

21)Kendall-Tackett KA. Eckenrode J. ; The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: a developmental perspective. *Child Abuse & Neglect*. 20(3):161-9, 1996.

22)Tamplin A. Goodyer IM. Herbert J.: Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 48(1):1-13, 1998.

23)Jouriles EN. Barling J. O'Leary KD. : Predicting child behavior problems in maritally violent families. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 15(2):165-73, 1987.

24)Fergusson DM. Lynskey MT. : Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 21(7):617-30, 1997.

25)Kaplan SJ. Pelcovitz D. Salzinger S. Weiner M. Mandel FS. Lesser ML. Labruna VE. : Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*. 155(7):954-9, 1998.

26)Maxfield MG. Widom CS. ; The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 150(4):390-5, 1996.

27)Johnson BD. Dunlap E. Maher L. : Nurturing for careers in drug use and crime: conduct norms for children and juveniles in crack-using households. *Substance Use & Misuse*. 33(7):1511-46, 1998.

28)Widom CS. ; Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*. 106(1):3-28, 1989.

29)Widom CS. ; The cycle of violence. *Science*. 244(4901):160-6, 1989.

30)Widom CP. Ames MA. ; Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse & Neglect*. 18(4):303-18, 1994.

31)Luiselli JK. : Functional assessment and treatment of aggressive and destructive behaviors in a child victim of physical abuse. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*. 27(1):41-9, 1996.

32)Jellinek MS. Little M. Benedict K. Murphy JM. Pagano M. Poitras F. Quinn D. ; Placement outcomes of 206 severely maltreated children in the Boston Juvenile Court system: a 7.5-year follow-up study. *Child Abuse & Neglect*. 19(9):1051-64, 1995.

33)Zigler E. Taussig C. Black K. ; Early childhood intervention. A promising preventative for juvenile delinquency. *American Psychologist*. 47(8):997-1006, 1992.

3)子どものトラウマ(心的外傷)のアセスメントに関するレビュー (文責: 西澤 哲)

1. はじめに

阪神淡路大震災以降、強いストレスとなるような体験が人の心に与える影響に関する精神医学的、あるいは臨床心理学的関心が、わが国においても高まりを見せてきている。こうした関心の高まりは、強いストレスとなるようなさまざまな経験をした人の精神医学的・臨床心理学的問題を、心的外傷、つまりトラウマ(trauma)という観点から把握するという試みを生じせしめるにいたった。

トラウマという概念が、今日のメンタルヘルスの領域において重要視されている理由の一つは、さまざまな精神医学的問題において、この概念が果たす役割が非常に大きいのではないかとする知見のゆえである。トラウマとの関連性が指摘されている精神医学的問題としては、摂食障害(Waller, 1991)、身体化症状(Morrison, 1989)、境界性人格障害(Herman et al, 1986; Zaraniri et al, 1989)、解離性障害(Ross, 1991; Saxe et al., 1994; Putnam, 1989)などがあげられる。そして、これらの疾患あるいは障害との関連性が示唆されているトラウマ体験とは、ほとんどの場合、身体的虐待や性的虐待を中心とした子どもの頃のトラウマ体験である。こうしたことから、これらの精神医学的問題の理解、およびその解決にとっては、子どもの頃に生じたトラウマをどのように評価するかが鍵となるといっても過言ではない。

1980年以前においては、子どものトラウマ反応の評価に関する研究のほとんどはケーススタディ的なものであったが、1980年代後半からは、構造化面接法や質問紙等による評価、測定の試みが精力的に行われるようになった。本論文では、これ

