

や規則違反を繰り返した場合、果して現実の体制でどこまで適切に対応できるかというものであり、「心理職は子どもを甘やかせるだけ」、「心理職の助言は現実離れしている」といった発言に見られるように、心理療法や心理職に対する誤解や認識不足に起因している。

③ 心理職の配置への希望

最近の児童の特質から心理的ケアは欠かせない。また、現実の対応に振り回されている職員にとって、心理職の助言は児童への関わりを理論的・客観的に見つめ直すよい機会になるとともに、寮の閉鎖性を排除することにもつながり、処遇の客観性が確保できる。

4. 考 察

武蔵野学院調査と児童相談所及び児童自立支援施設へのヒアリング調査の結果を踏まえて、児童自立支援施設の現状や課題について若干の考察を加える

武蔵野学院調査によると、入所児童の約半数が入所前に虐待を受けており、これらの児童は虐待を受けていない児童に比べ、否定的な自己概念、脅えや不安、感情の易変性、対人不信等、情緒的な問題を抱える者の比率が有意に高かった。また、児童自立支援施設へのヒアリング調査でも、同様の回答を得た。これらの問題は被虐待児に多く見られる傾向であり、被虐待体験に起因する基本的信頼感の欠如（愛着障害）とトラウマ反応を示唆している。

被虐待児の処遇においては、心理的配慮に基づく日常生活を通じた環境療法的接近と、トラウマ修復に向けた特別な枠組みにおいて展開される心理療法的接近の両面からのアプローチが必要である。つまり、日常生活における心理的配慮と心理治療が必要とされている（厚生省「子ども虐待対応の手引き」財団法人日本児童福祉協会発行、1999、p206-208）。

しかし、現実の児童自立支援施設では、これら心理的なアプローチは極めて不十分であると言わねばならない。その理由として次の要因が考えられる。

① 平成11年1月現在心理職を配置してい

るのは4箇所のみ（武蔵野学院調査報告）であり、日常生活における心理学的な観点からの取り組み基盤が脆弱であること。

② 施設と児童相談所との連携が不十分なため、児童相談所のフォローアップとしての心理治療や心理学的助言が殆どできていないこと。

③ 日常生活における心理的配慮及び心理治療が必要な児童が多数入所しているにもかかわらず、児童自立支援施設の職員、特にベテラン職員の中には、心理職の配置により、これまで形成されてきた職員と児童との人間関係、信頼関係が分断されるのではないかという不安や心理職に対する誤解と認識不足が根強くあること。その背後には、職員の閉鎖性が否めないこと。

これらの要因を踏まえ、今後の課題を整理すると次のようになる。

(1) 児童自立支援施設への心理職の配置と位置付け、業務の明確化

厚生労働省では、平成13年度予算において、従来児童養護施設に限定されていた心理職の配置を乳児院や母子生活支援施設等への拡大を図ったが、児童自立支援施設についても心理職の配置を早急に図るべきである。

ただし、心理職を施設に配置する事業は平成12年度に始まったばかりであり、施設における心理職の業務は定着しているとは言えず、いずれの施設においても試行錯誤を重ねているというのが実情である（安部計彦編著「ストップ・ザ・虐待～発見後の援助」2001、ぎょうせい、p138）。心理職の施設における位置付けと業務の明確化が急がれる。

また、平成9年の児童福祉法改正により施設の理念が保護から自立支援へと改められたが、心理的問題を抱える児童の場合、その自立支援を図るには、心理的アプローチが不可欠となる。しかし、現行の児童養護施設等への心理職の配置は補助事業によるものであり、自立支援を制度的に担保するには、情緒障害児短期治療施設と同様、児童福祉施設最低規準に

心理職配置を盛り込む必要がある。

(2) 児童相談所と施設との連携の促進

生活上の制限を極力排除する中で、退行させ自我を回復させる、トラウマ場面を再現しこれを通してより適応的なレベルの回復をめざすという心理療法（修正的接近）はそれが非日常的な次元で行われることから、施設という日常生活の中で行うには限界がある。従って、心理療法は基本的に児童相談所が行い、施設における心理職は、日常生活において心理的な配慮がなされるよう他の職員に助言を行うか（環境療法的接近）、補助的に治療を行うことが業務の柱となるであろう。いずれの場合も施設と児童相談所との連携は不可欠である。

厚生労働省は「児童相談所運営指針」により、施設入所措置後は概ね年に2回程度施設から児童の適応状況等について施設から報告を聴取するとともに、定期的に施設を訪問したり合同で会議を行う等相互の十分な連携を図るよう指導しているが、平成10年度に厚生労働省が行った「児童相談所における児童虐待への取り組みの実態」に関する調査の結果によれば、例えば年2回以上報告聴取しているのは児童相談所全体の約1/4程度にしか過ぎないなど、児童相談所と施設との連携は極めて低調である。今回のヒアリング調査でも、両者の連携が低調であることが判明した。

これには、児童相談所が多忙であることに加え、特に児童自立支援施設の場合、児童の問題行動に対する基本的な認識や処遇観の違いも一因しているものと思われる。平成12年に児童虐待の防止等に関する法律が制定・施行され、児童相談所による取り組みの強化が一層求められているが、現実の児童相談所は多忙を極めている。特に、児童相談所は介入～親子分離の業務に追われており、親子分離後のケアにまで手が回らないというのが実情である。児童相談所の体制強化が喫緊の課題である。

(3) 新たな処遇理念の確立と研修等の充実

生活場面における心理的配慮および心理治療が必要な児童が増加しているにもかかわらず、

児童自立支援施設についてはこれらが担保できる体制にはなっていないことを先に指摘した。しかし、制度整備以前の問題として、被虐待児の増加に伴い心理的アプローチが必要な児童が増加していることを多くの職員が認めているにもかかわらず、心理職という新たな職員が配置されることに抵抗を感じる職員も少なくない。これには、折角これまで構築してきた児童と職員の間関係、信頼関係が心理職の介在によって分断されるのではないかとといった不安や、心理療法によって児童に急激な変化が生じた場合、どこまで自分たちが対応しきれぬのかといった戸惑いがある。このような不安は特に小舎制を敷いている施設のベテラン職員に多く見られ、閉鎖的な体質を伺わせる。

従来児童自立支援施設職員の専門性の拠り所は「濃密な人間関係に基づく生活指導等を通じた社会規範等の内面化」という教護理念にあったが、現在の児童自立支援施設にはもっと多様な取り組みが求められていることを再認識する必要がある。

武蔵野学院調査報告書では、従前より児童自立支援施設では環境療法的アプローチの一環として、「生活場面面接」が採用されてきており、修正的アプローチを行う土壌が十分とは言えないまでも、強化することが期待できると述べている。心理的アプローチの必要性について施設職員全体のコンセンサスを得ることが急務の課題である。

そのためには、従来の教護理念と心理的ケア、自立支援等を包含した新たな処遇理念および処遇方法を確立するとともに、児童自立支援専門員および児童生活支援員の養成および研修の充実を急ぐ必要がある。特に、国立武蔵野学院児童自立支援専門員養成所や児童自立支援施設職員研修のカリキュラムにおいて心理学的知識・技術に関する科目を充実させることが急務の課題となろう。

また、夫婦小舎制を導入している施設については、とりわけ処遇内容および処遇方法が閉鎖的・主観的になり易いため、処遇検討会の開催等を通じて小舎間の積極的な意見交換の場を保障するなど透明化・客観化を図るとともに、定期的または必要に応じて児童相談所との合同処遇会議を開催するなど児童

