

## 児童・青年期のトラウマに対する認知行動療法の展望

大澤 香 織\*

**Abstract:** The present article provides a review of randomized controlled studies about cognitive behavioral therapy (CBT) for posttraumatic stress disorder (PTSD) and trauma exposure in children and adolescents. There were twelve studies included, most of which aimed to evaluate the efficacy of Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for treating PTSD and related symptoms in children and adolescents. From a review of these studies, it was revealed that trauma-specific CBT treatments for children and adolescents were effective in not only decreasing PTSD symptoms, but also improving trauma-related peripheral symptoms (depression, anxiety, and shame) and behavioral problems. The authors' findings suggest that CBT may be useful as comprehensive and efficient approaches toward children and adolescents who have suffered trauma-related symptoms. In Japan, research on CBT treatment for children and adolescents with PTSD is needed in order to establish effective interventions for Japanese children and adolescents with PTSD. In addition, this article provides a detailed overview of three CBT approaches with strong evidence of effectiveness: TF-CBT, Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS), and Trauma and Grief Component Therapy (TGCT). The overview suggests that school-based CBT interventions such as CBIT and TGCT may be more useful in Japan because of a small number of Japanese CBT clinicians.

**Key words:** trauma, PTSD, children, adolescents, cognitive behavioral therapy

### はじめに

Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson (1995) や Elliott (1997) の疫学調査によれば、欧米の場合、トラウマ (trauma) となりうる出来事 (traumatic events: 外傷的出来事) に遭遇する割合は一般人口でも50%以上であることが報告されている。児童・青年期 (18歳まで) の子どもたちを対象を限定すると、その25%が少なくとも1つの外傷的出来事に遭遇していることが明らかとなっている (Costello, Erkanli, Fairbank, & Angold, 2002)。一般児童を対象とした縦断研究では、対象児の2/3以上が研究開始時から16歳に至るまでに1つ以上の外傷的出来事を体験していたことも報告されている (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007)。これらの調査報告から、外傷的出来事は決して非日常

的なものではなく、その悪影響は社会的弱者となりやすい子どもたちにも及ぶ危険性があることが指摘される。

外傷的出来事に遭遇すると、体験者にはさまざまな心理的・身体的・行動的反応 (一般的に「トラウマ反応」や「外傷後ストレス反応」, 「外傷性ストレス反応」と称される) が見られる。その代表的な反応として、外傷後ストレス障害 (Posttraumatic stress disorder: PTSD) の症状がある。DSM-IV-TR (APA, 2000) の診断基準によれば、PTSDはトラウマに遭遇した後に見られる3つの症状 (「侵入・再体験症状 (出来事についてふいに思い出す, まるで再体験しているような感覚に陥る, 出来事に関する夢をくり返し見る等)」, 「回避・麻痺症状 (出来事を思い出させる刺激を避ける, 興味関心の喪失等)」, 「過覚醒症状 (過度な警戒・驚愕反応, 睡眠の問題等)」) を特徴とする疾患である。Copeland et al. (2007) は、外傷的出来事を体験した子どもの13.4%に PTSD 症状が認められたことを報告している。体験した出来事によって PTSD の発症率

\* 本論文の作成にあたり、関西大学社会学部の佐藤寛先生には貴重なご意見を頂きました。記して感謝申し上げます。

に差異はあるが、特に性的虐待を受けた子どもの場合、男児で28.2%、女児で29.8%と高頻度で PTSD の発症が認められている (Kilpatrick, Saunders, & Smith, 2003)。

多くの場合、外傷的出来事を体験した後に生じるさまざまな反応は時間経過と共に低減し、自然に回復する。しかし、交通事故に遭った成人を対象としたプロスペクティブ研究によれば (Blanchard, Hickling, Barton, Taylor, Loos, & Jones-Alexander, 1996)、体験者の 1/3 程度に PTSD の発症が認められ、そのうち約20%は症状が慢性化していたことが報告されている。また、PTSD は患者さんの社会的機能 (学業や職業、対人関係など) に重篤な障害をもたらす疾患であることも指摘されている (Kessler, 2000)。したがって、トラウマを機に生じた問題・症状の慢性化を防ぐことはもちろん、症状を和らげ、社会生活機能を回復することが主な治療目標となってくる。

