



# 子どものトラウマとアセスメント

亀岡 智美

子どものトラウマを適切にアセスメントすることは、その後の治療方針を立てる上で必要不可欠なものである。子どものアセスメントは、子どもが安心できる環境で実施し、次のような点に留意することが必要である。すなわち、①トラウマの重篤度とタイプの評価 ②複合的な障害の評価 ③子どもの行動評価 ④家族の評価 ⑤機能状態 ⑥年齢と発達段階による差異 ⑦危険因子と保護因子、などである。欧米のガイドラインでは、信頼性・妥当性が検証されたさまざまな評価尺度が紹介されているが、実際の使用にあたっては、個別的な配慮が必要である。また、臨床家によるアセスメントの際には、事前に十分な心理教育を実施し、個々の子どもに応じた具体的な質問をすることが推奨されている。

**Key Words** 子ども, 青年, トラウマ, アセスメント, 評価尺度

## はじめに

子ども期のトラウマティック・イベントへの曝露体験（トラウマ体験）は、従来考えられていた以上に頻回なものであることが、いくつかの疫学調査から判明しており<sup>11)</sup>、子どものトラウマケアは、まさに、公衆衛生上の課題であると言っても過言ではない。さらに、トラウマ体験後に何らかの症状を示す子どもは、その後の人生においてさらにトラウマを体験するリスクが高まり、曝露回数が増えるに従って、心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）のみならず不安障害や気分障害など、将来の精神疾患や社会生活へのリスクが高まることも明らかになった<sup>8)</sup>。すなわち、子どものPTSD関連障害が未治療のまま放置されると、子どもの認知機能やパーソナリティスタイル、自己評価や衝動コントロールなどに悪影響を及ぼし、子どもの発達を阻害する要因となりうるのである。このため、子ども期

のトラウマケアは、単に子どもだけの問題ではなく、成人の精神健康を考える上でも非常に重要なものであるといえる<sup>5)</sup>。

一方、子どものトラウマケアのためには、子どもがどのようなトラウマを体験し、どのような反応や病態を示しているのかについて、適切なアセスメントが不可欠であることはいうまでもない。

しかし、子どものアセスメントにはさまざまな困難が伴う。その理由の1つは、トラウマに対する子どもの心理的反応や年齢・性差による違いが、まだ十分に解明されているとは言い難いということである<sup>5)</sup>。現在使用されているDSM-IVやICD-10におけるPTSDの診断基準には、発達段階による症状の差異が十分反映されておらず、そのために子どものPTSD有病率が過小評価されていると考えられている<sup>16)</sup>。2つ目の理由として、PTSDが均一な病態ではないということが挙げられる。トラウマを体験した子どもがしばしばPTSD以外の症状を示す場合があるし、他の疾患であると診断された子どもがトラウマ体験を有している、あるいは、PTSDを合併することがある

からである。また、PTSD 症状が、誤って他の疾患の症状と評価される可能性についても指摘されている<sup>2)</sup>。さらに、同じ子どもであっても成長とともに状態像が変化してくることがあるため、子どものアセスメントは適宜再評価が必要である。

このような現状を踏まえつつ、ここでは、現段階で推奨されている子どものアセスメントについて概観し、子どものトラウマケアにどのように生かすことができるのかを考えてみたい。

## 子どものアセスメントの際に 留意すべき要素

子どもは成人に比べて環境への依存度が高く、年齢ごとに乗り越えるべき発達課題を有する。それだけに、アセスメントの際には子どもの発達段階や周囲の環境との関係を十分に考慮する必要があることは言うまでもない。以下に、国際トラウマティック・ストレス学会 (International Society for Traumatic Stress Studies: ISTSS)<sup>5)</sup>、米国児童青年精神医学会 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: AACAP)<sup>2)</sup>、英国・国立医療技術評価機構 (National Institute for Clinical Excellence: NICE)<sup>13)</sup>などが発行する子どもの PTSD に関する治療ガイドラインに挙げられている留意点を中心に紹介する。

### 1. トラウマの重篤度とタイプの評価

子どもが体験したトラウマのタイプ・特性・曝露期間を知ることは、成人の場合と同様にアセスメントの基本である。また、トラウマ関連症状の重篤度は曝露のレベルや回数と相関することが知られている。