相談所との連携を密にする必要がある。

さらに、児童精神科医や心理職等によるスーパービジョン体制の充実をはじめ、外部のコンサルテーションを積極的に受け入れるなど職員をバックアップできる体制の整備を早急に行う必要がある。

おわりに

以上、国立武蔵野学院による「児童自立支援施設入所児童の被虐待経験に関する研究」および児童相談所、児童自立支援施設へのヒアリング調査の結果を踏まえ、児童自立支援施設における被虐待児への処遇の現状と課題等について考察を加えた。ただし、論拠となったヒアリング調査の対象は、一部の機関でしかなかったことを断っておかなければならない。この意味で本稿で述べたのは仮説の域を出ない。今後さらなる検討が必要である。

[参考文献]

- 1) 「児童自立支援施設入所児童の被虐待経験に関する研究～アンケート調査を視点にして～」(第1次報告書) 国立武蔵野学院 2000
- 2) 厚生省児童家庭局監修「子ども虐待対応の手引き」日本児童福祉協会 1999
- 3) 厚生省児童家庭局企画課監修「児童相談所運営指針(改訂版)」日本児童福祉協会 2000
- 4) 安部計彦編著「ストップ・ザ・虐待～発見後の援助」ぎょうせい 2001

反応性愛着障害についての検討

庄司順一¹⁾・奥山眞紀子²⁾・小山 修¹⁾・鈴木祐子³⁾

1) 日本子ども家庭総合研究所、2) 埼玉県立小児医療センター、3) 二葉乳児院

はじめに

子ども虐待の相談件数の増加にともない、被虐待児への対応が大きな課題となっている。対応を考えるうえで、それらの子どもたちの行動の理解が重要であることは言うまでもない。虐待を受けた子どもの心理、行動に関しては、近年はトラウマ理論（西澤,1994; ハーマン,1996; ギル,1997）によって説明されることが多い。しかし、虐待体験に関しては、トラウマを引き起こす恐怖と苦痛とともに、保護者（親）との間にアタッチメント（愛着）が形成されないこと（あるいは非常に不安定な愛着を形成すること）も重要であろう。わが国では、まだ、愛着障害についてほとんど取り上げられることがない。しかし、被虐待児の行動・心理を理解するうえで重要であると思われるので、愛着障害の概念等に関して、文献的検討を行うことにする。

1 反応性愛着障害(Reactive Attachment Disorder)の概念

愛着障害は、アメリカ精神医学会の「精神障害の診断・統計マニュアル（第3版）」DSM-III(1980年)において「乳児期の反応性愛着障害」(reactive attachment disorder of infancy)としてはじめて記載された。ここでは生後8カ月までに発症する乳児期の精神障害とみなされた。しかし、DSM-IIIの改訂版であるDSM-III R(1987年)において診断名が「幼児期または小児期早期の反応性愛着障害」(reactive attachment disorder of infancy and

early childhood)となって、発症の時期が「5歳まで」と変更がなされ、DSM-IV(1994年)に引き継がれた。他方、WHOのICD-9(国際疾病分類第9版)(1978年)には記載されておらず、ICD-10(1992年)に、DSM-III Rとほぼ同じ内容で記載された。ただし、後述するように、DSMでは反応性愛着障害の中に抑制型と脱抑制型の2つのタイプがあるとされるのに対して、ICDでは「小児期の反応性愛着障害」と「小児期の脱抑制性愛着障害」としてやや独立的に扱われている。

DSM-IVにおける「幼児期または小児期早期の反応性愛着障害」は、表1のように記載されている。すなわち、5歳以前に始まる、著しく障害され、十分に発達していない対人関係で、①過度に抑制された、恐れ、非常に警戒した、または非常に両価的で矛盾した反応(抑制型)、あるいは、②選択的な愛着を示さないこと(拡散した愛着)(脱抑制型)として現れ、その原因は病的な養育(虐待やネグレクト、あるいは主たる養育者がしばしば代わること)による。

2 反応性愛着障害への関心

反応性愛着障害は、最近の精神医学、児童精神医学の教科書では取り上げられている(Hales, Yudofsky, and Talbott,1994,1999; Kaplan and Sadock,1989,1995; Lewis,1996; Minde and Minde,1986; Osofsky and Fitzgerald, 2000; Rutter, Taylor, and Hersov,1994)。また、最近関心をもたれているZERO TO THREE(生後3歳未満の

重要性を認め、その健康な発達を支援するためのナショナル・センター)の乳幼児の精神障害として「乳幼児期の反応性愛着剥奪／不適切な養育障害」という形で取り上げている(ZERO TO THREE/National Center for Infants, Toddlers and Families,1994)。しかし、臨床的、実証的な研究は少ない。最近の愛着障害への関心は、児童精神医学におけるというよりも、養子あるいは里親養育の領域における実践的研究(The Attachment Center at Evergreen,1995; Levy,2000)によるところが大きい。

3 反応性愛着障害の発生頻度等

DSMでは、反応性愛着障害は「非常に珍しいもののように思われる」とされている。経過については、「適切な支持的環境が与えられれば、かなりの改善、寛解が起こることもある。

(しかし)それ以外では、この疾患は持続する」と述べられている。

他方、養子あるいは里親養育の領域では、アメリカ・コロラド州のエヴァグリーン・アタッチメント・センターが子どもの示す広範な行動問題を愛着障害として論じている。例えば、愛着障害をもつ子どもの特徴としては次のようなことを指摘している(表2, Levy and Orleans,2000)。欧米では、里親に養育を委託されたり養子となる子どもは、生まれた家庭で虐待やネグレクトを受けてきた子どもたちであり、あるいはすでにいくつかの里親家庭を転々としてきた子どもたち(つまり主たる養育者がしばしば代わる体験をもつ)であることが多い。そのような被虐待体験や主たる養育者の交代の影響が指摘されている。

不適切な養育環境は、子どもにさまざまな症状、問題行動をもたらす。不適切な養育の典型ともいえる虐待を受けた子どもはさまざまな、しかし特徴的な行動を示す。これが、愛着障害として整理されてきた。しかし、表2に示され

たような愛着障害の概念は特定の養育者との関係形成がうまくいかなかったことに帰するには広すぎるように思われる。愛着形成不全だけでなく、被暴力体験、見捨てられ体験などによると考えるのが適当であると考えられる。したがって、愛着障害というよりもマルトリートメント(不適切な養育)障害という方が適切ではないだろうか。

いずれにしろ、被虐待児の行動を理解するうえで愛着障害の概念は示唆的であり、今後の重要な研究課題であるといえる。

4 反応性愛着障害と養育環境

反応性愛着障害は、その定義からも養育環境の影響によるところが大きいといえる。

したがって、愛着障害の概念につらなる背景としては、養育環境が子どもの行動にどのような影響を及ぼすかということについての研究、具体的には、①施設に入所した子ども、および②被虐待児の発達・行動に関する研究、そして③アタッチメント研究を指摘することができよう。アタッチメント研究においては、とくにアタッチメント・パターンとして提案されているDタイプ(disorganized/disoriented)との関連も興味をもたれる。