成人の PTSD に有効な心理学的介入として、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) が有効であることは数多くの研究から実証されている (例えば、Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows, & Street, 1999; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002 など)。American Psychiatric Association (APA) や英国の National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) の治療ガイドラインにおいても、PTSD に対する心理学的介入として CBT を第一選択肢とすることが強く推奨されている (Forbes, Creamer, Bission, Cohen, Crow, Foa, Friedman, Keane, Kudler, & Ursano, 2010)。子どもの PTSD に対しても、近年になって無作為化比較試験 (randomized controlled trial: RCT) による介入効果研究が行われるようになり、CBT の有効性が実証されてきた。The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) や The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) の治療ガイドラインでは、成人と同様、子どもの PTSD に対しても CBT が心理療法の第一選択肢として強く推奨されている (Forbes et al., 2010)。その一方で、わが国では子どものトラウマケアに対して CBT の効果を実証的に検討した研究はもちろん、臨床現場における CBT の実践もほとんどなされていない。

そこで本稿では、児童・青年期のトラウマ (主に PTSD の問題) に対する CBT について、国外の動向を把握すべく、RCT によって検証された研究を中心に展望を試みる。その展望を踏まえ、わが国における子どものトラウマに対する CBT の可能性について考

察する。

## 児童・青年期の PTSD に対する CBT の効果

Kilpatrick et al. (2003) は、180万人の青年期 (12~18歳) にある子どもたちが性的虐待を経験していること、そして性的虐待を受けた子どもたちに PTSD の発症率が高いこと (男児で28.2%、女児で29.8%) を報告した。このような背景から、児童・青年期の PTSD に対する CBT の試みは、主に性的虐待を対象に行われてきた。実際、PsycINFO と MEDLINE を用いて、“childhood”, “adolescents”, “trauma”, “posttraumatic stress disorder or PTSD”, “treatment”, “intervention”, “cognitive behavioral therapy or CBT” といったキーワードを組み合わせて論文を検索すると (case study, case report は除外)、そのほとんどが性的虐待を受けた子どもたちを対象に CBT の効果を検討したものであり、レビューやメタ分析を行った論文も数本存在している。

Harvey & Taylor (2010) は、性的虐待の被害を受けた児童・青年期の子どもに対する心理学的介入の効果を検証するため、CBT を含む39本の効果研究の論文を対象にメタ分析を行った。その結果、PTSD 症状に対する CBT と洞察指向の心理療法の効果サイズが大きく、性的虐待を体験した児童・青年期のトラウマケアに CBT が有効であることが示された。しかし、Harvey & Taylor (2010) の研究対象となった論文は RCT に限定されたものではない。前述のキーワードに “randomized controlled trials or RCT” を加えて検索すると、論文の数は12本であった (Follow-up study も含む)。Table 1 は、その12本の論文の概要を示したものである。Table 1 を見ると、児童・青年期の PTSD に対して RCT による CBT の効果研究が行われるようになったのはつい最近 (1990年代後半から2000年に入る頃) であり、その数も未だ少ないことがわかる。

しかし、Table 1 に記載されている研究のほとんどが、PTSD に併存してみられる症状 (うつ症状など) の低減にも有効であったことを報告している (例えば、Deblinger et al., 1996 など)。最近では、性的虐待以外のトラウマにも CBT が有効であることが実証されるようになってきた (例えば、Cohen et al., 2011; Layne et al., 2008; Scheeringa et al., 2011; Stein et al., 2003 など)。つまり、子どもを対象とする総合的で効果的なトラウマケアを考える上で、CBT は欠くことのできない治療技法であるといえる。

Table 1 Randomized Controlled Trials of Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder

著者	出来事の種類	対象者 年齢	結果	備考
<b>Trauma Focused - Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)</b>				
Cohen & Mannarino (1996)	CSA	3 ~ 6 歳	TF-CBT > control (nondirective supportive therapy)	Cohen & Mannarino (1996) の介入1年後フォローアップ
Cohen & Mannarino (1997)	CSA	4 ~ 7 歳	TF-CBT > control (nondirective supportive therapy)	
Deblinger, Lipmann, & Steer (1996)	CSA	7 ~ 13 歳	TF-CBT (parent, child) > non TF-CBT (parent, child), control (community treatment)	
Deblinger, Steer, & Lipmann (1999)	CSA	9 ~ 15 歳	TF-CBT (parent, child) > non TF-CBT (parent, child), control (community treatment)	Deblinger et al. (1996) の介入2年後フォローアップ
Deblinger, Stauffer, & Steer (2001)	CSA	2 ~ 8 歳	CBGT (parent, child) > supportive group therapy (parent, child)	
King, Tonge, Mullen, Myerson, Heyne, Rollings, Martin, & Ollendick (2000)	CSA	5 ~ 17 歳	CBT (child-only, family) > WLC	
Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer (2004)	CSA	8 ~ 14 歳	TF-CBT > CCT	
Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer (2006)	CSA	8 ~ 14 歳	TF-CBT > CCT	Cohen et al. (2004) の介入6, 12カ月フォローアップ
Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson, & Guthrie (2011)	Multi trauma (単回性・反復性 トラウマ, ハリケーン・カトリー ナ被災のいずれか)	3 ~ 6 歳	TF-CBT > WLC	
Cohen, Mannarino, & Iyengar (2011)	Intimate Partner Violence	7 ~ 14 歳	TF-CBT > CCT	
<b>Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS)</b>				
Stein, Jaycox, Kataoka, Wong, Tu, Elliot, & Fink (2003)	Community Violence	平均11歳 (小学6年生)	CBITS > WLC	
<b>Trauma and Grief Component Therapy (TGCT)</b>				
Layne, Saltzman, Poppleton, Burlingame, Pasalic, Durakovic, Music, Campara, Dapo, Arslanagic, Steinberg, & Pynoos (2008)	War	13 ~ 19 歳	TGCT > control (TGCTのモジュール1・4のみ実施)	

Note. CSA = Child Sexual Abuse; CBGT = Cognitive Behavioral Group Therapy; WLC = Waiting List Control

ところで、CBTは単独の心理療法を指すものではなく、患者さん・クライアントさんの問題や症状に対して、認知的・行動的な側面からアプローチする心理学的治療技法の総称である。そのため、特定の症状や問題に応じてCBTの技法（治療要素）を組み合わせ「治療パッケージ」を開発することができる。児童・青年期のPTSDに対しても、CBTの治療パッケージが開発され、症状や問題行動の改善にどの程度有効であるか、（ケーススタディやパイロットスタディを含めて）数多くの試みがなされてきた。その試みの中から、RCTによって治療効果が実証されているCBTについて、以下に具体的に紹介する。

### 1. TF-CBT

TF-CBTは、児童・青年期のトラウマに対するCBTの中でも最もRCTによる検討が行われ、その有効性が証明されている介入プログラムである。The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) や The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) の治療ガイドラインにおいても、TF-CBTは子どものトラウマに対する心理学的治療の第一選択肢として推奨されている。TF-CBTは主に2～18歳の性的虐待被害者を対象に効果の検証がなされてきたが、PTSD症状だけでなく、うつ症状や一般的な不安、恥（shame）などの低減にも有効であることが認められている（例えば、Cohen & Mannarino, 1996, 1997; Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999; Deblinger et al., 2006; King et al., 2000 など）。最近では、性的虐待以外のトラウマに巻き込まれた子どものPTSDに対しても、TF-CBTのRCTが実施されるようになってきた（Cohen et al., 2011）。