PTSD の A 項目 (DSM-IV) を満たすための根拠としては、子ども自身の報告・警察など第三者からの確かな情報・明らかにトラウマと関連した症状 (年少児の性感染症など) の存在などが必要であるとされているが、上記3つのガイドラインは、子ども自身から直接トラウマ体験や PTSD 関連症状について聴取することが重要であるとしている。すなわち、子どもがトラウマ体験について語っていないのに、PTSD 関連症状が認められるというだけで、トラウマ体験があったと見なす

ことは戒められている。どのガイドラインもこの点を強調しているということは、従来周囲の大人からの情報収集のみで子どものトラウマをアセスメントする傾向があったことの証であり、反省すべき点である。

また先述のように、PTSD は不均一な病態であるため、AACAP では、トラウマ体験を主訴に含まないケースについても、子どもの最初の心理アセスメントの際には、トラウマ体験の有無と PTSD 症状についてスクリーニングすることを推奨している<sup>2)</sup>。

一方、子ども期の性的虐待体験は、さまざまなタイプのトラウマの中でも、もっとも予後が悪い指標とされている。PTSD だけではなく、青年期や成人期の物質乱用・素行障害・うつ・自殺・危険な性行動なども関連が強いとされている<sup>9)</sup>だけに、慎重にアセスメントし治療につなげていくことが必要となる。

### 2. 複合的な障害の評価

成人と同様に子どもの PTSD では、併存障害が多い。高率に認められる併存症状は、不安・うつ・身体化・学習上の問題・反抗的態度・素行障害などである<sup>5)</sup>。

また、子ども期の被虐待例のように、早期に複合的なトラウマに曝露された場合などは、いわゆる「複雑性 PTSD」のような病像を呈する。「複雑性 PTSD」は、現在の PTSD 診断基準には適切に反映されていないが、一般に重篤な PTSD 症状を有するケースの場合、身体面・感情面・認知面・対人機能などにおける調節障害を示すことが多いことはよく知られている。そのため、感情の調節障害の側面から双極性障害と誤診されてしまうこともある。一方、本来の双極性障害と診断されたケースの中にも、トラウマの既往があるケースが含まれている可能性はある<sup>2)</sup>。従って、一見 PTSD 症状とは関連しないと思われるような症例であっても、トラウマ体験の既往がないかどうかには注意する必要がある。

先述のように、子どもの場合は年齢によっても症状の表出の仕方が異なる。その上に、広範囲な症状を呈する子どもの診断は困難であるが、診断

に確信が持てない場合は、とりあえず留保し、再評価をし続けていく姿勢が望まれる。

### 3. 子どもの行動の評価

子どもの行動をアセスメントする際には、評価者自身が臨床の場で、子どもの行動評価をすることが重要であることは言うまでもない。さらに、子どもの行動評価はいくつかの場面でなされるべきであるため、複数の人からの情報収集が望ましい。

子どもが、従来考えられていた以上に自身の内的状態を適切に報告することができることは、臨床経験からも実感するところであるが、一方、自分の行動についての報告は実態と異なっていることがしばしばある。逆に大人は、子どもの内的な苦悩を過少評価する傾向があるが、子どもの行動は概ね正確に報告できるとされている<sup>5)</sup>。従って、子どもの行動を適切にアセスメントするためには、子ども本人と周囲の大人からの情報収集が必要となる。この際、子どもと養育者の評価にあまりにも大きなギャップがある場合は、家族機能の何らかの脆弱性を示していると推測することができる<sup>9)</sup>。

### 4. 家族の評価

一般的に、養育者の適応度や精神健康は、子どもの治療の方向性を左右する重要な指標であると考えられるため、子どもをアセスメントする際には、主たる養育者（特に母親）の精神健康状態や適応度を同時にアセスメントすることが推奨されている。たとえば、抑うつ的な養育者は、子どもへの情緒的応答性が損なわれるため、治療への協力度は低下することが予想される<sup>5)</sup>。また、現在の家族の状態が安全なのかどうか、社会的なサポートが得られる状態にあるのかどうかも重要な要素である。この際、養育者自身の生育歴やトラウマ体験が問題になる場合もある。養育者も子どもとともにトラウマを体験している場合や、安全でない家庭に育った養育者は、わが子に安全を提供することがより困難になるし、養育者の過去の未解決なトラウマ体験の記憶が、子どもの行動や反応によって活性化される可能性があるからである<sup>9)</sup>。

