児の PTSD については，Sheeringa et al (1995/2003) に詳しい。さらに幼い0歳から3歳までの乳幼児の PTSD 診断基準として National Center for Infants, Toddlers and Families が出版した診断基準を表4bにまとめた。

表 4 a DSM-5「6歳以下の子どもの心的外傷後ストレス障害」(抜粋,下線筆者)

A. 6歳以下の子どもにおける, 実際にまたは危うく死ぬ, 重症を負う, 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める, 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: 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1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) 社会的な引きこもり行動
- (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) 人や者に対する (極端なかんしゃくを含む) 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) 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

---

表4b 「精神保健と発達障害の診断基準—0歳から3歳まで」(National Center for Infants, Toddlers and Families, 1994/2000) (抜粋, 下線筆者)

---

1. 以下の少なくとも1つによって証明される外傷的な出来事の再体験:
  - a. ポストトラウマティックプレイ (外傷のある側面の再演を表すプレイ)
  - b. プレイ外での外傷的な出来事の反復的想起
  - c. 反復される悪夢。特に内容がトラウマと突き止められトラウマと明確な関連がある場合。
  - d. 外傷を想起させるものに対する苦痛
  - e. フラッシュバックあるいは解離の客観的な特徴をもったエピソード

2. 外傷的な出来事後に現れ、以下のうち少なくとも1つによって明らかにされる反応性の麻痺あるいは発達力の妨害：
  - a. 社会からのひきこもりの増大
  - b. 感情の広がり制限
  - c. すでに獲得した発達のスキルの一時的な喪失（トイレット・トレーニング、言語、他者とのかかわりなどにおいて）
  - d. 外傷的な出来事前の子どものプレイのパターンと比較した際のプレイの減少あるいは制限
3. 外傷的な出来事後に出現する覚醒亢進の症状で、以下のうち少なくとも1つによって明らかにされる：
  - a. 夜驚
  - b. 寝る時間に強く抗議したり、寝つくのに問題があったりすることで証明される入眠困難
  - c. 悪夢や夜驚とは無関係に反復される夜間覚醒
  - d. 著しい注意集中困難と集中力の減少
  - e. 過度の警戒心
  - f. 過剰な驚愕反応
4. 外傷的な出来事以前は存在していなかった症状（特に恐怖や攻撃性）で、以下のうち少なくとも1つを含む：
  - a. 仲間、大人あるいは動物に対する攻撃性
  - b. 分離不安
  - c. 1人でトイレに行くことの恐怖
  - d. 暗闇への恐怖
  - e. その他の新たな恐怖
  - f. 悲観あるいは自滅的行動、操作主義（コントロールを獲得することをもくろんで）、マゾヒスティックな挑発性（虐待を引き起こすような行動）
  - g. 子どもの年齢にふさわしくない性的で攻撃的な行動
  - h. 身体症状、運動性の再演、皮膚の小斑、痛みあるいは特有の姿勢などを含む、心的外傷時に経験されたその他の非言語的反応
  - i. その他の新たな症状

\*もし外傷的出来事が起こり、上記の症状が存在すれば、心的外傷ストレス障害という診断が他の一時診断に優先される。

---

乳幼児の PTSD 症状には、ぐずりや夜泣き、親から離れないなどの行動がみられるが、それらは普段甘えるときに幼児によくみられる行動でもあるため気付けられることが稀である。表現力も乏しいため、夢などを片言の言葉で報告したり、遊びに取り入れたりしていても、よほどに印象的に繰り返し表現されない限り事の重大さは見逃されやすい。特に下線で示した解離としてのフラッシュバックが起きているのかどうかを、ぼんやりしていたり急に不機嫌になったりする様子だけで判断することは困難を極める。乳幼児の場合、「いつもより元気がない」という普段との比較が診断のポイントとなるため、通常の様子をよく知る第三者、多くは養育者による「普段よりも育てにくさや気難しさを感じる」のような客観的な印象が重要である。例えば夢などによる睡眠障害でも、寝つきの悪さや中途覚醒、泣きぐずりなどの行動について、養育者からの何気ない「いつもより夜泣きが増えた」などの実感を聞き漏らさないことが大切である。また、全般性不安障害や恐怖症などの症状が前面に出ていることで PTSD 症状をわかりにくくすることもあるため、実際に外傷的出来事の体験があるかどうか、やはり養育者からの聴取を以て総合的に診断されることが求められる。稀に子どもの場合、症状が形成されるまでに時間がかかることもあり、トラウマとなるイベント発生からかなり経過してからの疾患出現となり因果関係の発見を困難にしていることもある。養育者から注意深く経過を聴き、外傷的な出来事以前にみられなかった行動が追加されたり、獲得されていたはずの発達スキルが消失する一過性の退行がみられたりした場合には特に注意を払うべきである。乳幼児の特徴を含め、子どもの PTSD 診断は多角的で細やかな観察と、第三者による事実レベルの聴取や客観的視点が必要といえる。

### 2.1.3 子どもの「出来事基準」とトラウマの定義

精神疾患の診断基準である DSM-5 において、成人、青年、6歳を超える子どもに PTSD の診断をする場合は、トラウマを与える出来事として「実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事」(APA, 2013/2014) の存在が必須とされており、これがいわゆる「出来事基準」である。この、「出来事」

に関して子どもからの報告や他のそれに匹敵する証拠がない状態では診断はできない(Cohen et al., 2010)。一方、ICD-10にも「例外的に著しく脅威的な、あるいは破局的な性質をもった、ストレスの多い出来事あるいは状況」(WHO, 1992/1993)とされ、「出来事」の基準は特異的である。従って、成人のトラウマとは医学的診断の見地からいえば、「命を脅かすほどの非日常的な危機体験がもたらす心の傷つき」がないとPTSDと診断できないといえる。しかし「トラウマ」という言葉が広く知られるようになったことで、医学的にはトラウマと呼べないような日常体験における傷つきも、一般社会では気軽にトラウマと呼ばれている。そのせいか、出来事基準に相応しなくてもPTSD症状が揃えばPTSDとするシンドローム・エビデンス診断がみられたり、激しい症状を呈したので出来事も重いはずと結論したりといった混乱が成人のPTSD診断に散見されるという(飛鳥井, 2005)。しかしながら子どもの場合は状況が異なる。「命を脅かす」と感じるかどうかは主観的な判断であり、その時命の危険を感じたのであれば体験の如何に関わらず精神的には同じように傷つく。そしてそれは人生経験の少ない子どもたちにとっては、ありふれた出来事すら「命を脅かすような」体験ととらえられる可能性を示唆する。例えば、自力で食糧を獲得できない子どもにとって、食事を与えられない経験は命の存続の危機とながっている。食事中に喉が詰まって息が苦しくなった時でも、「死ぬかもしれない」と思い込めばそれは命をおびやかす体験となる。大人から見れば軽微な体験でも、また見聞だけの体験でも、子どもの想像力と知識で判断すれば十分に命をおびやかされる体験と成り得るのである。この定義に沿えば、子育ての極端な失調は子どもにとって心身の安全を脅かされる体験であり、もちろん心的外傷の条件を満たすといえる(滝川, 2017)。

子どものPTSD診断をする際には外傷的な出来事体験の存在が養育者などから語られることが必要であることは既に述べた。DSM-5における「出来事基準」には、成人の場合と同様に子どもにも死亡や死の恐怖、重症を負う体験、性的被害があげられているが、子どもの場合はそれに加えて、目撃や伝聞によるトラウマ体験についても「近親者あるいは養育者に生じたもの」に限って認められているという特徴がある(金, 2014)。子どもは、養育者に起こった出来事を自分に起こったことと同じように体験しやすい。また、電子媒体やテレビ、映

像，写真のみで見た出来事は目撃に含まれないと書き添えられているのだが，実際はインターネットの動画など日常に蔓延しうるものも精神的なショックを与える動画などに晒されることで PTSD を起こし得る。一方，Sheeringa ら（1995/2003）や，ICD-10 では特に出来事としての具体的な基準を設定してはいない。やはり子どもにとって何が「外傷的」といえるかどうかは議論の余地があるためと思われる。さらに，長期に積み重なる心的外傷的出来事に関しては，どのような出来事のことを指すかはいまだ曖昧である。例えば，反応性アタッチメント障害の診断基準には「安楽，刺激，および愛情に対する基本的な情動欲求が養育する大人によって満たされることが持続的に欠落するという形の社会的ネグレクトまたは剥奪」（APA，2013/2014）と説明されるが，これが子どもの側からみて明確に心的外傷として訴えられることは少ない。廣常ら（2005）は，「子どもにとって慢性的，持続的な『逆境』について明示することは難しい」としており，子どもにとっての心的外傷とは，出来事の軽重に関わらず，もっと広い範囲を含むのではないかと推測される。La Greca（2000/2007）によれば，家族や友人，あるいは自分の財産や所有物の喪失，そして家や学校，地域からの移転といった，大切なものの喪失と日々の暮らしの崩壊も子どもにとっては PTSD を引き起こすという。また Amaya-Jackson（2000）も，子どもは幼いほど外傷的出来事の危険性や意味について理解できておらず，親のトラウマに対する反応が大きく影響するという。つまり周囲の大人がどのような反応をし，その体験にどのような意味付けをするかによっても子どもが主観的に体験する恐怖は変化しうるといえる。幼児の PTSD 症状では，治療により過敏，怖がり，攻撃性，落ち着きのなさは改善するものの，反対に退行が大きくなることが報告されており（米田，2009），子どもが安全と安心を確認したのちに，ようやく親への愛着形成が始まると考えられる。

このように，DSM は出来事基準を明示することで PTSD の診断を氾濫させない意図が見受けられるが，現場で出会う事例は PTSD 症状が激しいものの出来事基準に沿わないことも多く，診断をつけることが出来ないまま治療を求められていることもある。このあたりの診断における議論は今後も尽きないであろう。結論として，本論文における「トラウマ」は，医学的診断の概念である「危うく死ぬ，重傷を負う，性的暴力を受ける」出来事に曝露されたときの心

の傷だけでなく、広義の意味で「大人からは軽微と思えるが子どもにとっては命をおびやかすような脅威と思える」出来事への曝露による心の傷も含めたものと定義する。ただし、第4章の文献展望においては医学的診断名に依拠し、出来事基準を持つ PTSD 事例に限ることとする。

#### 2.1.4 子どもの PTSD の予後

一般的な PTSD の症状は年余にわたって持続することは少ないとの意見がある (La Greca, 2000/2007)。例えば 1992 年フロリダを襲ったハリケーンアンドリューによって被害を受けた子どもの 39% が初期に PTSD 診断基準を満たしたが、7 か月後に 24%、10 か月後に 18% へと減少したことが報告されている (Vernberg et al., 1996)。この研究から PTSD の重症度が月日と共に軽減していくことが示されており、総じて子どもたちは単回の出来事に遭遇して数カ月内に PTSD 症状を呈するものの、多くは時間の経過とともに改善していくといえる。ただし、虐待や戦争・テロなどにより複数回繰り返される出来事によるトラウマを受けた場合は当然、時間の経過とともに自然に回復していくことが困難な病態を形成する。小児の PTSD 患者にリバーミード記憶検査を実施した研究では、全般的に成績不良であり、見当識と展望記憶が低下していることが報告されている (Mordi et al., 1999)。PTSD に罹患することで海馬や前頭前野を中心とした長期記憶システムの機能低下をもたらすことが推測される (元村, 2013b)。トラウマが繰り返し加えられると子どもの人格発達に影響を与え、トラウマが子どもの中に取り込まれることで基本的信頼関係が障害される (花田, 2002)。ICD-11 から取り入れられた「複雑性 PTSD」の病態は、長期に渡り複数回のトラウマが与えられた場合に発症するものであるが、難治であり有効な治療方法に関する議論も乏しく (杉山, 2017)、予後は見通せない。トラウマのタイプによって予後が良いものと悪いものが存在するといえる。

#### 2.1.5 子どもの PTSD の脆弱性と疫学

Kessler ら (1995) の全米疫学研究によると、成人男性の 61%、成人女性の 51% が生涯に一度はトラウマ体験をし、PTSD の生涯有病率は男性で 5%、女性は 10% といわれる。つまり、人口のほぼ半数が生涯においてトラウマ体験を

するが、そのうち PTSD を発症するものは僅かでありトラウマ体験をしたすべての人が PTSD になるわけではないといえる。反対に、それほど深刻には思えないような出来事から激しい症状が出る人もある。そこからいえることは、やはり「心因的な素因としての精神的な脆弱性の想定が必要となる（飛鳥井，2005）」ことである。トラウマ症状に影響を与える危険因子として、Brewin ら（2000）や Ozer ら（2003）は、体験の重篤度に加え、女性であること、先行するトラウマ体験があること、ソーシャルサポートの欠如などを報告した。Shalev ら（1996）は外傷体験時に解離した感覚が続くことが PTSD を予測するとした。これは成人だけではなく、子どもにおいても同じような傾向がみられる。ロサンジェルスでのノースリッジで地震に巻き込まれた子どもの調査から、閉じ込められた、けがをしたという客観的事実体験に加え、死の恐怖を感じたとか心臓の鼓動が速まるのを感じたとか、地震の際に誰かがとった行動についてひどく戸惑いを感じたといったような主観的体験が、5 か月後の PTSD の一般的な重症度を予測する因子と明らかになったという（van der Kolk ら，1996/2001）。子どもはよく、虐待の理由を自分に帰属させることがあるように、子どもは事態に対する主観的な認知が中心であり、それが後の症状形成に影響を与えるといえる。さらに、湾岸戦争被災者の反応をアタッチメントスタイルで分類し調査した Mikuliner ら（1993）の研究からは、安定型（タイプ B）の者は高い質のソーシャルサポートを求め、精神的ストレスもより少なかったとしている。個人のアタッチメントタイプによって求められるソーシャルサポートが異なり、アタッチメントスタイルが安定型でないことが危険因子という見方もできる（飛鳥井，2000a）。いずれにしても、潜在していた過去のトラウマ体験は、次のトラウマ体験によって再活性化される危険があり、過去のトラウマ体験が発達過程のどの時期で起こり、どれほど解決されていたのかはその後の重要な道標となる。

一方、子どもの PTSD の疫学については近年まで診断基準が十分に確立されていなかったため、大規模調査や疫学的知見はまだ十分ではなく、子どもの PTSD の生涯診断有病率は報告によって極端に異なる（廣常ら，2005）。子どもの場合、出来事診断基準もやや曖昧であるため外傷となる出来事の種類が多様であり、また研究によって外傷後の測定期間や対象児の年齢なども揃っていない

い。そこで子どもから成人までの範囲を含めた先行研究から疫学データを示す。18歳以下の子どもを対象とした調査ではないが、Breslauら(1991)が21～30歳の若者への無作為抽出調査で、男性の6%、女性の10.4%がトラウマを体験しており、サンプル全体でPTSDの生涯診断有病率は9.2%であったと報告している。また、全米併存症調査(US National Comorbidity Survey)の1995年の調査では、15～55歳のアメリカ人男性人口の5%、女性人口の10.4%(男女合計平均7.8%)が生涯でDSM-III-R基準でいうPTSDを罹患するとしている。最近の研究でも、子どもが大人になるまでに少なくとも1回トラウマを体験するのは14～67%と研究によって異なるが、そのおよそ0.5～3%はPTSDに、13.4%は何らかのトラウマ後ストレス症状(PTSS)になったと報告しており(Diehle et al., 2015)、子どもも成人と同じような傾向があると推測できる。さらに、その脆弱性の素地は、発達期早期のトラウマ体験によって形成されることがKoenenら(2007)に論じられている。これはPTSD発症の危険因子を11歳以前に確認された1037人が、その後26歳の時にトラウマ暴露の有無とPTSD発症の有無を調べた大規模出生コホート調査である。結果として最も危険因子として有意差が出たのは、3歳と5歳時における「気難しさ」、5歳、7歳、11歳時に教師によって評価された「反社会的行動と多動傾向」、「母親の精神的症状」、11歳以前の「養育者の喪失」であったという。この結果から、子どものPTSD発症しやすさは、子どもの発達年齢や親の反応とも複雑に影響しあうといえる。

ところで、外傷的出来事に曝露してPTSDを発症する男女比については女兒が高いとする報告が多い(Pfeffebaum, 1997)。男女差については白川(2008)がトラウマ脆弱性形成の重要因子としての性差を分析し、一般に男児のほうが暴力的出来事への遭遇が多く暴力の程度も強いにもかかわらず、女兒の有病率のほうが高いことについて、女兒は性的虐待、性暴力の存在があり、性差形成にレイプや性虐待などの性的トラウマが関与している可能性があるとした。またOlfら(2007)による「トラウマを受けた女性は内在化症状(抑うつ、不安、身体化)を呈しやすく、男性においては外在化症状(攻撃的行動、反社会的行動)が多い」という指摘からは、トラウマを受けた男児の症状は行動に反映されるものが多いため、精神的疾患の有病率に反映されないのではないかと考

えられた。わが国で児童自立支援施設に入所する中学生を対象とした IES-R による質問紙調査では、PTSD のハイリスク群に該当する男子は 42.9%，女子は 71.1%であった（野坂，2011）。この結果から施設に入所している中学生が複数のトラウマ体験を持ち、PTSD 症状が強いことが明らかとなった。トラウマの影響による反社会的行動への支援という視点が今後必要となることを示唆している。

一方、トラウマティックイベントに出遭う前に、何らかの心理的課題を抱えていた場合、子どもは PTSD を発症しやすくなることが指摘されている。例えば出来事に出遭う 15 カ月前の不安の程度が、災害後の PTSD を予測できたという研究がある（La Greca et al., 1998）が、これは子どもが不安や愛着の基盤を抱えている状態でトラウマティックイベントにさらされることが PTSD 発症の脆弱性となることを意味する。チョウチラでのバス誘拐事件の被害者 25 人を 4 年間追跡調査した Terr（1983）は、子どもの PTSD の重篤度が、それまでの家族の病理、コミュニティとのつながりの欠如、最近の家族の問題、個々の脆弱性と明白な関係性があったと結論付けた。

子どもは長いライフタイムで様々なトラウマティックイベントに出遭うことは避けることが出来ない。それが PTSD を形成しないよう脆弱因子を避けレジリエンスを高める研究が求められているといえる。

## 2.2 子どもの解離性障害の臨床像

子どもの解離は比較的良好に見られる状態像である（金，2014）。子どものトラウマ症状における解離をいち早く指摘したのは van der Kolk である。彼はまだ米国の精神科医療関係者の中でトラウマの心理的影響がまだほとんど関心を払われていなかった 1980 年代後半にすでに大著「サイコロジカル・トラウマ」において、「虐待が子どもの思考に及ぼす影響に関する理論的発展」という章を立て、「被催眠性の高い子どもたち（7 歳から 11 歳）では、自己催眠は虐待する対象からの逃避となりうる。子どもたちは虐待者の前に身体だけを残して、透明人間のようになり、自分の一部を自由に漂わせることを学ぶ。こうして多重人格などの解離性障害を生む土台が築き上げられる」とした（van der Kolk, 1986/2004）。

一方 Terr(1991)は、子どものトラウマを単回で短期のタイプ I トラウマと、複数回で長期にわたるタイプ II トラウマとに分類し、タイプごとにその主な症状を示した(図 1)。そして特にタイプ II トラウマを受けた子どもに否認、精神的麻痺や自己催眠状態、解離などの症状が見られることを指摘し、解離はタイプ II トラウマを疑える指標となることが示された。

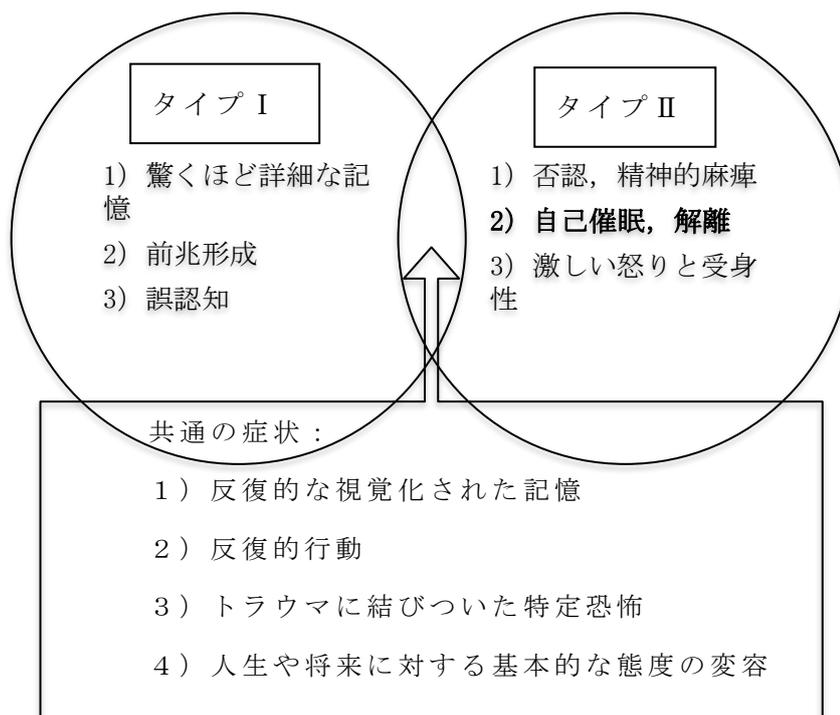


図 1 タイプ別トラウマを受けた子どもの症状(廣常ら, 2005 参照)

また同じ頃、Putnam は「離散的行動状態モデル」を掲げ解離の説明を試みた。彼の説明によれば、乳児は状態依存的に刺激に反応し、多次元な行動状態間を移行している(離散的な行動状態を状態移行している)が、成長や、親の行動状態との相互交流により連絡経路を複雑に発達させ、やがて行動状態を自己調整できるようになるという。特に幼児期初期における、自己の行動状態を制御しようとする試みが自己刺激行動(おしゃぶりを吸う、身体を律動的に揺する、など)であり、親が子どもの身体的・心理的欲求に応じて適った介入を行うことで状態のわかちあいが起こる体験が愛着反応の中核的構成成分であると説明した。ところがその大切な時期に親の不適切な養育が行われると苦痛な情動は離散的情動状態を生み出し、引き金となる刺激があるたびに繰り返し再体験するという。「この離散的状態は恐怖に条件づけられ、脅威であるような刺

激に対し扁桃核／側頭葉の反応を起こすのであり、持続的非道処遇もそれ以外のストレスも児童の行動状態の自己統御力獲得を阻害する」とし、つまり離散的行動状態モデルによれば「多重人格障害をはじめとする児童期外傷関連障害群における同一性の断片化は、それ以前は完全であった同一性が「粉碎」された結果ではなく、離散的意識状態の発達過程における整理統合の失敗」と考えられた (Putnam, 1997/2001)。その後 Cohen ら (2006/2014) は子どものトラウマ症状を、感情面、行動面、認知面、複雑性 PTSD、精神生物学的トラウマ症状という5つに区分し(表5)、「行動面にみられるトラウマ症状」の「回避」では自分を守れないほど圧倒されると感情の麻痺が起こり、さらに重篤な場合は解離を生じるとした。また、DSM-5 (2013/2014) においては PTSD の診断項目に、フラッシュバックを例とした解離症状の記載が含まれ、「解離反応は1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」と説明され、PTSD の症状形成における解離の役割は明確になった。つまり、最初に再体験症状として現実感を失い、あたかも被害がまた生じているかのように感じる事が基本的に解離であると位置付けられ、フラッシュバックはその中に含まれたと考えられる(金, 2014)。このようにトラウマ症状と解離は密接に関連しており、解離はトラウマ症状が重篤な場合を示す指標に成り得るといえる。

表5 子どものトラウマ症状 (Cohen et al, 2006/2014 より抜粋, 下線筆者)

感情面のトラウマ症状	恐怖：恐ろしい状況に対する本能的かつ学習された反応 抑うつ気分：他者や世の中に対する信頼の喪失、自責感 怒り：トラウマ体験は不公平であった、自分はそれに値するような悪いことは何もしていないという目覚め 情動調節障害：気分がころころ変わり否定的な感情を対処できない
行動面のトラウマ症状	<u>回避：トラウマを思い出させる刺激を回避する</u> <u>感情の麻痺や解離：より重篤なケースで回避が使えなくなったとき</u> 不適応的な行動や対処戦略の学習：不適切な行動のモデリング

	と、不適切なアタッチメントの力動が含まれる。時に攻撃者への同一化もある。また性的行動化や物質乱用、自傷行為も含まれる
認知面のトラウマ症状	非合理的信念を持つ：自責感からくる歪んだ認知、裏切られ体験による誰も信じられないという一般化、自己イメージの損傷など
複雑性 PTSD	繰り返し続いてきた、あるいは今もなお続くトラウマ的なライフイベントにより、複数かつ重要な領域（たとえば情緒調節、対人関係、自尊心、自己効力感、学業、職業的機能、個人の安全管理の点など）における広汎にわたる問題を抱える。
精神生物学的トラウマ症状	脳の構造的変化（頭蓋内容積が小さく、IQが低く成績が不良、脳梁が小さい、など）をもたらす。これらの変化の進度は不適切な養育が経過した時間の長さに相関。

これらの意見は、解離が子どもにとって決して稀な症状ではなく、むしろ子どもに一般的な症状として注目すべきであることを示唆した。災害後の強い解離は、事態を文脈で把握できない年少者であればあるほど起こしやすく、のちの PTSD の出現と強く関連していることから PTSD の危険性を予測できる症状としても注目される。

DSM-5において、解離性障害は、解離性同一症／解離性同一性障害、解離性健忘、離人感・現実感消失症／離人感・現実感消失障害を含む。解離性同一性障害には子どもの場合の注意事項があり「その症状は想像上の遊び友達または他の空想的遊びとしてうまく説明されるものではない」とされているが、それ以外には子どもの場合のみの別記はされていない。子どもの場合の客観的判断は診断基準においても困難である示しといえる。成人の解離性障害は決して稀な疾患ではなく、海外における有病率調査の疫学を概観した杉下ら（2009）によると解離性障害の一般人口における有病率は1～5%頻度と報告されている。一方、子どもの有病率はこれまではっきりと示されていない。その理由として、子どもにおいては健忘・遁走や解離性同一性障害のような「病的解離」と別に、日常生活における些細な没頭や想像上の友達とやりとりする体験、想像力によって現実を再構築した遊びなどを含めた「正常解離」が多く存在することがあ

げられる。白川（2009）は、10代までの子どもは通常でも解離を起こしやすく、10歳前後に正常解離現象のピークがあると述べており、子どもが正常解離体験にあふれた日常を送っていることで病的とはとらえられにくい現状が指摘される。先ほどのPutnam（1997/2001）は、そもそも幼児期の心性が睡眠や泣きなど生理学的状態が不連続に存在する「離散的行動状態」にあり、発達と共になされるべき統合が阻害された状態が解離性障害であるとしており、子どもの場合は解離が発達と共に観察されていく病態であることを示唆している。このように子どもの解離は決して稀な状態像ではないといえる。特にわが国における子どもの解離性障害の報告は多く、その原因には解離性障害の外傷に共通する「安心していられる居場所の喪失」（柴山，2007）、過敏で感受性の強い子どもと過干渉な親との感性のずれからくる「関係性のストレス」（岡野，2007）、「感情制御の発達不全」の子どもが解離を頻繁に使用する（大河原，2008）などの指摘がなされているものの、いまだ統一的な知見が得られているわけではない。

解離性障害の中でも重篤とされる解離性同一症／解離性同一性障害は、古くは多重人格と呼ばれていた病態を指す。解離性同一症は自己感覚の不連続を感じ、感情や記憶の変容が認められ同一性が破綻する状態なのだが、これは心的外傷的な出来事とも関連している。Kluftは解離性同一症になる要因（KluftのDID4因子説）（Kluft, 1984）として①潜在的被催眠能力、②幼児虐待の生活体験に対する解離性の防衛、③医原性、④社会の不適切なサポートをあげ、幼児期の虐待体験を持つことは解離性同一症の危険因子であると述べている。年少児はそもそも自己同一性が未完成であり、出来事などの記憶や叙述が曖昧である。そこに虐待のように連続する大きな心的外傷的体験が自己同一性や記憶に多大な影響を与えることは容易に想像できる。従って、子どもの解離性同一症には虐待のように連続した繰り返される心的外傷の体験と、発症時にある程度の年齢を超えていることが想定される。

### 2.3 子どもの愛着障害の臨床像

子どものトラウマと関連の深い疾患に愛着障害がある。愛着障害はDSM-5において「反応性アタッチメント障害／反応性愛着障害」と「脱抑制型対人交流

障害／反応性愛着障害・脱抑制型」の二種類にわけられ、ともに「心的外傷及びストレス症候群」の下位に分類されている。

愛着研究の第一人者である Bowlby, J. はダーウィンの発想を受け、本能システムは適応性のある環境において種の生存を促進するよう構造化されているとして、愛着行動は人間の生存率を高める方略であるとした (Bowlby, 1969/1991)。新生児が社会的微笑を示して養育者からの愛情と保護を本能的に求めるように、人間の子どもは養育者に寄り添うことで安全基地が保障され、そこから探索に出て、時には危険を察知して養育者のもとに戻って安心することを繰り返して成長する (Bowlby, 1973/1995)。その過程を経て自己への信頼と自律性が生まれ、さらに他者への共感や協力といった社会的な感覚を身につけることができるのであり、養育者との安心で安全な擁護的環境が子どもの心の発達には不可欠といえる。つまり、人生最早期かつ最大の打撃となり得る心的トラウマは、安全基地の喪失である。母性はく奪の影響を研究していた Bowlby は、母親の不在に対する子どもの反応を観察することで将来の人格形成に何らかの予測が出来るのではないかと考え、母親との分離後と、母親との再会後に子どもが示す反応を観察した。そして、母親とある程度安定した関係を築いていた 15～30 カ月の幼児が母親から離されると、「protest：抵抗（分離に対し激しい悲しみや怒りを表現する）」、「despair：絶望（母親の不在に対する激しい反応は減退するが、単調に泣いたり非活動的になったりする）」、「detachment：脱愛着（やがて周囲に関心を示し、回復したかにみえる様になるが、いざ母親と再会しても気乗りしない顔をして、あたかも意識から愛着体験を排除したかのように母親への関心を失った態度を示す）」、という 3 段階の様子がみられることを発見した。そして、複数回の長期に渡る母性はく奪により脱愛着感を持ち続けた幼児は、分離に対する反応すら示さなくなることを指摘した (Bowlby, 1973/1995)。この、母性はく奪の研究結果は母子分離という瞬間的な出来事だけでなく、児童虐待やネグレクトなどで繰り返し擁護的環境が奪われることによる影響についても示唆できるといえる。

これを多重人格障害の基盤として引用したのが Barach, P. である。彼は、Bowlby が観察していた「脱愛着」が、愛着を受けてこなかった子どもがみせる解離の一部であると考え、養育者の不在あるいは無反応性が、子どもの解離状

態を作るのではないかと考えた (Barach, 1991)。虐待を受けた子どもが、どんなに助けを求めて泣き叫んでも自分は孤独であることに気付くことは耐え難い苦痛である。逆にいえば、脱愛着の状態は、子どもがそれに気が付いて傷つくことから守ってくれているともいえる。Barach は、トラウマを受けているとき子どもは苦痛、恐怖や圧倒される感情を感じて親を求めるが、それが得られない結果、虐待は自分ではない誰かに行われていると想像する意識状態が脱愛着の意識状態を作るのだと考えたのである。さらに、Barach の理論を拡張した Liotti (1999) は、愛着システムは人間が恐怖やトラウマイベントにさらされるたびに活性化されるものとし、「タイプ D：無秩序・無方向型」(Main & Solomon, 1990) といわれる愛着行動を示す子どもは将来的に解離性障害を発症させやすくなると示唆した。タイプ D とは Main らの研究による母子のアタッチメント 4 タイプの 1 つであり、子どもが母親との分離再会時に突然すくんだり、顔をそむけた状態で親へ接近したり、再会の際に親にしがみついたかと思うとすぐに離れ壁に寄ったりする行動をとる、いわば接近と回避が同時に活性化されるような動きをとるタイプである。

Putnam (1997/2001) は、「非道処遇された児童は、典型的には、「崩れた構造」の愛着行動 (タイプ D) を示す」と指摘したうえで、このような外傷を負ったものは外傷素材と感情から自己を隔離しようとすることで病的解離をひきおこすとして、愛着障害が解離と密接にかかわっているとした。また、Main & Morgan(1996) は、12 カ月の乳児のアタッチメントタイプを測ったうえで、8 歳で再度トラウマ暴露の有無と、PTSD や分離不安、全般低不安障害などの有無を調査したところ、タイプ D アタッチメントパターンを持っていた子どもに回避・再体験症状が有意に多いことを報告した。

これらの反復・長期に渡るトラウマの影響が子どもの発達段階に種々の影響を与え、解離性障害や PTSD, 人格障害, 身体表現性障害などを呈することを、Herman (1992) や van der Kolk (2005) が指摘した状態像こそが「複雑性 PTSD」という疾患概念であり、それまでの単純な PTSD とは別の分類と考える必要があることを主張している。子どもの愛着と発達という複雑な相互作用を経て症状は形成されるといえる。

## 2.4 本章のまとめ

ここまで子どものトラウマに起因する疾患として PTSD や解離性障害，愛着障害を取り上げ，その精神症状について DSM-5 などの診断基準を中心にまとめた。その結果どの症状も相互に影響しあっており，トラウマのタイプとも密接にかかわっていることが示された。子どものトラウマに関連する疾患は診断が難しく，多角的で細やかな観察と，親などの報告による客観的事実を要すると考えられた。さらに子どものトラウマは早期に対処することで将来的には疾患の形成や症状の重篤化を防ぐことが明らかとなった。

## 第3章 子どものトラウマに対する心理療法

前章までは子どものトラウマに起因する疾患として、PTSD や解離性障害、愛着障害に関する診断基準を考察した。本章では子どものトラウマに対し現在どのような治療が推奨されているか、ガイドラインを中心に検討する。

### 3.1 子どものトラウマ治療総論

#### 3.1.1 トラウマ治療の前提

van der Kolk (1996/2001) は、効果的なトラウマ治療に含まれるべき5つの段階として以下を示した。

- 1) 教育と身体的な状態を言語化することによる感情の同定を備えた安定化
- 2) トラウマ性の記憶と反応の条件付けの解除
- 3) トラウマに関する個人のシェーマの再構築
- 4) 安全な社会的つながりと対人関係能力の再構築
- 5) 回復的な情緒体験の蓄積

これらの段階の移行は個人により異なるが、複雑なケースであるほど、1) の安定化の段階を繰り返す必要があるとされる。また、治療のある段階で効果が認められたことが、別の段階で同様に有効とは限らないとされる。例えば、1) の安定化の段階での薬物療法は、自律神経系の興奮抑制、悪夢の軽減、睡眠促進などの効果が得られて有効だが、長く続けていると疲労や無力感が生じたり、自己の内面を振り返ることでの感情に圧倒されたり、対人関係における別の問題が出てきたりする。その状況は4) の安全な社会的つながりと対人関係能力の再構築を目指す段階にあると考えられ、漫然と薬物療法をして効果が得られるとは考えにくく、自己コントロール感覚を再構築できるような社会的活動に従事することを進めていくような方法が望ましい。そうすることで、やがて5) の回復的な情緒体験を蓄積する段階へと移行でき、例えば運動や野外活動、芸術的な創作活動などトラウマによって浸食されない喜びを持てる活動への参加を促すことが治療的といえる。子どもの場合においても段階を意識して、子どもの状態に適した支援方略が必要であり、何か一つの治療方法が常に有効であるわけではないことを前提として以下に治療や心理療法を論じる。

### 3.1.2 海外のガイドラインに推奨される治療と心理療法

1988年12月、アルメニアでM6.8の地震があり、学校において子どもと家族のトラウマ暴露の程度やトラウマ後の反応について大規模な調査が行われ、精神医学的に問題のある子どもには心理的支援が提供された（Goenjian, 1993; 1995）。そこではまず、心理教育やソーシャルスキルトレーニングのような個別や集団での教育的支援が提供され、必要な親子には心理療法（精神力動的な心理療法や認知行動療法、遊戯療法など）と薬物療法が施された。この子どもとその家族への治療プログラムは精神医学的問題を早期にとらえ、見逃されがちな抑圧された怒りや罪悪感、否認などの感情を取り上げることで、トラウマ後の精神的な問題の進行を防ぎ、複雑化を予防するために重要であったという。このような20世紀後半の調査を皮切りにPTSDの治療に関するガイドラインが出版された。中でも著名なものを以下にまとめた。

①国際トラウマティック・ストレス学会（International Society for Traumatic Stress Studies, 以下,ISTSS）による「PTSD治療の臨床実践ガイドライン第二版（Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies Second Edition.）（Foa et al., 2009）」

表6 ISTSSによるPTSD治療ガイドライン（訳筆者）

Guideline1	Psychological Debriefing for Adults （成人への心理的ディブリーフィング）
Guideline2	Acute Interventions for Children and Adolescents （児童青年への緊急介入）
Guideline3	Early Cognitive-Behavioral Interventions for Adults （成人への早期認知行動介入）
Guideline4	Cognitive-Behavioral Therapy for Adults （成人への認知行動療法）
Guideline5	Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents （児童青年への認知行動療法）

Guideline6	Psychopharmacotherapy for Adults (成人への精神薬理療法)
Guideline7	Psychopharmacotherapy for Children and Adolescents (児童青年への精神薬理療法)
Guideline8	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (眼球運動による脱感作と再処理法)
Guideline9	Group Therapy (集団療法)
Guideline10	School-Based Treatment for Children and Adolescents (児童青年への学校を主体とした治療)
Guideline11	Psychodynamic Therapy for Adults (成人への精神力動的療法)
Guideline12	Psychodynamic Therapy for Child Trauma (子どものトラウマへの精神力動的療法)
Guideline13	Psychosocial Rehabilitation (心理社会的リハビリテーション)
Guideline14	Hypnosis (催眠)
Guideline15	Couple and Family Therapy for Adults (成人への夫婦・家族療法)
Guideline16	Creative Therapies for Adults (成人への諸芸術療法)
Guideline17	Creative Arts Therapies for Children (子どもへのクリエイティブアートセラピー)
Guideline18	Treatment of PTSD and Comorbid Disorders (PTSD とその併存症への治療)

このガイドライン項目から子どもへの適用が推奨されているのは、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy, 以下, CBT), 精神薬理療法 (薬物療法), 精神力動的療法, クリエイティブアートセラピーであった。EMDR, 集団療法,

催眠も成人・子どもの区別なく治療の選択肢に含まれていた。なお、ISTSS では間もなくガイドラインの第3版を出版するが、それに先駆けて治療の方法論とガイドラインをインターネットで公開しており、そこで EMDR が子どもに対しても強く推奨されると認められている (Berliner, et al., 2019)。(http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx 平成31年1月25日参照)

②米国児童青年精神医学会 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 以下 AACAP) による「トラウマ治療ガイドライン (Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder.) (Cohen, 2010)」

ガイドラインに推奨された11項目から治療段階に関する推奨項目を抜粋し表7にまとめた。推奨の度合いは4段階で以下の通りである。

MS (Minimal Standard : 「最低限の基準」 : 厳しい実験上のエビデンスに基づいた推奨事項につけられる評価)

CG (Clinical Guideline : 「治療的ガイドライン」 : 強いエビデンスに基づく推奨事項につけられる評価)

OP (Option : 「選択肢」 : 最近登場したエビデンスに基づいた受け入れ可能な推奨事項につけられる評価)

NE (Not Endorsed : 「承認されない」 : 効果がないまたは否定されたといわれる事項につけられた評価)

表7 AACAPによるPTSD治療ガイドライン (訳筆者)

治療に関する推奨	
recommendation4	Treatment planning should consider a comprehensive treatment approach which includes consideration of the severity and degree of impairment of the child's PTSD symptoms (MS). 治療計画は子どものPTSD症状の重症度や実害の程度を考慮した包括的治療方略を考慮すべきである。(MS)

---

recommendation5 Treatment planning should incorporate appropriate interventions for comorbid psychiatric disorders (MS).  
治療計画は合併する精神疾患への適切な介入を組み込むべきである。(MS)

---

recommendation6 Trauma-Focused psychotherapies should be considered first-line treatment for children and adolescents with PTSD (MS).  
児童青年期のPTSD治療にはトラウマに焦点付けられた心理療法が第一に考慮に入れられるべきである。(MS)

---

#### Cognitive-behavioral therapies

認知行動療法に関してTF-CBTの効果が認められる。EMDRはCBTに含める。

---

#### Psychodynamic trauma-focused psychotherapies

精神力動的トラウマ焦点化心理療法に関してChild-Parent Psychotherapyの効果が認められる。

---

recommendation7 SSRIs can be considered for the treatment of children and adolescents with PTSD (OP).  
SSRIはPTSDの児童青年期の子どもの治療に考慮される。(OP)

---

recommendation8 Medications other than SSRIs may be considered for children and adolescents with PTSD (OP).  
SSRI以外の薬物治療を考慮に入れてもよい。(OP)

---

recommendation9 Treatment planning may consider school-based accommodations (CG).  
治療計画は学校施設内での実施を考慮してもよい。(CG)

---

recommendation10 Use of restrictive “rebirthing” therapies and other techniques that bind, restrict, withhold food or water, or are otherwise coercive are not endorsed (NE).  
制限的“再生”治療や、人を拘束し、制限し、食事や水を制限し、従わないと強制的となる技法の使用は認められない。(NE)

---

このガイドラインでは、子どもの場合はトラウマ体験の有無を必ずアセスメントするよう推奨されている。また、子どもは回避症状などから詳細を述べないために症状が過小評価される危険性があり、子ども個別の事情に合わせて聴き方を工夫し、トラウマ体験の詳細は具体的に程度や開始時期、期間などを聴きとるよう推奨されている。治療としては PTSD 症状を解決するに特化したトラウマ治療が薦められており、最も推奨されているのは CBT だが、中でもトラウマ・フォーカスト認知行動療法 (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy, 以下 TF-CBT) はエビデンスが高いとされる。

### ③その他のガイドライン

NICE (2005) や WHO (2013) の PTSD 治療ガイドラインでは、CBT と EMDR が推奨されている。

NICE (2005) では、子どものトラウマに TF-CBT か EMDR の治療を行うべきだとする。そこには心理教育による情報提供も含まれている。また、成人の治療に関する欄で、トラウマに焦点づけられていない、例えばリラクゼーションや非指示的療法などトラウマ記憶を扱わないような治療的介入を、慢性 PTSD の人に漫然と提供してはいけないことも記されている。トラウマへの専門的治療を推奨し、それまでよく使用されていたリラクゼーションや傾聴などの効果を認めないと明示したのは初めてのことである。

WHO (2013) では、トラウマに焦点化された個人 CBT、集団 CBT、EMDR に治療の効果があると推奨した。また、ストレスマネジメントに効果があるというエビデンスはなかったとされた。

Forbes ら (2010) は、世界的に著名な 7 つのガイドライン (表 8) をレビューし、その結果、これらガイドラインにおける明白で重要な違いは、a) 薬物療法の割合、b) 推奨される心理療法の要因と、EMDR が TF-CBT と同等に治療の第一選択となるかどうか、c) どのガイドラインがどのくらいエビデンスを求め、そして介入に加えスクリーニングやアセスメントの分野における推奨度合を提供するか、であるとした。最近の研究では Diehle, et al. (2015) において、TF-CBT と EMDR を PTSD の子どもにランダムに割り付けて比較したところ症状の低減に有意差はみられなかったとした。その上で、TF-CBT のほうが親

への関与が大きいことから親の訴えが低下することと、EMDRのほうが有意ではないもののわずかにセッション数が短いことが報告されている。

表8 Forbesらが参照したPTSD治療のガイドライン(Forbes et al., 2010)

発表年	ガイドライン名	出版元
1 2004	Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress.	VA/DoD Management of Post-Traumatic Stress Working Group
2 2004	American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with ASD and PTSD.	American Psychiatric Association
3 2005	UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guidelines.	National Institute for Health and Clinical Excellence
4 2007	Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) Guidelines.	Australian Centre for Posttraumatic Mental Health
5 2008	The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) Guidelines	Foa, Keane, Friedman, & Cohen
6 2010	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Practice Parameters for PTSD in Children and Adolescents.	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Cohen et al.
7 2007	Institute of Medicine. Treatment of PTSD: Assessment of the evidence.	The National Academies Press, Washington, DC

### 3.1.3 国内のガイドラインに推奨される治療と心理療法

わが国における子どものPTSD治療ガイドラインは少ないが、平成20年度厚生労働科学研究における子ども家庭総合研究事業報告書に「子どものトラウマへの標準的診療に関する研究」(奥山ら, 2009)がある。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作成を目的とした研究である。しかしながら、方法としては海外の主要なガイドライン①米国児童青年精神医学会 (AACAP), ②国際トラウマティック・ストレス学会 (ISTSS), ③英国・国立医療技術評価機構 (NICE) のレビューであり国内独自の提案ではない。子どものトラウマ診療に関するニーズ調査では、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 名を対象に質問紙を実施しており、ほぼ半数の医師がトラウマの診療経験があり、ほぼ全員がガイドラインの利用を希望したという。この調査からは、わが国の実態として、子どものトラウマへの治療についての病態、面接法、評価法などの知識が、医師間で共有されているとはいえない状況と結論付けられた。

現在、インターネットを通して得られるガイドラインとして以下の①～④があり、それぞれ病院や学校などで利用しやすいリーフレット形式で疾患の説明している（平成 30 年 10 月 20 日参照）。これらに治療として紹介されている心理療法は、TF-CBT、長時間曝露法（Prolonged Exposure, 以下 PE）、EMDR である。

① 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス」

([http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail\\_ptsd.html](http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_ptsd.html))

② 国立成育医療研究センターこころの診療部による「子どものトラウマ診療ガイドライン（専門家向け）」

([https://www.ncchd.go.jp/kokoro/disaster/to\\_torauma.pdf](https://www.ncchd.go.jp/kokoro/disaster/to_torauma.pdf))

③ 文部科学省による海外子女教育、帰国・外国人児童生徒教育等に関する総合ホームページ（CLARINET）「心の外傷とその対応」

([http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/clarinet/002/003/005/002.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/clarinet/002/003/005/002.htm))

④ 静岡大学による「支援者のための災害後のこころのケアハンドブック」

([https://www.shizuoka.ac.jp/th\\_earthquake/care\\_hndbk\\_R.pdf](https://www.shizuoka.ac.jp/th_earthquake/care_hndbk_R.pdf))

