

平成 29 年度
【短期研究 3】

発達障害児者におけるトラウマ臨床の実態についての調査研究
ー心理臨床の専門家を対象とした質問紙調査ー

(要旨)

近年、トラウマ体験を有しトラウマ症状を呈する発達障害児者の診療ニーズが高まりつつある。学術大会の場などでは当該症例の報告がなされることはあるが、症例報告として論文化されたものは世界的にもごく僅かであり、臨床実践に際して参照できる資料は非常に少ない。平成28年度に当センターで実施した文献レビューの結果からも、アセスメントや診断の根拠として使用された心理検査尺度が未記載であったり、介入の詳細が不明であったりと限定的な報告に留まることが多く、有用な知見が集積しているとは言い難い現状にあることが明らかになった。一方、発達障害児者へのトラウマ臨床を実践している臨床家を対象にインタビュー調査研究を実施したところ、発達障害とPTSD症状の両側面について多次的に症状評価を実施する必要性、および、その際に使用されるアセスメントツールや、治療プログラムを実施するにあたっての工夫について示唆に富む情報を得ることができた。

そこで本研究ではインタビュー調査で得られた質的データを元に質問紙調査票を作成し日本国内の心理臨床の専門家を対象とした質問紙調査を実施、得られる量的データから、本邦における発達障害児者に対するトラウマ臨床の実態をより幅広く明らかにすることを目的として調査を実施した。

結果、80名に配布し52名から回収(有効回答率65%)、そのうち60%の31名がトラウマ症状を訴える発達障害児者への介入経験があると回答した。発達的問題のアセスメントおよび介入法は標準的な手法が選択されている一方、PTSD症状およびストレス反応のアセスメント、介入については、発達特性による言語的やりとりの困難さや注意集中の問題などから、非言語的な手法で実施が可能なアセスメントや介入法が比較的多く用いられていることなどがわかった。

研究体制：大塚美菜子，亀岡智美，加藤寛

I. 問題・目的

近年、トラウマ体験を有しトラウマ症状を呈する発達障害児者の診療ニーズが高まりつつある。学術大会の場などでは当該症例の報告がなされることはあるが、症例報告として論文化されたものは世界的にもごく僅かであり、臨床実践に際して参照できる資料は非常に少ない。平成28年度に当センターでは国内外における発達障害児者を対象とした症例報告8編13症例についてレビューを行った。その結果、発達障害児者においては、DSM診断基準におけるA項目に該当しない一般的なストレス体験であっても、PTSD症状に類似した症状を呈する可能性があることが示唆され、定型発達者のPTSD症状の治療に用いられる介入プロトコルを独自に改変することで一定の治療効果が得られていることが示唆された。

しかしながら、体験の詳細が未記載であったり、改変の具体的内容の記述には乏しく、症状評価の根拠やアセスメント尺度使用の有無についても不明瞭な点が残る報告が散見され、臨床実践に際して参照できる資料は非常に少ない現状にあることが明らかとなった。

次いで当該児者へのトラウマ臨床を実践している臨床家10名を対象にインタビュー調査を実施し、レビューにおいて不明瞭であった点について、主として①「当該児者はDSM診断基準のA項目に該当しないストレス体験でもPTSDあるいはPTSD類似症状を示すことがあるのか」、②「DSM診断基準のA項目に該当するトラウマ体験を有しPTSDを発症した当該児者は、定型発達者と同じ様相で症状を発現するのか」③「定型発達者と同様の治療プログラムが有効か」の3点の問いを軸とした半構造化面接を行いKJ法にて分析した。

その結果、トラウマ体験はもとより、一般的なストレス体験であったとしても非常に多彩な症状を呈する患者は少なくはない可能性が示唆されると共に、発達障害とPTSD症状の両側面について多角的に症状評価を実施する必要性、および、その際に使用されるアセスメントツールや、治療プログラムを実施するにあたっての工夫について示唆に富む情報を得ることができた。

そこで本研究ではインタビュー調査で得られた質的データを元に質問紙調査票を作成し日本国内の心理臨床の専門家を対象とした質問紙調査を実施する。得られる量的データから、本邦における発達障害児者に対するトラウマ臨床の実態をより幅広く明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 研究の方法および期間

(1) 研究の期間

倫理審査委員会承認後～平成30年3月31日

(2) 方法

1) 調査手順

① 調査対象者の選定方針（平成29年7月～）

日本国内在住の臨床心理士資格有資格者を対象とした。都道府県臨床心理士会および調査協力を得られる団体に調査同意説明書を基に書面および口頭にて調査の目的、方法、倫理的配慮について説明し、調査協力を依頼した。調査への参加は任意であり、拒否してもなんら不利益は受けないこと、調査票は完全無記名で実施し、個人情報特定される可能性のある情報や、調査協力者が担当する患者に関する個別的な情報を問うような質問項目は一切設けていないことを説明した。

(倫理的な配慮)

本研究は兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会の承認を得て行った。

② 調査票の配布 (平成 29 年 8 月～)

同意を得られた機関が主催する研修会場で調査同意説明書、調査票、切手貼付済の返信用封筒を配布した(有効回答率 65%:80 名に配布 52 名から回収)。調査票の返送をもって、調査に同意を得られたものとした。

③ 結果の公表 (平成 30 年 3 月)

