

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	<p>で、子どもたちが自由に遊んだり学んだりできるシステム)に行く、1日1回は教室に行く決めて」という。「近頃は、友達がよく遊びに来てくれるが、以前と違って楽しそう」「朝の登校はスムーズになって、帰りのお迎えもなくなった」と状況は改善していた。また、「3ヶ月出張に行くお父さんに財布を作って、行く前の日に"やるよ"と口のきき方はかわいげがないが、思いをこめて渡していた。お父さんもうれしそうにそれを持ってでかけた」「個人面談で担任の先生からこの頃反応が早くなって意思表示がはっきりしてきたといわれた」と、5年生になって担任がかわり、A君との関係性もよく、ほっとしている様子だった。</p>	<p>ことを気遣うような場面がみられた><放課後D君の家で遊ぶ約束をする>などの記録もあった。<1,2時間目の社会科の授業を教室で過ごしてから来室し「がまんしていた。うざい。つまらなかった」と訴えていた>先生も心配して相談室の様子を見に来られた。この次の日から3日間欠席した。しかし<B君と家庭科室へ行き、とても楽しそうに帰ってくる>こともあった。まだ教室にすんなり入ってはいないが、本人のがんばりがみられることを担任に報告した。</p>	<p>顔がふえてきたと伝えられた。喘息の治療状況や診察室での様子などを小児科医から聞くと同時に、相談室での様子や母親の変化を心理士が報告したことで、A君の状況を医師と心理士が共有できた。担任から授業に参加できるように働きかけをしてもらうことなどを話し合った。</p>
<p>第4期 X+1年9月 12月</p>	<p><u>【A君と父親の関係が良好になり、母親自身も安定してきた】</u> 「お父さんが出張から帰ってきてからずっと学校は休んでいない。食事朝、昼、夕ときちんと食べられるようになった」と、母親の表情が明るくなっていった。「このあいだ雨が降ってきたときにお父さんが傘を持って(行き始めたばかりの)塾に迎えにいった」と、やさしい父親像を母親も嬉しそうに語った。朝、学校に行くのもスムーズになり、父親との関係も良くなり、今では父親の存在が励ましとなっているようだった。学校の先生とも話し合い、担任から</p>	<p><u>【体力がつき周りに目が向き始めた時期】</u> 顔色もよくなり、笑顔も増え、小児科医も父親もクラスにもどれるのではないかと期待が強まったが、本人のペースはゆっくりだった。11月の社会科見学は担任と話し合って結局行かなかった。しかし、朝食をとってきているのに<「はらへった」と給食を楽しみに>するようになった。<〇〇とボール投げをし、暴れたくてたまらない様子>が見られた。さらに、<B君が他児と言いつ争うのを止めに</p>	<p><u>【喘息治療のフォローアップ】</u> 小児科受診の時に、A君は1日に1~2時間は授業に出ていることを自分で医師に報告し、診察後も学校へ来たという。「医師に乾布摩擦がよいと勧められ」「天候が急変すると夜中に咳が多くなるがこのところ薬もきちんと飲んでるので、去年に比べ</p>

