

平成 29 年度
【長期研究 1】

「大規模災害が子どもの心に与える影響のアセスメントシステムに関する研究」

(要旨)

災害を含むトラウマ体験が子どもの心に与える影響を適切に評価することは、介入方針を決定するうえ重要である。なかでも、トラウマ体験と直接関連している PTSD の症状及び重症度を評価することは最優先事項である。そのため昨年度 (H28 年度) は、トラウマ体験を有する子どもに日本で利用可能なアセスメントツールのレビューを行いその特徴を明らかにした。また、子どもの PTSD を正確に診断するための信頼性と妥当性を備えた日本語版のツールが存在しないことも判明したため、診断面接のゴールドスタンダードである CAPS-CA-5 の日本語版作成作業を開始した。

H29 年度は、英語が母国語相当のバイリンガル通訳者 2 名に CAPS-CA-5 日本語訳の英語へのバックトランスレーションを依頼し、2 つの独立した英語翻訳を統合しバックトランスレーション版 (英語) を完成させた。またバックトランスレーション版と原文との意味的な互換性を英語ネイティブが確認し言語的妥当性を確立した。さらに、この CAPS-CA-5 日本語版 (ドラフト) を用いて、少数の臨床事例に対してフィールドトライアルを実施した。フィールドトライアルの結果から、CAPS-CA-5 日本語版 (ドラフト) を、実際の子どもに対して実施していくことは大きな問題がないことがわかった。またこの経験から、CAPS-CA-5 の実施マニュアルを策定した。

今後は実施マニュアルを洗練させていくとともに普及のためのトレーニングを企画して評価者を育成していく必要がある。また、同時に妥当性を検証するための大規模な調査が必要であり、来年度は研究協力施設を募り多施設でのデータ収集を目指していく予定である。

研究体制：田中英三郎、亀岡智美、加藤寛

緒言

日本をはじめとするアジア地域は、世界で最も災害が多発している場所である。2015 年の統計によると、全世界の災害の 44.9%がアジア地域で発生しており、アジア地域の災害による死亡者数は全世界の 68.7%にまで及ぶ¹⁾。災害は地域社会全体に多大な影響を与えるとともに、被災者の心に大きな傷跡を残しうる。なかでも、子どもや若者は発達途上であり災害のストレスをコントロールするための対処技術が十分に身につけていないため、様々な心身の反応を呈しやすいと考えられている。

災害を含むトラウマ体験が子どもの心に与える影響を適切に評価することは、介入方針を決定するうえ重要である。なかでも、トラウマ体験と直接関連している PTSD の症状及び重症度を評価することが最優先事項である。そのため昨年度 (H28 年度) は、トラウマ体験を有する子どもに日本で利用可能なアセスメントツールのレビューを行い、その特徴を明らかにした。現在、日本で利用可能な標準化されたアセスメントツールとしては、「TSCC 子供用トラウマ症状チェックリスト」と「UCLA PTSD reaction Index DSM-5:UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックス (児童青年期用) DSM-5 版」の 2 つが挙げられる。前者は、Brier らによって開発された 8-16 歳の子どもを対象とした自記式尺度であり、慢性的なトラウマ体験後の心理反応の評価を目的としたものである。これまでの研究では、主に性的虐待に対する子どもの心理反応の評価に使用されてきた。日本語版は、西澤らにより作成され妥当性が検証されている²⁾。この尺度のウィークポイントとしては、PTSD 症状全てを評価するわけではない点や国際診断基準 (DSM など) に準拠していない点があげられる。一方、後者は Steinberg らを中心に開発された自記式尺度であり、世界的には子どもの PTSD に関する調査や研究に最も広く使用されている。広範な種類のトラウマ体験を有する 7-18 歳の青少年を対象に、PTSD 症状を評価することができる。DSM-5 に準拠した日本語版の妥当性が高田らによって報告されている³⁾。こういった自記式質問紙は、実施が簡便であるため大集団を対象とできる点がメリットである。しかし、より精緻な子どもの精神状態の評価を行うために

は、面接で子どもの行動を観察するとともに複数の情報提供者から情報を得る必要がある。なぜならば、子どもは自己の内面を正確に報告できることは分かっているが、しばしば自分の行動を正確には観察できないと考えられているからである⁴⁾。そこで H29 年度は、子どもの PTSD 診断面接のゴールドスタンダードである CAPS-CA-5 の言語的妥当性を確認するとともに、少数の臨床事例に対してフィールドトライアルを実施し、CAPS-CA-5 日本語版の実施マニュアルを策定した。

方法

1. 言語的妥当性の検証

言語的妥当性を検証するために以下の 2 つのステップが必要である。

- ・ フォワードトランスレーション (FT: 英語→日本語)
- ・ バックトランスレーション (BT: 日本語→英語)

昨年度 (H28 年度) は、日本語を母国語とするバイリンガル通訳者 2 名 (大澤智子及び翻訳業者の専門翻訳者) が独立した英語日本語の翻訳を実施し、研究マネージャー (田中英三郎) が 2 つの翻訳を統合するとともに、研究チーム (亀岡智美、加藤寛) での合意を得て、日本語版を完成させた。本年度 (H29 年度) は、英語が母国語相当のバイリンガル通訳者 (田宮聡及び翻訳業者の専門翻訳者) に BT を依頼した。2 つの独立した BT を研究マネージャー (田中英三郎) が統合するとともに、研究チーム内 (亀岡智美、加藤寛) での合意を得て、BT を完成させた。BT は、開発者らに送付するとともに、原文と BT の意味的な互換性を英語ネイティブに確認依頼した。

