

った。しかし母親の週に2回の面会時には「髪をひっぱる、形相を変えてキスを迫る（父親が無理にキスをしたらしい）、スタッフへの暴力、飛び出し」が続くため、4月8日から、拘束治療（患児には『まきまき治療』と伝えた）を開始した。胸抑制を中心とした全身拘束で、包まれる安心感を持ち、スタッフに甘えられるようになることを目標とした。患児にもプリントをもちいて、「まきまき」の意味を説明した。その後、大声はさすが、歯をみがかせる、身体をふかせるなど、身体を委ねることができるようになっていった。しかし、次に現れたのは、看護師を選んで、態度を変えたり、わざといらいらさせるような言動をとることを始めた。股を広げて陰部を叩いたり、看護師の陰部や父を触ろうとするなどの性化行動化がみられた。性虐待の疑いをもったが、患児も母親も否定した。看護師とは毎週、患児の操作的な言動に対して、一貫した対応ができるように、カンファレンスを行った。

4月21日、「叫ぶだけでなく、物をなげる」ため、〈父親は母親に物を投げた？〉と聞いたところ、「投げたことある、お皿とか、怖かった」と述べた。〈そのことを思い出す？〉と問うと、「思い出さない」と述べるため、そのままタッピングをして、第1回 EMDR に導入。「お父さんの怖いこと→お母さんは怖くない、→母親に鼻血がでないくらい殴られたことが本当はあった→でも怖くない→お母さんはやさしい→化粧品をかってくれるのはお母さんとお母さんの

妹」というふうにイメージが移り変わって脱感作された。〈されていただいたことを、お母さんや看護師にしないようにしよう〉と約束をした。翌々日の回診では、母親の暴力や怖い記憶は否認した。このため、4月24日、母親との記憶も処理できるように、面会を全部中止にし、看護師との関わりの時間をもつようにした。同日、手の拘束を1時間だけはすすようにしたところ、同日に離院。改めて、治療の意義を説明した。5月上旬から中旬、便秘と発熱のため、腹膜炎の疑いで絶食となる。5月11日、第2回 EMDR。「小3のときのお父さんがお母さんを叩いた記憶→小4のときお母さんが私を叩いた記憶→あとレーザーでお顔を焼いたこと」とイメージが移り変わった。前回のときは、母親に対する苦痛はない、と述べていたが今回、嫌だったとはっきり言っていた。その後、医師の訪室時に、学校に行けなくなった時のいじめ体験の辛さ、母斑があるための仲間はずれ体験などを少しずつ話すようになった。5月14日には、「小5のときに、お父さんがお母さんを殺す夢をみたこと、空をとぶ夢をみること」などを自発的に語った。同日、手をフリーにした。直後から、自分の手を叩きながら「叩かないで、叩かないで」と叫ぶ場面が観察されるようになった。問いかけに「思い出したから」と言葉少なに述べ、その後は父母と遊園地にいった楽しい思い出について語った。

5月15日夕、受け持ち看護師が父親に、主治医が母親にみえるという解離性フラッ

シュバックが起き、「な ん、な ん」という低い声をあげ、怖がる不穏状態となったため、第3回 EMDR を行った。以前に作っておいた飼い猫のいる安全な場面を思い浮かべ、解離状態から回復した。「お父さんがお母さんを殴っているところがみえる」と述べていた。「何歳の記憶かはわからない」という。「な ん、な ん」というのは、「あん」泣きながら「ねえね」と呼んでいたときのことでないか、と家族は述べ、幼い頃の記憶であることが推測された。

5月18日、フラッシュバックが頻発、叫びがどんどんひどくなっていく。「やめて、怖い、叩かないで！」と叫びながら、腕をばんばん叩いているため、第4回 EMDR に導入。「お父さんがお母さんを叩いている、お父さんからお母さんが逃げて、実家の風呂場で追いつめられて、叩かれているのを、ふ〇ちゃん（母の妹）に抱っこされながらみて、泣いている、幼稚園のとき、怖かった。し〇〇が泣いてとめたら、『がきは黙てる』と言われた」と詳細な記憶が恐怖感を伴って再想起された。

5月末からは、次第に落ち着き、暴れが減り、よく眠れるようになった。6月中旬には、かなり話が通るようになり、洗面歯みがきを自室で行い、看護師と活動をし、お風呂に自分から行って帰ってくることを目標とした。6月20日、久しぶりの母親との面会を行ったが、フラッシュバックは起こさなかった。目をあわせず、携帯をいじるのみで回避的であったが、愛着の問題と母親には説明した。母親の強い希望もあり、

午前か午後に必ず母親が付き添うことをしていった。その後、次第に拘束をはずしていく過程で、露出的になったり、多動になったりすると、再び拘束時間を長くしたり、という『枠の拡大と逸脱→枠の縮小→再拡大』という繰り返しを行いながら、7月末には、母親にも、スタッフにも暴力がない状態で安心して過ごせるようになった。「安心できた、いつも、お母さんがお父さんに暴力をふるわれていると思っていたからそうでないとわかった」と述べた。8月7日のカンファでは、母親との散歩を許可し、大声が減ったこと、ハグを目標に約束を守れることが確認された。8月27日、母親を再び叩いたため、第5回 EMDR。母親に言葉で頼んだのに、やってくれなかったときの悲しい気持ちに焦点をあてて、短時間で落ち着いた。しばらく落ち着いていたが、9月末に、再び暴言・暴力があったため、「おかあさんが心労で倒れた」と宣言し2週間面会を制限した。患児なりに反省し、落ち着いて過ごすことができたため、10月6日の誕生日に初回の外泊となった。父親も呼んであり、家族で楽しく遊べた。フラッシュバックも起きなかった。「学校に行きたい、お母さんにご飯をたべたい、自転車に乗りたい」という子どもらしい希望をもてるようになった。

今後は、週末の外泊を続けながら、1ヶ月程度したら、行動制限をかけながら、プレイルームを次第に長く利用できるようにして、集団適応が確認されたところで、学校へ導入する予定である。

代表症例2：思春期男児（実母、継父からの情緒的・身体的虐待、ネグレクト、義妹への性加害）

16歳 男性 職業 無職

【症例の特徴】思春期男児で被害歴と加害歴をもっており、加害行為が明らかになったあと、極度の再体験症状が出現しPTSDとして発症したため、入院治療を行った。半年の入院経過で、PTSD症状は消失し、加害行為を反省でき、寮での適応も格段に向上した。

【主訴】母親から食事を無理やりに食べさせられた事などが蘇ってきて気持ち悪くなり食べられない。

【家族構成】母、継父、弟2人、妹1人（本人は現在M学園入所中）

【精神科的遺伝負因】不明

【病前性格】温厚、優しい

【既往歴】4歳時：外傷性くも膜下出血 15歳時：顎関節症

【生活歴および現病歴】同胞4名の第一子。実父とはptが物心がつく前に離婚。離婚の事実はpt12歳時に初めて聞いたとのこと。幼稚園時、自宅のご飯を食べるときの合掌で指の長さがびったりとあっていなかったら怒られたり、正座して食べさせられたり、お灸をすえられたりした。小学校は両親の仕事の関係でM児童学園に入所する。小2からいじめがあって、口で馬鹿にされたり、しかとされたりした。小6時教室で切れてカッターを振り回したりした。中学入学と同時に掛川に転居する。中1の終わりごろ

