

ネグレクトと反抗挑戦性障害の関連性を示唆する論文がいくつか報告されている。Kendall-Tackett ら²¹⁾は、ネグレクトを受けている 324 人の子どもを対象として、ネグレクトと虐待が学校上の問題に与える影響を検討した。ネグレクトを受けていた子どもでは、成績不良、停学、学校の規則違反、留年が多く認められた。ネグレクトに身体的あるいは性的虐待が合併しているときには、規則違反と留年がより多く認められた。Tamplin ら²²⁾は、大うつ病の思春期患者 61 人を対象に、家族機能を検討した。患者群では、家族機能や家族の健康度はコントロール群に比べて有意に低かった。さらに、患者群では、家族機能が低い場合、患者に反抗挑戦性障害が見られやすいという特徴が見られた。

一方、行為障害との関連では、Jouriles ら²³⁾は、夫婦間の争いが耐えない家庭の子ども 45 人とその母親を対象として、両親の養育態度と子どもの問題行動の関連性を検討した。子どもの前で争いをよくしている両親は、子どもに対して攻撃的な対応をすることが多かった。両親から攻撃的な対応をされている子どもでは、注意力障害、不安、引きこもり、多動、行為障害が多く認められた。このことから、夫婦間に問題があると子どもに行動面の問題が多いのは、両親の攻撃的な養育態度が関係していると思われる。Fergusson ら²⁴⁾は、小児期の身体的虐待と 18 歳時の不適応状況の関連性について検討した。小児期に体罰や身体的虐待を受けたという青年では、反抗、暴力的行為、アルコール・薬物乱用、そして、精神的な問題が多く認められた。Kaplan ら²⁵⁾は、思春期における身体的虐待が、単独でその後の精神障害の危険因子となりうるかどうかを検討した。対象は、身体的虐待を受けた 12~18 歳の 99 人の思春期児童であった。結果、身体的虐待があることで、大うつ病、気分変調症、行為障害、薬物乱用、喫煙の問題の生涯にわたる危険度が有意に増加していた。身体的虐待は、また、思春期におけ単極うつ病、崩壊性行動障害、喫煙とも有意に関連していた。

明確な犯罪との関係では、Maxfield ら²⁶⁾が、1967 年から 1971 年にかけて小児期に虐待やネグレクトで登録された子ども 908 人を前方視的に検討している。追跡年数は 22~26 年間であり、調査時の対象群の平均年齢は 32.5 歳であった。対象群では、交通違反以外の違法行為で逮捕されていた

ものが 49%、暴力的な犯罪で逮捕されていたものが 18%であった。身体的虐待とネグレクトを併せ持つ場合、暴力で逮捕される傾向が強かった。

被虐待体験を持つ子ども達が、なぜ自身も反社会的になっていくのかに関して、Johnson ら²⁷⁾は、麻薬乱用の両親とその子どもを対象として説明している。親が麻薬を常習している家庭においては、次のようなことが起こっている。子どもというのは、一般的に、大人のすることに注意を払うよう教えられるが、そうした家庭では、大人は悪いモデルしか示さず、通常の関わりがほとんどない。そこでは、家族員と深い気持ちのつながりを持つように子どもは要請もされないし、また子どもがそうしたくてもできることもなく、親からの愛情を受け取るとはほとんどない。大人達は、危険から子ども達を守ることもしないどころか、しばしば、大人達が危険の源となる。こうした養育状況で、子ども達の反社会性が育てられ、早期からの非行が育てられ、最終的には犯罪、麻薬常習、売春などに発展していくというのである。

以上、被虐待体験があった場合、成人までにその約 50%前後は軽犯罪を犯し、約 20%前後が暴力的犯罪を犯す危険性があることがうかがわれた。結局、被虐待体験は、その後の反抗挑戦性障害・行為障害・犯罪と密接な関連を持つと言えると思われる。

全体を通してみると、以下のように考えられると思われる。虐待された子どもは乱暴で暴力的になってしまうのかどうかについては、虐待された子どもが全て暴力的になる訳ではないとして、慎重に結論づけるべきだとする意見もあるが(Widom²⁸⁾²⁹⁾、報告されている論文は虐待とその後の崩壊性行動障害の間にかかなりの関連性を見いだしているものがほとんどである。むしろ、関連性を認めない、とする論文が皆無であることを考えるならば、両者の間につながりがあることは確かなことのように思われる。

B. 子ども虐待のタイプによって、生じる崩壊性行動障害に違いがあるか

虐待のタイプによって、生じる崩壊性行動障害のタイプにある程度違いがある可能性を示唆する論文が多い。それらは、すでに述べた Famularo ら⁹⁾、Truscott ら¹¹⁾、Kendall-Tackett ら²¹⁾、

Tamplin ら²²⁾の報告に示されている。その他、Widom ら³⁰⁾は、小児期に性的虐待を受けた子どもの経過を、それ以外の虐待の子どもと比較検討している。小児期に性的虐待を受けた子どもでは、それ以外の虐待を受けた子どもと比べ、小児期では家出、成人になってから強姦や売春などの性的犯罪が多く認められた。一方、全体的な非行や犯罪の頻度には差が認められなかったという。

以上より、身体的虐待とその後の暴力・暴力的犯罪の関連性、および、性的虐待とその後の家出・性的逸脱行為・性犯罪の関連性にはかなり強いものがあると言ってよいと思われる。また、ネグレクトの場合、規則違反やちょっとした非行など、反抗挑戦性障害と関連性がある可能性も考えられると思われた。

C. 子ども虐待の程度・時期によって、生じる崩壊性行動障害に違いがあるか

この問題を主として論じている研究論文はほとんど見られなかった。

虐待の程度との関係では、Whitmore ら⁵⁾が、ADHD 群において、多動や攻撃性の程度と小児期の虐待の程度の間に関連性は認められなかったと報告している。しかし、この場合取り上げられている問題が ADHD だけのため、この結果をそのまま他の崩壊性行動障害に当てはめることはできない。