(1)施設養育の影響

かつて施設児の特徴とされたホスピタリズムの症状、人見知りをせず、だれにでも抱かれることは反応性愛着障害の脱抑制型を示しているといえる。しかし、現在の乳児院では無差別的な愛着はほとんどみられず、DQあるいはIQもほぼ標準に達している。これは、職員の増加と、担当保育制により子どもと保育者の間の愛着関係の形成に努力した成果といえる。

今日では、虐待を受けた子どもは乳児院入所後、表情は豊かになり、心身の発達はキャッチアップする。しかし、もちろん乳児院の養育に課題がないわけではなく、個別的なかかわりを

重視し、生活体験をより豊かにするとともに、担当保育者の交代をできるだけ少なくする必要があると考えられる。とくに、分離不安をつよく表す2歳前後での児童養護施設への措置変更については検討すべきである。

(2)被虐待児の発達・行動に関する研究

筆者らが本分担研究班で平成11年度および12年度に実施した乳児院入所児調査において、入所直後に認められた問題でもっとも多かったのは「保育者との関係」(39.7%)で、次いで「感情の問題」(36.6%)であった。すなわち、保育者との関係では、だれにでも抱かれたがる、関係がもちにくい、目を合わさない、保育者との関わりを避けるなど、まさに愛着障害の特徴が認められた。感情の問題、行動問題も愛着障害の症状とみられるものが少なくない。

興味深いことに、乳児院退所までにもっとも改善がみられたのもこれらの問題であった。この改善には、前述のように、担当保育制により愛着関係の形成を目指す個別的な関わりが重要であったと考えられる。

表3に、保育所に通っている子どものうち家庭で虐待を受けていると思われる園児についての調査結果(下泉,2000)の一部を示した。これは、被虐待児にみられる行動・情緒の問題の具体例を冒頭から10例抜き出したものである。これらも愛着障害によるものといえよう。

奥山真紀子が分担した研究班(本研究報告書参照)においても、虐待を受けた幼児、学童にもっとも多くみられた症状は愛着障害に関するものであった。

まだわが国では研究が少ないが、被虐待児には愛着障害が主要な問題であることは確かであろう。

5 反応性愛着障害への対応

児童精神医学においては反応性愛着障害に関する実証的研究は乏しいが、里親養育、養子養

育にかかわる研究者はこの問題を積極的に取り上げている。すでに述べたように、アメリカではコロラド州のエヴァグリーン・アタッチメント・センターが、イギリスではキース・アタッチメント・センターがある。いずれも、愛着障害を示す子どもへの養育(parenting)に関する研修コースを設け、実践的に取り組んでいるようである(Thomas,1997; 2000; Hage,1998; Beck, 1999; Gordon,1999; Howe and Fearnley,1999)。

虐待を受けた子どもへの対応に関して、愛着障害について検討する必要がある。

文 献

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author, 1980
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. Rev.). Washington, DC: Author, 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author, 1994
- Beck, M.: Parenting children with attachment difficulties. *Adoption and Fostering*, 23(1): 16-23, 1999
- ギル,E.(西澤 哲訳):虐待を受けた子どものプレイセラピー. 誠信書房, 1997
- Gordon, C.: A parenting program for parents of children with disturbed attachment patterns. *Adoption and Fostering*, 23(4): 49-56, 1999
- Hage, D.: Therapeutic parenting. Silverthorne, CO: Parenting With Pizazz Publications, 1999
- Hales, R. E., Yudofsky, S.C., and Talbott, J. A.(Eds.):Textbook of Psychiatry(2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994
- Hales, R. E., Yudofsky, S.C., and Talbott, J. A. (Eds.): Textbook of Psychiatry (3rd ed.). Washington,

- DC: American Psychiatric Press, 1999
- ハーマン, J. D. (中井久夫訳): 心的外傷と回復. みすず書房, 1996
- Howe, D. and Fearnley, S.: Disorders of attachment and attachment therapy. *Adoption and Fostering*, 23(2): 19-30, 1999
- Kaplan, H. I. and Sadock, B.J. (Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*(5th ed.). Baltimore: Williams and Wilkins, 1989
- Kaplan, H. I. and Sadock, B.J.(Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*(6th ed.). Baltimore: Williams and Wilkins, 1995
- Levy, T. M. (Ed.): *Handbook of Attachment Interventions*. p,1-26. N.Y.: Academic Press, 2000
- Levy, T. M. and Orlans, M.: Attachment disorders as an antecedent to violence and antisocial patterns in children. in Levy, T. M.(Ed.): *Handbook of Attachment Interventions*. p,1-26. N.Y.: Academic Press, 2000
- Lewis, M. (Ed.): *Child and Adolescent Psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Williams and Wilkins, 1996
- Minde, K. and Minde, R.: *Infant psychiatry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1986
- 西澤 哲: 子どもの虐待. 誠信書房, 1994
- Osofsky, J. D. and Fitzgerald, E. (Eds.): *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, Vol.4. N.Y.: John Wiley and Sons, 2000
- Rutter, M., Taylor, E., and Hersov, L. (Eds.): *Child and Adolescent Psychiatry*(3rd ed.).Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994
- 下泉秀夫: 「児童虐待における保育所の役割と関係機関の連携のあり方」調査報告書. 厚生科学研究「虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築に関する研究」(主任研究者:松井一郎)平成11年度研究報告書. 2000
- The Attachment Center at Evergreen: Give Them Roots, Then Let Them Fly: Understanding Attachment Therapy. Evergreen: The Attachment Center at Evergreen, 1995
- Thomas, N.: *When love is not enough*. 1997
- Thomas, N.: Parenting children with attachment disorders. in Levy, T. M.(Ed.): *Handbook of Attachment Interventions*. p.67-109. N.Y.: Academic Press, 2000
- World Health Organization: *The ICD-9 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva: Author, 1978
- World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva: Author, 1992
- ZERO TO THREE/National Center for Infants, Toddlers and Families (本城秀次・奥野 光訳): *精神保健と発達障害の診断基準*. ミネルヴァ書房, 2000

表1 DSM-IVの「幼児期または小児期早期の反応性愛着障害」(313.89)の診断基準 (APA,1994)

<p>A. 5歳未満に始まり、ほとんどの状況において著しく障害され十分に発達していない対人関係で、以下の(1)または(2)によって示される。</p> <p>(1)対人的相互作用のほとんどで、発達的に適切な形で開始したり反応したりできないことが持続しており、それは過度に抑制された、非常に警戒した、または非常に両価的で矛盾した反応という形で明らかになる。</p> <p>(2)拡散した愛着で、それは適切に選択的な愛着を示す能力の著しい欠如を伴う無分別な社交性という形で明らかになる。</p> <p>B. 基準Aの障害は発達の遅れ(精神遅滞のような)のみではうまく説明されず、広汎性発達障害の診断基準も満たさない。</p> <p>C. 以下の少なくとも1つによって示される病的な養育。</p> <p>(1)安楽、刺激および愛着に対する子どもの基本的な情緒的欲求の持続的無視。</p> <p>(2)子どもの基本的な身体的欲求の無視。</p> <p>(3)第1次世話人が繰り返しかわることによる、安定した愛着形成の障害。</p> <p>D. 基準Cにあげた養育が基準Aにあげた行動障害の原因であるとみなされる。</p>

表2 愛着障害をもつ子どもの特徴(Levy and Orlans, 2000)