より、自宅にて両親から家事を厳しく課せられ、ptは自分の気持ちを親に言えなくなって黙り込むようになった。その事で逆に母親から怒鳴られたり、正座させられたり木刀で腹を突かれたりした。父親は黙ってテレビを見ていることが多かった。実際父からも身体的暴力はあった。中学卒業し平成14年5月、家出をし友達の家か川原で過ごす。自由というのがなかった。同年7月自宅に帰ると門前にて親から殴られたりし、児童相談所が介入して一時保護となる。ヘルパーの通信教育を受けたが、やがて母親が金銭的な援助を中止したためにやめる。母はptの知的レベルが境界知能ということで児童相談所がH学園に入園させようとする。すると障害手帳の発行に抵抗するなど、ptの援助に対して抵抗を示した。平成15年5月より施設の近所の商店にてアルバイトを始める。すると母親が「父がほしいから、祖父母の具合が悪いから。」等の理由で学園に対してバイト代をせびるようになった。学園は同年7月30日にその旨をptに知らせたところ、過去の自宅で受けた虐待がフラッシュバックするようになる。同年8月中旬同様に被虐待にてY情短に入所中の妹からptを含めた兄達から性的虐待を受けたと告白。Ptも事実を認めた。その後pt食欲低下、嘔吐、過剰覚醒といった身体症状出現し同年8月29日当科外来初診。出来事インパクト尺度50点にて外傷後ストレス障害の診断で同年9月9日当科入院となる。

【入院時現症】Tシャツにパンツの年齢相

応の服装。疎通は良好できちんと丁寧に
対応することができる。両親の話に及ぶと緊張
がみとめられる。

【入院時診断】外傷後ストレス障害

【入院時問題点と具体的対策】母親が pt の
当院入院を把握しているため安全の確保を
必要とする。

【入院後経過】入院後は、他の患者ともな
じみ、非常に礼儀正しく過ごすことが認め
られた。入院直後から「無理矢理食事をと
らされた場面」が浮かび、吐き気、嘔吐が
認められた。9月12日には、「夜の足音が
気になる、夜中に2回くらい目が覚める」
と過覚醒がある様子がうかがわれた。9月
12日、第1回 EMDR を「夜の親が近づいて
くる足音」否定的認知「ぼくが悪い」肯定
的認知「ぼくは精一杯やっている」に対し
て施行した。「足音が近づく恐怖→怖い感じ
→腹痛→妹が殴られる場面→灸を据えられ
る場面→買ってもらったラジカセを母親に
壊された場面→中卒後自分できめてなろう
としたホームヘルパーの教材を破り捨てら
れた場面」などが次々と思い出されたが、
みぞおちの不快感はとれないため、誘導イ
メージ法に切り替えた。みぞおちの不快感
を視覚化すると、黒いとげとげのもので、
それは「妹に性虐待をした罪悪感」であっ
た。その感覚をもとに、年齢退行すると、
性虐待をする直前の自分の場面に戻り、「遊
びたい」と思っている当時の自分と内的な
会話をを行った。そうしたところ、「3男が入
ってじゃまされる」2人きりになりたい」
という気持ちを述べ、そのみぞおちの感覚

は、ピンクの軽いアルミの玉になって、「こ
のままだとふにやふにやだから硬くなりた
い」と思っている。それをたどると、親か
ら優しく見守って欲しかった、という感情
が浮かび上がってきた。そこで、インナー
チャイルドに本当にやりたいことを聞くと、
理想の親にきてもらい、時間をかけて育て
治してもらいたいイメージをもった。その後、
自分と、三男と妹にやりたいことを聞くと、
自分が父親に、妹が母親に、三男が子ども
になってままごとをやりたい、と述べるた
め、そうさせる。3人に愛情のエネルギー
を送って過去にかえす。最初のみぞおちの
感覚に戻ると、半分だけとげとげが無くな
って、硬い玉になっている。子どもの頃か
らの仕打ちを母親に対して怒りとして表現
したいと玉がいうため、心のなかでその作
業を行う。感情をだせた時点で、セッション
を閉じた。

その後、一過性に食事を目の前にすると
「どうして自分は食べられなかった」とい
う感情が湧いてきて、食べられなくなるこ
とが続いたが、数日後からおさまる。また、
「今まで抑えてきた甘えたい気持ち」がで
てきた、と報告し、寮にかえって寮母に「お
かあさん」寮兄に「おとうさん」と抱きつ
き、「ほんとうのおかあさん、おとうさんみ
たいに思っているんだよ、それでいい？」
となんども確認した。寮からは当惑の電話
がかかってきたため、治療の成り行きを説
明した。

9月25日、病棟内で、他の患者に使い捨て
カメラを買わせたり、時計を買わせよう

としたり、携帯の保証人になってくれと頼んでいたことが発覚。「自分のお金を自分のお金と思えない」と述べるため、<親から自分のお金を奪われたことの再演ではないか？>と説明したところ納得した。次の外泊では「はじめて自分で替えた！」と秋物の洋服を買ったことを喜んでスタッフにみせていた。

10月5日、第2回セッション「母親に殴られる場面」をターゲットに、否定的認知「ぼくは信用されていない」肯定的認知「ぼくは信用されている」として、EMDRを行った。母親に家事をめぐってダブルバインド的ないじめをされた場面が想起され、父母のけんか、父親の暴力も想起された。途中で自発トランスがおこり、「理想の父親に抱っこされているが、ほんとうは理想の父親は偽だとわかっている」というため、そのままその「偽だとわかっている感覚」をもとに誘導イメージ技法に切り替えたところ、「最初に理想の父親が出現したのは5歳のデパートの屋上でだった」と述べ、過去に想像上の友人としての父親をもっていたことが言語化された。5歳の自分がくも膜下出血後に、臨死体験？をして、天国への道を昇り、花畑のなかにいるおじさんにあったのが理想の父親として心に残っているのだという。心のなかにその理想のおじさんと呼び出して、内的会話をしたところ、「そのまま死にたかったけれど、自分で選んできたこと、綱力を出し切ったから、この家庭で生きなくてもよくて、親子の絆をきってよい」といわれ、イメージのなか

で身体を結んでいるコードを切り捨てた。そのおじさんにこれからどう生きていけばいいか聞いたところ「友人をたくさん作り、仕事も精一杯やり信頼されること」と示唆された。

その後、急に悲しくなって、親に「お前には、父も母も兄弟もいないと思え」と入所前に言われたことがしきりに思い出されたりした。寮との関係を良好に保つために、週に1回程度の面談を要望したところ、寮母からは（寮母がうつになっていたため）困難だと言うことをつける面会があった。第一回セッション直後の状態以来あっていなかったため、患児と面会してもらい、現在の治療の進展について話し合った。ひとりの人が抱えるのではなく、寮母、ふたりの寮父、看護師の4人で、皆で力をあわせて、患児を支えていくこと早めの復帰をめざすことで、一見が一致した。一過性の退行現象もおさまり、落ち着いた入院生活を送れるようになった。そのため、成人病棟のPTSD患者のグループに参加し、活発に発言をするようになった。

12月1日には、EMDRにて、母親に過去に殴られた場面を扱った。否定的認知は「私には生きる資格がない」、肯定的認知は「私には生きる資格がある」であった。母親の数々の身体的精神的虐待の場面や、家を逃れて河原や友人宅で過ごした場面が浮かび、次第にヘルパーの資格を取ろうとしていたのに教材を破られ「お前には人を支えることはできない」と罵られたことが回想され、さらに、自分を支えてくれた人たちが思い