2. 予備的フィールドトライアル

I. 研究デザイン

横断調査

児童精神保健専門家による子どもへの一対一面接調査を実施した（本年度は田中英三郎が担当した）。また、情報を補完するために、子どもと保護者に自記式質問表の記入を依頼するとともに、保護者にも面接を行った。

II. 研究対象者の選定方針

対象者：トラウマ体験がある7-18歳の子どもとその保護者が対象である（本年度は当センター附属診療所外来通院者を対象とした）。トラウマ体験の評価は、UPID-5のトラウマ／喪失体験に関するスクリーニング質問及びその詳細のモジュールを使用し、子ども本人と保護者から聞き取った。

除外基準：1. 活発な精神病症状、2. 重篤なうつ症状、3. 切迫した自傷他害のリスク、4. その他、研究責任者がトラウマ体験を聴取するのに不適切な状態だと判断した場合。

III. 実施場所

兵庫県こころのケアセンターのプライバシーが確保された個室で実施した。

IV. 評価項目

CAPS-CA-5: 本人及び保護者に対する構造化面接である。CAPS-CA-5は、トラウマ体験に関する質問1つ、PTSD症状（再体験、回避、否定的認知、覚醒亢進）に関する質問20個、持続期間に関する質問2つ、機能障害に関する質問3つ、全般状態に関する質問3つ、その他の質問2つの合計30個の質問からなる。それぞれの質問項目について最近1月の状態を4段階（一部5段階）で面接者が評定を行う。

UCLA PTSD reaction index for DSM-5 (UPID-5) : DSM-5のPTSD症状（31項目）について最近1月の状態を子どもが自記式5段階で評価する。

バールソン児童用抑うつ性尺度（うつ得点） : 18項目からなる子どものうつ病のスクリーニ

ングテストであり、最近1週間の状態について子どもが自記式3段階で評価する。

スペンス児童用不安尺度（不安得点）：子どもの不安症を測定する目的で開発された子どもの自記式の質問紙で38項目を4段階で評価する。

SDQ（Strengths and Difficulties Questionnaire）：3-16歳の子どもについての、多側面における行動上の問題に関するスクリーニング尺度であり、保護者が自記式で回答する。全25項目を3段階で評価する。下位ドメインとして、情緒、行為、多動・不注意、仲間関係、向社会性が算定できる。

自閉症スペクトラム指数（AQ）：個人の自閉症傾向を測定する目的で開発され、高機能自閉症やアスペルガー障害を含む自閉症スペクトラム障害のスクリーニングにも使用できる。成人用（16歳以上）は自己評価、児童用（6-15歳）は保護者などによる他者評価で、回答は「あてはまる」から「あてはまらない」までの4段階で評価する。

前頭葉機能検査（FAB）：概念化課題、知的柔軟性課題、行動プログラム課題、反応の選択課題、抑制課題、把握行動課題の6課題からなる面接形式による検査である。検査時間が短く、特別な用具を用いないで施行出来る。

基本属性：年齢、性別、家庭状況、トラウマ体験前の精神的問題、家族の精神的問題、トラウマ体験後の支えとなってくれる人、過去1年間の平均的登校状況、身体的問題、Children's Global Assessment Scale（CGAS）、治療/介入/サポート状況を面接で子ども及び保護者から確認した。

V. 分析

収束的妥当性は、CAPS-CA-5とUPID-5のそれぞれの得点の相関により確認する予定である。また、CAPS-CA-5とUPID-5の診断一致度は、 κ 係数で確認する予定である。弁別的妥当性は、CAPS-CA-5とバールソン児童用抑うつ性尺度、スペンス児童用不安尺度、SDQ、AQ、FABのそれぞれの得点との相関により確認する予定である。ただし、本年度は予備的調査で

あるため、単純な得点の記述的比較を行うのみとした。

結果

1. 言語的妥当性の検証

姫路市総合福祉通園センター田宮聡氏の協力のもとに、BT した英語版を完成させた（付録資料参照）。BT の英語版と原版との意味的な互換性を英語ネイティブが確認し、開発者らにも BT 英語版を送付した。原版と BT 英語版の大きな齟齬はなく、言語的妥当性が確認できた。

2. 予備的フィールドトライアル

予備的フィールドトライアル 3 事例の結果を表に示した。なお、少数例への施行であるため、事例の属性に関する情報を意図的にマスクした。3 事例とも、なんらかのトラウマ体験を有して当センターを受診した児童と保護者である。事例 1 の臨床診断は不安症である。事例 2 と 3 は共に PTSD であるが、事例 3 は治療により寛解した状態である。収束的妥当性に関して CAPS-CA-5 と UPID-5 の結果を概観すると、3 事例ともに得点傾向として UPID-5 > CAPS-CA-5 を示していた。また、弁別的妥当性に関して、CAPS-CA-5 と AQ や FAB は無相関傾向であったが、うつ得点、不安得点、SDQ 得点とは多少の相関が推察された。

