

平成 28 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
現状と課題についての研究

(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。しかしながら、適切な症状評価を行った上で治療的介入が試みられた報告は非常に少ない。その実態を受け、本稿では研究 1 として国内外における当該児者を対象とした症例報告 8 編 13 症例をレビューし、診断、外傷的出来事、問題、尺度、介入法、セッション数/期間、フォローアップの有無、結果、限界/課題を整理した。

その結果、定型発達児者を対象とした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。一方、体験された出来事は DSM 診断基準の A 項目に該当すると考えられるものから、日常的に体験し得るストレス体験に留まるものまで多岐にわたること、そして呈する問題は出来事に比して多彩であり、なおかつ出来事由来か発達特性に関連するものかの弁別が困難であること、アセスメントツールの不足から診断や症状評価が困難であることなどが明らかとなった。

研究 2 では、当該児者に臨床現場で支援にあたる治療者 10 名（医師、臨床心理士）を対象にインタビュー調査を実施した。「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」「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、定型発達児者と同じ様相で症状を発現するのか」「定型発達児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。

結果、A 項目に該当する出来事のみならず日常的なストレス体験であったとしても多彩な症状を呈する事例が少ないことがわかった。症状については出来事由来であるのか発達障害による特性、二次障害に関連するものであるのかのアセスメントが難しく、アセスメントツールや参照可能な報告事例の少なさがその背景に存在しているという可能性が示唆された。介入にあたっては、トラウマ焦点型の治療を導入する以前に、心理教育、環境調整、安定化、特性に応じたスキルビルディング、十分なラポール形成を主眼に置いた準備を確実に行う必要があり、このような入念な準備を経ることが治療効果に寄与している可能性が示唆された。

研究体制：大塚美菜子，加藤寛，亀岡智美

はじめに

現在、PTSD 研究の領域では、外傷体験の種類ごとのトラウマ反応についての調査や、治療法および効果検証が盛んに試みられている。介入法としては、PE (Prolonged Exposure Therapy ; 長時間曝露療法)、TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy ; トラウマフォーカスト認知行動療法)、EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; 眼球運動による脱感作と再処理法) などがわが国でも実践されており、子どもから成人まで各発達段階の課題を加味したプロトコルが追加されるなど、その適用範囲は年々広がりを見せている。しかし、その介入法の多くは定型発達児者の PTSD およびトラウマ反応を対象としていることが多い。一方、近年、トラウマ体験を有し PTSD 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。

発達障害においては、定型発達に比べ 3.4 倍以上 (ネグレクト 3.76 倍、身体的虐待 3.79 倍、性的虐待 3.14 倍、精神的虐待 3.88 倍) の被虐待リスクを有すると指摘されており¹⁵⁾、わが国の厚生労働省児童虐待防止法政策においても、虐待発生における子ども側のリスク要因として、障害や何らかの育てにくさを持っている子どもなどが挙げられている (2006 年現在)¹⁰⁾。このような指摘や診療ニーズの高まりがある一方で、トラウマ体験を有し何らかの支援を必要としている発達障害児者に対し、適切な症状評価を行った上で治療的介入が試みられた報告は非常に少ない。ゆえに、発達障害とトラウマを取り巻く現状と実態の把握は急務の課題であるといえるだろう。

また、発達障害はストレスに対する生物学的脆弱性を有することから⁶⁾、日常生活において一般的に体験される傷つき体験であったとしてもフラッシュバックなどの PTSD 類似症状が出現することが临床上多く認められることが指摘されている。中でも知的な問題が顕在化しにくい広汎性発達障害などでは、その特性が周囲に気付かれることなく経過し、就学後あるいは成人以降に初めてその障害に気付かれることもあり⁸⁾、その結果初めて医療機関を訪れたときには既に幼少期からの度重なる傷つき体験からネガティブな記憶に繋がる様々なトリガーが日常生活上に存在し、出来事の鮮明なイメージや情動、身体的な苦痛が長年にわたり繰り返し想起されることがある。

これらをふまえると、発達障害児者とトラウマを取り巻く問題として、第一に DSM 診断基準の A 項目に該当するトラウマ体験を有し PTSD を発症した発達障害児者は、定型発達者と同じ様式で症状を発現するのか、第二にその場合、定型発達者と同様の治療プログラムが有効なのか、そして第三に発達障害児者は DSM 診断基準の A 項目に該当しない日常的なストレス体験でも PTSD 症状あるいは PTSD 類似症状を示すことがあるのか、という 3 点の問いが存在するものと推察される。

そこで本研究では、研究 1 として発達障害児者におけるストレス関連障害についての国内外の調査研究、事例研究を収集し、上記 3 点についての現状と課題の整理を試みる。研究 2 として、本研究の趣旨に理解を得られたトラウマ回復支援の専門家 (医師、臨床心理士) を対象としたインタビュー調査を行う。発達障害のアセスメント方法および発達障害児者

のトラウマ体験の内容と PTSD 症状評価の実施方法について 60 分間程度の半構造化面接にて回答を求め、その実態の把握を試みる。

I. 研究1 発達障害児者におけるトラウマ臨床の実態に関する文献レビュー

I-1. 方法

検索条件の設定を検討した上で、医中誌web、J-STAGE、PubMedにアクセスし、関連する文献を抽出した。同時に、引用文献による検索及びハンドサーチによる検索も実施した。

I-1-2. 検索条件と結果

- ①雑誌論文，学位論文であること
- ②症例報告であること（会議録除く）
- ③「論題名」「要約」「キーワード」のいずれかに、「PTSD」「心的外傷後ストレス障害」「心的外傷およびストレス因関連障害」「トラウマ反応」のいずれかの語句および「広汎性発達障害」「自閉スペクトラム症」をはじめとする発達障害に関連する疾患名が含まれていること

以上の条件を元に医中誌，J-Stage，PubMedにて論文検索を行い，タイトルおよび抄録から条件を満たさない文献を除外した結果，2006年～2016年にかけて計8本，13症例が該当した。

I-2. 結果

8本の論文についてクライアントの基本情報（年齢，性別），体験された出来事の内容，心的外傷後ストレス障害に関連する（あるいはそれに類する）症状，症状評価尺度，発達上の問題，診断名をまとめた結果を，出来事がPTSD診断基準のA項目を満たさないものを表1-1に示す。PTSD診断基準のA項目を満たすもの，満たすと思われるが情報の不足により判断ができないものを表1-2に示す。

表1-1. 出来事がPTSD診断基準のA項目を満たさない症例についての基本情報, 症状, 症状評価尺度, 診断

ID	筆頭著者	論文発表年	性別	年齢	心的外傷後ストレス障害に関連する(あるいはそれに類する)症状				症状評価尺度			診断名			
					A項目	B.侵入症状	C.持続的回避	D.認知と気分の陰性変化	E.覚醒度と反応性の新しい変化	解離症状	発達上の問題		PTSD検査	発達検査	その他
1	林 剛丞 ⁶⁾	2015	男性	25	小学生時, 教師からの激しい叱責 ・小学生生活, 職場で繰り返される突取体験の苦痛	上司からの叱責 ・上司からの叱責	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	発達検査 (不安を伴う)		
2	下 中野 大入 ¹⁷⁾	2015	女性	21	・家庭内でのいじめ体験(母親, 姉) ・小学生時代の同級生, 教師からの叱責や罵倒(口の中の不快な感触) ・コミュニケーションの不得手さ(感情預感) ・職場でのいじめ体験(事実関係は不明)	対人場面でのストレス体験	明瞭な記憶なし	・自分がいじめられた人物への恨み ・怒り, 涙を吞む他責 ・自尊心低下 ・被害妄想 ・急に不安になる	・他者行為(父親に激しい怒りをぶつける) ・自傷行為(リストカット) ・不眠症状	記載なし	記載なし	記載なし	BDI	「ベースに何らかの発達障害がある」と記載あり, 説明がつくと記載あり, 明確な診断については記されていない ・「ベースに何らかの発達障害がある」と記載あり, 説明がつくと記載あり, 明確な診断については記されていない	
3	Barot, B. I. ¹⁾	2010	女性	31	・学生時代, 何任にもわたり同級生や先輩からいじめられてきた ・暴力的な母親と不安の強い父親という機能不全的な家庭環境(詳細不明)	真剣に取っ付く場面 ・真剣に取っ付く場面	記載なし	・真剣に取っ付く場面 ・真剣に取っ付く場面	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	・SUD ・VOC	不安障害	
4	Barot, B. I. ¹⁾	2010	女性	28	・2歳までの間に, 3度の目の手術と複数回にわたる耳の感染症 ・高校時代, 同級生が暴行や脅迫のアタックを働かせた ・教壇を教員としての経験の存在	記載なし	記載なし	記載なし	・他人行為(辱め, 罵る) ・怒りの爆発 ・興奮	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	・自閉スペクトラム症 ・重度の知的能力障害	双極性障害
5	市井雅成 ²⁾	2010	女性	19	小学生時代, いじめ	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	・自閉スペクトラム症	-
6	幸田 有史 ²⁰⁾	2008	男性	19	小学校時代(8~9歳頃), 校長室で受けた強い指導(本人が苦言を言動指導や身体介助を含む)	記載なし	記載なし	記載なし	・衝動的な行動(発達特性とも関連)	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	・自閉スペクトラム症 ・中度~重度の知的能力障害	-

I-2-1. クライエントの基本情報

性別は男性（男児）8名，女性（女児）5名だった。クライエントの年齢は，年齢未記載の1名（中学生）を除いた12名で，平均26.91（SD=±7.54）歳，最年少19歳，最年長42歳だった。

I-2-2. ストレス体験の内容／外傷的出来事の特徴と呈する症状との関連

DSM-5（2014）⁵⁾における心的外傷後ストレス障害診断基準のA項目は，「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。家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうになった出来事の場合、それは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さぐ細部に、繰り返しまは極端に曝露される体験をする」と定められている。13症例のうち，これを満たすと判断できるものは6症例（表1-1），満たさないとみなされるものは6症例，情報の不足により判断ができないものが1症例だった（表1-2）。