浮かぶようになり、最終的に「自分には生きる資格がある、とりあえず周囲の人に支えられていきいこう」という思考及び認知に達した。このような過去の心的外傷が処理されるに従って、日常場面の些細なことや、まったく何もないときにまで、怒りを感じるようになったため、12月25日に、怒りの感情を視覚化して、自我状態療法を行った。過去の外傷場面にまで戻り、子どもの自我状態がしっかりと怒りを表現するというインナーチャイルドワークを行い、「母親が何をしようが、もうその側にいつて手伝えることはない。自分は自分で生きていける」と考えることができるようになった。

その後、寮への外泊を繰り返し、当初は、寮長から指導を受けただけで怒りを覚えてしまったり、「寮に帰ると良い子になってしまおう」と述べ、帰寮を拒んだり、一方で寮ではもう病院には戻りたくないなどと述べ、混乱していた。それぞれの状況を明らかにし、過去の心的外傷と現在の心境とのすりあわせをしていくうちに、「寮が自分の居場所だ」と思えるようになった。

その後、2番目の継父との間で再度妊娠した母親が、継父からのDVを受け離婚騒動があって、患児を頼ろうとするなど様々な以前なら確実に動揺して不穏になるような状況においても落ち着いて距離をとることが確認されたため。3月1日退院となった。寮での適応も良好であり、フラッシュバックなどがあったときには、呼吸法を使用したり、認知が歪んでいるということ

感じたときにはグループ療法で学んだトリプルカラムなど認知療法の技法を用いて、自分で対処できるようになったことが確認されている。

代表症例3：性虐待をうけた6歳男児とその妹

【症例の特徴】母親が父親からDVを受けており、さらに児に対する虐待行為の疑いを持ち、子どもをつれて病院に入院させたケース。母児同室の全員が患者としての入院で母親は、成人病等のPTSDグループやDVのグループに参加して、子どもへの対処方法や、心理教育を行い、子どもには子どもに対する治療を行い、現在外来で精神科受診を必要とせず、自立できている。母親の治療については省略した。

初診時6歳、男児

【診断】トラウマ反応

【入院期間】平成15年10月28日

【初診時主訴】暴言、物にあたるなどのトラウマ反応、父親に長い間ペット化されていたようだ(母親)。

【生育歴・病歴】

2840g、40週にて出生。第一子。頸定3ヶ月、お座り4ヶ月、はいはい9ヶ月、歩き始め11ヶ月、成長及び発達過程に問題なかった。アトピーがあった。対人関係上では、後追いはなく、親から平気で離れることはあった(愛着障害)。

母親が父親から暴言をふるわれたり、態

度で威圧されるのを見て育つ。父親が、自分に似ているという理由で、本児ばかりを可愛がった。やさしく、思いやりがあり、周囲に気をつかう性格。

平成13年1月から、幼稚園に入園。年少の最初にいきしぶりがあった。

平成15年の2月頃から母親に対する暴言がひどくなり、「離婚をするぞ」「でていけ」などと子どものいるところで、母親を罵ったり、ものにあたったりした。母だけでなく、児にも、何かを無理矢理行わせるといふ虐待行為が始まった。「パパの世話をしろ、いうことを聞け、いうことを聞かないと殺すぞ」と述べたと後にいっている。父親は2月11日には母が実家に帰った折に、掃除を人にやらせたというって、家のなかのものを壊すなど大暴れし、家族に見せつけた。児は、この頃から体調不良を訴え、2月末に、インフルエンザと喘息及び肺炎の合併で入院した。

平成15年の春頃から、母親が家をでる準備を始めた。察した父は子どもに母親の動向を聞いたりし始めた。この頃から「わーっ」と叫ぶような寝言をいうようになった。人に対して怒鳴るような感じだった。暴れはなかったが、わけのわからない反抗があった。また寝るのは必ず父親と一緒にだったが、「おい、寝るぞ!」と言われると、ぼーっとしたような表情になって、慌てふためいて、父親の寝床に行くことを不思議に思っていた。(父親はいつもバイアグラを持っているような人であるが、母親が父親の異常な性愛に応じなかったため、母親を相手

にせず、風俗などを利用して)。児は、ずっとおもらしをしており、夜間におむつをしていた。

平成15年9月に、幼稚園の園長から「父親におちんちんを触って寝るというのだけれど」と母親に情報提供があった。

平成15年10月13日、DV被害を自覚した母親が家出をしたころから、児の暴言がひどくなり16-17日にピークになった。部屋のなかで壁を叩いたり、「 を取りに行け!」と命令口調になったり、棚に潜り込んで寝てしまったり、物を投げたりした。外出先でも、大声を上げ「A市に帰れ!」などと母親を困らす言動を行った。さらに、10月20日頃、Y児童相談所に行った折には、「おとうさんにおちんちんを触らせていた」といった。この頃にはもう遺尿はなく、自分からオムツをしなくていいと述べた。家出をしてから、次第に夜間のおもらしは減ってきている。また、父親と母親の関係について「パパが旅行をするのはママを毘にはめるためだよ(旅行時に些細なことで父親が母親を罵倒することをとらえて)」、「ママは、タヌキとの結婚のわなにはまって、牢屋にいたんだよ」「タヌキ(父親)とブタ(祖母)とテラノ(お手伝いさん)は牢屋にはいってゴキブリを食べればいい」などと言語化した。平成15年10月27日の初診時には、ドールハウスのなかのものを全部だして、箱のなかに移し、まんなかのベッドに男の子の人形と仮面ライダーの人形を入れたのが印象的だった。

【入院時経過】

入院後はしばらく、自分を押しさえ込んで、「良い子」にしている様子だった。母親に対する反抗はひどくはなかったが、以前よりは甘え、退行的だった。

11月5日にパキシルを投与、11月9日、ビデオをとりながら、面談をして、EMDRなどを行ったが撮影には拒否的だった。この後、次第に過去の被害体験を言葉にいうようになってきた。「歯をみがく」という日常の出来事から、寝る前に父親に「歯みががなくていい」と無理矢理お菓子や、するめを食べさせられた記憶を想起し、語り始めた。この頃から、わがままや衝動コントロールができないという症状がでてきた。夜になると、布団をかぶり「僕は亀になる、タヌキが来るから」と身体を硬直させ替えるという症状がみられた。そのような時には、流れるような汗をかいていた。その時間帯になると、わめいたり、奇声をはったりした。母親が「どうしてこういうことをするの」と尋ねたところ「タヌキを思い出すから、こういうことをするんだ」と述べた。母親には、2人を連れて積極的に外泊をするように勧めていたが、外泊の度に、次第に性虐待の詳細を語るようになった。語るときには常に押入のなかであった。その内容をまとめると次のようである。

「眠るときには、いつも怒った口調で呼ばれて、寝るときには遊んだり、ものを食べさせられたりしている。寝込んでから、おちんちんをさわらされたり、さわられたりした」「パパはエロビデオをみていた」「お風呂上がりには、おばあちゃん（祖母）のと

ころにいて、バスマットの上で、はだかで踊らされた。そのときは、パパがイスにすわって、ほくのおちんちんをさわって、ほくがパパのおちんちんをさわって、『皮をむけ』と言われて、踊ってた」「それをお手伝いさんがビデオでとって、おばあちゃんも写真にとっていた」「そこでみんなでお酒をのんで、おつまみをたべて、『ほくの踊るのを見るのがいちばんの楽しみだって』言われていた」「公衆浴場で、だれもないお風呂で、背中を洗ってやるということで、後ろをむけといわれて、いきなり、おしりに手をいれられて、『きもちいいだろう』といわれた。いたいといったら、『もっと中に入れてうんちがついた』といて、ゆびのおいをかがされた」などである。母親はこれらのことを全く知らなかった。