らの研究を概観することによって、今後の子どものトラウマ研究のための基礎的な枠組みの整理を行う。

2. 子どものトラウマ反応の評価法

子どものトラウマ反応の評価法は、(1)子どものトラウマ反応を直接測定しようとするもの、(2)全般的な診断のための評価法の一部である PTSD サブスケール、(3)ある特定のトラウマ体験や、トラウマ反応のある側面と関連した症状および行動を評価しようとするもの、の3つに大別することができる。(1)に含まれるものとして、CPTS-RI(Children's Posttraumatic Stress Reaction Index; Frederick, Pynoos, & Nader, 1992)、CRETES(Child's Reaction to Traumatic Events Scale; Jones, 1994)、CAPS-C(Clinician-Administered PTSD Scale for Children; Nader, Kriegler, Blake, & Pynoos, 1994)、WBTH(When Bad Things Happen Scale; Fletcher, 1991)などがある。(2)のカテゴリーに属するものとしては、DICA-R(Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised; Reich, Shayka, & Taibleson, 1991)の PTSD スケールと、DISC(Diagnostic Interview Schedule for Children; Shaffer, Fisher, Piacentini, Schwab-Stone, & Wicks, 1992)の PTSD モジュールとがあげられる。また、(3)のカテゴリーには、CDC(Child Dissociative Checklist; Putnam, 1988)、CITES-R(Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised, Wolfe & Gentile, 1991)、TSCC(Trauma Symptom Checklist for Children; Briere, 1996)などが含まれる。以下に、これらの方法について概観していく。

(1)子どものトラウマ反応を直接測定しようとするもの

a. CPTS-RI(Children's Posttraumatic Stress Reaction Index)

CPTS-RIは、子どもおよび思春期年齢を対象とした20項目からなるスケールで、半構造化面接において実施されるようになっている。20項目は、DSM-ⅢのPTSD症状の3つのカテゴリーおよび関連特徴と対応するように設定されている。基準B、つまりトラウマの再体験にあたるものとして、

トラウマとなった出来事を思い出させるような刺激への反応としての恐怖や混乱、その出来事のことを考えた際の恐怖や混乱、侵入的思考およびイメージ、悪夢、その出来事が再び起こるという考え、身体症状が含まれている。基準C、つまり麻痺/回避にあたるものとして、感情麻痺、孤立感、重要な活動への興味の喪失、その出来事を思い出させるものの回避、感情の回避があげられている。また、基準D、つまり生理学的興奮に関するものとして、神経過敏性、睡眠障害、注意集中困難、衝動統制困難を含んでいる。

これまで、CPTS-RIは暴力的な状況に露呈された子ども(Pynoos et al., 1987; Nader et al., 1990)や災害の被害にあった子ども(Pynoos et al., 1993)のトラウマ反応の評価に用いられている。

CPTS-RIは5ポイントのリカー・スケールを採用しており、それぞれの症状が「まったくなし(0)」から「ほとんどいつも(4)」までの頻度で測定される。5ポイントのスケールに答えることができる能力という意味で、7歳ないしは8歳以下の年齢の子どもには適用が困難であるとされている。

CPTS-RIの結果からPTSDの診断を確定することはできないが、PTSDの重度性を示すことはできる(全スコア12-24で軽度のPTSD反応; 25-39で中度; 40-59で重度; 60以上で最重度)。

これまでの研究で、CPTS-RIは単回性のトラウマティックな経験をした子どもの急性期反応および1~2年後の反応を評価する際に最も有効であろうと考えられている(Pynoos et al., 1987)。

b. CRETES(Child's Reaction to Traumatic Events Scale)

CRETESはIES-C(Impact of Event Scale for Children)の改訂版である。ストレスフルな出来事に対する子どもの心理的反応を測定することを目的とし、15項目からなるセルフ・レポート形式となっている。

CRETESはDSM-Ⅲ-RのPTSDの症状のうちで、特に侵入性の症状と回避性の症状に焦点を当てて構成されている。7項目が侵入性の症状に関するもの(思考およびイメージの侵入3項目、侵入的な夢1項目、感情の侵入3項目)、8項目が回避性の症状に関するもの(情緒の回避3項目、思考の回避2項目、会話の回避1項目、想起につながるものの回避1項目、否認/解離1項目)である。

CRETES はこれまで、火災に巻き込まれた子ども(Jones & Ribbe, 1991)と、ハリケーンの被害にあった子どもたち(Jones et al., 1993)の反応の評価に用いられている。