まず，A項目を満たさない症例において挙げられたストレス体験の内容として，「（致死性でない）学校でのいじめ，からかい，教員からの叱責（5例）」「家庭内でのいじめ，からかい（2例）」「度重なる失敗体験（1例）」「苦痛を伴う治療，手術（1例）」「厳しい，あるいは情緒的に不安定な親のいる家庭（2例）」が挙げられた。いずれもストレスフルな出来事ではあるが，呈する症状は出来事に比して激しいものが多い印象を受ける。侵入症状に類する症状の記載が最も多かったが，引き金（トリガー）とフラッシュバックの内容が一致すると考えられる報告は2例，出来事に関連するフラッシュバックの存在が記載されているも引き金（トリガー）についての記述がない報告は2例であった。特に症状の引き金（トリガー）が明記されていない症例については，それが出来事に由来するものであるのか，ベースに存在する発達特性が強く寄与するものであるのかの判別が特に難しくなっていた。

A項目を満たすと判断できる症例において挙げられた外傷的出来事の内容として，「身体的虐待・身体的暴行（1例）」「性的虐待・性被害（2例）」「何らかの虐待行為（1例）」「悲惨な死別体験（2例）」「手術中に生命の危機に見舞われた体験（1例）」が挙げられた。しかしながら，PTSDと明確に診断された症例はわずかに1例であり，記載のない症例については，他のPTSD診断基準を満たさなかったがために診断されなかったのか，あるいは診断されていたとしてもそれが記載されていなかったのかを文面から読み取ることはできなかった。

I-2-2. 診断と評価尺度

知的発達水準のアセスメントに尺度を使用したと明記された症例は2例であった^{1), 20)}。使用された尺度として、WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) , WAIR (Wide Range Achievement Test) , K-B 式発達検査 (京都ビネー個別知能検査) , Brown ADD Scale (Brown Attention-Deficit Disorder Scales) の4点が挙げられていた。その他の論文については、クライアントの呈する発達上の問題については述べられているものもあったが、いつ、どのように診断されたのかについての詳細な情報は記述されていなかった。

PTSD 症状のアセスメントに尺度を使用したと明記された症例は3例であり、使用された尺度として、CRIES-8 (Children's Revised Impact of Event Scale) , PCL (PTSD Checklist) , PTSD checklist の3点だった。いずれも体験された出来事はA項目を満たしていたが、このうちPTSDと明確に診断された症例は1例に留まっていた。

I-2-3. 選択された心理療法と介入効果, 課題

出来事がPTSD診断基準のA項目を満たさない症例に実施された心理療法と介入効果, 課題をまとめたものを表2-1に、出来事がPTSD診断基準のA項目を満たす症例, 満たすと思われるが判断ができない症例に実施された心理療法と介入効果, 課題をまとめたものを表2-2に示す。

まず、A項目を満たさない症例について選択されたトラウマ焦点型の介入法として最も多かったものは「EMDR (4例)」であった。その他の介入としては「疾患心理教育や環境調整 (2例)」「共感的傾聴 (1例)」「森田療法的指導と共感的傾聴 (1例)」が選択されていた。まずEMDRについて、PTSD症状評価尺度が実施されていないために介入効果を客観的に検証することはできないが、主として再体験症状に改善がみられると共に、回避していた社会的活動の再開といった行動上の変化も認められたことが報告されている。なお、EMDRによる介入にあたっては、心的外傷的な体験を扱う前、あるいは同時進行で、治療の構造化、環境調整、呼吸法、「Safe Place」のワーク (EMDRの技法のひとつで安全な場所のイメージを強化し、安定化を図る目的で用いられる)、「RDI

(Resource Development and Installation: 資源の開発と植え付け/EMDRの技法のひとつでクライアントの過去の肯定的体験などを強化し、リソースを増やしたり肯定的な記憶のネットワークを賦活する目的で用いられる)」などのストレスマネジメントスキルの獲得のほか、ソーシャル・ストーリーを用いたコミュニケーションスキルのトレーニングの実施などが試みられていた。全体を通して、音声言語を用いたやりとりを留まらず、視覚的手がかりを活用するといった工夫がみられた。このような工夫はA項目を満たす症例, 満たすと思われるが判断ができない症例でEMDRが用いられた場合 (6例) においても同様に実施されており、PTSD症状評価尺度が用いられた症例ではPCLが治療前後で60から23へと下がり、カットオフの50を下回った。8ヶ月後のフォローアップにおいても、PCLスコアは21と、改善した状態は維持されていた。Broad, R(2006)²⁾の症例

では、EMDRによる介入前後でSUD（Subjective Unit of disturbance；主観的障害単位／体験の苦痛の度合いを0～10で測定）が10から0に、VoC（Validity of Cognition；認知の妥当性／適応的な認知（「私は強い」「私には価値がある」「今、安全だ」など）を信じられる度合いを1～7で測定）が2から7に変化し、改善がみられたと報告されていた。「“PTSDのための認知療法”の要素を持つCBT（1例）」については、CRIES-8スコアが治療前32（カットオフポイント17）であったのが介入後に12に下がり、フォローアップ後の測定でも11とその効果が維持していることが示されていた。

限界と課題については、発達障害児者におけるPTSDのアセスメントの難しさや、定型発達児者を対象として作成された治療プロトコルに独自の変更を加えて使用する必要があったという点についての言及が目立った。Carrigan, N（2016）³⁾は知的水準によってはCAPSなどのPTSD診断におけるスタンダードな尺度の使用が困難になる可能性、定型発達児者とは異なるPTSD症状を呈する可能性を指摘している。Kosatka, D（2014）¹¹⁾は被害内容や生じている苦痛を適切に他者に伝えることが困難である場合、問題が過小評価されることも少なくないと指摘すると同時に、ASD特性とPTSD症状の識別が困難である事例が存在すると述べている。それに関連する課題として、生育歴の聴取やアセスメントには通常よりも多くの時間を要することが多いこと¹⁾、十分な構造化の上でこれらを実施する必要があることなどが指摘されていた²⁰⁾。

表2-1-1. 出来事がPTSD診断基準のA項目を満たさない症例に実施された心理療法と介入

効果, 課題

ID	筆頭著者	論文 発表年	性別	年齢	ストレス体験の内容／外傷的出来事	症状評価尺度 (PTSD症状評価)	心理療法	セッション数/期間	フォローアップ	結果	限界/課題
1	林 剛丞 ⁶⁾	2015	男性	25	・小学生時, 教師からの激しい叱責 ・学生生活, 職場で繰り返される失敗体 験の蓄積	記載なし	・疾患教育 ・環境調整 ・就職支援	記載なし	記載なし	・適性に合った職場への再就職 ・不安感とフラッシュバックの軽 減	・外傷体験としてはPTSDや急 性ストレス障害の基準には達 しないものの, 侵入症状であ るフラッシュバックが出現して いるため, 「ASD, 適応障害 不安を伴う」と診断した
2	下中野 大人 ¹⁷⁾	2015	女性	21	・家庭内でのいじめ体験(母親, 姉) ・学生時代の同級生, 教員からのから かいや悪口(「ロボット人間」と言われ, コミュニケーションの不得手を指摘さ れる) ・職場でのいじめ体験(事実関係はあい まい)	記載なし	・森田療法的指導 ・共感的な傾聴 ・心理教育	初診～2ヶ月通院→中断 再診21歳～継続中 ※2015年時点26歳	治療継続 ※2015年時点	・いじめを受けたことについての 傷つきを語りながらも, 自身の 状態を客観視できるようになっ た ・希死念慮の否定 ・治療者に対する信頼 ・カタルシス	・ASD患者における, いじめな どによる二次被害としての PTSDの発症のしやすさに対 して, 予防的なアプローチが 不可欠
3	Barol, B. I. ¹⁾	2010	女性	31	・2歳までの間に, 3度の目の手術と複 数回にわたる耳の感染症。 ・高校時代, 同級生が厳戒警報のア ラームを鳴らした ・厳格な教育者としての母親の存在	記載なし	・EMDR ・視覚化	10セッション(8ヶ月) 1セッション(1時間)	記載なし	いくつもの記憶が完全に処理さ れ, 悪夢をはじめとする再体験 症状が減少し, 人物, 場所, 活 動への回避行動が消失, 睡眠 の改善	・過去の治療記録に部分的に 情報が欠落している箇所あり ・治療効果が他の外傷の出 来事への処理に自然に般化し ない(ASD特性)
4	Barol, B. I. ¹⁾	2010	女性	28	・2歳までの間に, 3度の目の手術と複 数回にわたる耳の感染症。 ・高校時代, 同級生が厳戒警報のア ラームを鳴らした ・厳格な教育者としての母親の存在	記載なし	・EMDR BLS(両側性刺激/ タッピングか音)を加 える ・ストーリーテリング ・呼吸法	4ヶ月	記載なし	セルフマネジメント, 対人交流の 向上	・自閉症の重症度のため, 外 傷体験に焦点を当て続けるこ とが困難 ・生育歴聴取段階と準備段階 に, 通常よりも多くの時間を要 する
5	市井雅哉 ⁷⁾	2010	女児	記載なし ※中学生	・小学生時代のいじめ	記載なし	・Safe Placeのワーク ・RDI ・EMDR	記載なし	記載なし	フラッシュバックの軽減, 悪夢を 見ないか見ても気にならない, 趣味の再開, 対人交流への意 欲	・トラウマ記憶への介入以前 に, 十分なサポート, 発達歴 の評価と病歴の詳細聴取, 構 造化などの適切な支援, コ ミュニケーション手段, 安全の 確立などが実施されている必 要がある ・事例報告であるため, EMDRがASD者に一般的に有 効であるかどうかは今後の使 用を待たねばならない
6	幸田 有史 ²⁰⁾	2008	男性	19	小学校時代(8～9歳頃), 校長室で受 けた強い指導(本人が苦手な言語指導 や身体介助を含む)	記載なし	・構造化, 視覚化, 環 境調整 ・スキル指導 ・コミュニケーション指 導, ソーシャル・ストー リー ・Safe Placeのワーク ・タッピングによる EMDR	9歳～障害特性に合わせ た長期的な支援を継続 16歳～激しいフラッシュ バック, 行動化に対する EMDRを実施 (2セッション+他に2つの セッション) ※セッション数/期間記載 なし)	治療継続中 ※2008年時点 薬物療法のみ	・小学校時代の嫌な記憶に関連 するフラッシュバックや行動障 害, 反復的なこだわりが消失 ・共同作業所での作業を楽しめ るようになった	