身体症状を訴え「健康相談室」登校となったA君（小4男児）が教室に戻るまで

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	教室に誘ってもらおうように働きかけた。「朝もすんなり登校している。友だちと遊びたいからと少々頭が痛くても学校に行くようになった。食欲もでてきて、朝食もとって、夜も10時くらいには寝ている」と生活のリズムが改善された報告があった。	入る姿が見られる>などいつも一緒にいるB君に対する気づかいがみられるようになってきた。	ると体調ずっとよい。食事もしっかりとるようにしており、気分の波も少なくなってきた」と母親から報告された。
第5期 X+2年1月 3月	<p>【家族全体も安定してきた時期】</p> <p>「一人の部屋になり、喜んでいる。夜ぐっすり眠れている。昼食もきちんととり、登校渋ることもなくなった。公開授業にも参加した」「少しずつ皆の中にいる時間をふやしたい」とおだやかに語り、次兄の進路も決まり、家の中も落ち着いてきたと話された。</p> <p>「登校はスムーズ。クラスにも1日1～2時間です。友だちとも楽しそうに遊んでいることが多くある。夜は疲れていつの間にか寝ている。」という。こちらからも、子どもらしい明るさがもどり、放課後友だちと外で遊んでいる様子を伝えた。お腹がすいて家に帰ってくるので食欲も増し、夜もぐっすり眠れるようになったと母親もうれしそうに語り、ともに喜んだ。</p>	<p>【子どもらしさが戻った時期】</p> <p>相談室のスタッフが課題に取り組むのをサポートするとともに、一緒に遊んだり、遊びを考えたりした。スタッフと一緒に考え出したくミニバスケットやミニ卓球ゲームがとても気に入った様子>と、手作りのゲームにB君と夢中になり始めた。このような遊びをきっかけに相談室のスタッフや他の相談室登校児との関わりを自分から求めるようになった。卓球をしたいために、B君、クラスのD君、E君たちとスマイルスクールにも積極的に行きはじめた。スマイルスクール帰りに外から相談室の窓をたたき、汗びっしょりになって「疲れたー」「腹減ったー」と話しかけてきた。</p>	<p>【継続治療の重要性】</p> <p>一度症状がよくなったので、薬を飲まなくなって、体調を崩した。よい状態を続けるためには、薬をきちんと飲むことなど日常の心がけの重要性を話した。</p>
第6期 X+2年4月 11月	<p>【引き続き母親の安定した時期】</p> <p>「新学期になって、少々緊張気味だったが、休まずがんばっている。食欲もあり、体調もまずまず。授業にも参加している」と担任も変わら</p>	<p>【相談室を安全基地にしながらか教室に戻っていく時期】</p> <p>5月の移動教室（2泊3日）に参加し、それからは自信のある算数などの授業から教室に戻</p>	<p>【担当医は変更したがケアは続く】</p> <p>担当の小児科医は変わったが、喘息のケアは引き続き</p>

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	<p>ず、本人の調子もよいので、ほっとした様子で語られた。「1年生のお世話のため、登校時間が早くなり、自分から行ってしまう。苦手な科目以外は授業に出ている。帰ってきてからの疲労感も少なく、親がみても安心になってきた。(前年は準備をしていても直前で行けなかった) 移動教室の準備を自分からしており、緊張しつつも前向きな様子だ」という。移動教室に関する養護教諭、担任、校長先生とのミーティングに参加していたので、教師の細やかな配慮もあり、十分なサポート体制になっていることを伝えることができた。</p>	<p>ることができた。＜友だちが誘いに来て、授業に参加。6時間目のみ来室＞＜20分休みに顔を見せたが、休み時間が終わると友だちと教室へ＞2学期には、給食以外はほとんど教室で過ごすようになった。放課後は塾のない日は校庭でサッカーや体育館でバスケットボールをしている姿が見られた。友だちと帰りがけにちょっと立ち寄り、窓から顔を見せ、たわいのない話をして帰っていった。</p>	<p>られた。発作はおきていない。</p>
<p>第7期 X+2年12月 X+3年3月</p>	<p>【母親と父親ともに振り返り】 12月父親と母親がともに来室された。母親は「食欲もあり、睡眠もとれている。朝もきちんと学校に行くので安心してみていられる」、父親は「バスケットを楽しんでいるようで、体力もついてきたと思う」と語りはじめ、その後今までの振り返りとなり、終始二人とも穏やかな笑顔だった。卒業式にもご両親が来られ、「お父さんは遊ぼうと待っているのに、近頃は友だちの方がよくなって」と頼もしくなった様子を語られた。</p>	<p>《教室に戻っていた》 3学期には給食も教室でとれるようになった。謝恩会の時には、当時は参加できなかった5年生の運動会の催し物“ソーラン節”をみんなと一緒に大きな声で力強く踊っていた。担任は「Aのことを意識しなくなった」と表現した。そして、何事もなかったかのように元気で卒業していった。</p>	<p>〔経過観察〕 母親からまだ通院はしているが、体力がついてきて発作もおきていないと報告された。</p>

