

発達性トラウマ障害の背景と理解

小平 雅基

逆境的な体験（慢性反復的なトラウマ体験であり、中核的には被虐待体験となる）による子どもへの精神的な影響を包括的に捉えることをめざして、発達性トラウマ障害（developmental trauma disorder）という診断概念が van der Kolk, B.A. から提案された。症状構成としては、トラウマ関連の症状のほかにも、感情/身体/認知などの調節障害や、注意および行動の調節障害、自己帰属感や社会への期待感の変化など、幅広い機能不全からなっている。アタッチメントとトラウマ、それぞれに関連した病理として位置づけられており、複雑性心的外傷後ストレス障害の小児期版として理解することができる。アタッチメントの定義としては「危機的な状況に際して、あるいは潜在的な危機に備えて、特定の対象との近接を求め、またこれを維持しようとする個体の傾性」とされ、危機的な状況でストレスが高まった際に、アタッチメント対象へ近接することで、崩れた感情をなだめ回復するシステムをわれわれが有していることを意味している。トラウマ的な体験をした際にも、安定したアタッチメントスタイルが形成されていると、身体的にも、感情的にも、調整緩衝的に作用するため、トラウマからの回復も援助されることとなる。そして安定したアタッチメントスタイルの形成不全を伴う心的外傷後ストレス障害を複雑性心的外傷後ストレス障害と理解することができる。昨今、児童虐待件数が急増しているなか、発達性トラウマ障害で定義されたような臨床像を示す子どもが、児童精神科医療機関に相談される機会が増えてきている。しかし、そのような子ども特有の症状をふまえた診断基準はいまだ存在しておらず、結果としてさまざまな診断カテゴリーに分散されているのが現状である。そのような観点から発達性トラウマ障害という臨床概念をあらためて吟味・検討していくことは、有意義と考えられる。

索引用語

発達性トラウマ障害、心的外傷後ストレス障害、アタッチメント、小児期の逆境体験

はじめに

発達性トラウマ障害（developmental trauma disorder）は van der Kolk, B.A. らにより提唱された臨床概念³⁰⁾である。『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版』（Diagnostic

and statistical manual of mental disorders, 5th ed : DSM-5)⁵⁾の改訂において提案書³¹⁾が提出されたものであるが、最終的には取り入れられることはなく現在に至っている。

基本的な概念は、逆境的な体験が続いている子どもにおいて、アタッチメントとトラウマそれぞれに関連した病理が混在して出現してくるものとなっている。いまだ十分な

著者所属：総合母子保健センター愛育クリニック小児精神保健科

編 注：本特集は第117回日本精神神経学会学術総会シンポジウムのもとに本稿著者を代表として企画された。

doi : 10.57369/pnj.24-044

臨床的コンセンサスが得られているとは言い切れないが、児童虐待件数の増加とともに、児童精神科臨床においてその臨床像に合致する子どもを診る機会は増えてきている。しかし、アタッチメントに関連したDSM-5⁵⁾での診断カテゴリーは反応性愛着障害以外には存在していないため、反応性愛着障害の水準に至らないアタッチメントの病理をかかえて特有の症状を呈している子どもは、さまざまな診断カテゴリーに分散されているのが現状と思われ、著者としては発達性トラウマ障害という臨床概念をあらためて吟味・検討していくことは、有意義であると考えている。また、この概念の背景には、成人も含めての複雑性心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) を議論する潮流も存在しており、それらもふまえた理解が重要と思われる。

本稿においては、まずアタッチメントについて触れ、そのうえで複雑性 PTSD についての整理を試み、最後に発達性トラウマ障害について論じようと考えている。なお、本稿では基本的に「attachment」は「アタッチメント」と訳すが、成書などで「愛着」と訳されているものについては「愛着」として、用語を用いることとする。

