

米国における新しいトラウマ治療の動向

—子どもの複合的トラウマ治療のための枠組 ARC 理論—

國 吉 知 子

Current Issues on Trauma Therapy in the U.S.

—An Examination of the Attachment, Self-Regulation, and Competency (ARC) Treatment Framework:
A Therapeutic Intervention Model for Complex Childhood Trauma—

KUNIYOSHI Tomoko

Abstract

This paper is a brief report on my study tour to the Trauma Center in Brookline Massachusetts, which provides innovative trauma therapy for clients who have experienced complex trauma. We learned about mechanisms of the brain and PTSD through a lecture by Bessel A. van der Kolk, and also learned about the ARC Framework: Attachment, Self-Regulation, and Competency, which is a component-based intervention model for complex childhood trauma. We visited two facilities for trauma specific residential services that have successfully adapted the ARC framework for their daily program under the supervision of the Trauma Center. The Trauma Center's experiences suggest that we have to know about the total mechanism of trauma and develop an inclusive framework for practical interventions for both caretakers and children to provide an integrative and effective treatment for complex childhood trauma.

キーワード：トラウマ治療、子どもの複合的トラウマ、脳科学、トラウマセンター、
ARC（愛着・自己調整・能力）理論、青少年のための居住型トラウマ治療施設

Key words: trauma therapy, complex childhood trauma, neuroscience,
ARC (Attachment, Self-Regulation, and Competency) framework,
trauma specific residential services for adolescents,
Trauma Center

1. はじめに

トラウマケアは大変複雑かつデリケートな問題であり、治療は特定の一技法だけで解決できるものではない。各技法の効果についてのエビデンスを得ることは重要であるが、単に技法を競い合うことより、むしろトラウマのメカニズムや脳の状態を踏まえた、回復に必要なプロセスやそのための条件を知り、各クライアントに合わせた対応をセラピスト側が柔軟に選択し適用できる方が現実的であろう。その観点からすると、我々臨床家は、ことトラウマケアに関しては、単一の技法に依拠するのみならず、様々な技法を広く謙虚に学び、研鑽を積み、応用力を身につけることに加え、脳科学の知見についても関心をもち、トラウマケアについての包括的な視点を持つことが重要である。本稿において、筆者は、愛着・自己制御・能力理論 (Attachment, Self-Regulation, and Competency: 以下 ARC) の概要について紹介する。この ARC 理論は、我々にトラウマ治療の全体像と道筋を示してくれる 1 つの手掛かりとなる。

筆者は、2011年3月に米国、マサチューセッツ州にあるトラウマセンターにおいてベセル・ヴァンデアコーク (Bessel A. van der Kolk) 氏から脳とトラウマの関連について学び、また、同センターにおける子どものトラウマ治療についての主要理論である ARC について、考案者の一人、マーガレット・ブラウステイン (Margaret E. Blaustein) 氏より直接、説明を受ける機会を得た。さらに、学校機能を備えた青少年のトラウマ治療のための居住型施設であるヴァンデアコークセンターやウォールデンストリート・スクールの視察を通して、ARC 理論の現場での適用についても知る事ができたので簡単に報告したい。

2. 先進的トラウマケア研究実践施設

トラウマセンターについて (Trauma Center ; TC)

トラウマセンターは、米国マサチューセッツ州ブルックライン市にある、私立の複合的トラウマケアのためのクリニックおよび研究所であり慈善事業団体 (NPO) である。事業資金は保険やクライアントからの治療代に加え、寄付や助成金なども募っている。Justice Resource Institute (JRI) という機関傘下に属し、資金運営は JRI がおこなっている。(JRI とは、身体的、情緒的、学習などに障害のある大人や子どもに先進的かつ専門的な支援と治療を提供するための非営利のサポート団体。) TC は設立者であり医療部門の責任者であるヴァンデアコーク氏を中心に1981年からトラウマに関する理論や治療方法についての研究と個人や家族の治療、コミュニティ支援、福祉施設へのコンサルテーションや心理教育などを実践してきている。TC には、医師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、ボディワーカーなどが50名以上所属している。主な活動プログラムは、トラウマに特化したカウンセリング (心理療法) やプレイセラピー、査定、コンサルテーション、トラウマを持つ人のためのヨガプログラムなど。使用する理論、技法は、ARC、認知行動療法、力動的 (分析的) 心理療法、弁証法的行動療法、芸術療法、EMDR、体感動作高揚調整療法 (Sensory Motor Arousal Regulation Treatment) を用いた心身へのアプ



図1 バoston ト라우マ・センター（左：センター外観；右：研修風景）

ローチ、親と子の相互作用セラピー（PCIT：Parent-Child Interaction Therapy）などである。このように、TC では、ARC という基本理論に基づき、認知行動療法のみならず、力動的心理療法や身体的グループワークやアクティビティなど、心身への技法を統合的に用いてアプローチしている。

3. 複合的トラウマと脳科学研究

～Bessel A. van der Kolk 氏による特別講義より～

1) ベセル・ヴァンデアコーク博士について

ヴァンデアコーク氏は1970年代より、発達、生理学的、心理力動的、対人関係的側面についてのトラウマによる影響と治療についての統合的研究実践を進めているトラウマ研究の第一人者であり、DSM-IVのPTSDに関するフィールドトライアルにおいては主要研究者として中心的役割を果たした。トラウマの記憶過程への影響やPTSDの脳内イメージの形成についての研究を精力的におこなっている。同氏はトラウマティック・ストレス研究国際学会の元会長であり、ボストン大学医学部の精神科教授であり、トラウマセンターの医療部門の責任者である。1996年には統合的、包括的な見地からの大著（McFarlane, A. らとの共著）“Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society”（邦訳『トラウマティック・ストレス～PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて～』2001 西澤哲他訳）を出版している。

2) 講義概要

(1) ト라우マ経験の子どもへの影響

複合的トラウマ¹を受けた子どもは、生育過程において心理的ダメージを受けるため、基本的信頼感が十分形成されないだけでなく、脳の発達そのものにも影響が出る。脳の形成時期において信頼感を形成するうえで他者との波長合わせは非常に重要である。言語的コミュニケーションできない赤ん坊であっても、母と子の遊びを通して波長合わせをおこなうことで信頼感が育まれ、健全な脳の発達が促される。子どもと母親の波長合わせができなくなると何が起こるか？ ビデオを通して、一例を示す。