### 5. 機能状態

ISTSSのガイドラインでは、子どもの社会性や行動面の機能評価をすべきであるとしている。この際留意すべきは、トラウマ体験の直後にはさまざまな反応が認められても必ずしも機能障害とはいえないことや、逆に、症状がないからといって苦痛や機能障害がないわけではないということである。特に、一見無症状に見える状態の背後に回避や解離が存在していることがあるため、注意が必要である<sup>5)</sup>。

たとえば、トラウマ体験後に情緒不安定になり時々大泣きしたり、落ち着きがなくなりイライラ感が増したりしている子どもでも、親子関係が良好に保たれており、学校生活への適応に大きな変化が認められない場合は、しばらく経過観察としてもよいかもしれない。一方、ショッキングなできごとに対してほとんど反応を示さず一見無症状であるように思われる子どもが、不登校やひきこもり状態に陥っている場合は、何らかの治療的介入が検討されるべきである。

このように、症状によって子どもが日常生活にどの程度の支障をきたしているか、トラウマ体験前後で子どもの適応度がどの程度変化しているか、などを適切にアセスメントすることは、治療方針を考える上でも重要なことである。

### 6. 年齢と発達段階による差異

子どもを適切にアセスメントするためには、子どもの年齢によるトラウマ反応や症状の現れ方の差異を十分理解しておくことが必要である。

たとえば一般に、子どもの年齢が低いと、身体症状や行動上の問題として表出されやすく、解離・麻痺症状は表出が困難な傾向がある。再体験症状は、ポストトラウマティック・プレイや再演として表出されることがあり、悪夢はトラウマ体験と関連しないはっきりとした内容のない恐ろしい夢となる場合がある<sup>3)</sup>。

幼児期には、発達の退行や分離不安などが多く、児童期には、注意集中困難や学習上の問題・攻撃的な行動や反抗などが前景となることがある。青年期には、物質乱用や逸脱行動などとして表出されることがあり、「夜遅くまで〇〇をしていて寝

ない」や夜遊びの背景に睡眠障害が隠されていることもある<sup>14)</sup>。

一方、自記式質問紙などの評価尺度を使用する際には、子どもが正しく質問の意図を理解しているかどうか配慮する必要がある。場合によっては、子どもの年齢に応じた補足をしたり、質問を読み上げたりするような工夫が必要になることもある。現在使用されている5歳以下の子どものスクリーニング尺度は、ほとんど養育者が記入する形式になっている<sup>5)</sup>。

## 7. 危険因子 (risk factor) と保護因子 (resilience factor)

子どものトラウマ反応や回復に影響を与える危険因子として、女性・先行するトラウマ体験・すでに存在する精神病理（特に不安障害）・社会的サポートの欠如・家族要員の変化・親の喪失などが挙げられている。子どものトラウマ・アセスメントには、これらの危険因子の有無についての質問が含まれていることが望ましいとされている<sup>5)</sup>。2004年のスマトラ沖地震による津波後にタイで実施された子どものスクリーニングでは、現在認められる症状よりもトラウマ関連の体験（避難の遅れ、自分や家族の命の危険を感じた体験など）が、将来のPTSD発症を正確に予測したという報告もある。また、自然災害の場合は、被災シーンの長時間の視聴・極端なパニック症状の存在なども、PTSD関連障害の発症と関係しているとされている<sup>17)</sup>。

逆に、両親のサポートがしっかりあることや、両親のPTSD関連症状が少ないことは保護因子として挙げられている。もちろん最近では、「posttraumatic growth」や「adversarial growth」など、トラウマ体験を乗り越えて成長する例についての報告もなされているが、子どもに関してはさらなる研究が待たれるところである<sup>5)</sup>。

### 評価尺度の活用

まもなく発行される米国精神医学会によるDSM-Vでは、子どものトラウマ関連障害の診断基準が変更される予定である。すなわち、「トラウマとストレス関連障害」のカテゴリに「反応