## 3.2 心理療法各論

### 3.2.1 眼球運動による脱感作と再処理法（EMDR）

EMDR は Shapiro, F が 1989 年に発表したトラウマの治療に用いられる心理療法である。これまでにイギリス保健省、アメリカ心理学会・アメリカ精神

医学会，アメリカ国防総省・アメリカ合衆国退役軍人省などから「実証された最も効果がある療法」の1つとして評価され，現在までに全世界で4万人以上の専門家により多くの実践がなされている（市井・吉川，2010）。わが国では熊野（1992）が最初に臨床事例を紹介したが，その後1996年に第1回 EMDR レベル1 トレーニングが行われ，その修了生による EMDR Japan（現，日本 EMDR 学会）が発足して以降，現在までにトレーニングを受けた療法家は全国に1500人を超え医療や教育の現場で広く活動している（日本 EMDR 学会，2015）。

EMDR は，適応的情報処理理論に基づいている。人は本来，経験を適応的な連想に結びつけ自然に解決する能力を持つ（適応的情報処理能力）という理論である。健康な人はひどい出来事に遭っても，それを一晩考え，誰かに話し，時には夢に見ることで基本的には自然に体験を乗り越えて，前日より前向きな考えに至る。これは健康な状態の脳には適応的情報処理能力が備わっているためである。しかしトラウマを受けた人は，反復夢による中途覚醒，反復強迫の行動維持，統制できない侵入思考，不要な過剰反応などを起こし記憶の情報処理に行き詰まりを生じる。Shapiro はこれが適応的情報処理システムの機能不全であると説明し，眼球運動によりその行き詰まりを改善する，つまり，眼球運動はその情報処理システムを適応的に賦活する生理的メカニズムを作動させると考えられ，情報処理を促進させることで解決に導くとした（Shapiro, 1995/2004）。しかしその作用機序はいまだ明確にはされておらず，二重注意による情報処理の活性化，リラクゼーション反応，定位反応など諸説が検討されている（市井，2015）。眼球運動の効果は，REM 睡眠中に自然に起こる記憶の整理に似ているため，当初は眼球運動に脳の自然な治癒のプロセスを動かし不安や恐怖を軽減する「脱感作」の機能があると考えられていた。しかしその後の研究で，認知の修正や新しい感情への気付きなどの効果が得られると分かり，「再処理」の機能が付加された。実際の臨床では眼球運動を加えることでそれまで固執していた根強い否定的認知が，新しい肯定的認知へと速やかに転換しクライアントが深く納得できることも良く起こる。眼球運動が記憶の連合作用を促進して情報処理を促進していることが実践を通して明らかとなっている。最近の作用機序に関する脳血流の研究では，眼球運動が感情を伴う記憶処理に影響を与えていることが示唆されており，EMDR は眼球運動を通して扁桃体に

作用し、恐怖条件付けを解除している可能性が指摘されている(天野, 2016)。

EMDR は、精神分析や行動療法、認知療法などを広く踏襲しており、ケースフォーミュレーションを重視する。技法としての眼球運動ではなく、心理教育や環境調整、準備と終了の手続きなどケース全体のプロセスを含む心理療法と考えられている。精神分析が過去の外傷体験と無意識のプロセスを重視すると同様、EMDR でも過去の外傷的体験とその **Nondeclarative Memory** を重視する。精神分析家から EMDR の治療プロセスは「ターボエンジン付きの自由連想法だ」と表現されたように(遊佐, 1999)、EMDR は認知療法や精神分析的側面を多く含み、速度のある療法である。この流れを「精神分析からいったん行動療法、つまり無意識から意識、認知に治療の焦点を移し、人間の心理的プロセスには焦点をあてず、観察できる行動に焦点を当てようとし、離れていた振り子が降り戻ってきたようだ」と遊佐(2003)は表現している。

EMDR の方法は、ケースフォーミュレーションの中で3分岐のプロトコル(病状の土台となる過去の出来事、障害が生じている現在の状況、適切な将来の行動に向けての未来の鑄型)に注目しながら、事例全体を見立てたうえで、ひとつひとつの体験に対し8段階のプロセスを適用していく(表9)。十分な聞き取りと安定化の準備を整えてようやく、トラウマ記憶の処理を扱う第3段階に入ることができる。第3段階アセスメントにおける評価尺度としては1~7の尺度で適応的な認知の妥当性を自己判定する「認知の妥当性(Validity Of Cognition, 以下 VOC)」の上昇を目標に、0~10までの尺度で出来事の苦痛の度合いを自己判定する「主観的障害単位尺度(Sujective Unit of Distarvance, 以下 SUD)」の下降を評価しながら、ある出来事の苦痛の度合いがいまここで0に感じられるまで脱感作を継続する。最後の第8段階は次回の面接時に行う手続きであるが、ここまですべて1つの記憶が処理されたことを意味しており、手順に従って正しく進めることが求められる。

表 9 EMDR の 8 段階 (Shapiro (2005/2015) より引用)

第 1 段階： 生育歴・病歴 の聴取	生育歴の聴取からクライアントの準備性が整っているか、安全感を与える要因があるかなど確認する。解離などの症状スクリーニングを含めた病歴を聴取する。ターゲットとして扱う過去、現在、未来の記憶を同定し、治療計画を立てる。
第 2 段階： 準備	クライアントとの関係性を形成し、将来像の形成、安全な場所のエクササイズと資源の開発と植え付け技法などを通して、肯定的な記憶の活性化やクライアントの安定化を進める。二重注意刺激のテストや心理教育なども適宜実施する。
第 3 段階： アセスメント	ターゲットとなる出来事の代表的な映像の同定、否定的認知・肯定的認知の同定、認知の妥当性尺度の評価、感情の命名、主観的障害単位尺度の評価、身体感覚の同定をする。
第 4 段階： 脱感作	二重注意刺激により記憶を再処理する。このとき、養分を与える記憶やブロックする信念への対処や、過小・過剰アクセスへの戦略、編み込み技法など様々な技術を要する。
第 5 段階： 植え付け	選択された出来事に対して、より好ましい肯定的認知を植え付ける。
第 6 段階： ボディスキャン	身体上の不快な感覚がないか調べ、適切に処理をする。
第 7 段階： 終了	クライアントが安定した状態で終了出来るようにする。変化や将来像についてモニターする。
第 8 段階： 再評価	次回において、前回からの変化やターゲット記憶を評価する。関連した題材で新しく処理が必要な記憶がないかチェックする。

子どもへの使用は成人の場合と幾つかの違いがある。Alder and Settle (2008) は子どもの発達段階と家庭環境のアセスメントを必ず含め、言葉遣いを変えて子どもに情動調律することを前提としている。Shapiro (1995/2004) は子どもの場合はまず安心感を持てる環境を整え、1セッションの時間も成人は 90 分だが、子どもの場合は 45 分ほどにし、他の治療的技法（例えば音楽や体を動かすこと、イメージ、描画、箱庭など）の併用を推奨している。EMDR の 8 段階についても第 3 段階の SUD に両手の広さをスケールとして表現させたり、感

情同様に絵カードを使わせたりと目に見える具体的な表現方法の使用を認めている。また、子どもには難しい肯定的・否定的認知では「言っちゃだめ」「言ってもいいよね」など子どもの使用した言葉をそのまま使うことも認めている。第4段階の脱感作においては眼球運動に指人形やおもちゃの使用、両手法や楕円運動の追視などを提案し、眼球運動の代わりに交互に振動を出す機械や、ドラムを叩く、セラピストとタッチをする、セラピストが身体の一部を軽くタッピングする、交互に音を聞かせる、などのモダリティの使用も提案されている。Shapiro (1995/2004) は、子どもは少ないセッションでも急速な治療効果があると述べ、子どもへの使用は短いセッションで効果を上げるとした。

### 3.2.2 精神力動的心理療法

精神力動的心理療法 (psychodynamic therapy, 力動的療法と訳される場合もあるが本論文では精神力動的療法に統一した) は、伝統的な精神・心理療法であり、言葉のやりとりを通して、無意識を意識化したり、自己を深く洞察したり、気づきを促したりすることで葛藤の解決へと導くものである。Freud などによる精神分析や、その娘 Freud, A. などによる自我心理学, Klein, M などによる対象関係論, Kofut, H. の自己心理学など多くの理論が含まれる。Freud の精神分析は Jung, C.G. や Adler, A. などにも強く影響を与えており、広義にはほとんどの精神分析的療法を含んだ概念と言える。先の ISTSS ガイドラインにおいても、精神力動的療法に、精神分析、プレイセラピー、親子の二者関係を扱う療法などをいうとしており、Bowlby の愛着療法に基礎を置いた療法などもその仲間とみなしている (Alicia et al., 2009)。

1章に述べてきた通り、トラウマ治療の歴史とはまさに精神分析の歴史であり、その中心となる治療方法は抑圧されていたトラウマ体験を思い出すこととされてきた。Charcot や Freud が行っていた治療とは、本人すら覚えていないような無意識の体験を、催眠を使って意識にのぼらせることであった。その後 Freud は「自由連想法」や「夢分析」を考案し、その身体症状や言語表現から読み解いた解釈を与え、抑圧や投影などの様々な防衛機制を解除させることで意識にのぼらせ除反応を起こすことに成功した。有名な症例 Anna, O. では催眠下で過去の外傷体験を思い出したことで症状が消えたといわれる (Breuer &

Freud, 1985/2004) が、これは「談話療法 (カタルシス法)」とされ、外傷体験を意識化させ語ることの重要性を世に知らしめたといえる。

一方、子どものトラウマに対する精神力動的心理療法は、子どもが症状を呈した時には親の分析が必要だと考えられており、子どもをどう治療するのか、まだ未確立であった (Sidori and Devies, 1988/1992)。その後、精神分析を子どもにも取り入れた Klein による児童分析が芽吹き、同じ時期に Freud, A. も登場して、児童精神分析の方法について議論を戦わせたといわれる。そこではトラウマを受けた子どもたちへ個別の心理療法の必要性は強く訴えられたが、方法についてはプレイセラピーで表現されたものを精神分析的に観察して、考察し、解釈を与えていくことが進められていた。そしてプレイの最中にトラウマ場面がテーマとなることもごく自然な流れであり Klein と Freud, A. によって子どものトラウマセラピーの原型がつくられていったといえる。それはやがて、Terr や Gil といった遊戯療法によるトラウマセラピーへと受け継がれていくだけでなく、Winnicott や Bowlby といった様々な児童精神分析家に影響を与え、多くの精神分析的治療の礎となった。他にも、プレイセラピーがよりセラピューティックに構造化され、安心できる空間を提供し、非侵入的かつプレイフルに体系化されたセラプレイ (Jernberg, 1979/1987)、子どもの体験した感情へのワークを通して情緒的な愛着形成過程を修復する修復的愛着療法 (Levy et al., 1998/2005)、子どもに修正的経験もしくは回復的経験を提供できるものとして注目されている。精神力動的心理療法は多くの子どもの心理療法における基本の概念として存在してきた。

さらに、精神力動的心理療法は単に子どもの症状を取り除くことだけを目標としていない。パーソナリティの一貫性や健康な発達を促進することも最終的な目標である (Alicia, et al., 2009)。つまり、CBT や PE などのトラウマ症状の緩和や除去を目的とする治療法とは目標が異なるため、心理療法の終結に関しても症状緩和がゴールにならず、トラウマ体験を通してより人間的な成長を目指すものと考えられた。

### 3.2.3 ト라우マ・フォーカスト認知行動療法 (TF-CBT)

TF-CBTはJudith A. CohenがMannarino, A. P.とDeblinger, E.と共に1996年頃から20年以上にわたり性虐待や複雑なトラウマを受けた子どもや青年と、非加害の養育者に対する治療として開発したものである。TF-CBTの効果を示したRCT研究と、治療終了から1年が経過しフォローアップが終わったのち、TF-CBTが複数のトラウマを経験した子どもや、治療開始時に抑うつ症状が深刻だった子どもにも有用であることが明らかになった研究(Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006)から、TF-CBTはトレーニングとして多くの臨床家に受け入れられている。TF-CBTはアメリカの物質依存精神保健管理庁(Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA)に認められマニュアル化された(Cohen et al., 2006/2014)。マニュアルは日本でも厚生労働省科学研究に研究され、兵庫県こころのケアセンターなどで研修会が開催された。またサウスカロライナ医学学校(Medical University of South Carolina)の提供でTF-CBT Web (<https://tfcbt.musc.edu>)が開発されており無料で学ぶことができる。また、兵庫県こころのケアセンターのホームページには専門家が使用できる実施の手引きや、被害を受けた子どもがすぐに使うことができる記入式ワークブックが掲載されており利用しやすい環境が整えられている(<http://www.j-hits.org/child/index2.html> 平成30年10月20日参照)。

TF-CBTは心理社会的治療モデルに基づく要素から構成され、認知行動療法、アタッチメント療法、人間学的心理療法、エンパワメント、家族療法の要素が組み入れられている。また、いくつかの重要な治療要素はそれぞれの子どもや家族に特有のニーズに合わせて柔軟に対応するようにデザインされている。12セッションで実施するが、その構成要素はPRACTICEという頭文字で表される以下の内容である。

- ・心理教育 (Psychoeducation)
- ・ペアレンティングスキル (Parenting skills)
- ・リラクゼーション (Relaxation)
- ・感情の表現と調整 (Affect expression and regulation skills)
- ・認知対処と認知処理 (Cognitive coping skills and processing)
- ・トラウマナラティブ (Trauma narrative)

- ・ 実生活内でのトラウマの制御 (In-vivo mastery of trauma)
- ・ 親子合同セッション (Conjoint parent-child sessions)
- ・ 将来の安全と発達の強化 (Enhancing safety and future development)

TF-CBT では PTSD 症状の軽減だけでなく、うつや不安を軽減することが確認されており、そのことによって家庭や学校での対人関係を好転させることが期待される。例えば性的逸脱行動や暴力といった行動上の問題、他人への信頼感と社会適応力が改善するとされる。

### 3.3 本章のまとめ

本章では子どものトラウマ治療のガイドラインに推奨されている治療や心理療法について調べた。心理療法の前に、安定化や心理教育、ソーシャルスキルトレーニングや薬物療法を準備した上で、子どものトラウマに対する心理療法として国際トラウマティック・ストレス学会によるガイドラインから、認知行動療法、精神力動的療法、クリエイティブアートセラピー、EMDR、集団療法、催眠療法が挙げられた。米国児童青年精神医学会によるガイドラインからはトラウマを解決するに特化した心理療法として TF-CBT が最も推奨された。一方、国内で発表されたガイドラインでは、TF-CBT、長時間曝露法、EMDR がトラウマに対するエビデンスを認められた心理療法であった。EMDR、精神力動的心理療法、TF-CBT は、それぞれに方法や目的に違いがあることが明らかとなった。現実には EMDR や CBT の実践家は少なく臨床場面ではどの心理療法をどう使用しているのか疑問が残されており、次章は事例論文の文献展望を通してわが国における疾患の現状や心理療法の特徴を検討する。

## 第4章 子どものトラウマに関する研究展望

前章までは子どものトラウマに起因する疾患の臨床像と、子どものトラウマに対して推奨された心理療法について述べた。本章では文献展望を通して、わが国における子どものトラウマに対する現状を具体的に検討する。

まず海外におけるこれまでの子どものトラウマ研究の流れを振り返ると、1940年頃から子どものトラウマを扱った研究が報告され始めた。初期にはLevy (1945)による小児の直接的観察による精神分析的研究がある。扁桃摘出手術などの外科手術を受けた後の反応が第二次世界大戦後の兵士のトラウマ反応に類似していることを指摘した研究である。またBonaparte (1945)はある40代女性が人生早期に目撃した性的外傷性記憶を精神分析的に解釈したことで症状が回復した事例を報告している。しかし当時の論調はFreud, A. (Aldridge, 2014)やCarey-Trefzger (1949)のように病因や回復の要因を親の養育態度に置いており、例えばBlochら(1956)は、親が災害体験をどう乗り越えたかが子どもの不安定さに強く影響したとするなど、どのようなトラウマがあっても親の態度さえ安定していれば子どもに大きな影響はないと考えられていた(廣常ら, 2005)。しかしこの考えは、大きな災害や事件に巻き込まれた子どもの調査研究が報告されるようになり変化した。1966年イギリスのアーファン石炭採掘集積場で小学校が土砂に飲み込まれた事故の追跡調査(Lacey, 1972)や、1972年アメリカのバッファロークリークのダム崩壊で子どもが犠牲となり(Newman, 1976)、被災地域の子どもたちの追跡調査から、災害直後は32%にみられたPTSDが17年後でも7%に残っていたとする報告(Green et al., 1994)、1976年カリフォルニア州チャウチラでのスクールバス誘拐事件で23人の被害児童がパニック発作や人格変化を示し、悪夢を訴えPTSDになったとの報告(Terr, 1979)などが有名である。やがて1980年のDSM-IIIによりPTSDの診断基準が示されEth & Pynoos (1985)が発表されるなど、子どもへの言及は次第に増加した(清水・野田, 2000)。これらの災害や事件によるトラウマ研究に子ども虐待の医学的臨床像に関する研究が加わり、人格形成に不可逆的影響を与えるとする「複雑性PTSD(Harman, 1997/1999)」や、「発達性トラウマ障害(van der Kolk, 2005)」の概念に継承され、Teicherら(2003)による神経心理学的の発展へとつながった。現在は、van der Kolk

と D'Andrea ら (2012) による ADHD の症状と慢性の虐待的環境に育つ子どもに現れる症状の類似性の指摘や、発達の中で受けるトラウマが子どもの脳や対人関係の発達とどう関係するのか解明する「対人関係神経生物学 (Interpersonal neurobiology) (Siegel, 2001)」(藤本, 2008) など、他分野の研究と混じり合いながら発展しているといえる。

#### 4.1 子どものトラウマに関する文献展望

わが国においてはトラウマという概念そのものが導入されてまだ歴史が浅く、国立情報学研究所論文データベース (以下, CiNii) でみると、吉田 (1909) が最古であるが詳細は不明であり、入手可能な最古の文献は谷田貝ら (1973) による子殺し事例を新聞記事から収集した調査である。その後しばらく研究は途絶え、ようやく森山 (1990) に PTSD の歴史が発表されるが、近藤 (2011) によると三宅 (1993) による三宅島噴火後の調査報告が初期に子どもの PTSD を紹介した文献の 1 つとされる。その後、わが国の子どものトラウマ研究を牽引した西澤 (1994) が海外で学んだ虐待に関する知識を啓蒙し、また藤森 (1999) は自身の体験した北海道南西沖地震後の子どもの報告に加え、災害、非行、犯罪被害、いじめなどテーマごとの識者による子どもの心のケアを初めて書籍化し、実用的で利便性の高い内容を示した。1994 年には「日本子どもの虐待防止研究会 (現, 一般社団法人日本子ども虐待防止学会)」が発足するなど、わが国における子どものトラウマ研究は 1990 年頃から黎明期と捉えられる。

本節ではこれ以降のわが国における子どものトラウマ研究の詳細を明らかにすることを目的とし以下に文献展望を行った。

##### 4.1.1 方法

まず、CiNii を利用し「子ども×トラウマ」をキーワードに論文を検索し 212 編を抽出し研究数の推移を調べた (平成 28 年 4 月 9 日検索)。

次に、CiNii を利用し子どもの心のケアや子どものトラウマを特集した雑誌を検索し、どのような特集が増加しているか調べた。

さらに、研究が活発となった 2000 年以降の文献に絞るため 2000 年以前の文献 (西澤, 1995; 1996; 1997b; 1997c; 1999, Terr・武笠, 1999, 上村, 1999)

を除外した 212 編を対象とし内容を分析した。わが国はトラウマと PTSD の用語の使用が混在して研究されている傾向があるため「子ども×PTSD」のキーワード検索で得られた 113 編（平成 28 年年 4 月 27 日検索）から、「子ども×トラウマ」と重複した 27 編を除く 86 編も対象に含め、合計 298 編を分析の対象とした。

内容のカテゴリライズに関して、「災害関連」と「虐待関連」は最も大きなカテゴリと考えられ、Terr の提唱したタイプ I とタイプ II のトラウマとしても分類が可能である。そこで「災害・被災・震災」などのキーワードがタイトルに含まれる文献をカテゴリ「災害」と分類し、「虐待・児童養護・DV」などのキーワードがタイトルに含まれる文献をカテゴリ「虐待」と分類した。なお、「学校におけるトラウマ災害支援」のようなタイトルは「災害」の分類とした。

同様に、書評や翻訳、解説、紹介を目的とした「概論」、治療方法や手順に関する話題を扱う「治療論」、学校や教師に関する話題を扱う「学校」、病院や疾患に関する話題を扱う「病院」、発達障害に関する話題を扱う「発達障害」、これらに分類されない「その他」に分類した。

#### 4.1.2 結果

文献数の結果を図 2 にまとめた。

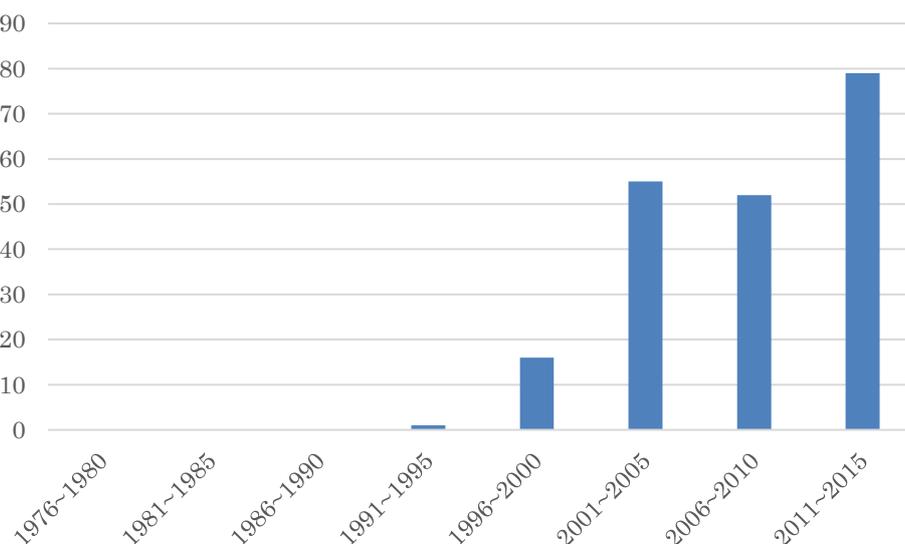


図 2 CiNii による「子ども×トラウマ」の文献数の推移

次に近年の雑誌に特集されている内容を表10にまとめた。

表10 子どものトラウマと心のケアを特集した主な雑誌

雑誌名	刊行年	巻号	特集タイトル
世界の児童と母性	1999	47	「子ども虐待と心のケア」
コミュニティ心理学研究	2002	5巻2号	「トラウマを受けた子どもたちおよび家族への支援」
へるす出版生活教育	2003	47巻1号	「虐待する母親と虐待される子どものこころのケア」
トラウマティック・ストレス	2005	3巻2号	「子どものトラウマ」
治療	2005	87巻12号	「虐待のプライマリ・ケア 子ども虐待・DV・高齢者虐待」
トラウマティック・ストレス	2008	6巻1号	「子どもの虐待」
トラウマティック・ストレス	2011	9巻1号	「施設保護を受けた子のトラウマ」
トラウマティック・ストレス	2011	9巻2号	「東日本大震災－1」
トラウマティック・ストレス	2012	10巻1号	「東日本大震災－2」
こころの科学	2012	165号	「トラウマ」
日本社会精神医学会雑誌	2015	24巻1号	「子どものトラウマ回復の治療戦略」
子どもの心と学校臨床	2015	13巻	「学校コミュニティと学校トラウマへの支援」
発達	2016	37巻145	「子どものトラウマのケアとレジリエンス」
精神科	2016	29巻4号	「子どものトラウマ的ストレス」
子どもの虐待とネグレクト	2016	18巻2号	「戦争体験と子ども虐待」
子育て支援と心理臨床	2016	11	「東日本大震災から4年:子どもと保護者のストレスとトラウマ」
そだちの科学	2017	29	「発達障害とトラウマ」

さらに子どものトラウマに関する文献の主なテーマを分類し表 1 1 に示した。

表 1 1 子どものトラウマ研究 298 編の主なテーマ

テーマ	文献数	主な研究（主な研究論文を抜粋）
虐待関連	85 編 (約 29%)	西澤 (2000), 藤森 (2000), 小西 (2001), 森田 (2003), 奥山 (2005), 玉井 (2006), 澤田ら (2007), 酒井ら (2007), 森田 (2008), 青木 (2008), 杉山 (2008b), 森 (2011), 増沢 (2016), 鈴木 (2016), など
災害関連	64 編 (約 21%)	久留ら (2003), 田中 (2012), 富永ら (2012), 松丸 (2012), 渡部 (2013), 八木 (2013), 本間ら (2014), 田中 (2014), 菊池 (2016), など
概論	33 編 (約 11%)	花田 (2002), 福田ら (2002), 田中 (2003), 廣常 (2004, 2005), 亀岡 (2011), 新村 (2015), など
治療論関 連	30 編 (約 10%)	富永 (2002), 村本 (2002), 大河原 (2004), 伊東 (2006), 正木ら (2007), 田中 (2008), 檜原ら (2010) 浅野 (2011), 國吉 (2011), 亀岡 (2012), 高田 (2012), 元村 (2013a), 中村ら (2015), など
学校関連	20 編 (約 6%)	中井 (2001), 岩切ら (2005), 藤森 (2005), 磯邊 (2008), ト部 (2012), 村山 (2015), など
病院関連	19 編 (約 6%)	横手 (2004), 合田ら (2003), 井伊 (2010), 舟橋 (2011), 飯塚 (2013) 星野 (2013), 佐藤 (2013), など
発達障害 関連	6 編 (約 2%)	杉山 (2008a), 田中 (2009), 友田 (2012a), 丸山ら (2015) など
その他	41 編 (約 14%)	長尾ら (2004), 齊藤ら (2005), 飛鳥井 (2006), 小田 (2006), 白川 (2008), 藤本 (2008), 舟橋 (2010), 西 (2011), 藤川 (2012), 友田ら (2016), など

#### 4.1.3 考察

図 2 からわが国においても子どものトラウマ研究は増加傾向にあると示された。CiNii による「子ども×トラウマ」の検索結果 212 編を「子どものトラウマ」論文と仮定し、同じく CiNii で「トラウマ」の検索結果 1653 編（平成 28 年 4 月 9 日検索）を、成人を含めたトラウマ研究の総数と仮定すれば、「子どものトラウマ」文献は全体の約 12.8%の研究規模といえ、わが国においては子

どもを対象に絞った研究は成人に比べるとまだ少ないといえる。

表 1 1 から、およそ 2000 年以降は多くの雑誌で子どものトラウマが特集・テーマとされた状況が示された。歴史上の災害も連動し、災害によるトラウマ研究が注目され研究の発展期を迎えたといえる。わが国は地理的にも地震による災害被害が多く、被害の大きかった 1995 年の阪神淡路大震災、2011 年の東日本大震災では多数の子どもたちが犠牲となった。2016 年の熊本地震は記憶に新しく、被災した子どもが新聞やマスメディアに大きく取り上げられた。また、社会的衝撃の大きい子どもの被害事件では 2001 年の池田小学校事件があり、子どもの PTSD が注目されるきっかけとなった。現在では子どもが被害者となる事件・事故や、子どものいじめや自殺などの報道において「子どもの心のケアに心の専門家を」等の文言が当たり前となった。これら時代の流れの中で、米国に本部を置く ISTSS の連携組織である、日本トラウマティック・ストレス学会（JSTSS）が 2002 年に設立され、トラウマ研究が活発になったことは追い風となった。学会活動には、2006 年に結成された国際トラウマ解離研究学会の日本におけるコンポーネントグループによる解離の研究、心理療法を研究する学術団体として 1976 年以降の日本行動療法学会（2014 年に日本認知・行動療法学会と改称）による、持続エクスポージャーやトラウマ・フォーカスト認知行動療法などの心理療法研究が活発となった。また、日本 EMDR 学会は 1996 年に設立し、2006 年以降は日本人トレーナーによるトレーニングを実施した。2000 年以降は子どものトラウマに関心が集まり、議論できる学会活動の場が増えてきたといえる。

表 1 2 から得られたわが国の研究内容の特徴を、以下に a)～g)の観点で考察する。

a) 「虐待関連」や「災害関連」の研究は合わせると全体の半数（50%）を占め最も研究数が多いことが示された。虐待関連は主に児童養護施設など社会的養護分野での取り組みを多く含んでいた。また災害関連は、わが国に起こる災害後の状態を報告するものや、公衆メンタルヘルスケアの視点から災害後のトラウマケアの取り組みを含んでいた。

b) 「概論」のように海外の研究を紹介する文献は約 11%と多く、未だ研究の多くが導入段階であることを示す。

c) 「治療論関連」の研究は約 10%であり、トラウマに特化した治療法である TF-CBT や EMDR, トラウマインフォームドケアだけでなく、音楽療法や性暴力治療教育プログラム、親子・家族治療、動作法などの実践や、治療法の概論なども扱われていた。

d) 「学校関連」は 6%であるが、いじめとトラウマをテーマとするものが含まれた。岩切 (2002) はいじめがトラウマになることは十分ありうるとしたうえで、いじめでのトラウマは客観的な事実より主観的な認知に注目した方がよいという。出来事基準を満たさないような対人トラブルが学校には多く、それを子どもがどうとらえたかによっては PTSD 様の症状を示す例があるといえる。

e) 「病院関連」は疾患に伴うトラウマ研究で約 6%である。小児がんなどの生命を脅かしかねない疾患に罹り、苦痛を伴う検査や治療を反復して受けなければならない体験の報告がなされ、この PTSD を「医療 PTSD」と表記するまでになった (上別府, 2003)。永田ら (2005) は、小児がんの罹病に伴う闘病体験を外傷的出来事とした PTSD についてレビューし、結果として患児の家族に比較的効率に PTSD がみられ、両親の心理社会的状態が子どもに影響を及ぼすことなどが指摘された。さらに泉ら (2008) は、小児がん患児の両親に生じる PTSD 症状の予測因子となり得るものとして、特性不安 (親の不安になりやすさ) と生命危険性の主観的評価 (子どもの生命の危険性を感じやすいこと) であるとした。医療 PTSD と親の精神状態は密接な関係として研究されることが示された。

「学校関連」や「病院関連」といった子どもの生活する場所での研究は合わせて約 12%を占める。これはわが国の子どものトラウマが学校や病院で多く発見され、強い関心が払われていることを示唆するものと思われる。

f) 「発達障害関連」の文献数は 2%と少ないものの、研究が増えつつある分野である。この分野の先駆者は杉山 (2008a) による発達障害と子どもの心的トラウマの関係を示唆した研究であり多くの研究に影響を与えている。

発達障害は養育する親にとって学習面や生活面で繰り返し指導をしなくてはならないことで焦りや怒りを生じさせ、子どもへの過剰なしつけが虐待に発展することがあるという (小野, 2014)。さらに遺伝的特性が家族集積する可能性があり、発達障害の子どもの家族には発達障害を認める可能性が高い (Virku

et al., 2009)。このことから、養育者が発達障害を有している場合も同様に、育児行動が適切に取れないことで子どもへのマルトリートメントにつながるものが危惧される。また子どもの側にもトラウマを受けやすい素地がある。丸山・吉川（2015）は、感覚の過敏性や養育者との関係、社会的コミュニケーションの苦手さなどがトラウマにつながると指摘する。例えば養育者との関係では、子どもが笑わない、物に執着する、不安にさらされても親にすがらないなど養育者の戸惑いや傷つきによって愛着の形成を阻害することが指摘できる。発達障害の子どもは出来事基準に該当しない日常的なストレス体験であっても多彩なトラウマ症状を呈することは少なくないとされ（大塚ら、2016）、聴覚過敏性により大きな声で叱る場面がトラウマとなったり、コミュニケーションの問題がいじめのトラウマとなったり、記憶の特性、認知の仕様などもトラウマ記憶として残りやすいことが指摘されている（杉山、2017）。さらに子ども虐待が発達障害の憎悪因子であることも明らかとなっている。トラウマを受けて育つ子どもが愛着障害を来し、のちに発達障害のような症状を呈することが示され（杉山、2017）、「発達障害」と「トラウマ」の関連は、臨床現場においても重要な視点として今後一層の研究が期待される。

g) 「その他」は 14%であるがレジリエンス研究や支援活動報告やコミュニティ予防学、戦争とトラウマ体験の特集、トラウマの程度を測定する尺度研究、神経生物学的研究などが含まれている。中でも友田（2012b, 2016）は Teicher に学び、児童虐待によって海馬や視覚野に形態的变化が起こる神経生物学的研究をわが国に初めて伝えた先駆者である。ストレスを受けた脳はダメージからの回復に大量のコルチゾルを分泌するが、長期的多量のコルチゾル分泌は海馬を破壊する。また恐怖に対し扁桃体が過活動となると、キンドリングという神経細胞の発火現象が起きる。これが繰り返すことで神経細胞がより刺激に反応しやすくなるとされ、これがトラウマを受け続けた脳の視覚、聴覚、身体感覚に関わる部分が少しの刺激にも敏感に反応するようになる理由であるとする。このキンドリングは幼い脳ほど起こしやすく、したがって幼いころからトラウマを受け続けた子どもの脳はストレスに脆弱になるとされた（友田・藤澤、2018）。

## 4.2 子どものトラウマに起因する疾患に関する事例論文の文献展望

### 4.2.1 子どもの PTSD に関する事例論文の文献展望

子どもの PTSD が認められて 30 年以上が経過した。海外の文献に関しては PubMed において「PTSD×children and adolescents」をキーワードに抽出された 3787 編をみても図 3 の通り研究数の増加は明らかである（平成 28 年 4 月 9 日検索）。

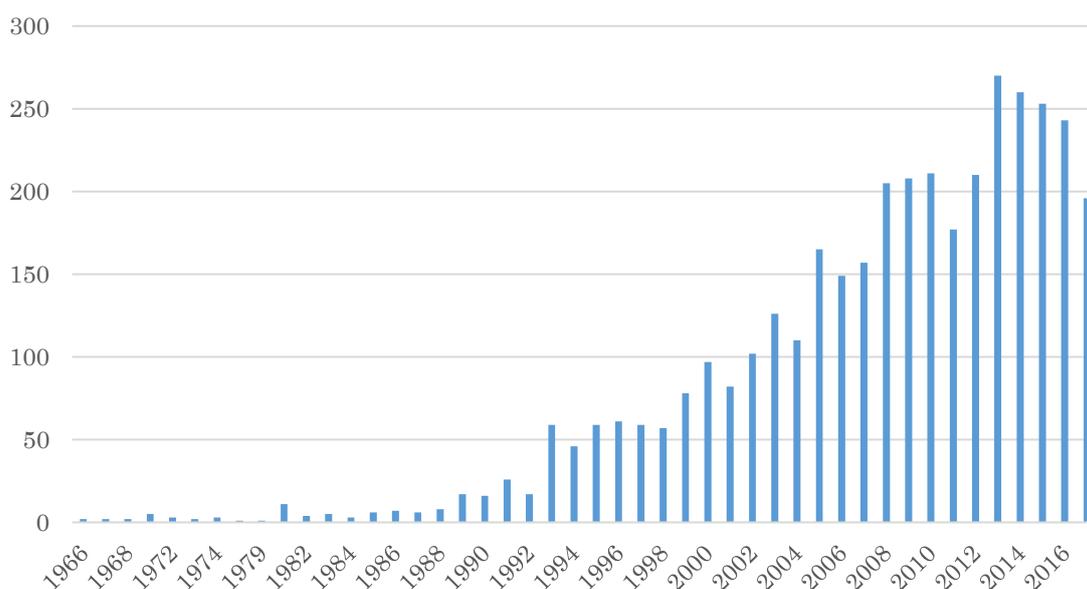


図 3 PubMed による PTSD 研究数の推移

海外における研究数は 2013 年をピークにやや下降に転じている様子も伺え、堅実に積み上げられてきたが近年ひと段落ついた状態と考えられた。一方、わが国における子どもの PTSD の研究は前節に述べた通り未だ発展途中であり、どのような子どもにどのような症状が現れ、どのような治療が選択されており予後はどのようなであったか、など実態の全容に対する研究はない。

本節ではわが国における子どもの PTSD の事例論文に関する文献展望を通して、その実態と課題を明らかにすることを目的とする。

#### 4.2.1.1 方法

国内の文献は CiNii と医中誌（特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会が作成した国内医学論文情報インターネット検索サービス）を利用し「PTSD×子ども」をキーワードに論文を検索した。結果として、CiNii から 127 編（平成 28

年 4 月 27 日検索), 医中誌からは症例報告に絞って検索し 37 編 (平成 26 年 9 月 19 日検索) を抽出した。そのうち心理学的な事例研究論文として PTSD または急性ストレス障害 (以下, ASD) と診断された事例論文 20 編に絞り, そこで扱われている 22 事例を分析の対象とした。また, 臨床心理学において事例研究を中心とした「心理臨床学研究」の 1999 年から 2015 年までを調べ, 事例中に子どもの PTSD または外傷後ストレス障害と記載がある論文からの 4 事例を含め, 26 事例を対象として分析をした。尚, 「子ども」とは 18 歳以下とした。

まず, 論文を年代ごとに分類し, 基本情報として「初診時年齢」「性別」, 第 2 章の脆弱性や予後にあるように家族背景や発達歴, 母親の精神状態などを調査するために受診前の記述における「家族背景」「前駆となる外傷体験の暴露」「発達歴, 性格特徴」「生活史上のトラウマエピソードと受診までの期間」, 症状の記述にある「診断時の主症状の概要と分類」, そして治療後の記述として「治療の場」「治療形態および主な治療技法」「治療期間」「転帰」を抽出項目とした。治療期間について記載がないものは「不明」としたが, 記述から計算できるは筆者が算出した。治療の「転帰」は, 治療記述の終わり方の表現が症状の軽快や社会復帰のみられるものは「良好」としカッコ内に残遺症状を記した。その他, 治療が続いているものは「治療継続」, 内容からは判断ができない, 或いは転帰が曖昧であるものは「不明」に分類した。

#### 4.2.1.2 結果

表 1 2 に結果の一覧を示す。

表 1 2 子どもの PTSD に関する文献

基本情報		受診前の記述			症状の記述	治療後の記述						
事例	報告者 (年)	初診時年齢	性別	家族背景	前駆となる外傷体験の暴露	発達歴、性格特徴	生活史上のトラウマエピソード、受診までの期間	診断時の主症状の概要と分類	治療の場	治療形態および主な治療技法	治療期間	転帰
1	丹野ら (1994)	6	男	母は登場しているがその他の記載なし。		発育、発達正常。	自宅近くの道路を横断中、左側から来た乗用車に約5m跳ね飛ばされ受傷し、意識障害のために救急搬送された。	搬入後に不穏状態を呈したためmidazolam2.5mg静注投与し頭部CTを施行したところ一過性に会話が可能となったが、再度入眠後1週間にわたって涙を伴わない啼泣状態が続き、右手の握拳など従命不能。「あーあー」と声を発するだけで会話不能。母や医療従事者に目をあわせず。睡眠も不安定。自律神経症状はなし。	入院	薬物療法	2日	良好
2	奥山ら (1999)	3	女			発達歴に問題なし。	父親に呼ばれて家の前の道路を横断しようとして飛び出してトラックにはねられた。事故後1ヶ月で受診。	母親から離れることに強い不安。悪夢などの再体験症状、トラウマを見ることを嫌がる逃避や分離不安などの退行といった心理的防衛による不適応、易興奮性や不眠といった覚醒レベルの上昇。	小児科	母への心理教育	1回	良好(一ヶ月後)
3	奥山ら (1999)	中2 (14)	男	急性リンパ性白血病緩解歴あり。	自己表現少なく自己を責める傾向、病気の記憶を抑制して不安を防衛。	自己表現少なく自己を責める傾向、病気の記憶を抑制して不安を防衛。	外出できず不登校。頭の中が事故のことで占められる。睡眠障害と不眠、悪夢。自分を責める罪悪感、うつ感情。	小児科	本人への心理教育、認知や感情の自己理解、行動療法、薬物療法	1回	良好(二週間後)	

4	奥山ら (1999)	3	女			発達に問題なし。	父と乗っていた車がバイクと衝突。相手は本児のいる助手席めがけてぶつかかり窓ガラスは粉々になり、相手は跳ね上げられ道路にたたきつけられて意識不明。直後父は相手の介抱をし本児は車内に一人。事故後10日を受診。	一日に数回の嘔吐。夜間や昼間の途中で突然起きて「怖い、怖い」と叫ぶ。母から離れられない。「車ポーン」などと限界のある言語能力を駆使して事故のことを伝え、興奮し、激しく啼泣した。	B, C, D	小児科	小児科	遊戯療法(トラウマワーク)	不明	良好(一ヶ月後身体症状は消失、2ヶ月後分離不安と夜間覚醒やわらぐ)
5	竹中ら (1999)	11	女	母、本児以外は記載なし。母は不安を感じやすい。	同じ頃に祖母が他界し、死に対する恐怖をより一層感じている。	不安を感じやすい性格。	O-157食中毒。回復から2~3ヶ月は元気がなかったが、給食再開後もままのや給食を拒否、発熱腹痛を繰り返したため受診。	O-157報道に過敏に反応。台湾での豚コレラ感染症の報道後に豚肉が食べられなくなった。発熱や腹痛あり。	B, D	小児科	小児科	行動療法的脱感作	不明	良好
6	竹中ら (1999)	10	女	母と本児、祖母の記載のみであり、母も不明。母も不潔や清潔に極度に過敏。			O-157食中毒。食中毒症状は軽微であったが、祖母が二次感染に伴う肺炎で尿毒症を合併しICU入院。	本児は給食やまものは全く受け付けず、スパーの肉売り場に近づくと冷や汗や顔面蒼白、腹痛の増強エピソードを繰り返した。医療施設に搬送されるニュースをみて不眠、驚愕などの精神症状。入院中の祖母のイメージから一切病院に来院できずカウンセリング施設に通所する。	B, C, D	心理療施設	心理療施設	不明	治療継続	
7	竹中ら (1999)	8	男	母、本児の記載のみ。母も強迫的なほど清潔不潔に過敏で日常生活にも支障。精神科通院歴もある。			O-157食中毒。回復後約半年は元気が。外出先で買った弁当が食べられず泣き出し、7か月後から給食拒否。	学校に着などをおけず、密封した割りばしでないと食事が食べられない。母の付き添いなしでは登校できず母が体調を崩すと不登校。テレビのニュースで医療的駆動があると体の震えが止まらず不眠、腹痛を訴え、清潔不潔に極度に過敏となる。	B, C, D	小児科	小児科	遊びを通じたカウンセリング、母面接	9ヶ月後から登校再開	
8	竹山ら (2000)	3	男	母、兄、姉、本児の4人家族。父は本児が乳児のころに離婚。兄は仕事で別居。家族関係は良好。	幼児期の両親の離婚と、経済的困難、夜間の母親不在、阪神淡路大震災被災、などの度重なる対象喪失経験あり	人懐こく育てやすい子。保育所でも適応良好。	夜間、母が本児を残して自動車から離れた時に他車に追突され、加害者は罰金。本児は助手席から転落しダッシュボードで頭部打撲。救急搬送時のX線・脳波は異常なし。事故後8日目で受診。	事故直後の頭痛嘔吐は2~3日で消失。無表情でも何も話せない状態が数時間持続。事故を契機に夜驚、入眠困難・中途覚醒、自動車や暗闇に対する恐怖、母子分離不安などの退行現象、登園拒否。	B, C	小児科	小児科	本児はプレイセラピー、母はカウンセリング	2年3ヶ月	良好
9	角野 (2001)	16	男	父、母、姉2人の6人家族。父は自営業。母は主婦。放任主義で干渉なし。両親が新興宗教の信者。			中3の冬、家のガレージで大工仕事中にストープをつけたところ爆発したガソリンに引火し爆発。二度の皮膚移植による強烈な痛みから不眠、焦燥感、苛立ちがあり精神科受診。	夜間の強痒感による不眠、イライラ、焦燥感。母親に夜通し背中をたくたく作業を強いており、苛立ちから母親への攻撃性を強めた。学校で喧嘩をすることも増えた。	C	精神科	精神科	薬物療法、描画(自由画)	約8ヶ月	良好

10	高橋 (2002)	小4 (10)	女	両親、本児の記載はあるが他は不明。家族関係は安定。			情緒的な問題は無い。	下校途中、普段は仲の良い同級生から溝の中のボールを取るよう頼まれた。仕方なく応じたところ手の上に重い金属製の蓋を落とされ手指に重傷を負い、手術と2週間の入院を要した。事故後8ヶ月経過しても負傷した場所への恐怖感のため通学路を利用できず、精神科に受診。	入院中から不眠、悪夢が出現した。退院後も整形に通院していたが、処置を受けた病院を見るとつらい、テレビの残酷な場面を見たと泣く、悪夢にうなされるなど持続。目撃していた同級生が「見えていない」と発言を翻したこと、近くにいた人が救急車を呼んでくれなかったことなどに憤りを感じていた。再手術の可能性がほとんど心配。金属製の蓋を見ることを嫌がる。	A, B	精神科	カウニング、箱庭療法	約5か月(計算すると約18週)	良好
11	上別府 (2003)	10	男	両親、姉2人、本児、弟の6人家族。母は不安が高まりやすい。	2歳7か月で急性白血病発症、退院後しばらく夜驚。6歳児に誘拐未遂に遭いトイレなどに一人で行けなくなった。8歳白血病の再発。		自由な欲求は統制する性格。大人びて非常に他者配慮的。	9歳時に11か月の長期入院。この間に骨髄移植をした。経過は順調だったが退院後約1年たっても精神不安が続いたため受診。	入院中から「ベッドが揺れている」と怖がり悪夢の訴え。中途覚醒し悲鳴をあげる。一人になることを回避する。過度な警戒心と過剰な驚愕反応。	A, B, C	病院	本児の遊戯療法、描画、カウニング。母はガイダンス	2年6か月	良好
12	伊藤 (2004)	8	男	両親と本児の3人。父は刑務所に服役中で7年間不在。			重症黄疸で光線療法施行。発達に遅れなし。	青信号で横断歩道を自転車で横断中、左折車と衝突。全身打撲と擦過傷のみで外来通院となったが事故から2週間後受診。	夜間覚醒しうなりながら手足をばたつかせ、「怖いよ、ママ」と泣く、聞き取りにくい言葉でつぶつぶ話す、夜驚と夜尿。悪夢に対する恐怖で入眠が怖い、すぐに覚醒する睡眠障害。学校で急にふさぎ込む。横断歩道を渡れない。	A, B, C	小児科	薬物療法	約1か月で症状改善し6か月で終診	良好
13	中島 (2004)	18	女	両親、妹の4人家族。	小・中でいじめ、高校では長期の悪戯電話をされた。		父は本人を溺愛。母は自分本位。妹は自由奔放。両親に心配をかけたくなくて話していない	小1のとき居住していた団地エレベーター内で若い男性から身体や性器への悪戯をされる。泣き叫ぶも誰からも助けってもらえず以来男性への恐怖心が強く人の目が気になる。男性不信が留学など将来の夢に支障をきたすことから学生相談室に相談。	男性が恐くて好きになれない。自殺願望がある。	B	相談室	イメージ療法(霊イメージ、夢)	1年8ヶ月	良好(男性恐怖は男性嫌悪程度に継続)
14	中津ら (2004)	14	男	両親と本児の3人。父はトラック運転手、母は専業主婦。			几帳面、積極的、負けず嫌いな性格。	級友から遊びに誘われて行く、「むかつく」と言われ腕や腹部胸骨を蹴られ両橈骨骨折。被害から約3か月後に小児科に入院。	恐怖感が続き、家に鍵をかけ、誰かが家を訪ねると奥に隠れる。食欲が低下し元気がなくなる。学校で過ごすことができない。嘔気のため夜眠れず。腹痛や下痢。	B, C, D	小児科	薬物療法 入院治療 TFI(Thought Field Therapy) カウニング	約3か月半で退院	良好(外出時の不安や嘔気は残る)
15	中津ら (2004)	12	男	両親、祖父母、曾祖母、弟、妹の8人家族。			明るくまじめな性格。	学校の昼休みにいきなり友達に体を持ち上げられ頭から落とされ、頭部と後頸部を打撲した。夕方より嘔吐があり救急外来にて頭部捻挫と診断。1週間ほど休んで登校したら、加害児童から無視されるようになり症状憎悪。発熱、下痢、食欲低下、嘔吐により入院。	嘔気と食後の嘔吐が続き、時に腹痛、下痢を伴った。加害児童の親が見舞いに来たあと症状が増強し元気がなくなかった。入眠や睡眠の障害。中学入学のため一旦退院したが、中学校でも嘔吐、腹痛、倦怠感あり。体格の大きな子を見るだけで怖い。外泊すると「家に帰りたくない」と泣いた。「さみしい、怖い」と訴えた。	B, C, D	小児科	薬物療法 入院治療 カウニング	約3年	良好