虐待の時期との関連では、Glod ら¹⁷⁾が、年少児期に虐待された子どもでは、その後、PTSD と多動が出現する危険性が有意に高かったと報告している。これも、一つの調査研究だけで結論を出すことはできないであろう。

D. 子ども虐待を背景要因とした崩壊性行動障害への有効な対応方法はあるか

注意欠陥／多動障害に対する薬物療法を除けば、有効な対応方法に関する論文は極めて少ない。Luiselli²⁹⁾は、行動療法的な対応で効果があった症例の事例報告をしている。身体的虐待の既往がある14歳男児の攻撃的で破壊的な行動に対して、学校場面における行動の機能分析、それに基づく行動変容プログラムを行い有効であったという。Jellinek ら³²⁾は、重篤な虐待を受けて施設収容になった206人の子どもの追跡調査を行い、虐待の再発や非行の頻度が有意に低かったのは、永続的に収容されていた子ども達であったと報告してい

る。

Zigler ら³³⁾は、こうした状況に対して次のように述べている。非行（行為障害）を予防する早期介入のプログラムで、成功したものはこれまでのところほとんどない。その理由として、非行の背景にいろいろな要因が関係していることがあげられる。そうしたプログラムの中で、ある程度の効果を認めているものは、子どもが関係している多くの社会の中で、その社会における本人の有能感を高めるような生態学的アプローチ方法である。刑法に頼るのではなく、学校や対人関係における成功体験など、本人が関与している対人システムの中でうまくやれているという思いを本人に持たせるような対応方法が有効である。このことは、Luiselli²⁹⁾が学校で行動の機能分析を行い成功したことにつながる指摘と思われる。

以上、有効な対応方法の開発は、まだこれから先の研究に待たなければならない状況と思われるが、対応の基本的方向は、問題行動が起こっている場において、そこにいる他の人達との関係の中で問題行動の意味を考えた対応を行うことと、その場において本人が達成感を得られるような働きかけをすることの2方向であると思われた。

5. 結論

(1) 被虐待体験とその後の注意欠陥／多動障害、外在性障害、反抗挑戦性障害、行為障害、犯罪の間には密接な関連があると思われた。被虐待体験があった場合、成人までにその約50%前後は軽犯罪を犯し、約20%前後が暴力的犯罪を犯す危険性があることがうかがわれた。

(2) 虐待のタイプによりその後出現しやすい崩壊性行動障害のタイプがあると思われた。それは、身体的虐待とその後の暴力・暴力的犯罪の関連性、および、性的虐待とその後の家出・性的逸脱行為・性犯罪の関連性である。また、ネグレクトの場合、規則違反やちょっとした非行など、反抗挑戦性障害と関連性がある可能性も考えられた。

(3) 虐待の程度・時期とその後の崩壊性行動障害の関係については、一定の傾向を推定できるほどの研究論文が見られなかった。

(4) 対応に関しては、問題行動が発生している場での行動変容の介入と、その場における達成感の獲得の2方向を考えることで効果が期待できる可能性があると思われた。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. (DSM-IV), 78-94, 1994.
- 2) Heffron WM. Martin CA. Welsh RJ. Perry P. Moore CK. : Hyperactivity and child abuse. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie. 32(5):384-6, 1987.
- 3) Accardo PJ. Blondis TA. Whitman BY. : Disorders of attention and activity level in a referral population. Pediatrics. 85(3 Pt 2):426-31, 1990.
- 4) Woodward L. Taylor E. Dowdney L. : The parenting and family functioning of children with hyperactivity. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 39(2):161-9, 1998.
- 5) Whitmore EA. Kramer JR. Knutson JF. : The association between punitive childhood experiences and hyperactivity. Child Abuse & Neglect. 17(3):357-66, 1993.
- 6) Rosenthal PA. Rosenthal S. : Suicidal behavior by preschool children. American Journal of Psychiatry. 141(4):520-5, 1984.
- 7) Day HD. Franklin JM. Marshall DD. : Predictors of aggression in hospitalized adolescents. Journal of Psychology. 132(4):427-34, 1998.
- 8) Cavaiola AA. Schiff M. ; Behavioral sequelae of physical and/or sexual abuse in adolescents. Child Abuse & Neglect. 12(2):181-8, 1988.
- 9) Famularo R. Kinscherff R. Fenton T. Bolduc SM. ; Child maltreatment histories among runaway and delinquent children. Clinical Pediatrics. 29(12):713-8, 1990.
- 10) Becker JV. Kaplan MS. Tenke CE. Tartaglino A. ; The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. Child Abuse & Neglect. 15(4):531-6, 1991.
- 11) Truscott D. ; Adolescent offenders: comparison for sexual, violent, and property offences. Psychological Reports. 73(2):657-8, 1993.
- 12) Spaccarelli S. Coatsworth JD. Bowden BS. ; Exposure to serious family violence among incarcerated boys: its association with violent offending and potential mediating variables. Violence & Victims. 10(3):163-82, 1995.
- 13) Haapasalo J. Hamalainen T. ; Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 35(10):1394-401, 1996.
- 14) Miller KS. Knutson JF. : Reports of severe physical punishment and exposure to animal cruelty by inmates convicted of felonies and by university students. Child Abuse & Neglect. 21(1):59-82, 1997.
- 15) Stein A. Lewis DO. ; Discovering physical abuse: insights from a follow-up study of delinquents. Child Abuse & Neglect. 16(4):523-31, 1992.
- 16) Dubowitz H. Sawyer RJ. : School behavior of children in kinship care. Child Abuse & Neglect. 18(11):899-911, 1994.
- 17) Glod CA. Teicher MH. : Relationship between early abuse, posttraumatic stress disorder, and activity levels in prepubertal children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 35(10): 1384-93, 1996.
- 18) Famularo R. Fenton T. Kinscherff R. Augustyn M. : Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. Child Abuse & Neglect. 20(10):953-61, 1996.
- 19) Dykman RA. McPherson B. Ackerman PT. Newton JE. Mooney DM. Wherry J. Chaffin M. : Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. Integrative Physiological & Behavioral Science. 32(1):62-74, 1997 .
- 20) Shaw DS. Winslow EB. Owens EB. Vondra JI. Cohn JF. Bell RQ. : The development of early externalizing problems among children from low-income families: a transformational perspective. Journal of Abnormal Child Psychology. 26(2):95-107, 1998 .