〈ビデオ1〉波長合わせの影響についての実験

母親と幼稚園児（男児）1名がプレイルームにいる。母は表情豊かに子どもと波長を合わせ

て自然な様子で関わっているが、途中から研究者の指示により、能面のように無表情になる。その数分間、無表情な母親の関心を向けようと、子どもは母親に呼びかけ、玩具を渡そうとしたり、抱きつこうと試みるが、母親が無表情を続けるため、子どもはパニックになる。母親の表情が戻り、何事もなかったように再び豊かな表情で子どもと同調的に関わり、子どもは安心し、母親を許し、何事もなかったように振る舞う。(ビデオ内容はここまで。)

しかし、6か月後に再びこの親子にこの同じ部屋に入ってもらったところ、子どものコルチゾール値(唾液中に含まれるストレス反応指標)が上昇した。子どもは何も覚えていないにもかかわらず、身体的にはこのストレス経験が6か月後も記憶されていた。ここから意識面のみに注目してはトラウマ治療ができないことがわかる。トラウマにさらされたことは、すなわち、脳幹や大脳辺縁系が危険にさらされたことを示している。言語だけの治療には限界があることがうかがい知れるのである。

〈ビデオ2〉愛着対象喪失の子どもの反応

愛着形成のためには、人間は一貫した保護者が必要であることがこの映像から理解できる。母親が第2子出産のため、保育施設に8日間預けられた男児の初日から最終日(8日目)までの様子を収録(抜粋)。1日目、男児は何度もドアを開け、帰る父親を追おうとする。父親帰宅後は保育者がなだめても一日中泣き続けた。食事を一切取らず泣き続けるので保育者は困窮。5日目でも絶望的な泣き声が続き、遊びに集中できない。6日目も食事を取らず、訪問する父親に帰宅したいことをアピール。かなわないと知ると諦めるが、他の子と遊ぶこともできない。8日目、何にも興味を示さず、無表情でぼんやりしている状態が続く。ついに母親が迎えに来るが、子どもは母親には抱きつかず、保育者に抱きつき、大声で泣き、母親の方に行かない。しばらくしてようやく母親のところに行くが、退行し赤ん坊返りした行動を示す。(ビデオはここまで。)

この子の行動の特徴は、この母子分離の1週間で動きに目的がなくなったこと。母親を求めることもなくなり、徐々に虚脱しうつになっていった。同時に身体的にも生気がなくなり崩れていった。つまり、トラウマによって消失するのは、「目的のある動き」である。また、身体的に崩れていくことにも注意が必要。睡眠、食事、排泄がコントロールできなくなり、脳幹(生存能力を司る)の機能が低下する。母親との応答、波長合わせができなくなった状態をどのように再開するかが重要。ただ家に帰ればそれで問題がなくなるわけではない。

(2) トラウマへの身体的アプローチの重要性

〈ビデオ3〉自動車事故による単回性トラウマを受けた成人女性の映像

トラウマについて話す時、本人は気づいていないが身体の左側が全く動いていない。これは、左側から対向車が来たという身体的記憶による。2回 EMDR²を実施後、姿勢も表情もリラックスした状態に改善。従来の西洋の治療は「トラウマを話させる」やり方。自分で言語化できず記憶も欠落する時、人は自分がおかしくなってしまったと考え混乱する。また話すことはトラウマ経験を再燃するため話したがいらないことも多い。トラウマ治療で大切なのは治療者が十分な安全性を形成すること。あくまでも安全であると本人が十分理解できる状態になって初めて治療を開始できる。EMDR 以外に鍼やタッピング、ヨガも有効。脳内の興奮の強い子どもに

は、ゲームを通じて脳の興奮を鎮めるニューロフィードバックを用いることもある。いずれにせよ、身体的に恐怖反応が続いている時に他の刺激は入っていけない。西洋的な考え方では大脳辺縁系をコントロールできると勘違いしているが、むしろ辺縁系が脳をコントロールしている。つまり身体が安全だと気がついて初めて意識がついていく。まずは身体が先。リラックスした身体をいかに作れるかが鍵である。

子どもは非常に周囲の状態に反応しやすく、また、同時に親との強い情緒的相互関係を持っている。トラウマによって高揚した情緒のコントロールが子どもの脳の発達に影響する。アイコンタクト、歌、タッチングなどで情緒発達を促すことが重要である。信頼できる大人との間で、子どもは大人の表情や情緒をまねることで感情について学習していく。情緒は伝播する。トラウマ治療者養成に欠けているのは、こういった相手との相互反応、どのように反応すればクライアントが安定するのかを自らの調子も含めて掴み、行動によってそれを表現できること。パワフルな治療に必要なものは、むしろ表情や声などの非言語的情報である。環境に適応するために、人は自分をコントロールすることを学ばねばならない。

PTSD かどうかは、つまり脳幹の機能が正常かどうかということに尽きる。例えば、性的虐待を受けたある女性は浅い呼吸で身体が固まっていた。記憶を話し始めると呼吸も心拍も速くなった。トラウマにより身体変化が生じるということは、脳幹の働きを柔軟にすることが治療上重要となる。従来の前頭葉優位の考えからの脱却が必要。大脳辺縁系は感情を司っているが、環境や経験によって発達する。6歳ごろまでの信頼できる大人との相互関係が不可欠。また、扁桃核は煙探知機のような場所であり、状況が安全か否かを瞬時に判断する。トラウマを持つ人はここが過敏になり、すぐにアラームが鳴る。この反応を鎮めるために米国では薬が16億ドルも使われている。リスパダールを投与すれば、確かに興奮はおさまる。だが、ドーパミンシステムも遮断するため、喜びや楽しみの感覚がなくなってしまう。薬の副作用で人との豊かな交流や喜びを感じられない子どもが増えている。この改善策の一つには、例えば、剣道などの武術が実は非常に役に立つ。これらは、すでにあなた方の文化（日本文化）の中にある。我々はそこから多くを学ぶことができる。例えば、三船敏郎による『宮本武蔵』巖流島の戦いのシーンには、まさにトラウマ治療に役立つ心身の使い方が示されている。また、トラウマセンターでは、相互にボールを投げ合うなど身体を通して波長を合わせること、リズムを合わせingことを意識的におこない成果を上げている。肯定的で相互的やりとりが不可欠なのは、それによりノルアドレナリンとドーパミンによる脳内の報酬システムが幸福感を生み出し、さらにより人間関係を作ろうとするからである。愛着もまた報酬システムによって作り出されるため、もし何らかの理由で愛着形成が障害された場合、人は代替物（アルコール、食物、薬物など）で報酬を得ようとする。肯定的な人間関係から幸福感を得る回路を脳内に形成することが重要である。現代の米国における PTSD 治療の問題点は、症状軽減のために薬の投与が第一選択になり、生活そのものの改善に十分眼が向けられていない点にある。（以上が同氏の講義概要からの抜粋である。）