1. アタッチメントについて

アタッチメントについては、Bowlby, J.¹¹⁾が観察研究から実証的に母子関係を理論的定式化し、進化生物学、動物行動学、認知心理学などの視点も加えて、理論化していった理論である。アタッチメントの定義としては「危機的な状況に際して、あるいは潜在的な危機に備えて、特定の対象との近接を求め、またこれを維持しようとする個体の傾性」とされ^{11,15)}、ある意味ストレスに対処するシステム (アタッチメントシステム) とも言い換えられる。すなわち、危機的な状況でストレスが高まった際に、アタッチメント対象 (必ずしも人間とは限らない対象) へ近接することで、崩れた感情をなだめ回復するシステムをわれわれ人間が生来的に有しているということを示している。そのようなアタッチメントシステムが安定的なほど、危機的な状況に至った際には素直にシグナルを発することができ、その結果として他者から助力を得られやすくなる²³⁾。トラウマ的な体験をした際にも、安定したアタッチメント対象者がいると (アタッチメント安定的である人物がいると)、身体的にも、感情的にも、調整緩衝的に作用するため、トラウマからの回復も援助されることとなる¹⁷⁾。

Ainsworth, M. D.らによって考案されたストレンジ・シチュエーション法²⁾は、12~18カ月の幼児を対象としたもので、養育者と見知らぬ大人に対する反応 (分離時の苦痛と再会時の怒り) の様子でアタッチメントのパターン (スタイル) を分類している。「安定型」を中心として、ストレス対処システムとしてのアタッチメントをあまり用いようとしないう「回避型」と、アタッチメントシステムを過剰に発動する「アンビバレント・抵抗型」とが対称的に位置しており、その3型に「無秩序・無方向型 (D型)」²²⁾が後に追加されることとなり、現在では4つのアタッチメントパターンが定義されている。アタッチメントパターンの個人差については、気質性や遺伝性といった生来的な要素が全く否定されるわけではないが、遺伝的要因よりもその後の環境的な要因のほうが強い影響力をもつと考えられている¹⁰⁾。D型については、養育者自身の過去の喪失やトラウマなどに関する未解決な心的状態があると、子どもとの関係において「おびえる・おびえさせる」振る舞いとして表現されるため、本来崩れた感情をなだめ回復させるはずの養育者が矛盾した存在となってしまう、子どものD型の要因となると考えられている¹⁹⁾。よって、子どもを「おびえさせる」関係性の代表である児童虐待だけがD型のアタッチメントパターンの要因となるわけではないが、被虐待の子どもにおけるアタッチメントパターンがD型、あるいはより病理的な水準のアタッチメントパターンとなることは想定される。

アタッチメントの病理水準としては、「安定型」を最も適応的なパターンとして、「回避型」および「アンビバレント・抵抗型」「D型」となるに連れ、より非適応的になっていくと考えられている⁷⁾。加えて「D型」よりもさらに非適応的な水準のアタッチメントパターンの病理として、Zeanah, C. H. Jr.らは「アタッチメント障害 (安全基地の歪み)」という臨床概念を提唱した³⁴⁾。これは、虐待・ネグレクトを受けてきた子どもにおいて、養育者をアタッチメント対象として一応は選択しているものの、養育者にかかわる行動が著しく歪んでいる症例から概念化されたものとなっている。これらの子どもの特徴は、(i) 自己を危険にさらす攻撃的な行動、(ii) 探索の制限と過剰なしがみつき、(iii) 特定の養育者に対する過剰な警戒心と不安な過服従、(iv) 役割逆転した面倒見などとなっている。ただし、この概念をもってしてもDSM-5⁵⁾で定義するところの反応性愛着障害よりは適応的な水準の病理であり、医学的に「反応性愛着障害」とされる病態は選択的な

表1 PTSD 診断基準における一般と6歳以下との違い (DSM-5)

	一般の基準	6歳以下の基準
A項目(2):トラウマの目撃	他人	他人, 特に主な養育者
A項目(3):トラウマの伝聞	近親者または親しい友人	親または養育者
A項目(4):トラウマの繰り返しの曝露	仕事などでの曝露体験	
B項目(1)~(3):侵入症状		(6歳以下の場合の注記)
B項目(5):侵入症状のきっかけ	内的または外的なきっかけ	出来事を想起させるもの
C項目/D項目:持続的回避/認知と気分の陰性変化	(別項目として区分け)	(併せて1つの項目化)
E項目(6歳以下D項目):覚醒度と反応性の著しい変化	無謀または自己破壊的な行動	極端なかんしゃく