CRETES はそれぞれの項目に対して、反応(症状)の頻度を 4 ポイントのリカート・スケールで答えるようになっており(「まったくなし」(0), 「まれにある」(1), 「ときどきある」(3), 「よくある」(5)), スコアのトータルで症状の程度を評価するものである(8 以下で軽度, 9-18 で中度, 19 以上で重度)。

先にも述べたように, CRETES は PTSD 症状の中でも侵入性および回避性の症状の有無および程度を評価しようとするものであり, これは Horowitz ら(1979)のトラウマ反応の二相性モデルを基礎として構成されたものであると言える。したがって, この結果からは PTSD の診断を確定することはできない。

c. CAPS-C(Clinician-Administered PTSD Scale for Children)

CAPS-C は学童期および思春期年齢の子どもたちの PTSD の症状および理論的に考えられる兆候を評価するために考案されたものである。このスケールは, 個々の症状の頻度と重度性, 社会的および職業(学業)的機能への症状のインパクト, 前回の評価以降の改善の程度, レイティングの妥当性, 症状の全体的重度性を評価できるようになっている。

CAPS-C は, DSM- の PTSD の診断基準や, Terr(1991)の複雑な長期にわたるトラウマティックな体験に対する子どもの反応に関する研究結果などに基づいて構成されている。最初の 17 項目は DSM の PTSD の診断基準 C ~ D(再体験 麻痺, および自律神経の興奮症状)に, 退行に関する 1 項目を加えたものとなっている。それに続いて, 社会的学業的機能に関する評価項目, 全体的な重度性, および報告の妥当性に関する項目が設けられている。さらに, 先に述べた子どもに特有のトラウマ反応に関連した 9 項目と, 独立変数の評価に関する 4 項目が含まれている。

CAPS-C は 5 ポイントのスケールを採用しているが, 8 歳未満の子どもは 5 ポイントで答えることに無理があるかもしれないと言われている。

CAPS-C は, 考案からまだ日が浅く, これまで

にこれを用いた研究報告はなされていない。

d. WBTH(When Bad Things Happen Scale)

WBTH は, セルフ・レポート形式によって, 8 歳以上の子どもを対象に DSM- および DSM-R の PTSD 症状の存在, およびその他のトラウマに関連した行動の存在を評価するためのものであり, 67 の質問項目によって PTSD の症状を評価するようになっている。

WBTH は, これまでに湾岸危機を体験したイスラエルの子どもの PTSD の評価に用いられている。

(2) 全般的な診断のための評価法の一部である PTSD サブスケール

a. DICA-R(Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised) - PTSD スケール

DICA-R は全般的な精神科診断を行うための半構造化面接で用いられるために制作されたものである。これは DSM にしたがって作られており, PTSD のスケールを含んでいる。6-12 歳の子どものためのものと, 13-17 歳の思春期年齢の子どものためのものとがある。

PTSD スケールは, DSM の基準 A(トラウマティックな体験)を評価するための質問 4 項目, 基準 B(再体験)を評価するための質問 7 項目, 基準 C(麻痺/回避)を評価するための質問 9 項目, 基準 D(過覚醒)を評価するための質問 5 項目と, 症状の持続期間および重度性に関する項目, さらに子どもに対する親の関心, 対人関係の変化, 学校での変化を評価する項目からなっている。

レイティング・スケールは「ない」が 1, 「まれにある」が 2, 「ときどきある」が 3, 「ある」が 5 となっている。スコアを加算集計することで, PTSD の診断基準を満たすかどうか判定される。

b. DISC(Diagnostic Interview Schedule for Children) - PTSD モジュール

DISC は, 全般的な精神科診断を行うための高度に構造化された面接用に制作されたものであり, PTSD モジュールが含まれている。DISC の PTSD モジュールには, 9-17 歳の子どもを対象としたものと, 6-17 歳の子どもの親を対象としたものがある。