<ul style="list-style-type: none"> ・行動：反抗的、挑戦的、衝動的、破壊的、攻撃的、ウソと盗み、攻撃的、口汚くののしる、多動、自己破壊的、小動物への残虐さ、火遊び ・情動：強い怒り、抑うつ的で無力感をもつ、不機嫌、恐れと不安(しばしば隠蔽される)、いらだち、不適切な情動反応 ・思考：自己・関係・生活全般に関する否定的な確信(否定的なワーキングモデル)、因果的な思考の欠如、注意と学習の問題 ・関係性：信頼感の欠如、支配的、操作的、愛情を与えることも受けることもしない、見知らぬ人への無差別的な愛情、不安定な仲間関係、自分の失敗を他者のせいにする、迫害する(迫害される) ・身体的：不潔、身体接触をいやがる、夜尿や遺糞、事故を起こしやすい、苦痛への耐性、遺伝負因(抑うつ、多動など) ・道徳的/精神的：共感・信頼感・同情・悔悟の念・社会的意味など向社会的価値の欠如、邪悪さや人生の暗い面への同一視

表3 被虐待児の行動・情緒の問題の例(下泉(2000)より)

<ul style="list-style-type: none"> ・月曜など休み明けには傷もみられるが機嫌も悪い ・周囲に対し、本児が一方的に暴言、暴力をふるったのち、おとなに対して嘔みつき、暴行するなど、気持ちのコントロールができない ・落ち着きがない、とっさの行動が多い ・休日明けなど、とくに自分をかまってほしい ・気持ちが不安定で極端に甘えたり、つっぱったりする ・対人関係が全然とれず、つねにおどおどしている ・友達との関わり方がわからず、押したり叩いたりして関わる ・破壊的行為、他の子へ攻撃的 ・友達関係をうまくつくれず、疎外された存在であり、本児自身、感情の激しさを出したり、陰の日があつたりと、日ごとに表情が変わる ・カッとなると暴力的になり、他児を突き飛ばす、ガラスを割る、ものを投げる

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
（分担）研究報告書

被虐待児の精神的問題に関する研究

（分担）研究者 奥山 眞紀子 埼玉県立小児医療センター 精神科 医長

研究要旨 これまでの2年間の研究を基礎に、1) 被虐待児の精神症状の特徴を総合的に明らかにし、ケアの方法論を見出すこと、2) 及び性的虐待の発見から初期対応までのガイドラインを作成することを目的に研究を行った。その結果、1) に関しては愛着の問題が非常に多い特徴であり、そのためと考えられる対人関係の問題および自己感の問題が重要と考えられた。それに基づき、ケアの内容としてはまず、愛着の問題を把握し、問題がある時には早期に愛着形成を目的としたケアがなされなければならないと考えられた。2) に関しては、1. 子どもの性的虐待とは 2. 発見と初期対応 ①性的虐待が疑われるサイン、②性的虐待を疑った時の対応、③ 児童相談所などの専門家の初期対応、④関係機関の連携、3. 性的虐待に対する法的対応、4. 関係機関の連携 に関するガイドラインが必要と考えられ、それを作成した。

研究協力者（アイウエオ順）

井上登生 井上小児科医院 院長
内山絢子 科学警察研究所 防犯少年部
補導研究室長
大川 千尋 エンジェルホーム 心理士
北山秋雄 長野県看護大学 健康保健学
教授
庄司順一 青山学院大学 文学部 教授
角田由紀子 弁護士
中島 彩 子供の町クリニック 心理士
西澤 哲 大阪大学 人間科学部 助教授
宮本 信也 筑波大学心身障害学系 教授

A. 研究目的

I. 被虐待児の精神症状に関する研究

被虐待児にさまざまな行動の問題や精神的問題が出現することに関し、被虐待児を多く扱っている施設から声が上がっており、施設に心理士の配置も行われるようになってきている。しかし、日本においては被虐待児の精神症状を専門的視点から分析した結果は少なく、施設に配置された心理士も手探りの状

態である。このような状態に対処すべく、1998年度より研究を重ねてきた。

初年度の一施設でのパイロットステディの結果から、被虐待児の精神症状に関しては、愛着を含む人間関係の問題、自己制御の問題、解離の問題、トラウマ反応の3点に関して更に検討しなければならないことを明らかにした。そして、初年度には文献研究を通して、虐待と行動障害の関係を明らかにし、昨年度は初年度に検討された質問紙の中から、Child Dissociation Checklist (CDC) および、Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) を用いて、各種虐待と解離症状およびトラウマ症状との関係を明らかにした。本年度は、研究協力者との関係している施設において面接され、評価や治療を受けた58例を集め、虐待と愛着を含めた人間関係の問題と自己制御の問題の関係を明らかにすることを目的に研究を行った。

II. 子どもの性的虐待の発見及び初期対応に関する研究

子どもへの虐待に対する発見や初期対応に関しては、多くのマニュアルや手引きが発行され、少しずつ確立されてきている。しかしながら、性的虐待に関してはその発見や対応に関する方法論の確立は非常に遅れており、殆どなされていないと考えても良い状況である。そこで、さまざまな現場での発見及び初期対応に関する方法論を確立すべく 1998 年から基礎研究を重ねてきた。

初年度には子どもの性的虐待(Child Sexual Abuse, CSA)に関する文献的検討と性的虐待・性被害を受けた 39 例の子どもに関する基礎的検討を行い、昨年度は性的虐待を受けた子どもに対する面接方法の文献的検討と初年度の 39 例に対する調査結果を支援する側の視点で分析した。

それを基に、今年度は性的虐待の発見と初期対応に関しての方法論を確立する個とを目的に研究がなされた。

B. 研究方法

I. 被虐待児の精神症状に関する研究

これまで、被虐待児の評価や治療にあたってきた研究協力者を中心に、被虐待児の精神症状に関する議論を続け、調査票を作成した。作成にあたり、研究者間の共通理解を高めて、出来るだけ判断を一致させるように努めた。対象は、研究協力者もしくはその機関で被虐待児できちんとした面接を行い得たものとした。なお、サバイバーは含めないこととし、研究者が直接面接を行った子どもとした。今回は、症状および所見について検討した。

II. 子どもの性的虐待の発見及び初期対応に関する研究

1) 項目及び内容の検討

これまでの 2 年間の性的虐待に関する研究結果を基に、性的虐待の発見と初期対応を確立する為にはどのような項目に関するガイドラインが必要で、どのようなないようが盛り込まれるべきかの検討が行われた。

2) 目次および分担者の検討

それに基づき、目次および分担者が定められた。分担者はそれまでの議論に基づき、執筆を行った。

C. 研究結果および考察

I. 被虐待児の精神症状に関する研究

今回の結果から、精神診断としても、愛着障害が多く、専門家に相談される被虐待児の精神的問題は愛着の問題が多いことが明確となった。また、他者関係には多くの問題を持ち、自己感にも問題があり、自己制御、特に感情の調整が困難な子どもが非常に多かった。

虐待の種類を見ると重複が非常に多く、乳幼児期からの虐待家庭の不適切な養育状況が明確であった。このような不適切な養育状況では、虐待の種類独特の問題点より、全体として愛着の問題が精神症状に強く影響する可能性が高いと考えられた。

II. 子どもの性的虐待の発見及び初期対応に関する研究

ガイドラインの項目は以下の通りである。

(I). 性的虐待発見と初期対応に関するガイドライン

1. 子どもの性的虐待とは
2. 発見と初期対応

- 1) 性的虐待が疑われるサイン
 - 2) 性的虐待を疑った時の対応
 - 3) 児童相談所などの専門家の初期対応
 - 4) 関係機関の連携
3. 性的虐待に対する法的対応
 4. 関係機関の連携