TF-CBTの効果について報告した初期の論文を代表するものとして、Deblinger et al. (1996) と Cohen & Mannarino (1996) が挙げられる。Deblinger et al. (1996) は、100組の性的虐待を経験した子どもとその親（non-offender）を対象にCBTの治療効果を検討した。対象となった親子は、子どものみにCBTを行う群、親のみにCBTを行う群、親子両方にCBTを行う群、そして統制群（対象者が住む地域でセラピストの一般的な治療を受ける群）の4群に無作為に配置された。CBTを行った群には、段階的エクスポージャーや対処スキル訓練などの認知行動的技法を組み合わせ、12セッションの介入を行った。治療効果を比較した結果、CBTを行った親（親のみにCBTを行った群、親子両方にCBTを行った群）は行わなかった親（子ど

ものみにCBTを行った群、統制群）に比べて、子どものうつ症状と外向的な問題行動が有意に低減したことを報告し、効果的な養育スキルの増加も認められた。また、CBTを行った子ども（子どものみにCBTを行った群、親子両方にCBTを行った群）のPTSD症状は、CBTを行わなかった子ども（親のみにCBTを行った群、統制群）に比べて有意に低減していた。CBTによる治療効果は、介入2年後においても維持されていた（Deblinger et al., 1999）。

Cohen & Mannarino (1996) も性的虐待を受けた就学前の子どもとその親を対象としたCBTを実施し、Deblinger et al. (1996) とほぼ同時期にその効果を報告している。Cohen & Mannarino (1996) は、対象者を性的虐待にターゲットをおいてCBTを行う群、もしくは非指示的支持的療法を行う群（統制群）に無作為に配置して効果を検証した。Cohen & Mannarino (1996) が行ったCBTは、Deblinger et al. (1996) で行った内容とやや異なった技法を組み合わせたものであったが、CBTを実施した群は統制群に比べてPTSD症状や問題行動が有意に低減したことが報告された。介入1年後のフォローアップにおいてもCBTを行った群の治療効果は維持されていたが、統制群では改善が認められなかった（Cohen & Mannarino, 1997）。

その後、彼らは共同で研究を行い（Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006）、子どものトラウマケアとしてTF-CBTが体系化されていった（Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006）。Cohen et al. (2006) が体系化したTF-CBTでは、外傷的出来事を体験した子どもとその養育者（性的虐待の場合、non-offender）の両方に介入がなされる。これまで、トラウマに関連する思考・感情、出来事を思い出させる刺激（リマインダー）や出来事の記憶を「危険・脅威である」と判断し、回避しようとする努力が続けることがPTSD症状の維持・悪化につながるということが指摘されている（例えば、Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986; 大澤, 2008など）。成人のPTSDに対するCBTでは、このように回避し続けてしまう認知・行動パターンを変えられるように患者さんをサポートすることで症状の低減につながるということが実証されている。TF-CBTにおいても同様に、トラウマ関連刺激からの回避をコントロールする力を親子ともに身につけることが治療目標となっている。

この治療目標に基づき、TF-CBTはPRACTICEと呼ばれる複数の治療要素で構成されている（Table 2; 各治療要素における詳細はCohen et al., 2006を参照）。セッションは基本的に個々に行われるが、PRACTICE

Table 2 The “PRACTICE” components

P: Psychoeducation (心理教育)
Parenting skills (養育スキル)*
R: Relaxation (リラクゼーション)
A: Affective expression and modulation (感情の表出・調節)
C: Cognitive coping and processing (認知的対処・処理)
T: Trauma narrative (トラウマに関するナラティブ)
I: In vivo mastery of trauma reminders (現実上のリマインダーの統制)
C: Conjoint child-parent sessions (親子合同セッション)
E: Enhancing future safety and development (将来の安全感と発達の促進)