(文献5をもとに著者による要約作成)

アタッチメント対象すら有していない水準の最重度できわめて稀な状態を指している。逆に言えば、Zeanahらの提唱する「アタッチメント障害(安全基地の歪み)」水準の病理により起きてくる諸問題を、アタッチメントを中心に取まとめた子どもの精神医学的診断基準は現時点では存在していないことになる。

II. PTSD および複雑性 PTSD について

トラウマとは、「強烈な恐怖」「孤立無援感」「自己統制力の喪失」「完全な自己消滅の脅威」の4つの要素からなり、被トラウマの当事者が「耐えられない」と感じる体験を指しており⁶⁾、実際には災害や犯罪、身体暴力/性暴力、交通事故、予期せぬ突然死や事故死で大切な人を失うことなどが挙げられる。トラウマ関連の障害としてPTSDが代表的であるが、PTSDと医学診断するにあたっては、DSM-5⁵⁾でいうところのA項目(命の危険が脅かされる体験や性的暴力を受ける出来事など)の存在が必須である。PTSDの基本症状は、侵入的思考や侵入的想起、トラウマを想起させる刺激の回避、感情麻痺、過覚醒などが挙げられ、DSM-5⁵⁾からはそれらに加えて「認知と気分の陰性変化」も診断基準として追加され、解離症状を伴うかどうかも評価するようになった。PTSDの発生機序については結論づいてはいないものの、トラウマを体験した直後の反応としてPTSDの診断基準に示されているような症状を呈すること自体は一般的であり、多くの人は内的・外的なリソースにより徐々に回復していくが、そのようなリソースが不足している状況にあると回復せずにPTSDが固定・慢性化していくとの考え方が示されるようになってきてい

る^{26,27)}。そのような視点から考えれば、上述したように安定的なアタッチメントも回復の重要なリソースと言える。

DSM-5⁵⁾では、6歳以下の子どもに関しては一般のPTSD診断基準とは別の基準が用意されている(表1)。A項目としての「曝露された体験」について、一般の基準においてさまざまなトラウマの体験の仕方を挙げているのに対して、6歳以下の基準では本人の体験以外では、おおむね養育者にまつわるものに限定されている。そして「侵入症状の存在」に関するB項目では、6歳以下の基準のほうに複数の注記がなされていることと、「侵入症状のきっかけ」について一般の基準では象徴的あるいは内的なものなども定義されているのに対して、6歳以下の基準ではただ「出来事を想起させるもの」とされていることが違いとなっている。また、一般の基準ではC項目「持続的回避」とD項目「認知と気分の陰性変化」に分かれているが、6歳以下の基準ではC項目「回避または認知と気分の陰性変化」とひとまとめになっており、「持続的回避」と「認知と気分の陰性変化」は、いずれかでよいこととなっている点も異なる。最後に、一般の基準でのE項目(6歳以下の基準ではD項目)の「覚醒度と反応性の著しい変化」では、一般の基準では「人や物に対する攻撃性で示されるいらだたしさと怒り」「無謀または自己破壊的行動」などを挙げているが、6歳以下の基準では「人や物に対する攻撃性で示されるいらだたしさと怒り」に「極端なかんしゃく」を含むこととし、「無謀または自己破壊的行動」の項目はなくなっている。

複雑性PTSDに関しては、Herman, J. L.が、トラウマに関連する問題の集合体を「complex PTSD」と概念化したことが始まりと言える¹⁸⁾。Hermanの定義したcomplex