(II). 各現場での性的虐待の発見と初期対応

1. 学校現場での性的虐待の発見と初期対応
2. 幼稚園・保育園・学童クラブでの性的虐待の発見と初期対応
3. 医療現場での性的虐待の発見と初期対応
4. 保健婦・士による性的虐待の性的虐待の発見と初期対応
5. 施設および里親家庭における性的虐待の発見
6. 児童委員（民生委員）、主任児童委員、青少年補導員などにとっての性的虐待の発見

(III). 付録：性的虐待の行動評価法

D. 結論

I. 被虐待児の精神症状に関する研究

上記の結果から、被虐待児のケアを組み立てるにあたっては、まず第一に愛着形成がなされているかどうかを検討し、問題があると考えられたら、愛着形成が可能な環境を与えることがもっとも大切であると考えられた。そのためには、1対1の対応が可能になるような里親や小規模施設が望まれる。ただし、愛着形成に問題を持っている子ども達は育て辛い行動として現れてくるため、養育者に対するサポートが非常に重要であると考えられた。また、そのようなケアと並行して、トラウマ

に対するアプローチと行動療法的アプローチを併用していく必要性もあると考えられた。さらに、脳波異常の多さや睡眠障害の多さから、薬物療法などの医学的アプローチも積極的に考慮されるべきであると考えられた。

II. 子どもの性的虐待の発見及び初期対応に関する研究

性的虐待に関してはこれまで介入が困難であり、どのように対応すべきかの指針がほとんどなかった。今回、3年間の研究をもとに、ガイドラインを作成した。今後、このガイドラインを編集をして何らかの形で周知し、更に実際の検討を重ね、改善して介入の方法論を確立していく必要がある。

被虐待児の精神症状の特徴

—愛着を含む他者関係および自己制御の問題を中心として—

奥山 眞紀子、宮本 信也、中島 彩、大川 千尋
庄司 順一、西沢 哲、北山 秋雄、井上 登生

A. 目的

虐待を受けた体験が将来の精神症状に結びつく危険性のあることは海外で多く報告されている (Wolfe, D.A et al, 1991, Briere, J.N., 1992)。また、日本でも、精神的症状を持ったサバイバーの方たちの研究は行われている (齋藤 学, 2000)。それらの研究からも、本来、虐待を受けた子ども達に早期に介入して現在および将来の精神的障害を治療・予防することが望まれている。また、被虐待児を多く扱っている施設からは行動の問題の多さが指摘され、それへの対応が望まれ、児童養護施設に心理士が配置されるようになった。しかし、虐待を受けた子ども達の精神状態をどのように捉え、どのように援助するかは確立されておらず、手探りの状態である。本研究は被虐待児への精神的ケアの重要性を示し、どのような精神的危険があるかを明らかにすることによって、今後の精神的ケアの手法を確立することを目的としている。

その目的のもと、我々は 1998 年から被虐待児の精神症状を明らかにすべく研究を重ねてきた。初年度には被虐待児と行動障害の関係に関する文献的検討を行い、一施設におけるパイロットスタディーを行い、虐待児の精神症状を明らかに出来る可能性のある質問紙法に関する研究を行った (奥山ら, 1998)。パイロットスタディーの結果、行動の障害は結果として存在することが多いが、その背景となる精神症状として、①

トラウマ反応の問題、②自己調節の問題、③解離の問題、④愛着を含む他者関係の問題、が重要であると考えられた。第 2 年度には、質問紙による調査が可能な、トラウマ反応の問題と解離の問題に関して調査を行い (奥山ら, 1999)、被虐待児は解離症状が多いこととトラウマ反応が有意に多いのは心理的虐待であることを明らかにした。

今年度は、研究協力者で議論を重ね、その問題を中心に、他の精神的問題も含めて、調査票を作成し、研究協力者間の共通理解を深めた上で、調査を行った。調査票における質問は広範にわたるものであるが、本研究の目的である愛着を含む他者関係の問題と自己制御の問題を中心として分析した。なお、パイロットスタディーに含まれていた症例は今回の調査には含まれていない。

最後に、これまでの研究結果と総合し、被虐待児の精神的問題の特徴を総合的に明らかにし、精神的ケアに関する方法に関して考察を行った。

B. 方法

1) 質問紙の作成：パイロットスタディーを行った調査項目とその他の研究を基に、調査表の作成を行った。その際、愛着関係を含む人間関係の問題と自己抑制の問題を中心にしながらも、精神的問題の全体像が捕えられるような質問項目を設定した (付録参照)。

2) 調査者：質問内容は子どもの精神医学も

しくは心理学の専門家でなければ回答が困難なようである。また、専門家であってもその理解に差異が生じることがある為、研究会議で共通理解を得られる研究協力者およびその機関とした。

3) 質問紙の使い方に関する共通理解の形成：専門的な質問紙を用いて回答をする研究協力者間でその共通理解を得る為の努力がなされた。

4) 対象：対象は研究協力者が所属する機関に訪れた被虐待児とした。初年度のパイロットスタディーで検討された被虐待児は含まれていない。

5) 分析：質問紙に回答されている項目の中で、特に人間関係の発達及び自己制御の問題に関する項目を中心に分析を行った。

C. 結果

1. 基本情報

1) 対象の属性

(1) 性と年齢：分析可能であった対象は全員で 58 名であった。1 名の記載漏れを省き、男児 20 名(35.1%)、女児 37 名(64.9%)であり、この調査においては女児が多かった。全体の年齢分布を図 1 に示す。全体としては 5 歳を中心とした山がみられ、13 歳も多い傾向が認められた。平均は 7.9 歳であった。

(2) 初診時の居住：初診時在宅であったものは 30 名(51.7%)、施設に入所していたのは 24 名(41.4%)であり、その他が 4 名(6.9%)であった。在宅及び施設入所時の初診時の年齢分布を図 2、図 3 に示す。在宅群は様々な年齢に分布しているが、施設入所児は 3 歳—7 歳に集中する傾向があった。

図 1 初診時年齢分布 (全体)