11月18日には、外泊に行く、行かないということで、母親を言葉や行動で操作し、癩癩を起こした。「行ってしまえ」というので、行くと「行っちゃダメ、部屋まで来て」といい、＜自分で行きなさい＞と医師がいうと、物を投げたり、叩いたり大暴れをした。外泊・外出に関係して、わがままをいう、車内に閉じこもるなどの表現はしばらく続いた。＜ほくはがんばっていたんじゃないで、ふんばっていたんだよ＞と母親に述べ、ぎりぎりの精神状態で我慢をしていたことが伺われた。また、妹に対する風呂内での虐待については「妹が死ぬかと思ったけど、なにもできなかった」と述べた。

12月10日、医師との間で3つの約束

「わがままは→とおらない、わるくちは→いわない、自分や人や物を傷つけない」という約束をして、母親の実家に外泊をし、自分を居場所を確かめることができた。この頃から上記の問題行動は急速に落ち着いてきた。そのため、12月23日に退院となった。退院時の目標は、1) 3つの約束を守る、2) 規則正しい生活をする、3) いろいろな体験をして、自分に自信をつける、とした。

初診時4歳女児

【診断】トラウマ反応【入院期間】平成15年10月28日

【主訴】(母親)自分のこだわっていることが通らないと、大声をあげたり、蹴ったりする。

些細なことにこだわる。

【生育歴・病歴】

3300g、40週にて出生。第二子。頸定3ヶ月、お座り4ヶ月、はいはい7ヶ月、歩き始め11ヶ月、成長及び発達過程に問題なかった。後追いはなく、親から平気で離れることはあった(愛着障害)。

母親が父親から暴言をふるわれたり、態度で威圧されるのを見て育つ。兄に比較して母親に似ているため、あまり可愛がられていなかったと周囲は感じている。よく父親から「汚い」「あっち行け」と言われていた。その分、毎晩母親と眠り、よい関係がもてている。

平成13年1月から、2歳半で、少し早めに幼稚園に入園。

平成15年の春頃から、母親が家をでる準備を始めた。察した

平成15年8月末、自分から「パパなんか大きらい」と言語化した。

平成15年の春頃から、母親が家をでる準備を始めた。察した父は子どもに母親の動向を聞いたりし始めた。この頃は、そのようなことには関心がないようにみえ、わがままもいわず、いい子にしていた。

平成15年10月13日、DV被害を自覚した母親が家を出したところから、感情をあらわにするようになった。平成15年10月27日の初診時のプレイの観察では特に大きな問題を感じられなかった。

【入院後経過】入院後は、大きな問題はなかったが、にこにこして、過適応だと感じられた。母親がどこにいるかということに異常に気にして、ママ、ママと後を追った。時折ものにこだわり頑固に固執することがみられた。そのような時には、ものを投げたりすることがあった。自分のやりたいことを、通したり、すべて思い通りにしたいという様子がうかがわれた。こだわりがあったときには、看護スタッフが中に入り、「言葉で伝えることの大切さ」を教えていった。11月11日に、兄がいろいろなことを医師に話す様子を見て、「どうしても自分も話したいことがある」と述べたため「いちばん今までで嫌だったこと」をターゲットにしてEMDRを行った。その記憶は9月上旬に父親が、児がビデオをみていたことで怒って、テレビを病院にもっていくといい、テレビの上のものをなげて、コンセントを

引き抜いたときの怖かった様子であった。その後、外泊時に自然に母親に過去のいやだった記憶「お風呂のなかで、『よーよー』とって、水に押しつけられたこと」「首をしめながら、よーよーをされた」などというようになった。また12月3日にも、医師にも「女は男言葉を使え、男は女言葉を使って、それをおかあさんの前でいいなさい、と、おとうさんがいった」「あと、おふろで頭をお湯にいれられた」と述べた。

12月10日、医師との間で3つの約束「わがままは→とおらない、わるくちは→いわない、自分や人や物を傷つけない」という約束をして、母親の実家に外泊をし、12月23日に退院となった。退院時の目標は、1) 3つの約束を守る、2) 規則正しい生活をする、3) いろいろな体験をして、自分に自信をつける、ということである。

その後は外来治療や服薬などは必要とせず、良好な適応を呈している。

E. 結論

天竜病院精神科における被虐待児童の精神科入院の例数及び、代表症例をあげた。PTSD治療をベースにして、愛着の問題にも留意し適切なステップを踏みながら外傷性記憶の処理を行う入院治療は、ハード、ソフト面でのさまざまな困難を伴う。それに対しては、スタッフの心理教育やグループの形成が有効だった。このような治療は、ともすれば再演や世代間伝達などの現象を伴い、社会的に問題となる当該関連疾患の患者たちのよりよい治療後の社会適応のために有効であると考えている。児童期、思春期、母児同時治療の3例をあげ、その特色を表した。

なお、このような治療を行うベースには「成育医療」—小児医療のみならず、成人（母性・父性）医療およびその関連・境界領域を包括する医療—の概念と、医療のみならず保健・教育・福祉などそれぞれの専門家の協力が必要、かつ有効であった。

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
子ども虐待への包括的ケア

杉山登志郎、海野千畝子、塩之谷真弓、小石誠二、河邊眞千子、大橋信彦、浅井朋子、
並木典子、東誠、山崎嘉久（あいち小児保健医療総合センター）

要 旨

医療機関を訪れる虐待症例は重症のものが多く、またそれらの重度症例に対するケアを期待されている。しかし医療機関を核とした子ども虐待への治療システムは未だ整えられていない。あいち小児保健医療総合センターは院内に小児保健センターを持ち、心療科の診療と協力しながら、子ども虐待への包括的ケアが可能なシステムを構築している。2001年11月の開院から2003年12月までの25ヶ月間に受診した虐待症例は277例であった。このうち46例は親の側のカルテを作り、親子で平行して治療を行った症例である。子ども231例中、何らかの発達障害の診断が可能な症例は122例（53%）であり大半は知的な障害の無い軽度発達障害のであった。反応性愛着障害は幼児の過半に認められ、年齢が上がるに連れて解離性障害と行為障害の併発が増えた。入院治療に関しては、閉鎖ユニットを持つ心療系の病棟が2003年5月に開設され、12月までの8ヶ月間に66名の虐待児に入院治療を行った。過覚醒に伴う多動、衝動的攻撃行動、挑発行動への対応については、閉鎖ユニットによる保護や、強力な薬物療法と、解離に焦点を当てた精神療法を組み合わせた治療が必要であり、虐待治療にした治療システムが不可欠であった。

研究の目的

成12年度に制定された児童虐待防止法は、日本の子ども虐待に大きな変革を迫るものとなった。またこの法律によって、子ども虐待には明確な定義が与えられた。わが国では、ごく最近まで子ども虐待は、アメリカや西欧諸各国に比し非常に少ないと考えられてきた。しかしこの数年の状況は、欧米に遜色ないまでの拡がりを見せるようになった。特に虐待防止法の施行後の伸びは著しく、平成14年度には約2万4千件の通告があった。平成13年度に行われた児童虐待全国調査（小林ら,2002）の結果は、わが国の児童虐待の頻度は年間3万5千人と推定され、頻度は0.154%とされた。しかしこの数字には疑問がある。何となれば、虐待を受けた児童が翌年になれば被虐待児ではなくなるということはなく、毎年積算されるからである。わが国の年間出生は110万人程度であるので、急激な近年の増加をさしひいてもわが国における子ども虐待は少なくとも児童の2パーセント前後であろうと推定される。これは不登校