4. 脳科学の観点からトラウマの治療にとって重要なポイント

ヴァンデアコーク氏の講演を踏まえ、トラウマに関連する脳の機能についての知見を簡単に補足する。トラウマとは個体にとって受け入れ、意味づけることが困難な体験である。そうした体験がPTSDにみられるフラッシュバックなどの消せない記憶に、また、解離性障害にみられる健忘などの見失われた記憶という病理をもたらす。このような外傷体験の意図的想起の障害と、統制を離れた自動的想起という、一見矛盾する症状が併存することがPTSDの特徴である(西川 2008)。最近の脳画像診断によるPTSD患者の研究から、トラウマには辺縁系の関与が大きいことがわかってきた。これらの研究から、①PTSD患者の海馬の総体積の減少、②患者がトラウマ再体験に導入された場合の扁桃核および関連領域の過剰活性化、異常な側性、およびブローカ領域の不活化という、2群の重要な発見がなされた(van der Kolk 2001)。なかでも②の機構は不安の中心的な座であり、これはフラッシュバックを生理学的に裏づける結果になっている。また、言語機能に関連するブローカ領域が機能しない点は健忘、解離と関連し、患者が経験する言葉にならない恐怖、身体的状態についての生理学的現れである。つまり、ブローカ領域機能の低下の結果、患者は自分に何が起こったのか理解できなくなり、自らの感情を言語表現できないまま強烈な情緒を体験する。身体は興奮し、記憶の断片が活性化されるが、自分の体験に関する明確な心的構成物を作ることができないのだと同氏は指摘する。バージェスらは、トラウマを受けた子どもの保育所における追跡調査の結果、子どもたちの記憶プロセスに身体的、行動的、視覚的、および言語的という4つの基本的レベルがあることに気づいた。虐待の事実が分かった時点で子どもたちは全員、身体的な記憶を示し、それは生理学的な覚醒や体験したトラウマの要素に密接に関連した身体症状という形で現れた。このことは、多くの大人同様、子どももトラウマに関連した感覚や知覚を顕在的記憶へと統合できないことを示唆する。代わりにトラウマは子どもにおいては、行為として遊びの中などで多く再現される(Burgess, Hartman, & Baker, 1995)³。このように、トラウマは大脳辺縁系に影響を与える。また、ヴァンデアコーク氏によれば、トラウマを受けると、外界を観察する眼窩前頭皮質(Orbitofrontal Cortex : OFC)の発達が阻害されるという。OFCは快楽をもたらす、苦悩を取り除く目標を認識するための情報が記憶され状況に応じて更新される脳領域であり、環境が報酬的か罰的かを認知し、それによって行動を変容させていくうえで重要な領域である。ここに損傷が生じると、情動的一感情的処理過程に障害が起こり、状況をよくみてその場に適合した形で自らの行動を変化させることができなくなる。トラウマを受けた子どもは、OFCの発達が阻害されるため、衝動的になり、自分をコントロールすることができない。OFCの機能を発達させる活動として、同氏は剣道、合気道、太極拳などの武術や瞑想を推奨しているが、これらは、周りをよく観察し、相手の行動を予測し、自分の行動を考え、行動を起こす良い訓練になるとされる。合気道、ヨガ、瞑想などを通して自分を内側から見つめ、OFCを発達させることが衝動性の抑制につながり、それがトラウマの治療となるのである。身体的アプローチの先行が重要であるという知見は、従来の、多くの被災者への緊急支援経験などとも一致する。武術における精神状態や瞑想における受動的観察やマインドフルネスなどがトラウマ治療に有

効であるという同氏の指摘については、すでにトラウマセンターにおけるヨガの研究成果 (Emerson, D.& Hopper, E. 2011) が示されているが、今後、さらに多くの臨床的データによって裏づけられていくことだろう。

5. 愛着・自己制御・能力理論 (Attachment, Self-Regulation, and Competency : ARC) ～児童の複合的トラウマに対する構成要素を基礎とした介入の枠組～

1) ARC の概要

ARC 理論は、トラウマ治療実践のための理論的枠組である。個人の状態に応じた治療法を考案する際の参照枠となる。トラウマ治療には何が必要か、現場で利用しやすいシンプルかつ構造的原則を提供するという観点から、トラウマセンター研究員のブラウスティン (Blaustein, M) 氏とキニーバーク (Kinniburgh, K. M.) 氏によって考案された。一般的にトラウマ治療の目標は、①心理的、生理的反応をコントロールし、自己統御できるようになること、②恐怖に圧倒された体験や記憶を処理し、体験と折り合って行けること、③安全な社会的関係を再構築でき、個人の有能感や効力感を再建することとされるが、ARC では、特に複合的トラウマを受けた、感情的コントロールが困難で、発達の遅れがみられ、行動のコントロールが困難な子どもの治療を目標としている。複合的トラウマを持つ子どもは、未形成な発達途上においてトラウマを慢性的に経験し、それらが積み重なっているため複雑で見立てや対応が非常に困難である。幾層ものトラウマが重なると、子どもは世界とは危険な場所であると予期し、対人関係が困難になる。また感情や行動の理解や調整もできず、自己概念が破壊あるいは断片化される。発達段階における遅れ (問題解決能力、肉体的機能、想像力、学業など) もみられることが多い。このような慢性的複合的なトラウマを受けた子どもの治療や支援は生活全般を通して包括的におこなわれる必要があり、臨床心理士の支援はあくまでもその一部である。そこでは、現在のトラウマを含めて連続して起こっているトラウマに焦点を当てた介入、社会的枠組の中でおこなわれる介入、個々の発達段階における能力や遅れに対して敏感に柔軟なアプローチを使う介入、個人、家族、その他のシステムのニーズや強みを生かした介入が必要となる。つまり、トラウマは生活の中で起こっており、介入も社会的条件を含めて考えねばならないし、個人だけでなく環境 (家庭や施設) もまた変化する必要がある。