\*親のみに実施

を通じて学ぶスキルは親子共通である (Table 2 の “parenting skills” に限り、親のみに行われる)。PRACTICE の中でも主要となる治療要素が、「段階的エクスポージャー」である。エクスポージャー療法は、恐怖や不安を喚起させる刺激 (実際は安全であるにも関わらず、体験者が恐怖を感じる刺激。PTSD の場合、出来事を想起させるトラウマ関連刺激) に対して実際に、あるいはイメージを使って直面することで刺激に対する馴化 (habituation) を促し、安全を確認することで刺激に対する恐怖・不安感の低減を目指す技法である。PTSD やその他の不安障害の治療に有効な技法として実証されているが、そのほとんどは「段階的エクスポージャー」であり、刺激に対する患者さんの不安・恐怖の程度に応じて、段階的に直面していく手続きをとる。TF-CBT では主に、出来事の一連の流れやその時に感じたこと・考えたこと、身体的な反応についての語り (ナラティブ) を治療者と共に行うことで、出来事の記憶に対する段階的エクスポージャーを行う (Table 2 の “trauma narrative” で 2～3 セッション行われる)。子どもの年齢・発達段階に応じて、プレイや描画などを介しながらエクスポージャーを進める場合もある。治療者は物語を構築していく中で、子ども (あるいは親) が出来事の記憶やそれに付随する感情や考えを整理・概観しつつ、思い出しても必ず恐怖感や苦痛は低減していくこと、安全であることを確認できるように援助していく。

## 2. 学校をベースとした CBT によるトラウマケア

Harvey & Taylor (2010) のメタ分析では、性的虐待を経験した子どもたちに対する心理学的介入として、集団療法は個人療法よりも効果サイズが小さいことが示されていた。性的虐待のような私的な体験を扱う場合、介入が二次被害とならないように体験者のプライバシー保護に配慮すべきであり、集団よりも個人および家族の対応が適切であると考えられる。しかし一方

で、自然災害や事件・事故など、複数の子どもたちが体験・目撃した出来事の場合は、集団へのアプローチでも十分効果があると考えられる。子どもの場合は特に、トラウマによる問題が外在化されている場合 (例えば、震災後親から離れられない、多動になる等) は周囲も気づきやすく、介入しやすいが、内在化されている問題は子ども自身から訴えることがないため、介入が遅れる傾向にある。自然災害やテロなど、同時に複数の人が体験するような出来事の場合、この傾向はますます強くなるといえ、ケアを必要とする子どもをスクリーニングする上でも集団に対するアプローチは重要な役割を果たすと考えられる。

また、精神的な問題を抱えた子どもの 16～17% しか医療機関や相談機関でのサービスを受けていないことが報告されている (Rones & Hoagwood, 2000)。このような現状から、March, Amaya-Jackson, Murray, & Schulte (1998) は十分なサービスを受けられない環境にいる子どもたちに 1 人でも多く治療を提供できる可能性があるという点で、学校をベースとする集団介入は非常に有益であると主張している。実際、March et al. (1998) は単一の事故後に PTSD になった子どもを対象に学校でピアグループを設定し、それぞれがもつトラウマに特有な問題に対処する Multi Modality Trauma Treatment (MMTT) を実践し、PTSD 症状の低減に有効であったことを報告している。他の研究者たちも、子どもたち全体にアプローチできる、安全で支持的な環境を提供しやすい、日常の学校場面で行われる介入であるため子どもたちが受け入れやすい等の理由から、学校を子どもたちのトラウマケアに最適な場であるとして注目している (例えば Harvey & Taylor, 2010 など)。

学校をベースとした CBT の試みは、2000年代に入る頃になって徐々に報告されるようになり、その効果が実証されてきている。Rolfesnes & Idsoe (2011) は性的虐待以外のトラウマを受けた子どもたちを対象に、

学校ベースでの介入の効果を検討した19本の論文についてレビューを行った。介入対象となったトラウマの性質には、Terr (1991) が定義する type I trauma (単回性トラウマ) と type II trauma (複数回体験された反復性のトラウマ) の両方が含まれていた。また、展望した19本の論文には CBT 以外の介入技法として、プレイセラピーやアートセラピー、Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) などのアプローチを用いた研究も含まれていた (CBT を用いた効果研究の論文は16本であった)。これまでの研究をレビューした結果、PTSD 症状に対する CBT の効果サイズは中程度～大きいものであったことが示された。同様に、PTSD に併存する症状 (うつや不安症状) に対しても、CBT の効果サイズは中程度～大きいものであった。つまり、学校ベースの CBT は児童・青年期の PTSD 症状の低減のみならず、うつや不安といった周辺症状の低減に対しても有効であると考えられる。