に匹敵する数である。しかも性的虐待はまだ十分に把握されていない（奥山,2000）。今後の虐待への対応が進展することによって、性的虐待が現在よりも明らかになれば、わが国においても虐待の発生率はさらに跳ね上がることが予想される。

児童虐待防止法が制定されたことにより、初期対応に関しては、わが国においても格段の進歩を示すようになった。しかし養護施設も、情緒障害児短期治療施設も、児童自立支援施設も今やその過半数は虐待児によって占領される状態となった。これらの施設は、元来虐待児へのケアを目的として作られたものではない。児童養護施設は実に昭和23年に、主として戦災孤児に家庭を与える場として作られてから今日まで、最も基本的な規定に変更は加えられておらず、最低基準として学童6人に対し職員が1人となっている（加賀美,2001）。この近年の切迫した状況の中で少しずつ改善がなされてきたが、虐待児へのケアを主たる仕事と考えたときに、虐待による大きな心の傷を抱えた児童に対する様々な心理

的、行動的問題の解決への援助は不可能と言わざるを得ない。虐待という基底的信頼の部分に傷を受けたもの同士が集まることによって、対応困難な集団が作られることになる。虐待の後遺症としての多動性行動障害、また生理リズムの変調、さらには、非行行為が頻発をする。逆に、問題行動が目立たない子どもの場合にはうつ病と考えられる。無気力で、子どもらしい生き生きとしたところがなくなり、時に爆発をする。この様な子ども集団の中では絶えず、虐待的対人関係が反復する危険があり（西澤,1994）、再虐待の危険に子ども達が晒される状態となっている。その一方で、里親制度もまた危機に瀕している。ピーク時に2万人あった里親登録は、現在8千件に満たない状態となっている。養子縁組みを目的とした里親ではなく、養護里親が広まることが切に求められている現状である（庄司,2001）。

医療機関を訪れる虐待症例は重症な症例が多く、虐待に対応するためには、関係する様々な機関との連携が必要となる。またアセスメントも治療も、多くの臨床科にまたがるため、医療機関内外のシステムと、専門領域をまたがるシステムが必要となる。さらに治療に関しても、入院を含めた専門的な治療が可能な医療機関は非常に少なく、虐待する親の治療に関しても未整備の状態である。子どもを虐待から守り、将来の非行や精神科疾患の発生を予防するために、虐待に対応する医療システムの構築が欠かせないが、被虐待児の外来治療、入院治療に関しては、これまで不十分であった。

地域の医療機関において、どの様な虐待への対応が可能であるのかを検証し、さらに医療機関が虐待センターとして機能するためのモデルの提示が本研究の目的である。

方法

あいち小児保健医療総合センター心療科は、2001年11月の開院以来、「子育て支援外来」という、虐待およびその関連する問題への専門外来を設け、子ども虐待に取り組んできた。この小児センターの大きな特徴は、第一に外来治療において、必要に応じて親の側のカルテも作り、親子平行した治療行ってきたこと、第二にセンター内に小児保健センターが併設され地域との連携をはじめとする様々な活動を行っており、保健師をはじめとする保健スタッフによって、市町村の保健センターや地域の児童相談所と連携を保ちながら子ども虐待への総合的な対応が可能となる点である。スタッフとしては現在、心療科常勤医師4名（精神科医3，小児科医1）常勤心理士4名、非常勤心理士3名で運営されているが、子育て支援外来に限らず心療科では、医師と臨床心理士がチームを組んで外来診療を行っている。また小児センター全体に対応するソーシャルワーカーが1名おり、虐待臨床において大きな働きをしている。小児センター内小児保健センターの保健師1名は虐待担当となっており、ソーシャルワーカーと共に、小児センターの外部との連携や、外来、入院患者の家族支援に当たっている。地域の保健センターや親子電話相談経由の事例は保健師から、児童相談所や他の小児科からの紹介はソーシャルワーカーを経て「子育て支援外来」につながるが多い。

さらに、2003年5月に心療系の病棟（32病棟）が開設され、虐待児への入院治療が本格的に始められた。小児センターの隣には県立の病弱養護学校（愛知県立大府養護学校）が隣接し渡り廊下でつながっており、入院児童は、病棟からこの学校に通学をしている。また大府養護学校の協力によ

って、小児センター内に院内学級も設けられており、学校に通えない児童の場合は、そこに通って教育を受けることが出来る。入院児は原則として中学生までと年齢制限を設けている。この理由は、高校生年齢であれば一般的な精神科病棟でも対応が可能であり、これまで十分な対応が出来てこなかった年少の情緒障害児が主たる対象であるからである。

あいち小児保健医療総合センターにおいて取り組んできた虐待児とその親への治療、さらに入院治療の状況を調べ、医療機関を受診した虐待児の実態を明らかにし、さらに治療のモデルを考察した。

(倫理面への配慮)

調査研究に際しては、院内倫理委員会にはかり、調査に対する承諾を得た。また報告書の中で取り上げた症例はいずれもインフォームドコンセントを患児および親（保護児童に関しては親権代行者）から得た。また匿名性を守るために細部に変更を行った。

結果および考察

I、「子育て支援外来」の統計にみる虐待の実態

表1は、2001年11月から2003年12月までに「子育て支援外来」で診察を行った子ども虐待の症例である。277名が受診したが、この表の「親」と書かれた数は、加虐者となった親、あるいは加虐者ではなくとも、子ども虐待の治療の過程で治療が必要になった親にカルテを作り平行して治療を行った例である。

親の治療と言うことと言えば、子ども231名中178名（77%）は親の側の家族カウンセリングを行ったが、その中でも本格的な精神療法や抗うつ剤の服薬など、本格的な精神科的治療を必要とした事例が親のカルテを作った46名であり、このほぼ全員が虐

待の生存者かもしくはドメスティックバイオレンスの被害者である。

表1 あいち小児センターで診察を行った子ども虐待の症例(2001.11~2003.12)

虐待の種類	男性		女性		計
	児童	親	児童	親	
身体	44	1	18	14	77
身体+その他	39	2	25	7	73
ネグレクト	17		10	9	36
ネグレクト+その他	7		2	1	10
心理	21	1	19	8	49
心理+その他	5		4		9
性的			5	2	7
性的+その他	1		14	1	16
小計	134	4	97	42	
合計	138		139		277

表2 子ども虐待症例に認められた問題(n=231)

診断	人数	パーセント
広汎性発達障害	54	23
注意欠陥多動性障害	49	21
反応性愛着障害	118	51
解離性障害	123	53
心的外傷後ストレス障害	78	34
行為障害(非行)	74	32

子ども側の231名に認められた問題を表2にまとめた。若干の説明を行う。全体の53パーセントに何らかの発達障害が認められた。内訳としては広汎性発達障害54名と最も多く、注意欠陥多動性障害が49名とそれに次ぐ。この中で知的障害を伴うものは7名に過ぎず、軽度発達障害の存在が虐待の高リスク要因となることが窺える。しかしながら注意欠陥多動性障害の場合、虐待の後遺症として生じる多動と、元々の生物学的な要因に基づく多動との区別が難しい。虐待系の多動の場合、一般的な抗多動薬である中枢刺激剤が有効な例はほぼ皆無で、一般的な注意欠陥多動性障害とは機序が異なるものと考えられるが、その一方