表. CAPS-CA-5 の予備調査 3 事例の結果

		事例 1	事例 2	事例 3	最大	カットオフ
CAPS-CA-5	侵入	5	10	4	20	NA
	回避	3	6	1	8	NA
	認知と気分の陰性変化	4	11	3	28	NA
	覚醒度と反応性の変化	11	11	7	24	NA
	総得点	23	38	15	80	NA
	診断	なし	あり	なし		
UPID-5	侵入	13	16	9	20	NA
	回避	5	7	2	8	NA
	認知と気分の陰性変化	21	17	7	28	NA
	覚醒度と反応性の変化	21	18	7	24	NA
	総得点	60	58	25	80	NA
	診断	あり	あり	なし		
うつ得点	22	27	11	36	16	
不安得点	77	76	17	114	NA	
AQ 得点	14	16	19	50	25	
SDQ 得点	26	16	14	40	17	
FAB 得点	16	18	13	18	NA	

3. CAPS-CA-5 実施の手引き

予備的フィールドトライアルの経験から、CAPS-CA-5 日本語版を実施する上での注意点を以下のようにまとめた。

CAPS-CA-5 を実施する前の注意点

CAPS-CA-5 は、7 歳以上の児童青年期の子どもを対象としています。6 歳以下の子どもは対象範囲外です。なぜなら、6 歳以下の子どもでは DSM-5 の診断基準が異なるためです。CAPS-CA-5 を始める前に、DSM-5 に記載されている PTSD の診断基準を十分に理解しておきましょう。また、子どもと保護者に対する（構造化）面接に慣れておきましょう。CAPS-CA-

5 は訓練を受けた面接者が子どもに対して行う構造化面接です。PTSD 症状の評価を行う上では子どもの発言内容が一番重要ですが、面接中の子どもの様子、保護者からの陳述、学校での様子など手に入る全ての情報を活用して面接者が臨床判断をくだします。子どもの心の内面に関わる症状は子ども自身の発言に重きを置き、客観的に観察できる行動症状は保護者や学校からの情報も重視します。

実施に際しての注意点

まず、インデックスイベント（最悪の出来事）を同定します。インデックスイベントの同定には、UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックス（児童青年期用）のトラウマ／喪失体験に関するスクリーニング質問の使用を推奨します。インデックスイベントとして、いつ何が起こったのか、詳しく尋ねましょう。またインデックスイベントが DSM-5 の PTSD 診断基準 A を満たしているかどうかを確認しましょう。

このインデックスイベントに関して、最近の 1 ヶ月間、どのような PTSD 症状があったかを確認していきます。強度と頻度の 2 つの点について質問することを説明しましょう。強度と頻度の評価シートを紹介しましょう。以後、症状がインデックスイベントから離れないように注意しましょう。子どもや保護者は、インデックスイベントと無関係な症状を訴え始めることがあります。また、症状があった期間が最近の 1 ヶ月間から離れないようにも注意しましょう。カレンダーを見せながら、1 ヶ月前には具体的に何があった日なのかを特定してからはじめるとよいでしょう。

CAPS-CA-5 を実施するうえでの重要点を以下に示します。

- ・まずは、マニュアル通りに質問する。
- ・十分な情報が得られなければ、アドリブで質問してもよい。
- ・具体例を常に尋ねる。
- ・例示は最小限に留める。
- ・採点のアンカーポイントを読み上げない。
- ・面接中や面接後にひどく気持ちが動揺することがあることを伝えておき、その対処法について相談しておく。
- ・質問数が多く時間がかかるため、一つ一つの質問に多くのことを答える必要がないことを伝えておく。

ある PTSD 症状が最近 1 ヶ月間で典型的に現れた場合の強度を同定します。マニュアルの質問から得られた情報と強度評価シートの両方を勘案して強度を判断しましょう。次に頻度を確認します。ここでは頻度評価シートが活用できるでしょう。そして強度と頻度の基準から重症度を臨床判断します。重症度は強度とリンクすることが多いため、以下にそれぞれの PTSD 症状の強度を判断するうえでのポイントを記します。強度とは、症状が現れたときの主観的苦痛と症状によって引き起こされる機能障害を併せたものです。「全くなし」とは文字通り苦痛や機能障害が全くない場合です。「わずか」とは苦痛や機能障害はわずかであり、臨床的な問題がない場合です。「強い」とは苦痛が強く、なんらかの機能障害がありますが、何とか対処できているレベルで、臨床的には意味のある症状と考えます。「非常に強い」は苦痛が非常に強く様々な機能障害がある場合です。「極度」は考えうる最も強い苦痛があり、もはや何もできなくなっている場合です。

基準 B : 侵入症状

B1 (侵入的想起)

この症状は、非自発性、侵入性を確認することが大切です。また侵入的記憶を何とか追いつめれば「強い」、ほとんど追いつめないならば「非常に強い」と強度を評価します。

B2 (悪夢)

悪夢で目が覚めるのか、目が覚めたときにはどのような心身反応があるのか、再入眠するにはどれくらい時間がかかるか、悪夢のせいではどれくらい睡眠不足かを確認します。目が覚めないこともあるならば「わずか」、目覚めるが1時間以内に再入眠できるならば「強い」、目覚めて再入眠するのに1時間以上かかるならば「非常に強い」と強度を評価します。