このように学校ベースで行われる CBT の試みが行われ、その効果も示されてきているが、RCT によって治療効果を厳密に検討し、報告した研究はまだ少ない。その中で、Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) と Trauma and Grief Component Therapy (TGCT) と称される学校ベースの CBT プログラムについては、最近 RCT による研究報告がなされている。そこで、この2つの介入プログラムについて以下に紹介する。

#### 1) CBITS

CBITS は PTSD 症状を抱えた10～15歳を対象に、学校現場をベースとした CBT プログラムである。プログラムの内容は心理教育、リラクゼーション、認知的対処スキル、ナラティブを用いたトラウマの記憶に対する段階的エクスポージャー、現実エクスポージャー (in vivo exposure)、注意訓練、認知的再構成法、問題解決訓練で構成されている。プログラムは基本的に6～8名の少人数のグループで、通常10セッション (週1回45～60分) 行われるが、段階的エクスポージャーは個人セッション (1～3セッション) で行われる。また、通常のセッション以外にオプションとして、親教育セッション (2～4セッション) と教師教育セッション (1セッション) が行われる。親教育では、トラウマによって見られる子どもたちの問題行動・症状と、介入プログラムで子どもたちが学んだ対処スキルについて理解することを目的としている。教師に対し

ては、トラウマによって子どもたちに見られる問題行動・症状のみならず、教室で見られるトラウマ関連症状についても理解してもらうセッションとなっている。

CBITS の効果を RCT によって検討した論文は、現在のところ1本のみ存在する (Table 1)。Stein et al. (2003) は、暴力行為 (殴る蹴るの暴行、ナイフや銃などの凶器を用いたもの等) にさらされた126名の児童 (平均11歳) を対象に、CBITS の効果を RCT によって検討した。対象者は介入群とウェイトリスト統制群に無作為に配置され、介入群には通常の CBITS を10セッションに加え、親教育セッション (2セッション) と教師教育セッション (1セッション) も行われた。ウェイトリスト統制群にも、介入群のプログラムが終了した後に同様に CBITS を行った。その結果、CBITS を終えた介入群の PTSD 症状とうつ症状は、ウェイトリスト統制群に比べて有意に低減していた。ウェイトリスト統制群もまた CBITS を行った後に、介入群と同様に症状が低減したことが示された。そして、CBITS の効果は介入群・ウェイトリスト統制群共に、介入終了6ヵ月後も維持されていることが明らかとなった。

なお、厳密な RCT ではないが、Jaycox, Cohen, Manarino, Walker, Langley, Genheimer, Scott, & Sconlau (2010) は2005年に発生したハリケーン・カトリーナの被害を受けて15ヵ月が経過した児童118名 (平均11.6歳) を対象に CBITS を実施し、その効果を検討している。対象者を CBITS 実施群と TF-CBT 実施群 (TF-CBT は医療機関で実施) に無作為に配置し、比較検討したところ、いずれの群も介入10ヵ月後に有意な PTSD 症状の低減が認められた。しかし、介入後も PTSD 症状が強く残存していた者が両群ともに少なからずいたことも報告された。また、医療機関での TF-CBT よりも学校で実施される CBITS の方が、子どもたちに受け入れられやすいことも明らかとなった。

#### 2) TGCT

TGCT はトラウマにさらされた、もしくはトラウマティックな死別 (親しい人が不慮の事故や犯罪、あるいは暴力、災害、自殺等で突然亡くなる) を体験した児童・青年期の子どもたち (12～20歳) を対象とする。つまり、TGCT は PTSD 症状のみならず、近親者と死別したことで生じた悲嘆反応 (grief) も介入ターゲットになるプログラムとなっている<sup>1)</sup>。TGCT もまた CBITS と同様、学校をベースに集団で行われる。

TGCT の内容は4つのモジュールに分かれている。

対象者の死別体験の有無によって異なってくるが、おおよそ10～24セッションで構成されている。モジュール1では心理教育、リラクゼーション、対処スキル訓練を行い、体験後にみられる急性ストレス反応の低減を目指す。モジュール2では、トラウマの記憶に対する段階的エクスポージャーと認知的処理が行われる。モジュール3では悲嘆に特化した介入を行う（悲嘆に関する心理教育や故人を適応的な方法で回想する練習など）。最後のモジュールでは、トラウマによって妨げられた正常な発達を促進するための取り組みがなされる。