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, 測定を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-IV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ポイントのリカーテ・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応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・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-IV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-IVおよびDSM-III-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たちの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歳の子どもを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かある(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)」、「そういうことがときどきいくぶんかある(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歳の子どもを対象に、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-III-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-IV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歳の子どもを対象に、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別や, 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 の試読と、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 NIHM 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。 0 1 2 3 4
 2. 悪いことが起こるのではないかと思っ、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て、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くなる.	0	1	2	3	4
21. 他の人をひどい目にあわせたいくなる.	0	1	2	3	4
22. 他の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入ら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て、 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ふ.	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.)

II. 子どもへの性的虐待・性被害の発見や対応に関する基礎的研究

1)子どもの性的虐待(Child Sexual Abuse, CSA)に関する文献的検討 (文責:北山 秋雄)

1. はじめに

Herman(1981)は、子どもの性的虐待に対する専門家や社会の対応には三つの歴史的発見があったと述べている。第一の発見は、S.Freudが1896年に発表した論文「ヒステリー病因論(The Aetiology of Hysteria)」で、18人(12人女性、6人男性)のヒステリー患者全員が幼児期に大人(特に実父や叔父等の身内の大人)から性的虐待を受けていること―誘惑理論(seduction theory)―を明らかにしたことである。Freudはそれ以前から幼児期におけるトラウマの抑圧と抑圧による様々な神経症的症状の発現に注目していたため、ヒステリー患者の告白は自身の理論の正しさを裏付ける有力証拠と確信した。ところが、当時の医学会や社会から予想外の非難と反発に晒されて、1897年に「患者たちの語った性的虐待は事実ではなく、子どもが親から誘惑されたいという幻想の産物(puroduct of fantasy)」であったと、誘惑理論を放棄し、患者たちが語る性的虐待を否定した。その後、Freudは子どもによる「親殺し」というエディプス理論(oedipus theory)を唱え、親の子どもに対する虐待は幻想か希有な出来事であり、子どもの親に対する誘惑や敵意こそ事実または真実であると主張したために、その後半世紀にわたって子どもの性的虐待が否定されてきた。第二の発見は、1953年にA.Kinseyが米国女性の20%が子どもの頃に性的虐待を受けていたことを発表し、この問題の広範性を実証したことである。しかし、依然子どもの性的虐待の深刻な影響について多くの専門家は否定し続けた。そして、第三の発見は、1970年代に、いわゆるフェミニズム運動が契機となつてなされた。1970年に入ると米国ではベトナム戦争を契機に社会の価値観が大きく変化し、特に女性たちが自分たちの生きにくさを「名前のつかない問題」と定義して、CR(意識向上)運動などでレイプや子どもの性的虐待の問題を積極的に取り上げ始めたことによる。こうしたフェミニズム運動によって、1980年代から子どもの性的虐待に対する実証的な研究が盛んに行われるようになった。

本研究では、特に1990年代の子どもの性的虐待に関する研究の実情と今後の課題について文献

的検討を行ったので報告する。

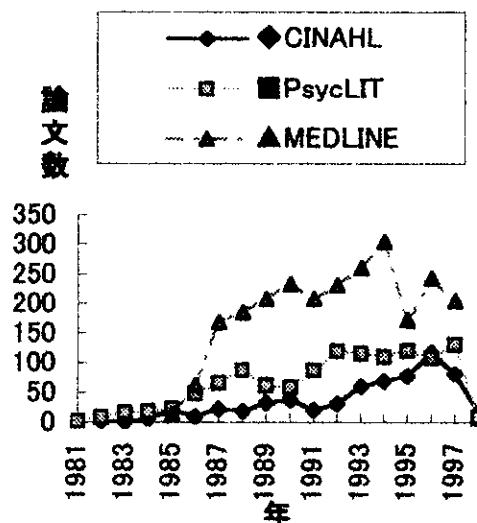
2. 方法

文献検索用データベースであるCINAHL、PsycLITおよびMEDLINEを用いて、1981年以後の学会誌に掲載された論文(文献の種類DT=journal-article、言語LA=english)について、その数と内容(abstract)について検討した。論文内容に関しては、A. 予防プログラムの評価に関するもの、B. リスク指標(risk index)に関するもの、C. 発達上の影響に関するもの、D. 被害児への介入と治療に関するもの、E. 加害者への治療に関するものおよびF. 発生率(prevalence)に関するものに分けて若干の検討を加えた。

3. 結果および考察

図は、文献検索において一般的に利用されている三つのデータベースに収録されているCSAに関する論文数の年別推移を示している。CSAに関する論文数が、1970年代には三つのデータベースのいずれにもほとんど収録されていなかったにもかかわらず、1980年代中期から増加し始めている。特にMEDLINEが飛躍的に増加しているのは、子どもの性的虐待による後遺症としての、外傷後ストレス障害(PTSD)や人格障害などの精神障害/対人関係障害が注目され始め医学的治療の対象となってきたためと考えられる。

図 Child Sexual Abuse文献検索(年別DB別論文数)



次に1990年代の子どもの性的虐待に関する研

究論文の内容について、以下の六つに分けて研究の実情と今後の課題について述べてみたい。

A. 予防プログラムに関するもの

1978年以前には、CSAの予防に関する論文は皆無に近い。1970年代半ばから特定の地域や対象内の発生頻度や被害児の様態が報告されてから予防プログラムの必要性が指摘され始めた。1980年代後期から1990年代初期には、Leavell & Clark(1958)の予防医学的視点に立った、一次予防、二次予防、三次予防の論文が主流で、一次予防には未成年男子(加害者の約1/3を占める)に対する教育プログラムに関する論文が主に発表されていた。二次予防として、最初に開示をうけた援助者が、証拠収集の方法や地域性による秘密保持の困難さから、被害児とその家族の再被害体験をいかに最小限にとどめる対応をするかに関する論文が多く、三次予防として、被害児の癒し(healing)とサバイバーによる虐待のサイクルの防止に関する論文が多い。1990年代半ばから子どもの自己評価と自信を高める教育プログラムに関する論文が多くなっている。今後、知的障害等何らかの障害を持っている子どもの予防プログラムをどのように開発/提供して行くかが未知の課題として残されている。