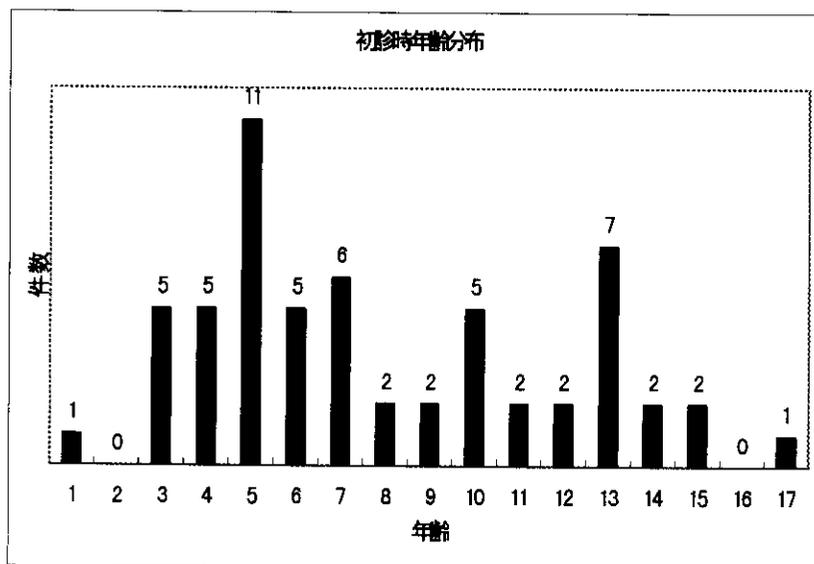


図2 在宅群の初診時年齢分布

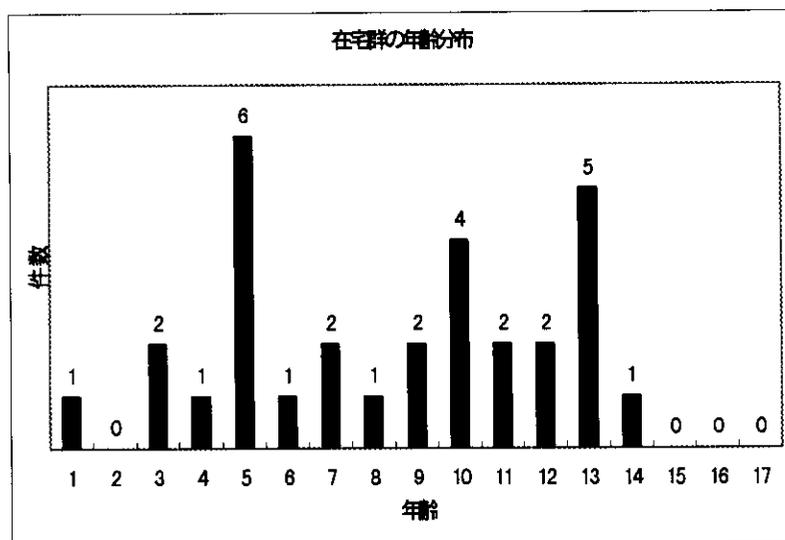
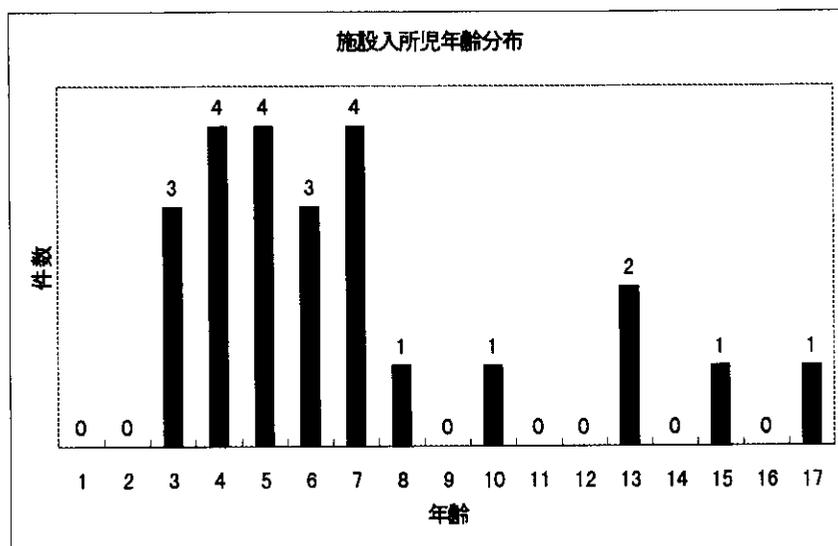


図3 施設入所群の初診時年齢分布



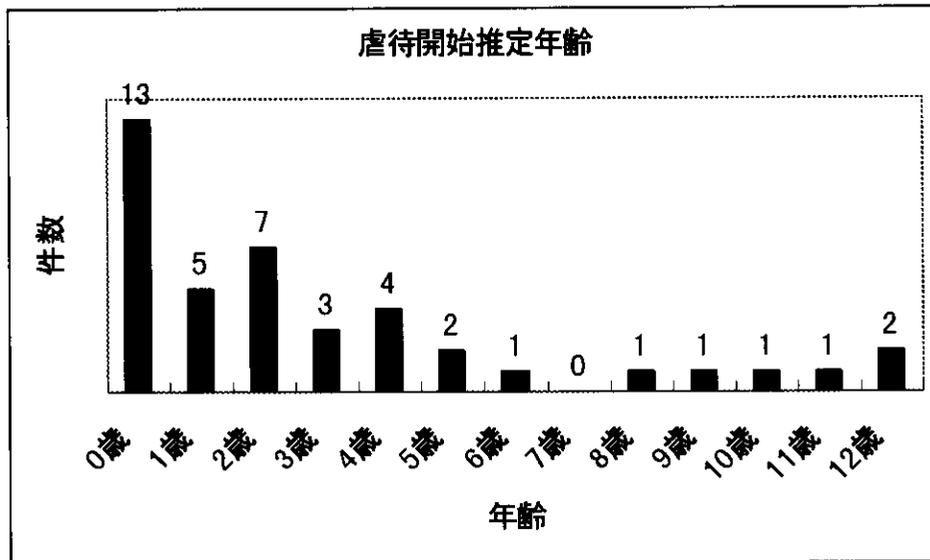
2) 虐待に関して

(1)虐待の種類：虐待の種類は推定も含め、身体的虐待 40 名(69.0%)、ネグレクト 31 名(53.4%)、性的虐待 11 名(19.0%)、心理的

虐待 32 名(55.2%) であった。これらは重複も多い。

(2) 虐待開始年齢：推測できるものを図 4 に示す。低年齢で開始されているものが多い。

図4 虐待開始推定年齢



3) 非特異的な発達歴に関して

(1) 周産期の問題：問題があったものは5名で、不明な例20名を除く38名の13.2%にあたる。

(2) 発達歴での問題：問題は15名に見られた。不明の10名を除く48名の31.3%にあたる。

(3) 身体疾患：特記すべき身体疾患が合併しているものは15名で、不明の8名を除く50名の30.0%である。

(4) 脳波・CT等の異常：脳波異常は7名おり、検査した30名中23.3%であった。CT・MRIの異常は1名のみで、検査をした19名の5.3%であった。

(5) 知的発達：知的発達の問題は、推定も含めると、ボーダーラインから軽度まで20名(34.5%)が遅れを示していた。

2. 精神症状

1) 主訴に関して

表1は主訴を分類したものである。主訴は複数記入できるようになっており、重複

がある。行動上の問題を主訴に受診したものが最も多く、45名(77.6%)に登った。また、それに続いて虐待及びその疑い17名(29.3%)あり、虐待を受けたことが受診の原因になってきている。

表1 主訴 (重複あり)

内容	件数
身体症状	15 (25.9%)
行動上の問題	45 (77.6%)
他の精神症状	12 (20.7%)
虐待及びその疑い	17 (29.3%)
その他	14 (24.1%)

2) 臨床診断

表2、表3に臨床診断をそれぞれ入所時の居所別および年齢群別に示した。

全体としては、反応性愛着障害と診断がついたものが25名(43.1%)と最も頻度が高かった。それに続き、外傷後ストレス障害もしくはストレス反応13名(22.4%)であった。行動の障害としては、注意欠陥多動

性障害 11 名(19.0%)、反抗性挑戦性障害 2 名(3.4%)、行為障害および行為の障害を伴う適応障害 6 名(10.3%)が認められた。また、解離性障害が 7 名(12.1%)に認められていたことは特記すべきことである。

居住の中で、施設に臨床診断数が少なくなっている。これは、施設入所児の場合、その時点では問題がないが、虐待があったため予防的に受診させたケースが複数あり、子どもの生活上の問題はないので一軸診断を付けなかったものが含まれているためである。しかし、これらの子ども達は、診断