TGCTについても、RCTの結果を報告した論文は現時点で1本のみである（Table 1）。Layne et al. (2008) は127名の戦争に巻き込まれたボスニアの子どもたち（13～19歳）を対象にRCTを実施し、対象者をTGCTを17セッション行う群（TGCT群）と、教室ベースで心理教育と対処スキル訓練（TGCTのモジュール1と4）を行う群（統制群）に無作為に配置した。また、少なくとも1回の死別を体験した子どもも無作為に両群に配置した。介入を行った結果、両群ともにPTSD症状が有意に低減し、介入終了4ヵ月後も介入効果が維持されていた。また、うつ症状も両群において介入終了4ヵ月後に低減していた。しかし、TGCT群の方が統制群に比べて症状改善が大きかったことが示された。また、悲嘆反応については、TGCT群においてのみ有意に低減していた。

なお、RCTではないが、Goenjian, Karayan, Pynoos, Minassian, Najarian, Steinberg, & Fairbanks (1997) は1988年のアルメニア大地震<sup>2)</sup>で被災した64名の子どもたち（フォローアップ時で平均13.2歳）を対象に、発災1.5年後にTGCTを行っている。quasi-experimental designで効果を検証した結果、TGCTの実施はPTSD症状とうつ症状の改善につながることを報告された。

### まとめ：わが国における子どもの トラウマケアとしてのCBTの可能性

本稿では、児童・青年期のトラウマ（主にPTSDの問題）に対するCBTの効果について、RCTによって検証された国外の研究を中心に展望を行った。その結果、言語発達が途上の段階にある年齢の子どもへのトラウマケアとして、CBTは有用かつ有効であることが明らかとなった。わが国の臨床現場では、子どもは言語発達が未熟であり、自ら体験した出来事を表現することは困難であると考え、プレイや絵などの言語を

介さない支援が行いがちである。しかし、これまで概観した研究結果に基づけば、たとえ対象が子どもであってもCBTを用いたトラウマケアを選択肢として考えるべきである。ただし、その場合には対象児がCBTを行える発達段階にあるかどうか、その対象児にとってCBTは有用か否かを判断するアセスメントが必要となってくるだろう。

また、子どもたちにCBTが有用・有効である背景には、親も介入対象としていることが指摘される。親が子どものトラウマに対して過剰に反応する、あるいは無反応である場合、子どものPTSD症状は深刻化しやすいことが報告されている（Davis & Siegel, 2000）。このことから、子どもの症状は親の言語や行動に敏感に左右されやすいことが示唆され、症状・問題行動の維持・悪化を抑止するためには、親のかかわり方が重要になると考えられる。TF-CBTやCBITSでは、子どもに対する適切なかかわり方を学び、子どもの健康的な発達を促すためのサポートを行う親セッションが積極的に設けられている。親が治療者の代わりとなり、最も身近な理解者として存在することは、子どもにとって大きな安心感につながるだろう。実際、Harvey & Taylor (2010) のメタ分析においても、個人療法だけでなく、家族（養育者）も含む介入もPTSD症状の改善に有効であることが示されている。また、低年齢の子どもの場合、治療者と子どもの間に親を介することによって、治療者・子どもの相互理解が深まり、治療を進めやすくなる可能性も考えられる。

これまでの研究で有効性が実証されている点から、子どものトラウマケアとして開発されたCBTプログラム（TF-CBTなど）は、わが国の臨床現場においても利用価値の高いものであると考えられる。特にCBITSやTGCTのように学校現場をベースとした介入は、さらなる効果の検証が求められるものの、スクールカウンセラーや教育相談機関を配置しているわが国においても十分に活用できるものと考えられる。しかし、わが国ではCBTを行える専門家の数がかなり少なく、すぐに既存のプログラムを導入・実践することは難しい。まずは、CBTを実践できる心理臨床家の養成と教育機関への配置が急務となるだろう。しかしながら、実践できる専門家が少ないわが国だからこそ、集団介入が可能なCBITSやTGCTは有用なCBTプログラムであるともいえる。実際に導入するためには、専門家の育成と同時に、学校現場でトラウマケアが行える体制を整えることも求められるだろう。