性愛着障害」が含まれることになり、PTSDのサブタイプとして「就学前児のPTSD」診断基準が挙げられる予定である。これらの修正により、特に、就学前の子どものPTSDの診断率が上がることが期待されているのだが<sup>16)</sup>、ここではこれらの問題をひとまず脇に置き、概ね成人のPTSD診断基準で診断が可能とされている7、8歳以上の子どもの念頭に考えてみたい。

トラウマ体験の有無やPTSD関連症状を漏れなく非誘導的に調査するために、さまざまな評価尺度が使用されている。簡便なものとして自記式質問紙などが、特に大規模災害後のスクリーニングや疫学調査の際には用いられているが、使用の際には対人的・社会的・文化的な脈絡を考慮することが重要であるといわれている。また、唯一無二の評価尺度は存在しないし、臨床家の診断に勝るものではないとされている<sup>5)</sup>。

一方、臨床場面でも評価尺度は有用である。しかし、臨床におけるアセスメントでは、治療につながる、より多くの情報を収集する必要があるため、自記式質問紙であっても、面接方式でなされることが望ましい。

子どもが自分自身を表現しても安全だと感じられる環境を提供することも重要である。たとえば、年少の子どもは養育者と分離されると不安になるかもしれないし、青年期であれば養育者と別々の方が正確な回答が得られるかもしれない。この辺りは、個々のケースによって親子関係や家族の事情などを考慮しながら、子ども本人の意向を尊重することが大切である。

質問紙に回答する際の子どもの態度も重要な情報である。たとえば、回答中にずっとこわばった態度を示したり、落ち着きをなくす子どもは、恐怖のために正しい回答ができないのかもしれない。ポーっとしたり集中力を欠いているように見える子どもは、解離や麻痺のために結果として低い得点を示すかもしれない。回答に逡巡している子どもは、自責感にさいなまれているかもしれない。いくつかの質問に対して、「しらけた」あるいは「むかつく」などの態度を示しながら無回答だった場合、その質問の周辺にながしかの所見が存在することはほぼ確実である。このように、

回答用紙ではなく、子どもの態度そのものが「回答」となっている場合も少なくない。これらの所見は、その場でタイムリーに指摘してこそ子どもと共有できるのであり、面接者がこれらの反応も含めてトラウマに関して熟知しているというメッセージを伝えることができれば、アセスメントと心理教育が同時並行的に進行することになる。さらに、このような関わりは、子どもが新たな事実を開示するきっかけになることもある<sup>9)</sup>。

現在、子どものトラウマ曝露体験や PTSD 症状をアセスメントする自記式質問紙や、構造化／半構造化面接の開発も進んでおり、信頼性と妥当性が検証された評価尺度のリストが、ISTSS ガイドラインなどから公表されている<sup>5, 10)</sup>。このうち、自記式質問紙では、UCLA PTSD Reaction Index for DSM-IV (UPID)<sup>1)</sup>、Impact of Event Scale-Revised (IES-R)<sup>4)</sup>、Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)<sup>6)</sup>、Child Behavior Checklist (CBCL、保護者などの評価)<sup>12)</sup> などが、構造化・半構造化面接として、Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)<sup>15)</sup> などが、日本語でも利用可能である。

## 臨床家による評価

PTSD 関連障害の診断は、他の疾患と同様に、最終的には臨床家の面接や診察によってなされ、症状の重篤度や機能障害の程度の評価とともに、治療方針が決定される。しかし、PTSD 関連障害のアセスメントには、他の病態の心理評価や精神医学的評価とは異なる困難が指摘されている。なぜなら、子どもの PTSD 関連症状は、従来の面接・診察方法ではアセスメントしがたいからである。

その理由の1つは、PTSD 関連症状が一般の人たちにはあまり知られていないことである。特に、トラウマ体験の恐怖が般化するということや、子どもが解離している時の様子、未来の短縮感などについて知っている人はあまりおらず、そのために、一般的に症状の有無を問うような方法では、子どもや養育者が何を尋ねられているのかわからず、症状が過小評価されてしまうのである<sup>2)</sup>。