PTSD は、人質や強制収容所生存者、子どもの身体および性的虐待、性的搾取など長期反復的なトラウマを契機として、症状としては、(i) 感情制御変化（持続的不機嫌、自傷、爆発的憤怒など）、(ii) 意識変化（解離エピソード、再体験症状など）、(iii) 自己感覚変化（孤立無援感、罪業感、汚辱感、孤在感など）、(iv) 加害者への感覚の変化（加害者との関係への没頭など）、(v) 他者との関係の変化（引きこもり、反復的救助者探索、持続的不信など）、(vi) 意味体系の変化（希望喪失と絶望の感覚など）の6つのカテゴリーから構成されたものとなっている¹⁸⁾。その後、van der Kolk らは DSM-IV⁴⁾の作業部会に対して、これらの Herman が提唱した complex PTSD の6つの症状カテゴリーに「身体化」の症状カテゴリーを加えて「disorders of extreme stress not otherwise specified : DESNOS」という基準を提唱²⁹⁾したが、DESNOS 基準を用いたフィールド・トライアル¹⁶⁾で、DESNOS と診断された者の多くが PTSD の診断にも該当するという結果が出たため、DSM-IV⁴⁾では DESNOS は独立した公式診断としては採用されなかった⁹⁾。

しかし、国際疾病分類第 11 版（International Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision : ICD-11）³²⁾においては、complex PTSD（複雑性 PTSD）の診断基準が正式に採択されることとなった。ただし、診断基準としては Herman の提唱した complex PTSD とは別のものとなっており、診断にあたっての特異的な出来事基準を確定することはできず、PTSD と同じ基準が採用された（「多くの場合は持続的、反復的であり、そこから逃げるのが困難または不可能」との但し書きはされているが、出来事基準ではない）²⁰⁾。PTSD から独立している根拠は症状特異性であり、PTSD の診断基準を満たしたうえで、さらに「感情制御困難（affect dysregulation : AD）」「否定的自己概念（negative self-concept : NSC）」「対人関係障害（disturbances in relationships : DR）」が同時に存在することとなっている⁸⁾。この AD と NSC と DR は3つ併せて、「自己組織化の障害（disturbances in self-organization : DSO）」と呼ばれている¹²⁾。

慢性・反復的なトラウマ体験をしていても複雑性 PTSD ではなく PTSD の症状のみ示す者がいる一方で、単回のトラウマ被害でも複雑性 PTSD の症状を示す者もあり、DSO につながる因子としては個人の脆弱因子やサポート体制などの環境因子などが影響していることが示唆されているが¹²⁾、病因論的な検証が十分になされているとは言い難い

状況にはある。ただし、複雑性 PTSD の治療的アプローチでは、安定したアタッチメントスタイルによる内的ワーキングモデルの再構築が目標となることが示唆されている¹³⁾。そのような点を考慮に入れると、その病態を非常に単純化すれば「複雑性 PTSD = PTSD + 安定したアタッチメントスタイルの形成不全」として捉えることができる⁸⁾。今後も検証は続けられていくものと思われるが、いずれにせよ ICD-11 の複雑性 PTSD の登場により、慢性的・反復的な対人関係におけるトラウマや虐待によって PTSD にとどまらない広範な精神的問題を呈している状態に対しての診断基準が用意されたこととなる。

Ⅲ. 発達性トラウマ障害について

逆境的な体験（中核的な体験は被虐待体験であり、慢性反復的なトラウマ体験とも言い換えられる）による子どもの精神的な影響を包括的に捉えることをめざして、van der Kolk らが中心となり「全米子どものトラウマティックストレスネットワーク（National Child Traumatic Stress Network : NCTSN）」から DSM-5⁵⁾へ提出された試案が発達性トラウマ障害（developmental trauma disorder）である³⁰⁾。その基準については表 2 に示す。アタッチメントとトラウマそれぞれに関連した病理の複合として位置づけられており、複雑性 PTSD の小児期版として理解することができる³⁾。