本稿ではRCTによる効果研究を中心に展望を行っ

たが、どの治療要素（あるいは、どのような治療要素の組み合わせ）がどの症状や問題行動の改善に有効であるのか、それぞれの治療要素の有効性を検討した研究については触れていない。実際、そのような研究は現時点までに見当たらない。今後、治療要素を細分化して効果の検討を試みるのが求められてくるだろう。それによって、より短期的で有効なプログラムの開発・提供が可能になるだけでなく、わが国の土壌にあった効果的な CBT プログラムの構築も期待できる。

#### 註

- 1) 子どもの悲嘆を対象とした TF-CBT の介入効果も検討されているが、まだ RCT による研究報告はない。
- 2) 1988年12月7日に起こったアルメニア大地震は、約 25,000名もの死者を出す大惨事となった。震源地から約 90km にあるメツァモール原子力発電所は、地震の被害もなく正常に運転を続けていたが、この地震を機に1989年に一時的に運転停止となった。しかし、電力不足解消などの理由により、1995年より運転を再開している。

#### 引用文献

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text Revision*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- (高橋三郎・大野裕・染谷俊幸(監訳)(2003). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behavior Research and Therapy*, **34**, 775-786.
- \* Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 42-50.
- \* Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 1228-1235.
- \* Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **43**, 393-402.
- \* Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives Pediatrics and Adolescent Medicine*, **165**, 16-21.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press: New York.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, **64**, 577-584.
- Costello, J. E., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, **15**, 99-112.
- Davis, L. & Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family psychology review*, **3**, 135-154.
- \* Deblinger, E., Lipmann, J., & Steer, R. A. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, **1**, 310-321.
- \* Deblinger, E., Steer, R. A., & Lipmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, **23**, 1371-1378.
- \* Deblinger, E., Stauffer, L. B., & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, **6**, 332-343.
- \* 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**, 1474-1484.
- Goenjian, A. K., Karayan, I., Pynoos, R. S., Minassian, D., Najarian, L. M., Steinberg, A. M., & Fairbanks, L. A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, **154**, 536-542.
- Elliott, D. M. (1997). Traumatic events: prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 811-820.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, **38**, 319-345.
- Forbes, D., Creamer, M., Bission, 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**, 537-552.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, **99**, 20-35.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D., & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**, 715-723.

- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 194-200.
- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychotherapy Review, 30*, 517-535.
- Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Genheimer, K. L., Scott, M., & Sconlau, M. (2010). Children's mental health care following Hurricane Katrina: a field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 223-231.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 4-14.
- \* King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1347-1355.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Smith, D. (2003, April). *Youth victimization: Prevalence and intervention: Bureau of Justice Statistics special report*. Washington, DC: U. S. Department of Justice.
- March, J. S., Amaya-Jackson, L., Murray, M. C., & Schulte, A. (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 585-593.
- \* Layne, C. M., Saltzman, W. R., Poppleton, L., Burlingame, G. M., Pasalić, A., Duraković, E., Music, M., Campara, N., Dapo, N., Arslanagić, B., Steinberg, A. M., & Pynoos, R. S. (2008). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 1048-1062.
- 大澤香織 (2008). 外傷体験想起時の認知・行動が外傷性ストレス反応に及ぼす影響——Posttraumatic Cognition and Behaviors Model (PCB モデル) の構築——北海道医療大学大学院看護福祉学研究所平成19年度博士論文。
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.
- Rolfesnes, E. S. & Idsoe, T. (2011). School-based intervention programs for PTSD symptoms: A review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 155-165.
- Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*, 223-241.
- \* Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 853-860.
- \* Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliot, M. N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 290*, 603-611.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.
- \* Table 1 に掲載された論文