基準は満たさなくても症状や所見上は問題のある子どもも多い。居所別の臨床診断で特徴的なのは、愛着障害が見られる頻度は差がないが、注意欠陥多動性障害や行為障害は在宅児に多い傾向が認められた。また、解離性障害は圧倒的に在宅に多かった。

年齢別では、注意欠陥多動性障害は 7-12 歳に最も多く、ついで 0-6 歳であり、行為障害は全員 7-12 歳であった。反応性愛着障害は 0-6 歳、7-12 歳、13 歳— が 2:2:1 程度であった。外傷後ストレス障害は年少児に多かった。

表 2 臨床診断 (入所時の居所別) (重複あり)

診断名	全体	在宅	施設
精神遅滞 (軽度・境界も含む)	6(23.1%)	5(16.7%)	1(4.2%)
学習障害	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
発達性協調運動障害	1(1.7%)	0(0.0%)	1(4.2%)
吃音症	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
非定型自閉症	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
注意欠陥・多動性障害	11(19.0%)	9(30.0%)	2(8.3%)
行為障害	5(8.6%)	5(16.7%)	0(0.0%)
反抗挑戦性障害	2(3.4%)	1(3.3%)	1(4.2%)
夜尿	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
選択性緘黙	1(1.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
反応性愛着障害	25(43.1%)	14(46.7%)	11(45.8%)
気分変調性障害	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
強迫性障害	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
外傷後ストレス障害	12(20.7%)	5(16.7%)	6(25.0%)
ストレス反応 (NOS含む)	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
全般性不安障害	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
身体表現性障害 (NOS含む)	2(3.4%)	2(6.7%)	0(0.0%)
解離性障害 (解離性健忘含む)	7(12.7%)	6(20.0%)	1(4.2%)
摂食障害 (NOS含む)	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
夜驚	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
間歇性爆発性障害	1(1.7%)	0(0.0%)	1(4.2%)
適応障害 (行為の障害を伴うもの)	1(1.7%)	0(0.0%)	1(4.2%)
適応障害 (抑鬱気分を伴うもの)	3(5.2%)	1(3.3%)	1(4.2%)
過換気症候群	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
愛情遮断性小人症	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
てんかん	1(1.7%)	1(3.3%)	0(0.0%)
実数	58	30	24

表3 臨床診断(年齢群別)(重複あり)

診断名	全体	0-6歳	7-12歳	13歳-
精神遅滞(軽度・境界も含む)	6(23.1%)	1(3.7%)	1(5.3%)	4(33.3%)
学習障害	1(1.7%)	0(0.0%)	1(5.3%)	0(0.0%)
発達性協調運動障害	1(1.7%)	0(0.0%)	1(5.3%)	0(0.0%)
吃音症	1(1.7%)	1(3.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
非定型自閉症	1(1.7%)	1(3.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
注意欠陥・多動性障害	11(19.0%)	4(14.8%)	7(36.8%)	0(0.0%)
行為障害	5(8.6%)	0(0.0%)	5(26.3%)	0(0.0%)
反抗挑戦性障害	2(3.4%)	1(3.7%)	1(5.3%)	0(0.0%)
夜尿	1(1.7%)	0(0.0%)	1(5.3%)	0(0.0%)
選択性緘黙	1(1.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(8.3%)
反応性愛着障害	25(43.1%)	10(37.0%)	11(57.9%)	4(33.3%)
気分変調性障害	1(1.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(8.3%)
強迫性障害	1(1.7%)	0(0.0%)	1(5.3%)	0(0.0%)
外傷後ストレス障害	12(20.7%)	8(29.6%)	2(10.5%)	2(16.7%)
ストレス反応(NOS含む)	1(1.7%)	1(3.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
全般性不安障害	1(1.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(8.3%)
身体表現性障害(NOS含む)	2(3.4%)	0(0.0%)	1(5.3%)	1(8.3%)
解離性障害(解離性健忘含む)	7(12.7%)	0(0.0%)	2(10.5%)	5(41.7%)
摂食障害(NOS含む)	1(1.7%)	0(0.0%)	1(5.3%)	0(0.0%)
夜驚	1(1.7%)	1(3.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
間歇性爆発性障害	1(1.7%)	0(0.0%)	1(5.3%)	0(0.0%)
適応障害(行為の障害を伴うもの)	1(1.7%)	1(3.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
適応障害(抑鬱気分を伴うもの)	3(5.2%)	0(0.0%)	1(5.3%)	2(16.7%)
過換気症候群	1(1.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(8.3%)
愛情遮断性小人症	1(1.7%)	1(3.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
てんかん	1(1.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(8.3%)
実数	58	27	19	12

3) 心理的症状・問題に関して

(1) 現在の発達の問題：現在の発達の問題は重度3名、中等度2名、軽度17名の計22名で不明の6名を除く52名中42.3%であり、その内訳は精神遅滞6名、言語発達遅滞5名、学習障害4名、協調運動障害1名、その他2名、内容不明4名であった。

(2) 行動の問題：行動の問題を持っている子どもは重度14名、中等度11名、軽度13名の計38名であり、不明の1名を除く57名中66.7%であった。内容は、多動18名(31.6%)、注意転動13名(22.8%)、衝動的16

名(28.1%)、暴力(家庭内)11名(19.3%)、暴力(社会)11名(19.3%)、万引き4名(7.0%)、その他の盗み4名(7.0%)、火遊び1名(1.8%)、過度の反抗8名(14.0%)、その他2名(3.5%)であった(%は回答のあった57名に対して)。

(3) 身体化症状：身体化症状は14名に見られ、不明の5名を除いた53名の26.4%であった。

(4) 不登校：不登校を示したものは11名で、不登校なしの40名との合計51名の21.6%にあたる。

(5) 排泄の問題：排泄の問題は16名に見ら

れ、なしの 41 名との合計 57 名の 28.1%にあたる。内容は、夜尿 10 名、遺尿 3 名、遺糞 2 名、その他 4 名であった(重複あり)。

(6) 食行動の問題：8 名が持っており、なしの 48 名との合計 56 名の 14.3%であった。ただ、その内 1 名は入院が必要なほどの神経性食欲不振症であった。

(7) 睡眠の問題：睡眠の問題は 25 名(なし 28 名との合計 53 名の 47.2%)に認められたが、日常生活が著しく困難になる重度のものはなかった。内容としては、入眠困難 11 名(20.8%)、中途覚醒 11 名(20.8%)、夜驚 5 名(9.4%)、夢中遊行 1 名(1.9%)、悪夢 5 名(20.8%)であった(重複あり)。

(8) 愛着障害の症状：日常生活や社会生活が著しく困難になるほどの重症が 12 名おり、中等度が 18 名、軽度 15 名の計 45 名にみられた。これはなし 7 名との合計 52 名の 86.5%に登る。種類は、抑制型 12 名、脱抑制型 27 名で、その他は分類不能であった。