B3 (フラッシュバック)

フラッシュバック中に、自分は現在の周囲の状況が分かっているかどうか、周囲の人は変化(フラッシュバック)に気づくかどうかのポイントとなります。あきらかなフラッシュバックでも、自分は周囲の状況はよく分かっていて、周囲の人はフラッシュバックを起こしていることにほとんど気づかない一過性のものならば「強い」と、鮮明な映像、音、匂いを伴うフラッシュバックがしばらく続き、周囲の状況は多少わかる程度で、周囲の人も変化に気づくならば「非常に強い」、周囲の状況が完全に分からなくなり、反応もほとんどなくなる状態がかなり続くならば「極度」と強度を評価します。

B4-5 (リマインダーへの心理的反応・身体反応)

リマインダーに対する心理反応・身体反応の強さと持続時間が、強度評価のポイントとなります。持続時間が数分なら「強い」、数十分ならば「非常に強い」、数時間ならば「極度」と強度を評価します。

基準C：回避症状

C1-2 (記憶と状況の回避)

記憶や状況を回避するための具体的な手段を確認し、回避することでどれくらい生活に支障をきたしているか（強度評価シート活用）、もし回避する必要がなければ、どれくらい生活は変わるかも確認しましょう。回避があり活動への支障がでている場合は「強い」、顕著な回避があり活動に重大な支障をきたしている場合は「非常に強い」、極端な回避があり活動ができなくなっている場合は「極度」と強度を評価します。

基準D：認知と気分の陰性変化

D1（トラウマ記憶の解離性健忘）

努力でどれだけ思い出せるかがポイントです。努力すれば思い出せるならば「強い」、努力してもなかなか思い出せないならば「非常に強い」、全く思い出せないならば「極度」と強度を評価します。

頻度は場面の数で評価しにくければ、トラウマ記憶全体に占める思い出せない割合を用いてもよいでしょう。覚えていない場面が 20-30%ならば中等度、50 - 60%ならば重度、ほとんど覚えていないならば極度と判断します。

D2-3（否定的信念／自責他罰）

複数の側面がある症状で、強度が「極度」の評価を下すためには2つ以上の側面で同様に「極度」の基準を満たす必要があります。しかし、この質問は例外です。最も強い1つの否定的信念を基準に判定します。否定的な信念（自責他罰）があっても現実的な考えもできるならば「強い」、現実的にはほとんど考えられないならば「非常に強い」、全く現実的に考えられないならば「極度」と強度を評価します。

D4（陰性感情）

複数の側面が症状にある場合は、基本的には2つ以上の側面で「極度」の評価がなされなければ、強度を「極度」とは判断しません。陰性感情に関してはこの一般的ルールが当てはまります。

D5 (興味喪失)

楽しむことができる活動がどの程度残されているかがポイントです。興味の喪失があってもいくつかの活動は楽しむことができるならば「強い」、活動への興味や参加がほとんどなければ「非常に強い」、完全に興味を失いいかなる活動にも全く参加しないならば「極度」と強度を評価します。

D6 (孤立疎遠)

どれくらい親近感を感じられる人が残されているかがポイントです。孤立疎遠感があってもいくらかの人には親近感を感じられるならば「強い」、親近感を感じるのは1-2人ならば「非常に強い」、誰にも親近感を感じないならば「極度」と強度を評価します。

D7 (陽性情動欠如)

どれくらい肯定的感情が残されているかがポイントです。肯定的感情は減少していてもまだ感じることはできる場合は「強い」、ほとんど感じるできない場合は「非常に強い」、全く感じられない場合は「極度」と強度を評価します。

基準 E : 覚醒と反応性の変化

E1 (攻撃性)

攻撃的な行動が現れているかどうかを確認することが重要です。もし、ただイライラしているだけならばそれは陰性感情にコードします。言葉による攻撃性のみならば「強い」、身体的な攻撃性もあれば「非常に強い」と強度を評価します。

E2 (自己破壊的行動)

実際に危害が生じうる可能性があれば「強い」、危害が生じたならば「非常に強い」と強度を評価します。

E3 (警戒心)

公共の場所で用心深くなるようならば「強い」、自分／家族／自宅の安全を過剰に心配す

るようならば「非常に強い」、安全確認行動が顕著で面接中も過剰な警戒心を認めるならば「極度」と判断します。

E4（驚愕反応）

驚愕反応は、他人は気づきにくく回復までに数分ならば「強い」、他人にも分かり回復までに数十分ならば「非常に強い」、過剰な反応を示すし回復までに数時間ならば「極度」と強度を評価します。

E5（集中困難）

努力でどれだけ集中できるかがポイントです。努力すれば集中できるならば「強い」、努力しても多くのことに集中できないならば「非常に強い」、全く何にも集中できないならば「極度」と強度を評価します。

E6（睡眠障害）

強度の評価は、入眠困難、中途覚醒、30-90分の睡眠不足があれば「強い」、ひどい入眠困難と中途覚醒、1.5-3時間の睡眠不足があれば「非常に強い」、極度の入眠困難と中途覚醒、3時間以上の睡眠不足があれば「極度」と評価します