ARC は3つの核に焦点を置くが、それは、①愛着 (安全な保護、養育システム)、②自己制御 (経験に耐え、自分の感情や衝動を調整できる力)、③能力 (トラウマに対するレジリエンスに必要な作業や方法の習得) の3つである。ARC 理論は、図2のようなピラミッド型に積み上げられた10個のブロック (積木)⁴ に例えられるが、これにより、トラウマ治療に必要なプロセスと要素についての理解が可能となる。各ブロックに主題が示されることで必要なスキルが明確になり、これらの概念を各セラピーに組み込んで使う。頂点には「トラウマ体験の統合」という最終目標が載っているが、治療者は、本人だけでなく養育者など周囲の協力を得ながら、この目標に向けて各要素をボトムアップ式に積み上げていく。例えば、土台部分にある最下段の〈愛着〉 (「養育者との感情管理」「子どもとの波長合わせ」「一貫した応答」「習慣と儀式」という4要素を含む) が構築されないと、次の段階である〈自己制御〉 (「感情の認識」「調

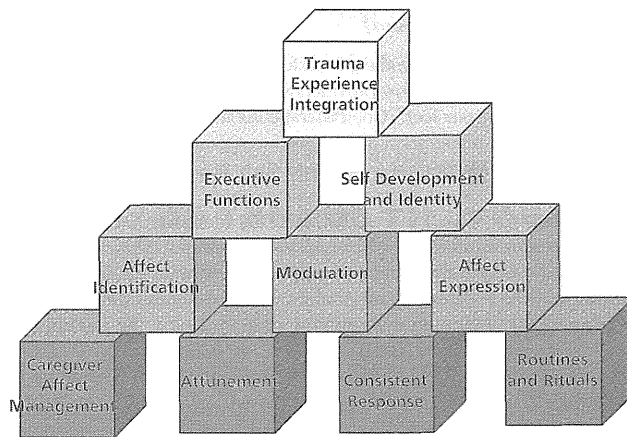


図2 ARCの核となるブロック (Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents 2010より引用)

整」「感情表現」の3要素を含む)を積み上げることができない。さらにその上に、〈能力〉(「発達段階に沿った課題」「司令塔の機能」「自己とアイデンティティ」の3要素を含む)を積み上げることができ、ようやく最上部にある〈トラウマ体験の統合〉という目標に達する。つまり、トラウマ体験の統合のためには、保護者とのかかわりや自己調整によって前頭葉が働き始めること、さらに発達の課題やアイデンティティが形成されることで前頭葉の機能が回復することが必要となる。

2) 各ブロックについての説明

(1) 愛着 (Attachment) : 養育者への支援

トラウマ治療のベースになるのは愛着関係の形成である。子どもが安全な場所を獲得するために不可欠な支援である。愛着形成のためには保護者側の理解と協力が重要で、ARCでは養育者自身がトラウマについて良く理解し、対処スキルを持つことで子どものトラウマの増幅を防止する。ここでは、養育者が子どもに「安全で予測できる環境」を与えることについて学び、子どもが養育者に守られることを目指す。

保護者の感情管理 (Caregiver Affect Management) 子どもにとって養育者が安全な器となるよう、養育者である大人が自分の感情を理解し、管理、調整できるよう治療者は支援する。子どもの激しい感情や行動に巻き込まれないためには、養育者が自分の感情に慣れ、制御能力を持つことが重要である。ここには、①トラウマについての心理教育、②養育者のセルフモニタリングスキルの形成、③養育者の情緒コントロールスキルの形成、④養育者の支援を拡充するといった目標が導入される。これらは、10の要素のうち、最初におこなうべきポイントであり、全ての要素はここに関わる。重要な介入方法としては、親の訴えをノーマライズすることが挙げられる。「子どもを殴りたくなる」という親に対して、〈そういう気持ちも起こりますよね〉と受容し、決して禁止や批判しないこと。〈一番大変なのは?〉〈どういう点について頑張っていますか?〉などの質問を通して養育者の感情管理を援助する。自己感情を認識できたら、次は対処スキルを獲得するため〈その時、どのように対処しますか?〉と確認していく。また、養育者自身が困難な状態にある場合も多いため、深呼吸やリラクゼーションの方法など日常的

に簡単にできるセルフケアを提案し、保護者をサポートする具体的方法を提供する。養育者が無理なくできる現実的サポートを考え、欲張らず、根気よく小さな変化を目指す。

波長合わせ (Attunement) 養育者が子どもの出すサインを的確に読み取り、適切に応答できる能力である。養育者は子どものサインそのものに気づかない場合と表面的行動にのみ反応し、背後の感情的サインに気づかないことが多い。介入目標は、①子どもの不可解に見える行動の意味についての心理教育（子どもの行動全てに意味がある）、②子どものトラウマ反応の引き金となる刺激および特有の反応についての心理教育、③その子特有のコミュニケーションの仕方について考え、それに対する有効な応答のレパートリーを増やす、④傾聴スキルを形成することである。これらは、子どもの言葉や行動の「背後」に焦点を合わせるトレーニングである。親が子に波長を合わせることと、セラピストが親に波長を合わせることが並行することが大切。

一貫した応答 (Consistent Response) 養育者が子どもの行動を予測でき、安全で適切な一貫した対応ができるよう支援する。過去の体験が子どもの現在の行動に影響していることを認め、その点についての配慮を促す。子どもは明確なルールがあり、周囲の反応が予測できると適切な行動ができるようになる。具体的介入方法としては、古典的な行動制御の方法であるが、限界設定や誉めることで望ましい行動を伸ばす、などを用いて養育者と子どもとの闘争を減らす行動戦略を考え、より長期的な視点から、問題解決に導く話し方、肯定的な反応強化などを学ぶ。