16	長尾ら (2005)	小6 (12)	男	両親と本児の3人。父は上場企業社員。頑固ではほとんど話さない。母は専業主婦。些細なことが気になり言いたいことを我慢する。ライフイベントでうつ・不安が生じやすい。		発症以前は薬的に明るくひょうきん。外で虫取りなど元気に遊ぶことを好み頑張り屋で根気があふ。成績は良い。几帳面だが面倒がることもあった。	0-157)による集団感染、腹痛、下痢で発症し、数日後に血便がでて強い不安恐怖を感じた。胃機能障害のため1ヶ月通院したところ発症児が急死したニュースを聞いて自分も死ぬかと思った。5か月後受診。	発症前の死や胃機能障害から急に死の恐怖を抱き、そのころからトイレに行くたびに母に排便をみせ「大丈夫か」と確認。手洗いを1日に何十回もする。料理の過熱を要求。異物や生ものを拒否し母の手作り以外食べない。ティッシュを1日1~2箱使い口の周りを何度も拭く。無理に唾を吐く。学校でも唾を口いっぱいにつまめる。元気がなくなり登校できず勉強や遊びに集中できず。突然腰を立てて物を投げたり母を殴る真似をしたりする。	A B. C	精神科	グループ療法の 中で遊戯療法、 心理教育 個別相談 認知療法で不安 段階表を作成、 自律訓練法や転 換法、イメージに よるコントロール ル入院療法 薬物療法	9年	良好
17	福地ら (2005)	12	女	両親と本児、妹、弟の5人。父は事故前年より単身赴任中。子育てには非協力的で感情の起伏が激しくしつけになること多く叱責することがある。母は仕事のため本児が兄弟の面倒を見ていた。遠方に祖母がおりると電話をし	発達の異常なし。熱性痙攣の既往。引込み時倒れがよく周囲から慕われていた。正確はおおらかで無頓着。思い通りにならないと苛々して者にあたることもあった。勉強は苦手。	家族で旅行中、車がトンネル内で単独事故を起こした。シートベルトを装着しておらず車は全壊。妹弟は車外に放り出され重傷。本児は石ひざに大きな裂傷。本児は事故の直後まで眠っていた。事故から5か月後でも本児のみ様々な精神症状が続き受診となる。	事後は車に乗ることを嫌がる。4ヶ月が過ぎた頃からイライラしやすく、怒りっぽくなり、友人や兄弟とのトラブルが増えた。一人で眠ることができず。電気を消す思い出して「怖くなる。胸がどきどきする」。ため寝。頻回にトイレに行く。寝る前にか家の鍵が開まっているか、電気が消えているかを何度も確認する。イライラすると抜毛、爪噛み。	A. B. C	小児科	薬物療法心理面接	1年6 カ月	良好 の爪噛み 以外)	
18	青木ら (2010)	1	女	両親、本児以外記載なし。父が支配的で暴力がある。	父が母の髪をつかんで引きずり回した。本児も冷蔵庫で頭を打った。直後受診したが身体的異常なし。初診から3カ月以内に受診。	父が母の髪をつかんで引きずり回した。本児も冷蔵庫で頭を打った。直後受診したが身体的異常なし。初診から3カ月以内に受診。	大きな音を怖がる。男性を見ると避ける。昼間ぼーっとし呼びかけに反応しない。元気がなく同世代に入らない。二語文が消え単語しか話さない。寝ることを拒み寝付いてから1時間前後で大声をだして叫び手足を震わせ息も荒くなる。母から離れるのを怖がる。	A. B. C	病院	遊戯療法のような 記載なし	不明	不明	
19	秋谷 (2010)	13	女	特記事項なし。本人に協力的。	発達歴に指摘なし。知的に問題なし。	中学入学後に発熱が続き腹部MRIで卵巣腫瘍と診断され手術。術後1年後から授業中に呼吸が苦しくなり救急搬送。症状が繰り返したため抗不安薬の静脈注射で意識清明となったがうつむいて全く返答なし。その後不登校となり2ヶ月後受診。	手術後より「腫瘍、抗がん剤、再発、入院」などの言葉をききかけに呼吸困難出現。急に不安になり、息苦しくなることや寝られなくなる。人と会話することやテレビを見るのが怖くなる。両親が気分転換させても一向に良くなり外に出たがらない。	B. C	小児科 心身症 外来	トラウマに切り込 んだ精神療法。 母面接などの家 族面談。	5か月 後	良好	
20	小林 (2010)	10	女	両親、兄、本児の4人。父は会社員。母はパート勤務。	おどなく気の優しいまじめな性格。自己主張は少ない。友達から慕われていた。	昨年度友達数名と帰宅途中に自転車に乗った中学生男子にすれ違いざまに突然胸を掴まれる痴漢被害にあった。その時は混乱を示さなかったが数日後から不安になり男性に会うことが怖くなった。やがて不登校になり小児科受診となった。	不安になると母親に激しく当たり散らす。「お母さんを殺して私も死ぬ」とまで言い手首自傷をはかる。登校できず悪夢をみる。イライラがある。夕方の外出でプラッシュバックが起きる。	A. B. C	小児科	薬物療法 母親同席面接	11か月	良好	



以下に a)～i)までの観点で結果を示す。

#### a) 論文数

図 4 に 20 事例を論文発表年代別に示した。論文数が少ないので、5 年ごとにまとめた。

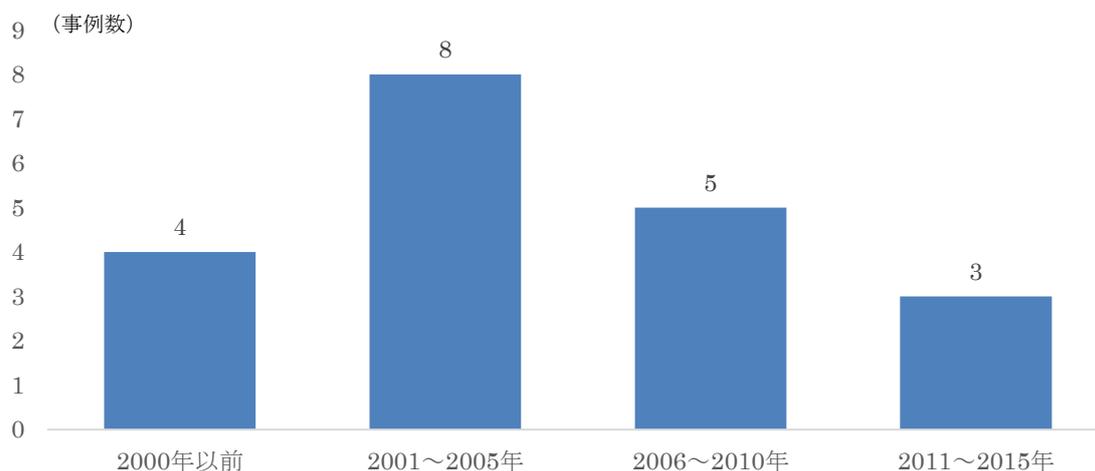


図 4 発表年代別事例数

#### b) 初診時年齢と性別

初診時の年齢をまとめるにあたり、事例の中 2 は 14 歳，小 4 は 10 歳，小 6 は 12 歳と便宜上振り分けた。26 事例中最も多かったのは 10 歳で 5 事例（約 19%）であり，次に多かったのは 3 歳の 4 事例（約 12%）であった。最低年齢は 1 歳であった。男女比は男子：女子＝14 人：12 人であり，男子のほうがわずかに多かった。

#### c) 家族背景

明確に記載されていないものを除くと特にカテゴライズできる特徴はない。記載中に母親の不安やうつなど情緒不安定さを記載した事例が 7 事例（約 27%）みられる。

#### d) 前駆となる外傷体験の曝露

前駆となる外傷体験の曝露があると思われる事例が 10 事例（約 38%）みられる。

#### e) 発達歴，性格特徴

発達における指摘がある事例は 1 事例のみ。性格特徴もまじめさや几帳面さが表現されるものもあるが，概ね否定的な表現は見受けられない。

f) 生活史上のトラウマエピソード

挙げられた事例は O-157 や白血病などの医療関連、交通事故や性的被害などの事故・事件関連であり単回性の出来事を契機に発症したものである。

g) 診断時の主症状の概要と分類

A（再体験）は 13 事例（約 50%）、B（回避）は 24 事例（約 92%）、C（過覚醒）は 23 事例（約 88%）、D（身体化）は 6 事例（約 23%）にみられた。

h) 治療の場

24 事例（92%）は医療機関（小児科・精神科・小児心身症外来、児童精神科などの病院やクリニックなど）であり、1 事例は病院の治療を拒否したため連携のとれる心理施設に通所したものと、1 事例は心理士の相談室である。

i) 治療形態および主な治療技法

治療の場として医療機関が多いこともあり、薬物療法が 12 事例（約 46%）にみられた。心理療法としては遊戯療法が最も多く 8 事例（約 31%）、次いでイメージや描画を使う治療法が 3 事例（約 31%）、行動療法が 2 事例（約 8%）、あとは箱庭療法、認知療法、精神療法がそれぞれ 1 事例ずつみられた。面接の構造として母親面接（同席・並行）がみられたものは 7 事例（約 27%）であった。

j) 治療期間と転帰

治療期間は短いものでその 1 回の受診で良好となっているが、長いものは 9 年経過をみているものがある。ただし、それらと不明であるものを除いた 18 事例の平均は約 1 年と 1 ヶ月である。全体のうち 2 事例のみ治療継続中か、不明であり、残る 24 事例（約 92%）が症状軽減を含め、登校再開やセラピー終結が出来るまでに回復しており概ね予後良好といえる。

#### 4.2.1.3 考察

事例数が少ないため、以下はあくまでも“傾向として認められた”という結論に留まる。わが国における PTSD 事例の発表論文は 2001～2005 年をピークに減少の兆しを見せ始めており、子どもの PTSD という話題全体の勢いは緩徐に低下していると思われる。事例の年齢は 10 歳が最も多いが、10 歳前後の子どもから受診の機会を得られていると考えられる。男女比はほぼ半々であった

が PTSD は一般に女子に多い報告がなされているため、男子の事例の稀有さから事例発表に多く取り上げられたとも考えられる。また、海外では虐待やネグレクトなどの環境に育った子どもは PTSD を発症しやすいという研究があるが、今回の事例の中では家族背景、成育歴、性格特徴にはそれほど目立った共通点はなく、約 27%とやや多めに母親の不安定さの記述がみられている程度であった。ただし、親の不安定さは子どもの安定度に影響を与えることは複数の論文で指摘されており（例えば星野，2013 など）、出来事が起こった後の親の対応は子どもに影響を与えていると考えられ、母親の不安定さは影響すると考えられる。また、海外では PTSD 患児には前駆となるトラウマ体験があることが示されているが、今回の事例の中でも約 38%と高く、これは海外の報告と一致している。

PTSD となるトラウマエピソードは事故や事件など単回性の出来事であり出来事基準に合致しているといえる。単回性のトラウマによる子どもの PTSD 症状として、回避が殆どの事例に出現しており、次いで過覚醒症状が多くみられた。回避症状は自らが意志を示している症状であり、トラウマ現場を嫌がるなどの行動として周囲から発見されやすい症状である。一方の過覚醒や再体験は不眠や気難しさなど、周囲からは単なるわがままのようにも見えトラウマとの関連に気付かれにくい。回避症状は子どもが呈しやすいと同時に周りからも発見されやすい一つの表現形態かもしれない。治療の場としては医療機関にかかることがほとんどであり、したがって薬物療法を行った事例が必然的に多くなった。わが国では親がまず小児科や児童精神科に受診する疾患であるといえる。しかし子どもの精神障害の有無に関する自己報告と親の評価の一致度は極めて低く（Leaf et al., 1996）、子どもの受診には被害児をとりまく大人の判断に大きく影響されやすい（Finkelhor et al., 2001）。子ども自らが治療を望むことは極めて少ないうえ大人による発見の遅れや症状の過小評価、受診の敬遠などが潜在するとなれば、本来はもっと多くの事例が適切な受診のタイミングを逃しているといえる。周囲の大人たちの PTSD に対する知識と子どもの行動・情緒面の変化への目配りが重要である（後藤，2006）。一方心理療法では、遊戯療法やイメージや描画を使う伝統的な心理療法が多くみられ、海外で多い行動療法や認知療法はわが国ではまだ少ないことが示された。一般の医療現場にはトラ

ウマに有効なエビデンスのある心理療法技術を持つ医療者が少ないことが影響していると考えられた。わが国では専門的な心理療法を行う場や研究が進んでおらず、主に経過を観察するうちに安定していく様子を見守ることが現場の主流となっている現状が示唆される。また、治療期間はおおむね短く、1年程度で良好な転帰となり医療行為を必要としなくなった。これは一般にはどのような家庭に育つどのような子どもであっても、命を脅かすような出来事に遭えば誰でも PTSD 症状を呈する危険があるものの、治療としては最初に医療機関にかかって薬物療法や心理療法を受けることで、およそ1ヶ月強で状態は安定し、概ね予後良好に治療が終了するという一つのパターンがあることが窺える。しかしながら、このパターンでは治療困難な事例が確実に存在するはずであるが報告は乏しく、困難事例がどこに紹介されどの治療を受けているかは明らかにされていない。

#### 4.2.2 子どもの解離性障害に関する事例論文の文献展望<sup>1</sup>

解離性障害への関心は近年増え続けており（岡野，2011），それは子どもの臨床においても同様と言われる（杉山ら，2002）。

解離概念を紐解くと 19 世紀後半のヒステリー症状への関心に辿り着く。Janet の解離概念は DSM-II (1968) に「Hysterical Neurosis; Dissociative type」として反映され、DSM-III (1980) では「Dissociative Disorder（解離性障害）」というカテゴリーが採択された。その後の DSM-IV (1994) で「Dissociative Identity Disorder（解離性同一性障害）」が登場し、最近の DSM-5 では、「解離症群／解離性障害群」の中に「解離性同一症／解離性同一性障害」「解離性健忘」「離人感・現実感消失症／離人感・現実感消失障害」などの下位分類が含まれる形に落ち着いた。「解離」という状態は PTSD にも含まれているが、「解離，同一性破綻，健忘や離人感」などを総称したいわゆる「解離性障害」の疾患単

---

<sup>1</sup> 緒川和代(2014). 子どもの解離性障害に関する研究展望—事例論文を中心に—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要（心理発達科学），61，123 - 136.

位は、Janet の功績を再評価し個別の疾患とされている。海外では子どもの解離の適切な評価基準が急がれ (Pinegar, 1995), 大人になって対処するより複雑さは少なく, 治療も短い期間で済む (La Porta, 1992) ことから, 子どもの解離性障害の実態把握は急務とされている。一方で, わが国においては事例報告こそ増加傾向にあるものの実態は明らかでない。

本節ではわが国における子どもの解離性障害の事例論文に関する文献展望を通して, その実態として子どもの性格傾向や疾患につながるエピソード, 治療方法と予後などを把握し, わが国における特徴や課題を明らかにすることを目的とする。

#### 4.2.2.1 方法

CiNii と医中誌 (特定非営利活動法人 医学中央雑誌刊行会が作成する国内医学論文情報のインターネット検索サービス) を利用し「解離性障害」をキーワードに論文を検索し 194 編を抽出した。そこから, 精神科・小児科・臨床心理学の雑誌における子どもの「解離性障害」の論文を抽出し, その中に記載される 18 歳以下の 50 事例を分析の対象とした。なお, 解離症状は初診年齢以前に発症していることが多いため, 18 歳以前に症状の記載があるものも一部含めた。

まず, 解離性障害の論文を年代ごとに分類した。次に分析方法において 50 事例について「初診時年齢」「性別」「診断名」「家族背景」「生活史上のエピソード」「症状」「主治療者の職種」「治療形態および主な治療技法」「治療期間」「転帰」の点から分類した。なお「診断名」は論文著者の表現を記載した。治療期間について記載がないものは「不明」としたが, 記述からわかるものは筆者が計算した。治療の「転帰」は, 症状軽快をもって終了とするものや入院治療の期間のみを論文化したものなど文献によって終着点が異なるため, 治療記述の終わり方の表現が症状の軽快や社会復帰のみられる「良好」, 症状に顕著な変化はなく継続治療しているものは「治療中」, 内容からは判断ができない, または転帰が曖昧であるものは「不明」に分類した。

### 4.2.2.2 結果

表13に結果の一覧を示す。

表13 子どもの解離性障害の文献

事例	基本情報			受診前の記述			症状の概要と分類	主治療者の職種	治療後の記述			
	報告者(年)	初診時年齢	性別	診断名	家族背景	虐待的生育環境の有無			性格特徴	生活上のエピソード	転帰	治療期間
1 本間ら(1988)	7	女	ヒステリー	飲食業を営む両親。	無	我慢強い。友好的で優しい。被暗示性高い。	離任式後に腹痛。離任式後に腹痛。物が見えない、耳が聞こえないなどあり。頭が割れて血が出ると訴え泣きわめく。意識消失発作。夢遊状態。言葉を発しなくなり言語コミュニケーションが不成立。	医師	入院治療、遊戯療法・箱庭療法、描画療法	11ヶ月	良好	
2 中島ら(1993)	19	女	多重人格を主とした解離型ヒステリー	両親と姉(前妻の子)。	無	社交的。いい子。涙もろく感涙性。	自宅に別名で手紙が届く。以降頻繁に人格交代。人格移行、行方不明あり入院治療。自律神経系を主とした身体への転換症状、健忘および遁走、年齢逆行し人格交代、幻聴体験、自己像幻覚体験。現業検査能力は低下なし。	医師	入院治療、薬物療法	4ヶ月	良好	
3 市田(1996)	15	女	解離性障害	小4まで母方祖母実母、その後異父の妹。母は隠れ家、継父は飲酒と暴力。	有	孤立無援。根深い人間不信。	同居祖父の脳死の第一発見者。幼稚園から中学までいじめ。中1で不登校。	知られない間に自傷、別の場所に移動。慢性身体症状、離人感、抑うつ感、空虚感、激しい怒りをあわす反復夢、自己破壊的傾向、記憶の空白などの解離症状、幻聴、人格交代。大量服薬による意識障害にて入院し2重人格交代。	医師	入院治療、描画療法	中断期間含め7年	不明
4 岡崎ら(1997)	20	女	解離性同一性障害	実母と実母の継母、継父、異父妹。実父母と継父は教師。	無	対人距離がとれずおどおど。読書好き。	保育園でいじめ。4歳の時祖父が脳梗塞で目の前で急死。親戚から継続的な重度の性的外傷体験。中2で不登校。	高3の時に内部からの呼びかけに答え記憶の断絶や健忘、混乱、激しい頭痛、買った覚えのないものが周囲にあふれるようになる。自分の中の「誰か」の存在とそれによる困惑。入院2ヶ月後には交代人格が次々現れる。健忘、人格交代、万引きなどの行為、フラッシュバック。激しい頭痛。自傷、嗜睡。過食嘔吐のある神経性大食症、肥満。	心理	入院治療、催眠療法	2年	良好

5	古荘ら (1997)	15	女	解離性同一性障害	祖父母、両親、 妹。教育熱心な 両親。	OP	無	自癡性にかける。 易怒的で対人関係 で攻撃的。	7歳でかんかん癡症。友達との葛藤 に意識消失発作。友人からのいじめ を訴え不登校。9歳から虚言、器物 破壊などの衝動行為。小4から精神 科併診。	幼児的退行現象、人格変換状態、てんかん。学校内での対人葛藤 が偽発作の誘因。起立性調節障害。	C, F, H	医師	不明	治療中
6	一丸 (1997)	16	男	解離性同一性障害	母と弟。父はア ルコール依存 症、借金あり難 症。経済的困 窮。		有	控えめで優しい。目 立たない。	中1にいじめを受け不登校。 小3から記憶が途切れる。自分が二人いるような気がするなどあり 精神科受診。ふすまや壁を叩いたり蹴ったりして暴れる。	A, F	医師 ・ 心理	3ヶ月	良好	
7	原田ら (1998)	16	女	多重人格障害	両親。		無	反抗的。気分変 動。	小2視力の急な低下が心的外傷。 中2から不安感、頭痛、めまいを訴え学校で意識消失発作。高校で 人格解離。他人人格が引きや興奮あり入院。	C, D, E, F	医師	2ヶ月	良好	
8	本山ら (1998)	16	女	多重人格障害	両親と妹。父は タクシー運転手 と副業で多忙。 母は不在多く、 幼稚園から1人 で留守番。	H	無	優等生。特定の友 人はいない。	6歳の時母が別の男性と家出し離 婚。妹と父方祖父母宅に預けられ、 従兄弟からの性的外傷体験。中1から 盗癖。中2で転居後過呼吸発作。盗 癖から児童相談所通所。高校不登 校。	高1で児童相談所を訪れ幼児語で会話。自宅でも家族を認知せず 入院。交代人格出現。過去の記憶をなくす。頸部に素状痕あり自殺 企図疑い。対人的無防備で、他者から体を触られる性的いたづらを 受ける。	A, C, F, H,I	医師	1年 1ヶ月	良好
9	田中 ら (1998)	22	女	解離性同一性障害	両親は自営業で 祖母が養育。父 は愛人がいて帰 宅せず。母は新 興宗教入信し嫉 に厳しい。	H	有	おとなしく引っ込み 思案。友人がいな い。	父から母への暴力。本人を溺愛す る一方で暴力。8歳、父から近親姦と 帰宅途中に性的外傷体験。	8歳心因性視力障害。祖母のお金を盗む。夢中遊行。高校より記憶 が断片的。16歳時旅行で他人と争い争い健忘。不眠、心窩部痛、偏 頭痛。勤務先を解雇され無目的な大量購入。耳鳴りに自殺を命 じられる。統合失調症疑いで入院。離人感、被注察感増強。薬物を 自己調整して服薬し再入院。家人と口論し家出し健忘。自傷行為、 入水自殺企図により再々入院。	A, B, D, F, G,I	医師	3ヶ月	治療中

10	古荘ら (1998)	14	女	解離性同一性障害	両親と弟。 両親と弟は幼穉。母親は多忙。			無	中2より気管支喘息発作。頭痛・腹痛・動悸、全身のしびれ出現。不登校。	電車や人ごみで人の目が気になる。頭痛、腰痛、動悸、全身のしびれ。繁華街へ買い物にいったり衝動的に暴力行為を起し、幼児的に甘えて夜中に泣く。視線恐怖、虚言、人格変換、体型に対する劣等感や将来の不安、自責感訴える。	C, D, F, H 心理	入院治療、 薬物療法	3ヶ月	治療中
11	別府ら (1999)	16	女	解離性障害	両親と弟妹。父は幼穉。母親は多忙。		無	面倒見が良い。成績優秀	中2より過呼吸発作。	高1の秋、耳痛と数分間耳が聞こえない心因性難聴。	A, D 医師	通院治療、 精神療法	7ヶ月	良好
12	石黒 (2000)	19	男	解離性同一性障害	両親共働きで祖母が養育。父躁うつ病。	H	有	父からの暴力。10歳で祖母が突然姿を消す。13歳で留学先で性的外傷体験。帰国後学校で暴力を受ける。16歳で父が家出。	父からの暴力。10歳で祖母が突然姿を消す。13歳で留学先で性的外傷体験。帰国後学校で暴力を受ける。16歳で父が家出。	19歳の失恋をきっかけに副人格出現。過量服薬、女装、見知らぬ女性と宿泊、解離性健忘にて入院。自傷行為、スタップへの暴力行為。	A, C, F, I 医師	入院治療、 催眠療法	1年 1ヶ月	治療中 死亡
13	幸田 (2000)	中3	女	解離性障害	両親と姉。父は不動産業自営業。		無	まじめ。対人関係困難。成績優秀。	中3で自傷行為。友人からいじめ。	中3の秋から被害訴え、自傷であるため児童精神科受診。高校で意識消失。人格交代。意識が飛ぶ、記憶がない打撲やあざがある。不眠、物忘れや電車の乗り越し、現実感の喪失と離人症状。解離性混乱、トランス及び憑依障害、睡眠障害、抑うつ、解離性健忘、離人症性障害、解離性逃走、解離性同一性障害、特定不能の解離性障害。	A, B, C, E, H, I 医師	通院治療、 薬物療法	4年	良好
14	田中縁 (2000)	17	女	解離性障害	両親、父違いの姉。父の飲酒問題、浪費、女性関係、暴力から離隔。経済的困難。母は不在がち。	H	有	対人不安。自身の要求を伝えられない焦燥感強い。	父の暴力。11歳で虚弱児施設入所。13歳で不登校となり養護施設入所。	悩みにより頭痛、不眠、食欲低下。登校により下半身脱力感。人と目が合わせられなず、声が出ない状態。全身に小刻みな振るえ、痙攣様の動きで受診。発作性頭痛、失声、四肢の脱力、けいれん発作、不眠、対人緊張。	D 医師	通院治療、 薬物療法・行動療法	1年 5ヶ月	良好

15	中村ら (2000)	18	女	解離性同一性障 害	両親と姉。両親 仲良い。父が単 身赴任。	OP	有	いい子。成績優 秀。自己評価低 い。自我萎縮。	15歳のとき過換 気症状や失神。	高2で意識消失、全 生活史健忘で入院。 しばしば白昼夢様の 体験。解離症状を伴 う自殺企図を記憶せ ず。高3幼稚による不 穏から自殺企図、被害 関係妄想あり入院。 退行し交代意識が出現。 精神的視野狭窄、被暗示 性の高さや夢幻様状態。	A, C, E, F, G, H,I	医師	入院治療、 薬物療法	3年 半	良好
16	細澤 (2001)	21	女	解離性同一性障 害	両親の不仲。情 緒不安定な母が 本人に依存。		無	依存的。見捨てられ 不安強い。	幼児期と思春期に性的外傷体験。 中学から交代人格。同性愛であるが 失恋から自傷。母親との同居から情緒不安定。市販薬大量服用にて 救急搬送。解体不安や離人感、抑うつ、焦燥感。	B, C,I	医師	通院治療、 薬物療法	1年 8ヶ月	良好	
17	高戸 (2001)	11	女	解離性障 害	両親と妹、弟。両親 会社社員。父は 温和で子ども好き。 母は几帳面で努力家。		無	完璧主義。大人しい。 成績優秀。友人いない。	小1結婚式の照明光に驚いて激しく泣く。小2発表会の舞台照明に動揺し嘔吐。	母が妹を厳しくしかった翌日別名を名乗って空想的な話をする。頭痛。脳波・CTは正常。弟を認識せず。休学。	A, C, D	医師・ 心理	通院治療、 薬物療法・箱庭 や描画などの芸術療法	4ヶ月	良好
18	牧之瀬 ら (2001)	17	女	解離性障 害	内縁父と母、姉、 妹、弟。母は統合失調症にて入院。	H	有	口数が少ない。	両親は日本各地を放浪。生活保護受給。9歳で養護施設入所。中2まで暴力を含むいじめ。	高校生で突然別人格で話をし始め施設から飛び出す。	A, C	医師・ 心理	入院治療、 薬物療法・心理劇	1年 7ヶ月	良好
19	有園ら (2001)	中1	男	解離性障 害	両親と妹。父は 単身赴任のため不在。	H	無	友人いない。父を嫌悪。	小6に母への暴力。中1クラスでいじめ。	中1いじめをうけた直後自身や家人の名前、住所など健忘し受診。頭痛や立ちくらみから不登校となる。	A, D	医師	通院治療、 箱庭療法	5ヶ月	良好
20	赤堀ら (2001)	16	女	解離性同一性障 害	両親、妹。両親 は自営業。妹は 病弱で母は付き添いで不在がち。	H	有	手のかからないしつかりした子。	小3のころ両親からの暴力と学校でのいじめ。	中2に意識消失発作、痙攣発作を起し入院する。入院中四肢麻痺、食事全面介助という状態が続き精神科紹介。自宅にひきこもり。高校受験の前から別人格出現し過呼吸発作、退行で登校できず、リストカットや大量服薬入院。	C, D, E, F, H,I	医師	入院治療、 薬物療法・描画療法	10ヶ月	不明

21	中津ら (2001)	6	男	解離性障害	両親。		無				突然意識が不明瞭。歩行困難。学校や担任を健忘。退行、暴れ、自傷のため入院。1歳の言葉で話し、興奮し暴れる。	A, D, E, F, H	医師	入院治療	15日	良好
22	小俣 (2002)	15	女	解離性障害	両親、弟。		無	小3いじめを受け円形脱毛症。中3不登校気味。母に叱られストレスカット。			突然親などの顔が見えなくなってしまう。自殺念慮。声が聞こえないといった転換症状。	A, B, D, I	医師・心理	通院治療、薬物療法	1年	良好
23	田熊 (2002)	高3	女	離人症	両親、弟、父方祖父母。両親は飲食店経営。祖母が主に養育。	H	無	いい子。引っ込み思案。手がかからない。努力家。			離人症状。誰かに意見を求められると心臓がドキドキして手が震える。強迫傾向。	B	心理	スクールカウンセリング、イメージ療法	2年半	良好
24	金子 (2002)	19	女	特定不能の解離性障害	両親、弟。父は司法関係公務員、母は専業主婦。	OP	有	父が過干渉。しつけとしての暴力を母が黙認。高校卒業後、注釈妄想あり引きこもり。			対人恐怖症、注釈妄想、解離性幻覚、幻覚妄想状態で入院。健忘を伴う人格や意識の変容。痛みを感じない。転換症状、過食嘔吐による摂食障害。抑うつ、多量服薬による自殺企図。	A, D, I	医師	入院治療、薬物療法	4年3ヶ月	良好
25	千丈ら (2002)	16	女	解離性同一性障害	両親、姉、兄。父はやさしい。		無	16歳で付き合い。			テートを拒まれたことから交代人格出現。暴れる。最初の交代人格は小学6年生の時。	C, F	医師	通院治療、芸術療法、催眠療法	9ヶ月	良好
26	田中緑ら (2002)	18	女 <sup>a</sup>	解離性同一性障害	継父と実母、異兄妹。9歳で実父事故死。		有	母から暴力など虐待。11歳ごろ空想上の友達。中学進学後も心理的虐待。情緒不安定。手首自傷。自殺行為の行動化。14歳ごろ性的外傷体験。			小学校高学年から心因性腹痛、嘔吐症。18歳で家出し性風俗店に勤務したあと強い全身の汚辱感、性暴力被害のフラッシュバック、抑うつ気分、不眠、過食嘔吐、副人格による自傷行為や性的逸脱行動から受診。手首自傷、飛び降り。人格交代し複数の男性と性的交渉。小うつ病性障害、PTSD、特定不能の摂食障害。	C, I	医師	入院治療、問題解決志向的行動療法、薬物療法	1年7ヶ月	良好
27	田中緑ら (2002)	18	女 <sup>b</sup>	解離性同一性障害	兄は統合失調症。		無	兄に怯えて育つ。中学でいじめ、不登校。			交際がうまくいかず別人格出現。自己や家族のことを健忘。別人格となって交際相手を襲い首を絞める。攻撃的口調や手首自傷、演技性人格障害。	C, F, I	医師	入院治療、薬物療法	1年2ヶ月	良好

28	福地ら (2002)	13	女	解離性障害	両親、父方祖母、弟。父は会社経営。主に父方祖母が養育。	H	無	明るく意欲が強い。成績優秀。リーダー的存在。感情の起伏が激しい。	毎日習い事。祖母にわがままに育てられる。13歳に父の女性問題から離婚問題。心窩部痛から不登校。	両親の離婚問題から激しい腹痛、意識消失から受診。部活動中に倒れ、全身痙攣、呼吸停止にて救急車で搬送され入院。けいれん、意識消失、入院時のPLEDs、過呼吸発作。退院後に包丁で手を切ろうとし、引っかけたり噛んだり。部分的記憶の欠如と感情コントロールの不制御。	A, D, E, F, I 医師	入院治療、薬物療法	1ヶ月	良好
29	杉山ら (2002)	14	女	特定不能の解離性障害	両親と父方祖母、弟。父方祖母が攻撃的。母との確執。		無	おとなしい。手がかららない。明るく几帳面。リーダー。	祖母が暴言や脅し。中1に不登校で2か月ほど小児科入院。入院中にリストカット。	自傷行為、記憶不連続、起立性調節障害。リストカットを記憶せず。成育史にも記憶の欠損。夜は寝付けず車椅子なしで動けず。	A, C, D, F, I 医師・心理	入院治療、描画療法	3ヶ月	良好
30	加藤ら (2003)	15	女	解離性障害	両親、妹。父は法律関係、母は専業主婦。	OP	無	成績優秀。無表情。言葉少ない。	小学校時代に数回転校。中学でいじめ。小学校5,6年生の頃父から性的外傷体験。	高校進学後、自分の中に別の自分を感じ不安感を訴える。校内で器物破壊し記憶がなく幻聴認める。学校場を健康。頭痛と自傷あり。児童期に爪噛みや抜毛癖。	A, C, F, G, I 医師・心理	通院治療、薬物療法	1年 5ヶ月	良好
31	細澤 (2003)	16	女	解離性同一性障害	両親。待望の子で過保護。父は帰宅が遅く、母は飲酒やパートで不在。	H/O P	無	優等生。人に気を遣う。	中2で急に養育態度変化。中2で教師に攻撃的行為。不登校。自傷行為。薬物乱用。	中3から頭蓋骨解離。不登校。アルコール・薬物乱用、手首自傷あり 高校中退。解離性逃走による行方不明となり警察保護され精神科入院。粗暴な交代人格が自傷行為。病院用品を破壊したり主治医に暴力。意識消失して救急搬送。ヒステリー性の失立状態。	A, C, E, F, I 医師	入院治療、薬物療法	1年 8ヶ月	良好
32	山口ら (2003)	17	女	解離性同一性障害	両親。		有		幼少期の虐待。両親から分離のため入院。中学1年から解離性慢性頭痛。不登校。	家族からの分離を目的とした入院。自傷行為、自殺未遂。面接場面で17人の交代人格出現。	C, D, I 医師	入院治療	不明	良好
33	白川 (2003)	5	男	重度の解離症状	両親。父から母へのDV。		有		生下時から父による虐待と母への身体的・精神的暴力の目撃。1歳で母と逃亡し父と別居。	発達の遅延、5分ごとの夜泣き、憤怒発作、壁に頭をぶつける自傷行為。5歳で人格解離、恐怖症状、強迫行動。	C, F, I 医師	通院治療、EMDR・TFIなど	4年	良好

34	有井ら (2003)	男	解離性同一性障害	両親、姉、両親 自営業。父は頑 固で本人に暴 力。	無	おとなしい。まじ め。反抗期なし。	小児期に網膜色素変性症。同級生 からいじめ。	中学から気が付いたら知らないところにいることが何回かある。高 校1年で同級生から暴力を受け意識を失う。専門学校進学後突然 倒れ2日間意識が戻らず。6人の人格交代。数発する焦燥 感、めまい、ふらつき、頭痛や吐き気。	A, C, D, E	医師	通院治療、 薬物療法、家族 面接	4年 半 (中 断含 む)	不明
35	柳下 (2005)	女	解離性障害	両親、弟。父から 母に暴力。両親 は境界性人格障 害。	H	おとなしい。	両親の激しい喧嘩に怯える。小4で 母から暴力を受け過呼吸、意識消 失発作。11歳のとき離婚。解離発作 と自傷行為で入院。家出。	沈黙気味。退院後途端に激しい解離発作を認めて再入院。院内学 級通院の際に無断離院したため転校させたと2階の窓から離院 しようとした。	A, E,I	医師	入院治療、 行動制限	10ヶ 月	良好
36	波多江 (2007)	男	診断なし	母未婚で出産。 乳児院、児童養 護施設措置。	H	神経質。心をひら いていない。人の 痛みがわからな い。	他児に暴力。指示に従わない。	自分がいなくなるような感じを常を感じる。先生の話が聞けなくて じっとしてられないことが多い。	B, F	心理	施設心理相談、 箱庭療法	3年	良好
37	東ら (2007)	女	解離性障害	両親、祖母。父 は易度の。	無	明るく活発。友人 多い。いい子。成 績優秀。	小学校でいじめ。16歳で四肢脱力、 しびれ。入院前に友人関係のトラブ ルあり。高校3年は不登校、抑うつ 的。	抑うつ、不眠。学校で孤立。痺れ憎悪し寝たきり。過喚起発作。高校 卒業式の前日に睡眠導入剤を過量内服し入院。解離性昏迷。	E,I	医師	入院治療、 薬物療法、家族 療法	1年	良好
38	杉山ら (2007)	女	解離性障害	両親、兄。父は 事業経営してい たが破産。	H	大人びた口調。礼 儀正しい。生活は ルーズ。	父から飲酒時に叱責と暴力。一時保 護され児童養護施設措置。小4で両 親別居。	兄との喧嘩で押入れに閉じこもる。失禁。記憶の断裂、極度の不安 や怯え、うつにて入院。胸や呼吸苦が執拗となり、遺尿・夜尿を繰り返 し、解離性幻視訴える。看護師や教師を独占しようとする行動が 続く。退院後も暴れと遺尿著しく、家では兄弟喧嘩をして殴り合い 【死にたい】とパニックとなる。	A, D, F, H	医師	入院治療、 薬物療法、 EMDR・自我状 態療法	1年 2ヵ月	良好

39	村瀬 (2008)	6	女	解離	両親、弟は 多動。	無	おとなしい。いい 子。	祖父の葬儀で胃を火葬場でみせられ嘔吐。	祖父の葬儀後に「体の中に虫がいる」と興奮。時々ボートとした表情。話している最中でも突然「虫がいる」と叫び怪えた。	B	医師	入院治療、 薬物療法	2週 間	良好
40	村田 (2008)	中3	男	解離性障害	両親、弟、父は 温厚。母は神経 質でまじめで律 儀。	無	周りに気を遣う。	中3転居。なかなか馴染めず。	小6自転車転倒し短時間の意識障害と逆行性健忘。6月から活気 失せ、7月意識消失。教師や通学路などの記憶喪失。	A, E	医師	通院治療、 精神療法	約4ヶ 月	良好
41	白川 (2009)	11	女	解離性同一性障 害	両親。離婚。	有	落ち着きがない。 暴れる。	父から母へのDVを目撃。小5のいじめ。問題行動で近隣から児童相談 所通報。	児童相談所から紹介入院。人格交代し書く文字が異なる。スタッフ への暴言、暴力、面会の母親を罵倒。反応性愛着障害、注意欠陥 多動性障害。	C, F	医師	入院治療、 行動療法、 EMDR	不明	良好
42	白川 (2009)	9	男	特定不能の解離 性障害	母親。	有	暴れる。いいこと がいない。	母からの暴力や家出により一時保 護多い。母自身に外傷体験。	緘黙。暴力、暴言、物を壊す、話をこまかすなどあり、反応性愛着 障害、ADHD、行為障害。「暴力からつちやえつという男の人の声」が する。	C, F, G	医師	入院治療、 認知行動療法	不明	良好
43	緒川 (2010b )	高1	男	特定不能の解離 性障害	両親と弟。両親 は自営業を廃 業。父は母に従 う。	無	成績優秀。大人し い。	小学校の頃はよく喧嘩。	友達関係について相談時に解離、人格交代。	C	心理	スクールカウ ン セリング、 心理療法	2年 11ヶ 月	良好
44	野間 (2011)	16	女	解離性同一性障 害		無	自己否定感。	13歳で事件に巻き込まれ、知人が 目の前で死亡。	13歳の事件のフラッシュバック。攻撃的人格、幼児人格など4、5人 の人格交代。頭痛と恐怖感でパニックとなり攻撃人格に交代して手 首自傷し健忘。	A, C, F, I	医師	不明	不明	不明
45	北村 (2011)	19	女	解離性同一性障 害	両親と姉、弟。姉 一時期不登校。	無	礼儀正しい。ざこ ち少ない。言葉少ない。	13歳で拒食。低体重で小児科に入 院。16歳で不登校。自傷行為。引き こもりがちで幻聴。	自傷と記憶喪失。気分が変わりやすく、幻聴あり。会話は全体に曖 昧でつかみどころがない。アルバイトを始めてから人格交代。大量 服薬、自宅屋上からの飛び降り。	A, C, F, G, I	医師	通院治療、 薬物療法	1年 3ヶ月	良好

46	業本 (2011)	16	女	解離性障害	両親、弟。父は教師。		無	優等生。	中学でいじめに悩み中3でリストカット。高校で不登校。	不登校と大量服薬とリストカット。些細なことでも家を飛び出して記憶喪失。高校中退。逸脱行為から入院。はっきりしない幻聴や両親との衝突。	A, F, G, I	医師	入院治療、薬物療法	不明	良好
47	森国 (2012)	高校	女	解離性障害	両親、弟。両親は熱心な宗教信者。母は布教活動で多忙。	H	無	表面的。理路整然。台本を棒読みしているかのよう。	小学校で父の不倫。中学でリストカット。不登校。高校生で風俗関係の仕事を始め別れ話が出ると解離。	自傷の話をしていると目がうつろいになってぼんやりし感情が切り離されている。リストカット、援助交際、多量服薬といった問題行動があり境界性人格障害。大量服薬とリストカットで救急搬送。家出して援助交際を企図し金銭を奪われ性的被害。	B, F, I	心理	入院治療、薬物療法	2年11ヶ月	良好
48	竹内 (2013)	18	男	解離性障害	両親、妹。両親共働き。父は典型的な亭主関白で過去に優秀なスポーツ選手。		無	友達が多い。生徒会長。	中学で父にすすめられるが過大な期待に耐えられず退部。	交際女性の浮気を知ったことから自室で倒れ健忘。高校休学。過呼吸、失失失歩。	A, D, E	医師	入院治療	約1年5ヶ月	不明
49	山下 (2013)	16	女	解離性障害	両親、姉。		無	手がかからない。几帳面。他人を気にし過ぎる。	母方祖母が脳内出血で倒れてから食欲低下、全身倦怠感、立ちくらみ、頭痛し不登校。不眠や焦燥感。	アルバイト中に意識消失。入眠と興奮状態の繰り返し。もうろう状態から幻視、幻聴。小学生に退行。復学どころに不安焦燥感が強まり、幼児的退行行動。	A, E, F, G, H	医師	入院治療、薬物療法	1年	良好
50	山下 (2013)	14	男	解離性障害	母、継父。父や母方祖母の家人を転々。母は解離性障害。	H	有	礼儀正しい。	5歳で離婚。母と継父から身体的虐待。親の知人から性的外傷体験。中学で不登校。	中学2年で不登校。頭がぼーっとし、気がつくとき時間が経過。抑うつ気分、希死念慮、頭痛、胸痛を訴え受診。中3から登校再開したが周囲の生徒から嫌がらせを訴え頭痛や胸痛。自分の行動を健忘し、急に手をシャープペンシルで刺す。突然攻撃的態度となり暴れ入院。友人間で幼児的状态。	A, D, F, H, I	医師	入院治療、薬物療法	不明	良好

以下に a)～i)の観点で結果を示す。

a) 論文数

図 5 に 50 事例を論文発表年代別に示した。1990 年代に論文発表数が増加し始め、2000 年以降顕著に増加したことが示された。

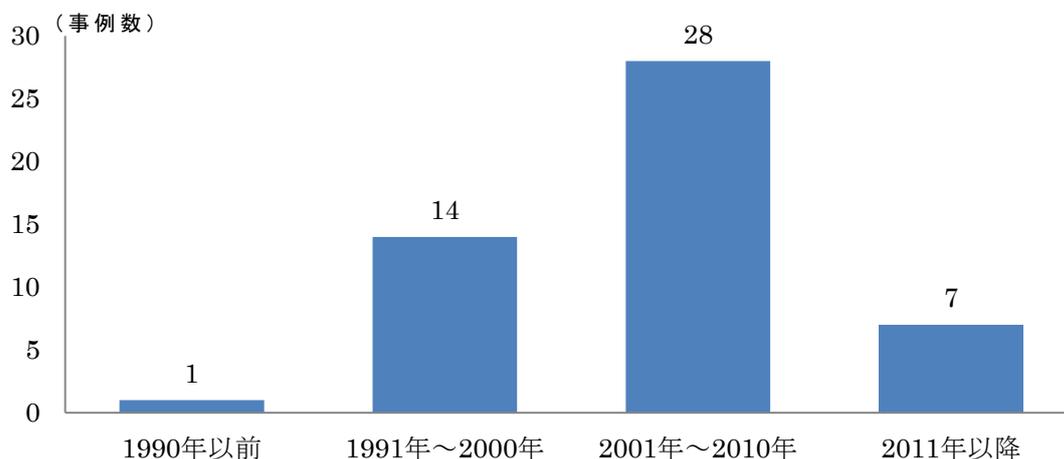


図 5 発表年代別事例数

b) 初診時年齢と性別

初診時の年齢を図 6 にまとめるにあたり、事例の中 1、中 2、中 3、高 1、高 2、高 3 はそれぞれ 13、14、15、16、17、18 歳と便宜上振り分けた。