B. リスク指標(risk index)に関するもの

リスク指標が開発され始めたのは、子どもの虐待は多職種が共働して対応するため、共通の評価指標が求められたこと、被害児と思われるケースが増加するにつれて必ずしも高度の専門的知識や経験がなくてもハイリスクケースを迅速/簡便に見分ける方法が必要であったことあるいは予測指標として用いることによって早期発見/早期介入/治療を行うことが可能になるなどの理由による。リスク指標には、子どもの身体状態、認知状態、心理状態、行動状態、生育歴および家族環境、両親の生育歴や病歴、家族の心理社会的環境などが含まれる。1980年代中頃から調査研究されたこれらのリスク指標をもとに、1990年代半ばから多様なスケールやチェックリストが開発されている。子どもの性的虐待に限定したものとしては、CSBI (Child Sexual Behavior Inventory, W.N.Friedrich)が比較的用いられている。

C. 発達上の影響に関するもの

CSAによる影響を評価する視点として、大凡

次の4つが文献でみられる。第一の視点は、虐待の性状(どんな方法を用いたか、頻度と期間、暴力の有無、加害者との関係など)について、第二の視点は、社会的環境(社会経済的レベル、人種など)について、第三の視点は、被害児の精神的、認知的発達レベルについて、そして第四の視点は、開示した後の社会の反応、環境の変化について、である。CSAの影響として考えられるものには、虐待のトラウマによると思われる直接的影響(不安の亢進や自己評価の低さ、信頼関係障害)、症状(アルコール嗜癖や睡眠障害、性同一性障害、解離性傷害)の発現、逸脱行動(未成年の非行や売春)、である(Finkerhor,1986)。事例研究や特定小規模集団に対する調査研究によれば、CSAは予後に様々な精神的後遺症を残すとされているが、CSAが予後の精神障害や不適応症状などどの程度関係しているか未だ明確ではない。それを明らかにするには、疫学的手法にもとづくより大規模かつ精緻なサンプルによるコホート研究やケースコントロール研究、CSAのみによる影響評価の成果が待たれる。

D. 被害児への介入と治療に関するもの

カナダ連邦政府発行の報告書(Federal report on Sexual Offences Against Children in Canada,1984)が系統立てて書かれた最初のものである。報告書には医療へのかかりかた、インタビューの方法、記録の書き方、追跡調査に至るまで書かれている。CSAに関するあらゆる出版物がデータベース(CODOCやCISTI)化されて利用可能となっている。CSAは身体的虐待と違って具体的な身体的傷害が見えにくいことから医療処置や法制化が図られにくい。被害児と最初に接触する機会の多い医師(家庭医や小児科医)への教育/研修によって、意識の向上と役割への自覚が促される。専門家に対するプログラムの開発と教育/研修体制の整備と同様に自助グループに対する援助プログラムの開発が、この分野で途上国の焦眉の課題となっている。治療プログラムの開発とその有効性に関する論文が1990年代に入って増加しているが、評価法自体が標準化されていないため、標準化された治療モデルと技法が未だ提示されない現状である。

E. 加害者への治療に関するもの

CSA加害者の心理社会的特徴、レイピストおよび一般人との比較研究、治療プログラムとその効果などに関する論文が1990年代に入って増加している。治療後の追跡調査の研究論文も1990年代半ばから発表されはじめているが、有効な治療法は未だ確立されていない。

①CSAの加害者はレイピストより年長である、②レイピストはCSA加害者より若年で犯罪を犯す傾向がある、③CSA加害者は概して異性愛者である、④CSA加害者のIQは一般人やレイピスト以上にばらつきがある、などが指摘されている。

F. 発生率(prevalence)の疫学的方法に関するもの
一般集団におけるCSAの発生頻度に関する研究は1980年代から各国でなされているが、対象集団の性状、CSAの定義、サンプリングの方法および調査法などの相違/不明瞭さによって、限定的な比較しかできない現状である。例えば、Wyatt(1986)の、非身体接触を含めたCSAの発生率(62%)はFinkelhor(1986)の定義によれば54%、Russell(1983)の定義によれば53%に変化するとされている。また、質問項目が多くなる(CSAが明瞭になる)と発生率が高く出ることや自記式質問法、テレホン質問法、面接質問法の順に発生率が低くなる傾向が指摘されている。発生率の信頼性を高めるためにも、共通の質問票の開発やC. で指摘したような疫学的手法にもとづくより大規模かつ精緻なサンプルによるコホート研究やケースコントロール研究が今後必要とされる。

4. 文献

Herman, J.L. (1981) *Father-daughter incest*. Cambridge, M.A: Harvard University Press.

Draucker, C.B. (1992) *Counselling Survivors of Childhood Sexual Abuse*, Sage Publishing Ltd.