習慣と儀式 (Routines and Rituals) 規則正しい日常生活、行事、習慣など、生活において「予測できること」を増やすことが、子どもの安定化を育むうえで役に立つ。生活に子どもが理解できるリズムをつけていく。セラピーセッションを定期的に日常生活に組み入れることも含まれる。家族や施設での儀式や伝統を祝うことも推奨される。

(2) 自己制御 (Self-Regulation)：子どもへの支援

日常のなかで養育者との愛着関係を経験した子どもは、安心感をベースに自分の感情や行動を表現する体験が可能となり、ようやく子ども自身が自分を調整する能力を獲得していけるようになる。ここでは、子ども自身が自分の感情や行動をコントロールできるようになるための支援をおこなう。まず、子ども自身の反応を理解する必要がある。例えば、子どもの状態によって対応が分かれる。タイプⅠ：過活動タイプの場合、落ち着くことと、高いエネルギーを良い方向に転換するようサポートする。タイプⅡ：フリーズし無感覚である場合、〈どう感じる？〉と尋ねても「わからない」としか答えない。無理に高揚させるのではなく、まずどうすれば自分の感情を鎮められるかの技術を学ばせることで、徐々にフリーズしないでいられるようになる。タイプⅢ：ジェットコースターのように感情が上下変動し、どこが自分にとって適切な感情状態であるかわからない子どもは敏感で危険を感じやすい。つまり扁桃核のアラームが鳴りやすいタイプであるとの心理教育をおこない、いつアラームが鳴りだすかを認識できるよう援助することから始める。このように子どものタイプを見極めることで介入が変わることを援助者が知っておくことは重要である。

感情の認識 (Affect Identification) トラウマを受けた子どもは往々にして自分の感情や身体状

態について感じることや言語化することができないため、子どもが自分の感情に意識を向け、「嬉しい」「悲しい」など言語化し、それが自分の身体感覚とどのように関連しているかを感じ、学ぶことを支援する。さらに引き金となる刺激や外的要因についての理解を促す。

調整 (Modulation) 子どもが自分の快適なエネルギー状態を認識できることを支援する。子どもは、どのような活動が自分の身体や心を快適な状態にするのかを見つけ、安全にコントロールし、調整できるスキルを身につけることができる。

感情表現 (Affect Expression) 子どもが情緒的な体験を他者に安心して話せる技術と忍耐力を身につけられるよう支援する。安全で受容かつ共感的なコミュニケーションを体験し、非言語的、言語的両コミュニケーションスキルを高める。日記、気持ちを述べる時間を作る、音楽、芸術表現などを通して自己表現の機会を作る。

(3) 能力 (Competency) : 発達・成長への支援

子どもの成長、発達を支援し、レジリエンスを獲得するためのさまざまなスキルを学ぶ。達成感を経験し、自分の行動を振り返り、自分を取りまく問題に取り組み、考える能力や自分に対する肯定的な視点を育むための支援をおこなう。

発達に沿った課題 (Developmental Tasks) 発達段階に沿って必要と思われる作業を幅広くこなせる能力を評価し、発達段階に沿った目標を達成することを支援する。運動や人間関係づくりの技術、自己責任と自主性などについての子どもの機能を評価する。スポーツクラブや地域奉仕、芸術活動や動物の世話などへの参加、様々なイベントの準備への協力などを通して、人々との日常的関わりの肯定的な側面、自己の能力に気づいていく。(このブロックは、修正によって後から加えられた要素であるため、図2には示されていない。)

司令塔 (前頭葉) の機能 (Executive Functions) 試行、選択、実行によって実行者としての主体性が高まり、適切な実行機能を高め、前頭葉の機能を高めることにつながる。より高度な認識過程を使って問題に取り組み、解決することで、問題解決能力を高め、ただ状況に反応するのではなく、目標に向けて自分で活動し選択することを学ぶ。

自己とアイデンティティ (Self and Identity) 自己のアイデンティティを構築し、自分の長所や能力を見出し、伸ばす支援をする。具体的には、①自分がさまざまな背景や価値観をもった個性を持った存在であることに気づく、②内的資源や強靱さや成功感に裏づけられた肯定的な自己意識を持つ、③一貫性をもった自己(トラウマの前後など様々な経験を多角的に見て過去の経験を統合する)であることに気づく、④未来の自己を思い描き、現在の自分と結びつけることができることなどが挙げられる。

(4) トラウマ体験の統合 (Trauma Experience Integration) : 最終到達目標

子ども自身が過去のトラウマに向き合い、断片化され、恐怖に満ちていた過去の体験や記憶を自分自身のストーリーに統合させていける。トラウマを統合することで、過去の体験が現在に侵入してくることなく、現在の生活に集中できるようになる。

以上、トラウマ治療のための枠組である ARC 理論のアウトラインを簡単に示した。紙面の都合で今回は紹介できなかったが、ARC には、様々なツールボックスと称した具体的な介入方法やワークのアイデアが盛り込まれており、トラウマセンターでのこれまでの豊富な臨床

経験をもとに作成された実践的な枠組であることが伺える。トラウマ治療は取り扱うべき問題があまりにも多いため、全体のマッピングや治療への道筋が不明瞭であると治療者は目先の対応に終始し改善に結びつかない危険性がある。重要であるのはトラウマを持つ子どもの変化には、本人のみならず、養育者を含めた生活環境全体へのサポートが必要であること、段階を踏んだ小さな変化を積み上げるプロセスが重要であること、全体のマッピングとガイドラインとして ARC を参照枠とすることで、個々のクライアントに応じた幅広い技法選択による統合的な関わりが可能になるということである。なお、ARC は全米の多くのトラウマ治療施設や病院、青少年センターなどで導入されている（2009年時点で全米23施設が導入）。次に、ARC を導入している施設について紹介する。

6. ARC を実践、応用している施設について

1) ウォールデンストリート・スクール (Walden Street School)

プログラム・ディレクターのエリザベス・キャリガン (Elizabeth Carrigan) 氏より、施設についての説明を受け、その後施設見学をした。以下は、キャリガン氏による施設説明の概要である。