Ⅲ. 考察

1. 家族への支援について

A君が相談室に来るようになると同時に、切羽詰った様子の母親との面接が始まった。「母親が甘い」と家族から言われ、学校の先生からも「親の養育態度が問題だ」と言われて、A君の問題を自分の育て方が悪かったせいだと不安になっていた。しかし、表面的な原因の追求よりもむしろ重要なことはA君の不安を取り除くことであり、そのためにはA君を支える環境—両親など含めた—の不安（Winnicott, 1989）を解消する必要があると思われた。心理士は、母親のこれまでの大変さを理解し、父親の参入に対して母親とともに喜び、その喜びの気持やA君の学校での変化を父親に具体的に言葉で伝えるように母親に促してきた。このようにして、母親が一人で不安を抱え込むことなく、夫婦でA君の問題を取り組みはじめたことは、A君を支える環境—家庭環境全体—を安定させたと考えられる。そして、当初は兄自身の問題もあり、年の離れた兄たちは自分のことしかみえていなかったが、不安定なA君に気づき、A君の学校の送り迎えを協力するようになった。望ましい初期対応として、母親の過去の育児を否定するような言葉は避け、将来に向けて母親の自信を取り戻させるよう心がけ、親子の自力での回復を支えることが重要である（松嵜ら, 2001）と言われているが、振り返ってみると、本事例においてもこのような初期対応を行うことは有効であった。また、男の子はかくあるべきという信念のもと厳格な対応をしていた父親が次第にA君の様子をみながらの柔軟な対応へと変わっていった。A君にとって厳しい、恐い父親像から次第に強く頼もしいが自分の気持も理解してくれて話のできる父親像に変化していった。そして、父親の子どもに対する対応の変化は、同時に母親の精神的安定をもたらし、母親自身も次第に明るくなって

いった。本事例の場合、父親をキーマンとする家族システムの安定がA君を支える環境として機能し始めた意義は大きい。このことは、A君が教室にもどり落ち着き始めた頃に、母親から「お父さんがどうしても行こうと行って、兄たちは家はまかせろというし、Aもいいよというので思い切って（夫婦）二人で海外旅行に行って来ようと思う」と報告を受けたときに、夫婦関係も改善されていることを確信した。

2. CIの身体的マネジメントについて

本事例では、学校に行きたくないことを単に心理的問題にとらえず、適切な喘息の治療が医師によってなされた。つまり、適切な薬が処方され、発作がないときも長期管理薬を続け、ほこりやダニ対策による環境の整備、風邪の予防もしっかりなされて、なるべく発作がおこらないような対策がなされた。さらに、日誌やピークフローの利用などで喘息の状況、呼吸器機能の状態などを把握し、乾布まさつや適切に運動することも指導された（飯倉ら, 2003）。次第に、症状は目に見えて改善していき、発作に対する不安が軽減し解消していった。症状を治してもらえる安心感を小児科医から与えてもらうことによって、心理的な観点からみると、発作がおきるのではないかと、苦しくなるのではないかと、吐くのではないかとという予期不安を解消していったと考えられる。また、＜カンファレンスのために来室した小児科医が相談室にいたA君に話しかけていた。「心臓と胃の間が痛い」などと言っていたが、小児科医とは臆せず話している＞と記されているように、病院ではなく学校の相談室というより日常的な場所でも会える気安さと前述の安心感とが、“恐い父親像”から“頼りになるやさしい父親像”に変わる心的体験となり、現実の父子関係にも少なからず影響を与えていたかもしれない。

そして、何よりもまず喘息の身体症状の治療が先決であることに、小児科医と心理士の働きかけによって、家族が気づくことができ、家族だけでなく学校もその理解を共有していった。気管支喘息の心身医学的治療構造としても患児を支える環境のマネージメントができたといえよう。

3. 相談室での関わりについて

学校に行きたくなくても家に引きこもらずに、保健室や相談室に通ってくることで、健康相談室の若いスタッフとの関わりや相談室の他児とのふれあいができた。Winncott (1979) が「遊ぶことは創造的体験であり、遊ぶことそれ自体が治療である」といっているように、若いスタッフが子どもと一緒に遊んで遊び、楽しい遊びを創りだしたり、工夫したりすることで、遊びに対するわくわくするような楽しさを知ったようである。さらに、一人より仲間と遊ぶことの楽しさを体感でき、そのことが、自分の気持ちをうまく伝える人間関係のスキルや耐性を一気に向上させたと思われる。また、身体を使って楽しく遊べば、お腹がすいて、眠くなるという自然の摂理を身体が体得し、喘息の症状からおこる予期不安がいつしか解消されていったと考えられる。