症状の有無は、過去 1 年間および過去 1 ヶ月間の範囲で、「ない(0)」、「ときどきある/いくぶんがある(1)」、「ある(2)」の 3 ポイント・スケールで評価される。

- (3) ある特定のトラウマ体験や、トラウマ反応のある側面と関連した症状および行動を評価しようとするもの

a. CDC(Child Dissociative Checklist)

CDC は Putnam(1985)による、多重人格性障害(現在の解離性同一性障害)の子どもの頃の予見因子に関する研究をベースにしており、質問項目は解離性障害と診断された子どもたちとの臨床経験に基づいて考案されている。

CDC は観察者による報告という形式を採用しており、対象となる子どもを過去 12 ヶ月にわたって見てきた大人、たとえば両親、養父母、教師などが記入することになっている。質問項目への回答は、「まったくそのとおりである(2)」、「そうということがときどき/いくぶんがある(1)」、「まったくあてはまらない(0)」の 3 ポイント・スケールで行われる。

現在のバージョンは 20 の質問項目から構成されており、(1)解離性健忘、(2)態度、情報、知識、能力、および行動の年齢相応性の急激な変化、(3)自発的なトランス状態、(4)幻覚、(5)アイデンティティの変容、(6)攻撃的行動および性的行動という 6 つのタイプの解離性行動を評価できるようになっている。

CDC のスコアが 12 を越えた場合、解離性精神病理の存在を示唆すると考えられている(Putnam & Peterson, 1994)。これまでの研究(Putnam et al., 1993)では、性的虐待を受けた女の子の CDC スコアはコントロール群の女の子のスコアに比して有意に高いことが示されている(虐待群平均 6.0; コントロール群平均 2.3)。

先に述べたように、CDC は子ども本人ではなく、子どもと関わりを持っている大人が報告する形式を採用しているため、大人の観察の正確さが問題となる。特に、CDC は子どもの性的虐待と関連して用いられることが多く、こういった状況に置かれた子どもに関する、その親の観察および報告はかなり不正確なものとなると考えられている(Friedrich, 1993)。

b. CITES-R(Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised)

CITES-R は、子どもに対する性的虐待のインパクトを評価するために開発されたものであり、8-16 歳の子どもの対象に、11 サブスケール、78 項目から構成されている。

CITES-R のサブスケールは、『PTSD』、『社会的反応』、『虐待の帰属』、『性的感覚』という 4 つのディメンジョンからなっている。『PTSD』ディメンジョンには、侵入的思考、回避、過覚醒、および性的不安のサブスケールが含まれており、これは IES(Horowitz et al., 1979)と DSM-Ⅱ-R に基づいて作られている。また、性的不安のサブスケールは、性的虐待がトラウマを生じる要因に関する Finkelhor と Browne のモデル(1985) - 無力感、裏切り、烙印づけ、トラウマ性の性化 - にしたがって構成されている。『社会的反応』ディメンジョンは、他者からの否定的反応と、社会的サポートに関するサブスケールからなっている。『虐待の帰属』ディメンジョンには、自己非難/罪悪感、エンパワーメント、易傷性(vulnerability)、および危険な世界のサブスケールがある。これらは、Peterson と Seligman の『学習された無力状態』に関する理論(1983)を基礎にして各項目を構成している。

CITES-R は、さまざまなトラウマを体験した子どもの評価に適用可能であるが、主たる対象は先述のように性的虐待を受けた子どもたちである。そのため、DSM の PTSD 症状すべてを網羅してはいない。また、逆に、DSM-Ⅱ-R には記載されていないトラウマ性の反応が含まれている。こうしたトラウマ性反応として、他の子どもにバカにされる、大人への信頼の喪失、不信感などといった項目が含まれているが、こうした特徴はトラウマを受けた子どもで、特に複雑性 PTSD の状態を呈するものによく見られるものである。つまり、CITES-R は、性的虐待など長期にわたるトラウマ、あるいは反復性のトラウマを体験した子どもの特徴を捉えるように工夫されていると言える。

c. TSCC(Trauma Symptom Checklist for Children)