表 2-2. 出来事がPTSD診断基準のA項目を満たす症例, 満たすと思われが判断ができていない症例に実施された心理療法と介入効果, 課題

ID	筆頭著者	論文発表年	性別	年齢	ストレス体験の内容/外傷的出来事	症状評価尺度 (PTSD症状評価)	心理療法	セッション数/期間	フォローアップ	結果	限界/課題
7	Carrigan, N ³⁾	2016	男性	26	23歳時の深刻な性的暴行被害	CRIES-8 (介入前32)	"PTSDのための認知療法"の要素を持つ CBT	12セッション/3ヶ月 1セッション/1時間	6か月後	CRIES-8スコアの減少 (治療前32→12セッション後11)	•標準的なプロトコルをクライアントの知的水準に合わせて変更する必要がある •定型発達者とは異なるPTSD症状を呈することがあるため, 評価には慎重を要する (CAPSの使用が困難) •ASD患者は被害を適切に他者に伝えることが難しい場合があり, 周囲がそれを知らなかったり, 問題を軽く見られることも少なくない •ASDの特性とPTSD症状の識別が困難 •感情や思考の言語化の能力に制限がある場合, アセスメント段階, 脱感作段階でより多くの時間が必要となる
8	Kosatka, D ¹⁾	2014	女性	21	同級生からの身体的暴力 •レンガや椅子を投げつけられる •ゴミ箱に放り込まれる •衣服を燃やされる •車で人気の無いところに連れて行かれ, 放置される	PCL (介入前60)	EMDR	9セッション/3週間 (週3セッション実施)	8か月後	PCLスコアの減少 (治療前60→EMDR後23→8か月後21)	EMDRの標準プロトコルを使用するにあたり, 生着歴聴取段階と準備段階に, 通常よりも多くの時間を要する
9	Barol, B. I. ¹⁾	2010	男性	28	•成人後, 女性スタッフからの性的虐待, ハサミやナイフでの脅し •過去に頭部の怪我と恐怖を伴う治療 (詳細不明) •学生時代, 教員の嘲笑, 仲間からのいじめ	PTSD checklist (介入前14/19項目に該当)	•EMDR •視覚化 (治療計画と構造を具体的に図示)	12セッション/8ヶ月 1セッション/2時間	3か月後 6か月後	性的虐待に関連する症状がいずれも消失あるいは軽減, 外傷体験以前に待つことができていた活動の再開	EMDRの標準プロトコルを使用するにあたり, 生着歴聴取段階と準備段階に, 通常よりも多くの時間を要する
10	Barol, B. I. ¹⁾	2010	男性	22	•自身の誕生日の数日前, 父親が弟を殺した後に自殺 (外傷的出来事時の年齢については未記載)	記載なし	•聴覚によるEMDR •RDI •視覚化 •呼吸法	6ヶ月	8か月後	SUDが1に低下 (介入前のSUDは記載なし), 自己肯定感の向上, 他者との親密な関係の構築, 入院の必要がなくなり, 就労可能となった	父親ときよたいの死について は, 怒りが強く, 検討することを拒否したため直接取り扱うことは難しかったが, 身体の強い緊張状態と認知をターゲットにBLSを加えた
11	Barol, B. I. ¹⁾	2010	男性	40	•4歳以前, 9つの里親を転々としていた •施設スタッフからの虐待 (詳細未記載) •実母の変死 (詳細未記載) •養父母の病気の病気が脅かされる体験	記載なし	•聴覚, タッピングによるEMDR (最小限のプロトコル) •視覚化 •環境調整	記載なし	記載なし (但し5年後の状態について報告あり)	自責が消失し, より肯定的な信念が持てるようになった。怒り, 混乱, 衝動性, 不安が緩和, 適切な環境で生活し, 就労が可能となった。5年後の時点で, 追加の治療の必要なし	激しい怒りの衝動を有し, 日常生活に支障を来していたため, より苦痛度の低い (扱いやすい) 外傷記憶を最初のEMDRターゲットとする必要があった
12	Broad, R. ²⁾	2006	男性	42	•医療トラウマ (8歳時) 扁桃摘出手術で大量出血と3度の心肺蘇生/ストレッチャーで運ばれる際に母親が殴いた, 死を予感させる言葉	記載なし	•精神分析的な心理療法とEMDRの併用	•精神分析を2年間, その後EMDRを実施 (セッション数/期間記載なし)	記載なし	•EMDRにより8歳の医療トラウマの記憶を処理 (SUDs=10→0, VoC=2→7)	未処理の外傷的出来事による過覚醒と, ADHDの特性である注意欠陥の判別が困難である事例では, 外傷体験の有無のスクリーニングを実施する必要がある
ID	筆頭著者	論文発表年	性別	年齢	ストレス体験の内容/外傷的出来事	症状評価尺度 (PTSD症状評価)	心理療法	セッション数/期間	フォローアップ	結果	限界/課題
13	Barol, B. I. ¹⁾	2010	男性	20	•12歳のときに実母が死亡 (状況についての詳細は不明), 父親が再婚したが離婚, さらに再婚と, 不安定な養育環境にさらされた	記載なし	•EMDR 興奮時, 過覚醒時にBLS (両側性向激/タッピング)を加える •呼吸法	約9セッション	記載なし	怒りなどの激しい情動反応が鎮静	•自閉症の重症度のため, 外傷体験に焦点を当て続けることが困難 •生着歴聴取段階と準備段階に, 通常よりも多くの時間を要する

II. 研究2 発達障害児者へのトラウマ臨床経験を有する治療者へのインタビュー調査

II-1. 方法

II-1-1. 調査対象者

発達障害およびトラウマ回復支援の専門家（医師，臨床心理士）10名を対象に，調査への協力を依頼した。インタビュー協力者に次の協力者を指名してもらった。機縁法を用い，目標人数の10名に達するまで協力者を募った。

II-1-2. 調査方法

半構造化面接によるインタビュー調査を実施した。調査説明書を用いて，調査の目的，異議，方法，倫理面への配慮，調査への参加は自由意志によるものであり，拒否をしてもいかなる不利益も被らないこと，一度承諾した協力についても同意撤回書の提出をもって撤回できることを説明し，同意書への署名，提出を求めた。続いて，フェイスシートに職種，在籍期間の種別，臨床歴（年数），主たるオリエンテーションの記入，提出を求めた。

II-1-3. インタビュー・プロトコル—質問項目

半構造化面接では，質問項目をあらかじめ設定するが，面接中の対話の流れに応じて適宜質問を追加・変更を加えるものである。本調査において設定された質問項目を以下に記す。

【導入】本研究では，「発達障害児者は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」「DSM診断基準のA項目に該当するトラウマ体験を有しPTSDを発症した発達障害児者は，定型発達者と同じ様式で症状を発現するのか」「定型発達児者と同様の治療プログラムが有効か」の3点の問いにおける実態，現状の把握を試みようとしていることを説明。

①この問いについて，調査協力者も同様の印象を抱くことがあるか

—同様の印象が抱かれている場合は質問②へ

—そうでない場合には，調査協力者が抱く発達障害児者とトラウマに関する印象を伺い，面接を終了する

②臨床場面で，通常ストレス体験でPTSDあるいは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か

—「ある」場合には以下のa～iの項目を尋ねる

—「ない」場合には質問③へ

②-a. 当該クライアント（患者）がどの程度の割合で存在していると感じられるか

②-b. 発達障害のアセスメント，診断を行う上で使用している尺度は何か

②-c. ストレス体験の内容として，どのようなものがあったか

②-d. PTSDあるいはPTSD類似症状として，どのような症状が出現したか

②-e. 症状評価は実施しているか

- ②-f. (症状評価を実施している場合) どのような尺度を使用しているか
- ②-g. (症状評価を実施していない場合) その理由を尋ねる
- ②-h. 当該クライアント (患者) にどのように対応しているか
- ②-i. その他所感

③臨床場面で、発達障害と的確に診断されたクライアント (患者) のうち、DSM 診断基準の A 項目に該当するトラウマ体験があり、PTSD 症状を呈した発達障害児者に出会ったことがあるか

- － 「ある」 場合には以下の a～j の項目を尋ねる
- － 「ない」 場合にはインタビューを終了する

- ③-a. 当該クライアント (患者) がどの程度の割合で存在していると感じられているか
- ③-b. 発達障害のアセスメント、診断を行う上で使用している尺度は何か
- ③-c. トラウマ体験の内容として、どのようなものがあつたか
- ③-d. どのような PTSD 症状が出現したか
- ③-e. 症状評価は実施しているか
- ③-f. (症状評価を実施している場合) どのような尺度を用いているか
- ③-g. (症状評価を実施していない場合) その理由を尋ねる
- ③-h. 症状の発現様式は定型発達者と同様か
 - － 差異があると感じられる場合にはその内容を尋ねる
- ③-i. 当該クライアント (患者) にどのように対応しているか
- ③-j. その他所感

倫理的配慮：本研究はひょうご震災記念 21 世紀研究機構兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会にて承認を受けた。