調査終了後に当センターのホームページ上にて結果を公表する予定である。その際、統計解析処理され対象者個人が特定されることのない匿名化されたデータのみを報告する。

III. 結果

1. 基本属性

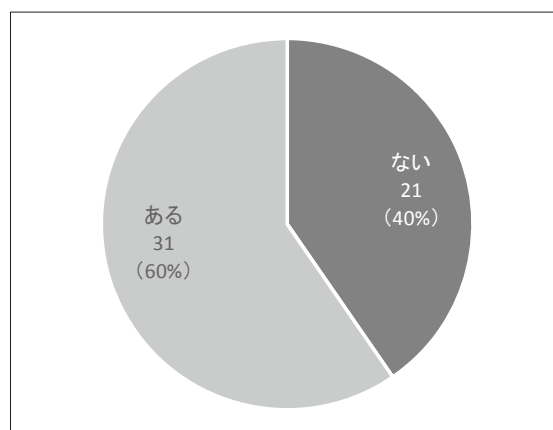
対象者の基本属性として、活動領域(複数回答あり)を表 1 に、臨床経験年数を表 2 に、発達障害児者を対象としたトラウマ臨床経験の有無を図 1 に示す。当該児者へのトラウマ臨床経験の有無別に活動領域を見ると、臨床経験「なし」で該当者が 0、「あり」の該当者にのみ偏りが見られた領域(機関)は、【医療・保健領域】では「保健所」、【福祉領域】では「児童福祉施設」「女性 DV 相談」「障がい者相談機関」、【教育領域】では「中学校(SC)」「高校」「教育相談室」、【産業領域】では「企業内の健康相談室」、【大学・研究領域】では「研究機関」「その他」、【司法領域】では「家庭裁判所」「少年鑑別所」「刑務所」「保護観察所」が該当した。

臨床経験年数(表 2)は、回答者全体を見ると、「1～5 年未満」は 14 名(26.9%)で会ったのに対し、当該児者へのトラウマ臨床経験ありでは 4 名(12.9%)と、経験年数が少ないものは減少する傾向にあることが特徴的であった。

当該児者を対象としたトラウマ経験の有無(図 1)は、全回答者 52 名中 31 名(60%)が「経験あり」と回答しており、以降の分析はこの 31 名を対象とした。

		該当児者へのトラウマ臨床経験				延べ人数	
		なし		あり		N	%
		N	%	N	%		
医療・保健	病院	14	48.3%	15	51.7%	29	100.0%
	クリニック	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%
	保健所	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	その他	3	60.0%	2	40.0%	5	100.0%
	合計	23	47.9%	25	52.1%	48	100.0%
福祉	児童相談所	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	児童福祉施設	0	0.0%	7	100.0%	7	100.0%
	女性DV相談	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	障がい者相談機関	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	発達相談	3	42.9%	4	57.1%	7	100.0%
	その他	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%
	合計	5	23.8%	16	76.2%	21	100.0%
教育	小学校(SC)	1	10.0%	9	90.0%	10	100.0%
	中学校(SC)	0	0.0%	6	100.0%	6	100.0%
	高校(SC)	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%
	教育相談室	0	0.0%	5	100.0%	5	100.0%
	教育センター	4	36.4%	7	63.6%	11	100.0%
	その他	3	60.0%	2	40.0%	5	100.0%
	合計	8	19.5%	33	80.5%	41	100.0%
産業	企業内の健康相談室	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	産業領域その他	1	20.0%	4	80.0%	5	100.0%
	合計	1	14.3%	6	85.7%	7	100.0%
大学・研究	大学(相談室含む)	2	20.0%	8	80.0%	10	100.0%
	研究機関	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%
	その他	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	合計	2	13.3%	13	86.7%	15	100.0%
司法	家庭裁判所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	少年鑑別所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	刑務所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	保護観察所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	合計	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%

	全体		トラウマ臨床経験者	
	N	%	N	%
1～5年未満	14	26.9%	4	12.9%
5～10年未満	14	26.9%	11	35.5%
10～20年未満	18	34.6%	10	32.3%
20年以上	6	11.5%	6	19.4%
合計	52	100.0%	31	100.0%



2. 臨床場面で出会う当該児者の診断状況

図2に「発達障害, PTSD いずれも明確に診断されたクライアント」(以下, PTSD +, 発達障害+) に会う頻度を, 図3に「A基準に該当するトラウマ体験を有し PTSD と診断されているが, 発達障害の明確な診断はされていないクライアント」(以下, PTSD +, 発達障害-) に会う頻度を, 図4に「A基準に該当するトラウマ体験を有するが PTSD と診断されておらず, 発達障害は明確に診断されているクライアント」(以下, PTSD -, 発達障害+) に会う頻度を, 図5に「A基準に該当しない一般的なストレス体験であっても, PTSD に類する症状を呈するクライアント」に会う頻度を尋ねた結果をそれぞれ示す。

「PTSD +, 発達障害+」「PTSD +, 発達障害-」については, 臨床場面で対応した経験の有無は約半々であるが, 「PTSD -, 発達障害+」では対応経験「有り～まれにある (64%)」と回答した者が「無し (36%)」と回答した者を大きく上回る結果となり, さらに, 「A基準に該当しない一般的なストレス体験であっても, PTSD に類する症状を呈するクライアント」(図5) に関しては, 「有り～まれにある (97%)」「無し (3%)」と顕著な傾向が見て取れた。さらに, そのような一般的なストレス体験であっても PTSD に類する症状を呈する背景に, 発達障害の有無が関係していると感じたことがあるか否かを問うと (図6), 94% が「(感じたことが) ある」と回答していた。

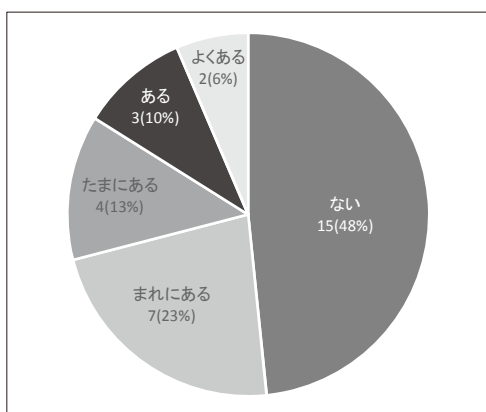


図2. 発達障害, PTSDいずれも明確に診断されたクライアントに会う頻度(PTSD+, 発達障害+)