(1) 施設概要

ウォールデンストリート・スクールは、12歳～21歳の PTSD や発達途上のトラウマを持つ女性を対象とした寄宿舎であり、トラウマセンター同様、JRC の傘下にある施設である。現在、28名が入居。トラウマセンターと連携し、月 1 回コンサルテーションを受けながら ARC 理論に基づいたプログラムを展開している。入居期間は 9 か月～18 か月。在籍者はここでは学生 (student) と呼ばれる。在籍者の 8 割は PTSD の診断を受けており、さまざまなトラウマを持つ女性が集まるため、在籍者の能力には大きなバラツキがある。自閉症や発達障害などの深刻な状態にある者も現在 6 名入居している。気分障害、統合失調性の感情障害、不安障害などの診断を受けている者もいる。大多数が慢性的に虐待を受け、DV を目撃してきた女性である。また、数名は養子縁組である。いかに里親が良い人であったとしても、“養子”というだけでトラウマになりうる。能力差が大きい居住者であっても共同生活ができるのは、この場が、安心、安全を確保された場であること、また、比較的能力の高い学生が有償でチューターの役割をとるなどの協力体制を作っていることによる。

この施設では、ARC に基づく実践をしており、特に、愛着という点では、スタッフあるいは学生同士の良い交友関係を体験すること、学生同士で価値観の違いを話し合うことに力を入れている。大多数の学生は、入居前、いじめや虐待のために心の鎧を硬くして他者と交流できない状態にあるが、プログラムや交流を体験するなかで、初めて自分を表現することができるようになる。それが愛着の再構築になる。同年代、同性同士の付き合いはティーンエイジャーゆえに特に大切である。スタッフと学生との関係については、例えば、学生とスタッフ間に行き違いがあった場合は、スタッフは帰宅するまでの間に必ず当該学生に「今日は大変だったけれど、明日はもっといい日になるといいね。私はどんなことがあっても、あなたを見捨てない」と伝えることになっている。スタッフが人間関係の修復をしないまま帰宅すると、トラウマを

受けている学生に大きなダメージを与えてしまうからである。このような ARC のモデルをスタッフ全員が理解することが大切である。

ARC の導入は 2 年前から。導入に伴い変更したのは、「ポイントシステム」（望ましい行動ができた場合は、報酬（ポイント）を与える制度）を廃止し、細やかな個人的な対応を中心に据えたこと。現在も、ARC 理論を理解し、それを具体的に実践することに、プログラム・ディレクター自ら熱中している。

（２）入所、退所、活動の実際について

入所者は、社会福祉局から紹介されてくるケース 55%、教育局からのケースが 45%。前者は施設を転々とし、ここが最後の砦。ここに入れない場合、ほぼ精神科閉鎖病棟に送られる。後者は通常の学校では手に負えないという理由から紹介されてくるが、入所中の費用はその学校が負担している。親は比較的裕福な層が多く、養子縁組の家庭が多い。入居にかかる費用は 1 日 480 ドル。ここを終えた後は、ソーシャルワーカーの支援を受けながら生活するか、グループホームに入居するか、あるいは精神科に入院するかのいずれかになる。いずれにせよ、入居できる期間が定められているので、退所後の計画がないと入居できない。裁判所を経て措置が決定されていることが多い。退所の判断については、明確なガイドラインは定めていないが、ストレスに対する感情の起伏がコントロールできることが目安。ストレス耐性ができていればレジリエンスがあると判定する。退所の際には、「嫌なことがあったらいつでも電話してきていいですよ」と伝えている。

入居者の中には犯罪（盗みや放火）をした人もいるが、彼女たちを犯罪者としては見ない。ストレス対処としての行動である、それまでの環境の何が悪かったのかと考え、入所者を責めることはしない。また、入所後、非行、犯罪行為が起こった時は、ここの何が悪かったのかを、まずスタッフは考える。警察をいちいち呼ぶことはしない。ただし、安全確保のため、ライターやナイフの所持は禁じている。だが攻撃というものはどこでも生じる。その場合、謝罪、責任をとること、盗んだ物があれば返す、ということを徹底しておこなわせる。これら一連の作業について、カウンセリングはむしろスタッフに必要である。スタッフのカウンセリングでは、入居者には大人の年齢に達している人もいるが、「子ども」の心理状態の反応として反社会的行動が出ていることを理解できるよう援助している。ARC モデルを導入してから、身体的な暴力、自傷などの問題が非常に減少し、先月は 4 回で済んだ。このように、入居学生は環境によって変化することが理解される。

生活プログラムについては月曜～金曜の朝 8 時半～15 時まで通常の学習や活動がおこなわれる。うち、週 2 回 13 時～15 時にグループセラピーが実施され、金曜午後は好きな活動（写真、手芸、語学など）ができる。放課後は図書館やジムなどで水泳など自由に活動している。情緒が安定している学生は届け出をすれば外出も許可されるので、数名は近隣のドラッグストアなどでアルバイトをする者もいる。学校内の家事には報酬が出るので（台所は 5 ドル、バスルーム清掃は 2 ドルなど）週に 20 ドル稼ぐ子もいる。消灯時間は決めていない。自分の生活を自分でコントロールできればよく、家事の後は自由時間である。



図3 ウォールデンストリート・スクール（左：外観；右：居住スペース）

（3）ARC 導入とスタッフメンバーについて

ARC を導入してから、特に「感情調整」の部分のプログラムを取り入れ、ヨガや乗馬、水泳や武術など、コンピテンスに関わるプログラムを開始して効果を挙げている。特に弁証法的認知行動療法（DBT）⁵ は、感情の起伏が激しい子どもの情緒を調整する心理教育として有効であった。DBT をおこなうことで、自己分析できるようになり、行動連鎖の分析の仕方を子どもとスタッフが理解できるようになった。また、子どもをよく観察し、本人にも自己観察を教えることで、学生の状態に合わせて勉強時間を減らすなど、ストレスレベルに合わせた調整ができるようになった。本人のコンピテンスを高める工夫として、退所時のスキルの目標を決める。例えば、いじめ経験があり自尊心が非常に低かったある学生は、想像力が豊かだったので脚本を書くよう勧めた。その脚本を皆で演じたところ本人のモチベーションが高まり、やがて自ら観劇に出かけるなど意欲が出てきた。また、絵の才能がある学生は絵のクラスを受講するうち、スキルアップし、やがてお金をもらって絵を教えるまでになっている。本来なら親が支援し、伸ばす子どもの能力を本施設が後押ししている。このように将来に使える技術を積み上げていけるような指導をする。そのためには能力を引き出すための特別なスタッフが必要。2名の専従スタッフが28名の入居者の能力を引き出す工夫を考えサポートしている。