II-2. 分析方法

II-2-1. KJ 法カード作成ーラベル作り

調査対象者の個人情報を匿名化した上でインタビュー内容の逐語録を作成し、KJ 法にて質的分析を行った。KJ 法カード (以下、カード) は、テキスト作成法¹⁹⁾に則り、一次データ (録音データを逐語記録に起こす)、二次データ (意味内容のまとまりや、一つの発話の読点ごとに区切る) を経てカード化 (縦 3 センチ、横 6.5 センチの紙片に印字) を行った。

II-2-2. グループ編集～図解化、叙述化

カードをテーブル上にばらばらに広げ、カードに記載された語りの内容を熟読し、類似した内容のカードを集めて下位グループを作成した。次に、それぞれの下位グループについて、語りの要素を抽出し「一行見出し」をつけた。続いて、「一行見出し」を眺め、先の作業と

同様に類似した語り同士をまとめて中位グループを生成し、さらに上位グループとしてまとめた。最後に、各グループ間の関連性を素描するために図解化を行った。なお、一行見出しは、川喜田（1967）⁹⁾の言うところの「土の香を残した」表現、つまり過度に抽象化をせず、インタビュアーの語った言葉やニュアンスをできる限り残した表現としている。最後に、図解化した結果を文章にする叙述化を行った。その際、インタビュアーの発言で特徴的だった表現を、発言者が特定されず表現内容が変わらない程度に変更を加え、<>として引用した。

II-3. 結果

II-3-1. インタビュアーの属性

調査協力者の属性を表3-1に示す。調査協力者10名のうち、医師は2名、臨床心理士は8名であった。臨床領域（複数回答あり）は精神科4名、心療内科1名、小児科・小児精神科3名、私設カウンセリングルーム1名、教育4名、その他（診療所）3名であった。臨床心理士の主たるオリエンテーション（複数回答あり）は折衷5名（特定の立場に拠らずEMDR、PE、CPT、TF-CBTなど必要に応じて幅広く実施）、EMDR2名、CBT1名、精神分析的な心理療法1名であった。臨床経験年数（表3-2）は、17.50（SD=7.96、最小値=9、最大値=33）年であった。

表3-1 インタビュアーの属性

項目	区分	N
職種	医師	2
	臨床心理士	8
臨床領域 (複数回答あり)	精神科	4
	心療内科	1
	小児科・小児精神科	3
	私設カウンセリングルーム	1
	教育	4
	診療所	3
臨床心理士の オリエンテーション (複数回答あり)	折衷	5
	EMDR	2
	CBT	1
	精神分析的な心理療法	1

表3-2 インタビュアーの臨床経験年数

N	平均値	SD	最小値	最大値
10	17.50	7.96	9.00	33.00

II-3-2. KJ法による結果

(1) 発達障害のアセスメント方法

図解化による結果を図1に示す。

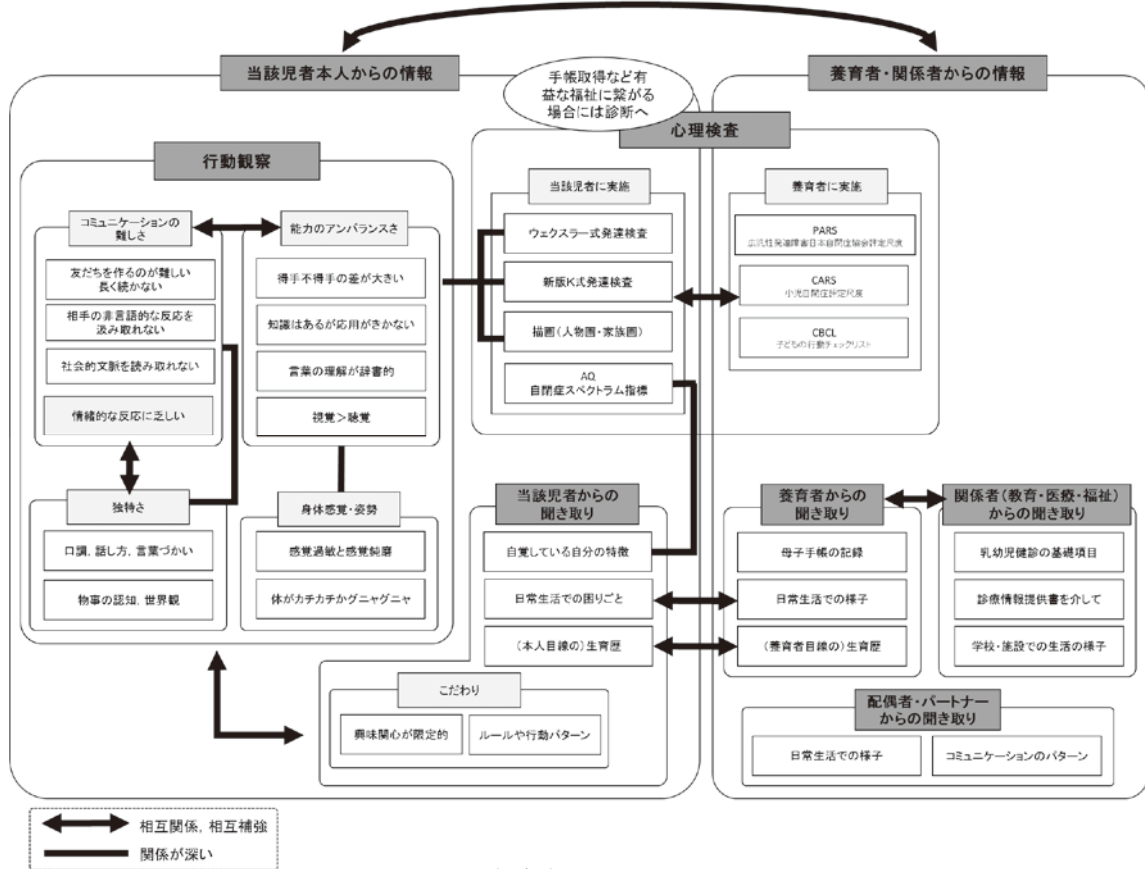


図1. 発達障害のアセスメント

大グループとして「当該児者本人からの情報」の聴取、「養育者・関係者からの情報」の聴取の2つが存在する。＜面接室に來られたその瞬間から＞行動観察によるアセスメントが始まり、治療者は言語的・非言語的やりとりを通して特徴の把握を試みる。コミュニケーションにおいては「話したいことを一方的に話す」「相手の反応を汲み取れない」「社会的文脈を読み取れない」といった傾向に、「情緒的な反応の乏しさ」や＜すぐには共感が難しいような＞物事への「独特な認知」が加わり、＜テンポがずれるような＞＜いまいち噛み合いにくい＞やりとりが展開される。さらに「当該児者からの聞き取り」で得られた主訴や生育歴、自覚しているあるいは他者から頻繁に指摘される自身の言動の特徴から推察される「能力のアンバランスさ」や「こだわり」、融通のきかなさや儀式的な行動パターンの有無の確認、姿勢保持の確認など、全体的な観察を通して、DSM 診断基準における自閉症スペクトラム症の診断基準に該当するか否かをアセスメントしているようである。当該児者からの聴取だけでなく、クライアントが小児の場合には必ず「養育者・関係者からの」聞き取りを実施、成人の場合にも可能であれば同様に聞き取りを実施し、アセスメントの根拠とする。

心理検査は、障害者手帳の取得など有益な福祉、支援サービスに繋がる場合には診断の根拠として検査結果が使用される。全般的な知的発達のアセスメントにウェクスラー式発達検査、新版 K 式発達検査、描画検査が、自閉症傾向の測定に AQ（自閉症スペクトラム指標）が用いられている。診断目的以外にも、自己理解を促進するためのツールとして検査が用いられることもある。さらに養育者から見た当該児の言動を評価するために PARS（広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度）、CARS（小児自閉症評定尺度）、CBCL（子どもの行動チェックリスト）が実施されている。

以上のことから、「当該児者本人」と「養育者・関係者」双方からの聞き取りおよび検査を実施することでアセスメント、診断の確実性を増す試みがなされていることが明らかとなった。

ただし、治療者の職場が私設カウンセリングルームで自費診療のみに対応している場合や、スクールカウンセラーとして派遣されている学校で検査に必要な時間枠の確保が困難な場合、体験が A 項目に該当し PTSD 症状が顕著に現れており発達検査の実施が不可能な事例においては、心理検査は施行せず、行動観察や生育歴、主訴の聞き取り内容を DSM 診断基準に当てはめるに留まることもあり、臨床の上ではクライアントの状態像に合わせた臨機応変な対応が求められていることもわかった（表 4）。

表 4. 発達障害アセスメントのための心理検査を実施しないケースと対処

理由	対処
<ul style="list-style-type: none"> ・ 職場が学校や私設カウンセリングルームの場合、検査に必要な時間枠の確保が困難 ・ 職場が私設カウンセリングルームの場合、検査が保険適用とならないため費用請求が多額になる。対象者の経済的負担を考慮し、実施を見送ることがある(特にウェクスラー式知能検査など実施に時間がかかる検査)。 ・ 体験が A 項目に該当し、明確に PTSD 症状が現れている場合には、発達検査の実施が現実的に不可能であるために、実施を見送ることがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関等と連携 ・ 本人および養育者・関係者からの聴取を元にアセスメント