症状構成としては、PTSD 関連の症状も項目として挙げられてはいるが、PTSD の診断基準を完全に満たす必要はなく、感情/身体/認知などの調節障害や、注意および行動の調節障害、自己帰属感や社会への期待感の変化など、幅広い機能不全からなっている。これについては、以前より慢性的なトラウマ体験を有する子どもにおいて最も一般的な精神疾患は PTSD ではないとされており²¹⁾、例えば、虐待を受けた子ども 364 名を対象とした研究では、頻度の多いものから並べると分離不安症、反抗挑戦症、恐怖症、PTSD、注意欠如多動症（attention deficit hyperactivity disorder : ADHD）という順になっている¹⁾。成人であればトラウマによって引き起こされる代表的な障害として PTSD が位置づけられているわけだが、PTSD 診断は発達段階を考慮したものではなく、逆境体験が発達途上の子どもに与える広範な影響を十分かつ適切に表現するものとはなっていない。前述したように、一応 DSM-5⁵⁾では、6 歳以下の子ども用の PTSD 診断基準は用意されたが、その診

表 2 発達性トラウマ障害の診断基準

-
- A. 曝露：小児期および思春期の子どもが、継続的、あるいは反復的に有害な出来事を経験させられたり、目撃してきている。その経験は、小児期もしくは思春期早期に始まり、少なくとも 1 年間以上継続している。
- A1. 人間関係における深刻で反復的な暴力のエピソードを直接経験する、もしくは目撃する。
- A2. 主たる養育者の交代の繰り返しによって、保護的な養育に深刻な阻害が生じる。
- B. 感情調節および生理的調節の困難：興奮の調節に関する子どもの通常の発達の能力が阻害されており、以下の項目のうち少なくとも 2 つに該当する。
- B1. 極端な感情状態（恐怖、怒り、恥辱など）を調整したり、堪えたりできない。あるいはそうした感情状態から回復できない。
- B2. 身体的機能の調節の困難（睡眠、摂食、排泄に関する慢性的問題；身体接触や音に対する過剰反応性もしくは過少反応性；ルーティンとなっている行動の移行期における混乱など）
- B3. 感覚、情緒、身体状態への意識の低下もしくは解離
- B4. 情緒や身体状態を表現する能力の問題
- C. 注意および行動の調節障害：注意の持続、学習、ストレスへの対処に関する子どもの通常の発達の能力が阻害されており、以下の項目のうち少なくとも 3 つに該当する。
- C1. 脅威に対して過剰にとらわれている、あるいは、脅威を認識する能力に問題がある。安全や危険を示すサインの誤認を含む。
- C2. 自己防衛能力の低下。危険を顧みない（risk-taking）行動やスリルを求める（thrill-seeking）行動を含む。
- C3. 自己の沈静化をはかるという意図で不適応的な行為がある（例えば、ロッキングなどの体のリズムカルな動きや強迫的なマスターベーションなど）。
- C4. 習慣性（意図的もしくは自動的）、あるいは反応性の自傷
- C5. 目標に向かう行動を開始できない、もしくは持続できない。
- D. 自己および関係性の調節障害：個人的な自己感（sense of personal identity）と対人関係の領域における子どもの通常の発達の能力に問題がある。以下の項目のうち、少なくとも 3 つに該当すること。
- D1. 養育者やその他の子どもの愛情の対象者の安全性について過剰なとらわれがある。あるいは、そうした対象者との分離後の再会に困難がある。
- D2. 自責感、無力感、自己無価値感、無能感、「欠陥がある」という感覚など、否定的な自己感が継続してみられる。
- D3. 大人や子どもとの親密な関係において、極端な不信感や反抗が継続してみられたり、相互関係が欠如している。
- D4. 子ども、養育者、その他の大人に対し、何らかの刺激に反応して身体的暴力、あるいは言葉による暴力がみられる。
- D5. 密接な関係（それに限定されるわけではないが、性的もしくは身体的親密さが中心となる）をもとうとする不適切な（過剰、もしくは年齢に不相応な）意図がある。または、安全や安心を他の子どもや大人に過剰に頼る傾向がある。
- D6. 共感的興奮（empathic arousal）の調節能力の問題。他者の苦痛の表現に対する共感性が欠如していること、あるいは耐えられないこと、あるいは過剰な反応性を示すことで明らかとなる。
- E. トラウマ後症状スペクトラム（posttraumatic spectrum symptoms）：子どもに、PTSD の 3 つの症状群（PTSD の診断基準の B～D）のうちで、2 つ以上の症状群について、各群に最低 1 項目に該当する。
- F. 障害の期間：上記の B～E の症状が 6 ヶ月以上継続している。
- G. 機能の問題：学習、家族関係、子ども同士の関係、法的領域、身体健康面、および職業面のうち、2 つ以上の領域で、症状のために問題が生じている。
-