TSCC は、8 歳から 16 歳の子どもの対象に、トラウマ及び虐待の影響を評価するためのセルフ

レポート形式の質問紙である。TSCC は6つのサブスケール、54の質問項目、および2つの妥当性スケールからなっている。サブスケールは、『怒り』に関するもの(9項目)、『不安』に関するもの(9項目)、『抑うつ』に関するもの(9項目)、『解離』に関するもの(10項目)、『外傷後ストレス』に関するもの(10項目)、『性的関心』に関するもの(10項目)となっている。ただし、これらのサブスケールはあくまでも傾向を示すものであって、たとえばPTSDや解離性障害などの診断を確定することはできない。また、妥当性スケールは、あらゆる症状を否認する傾向を評価するスケールと、症状項目への過剰反応傾向に関するスケールである。それぞれの質問項目に対して、その頻度を4ポイントのリカート・スケールで答えるようになっている(「全くない(0)」~「ほとんどいつも(3)」)。

なお、性的関心に関するサブスケールは、対象によっては施行が不適切と判断される場合があり、そのためにこのサブスケールを含まない44項目からなるバージョン(TSCC-A)も用意されている。

これまで、TSCCは虐待やその他の暴力被害を受けた子どもの症状の程度を評価する目的(Singer et al., 1995)と、性的虐待を受けた子どもの心理療法の効果を評価するため(Lanktree & Briere, 1995)に用いられている。

以上、子どものPTSDおよびトラウマに関連した症状、反応を評価するための質問紙や構造化面接法を、3つのタイプに分けて見てきた。これらの評価法はすべて診断、予防、および心理療法の効果測定といった目的で活用されており、その有効性が示唆されているが、対象とする子どものトラウマ体験の種類や評価の主たる目的について若干の違いが見られる。これらの相違を、表1にまとめて示す。

3. TSCCについて

前項では、子どものトラウマの評価のために現在活用されている各種の方法を概観してきた。これらの方法には、対象とするトラウマ体験の種類や、目的などに若干の相違点がみられることはすでに述べたとおりである。子どもの福祉という筆者の主たる臨床領域においては、身体的虐待、性的虐待を含む家庭内のさまざまな暴力を体験して

きている子どもが年々増加しており、そうした福祉現場における子どもの状況やニーズの把握を考えるならば、上記の検査法の中では、TSCCがもっとも適していると考えられる。そこで本項では、TSCCの試訳を提示し、その検査結果の解釈(Briere, 1996)について簡単に紹介したい。

(1) TSCC(試訳)

TSCCの試訳は以下の通りである(なお、TSCCの試訳にあたっては、その出版元であるPsychological Assessment Resources社の特別許可を得た。この試訳の転載にあたっては、同社の許可が必要である)。

(2)TSCCの結果の解釈

a.妥当性尺度

TSCCの妥当性尺度には、反応不足の尺度(UND)と反応過多の尺度(HYP)がある。UNDは、標準化の際に「0」という反応がほとんどなかった10の項目よりなっており、この尺度のT得点が70以上の場合には、被験者が防衛的あるいは否定的になっており、検査結果の妥当性が問題になるとされる。また、HYPは標準化の際に「3」が記入されることのなかった8項目で構成され、T得点が90以上の場合には、被験者が無差別的に高い反応を示している可能性があると考えられる。

b.臨床的尺度

TSCCには、臨床的な症状を評価する6つの尺度がある。以下にそれらを概観する。

不安尺度(ANX)：この尺度は、一般的な不安、過覚醒、心配事、男性や女性へのおそれ、暗闇に対するおそれ、殺されるかもしれないという恐怖を表す。この尺度への高得点は、不安障害およびPTSDに関連した過覚醒を示唆する。

抑うつ尺度(DEP)：この尺度は、抑うつ気分、罪悪感、自己非難、自己毀損行動、および自殺念慮と関連している。DEPの高得点は、悲嘆、抑うつ反応、社会的引きこもりの存在を示唆する。また、危険項目(TSCCの第20および52項目、TSCC-Aの第17および43項目)のいずれか一方が「1」以上の反応である場合には、自殺念慮や自己毀損行動の存在を示唆する。