(2) A項目に該当しないストレス体験と呈する症状

図解化による結果を図2に示す。

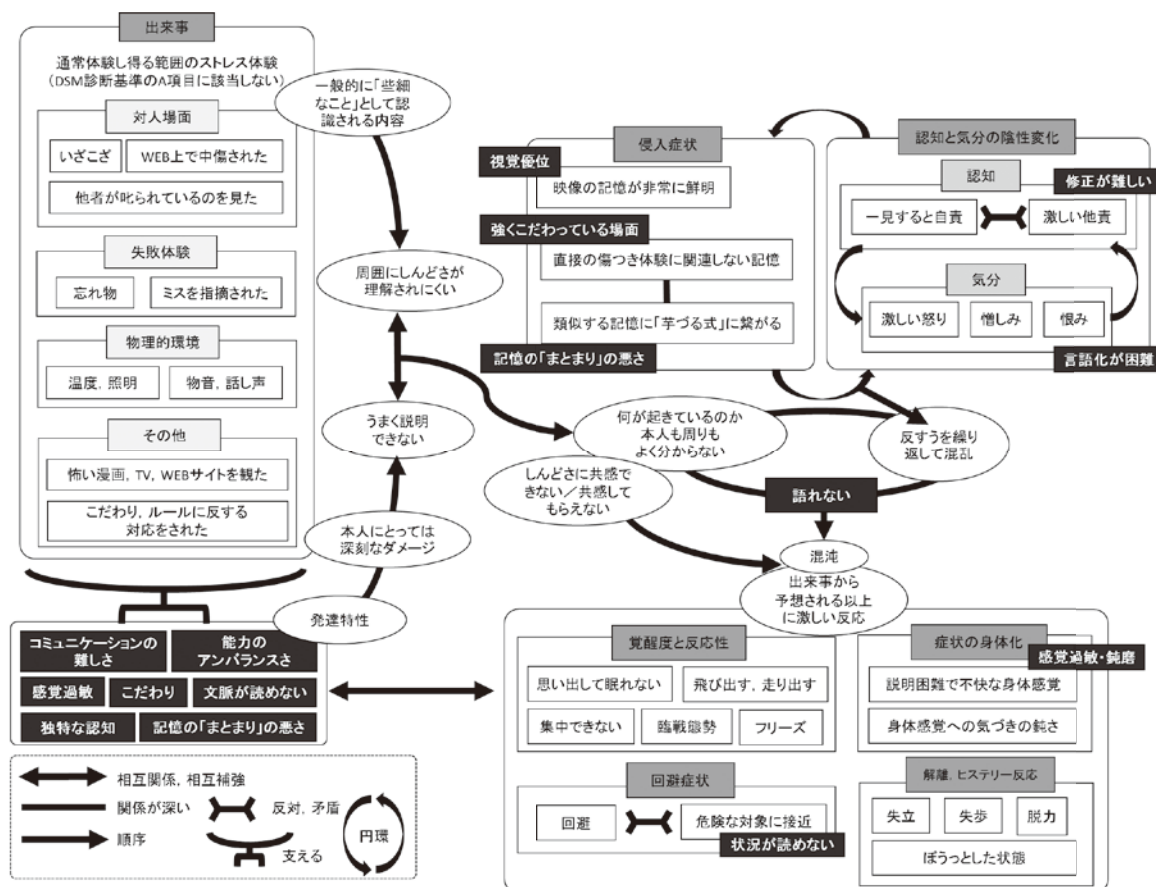


図2. A項目に該当しないストレス体験と呈する症状

A項目に該当しないライフイベント上で体験し得るストレス体験について、当該児者が体験した「出来事」のグループは、「対人場面」「失敗体験」「物理的環境」「その他」で構成されていた。「対人場面」ではくよくあるような、お互いの意見が対立するような「いざこざ」や喧嘩の他、インターネット上の匿名掲示板やオンラインゲームでのチャット、FacebookやLINE、Twitterなどに代表されるSNS（social networking service：ウェブ上での対人交流用ネットワーク）で辛らつな、あるいはぶっきらぼうなコメントを返されるといった体験も含まれていた。他人が叱られている場面を目撃したこともく大きなダメージを受けた体験として当該児者から語られることが少なくないようである。なお、この場合の「叱られている場面」とは、理不尽で暴力的な内容ではなく、家庭や学校、職場などで通常起こり得る範囲内の「注意」や「指摘」である。さらに、自身への「指摘」は「失敗体験」として記憶に蓄積されやすいようである。宿題や提出物などの忘れ物など、誰しもが経験するミスであってもく些細なくありふれたものとして捉えにくくだけでなく、前後の文脈が分断され、「指摘された」「怒られた」その瞬間だけが切り

取られて記憶されやすいのではないかと、多くのインタビューアーが考察していた。

「物理的環境」としては、部屋の「温度、照明」や「物音、話し声」が挙げられた。いずれも一般的には無害な刺激であるが、普段よりも暑い／寒い、湿度が高い／低い、照明が明るい／暗いといった変化は、同一性へのこだわりが強く、感覚過敏も有する当該児者にとっては不快感を伴う強いストレスとなるようである。

「その他」として「怖い漫画、TV、WEBサイトを観た」ことで怖い映像が頭から離れなくなり、ふいにそのシーンや描写が想起され恐慌状態に陥る。視覚優位な傾向と、一度強く注意集中が向いた事柄からの切り替えの難しさによるものと考えられる。その他、「こだわり、ルールに反する対応をされた」ことでルーチンが乱され、強いストレスを感じる、といったことも体験しているようである。

このように、一見些細でありふれた出来事も、当該児者にはストレスフルな出来事として体験されることがあるようだ。加えて「何が」「どのように」苦痛であるのかの説明が難しいために、他者から適切な理解を得られないだけでなく、叱責されたり、呆れられたりすることが対人ストレスとなり、更なる傷つきにつながることも示唆されている。その結果、出来事自体はA項目に該当せずとも、症状としてその他のPTSD診断基準である「侵入症状」「持続的回避」「認知と気分の陰性変化」「覚醒度と反応性の著しい変化」、そして「解離症状」に類似する症状が、部分的あるいは全項目にわたり出現することがあるようだ。

(3) A項目に該当するトラウマ体験と呈する症状

図解化による結果を図3に示す。

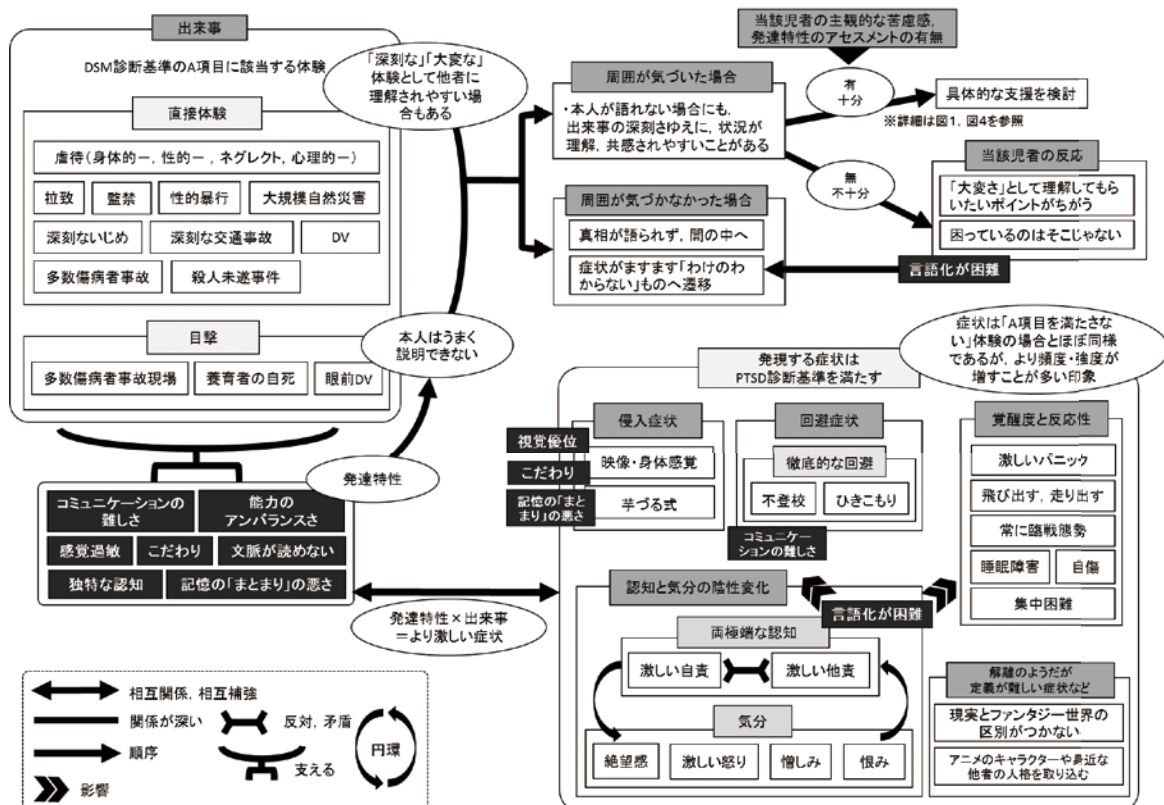


図3. A項目に該当するトラウマ体験と呈する症状

DSM 診断基準の A 項目に該当する体験のうち、「直接体験」のグループには、虐待、拉致、監禁、性的暴行、自然災害や深刻ないじめ、交通事故などが含まれた。「目撃」のグループには、「多数傷病者事故現場」「養育者の自死」「眼前 DV」が含まれた。出来事そのものについては、定型発達児者が体験するそれとの大きな差異は認められない。いずれも多大な精神的衝撃を受ける体験であり、客観的にも「深刻な」「大変な」体験と認識されるため、先述の「A 項目に該当しないストレス体験」に比して、当該児者の苦痛が理解されやすい場合もあるようである。ただしそれは周囲が早期にそれに気づき、発達特性にも配慮した上での適切なアセスメントを実施し、支援に繋がった場合である。周囲が気づかない、あるいは気づいたとしてもアセスメントが不十分であると、「こんな体験をしたら、通常こう辛いに違いない」といった周囲の思い込みと、当該児者が感じている主観的苦痛との間に不一致が生じる。