考察と展望

本年度は子どもの PTSD 診断のゴールドスタンダードである CAPS-CA の最新版（DSM-5 準拠）の言語的妥当性を確認した。また、少数例に対して予備的フィールドトライアルを実施し、その実行可能性を確認した。CAPS-CA-5 日本語版を子どもに実施するうえでの大きな問題はなく、今後は実施マニュアルを洗練させていくとともに普及のためのトレーニングを企画して評価者を育成していく必要がある。また、同時に妥当性を検証するための大規模な調査が必要であり、来年度は研究協力施設を募り多施設でのデータ収集を目指していく予定である。

引用文献

- 1) Asian Disaster Reduction Center. Natural Disaster Data Book 2015
http://www.adrc.asia/publications/databook/ORG/databook_2015/pdf/DataBook2015_e.pdf
- 2) 西澤哲：子どものトラウマのアセスメント．臨床精神医学増刊号：52-58,
- 3) Takada S, Kameoka S, Okuyama M, et al: Feasibility and psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index for DSM-5 in japanese youth: A multi-site study. Asian Journal of Psychiatry <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.011>
- 4) Jensen P, Salzberg A, Rixhter J, et al: Scale, diagnoses, and child psychopathology:I.CBCL and DISC relationships. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32:397-406, 1993

National Center for PTSD

**Clinician-Administered PTSD Scale (Adapted for DSM-5)
Childhood and Adolescence Version**

(Revised in September, 2015)

Child's Name: ID# Age: Sex: Girl Boy

Grade: CAPS-CA-5 バックトランスレーション版のサンプル資料

Teacher: 全体の3分の1程度 (冒頭の10ページ) のみ公開

Interview

Date (Month/Day/Year): (Session#)

Robert S. Pynoos, Frank W. Weathers, Alan M. Steinberg, Brian P. Marx,
Christopher M. Layne, Danny G. Kaloupek, Paula P. Schnurr, Terence M. Keane,
Dudley D. Blake, Elana Newman, Kathleen O. Nader & Julie A. Kriegler



Contact: Hyogo Institute for Traumatic Stress for questions, suggestions, or reprints.

Please note changes in affiliations of several authors. Currently K.Nader is affiliated with Nader and Associates (Aliso Viejo, CA), J.A.Kriegler with Permanente Medical Group (Santa Clara, CA), D.D.Blake with Veterans Affairs Medical Center (Boise), and E.Newman with the University of Tulsa.

Authors express their gratitude to Julie Kaplow for her assistance in expression of scale items for the DSM-5 pilot tests.

Precautions for use

It is essential that Clinician Administered PTSD Scale (Adapted for DSM-5) Childhood and Adolescence Version (CAPS-CA-5) be administered and scored in a standard manner in order to ensure the reliability and the validity of its scoring and diagnosis. CAPS-CA-5 can be administered only by an interviewer who has been formally educated on structured interviews and differential diagnoses, has sufficient understanding of the DSM-5 symptom criteria for PTSD, and is qualified to possess thorough knowledge of the characteristics and arrangement of CAPS-CA-5 itself.

CAPS-CA-5 is based on the PTSD symptom criteria of DSM-5 for children seven years and above. CAPS-CA-5 should not be used to evaluate PTSD according to DSM-5 for children six years and younger since the PTSD criteria and diagnostic threshold are different for preschoolers.

Upon Administration

1. Identify the index event(s) (targeted traumatic incident[s]) that will be the basis for symptom evaluation. For a comprehensive trauma history, ask questions in an evidence-based structured manner such as those in Life Events Checklist – Child Version for DSM-IV or the Criterion A questions on page X of this booklet. You may also

Childhood and Adolescent PTSD Reaction Form (CAPS-CA-5) for DSM-5. The index event(s) may be a single incident (e.g., accident) or multiple related incidents (e.g., physical or sexual abuse, witnessing a domestic violence).

2. Read and discuss selected questions more at length than the following standard questions:

- a. Use the subject's own words for the index event(s) and symptoms.
- b. You may modify standard questions using the information the subject provided before. However, return to the written question as soon as possible. For instance, on Item 20, you may ask, "You said you already had a sleep problem. What kind of problem is it?"
- c. If you cannot obtain sufficient information after completing all the standard questions, continue with improvised questions. In this case, repeating the original standard questions often helps the subject focus.
- d. Inquire of the subject specific examples and details as needed even though not indicated in standard questions.

3. Generally speaking, do not suggest a response. If the subject cannot understand a question, you may provide a simple example to clarify and explain the question in an understandable way. However, give the subject an ample opportunity to respond spontaneously, keeping examples at minimum.

4. Do not read aloud an anchor point for scoring to the subject since an anchor point is intended for use only by the evaluator and the clinical judgment and sufficient understanding of the CAPS-CA-5 assessment are required for its appropriate use.

5. Administer the interview as efficiently as possible to minimize burden on the subject. Following are some effective strategies:

- a. Be sufficiently familiar with CAPS-CA-5 for fluent questioning.
- b. Try to gather sufficient information for a valid assessment with minimal questions.
- c. Keep note-taking during the interview at minimum in order not to keep the subject waiting.
- d. Manage the whole interview appropriately. While being respectful to the subject, keep him/her firmly focused, switch questions, request for specific examples, and confront him/her with any inconsistencies.