北山秋雄・石井絵里子訳(1997)「子どもの性的虐待サバイバー」、現代書館

2)性的虐待・性被害を受けた39例の子どもに関する検討

(文責：奥山 眞紀子)

1. 目的

性的虐待や性被害を受けた子どもの発見と対応の方法を確立するために、現時点での性的被害への対応と被害者の精神的問題の実態を探ることを目的として調査を行った。

2. 方法

分担研究者と研究協力者の中から、性的虐待の相談を受けることの多い6名に記入者用の調査表と症例の要約と事例に関する質問調査用紙を郵送し、その6名が相談を受けたことのある症例に関する調査を行った。なお、記入は直接の担当者が行ったものもある。

調査範囲は何らかの形で医師や心理士などの専門家が相談を受けた性的被害(直接関わった例も間接的に関わった例も含む)例とした。また、調査対象としては、研究会議において検討され、以下の制限をつけた。年齢としては性的被害にあった最初の時期が18歳未満であり、かつ被害が明らかになった年齢が20歳未満である(純粋なサバイバーは含まない)こと。性的被害とは同意なしに性的行為を受けること、もしくは被害者の発達年齢にとって明らかに過度な性的行為を受けることを指す。ただし、子どもにとってあまり重要ではないと考えられる行為(露出者との遭遇、等)は省く。加害者の年齢は問わず、分析により差を明らかにすることとした。

記入者用の質問紙は以下の通りである。

1. 性:
2. 年齢: ①20代、②30代、③40代、④50代、⑤その他()
3. 職種:
4. 小児・思春期の性的被害の相談を最初に受けたのは約何年前でしたか:
5. 小児・思春期の性的被害の相談は年間にどのくらいありますか: 約
6. 小児・思春期の性的被害に関する相談は増加していると思われますか: Y, N
7. 増加しているとお考えの方はその理由をお書き下さい。
8. 小児・思春期の性的被害に対しては特別な対応をしておられますか: Y, N
内容:
9. 小児・思春期の性的被害の相談には十分な対応ができていますか: Y, N
10. 前問でNとお答えになった方は、どのような問題を感じておられますか:
11. 小児思春期の性的被害者に関しては、婦人科的診察が必要であると思われますか:
①Y ②N、③ケースによる(内容)
12. 心理的相談の担当者が婦人科的治療をすることは禁忌とお考えですか:

①Y ②N ③ケースによる(内容)

13. 性的被害を受けた小児や思春期の中でどのような子どもが心理的治療を受けるべきであると考えられますか:

14. 性的被害を受けた子どもにはどのような治療が必要であると考えますか

15. 心理的治療のほかにどのような対応が必要であると考えますか

16. 以下のようなマニュアルがあったら参考になりますか

(参考になると思われる分の数字に○)

- ① どのようなときに性的虐待を疑うか
- ② 疑ったときの本人への面接の仕方
- ③ 疑ったときの周囲からの情報の取り方
- ④ 本人からの開示があったときの対応
- ⑤ 家族への告知の仕方
- ⑥ 身体的診察と検査およびその注意事項
- ⑦ 開示直後の処遇
- ⑧ 性的被害による心身の危険
- ⑨ 心理的治療の方法
- ⑩ 権利教育の方法
- ⑪ 短期的な総合的援助の方法
- ⑫ 長期的な援助の方法
- ⑬ 法的処置
- ⑭ その他(具体的に:

17. その他、小児・思春期の性被害への対応に関して必要と考えられることやご意見をお書きください

事例に関する調査は以下の通りである。

記入者名

I. 事例の概略 (1 ページ)

II. 事例調査項目

1. 被害者の性 ①男、②女

2. 性的被害が推定されたときの被害者の年齢 (才)

3. 性的被害を受けた時の被害者の年齢 (才~ 才)

4. 相談開始時(性的被害に関する相談)の被害者の年齢 (才)

5. 加害者(虐待者)の被害者との関係 (具体的に) (例:継母の連れ子である

義理の兄、同一施設内の他の寮の子ども、等)

6. 加害者のおよその年齢 (当てはまるものに○)

(1)20 歳以上、(2)15 - 20 歳、(3)中学生、(4)小学

生、(5)不明、(6)その他

7. 加害者と被害者のおよその年齢差:

8. 加害者の数 (当てはまるものに○) (1)単独 (2)複数

9. 性的被害を受けた時の被害者と加害者との同居の有無 (当てはまるものに○) (1)同居 (2)頻回に行き来がある (3)全くの別居

10. 性的被害が推定された時の加害者との同居の有無 (当てはまるものに○) (1)同居 (2)頻回に行き来がある (3)全くの別居

11. 性的被害の内容 (分かる範囲で複数回答、あったものには○、推定の場合は△、(被・加)は被害者と加害者のどちらかに○)

- (1)性器-性器の性交、
- (2)性器(被・加)-肛門(被・加)の性交、
- (3)性器(被・加)-口腔(被・加)の性交、
- (4)加害者のマスターベーションの手伝いをさせられる
- (5)自分のマスターベーションをさせられる
- (6)加害者の性器(含:精巣・肛門)を触られる
- (7)被害者の性器(含:精巣・肛門)を触られる(含道具)
- (8)被害者の乳房を触られる
- (9)加害者の性器を見せられる
- (10)被害者の性器を見られる
- (11)衣服を脱がされる
- (12)ポルノ写真やビデオを取られる
- (13)ポルノ写真やビデオを見せられる
- (14)他人(具体的に:)の性行為を見せられる
- (15)性的なポスチャーをとらされる
- (16)その他(具体的に:)

12. 性的被害を受けた場所と状況

13. 性的被害が推定されるにいたった原因 (当てはまるものに○、複数可) (1)被害者からの開示や報告、(2)性的被害を思わせる言動、(3)加害者からの報告、(4)その他 (具体的に:)

14. 被害者の開示の有無 (当てはまるものに○、現時点まで) (1)有り、(2)無し(理由:)

15. 前問で(1)有りの場合、以下のどれか (当てはまるものに○) (1)自発的開示、(2)質問に答えた、(3)その他()

16. 最初に開示した相手 (具体的に:)

17. 開示された相手の反応と対応:

18. 加害者(虐待者)が認めたか (当てはまるものに○) (1)全面的に認めた、(2)部分的に認めた、(3)