（文献 25, 31 より）

断基準をもってしても逆境体験を有する子どもの状態を的確に表現しきれていないわけではないため、PTSD 症状とは独立したさまざまな併存診断がなされていくこととなる。そのような点から、van der Kolk らは発達性トラウマ障害という基準を作成する意義があると説明している³¹⁾。

また、成人の複雑性 PTSD と最も異なる点として、「注意および行動の調節障害」の項目が存在していることも挙げられよう。注意に関する障害としては、児童精神科診療において ADHD が代表的であるが、ADHD の診断基準では、多動・衝動性ならびに不注意性に関して、傍から観察される「行動」によって症状が規定されている。一方で発達性トラウマ障害の「注意および行動の調節障害」では質

的な評価を求めるような内容となっており、細部は異なるものとなっている。すなわち、児童の「落ち着かない」という行動をみた場合に、それが ADHD の「多動・衝動性症状」によるものか、あるいは PTSD による「過覚醒症状」によるものかを、「行動」を観察するだけで区分することは容易ではなく、トラウマ起源の「落ち着かなさ」を想定しておくことは臨床上重要な姿勢と言える。NCTSN の「Is It ADHD or Child Traumatic Stress? A Guide for Clinicians」²⁴⁾のなかでも、トラウマと ADHD との関係については議論されており、子どものトラウマに関連した症状が ADHD の症状と取り違われる可能性があるとされている²⁸⁾。ただし、当然 ADHD とトラウマとが重なってい

る場合もあり、その際は症状が複雑化すると述べている²⁴⁾。

発達性トラウマ障害の診断概念の導入による意義について山下³³⁾は、「多くの診断を重ねて受けるスティグマの問題が、統一された診断によって避けられること」や「発達早期の愛着対象との関係性において生じる心的外傷によることが明確にされることで二者関係のアタッチメントに焦点づけた治療のフォーミュレーションが可能になること」などを挙げている。ただし、Corrigan, F. M.ら¹⁴⁾が指摘するように、反復性のストレス曝露の実態は把握しにくいいため、複雑性 PTSD に関してはランダム化比較試験などでは除外される対象となりやすく、基準的な治療法の適応外となりやすい。したがって、発達性トラウマ障害を念頭においた視点は意義深いものと思われるが、その病態をどう正確に評価するのか、また、その診断に基づいた適切な治療介入の知見をどう重ねていくかという点では、さらに検証が必要な状況とも考えられる。

おわりに

昨今、児童虐待件数の増加が叫ばれるなか、逆境的な体験をした子どもの精神的不調が児童精神科医療機関に相談されることはかなり一般的となってきた。そのような子どもたちの問題を包括的に評価することは、治療計画を立てていくうえでも大変重要なことと思われる。今回、ICD-11において複雑性 PTSD の診断基準が登場することになったとは言え、子ども特有の症状を十分にふまえた診断基準はいまだ存在しておらず、結果としてさまざまな診断カテゴリーに分散されているのが現状と思われる。そのような視点に立つと、van der Kolk らが指摘するように、発達性トラウマ障害という臨床概念をあらためて吟味・検討していくことは、山下³³⁾の述べた「二者関係のアタッチメントに焦点づけた治療のフォーミュレーション」の視点を与えるという点で大変有意義な作業ではないかと著者は考えている。