スタッフメンバーは82名、3交代24時間体制で運営。うち、教師6名、セラピスト6名、看護師4名を置いている。スタッフはほぼ全員修士修了レベル。集中的な事前教育を受けて配置される。一般的施設のスタッフは臨床心理学的な教育を受けていない場合が多く、施設内でスーパーバイズすることは効果的でないため、外部からコンサルタントを招いている。寄宿舎を持つ施設は、寄宿舎担当のスタッフと臨床スタッフの連携がうまくいかないことが多いが、ここでは、臨床的スタッフの指示が優先されるため、系統的に混乱が少ない。また、スタッフ全員が臨床的に学生たちに関わっているのだという自覚を持つことが、円滑な施設運営の鍵である。この環境を作り上げるまでに3年かかったが、特にARCを導入したことは非常に有効であった。

2）ヴァンデアコークセンター／グレンハーヴンアカデミー

（The Van der Kolk Center, Glenhaven Academy）

（1）施設概要

ヴァンデアコーク博士の名前を頂くヴァンデアコークセンター／グレンハーヴンアカデミー

も JRI 傘下の居住型施設であり、複合的トラウマや精神疾患、行動障害をもつ青少年のための施設である。通常の学校機能以外に、トラウマやそこから生じたさまざまな心理的、行動上の問題についての査定とそれに基づく医学的、臨床心理学的治療、トレーニングプログラム、家族や地域への支援をおこなっている。本施設もトラウマセンターにコンサルテーションを受けつつ、さまざまなプログラムに ARC 理論を導入している。

この施設では、全米各地から入居者を受け入れており、現在、30名の青少年（男女）が在籍、76名のスタッフによって運営されている。（現在、入居希望者は4名、常時、2名～6名の待機者がいる。）入所者の24名がキャンパス内に居住し、残りはグループホームに居住している。社会福祉局の管轄下にあり、料金は学校と同じく、個人（入居者の家族）と行政によって運営されている。個人にかかる費用はマサチューセッツ州内の者は478ドル、それ以外からの入居者は509ドル（いずれも1日）となっている。

入居者は犯罪、非行、精神科入院歴などの背景を持つ。30名全員、昼間はアカデミーに登校する。学校内は共学だが宿舎は男女別となっている。また授業時も必要な時のみ男女混成でおこなうが、それ以外は分けられている。受入期間はほぼ11か月となっており、短期間で大きな改善がなされている。これは、スタッフのチームによる支援や地域の支援、関係機関との協力によるものが大きい。先のウォールデンと同様、学生の能力格差が大きいいため、個々の子どもに応じた教育計画のアレンジメントがなされ、それらに基づき、作業療法や音楽レッスンを受けるなど様々なプログラムが展開されている。ここでは主に職業訓練に重点が置かれている。本センターが参画している JRI のプログラムの目標が、安全性の確立、スキルの形成、悪い自己概念の変容におかれているので、それに合致した活動が推進されている。独立のための生活スキルの獲得にも力を入れており、自分でお金を貯め、予算を立て、収入に見合った買物をすることで良い習慣を作るプログラムも開始した。ボーイスカウト活動に参加したり、乗馬をしたり、といった活動を取り入れて、子どもの生活全体をノーマライズすることも重要である。全体のプログラムを通して言えることであるが、深刻なトラウマを受けた子どもにとって、状況が「予期できること」は非常に重要。翌日のスケジュールを明確に提示することで子どもは安定するので、そのための説明、情報提示は念入りにおこなっている。

（2）投薬を減らすためのサポート

在籍者30人のうち27人が何らかの医学的措置が必要な人達である（妊娠中の女子も1名いる）ため、看護師が5人配置されているが、子どもは往々にしてストレスを身体化し看護師のもとに来る。個々の子どもの問題が、身体的なものか心理的なものを査定するのが看護師の役目。また、糖尿病や精神病など、外部の診療所での治療が必要な者もいるため、そのための予約、引率なども看護師がおこなう。行動上の問題に対して投薬は最終手段とし、まずは医師と連携して投薬以外の対応を考え、すぐに薬を使うことは控えている。薬を使う場合は本人には持たせず、看護師がすべて管理する。入所直後は一時的に学生が荒れることがあるが、薬の使用は、そのような場合など、興奮状態を一時的に鎮静化させるのが主な目的であり、セルフコントロールができるなら薬は用いない。JRI に雇用されている医師が施設を巡回し、本施設のコンセプトと ARC を理解したうえで、投薬をできるだけ減らすことを目標に医学的処置をおこ



図4 ヴァンデアコークセンター

(左上：センター外観；右上：鎮静室（興奮時に感情制御のために入る部屋 内部が青色で統一されている）
左下：音楽療法室；右下：感覚を通した感情調節を学ぶためのプレイルーム（SMART ルーム）

なっている。そのために、入所1カ月後に受診者のレビューをおこない、その際に投薬チェックも実施し、精神と身体の両面から医療関係者が相談、協議して薬の量を検討していき、1カ月ごとに医師による投薬内容の見直しがおこなわれる。

(3) スタッフについて

臨床心理士は6名いるが、1人の臨床心理士に6人ずつ学生がついている。学生には、個人セラピーを最低週1回実施し、週2回はグループセラピーを受けさせる。また、6名の臨床心理士に加え、インターンが2名、博士後期課程修了後の学生1名がいる。うち1名はARCセラピストである。彼らは学生に対してのみならず、スタッフへのカウンセリングを実施し、問題行動を起こす学生への対応についてスーパービジョンや心理教育、スタッフトレーニングを実施し、ARCモデルの研修をおこなう。スタッフトレーニングとしては、30分～1時間の個人スーパービジョン、週1回2時間のスタッフトレーニングワークショップやグループスーパービジョンなどを継続して実施している。管理職はスタッフ全体のスーパーバイズをおこなう。さらに、毎月ヴァンデアコーク氏によるコンサルテーションが実施される。また、アクティビティ・ディレクターという役職があり、通常のプログラムの範囲を超えたユニークな行事についてのコーディネートをおこなう。例えば、プエルトリコ出身の少女の15歳の誕生日のために、プエルトリコの伝統に従った特別な儀式をおこなうための準備をしたり、スタッフが楽し