- 行為をうかがわせる言動をした、(4)全く認めなかった、(5)加害者が見つからなかった、(6)加害者に聞くことができなかった(理由：) (5) その他()
19. 加害者ではない保護者が知っていたか(当てはまるものに○) (1)明らかに知っていた、(2)知っていたと思われる、(3)知っていた可能性がある、(4)明らかに知らなかった、(5)その他()
20. 加害者ではない保護者が認めたか(当てはまるものに○) (1)全面的に認めた、(2)部分的に認めた、(3)可能性を認めた、(4)全く認めなかった、(5) その他()
21. 性的被害に暴力が伴っていたか(当てはまるものに○、複数可) (1)性的被害とは別に同一加害者から暴力による被害も受けた、(2)性的被害が暴力によって強要された、(3)加害者が他者に暴力を振るうのを目撃していた、(4)他の加害者によって暴力の被害を受けた(加害者：)、
22. 加害者からの口止めがあったか(当てはまるものに○) (1)有り(その内容：) (2)無し、(3)不明、(4)その他()
23. この性的被害以前に虐待を受けたことがあったか(当てはまるものに○) (1)有り(確実・推定)、その内容・年齢・虐待者・分離の有無・等： (2)無し、(3)不明、(4)その他()
24. 被害者の精神遅滞や発達遅滞の有無(当てはまるものに○) (1)有り(確実・推定)(重度・中等度・軽度・境界) (2)無し、(3)不明
25. 被害者の性的被害以前の精神的問題(推定を含む)(当てはまるものに○) (1)有り(内容：) (2)無し、(3)不明
26. 経過全体を通して、性的被害に関する児童相談所の関与の有無 (1)有り、(2)無し、(3)その他()
27. 性的被害が推定された後の処遇(当てはまるものに○)
 (1)加害者からの分離を図った(その形：)
 (2)分離したが現在は同居している(理由：)
 (3)分離はできなかった(理由：)
28. 加害者への対応(当てはまるものに○、被害者か保護者かに○、複数可) (1)警察に届けた(被害者・保護者)、(2)告訴した(被害者・保護者)、(3)加害者に謝らせた(本人の前で・保護者に対してのみ)
29. 警察に届けたり告訴をした場合の結果
30. 相談(もしくは診察)の形(当てはまるものに○、複数可) (1)直接本人の面接をした、(2)本人の相談が治療を行った、(3)他の医師又は心理士のスーパーヴィジョンを行った、(3)施設の職員の相談に乗って指導した、(4)その他の人の相談に乗った(相談者)
31. 相談にいった理由 (1)性的被害を受けたから、(2)性的被害によると考えられる症状、(3)その他 内容：
32. 相談の目的：
33. 相談を望んだ人：
34. 相談開始時に性的被害が推定されていたか
 (1)明らかになっていた、(2)推定されていた可能性が疑われていた、(4)全く考えていなかった、(5)相談開始時には性的被害は無かった
35. 相談開始時の児童相談所の関与
 (1)性的被害の件で関与していた、(2)別の問題で関与していた(問題：)、(3)全く関与していなかった、
 (1)その他()
36. 相談開始時の本人の居住
 [家族内虐待] (1)加害者を含む家族と同居、(2)加害者を除く家族と同居、(3)加害者を除く家族の一部と同居(同居者と別居者)、(4)親戚の家、(5)施設入所(施設の種：)、(6)その他()
 [家族外虐待] (1)家族と同居、(2)施設入所(施設の種：)、(3)その他()
37. 被害者の性器に関する診察の有無
 (1)相談開始以前になされた(場所：)、
 (2)相談開始後行われた(場所と診察者：)、
 (3)勧めたがしなかった(理由：)、
 (4)勧めることはしなかった(理由：)
38. 診察の結果：
39. STD 検査
 (1)相談開始以前になされた(場所：)、
 (2)相談開始後行われた(場所と診察者：)、
 (3)勧めたがしなかった(理由：)、
 (4)勧めることはしなかった(理由：)
40. STD 検査の結果：
41. 本人の症状
 (1)身体的症状：
 (2)心理的問題：
 (3)性の心理的発達上の問題(例：性的な無防備、性的に挑発するような言動、等)：

42. 加害者への面接の有無

(1) 有り(所見:) (2) 面接を希望したがかなえられなかった (3) 面接を希望しなかった

43. 加害者ではない家族への面接

(1) 有り(所見:) (2) 面接を希望したがかなえられなかった (3) 面接を希望しなかった

44. 被害者への治療(相談や教育も含む)

(1) 有り(形態と内容:) (2) 他の機関で行われた(機関:) (3) 必要だと考えたが行われなかった(理由:) (4) 必要性を認めなかった

45. 加害者への治療(相談や教育も含む)

(1) 有り(形態と内容:) (2) 他の機関で行われた(機関:) (3) 必要だと考えたが行われなかった(理由:) (4) 必要性を認めなかった

46. 虐待をしていない家族への治療(相談や教育も含む) (1) 有り(形態と内容:) (2) 他の機関で行われた(機関:) (3) 必要だと考えたが行われなかった(理由:) (4) 必要性を認めなかった

47. 経過中の他機関との連携

(1) した(相手機関)、(2) しなかった

48. 相談開始後の経過について記載してください

49. その他この事例を理解する上でのその他の必要事項を記載してください。(家族図もここにお書きください。書ききれないときには、裏をご利用ください。)

(3) 結果

I. 記入者用調査表

事例の記入者は9名であり、年齢30台—40台、職業は医師、心理士、福祉司、施設職員などであった。最初の性被害者との出会いは1—19年前と幅が合った。年間相談件数は1—10件ほどであり、相談件数は全員が増加していると答え、その理由としては、全員、実数の増加ではなく発見の増加を挙げている。また、現在の対応に満足している人は居なかった。婦人科的診察は全員がケースによると答え、虐待のないようや年齢をその要素としてあげた人が多かった。また、再トラウマとなる危険を考慮すべきと答えた人も居た。心理的相談担当者が診察を行うことに関しては意見が分かれ、禁忌と答えた人が3名、禁忌ではないと答えた人が3名、ケースによる2名、分からない1名であった。治療対象に関しては、トラウマの症状があるケースと答えた1名を除いては全員がすべてのケースに治療が必要と答えていた。マニュアルに関しては、すべての項目が5人以上が役立