利益相反

シャイアー・ジャパン株式会社ならびに塩野義製薬株式会社より講演会の謝礼 (2018)。

文献

- 1) Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., et al. : Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse Negl*, 22 (8) ; 759-774, 1998
- 2) Ainsworth, M. D., Bell, S. M. : Attachment, exploration, and separation : illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev*, 41 (1) ; 49-67, 1970
- 3) Allen, J. G. : *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*. Routledge, London, 2013
- 4) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳 : *DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル*. 医学書院, 東京, 1995)
- 5) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野裕監訳 : *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 医学書院, 東京, 2014)
- 6) Andreasen, N. C. : *Posttraumatic Stress Disorder*. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed (ed by Kaplan, H. I., Sadock, B. J.). Williams & Wilkins, Baltimore, p.918-924, 1985
- 7) 青木 豊編著 : *乳幼児虐待のアセスメントと支援*. 岩崎学術出版, 東京, 2015
- 8) 飛鳥井 望 : 複雑性 PTSD の診断概念と治療論をめぐる考察. 複雑性 PTSD の臨床実践ガイド—トラウマ焦点化治療の活用と工夫— (飛鳥井 望編). 日本評論社, 東京, p.23-41, 2021
- 9) 飛鳥井 望 : 複雑性 PTSD の概念・診断・治療. 複雑性 PTSD の臨床—“心的外傷～トラウマ”の診断力と対応力を高めよう— (原田誠一編). 金剛出版, 東京, p.15-24, 2021
- 10) Bokhorst, C. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Fearon, R. M. P., et al. : The importance of shared environment in mother-infant attachment security : a behavioral genetic study. *Child Dev*, 74 (6) ; 1769-1782, 2003
- 11) Bowlby, J. : *Attachment and Loss : Vol. 1 : Attachment*. Basic Books, New York, 1969 (黒田実郎, 大羽 泰, 岡田洋子ほか訳 : *母子関係の理論 I—愛着行動*. 岩崎学術出版社, 東京, 1976)
- 12) Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., et al. : A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*, 58 ; 1-15, 2017
- 13) Cloitre, M., Cohen, L. R., Ortigo, K. M., et al. : *Treating Survivors of Childhood Abuse and Interpersonal Trauma : STAIR Narrative Therapy*, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2020 (第1版 [2006] 邦訳 : 金 吉晴監訳 : *児童期虐待を生き延びた人々の治療—中断された人生のための精神療法*. 星和書店, 東京, 2020)
- 14) Corrigan, F. M., Hull, A. M. : Neglect of the complex : why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. *BJPsych Bull*, 39 (2) ; 86-89, 2015
- 15) 遠藤利彦編 : *入門アタッチメント理論—臨床・実践への架け橋*. 日本評論社, 東京, 2021