最も多く受診されているのは 16 歳から 18 歳のおよそ高校生の年代で 21 事例（42%）であった。また 15 歳以下の事例総数は 21 事例（42%）であった。最低年齢の報告は解離の症状を呈した 5 歳児の事例 33 であった。

また性別は男子が 12 事例（24%）、女子が 38 事例（76%）であった。

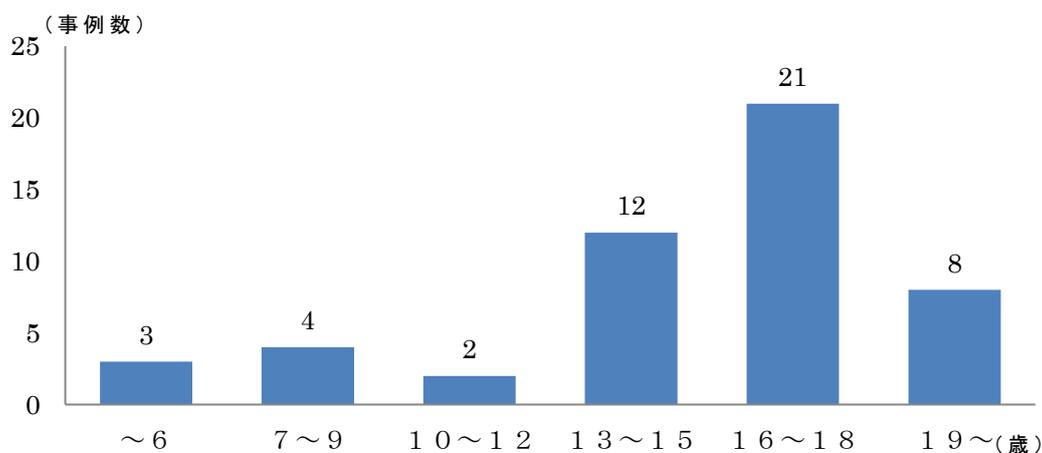


図 6 初診時年齢

#### c) 診断名

事例中に書かれた診断名を表14に示した。診断名を「解離性障害」とする事例が21事例（42%）、「解離性同一性障害」とする事例が21事例（42%）と多かった。

表14 主な診断名

主な診断名	事例数
解離性障害（ヒステリーを含む）	21（42%）
解離性同一性障害 （多重人格障害，多重人格を主とした解離型ヒステリーを含む）	21（42%）
特定不能の解離性障害	4（8%）
その他（離人症，重度の解離症状，解離，診断なし）	4（8%）
合計	50（100%）

#### d) 養育態度と生育環境

家族背景では親が仕事や同胞の育児で忙しく，子育てに手をかけられなかったとする記述のみられた事例を「放任傾向」の養育態度として抽出したところ17事例（34%）にみられた。反対に過保護または教育熱心だが過干渉な記述がみられた事例を「干渉傾向」の養育態度として抽出したところ7事例（14%）に認められた。重複が1事例あるため「放任・干渉傾向」の事例は全体で23事例（46%）であった。

また，暴力が振るわれた，家族内の変動が多く落ち着かない，または児童養護施設入所などの経緯があるなどの事例を「虐待的生育環境」として抽出したところ18事例（36%）に認められた。

#### e) 性格特徴

子どもの性格特徴として「手がかからない」「まじめ」「いい子」「優等生」「優秀」などの評価を受けている事例を「いい子」な性格特徴として抽出したところ21事例（42%）に認められた。

また，「3-4. 養育態度と生育環境」における「放任・干渉傾向」に併せて「いい子」な性格特徴を持つものは9事例（18%）であった。

#### f) 生活史上のエピソード

生活史上のエピソードとして、学校での「いじめ」を経験したのは 16 事例（32%）、学校に行けなくなる「不登校」の経験がある事例が 20 事例（40%）あった。「性的外傷体験」は 8 事例（16%）に認められた。

また、「3-3. 診断名」の「解離性同一性障害」21 事例において「性的外傷体験」のあるものは 5 事例（10%）、ないものは 16 事例（32%）であった。

#### g) 症状

症状のうち「健忘・遁走」が 31 事例（62%）に認められ最も多かった。次に「気分変調、粗暴、精神運動興奮」が 29 事例（58%）、「人格交代や同一性障害」が 28 事例（56%）と続いた。最も少ないのは「離人感・非現実感」であり 9 事例（18%）であった。それらを図 7 にまとめた。

また、「自傷行為」のある 26 事例のうちの 21 事例（81%）は 15 歳以上であった。

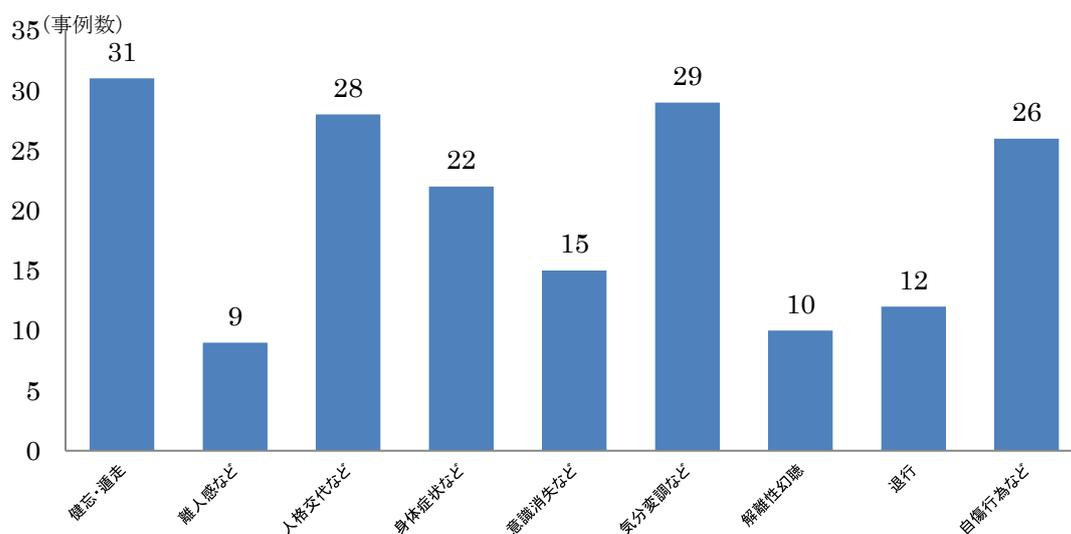


図 7 症状の内訳

#### h) 主治療者の職種と治療形態および主な治療技法

主治療者の職種として、「医師：心理士：医師と心理士」の割合は「38 事例：5 事例：7 事例」であり、圧倒的に医師によるものが多かった。

治療形態が明記されたものの中では医師の指示による「入院治療（治療経過途中の短期間のものも含める）」が最も多く 31 事例（62%）に適用されており、「薬物療法（明記されたものを抽出）」は 28 事例（56%）に認められた。また、

入院による行動制限や家族への心理教育が加えられていることも多く報告されていた。

主な治療技法として通常 of 精神分析療法や心理療法以外で、「箱庭・描画・イメージなどの芸術療法」「催眠療法」「(認知) 行動療法」や「心理劇」「EMDR」なども利用されていた。

#### i) 治療期間と転帰

治療期間は途中の中断期間も含めると 2 週間から 7 年までと幅広い。小数点第 2 までで切り上げで月単位に換算し、不明なものは削除した上で平均をとると平均治療期間は 17.5 ヶ月であった。

転帰は症状の回復や社会性の改善などがみられたものを概ね「良好」と判定したところ 41 事例 (82%) にのぼり、その平均治療期間は 15 ヶ月であった。

### 4.2.2.3 考察

以下に a)~c) の観点で考察を述べる。

#### a) 論文数、初診時年齢と性別、診断名について

総論文数は 1990 年代に入って増加傾向を示し、2000 年代からは一層増加し 1990 年代の 3 倍に増えた。これは海外議論の盛り上がりを受け多くの学会誌で特集号が組まれたことや、「解離—若年期における病理と治療」(Putnam, 1997/2001) が翻訳されたことが児童の解離性障害に対するわが国における関心の高まりの契機になったものと思われた。

事例の初診時年齢は高校生の年代が最も多いが、それは症状が多く出揃い社会生活に困難を来してから受診するケースが多いことにもよるであろう。一方、実際には 15 歳以前に何らかの解離体験の発露と思しき体験を述べている事例も多くあることから、幼少期から思春期にかけての解離経験は受診が遅れる傾向があるといえる。海外では解離性障害の多くが 20 歳前に発症し、その 1/5 は思春期前に始まると言われ (中根, 1991)、解離性障害は児童青年期に発症危険のある疾患の一つと考えられている。Stern (1984) によると、最初の人格分離のエピソードが聞かれるのは 6 ヶ月から 7 歳までの間とされ、研究でも最低年齢は 5 歳の男児における人格分離の体験 (白川, 2003) があるが、7 歳以前の事例発表はわずか 3 本であり、特に幼児期の診断は困難といえる。

性別では女子が 76%と男子の約 3 倍であった。海外の成人を対象とした研究の男女比は女性が男性の 6~9 倍と言われ、児童／青年期を対象とした研究 (Putnam, 1997/2001) でも同様の比率が確認されていたが、本研究では従来の報告ほど顕著な差は認められなかった。この理由については、解離性障害の男性事例は比較的少数であることから、男性事例を取り上げた論文が増えたとも考えられた。

診断名については「解離性障害」や「解離性同一性障害」の事例報告数が最も多かった。「解離性同一性障害」と診断される事例はほぼ年齢 15 歳以上であり、11 歳と 14 歳に「解離性同一性障害」がみられたとする事例 10 や事例 41 は稀な事例と考えられた。Putnam ら (1986) の調査によれば、解離性同一性障害の確定診断に平均で初診から約 7 年かかるという。同一性障害は、人格が形成される目安の 18 歳近くに明確化することが背景と思われた。

#### b) 養育態度と生育環境、性格の特徴、生活上のエピソードについて

家族背景と養育態度の関係について、「放任・干渉傾向」の事例が合わせて 46%にのぼることが示されたが、二つの両極端な養育態度の家庭に共通するのは、子どもが主体性を失い、孤独や両親からの理解されなさを感じる環境ではないかと思われる。同じく暴力的で良好な愛着形成に乏しい「虐待的生育環境」においても、子どもは精神的支えを持つことができず、孤独で不安定な環境にあったと考えられる。田中哲 (2008) は解離性障害／身体表現性障害のついた入院患者の 38%に虐待体験を認めており、虐待的環境に育つことと解離性／身体表現性障害の関係性が強いことを示している。解離性障害を示す子どもたちの置かれた環境の特徴を示すものとして極端な養育態度や虐待的生育環境は重視すべきといえる。

一方、性格特徴として「いい子」を特徴とする事例も 42%にのぼった。加えて「放任・干渉傾向」な養育環境にあって「いい子」と評される事例は全体の 18%に見られている。白川 (2009) は、日本の解離性障害を認めた患者に過去の心的外傷の既往は米国に比して少なく、子どもの解離性障害について「母親の過剰調律により支配された状態が続き、本来の自己が確立されていない人が過度のストレスを受けて解離を起こす」可能性を指摘している。子どもが周囲に迷惑をかけない、または周囲から見過ごされてきたような「いい子」が、環

境に過剰適応するあまり解離機制を獲得することが示唆される。柴山（2010）は、対人関係過敏症状にみられるように、解離患者の多くが基本的に人に対する怯えの意識があることを指摘し、それは幼少期から愛着関係を形成できなかったことに根差し、他者との関係においても孤立や嫌われといった怯えがあるために過剰に同調性を示すことから、親の気持ちを先取りして迷惑をかけないように行動する、いわゆる「いい子」に見えがちであることを指摘した。さらに養育環境と子どもの解離の関係について村瀬（2011）は、親の養育態度が適切でない子どもの行動や感情は自己の内部に統合されず、解離として現れる要因になると指摘した。同様に紀平（2007）も、「闘争も遁走もかなわぬ乳児の場合、過覚醒反応は養育者への接近を希求する行動となり、それに対する適度な情動応答がなければ解離反応になる」として、幼少期からの親の適切な情動反応が解離反応に大きく影響すると述べている。家族背景における「虐待的生育環境」や養育態度としての「放任・干渉傾向」と「いい子」の性格特徴は、解離性症状の危険を示す一つの指標として注意をすることが示唆された。

生活史上のエピソード中には、「いじめ」、「不登校」や「性的外傷体験」のある事例が多く見受けられた。「いじめ」「不登校」が多い特徴からは、日本では集団内の孤立が大きな外傷体験となり得ることを示し、体験による主観的な孤独感の存在は無視できないといえる。杉山ら（2002）は自験例 40 例の解離性障害に虐待があるものは 30 例、外傷体験があるものは 7 例、何も持たないものはわずか 3 例のみであったことを報告し、外傷体験という要因の存在を示唆している。一方、海外文献では解離性同一性障害との強い関係を示す性的外傷体験の既往が特徴とされるが、本論における解離性同一性障害の 21 事例中に性的外傷体験のないものは 16 例あり、日本では必ずしも体験がなくても解離性同一性障害となる危険はあることがわかった。ただし、中井（2004）は恥や罪の意識とつながる日本人は性的外傷体験を名乗り出ることはあまりないと指摘しており、治療経過中に報告されていない性的外傷体験がある可能性は否定できない。いずれにしても自らの処理能力を超える外傷体験が発症の引き金になる（高戸、2001）と考えると、日本における児童の解離性障害の危険要因として外傷体験の有無は注意すべき指標といえる。

c) 症状、主治療者の職種と治療形態および主な治療技法、治療期間と転帰について

症状では「健忘・遁走」が最も多く、次に「人格交代や同一性障害」「気分変動、粗暴、精神運動興奮」「自傷・自殺企図行為などの自己破壊行動」が多く報告されていた。症状の外面からのとらえやすさも影響したと思われるが「離人感・非現実感」のような病態の報告は少なかった。特に「自傷・自殺企図行為などの自己破壊行動」がみられた事例の約 80%は 15 歳以上であり、思春期を超えた頃からの自己破壊行動の具体的な形として、リストカットや大量服薬が選択されやすいことがうかがえた。松本（2009）は、青年期の解離病態の特徴として自傷行為が多く併発することを指摘し、解離と自傷行為は密接に関係しあう症状ととらえている。本研究でも何らかの自傷行為がある事例は半数近くにのぼり、思春期青年期に特徴的な病態として注意すべきであろう。

主治療者の職種と治療形態としては医師による入院治療・薬物療法が多く選ばれており、本人に居場所を提供しつつも限界設定をし、巻き込まれる周囲の人間や家族を包括した視点をもって働きかける様子が多く報告されていた。そこでの主な治療技法としては、通常の方法分析療法や心理療法の他に、箱庭・描画などの芸術療法、催眠療法、（認知）行動療法、心理劇、EMDR などの使用が報告されているもののまだ個々の療法の事例数は少なく、「日本の臨床場面ではややゆとりのある時間帯に受診してもらい、支持的な精神療法、環境調整、休養などを折衷的に組み合わせる治療法が多く行われている（木村，2007）」のが現状といえた。Diseth & Christie（2005）は、子どもの解離性障害の治療には個人精神療法、薬物療法に併用して家族療法が求められるとしており、日本においては医師による入院治療にそれら全てが含まれていると考えられた。

治療期間と転帰として、全体の平均治療期間は約 17.5 ヶ月であり、治療経過が良好であるものが 41 事例（82%）と約 8 割を占め、その平均治療期間はさらに短く約 15 ヶ月であったことから、子どもの解離性障害は比較的治療がスムーズで予後も良いことが示された。兼本（2011）は、解離性障害は全体として若い年齢層を中心とした病態であるとし、初診時点において 20 歳未満であった患者群は解離性障害全体のほぼ 3 分の 1 に当たったと報告する一方で、それらの患者群には解離性障害だけを取れば比較的軽症例が多く、思春期例では

解離症状が正常心理の延長線上と考えると情動の不安定さに対する行動療法的かわりや入院による制限などを行うことで安定するとしている。河村ら(2008)も、児童期の解離性障害の予後は身体症状の合併が少なく、家庭環境に大きな問題がない場合は短期で治癒することが多く比較的良好であると報告している。初診時年齢が遅くなり問題が遷延化するほどに、本人の人格水準への影響も大きく、治療を継続することが困難になるといえ、幼少期の指標をできるだけ早くみつけて治療することが早期の改善に繋がるものと思われる(McElroy, 1992)。

一方、河村ら(2008)の研究では解離性障害に特徴的な病前性格をあげており、本研究ではこの記載が少なく拾い上げることが出来なかったが、劣悪な養育環境や生活史上の出来事からのみ解離性障害が起こるわけではなく、子どもの側の気質的特徴なども今後の研究で明らかにすべきものと思われた。

子どもの解離性障害は多く見受けられる病態でありながら日本における疫学調査はほとんどなされておらず、また診断基準も安定していない。わが国の特徴を加味した診断基準を以って早期に発症の兆しをとらえ、適切な支援へとつなげることが今後の課題と考えられた。

#### 4.3 子どものトラウマに対する EMDR の文献展望<sup>2</sup>

子どものトラウマに対する伝統的な心理療法に精神力動的心理療法がある。ISTSS のガイドライン(Alicia et al., 2009)にはドメスティックバイオレンスにさらされた就学前の幼児に child-parent psychotherapy を実施し、子どもだけでなく親も自らのトラウマを乗り越えたとする RCT 研究(Lieberman et al., 2005)や、性的虐待を受けた女兒への心理療法により病理が減少した RCT 研究(Trowell et al., 2002)など効果研究が報告されている。また、Toth ら(2002)や、Cicchetti ら(2006)など、言葉や遊びの表現を通して精神分析的に状況を解釈し、親や子に伝え返ししながら親子関係にまで変化をもたらす有効性も示されている。事例研究でも、単回性の出来事対して(Gaensbauer, 1994)だけでなく、複雑なトラウマに対しても(Osofsky ら, 1995)、適用できることが示さ

---

<sup>2</sup>緒川和代・松本真理子(2017). 子どもに対する EMDR 適用に関する文献的考察. 児童青年精神医学とその近接領域, 58(3), 409-423.

れているなど、子どものトラウマ治療としての精神力動的心理療法のエビデンスは多い。一方でガイドラインに推奨されるトラウマに特化した心理療法による、子どもへの効果の実態はあまり知られてはいない。

本節ではその一つである EMDR に関する文献展望を通してその実態と課題を明らかにすることを目的とする。

#### 4.3.1 方法

海外文献について PubMed を使い、キーワード「children×EMDR」にて 56 編、「adolescents×EMDR」にて 58 編を抽出した（平成 26 年 12 月検索）。さらに EMDR 学術雑誌である Journal of EMDR Practice and Research を検索し、「children×EMDR」にて 20 編、「adolescents×EMDR」にて 11 編を抽出した（平成 26 年 12 月検索）。上述の検索サイトに不足する文献を Wiley online, Google scholar, Web of science, EMDRIA 資料集において補足した。

国内文献については CiNii を使い、キーワード「子ども×EMDR」にて 11 編、メディカルオンラインにて 11 編、医中誌にて 30 編を抽出した（平成 26 年 12 月検索）。

以上は 1990～2014 年までの 15 年間を対象とし、論文発表年は雑誌掲載年（刊行年）とした。なお、本論における「子ども」は便宜上 18 歳以下と設定した。

集められた文献から、重複論文や英語以外の言語表記論文を除外し、さらに内容から子ども時代にトラウマを受けた大人の治療や幼児性愛者の治療など、直接子どもを治療していない文献は除外したところ、結果として、海外文献 56 編、国内文献 32 編を抽出することができ、これらを内容の面から効果研究、レビュー研究、事例研究、報告文献の 4 種類に分類した。効果研究とは、RCT を手法とする研究、対照群やコントロール群を持つ研究とした。レビュー研究は、EMDR や他の心理療法を含め、これまでの研究を展望しメタ解析による EMDR の効果や今後の課題などを報告した研究とした。事例研究とは、事例の経過を詳細に記し、質的に分析した研究とした。最後に報告文献は、教育講演録や特集記事などの内容を中心とするもので、付随して EMDR 事例を報告した文献や、EMDR を広く紹介することを目的とした短報などとした。

### 4.3.2 結果

以下に a) ～b) として海外文献と国内文献の結果をそれぞれまとめた。

#### a) 海外文献の結果

表 1 5 に海外文献 56 編をまとめ、図 8 にその文献数の年次推移を示した。2005 年以降、効果研究およびレビュー研究が増加しており、エビデンスを重視した研究が増えてきたことが示された。

表 1 5 海外文献 (56 編)

分類	カテゴリー	研究名
効果研究 (20 編)	RCTの研究または対照群をもつ研究	Scheck et al. (1998)
		Rubin et al. (2001)
		Chemtob et al. (2002)
		Soberman et al. (2002)
		Jaberghaderi et al. (2004)
		Ahmad et al. (2007)
		Wanders et al. (2008)
		Hensel (2009)
		Kemp et al. (2010)
		Wadaa et al. (2010)
RCTではない研究		De Roos et al. (2011)
		Oras et al. (2004)
		Fernandez (2007)
グループ療法の研究		Ribchester et al. (2010)
		Jarero et al. (2008)
		Adúriz et al. (2009)
恐怖症への研究		Jarero et al. (2013)
		De Jong et al. (1997)
		Muris et al. (1997)
レビュー研究 (12 編)		Muris et al. (1998)
		Adler-Nevo & Manassis (2005)

	Diseth & Christie (2005)
	Adler-Tapia & Settle (2009)
	Rodenburg et al. (2009a)
	Mevissen & De Jongh (2010)
	Field & Cottrell (2011)
	Rolfsnes & Idsoe (2011)
	Fleming (2012)
	Greyber et al. (2012)
	Gilles et al. (2013)
	Chen et al. (2014)
	Pfefferbaum et al. (2014)
	Taylor (2002)
新たな疾患への適用	De Roos & De Jongh (2008)
	Wesselmann et al. (2012)
	Gauvry et al. (2013)
知的障害児への適用	Rodenburg et al. (2009b)
	Mevissen et al. (2011)
	Mevissen et al. (2012)
事例研究(18編)	進行中や受傷直後の 児への適用
	Zaghrout-Hodali et al. (2008)
	Bronner et al. (2009)
	Tofani & Wheeler (2011)
	Cocco & Sharpe (1993)
	Pellicer (1993)
	Greenwald (1994)
PTSDやトラウマへの一 般的な適用	Greenwald (1998)
	Kitchiner (2000)
	Tufnell (2005)
	Bae et al. (2008)
	Jayatunge (2008)

報告文献(6編)

Arnold (1995)  
 Ehntholt & Yule (2006)  
 Ahmad & Sundelin-Wahlsten (2008)  
 Högberg & Hällstörn (2008)  
 Pocock (2011)  
 Schneider et al. (2013)

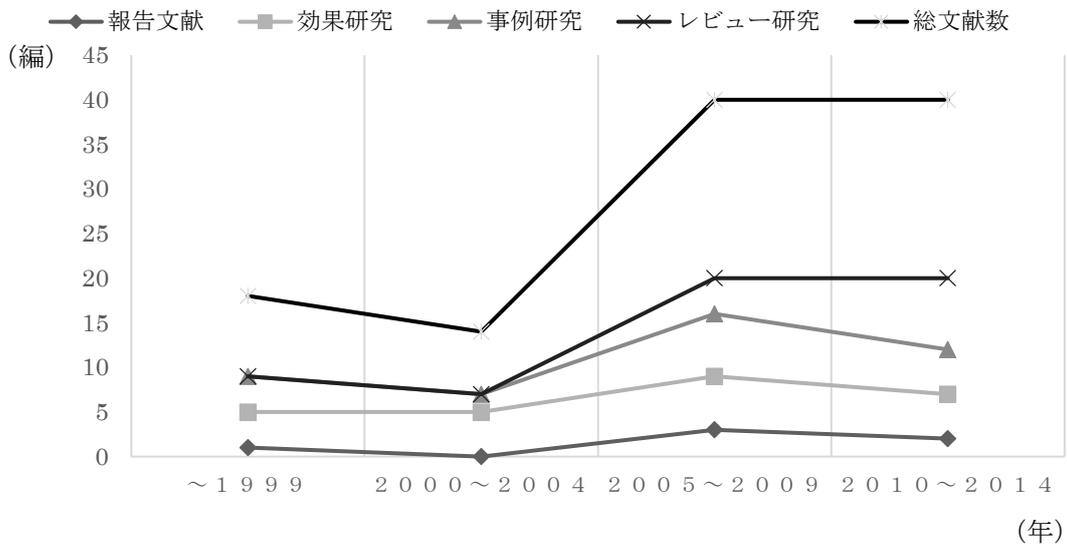


図8 海外文献の年次推移

b) 国内文献の結果

表16に国内文献32編をまとめ、図9にその文献数の年次推移を示した。国内においては効果研究とレビュー研究に該当する文献は見当たらず、事例研究と報告文献に分類された。

表16 国内文献

分類	カテゴリー	研究名
事例研究(9編)	行動の問題への適用	中野・外口(1999)
		平岡(2006)
		近藤(2009)
		土持・佐々木(2012)
		大河原(2012)

	杉山・海野(2007)
解離症状への適用	大河原(2010a) 大河原(2013)
不登校児への適用	小林・早川(2010)
	藤森(2002) 大河原(2004) 伊東(2006) 大河原(2008) 梶原(2010)
EMDRの紹介	大河原(2010b) ヘネシー(2012) 元村(2012) ラベット(2013) 杉山(2013a) 杉山(2013b)
報告文献(23編)	白川(2004) 海野(2008)
虐待関連障害への適用	杉山(2011a) 杉山(2011b) 杉山(2011c) 杉山(2012)
自閉症スペクトラム症児への適用	幸田ら(2008) 市井・吉川(2010) 杉山(2010)
震災関連での適用	小林(2013) 小野寺(2013)
不登校児への適用	小林(2008)

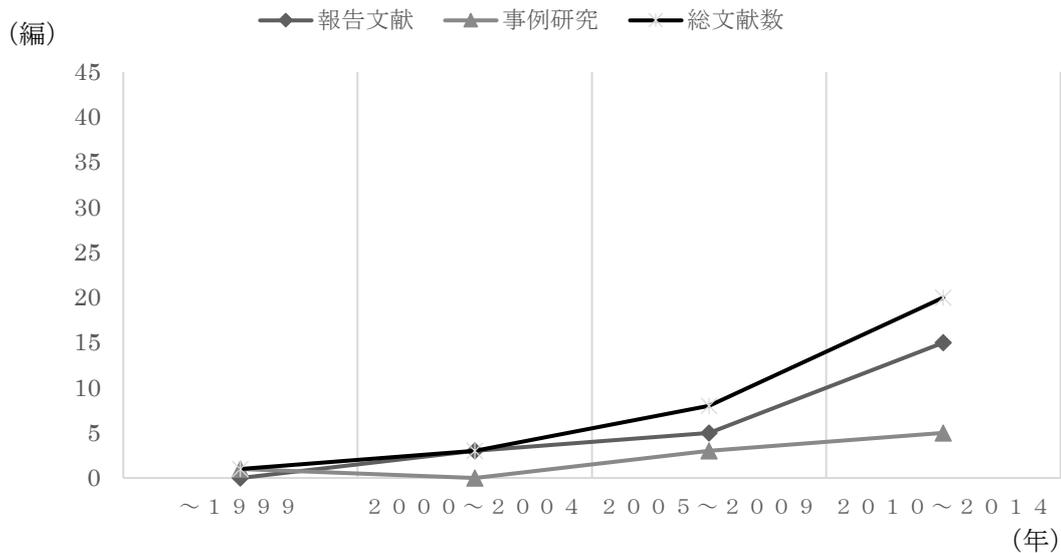


図9 国内文献の年次推移

#### 4.3.3 考察

以下に a) ~d) として海外文献と国内文献の結果を考察した。

##### a) 効果研究

海外文献の効果研究には 56 編中 20 編が該当した。20 編中 16 編 (80%) で症状の改善や問題行為の低下が認められたと報告された。明らかな効果は認められなかったとした 4 編 (Rubin et al., 2001, De Jong et al., 1997, Muris et al., 1997, Muris et al., 1998) のうち 3 編は恐怖症への適用について効果測定を行った研究であるが、これらは恐怖症専用のプロトコルを用いなかったために効果が得られなかったことが指摘されており (Adler-Tapia & Settle, 2009), これらを除外すると 95%の研究で効果が示されたといえる。効果研究における RCT の研究や対照群を持つ研究は 11 編みられた。その治療対象について以下 3 点の特徴が認められた。第 1 に、治療困難とされてきたタイプ II のトラウマ (Terr, 1991) を治療対象として効果が認められたことである。自然災害や犯罪被害など、急激に起こり単回の衝撃によるタイプ I トラウマとは違い、タイプ II トラウマとは虐待のように繰り返される衝撃がある慢性・反復性のトラウマをさしており、否認や感情麻痺、解離、激しい怒りや自傷行為などの「複雑性 PTSD」(Herman, 1997/1999) を引き起こすといわれ、回復は容易ではない

(藤森, 2002)。効果研究にはこうしたテロや戦争などによる難民の子どもなど、複雑なトラウマを受けた子どもを対象とした報告が認められ (Jaberghaderi et al., 2004, Wadaa et al., 2010), タイプIIトラウマへの適用可能性が示された。第2に, Wanders et al. (2008) は行動の問題を抱える子どもの患者に EMDR を実施し, 自尊感情と現在の行動上の問題により効果が認められたと報告しており, トラウマに限らず行動や感情の問題を対象にすることも可能であると示された点である。子どもは行動や感情の問題のほうが前面に出ることは多く, トラウマとなる出来事が曖昧であっても問題への適用が可能となり, 一層子どもへの適用が広がることが予想された。第3に, 3歳未満児への適用が報告されていることがあげられる。Hensel (2009) はタイプIのトラウマを受けた1歳9カ月から18歳1カ月までの36人の子どもに EMDR を実施して高い治療効果を示したと報告している。この被験者の中には3歳未満児が3名, 未就学児や低学年児の3~9歳が20名含まれており, 言語に依存し過ぎない EMDR 治療ならではの特徴といえる。低年齢にも効果があることが示されたことで, 言語獲得以前の幼児まで対象とする可能性が広がったものと思われる。

加えて, EMDR の集団実施による効果研究が Jarero et al. (2008) や Jarero et al. (2013) によって示されていることは特筆に値する。従来, EMDR は個人療法としての実践が一般的であったが, 指導者5名程度で160~200人を同時にケアできるからである。EMDR Integrative Group Treatment protocol (EMDR-IGTP) と呼ばれるこの方法では, 4つに区切られた紙にターゲット記憶や未来の鋳型などを描画し, 両側性刺激にはバタフライハグ (Artigas et al., 2000) を使うことで集団療法を可能にしている。戦災地や被災地などでは多くの子どもたちが同時にトラウマを受けており, 複数の子どもを同時に EMDR 治療できる方法は実用的であり大きな進展が期待される。

なお, 効果研究の測定尺度には PTSD 症状を測る Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (PIPSD), Impact of Event Scale (IES), Child Report of Post-traumatic Symptoms (CROPS), PTSD Diagnostic criteria, Child Post-traumatic stress reaction Index (child PTS-RI), UCLA PTSD Index for DSM-IV が多く使用されていたが, 一方で PTSD 付随症状である抑う

つや不安などの気分を測る Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)や、子どもの行動を客観的に評価する Child Behavior Check List (CBCL)や Parent Report of Post-traumatic Symptoms (PROPS)が用いられた研究も多くみられた。EMDR の効果が、PTSD 症状のみでなく感情や行動面での効果を含み広く期待されていることが示されたといえよう。

#### b) レビュー研究

海外のレビュー研究には 56 編中 12 編が該当した。メタ解析は 2 編 (Rodenburg et al., 2009a, Chen et al., 2014) と少ないが EMDR の効果を認めている。そのうち子どもの PTSD に対する CBT やプレイセラピー、催眠、精神力動療法、ナラティブセラピーなど複数の精神療法と共に EMDR もレビューした研究 (Rodenburg et al., 2009a) では、子どもの PTSD に EMDR は CBT と並んで有効であることが示されている。また Cochrane Review において Gillies et al. (2013) は、子どもの PTSD に対する心理療法として RCT による 14 編の研究をレビューし、心理療法は子どもの PTSD に有効であり、中では CBT が最もエビデンスが高いが、EMDR も有効であると報告している。ただし現段階で一つの精神療法が他に比べて効果があるというはっきりとした根拠はないと述べ、どのようなトラウマにどのような精神療法の効果があるのかは今後の研究によるとしている。しかしここで扱われた EMDR による RCT は 2 編のみであり、研究数の少なさによる結論の限界が否めないであろう。単回性トラウマに対する複数の精神療法をレビューした研究 (Adler-Nevo & Manassis, 2005) でも CBT と EMDR の効果は認められたが、合併症への薬物療法の効果が明らかではないことや、異なる治療間で患者をランダムに割り付けて比較した研究がないことなどの課題を指摘しており、未だレビュー研究における方法論において不十分な研究が多い現状を示しているといえる。また、Adler-Tapia & Settle (2009) は RCT4 編を含めた計 19 編の研究をレビューし、治療における黄金基準 (Foa & Meadows, 1997) に沿うためには、研究において子どもの診断名がはっきりと決定されていること、効果測定 of 心理検査が適しており標準的であること、アセスメントするものが訓練を受けていること、治療者が子どもの専門家であり、治療の新しいモダリティを使う能力があ

ること、可能なら RCT であることが求められていると指摘した。Rodenburg et al. (2009a) は、18 歳以下の子どもを対象とし比較群をもつ 7 文献をレビューし、初めて CBT よりもわずかだが有意な効果があると報告したが、どのようなタイプのトラウマ治療がどのタイプのトラウマイベントに最も適しているのかについては課題が残ると指摘している。その後、Fleming (2012) はこの課題に取り組む研究を行い、RCT やケース研究の 15 編をトラウマのタイプ別に考察したところ、タイプ I のトラウマに対する EMDR には効果が認められたが、タイプ II のトラウマに対する RCT は研究数が乏しく十分な結論は得られていないと報告している。以上のことから、レビュー研究の多くは EMDR と他の治療法とを比較し EMDR の効果を認めつつも、どの程度ほかの治療法よりも効果があるかといった議論はいまだ途上であるといえよう。

#### c) 事例研究

海外の事例研究には 56 編中 18 編が該当した。特徴として、これまで適用報告のない新たな疾患に適用した研究が 4 編、知的障害者を対象とした研究が 3 編、トラウマ状況が継続中の対象や、受傷直後の対象に適用した研究 3 編などが特徴としてあげられる。新しい対象への EMDR の試みには、Wesselmann et al. (2012) や Taylor (2002) のように愛着障害への適用により行動の問題を改善させることが出来たという報告がある。また、窒息恐怖を持つ 4 名の子どもに 1～2 セッションの EMDR を実施したところ症状が改善したという報告がある (De Roos & De Jongh, 2008)。窒息恐怖は窒息する恐怖から食べ物を飲み込むことが出来なくなるもので、子ども時代に多く発症するといわれるが治療研究の乏しい疾患であり、EMDR による症状の改善は今後、同疾患の治療法として期待される。同様に、Gauvry et al. (2013) は慢性複雑性疼痛への適用を報告しており、愛着障害や窒息恐怖などの新しい分野への試みは EMDR 適用の可能性を探る研究と位置づけられるであろう。

また、知的障害者も子ども時代にトラウマを抱えることが多いとされる (Mevissen & De Jongh, 2010) が、知的障害児の PTSD に EMDR を実施して、PTSD 症状を減らし、さらに抑うつや不定愁訴が解消し社会適応能力が改善した事例研究 (Mevissen et al., 2011, 2012) や、てんかんと軽度知的障害をもつ若者への事例研究 (Rodenburg et al., 2009b) からは言語表現が得意では

ない対象にも適用しやすいことが示された。

一方、トラウマ状況が継続中の対象や受傷直後の対象に適用した研究からは、EMDRが受傷から1カ月以上経過したトラウマに対して、また「現在の安全・安心な環境」が保証されてから適用されるという枠を超えた研究であることに意義があると考えられる。DSM-5では受傷直後のストレス反応である急性ストレス障害（Acute Stress Disorder, 以下, ASD）が1ヶ月以上経過しても症状消失しない場合をPTSDとしているが（APA, 2013/2014）、このASDの段階での早期の適切な治療が行われない場合、60～80%がPTSDに至るとされる（Tofani & Wheeler, 2011）。Bronner et al.（2009）は、ASDを呈した16歳女兒へTF-CBTとEMDRを併用して症状を改善できたと報告した。さらにZaghrou-Hodali et al.（2008）は紛争や暴力の最中にある子どもたちにグループ療法でEMDRを適用し、子どもたちにレジリエンスを獲得させ、将来のPTSDリスクを低減させることに成功したと報告しており、安全な環境が整っていない状況でも有効に使用できることを示したといえる。またShapiro & Laub（2008）はトラウマ受傷後の早い時期における治療法として「直近トラウマエピソードプロトコル（Recent Traumatic Episode Protocol, 以下 R-TEP）」を提案しているが、Tofani & Wheeler（2011）は、慢性疾患を抱え日常のストレスフルな出来事からさまざまなトラウマ反応を呈した子どもに対してR-TEPを使用して症状を改善させたと報告している。これらの報告からは子どもにおいてトラウマ受傷後早期であってもEMDRの適用方法次第でレジリエンスを獲得させることが可能であり、ASDの長期化、重症化に対する予防的治療としての有効性を示したと考えられる。

これらの他には、抑うつ青年に対するEMDR（Bae et al., 2008）や、スリランカの津波被害によるPTSDのある子ども3名へのEMDR（Jayatunge, 2008）で、トラウマの解消から抑うつ感情や不安などの気分の改善が期待できることが示されたが、1～7名ほどを対象とした事例研究であり、今後は量的研究へと発展することが望まれる。

一方、国内文献における事例研究には32編中9編が該当した。行動の問題や、解離症状、不登校状態などのカテゴリーに分類されたが、中でも大河原（2010a, 2012, 2013）は親子の関係性不全からくる感情制御の未発達な子

もに対し家族療法の立場から EMDR を適用し、症状が改善した事例を報告しており、自らの「感情制御の発達不全」という理論を用いて解離症状や行動の問題が起こるメカニズムを説明している。また、杉山・海野（2007）は虐待による解離性障害を呈した児童に、小林・早川（2010）は不登校児のトラウマに EMDR を実践するなど、研究者自身がそれまで研究対象としてきた子どもに対して EMDR を適用した結果、症状や状態像の変化が認められたことを報告するものがあり、実践的視点に立って適用可能性を探るというわが国での EMDR 適用の特徴を示しているように思われる。

#### d) 報告文献

海外における報告文献には 56 編中 6 編が該当したが、中では Ahmad & Sundelin-Wahlsten（2008）は PTSD の子どもに対する EMDR の詳細な子ども用のプロトコルを作成しており参考になる。また Högberg & Hällstörms（2008）は子どもの自傷行為に EMDR やサイコドラマやムードマップなどを利用して効果を示しており、今後の研究分野として発展しうる可能性を持つといえるであろう。

一方、国内文献における報告文献には 32 編中 23 編が該当した。中でも杉山（2011b, 2011c, 2012, 2013b）は虐待に認められた併存症に発達障害が多い事に言及し、発達障害を持つ子どもの虐待事例に EMDR を積極的に導入し有効性を報告している。また杉山（2010）は、発達障害児が愛着というレジリエンシー機能の不全によってトラウマの侵襲に対し脆弱な自我構造を持つことや、独自の記憶の障害を持つことなどがトラウマを引きおこしやすい要因であるとして、発達障害の子どもへのトラウマ治療の重要性や危急性を強調している。こうした発達障害児への適用の示唆から、最近では高畑（2015）によって発達障害児のフラッシュバックに EMDR を適用する研究が行われるなど広がりを見せている。発達障害の子どもに対する EMDR 適用報告は海外では見当たらず、わが国における特徴のひとつと考えられ、さらなる研究の発展が期待される。

以上をまとめると、海外文献における展望の結果からは、EMDR がレジリエンスを高め重篤化の予防に役立つことや、PTSD 症状の軽減だけでなく、気分の改善に関する有効性や新たな障害、疾患における適用可能性が報告されてき

たことが明らかになり、EMDR 適用範囲の拡大が示された。しかしながら、子どものトラウマ治療として RCT を用いた研究が少なく、トラウマのタイプに合わせた研究が乏しいことが課題であり、エビデンスの蓄積に貢献し得る科学的方法論に基づいた研究が求められている段階と考えられた。

一方、国内文献では効果研究やレビュー研究が見当たらず、いまだ海外での研究を参考に臨床実践を模索している段階であることが示唆された。また、同一研究者による報告も多く、そのため特定の疾患への適用に関する文献に偏る傾向も認められた。わが国でも効果研究をはじめとする基礎研究が急務であり、有効性を検証する必要があるのは明らかであるが、一方でわが国には海外にみられない、不登校や親子の関係性不全からくる感情制御の発達不全、発達障害児への適用に関する報告が認められ独自の方向性の存在が示された。今後はこうした分野への適用を検証していくことも重要な課題と考えられた。

#### 4.4 本章のまとめ

本章では第1節で子どものトラウマに関する海外と国内の研究を展望した結果、海外では1940年頃から、国内では1990年頃から児童虐待をきっかけに子どものトラウマ研究が始まり、今日に至るまで発達心理や神経生物学などへ学問的広がりをみせながら発展していることが明らかとなった。第2節では子どものトラウマに起因する疾患の文献展望として子どものPTSDに関する文献展望と子どもの解離性障害に関する文献展望を行った。その結果、PTSDのわが国における事例の特徴として家族背景、成育歴、性格特徴にはそれほど目立った共通点はないものの、症状は回避が最も多く、治療の場としては医療機関にかかり薬物療法を受けることが多く、遊戯療法や描画などイメージを用いた心理療法の実践が多いことが示された。治療期間はおおむね短く予後が良いことも明らかとなった。一方、解離性障害は15歳以前から発症の兆しがありながら受診に至ることが少なく、両親の「放任・干渉傾向」の両極端な養育態度、「虐待的生育環境」、本人の「いい子」な性格特徴、生育歴におけるいじめや性的外傷体験など外傷体験の有無などが子どもの解離性障害につながる一つの指標であることが示された。第3節では子どものトラウマに対する心理療法の文献展望として子どものEMDRに関する文献展望を行った。その結果、海外の研

究からは EMDR がレジリエンスを高め重篤化の予防に役立つことや、PTSD 症状の軽減だけでなく、気分の改善に関する有効性や新たな障害、疾患における適用の可能性が示され、今後のエビデンスの蓄積が求められている段階と考えられた。一方、国内の研究は未だ海外を参考に臨床実践を模索している段階であるが、不登校や親子の関係性不全、発達障害児への適用などわが国独自の臨床研究がみられており、今後も検証していくことが期待された。

## 第5章 子どものトラウマに起因する疾患への心理療法 —事例研究—

本章においては、子どものトラウマに起因する疾患に対する心理療法の臨床実践事例を通して心理療法の用法や有効性及び課題を考察することを目的とする。事例の子どもたちのトラウマは第2章で論じた通り、出来事が軽微に思えるもの、あるいは詳細が明らかではないものであり、また第4章で示した通り、学校や病院など子どもが生活する場において症状を呈している。そこにまずトラウマに特化した心理療法である EMDR を実施した事例として、言語発達が未熟な7歳前後の子どもを対象とした事例と、10歳前後の感情表現が困難な子どもを対象とした事例を提示し、それぞれの用法や有効性及び課題を考察する。次に、EMDR などトラウマに特化した心理療法が使用できない場合に精神力動的な心理療法を用いてどのようにトラウマ症状を改善したか、トラウマの詳細は確認困難ながら重い解離性障害を示した青年の事例を提示し、その用法や有効性及び課題を考察する。

尚、本論文における事例については倫理的配慮から、事例の展開に影響のない程度に改変を加え修正した。掲載にあたっては発表等の主旨を保護者および本人に文書で説明し書面による同意を得た。ただし解離性障害の青年事例は古い事例であり当時は口頭で同意を得たのみであるため多く修正するよう配慮した。

### 5.1 子どものトラウマに対する EMDR—7歳前後の言語発達が未熟な子どもを対象に—<sup>3</sup>

#### 5.1.1 はじめに

Shapiro (1995/2004) は、子どもが苦痛な経験をした後に肯定的な情報が神経ネットワークに同化されない場合、一定の場所に機能不全をきたす要（かなめ）がセットされるとし、多くの機能不全状態が子ども時代に生理学的レベルで貯蔵されその後の人生に不利益をもたらすことを指摘した。一方、子どもは幼いほど文脈で出来事を理解することが難しく、出来事を正しく認知すること

---

<sup>3</sup>緒川和代(2018). 小児科におけるストーリーテリング法の実践. EMDR 研究, 10, 22-23.