つと答えていたが、面接の仕方9名、対応の仕方8名、告知の仕方8名、長期の総合的支援8名が比較的多かった。またその他の項目として、「治療者の留意事項」を上げた人が1名いた。全体として、現在の問題点として、専門家の不足、相談体制の未発達、人・お金・場所の不足、対応する人の性別の問題などがあげられていた。

II. 事例調査

合計39の事例が集まった。内、23例が家族内虐待であり、10例が家族外での被害であり、6例が施設内での被害であった。それぞれについて、重要と思われる結果を列記する。

1) 家族内性被害(同居している家族による虐待) <虐待について>

(1) 性: 家族内性被害を受けていたのはすべて女性であった。

(2) 被害開始年齢: 年齢は1歳から14歳までで、就学前8例(34.8%)、就学後10歳未満4例(12.5%)、10歳以上13歳未満8例(34.8%)、13歳以上15歳未満3例(13.0%)であった。就学前と第二性徴開始時にピークが見られた。

(3) 期間: 1—2年が9例(39.1%)と多く、後は1年以内4例(12.5%)、3—4年4例(12.5%)、5—6年2例(8.7%)、7年以上1例(4.3%)であり、不明が3例(13.0%)であった。

(4) 加害者: 主たる加害者は不明例2例を除いても男性であり、加害者が判明している21例中、実父8例(38.1%)、継父・養父・母の内縁の男友達9例(42.9%)、祖父2例(9.5%)、継兄1例(4.8%)であった。

(5) 性被害の内容: 不明の2例を除いた21例中、性器への性交に至っているもの15例(71.4%)、性器への性交はないが口腔への性交があったもの2例(9.5%)、性交はないが性器を触られたもの4例(19.0%)であった。他の内容と重なるが、ポルノを取られたや見せられたがそれぞれ1例ずつ含まれていた。

(6) 本人の開示や性的行動などで性被害が推定されるに至った時の居住: 加害者と同居したり頻回な行き来があったもの12例(52.2%)、施設または入院で保護されていたもの8例(34.8%)、離婚により別居になっていたもの1例(4.3%)、自分から家を出ていたもの1例(4.3%)であった。

(7) 推定に至った経過: 分離前に自発的に開示したものが6例(26.1%)と最も多く、その他は分離前に

行動により推定されて質問により開示したもの 1 例、開示はなかったが分離前に行動により推定されたもの 1 例、母親が知っていて行動を起こしたものの 4 例、妊娠により発覚したもの 1 例、自分から家を出て保護されたもの 2 例であった。

(8)身体的暴力の存在：加害者が何らかの身体的暴力を行っていたのは 12 例(52.2%)、他者からの身体的暴力が存在したのは 1 例(4.3%)、身体的暴力が伴わなかったのは 6 例(26.1%)、不明 4 例(17.4%)であった。

(9)口止めの有無：あり 6 例(26.1%)、なし 1 例(4.3%)、母への口止め 1 例(4.3%)、であり、その他の 15 例(65.2%)に関しては不明であった。

(10)先行もしくは併行する虐待：何らかの虐待があったもの 12 例(52.2%)で身体的虐待が最も多く 10 例(43.5%)、ネグレクト 3 例(13.0%)、心理的虐待 3 例(13.0%)、(重複あり)であった。他の虐待がなかったものは 6 例(26.1%)で、不明が 5 例(21.7%)であった。

(11)精神遅滞の合併：軽度精神遅滞+境界精神発達レベル 5 例(21.7%)あったが、18 例(78.3%)は精神遅滞がなく、不明は 1 例(4.3%)であった。

<対応について>

(12)加害者との分離：元々別の理由で施設などに分離されていた 5 例(21.7%)、別の理由で別居や離婚などで分離されていた 3 例(13.0%)、本人が家を出たのが 1 例(4.3%)あり、性的虐待のために分離をしたのが 5 例(21.7%)であった。一方、分離できなかったのは 3 例(13.0%)あり、一旦は分離したが戻ってしまったのが 6 例(26.1%)あった。この 2 つの場合は元々施設に入所していた例を除いた 17 例中の 52.9%に当たる

(13)加害者への直面化：あり 7 例(30.4%)、なし 11 例(47.8%)、不明 5 例(21.7%)、であり、直面化をした 7 例中、全く認めなかったもの 3 例(42.9%)、行為をうかがわせる言動があったもの 3 例(42.9%)、部分的に認めたもの 1 例(14.3%)であり、全面的に認めたものはいなかった。

(14)加害をしていない保護者への直面化：あり 15 例(65.2%)、なし 6 例(26.1%)、不明 2 例(8.7%)、であり、ありの 15 例中加害の事実を認めたもの 9 例(60.0%)、可能性を認めたもの 3 例(20.0%)、全く認めなかったもの 3 例(20.0%)であり、部分的に認めたものはいなかった。

(15)告訴：ありは 3 例(13.0%)のみであり、20 例

(87.0%)は告訴していない。なお、告訴した 3 例では実刑になったのは 1 例であり、後の 2 例は結果が不明であった。また、この項で、現場検証が再トラウマとなったケースがあったことが報告されていた。

(16)性器の診察：あり 12 例(52.2%)、なし 9 例(3.9%)、不明 2 例(8.7%)であった。性器の診察をした 12 例中所見があったものは 7 例(58.3%)あり、うち 1 例は妊娠していた。所見なしは 3 例で、2 例は所見が不明であった。

(17)性感染症の検査：検査をしたものは 9 例(39.1%)、しなかったものは 10 例(43.5%)、不明 4 例(17.4%)であった。検査をしたうち、所見あり 2 例(クラミジア、HTLV-1)、所見なし 5 例、所見不明は 2 例であった。