- 16) Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., et al. : Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28 (9) ; 750-769, 2011
- 17) Gunnar, M., Quevedo, K. : The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol*, 58 ; 145-173, 2007
- 18) Herman, J. L. : *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York, 1992 (中井久夫訳：心的外傷と回復，増補版，みすず書房，東京，1999)
- 19) Hesse, E., Main, M. : Disorganized infant, child, and adult attachment : collapse in behavioral and attentional strategies. *J Am Psychoanal Assoc*, 48 (4) ; 1097-1127, 2000
- 20) 金 吉晴：ICD-11におけるストレス関連症群と解離症群の診断動向. *精神経誌*, 123 (10) ; 676-683, 2021
- 21) Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., et al. : Physical and sexual abuse in childhood : relationship with post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 (5) ; 776-783, 1991
- 22) Main, M., Solomon, J. : Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern : procedures, findings and implications for the classification of behavior. *Affective Development in Infancy* (ed by Brazelton, T. B., Yogman, M. W.). Ablex, Norwood, p.95-124, 1986
- 23) Music, G. : *Nurturing natures : attachment and children's emotional, sociocultural and brain development*. Psychology Press, East Sussex, 2010 (鶴飼奈津子監訳：子どものこころの発達を支えるもの—アタッチメントと神経科学，そして精神分析の出会い—。誠信書房，東京，2016)
- 24) National Child Traumatic Stress Network : *Is It ADHD or Child Traumatic Stress? A Guide for Clinicians*. 2016 (<https://www.nctsn.org/resources/it-adhd-or-child-traumatic-stress-guide-clinicians>) (参照 2023-02-14)
- 25) 西澤 哲：トラウマを中心として，虐待を受けた子どものケア・治療 (奥山真紀子，西澤 哲ほか編)．*診断と治療社*，東京，p.24-52, 2012
- 26) Shalev, A. Y. : Discussion : treatment of prolonged posttraumatic stress disorder : learning from experience. *J Trauma Stress*, 10 (3) ; 415-423, 1997
- 27) Shalev, A. Y., Tuval-Mashiach, R., Hadar, H. : Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J Clin Psychiatry*, 65 (Suppl1) ; 4-10, 2004
- 28) Szymanski, K., Sapanski, L., Conway, F. : Trauma and ADHD : association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *J Infant Child Adolesc Psychother*, 10 (1) ; 51-59, 2011
- 29) van der Kolk, B. A. : The complexity of adaptation to trauma : self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. *Traumatic Stress : The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (ed by van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., et al.). Guilford Press, New York, p.182-241, 1996 (西澤 哲監訳：トラウマティック・ストレー—PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて—。誠信書房，東京，2001)
- 30) van der Kolk, B. A. : Developmental trauma disorder : toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann*, 35 (5) ; 401-408, 2005
- 31) van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., et al. : Proposal to Include a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children and Adolescents in DSM-V. 2009 (<https://www.complex-trauma.org/wp-content/uploads/2019/03/Complex-Trauma-Resource-3-Joseph-Spinazzola.pdf>) (参照 2023-02-14)
- 32) WHO : *International Classification of Diseases 11th Revision* (<https://icd.who.int/en>) (参照 2023-02-14)
- 33) 山下 洋：発達精神病理学からみたトラウマとアタッチメント．*トラウマティック・ストレス*, 14 (1) ; 29-38, 2016
- 34) Zeanah, C. H. Jr., Boris, N. W. : Disturbances and disorders of attachment in early childhood. *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd ed (ed by Zeanah, C.H.Jr.). Guilford Press, New York, p.353-368, 2000

Background and Understanding of Developmental Trauma Disorder

Masaki KODAIRA

Department of Child and Adolescent Mental Health, AIKU Clinic, Maternal and Child Health Center

A diagnostic concept of developmental trauma disorder was proposed by van der Kolk et al. to capture a comprehensive view of the psychological impact of adversarial experiences (chronic repetitive traumatic experiences, which at their core are abused experiences) on children. The symptomatology consists of a wide range of dysfunctions, including emotional/physical/cognitive dysregulation, attentional and behavioral dysregulation, altered sense of self-belonging and social expectations, and trauma-related symptoms. It is a combination of attachment and trauma pathologies and can be understood as a childhood version of Complex Posttraumatic Stress Disorder. Attachment is defined as “an individual’s inclination to seek and maintain proximity to a specific object in a crisis situation or in preparation for a potential crisis”, meaning that when stress increases in a crisis, proximity to an attachment object can soothe and restore broken feelings. In the event of a traumatic experience, the stable attachment style can assist in recovery from the trauma by acting as a regulating buffer, both physically and emotionally. Posttraumatic stress disorder with a lack of stable attachment style formation can be understood as Complex Posttraumatic Stress Disorder. With the recent rapid increase in the number of cases of child abuse, more and more children with clinical symptoms, as defined by developmental trauma disorder, are being referred to child psychiatric institutions. However, diagnostic criteria that consider the unique symptoms of such children do not yet exist ; thus, the diagnoses are currently dispersed among various diagnostic categories. From this perspective, it would be meaningful to reexamine the clinical concept of developmental trauma disorder.

Author’s abstract

Keywords

developmental trauma disorder, posttraumatic stress disorder, attachment, adverse childhood experiences