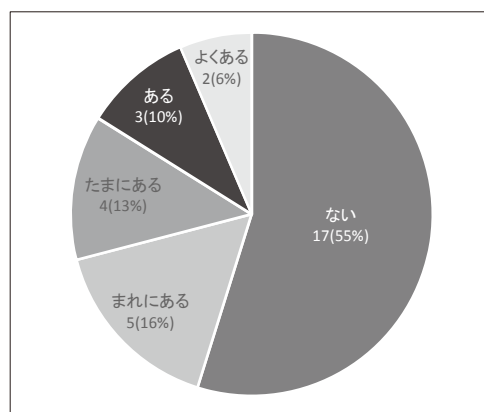


図3. A基準に該当するトラウマ体験を有しPTSDと診断されているが, 発達障害の明確な診断はされていないクライアントに会う頻度(PTSD+, 発達障害-)

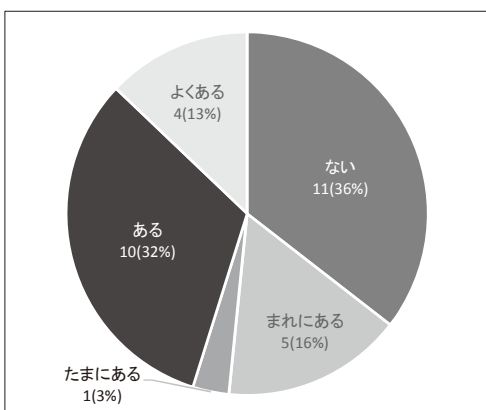


図4. A基準に該当するトラウマ体験を有するがPTSDと診断されておらず, 発達障害は明確に診断されているクライアントに会う頻度(PTSD-, 発達障害+)

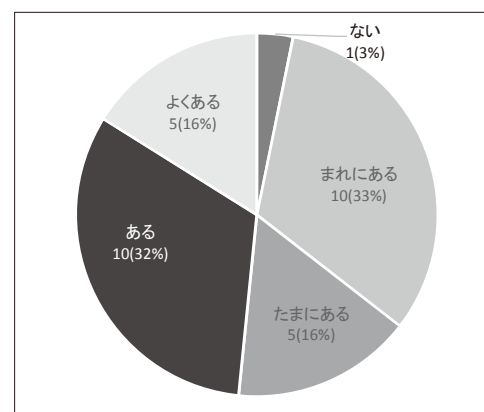


図5. A基準に該当しない一般的なストレス体験であっても, PTSDに類する症状を呈するクライアントに会う頻度

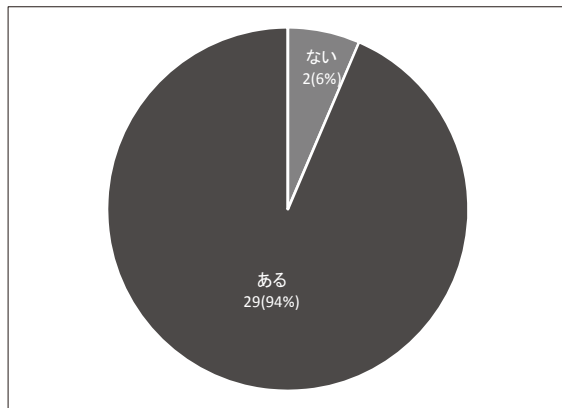


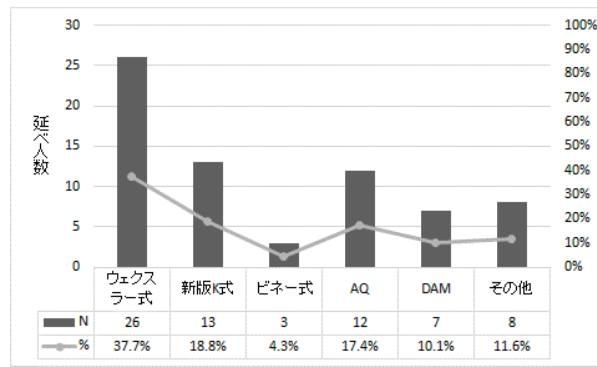
図6. 一般的なストレス体験であってもPTSDに類する症状を呈する背景に、発達障害の有無が関係していると感じたことがあるか

3. 現場で実施される発達検査

次に、臨床現場で実施される発達検査について尋ねた。クライアント本人に実施する検査を図7に、養育者・関係者に実施する検査を図8に示す。本人に実施する検査では、ウェクスラー式知能検査が最も多く、のべ26名(37.7%)で、新版K式発達検査がのべ13名(18.8%)、AQがのべ12名(17.4%)と続いた。なお、「その他」で回答された内容からは、発達検査として特化した尺度の他に、ロールシャッハ・テストやPFスタディ、文章完成法といった投影法や、バウムテスト、風景構成法といった描画法も使用されていることが分かった。

養育者・関係者に実施する検査(図8)としては、PARSが最も多く、のべ11名(39.3%)、次いで「その他」がのべ8名(28.6%)であった。養育者に対して実施する検査は、「その他」の内容として回答された内容も含め、全て発達検査として特化した尺度であった。

なお、発達検査の実施以外に、発達のアセスメント目的に補助的に用いられる手段(図9)としては、「行動観察」のべ31名(21.7%)、「生育歴」のべ28名(19.6%)、「日常の様子」のべ26名(18.2%)と続いた。なお、「その他」の内容を記述した者はいなかった。



「その他」の内容

ロール・シャッハテスト

投影法 PFスタディ

文章完成法

.....

描画法 バウムテスト

風景構成法

.....

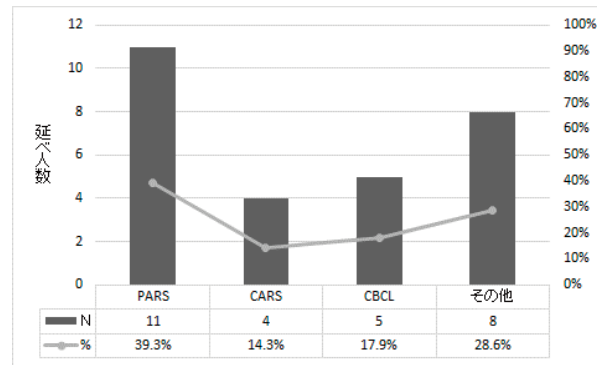
発達検査 心の理論課題

社会的常識テスト

.....