<症状と治療>

(18)症状：家族内性被害 23 例中、本人と全く面接ができなかった等で症状に関する情報がない 3 例を除く 20 例に関して検討した。その中、身体症状を示したものは 9 例(45.0%)であったが、その中 5 例は骨折や火傷など合併していた身体的虐待の症状であった。その他の症状としては易疲労感、肥満、夜尿、などがあげられていた。心理的症状を示したものは 17 例(85%)であった。愛着の障害、行為障害、抑鬱、攻撃的といったものんだいが 4 例ずつと多く、食行動異常 2 例、不登校 2 例パニック発作 1 例、分離不安 1 例、解離症状 1 例、反抗性挑戦性障害 1 例、不眠 1 例、多動 1 例、典型的な PTSD 1 例があげられていた。また、性的行動の問題があったものは 15 例(75.0%)であり、著明なオナニーやその他の年齢不相応の性的言動、他児への性的暴力、他者の性器を触りたがる、ポルノを見たがる、性的に挑発する言動、異性との早すぎる性行動、無差別に多数の異性と性的に付き合う、といった問題があげられていた。

(19)心理治療：本人の治療が行われたものは 15 例(65.2%)でありその中、施設入所児は 10 例、在宅児は 5 例であった。治療ができなかったものは 8 例(34.8%)いた。ただし、治療のきっかけが性被害の為であったものは 5 例と少数であり、他の問題で治療を行っていて性被害が発見された例が多かった。また、家族の治療が行えたものは 4 例(17.4%)であったが、加害者を治療に巻き込むことができた例は皆無であった。

2)家族外性被害

<被害について>

- (1)被害者の性：被害者 10 例の中、1 例(10%)のみ男児であり、後の 9 例(90%)は女児であった。
- (2)最初に被害に遭った年齢：3 歳以上就学前 5 例(50%)、就学後 10 歳未満 3 例(30%)、10 歳以上 15 歳未満 2 例(うち 1 例は男児)であった。
- (3)被害の回数：1 回のみ被害は 1 例(10%)であり、9 例(90%)は同一加害者からの継続した被害であった。
- (4)加害者の性：主たる加害者はすべて男性であった。
- (5)加害者の数：加害者が単独であったのは 5 例(50%)、複数であったのは 2 例(20%)、単数が複数か不明であったもの 3 例(30%)であった。
- (6)加害者と被害者の関係：1 回のみ被害であった 1 例(10%)は見知らぬ人であったが、その他の 9 例(90%)はすべて被害者の知っている人物であった。知人中、親戚 1 例(10%)、親や同胞の友人 4 例(40%)、指導的立場の人間 4 例(40%)であった。
- (7)被害の内容：性器または肛門までの性交が行われていたのは 2 例(20%)、口腔一性器の性交まで行われたのは 2 例(20%)、性器をさわられたのは 6 例(60%)であった。それと平行して、ポルノ写真を撮られた子どもは 4 例、他者の性交を見せられていた子どもは 2 例いた。
- (8)性被害が把握された経緯：被害者自身が開示したものが 6 例(60%)あり、他者からの報告により質問をして開示したものが 2 例(20%)、他者から報告があったが本人は認めなかったもの 2 例(20%)であった。
- (9)開示した相手：開示した 6 例中、母親に開示したのは 4 例、養護教諭に開示したのは 1 例、施設職員に開示したのは 1 例であった。
- (10)開示された人の対応：養護教諭の 1 例を除いては、重要な問題と考えて対応がなされた。
- (11)口止め：口止めがあったのは 7 例(70%)あり、後の 3 例(30%)は不明であった。
- (12)暴力：性被害に暴力が伴っていたものは 5 例(50%)、伴っていなかったもの 2 例(20%)、であり、後の 3 例(30%)は不明であった。
- (13)被害を開示した時の家族の機能：良好 6 例(60%)、問題のある家族 1 例(10%)、施設入所児 3 例(30%)であった。

<対応について>

(14)警察への通報：あり 6 例(60%)、なし 4 例(40%)であった。警察に通報した 6 例中刑罰が科されたもの 2 例、立件できなかったもの 3 例、加害者が見つからなかったもの 1 例、であり、警察へ通報しなかった 4 例中 1 例は加害者から直接被害者に謝らせていた。

(15)性器の診察：あり 4 例(40%)、なし 5 例(50%)、不明 1 例(10%)であった。

(16)性感染症の検査：あり 2 例(20%)、なし 7 例(70%)、不明 1 例(10%)であった。

<症状と治療>

(17)症状：最も多かった症状は著明なオナニー 5 例(50%)、腹痛や食欲不振などの身体症状 5 例(50%)、分離不安 5 例(50%)であり、分離不安を示した 5 例中不登園や不登校までいたった子どもは 4 例いた。その他は、易興奮性 4 例(40%)、睡眠障害 3 例(30%)、再体験 2 例(20%)、抑鬱 1 例(10%)、同性愛に対する不安 1 例(10%)あった。なお、特に目立った症状がなかった子どもも 2 例あった。

(18)治療：治療が行われたのは 8 例(80%)あった。その中家族機能が良好であった 6 例は 3-6 ヶ月で症状が改善していった。

(19)児童相談所の関与：児童相談所が関与したのは 1 例(10%)のみであった。

3)施設内性被害

施設内性被害は 6 例報告があった。すべて入所児童から入所児童への虐待であった。

<性被害について>

(1)被害児の性：男児 3 例(50%)、女児 3 例(50%)であった。

(2)被害者の年齢：就学前 4 例(66.7%)、就学後 10 歳未満 1 例(16.7%)、10 歳以上 15 歳未満 1 例(16.7%)、であった。

(3)加害者の性：加害者はすべて男児であった。

(4)加害者の年齢：加害者はすべて小学校高学年から中学(10 歳以上 15 歳未満)であった。

(5)加害者の数：単独 4 例(66.7%)、複数 2 例(33.3%)であった。

(6)性被害の内容：最も重大な被害は、性器一性器の性交 1 例(16.7%)、加害者の性器と被害者の口腔の性交 2 例(33.3%)、被害者の性器と加害者の口腔の性交 1 例(16.7%)、加害者のマスターベーションの手伝いをさせられる 1 例(16.7%)、性器を触られ触らされる 1 例(16.7%)であった。それと平行して、