が難しい。Lovett (1999/2010) は、子どもが外傷的な出来事にひどく脆弱で、大人にとってありふれた出来事の多くを命が脅かされる体験と受け止めてトラウマ化しやすいと指摘する。6～7歳の児童は小学校に入学するころであり、発達段階としては自己表現を通して友達を作ったり授業で発表したりして、初めての学校環境に適応することが求められる。言語表現が苦手な低年齢児は精神的苦痛を身体化しやすい傾向があり、言語に依存し過ぎない心理療法の適用が望まれる。本節では低年齢児に EMDR を実施した2事例を提示し、その用法や有用性を明らかにすることを目的とした。なお、事例の子どもたちはエピソード記憶の特定や認知の修正が難しいことから、EMDR のストーリーテリング法 (Lovett, 1999/2010) と描画を使用した。

## 5.1.2 事例の概要と面接の経過

### 5.1.2.1 事例 A 子(初診時7歳, 女児)

主訴：嘔気による食欲不振。他院からの紹介状には「夏休み頃より経口摂取量低下。1ヶ月程度様子をみたが食欲は回復せず2キロほど減量しやせが目立つ。最近では夜中に泣いて不眠を訴えることがある。顔の表情はうつろで視線もあわせずこちらの質問にも頷くだけである」とあった。

初回面接時：ほとんど話さなかったが、楽しい話題では笑顔が見られた。

要となる出来事：「風邪の治りかけで食欲も戻り、夕飯をたくさん食べて就寝した。夜中、母の入浴中に気持ちが悪くなって起き、お風呂場まで走って来たが間に合わず、途中の廊下でかなりの量を吐いた。小さい頃からあまり吐いたことがなく、驚愕して泣いた」とのこと。

症状が出たのは数ヶ月後の家族旅行の頃からで、夕飯を拒絶し、旅行中も朝食以外は全く口にしないで険しい表情をしていたようだ。当院受診時には夕飯の食卓にも座らない状態で、夕方に「今日はなに？お腹空いた」と聞くものの食べられず、自分の頭を叩く自傷をするようになっていた。

生育歴(発達歴)・病歴の聴取：周産期に特記すべき問題なし。3歳児健診まで運動・言語発達に異常指摘なし。5歳で「サ行」の発音を指摘され言葉の教室に通ったが小学校入学前に終了。これまでに先生・友人とのトラブルなし。

心理検査：知能検査によるIQは92で言語理解が有意に高い。

準備段階：好きな食べ物をリソース（精神的資源）として数回かけて活性化。  
ストーリー作りは母に依頼しておき、当日は本児とセラピスト（以下、Th）が  
交互に場面を描いた。トラウマ場面は Th が描き、本児は楽しい場面を描いた。  
EMDR：Th がストーリーを読み、母の膝上にて紙芝居を読み聞かせる間、A 子  
はパルサー（掌に両側性刺激となる振動を与える機械）を握らせた。

ストーリー（実際の文章を簡略化）：

①くまちゃんは、いつも元気で外で遊ぶことが大好き。②でもある日風邪をひ  
いてしまいました。③風邪が治りおやつが食べられるようになりました。④と  
ころが気持ち悪くなって吐いてしまいました（図 1 0 a）。⑤それ以来大好きな  
シャケが食べられなくなってしまいました。⑥お母さんから「大丈夫だよ、す  
ぐによくなるからね」⑦イチゴを 1 つだけ食べてみたらとてもおいしかった。  
⑧それからは何でも食べられるようになりました（図 1 0 b）。



図 1 0 a A 子のトラウマ場面の描画（Th による描画 2 枚）



図 1 0 b A 子のトラウマ後の描画

次の面接時の前回の再評価では、徐々に食欲回復し夕飯も食べられるようになったことが報告された。実施から1ヶ月後にインフルエンザに罹患しても7割くらいは食事がとれたことを見届けて終了とした。面接終了から1年後の電話インタビューでも食事についての問題はなかった。ストレスによる自傷行為はあったが、環境が改善すれば消失する程度であった。

#### 5.1.2.2 事例 B 子(初診時 7 歳, 女兒)

主訴：嘔気と心因性頻尿。他院からの紹介状には「小学校入学頃から休み時間に何度もトイレにいき、冬頃からは登下校の道中も不安を感じるようになる。朝出かける前に嘔気、嘔吐を認め、授業中もトイレに行けない不安から嘔気を認め、休み時間はトイレに入ったまま出てくる事が出来ず、トイレで嘔吐することもあった」とあった。トイレでの洋服のあげさげで太ももに擦り傷ができていた。

初回面接時：母の隣でおとなしく座っており、言葉少ないが表情はある。「みんなと同じになりたい」と小さい声で話す。

母から聴取した要となる出来事：年長の卒業式練習時に保育士が「練習中にト

トイレに行ってはいけない」と厳しく指導した。しかし児童の一人が我慢できずに尿を漏らし叱られた。それを見て B 子は動揺し、以来、家でも保育園でも頻尿を訴えるようになった。近医に相談したところ「これくらいなら大丈夫」と言われ、経過をみていたところ 1 ヶ月ほどでおさまった。しかし小学校入学後に再び休み時間毎に 1 日 10 回以上トイレに行くようになった。やがて休み時間が終わってもトイレから教室に戻れず授業が受けられなくなり、緊張する場面やバスや電車の途中でもトイレが心配になり、不安がピークになると嘔吐するようになった。

生育歴(発達歴)・病歴の聴取：周産期のトラブルなし。1 歳半、3 歳時健診問題なく発達上の特記すべきエピソードなし。友達とのトラブルなし。

心理検査：学業成績に問題なく知能精査せず。発達の問題ないため発達検査も設定せず。

環境調整：学校と連携し、いつでもトイレに行ける環境を調整したところ、1 日のトイレ回数が 8 回ほどに減った。

準備段階：好きな事や習い事の話題をし、普段の生活に取り入れて楽しむように伝えた。

EMDR:猫のストーリーを Th と本児で描画する。ストーリーを聞いている間、母が膝に抱っこしながら肩をやさしくタッピングする。

ストーリー（実際の文章を簡略化）：

①ねこのみーちゃんはピアノが好きなのとってもかわいい女の子。②幼稚園では友達のリコちゃんといつも元気に遊びます。③ある日遊びに夢中でリコちゃんがトイレに間に合いませんでした。④リコちゃんは先生にとっても叱られました。⑤それをみていたみーちゃんはいつもトイレが気になって仕方ありません。⑥みーちゃんは遊びが楽しくなくなってしまい、トイレのせいで好きなピアノも弾けなくなりました。⑦そこでトラ子先生に相談しました。⑧トラ子先生にお話ししたら気持ちがすっきりしました。⑨それからトイレが気にならなくなって、ピアノの発表会も最後まで弾くことができました（図 11）。



図 1 1 B 子による未来の描画

次回の面接時に再評価したところ、もうあまり気にしないように生活できているとのことで面接は終了とした。終了から1年後に届いた本児からの手紙には、なわとびの技を頑張っていること、ピアノの発表会のために一生懸命練習をしたことが書いてあった。母からの手紙には「電車やバスに乗れるようになり心配していた式典にも無事出席できました。練習も含め一度もトイレに行かず過ごせました。それでいろいろなことに自信がついてきたみたいで元気に通学しています」とあった。

### 5.1.3 考察

事例の子どもたちが体験した出来事は大人からすればとても些細なことのようにだが、繊細な性格の持ち主であった二人には大変恐怖を覚えた体験と思われる。幼さや障害などの理由から体験や感情を言葉で伝えることが少なかったことから、これらの出来事がトラウマとなったと考えられる。

以下に a) ～b) の観点で EMDR の用法と有効性及び課題を考察する。

a) 家族の視点を取り入れる

Ruggiero ら (2001) は子どものトラウマ治療に関して子どもの年齢と発達段階を考慮すべきであるとし、特に小さい子どもの治療においては多元的な情報収集が必要であり、治療においては親からの情報や親への心理教育が鍵となるとする。事例の子どもたちは言語を獲得した年齢ではあるものの表現力や説明力には乏しくまだ物事を客観的に認識できない段階であり、心理療法には親を含めた家族全体を対象とする必要がある。EMDR クライエント選択基準に従って、現在のストレス対処力、緊急性（薬物乱用や自傷など）、安定度（セルフコントロール力）、医学的考慮事項はないか、ライフイベント上のタイミングが良いかどうか、などの観点に関しても、子どもだけを対象とせず家族の状態を考慮した。つまり、家族全体がストレスを対処する力があるか、親が薬物乱用など不安定な状態にないか、家族が引っ越しや離婚など大きなライフイベントを迎えていないか、などの評価をして準備が整えば EMDR を導入する。特に家族の安定性が整うまでは EMDR を実施せず、家族への心理教育や環境調整を優先し、必要ならば親面接を通して時機を待った。

また、10歳以下の子どもは親同席で実施することで子どもが安心して面接に向かえることが望ましい。事例では親子関係が良好でリソースになりえるかどうかかなり慎重にアセスメントをした。そのため事前に親面接を実施し、安定度の確認として親自身の健康度も聞くように努めた。特に、EMDR を開始すると一時的に子どもが不安定になることもあるため、家庭で不安定になった子どもを前に親が落ち着いていられるかどうか子どもの状態を大きく左右する。親の心理教育を通して、揺れ動く子どもを家庭で抱え、落ち着いて見守る力を育んだ。

事例はどちらも親子関係は良好であった。そこでトラウマ場面については母から聴取することで二次受傷を防ぎながら、EMDR を実施する際は不安にならないよう母子同席での実施とした。どちらも準備段階として本人の楽しみや喜び、自分を強く感じられるものなどのリソース記憶を賦活させておくことや、親への EMDR の説明や心理教育などに十分な時間をとった。少なくとも面接に来ることに緊張を感じなくなるまでは関係の構築を目的とした。

## b) ストーリーテリング法の工夫

ストーリーの内容は「物語を書くガイドライン (Lovett, 1999/2010)」を参考に、風景や五感を感じさせるような描写を工夫し、トラウマに関連した身体症状を盛り込んだ。話は明るい雰囲気から始めるが、起承転結を持たせ、最終的には本児にとって肯定的な信念、未来の鑄型となる解決イメージを入れて終わるようにした。ストーリーの主人公は子どもとは別の名前にし、時折主人公が何を思っているか、どう感じているか、など問いかけた。特に出来事が複雑でより重いトラウマとなっている場合は主人公の名前を必ず別にし、誰かの話として聞けることで直接的な体験から心理的距離を取らせるようにした。

事例ではストーリーの作成は母に依頼し、Th が修正を加えた。その話に必要な絵を3人で描画し協力し合う雰囲気を作った。その後描画をつなげて紙芝居にし、母の膝に座って紙芝居を読み聞かせる形をとった。母の膝に座り母の腕に守られながら聞く話は、たとえつらい体験を思い出させるものであっても、一方で守られ、安全であることを感じながら聞くことで、つらく孤独な再体験とならないように配慮した。子どもたちは絵を描くことが好きであり、言葉による表現よりも絵による表現のほうがはるかに抵抗はなく、精神的な侵襲度も少なく取り組めた。

課題として、主たる養育者が適切な養育が出来ない場合や発達の偏りが強い場合などはさらなる準備や工夫が必要と考えられる。養育者の安定度は子どもの安定に不可欠であり、養育者が不安定な場合には親面接の並行が望ましいが、現実的には叶わないこともある。こういった場合は、より多くのリソースを構築したり、親子の関係を調整したりといった準備に時間と工夫が必要である。

## 5.2 子どものトラウマに対する EMDR—10歳前後の感情表現が困難な子どもを対象に—<sup>4</sup>

### 5.2.1 はじめに

学校で起こる問題はいじめや自殺、教師による暴言や体罰など大人社会の病理を反映し種々の精神的問題を抱えている。10歳前後という年齢の子どもは

---

<sup>4</sup>緒川和代(2016). 小児科における EMDR 介入の有効性と課題—3 事例を通して—. EMDR 研究, 8, 54-64.

仲間集団や教員との関係に傷つきを感じやすく、多感な時期である。中には傷つきに対する感情をうまく表現できず、身体症状を呈する子どももいる。これまでわが国で EMDR を学童期の児童に適用した事例報告は少なく(小林, 2008; 小林・早川, 2010; 近藤, 2011; 大河原, 2012; 高畑, 2015), 研究は乏しい。本節では本事例は学校で受けたトラウマを抱えた小学生に EMDR を使用して身体症状を改善した 3 事例を提示し、その用法と有効性及び課題を明らかにする。

### 5.2.2 事例の概要と面接の経過

以下に、3 事例の概要と経過を報告する。

ここで報告事例における子どもの EMDR 実施上の手続きについて補足する。まず、自己に対する否定的認知／肯定的認知 (NC/PC) や、認知の妥当性 (VOC)、主観的障害単位尺度 (SUD) については、子どもが主体的に感じた表現や数字をそのまま採用した。両側性刺激にはタッピングやパルサーなどの身体感覚を使用し、脱感作中は子どもの表情変化や、欠伸やため息などの行動変化を手がかりに回数や強度を調整した。面接の形態は、初回面接は母子同席にて安心感を築き、過去のトラウマティックな出来事は母親面接から聴き取ることで受診場面での再受傷や解離反応を避け、反対に EMDR 実施中は親との同席が影響しないよう子どものみで実施した。尚、本文において患児や母親の言葉は「 」内に表記した。

#### 5.2.2.1 事例 C 子(初診時 10 歳, 女兒)

主訴：吐き気、嘔吐、体重減少、相談室登校

受診に至る経過：本児は小学校 2 年時の夏に父の転勤に伴って都会から田舎の小さな小学校へと転校した。順調に小学校生活を送ってきたが、小 3 時に学校担任とのトラブルから教室に入れなくなり、3 学期は相談室登校であった。小 4 から教室に入れるようになったが、3 学期の 1 月頃から「先生がいやだ」と登校を渋って泣くようになり、母親から離れられなくなった。同時期に入眠困難となり、時々夜中に起きて「怖い、怖い」と言うことがあった。それまでは特に問題なく接してきた担任に対して、近づいてくることに恐怖を感じるよう

になり再度不登校となった。さらに嘔気から経口摂取不良になり体重が著しく減少し、小児科クリニックで1ヶ月間点滴を受けたものの食欲が改善しないため当院への紹介受診に至った。

治療歴・相談歴：小4の4月から学校の勧めで教育相談機関での心理面接を2週に1回継続していた。教育相談機関にて施行された WISC-III の結果は **FIQ=109** であった。

生育歴：周産期特に問題なく正常分娩にて出生。始歩、始語ともに1歳ごろ。1歳半・3歳の健診は問題の指摘なく通過。小1の6月まで関東の集合住宅にて仲の良い家族と家族ぐるみの温かい関係に育った。遊園地や買い物が好きでよく外出し活発であった。

家族構成：父（会社員）、母（塾講師）、姉（高校生）、C子の4人家族。

要となる出来事：小学校3年時の担任は物言いが強く高圧的であった。きっかけは小3のマット運動の授業で1組だけ男女がペアになる場面であった。C子は班長であったため男子とペアで手をつなぐよう担任から指示されたが、恥ずかしさでつなげずにいたところ、突然担任から「汚いものでもついてたか！」と全員の前で厳しく叱責された。翌日からC子は学校に行けなくなり、母親が説明を求めて学校を訪ねても、担任からは「あなたの娘はどういう子どもだ」と逆に叱られ「あなた達にはむかつかます」と喧嘩口調で言われた。納得がいかない両親は校長と話し合いを繰り返したが、担任の暴言や態度はエスカレートするばかりで、最後には教育委員会に相談に行くよう校長から勧められた。その後、教育委員会から担任に対して指導があったものの担任の態度は変わらず、担任はC子の両親に対して電話で「あなた方のせいで私は心身共にボロボロにされた」と責めるようになり、関係は一層悪化した。教室に入れなくなったC子は相談室登校を続けていたが、配布物や連絡便りは教室の机に入ったままで、小3の間は相談室で孤独に過ごした。

治療構造：教育相談機関との並行受診を継続。面接構造は2週に1回50分、母子同席面接と個人面接を組み合わせ、小4の2月から小6の6月までの1年4ヶ月間に計26回面接を行った。途中、母親面接を2回と、教育相談機関との情報交換会を1回実施した。

事例の経過：

#### 第Ⅰ期 EMDR 準備(#1~3:小4の2月)

初回面接時のC子は色白で痩せていたが流行にのった女の子らしいスカートを履いていた。しかし元気はなく筆者の問いかけに一言二言答えるのみであった。気の弱そうな印象の母親は「小3のちょうど今頃は学校のことで大変でした。4月になってやっと解決し順調に登校できていたのに、どうして今になって?という思いです」と語った。C子は現在困っていることについて「…思い出すこと」とぼつりつつぶやいた(#1)。

準備段階は母親も同席しながら楽しい話題を中心に面接を実施した。最近テニスを習い始めたことや、家にはたくさんぬいぐるみがあること、好きな食べ物のこと、引っ越し前の小学校での話題など多くの資源があることが示された。動的家族画を実施したところ、『家族みんなでオムライスを食べている絵』を描き、家族仲の良さが表現されていたので、家族で食事をする楽しさについてRDI(資源の開発と植え付け)を行った。心理検査として「子ども版解離評価表」を実施したところ「ぼんやりすることがある」のみが1点で特に問題はなかった。しかし、IES-R(Weiss & Marmar, 1997)では回避症状と、侵入・再体験症状が共に16点、覚醒亢進症状が9点で合計41点でありPTSDの可能性が高いとされるカットオフポイントを顕著に上回る高得点であった。特に回避症状と侵入・再体験症状において、嫌な出来事があった学校を避ける気持ちが強いことが示された。まずは安全な場所のワークを実施して「大好きなぬいぐるみを抱っこしているとき」にゆったりとした感覚をイメージしたところ(#2)、次回に母親からは「食欲が少し回復してきて、夕べは夕食が完食できて嬉しそうでした。それから気持ちが出せるようになってきて、学校であったことを話すようになってきました。本人らしさが戻ってきたと感じるけれど、去年の教室の前を通るときには気持ちが悪くなったり、涙がでたりすることがあるようです」と報告された(#3)。

#### 第Ⅱ期 EMDR 介入とフォローアップ(#4~6:小4の3月~4月)

食欲も回復してきて以前と同じ食生活が続けられるようになってきた。そこで小3時の思い出から先生との関係を最も象徴する出来事を選んでもらい

EMDR①を実施した（#4）（表17）。

表17 C子のEMDR①内容

ターゲット	係活動のことで友達と二人職員室によばれて叱られた。最後に怒鳴るように「先生はあなたが嫌いです」と言われ「本当の理由があっても先生には話せない」という思いになったこと。
NC	自分の言いたいことが言えない。（選択）
PC	自分の言いたいことは言ってもいい。
VOC	5→7
感情	嫌な気持ち。怒り。
SUD	8→0
身体感覚	頭がイライラする。
脱感作の経過	実施中は表情に乏しかったが途中から「頭の中で先生に言いたかったことが言えそう」と笑顔が出るようになった。

しかし次の面接時の再評価で SUD は4に上がっていた。自分の給食がなくなっていた記憶や、職員室で叱られた別の記憶がよみがえったためであった。そこで給食場面の記憶で再度 EMDR を実施した（#5）。「教室に給食をもらいに行ったら配膳が終わっていて、私の分の給食がなくなっていた。」という内容は食事がとれない症状とのつながりを感じる出来事と考えられ、EMDR のターゲットとし、同じ NC, PC で実施した。途中で感じられた怒りに対してクッションを蹴る身体動作を使って表現してもらおうと、再度 SUD は0に下がった。終わったあとに C 子はすっきりとした表情をみせ、「去年は私よく頑張ったよね。今なら『わたしも先生が嫌い』と言いつける気がする。復活した。」と感想を述べた。その後の再評価で SUD に変化はなく、母親からは「以前通院していた病院のスタッフから『顔色がよくなって元気になったね』と声をかけられました」と報告を受けた。学校では友達に気を使って疲れることもあるというが、食欲は回復し摂取量も問題ない状態になったため小児科は一旦診察終了とし、経過観察のために次回は新学期に来院することを約束した（#6）。

### 第Ⅲ期 経過観察(#7~13:小5の5月~8月)

新しい学年に進級し、4月からは教室に入って授業を受けていたが、5月になり友達の間で自分の病気が噂になっていたと知りショックを受けたと打ち明けた。母親も同様に噂好きな地域の母親集団からの孤立感を話した(#7)。容姿の美しいC子や、都会から転勤してきて一軒家を購入した家族は、古い近所付き合いの多い地域で注目される存在であるようで、周囲の視線に耐える息苦しい日々を送っていた(#8)。5月下旬になってC子は、「友達からもう仲間に入れてあげないという手紙が届いた。私を待っている振りをして私が行くとさっと先に帰ることもある。去年同じクラスだった人が、ひそひそ話をしてチラッとこちらを見るので、悪口を言われている気がする。今日、上履きに画びょうが入れられていた。もう学校には行きたくない」とThに語り、6月から再度相談室に登校するようになった(#9~11)。教育相談機関は学校と連携してC子の理解や相談室での対応について統一していたようだが、C子は友達や教員に心を開くことがなかった。ThはC子の頑なな態度に友達への恐怖心や被害感が過度にあるように思え、再度EMDRを行うことも視野に入れながらC子の話に耳を傾けた(#12~13)。また、母親面接を実施し、C子と相談室の他児がうまく距離がとれず困惑している現状に、母親自身が見通しを持って不安を感じていることへの支援を行った。

### 第Ⅳ期 EMDR再介入とフォローアップ(#14~21:小5の9月~1月)

9月から相談室には毎日登校し、体育大会には参加することができた。しかし相談室の女性学習支援員を信じることができないう様子や、特に女子との関係を苦手とすることが語られた(#14)。その頃、ストレスの原因であった元担任と同じ車種を近所で見かけることが度々あり、彼女が近くにいるのではと不安が強まったので元担任の記憶をターゲットにEMDR②を実施した(#15)(表18)。

表18 C子のEMDR②の内容

ターゲット	いつも怒っている先生の顔。顔が怖い。
NC	私が悪い。(責任)

PC	私は悪くない。
VOC	5→7
感情	怖い。
SUD	6→0
身体感覚	緊張して頭がピキーンとなる。
脱感作の経過	数回の処理で「あまり顔を思い出せなくなった」と答えるが、「先生が異動になったのは私のせいかもしれない」「私が悪いから学習支援員からも嫌われる」という否定的認知に責任の認知の編みこみを入れながら脱感作を継続したところ最後には「自分のせいではない。今なら異動は先生の問題だと思える」と答えた。

次の面接時の再評価で SUD は維持できていた。また、学習支援員から不当に扱われた場面で、初めて自分の感情を抑えずに表現することができた（#16）。一方、母親からの希望で母親面接を実施し、学習支援員の態度に対する母親の不信感や怒りを受け止めた。その後 C 子は宿泊研修の準備をきっかけに教室に入ることができ、班活動での役割を持つことができた（#17～18）。また教室での具体的な不安として「休み時間に 1 人になることが怖い」と訴え、それを「未来の鋳型」にて「1人でトイレに行くとか本を読むなどして過ごすことが出来る、それは大人らしい態度である」と再認識した（#19～20）。また現実場面で気持ちを伝えることや、同性集団の中で適度な距離を保つことが出来るようになってきたことを評価し、C 子の自信につなげていった（#21）。

#### 第 V 期 経過観察と終結（#22～26:小 5 の 2 月～小 6 の 6 月）

冬休み期間に関係機関と連携をとり、これまで各所が C 子をどのように理解してきたか、また来年度に向けどう対応するか、小学校、教育委員会と病院関係者による情報交換会を開いた。学校からは、2 学期に友達が集団で C 子を疎外していた事実が報告され謝罪されたが、一方で C 子自身がもう少し積極的に集団に交わる姿勢が欲しいと感じていることも話された。Th は C 子が友達から好かれていないと感じ消極的になっていたこと、現在は少しずつ学校行事に参加したいと思えているがまだ友達への信頼感が持てず不安があることを伝え、もう少し時間を必要としているため、来年度のクラス分けに友達関係に配慮し

ていただけるようお願いした。心理面接では、学校生活の具体的な話題を中心に休み時間をどう過ごしたらいいのか、友達にどういう感情を持つかなど話し合っていた（#22～23）。

小6になると前年に噂を流していた生徒たちと離れるようクラス分けが配慮されており、C子は少し頑張っって初日から教室に入ることができた（#24）。苦手な友達とは距離をおき、新たな友達と関係を築き始めた。修学旅行は緊張しながらも参加できた（#25）。ある程度安定した人間関係を維持できているのを確認して終結とした（#26）。

#### 5.2.2.2 事例 D 子(初診時 9 歳， 女児)

主訴：登校時腹痛， 不安， 相談室登校

受診に至る経過：小学校 3 年生の秋ごろから， 学校に行く時間になると腹痛を起こすようになり， スクールカウンセラーの心理面接を受けたがあまり改善しなかったため当院に紹介された。当時 D 子のクラスは 2 学期から学級崩壊を起こしており， 保護者説明会や授業見学会などが開かれても事態は収束せず， 補助教員による代替授業と管理職による巡回で対応している最中であった。Th は環境調整として学校関係者に， D 子の明るく積極的な反面， 周囲には気を使う性格であることなどを説明し， 学校で安心して過ごせる相談室や保健室の適宜利用をお願いした。やがて学校側の協力よって D 子は 1 人で過ごせる場所を利用しながら授業にも参加できるようになり， 担任が異動した後の小 4 からは教室登校が可能になって心理面接を終了した。しかし小 5 の 5 月頃から再び不安が強くなり 1 人で眠れないなどの状態となったため再受診に至った。

治療歴・相談歴：小 3 時にスクールカウンセラーの面接を数回受けた。

生育歴：周産期は問題なく正常分娩にて出生。始歩 10 ヶ月。始語は遅く 2 歳ごろだが， 大人の言葉はある程度理解できたとのことで 1 歳半， 3 歳児健診は問題なく通過。塾に入り 4 歳で平仮名を覚えた。学校では活発で積極的だが家庭では人形遊びなど大人しい遊びを好んだ。

家族構成：父（会社員）， 母（専業主婦）， D 子の 3 人家族。

要となる出来事：小学校 3 年時の担任は若い女性で経験が少なく， D 子やその他生徒と対立して授業も成り立たず， クラスは学級崩壊状態であった。D 子は

2学期の個別教育相談で担任から、幼稚園来の友人と離れるよう注意された。それから担任の授業になると腹痛を訴え保健室に行くことが増えた。担任の言う通り友人から離れ、新しい仲間と過ごすようにしたが、今度は保健室に他の児童が便乗して付き添って行くことをD子が悪いと叱られるようになった。その頃から毎朝腹痛を訴えて登校を渋るようになり、相談室で過ごしながら小3を乗り切った。担任が隣接する中学校に異動した小4からは安定した学校生活を過ごしていたが、小5になって、異動した元担任が小・中学校前の道路に立ち手を振るのを登下校時に見かけるようになり再び調子が悪くなった。

治療構造：面接構造は2週に1回50分の個人面接を実施し、安定してからは徐々に間隔をあげ、小5の6月から小6の2月までの1年9ヶ月間に計18回面接を行った。途中、母親面接と学校との情報交換会をそれぞれ1回実施した。

事例の経過：

#### 第I期 EMDRの準備(#1~3:小5の6月~7月)

久しぶりに来院したD子は身長も伸び、手足もすらっと細く、大人らしく成長していた。母親は「このままで隣接中学校に進学できるのか心配です。何とか落ち着いて進学できるようにしてあげたい」と面接を希望され、D子は「中学はどうしたらいいか分からない。別の中学の方がいいのかもしれない。先生が隣の中学からいなくなればいいのに…」と語った(#1)。前回の治療を終えてから今までの経過を話す中で、小3時のことがよく話され、D子が隣接中学にいる元担任の存在を気にしていることが分かった。D子には元担任の堂々とした態度が怖く、もうすぐ中学校見学日で会わなくてはならないことが不安となっていた(#2)。再度小学校教頭と連絡をとり話し合ったが、これまでの経緯を中学校に申し送りするのは困難であることや、小学校では明るく活発にしており、それほど心配な様子はないとされた。学校環境に対して特に配慮すべき点はないと思われたので、今回は小3時の体験に対してEMDRを実施することにした。安全な場所のワークでは「自分の家。ソファーとか普通にくつろげる。祖父母の家。学校なら保健室かな」と答え、他にも大切な洋服やぬいぐるみ、大好きな食べ物、仲のいい友達などがリソースとして語られた(#3)。

第Ⅱ期 EMDR 介入とフォローアップ(#4~12:小5の8月~3月)

学校の宿泊研修などに参加することはできた(#4)。実生活は安定しており EMDR に適した時期と判断して実施した(#5)(表19)。

表19 D子のEMDR内容

ターゲット	教育相談で友達関係を悪く言われ「このままだとあなたの存在が教室から消える」と言われた。
NC	私がいなくなる。(私の存在が消える)(安全)
PC	私はいなくなるらない。
VOC	6.9(小数点がないことは説明したが本人が強調したためそのまま採用)→?
感情	怒り。先生には教えてもらいたくない。顔が怖い。
SUD	9.9→?
身体感覚	ない。
脱感作の経過	先生が言った一番嫌な言葉が思い出されたというが、D子はそれを言語化しなかった。先生に対して言えなかった言葉を心の中で言ってみてはどうかと提案すると「言えた。頭の中で言ってやった」と満足そうに答えた。SUDを確認しても「変わらな—い。目がいた—い。眠い」と答え集中が切れたようであったので途中終了の手続きをした。

次の面接時の再評価で SUD は0に下がっており「思い出しても怖くはないよ」と答えた。「今度先生に会ったら言いたいことは言える」と言うものの、現実的にその先生が勤務する中学に進学し、先生に対峙することには「怖くないけど…むかつく」として言葉を濁したので、未消化になっていた怒りの感情について話し合った(#6)。怒りの感情を何度か言葉で吐露させタッピングをしたのち、今度は中学に入ったらやってみたい楽しいことや、不安になった時に落ち着く方法のイメージを促してタッピングを行った(#7)。

10月にグループで悪ふざけをされていて担任に叱られることがあった。担任は詳細な理由を聞かないままD子が先導したいじめとみなし「あなたは過去にとらわれていて、自分は特別だと思い込んでいる」と叱責した。このことで親子は怒りを通り越して諦めの気持ちになり、遠方の中学への進学を決心した(#8~10)。その後しばらく箱庭をし、学校のことを話しながらも砂を触ったりピ

一球を埋めたりして幼い頃に好きだった人形遊びのことを語った（#11）。身体的な主訴は消失していたが，Th との面接は卒業まで希望したため，2ヶ月に1回の頻度で通院を継続することにした（#12）。

### 第Ⅲ期 経過観察と終結（#13～18:小6の4月～3月）

小6に進級し落ち着いて生活できていた。学校には少し冷めた態度で，友達との距離も適度にあけていた。元担任について「もういい，気にしていない」と答え，新しい進学先が決定したことで終結とした。その後中学1年時に来院し，「部活や友人関係に忙しくて充実していると笑顔で語った。

#### 5.2.2.3 事例 E 子(初診時 11 歳， 女児)

主訴：吐き気，便秘，食欲不振，相談室登校

受診に至る経過：小学校3年時に給食が不安で登校できなくなり近所の精神科クリニックに相談して弁当持参で何とか登校した。小4は特に目立った問題なく生活できていたが，小5の終わり，もうすぐ最高学年という緊張からか再度登校を渋るようになった。毎朝泣いて嫌がるため両親が車で送り相談室に登校させていた。小6になると吐き気を訴えては保健室に行くようになり，気持ちの悪い日はトローチを1日で1箱食べるようになったため，近医小児科から当院に紹介された。

治療歴・相談歴：小学校3年時に精神科クリニックに4ヶ月通院。診断名不明。

生育歴：周産期特に問題なく正常分娩にて出生。始歩・始語ともに1歳ごろ。

1歳半，3歳児健診は問題なく通過。大人しいが何でも自分でしたがりがり，下の子が生まれると積極的に育児を手伝う子どもであった。

家族構成：父（自営業），母（専業主婦），E子，弟（年長児），心理面接期間中に弟が生まれ5人家族となる。

要となる出来事：小学校3年時の女性担任は“なんとしても食べさせる”主義で，1人でも食べられないとクラス全体の責任として全員の昼休みがなくなった。給食が早く食べられないE子はいつも無理に食べて気持ちを悪くし，帰宅後に横になってトローチを舐めていたが，それ以来トローチを持ち歩かないと気が済まなくなった。そこで近所の精神科クリニックに相談し，弁当を持参す

ることで何とか登校した。また同じ頃、体育大会準備の際に体育の指導教諭から厳しく叱られたことが重なった。

治療構造：面接構造は月に1回程度50分、母子同席面接と個人面接を組み合わせ実施し、小6の5月から3月までの11カ月間に計12回面接を行った。精神科にも並行受診し、トローチの代わりにメイラックスを処方された。

事例の経過：

#### 第Ⅰ期 EMDR 準備(#1~4:小6の5月~7月)

E子は母親の隣に座ってじっとこちらを見ているが、自分からは殆ど話さなかった。しかし問いかければ言葉は少なくともしっかりと答え、「学校の全校集会とかで緊張する。気持ち悪くなる。給食は別室で食べる時もある。このままで修学旅行いけるかな。」と学校生活の不安を語った(#1)。修学旅行は、食事を別の場所に配慮してもらうなどして参加できた(#2)。友達と買い物に行くことや、もうすぐ生まれる下の子の世話をしたいなど、回を重ねるうち段々と言葉で表現できるようになった(#3)。母親の出産後に EMDR をすることに同意を得て、しばらくは言語化を促しラポールの形成につとめた。安全な場所のワークでは「テレビのある部屋」、好きなことは走ることと文具(#4)。

#### 第Ⅱ期 EMDR 介入とフォローアップ(#5~8:小6の8月~9月)

体育大会が近くなるにつれ「あの先生はもういなくなったのに、夢によく出てくる」ようになり EMDR を実施した(#5)(表20)。

表20 E子の EMDR 内容

ターゲット	小3の体育大会前に準備を指導していた先生から、質問に答えられなかったことを理由に、みんなの前で、拡声器で叩かれた。「同じことをしていた人もいたのに叩かれていない。答えられなかったわけを説明しても聞いてもらえなかった。学校集会でも同じようなことがあって、いつも自分だけは叱られると感じていた」
NC	叱られるのは私が悪いことをしたから。(責任)
PC	私は悪くない。

VOC	4→7
感情	怖い。
SUD	8→5
身体感覚	何もない。
脱感作の経過	「怖い」と繰り返し訴えたが、続けていくと「先生が去年の宿泊研修に一人で盛り上がって笑顔だった顔も思い出した」と変化した。脱感作を続けたが SUD は下がりきらず、理由は「今年の体育大会を見にきていたら会うかもしれないから」と答えた。その回は時間切れで途中終了となった。

次の面接時の再評価で SUD は 5 で身体感覚が「胸の辺りが嫌な感じ」と変化していた。同じターゲットを用いて先生の顔をよく思い出しながら再度実施したところ SUD は 2 に下がった。E 子が「今はこれでいい」と答えたため終了の手続きをした（# 6）。再評価では「顔を思い出さなくなった」との発言が認められた（# 7）。9 月の体育大会でリレー選手として活躍することができた。「最後の種目のときにあの先生が来賓として来ていて目が合ったけど、恐怖は感じなかった」と述べた。それ以来先生の顔を思い出すことはなくなり、9 月終わりには給食を教室で食べることに、徒歩下校ができた（# 8）。

### 第Ⅲ期 経過観察と終結（# 9～12:小 6 の 10 月～3 月）

10 月になると合唱コンクールでピアノの伴奏に立候補し、大縄跳び大会では縄をまわす大役をこなした（# 9～10）。11 月には徒歩登校して 1 日教室で過ごせるようになり、メイラックスの処方中止となった（# 11）。小学校卒業まで安定して登校でき、卒業式も参加できたのを見届けたので心理面接は終結とした（# 12）。中 1 の夏休みに届いた手紙には、新しい友達と吹奏楽部を楽しんでいると書かれていた。

#### 5.2.3 考察

事例におけるトラウマ体験を受けた時期や症状発症などの時間的経過（図 12）からストレスを受けた期間に遅れて症状が出現し、それがトラウマ化して症状が再燃し EMDR を導入して間もなく終結につながる様子が明らかである。

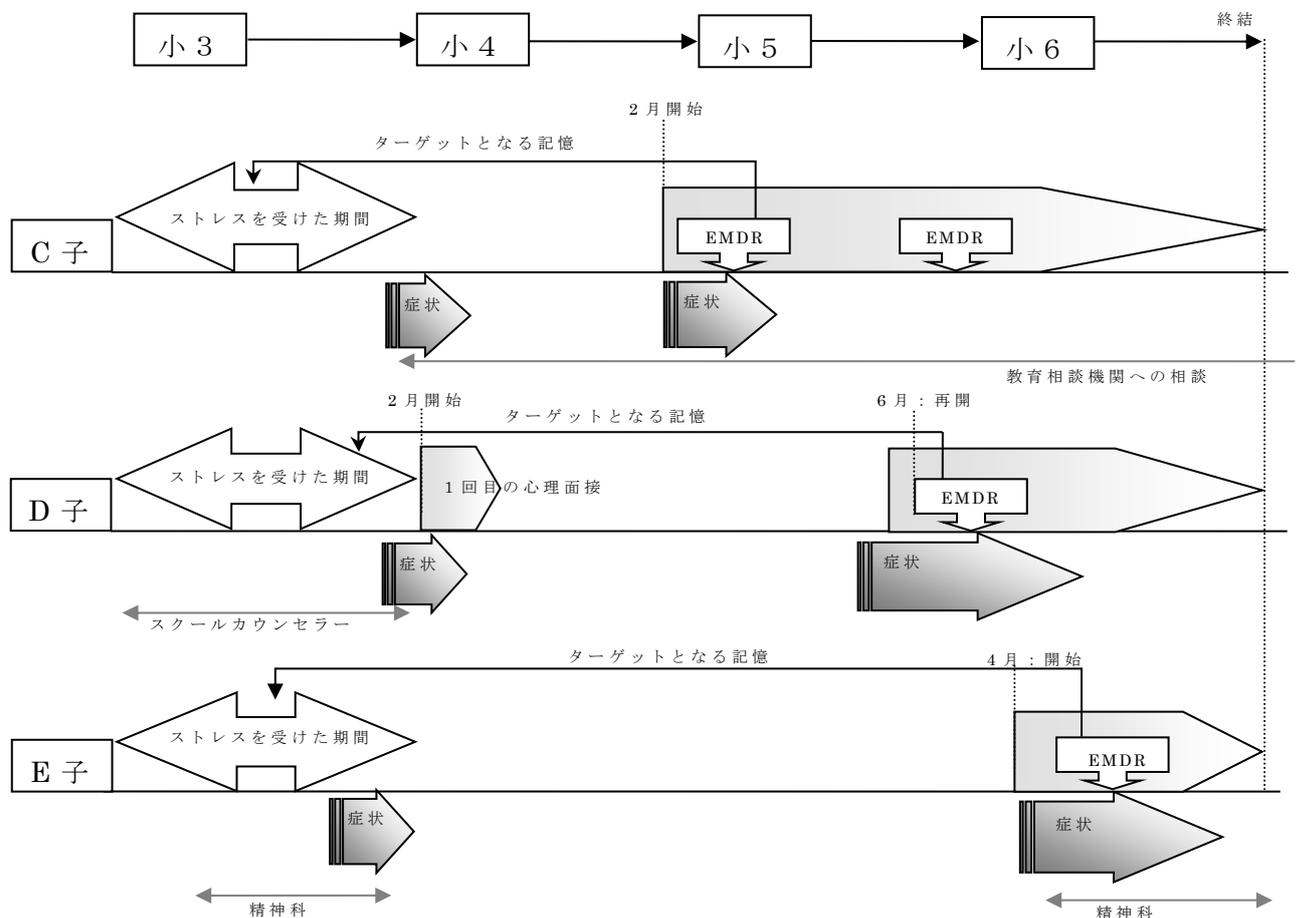


図 1 2 3 事例の経過のまとめ

3 事例にトラウマが生じた共通点として、教師からの叱責や厳しい指導を受けた体験がトラウマとなって身体症状を発症したことがあげられる。教師にはその意図がなくても、子どもにとっては圧倒的な力の差のもとで行われたハラスメントであり、指導が広義の暴力となり得ることが示唆される。加えて、子どもたちが積極的に活躍していた場面で、集団の面前で強く叱責されるという精神的落差の大きい（仁木，2014）恥の体験をさせられたこともトラウマ形成のリスク要因であったと考えられる。また Brewin ら（2000）は、PTSD の危険因子としてトラウマの後の社会的サポートの欠如をあげている。3 事例の子どもたちは自ら誰かに相談して助けを求めるタイプではない上に、集団の指導者である教師からトラウマを受けたため社会的支援を求めることが出来ていな

い。従来心理学においてこの時期の子どもの発達段階として集団活動の参加と個の成長に大きな意味を持つことが研究されてきた。ピアジェは「具体的操作期」の子どもは自己中心性を脱して多視的なものの見方が出来るようになり、集団の中で役割を獲得することが可能になるとした。エリクソンは「学童期」において勤勉感の獲得と劣等感の克服を課題とし、他者からの評価を受けることが勤勉感の強化因子となるとした。Sullivan (1953/1990) は、子どもは同性同年齢集団「チャム (Cham)」に対する率直な自己開示を通じて共通の人間性が他者にも存在することを認識し、それによってそれ以前に生じた諸障害を修復しようとした。田中 (2005) は、特にこの時期の女子においては家族凝集性よりもチャム体験の高低が学校接近感情に深く関連しているとしており、一体感を伴う密着した同性友人関係に参入していくチャム体験の重要性を述べた。また河合 (2006) はこの年齢の子どもがしばしば相談に訪れることを指摘し、「10歳が大事な転換期であるということは、それが危機であることをも意味している。このような状況にある子どもに対して適切な「導者」がいると非常にありがたい」と示唆した。以上の見解をまとめると、この時期の子どもは個々に感受性が強く、大人を観察し模倣することで社会性の鑄型を獲得し、さらにはチャムという小さな社会を通して他者と交流し自己を深く知ることで内的に大きな変化を遂げる発達段階にあるといえる。しかし事例の子どもたちはまさにこのタイミングで学校の「導者」たるべき先生から不当な扱いを受け、「導者」を欠いた状態に置かれていた。前思春期の子どもにおいては特に担任からの否定的評価が集団における個人の評価の格下げが周囲からの孤立につながり、友達関係を再構築する勇気を挫き、適切な自尊感情の成長を妨げる。事例の子どもたちが周囲の評価を気にしていたように、集団内での居場所の喪失につながっていたことが明らかである。それがさらに子どもたちの自尊感情を下げ、誰かを信頼して相談するなどのチャムシップを発揮できず発達課題から取り残されるというスパイラルに陥ったといえる。仲間と助け合える関係を早期に構築できていれば、トラウマの影響が長引くことはなかったかもしれない。

学童期にある3事例は恥の体験と精神的落差がトラウマとなって孤立し、社会的サポートを得られないまま健全なチャムシップを喪失したことが、その後の人間関係における問題を乗り越えることをより困難にした。それぞれに症状

を出すことでサインを出していたと考えられ、そこに自尊心の回復と個の成長に寄り添う心理面接が期待されていたといえる。従って家族支援や学校連携などの環境調整により社会的サポートを整えながら EMDR を進めていく視点が重要と考えられた。

以下に a) ～b) の観点で EMDR の用法と有効性及び課題を考察する。

a) 感情の行き詰まり点に着目する

3 事例は共に軽微なトラウマの事例であるが、Shapiro (1997/2006) は成長の中で受ける小さなトラウマを「t-トラウマ」と呼び、EMDR のターゲットとして扱えるとしている。この「t-トラウマ」に対し EMDR が有効であった報告は海外に多く (Newgent et al., 2006; Bae et al., 2008 など)、EMDR の適用範囲は広げられている。一方、子どもは症状が出現して初めて過去に未消化な体験があったと分かることも多い。子どものトラウマの特徴に関して Tinker & Wilson (1999) は、子どもにはトラウマとは意識されていないまま症状を形成させている出来事と未消化な感情との関係を指摘し、これを「emotional stuck points 感情の行き詰まり点 (筆者訳) (以下、ESPs)」とした。3 事例のトラウマも ESPs に相当する体験であったと考えられ、ESPs に着目することで「t-トラウマ」をターゲットに EMDR を施行した。結果として子どもの体験すべてを扱うことなく記憶全体に影響を与え、有効な介入となり得ることが示唆されたといえる。

b) 学童期の子どもへの適用の工夫

8 歳以上の年齢になれば大人の EMDR プロトコルが利用できるとされるが (Tinker & Wilson, 1999)、本論では NC/PC や VOC, SUD において厳密ではない表現も採用した。子どもの気持ちに沿った主観的な言葉やスケージングのほうの実態に近く、気持ちを込めやすいことを利点と考えたからである。また Th は EMDR による直接的アプローチと同時に、多面的アプローチとして描画やマッピング (Adler-Tapia & Settle, 2008)、プレイセラピー (McGuinness, 1997) や箱庭など子どもが面接への意欲を維持できる方法を加え、雰囲気作りや表現方法の幅を持たせることが必要である。

課題として、事例は女兒の報告であり、さらに事例数を増やすことや、男児事例の検討が挙げられる。

## 5.3 子どものトラウマに対する精神力動的心理療法<sup>5</sup>

### 5.3.1 はじめに

近年、精神障害や発達障害などの言葉は一般にも広く知られるようになり、学校が対応すべき「障害」が細分化されるに伴って現場の戸惑いも増加している。学校臨床においては、医療的援助が必要な生徒に受診をすすめることが必要とされるが（倉光，2004），それでも対応に困る生徒の多くは，病院での診断を受けておらず通院もしていないことが多い。医療機関に受診するまでの調整でつまづくこともあれば，受診したものの診断や継続診療がないケースまで様々である。本節の事例は，解離性障害が疑われ医療機関受診の必要性がありながらその道筋がつかない生徒を，スクールカウンセラー（以下，SC）の立場で支えたものである。山崎（1997）は「境界例の生徒を学校内で抱えていく試み」の中で，学校は本来治療の場ではなく，どこまでSCが引き受けていくのか検討せねばならないとする。事例は学校で出会った1生徒であり，トラウマに特化した心理療法は使えないと考えられたため，Jungの考えに基づく精神分析的な心理療法による視点を導入し，環境を構造化することで事態の改善を試みた。鈴木（2005）は，“解離が自己愛に代わって人格を構造化するための必須の成分となり，解離現象が普遍化する”と警鐘を鳴らしたが，解離性障害も学校や病院など日常の臨床で目にする病態になりつつある。本事例を通し，EMDRなどが使えないSCという立場でいかに生徒個人の解離性障害と向き合うことができるか示し精神力動的な心理療法の用法や有効性，及び課題を考察する。

なお，倫理的配慮として事例の詳細に関しては個人が特定できないように大きく修正を加えた。

### 5.3.2 事例の概要と面接の経過

クライアント：A男（初回来談時高校1年生）

来談理由：「友達関係について相談したい」と養護教諭を通して自主来談。

---

<sup>5</sup> 緒川和代(2010). 解離性障害男子生徒との援助面接と理解. 心理臨床学研究, 28(1), 39-49.