Scoring

1. Symptom severity assessment of CAPS-CA-5 is based on frequency and intensity as in the previous version of CAPS-CA. (However, “8. Amnesia” and “12. Diminished interest” are evaluated based on quantity and intensity of symptoms.) In the previous version, frequency and intensity were to be evaluated separately for each item, both of which were then summed to compute the symptom severity score and (consequently) the total score.



determine the presence or absence of symptoms. However, in CAPS-CA-5, each item is assessed with a severity score. In the CAPS-CA-5, the evaluator integrates the information on frequency and intensity to a single severity assessment. For each item, frequency and intensity are assessed together to determine the presence or absence of symptoms. For each item, frequency and intensity are assessed together to determine the presence or absence of symptoms. For each item, frequency and intensity are assessed together to determine the presence or absence of symptoms.

“Minimal,” “Clearly Present,” “Pronounced,” or “Extreme.” Intensity and severity are related, but to be sharply distinguished from each other. Intensity refers to the strength of a certain symptom upon its typical appearance. On the other hand, severity refers to the sum of the burden caused by a symptom during a certain period, expressed as a combination of intensity and frequency. This is similar to the evaluation of alcohol consumption based on quantity/frequency. The anchor points for the intensity evaluation generally correspond to those for the severity described below. Severity can be interpreted in the same manner as intensity except that severity needs to be considered as a combination of intensity and frequency. Therefore, unless frequency is considered, “Minimal” of the intensity evaluation corresponds to “Mild/Below Threshold” of the severity evaluation, “Clearly Present” to “Moderate/Threshold Level,” “Pronounced” to “Severe/Notably Above Threshold,” and “Extreme” to “Extreme/Disabling.”

2. The symptom severity evaluation of CAPS-CA-5 utilizes a 5-point method for every symptom. Interpret and use the anchor points of the assessment scale as follows:

0 **None:** Either the subject denies a problem (symptom/disability) or his/her responses do not meet the DSM-5 symptom criteria.

1 **Mild/Below Threshold:** Although the subject describes a problem that matches the symptom criteria, it is not severe enough for a clinical significance. The problem does not meet the DSM-5 criteria and is not considered when diagnosing PTSD.

2 **Moderate/Threshold Level:** The subject describes a clinically significant problem. It meets the DSM-5 criteria and is considered when diagnosing PTSD. Furthermore, the problem can be an intervention target. The frequency of at least twice a month or some time (20-30% of one month) is required in addition to the intensity of at least "Clearly Present" for this score.

3 **Severe/Notably Above Threshold:** The subject describes a problem that is sufficiently above the threshold. It is difficult to control, sometimes overwhelming, and will be an intervention target. The frequency of at least twice a week or much time (50-60% of one month) is required in addition to the intensity of at least "Pronounced" for this score.

4 **Extreme/Disabling:** The subject describes a dramatic symptom far above the threshold. It is extremely uncomfortable, all encompassing, and overwhelming, and becomes a high-priority intervention target.

3. In general, the corresponding severity evaluation is scored only when both frequency and intensity meet assessment criteria. Each of the anchor points in the CAPS-CA-5 manual provides a brief description of the symptom severity evaluation. However, there are a few exceptions.

When a symptom appears once a month (instead of required twice a month), the severity evaluation can be Moderate/Threshold Level if intensity is judged as "Pronounced" or "Extreme" (instead of required "Clearly Present"). Similarly, even when a symptom appears once a week (instead of required twice a week), the severity evaluation can be Severe/Notably Above threshold if intensity is judged as "Extreme" (instead of required "Pronounced"). When you cannot decide between two severity evaluations, choose the lower one.

4. In addition to meeting the DSM-5 criteria phenomenologically, the symptom needs be proven to be functionally related to the index event(s): it appears or worsens as a result of the incident(s). CAPS-CA-5 Items 1-8 and 10 (reexperiencing, effort for avoidance, amnesia, blaming self/others) are essentially tied to the incident. It is necessary to use the following evaluation

scale for other items to assess the association with the incident to be the index event(s):

- a. **Obviously:** (1) A clear change from the pre-trauma functioning level is observed. (2) The subject states with confidence that the incident to be the index event(s) is the cause. The symptom is judged to be obviously caused by the index event(s) if either or both of these are met.
- b. **Probably Yes:** Although the symptom seems related to the index event(s), a definite judgment cannot be made. This is scored in following situations: (1) A change from the pre-trauma functioning is likely, but cannot be determined as “Obviously.” (2) The subject suspects a causal association between the symptom and the index event(s), but cannot determine as “Obviously.” (3) The symptom is considered to be functionally related to the symptoms that are essentially tied to the trauma such as reexperiencing. (E.g., Emotional numbness and withdrawal worsen when re-experiencing increases.)
- c. **Probably No:** The symptom stems from other causes than the index event(s). (1) A clear functional relationship is observed with other causes. (2) The subject specifies other causes and denies any relationship with the index event(s) with confidence. The symptom is judged to stem from other causes than the index event(s) if either or both of these are met. It may be difficult to deny any relationship between the symptom and the index event(s)

cause other than the index event(s) is observed. **Probably No** Symptoms judged to be “Probably No” in the severity evaluation. Symptoms judged to be “Probably No” are not included in the items used for SE diagnosis or calculation of the severity scores of CAPS-CA-5.