アセスメント不足による不一致がもたらす弊害については発達障害児者に限らず起こり得ることである。しかし当該児者においては「発達特性×外傷的な出来事＝より激しい症状」に発展するといった印象をインタビューアの多くが有していた。例えば侵入症状では、定型発達者以上に、細部にわたり鮮明な視覚的記憶が想起されたり、非常に強いレベルでの不快な身体感覚を体験したりすることがある。出来事の前後の文脈が分断され、＜何故、その出来事が起きたのかの前後関係が理解できず＞インパクトの強い一場面のみが切り取られたり、＜何故その部分が「一番苦痛です」と言われるのか一見分からないが、本人としては強くこだわっている場面が＞再体験されることも多いようだ。もともとの視覚優位な特性や感覚過敏、社会的文脈の理解の難しさやこだわりがこれに影響しているものと推察される。加えて、記憶されたその映像から注意を他に逸らすことが定型発達者以上に難しく、一度こだわった事象から抜け出すことが難しい特性も相まって症状は激しさを増す傾向にあるのではないだろうか。出来事の文脈が分からないために、出来事を客観的に捉え直すことが難しく、ゆえに認知の変容にも通常より困難を極めるものと考えられる。出現する症状そのものはそれぞれ診断基準に該当するものであったとしても、その激しさや介入による修正の難しさには、このように発達特性が多分に関連しているものと推察される。

(4) PTSD 症状のアセスメント

インタビューアがこれまでに当該児者の PTSD 症状アセスメントに使用したことのある尺度を表 5 にまとめた。対象が子どもの場合、UPID (UCLA PTSD index for DSM-IV : DSM-IV 版 UCLA 外傷後ストレス障害インデックス)、TSCC (Trauma Symptom Checklist For Children : 子供用トラウマ症状チェックリスト)、KIDDIE-SADS-PL (精神医学的半構造化面接) の PTSD セクションが用いられる。

成人の場合、IES-R (Impact of Event Scale-Revised : 改訂出来事インパクト尺度)、CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale : PTSD 臨床診断面接尺度) が用いられる。

解離症状については、先述した検査の他に、子どもには A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale : 思春期解離体験尺度) を、成人には DES-II (Dissociative Experiences Scale-II : 解離体験尺度-II) を用いてアセスメントが試みられている。

ただし、いずれの検査も実施に際しては工夫を要する。知的水準に合わせ、検査項目の文言を平易な言葉に言い換える、例えば強度や頻度を測定する際のリッカート尺度におけるスコアの「1」と「2」の厳密な違いにこだわる場合には具体的な例を示したり、カレンダーを用いて頻度について説明をするといったサポートが適宜必要となることが多いようだ。そのため、例えば IES-R のような定型者であれば通常数分で終わる検査が、当該児者においては数十分～1セッション全てを費やさなければならないこともあるという。

ゆえに、臨床場面においては PTSD 症状評価のための検査を実施しないことも少なくないようだ。表 6 に、検査を実施しない理由と代替アセスメント法をまとめた。インタビューの中には、自費にてカウンセリングを実施する私設カウンセリングルームに勤務する者や、学校教育現場でスクールカウンセラーとして勤務する者もいた。前者の場合、時間単位でカウンセリング料金設定がなされていることが多く、主要都市では 60 分間のカウンセリング料金に 10,000 円を要する施設も少なくはないという。その場合、CAPS など定型発達者でも 60 分あるいはそれ以上の時間を要する検査を発達障害児者に施行すると、検査だけで数セッションを要することもある。その時間枠の確保の問題、当該児者にかかる経済的負担の問題のほか、検査によって外傷的出来事に焦点が当たることで出来事にまつわる記憶に過剰に注意が向き、切り替えが困難になることで生じ得る心理的負担などを考慮し、比較的短時間での実施が可能な IES-R の施行に留めたり、それも難しい場合には主観的苦痛の語りを本人のペースに合わせて丁寧に聴取し、診断基準を念頭に置きながらアセスメントを行うといった工夫がなされている。後者の学校教育現場でのカウンセリングの場合は、利用者の費用負担こそないが、ひとりの児童生徒に対応できる時間が限られているため校内で検査を行うことはほとんどなく、専門治療が必要であると考えられる児童生徒は外部機関へリファーするのが通例である。ただし、その場合にも児童生徒の訴えや保護者、教員からの情報を元にアセスメントを進め、外部機関との連携に備えるという対応を心がけているということであった。

表5. PTSD 症状評価に使用される尺度

評価項目	対象	尺度の名称	実施方法	項目数	備考
PTSD症状	子ども	UPID (UCLA PTSD index for DSM-IV: DSM-IV版 UCLA 外傷後ストレス障害インデックス)	面接or自記式	47項目	自記式であっても、検査実施者によるサポート(語句を平易な言葉に言い換える等)を要する
		TSCC (Trauma Symptom Checklist For Children: 子供用トラウマ症状チェックリスト)	自記式	54項目	
	KIDDIE-SADS-PL (精神医学的半構造化面接)のPTSDセクション	半構造化面接	35項目		
	成人	IES-R (Impact of Event Scale-Revised: 改訂出来事インパクト尺度)	自記式	22項目	
解離症状	子ども	A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale: 思春期解離体験尺度)	自記式	30項目	
	成人	DES-II (Dissociative Experiences Scale-II: 解離体験尺度-II)	自記式	28項目	

表6. PTSD 症状評価のための検査を実施しないケースと対処

理由	代替アセスメント法
<ul style="list-style-type: none"> 職場が私設のカウンセリングルーム等の場合、検査が保険適用とならないため費用請求が多額になる。対象者の経済的負担を考慮し、実施を見送ることがある(特にCAPSなど実施に時間がかかる検査について)。 	⇒ 短時間でのスクリーニングが可能なIES-Rを実施。それも困難な場合には下記の対応。
<ul style="list-style-type: none"> 検査に臨めるだけの集中力が見込めない 検査によって外傷的出来事に焦点が当たることで過剰にアクセスがかかり、状態が悪化する可能性がある場合 検査結果(特に数値)に過度にこだわり、結果を有効に活用することが難しい場合には実施しないことがある。 	⇒ 主観的苦痛の語りを本人のペースに合わせて丁寧に聴取し、診断基準を念頭に置きながらアセスメントを行う。

(5) 介入の手順と工夫

図解化による結果を図4に示す。

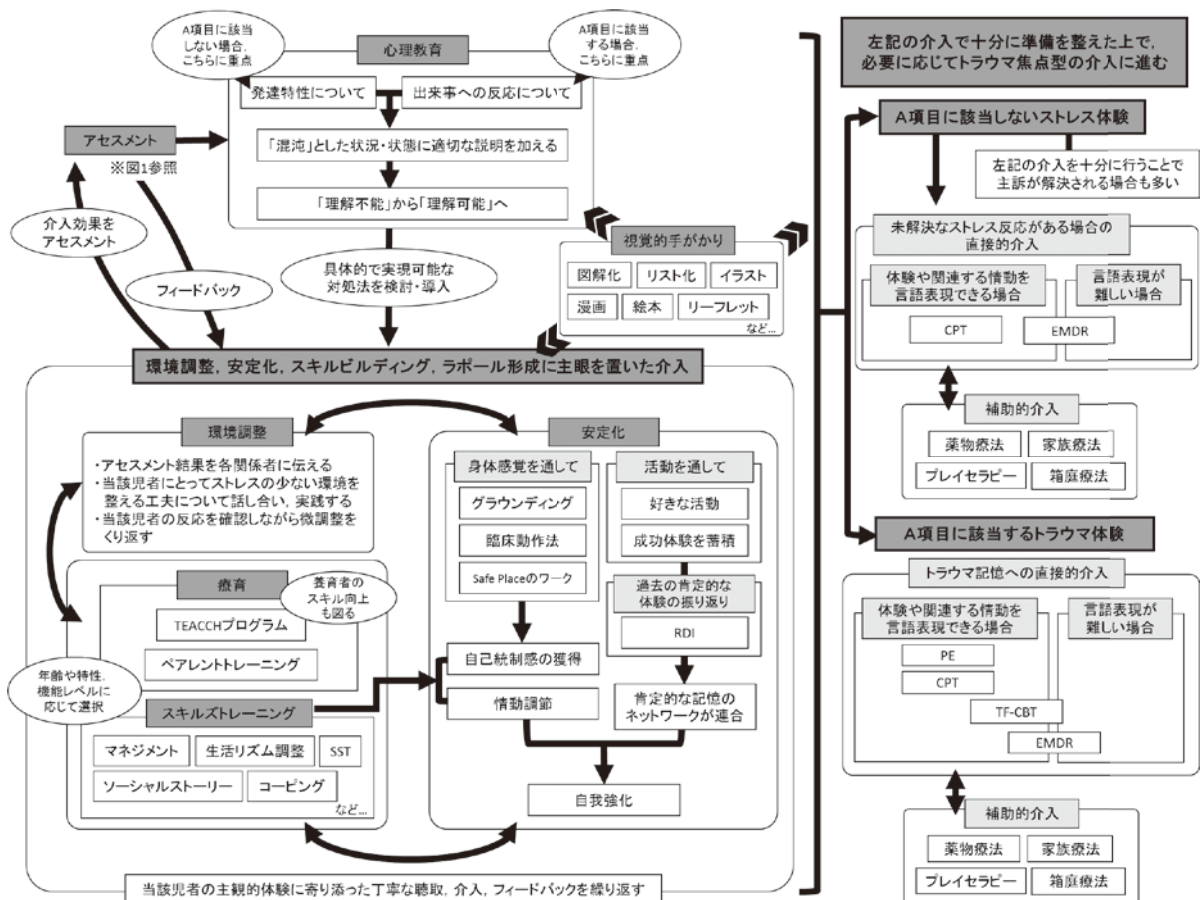


図4. 介入の手順と工夫

まず、今回インタビューを行った臨床家が共通して述べたのは、＜体験が A 項目に該当する、しないに関わらず、本人の主観的な体験や苦慮感に耳を傾け、アセスメントと心理教育を丁寧に実施する＞ということだった。アセスメント（図 1 参照）を終えた後、あるいはアセスメントと並行して心理教育を行う。体験が A 項目に該当しない場合は、出来事への反応の背景に発達特性が強く関連している可能性があるため、心理教育の内容は「発達特性について」重点が置かれる傾向があるようだ。一方、体験が A 項目に該当する場合には、PTSD の心理教育として「出来事への反応について」認知面、感情面、行動面についての説明や、再体験症状、回避症状、過覚醒症状の説明、そしてこれらの反応は恐ろしい出来事に対する自然で正常な反応であることの説明に重点が置かれるようである。心理教育は養育者を含む当該児者に関わる関係者にも実施される。心理教育の目的は、「混沌」とした状況・状態に適切な説明を加え、当該児者と養育者・関係者の双方が、現状を「理解（了解）可能」なものとして捉えられるようにすることにある。理解を助けるための「視覚的手がかり」として心理教育用の絵本やリーフレットなどが適宜用いられる。何を体験したのか、何に困っているのかが把握されてはじめて、具体的で実現可能な対処法を検討し導入することが可能となる。