生育歴（発達歴）・病歴の聴取：発達の問題等のエピソードはなく、学業成績は優秀である。

家族構成：父(50歳代)，母(50歳代)，A男。

面接構造：高等学校にて2週に1回，50分の個人面接。相談室は保健室の隣室。

事例の経過：（以下，「 」はクライアント（以下，CI），< >はSCの言葉）

第1期：（初回～8回：X年5月～12月）日常の人間関係を語る時期

#1：同級生の女子生徒に傘をすすめたが断られてショックだった。#4：友人が自傷して写真を携帯で送ってくることに「血をみるとすごく怖くなる。小学生の頃，小刀でミスって手首を切って出血したのを思い出す」と震えた。#6：「小学校の頃は今とは違う自分だった。よくケンカをしていて，そういう自分が出てくるのは怖い。」#8：女子生徒から告白されたが「自分はそういう気持ちになれないから断ったけど，悪い気がする」。

A男は元気がなく，クラスでも言葉数が少ないほうであった。思い出せない記憶に不安になり，血に過剰に反応するなど線の細い印象。面接開始頃のバウムテスト（図13）からは自我の萎縮と自己決定力のなさ，鋭さの抑圧があると思われ，自分の意見をのびのびと表現でき，対人関係がよりスムーズになることを目標に面接を開始した。

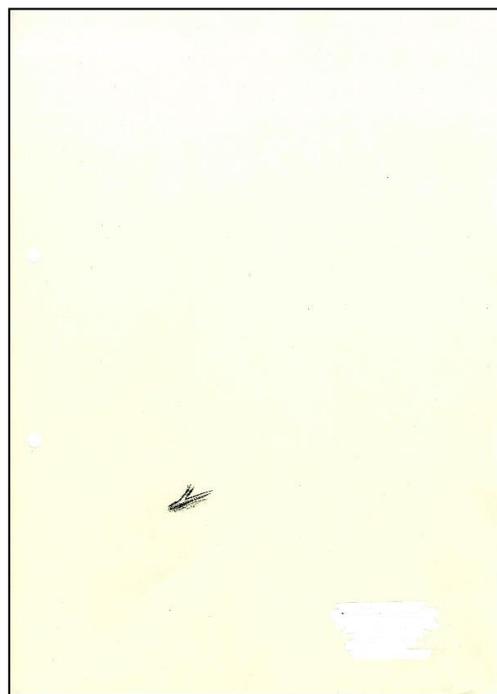


図13 面接開始時のバウムテスト

第2期：(9～20回：X+1年1月～12月) 非日常の人間関係を語る時期

#9：先輩のトシ(仮名, 年上男性)に偶然街角で会い, 小学生の頃に暴走族の人たちと仲良くなり, 学校の帰りにバイクに乗せてもらったり, 喧嘩の仕方を教えてもらったりしていたことを思い出した。小6の頃の喧嘩相手であったユウ(仮名, 同級生男性)にもあった。#10:「昔の自分が一体化してきている」感じがし, 思い出すと良くないことが起こる気がして不安。#11: 昔の友達と喧嘩をしたと面接中に何度も痛そうに咳き込んだ。#12～: 暴走族の個性的な仲間や喧嘩の話が続いた。医学に詳しいヤク(仮名, 年上女性)がみんなで鍋をした席で初めて笑い顔を見せて嬉しかったこと, 暴走族の頭だったサキ(仮名, 年上男性)はバイク事故で亡くなったこと, ネットに詳しいテク(仮名, 年上男性)が海外でIT関連の仕事をしていることなどのエピソードを生き生きと語った。#16: ユウとトラブルになり喧嘩をしに行く話し, 翌日早朝, SCの緊急連絡メールに「勝った」との内容が入っていた。#17: 朝から落ち着かず「仲間の一人が今朝病気で死んだ。自分だけ知らなかった」と落ち込んだ。#20: 集結し始めていた仲間が解散しそうだと言った。

この頃は養護教諭にも同じ内容を話しており, 休み時間は保健室でよく姿をみかけた。養護教諭もSCも, 自身に経験のない話題に半信半疑ながら“そういうこともあるだろうか”と耳を傾けていた。この頃からA男はクラスでも目立つほうになっており, 人懐っこい面をみせ, 友達の間では相談役になっていた。SCはA男の過去に耳を傾けながら, 現在の「男性性獲得」への戸惑いとして受け止めていった。喧嘩による力の行使ではなく, 大人の男性ならどう問題に対応していくか, など問いかけた。

第3期：(21～27回：X+2年1月～X+2年12月) 解離を起こす時期

#21: いつもと違う粗暴な様子で部屋に入ってきて「てゆうかさ～聞いてない? 入れ替わったの。あれ? 言っていない? バカ(A男)が言ってると思った。俺, 中身はユウ。ヤクが俺に肉つけて足とか短くしてA男にしたんだよ。バカは族のことでいろいろまとめなきゃならねえことがあんだ。その間ガッコいかなえわけにいかねえだろ? だから入れ替わったんだ。あ～バカの友達多いし, 話合わせるのめんどくさい」など言いウロウロし, 同級生のF子について「F

子は俺の女にすることにした」と尊大な言い方をした。

面接中に立ち回るなど、控えめな A 男とは正反対な態度であったので、それとなくバウムテストを実施すると、明らかに自我の肥大と粗暴さがうかがえた（図 1 4）。面接開始時の描画に比べると過小から過大へと移っており、中間のない状態に SC はただ圧倒されて面接中何もいえなかった。

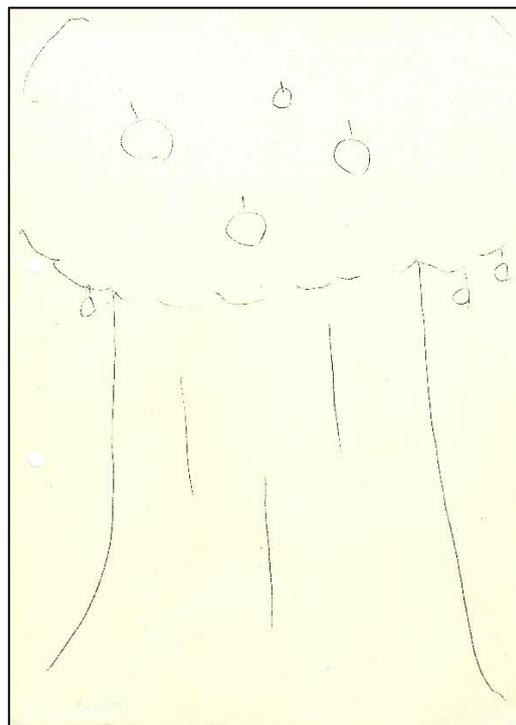


図 1 4 解離後のバウムテスト

面接後、養護教諭は“入れ替わった”話は聞いていないことがわかった。その日のうちに、養護教諭から A 男と親しい友人 B 男と F 子を別々に呼び出して話を聞いたところ、どちらも SC と同じ話をきいていたが、“ユウが A 男の体を着ている”ことが“面白い事実”だと受け止めており、F 子に至ってはユウに対し恋愛感情を抱きはじめていた。そこで、二人にも面接を提案し、担任には生徒たちの様子を定期的に報告いただけるよう依頼した。一方で SC は自身が勤務している医療機関の医師や、解離性障害に詳しい医師などに相談した。

# 22:「F 子ちゃんがどうしても私に会ってみたいって言うから、今日は私が来ました」と、ヨウコ（仮名、年上女性）が、“A 男の体を着て”やってきたと答えた。「私は自分の本当の親を知りません。小さい時は施設で育て、施設の仲間で作ったのがこの暴走族でした」と女性の口調と態度で話した。ヨウコは

SC の肩を叩くなど馴れ馴れしく、少しでも疑う質問をすると否定的な態度になった。SC はユウやヨウコに翻弄されてなかなか現実的な話ができないので、今回は A 男と話をすると伝えたところ、# 23 : 「来いといったから来たよ。ヨウコがいろいろしたそうで、すみません。」と申し訳なさそうに入室した。その回は試験や学校の様子などできるだけ現実的な会話につとめ、A 男の現実での努力を肯定した。

男性性を示し“枠を壊す”ための「ユウ」が出てきた可能性があり、これ以上逸脱が進まないよう、「ユウ」であってもルールを守らせる態度を示した。面接中は「あなたと A 男の両面を一緒に見ていきたい」と伝えることで「ユウ」も大切にしていく態度を伝える試みをした。

F 子は、「A 男よりユウが好き」「ヨウコは母のような存在で好き」「A 男は心臓が悪く、あと 3 年の命」など話し、すっかり A 男の世界に巻き込まれている様子であった。そのため、養護教諭に A 男の健康状態を確認し、心臓のことは心配しなくてよいことを伝えるなど現実的な会話を心掛けた。やがて F 子からは、F 子自身の辛さや、親に怒られたことなどの相談がなされるようになった。

B 男は、「あれが多重人格っていうのかな？」と冷静なコメントが多く、現実場面で A 男を見守っていききたいという気持ちから、学外で困った様子があれば連絡してくれた。B 男から、F 子以外にも数名のクラスメイトにユウなどの存在が知れていることがわかった。

担任は、A 男が女性言葉を使う変わった生徒だと観察していたが問題視はしておらず、学校生活は変わりなく継続できたため A 男の人格交代については説明せず、養護教諭と校長のみの最小限の情報共有枠に留めた。

# 25 : 「いろいろあって、F 子さんと付き合うことになった。ユウは精神的におかしくて入院することになった」というので、とにかく F 子と現実的な付き合いが始まったことを応援する気持ちを伝えた。学校では卒業試験などに取り組んでおり、放課後は常に F 子と一緒にいる姿が見られるようになっていた。この頃から常識的な付き合いの範囲に入っていた。# 26 : 新しく別の人格が登場するが、これまでに比べ特徴がなく、この回で消失。# 27 : 「昨日の夜からヨウコです。キリ（この頃から A 男をそう呼ぶことが聞かれ始めた）は仲間の対

応に忙しくてこちらに来られません」というので、A男を心配していることを伝えた。ヨウコから、A男は小学校の高学年くらいから喧嘩をするたびに恐怖心からキリと交代していることが説明された。

このころは主にA男には、ファンタジィに耽溺していたと思われる小学生時代の記憶や家庭での心情を、寂しさという実感をもって話してもらい、それに「大変だったね」と言葉を添えていった。A男自身が自分の状態を自覚できるよう受診をすすめるタイミングをうかがっていたが、本人に病態に対する切実さがなく話を持ち出せなかった。多くの人格がめまぐるしく入れ替わることで動揺させられたが、彼の内的現実として一貫して恐怖や不安が根底にあることを認め、途方もない話を一生懸命語る彼に耳を傾ける“安定した他者”の態度を貫くよう心がけた。また、特定の人格を拡充したり、治療構造によって新たに人格が創り出されたりしないよう、人格や内容に過度に関心を示すことは避けるようにした。

#### 第4期：(28～29回：X+3年1月～X+3年2月) 解離収束の時期

#28「進路決まったよ。いろいろあったから暴走族もつぶすことにした。ユウはアパートを見つけて住むよ。トシさんとヨウコさんは旅行に行くし、ヤクさんはどっか消える」#29:「ヤクさんが言うには僕は小さい頃から性格が全然違う二人がいて、多重人格なんだって。小学校低学年のころ、畑で友達と火遊びをしていて、木に燃え移った。そのとき人を呼んで火を消したのがキリ。(頭の右前部を指さして)ここら辺が痛くなってキリがくるって分かる。A男に戻るとすごく眠くて、ぼーっとして夢から覚めた感じになる。誰に言っても信じてもらえないと思っていた」。

A男が述べた「ぼーっとして夢から覚めたような感じ」とはスイッチングという状態移行(Putman, 1997/2001)といえた。A男は頭痛を伴う突然の睡魔によく襲われていたが、おそらく眠ることで自我抑制が弱まって人格が交代していたといえる。卒業前には、進路選択や試験など現実的な問題を通過するにつれ徐々に落ち着いてきた。担任や養護教諭からは以前のような雰囲気はないと報告されA男の面接は終了とした。B男やF子もそれぞれに進路が決まり面接終了とした。A男は無事卒業しその後学校への連絡は入っていない。

### 5.3.3 考察

CI の状態を最も説明できる疾患名は、DSM-5 によれば解離性障害、中でも多彩な人格状態の存在は解離性同一性障害を思わせる。解離性障害では従来、児童期初期から中期に生じた反復持続的で強烈な心的外傷との関連が指摘され（Putnam, 1989/2000; 1997/2001）、Kluft（1984）をはじめ多くの解離性同一性障害の報告者は共通して幼児期の虐待などによる心的外傷体験をあげている（Ross et al., 1989; Coons & Milstein, 1984）。しかし上岡・大森（2001）による、現実回避的な内向性格者が特有のストレス状況下に解離機制によって交代人格を出現させた事例など、幼児期の心的外傷体験がない報告もある。外傷体験と解離の因果関係を結論づけることには慎重な意見もあり（フランク・パトナム・笠原, 1999）、Th も CI と直接その話を深めることはしていない。柴山（2007）は日本においては北米よりも性的外傷体験は少なく、むしろ「安心していられる居場所の喪失」が外傷となりうる指摘をしており、これは家庭や学校、地域に居場所のなかった CI に当てはまる。同じく柴山（2005）は空想傾向と解離の関係にも言及しており、CI にも児童期の空想傾向は十分に素地としてあったことが思い起こされる。また CI は他人の血をみて自分のことのように動揺したが、被暗示性の高さが解離傾向に影響するという報告もあり（安, 1997）、CI は解離機制に馴染みやすい下地を持っていたといえる。経過中「キリ」は小火事件を乗り越える際にはっきりと現れたが、高戸（2001）も自らの処理能力を超える外傷的体験が発症の引き金になったケースをあげており、CI の場合アクシデントから第一人格を守る形で第二人格が現れたといえる。中学生の間はこの自我状態は“hidden observer（潜在観察者）（中西ら, 1997）”として潜在的にあったことも指摘できる。

以上より、CI は児童期という空想性や被暗示性の高い時期に、孤独や抑圧といった体験をしたことが脆弱性となって解離の準備性が整ったと考えられる。児童期の危機において発現した解離人格はいったん潜在化していたが、自我同一性の危機に至って再び機能し、自我の弱点を補うことで問題を乗り越えようとしたといえる。しかし体験がどのようであれ過去の心的外傷の話題を掘り下げて心理療法をするのであれば、CI の安全を考慮して医療機関への診療を設定すべきであり、状況的にそれが叶わない場合はトラウマのある CI と向き合う

最低限の準備は整えるべきである。第3章で van der Kolk (1996/2001) によるトラウマケアに必須な五段階として、①教育と身体的な状態を言語化することによる感情の同定を備えた安定化、②トラウマ性の記憶と反応の条件付けの解除、③トラウマに関する個人のシェーマの再構築、④安全な社会的つながりと対人関係能力の再構築、⑤回復的な情緒体験の蓄積、をあげたが、本事例では②③のトラウマ性の記憶を直接扱うことはせず、①や④、⑤を中心に心理療法を展開したといえる。

以下に、EMDR などのトラウマに特化した心理療法を使わない場合に従来の方法でどのように心理療法を展開すべきか a) ~c) の観点で論じる。

a) トラウマを扱う心理療法の中核：感情の同定を備えた安定化

事例では多くの人格がめまぐるしく入れ替わっている。菊池 (2004) は、一度にいくつもの人格が派生するというよりも、別人格を生み出すという解離による防衛を身に着けた結果、オリジナル人格、交代人格がそれぞれにさらに人格を派生させネズミ算的に人格が増えていくとする。Ludwig (1983) は、別人格とは耐えがたい体験や感情を切り離すために派生したもので、その結果主人格が現実逃避できるとする。柴山 (2010) は、解離患者の多くには人に対する怯えの意識があり、「ひとりで抱えることができないような体験を、ひとりで抱え込まざるをえない状況」があつて、「犠牲者としての私」が「生存者としての私」を守るため分離したのが解離であり、従つて「身代わり」となった交代人格をねぎらい「包み込む」必要があるとする。CI が「キリ」を発生させることで守られていたと考えれば、心理面接においてはそれらの人格を排除しない態度を示すことが「包み込む」ことであり、どの人格であっても根底に共通する感情を同定し、それを安全な場所で表現できるようにすることが安定化につながつたと考えられる。

また、市田 (1995, 2001) は、解離症状に疾病利得性が大きく、防衛的適応的な面と、病的不適応的な面の両面があり、解離を利用することによって苦痛を軽減し解体を免れる“手放しがたい状況”があると述べる。CI には、別の強い男性になることでしか乗り越えられない男性性の問題があり、疾病利得として女性からの注目を得られた点を忘れてはならない。バウムテストでも、自我肥大の一方でエネルギーが回復した自我があること示している。つまり解離が

CIの発達に必要な段階であるとしてまず理解を示し話に耳を傾けることが、CIとの関係性の維持に重要な姿勢であったと考えられる。従って心理面接では解離を否認したり直面化させたりせず、その良い面も包含した上で「熱心に聞きながら、内容を広げ過ぎない」というバランスよい態度に努める必要があったと考えられる。

以上のように疾病利得性に気付きながら、人格が誰であってもA男本人の孤独感や怯えと同一と受けとめた対応をすることで、徐々に疾病利得性を手放すことにつながったといえる。

b) ト라우マを扱う心理療法の中核：回復的な情緒体験の蓄積，社会的つながりと対人関係能力の構築

CIにとって現実的な対人関係であるクラスでの自己の位置づけや、B男、F子との関係、教諭との関係などが構築されることは重要であった。学校をCIの「守り」の場にするには、全体を見渡す“俯瞰型の視座（高嶋ら，2008）”を持ち、生徒・教師・保護者・学校組織全体への包括的コンサルテーションと環境調整が求められる。CIの現実生活を維持させる場として登校を継続させることは不可欠である。そのためにはSCが生徒間や教諭からの情報を集約する“求心力”（野々村，1998）となり，“生徒を取りまく共働支援者が共通理解をもったうえで秘密を共有し、守秘し見守る姿勢（佐藤，2006）”をもって枠づけすることで、ある程度CIが自由に活動できるよう計らうことが重要といえる。一方、F子の存在は“二人精神病（folie a deux）”（堀端ら，1995）という、同じ質を持つ二人が寄り合うことで互いに人格変化を起こす病的同一化を想像させる。F子がCIに依存的に接し、その話を全面的に信じることでCIの別世界を支え、解離を加速させていたといえる。さらにF子がCIの二つの人格を明確に区別し、片方を愛したことが人格交代を拡充していた。F子自身にも悩みがあり、F子の解離性を代理した形でCIの解離が共鳴しあった可能性もある。これはF子の支援必要性を示唆しており、F子の安定は結果的にCIの安定につながったと思われる。他方、B男はCIの世界を共有しながらも現実的な視点は失わずCIの親友として慕われていた。B男の現実性を支えることは解離のブレーキとなりCIの現実性を保つことができたといえる。F子やB男との関係の中でCIは回復的な情緒体験の蓄積が可能となったと考えられた。

以上のように CI が社会的なつながりを失わず男性としての対人関係能力を高めたことで現実の場に居場所ができ、幼少期の孤独や怯えを徐々に癒していたことがトラウマからの回復につながったと考えられる。

c) 背景の分析的理解：CI の語りをファンタジイとして読み解く

CI の語る内容には現実と非現実との混同があり、中には非現実的すぎて妄想に近い内容も含まれている。Jung は統合失調症者の妄想を研究することで普遍的無意識や元型の考えを導入したが（河合，1967）、CI の語りをファンタジイという視点から考察し、CI の内的世界をどう受け止めるべきか論じる。

CI は人目の多い環境で成長した。小学校高学年のころから人を傷つけることにより自責的になりやすく、自我の成長が妨げられている様子が見えてくる。面接の中で小・中学生時代の思い出がほとんど語られないことから、思い出したくない記憶、いじめや暴力を受けた可能性も含め寂しい時代と想像される。男性モデルを獲得できず、男子成長に伴う衝動のコントロールに戸惑いを覚えた CI は、攻撃性の発露は危険なものであるとして自己の男性性の目覚めを抑圧した可能性がある。攻撃性の抑圧の結果、同性との競争社会に馴染めず、異端への憧れもあって、ファンタジイの「暴走族」という場に仲間としての居場所を求めたとしてもおかしくはない。「暴走族」という男性性の象徴的存在に同一化することで、相手をやっつけられる人格の獲得が出来上がり、ファンタジイの中で代理的復讐願望が充足されていったと考えられる。しかし高校生になり、自身の男性としての確立に戸惑いと苦勞を感じはじめた。雨の日に女子生徒に渡した傘を断られ傷ついたエピソードからは、人から受け入れられないことに敏感で、異性からの拒絶に男性性が深く傷つけられていたことがよみとれる。面接当初は、フェミニンな性格を発揮し女生徒からの相談役（女性への同一化）としてクラス内の位置を築いていたが、恋愛相談で男性としての意見を求められたり、女性から告白されたりといった経験がキャパシティを超えていき、好きな女性が出来るという時点で、男性性を発現しなくては乗り越えられない危機に陥ったといえる。男性性を抑圧してきた CI はこの危機に至って大きく揺らぎ、ファンタジイを自演する形、あるいは、思春期にある「変身願望」が別人格になりきる形で願望を充足し、“彼の体を着た別の誰か”が交代しながら登場することで危機を乗り越えようとしたと考えられる。その証に、現実世

界で F 子の彼として男性的な役割をとるところから必要のなくなったいくつかの人格が消滅している。卒業時には就職・試験などへの現実適応の機会を得て内的安定と外的安定が共時的におこり、別人格の役割は終結している点も理解できる。

CI のファンタジイに登場した人物にはいくつかの元型が思い起こされる。暴走族の頭「サキ」は集団の最高神であり、彼にとって家族の長たる父親をイメージさせる。「ヨウコ」は彼の中の女性人格であり、アニマ（内なる異性）的存在であろう。その女性性は、男性性よりも自然に F 子に寄り添っていける力があつたと思われる。一方 F 子から“男性として愛される”ためには、攻撃性や行動力を示す「ユウ」が必要であつたと思われる。「ユウ」はシャドウとして彼の一部であつたものの、長く抑圧してきた人物であろう。これらのイメージが彼の内なる幼児性や甘え、依存の代償をしてくれる“強いものたち”であつたと考えられる。その内的未分化性を受け入れ、CI のファンタジイの世界を総合的に理解することが求められていたといえる。

一方、CI のファンタジイは漫画や小説などがソースである可能性が高い。「キリ」の由来は「魔術士オーフェン」（秋田，1994）の主人公にある。原作の主人公キリランシェロはオーフェン（孤児院）に育っており、CI のストーリーとも辻褄があう。人目をうとましく思う CI にとって孤児の自由さは羨望に値し、一方で家族の中にも孤独であつた寂しさが孤児のそれと重なつたと考えられる。

以上の分析的理解より、CI の語りを欲求や孤独が込められたメッセージとして受け止め、語られた非日常的な話題にも動揺することなく“here and now”的に傾聴することで世界を広げすぎることの防いだといえ、それが結果として CI が現実性にとどまり、新しい自己像を構成することにつながつたと考えられる。これは舛田（2009）のいう「橋渡し」として、Th が CI の架空世界を現実世界へとつなげる橋を構築していたと捉えられ、こちらの理解枠を明確にすることが CI の現実枠としての守りになつたといえる。

まとめとして事例の CI は自我同一性の危機に至って解離が機能し、解離した人格が自我の弱点を補うことで問題を乗り越えようとしたと考えられた。これは解離と自我障害（内的現実の優位性）の病理と捉えることができ、無意識

が外的現実には溢れファンタジイに現実が支配されて行動している状態と捉えられた。心理面接では C1 の解離世界の必要性を理解して耳を傾け、語りの場を保証することで信頼関係の維持と面接以外の場に広がり過ぎることを防いだ。また、人格や内容に過度に関心を示さないようにすることで、特定の人格の拡充や、新しい人格の創出をある程度避けることができた。一方で現実生活の維持を目標に、学業や就職への努力を肯定することで C1 自身の持つ「現実性」を支え「現実枠」を明確にした。加えて、周囲生徒へのケアや養護教諭らとの情報共有、他職種との連携を通して共有される安全枠を構築したことが治療的な関わりとなった。トラウマに特化した心理療法を使わない事例でも、精神分析的知識による病理性の理解、安心して感情表現できる守られた場と対人関係の維持、回復的な情緒体験の蓄積による現実感が治療を可能にすると示唆できた。

課題として、医療的介入のタイミングと是非に関する疑問が挙げられる。C1 の解離には「別人の体を自分の体に縫合する」というファンタジイにより個人情報各人格間の共意識として根底に存在し、いわば解離を半意識的に操作ができたことで現実場面に弊害が少なく、重要な他者から交代を気付かれることも少なかった。舛田ら（2007）は人間関係・家庭・環境ストレスといった一時的なストレス体験による解離を「一時的ストレス型」として区別し、“軽度の解離と考えられ、少ない交代人格で、比較的良好な経過・予後が期待できる”とする。これに従えば本事例も健康度の高い解離と考えられ、医療連携や環境調整により良好な経過を見守ることが出来るといえる。C1 の解離が社会生活を保っており自傷他害などの逸脱がないことや、周囲を操作しようという自作自演的作為性がないこと、人格の破綻がないことをポイントに受診の緊急性を判断すべきである。事態によっては担任への情報共有が必要であろうし、両親にも伝える必要があったと考えているが、どのタイミングでどのように伝えるべきかについては議論の余地があるだろう。幸田（2000）は児童期の解離性障害の援助について、まず“本人を支援していく多機関が連携した援助システムの構築”が必要であるとしている。医療適応性の高い子供を排除するのではなく、連携により支援するシステムの構築が求められていたといえる。

#### 5.4 事例研究の比較的考察

ここまでトラウマによって身体疾患を示した小学生への EMDR の試みと、

トラウマの詳細は確認困難ながら重い解離性障害を示した高校生への精神力動的心理療法の試みを報告した。レジリエンスの高い子どもであれば親や友達に話す、あるいは日記など文章にまとめてみるといった方法を用いることでトラウマは自然軽快が見込まれるが、本章の子どもたちのように、症状への対処療法による経過観察では一定以上回復が進まず、方策に行き詰った子どもへの対応には工夫が必要である。そのような場合に、EMDRやCBTなどのトラウマに特化した方法を使うことで、トラウマティックイベントによる行き詰まりが解消され早く回復することが出来る。しかしそういった方法が使えない場合は従来の精神力動的心理療法でどう対処するかが論点となる。敢えて子どもの過去に踏み込まず、精神力動的心理療法を背景とした言語による介入と、情報共有をベースとした環境調整で安定化につながることを示唆されたといえる。

ここで示された事例から、EMDRと精神力動的心理療法の特徴を比較して以下に考察する。

#### a) EMDRの特徴

EMDRの特徴は、第一に治療のセッション数が少ないことである (Diehle et al, 2015, Verardo & Cioccolanti, 2017)。特に子どもの場合、数回で終わる報告もあり (Tinker & Wilson, 1999), Shapiro (1995/2004) も「幸いなことに比較的短時間であるにもかかわらず子どもは EMDR に非常に迅速に好ましい反応を示す」と述べている。事例において、EMDRをした治療回はどれも1～2回ときわめて少なく、そのセッション数も少ない。それでも体験の記憶に伴う苦痛はかなり下げられたと考えられ、EMDRを境に症状は低下している。事例のように愛着の基盤が安定した子どもであれば、経験的には数回の処理で回復に至ることが可能であり、その分精神的な負担は少ないといえる。

第二に、言語表現の苦手な子どもにも使用可能な点がある。子どもは言語依存性が低くストレスを身体症状に表現しやすい (舟橋, 2010)。EMDRはトラウマ記憶を構成する身体感覚や感情に焦点をあてて使用できるので、感情や身体感覚を手掛かりに連想を始めても自然に記憶の連合を促進して出来事の要となるトラウマ体験につながり、体験の行き詰まりを解消すると考えられる。Tinker & Wilson (1999)によると、言語表現が未発達な子どもは、出来事の認知面に焦点を合わせることが難しいが、出来事の感情面に焦点を合わせるこ

とでトラウマ記憶の処理が進むという。事例の子どもたちは言語表現や感情表現の苦手な子どもであそれらの子どもにも使用できる点は有用である。

これらの効果を総括すると、EMDRは適応的情報処理理論に基づき子どもの情報処理能力を正常に向かわせ、自己治癒力が回復しうるように促すことができる子どもを中心にした心理療法といえる。

ただし限界として、EMDRには明確な「クライアント選択基準」があり、クライアントの安定度が低くストレス管理能力に欠ける時や医学的考慮が必要な時、ライフイベントのタイミングが悪い時など、幾つかの条件が整わない場合には使用を控えた方が良い（EMDR Institute, 2014）場合がある。つまり、クライアントがEMDRにより早急な解決を希望して来談したときは十分に話し合わねばならない。また、変化があまりに早いのでクライアントや養育者には何が起こったのか理解できないことがある。内的変化を感じないまま症状のみ消失することもあり、出来事の意味づけをしないまま来談しなくなることがある。症状を形成していた疾病利得などの病理が潜んでいた場合、症状の消失により関係性が変化し不安定になることや、症状再燃が懸念される。これらに対応するための準備期間や終了の手続きなどにある程度の面接期間が必要となるだろう。本章の事例でも症状消失のタイミングはあるものの、その後本人を取り巻く友人関係などの社会的サポート体制が整うまでは、経過観察と本人の心の成長を見守る期間が必要であった。EMDR“技法”により未処理の記憶が処理されたとしても、EMDR“療法”としては前後の心理教育や成長への支援を含めることが原則である。

#### b) 精神力動的心理療法の特徴

精神力動的心理療法の特徴は、第一に方法が多様なことである。第3章でも述べた通り、精神力動的心理療法は歴史的にはトラウマを扱う精神分析から始まり、多くの心理療法の土台となる療法である。精神分析から様々な療法へと発展しているが、特に子どもの精神分析としてはプレイセラピーやイメージを使う療法が多く研究されている。子どもの段階に応じて方法を柔軟に変更できることや、新しい方法を模索できることは良い特徴である。事例では多くの精神分析的視点を持ち込み、教師への説明や周りの人間に働きかける環境調整の根拠とした。また前半は成長期の不安に伴うクライアントの気持ちに寄り添う

療法が中心であったが、解離を示した後半からは対応を変え、より分析的な言葉を使い、時には家族療法的に1つの人格に肩入れしすぎないようにバランスを考えて声をかけるようにした。また、アセスメントとして描画を利用した。

第二に、時間をかけて自ら言語化し気づきを得ることが出来る年齢のクライアントであればトラウマ後の成長が期待できることである。自分に何が起こったために症状が現れ、それをどう乗り越えたのかをナラティブにすることは、人生の物語を紡ぐ作業といえる。それはまさしく成長の道程であり、つらい体験を良いものに変えてゆく力の獲得過程であって、その後の人生の雛形となる。事例のクライアントは3年間の成長と共に現実場面での男性性の獲得をしていた。彼が解離を自覚するまでには至らなかったものの、過去のトラウマを乗り越えて自己を確立していく様が確認できた。解離の症状が収束する頃には男性としての役割を獲得しており、それはその後の彼の生き方にプラスとなったと確信している。

ただし限界として、精神力動的心理療法、プレイセラピー、芸術療法においてはある程度年齢や知的能力が必要であるため、表現方法を持たない子どもや、障害などの対象者には困難な場合がある。また、つらい出来事を言語化させる表現によって心の傷を深めるのではないかという不安も一方で提起されている。Freud (1974) はプレイセラピーで子どもがトラウマを繰り返し表現し再演することが必ずしも不安の解消や癒しにはならず、のちに子どもの人格に影響を与えることもあるとしている。PTSD に対する支持的カウンセリングの効果はトラウマに特化した心理療法よりも低く (Foa et al., 1991)、同じく精神力動的心理療法もそれほど PTSD 症状の減少を示さないとする意見もある (van der Kolk, 1996/2001)。さらに、トラウマとなる出来事にさらされた直後に語る心理的ディブリーフィング (psychological debriefing) をした群は PTSD 病状が悪化したという報告 (McFarlane, 1994) や、交通事故や暴力の被害者を対象としてディブリーフィングの効果を検討した無作為化効果研究で、トラウマ体験後に強い恐怖反応を示し落ち着かない人に対して体験について詳しく語らせ、その時に感じた感情を明らかにさせることにより、パニック反応を引き延ばし PTSD 発症のリスクを上げたとする報告 (Mayou ら, 2000) もあり、ディブリーフィングには有効性が証明されず、むしろ予防の可能性は低いとされた (飛

鳥井, 2000b)。もちろん, 子どもに関しても推奨されるものではなく (Wessely et al, 1998), 語ることが必ずしも回復につながるとはいえないため, 事例ではトラウマの詳細について語らせることには慎重であった。通り魔殺人事件の直後に被害児童の在籍していた学校への心理支援活動を行った研究 (一丸, 2001) では, 事件にはまったく触れなくても, 安全に描画を行うことで, 児童の安全感を形成し表現によるカタルシス効果に寄与したことがあげられていた。事例では抑圧していた記憶を思い出させて分析的に扱うよりも, 背景にそれを感じつつも現実的な枠にとどめ続けたことが, 凶らずも解離の拡がり食い止め, 社会性を取り戻す意味があったと考えられた。

### c) 比較的考察

以上のことを含め, 事例におけるトラウマ療法としての EMDR と精神力動的的心理療法の有効性と課題を比較し表 2 1 にまとめた。

表 2 1 事例におけるトラウマ療法としての EMDR と精神力動的的心理療法の有効性と課題

	EMDR	精神力動的的心理療法
有効性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・トラウマ処理の時間が短いので精神的負担が少ない。</li> <li>・言語未発達でも使用可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・芸術療法, 精神分析, 家族療法など方法が多様である。</li> <li>・トラウマ後の成長を得る。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スクールカウンセリングなどセッション間の連絡やセッションの追加が困難な治療構造では使用が難しい。</li> <li>・症状消失が速いため十分に振り返ることがない場合がある。</li> <li>・クライアント選択基準に沿わない段階では使用できない, または注意が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・トラウマ記憶を健忘した場合には表現できない。</li> <li>・時には人生の長い時間を要する。</li> <li>・受傷直後に詳述させると再受傷となる懸念がある。</li> </ul>

心理療法は 1 つの方法に限定せねばならないものではない。ポストトラウマティック・プレイの中で Gil はトラウマ場面が繰り返されたとき, 身体を動か

すことで子どもの解離を防ぎながら、場面に客観的なコメントや説明を与えることで子どもの認知の修正を行ったとされる。このように精神力動的心理療法と認知を修正するトラウマ療法のエッセンスが共に重要であることは明らかであり、精神力動的心理療法による解釈と、強迫的反復のメカニズムの分析、子どもに受け入れられる洞察などがあった上で、トラウマ記憶の意味や認知の修正をし、プレイに取り入れることで回復に向かうといえる。セラピー全体の流れを見通して、治療前期でジョイニングを含めプレイセラピーによるアセスメントやラポール形成を、治療中期に EMDR や CBT によるトラウマ処理とトラウマにまつわる認知に介入し、治療後期にはナラティブによる出来事の意味づけと人間的成長を促すというような、様々な要素を取り入れた折衷的心理療法が最も現実的といえよう。

## 5.5 本章のまとめ

本章では学校でのトラウマを抱えた小学生に小児科外来で EMDR を適用した事例を報告し、その用法と有効性を明らかにした。言語未発達あるいは感情表現が苦手な子どもの身体症状に効果がみられ、さらに病院での適用しやすさが利点といえた。

一方、EMDR などトラウマに特化した心理療法が選択できない学校臨床場面での解離性障害と思われる男子高校生との面接では、従来の精神力動的心理療法による用法と有効性を示した。青年期の自我の傷つきがトラウマとなって解離を示した病理性を精神分析的に理解し、安定化と環境調整により本人と学校とを包括的に支援したことで、最終的には生徒の男性性の成長を促すことができた。

以上の事例から、子どもが成長の過程で、学校や家庭で抱えるトラウマを EMDR や精神力動的心理療法によって支援できることが示唆された。トラウマへの心理療法としての有効性と課題を理解した上で、統合的に心理療法を使用していくことが重要であると思われた。

## 第6章 総括的討論

### 6.1 ここまでに得られた知見のまとめと本研究の意義

本研究は、子どものトラウマによる疾患の様相とそれに対する心理療法について、文献展望によりわが国における疾患の臨床像や心理療法の実態に迫ると共に、心理療法の実践事例を通してトラウマを受けた子どもをいかに支援するか具体的に論じ、特に EMDR による心理療法に焦点を絞ってその有効性と課題を明らかにすることを目的とした。

第1章では、子どものトラウマの概念の変遷とその歴史を明らかにした。子どものトラウマへの関心は成人に遅れ 19 世紀に虐待の研究から始まり、20 世紀の法整備を経てようやく発展した。しかし現代社会でも子どもが何らかのトラウマに苦しめられることは続いており、子どものトラウマに対する知識や心理療法の知見が求められていることを指摘した。

第2章では、DSM-5、ICD-10 などの診断基準に基づいて子どものトラウマと臨床像について検討を行った。その結果、子どもの心的外傷後ストレス障害 (PTSD) と解離性障害の臨床像が明らかとなった。また、子どものトラウマに起因する疾患の診断は、言語表現が未熟で、甘えやわがまま、退行などの行動と区別がつきにくいため難しく、多角的で細やかな観察と、第三者による出来事の聴取や客観的観察力を要することが示唆された。子どもの場合は大人から見れば些細な出来事が「命をおびやかす体験」と主観的にとらえられやすいことからトラウマ関連疾患を形成しやすいことや、虐待のような長期に繰り返されるトラウマが人格形成に大きな影響を与えること、愛着の基盤の弱さがトラウマ関連疾患形成の脆弱因子となることなどが子ども特有の特徴として示唆された。これら疾患の臨床像から、将来の疾患の形成や症状の重篤化を防ぐため子どものトラウマへの早期対応が求められることが示唆された。

第3章では、国内外のガイドラインを用いて子どものトラウマ治療において推奨される治療方法について検討を行った。具体的には、海外の国際トラウマティック・ストレス学会による「PTSD 治療ガイドライン」、米国児童青年精神医学会による「トラウマ治療ガイドライン」、英国国立医療技術評価機構 (NICE) や世界保健機関 (WHO) の「PTSD 治療ガイドライン」を、また国内では厚生労働省、国立成育医療研究センター、文部科学省、静岡大学などのガイドライ

ンを用いた。その結果、治療法としては認知行動療法、中でもトラウマ・フォーカスト認知行動療法(TF-CBT)やEMDRが推奨されていることが示された。しかし国内の現状としてはまだ実施できる場が少なく、精神力動的心理療法が多く使用されていることが明らかとなった。そこでトラウマに特化した心理療法と精神力動的心理療法を概観し方法や目的の違いを示した。各心理療法の特徴を踏まえ、いかに実践に取り入れるかが課題であると示唆された。

第4章では、子どものトラウマに対する研究の全体像を明らかにすることを目的として文献展望を行った。第1節では、国内外の子どものトラウマに関する文献数や内容の比較検討を行った。その結果、海外では1940年頃から研究が増加しているが、国内では1990年頃から研究が報告されるようになり、着実に総文献数が増加している海外に比べ国内はまだ研究に乏しいことが指摘された。しかし内容では海外同様に発達心理学や神経生物学などの分野を巻き込みながら発展していることが示され、特にわが国では「発達障害」とトラウマの関連を指摘する研究の存在が示された。第2節では、トラウマ関連疾患であるPTSDと解離性障害のわが国における事例論文の文献展望を行った。その結果、PTSDの文献展望からは症状は回避が最も多く、治療は伝統的な心理療法により、治療期間は比較的短く予後が良い特徴が明らかとなった。一方、解離性障害の文献展望からは、15歳以前から発症の兆しがありながら受診に至ることが少なく、両親の養育態度や、虐待的生育環境、子どもの性格特徴、生育歴における外傷体験の有無が疾患につながる一つの指標となることが明らかとなった。第3節では、トラウマに対する心理療法として子どもへのEMDRに関する文献展望を行った。その結果、EMDRはレジリエンスを高め重篤化の予防に役立つことや、PTSD症状の軽減だけでなく、気分の改善に関する有効性や新たな障害、疾患における適用可能性が示された。

第5章では、学校や家庭で体験したトラウマにより身体症状を呈した小学生にEMDRを実施した自験例を通して、その具体的な心理療法過程を示し、用法と有効性及び課題を明らかにした。またトラウマに特化した心理療法が使用できない事例として解離性障害の高校生へ精神力動的心理療法を行った自験例を通して、その具体的な心理療法過程を示し用法と有効性および課題を明らかにした。その結果、EMDRは言葉表現の未熟な子どもや感情表現に行き詰った子

どもに使用することで身体症状を消失させる効果が認められた。一方、トラウマに特化した心理療法が使用できない場合でも精神力動的心理療法を使用して本人の安定化や回復的な情緒体験の蓄積，社会的つながりと対人関係能力の構築を目指して環境を含め包括的に支援することで症状の改善が認められ成長を促したと示された。最後に比較的考察として，EMDRの有効性はトラウマ処理の時間の短さや言語依存性の低さが挙げられ，精神力動的心理療法の有効性は，時間をかけてトラウマ後成長を目指せることや家族全体への波及効果が挙げられた。心理療法はそれぞれの特徴を踏まえて使用することでより効果的に支援できることが示された。

以上をまとめると，本論からはわが国の子どものトラウマ研究は遅れており，トラウマに特化した心理療法であるEMDRやTF-CBTの実践に乏しいことが明らかとなった。そこで，わが国における子どものトラウマに起因する疾患の文献展望により我が国固有の特徴を明らし，自験例においてEMDRや精神力動的心理療法の具体的な用法と有効性を示したことは，今後のわが国における実践の方向性を示唆する上で意義があると考えられた。

最後に，子どものトラウマに対する心理療法としてEMDRを提案し，その有効性と課題を検討して総括的討論とする。

## 6.2 子どものトラウマに対する支援の検討－EMDRの適用に焦点付けて－

子どものトラウマは幼いほど発見が難しい。しかし対応が遅れれば成長過程における後のトラウマ受傷時にPTSDを起こしやすくなり，脳に形態的变化をもたらす別の障害に発展するなど看過できない影響を残す。子ども時代のトラウマが脳に形態的变化をもたらすとする友田(2012b)によれば，トラウマからの回復に使用されたコルチゾルが海馬を破壊することが警告されている。しかし驚くことに，最近のEMDRの効果にPTSD患者の海馬の体積増加報告があり，神経可逆性への挑戦に期待が向けられている(Shapiro, 2012/2017)。まだ十分な研究量には至らず，単純に結論付けられるものではないが，EMDRは未知の可能性を秘めた心理療法といえる。本節ではEMDRの包括的な手法と汎用性の広さなどによる意義を示し，残る課題を明らかにしたのち，EMDRに向けられた期待や未来の展望を述べる。

### 6.2.1 EMDR による子どものトラウマ治療の意義

Janet はトラウマ治療に必要な三段階として第一に「安定化と安全性」、第二に「トラウマ記憶の想起と処理」、第三に「家族と文化の統合と通常的生活」を挙げた (van der Hart et al., 1989)。これに倣い子どものトラウマに対する心理療法に必要な要素として、a) 安定化と安全性、b) トラウマ記憶の想起と処理、c) 体験の統合と対人関係の再構築、の3つの観点がいかに EMDR に組み込まれているか論じ、その意義を示す。

#### a) 安定化と安全性

安定化がトラウマケアに必須であることは複数の心理療法におけるトラウマケアモデルにもみてとれる (Phillips & Frederick, 1995; Paulsen, 2009/2012; Cohen et al, 2006/2014 など)。第5章の事例において、子ども達にとって家族が安全基地として機能し、良好な愛着を育む親子関係があることでスムーズにトラウマ処理が進んだように、最も基本となる安全性が親子関係や家族の中にあることが望ましい。安全性が確保されていることで安定化が構築されともいえず、環境調整を周囲の大人に依存せざるを得ない子どもにとって何よりも優先されるべき回復への入り口でありゴールでもある。

EMDR では、「準備」の段階で取り扱われる「安全な場所」「RDI (資源の開発と植え付け、以下 RDI)」「グラウンディング」などの技法により安定化を目指す。まず「安全な場所」はアセスメントの機能も持っており、良い「安全な場所」のイメージが構築出来るかどうかはその後の治療の進み具合を予見するとさえ言われる。例えば青木 (2015 ; 2017) は「安全な場所」のイメージが構築できて安心感が高まる者においては全般的にイメージが活性化されやすく、視覚、聴覚、触覚、身体感覚が賦活されやすくなることで治療を促進すると指摘する。子どもの場合は「安全」がイメージしにくいこともあり、「安心」や「落ち着く」などのイメージで探索し、同時にその時の身体感覚を獲得させることも有用である。身体基盤の安定性を実感できるように「グラウンディング」により地に足が付きどっしりと落ち着いていられる感覚を体験させることで精神的にも落ち着く。「安全な場所」は、トラウマ記憶の想起と処理の段階で一時的に不安定になった際にも、安定化へと焦点を移すことで再度治療に取り組む準備ができる。安定化に戻すことは遠回りに見えて実は概ね治療を早く終結す

ることが可能になるとされ (Rothchild, 2011/2015), ト라우マ治療全般で安定化技法は重宝する。子どもを取り巻く現実の環境が不安定で「安全な場所」を見出せない場合には「RDI」を行い、空想のイメージを資源として開発させることもできる。リラクゼーションやマインドフルネス瞑想、各種イメージ療法など、他の心理療法の技法も安定化として活用できるが、長くトラウマを受けた子どもは日常で気を抜くことがなく、全身体でのリラクゼーションはそれまで感じたことのない脱力感を体感させ急激な恐怖に陥れる危険性もあり注意が必要である。「安全な場所」のイメージと落ち着いた体の感じ程度の適度さが望ましい。EMDRでは安定化の段階で、トラウマに匹敵する十分に良質なリソース（達成体験や成功体験、ソーシャルサポートによる安全感、過去の良い人間関係による信頼体験などの資源）を喚起し、丁寧な準備を心掛けるよう指導している。

#### b) ト라우マ記憶の想起と処理

精神分析の歴史から明らかなようにトラウマ記憶の想起は治癒につながる。解離性健忘に対する催眠療法で記憶の想起により回復した (高石, 2017) 例からも、トラウマ記憶の想起は治療的といえる。想起されれば EMDR におけるトラウマ記憶への介入は明快で、適切なタイミングでプロトコルに従いトラウマ記憶の脱感作と再処理を行う。トラウマ関連疾患は情報処理の問題がその中核にあるといわれるが (van der Kolk et al., 1996/2001), EMDR は適応的情報処理理論 (Shapiro, 1995/2004) に基づき、情報処理の滞った記憶を効率よく処理することができる。適応的情報処理理論とは、人間の身体がそうであるように、脳の情報処理システムは治癒を目的として有用な記憶ネットワークにつながりを作り、不必要なものを捨て去るようになっているとした理論である (Shapiro, 2012/2017)。子どもは体験や記憶の量が大人に比べて少なく、比較的単純な認知構造であるために適応的情報処理の過程における連想が広がり過ぎないことから処理が速いといわれる。トラウマに特化した治療法には暴露療法などがあるが、福井 (2017) は暴露療法の問題点として、長時間の苦痛状況への暴露によるドロップアウト率の高さを挙げており、言語による体験の認知と意味づけが苦手な子どもにとって、体験のなまなましい部分に長く曝露されることは精神的に苦痛を伴う。EMDR は想起したトラウマ記憶にさらされる