で、同じ虐待を受けた同胞にも多動系の行動障害がない例があること、また高頻度に脳波異常などが見られること、後述するようにこの群における反応性愛着障害の比率は全体と差がないことなど、基盤となる生物学的な問題の存在が示唆される例が多いことも事実である。注意を要するのは、このグループが高率に非行に移行することである（原田、1999；杉山、2000）。

高機能広汎性発達障害に関しては、やはり多動を伴う症例が多い。これらの症例はしばしば、地域の小児科クリニックで注意欠陥多動性障害の診断を受けていた。高機能広汎性発達障害において、鑑別が困難な問題は反応性愛着障害であることが知られている。われわれの経験した症例の中にも、鑑別が非常に困難な例が混在することも事実である。もう一つ注目されるのは、加虐側の親46名中6名に発達障害の既往が認められたことである。1名の知的障害の他、注意欠陥多動性障害については明確なエピソードを持つ1名のみで診断した。さらに4名の高機能広汎性発達障害と考えられる事例が認められた。カルテは作らなかったが、それ以外にも高機能広汎性発達障害と考えられる母親の加虐例が、特に入院を要する高機能広汎性発達障害児の症例に散見された。

反応性愛着障害は231名中118名(51%)に認められたが、5歳以下で広汎性発達障害の診断を除外した53名に限定すればその39名(74%)に認められ、幼児期の最も一般的な問題であることが分かる。また注意欠陥多動性障害49名中愛着障害を伴うと診断されたものは25名であり、全体的な割合と差がなく有意の相関は認められなかった($\chi^2(f=1)=0.45, n.s.$)。一方解離性障害を併発するものは、実に123名(53%)であった。解離性障害が併発する割合は、5

歳以下では24%であるが、6歳から11歳では60%、12歳以上では75%と年齢が高くなるほど有意に多くなり($\chi^2(f=2)=36.3, P<.01$)、また虐待の重症度にも比例し、特に性的虐待に関しては20名中18名(90%)が解離を併発していた。さらに重症の解離には過覚醒による多動性行動障害がしばしば見られ、この一見無関係な両者は実は治療という側面から見たときに深い関連が認められた。解離の存在は意識の不連続をもたらし、虐待児の治療を困難にする大きな要因となる(杉山ら、2002)。外傷後ストレス障害の診断基準を満たした者も多く78名(34%)であった。非行は74名(32%)であったが、6歳以上の年齢ではその45%と年齢が上がるにつれ割合が高くなり、虐待の最も一般的な後遺症であることがうかがわれた。

以上述べたことをまとめると、発達障害の併発は予想以上に多く、特に軽度発達障害の存在が虐待の高リスクとなることが明らかとなった。また幼児期においては、反応性愛着障害が最も一般的で、年齢が上がるにつれ、解離性障害や非行の臨床像を取るものが増えることが明らかとなった。

II, 外来での治療

a, 子ども虐待への外来での治療

あいち小児保健医療総合センター心療科における「子育て支援外来」は、家族からの予約に加え、センター内保健センターや児童相談所などの関係機関からの予約を受け、受診の希望から2週間以内に、介入の時期を逃すことなく子どもや家族に会うことが出来るシステムとなっている。

初回面談は、原則として、新患は、医師と臨床心理士がチームを組み対応している。また、必要に応じて地域の児童福祉師や保健師が同席することもある。医師は、家族や本人のニーズや問題としていること

表3 子育て支援外来における問診の流れ 括弧内は補足事項、:は質問の意図

1. バウムテスト「あなたの心の中にある木の絵を描いてください
*子どもは描きながら臨床心理士の問いかけに答える
2. 好きな遊びは何ですか? : こどもの資源の確認と遊びの象徴的意味の把握
3. 仲良しのお友達で名前をいえるお友達いる? どんな名前か教えてくれる?
: 対人関係の様相の把握
4. 朝は何時に起きて、夜は何時にねるのかな? : 睡眠パターン、不眠の確認
5. 怖い夢を見ることがあるかな? どんな夢? exゾンビだったり、追いかけられる夢だったり・・・? : 無意識に内在化している患者(子ども)を脅かす存在の確認
6. 学校(保育園)についての問いかけ
好きな勉強(活動)は何ですか? その理由? 嫌いな勉強(活動)何ですか? その理由は? <虐待の受けている子どもの中には「嫌い」と言えない子どもが多い>
: 患者(子ども)の資源とその象徴的意味の探索
7. 家族についての問いかけ
*世代図(ジェノグラム)を描きながらきく。
兄弟は何人? お父さんのお仕事? 貴方にとってどんな人? <緊張や強張り「怖い」などの反応により>パンチキックはある? どのくらい? <父母の反応を背中中でかんじながら・・・>お母さんのお仕事? どんな人? パンチキックある? <その他の家族成員に同じ質問をする。>自分はどんな子だと思う? <虐待をうけている子どもは自己との距離をとって見ることが不可能なことが多「ため「わからない。」というなどの反応がある。> : 家族に対しての本人の感覚と印象の把握と力関係等の把握

を明確にした後、患者や家族の生育状況等の聴取を行う。必要に応じて簡易アセスメント(CDC:解離体験チェックリスト)を行っている。臨床心理士は、同席同時進行(必要により思春期の症例は隣室を使用する)で、本人からの問診聴取や行動観察をしながらバウムテスト(樹木画診断)、人物画テスト、家族画テスト、その他の自由画を描くことを促し、子どもの身体反応や表現から病態水準、家族内力動の把握をする。

問診の流れを表3に記す。家族の反応や必要性により流動的に変化するものの、原則としてこれらの項目から、子どもの状況の概観を捉えている。

子どもと家族との初回の同席面談において、留意すべき点は、次の二つである。

第一に、虐待をうけた児童とその家族

は、ほぼ同一水準の開示レベルにあることである。家族の心が閉じている段階では、子どももその気配を察して、緊張や強張りを持つのは当然であり、家族が医師にどのくらい自己を開いて話しをしているのかに応じて、子どもリラックスして「本当のことを話してもいいのだな。」という心持ちになることが観察される。その意味において、同時に問診を行う医師と臨床心理士との協調関係がものを言うことになる。また、年齢や状況、必要に応じて、別室を活用することや遊びを取り入れる等の配慮が必要である。

第二には、1回の面談で見たてを固定しないことである。正確な家族病理の把握には複数回の判断が必要になることが一般的である。特に解離性障害をもつ子どもや家族は、面談で見せる印象が何度も異なるこ

とがあり、「これがすべてではないかもしれない。」という構えで面談することが大切であろう。例えば、「すみません。すみません。」と何度も謝り、抑うつぎみの家族が、次の回では関係者への不信感で混乱して怒るといったことはしばしば経験するところである。

初回面接の結果をふまえ更に詳細なアセスメントを実施して、親子ともに治療を動機付け、自主的に治療同盟が結ばれるように配慮を行う。

小児センター心療科では、原則として、医師は親の子育て支援治療や親治療を担当し、臨床心理士は、子どもの心理治療を中心に担当をしている。子どもへの個別の精神療法の実施は、医師と心理士との協議の上で判断を行っている。