(9) 緘黙：重度 2 名、中等度 1 名、軽度 4 名の計 7 名で、なし 50 名との合計 57 名の 12.3%にあたる。

(10) 吃音、チック、強迫行為、抜毛：これらの症状は少なく、吃音 1 名、強迫行為 4 名、を認め、他は見られなかった。

(11) 不安症状：不安は大きく、重度 6 名、中等度 10 名、軽度 18 名の計 34 名で、なしの 13 名との合計 47 名の 72.3%にあたる。

(12) 抑うつ症状：抑うつ症状は重度 3 名、中等度 6 名、軽度 13 名の計 22 名で、なし 20 名との合計 42 名の 52.4%にあたる。

(13) PTSD 症状：PTSD を疑わせる症状を持つものは、重度 5 名、中等度 9 名、軽度 15 名の計 29 名で、なし 16 名との合計 45 名の 64.4%にあたる。

(14) 自殺企図・希死念慮・自傷：自殺未遂などの重症例はなく、自傷による傷 1 名、

時折死にたいと思う 6 名、の計 7 名で、なし 41 名との合計 48 名の 14.6%であった。

(15) 薬物依存・使用：みられなかった

(16) 現実検討能力の問題：混乱 3 名、明らかな障害 0 名、疑い 4 名の計 7 名でなし 45 名との合計 52 名の 13.5%であった。

4) 初診時の心理的状态および行動パターンに関して

(1) 身体的・神経学的・神経心理学的状態：問題あり 16 名で正常の 35 名との合計 51 名の 31.4%であった。

(2) コミュニケーションの問題：言語能力に問題があったのは 12 名で、年齢相応と回答された 45 名との合計 57 名の 21.1%にあたる。また総合的コミュニケーション能力に問題があったのは 18 名で、年齢相応と回答された 37 名との合計 55 名の 32.7%にあたる。

(3) 活動性：多動 20 名(35.1%)、普通 29 名(50.9%)、寡動 8 名(1.8%)であった。

(4) 衝動性：強い 25 名(43.1%)、普通 28 名(48.3%)、その他 5 名(8.6%)であった。

(5) 注意の問題：集中力に関しては弱い 27 名(48.2%)、普通 26 名(46.4%)、高い 3 名(5.4%)であり、注意転動に関しては、多い 25 名(46.3%)、年齢相応 23 名(42.6%)、少ない 6 名(11.1%)であった。

(6) 全体的気分：抑うつ的 23 名(40.4%)、躁的 5 名(8.7%)、変動が激しい 20 名(35.1%)、自然 5 名(8.8%)、その他 3 名(1.8%)であった。

(7) 感情：未分化 1 名(1.8%)、平坦 3 名(5.4%)、起伏が激しい 16 名(28.6%)、深みがない 13 名(23.2%)、刺激と感情が不適合 2 名(3.6%)、問題はない 11 名(19.6%)であった。

(8) 不安：強すぎる 16 名(28.1%)、少なすぎる 9 名(15.8%)、長期に続く 2 名(3.5%)、

非現実的 1 名(1.8%)、その他の問題 2 名(3.5%)、状況に適合 24 名(42.1%)であった。
 (9) 意欲：意欲の低下 14 名(回答の 35.9%)、適度の意欲がある 25 名(64.1%)であった。
 (10) 他者との関係形成能力

(i) 主たる養育者への行動パターン(表

3)：全体としては年齢相応は 21%に過ぎず、問題を持っている場合が 79%近くに上っていた。特に在宅のケースでは問題のある行動パターンが多く、暴力や恐怖は在宅でのみ見られていた。一方、施設入所者では退行が多く認められていた。

表 4 主たる養育者への行動パターン(複数回答)

行動パターン	全体(%)	在宅(%)	施設(%)
年齢相応	12(21.1)	3(10.0)	9(37.5)
年齢不相応	45(78.9)	27(90.0)	15(62.5)
過度の希求	21(36.8)	11(36.7)	6(25.0)
無視	10(17.5)	8(26.7)	2(8.3)
回避	17(29.8)	11(36.7)	6(25.0)
暴力	6(10.5)	5(16.7)	0(0.0)
恐怖	8(14.9)	8(26.7)	0(0.0)
退行	8(14.9)	3(10.0)	5(20.8)
その他	5(8.8)	2(6.7)	3(12.5)

(ii) 主たる養育者への愛着パターン(推定)(表 4)：主たる養育者への愛着パターンは全体、在宅、施設、すべての群でアン

ビバレントー抵抗が最も多く、在宅では回避が多くなっていたが、施設入所児では安全が高くなっていた。

表 5 主たる養育者への主たる愛着パターン(推定)(1項目のみ回答)

愛着パターン	全体(%)	在宅(%)	施設(%)
回避	12(21.4)	9(30.0)	3(14.3)
安全	9(16.1)	1(3.3)	7(33.3)
アンビバレントー抵抗	21(37.5)	12(40.0)	8(38.1)
混乱	7(12.5)	4(13.3)	2(9.5)
その他	7(12.5)	4(13.3)	2(9.5)
不明	2	0	2

(iii) 主たる養育者以外の大人への行動パターン(表 5)：大人への行動パターンは全体、在宅、施設の 3 群とも希求ー回避、無

差別の希求、回避が多い傾向があった。施設群では在宅群に比較して退行が多い傾向が見られた。

表6 主たる養育者以外の大人への行動パターン(複数回答)

行動パターン	全体(%)	在宅(%)	施設(%)
年齢相応	8(14.0)	4(13.3)	4(16.7)
年齢不相応	49(86.0)	26(86.7)	20(83.3)
無差別の希求	14(24.6)	6(20.0)	6(25.0)
希求-回避	21(36.8)	11(36.7)	9(37.5)
回避	13(22.8)	6(20.0)	6(25.0)
暴力	6(10.5)	4(13.3)	2(8.3)
言葉での攻撃	4(7.0)	3(10.0)	1(4.2)
恐怖	2(3.5)	1(3.3)	0(0.0)
退行	6(10.5)	1(3.3)	5(20.8)
その他	8(14.0)	4(13.3)	4(16.7)
該当なし	1	0	0

(iv) 他の子どもに対する行動パターン： が多いのに対し、施設では弱者への暴力が対子どもでは在宅では回避、無差別の暴力 多い傾向が見られた。

表7 他の子どもに対する行動パターン

行動パターン	全体(%)	在宅(%)	施設(%)
年齢相応	9(15.5)	4(13.3)	5(20.8)
年齢不相応	49(84.5)	26(86.7)	19(79.2)
無差別の希求	6(17.2)	4(13.3)	2(8.3)
希求-回避	6(17.2)	3(10.0)	2(8.3)
回避	16(27.6)	10(33.3)	4(16.7)
無差別の暴力	7(12.1)	6(20.0)	1(4.2)
弱者への暴力	13(22.4)	4(13.3)	8(33.3)
過度の関心をひく行為	7(12.1)	3(10.0)	3(12.5)
その他	4(6.9)	1(33.3)	3(12.5)

(v) 幼稚園や学校での全般的な行動特徴： 動が多い傾向が見られた。社会での行動に関しては、在宅群に問題行

表8 幼稚園や学校での全般的な行動特徴(複数回答)

行動特徴	全体(%)	在宅(%)	施設(%)
年齢相応	10(18.7)	3(11.5)	6(26.1)
年齢不相応	43(81.1)	23(88.5)	17(73.9)
攻撃的	16(30.2)	9(34.6)	7(30.4)
多動	16(30.2)	11(42.3)	5(21.7)
衝動的	15(28.3)	12(46.2)	3(13.0)
引っ込み思案	13(24.5)	9(34.6)	4(17.4)
回避	9(17.0)	7(26.9)	1(4.3)
その他	3(5.7)	1(3.8)	2(8.7)
該当なし	5	4	1