んで働けるような工夫（ゲーム的要素を取り入れる）などを適宜、計画実施している。

（４）居住部門について

宿舎にいる時は個々の教育計画をサポートするために寄宿舎のスタッフがチームに加わって対応する。学校から寄宿舎に戻ると学生は家事をして報酬を得ることができる。食事は学生たちが作り、責任を持たせて遂行することも大切なプログラムであり、それが安全に運営されるよう管理し見守るのがスタッフの役割。ただし、アカデミーが男女共学であるということもあり、各階の往来の中心部には監視員がデスクを置いて常駐し、寄宿舎内への外部からの侵入、入居者の所在などの監視を徹底しており、安全面についての配慮がなされている。

寄宿舎のスタッフは、自己ケアやセルフコントロールのできない子への基本的生活習慣の形成もおこなう。さまざまな学生の反応への対処の仕方を寄宿舎スタッフも十分学んでいるので、子どもとの信頼関係ができてくると、自ずとよい人間関係が形成されるが（愛着形成）、そのことが学生たちの安全感や社会全体への信頼感をいっそう高めることにつながり、徐々に生活が改善していくという良い循環が生まれる。このように、寄宿舎における生活部分もトラウマケアのプログラムの一つという観点で展開しており、また、そのためのスタッフ教育と安全管理を徹底している。

両施設を見学し、ARC 理論を実践していくうえで居住型施設が有効であることがよく理解できた。しかし、日本でここまで十分な数のスタッフを揃えた手厚い支援体制が作れるかという点と困難さを覚えずにはいられない。学生にかかる費用も大きいため、実際に入所できる層は限定されていると思われる。とは言え、どんなに立派な理論や研究であっても、臨床という観点からみれば、実際に機能しなければ意味がない。その意味ではヴァンデアコーク氏の研究成果はトラウマセンターの活動を通して、広く全米各地の施設においてトラウマの治療や対応に活用されている。この緩やかな連携体制によって、層の厚い一貫したケアが各施設の個性や独自性を保ちながら展開されている点が見事であると感じた。

7. 最後に

短期間の研修ではあったが、トラウマセンターを中心に ARC 理論とその背景となる脳科学の知見を学び、ARC を導入した施設を見学するなど、子どもの複合的トラウマ治療についての最新の動向を知ることができた。筆者は特にトラウマ治療については、心身を含めた統合的アプローチが必要であると考えてきたが、ARC は技法を超えたアプローチを支える基盤となりうる。個々の概念は目新しいものではないが、それらをトラウマ治療の観点からボトムアップ的に体系づけて構成した点に価値がある。ARC を用いてのコンサルテーションは、今後、大学の心理相談室などでも実施できる可能性があると思われる。また、本稿では扱えなかったが ARC に基づく「親と子の相互作用セラピー（PCIT）」も養育者の具体的な行動改善のためのプログラムであり、こちらも心理相談室で実施可能な子育て支援の一つとして有効であるので、機会があれば紹介したい。

私事ではあるが、本研修中に日本では東日本大震災が発生し、筆者は米国でこの大災害を知ることになった。日本においてトラウマへの対応がさらに求められるこの時期に最新のトラウ

マ治療実践について学んだことに意義と使命感を感じている。今後の臨床活動にこの学びを活かしていきたい。なお、その後、ヴァンデアコーク氏は放射能を恐れて来日を敬遠する人が多い中、5月に被災者支援のために来日し、無償で講演活動をされたが、それもこの研修が契機となった。感謝とともに付記しておきたい。

引用・参考文献

- Blaustein, M. E. Kinniburgh, K. M. 2010 *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents; How to Foster Resilience through Attachment, Self-regulation, and Competency*: The Guilford Press. New York.
- Emerson, D. & Hopper, E 2011 *Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body*, North Atlantic Books.
- 西川隆 2008 PTSDと解離性障害にみる記憶と自己の多重性（甘利俊一監修、加藤忠史編『シリーズ脳科学6 精神の脳科学』第8章） 東京大学出版会
- ヴァンデアコーク, B. A. 他 2001 *トラウマティック・ストレス—PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて—*（西澤哲監訳）誠信書房（van der Kolk. B. A., McFarlane, A. C., and Wrisaeth, L., 1996 *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. The Guilford Press, New York.）
- ロスチャイルド, B. 2009 PTSDとトラウマの心理療法 多彩なアプローチの統合による実践事例（久保隆司訳）創元社（Rothschild, B. 2003 *The Body Remembers Casebook: Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD*, W.W.Norton&Company, Inc.）

注

- ¹ トラウマ治療では単回性トラウマと複合的トラウマを区別する。前者は自然災害や事故、犯罪など突発的被害後のPTSD症状を指すが、後者は保護者からの虐待、ネグレクトなど長期間にわたり慢性的に外傷体験を受けた場合を指し、人格形成や対人関係に問題がみられ、発達障がいの症状がみられることもある。
- ² EMDR: Eye Movement, Desensitization and Reprocessing（眼球運動による脱感作と再処理法）はShapiro, F.により開発された身体にアクセスする統合的短期療法である。眼球運動などの両側性刺激が情報処理システムを再調整しトラウマ記憶の統合を促進するとしているが、まだ治療メカニズムは解明されていない。
- ³ van der Kolk (2001) より引用
- ⁴ 図2は *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents* (2010) によるが、今回の研修(2011)では「発達に沿った課題」の横長の積み木が2段目と3段目の間に横断する形で加わりARCは計11個の要素で構成される形に修正が加えられていた。本稿は研修での修正版に従って解説している。
- ⁵ 弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT) は、米国ワシントン大学のマーシャ M. リネハン (Marsha M. Linehan) により開発された、境界性パーソナリティ障害の繰り返される行動化に有効とされる包括的な認知行動療法である。DBTの基本原理は「弁証法」であり、問題行動に対して変化を促す行動療法の技法を用いるとともに、問題行動を引き起こす葛藤場面での受容に焦点を当てる。セラピストは温かく誠実で共感的な「相互的コミュニケーションスタイル」とその逆の「非礼なコミュニケーションスタイル」のバランスをとって進める。中核的スキルとしてマインドフルネスを想定する。

（原稿受理 2011年9月20日）