怒りの尺度(ANG)：ANGは怒りの思考、感情、行動の程度を示す。この尺度への高得点は、子ど

もの攻撃性やかんしゃく傾向の高さを示唆する．こうした傾向は，子どもが虐待などの暴力的な事態にさらされている，もしくはさらされてきた可能性を示唆するものである．

心的外傷後ストレス尺度(PTS)：この尺度は，従来から指摘されている心的外傷による症状，つまり侵入性症状，回避性症状，および過覚醒症状と関連したものであるが，特に侵入性症状がもっとも多く含まれている．過覚醒症状は前述の ANX に，そして回避性症状は口述の DIS に多く含まれている．したがって，この尺度への高得点は，トラウマティックな出来事が侵入的に再体験されている可能性を示すことになる．

解離尺度(DIS)：この尺度は，解離的な経験の程度を測定するものである．主成分分析の結果，「明らかな解離」(DIS-O)と「ファンタジー傾向」(DIS-F)という2つの下位尺度が構成されている．DIS-O は，外的な環境に対する反応性の減少，情緒的な離脱，否定的な感情の回避傾向を示唆するものである．また，DIS-F 尺度への高得点は，「現実の世界」および「現実の要求」からの逃避のためのファンタジー傾向を示す．

性的関心尺度(SC)：この尺度は，性的な苦痛と性的なことがらへのとらわれとを測定するものである．この尺度を構成する項目には，本来症状的ではないものも多く含まれているが，それが発達の早期に生じた場合には異常と考えられている．本尺度の主成分分析の結果，「性的とらわれ」(SC-P)と「性的苦痛」(SC-D)という2つの下位尺度が得られている．SC 尺度に高得点を示す子どもは，何らかの性的な外傷体験にさらされた可能性があると考えられている．

以上，TSCC の試訳と，その結果の解釈について概観してきた．上述のように，本検査は DSM の PTSD のみならず，トラウマによる子どもの反応・症状をより包括的にとらえようとするものである．現在，開発者の Briere を中心に標準化が行われ，さらには身体的虐待や性的虐待の被害を受けた子どもたちへの臨床的な適用が試みられている．

4．おわりに

欧米と同様に子どもへの虐待という問題の増加が指摘されているわが国において，こうした子ども

たちのトラウマの評価をめぐる臨床的な研究は，残念ながら皆無に近い状況にある．今後，TSCC を含めた諸検査の日本への導入を検討する必要があるだろう．

参 考 文 献

- Briere, J. Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional Manual. Psychological Assessment Resource, 1996.
- Finkelhor, D. & Browne, A. The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 536-541, 1985.
- Fletcher, K. When Bad Things Happen Scale. Dep. of Psychiatry, Univ. of Massachusetts, 1991.
- Frederick, C., Pynoos, R., & Nader, K. Children PTS Reaction Index (CPTS-RI), 1992.
- Friedrich, W. Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect*, 17, 59-66, 1993.
- Herman, J.L., Russell, D., & Trocki, K. Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1293-1296, 1986.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. Impact of Event Scale: A measure of Subjective stress, *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218, 1979.
- Jones, R.T. Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRETES): A self report traumatic stress measure. Dep. Of Psychology, Virginia Polytechnic Institute and State Univ. 1994.
- Jones, R.T., Frary, B., Cunningham, P.B., & Weddle, D. Predictors of child and adolescent functioning following trauma-related events. Paper presented at a symposium "Children's Response to Natural Disasters" at the annual meeting of the American Psychological Association Convention, Tronto, Ontario, Canada, 1993.
- Jones, R.T., & Ribbe, D.P. Child,

adolescent and adult victims of residential fire. *Behavior Modification*, 15(4), 560-580, 1991.

Lanktree, C.B., & Briere, J. Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1145-1155, 1995.

Morrison, J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 239-241, 1989.