継続的な通院治療を進める上でのもっとも留意すべき点は治療構造の構築である。継続治療の症例の場合、最初に子ども、家族、医師、臨床心理士が同席して5分ほど、前回から現在までの経過を話し合う。これには時に地域の保健師や福祉士が加わることもある。この数分の同席面談においても役割分担が意味を持つ。医師は家族の状況を聞き取り、大筋の流れを把握すると共に、身体管理や薬物に対しての調整をすることが中心になる。臨床心理士は、子どもの立場で現在の子どもの行動や姿から読み取れる意味やイメージを家族やその他の成員に伝達する。その中で今後予測的に起きてくる問題、たとえば攻撃的な噴出は元気になるために必要な課程であり、周囲の理解や忍耐があれば、短期間で終了するといった情報を家族に伝達し、それによって時には子どもの代弁者になり、時には家族に今後生じることへの構えを準備してもらう等、子どもと家族がゆとりをもって治療のプロセスを歩めるよう配慮を行っている。また、前回からの流れを反芻しつつ、

当事者支援者全員で時間と空間を共有することは、解離の特徴である、一部分のみが切り離された状態から回復する上で重要な意味をもつ作業になる。

しかしながら、順調に治療が進むものばかりではない。治療が難渋するもの、停滞するもの、断絶するものがある。関係機関からの動機づけはあるものの、患者は困っていても家族は困っていないもの、更には虐待事実を否認しているもの、親自身の病理や世代間の葛藤が絡むもの等、継続して受診することが困難な症例も多数見られる。あいち小児保健医療センターにおいては、治療が停滞した場合に、地域治療システムを活用して受け皿を作っている。センター内保健センターの虐待対応保健師が中心となって、地域と連携を続け、再度受診に繋がった症例も多い。保健師の立場で得ている情報は豊富であり、また、その粘り強い姿勢、地域の社会資源に対する豊富な人脈および調整能力によって虐待対応治療スタッフは支えられている。

b、外来治療症例

症例1 初診時5歳女兒R 初診時主訴：遺糞症、父から母へのDV

家族歴：両親、本人(R)弟の4人家族である。父親は母に激しい暴力があり、患児に対しては、執拗にお尻をいじるなどの性的虐待、弟に対しては身体的虐待をしていた。

現病歴と治療経過：排泄自立をしたものの、トイレで排便はしたくないとおむつの中で排便を繰り返すことが続いたため、受診となった。治療開始当初、Rは促した遊戯療法に対して、「いやだいきたくない」と2カ月程度の抵抗を示した。治療を担当した臨床心理士は、分離不安ともその他の不安とも読み取れず、思考錯誤を繰り返した。また夫からのDVうけている母親の姿勢も当初は一貫せず、治療は難渋を極め

た。しかしその後、父親による弟への身体的心理的虐待が明らかになった為、弟に対してもカルテを作り、弟を遊戯治療にまず同席させた後に、同一治療者による姉と弟の各週の治療を開始した。Rがやっと治療にのりはじめた頃、母がパートにではじめ最初の自立的な行動がはじまった。父親の暴力に対し、母親は3度にわたり実家に戻るなどの強行手段に出た。母親の促しによって父親が初めて診察場面に登場し、怒りのコントロールを努力することを約束して父親への月1の面接が確立した。父の暴力は次第にコントロール可能となり、母や弟への虐待はしだいに軽減してきた。そのころ「秘密」と言う言葉にこだわっていたRが「パパがお尻をこしょこしょする」という発言が認められ、性的虐待があったこと確認され、その対応が開始された。父親自身の成育史についても取り上げられ、また父親が性的虐待の認識を持ってもらう必要があることが母を通して父親に伝えられた。その結果、父親の態度に変容がみられ、治療は進展し、患児、弟、母親とも症状が軽快した。

治療終了後に、フォローアップの為の受診に来院した母親は妊娠しており、「パパがはじめて自分から子どもが欲しいといっただので生むことにしました。」と大きなおなかをさすりながら晴れやかな笑顔で語った。

この家族が治療に成功した理由として、

(1) 母親が医師との継続的な受診ができたこと。(2) 父親に対して、母親が何度か実家へ戻る、家庭にもどる為の条件を父親につけるようになる勇気があり、また仕事をしはじめたこと。(3) 父親も治療に参加したこと。の3点ではなかったかと思われる。このように、家族の資源を経過の中で見つけ出し、キーパーソンとなる人間に効果的に関与することが治療の決め手にな

るであろう。また、この症例のように、身体症状に潜む虐待への援助が必要であろう。

III, 入院による治療

a, 安全を提供する環境としての病棟の構造

先に心療系の病棟が2003年5月に開設されたことを述べたが、5月から12月までの間に入院治療を行った患者は述べ96名であった。その内、子ども虐待の患者は66名(69%)である(表4)。このうち9名は児童相談所からの一時保護委託の形で入院治療を行った児童であり、5名は県内の養護施設からの依頼で、施設で対応に困難を覚える問題児への集中的なアセスメントと治療を行った症例である。

表4 あいち小児保健医療総合センター32(心療系)病棟で入院治療を行った虐待の患者(2003.5~2003.12)

虐待の種類	男性	女性	合計
身体的虐待	23	10	33
ネグレクト	9	11	12
心理的虐待	3	1	4
性的虐待	0	9	9
合計	35	31	66

入院治療は、子どもの安全のための保護の必要に迫られて治療に踏み切る例も少なくないが、子ども虐待への治療という側面から見れば、薬物療法、精神療法に加えて、生活環境療法が付加される。生活環境療法は、医師、臨床心理士に加え、看護師、保育師、作業療法士など、子どもの生活を支えるスタッフとのチームによって治療が行われることになる。Schurら(2003)の展望によれば、児童青年の攻撃的行動は環境調整だけでその半数は減退するという。一見不可思議なこの結果は虐待というキーワードを挟めば容易に了解され

時刻	月	火	水	木	金	土	日
6:30	起床						
7:30	朝食						
8:30	大府養護学校またはベッドサイドスクール					病棟保育	
9:30							
10:30							
11:30							
12:30	昼食						
13:30	大府養護学校またはベッドサイドスクール (13:20-14:40 レインボースクール)						散歩ツアー
14:30							
15:30	買い物ツアー	わくわくワーク リハビリ活動 買い物ツアー	わくわくワーク リハビリ活動 買い物ツアー	子ども会議 買い物ツアー	リハビリ活動 買い物ツアー	リハビリ活動	
16:30							
17:00							
18:00	夕食						
19:00	隔週 英語 ポランディア						
20:00							
21:00	消灯						

図1 32病棟のスケジュール

る。子どもたちが絶えず脅威にさらされる環境下では、治療は不可能であることは言うまでもない。つまりこの集団に治療的に対応するには、状況依存的衝動行為のコントロールを行うことが必須であり、全ての問題行動を止めるという強い姿勢と、生活する場の枠組みが必要となる（亀岡，2002）。被虐待児において、しばしば虐待的対人関係を反復する傾向が認められる（西澤，1994）。他の大人、子どもとの関係が、全て支配・被支配という関係になりやすい。また挑発を繰り返し、周囲を故意に苛立たせている様に見えることも多い。これは行為によるフラッシュバックと考えることも出来る。また複雑性PTSDと呼ばれる虐待の後遺症に発展した場合には（Herman, 1992）、感情コントロールの不全状態が必然的に生じ、強い抑圧とその裏返しの噴出の交代現象が認められるようになる。つまり攻撃的な行動に関して、非常に抑制的に見える状態から一転して激しい攻