具体的な介入について、インタビューを行った臨床家は共通して＜トラウマを扱うに先立ち、環境調整、安定化、スキルビルディング、ラポールの形成に主眼を置いた介入＞を実施すると述べた。「環境調整」では、アセスメント結果を各関係者に伝えると共に、当該児者にとってストレスの少ない環境を整える工夫について話し合い、実践を試みる。調整が必要となる場は幼稚園、保育園、小・中学校、高等教育機関、職場、そして家庭など多岐に渡る。＜何よりもまず環境を安定させること＞が、治療の基盤を作る上で重要となる。

対象者が子どもの場合には、「TEACCH プログラム」をはじめとした療育や、養育者の対応スキル向上を図る目的で「ペアレントトレーニング」が導入される。

「スキルズトレーニング」は、ストレスマネジメント、アンガーマネジメント、生活リズム調整やコーピングスキルの獲得、ソーシャルストーリーを利用した社会的文脈の理解など、年齢や特性、機能レベルに応じて選択、実施されているようである。具体性、実用性の高いスキルを身につけ、日常生活において対処可能な事象が増えることは、自己効力感、自己統制感の獲得にも繋がる。さらに身体感覚への気づきと調整に「グラウンディング」のワークや、「臨床動作法」、「Safe Place のワーク」を用いたり、「好きな活動」や趣味、＜こだわりを本人の興味関心や才能としてリフレインして有効活用する＞ことを通じて肯定的な気分や達成感を得たり、過去の肯定的な体験を振り返り、それを強化する「RDI」を行い、自我強化が試みられているようである。

A 項目に該当しないストレス体験の場合には、上述の介入効果のアセスメントとフィードバックを丁寧に繰り返し、環境調整、安定化、スキルの獲得が進み日常生活の具体的な困り事が解決するにしたがいストレス反応そのものが解消する場合もあるという。それでも未解決なストレス反応がある場合には、必要に応じてトラウマ焦点型の介入が行われる。イ

インタビューから挙げられたストレス体験への直接的介入の技法は、当該児者が体験や関連する情動等を言語表現できる場合には「CPT (Cognitive Processing Therapy : 認知処理療法)」¹⁵⁾か「EMDR」、あるいはその併用、言語表現が難しい場合には標準的なプロトコルに変更を加えた「EMDR」が用いられるようである。補助的に用いられる介入は臨床家の職種やオリエンテーションにも拠るが「家族療法」「プレイセラピー」「箱庭療法」、そして「薬物療法」であった。特に臨床心理と医師とで AT スプリット、すなわち医師を Administrator (管理者)、臨床心理士を Therapist (心理的援助者) として役割分担し協働的な治療を図る構造を取る場合、臨床心理士はクライアントの症状や心理療法の経過を管理者である医師に適宜報告し、処方薬の調整のための情報共有を円滑に行う必要がある。これは以下に記す A 項目に該当するトラウマ体験を有する当該児者への治療においても同様である。

A 項目に該当するトラウマ体験の場合には、多くの場合何らかのトラウマ焦点型の介入が必要になるという。インタビューから挙げられた直接的介入は、当該児者が体験や関連する情動等を言語表現できる場合には「TF-CBT」「PE」「CPT」「EMDR」が、言語表現が難しい場合には標準的なプロトコルに変更を加えた「TF-CBT」や「EMDR」が用いられるようである。補助的に用いられる介入は A 項目に該当しない場合と同様であった。

「PE」、 「CPT」には、いずれも外傷的出来事を時系列的にとらえる力や、出来事に付随して生じる内的感覚を語るための言語的能力、そして認知、情動、行動の関係を理解する力が求められる。発達障害児者の中でも特性が比較的軽微で、機能水準が保たれており、治療の意図を理解し同意を得られる場合には実施されることもあるようである。ただしその場合にも、事前に<何度も繰り返し心理教育を実施>したり、<リラクゼーションスキルや情動調節スキルを獲得してもらうのにかなりの時間、期間を費やし>たりと、定型発達者以上に準備に時間をかけるといった工夫が必要であると語られた。「TF-CBT」、 「EMDR」についても上述した能力が十分に保たれている場合には、標準的な手順を用いた介入が可能となる。

言語表現や抽象的概念の理解がやや困難である場合、「TF-CBT」では<トラウマナラティブの作成を言葉だけに拠らず、絵を描いてもらう><感情の理解に難しさがあるので、感情教育を表情イラストを使って何度も実施する>など、視覚イメージの使用でそれを補完することができる症例もあるようだ。なお、構成要素として「遊び」も組み込まれるが、治療者の指示が入らず、本来の治療目的や枠から大きく外れる場合には治療適用について再検討する必要もあるようである。「EMDR」については、治療対象者が出来事の詳細を語れなくとも、出来事の想起に伴い生じる内的感覚へのアクセスが十分にできている場合には実施することも可能であるという理由から、積極的に導入されることもあるという。ただし、当該児者がトラウマ記憶に圧倒されない程度の距離を保ちつつトラウマ記憶に注意集中を向けることができているか否かの判断は臨床家の経験則に拠るため、<介入の工夫がそれぞれの臨床家独自というか、「職人技」的になっているのかもしれない>という危惧も存在していた。臨床上の工夫としては、<通常は再処理中に臨床家は口出しをしないが、発達障

害がベースにあるケースでは積極的に出来事当初の状況を客観的に説明し、心理教育を加えたり<>獲得して欲しい適応的な認知を直接的、具体的に伝えたりする<>ことがあるようだ。

このように、インタビュアーはそれぞれの技法に変更を加え工夫を凝らして介入を試みしており、治療効果も得られているが、同時に<>その工夫にエビデンスが認められているわけではないため、手探り状態で、「本当にこれで正しいのか?」と不安になることもある<>、<>症例報告も少なく、参考にできる論文を見つけることが難しい<><>発達特性もトラウマ症状も千差万別で、介入の工夫に一貫した指針を見つけることは難しい<>とも述べられており、当該児者へのトラウマ臨床における情報の少なさ、症例について検証できる場の少なさを懸念する声も聞かれた。

Ⅲ. 全体考察

Ⅲ-1. 症状および症状評価

研究1では、A項目に該当する出来事を体験した6例はもとより、判別が困難な1例、A項目に明らかに該当しない6例の全13症例においてもPTSD症状に類似する症状が出現していたことが分かった。しかしながら、PTSDと明確に診断された症例はわずかに1例のみであった。体験がA項目に該当しながらも診断がなされなかった症例については、その理由が明確に記載されておらず、症例を理解するために必要な情報が不十分である印象を受けるものも少ないとはいえなかった。その背景要因としては、発達障害にみられる症状と心的外傷およびストレス因関連障害にみられる症状には多くの相違点が存在するも、それを弁別する力のあるアセスメントツールがないことや、発達障害とストレス関連障害の両面に焦点を当てた症例報告が少なく、アセスメントに必要な知見が十分に集積しているとはいえない現状にあるということが挙げられるだろう。これについて研究2では、発達障害、心的外傷およびストレス因関連障害それぞれのアセスメントについて、既存の標準化された尺度を用いて検査バッテリーを組む試みがなされていることが分かった。しかし、検査に要する時間やコストから実施が見送られることも少なくはなく、定型発達者を対象に標準化された検査を発達障害児者にそのまま使用することには限界もあるようである。当該児者におけるPTSD症状評価を目的としたアセスメントツールが存在していないという現状が、評価を一層困難にしている可能性は否めない。

A項目に該当しないストレス体験については、日常生活を送る上ではごくありふれた体験であっても頻繁にフラッシュバックに類似した症状を呈したり、ストレスと感じる場面を回避したり、過度に他責に転じ怒りを爆発されたりと、体験した出来事から想定される以上に多彩で激しい症状を発現することがあるということがわかった。

対人ストレスについては、自閉スペクトラム症のDSM-5診断基準(2014)⁵⁾A「社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害」に代表される他者との相互交流の難しさから、言語的・非言語的なやりとりにおいて社会的文脈に即した言動が取れない

ことが、同一集団の成員から距離を置かれたりからかわれたりといったネガティブな体験の誘因となっているのだろう。さらに、他者からしてみれば何気ない関わりであっても、当該児者にとってそれが自身のルールやこだわりを反するものであった場合、「邪魔をされた」「被害を受けた」体験として認識されやすい。この背景には、自閉スペクトラム症の診断基準 B「限定された反復する様式の行動、興味、活動」における同一性へのこだわりや限局的な集中、固定された興味が、他者の何気ない言動によって阻害されたと感じることに影響するものと推察される。他責に転じやすく、怒りが表面に出やすい傾向については「自分の言動がどうであったか」より「他者からされたこと」が記憶に残りやすいことに由来しているのかもしれない。