比喩皮肉文テスト

図7. クライアント本人を対象に実施する発達検査



「その他」の内容

児童用AQ

ADHD RS-IV

発達障害の要支援度評価尺度(MSPA)

日本語版 Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Questionnaire-Children with Difficulties(QCD)

S-M社会生活能力検査

TK式診断的親子関係検査

図8. 養育者、関係者に実施する発達検査

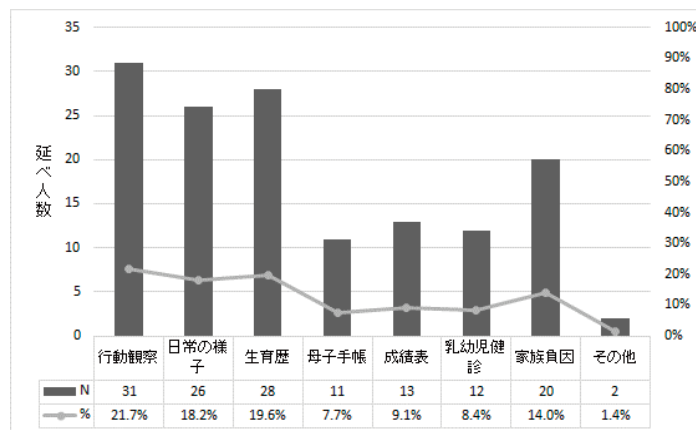


図9. 発達検査以外に、補助的に用いられる発達アセスメント手段

ただし、「本人に発達検査を実施できない」場合もあり、その理由を問うと（表3）、「検査に要する時間、枠を取ることができない」「トラウマ治療を優先する必要があるケースの場合（発達検査は実施できない）」などが挙げられ、検査の実施は他機関でなされる（既になされているか、依頼する）こともあるようだ。そして、「養育者・関係者に発達検査を実施できない」理由（表4）としては、「検査を実施できる養育者や関係者がいない」「検査に要する時間、枠を取ることができない」ほか、所属施設によっては「許可が下りない」ことがその理由として挙げられていた。

表3.クライアント本人に発達検査を実施できない理由

理由	N	%
検査に要する時間、枠を取ることができないため	2	28.6%
その他	5	71.4%
合計(延べ)	7	100.0%

「その他」の自由記述内容(抜粋)

- ・トラウマ治療を優先する必要があるケースの場合
- ・他機関で実施されている

表4.養育者・関係者に発達検査を実施できない理由

理由	N	%
検査を実施できる養育者や関係者がいないため	7	29.2%
検査に要する時間、枠を取ることができないため	9	37.5%
その他	8	33.3%
合計(延べ)	24	100.0%

「その他」の自由記述内容(抜粋)

- ・発達より、トラウマの問題としての切り口を優先する場合
- ・他機関で実施されている
- ・職場における許可が出ないため
- ・養育者、関係者に会えないため

4. PTSD と診断された発達障害児者への臨床的介入

1) 子どもを対象とした PTSD 症状アセスメント尺度

使用されるアセスメント尺度について訊ねた結果を図10に示す。IES-R がのべ5名(33.3%)、「描画法」がのべ5名(33.3%)で同数だった。描画法の内容には、バウムテストや人物画テスト、家族画テスト、HTP、風景構成法、スクイグルが挙げられた。

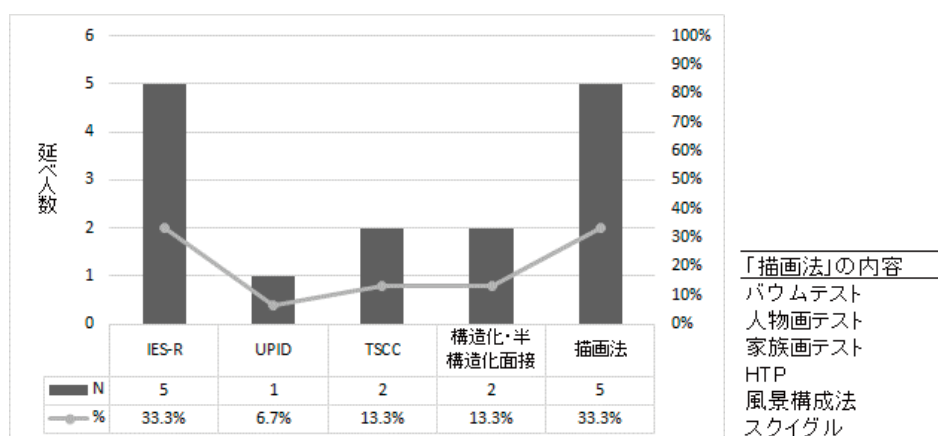


図10.子どもを対象としたPTSD症状アセスメント尺度

なお、検査を実施することができない場合もあり、その理由を表5に示す。発達検査の実施と同様に、時間枠が取れないことや、所属機関での実施が不可能であるといった理由が挙げられていた。

表5. 子どもを対象としたPTSD症状アセスメント尺度を実施しない(できない)理由

理由	N	%
子どもを対象とした臨床は行っていないため	3	30.0%
検査に要する時間、枠を取ることができないため	3	30.0%
その他	4	40.0%
合計	10	100.0%

「その他」の自由記述内容(抜粋)

- ・施設で検査用紙等の購入ができない
- ・診断機関ではないため

2) 成人を対象とした PTSD 症状アセスメント尺度

使用されるアセスメント尺度について訊ねた結果を図11に示す。IES-Rが最も多く、のべ9名(47.4%)、次いで、CAPSと投影法が同数ののべ4名(21.1%)だった。投影法の内容としては、ロールシャッハ・テストのみが自由回答欄に記述されていた。