Nader, K.O., Kriegler, J.A., Blake, D.D. & Pynoos, R.S. Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version (CAPS-C). National Center for PTSD, 1994.

Nader, K., Pynoos R., Fairbanks, L., & Frederick, C. Children's PTSD reaction one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1526-1530, 1990.

Peterson, C., & Seligman, M.E.P. Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 103-116, 1983.

Putnam, F.W. Child Dissociative Checklist. National Institute of Mental Health, 1988.

Putnam, F.W. Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. Guilford Press, 1989.

Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K. Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731-741, 1993.

Putnam, F.W., & Peterson, G. Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7(4), 204-211, 1994.

Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Eth, S., Nunez, W., Steinberg, A., & Fairbanks, L. Life threat and posttraumatic stress in school age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063, 1987.

Pynoos, R.S., Coenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A., & Fairbanks, L.A. Post-traumatic stress reaction in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247, 1993.

Reich, W., Shayka, J.J., & Taibleson, C.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents(DICA). Washington Univ., 1991.

Ross, C., Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 503-518, 1991.

Shaffer, D., Fisher, P., Piacentini, J., Schwab-Stone, M., & Wicks, J. The Diagnostic Interview Schedule for Children(DISC). Columbia NIH DISC Training Center, 1992.

Singer, M.I., Anblen, T.M., Song, L.Y. & Lunghofer, L. Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Journal of American Medical Association*, 273(6), 477-482, 1995.

Terr, L. Childhood Traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20, 1991.

Waller, G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, 664-671, 1991.

Wolfe, V.V., & Gentile, C. Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised(CITES-R). Dep. Of Psychology, London Health Science Center, 1991.

Zaraniri, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O., & Frankenburg, F.R. Childhood experiences of borderline patients.

Comprehensive Psychiatry, 30, 18-25, 1989.

表 1 各評価法の比較

	方 法	適用年齢	トラウマのタイプ	目 的	先行研究の対象
CPTS-RI	半構造化面接	8 歳以上	単回性トラウマ体験	PTSD 症状の 重度性の評価	暴力への露呈 災害被害
CRETES	セルフレポート	特定なし	単回性トラウマ体験	侵入性・回避性 症状の程度の評価	火災被害 ハリケーン被害
CAPS-C	構造化面接	8 歳以上	単回性トラウマ体験 反復性トラウマ体験	PTSD 症状の 重度性の評価	
WBTH	セルフレポート	8 歳以上	単回性トラウマ体験 虐待	PTSD 診断 関連症状の有無	湾岸戦争
DICA-R	半構造化面接	6 - 17 歳	単回性トラウマ体験	PTSD を含む各障害 の診断	火災被害
DISC	構造化面接	9 - 17 歳	単回性トラウマ体験	PTSD を含む各障害 の診断	
CDC	観察者による レポート	特定なし	特定せず	解離性障害の有無・ 重度性	性的虐待
CITES-R	セルフレポート	8 - 16 歳	性的虐待 反復性トラウマ	性的虐待の影響 の程度	性的虐待
TSCC	セルフレポート	8 - 16 歳	性的・身体的虐待 反復性トラウマ体験	虐待を含むトラウマ 体験の影響の程度	身体的虐待 性的虐待 その他の暴力被害

子どものトラウマ性の症状に関するチェックリスト

【本調査の説明】

この冊子には、子どもがときどき考えること、感じること、することが詳しく書かれています。それぞれの項目を読んで、あなたがどれくらいそういったことを経験するか、当てはまる数字に○をしてください。

0 はまったくそういうことがないとき	0	1	2	3
1 はときどきそういったことがあるとき	0	1	2	3
2 はよくそういったことがあるとき	0	1	2	3
3 はほとんどいつもそうであるとき	0	1	2	3