時間が短いことで精神的負担の少ない点が利点といえる。また、子どもの脳はイメージや認知など柔軟に発想が転換できるため、セラピストが少し軌道修正するだけで自由で豊かな答えにたどり着き、解決が速い場合も多い。さらに、EMDR の情報処理過程は子どもが主体であり、子どもが望まない方向に進むことを強制されない。開始にあたり十分な心理教育を行い、子ども本人に開始の同意をとる。処理が辛い時には「ストップサイン」を使用することで中止することができ主導権を持つ。特に、ケアすべき立場の人から犠牲になった体験を持つ子どもは、相手を信頼し、均衡で良好な人間関係を作ることが難しい。「偉い先生の言うなりになるしかない関係になってしまえば被暴力と同じ体験の繰り返しになる」と白川（2016）が警告するように、セラピストが子どもの主体性を奪わない関係性を構築する必要がある。この手順は子どもの回復力を信じて進めていく点でパーソンセンタードアプローチであり、プレイセラピーや箱庭などと同じように子どもがコントロール感をもって進行でき、子どもらしい万能感や有能感を得ることが可能である。また、子どもはイメージや想像性が高く、言葉による表現が出来なくても絵や遊びには反応しやすい。廣澤（2014）は、被虐待児に対するイメージを用いた心理療法の機序の検討から、イメージの象徴性により外傷体験を乗り越えられるとし、中島（2013）もトラウマティックエピソードを語る間の身体イメージに注目することで自己の存在感を安定させたとする。いずれもイメージを表現することがトラウマを克服する力となったことが示されている。子どもの EMDR ではイメージを取り入れることが多く、それも主観的で空想的なものも使用出来る。第 2 章でトラウマの形成に体験の主観的な捉えが大きく影響することを述べたが、逆に言えばトラウマの解除に関して主観的な捉えから治療を開始しても大きな矛盾はない。まず子どもがどのように事実を見て、体で感じたのかという主観を受容し、情報処理が進むにつれイメージが変化してゆく様子に寄り添う。行き詰った時には新しいイメージを投げかけると、子どものイメージが自発的に変化して思いもしなかった発想につながることもある。癒しのイメージが自然に連想されることもあり、そのダイナミックさは時にユング派の治療中にみられるような感動を覚える。イメージ療法の知識を生かして、想像と機転を利かせて豊かに治療を進めていける。

一方、様々な理由で記憶を扱えない場合はよくあり、これを扱わずに安定化することは、いわば中医学の本治と標治の考え方で説明できる。中医学では病気の因を治すことが本治であり、時間や場が整わないなどの理由でとりあえず症状のみを治すことを標治と呼ぶ。記憶の想起は棚上げして症状を安定化させることも有用であるが、その場合はいつの日か原因となるトラウマ記憶に向き合うことも想定すべきである。EMDRはクライアントがトラウマ記憶を想起できない場合でも使用できる。EMDRを進めていくうちにクライアントには関係がないと思えた出来事から思いがけず記憶の処理に進み、その情報処理が終わると恐怖や不安といった感情が和らいで、より抵抗なく本題の記憶の情報処理に入れるようになることはよくある。また、出来事が身体感覚で記憶されている場合にも情報処理が可能とされる。トラウマとは非常に身体的であり、トラウマは身体記憶にも刻まれる (Nijenhuis et al., 2004)。近年のトラウマに対する理解は身体を含む概念であり van der Kolk が Ogden ら (2006/2012) に寄せたコメントでは、トラウマを受けた人に通常の心理療法による洞察と理解だけでは不十分であるとし、人の内部の感覚を扱うヨガや気功、ソマティック・エクスペリエンシング (Peter A. Levine)、センサリーモーター・サイコセラピー (Pat Ogden) などの身体志向的セラピーが有効であるとする。ソマティック・エクスペリエンシングの Levine (1997/2008) は、トラウマ症状が出るのは、大脳新皮質が複雑で強力に恐怖をコントロールしようとして回復のための本能的反応を未完了にしたためとし、身体的に交感神経系のエネルギーを放出させることで回復するとした。実際に福井 (2019) は、疼痛性障害の背後にある喪失体験のトラウマを、ソマティック・エクスペリエンシングなど身体的アプローチを用いて症状を消失させている。EMDRは標準プロトコルの中で身体感覚に言及し、そこからトラウマ処理を進めており、身体志向的セラピーの要素を含んでいる。最近では人生早期のトラウマによる潜在記憶にアプローチする方法 (Paulsen, 2017/2018) として、想起できない記憶を扱う際に感情や身体感覚を中心に EMDR で扱う方法も示されるなどトラウマ記憶の想起と処理に関しては汎用性が高い技法といえる。

#### c) 体験の統合と対人関係の再構築

van der Kolk (1996/2001) は回復のストラテジーとして家族や友達とつなが

りを確認し、自己感覚を取り戻すことを強調している。特に子どもは成長の途中であり、安心できる家族や励まし協力しあう友達などコミュニティとのつながりを通して成長することで真にトラウマからの回復を成し遂げる。八木（2017）は2011年東日本大震災後、被災地から比較的早期に内陸部に転居した子どもが心身の不調を訴えて受診した例にPTSD診断の割合が圧倒的に高かったことを挙げ、トラウマからの回復には子どもが属するコミュニティ全体がともに歩み、復興の過程を共有していくことが重要であると説いた。体験を自分の人生に統合していくには、体験を共有し語り合える場や仲間が重要といえる。EMDRでは3分岐のプロトコルという、過去、現在、未来へと順番に視点を移動させていく手法を持つ。3分岐のプロトコルの中では「未来の鑄型」というワークにより、未来のイメージをリハーサルしその時の認知、感情や身体感覚を定着させていく、とても未来志向な段階がある。また、トラウマ処理のアセスメントに肯定的認知（Positive Cognition）として、クライアント自身が自分についてどう考えられるようになりたいか、未来の方向性を定めるポイントがある。これはトラウマを越えたのち未来にある目標に方向性を定める、いわば船の座標点のようなものであり、暗黒のトラウマの中で道を示す灯台となる。また、トラウマの情報処理が終わると、その処理された記憶が精神的健康の基盤となる（Shapiro, 2012/2017）とされ、苦痛が自分の一部だと思っていたクライアントの多くが意識の変化を体験し、自由に行動できる感覚を得るといふ（Leeds, 2016）。これを子どものEMDRをする崎尾（2003）によれば、身体記憶としての経験が初めて「済んだこと」という認識に抱え込まれてその人の一部に統合されると表現した。EMDRが終わると過去を俯瞰する視座を持って現在の新しい認知が獲得され、未来において自由に行動することで新しい人間関係に臨む気持ちが芽生えるといえる。子どもの脳は介入する年齢が早ければ早いほど脳の可塑性と機能が回復する可能性に期待される（友田・藤澤, 2018）、子どものうちに未来を描けるような働きかけが肝要といえた。

以上より、EMDRは子どものトラウマ治療において必須の過程が全て組み込まれた包括的な心理療法として意義があると示された。

### 6.2.2 EMDR による子どものトラウマ治療の課題

前章における EMDR 実施上の課題は、使用が困難な場があることや、変化の速さに自己理解がついていかないこと、クライアントの状態に応じて使用できないタイミングがあることがあげられた。しかしこれらの技術的課題は、構造化された場の選択と、EMDR による変化後の十分な振り返りと成長の時間設定、関係性の構築や心理教育をして適したタイミングの選択などの配慮と工夫により対応が可能である。EMDR の実践者研修にはこれら課題を乗り越える技能の向上に対する研鑽が求められている。

より根本的視点から捉えると、わが国の現状において最も課題となるのは、子どもの EMDR に対する研究の少なさと治療者の不足である。海外のガイドラインで子どもへの推奨がなされて月日が浅く、国内の研究数が少ないことは明らかな事実であり、今後の効果研究やレビュー研究など量的研究が待たれる。一方、EMDR の臨床家は年々増えており、技能取得の研修会もキャンセル待ちが続いている。近年は経験を重ねた臨床家による研修会の参加も増えているという（日本 EMDR 学会ホームページ <https://www.emdr.jp> 平成 31 年 2 月 1 日参照）。しかしながら研修後に指導を受けたり事例検討会に参加したりという教育的な場が少なく、実施に踏み切れない治療者も存在する。安定化や構造化などの基本的な技量に関する新しい知識を得ていないために失敗する事例もある。子どもの意思に反して治療を急ぎ、安全の保証もないままに過去との直面を強いるなど半ば強引に導入する事例もよく耳にする。また、トラウマに苦しむ子どもを前にすると、早く楽にしてあげたい援助心から焦って導入しやすい。しかし EMDR の実施そのものを目的とした関わりでは、子どもにとって利益どころか害にさえなり得る。EMDR の実施そのものをやめ、子どもの成長を信じて寄り添い、時を待つ臨床力が求められる。EMDR の治療者へのアンケート調査からは様々な対象に適応できる技術の研鑽と指導者層の充実、コンサルテーションを受けやすい環境整備などから治療者に自信をつけてもらう教育体制が喫緊の課題とされている（市井, 2016）。海外では子どもの PTSD への EMDR は他の治療法や無治療よりも明らかに効果が認められ、より多くの臨床家が訓練を受けるべきと強く述べられている（Verardo & Cioccolanti, 2017）。わが国でもいかに EMDR の臨床家を増やしていくか検討すべきであろう。

### 6.2.3 EMDRによる子どものトラウマ治療の今後の展開

第4章の海外文献展望の結果からも EMDR がレジリエンスを高め重篤化の予防につながることや、気分の改善に有効であることが示されておりわが国でも検証され新たな分野への適用が見いだせる期待がかかる。また長期の積み重なるトラウマ体験による複雑性 PTSD という疾患が 2018 年の ICD-11 に加えられたが、数は少ないものの子どものタイプ II トラウマに対する EMDR の効果が報告されており期待がかかる (Jaberghaderi et al., 2004, Wadaa et al., 2010)。これまでわが国における社会的養護を受ける子どもたちへの心理療法は、親への心理教育的面接、薬物療法、入院を含めた環境調整と、描画や箱庭を用いた芸術療法や遊戯療法といった方法が主流である。Terr (1981) は、子どもがトラウマに関連した内容を遊びに繰り返し表現することを発見し、Gil (2006) もまたトラウマ場面を遊戯療法の中で再現する「ポストトラウマティック・プレイ」での治療を示した。被虐待児のように積み重なるトラウマに加え、家族関係が安全の基地として機能してこなかった子どもはトラウマと愛着の両方の問題を抱えており、育ちに寄り添いながら長期の心理療法が必要となることが多い。近年、わが国における社会的養護児童への取り組みをみると、遊戯療法 (小笠原, 2013; 白澤, 2013 など) や修正的愛着療法 (淵野, 2011)、箱庭療法 (廣澤, 2008) や絵画、遊戯療法 (淵野, 2015; 檜原, 2013 など)、コラージュ、夢分析、動作法 (高橋, 2015) などの心理療法が報告されている。わが国においては芸術療法による事例は多く存在し、例えば Reece (1995) は、震災被害に遭った 6 歳児に対し箱庭療法で恐怖心からの解放と癒しのイメージを獲得したと報告している。一方、EMDR は遊戯療法や芸術療法の中に取り入れて使用することができ、「ポストトラウマティック・プレイ」に再現されたトラウマ記憶の中核に触れる場面に対し EMDR でスピーディに扱うことができる (Lovett, 1999/2010)。また親子双方へのアプローチと遊びやイメージを多く取り入れた方法が近年の全国研修で講義されており (Gomez, 2017)、そこでは親子間の虐待の世代間伝達を防ぐ取り組みがなされている。EMDR は他の心理療法との併用によってさらに汎用性が高めることができる心理療法として、複雑性 PTSD の子どもにも利用の可能性が期待できるといえる。

最後に、わが国において報告が少ない小児科における適用だが (緒川, 2010a;

藤本, 2014), その意義と期待できる点について述べる。まず意義についてであるが, 小児科は身体症状を主訴に受診するため, 精神科や心療内科に比して身近で受診しやすい雰囲気がある。その一方で, 原因となる身体的異常がないにも関わらず繰り返し症状を訴え, 小児科特有の難治事例になる子どもも存在する。各種の身体的検査が実施できる小児科は, 子どもと家族が「最終的には心理的な問題である」ことに向き合える場でもある。そうした過程を経る中に, 過去の辛い体験について時間の経過を待っても自然に回復しない子どもを EMDR につなげることが可能である。小児科医である Lovett (1999/2010) は夜尿や夜驚, 悪夢など子どもによくある症状の背景に安全や安心の感覚を奪うトラウマがあったとして小児科での EMDR を積極的に実践している。また, 長い相談歴や治療歴を持つ子どもに新しいアプローチとしての EMDR を提案できることは患児とその家族の治療意欲につなげられる。小児科には適応となる子どもが多く集まる点で今後の利用可能性に期待がかかる。

また, 小児科においては特に親子関係や家庭環境への視点が重要である。親が主体的に受診に連れてくる小児科では, 面接に親が同伴・同席することは自然であり, そこで親のアセスメントや親子のやりとりが観察できる。時には親の主観的判断や感情が子どもの問題や状況の認知に影響を与え, 子どもが症状を形成したりトラウマ化が促進されたりする場合も多くある。大河原 (2010) は, 「子どもの EMDR ではネガティブ感情を受け止められる親子関係の改善への援助が重要である」としており, 親への関わりが治療の鍵といっても過言ではない。亀岡 (2013) も, 子どもの回復に影響を与える保護因子として, 親のサポートがあることや, 親の PTSD 関連症状が少ないことを挙げている。これらの観点から, 親の PTSD 関連症状の確認や, 親の精神的安定と親子関係の安定が得られるよう親子相互への働きかけができる点で小児科における実施に期待が向けられる。

### 6.3 総括

以上, EMDR を振り返りながら子どものトラウマに対する心理療法としての適用と課題をまとめた。子どものトラウマには心理療法的な支援が必要であり, 子どもの年齢や性格, トラウマを受けた場所や時期, 体験の種類, 家族の力や

ソーシャルサポートの質など、セラピストは多くの要因を鑑みて必要な心理療法を選択する力が求められる。トラウマに特化した療法に共通してみられる安定化の要素やスピーディな記憶の処理と脱感作、体験の統合と人間的成長を包摂する EMDR は非常に汎用性の高い心理療法といえた。子どもの状態を無視した安易で性急な使用は控えなければならないが、従来の心理療法である芸術療法や遊戯療法に加えて使用でき、より幅広い事例に対応できるといえる。正しい知識を身につけ安全に実施できる治療者が増え、さらに研究が増加することによってわが国でも EMDR が子どものトラウマの早期改善に貢献できるといえる。子どものトラウマは子ども時代のうちにケアし、トラウマの蓄積を防ぐことがその後の人生に利益をもたらす。EMDR が終結した後に、人に対する認識や信頼の情が変化することでより安心できる人間関係を構築することにつながる。それによりトラウマ後成長（Posttraumatic growth）といわれる状態につながるといえる。子どもにとってはその後の長い人生で、自由に、よりしなやかに成長するためのターニングポイントとなることが期待される。

## おわりに

自然科学における因果的モデルでは心的外傷論は一般に受け入れられやすい。そのためトラウマ記憶の処理を急ぐ治療者は多いが、すべてのトラウマ記憶が処理され解消されなければ良くなるのではない（Rothschild, 2011/2016）。実際に多くの子どもはある程度未解決のトラウマを抱えながらも比較的うまく生きている。単発の被害体験によるトラウマのような場合には、子どもの全人格的な成長とともに、機が熟した時に子ども自らがトラウマにまつわる表現をしていくというゆっくりとした治療も適切で有効と考えられている（福田・小西, 2002）。一方で、心理療法において Jung の神経症の理解を忘れてはならない。Jung は、「神経症の原因は今日にある。なぜなら神経症は現在に存在するからである」として、神経症が過去における外傷体験の結果ではなく、今現在作りだされているファンタジー（魂による創造）だとする（河合, 2000）。つまり、外傷体験のせいで自分はこうなっていると反復して強く思うことが神経症特有なメカニズムに一致するというものであり、これは心理療法を用いて心的外傷事例に向き合うにあたり重要な視点である。症状を取り去ることにとらわれ過ぎず、クライアントの人生という大きなコンテクストの中で、なぜそのファンタジーを手放せないかという視点を持たない限り回復はしない。従って、トラウマを取り去るだけが心理療法の目的ではなく、クライアントが症状を手放せない理由も含めトラウマと人生、その人を取り巻く環境とを複眼視して見守る視点が心理療法というものの根底であろう。

今年度より公認心理師資格試験が始まり、医療における心理への期待は増している。しかし一般医療モデルにおいては「治癒」を第一義としており、様々な身体科から「心理面接で症状を治す」期待を受け、そこに「心理療法とは何か」を説明する過程が発生する。EMDR の切れ味の鋭さに助けられる面もあるが、一般医療の期待に応えるには試行錯誤の連続である。一方で、EMDR はトラウマ学を広く網羅した理論であり、初学者の頃からトラウマ全般に関する知識を得る良い機会を提供している。海外における最新の脳科学や神経理論を取り入れた継続研修を受けるシステムがあることで心理療法の知識が常に更新され、そのおかげで一般医療に受け入れられる結果を出せたと言っても過言では

ない。Settle は 2008 年 EMDR 学会特別講演で、「Be a detective, 子どもにとっての EMDR は、セラピストが探偵のように取り組むことが大切」と語った。子どものセラピーは遊びを通して親をまきこみながら、探偵のように興味を持って探索し、安全に実施することが何より必要な姿勢であると教えられ、今日まで実践に活かすことができた。

子どものトラウマによる影響に関する研究はこの 20 年ほどで急速に発展した。様々なトラウマの症状は発達段階の途中にある子どもの思考、感情、行動に与える大きな影響によって、人格形成への重要な関連をもたらすことが明らかになりつつある。子どもの場合、診断に至らない場合でもトラウマによる反応が症状を形成することもよくある。また抑うつ症状や分離不安などが PTSD 併存障害として合併することも多い。トラウマが将来における発達の問題を引き起こし、人間関係や性格の構築へと影響し、ストレスへの脆弱性をもたらし、将来の健康のリスクとなることをこの研究で述べてきたが、より一般に知識を啓蒙しなくてはならない。そのためには、心理療法による回復とは症状減少だけでなく子どもをとりまく社会的サポートの回復を意味し、子どもが自分の人生を統御できている感覚を取り戻せるよう働きかけることが求められる。トラウマの回復と両輪をなすレジリエンスの研究も注目されているが、子どものレジリエンスとはまさに成長という可能性であり、未来があるという希望であろう。

## 文献

- Abram Kardiner (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. Washington, DC: National Research Council. (中井久夫・加藤寛 (共訳) (2004). 戦争ストレスと神経症, みすず書房.)
- Adler-Nevo, G. & Manassis, K. (2005). Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, **22**(4), 177-189.
- Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2008). *EMDR and the Art of Psychotherapy with Children*. New York: Springer publishing company.
- Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2009). Evidence of the efficacy of EMDR with children and adolescents in individual psychotherapy: A review of the research published in peer-reviewed journals. *Journal of EMDR Practice and Research*, **3**(4), 232-247.
- Adúriz, M. E., Bluthgen, C. & Knopfler, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, **16**(2), 138-153.
- Ahmad, A., Larsson, B. & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, **61**(5), 349-354.
- Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **17**(3), 127-132.
- 合田真理子・日比野和子・鈴木泰子 (2003). 三度目の骨髄移植に対し拒否的反応を示す患児への関わりから移植医療にいける心のケアについて考える. 信州大学医学部付属病院看護研究集録, **31**(1), 84-89.
- 赤堀薫子・小川豊昭・西岡和郎・鈴木國文 (2001). 10代で解離性同一性障害を呈した女性症例. 精神科治療学, **16**(5), 507-514.
- 秋谷進 (2010). 心理的サポートを要した13歳卵巣奇形腫の1例. 小児外科, **42**(4), 443-446.

- 秋谷進 (2011). 交通外傷後, 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を発症した広汎性発達障害児 (PDD) の 1 例. 日本小児救急医学会雑誌, **10**(1), 76-80.
- 秋田禎信 (1994). 魔術士オーフェンはぐれ旅. 富士見ファンタジア文庫.
- Aldridge, J., Kilgo, J. L. & Jepkemboi, G. (2014). Beyond Psychoanalysis: The contributions of Anna Freud to applied developmental psychology. *SOP transactions on psychology*, **1**(2), 18-29.
- Alicia, F. L., Ippen, C. G. & Marans, S. (2009). Psychodynamic therapy for child trauma. In Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds). *Effective Treatments for PTSD practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies second edition*, New York: Guilford Press, pp.370-387.
- 天野玉記 (2016). 脳血流からみた EMDR の脳における機序～近赤外線分光法 (near-infrared spectroscopy, NIRS) による～. 日本 EMDR 学会代 10 回 学術大会企画シンポジウム「EMDR と脳」. 紀平省悟・竹内伸・天野玉記・十一元三 EMDR 研究, **8**(1), 18-29.
- Amaya-Jackson, L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. In Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Vol.II*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp.2763-2769.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition-Revised*. Washington DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎 (訳) (1988). DSM-III-R 精神障害の診断・統計マニュアル, 医学書院.)
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) (1995). DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院.)

American Psychiatric Association (2000). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院.)

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing (高橋三郎・大野裕(監訳) 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村將・村井俊哉(訳)(2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院.)

安克昌(1997). 解離性同一性障害の成因. 精神科治療学, 12(9), 1017-1024.

青木佐奈枝(2015). 「安全な場所」において安全感が構築されないクライアントの特徴. EMDR 研究, 7, 16-25.

青木佐奈枝(2017). 心的外傷性障害における安定化阻害要因の検討. 心理臨床学研究, 35(4), 387-398.

青木豊(2008). 被虐待乳幼児に対するトラウマ治療と愛着治療. トラウマティック・ストレス, 6(1), 24-32.

青木豊・松本英夫・加藤由起子・小石誠二・小石慎子・井上美鈴・森本麻穂(2010). 暴力への曝露による乳幼児期外傷後ストレス障害(PTSD)の1症例—乳幼児期における PTSD の存在と診断をめぐって—. 子どもの虐待とネグレクト, 12, 423-434.

Appel, J. W. & Beebe, G. W. (1946). Preventive Psychiatry: An Epidemiological Approach. *Journal of the American Medical Association*, 131, 1468-1471.

有井一朗・濱元泰子・山下達久・小野泉・岸川雄介・福居顯二(2003). 網膜色素変性症の進行により失明に至る過程で, 解離性同一性障害が顕在化した1例. 心療内科, 7(2), 164-168.

有園博子・森田展彰(2001). 児童・思春期を対象とした箱庭療法. 臨床精神医学増刊号, 149-160.

Arnold, L. E. (1995). Some nontraditional (unconventional and/or innovative) psychosocial treatments for children and adolescents:

- Critique and proposed screening principles. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **23**(1), 125-140.
- Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (2000). EMDR and traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol and the butterfly hug. Poster presents at the EMDRIA Conference, Toronto, Canada.
- 浅野恭子 (2011). 性暴力師長教育プログラムの実践：ヴィクティムからサバイバーへ. *トラウマティック・ストレス*, **9**(2), 226-231.
- 飛鳥井望 (2000a). biopsychosocial モデルとしての PTSD. 中根允文・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.
- 飛鳥井望 (2000b). PTSD の診断と治療および想起介入の有効性. *臨床精神医学*, **29**(1), 35-40.
- 飛鳥井望 (2005). シンポジウム「PTSD の外来治療をめぐって」 PTSD をめぐる鑑別診断上の留意点. *日本外来臨床精神医学*, **3**(1), 37-46.
- 飛鳥井望 (2006). トラウマがもたらす子どもの危機. *コミュニティ心理学研究*, **10**(1), 16-21.
- 飛鳥井望 (2011). 新しい診断と治療の ABC70 / 精神 7 心的外傷後ストレス障害 (PTSD), 最新医学社, pp.26-35.
- Bae, H. K. D. & Park, Y. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation*, **5**(1), 60-65.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality as an attachment disorder. *Dissociative Disorders*, **4**(3), 117-123.
- 別府玲子・村橋けい子 (1999). 心因性難聴と解離性健忘の合併例. *Audiology Japan*, **42** (2), 142-146.
- Berliner, L., Bisson, J., Cloitre, M., Forbes, D., Goldbeck, L., Jensen, T., Lewis, C., Monson, C., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D., Roberts, N., & Shapiro, F. (2019 on line publishing). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations*. International Society for Traumatic Stress Studies,

Pp13.

- Bloch, D. A., Perry, S. E., & Silber, E. (1956). Some factors in the emotional reaction of children to disaster. *American Journal of psychiatry*, **113**(5), 416-422.
- Bonaparte, M. (1945). Notes on the analytic discovery of a primal scene. *The Psychoanalytic Study of the Child*, **1**, 119-125.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books. (黒田実郎・大羽奏・岡田洋子・黒田聖一 (訳) (1991). 母子関係の理論 I 愛着行動. 岩崎学術出版社.)
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss Vol.2 Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books. (黒田実郎・岡田洋子・吉田恒子 (訳) (1995). 母子関係の理論 II 分離不安. 岩崎学術出版社.)
- Breuer, J. & Freud, S. (1985). *Studien über Hysterie*. Frankfurt: Fisher. (金関猛 (訳) (2004). ヒステリー研究 (上). 筑摩書房.)
- Breslau, H. S., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, **48**, 216-222.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 748-766.
- Bronner, M. B., Beer, R., Jozine van Zelm van Eldik, M. Grootenhuis, M. A., & Last, B. F. (2009). Reducing acute stress in a 16-year old using trauma-focused cognitive behavior therapy and eye movement desensitization and reprocessing. *Developmental Neurorehabilitation*, **12**(3), 170-174.
- Burgess, A. W. & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, **131**(9), 981-986.
- Carey-Trefzer, C. (1949). The results of a clinical study of war-damaged children who attended the Child Guidance Clinic, the Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London. *Journal of Mental Science*,

95(400), 535-559.

- Charcot, J-M. & Cristopher, G. G. (1987). *Charcot, the Clinician: The Tuesday Lessons: Excerpts from Nine Case Presentations on General Neurology Delivered at the Salpetriere Hospital in 1887-88*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. (加我牧子・鈴木文晴(監訳) (1999). シャルコー神経学講義. 白揚社.)
- Chemtob, C. M., Nakashima, J. & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology*, **58**(1), 99-112.
- Chen, Y-R., Hung, K-W., Tsai J-C., Chu, H., Chung, M-H., Chen, S-R., Liao, Y-M., Ou, K-L., Chang, Y-C., & Chou, K-R. (2014). Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, **9**(8) e103676, 1-17.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **28**, 135-148.
- Cocco, N. & Sharpe, L. (1993). An auditory variant of Eye Movement Desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **24**(4), 373-377.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual-abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **43**, 393-402.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Publications, Inc. through The English Agency (Japan) Ltd. (白川美也子・菱川愛・富永良喜(監訳) (2014). 子どものトラウマと悲嘆の治療 トラウマ・フォーカスト認知行動療法マニュアル. 金剛出版.)

- Cohen, J. A. & The Work Group on Quality Issues (WGQI) and the AACAP (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **49**(4), 414-430.
- Coons, P. M., & Milstein, V. (1984). Rape and posttraumatic-stress in multiple personality. *Psychological Reports*, **55**, 839-845.
- D'Andrea, W., Ford, J. Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, **82**(2), 187-200.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology: Part II . Brain development. *Biological Psychiatry*, **45**, 1271-1284.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **45**(12), 1474-1484.
- De Jong, P. J., Andrea, H. & Muris, P. (1997). Spider phobia in children: disgust and fear before and after treatment. *Behavior Research and Therapy*, **35**(6), 559-562.
- De Roos, C. & De Jongh, A. (2008). EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia. *Journal of EMDR Practice and Research*, **2**(3), 201-211.
- De Roos, C., Greenwald, R., Den Hollander-Gijsman, M., Noorthoom, E., Van Buuren, S. & De Jongh, A. (2011). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, **2**, 5694-5704.

- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F. Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **24**(2), 227-236.
- Diseth, T. H. & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents--an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, **59**(4), 278-292.
- Donnelly, C. L., March, J. S., & Amya-Jackson, L. (2004). Pediatric posttraumatic stress disorder. In Wiener, J. M. & Dulcan, M. K. (Eds.) *Textbook of child and adolescent psychiatry. 3rd edition*. Washington DC: American Psychiatric Association Press, pp.609-636.
- Ehnholt, K. A. & Yule, W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **47**(12), 1197-1210.
- EMDR Institute (2014). Weekend1 トレーニングマニュアル 2014 年配布版
- Eth, S. & Pynoos, R. S. (Eds.) (1985). *Post-Traumatic Stress Disorder in Children*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Fernandez, I. (2007). EMDR as treatment of post-traumatic reactions: A field study on child victims of an earthquake. *Educational and Child Psychology*, **24**(1), 65-72.
- Field, A. & Cottrell, D. (2011). Eye movement desensitization and reprocessing as a therapeutic intervention for traumatized children and adolescents: a systematic review of the evidence for family therapists. *Journal of Family Therapy*, **33**(4), 374-388.
- Finkelhor, D., Wolak, J., & Berliner, L. (2001). Police reporting and professional help-seeking for child crime victims: A review. *Child Maltreatment*, **6**(1), 17-30.

- Fleming, J. (2012). The effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of traumatized children and youth. *Journal of EMDR Practice and Research*, **6**(1), 16-26.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD practice guidelines from the international society for traumatic stress studies second edition*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorders: A critical review. *Annual Review of Psychology*, **48**, 449-480.
- Foa, E. B. Rothbaum, B. O., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Procedures and Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**(5), 715-723.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., Friedman, M. J., Keane, T. M., Kudler, H. S., & Ursano, R. J. (2010). A Guide to Guidelines for the Treatment of PTSD and Related Conditions. *Journal of Traumatic Stress*, **23**(5), 537-552.
- Freud, A. (1974). A psychoanalytic view of developmental psychopathology. *Journal of the Philadelphia Association of Psychoanalysis*, **1**, 7-17.
- Freud, F. & Breuer, J. (1895). Studien über Hysterie. (芝信太郎 (訳) (1985) ヒステリー研究, 岩波書店.)
- 瀧野俊二 (2011). 乳児院における遊戯療法と生活場面での心理的支援 乳幼児期に母親から身体的・心理的虐待を受けた子どもの事例を通じて. 心理臨床学研究, **29**(4), 430-441.
- 瀧野俊二 (2015). 乳児院における遊戯療法を活用した心理的支援の拡がり. 心理臨床学研究, **34**(2), 184-195.
- 藤川洋子 (2012). 子の引き渡し事件とハーグ条約: 離婚による子どものトラウマをめぐって. 児童青年精神医学とその近接領域, **53**(2), 137-145.
- 藤森和美 (1999). 子どものトラウマと心のケア. 誠信書房.

- 藤森和美 (2000). 災害と子どもの心のケア. 小児科臨床, **53** (増刊), 1110-1114.
- 藤森和美 (2002). 子どもの PTSD の課題と回復プロセス. 心療内科, **6**(4), 259-264.
- 藤森和美 (2005). 学校における子どもへのトラウマケア: 緊急支援プログラム. 看護技術, **51**(11), 957-959.
- 藤本昌樹 (2008). 対人関係は子どもの脳や愛着の発達と関連があるのか? - Daniel Siegel の対人関係神経生物学の視点から - . 小児看護, **31**(6), 744-750.
- 藤本伸治 (2014). 自閉症スペクトラム児のトラウマに対する EMDR の有効性. 脳と発達, **46**(suppl), 5389.
- 福地成・林香織・大屋一博・安保亘 (2002). 初回発作時の脳波で PLEDs を呈した解離性障害の一例. 子どもの心とからだ, **11**(2), 132-138.
- 福地成・前垣よし乃・氏家武 (2005). 交通事故を契機に発症した PTSD 女児例. トラウマティック・ストレス, **3**(2), 189-196.
- 福井義一 (2017). トラウマ・ケアの技法 - 伝統的な心理療法と新しい身体志向の心理療法. そだちの科学, **29**, 23-29.
- 福井義一 (2019). 応答のない心身のうずき. 臨床心理学, **19**(1), 34-37.
- 福田恵美・小西聖子 (2002). 子どものトラウマとその対応. 思春期学, **20**(1), 155-160.
- 舟橋敬一 (2010). 子どものトラウマ反応 - 身体症状を中心として - . トラウマティック・ストレス, **8**(1), 26-34.
- 舟橋敬一 (2011). 子どもの医療をめぐるトラウマ: 子どもにとって病気であることの意味. トラウマティック・ストレス, **9**(2), 208-216.
- フランク・パトナム・笠原敏雄 (1999). 多重人格障害 - その精神生理学的研究. 春秋社.
- 古荘純一・田崎いずみ・佐藤弘之・飯倉洋治・丸場川哲二・土屋節子・丸山博・河合洋 (1997). 思春期に解離性障害の出現した小児てんかん患者 2 例の検討 - 小児科医からみた治療と治療構造について - . 小児科臨床, **50**,

2365-2369.

- 古荘純一・久保田めぐみ・片山直美・坂西齡佳・田崎いずみ・佐藤弘之・松本勉・飯倉洋治・九場川哲ニ（1998）. 心因にて気管支喘息発作の憎悪をみた不登校と解離性障害の1女児例. *アレルギーの領域*, **5**(2), 203-205.
- Gaensbauer, T. J. (1994). Therapeutic work with a traumatized toddler. *Psychoanalytic Study of the Child*, **49**, 412-433.
- Gauvry, S. B., Lesta, P., Alonso, A. L. & Pallia, R. (2013). Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), Sudeck's Dystrophy: EMDR reprocessing therapy applied to the psychotherapeutic strategy. *Journal of EMDR Practice and Research*, **7**(3), 167-172.
- Gil, E. (1991). *The Healing Power of Play: working with abused children*. New York: Guilford Press. (西澤哲 (訳) (1997). 虐待を受けた子どものプレイセラピー. 誠信書房.)
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. New York: Guilford Press.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C. O'Brien, L. & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal May 2013*, **8**(3), 1004-1116.
- Goenjian, A. (1993). A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake. Implementation and clinical observations. *The British Journal of Psychiatry*, **163** (2), 230-239.
- Goenjian, A., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L.M., Asarnow, J. R., Karayan, I., Ghurabi, M. & Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 1174-1184.
- Gomez, A. M. (2017). 世代間トラウマ: 愛着理論に基づく親と子への EMDR. 日本 EMDR 学会第 12 回学術大会継続研修.
- 後藤豊実 (2006). 外傷体験者自身における治療ニーズのとらえ方と専門的な援助を求める傾向: 欧米研究からの考察. *日本社会精神医療誌*, **15**, 12-24.

- Green, B. L., Grace, M. C., Vary, M. G., Kraner, T., Gleser, G. C., & Leonard, A. C. (1994). Children of Disaster in the Second Decade: A 17-year follow-up of Buffalo Creek survivors. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **33**(1), 71-79.
- Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: Five case studies. *Anxiety Disorders Practice Journal*, **1**, 83-97.
- Greenwald, R. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): New hope for children suffering from trauma and loss. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **3**(2), 279-287.
- Greyber L R, Dulmus C N & Cristalli M E (2012): Eye Movement Desensitization Reprocessing, Posttraumatic Stress Disorder, and Trauma: A review of randomized controlled trials with children and adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, **29**, 409-425.
- 花田雅憲 (2002). 子どもの臨床におけるトラウマ. 児童青年精神医学とその近接領域, **43**(4), 369-374.
- 原田文樹・梅沢要一 (1998). 多重人格障害を契機に診断治療し得たてんかんの一例. 児童青年精神医学とその近接領域, **39**(1), 107-108.
- 波多江洋介 (2007). 箱庭で水を用いた遊びを繰り返した男児の遊戯療法過程. 心理臨床学研究, **25**(2), 228-239.
- ヘネシー澄子 (2012). 災害後を生きるためにーヴァン・デ・コーク博士の講演とインタビューより. 世界の児童と母性, 98-102.
- Helfer, M. E., Kempe, R. S. & Krugman, R. D. (1997). *The Battered Child, Fifth Edition*. Chicago: The University of Chicago Press. (坂井聖二 (監訳) (2003). 虐待された子ども. 明石書店. )
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single-incident trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, **3**(1), 2-9.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD; A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, **5**, 377-391.
- Herman, J. L. (1997): *Trauma and Recovery: revised edition*. New York:

- Basic Books. (中井久夫(訳)(1999). 心的外傷と回復(増補版). みすず書房.)
- 東睦広・三井良之・人見一彦(2007). 母子関係の修復により軽快した解離性障害の1例. 精神科, **11**(6), 479-483.
- 平岡篤武(2006). 加害的性逸脱行為を行った男児(被虐待)に EMDR を導入した心理ケア. 子どもの虐待とネグレクト, **8**, 29-38.
- 廣澤愛子(2008). 「集合的な影」による心の傷とその癒しについて. 心理臨床学研究, **26**(5), 525-536.
- 廣澤愛子(2014). 被虐待児・者に対するイメージをもちいた心理療法の「支援効果の機序」の検討 外傷体験の語り, イメージの作用, および Cl-Th 関係に着目して. 心理臨床学研究, **32**(1), 39-50.
- 廣常秀人(2004). 子どもの外傷後ストレス障害(PTSD). 小児看護, **27**(9), 1162-1171.
- 廣常秀人・補永栄子・斉藤陽子・小川朝生・大澤智子・小笠原將之・加藤寛・井上洋一・武田雅俊(2005). 子どもの外傷後ストレス障害(PTSD)ーその歴史と概念の変遷ー. トラウマティック・ストレス, **3**(2), 129-140.
- 久留一郎・餅原尚子(2003). 土石流災害による子どもへの心理的影響: PTSD 症状を呈した事例を通して. 鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要, **13**, 57-67.
- Högberg, G. & Hällstörn, T. (2008). Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: description, evaluation and clinical profile. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **13**(3), 435-448.
- 本間博彰・名久井隆宏・斎藤宏(1988). 小児ヒステリーの1症例ーいわゆる交代人格と考えられる現象を呈した女兒についてー. 精神医学, **17**(2), 241-247.
- 本間博彰・小野寺滋実・高田美和子(2014). 東日本大震災による乳幼児の心的外傷及び関連障害の態度について: 発見されにくいトラウマを抱えた幼い子どもたちへの児童精神医学的介入と実践的なケアの構築の検討. 研究助成論文, **50**, 123-130.
- 堀端廣直・郭哲次・坂口守男・小野善郎・百溪陽三・吉益文夫・東雄司

- (1995). Folie a deux を呈し “宇宙語” で交話する一夫婦例. 精神医学, **37(3)**, 297-302.
- 星野崇啓 (2013). 不慮の事故により病院を受診した子どもの心理的特徴. 小児看護, **36(6)**, 674-679.
- 細澤仁 (2001). 解離性同一性障害の精神療法—終結3症例を通して—. 思春期青年期精神医学, **11(2)**, 89-98.
- 細澤仁 (2003). 思春期解離性同一性障害患者の治療—精神療法, マネージメント, そして「抱えること」—. 精神分析研究, **47(2)**, 176-183.
- 市田勝 (1995). 解離の発症と利用について言語化した一例. 精神医学, **37(9)**, 935-941.
- 市田勝 (1996). 二重人格を呈した1女性例—コミュニケーションとしての二重人格の視点から—. 精神療法, **22(2)**, 55-65.
- 市田勝 (2001). 解離性障害. 精神科治療学, **16**, 322-326.
- 市井雅哉・吉川久史 (2010). EMDR: 外傷記憶を処理する心理療法—子どもへの適用, 特に自閉症圏の子どもへの適用について—. 児童青年精神医学とその近接領域, **51(3)**, 275-280.
- 市井雅哉 (2015). EMDRWeekend1 トレーニングマニュアル補助資料 2015年3月改定.
- 市井雅哉 (2016). 第10回学術大会を迎え, 次の10年を見据える—日本EMDR学会員アンケート調査結果報告を中心に—. EMDR研究, **8**, 3-10.
- 一丸藤太郎 (1997). 初期解離性同一性障害の青年男子の一事例. 広島女子大学子ども文化研究センター研究紀要, **2**, 1-20.
- 一丸藤太郎・倉永恭子・森田裕司・鈴木健一 (2001). 通り魔殺人事件が児童に及ぼした影響—継続実施したS-HTPから—. 心理臨床学研究, **19(4)**, 329-341.
- 井伊乙音 (2010). トラウマからの回復—患者の声が聞こえますか?— (8) 子どもが運んでくれた勇気. 公衆衛生, **74(11)**, 959-961.
- 飯塚有紀 (2013). NICUへの入院を経験した低出生体重児の母親にとっての母子分離と母子再統合という体験. 発達心理学研究, **24(3)**, 263-272.
- 石黒大輔 (2000). 解離性同一性障害の入院治療—その集団力動に及ぼす影響と治療状況の混乱—. 児童青年精神医学とその近接領域, **41(5)**, 528-538.

- 石隈利紀 (1996). 学校心理学に基づく学校カウンセリングとは. *カウンセリング研究*, **29**, 226-239.
- 磯邊顕生 (2008). 子どもの不登校・抑うつから展開した家族へのアプローチ. *アディクションと家族*, **25**(1), 14-18.
- 伊藤昌弘 (2004). 交通事故による心的外傷後ストレス障害に対して選択的セロトニン再取り込み阻害剤とベンゾジアゼピン系が有効であった 8 歳男児例. *小児科臨床*, **57**(11) 2305-2308.
- 伊東ゆたか (2006). 子どものトラウマ. *こころの科学*, **129**(9), 77-82.
- 岩切昌宏 (2002). 学校におけるトラウマケア (いじめ). *臨床精神医学増刊号*, 185-191.
- 岩切昌弘・野坂祐子・瀧野揚三 (2005). 事件・事故のあと一教師が子どもたちに配慮しなければいけないこと第 3 回トラウマ反応への基本的対応. *月間学校教育相談*, **19**(7), 50-54.
- 泉真由子・小澤美和・細谷亮太・森本克・金子隆 (2008). 小児がん患児の両親の心理的問題～心的外傷後ストレス症状発症の予測因子の検討～. *小児がん*, **45**(1), 19-23.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A. Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **11**, 358-368.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris: Société Pierre Janet.  
(松本雅彦 (訳) (2013). *心理学的自動症*. みすず書房.)
- Jarero, I., Artigas, L., & y López Lena, M. M. (2008). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, **2**(2), 97-105.
- Jarero, I., Roque-López, S., & Gomez, J. (2013). The provision of an EMDR-based multicomponent trauma treatment with child victims of severe interpersonal trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, **7**(1), 17-28.
- Jayatunge, R. M. (2008). Combating tsunami disaster through EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, **2**(2), 140-145.

- Jernberg, A.M. (1979). *Theraplay: A New Treatment Using Structured Play for Problem Children & Their Families*. San Francisco: Jossey-Bass. (海塚敏郎 (監訳) (1987). セラプレイー感覚運動遊びによる治療. ミネルヴァ書房.)
- 角野善宏 (2001). 全身熱傷を受けた青年の心理療法過程. 心理臨床学研究, **19(5)**, 513-524.
- 梶原隆之 (2010). 養護を必要とする児童への対応. 成長科学協会研究年報, **33**, 225-228.
- 亀岡智美 (2011). 心的外傷関連障害. 小児科臨床, **64(5)**, 889-896.
- 亀岡智美 (2012). 子どものトラウマ (保健・医療現場におけるリスクコミュニケーション). 日本保健医療行動科学会年報, **27**, 74-81.
- 亀岡智美 (2013). 子どものトラウマとアセスメント. トラウマティック・ストレス, **10(2)**, 131-137.
- 上別府圭子 (2003). 小児がんの子どもに見る PTSD—回復過程と予防的介入の試み—. 児童青年精神医学とその近接領域, **44(1)**, 49-63.
- 上村純子 (1999). ウルズラ・ヌーバー著 丘沢静也訳 「〈傷つきやすい子ども〉という神話—トラウマを超えて」. 人間発達研究所紀要, **12**, 141-146.
- 上岡千世・大森哲郎 (2001). 幼児期の心的外傷体験がなく発症した解離性同一性障害の 1 症例—発症要因と人格特性に関する考察—. 臨床精神医学, **30(5)**, 539-546.
- 金子浩二 (2002). 精神病性症状を呈し, 背景に父親による虐待を認めた解離性障害の一例. 児童青年精神医学とその近接領域, **43(1)**, 57-63.
- 兼本浩祐 (2011). 思春期の解離. 精神科治療学, **26(6)**, 719-725.
- 加藤直子・山岡昌之・一條智康・森下勇 (2003). 多彩な解離症状を呈した思春期女子の 1 症例. 心身医学, **43(9)**, 609-615.
- 河合隼雄 (1967). ユング心理学入門. 培風館.
- 河合俊雄 (2000). 心的外傷理論の批判的検討. 河合隼雄・空井健三・山中康裕 (編). 臨床心理学大系第 17 巻心的外傷の臨床. 金子書房, pp.23-56.
- 河村雄一・本城秀次・杉山登志郎・村瀬聡美 (2008). 児童思春期に解離症状がみられた 18 例の臨床的研究. 児童青年精神医学とその近接領域, **41(5)**,

- 505-513.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The Battered-Child Syndrome. *Journal of American Medical Association*, **181**(1), 17-24.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1985). The Battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*, **9**, 143-154.
- Kemp, M., Drummond, P. & McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **15**(1), 5-25.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **52**, 1048-1060.
- 紀平省悟 (2007) . ト라우マと脱愛着－発達神経学的観点からみた乳幼児の解離－. *トラウマティック・ストレス*, **5**(1), 15-23.
- 菊池清美 (2004) . ある解離性同一性障害女性の人格統合のプロセス. *心理臨床学研究*, **21**(6), 553-562.
- 菊池信太郎 (2016) . 福島の変化と現状：郡山市の子どもたちの4年間. *子育て支援と心理臨床*, **11**, 66-72.
- 木村宏之 (2007) . 解離性障害の精神療法. *精神科治療学*, **22**(3), 253-259.
- 金吉晴 (2012) . PTSD の概念と DSM-5 に向けて. *精神神経学雑誌*, **114**(9), 1031-1036.
- 金吉晴 (2014) . 心的外傷後ストレス障害. 神庭重信・三村将 (編). *DSM-5 を読み解く*. 中山書店, pp.164-170.
- 北村直人 (2011) . 症例でみる解離性同一性障害の治療導入. *精神神経学雑誌*, **113**(9), 918-925.
- Kitchiner, N. J. (2000). Using EMDR to treat post-traumatic stress disorder in a prison setting. *British Journal of Community Nursing*, **5**(1), 26-31.

- Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. A study of 33 cases-. *Psychiatric Clinics of North America*, **7**, 9-29.
- 小林正幸 (2008). 不登校への適用. *こころのりんしょう a・la・carte*, **27(2)**, 299-304.
- 小林正幸 (2013). 震災後の子どもに対する心理支援—教師と支援者のための電子メール相談とキャンプを通して—. *EMDR 研究*, **5**, 30-36.
- 小林正幸・早川恵子 (2010). EMDR および RDI の施行による不登校行動の改善効果について. *EMDR 研究*, **2**, 39-50.
- 小林隆児 (2010). 痴漢被害後に PTSD を呈した前思春期女兒の回復過程. *小児看護*, **33(11)**, 1575-1579.
- Koenen, K. C. (2007). Genetics of posttraumatic stress disorder: Review and recommendations for future studies. *Journal of Traumatic Stress*, **20(5)**, 737-750.
- 古賀章子・高松真理・前田正治・津田彰 (2011). 近隣者からの嫌がらせを被った児童への関わり. *心理臨床学研究*, **29(3)**, 341-352.
- 近藤千加子 (2009). 学校で暴れる子どもへの EMDR—母親の自殺を目撃した中学生女子への連携的対応—. *EMDR 研究*, **1**, 34-43.
- 近藤千加子 (2011). 児童虐待の心理療法—不適切な養育の影響からの回復接近モデルの提起—. 風間書房.
- 小西聖子 (2001). トラウマ, PTSD 概念と子どもの虐待 (緊急特集: 子どもの虐待). *臨床心理学*, **1(6)**, 731-737.
- 熊野宏昭 (1992). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)—眼球運動により外傷的記憶の脱感作と再体制化を行う技法—. *心身医療*, **4**, 1331-1337.
- 國吉知子 (2011). 米国における新しいトラウマ治療の動向—子どもの複合的トラウマ治療のための枠組み SRC 理論—. *論集*, **58(2)**, 1-18.
- 倉光修 (2004). *臨床心理学全書第 12 巻学校臨床心理学*. 誠信書房.
- Lacey, G. N. (1972). Observations on Aberfan. *Journal of Psychosomatic Research*, **16(4)**, 257-260.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K. & Wasserstein, S. B. (1998). Children's

- predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following Hurricane Andrew. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **66**, 883-892.
- La Greca, A. M. (2000). *Posttraumatic Stress Disorder in Children Volume 3*, pp.181-185. (前田正治 (訳) (2007). 心的外傷後ストレス障害 (子どもの). pp.1470 - 1473.)
- La Porta, L. D. (1992). Childhood trauma and multiple personality disorder: the case of a 9-year-old girl. *Child Abuse & Neglect*, **16**(4), 615-620.
- Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P. Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Hoven, C. W., Narrow, W. E., Vaden-Kiernan, M., & Regier, D. A. (1996). Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA study. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, **35**(7), 889-897.
- Leeds, A. (2016). *A guide to the Standard EMDR Therapy Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants Second edition*. New York: Springer Publishing Company.
- Levine, A. P. & Frederic, A. (1997). *Walking the Tiger: Healing Trauma*. California: North Atlantic Books. (藤原千枝子 (訳) (2008). 心と身体をつなぐトラウマセラピー. 雲母書房.)
- Levy, D. (1945). Psychic trauma of operations in children. *American Journal of Diseases of Children*, **69**, 257-260.
- Levy, T. M. & Orlans, M. (1998). *Attachment, trauma, and healing: Understanding and treating attachment disorder in children and families*. Washington: Child Welfare league of America. (藤岡孝志・ATH研究会 (訳) (2005). 愛着障害と修復的愛着療法—児童虐待への対応. ミネルヴァ書房.)
- Lieberman, A. F., van Horn, P. J., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **44**, 1241-1248.

- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In Solomon, J. & George, C. (Eds.). *Attachment Disorganization*, New York: The Guilford Press. pp.291-317.
- Lovett, J. (1999). *Small Wonders*. New York: Simon & Shuster, Inc. (市井雅哉 (監訳)・伊東ゆたか (訳) (2010). スモール・ワンダー. 二瓶社.)
- Lovett, J. (2013). 難しい子どもへの EMDR. *EMDR 研究*, **5**, 3-11.
- Ludwig, A. M. (1983). The psychobiological function of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, **26**, 93-99.
- MacLean, G. (1977). Psychic trauma and traumatic neurosis: Play therapy with a four-year-old boy. *Canadian Psychiatric Association Journal*, **22**, 71-76.
- Main, M. & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior. In Michelson, L. K. & Ray, W. J. (Eds.). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum Press, pp.107-138.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M.T., Cicchetti, D. & Cummings, E. M. (Eds.). *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press, pp.121-160.
- 牧之瀬紀江・吉牟田直孝・吉牟田直 (2001) . 解離性障害に対する心理劇の試みー心理劇とカウンセリングによる援助ー. *心理劇研究*, **25**(1), 20-26.
- 丸山洋子・吉川久史 (2015). 自閉症スペクトラム症とトラウマ. *臨床精神医学*, **44**(1), 53-59.
- 正木智子・柳田多美・金吉晴 (2007). PCIT(Parent-Child Interaction Therapy) 親子のための相互交流療法について. *トラウマティック・ストレス*, **5**(2), 133-140.
- 舛田亮太 (2009). ひきこもりがちな高機能広汎性発達障害青年との心理療過程 日常的解離と橋渡し機能の視点から. *心理臨床学研究*, **27**(4), 468-479.

- 舛田亮太・中村俊哉（2007）．近年の国内における解離性同一性障害の分類について．*心理臨床学研究*，**25**(4)，476-482．
- 増沢高（2016）．虐待を受けた子どもの育ちを支える．*発達*，**37**(145)，19-23．
- 松丸未来（2012）．子どものトラウマからの快復のために認知行動療法を活用する（特集 災害トラウマからの快復に向けて）．*臨床心理学*，**12**(2)，193-199．
- 松本俊彦（2009）．自傷行為の理解と援助．日本評論社．
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, **176**, 589-593.
- McElroy, L. P. (1992). Early indicators of pathological dissociation in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, **16**(6), 833-846.
- McFarlane, A.C. (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, **17**(2), 393-408.
- McGuinness, V. (1997). *Integrating Play Therapy and EMDR with Children*. Indiana: 1st Books Library.
- Mevissen, L. & De Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, **30**(3), 308-316.
- Mevissen, L., Lievegoed, R. & De Jongh, A. (2011). EMDR treatment in people with mild ID and PTSD: 4 Cases. *Psychiatric Quarterly*, **82**, 43-57.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A. & De Jongh, A. (2012). Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: a case series. *Developmental Neurorehabilitation*, **15**(3), 223-232.
- Mikuliner, M., Florian, V., & Weller, A. (1993): Attachment styles, coping strategies and posttraumatic psychological distress; the impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, **64**, 817-826.
- 三宅由子・尾崎新（1993）．精神医学分野の災害研究の現状（現代日本の社会精神病理特集）．*精神医学*，**35**(4)，399-405．

- Mordi, A. R., Doost, H. T., Taghavi, N. R., Yule, W. & Dalgleish, T. (1999).  
Everyday memory deficits in children and adolescents with PTSD:  
performance on the Rivermead Behavioral Memory Test. *Journal of Child  
Psychology and Psychiatry*, **40**(3), 357-361.
- 森国佐知 (2012). 性的行動化を繰り返した思春期女性との心理療法過程. 心  
理臨床学研究, **30**(5), 691-702.
- 森茂起 (2005). ト라우マの発見. 講談社.
- 森茂起 (2011). 児童養護施設における子どもたちの自伝的記憶: ト라우マと愛  
着の観点から. ト라우マティック・ストレス, **9**(1), 43-52.
- 森田展彰 (2008). 被害体験を持つ虐待的な親への介入・援助—アタッチメン  
トの観点を中心に. ト라우マティック・ストレス, **6**(1), 33-42.
- 森田ゆり (2003). 子どもの虐待・DV ハイリスクの親の回復支援: My Tree プ  
ログラム. へるす出版生活教育, **47**(1), 32-39.
- 森山成彬 (2000). PTSD の歴史的展望と病態. 臨床精神医学, **29**(1), 5-10.
- 森山成二 (1990). 心的外傷後ストレス障害の歴史. 日本医事新報, **3444**, 56-  
62.
- 元村直靖 (2012). 子どものストレス障害. 小児科, **53**(5), 567-574.
- 元村直靖 (2013a). 子どものトラウマケアと認知行動療法. ト라우マティック・  
ストレス, **11**(1), 11-17.
- 元村直靖 (2013b). PTSD の認知機能障害. 臨床精神医学, **42**(12), 1505-1510.
- 本山俊一郎・松永文保 (1998). 自殺企図後に多重人格を呈した 1 例—  
Fairbairn, W.R. D. の人格理論から—. 精神科治療学, **13** (1) , 69-78.
- 村本邦子 (2002). コミュニティの中での予防的支援—FLC 子ども向け予防教  
育プログラムの紹介. コミュニティ心理学研究, **5**(2), 152-155.
- 村瀬聡美 (2008). 子どもにおける非精神病性の幻覚体験. *Schizophrenia  
Frontier*, **9** (3) , 175-178.
- 村瀬聡美 (2011). 子どものストレスと身体症状化: 解離傾向と親の養育態度  
に着目して. ストレス科学, **25**(4), 273-276.
- 村田豊久 (2008). 子どもの心の診療室から—子ども臨床から学ぶこと (第 22  
回) 自分でない自分: 解離性障害. 教育と医学, **56**(4), 384-391.

- 村山正治 (2015). 「チーム学校」の中間報告：スクールカウンセラー制度の大変化の動き・緊急報告：チームとしての学校・教職員の在り方に関する作業部会の中間報告を読んで．子どもの心と学校臨床， **13**, 3-8.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **66**(1), 193-198.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Haaften, H. Mayer, B. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider-phobic children. *British Journal of Psychiatry*, **171**, 82-86.
- Myers, C. S. (1940). *Shell Shock in France*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 長尾圭造・奥野正景 (2004). 戦争と子どものトラウマ (I) 戦争と犠牲. 医療, **58**(5), 271-277.
- 長尾圭造・進藤英次・奥野正景 (2005). 腸管出血性病原性大腸菌 O157 集団発症による PTSD の長期観察例－PTSD 症状とその他の症状の変遷－. トラウマティック・ストレス, **3**(2), 173-180.
- 永田真一・船越俊一・上埜高志・林富・松岡洋夫 (2005). 小児がんに伴う外傷後ストレス障害 (PTSD). 小児がん, **42**(4), 809-816.
- 中井久夫 (2004). 徴候・記憶・外傷. みすず書房.
- 中井孝章 (2001). 教育学の逆襲－スクールカウンセラーは子どもを救えるか (5) 「トラウマ＝癒し」主義の陥穽. 教職研修, **29**(12), 127-130.
- 中島暢美 (2004). 壺イメージとしての夢を語る過程. 心理臨床学研究, **22**(2), 117-127.
- 中島暢美 (2013). カウンセリングで身体イメージを語る意味トラウマの治癒. 心理臨床学研究, **31**(5), 933-943.
- 中元真由美・神原雪子・田中英高 (2010). 保育園で性的いじめにより外傷後ストレス障害を呈した 5 歳女児の臨床経過について. 日本小児心身医学会雑誌, **19**(1), 83-88.
- 中村俊規・中野隆史・斎藤治・岩脇淳・仲谷誠・大森健一 (2000). 解離性障

- 害の生物学的成因と治療－右海馬萎縮を認め塩酸タリペキソールが有効であった解離性同一性障害（DID）の一例を中心に－．家族機能研究所研究紀要， **4**， 121-140.
- 中村有吾・瀧野揚三（2015）．トラウマインフォームドケアにおけるケアの概念と実際．学校機器とメンタルケア， **7**， 69-83.
- 中根晃（1991）．児童期の解離性障害．中谷陽二（編）．精神医学レビューNo.22 解離性障害．ライフ・サイエンス， pp.47-54.
- 中西俊夫・高橋俊彦・西岡和郎（1997）．多重人格の一例．臨床精神病理， **18**， 169-180.
- 中野三津子・外口弥生（1999）．入院中の拒食症の子どもへの EMDR 応用の試み．こころの臨床 à la carte， **18**(1)， 63-67.
- 中島一憲・溝口るり子（1993）．多重人格を呈した解離型ヒステリーの1例．精神医学， **35**(4)， 439-435.
- 中津忠則・大西敏弘・藤井笑子・吉田哲也（2001）．解離性障害の6歳男児例．子どもの心とからだ， **10**(1)， 64-65.
- 中津忠則・高岡正明・松浦里・高橋昭良・東田好広・漆原真樹・吉田哲也（2004）．級友から受けた暴行により PTSD（心的外傷後ストレス障害）を来した2症例．小児科臨床， **57**(11)， 2309-2314.
- 檜原真也（2013）．児童養護施設におけるプレイセラピーと生活援助の協働．心理臨床学研究， **30**(6)， 809-820.
- 檜原真也・若林万里子・須賀美穂子（2010）．子どものアタッチメント（愛着）とトラウマに焦点をあてた心理療法の有効性の検討（第一報）ACBL-Rによる治療効果の測定．子どもの虐待とネグレクト， **12**(1)， 119-130.
- National Center for Infants, Toddlers and Families (1994). *Diagnostic classification: 0-3, Diagnostic Classification of mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood by Zero to Three*. (本城秀次・奥野光（訳）（2000）．精神保健と発達障害の診断基準 0歳から3歳まで．ミネルヴァ書房.)
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Posttraumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in*

*primary and secondary care.* London

- Newgent, R.A., Paladino, D. A., & Reynolds, C. A. (2006). Single session treatment of nontraumatic fear of flying with eye movement desensitization reprocessing pre and post-September 11. *Clinical Case Studies*, **5**(1), 25-36.
- Newman, C. J. (1976). Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, **133**, 306-312.
- 日本 EMDR 学会 (2015). EMDR とは. 日本 EMDR 学会 <https://www.emdr.jp/>, 2015 年 3 月 31 日 (参照).
- Nijenhuis, E. R., van der Hart, O., Kruger, K. & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defense-like reactions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **38**(9), 678-686.
- 仁木啓介 (2014). 性被害の理解と対応. EMDR 研究, **6**, 3-17.
- 西順子 (2011). 女性や子どものトラウマとコミュニティ支援—個人臨床を越えて. 女性ライフサイクル研究, **21**, 12-19.
- 西澤哲 (1994). 子どもの虐待—子どもと家族への治療的アプローチ. 誠信書房.
- 西澤哲 (1995). 虐待を受けた子どもへの初期対応—「虐待」と「見捨てられ体験」という二重のトラウマをめぐって—. 小児内科, **27**(11), 1651-1654.
- 西澤哲 (1996). 災害と子どものトラウマ. 思春期学, **14**(3), 222-227.
- 西澤哲 (1997a). 子どものトラウマ. 講談社現代新書.
- 西澤哲 (1997b). 子どもの虐待と家族—虐待を生じる要因としてのトラウマ. 精神療法, **23**, 233-241.
- 西澤哲 (1997c). 虐待の心理的影響と子どもの心理療法. 小児の精神と神経, **37**(2), 137-143.
- 西澤哲 (1999). 虐待を受けた子どもへの心理的ケア—トラウマへの包括的アプローチ. 世界の児童と母性, **47**, 10-13.
- 西澤哲 (2000). 児童養護施設に入所中の子どものトラウマ反応: TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children; Briere, J., 1996) の結果の分析から. 社会事業研究, **39**, 43-46.

- 西澤哲 (2008). 幼児期後期から学童期の子どもの愛着とトラウマに焦点を当てた心理療法. *トラウマティック・ストレス*, **6**(1), 24-32.
- 野間俊一 (2011). 解離性障害と自傷. *精神神経学雑誌*, **113**(9), 912-917.
- 野々村説子 (1998). 行動化を繰り返した女子大学生の心理療法例. *精神分析研究*, **42**(5), 543-551.
- 野坂祐子 (2011). 思春期の PTSD. *精神科治療学*, **26**(6), 1763-1769.
- 小田裕子 (2006). トラウマを受けた子ども レジリエンスに着目した子どもへの支援. *女性ライフサイクル研究*, **16**, 23-30.
- 小笠原洋 (2013). 児童養護施設において異性セラピストとして関わった女兒との遊戯療法. *心理臨床学研*, **31**(1), 49-59.
- 緒川和代 (2010a). 小学生のトラウマ体験に対し EMDR を実施した事例 — トラウマ体験に子どもと家族はどう立ち向かうのか—. 第 29 回日本心理臨床学会発表抄録集.
- 緒川和代 (2010b). 解離性障害男子生徒との援助面接と理解. *心理臨床学研究*, **28**(1), 39-49.
- 緒川和代 (2016). 小児科における EMDR 介入の有効性と課題 — 3 事例を通して —. *EMDR 研究*, **8**, 54-64.
- 緒川和代・松本真理子 (2017). 子どもに対する EMDR 適用に関する文献的考察. *児童青年精神医学とその近接領域*, **58**(3), 409-423.
- 緒川和代 (2014). 子どもの解離性障害に関する研究展望 — 事例論文を中心に —. *名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (心理発達科学)*, **61**, 123-136.
- 緒川和代 (2018). 小児科におけるストーリーテリング法の実践. *EMDR 研究*, **10**, 22-23.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton. (日本ハコミ研究所 (訳) (2012). *トラウマと身体*. 星和書店.)
- 大塚美菜子・加藤寛・亀岡智美 (2016). 発達障害児者におけるトラウマ臨床の実態についての現状と課題についての研究. *兵庫子どものこころケアセン*

- ター平成 28 年度短期研究報, 37-64.
- 岡野憲一郎 (2007). 解離性障害. 岩崎学術出版社.
- 岡野憲一郎 (2011). 続解離性障害 ―脳と身体からみたメカニズムと治療―. 岩崎学術出版社, pp.74-89.
- 大河原美以 (2004). 子どもが生きるカウンセリング技法 (28) EMDR―記憶の中のトラウマを脳が再処理することを促す技法―. 児童心理, **58**(12), 116-156.
- 大河原美以 (2008). 子どもの心理治療に EMDR を利用することの意味―感情制御の発達不全と親子のコミュニケーション―. こころのりんしょう à·la·carte, **27**(2), 293-298.
- 大河原美以 (2010a). 感情制御の発達不全とその回復―嘔吐経験がトラウマとなった小学生事例の治療経過から. 医学のあゆみ, **232**(1), 33-37.
- 大河原美以 (2010b). 家族療法と EMDR の統合の視点―関係性の改善への応用―. EMDR 研究, **2**, 27-38.
- 大河原美以 (2012). 妹への暴力を主訴とした小 4 男児と家族への心理治療. EMDR 研究, **4**, 41-51.
- 大河原美以 (2013). EMDR と子どもの解離の治療―「いやな気持ち出てこないで！」VS「いやな気持ちは大事な気持ち」. EMDR 研究, **5**, 12-17.
- 岡崎順子・夏井耕之・宮脇尚志・松尾孝彦・三田達雄・村田雅弘・菅原照・中尾一和 (1997). 摂食障害患者の解離性反応について ―高度肥満と過食を主訴とした多重人格の症例を中心に―. アルコール依存とアディクション, **14**, 29-39.
- 奥山眞紀子 (2005). 虐待を受けた子どもの PTSD とトラウマケア (焦点 PTSD とトラウマケア). 看護技術, **51**(11), 962-965.
- 奥山眞紀子・亀岡智美・元村直靖・瀧野揚三・岩切昌宏・野坂祐子・平山照美・栗木紀子・兼平高子・住田佑子・安部紫・加藤寛 (2009). 子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書, 275-292.
- 奥山眞規子・山下淳・成田有里・正田美樹子 (1999). 交通事故による小児の外傷後ストレス障害 (PTSD). 埼玉小児医療センター医学誌, **16**(2), 122-128.

- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, **133**(2), 183-204.
- 小俣和義 (2002) . 同一セラピスト母子並行面接における「枠」の重要性. 心理臨床学研究, **20**(4), 324-335.
- 小野寺滋実 (2013). 震災後の心理支援: これまで, これから—宮城県子ども総合センターの活動を中心に—. EMDR 研究, **5**, 24-29.
- 小野真樹 (2014). ト라우マから見た子どもの発達障害—その理解と治療—. 精神科治療学, **29**(5), 603-614.
- Oppenheim, H. (1889). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. Charleston: Nabu Press.
- Oras R., De Ezpeleta S. C. & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, **58**(3), 199-203.
- Osofsky, J. D., Cohen, G., & Drell, M. (1995). The effects of trauma on young children: A case of 2-year old twins. *International Journal of Psycho-Analysis*, **76**, 595-607.
- 大塚俊弘・中根允文 (2000). 精神科診断学体系における PTSD 概念の位置づけ. 中根允文・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.
- Ozer, E. J., Best, S. R., & Lipsey, T. I. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **129**, 52-73.
- Page, H. (1885). *Injuries of the Spine and Spinal Column without Apparent Mechanical Lesion*. London: Forgotten Books.
- Paulsen, S. (2009). *Looking through the Eyes of Trauma and Dissociation. An illustrated guide for EMDR therapists and clients*. South Carolina:

- BookSurge Publishing. (新井陽子・岡田太陽(監修)黒川由美(訳)(2012).  
トラウマと解離症状の治療 EMDR を活用した新しい自我状態療法. 東京  
書籍株式会社.)
- Paulsen, S. (2017). *When there are no words: Repairing early trauma and neglect from the attachment period with EMDR therapy*. Washington: Bainbridge institute for integrative psychology. (大河原美以・白河美也子(監訳)(2018). 言葉がない時 沈黙の語りに耳を澄ます EMDR 療法による早期トラウマの修復. 株式会社スペクトラム出版社.)
- Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **24**(1), 73-75.
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children; a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **36**, 1503-1511.
- Pfefferbaum, B., Newman, E. & Nelson, S. D. (2014). Mental health interventions for children exposed to disasters and terrorism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, **24**(1), 24-31.
- Phillips, M. & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self*. New York: W.W. Norton.
- Pinegar, C. (1995). Screening for dissociative disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, **8**(1), 15-6.
- Pocock, D. (2011). The promise of EMDR in family and systemic psychotherapy: a clinical complement to Field and Cottrell. *Journal of EMDR Practice and Research*, **33**(4), 389-399.
- Putnam, F. W. (1989). *Multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press. (安克昌・中井久夫(訳)(2000). 多重人格性障害. 岩崎学術出版社.)
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents a developmental perspective*. New York: The Guilford Press. (中井久夫(訳)

- (2001). 解離 若年期における病理と治療. みすず書房.)
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R.(1986).  
The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of  
100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, **47**, 285-293.
- Reece (リース)・滝 幸子 (1995). 箱庭に示された六歳児の地震体験の克服.  
河合隼雄 (著). 心を蘇らせる. 講談社, pp.101-113.
- Ribchester, T., Yule, W. & Duncan, A. (2010). EMDR for childhood PTSD  
after road traffic accidents: Attentional, memory, and attributional  
processes. *Journal of EMDR Practice and Research*, **4**(4), 138-147.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., De Roos, C. Meijer, A. M., & Stams, G. J.  
(2009a). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical  
Psychology Review*, **29**(7), 599-606.
- Rodenburg R., Benjamin, A., Meijer, A. M. & Jongeneel. R. (2009b). Eye  
movement desensitization and reprocessing in an adolescent with  
epilepsy and mild intellectual disability. *Epilepsy & Behavior*, **16**(1), 175-  
180.
- Rolfnes, E. S. & Idsoe, T. (2011). School-based intervention programs for  
PTSD symptoms: a review and meta-analysis. *Journal of Traumatic  
Stress*, **24**(2), 155-165.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality  
disorder: an analysis of 236 cases. *The Canadian Journal of Psychiatry*,  
**34**(5), 413-418.
- Rothschild, B. (2011). *Trauma Essentials: The Go-To Guide*. New York: W.W.  
Norton. (久保隆司 (訳) (2015). これだけは知っておきたい PTSD とトラ  
ウマの基礎知識. 創元社.)
- Rubin, A., Bischofshausen, S., Conroy-Moore, K. Dennis, B., Hastie, M.,  
Melnick, L. Reeves, D., & Smith, T. (2001). The effectiveness of EMDR in  
a child guidance center. *Research on Social Work Practice*, **11**(4), 435-457.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L. & Scotti, J. R. (2001). Treatment for Children  
with Posttraumatic Stress Disorder: Current Status and Future

- Directions. *American psychological association Division 12*, 210-227.
- 斉藤陽子・酒井佐枝子・加藤寛 (2005). 単回性の外傷体験を受けた子どもの構造化面接尺度 Children's PTSD Inventory(CPTSDI)の作成について. 心的トラウマ研究 1, 1, 73-78.
- 酒井佐枝子・加藤寛 (2007). 養育者の対人関係の持ち方が虐待傾向に及ぼす影響—子ども虐待予防に必要な視点を考える. *トラウマティック・ストレス*, 5(2), 157-165.
- 崎尾英子 (2003). EMDR が心の医療現場でもつ意義. EMDR 症例集. 星和書店.
- 佐藤仁美 (2006). スクールカウンセラーと教師の協働. *心理臨床学研究*, 24(2), 201-211.
- 佐藤聡美 (2013). 看護に生かせる心理学：小児がんの子どもと家族のために (第 5 回) 子育て不安とメディカル・トラウマ. *小児看護*, 36(12), 1670-1675.
- 澤田敬・谷本恭子・山崎しずよ (2007). 虐待を受けた子どもへの対応—トラウマに対するあまえ療法. *小児科臨床*, 60(4), 731-737.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A. & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 25-44.
- Schneider, S. J., Grilli, S. F., & Schneider, J. R. (2013). Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 332.
- 千丈雅徳・佐藤友香・中島公博・坂岡ウメ子・林裕・田中稜一 (2002). 交代人格が成長して寛解へと至った解離性同一性障害の 1 例—各人格のエゴグラムと風景構成法の比較を通して. *精神医学*, 44(10), 1061-1068.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors; A prospective study. *American Journal of*

- Psychiatry*, **153**, 219-225.
- Shapiro, E. & Laub, B. (2008). Early EMDR Intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, **2**(2), 79-96.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press. (市井雅哉 (監訳) (2004). EMDR 外傷記憶を処理する心理療法. 二瓶社.)
- Shapiro, F. (2012). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. Palo Alto: RODALE Inc. (市井雅哉 (監訳) (2017). 過去をきちんと過去にする EMDR のテクニックでトラウマから自由になる方法. 二瓶社.)
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). *EMDR: The Breakthrough for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*. New York: International Creative Management, Inc. (市井雅哉 (監訳) (2006). トラウマからの解放: EMDR. 二瓶社.)
- Shapiro, R. (2005). *EMDR Solutions: Pathways to Healing*. New York: W.W. Norton & Company, Inc. (市井雅哉・吉川久史・大塚美菜子 (監訳) (2015). EMDR がもたらす治癒. 二瓶社.)
- Sheeringa, M., Zeanah, C. H., & Myers, L. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. **42**. 561-570.
- Sheeringa, M., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to diagnosing post-traumatic stress disorder in infancy and really childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 191-200.
- 柴山雅俊 (2005). 解離性障害にみられる周囲世界に対する主観的体験. *精神医学*, **47**(4), 365-372.
- 柴山雅俊 (2007). 解離性障害－「うしろに誰かいる」の精神病理. *ちくま新*

書.

柴山雅俊 (2010). 解離の構造－私の変容と〈むすび〉の治療論－. 岩崎学術出版社.

Sidori, M & Davies, M. (1988). *Jungian child psychology*. London: H. Karnac Books. (氏原寛・山下景子 (訳) (1992). 分析心理学シリーズ 3 子どもの個性化 ユング派の子どもの心理治療. 培風館.)

Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind; attachment relationship, “mind-sight” and neural integration. *Infant mental health journal*, **22**(1-2), 67-94.

清水將之・野田隆峰 (2000). 子どもの PTSD. 松下正明 (総編集) 浅井昌弘・牛島定信・倉知正佳・小山司・中根允文・三好功峰 (編). 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害. 中山書店, pp.215-221.

新村信幸 (2015). この本読むべし：自推式ブックレビュー 愛着・トラウマ・解離・エナクトメントをめぐって (11). 子どもの心と学校臨床, **12**, 3-8.

白川美也子 (2003). 乳児期から DV の目撃と虐待による被害を受け PTSD と人格解離を呈した 5 歳男児に対する精神療法過程. 小児の精神と神経, **43**(3・4), 256-257.

白川美也子 (2004). 性虐待を受けた子どもの理解とケア－家庭外性虐待を中心に. そだちの科学, **2**(4), 62-69.

白川美也子 (2008). 子どもの PTSD とトラウマ反応の性差－トラウマ脆弱性形成の重要因子として. トラウマティック・ストレス, **6**(2), 173-190.

白川美也子 (2009). 子ども虐待と解離－発達精神病理学的視点から－. ころのりんしょう à la carte, **28**(2), 301-309.

白川美也子 (2016). 赤ずきんとオオカミのトラウマ・ケア 自分を愛する力を取り戻す〔心理教育〕の本. アスク・ヒューマン・ケア.

白澤早苗 (2013). 児童相談所に一時保護された子どものプレイセラピー. 心理臨床学研究, **31**(3), 477-487.

- Soberman, G. B., Greenwald, R. & Rule, D. L. (2002). A controlled study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, **6**, 217-236.
- Stern, C. R. (1984). The etiology of multiple personalities. *Psychiatric clinics of North America*, **7**, 159.
- 杉下和行・岡村毅・柴山雅俊（2009）．解離性障害の疫学と最近の動向．臨床精神医学，**38**(10)，1433-1441.
- 杉山登志郎（2007）．子ども虐待という第四の発達障害．学研プラス．
- 杉山登志郎（2008a）．子どものトラウマと発達障害．発達障害研究，**30**(2)，111-120.
- 杉山登志郎（2008b）．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.
- 杉山登志郎（2010）．広汎性発達障害の現在．子どものこころと脳の発達，**1**(1)，9-18.
- 杉山登志郎（2011a）．性的虐待の実態とケア．子どもの虐待とネグレクト，**13**(2)，209-215.
- 杉山登志郎（2011b）．子ども虐待と子どもの発達．子どものこころと脳の発達，**2**(1)，5-13.
- 杉山登志郎（2011c）．子ども虐待と精神医学．児童青年精神医学とその近接領域，**52**(3)，250-263.
- 杉山登志郎（2012）．自我状態療法－多重人格のための精神療法．そだちの科学，**19**(10)，76-83.
- 杉山登志郎（2013a）．児童青年期外来における初診の要点．子どものこころと脳の発達，**4**(2)，10-18.
- 杉山登志郎（2013b）．子どもの EMDR：子ども虐待と発達障害への治療．EMDR 研究，**5**，18-23.
- 杉山登志郎（2017）．発達障害とトラウマ，そだちの科学，**29**，8-17.
- 杉山登志郎・海野千畝子（2002）．解離性障害の病理と治療．小児の精神と神

- 経, **42**(3), 169-179.
- 杉山登志郎・海野千畝子 (2007). 子ども虐待による解離性障害への治療. 精神療法, **33**(2), 157-163.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W. W. Norton & Company. (中井久夫・宮崎隆吉・高木敬三・鏑幹八郎(訳) (1990). 精神医学は対人関係論である. みすず書房, pp.276-296.)
- 諏訪望 (1980). ヒステリーの概念. 臨床精神医学, **9**(11), 1137-1144.
- 鈴木茂 (2005). 境界性人格障害などの人格障害. 精神医学, **47**(2), 157-164.
- 鈴木ゆみ (2016). 児童養護施設の外国にルーツのある子どものトラウマ症状に関する研究:海外在住経験のある子どもの文化移行プロセスと主観的経験との関係に注目して. こころと文化, **15**(1), 77-87.
- 田熊友紀子 (2002). 離人症状をもつ青年期女性の心理療法過程. 心理臨床学研究, **20**(4), 348-359.
- 高田紗英子 (2012). 心理療法における Life Story Work の展望: 諸外国での実践から. 心的トラウマ研究兵庫こころのケアセンター研究紀要, **8**, 49-56.
- 高橋佳代 (2015). 児童養護施設に長期入所する女子高校生に対する動作法を用いた心理的援助. 心理臨床学研究, **33**(3), 298-308.
- 高橋裕子 (2002). 児童期における心的外傷後ストレス障害の治療過程. 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要, **1**, 89-95.
- 高畑英樹 (2015). 自閉症スペクトラム児の失敗体験による感情記憶への EMDR を用いた介入. 心理臨床学研究, **33**(1), 87-92.
- 高戸宣人 (2001). 解離性障害を呈した 11 歳女兒への芸術療法的接近. 心理臨床学研究, **18**(6), 615-625.
- 高石昇 (2017). 解離性障害の催眠療法. 臨床催眠学, **18**, 40-43.
- 高嶋雄介・須藤春佳・高木綾・村林真夢・久保明子・畑中千紘・重田智・田中史子・西嶋雅樹・桑原知子 (2008). 学校現場における事例の見方や関わり

- 方にあらわれる専門的特徴. 心理臨床学研究, **26(2)**, 204-217.
- 竹中義人・川村尚久・山口仁・山崎剛・島川修一・田中英高・玉井浩 (1999).  
堺市 O157 学童集団食中毒を契機に発症した心的外傷後ストレス障害  
(PTSD)や trauma-related disorder を呈した学童についての臨床的検討.  
小児科診療, **9(110)**, 1395-1399.
- 竹内今日生 (2013). 解離性障害患者の精神療法. 精神分析研究, **57(2)**, 139-  
144.
- 竹山佳江・長濱輝代・水上典子・吉田熙延・杉村省吾・海老名亮二・中野博光  
(2000). 交通事故後に PTSD 症状を発症した幼児例. 日本小児心身医学会  
雑誌, **9(1)**, 48-54.
- 滝川一廣 (2017). こころの傷と心的外傷. そだちの科学, **29(10)**, 2-7.
- 玉井邦夫 (2006). 虐待をトラウマに持つ子どもへの対応 (特集 児童虐待 学  
校対応のあり方). 月刊生徒指導, **36(7)**, 16-19.
- 田中究 (2014). 大切な人・物を失った, 大きな災害・事故に遭った: 子どもの  
トラウマと PTSD. 児童心理, **68(3)**, 62-67.
- 田中究・小林俊三 (1998). 治療の中で小児期の心的外傷の記憶をどう扱うか.  
精神科治療学, **13(12)**, 1441-1447.
- 田中守 (2008). 治療・相談活動における子どもの変化 (発達) 過程—ADHD を  
疑われた子どもの母子を一体とした治療的体験を中心に. 治療教育学研究,  
**28**, 21-37.
- 田中万里子 (2003). 子どものトラウマの解消. 小児の神経と精神, **43(3・4)**,  
167-178.
- 田中緑 (2000). 解離性 (転換性) 障害に対する解決志向的アプローチを中心と  
した行動療法の試み—青年期女子の 1 症例を通して—. 児童青年精神医学と  
その近接領域, **41(5)**, 539-552.
- 田中緑・矢萩英一・工藤静華・控井博明・小山芳明・中江重孝 (2002). 解離性

- 同一性障害の異種性について－発症背景が異なる3症例を通じて－. 臨床精神医学, **31**(8), 961-968.
- 田中良仁・吉井健治 (2005). チャム体験と家族凝集性が学校接近感情に及ぼす影響. 心理臨床学研究, **23**(1), 98-107.
- 田中哲 (2008). 子どもの被虐待体験と精神病症状－統合失調症臨床家のための児童虐待病理入門. *Schizophrenia Frontier*, **9**(3), 179-183.
- 田中哲 (2012). 子どもたちの申請体験 (公開講座の記録トラウマと喪失: 傷ついた心のケアのために). 東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室年報, **7**, 16-22.
- 田中康雄 (2009). 子ども発達臨床センターの活動状況: 発達障害を生活障害と捉える. *トラウマティック・ストレス*, **7**(1), 72-74.
- 谷田貝公昭・細野一郎・松尾悦子 (1973). 1-217 子どもの虐待について: その1. 「親による子殺し」. 日本保育学会大会研究発表論文抄録, **26**, 71-72.
- 丹野克俊・今泉均・奈良理・鹿野恒・内藤貴文・金子正光・氏家武 (1994). 急性ストレス反応を呈した多発外傷患児の1例. *日救急医学会誌*, **5**, 712-715.
- Taylor, R. J. (2002). Family unification with reactive attachment disorder children: A brief treatment. *Contemporary Family Therapy*, **24**(3), 475-481.
- Teicher, M. H., Anderson, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of stress and childhood maltreatment. *Neuroscience Bio-behavior Revised*, **27**, 33-44.
- Terr, L. C. (1979). Children of Chowchilla; A study of psychic trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, **34**, 547-623.
- Terr, L. C. (1981). "Forbidden games": post traumatic child's play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **20**, 741-760.
- Terr, L. C. (1983). Chowchilla revisited; The effects of psychic trauma four

- years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, **140**, 1543-1550.
- Terr L C (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, **148**(1), 10-20.
- Terr, L. C. & 武笠麻里子 (1999). 海外文献「普通」の子どもたちのグループにおける人生に対する態度, 夢, および心的トラウマ. *アディクションと家族*, **16**(2), 222-238.
- Tinker, R. H. & Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a child*. New York: W. W. Norton & Company.
- ト部明 (2012). 学校における“こころのケア”: その必要性と課題, そして保護者支援の重要性. *研究紀要*, **47**, 1-9.
- Tofani, L. R. & Wheeler, K. (2011). The Recent-Traumatic Episode Protocol: Outcome evaluation and analysis of three case studies. *Journal of EMDR Practice and Research*, **5**(3), 95-110.
- 富永良喜 (2002). 心の授業としてのストレスマネジメント. *コミュニティ心理学研究*, **5**(2), 147-151.
- 富永良喜・光浦光子・山本奨 (2012). 大規模災害後の子どものこころのサポート授業. *トラウマティック・ストレス*, **10** (1), 11-16.
- 友田明美 (2012a). 発達性トラウマ障害: 発達障害としてのトラウマ関連障害. *小児の精神と神経*, **52**(1), 21-26.
- 友田明美 (2012b). 新版いやされない傷ー児童虐待と傷ついていく脳. 診断と治療社.
- 友田明美・藤澤玲子 (2018). 虐待が脳を変える 脳科学者からのメッセージ. 新曜社.
- 友田明美・滝口慎一郎 (2016). 子どものトラウマとは. *発達*, **37**(145), 2-7.
- Toth, S. L., Maughan, A., Manly, J. T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002).

- The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Developmental Psychopathology*, **14**, 877-908.
- Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Berelowitz, M., Glasser, D., & Leitch, I. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns. *British Journal of Psychiatry*, **180**, 234-247.
- 土持さやか・佐々木和義 (2012). 非行少年に対する EMDR 活用の可能性—家庭裁判所の調査面接段階で行う短期関与の試み—. *EMDR 研究*, **4**, 29-40.
- 土屋恵司 (2004). アメリカ合衆国における児童虐待の防止及び対処措置に関する法律. *外国の立法*, **219**, 10-66.
- Tufnell, G. (2005). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **10**(4), 587-600.
- United Nations (2006). Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. *UN Secretary-General's study on violence against children, General Assembly*.
- <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crc/study/pages/studyviolencechildr en.aspx> (2016 年 10 月 21 日取得)
- 海野千畝子(2008). 子ども虐待への EMDR による治療 1—子どもへの治療—. *こころのりんしょう à la carte*, **27**(2), 285-287.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, **35**(5), 401-408.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeh, L. (1996). The complexity of adaption to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C.

- & Weisaeth, L. (Eds.). *Traumatic stress: The effects of apperience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press. (西澤哲(監訳)(2001).  
トラウマティック・ストレスーPTSD およびトラウマ反応の臨床と研究の  
すべてー. 誠信書房.)
- van der Kolk, B. A. (1986). *Psychological Trauma*. Washington D.C.:  
American Psychiatric Press, Inc. (飛鳥井望(編) 前田正治・元村直靖(監  
訳)(2004). サイコロジカル・トラウマ. 金剛出版.)
- van der Hart, O., Brown, P., & van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's  
Treatment of Post-traumatic Stress. *Journal of Traumatic Stress*, **2**(4),  
1-11.
- Verardo, A. R. & Cioccolanti, E. (2017). Traumatic Experiences and EMDR  
in Childhood and Adolescence. A Review of the Scientific Literature on  
Efficacy Studies. *Clinical Neuropsychiatry*, **14**(5), 313-320.
- Vernberg, E. M., Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Prinstein, M. J. (1996).  
Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane  
Andrew. *Journal of Abnormal Psychology*, **105**(2), 237-248.
- Virkud, Y. V., Todd, R. D., Abbacchi, A. M., Zhang, Y., & Constantino, J. N.  
(2009). Familial aggregation of quantitative autistic traits in multiplex  
versus simplex autism. *American Journal of Medical Genetics Part B  
Neuropsychiatric Genetics*, **150B**, 328-334.
- Wadaa, N. N., Zaharim, N. M. & Alqashan, H. F. (2010). The use of EMDR  
in treatment of traumatized Iraqi children. *Digest of Middle East Studies*,  
**19**(1), 26-36.
- Wanders, F., Serra, M. & De Jongh, A. D. (2008). EMDR versus CBT for  
children with self-esteem and behavioral problems: a randomized  
controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, **2**(3), 180-189.
- 渡部友晴(2013). 災害後の心理支援としての表現活動: 東日本大震災で被災し  
た地域の学校における「一年を振り返る」表現活動の取り組み. *心身医学*,  
**53**(7), 653-659.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). Assessing Psychological Trauma and

- PTSD. In Shapiro, F. *A Handbook for Practitioners chapter15 the impact of event Scale-Revised*, pp.53-54.
- Wesselmann, D., Davidson, M., Armstrong, S., Schweitzer, C. Bruckner, D., & Potter, A. E. (2012). EMDR as a treatment for improving attachment status in adults and children. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, **62**, 223-230.
- Wessly, S., Rose, S., Bisson, J. (1998). A systematic review of brief psychological interventions (“debriefing”) for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder. *The Cochrane Library*, 1-17.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. (融道男・中根允文・小見山実 (監訳) (1993). 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－. 医学書院.)
- World Health Organization (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva, *WHO Press*, 194-207.  
[https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/stress\\_guidelines/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/)  
(2016年3月7日取得)
- Wraith, R. (1995). Children and personality disorder; Risk and preventive intervention. In Raphael, B., & Burrows, G. W. (Eds.). *Handbook of studies on preventive psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, pp.323-341.
- 八木淳子 (2013). フィールド便り 東日本大震災における子どものこころのケア：宮古子どものこころのケアセンターの活動報告. *トラウマティック・ストレス*, **10(2)**, 6.
- 八木淳子 (2017). 子どものトラウマ関連障害の治療－東日本大震災後中長期のいわてこどもケアセンターにおける実践から－. 第57回日本児童青年精神医学会総会特集(Ⅱ)テーマ：児童青年精神医学のこれから シンポジウム6：災害後の「子どもの心のケア」に不可欠な視点－中長期の多層的観点から見えるもの－. *児童青年精神医学とその近接領域*, **58(5)**, 700-708.
- 山口仁・田中英高 (2003). 一般病棟での長期入院により改善した解離性同一

- 性障害の一例．子どもの心とからだ， **12(1)**， 78.
- 山室和彦・太田豊作・末廣佑子・飯田順三・岸本年史（2012）．交通事故後に異なる PTSD 症状がみられた兄妹症例．臨床精神医学， **41(9)**， 1319-1325.
- 山下達久（2013）．小児・思春期精神医学 **37** 児童青年期の解離性障害－その病態と治療－．精神科， **23(6)**， 657-662.
- 山崎篤（1997）．境界例の生徒を学校内で抱えていく試み．心理臨床学研究， **14(4)**， 456-466.
- 柳下杏子（2005）．家族機能の変化により軽快を認めた解離性障害女児の 1 例．児童青年精神医学とその近接領域， **46(4)**， 429-433.
- 横手直美（2004）．緊急帝王切開後の女性の急性ストレス反応－出産体験と産褥 1 週間の体験の分析を通して－．日本助産学会誌， **18(1)**， 37-48.
- 米田弘枝（2009）．ドメスティック・バイオレンスによる幼児の被害と支援効果．心理臨床学研究， **27(3)**， 257-265.
- 吉田熊次（1909）．英國に於ける児童虐待防止會．婦人と子ども， **9(5)**， 7-14.
- 吉松奈央・青木豊（2010）．乳幼児期 PTSD に対するセラピーの設定（セッティング）について．心理臨床学研究， **28(5)**， 607-618.
- Young, A (1997). *The harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press. (アラン・ヤング (2001) : PTSD の医療人類学, 中井久夫・大月康義・下地明友・辰野剛・内藤あかね (訳) (2001) , みすず書房.)
- 幸田有史（2000）．児童期・青年期の激しい解離性障害に対する支援のストラテジー．児童青年精神医学とその近接領域， **41(5)**， 514-527.
- 幸田有史・廣瀬公人・田中一史・上鹿渡和宏・田中浩一郎・門眞一郎（2008）．自閉症スペクトラムに合併したトラウマ関連障害へのアプローチ－EMDR の一使用例を通して－．こころのりんしょう à・la・carte, **27(2)**， 311-316.
- 遊佐安一郎（1999）．新しい加速的な短期でしかも統合的な精神療法－EMDR．こころのりんしょう à・la・carte, **18(1)**， 93-97.
- 遊佐安一郎（2003）．認知療法，弁証法的行動療法，EMDR の比較検討－最近の精神療法理論と実践での統合への志向性－．精神療法， **29(1)**， 41-47.
- Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F. & Dodgson, P. W. (2008). Building resilience

and dismantling fear: EMDR Group Protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR practice and Research*, **2**(2), 106-113.

## 謝辞

本論文の執筆にあたりまして多くの方々からご指導とご協力をいただきましたので、ここで感謝の意をお伝え致します。

まず、名古屋大学教授の松本真理子先生には多大なお力添えを頂きました。先生にご指導をお願いしたのは、先生が同じく総合病院の小児科で臨床経験を積まれておられ、そして子どもへの臨床経験が豊富であることからでした。お願いにあがった際に連れていた私の子どもへの温かいまなざしを忘れることはありません。私は論文指導では大変お手を煩わせる生徒でした。基本的な知識に欠け、独特で冗長な文体で書く私に、何度も丁寧にご指導くださりました。また子育て中の事情も配慮して下さったおかげで精神的に安定して進めることができました。先生のもとで学ばせていただき、完全とは言い難い出来ですが論文にまとめることができたことは私の人生にとって大変意味のある事でした。心から感謝致しております。

また、永田雅子先生、金子一史先生には公私ともどもお世話になり、日ごろの臨床活動を身近に見せていただくことで研究だけでなく実際の臨床現場で使える知識や姿勢を学ばせていただきました。本当にありがとうございました。

そして、今回の論文掲載を快諾して下さった事例の皆様。この出会いがなければ私は論文を書くことはなかったと思います。私を人間としても臨床家としても成長させて下さった皆様に心から感謝致します。

職場では貴重な症例を紹介して下さり、どんな質問にも完璧に答えてくださる小児科部長の今村淳先生、論文の進み具合を気にかけてくださる小児療育内科部長の長澤宏幸先生、いつも私の弱音を聞いてリフレームして下さる家族療法家の鈴木美砂子先生、トラウマ関連心理療法に関する実践上のアドバイスをくださる藤田査織先生、そして忘れてはならない強い味方、図書館司書の坂本恵美さん。私を見守り育ててくださる皆様に心から感謝の気持ちをお伝えしたいと思います。

最後に、家事をおろそかにしている私を広い心で受け止め応援してくれた家族に、勉強のライバルである娘にも御礼を言いたいと思います。

本当にありがとうございました。