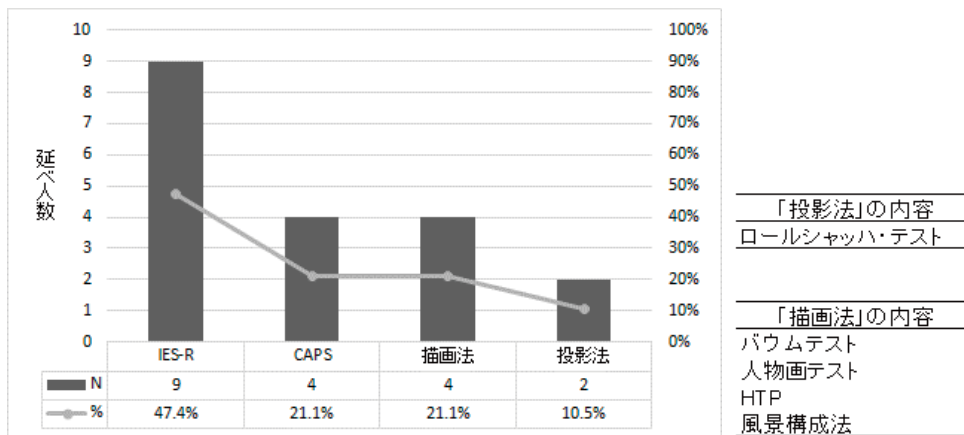


図11.成人を対象としたPTSD症状アセスメント尺度

3) 発達障害児者に PTSD 症状アセスメント尺度を実施する際に感じる困難さ

17 名中 10 名の回答者が実施に「困難さを感じる」と回答しており、その理由を図 12 に示す。理由として最も多かったのが「検査項目の言葉の意味にこだわる」がのべ 5 名 (21.7%)、「検査に集中できない」と「知的水準に応じて項目の言葉を言い換える必要がある」が同数でのべ 4 名 (17.4%) だった。

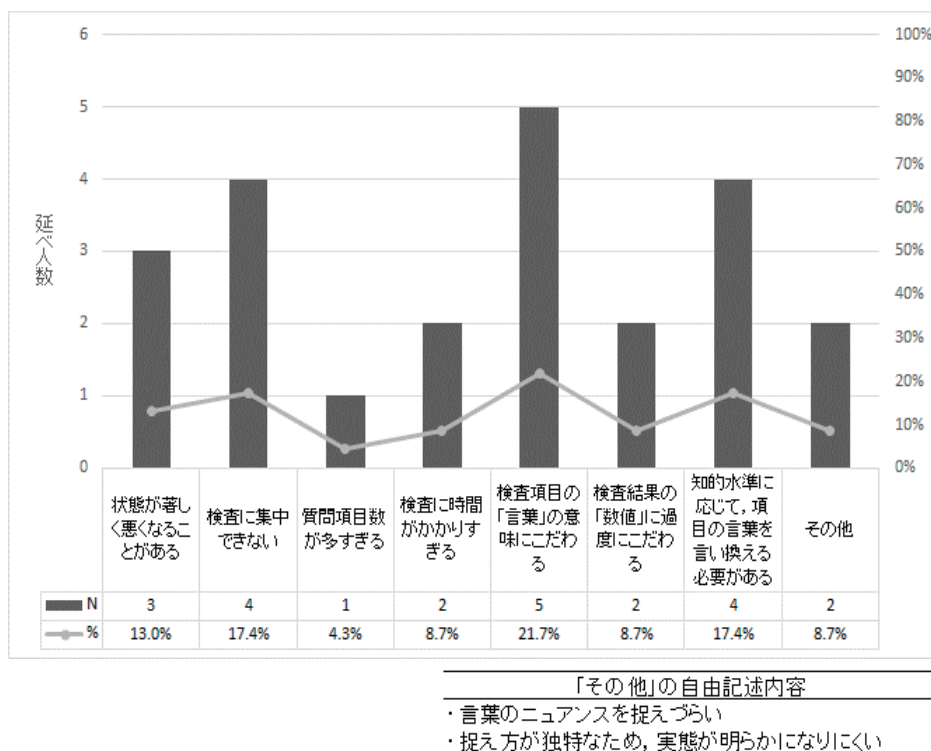


図12.発達障害児者にPTSD症状アセスメント尺度を実施する際に感じる困難さ

4) 発達障害児者と定型発達児者として PTSD 症状の様相に感じるちがい

17 名中 13 名の回答者が、PTSD 症状の様相にちがいを感ずると回答しており、その内容を自由記述にて求めた結果を図 13 に示す。回答内容から、「トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及」「反応の出方、症状の特徴についての言及」「治療への反応性、時間経過による症状の変化の有無についての言及」の 3 つに大別された。

トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及 ・破壊的な体験と感じやすい(0か100かとなりやすいため)といったことから、本児の感覚では「死ぬほどの恐怖」となることもあるため。 ・整理されていないまま記憶している。
反応の出方、症状の特徴についての言及 ・症状が派手に出やすい。 ・こだわっている場面のフラッシュバックが激しい ・過敏さから強く出ているのでは ・フラッシュバック等の感覚的な鋭さの度合いの強さ。 ・幻覚、幻聴などへの結びつきやすさ。
治療への反応性、時間経過による症状の変化の有無についての言及 ・誤学習がPTSDの回復に影響を与えている。 ・場面の説明をする際の言葉の選択が独特であったり、言語表現が稚拙であったりして他者に伝わりにくく、整理されにくい→馴化が起こりにくい。

図13.発達障害児者と定型発達児者としてPTSD症状の様相に感じるちがい

5) A基準に該当するトラウマ体験をした発達障害児者への、発達的問題への介入

発達的問題に介入する際に用いられる技法を図14にまとめた。「心理教育」がのべ17名(24.6%),「環境調整」がのべ16名(23.2%)とほぼ同数で多く,「ストレスマネジメント」がのべ13名(18.8%)と続いた。1名(1.4%)のみが「特に実施しない」と回答をしていた。