理由の2つ目は、PTSD 症状の1つである「回

避症状」の存在である。子どもは、「トラウマに関連する考えや感情、会話を避けよう」としたり、さらには、トラウマ体験についての「重要な場面を思い出すことができない」などの症状によって、トラウマ体験について語りたがらなくなる、あるいは、語れなくなる。すなわち、回避症状が重篤であればあるほど、PTSD 関連症状全体が過小評価されるという矛盾がおこる<sup>2)</sup>。

一方、養育者自身が子どもの状態に気づいていない場合は、子どものトラウマ体験や症状の存在を否認（養育者自身が加害者である場合などは故意の否認であるが）する場合もある<sup>2)</sup>。

これらの困難を克服するために、AACAP では、アセスメントの際には、本人と養育者に対して十分な心理教育をすることと、それぞれの子どもの状態に応じた具体的な質問をすることを推奨している。

## 1. 十分な心理教育

トラウマ体験は不当で理不尽なものであるだけに、それを体験した子どもは、強いショックを受け、自分自身に何が起きているのかわからず混乱していることが多い。自責感が強い場合は、自分に起こったできごとや内的体験を率直に表出することができない。また、複雑な PTSD 関連症状について、何を尋ねられているのかわからないこともある。それだけに、適切なアセスメントのためには、十分な心理教育が不可欠である。

心理教育とは、トラウマについての正しい知識や情報を伝え、トラウマによってもたらされるさまざまな問題に対処できる力を育てるためのものである。トラウマ体験とはどういうできごとなのか、それによってどのような反応が起こりうるのかを知り、その反応が「ひどい体験をした後には誰にでも起こる自然な反応」であることを学んでいくうちに、子どもは自己効力感を回復し、自らの状態を適切に伝えることができるようになる。

身体外傷の場合、子どもが心を閉ざしていても傷のアセスメントはある程度可能かもしれないが、トラウマ（心的外傷）の場合、それは絶対にあり得ない。子どものトラウマの適切なアセスメントは、子どもが自ら傷を指し示し、それを評価

者と共有することによって初めて成り立つものである。その意味で、アセスメントはすでに治療の第一歩である。

## 2. それぞれの子どもに応じた具体的な質問

子どもの場合、PTSD 症状の中でも、特に、再体験症状と回避症状は、一般的な質問をするだけでは、何を尋ねられているのかわからず、「そんな症状はない」と回答することが多い。たとえば、「何かのきっかけでそのことを思い出すと、怖くなったりのいやな気持ちになりますか？」のような質問よりも、「以前住んでたおうち（そのできごとが起こった場所）に行ったら、いやな気分になる？」など、個別の事情に合わせた質問の方が、子どもは答えやすい<sup>2)</sup>。そして、いったん、個別の質問がその子どもにうまく適合すれば、驚くほどいろいろな症状について語ってくれる子どももいる。このような子に、「さっき一般的な質問をした時、なぜ『ない』と答えたの？」と聞いてみると、「だって、どんなふうに言えばいいかわからなかったから」とか、「そんなこと起こるはずがないと思ってたから」とか、「本当のことを言ってもいいかどうかかわからなかったから」など、子どもの混乱ぶりや自責感が透けて見える答えが返ってくることもある。

一方、個別的具体的な質問をすると、「どうして知ってるの？」と目を丸くして逆に問い返してくる子どももいる。このような場合、「だって、ここにはそんな症状があるっていう子がたくさん来るから」とか、「同じようなことが起きているという子に会ったことがあるから」と返答すると、アセスメントがタイムリーな心理教育に早変わりする。

しかし、このような面接法は、従来の「子どもを誘導しない」方法とは逆のスタイルであり、違和感を抱く人もいるだろう。実際の臨床場面で実施していて、自分でも「今のは誘導に当たらないか」と不安になるきわどい瞬間が時々ある。このような誘導を避けるために、AACAP のガイドラインでは、トラウマ体験の開始時期や頻度、期間などについての詳細を子どもに尋ねるように推奨している<sup>2)</sup>。また、子どもの主観的体験をより具