5. **CAPS-CA-5 Symptom Cluster Severity Score** is computed by adding up each severity score for the symptoms included in the DSM-5 cluster. Therefore, the severity score for Criterion B (reexperiencing) is the total of each severity score of Items 1-5, the severity score for Criterion C (avoidance) the total of Items 6 and 7, the severity score for Criterion D (negative alterations in cognitions and mood) the total of Items 8-14, and the severity score for Criterion E (hypervigilance) the total of Items 15-20. The cluster score for dissociation is computed by adding Items 29 and 30 as well.

6. **CAPS-CA-5 Symptom Cluster Severity Score** is computed by adding up each severity score for the symptoms included in the DSM-5 cluster. Therefore, the severity score for Criterion B (reexperiencing) is the total of each severity score of Items 1-5, the severity score for Criterion C (avoidance) the total of Items 6 and 7, the severity score for Criterion D (negative alterations in cognitions and mood) the total of Items 8-14, and the severity score for Criterion E (hypervigilance) the total of Items 15-20. The cluster score for dissociation is computed by adding Items 29 and 30 as well.
7. For a **PTSD diagnosis**, each symptom is first categorized as “symptom present” or “symptom absent,” then a diagnosis is determined according to the DSM-5 diagnostic criteria. Each symptom is deemed to be present only when the severity evaluation is 2 (Moderate/Threshold Level) or above. For Items 9 and 11-20, the association with the trauma needs to be judged as “Obvious” or

“Probably Yes.” A symptom is judged to be absent if the association with the trauma is not clear. The DSM-5 diagnostic criteria require at least one B symptom, one C symptom, two D symptoms, and two E symptoms. Furthermore, Criterion F and Criterion G must be fulfilled. Criterion F requires that the disturbance continue for one month or longer. Criterion G requires that there be clinically significant distress or impairment as shown by the score of 2 (Moderate) or above on Items 23-25.

8. Use Frequency Assessment Sheet (Appendix A) to assist the child answer on how many days in the last one month reactions occurred. The interviewer hands Frequency Assessment Sheet to him/her and, pointing at the calendar, explains the evaluation choices as follows: “0” means that there were no reactions at all in the last one month, no reactions on any day. ‘1’ means that there were reactions on about 1-3 days in the last one month. ‘2’ means that there were reactions on about 2-3 days a week in the last one month. ‘3’ means that there were reactions on about 3-4 days a week in the last one month. ‘4’ means that there were reactions almost every day in the last one month.”

Note for the interviewer: “0” corresponds to none, “1” to 5-10% of a certain time period, “2” to 20-30%, “3” to approximately 50%, and “4” to almost all the time.

As a practice, ask questions as follows using a calendar: “I’m going to ask a few



you did your homework in the last one month.” Continue these kinds of questions until the evaluator is sure that the child is able to use the calendar to assess on how many days in the last one month reactions occurred. For school-age children, it is useful to work with them to specify the date 30 days prior to the interview with him/her. (E.g., from your brother’s birthday, from the day school started, etc.)

Use Intensity Assessment Sheet (Appendix B) to assist the child answer how much he/she suffered from the problem in the last month. Choices are “None,” “Mild (Slight),” “Moderate (Intense),” “Severe (Very Intense),” and “Extreme.” “None” is scored when the child denies a problem or his/her complaints do not match the DSM-5 symptom criteria. “Mild (Slight)” is scored when, even though the child describes a problem, it is not serious enough to be considered as clinically significant. “Moderate (Intense)” is scored when the child describes a clinically significant problem. “Severe (Very Intense)” is scored when the child describes a problem that sufficiently exceeds the threshold. “Extreme” is scored when the child describes a dramatic problem that far exceeds the threshold. See

Section 2 above for the interpretation of the symptom severity scoring with both the frequency assessment and the intensity assessment.

The interviewer hands Intensity Assessment Sheet to the child and explains the evaluation choices on how much he/she is bothered by a problem, pointing at the cup as follows: “The first empty cup (indicated as ‘None’) means that you are bothered by no problems. The second cup that is filled a little (indicated as ‘Mild (Slight)’) means that you are bothered by a problem a little. The third cup that is almost half-filled (indicated as ‘Moderate (Intense)’) means that you are much bothered by a problem. The fourth cup that is filled more than half (indicated as ‘Severe (Very Intense)’) means that you are very much bothered by a problem and don’t know how to cope. The fifth cup that is completely filled (indicated as ‘Extreme’) means that a problem can’t get worse.”

Criterion A: Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one (or more) of the following ways:

1. Directly experiencing the traumatic event(s).
2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others.
3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a close family member or close friend. In cases of actual or threatened death, this family member or close friend must have been violent or accidental.

Experiencing repeated exposure to details of the traumatic event(s) (e.g., first responders in a hazardous zone, police officers repeatedly exposed to details of child abuse). Note: Criterion A4 does not apply to exposure through electronic, video, or print media unless the exposure is directly related to the event.

[Administer Life Events Checklist - Child Version for DSM-IV or another structured screening tool for a traumatic experience.]