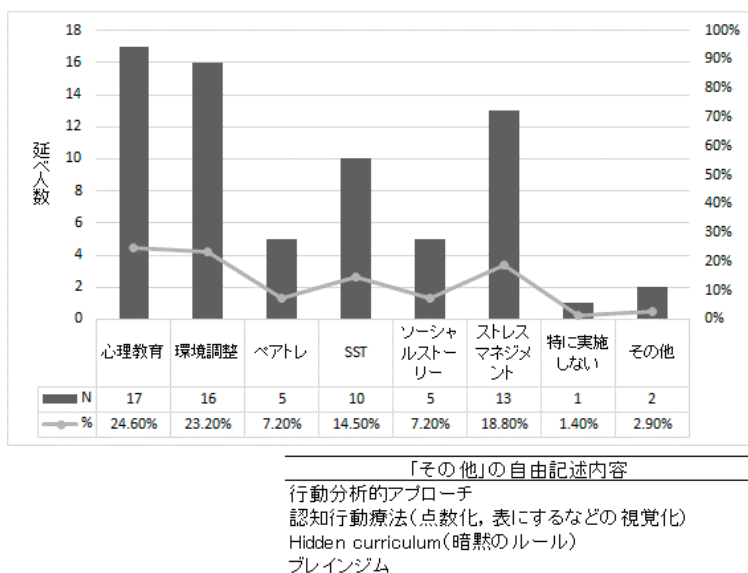


図14.A基準に該当するトラウマ体験をした発達障害児者に対する、発達的問題への介入

6) A基準に該当するトラウマ体験をした発達障害児者に対する、PTSD症状への介入

PTSD症状に介入する際に用いられる技法を図15にまとめた。EMDRが最も多く、のべ8名(25.8%)であり,「特に実施しない」と「その他」が同数でのべ6名(19.4%)と続いた。「その他」の内容は、ブレインスポッティング、ブレインジム、マインドフルネスの他,「PTSDそのものでなく、人格基盤の立て直しを行う」といった記述も見られた。

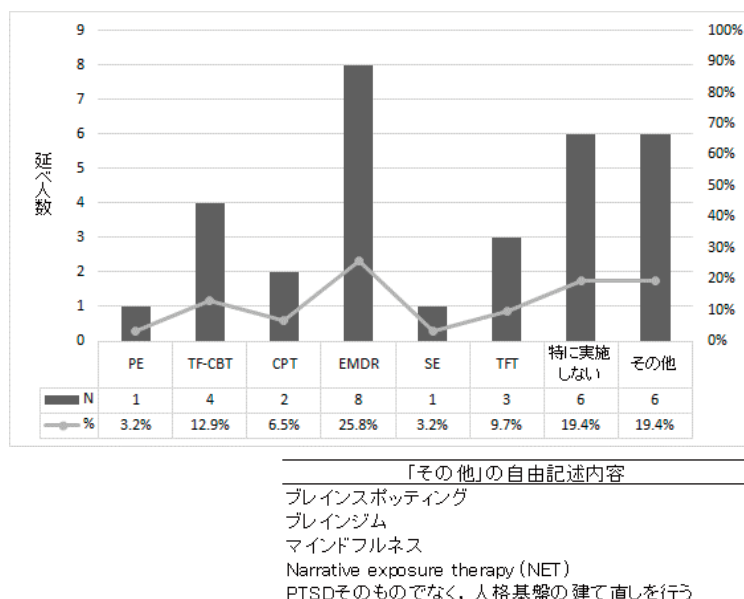


図15.A基準に該当するトラウマ体験をした発達障害児者に対する、PTSD症状への介入

さらに、PTSD 症状に介入する際に用いる工夫について訊ねた結果を表 6 に示す。結果、介入以前に準備や安定化、心理教育に多く時間を取ることや、視覚的手がかりの利用、対象が成人であっても子ども用の手続きを採用する、といった工夫内容への回答がみられた。

工夫	N	%
準備や安定化、心理教育のセッションを通常よりも多く取る	13	43.3%
視覚的手がかり(イラストや絵本、漫画、プリントなど)を用いる	11	36.7%
対象が成人であっても、子ども用の手続きを採用する	6	20.0%
合計(延べ)	30	100.0%

7) 他機関との連携

17 名全ての回答者が他機関との連携を行うと回答をしていた (表 7)。

他機関との連携の有無	N	%
行う	17	100.0%
行わない	0	0.0%
合計	17	100.0%

5. ストレス体験に対して PTSD 類似症状 (ストレス反応) を呈する発達障害児者への臨床的介入

1) 子どもを対象としたストレス反応アセスメント尺度

使用されるアセスメント尺度について訊ねた結果を図 16 に示す。描画法がのべ 12 名 (41.4%)、「IES-R」がのべ 7 名 (24.1%)、そして投影法がのべ 4 名 (13.8%) と続いた。描画法の内容には、バウムテストや人物画テスト、家族画テスト、HTP、風景構成法、スクイグルが挙げられ、この内容については A 基準該当の PTSD 症状を有するクライアントに実施すると挙げられた内容 (図 10) と同様であった。ただし、「投影法」には、ロールシャッハ・テストの他、箱庭療法やコラージュ療法が新たに挙げられていた。

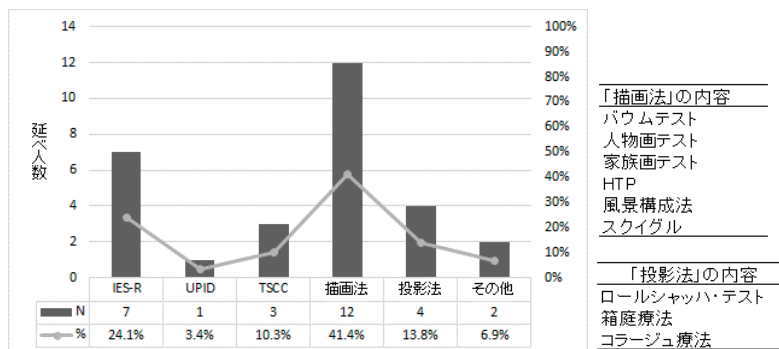


図16.子どもを対象としたストレス反応アセスメント尺度

2) 成人を対象としたストレス反応アセスメント尺度

使用されるアセスメント尺度について訊ねた結果を図 17 に示す。IES-R が最も多く、のべ 13 名 (46.4%)、次いで、描画法がのべ 7 名 (25.0%) だった。描画法の内容としては、成人を対象ということもあり、「家族画」は挙げられていなかった。