物理的な刺激から受けるストレスについても、同基準 B の「感覚入力に対する敏感性あるいは鈍感性、あるいは環境に対する普通以上の関心」をベースに持つことにより、一般的には中立で無害な刺激である照度や温度、湿度、物音や話し声も、強い不快感を伴うストレスとして知覚されるものと考えられる。

このような発達特性が、出来事をよりストレスフルに知覚する要因となっているという側面が当該児者に関わる者や支援者に適切に理解された場合には環境調整等を含む具体的な支援計画立案に繋がることを見込まれる。しかし、当該児者は自身が体験した出来事とそれに付随する内的な反応を説明することが難しいことが多く、さらに発達特性とストレス反応の両面を見立てる視点を持つ支援者が周囲にいない場合には、当該児者に何が起きているのかを誰も把握、理解することができず、混乱した状況に陥ってしまう。「語れない」「理解されない」ストレスは激しい行動化を伴って表出し、それがさらに二次障害に発展するといった悪循環に繋がるものと推察される。

出来事が PTSD 診断基準の A 項目に該当するトラウマ体験においても症状の強度と頻度を強める背景は先述の A 項目に該当しない出来事と同様に、発達特性が関連していると考えられる。出来事や内的な反応を説明できないストレスが行動化を通して表現される傾向も、A 項目該当の有無に限らず共通している。ただし、出来事に周囲が気づいた場合には、状況の深刻さや症状についてある程度理解や共感が示される場合もあるようだ。発達、PTSD の両側面について適切にアセスメントされ治療に繋がることが期待されるが、アセスメントが不十分である場合には見立てと本人の主訴、苦慮感との間に大きな差異が生じないとも限らない。ゆえに、コミュニケーションの難しさや社会的文脈の理解の困難さに代表される対人相互反応の問題や、同一性への固執、習慣やルールへのこだわり、感覚刺激に関する過敏さあるいは鈍感さといった自閉スペクトラム症の特性が PTSD 症状の発現様式に影響を与えている可能性を念頭に置いたアセスメントの実施は不可欠であるといえる。

Ⅲ-2. 治療的介入の工夫

発達特性が PTSD 症状に影響を及ぼしているとするれば、治療的介入においてもトラウマ焦点型の治療に先立って、当該児者の特性や機能レベルに応じて環境調整、療育プログラム、スキルズトレーニングを導入する必要があることは明らかであり、今回の調査でインタビューに応じた臨床家全員がそれを実施していた。発達特性を考慮し、心理教育には視覚的手がかりを使用したり、適切な行動や適応的な認知スタイルを細やかなスモールステップを設定した上で獲得を目指したり、不快でない身体感覚の獲得を通して感覚統合や安定化を目指したりと、発達支援における介入が用いられていることが分かった。当該児者と養育者、関係者の両者がそれぞれ症状を正しく理解し、環境が整い、睡眠や食事、余暇活動といった基本的な日常生活が整い、トラウマ症状を複雑化していた要因の低減が目指せた場合、とりわけ A 項目に該当しないストレス体験であれば主訴そのものが解決される症例も少なくないという。

未解決なストレス反応、あるいはトラウマ反応に対しても、上記の要因が低減することでトラウマ焦点型の治療を導入しやすくなる。治療法は治療者のオリエンテーションや得意とするものに拠るが、トラウマ記憶への直接的介入には PE, CPT, TF-CBT, EMDR が、補助的な介入として家族療法、プレイセラピー、箱庭療法、薬物療法などが選択されることが多いようである。知能や言語の障害を伴わず介入の意図や教示が理解できる程度に心理社会的機能のレベルが保たれているケースや、幼少期は未診断で経過し成人期に発達上の問題が明るみに出たケース、つまりコミュニケーション上の問題が比較的軽微な場合には、標準的な治療プロトコルにさほど変更を加えずに介入することも可能なのかもしれない。しかし、当該児者にとってより負担が少なく、効果的な治療を進める上では適宜工夫が不可欠となることを、治療者は念頭に置いておく必要があるだろう。

たとえば TF-CBT では、自閉スペクトラム症の子どもたちが TF-CBT に必要なスキルである思考、感情、行動の区別を多くの場合有しているが、それでも感情の認識については困難を伴うという報告がある¹²⁾。感情のラベリングや、苦痛や不安の度合いのスケールリングなど、抽象度の高い概念の理解や操作の難しさに対応する工夫としては、視覚的手がかりを用いた心理教育、感情教育が反復して行われている。さらに、治療への意欲や注意集中の維持のために、子どもの才能や関心事に焦点を当てたり、適宜休憩をはさむという工夫が用いられることもある。そして何より、TF-CBT は当該児だけでなく、親または養育者を対象としたセッション、親（養育者）と子の合同セッションを治療パッケージに含み、当該児を取り巻く人々全体が問題を共有し協同的に治療を進めていくことを可能としている点もまた、問題が複雑化しやすい発達障害児の理解に貢献しうる要因であると推察される。EMDR については、標準的な EMDR プロトコルでは両側性刺激（25 往復 1 セットの素早い眼球運動やタッピング）を用いて記憶を再処理する過程において、原則的に臨床家はクライアントの報告に対して要約や解釈を返すことはしない。EMDR の作用機序とされる概念である適応的情報処理モデル¹⁶⁾によると、両側性刺激は人間が本来持つ適応的解決に至る情報処理

システムの再活性化を助けるものであり、自然に自発的に記憶の再処理が進むのが望ましく、臨床家が恣意的に誘導することを推奨していないためである。しかし発達障害児者は過去に体験した出来事を状況に応じて検索したり、出来事の最中の情動や認知を想起したり、出来事が自身に与えた影響やその後の変化に気づいたりすることが難しいと報告されている^{4), 14), 18)}。定型発達児者であれば自発的に進むと考えられる認知変容のプロセスが発達障害児者においても同様に生じるとは考え難いため、再処理を促進することを目的に積極的な介入が試みられていると考えられる。

本研究から、臨床現場では試行錯誤のもと多様な工夫がなされていることが分かったが、前述したように、そのような知見が集積されているとは言い難い状況にあるという課題も明らかとなった。今後、症例報告においては症状評価の詳細な情報、診断の根拠、標準的な介入プロトコルに対して加えられた変更点と介入効果についての詳細な情報および限界についての詳細な記載が求められると考えられる。

【謝辞】

本調査は発達障害をベースに持つ PTSD 患者様に対し、日々試行錯誤を繰り返しながら真摯に臨床実践を重ねておられる医師、臨床心理士の諸先生方のご協力を得て実施されました。ご多忙の中、調査協力に快諾頂いた先生方に、この場をお借りして心より御礼を申し上げます。

【引用・参考文献】

- 1) Barol, B. I., Andrew Deubert 2010 Stepping Stones: EMDR Treatment of Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities and Challenging Behavior. *Journal of EMDR Practice and Research*. 4(4), 156-169.
- 2) Broad, R.D., Wheeler. K 2006 An adult with childhood medical trauma treated with psychoanalytic psychotherapy and EMDR: A case study. *Perspectives in Psychiatric Care* 42(2), 95-105.
- 3) Carrigan, N., Allez, K. 2016 Cognitive Behavior Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in a person with an Autism Spectrum Condition and Intellectual Disability: A Case Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 30(2), 326-335.
- 4) Goddard, L., Dritschel, B., Robinson, S., Howlin, P. 2014 Development of autobiographical memory in children with autism spectrum disorders: Deficits, gains, and predictors of performance. *Developmental and Psychopathology*, 26, 215-228.
- 5) 高橋三郎ほか(訳) 2014 『DSM-V 精神疾患の分類と診断の手引き』, 医学書院

- 6) 林剛丞, 江川純, 染矢俊幸 2015 ストレス関連障害を示す発達障害 ストレス科学研究 30, 10-15.
- 7) 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.
- 8) 川端康雄, 元村直靖, 本村暁子, 二宮ひとみ, 原祐子 2011 不安障害を有する広汎性発達障害児に対して認知行動療法が効果的であった2例. *学校危機とメンタルケア* 3, 107-117.
- 9) 川喜田二郎 1967 『発想法—創造性開発のために』中央公論社.
- 10) 厚生労働省 児童虐待防止政策子ども虐待対応の手引き 第2章発生予防 参考 URL <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/02.html> (2016年6月25日時点)
- 11) Kosatka, D., Ona, C. 2014 Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Patient With Asperger's Disorder: Case Report. *Journal of EMDR Practice and Research* 8(1), 13-18.
- 12) Lickel, A., Maclean, W. E., Jr, Blakeley-Smith, A., & Hepburn, S. (2012). Assessment of the prerequisite skills for cognitive behavioral therapy in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 992-1000.
- 13) Lind, S.E., Bowler, D.M. 2010 Episodic memory and episodic future thinking in adults with autism. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 896-905.
- 14) Resick, P. A., Schnicke, M. K. 1992 Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), 748-756.
- 15) Sullivan, P.M., Knutson, J.F. 2000 Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect* 24(10), 1257-1273.
- 16) Shapiro, F. 1995 Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. *Guilford Press*, New York. (市井雅哉監訳 2004: EMDR 外傷記憶を処理する心理療法. 二瓶社.)
- 17) 下中野大人 2015 成人 ASD 患者のいじめ体験と PTSD *臨床精神医学* 44(9), 1267-1272.
- 18) Terrett, G., Rendell, P.G., Raponi-Saunders, S., Henry, J.D., Bailey, P.E., Altgassen, M. 2013 Episodic Future Thinking in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2558-2568.
- 19) やまだようこ 2003 フィールドワークと質的研究法の基礎演習: 現場 (フィールド) インタビューと語りから学ぶ「京都における伝統の継承と生成」. *京都大学教育学研究科紀要*. 49, 22-45.

- 20) 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 a la carte* 27, 311-316.