I will be asking you about the stressful experience questionnaire that you filled in. First, I will be briefly asking about the incident that was worst for you. Then I will be asking how the incident affected you in the last one month. Although a lot of information is not necessary, I would like to ask for enough information to understand your problem. Let me know if you get very upset during the interview. In that case, we can slow down to discuss what is upsetting you. Tell me also if there is any question or anything you don’t understand. Do you have any questions before we get started?

The incident you reported as worst was XXX. Please explain briefly what happened.

Incident to be the index event (Specify):

<p>What happened? (How old were you? How were you involved? Was anyone else involved? Was anyone seriously injured or killed? Was anyone's life threatened? How many times did it happen?)</p>	<p>Type of exposure Experienced___ Witnessed___ Learned___ Exposed to aversive details___ Life threatened? No Yes [Self_ Others_] Serious injury? No Yes [Self_ Others_] Sexual violence? No Yes [Self_ Others_] Criteria A met? No Maybe Yes</p>
--	---

For the rest of the interview, I will be asking about various problems that may have been caused by this worst incident, so please keep the incident in your mind as we go on. You may have had some of the problems since long before, but we will be focusing on the last one month for this interview. I will be asking you if each of the problems existed in the last one month, and if so, how frequent and how distressing it was.

Criterion B: Presence of one or more of the following intrusion symptoms associated with the traumatic event(s):


<p>NOT FOR PUBLIC RELEASE</p>	
<p>(B1) Recurrent, involuntary, and intrusive memories of the traumatic event(s). Note: In children older than 6 years, repetitive play may occur in which themes or details of the traumatic event(s) are repeatedly expressed.</p> <p>This concerns only when you are awake and dreams are not included. [Score 0 (None) if only in dreams.] How did <u>upsetting thoughts, pictures, or sounds of what happened</u> come into your mind?</p> <p>[If unclear] Do these distressing thoughts, pictures, or sounds come into your mind by themselves, or do you think of them on purpose? [Score 0 (None) if not involuntary and intrusive.] How much distressing are these thoughts, pictures, or sounds?</p>	<p>Threshold 2 Moderate/Threshold Level 3 Severe/Notably Above Threshold 4 Extreme/Disabling</p>

<p>Can you clear your mind of these thoughts, pictures, or sounds and think of something else? Circle one: Distress = Slight Intense Very Intense Extreme</p> <p>In the last one month, how much have these thoughts, pictures, or sounds come into your mind? Number of Times _____</p>	
<p>Principal assessment area = Frequency/Intensity of distress Moderate = At least twice a month/Distress intense, memories somewhat difficult to drive away Severe = At least twice a week/Distress very intense, memories notably difficult to drive away</p>	

2. (B2) Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the event(s). Note: In children, there may be frightening dreams without recognizable content.

<p>In the last one month, did you have bad dreams about _____?</p> <p>_____ happened or any other bad dreams? Describe one of these dreams. _____ [unclear] (Did these bad dreams _____ you _____?) If yes] (How do you feel when you wake up? How long _____ does _____ how much _____ these dreams _____</p>	<p>1 Mild/Below Threshold 2 Moderate/Threshold Level 3 Severe/Notable 4 Extreme/Disabling</p>
<p>Extreme In the last one month, how often did you have bad dreams? Number of Times _____</p>	
<p>Principal assessment area = Frequency/Intensity of distress Moderate = At least twice a month/Distress intense, short of sleep by less than an hour Severe = At least twice a week/Distress very intense, short of sleep by an hour or more</p>	

3. (B3) Dissociative reactions (e.g., flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.) Note: In children, trauma-specific reenactment may occur in play.

<p>In the last one month, was there a time when suddenly <u>you felt like you were back at the time when the bad thing happened, like it was happening all over again?</u> [If unclear] (It's different from thinking or dreaming. What I'm asking now is, you go back to the time when the bad thing happened and experience it from the start again.) How strong is the feeling that the bad thing is happening again? (Do you get confused, not knowing where you really are?) What do you look like when you feel the bad thing is happening again? (Do others notice what you are doing? What do they say?) How long do you keep feeling that the bad thing is happening again? Circle one: Dissociation = Slight Intense Very Intense Extreme In the last one month, how often did you have these feelings? _____ Number of Times _____</p>	<p>0 None 1 Mild/Below Threshold 2 Moderate/Threshold Level 3 Severe/Notably Above Threshold 4 Extreme/Disabling</p>
	
<p>Principal assessment area = Frequency/Intensity of dissociation Moderate = At least twice a month/Dissociation intense, re-experienced incident clearly distinct from other memories Severe = At least twice a month/Dissociation extreme, re-experiencing vivid with pictures, sounds, and smells</p>	

4. (B4) Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).

<p>In the last one month, was there a time when <u>something reminded you of the bad thing that happened and you got very upset, afraid, or sad?</u> What reminded you of what happened? How much did the reminder bother you? Can you calm yourself down if this happens? (How long does it take to calm yourself down?) Circle one: Distress = Slight Intense Very Intense Extreme In the last one month, how often did anything remind you of what happened? _____ Number of Times _____</p>	<p>0 None 1 Mild/Below Threshold 2 Moderate/Threshold Level 3 Severe/Notably Above Threshold 4 Extreme/Disabling</p>
<p>Principal assessment area = Frequency/Intensity of distress Moderate = At least twice a month/Distress intense, recovery somewhat difficult</p>	