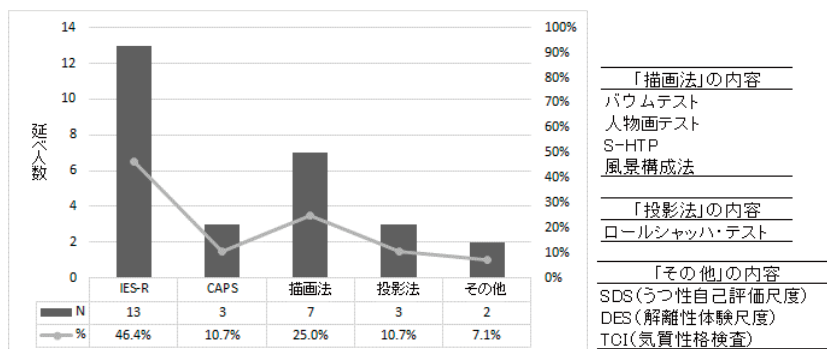


図17.成人を対象としたストレス反応アセスメント尺度

3) 発達障害児者と定型発達児者とでストレス反応の様相に感じるちがいが

29 名中 26 名 (未回答 2 名) の回答者が、PTSD 症状の様相にちがいを感ずると回答しており、その内容を自由記述にて求めた結果を図 18 に示す。回答内容から、「トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及」「反応の出方、症状の特徴についての言及」「治療への反応性、時間経過による症状の変化の有無についての言及」の 3 つに大別された。

<p>トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間軸の混乱が一層著しい。 ・整理されていないまま記憶している。 ・視覚的なトラウマ映像にとらわれていることが多い。 ・出来事をより大きなインパクトでとらえている。 ・発達障害児者はストレスの判定を本人ができていない場合が多い ・こだわりが強く、過去の体験から離れられない。
<p>反応の出方、症状の特徴についての言及</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定型発達児者と比べて、より反応が大きい(過敏さから生じるもの) ・発達上の特性もより顕著になる(感覚過敏など) ・反応が大きすぎる(感覚過敏)、もしくは小さすぎる(感覚鈍磨) ・自責は少なく、主観的なとらえをしてしまい、被害感が強い印象 ・パニック、フリーズ後、すっきりしているように感じる。
<p>治療への反応性、時間経過による症状の変化の有無についての言及</p> <ul style="list-style-type: none"> ・何度でも同じ話を繰り返す、時間がたっても反応があまり変わらない。 ・時間と共に体験が自然に緩和されにくい。 ・自発行動を自覚しにくく、その反応として起こった出来事へストレスを感じるため、ストレス解消への道のりがみえにくい。

図18.発達障害児者と定型発達児者とでストレス反応の様相に感じるちがいが

4) 一般的なストレス体験をした発達障害児者への、発達的問題への介入

発達的問題に介入する際に用いられる技法を図 19 にまとめた。「環境調整」がのべ 25 名 (24.5%), 「心理教育」がのべ 24 名 (23.5%) とほぼ同数で並び、「ストレスマネジメント」がのべ 20 名 (19.6%) と続いた。「その他」の内容としては、認知行動療法、ブレインジムが挙げられた。

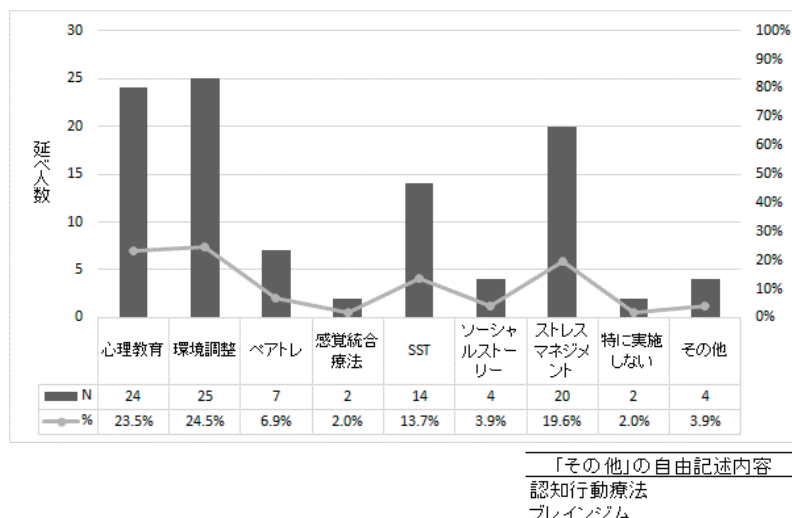
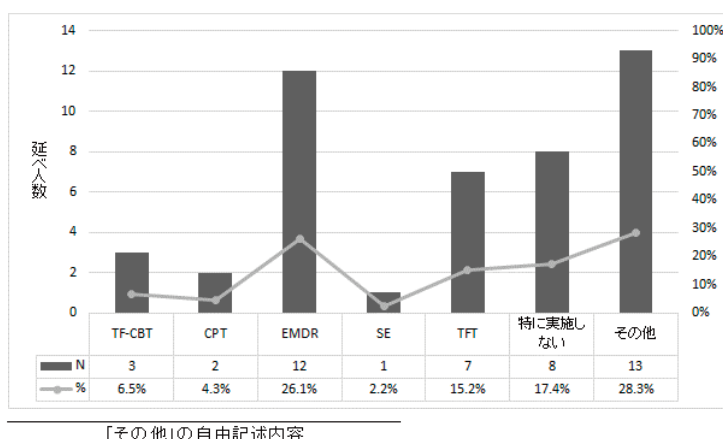