たとえば、あなたが学校にときどき遅刻するなら、この項目の 1 に○をつけてください。

例) 学校に遅刻する。 0 1 2 3

名前 _____ 年齢 _____ 男・女

- | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 悪い夢やとても怖い夢を見る。 | | | | | |
| 2. 悪いことが起こるのではないかと思って、怖くなる。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 怖い考えや怖い場面が、頭の中にとっぜん浮かび上がってくる。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. いやらしい言葉を言いたくなる。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 誰か別の人になったふりをする。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 口げんかをいっぱいする。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ひとりぼっちだと感じる。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. 自分の性器ををさわりすぎる。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. とても悲しくなったり、不幸せだと感じる。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. 前にあったいやなことを思い出してしまう。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

11. 心から消してしまっ、考えないように努力している .	0	1	2	3	4
12. 怖いことを思い出してしまう .	0	1	2	3	4
13. 大声で叫んだり、ものを壊したくなる .	0	1	2	3	4
14. 泣く .	0	1	2	3	4
15. 急にすべてが怖くなって、なぜそうなるのかわからない .	0	1	2	3	4
16. ものすごく腹が立って、落ち着くことができない .	0	1	2	3	4
17. セックスがしたくなる .	0	1	2	3	4
18. めまいがする .	0	1	2	3	4
19. 人に向かって大声でひどいことを言いたくなる .	0	1	2	3	4
20. 自分自身をひどい目にあわせたい .	0	1	2	3	4
21. 他の人をひどい目にあわせたい .	0	1	2	3	4
22. 他を人の性器にさわることを考えてしまう .	0	1	2	3	4
23. 考えようと思わないのに、セックスについて考えてしまう .	0	1	2	3	4
24. 男の人を怖いと感じる .	0	1	2	3	4
25. 女の人を怖いと感じる .	0	1	2	3	4
26. 自分の身体の中が汚れていると感じて、身体を洗う .	0	1	2	3	4
27. 自分はバカだとか、悪い子だとか感じてしまう .	0	1	2	3	4
28. 何か悪いことをしてしまったような気になる .	0	1	2	3	4
29. まわりのものや出来事が、にせもののような気がする .	0	1	2	3	4
30. 何かを忘れてしまったり、思い出せない .	0	1	2	3	4
31. 自分が自分自身の体の中にいないような感じがする .	0	1	2	3	4
32. いらいらしたり、気持ちが落ち着かない .	0	1	2	3	4
33. 怖い .	0	1	2	3	4
34. 他は人はセックスをしたいと思っているから、信じられない .	0	1	2	3	4
35. 自分に起こった何か悪いことについて、考えずにはいられない .	0	1	2	3	4
36. ケンカをしてしまう .	0	1	2	3	4
37. 私は冷たい人間だ .	0	1	2	3	4
38. 自分がどこか別のところにいるふりをする .	0	1	2	3	4
39. 暗いところが怖い .	0	1	2	3	4
40. セックスのことを考えるととても怖くなったり、 落ち着くことができない .	0	1	2	3	4
41. いろいろ心配する .	0	1	2	3	4
42. 私のことを好いてくれる人なんて、誰もいない .	0	1	2	3	4
43. 思い出したくないことを思い出してしまう .	0	1	2	3	4
44. 私の身体の中に性的な気持ちがある .	0	1	2	3	4
45. 頭が空っぽになったり、真っ白になったりする .	0	1	2	3	4
46. 人を憎んでいるような感じがする .	0	1	2	3	4
47. セックスのことを考えずにはいられない .	0	1	2	3	4
48. どんな感情も持たないように努力している .	0	1	2	3	4
49. すごく腹が立つ .	0	1	2	3	4
50. 誰かが私を殺そうとしているように感じて、怖くなる .	0	1	2	3	4
51. あんな悪いことが起こらなければよかったのにと願う .	0	1	2	3	4
52. 自殺したい .	0	1	2	3	4
53. 昼間、ボーっとほかのことを考えてしまっ、 まわりのことに気づかないことがある .	0	1	2	3	4
54. 人がセックスの話をしているのを聞くと、 落ち着くことができなくなってしまう .	0	1	2	3	4

(Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the Trauma Symptom Checklist for Children by John Briere, Ph.D., Copyright 1989, 1995 by PAR, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of PAR, Inc.)