撃行動の噴出に転じるのであるが、これが時として別人格で担われることもある。またこのようなスイッチングが生じた場合、解離による意識の不連続を伴い、後には健忘を残すことが一般的である。つまりこの児童に対して治療を行うとなると状況依存的衝動行為のコントロールが必要不可欠な作業となってくる（杉山ら，2002）。悪循環を断ち切るためには、全ての問題行動を止めるという強い姿勢と、生活する場の枠組みが必要となる。

被虐待児の入院治療においては、治療構造そのものに大きな治療的な意味が存在する。われわれの病棟は37床の小児科病棟であるが、中に13床の閉鎖ユニット（レインボーと命名）を持つ。また24床の解放ユニット（スカイと命名）も17時から翌朝7時までは入り口に鍵をかけ、準解放病棟の形となり、子どもの保護が可能な作りとなっている。閉鎖処遇とは病棟の構造の助けを借りて子どもたちを抱きかかえることであ

る。スタッフと病棟によって子どもの問題行動を止めることこそ入院治療の第一歩である。しかし当然ながら、子どもの教育権などの基本的人権や自由は尊重されなくてはならない。われわれは子どもの基本的人権を極力損なうことなく治療を推進するために様々な工夫を行って来た。被虐待児童の入院治療においては、生活構造は何よりも重要な治療的手立てである。32病棟スケジュールを紹介する（図1）。

閉鎖ユニットに生活する、院内学級にも通うことが困難な児童の場合は、病棟が保育士や理学療法士、作業療法士、栄養士の協力を得て独自のプログラム（レインボースクール）を作成した。それぞれ、保育士による遊び、理学療法士による運動、作業療法士による制作、臨床心理士による集団社会スキル練習、栄養士による調理活動が日替わりで組まれている。全く学校に通うことが出来ない、あるいは部分的にのみベッドサイド学級に通う重症の児童が、常時数名このレインボープログラムに参加している。わくわくワーク（火・水 15:30～17:00）は保育士による集団保育であるが、病棟とは別の保育室での活動が行われている。そこにはおもちゃ倉庫があり、保育士の管理による患児への貸し出しがある。リハビリ活動（火・金・土 16:00～17:00 および水 15:30～17:00）は集団理学療法活動であるが、運動療法室を解放し、理学療法士の指導によって集団での身体活動を行っている。水曜日のプログラムは他の小児科病棟に入院する喘息の長期入院患児を中心としたバスケットボールであるが、32病棟の児童でこれに参加する者もいる。活動規制を受けている児童にとって、これらの活動への参加は非常に楽しみな体験であるようだ。

らの場所で取るか、学校への通学をどうす

買い物ツアー、散歩ツアーとは、病棟外への単独外出を許可されていない患児の為に、看護師が付き添って売店への買い物と小児センター敷地内（比較的広い敷地内に森があり池や庭が造られている）への散歩を行っている。被虐待児の全てが臨床心理士による個別精神療法を受けているが、さらに個別作業療法を受けている児童もいる。この様に、心の治療の為に入院した子どもたちへの、多角的なプログラムを組み、治療スタッフと絶えず接することが出来るように工夫を重ねている。なんと言っても、対人関係の基本の部分に傷を受けた児童の治療には、人手が必要である。

b, 問題行動を止めるための枠作り

虐待を受けた子どもたちの行動の中で特に目立つ行動が暴力的噴出であるが、その背後には過覚醒が存在する。絶えず苛々し、些細な刺激からフラッシュバックを生じ、挑発と喧嘩を繰り返す。また身体感覚が乏しいためか非常に怪我が多い。さらに性的虐待を受けた女性患者は、無意識に肌を晒した服を着たり、男児に誘いかけたり挑発的な行動を繰り返すが、その一方で男性患者が接近をすると非常におびえ、また過去のフラッシュバックの為に突然の予期せぬ病状の増悪を来す。これらのことから、過覚醒そのもの、さらに過覚醒にからんだ暴力や挑発行動に対する治療が不可欠となる。われわれは一人一人について、行動の枠を作り、問題行動が続く場合には、行動制限を強め、軽減した場合には行動制限を緩めるようにしてきた。これは最も強い制限として個室隔離から、閉鎖ユニットの個室生活、閉鎖ユニットの大部屋生活、解放ユニットの個室、解放ユニットの大部屋といった居住空間と、時間単位での閉鎖、解放ユニットの使用、また食事をどち

るか、入浴をどうするか、病棟を出て小児

センター内への外出の許可、プログラムへの出席の許可など、細かに規定をしている。これらの行動制限については、全て患者自身と話し合いを繰り返し、患者の了解を得た上で実施するようにしている。青年期症例において、特に夕方の興奮しやすい時間帯に、一人で安静に自室のベッドの上で過ごす安静時間の設定を行った。一日に30分から1時間の安静時間を設けることは、行動化をしやすい被虐待児に対して内省を促す上で有効であった。

人のものを盗る、無断で持ってくる、人のお金を盗むなどの行為も入院中に頻発する。このような行動もまた、その後の子どもたちの社会性を著しく損なうため、それぞれの問題行動について一つ一つ取り上げ修正を行って行く必要がある。これらの問題行動について、子どもたちに直面化をしたとき、しばしば子どもたちが急にあくびをはじめふらっとなって意識が朦朧として来るのを経験する。つまり解離反応が生じてしまうのである。このような場合には、声かけをして意識を引き戻し、励ましながら、行ってしまった行動に対して子どもが意識出来るように直面をすることが治療上必要である。

c. 総合的なアセスメント

先に述べたように、養護施設で対応に困難を持つ虐待児事例について、われわれはアセスメントバッテリーを組んで、2ヶ月間の入院による集中アセスメントと治療を行ってきた。施設の側の籍を残したままで治療をする制限があり、2ヶ月間に設定しているが、この期間では本格的な精神療法による進展は困難で、治療のためのアセスメントと薬物療法の調整までである。このアセスメントはほぼ全ての虐待事例に行ってきており、治療を組むために必要であると考えられる。表5にバッテリーの内容一覧にした。若干の説明を行う。患児は全員

外来で、少なくともバウムテストと家族画は実施しているので、入院における検査では除外している。もし実施していないのであれば、必要な検査である。ロールシャッハテストは10歳前の児童の場合は困難もあるが、患者の病態水準を計る上では貴重な情報をもたらしてくれることが多い。

A-DES や CDC、さらに解離に焦点を当てた行動観察によって、解離性症状の有無とその水準をみる事が出来る。行動観察では次のような項目に関してチェックを行っている。それぞれについて有無を確認し、どの様な行動が認められたのか記載をするようにしている。この行動観察表は、治療の評価にも用いることが可能な項目である。

表5 被虐待児のためのアセスメントバッテリー

- A-DES
- ロールシャッハテスト
- WISC-III
- K-ABC
- 学習の修得度:国語、算数の学力診断
- CDC
- 解離に焦点を当てた行動観察リスト

WISC-III と K-ABC は代表的な認知テストであるが、われわれは国語と算数に関して学力のチェックも行うようにして来た。被虐待児には学習障害を合併する児童が多い。その理由として、学習障害の基盤となる軽度発達障害は虐待の高リスクとなること、ネグレクト状況ではしばしば学習の習慣や構えが家庭の中で出来ていないこと、PTSD症状としての多動性行動障害によって学習困難が生じること、解離性の記憶の断裂がある場合には、一定の年齢の学習を含む記憶が飛んでしまうことなどがあげられる。われわれはまた軽度発達障害においてもしばしば認められるように、特に国語力