図19.一般的なストレス体験をした発達障害児者への、発達的問題への介入

5) 一般的なストレス体験をした発達障害児者に対する、PTSD 類似症状 (ストレス反応) への介入

PTSD 症状に介入する際に用いられる技法を図 20 にまとめた。「その他」がのべ 13 名 (28.3%), EMDR がのべ 12 名 (26.1%) とほぼ同数で並んだ。「その他」の内容としては、症状の心理教育、ストレスマネジメント、タッピングタッチ、ブレインスポッティング、安定化技法、マインドフルネスなど多岐に渡ることが分かった。



「その他」の自由記述内容
症状の心理教育
ストレスマネジメント
タッピングタッチ
ブレインスポッティング
安定化技法(グラウンディング・呼吸法)
マインドフルネス
プレイセラピー
Narrative exposure therapy (NET)
PTSDそのものでなく、人格基盤の建て直しを行う
催眠
ホログラフィー・トーク
日常生活の過ごしやすさを中心に関わる

図20.一般的なストレス体験をした発達障害児者に対する、PTSD類似症状(ストレス反応)への介入

介入に際して用いられる工夫を表8に示す。PTSD 症状に対する工夫と同様に、介入以前に準備や安定化、心理教育に多く時間を取ることや、視覚的手がかりの利用、対象が成人であっても子ども用の手続きを採用する、といった工夫内容への回答がみられた。

工夫	N	%
準備や安定化、心理教育のセッションを通常よりも多く取る	15	41.7%
視覚的手がかり(イラストや絵本、漫画、プリントなど)を用いる	13	36.1%
対象が成人であっても、子ども用の手続きを採用する	4	11.1%
その他	4	11.1%
合計(延べ)	36	100.0%

↓

「その他」の自由記述内容(抜粋)	
・ゆっくり、シンプルにわかり易く話す	

6) 他機関との連携

29 名中 5 名が、連携を行わないと回答していた。その理由を表 9 に示す。「連携可能な機関がない」と「どこと連携したらよいかわからない」が同数でそれぞれのべ 2 名 (28.6%) であった。

表9.他機関との連携を行わない(行えない)理由

「行わない」理由	度数	パーセント
連携可能な機関がない	2	28.6%
どこと連携したらよいかわからない	2	28.6%
未回答	3	42.9%
合計	7	100.0%

IV. 考察

1. 全体的傾向

今回の調査では、対象者の活動領域に限定をかけず、広く「臨床心理士」を対象として調査を行った。その結果、半数以上の 60% の臨床家から、PTSD 症状 (あるいはストレス体験による PTSD 類似症状) を呈する発達障害児者に出会ったことがあるとの回答が得られた。サンプル数の限界から、これはひとつの傾向としての言及にとどめる必要があるが、当該クライアントへの診療、臨床的介入のニーズは決して低くはないことが伺える。しかしながら、発達障害、PTSD 症状ともに明確に診断されたクライアントは少なく、発達障害に拠ったアセスメント (あるいは介入)、もしくは PTSD に拠ったアセスメント (あるいは介入) になりやすく、両側面共にアセスメント、診断することの困難さもまた示唆されていた。

2. アセスメントに使用される尺度、および介入について

発達障害のアセスメント、PTSD 症状のアセスメント、ストレス反応のアセスメントいずれも多く用いられていたのは、標準化された尺度 (ウェクスラー式知能検査や、IES-R) であった。特に発達検査に関しては、知的水準や発達特性に応じた対応の工夫やノウハウが

周知されていることから、本人を対象とした検査、養育者・関係者を対象とした検査、その他行動観察や生育歴の確認など、多角的な側面からのアセスメントが安定して実施されているようである。介入についても同様に、「心理教育」によって症状・特性の理解を促し、「環境調整」からストレスをコントロールし、本人のストレス耐性やコントロールスキルを向上するために「ストレスマネジメント」を実施する、といった標準的な介入が実施されているようだ。

体験が明らかに A 基準である PTSD 症状に対しては、IES-R が選択される率が比較的高いが、一方で CPAS はあまり使用されていないようだ。これには、検査を実施する際に感じる困難さとして挙げられた、検査に割く時間枠の確保の難しさや、当該児者の発達特性による注意集中の問題や言語的なやりとりの難しさに関連しての使用率の低さであると考えられるのではないだろうか。ゆえに、IES-R のように少ない項目数 (22 項目) で比較的短時間で実施が可能な検査が選ばれやすいのかもしれない。さらに特徴的だったのは、描画法もまた IES-R と同程度に多く使用されているという点である。言語を介さずに実施できる点や、短時間での実施が可能な点、専用の検査用具を必要としない点などから、臨床現場での利便性が高いことが理由として挙げられるかもしれない。しかしながら、描画法や投影法においては PTSD 症状を測定する確実な指標が設けられているとは言い難いという点に留意し、あくまで補助的な使用に留める必要もあるかもしれない。

一般的なストレス体験に対する PTSD 類似症状 (ないし、ストレス反応) のアセスメントに用いられる尺度はさらに多様性を増すようで、症状に焦点を当てた検査を実施するというよりは、認知様式や人格特性全般 (いわゆる「人となり」) を広く把握するために検査が実施されている印象を受けた。

介入については、PTSD 症状については EMDR の選択率が最も高かった。ストレス反応への介入としても EMDR は「その他」に並んで多い。選択された理由については推測の域を出ないが、詳細な言語化の必要なく実施が可能な点が挙げられるかもしれない。「その他」に含まれた介入技法も多くは非言語的なやりとりに主眼を置いたものが多いという点もまた特徴的であった。

ただし、臨床現場で多く用いられている手法が、実際にどのように治療効果を上げているのか、およびどのような課題を残しているのかについては不明瞭な点が多く、今後、これらの手法についての効果検証が行われる必要があるものと思われる。

【謝辞】

本調査を実施するにあたり、質問紙調査にご協力を頂いたすべての臨床心理士の皆様に、紙面をお借りしてお礼を申し上げます。