体的に聴取することで、子どもの回答の信頼性を確認することができる。

## おわりに

子どものトラウマ関連障害の臨床においては、トラウマのアセスメントがややもすると軽視されているように感じる。一方には、「傷のかさぶたを引きはがすような行為はかえって子どもを傷つけてしまう」と心配し、子どもからトラウマ体験について聴取することを躊躇する人たちがいる。他方には、トラウマ体験があるというだけで、すぐさま何らかの形でそれを表出させようとする人たちがいる。アセスメントのためにトラウマ体験について聴取することと、治療プログラムの中で語る（表出する）ことが混同されていることもある。トラウマのアセスメントをせずに放置することも、アセスメントを無視して闇雲に傷をつき回すことも、本人の回復意欲を奪ってしまう行為であろう。子どものトラウマ治療の第一選択として推奨されている TF-CBT (Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy) では、トラウマの全容が明らかにならない段階で、認知を修正するような治療を開始することを厳禁している<sup>7)</sup>。

一方、本文で述べたように、配慮された状況でなされるアセスメントは、すでに治療の第一段階となりうる。臨床で出会う重症でリスクの高い、周囲のサポート機能が脆弱なケースほど、継続して治療を続けることが困難な場合が多い。それだけに、最初のコンタクトの段階から、アセスメントと治療の過程が継ぎ目なく進んでいくことが望ましいと思われる<sup>9)</sup>。

## 文 献

- 1) 明石加代：子どもの心理アセスメント．日本心理臨床学会監修：危機への心理支援学．遠見書房，東京，2010.
- 2) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. www.aacap.org. 2009.
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edi-

- tion, (Text Revision). American Psychiatric Association, Washington D. C., 2000. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳: DSM- IV -TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院, 東京, 2004.)
- 4) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al.: Reliability and validity of Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J); for studies on different traumatic events. *J. of Nervous and Mental Disease*, 190; 175-182, 2002.
  - 5) Balaban, V.: *Assessment of Children*. (ed.), Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., et al.: *Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Second Ed. Guilford Press, New York, 62-80, 2009.
  - 6) Briere, J.: *Trauma Symptom Inventory Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL., 1995. (西澤哲訳: 子ども用トラウマ症状チェックリスト (TSCC) 専門家のためのマニュアル. 金剛出版, 東京, 2009.)
  - 7) Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E.: *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. Guilford Press, New York, 2006.
  - 8) Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., et al.: Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch. Gen. Psychiatry*, 64; 577-584. 2007.
  - 9) Friedlich, W. N.: *Children with Sexual Behavior Problems; Family-Based Attachment-Focused Therapy*. W. W. Norton & Company, Inc., New York, 2007.
  - 10) 亀岡智美, 元村直靖, 瀧野揚三ほか: 子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成 21 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書 (245-257). (主任研究者: 奥山真紀子「子どもの心の診療に関する診療体制確保, 専門の人材育成に関する研究」). 2010.
  - 11) Konen, K. C., Roberts, A. R., Stone, D. M., et al.: *The epidemiology of early childhood trauma*. (ed.), Lanius, R. A., Vermetten, E., Pain, C.: *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease*. Cambridge University Press, New York, 13-24, 2010.
  - 12) 中田洋二郎, 上林靖子, 福井知美他: 幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の標準化の試み. *小児の精神と神経*. 39; 317-322, 1999.
  - 13) National Institute for Clinical Excellence: *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), 2005.
  - 14) National Child Traumatic Stress Network: *Childhood trauma*. [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org), 2004.
  - 15) Newman, E., Weathers, F. W., Nader, K., et al.: *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*. Western Psychological Services, Los Angeles, 2004.
  - 16) Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., et al.: Diagnosing PTSD in early childhood; an empirical assessment of four approaches. *J. Traumatic Stress*, 25; 359-367, 2012.
  - 17) Thienkrua, W., Cardozo, B. L., Chakkraband, M. L. S., et al.: Symptom of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in Southern Thailand. *JAMA*, 296; 549-559, 2006.

## Assessment for Trauma in Childhood and Adolescents

Satomi Kameoka

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Issues about posttrauma children and adolescents psychological assessments are very important for appropriate treatments. This articles reviewed factors in designing assessments from some guidelines edited by International Society for Traumatic Stress Studies, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, National Institute for Clinical Excellence.

**Key words** children, adolescents, trauma, assessment, assessment instrument

Address: 1-3-2, Wakinohama-Kaigandori, Chuo-ku, Kobe, 651-0073 Japan