相談室では、治療構造からみると1対1の対応ではないデメリットも考えられたが、小児科のスタッフがA君と日常的に関わり、情報交換を頻繁に行うことができ、現場の子どもの姿をより正確に状況把握できた。そして、相談室が学校内にあることで、教師にもリアルタイムで子どもの心身両面の状況を伝えられた。そのことによって、教師も理解を深めA君により適切に対応ができた。そして、相談室という教室よりは小さな社会ではあったが、成長過程にあるA君がここでいろいろな人との関わりがもてたことの意義は大きいと思われる。

小児科医と学校の連携の試み(赤坂ら, 2000)も一部ではなされつつあるが、現状では経済的な面、時間の制約などの負担が大きいため、一般化されるには至っていない。医療と教育現場の連携は必須なものであり、小児科医と臨床心理士、さらに学校の教師とがチームをつくって患児を支えていくこと、そしてそのための相談室が必要である。この相談室では、スクールカウンセラーのみが在室する相談室とは異なり、小児科医が下支えとなり、心理的な相談の対応だけでなく、身体的にも対応できるという二重のサポート体制であった。

医学的な問題をクライアントが抱えているかどうかをセラピストが気づくことが大切であり、そのためのトレーニングも必要であるといわれており、心理士が心理的側面のみでなく身体面に対する気づきができるように幅広い勉強をしていくことが重要であろう。そして、さらに、これからの相談室には心理士だけでなく、小児科医や児童精神科医との連携がスムーズにできる体制づくりが極めて重要になってくると筆者は思う。また、本事例を振り返り、相談室において学校と医師をつなぐ立場としての心理士の役割ということについても認識を新たにした。

付記

本論文は、日本心理臨床学会第23回大会での発表事例を加筆修正したものです。その発表と原稿を書く旨を本人並びにお母様に連絡したところ、快諾が得られました。その折に、運動部に入り元気に学校生活を楽しんでいるという現状を知りうれしいかぎりでした。A君の成長を直接的に間接的に惜しみなくサポートし、さらにスタッフをも常に支えてくださった今は亡き小児科医飯倉洋治先生(昭和大学医学部教授)に、心から感謝いたします。

文献

- 赤坂徹・小原理枝子・山口淑子・和田博泰・白
崎和也 2000 不登校児例における医療・教
育現場での連携の試み 心身医学 40-7
534-539
- 星加明德・根本しおり・宮島祐・萩原正明・松野
哲彦・本田輝夫 1988 小児科における不登
校児一初期の症状について 小児の精神と神
経 28 219-222
- 飯倉洋治 2003 杉本日出雄 斎藤博久（編集）
小児喘息治療マニュアル フジメ デイカル
- 小松保子・徳重洋子・奥山真紀子 1982 他 身
体症状を主訴とする不登校児 小児の精神と
神経 22 177-182
- 松崎くみ子・大矢幸弘・赤澤晃・古荘純一・飯
倉洋治 2001 小児アレルギー疾患と不登校
心理臨床学研究 19-5 501-512
- 村瀬嘉世子 1996 地域社会におけるネットワー
ク 子どもの心に出会うとき 金剛出版
163-189
- Winncott.D.W. 北山修監訳 1989 抱えること
と解釈 岩崎学術社
- Winncott.D.W. 橋本雅雄訳 1979 遊ぶことと
現実 岩崎学術社
- 山崎透 1998 不登校に伴う身体化症状の遷延要
因について 児童青年精神医学とその近接領
域 39-5 420-432

ABSTRACT

The Processes of a Forth-grade Boy's Return to the Classroom Following Complaints of Physical Illness at a Health Counseling Room

Reiko Shibata ^{1) 2)} Kumiko Matuzaki ²⁾ Yoshiko Nemoto ²⁾

1) Department of Psychology, Counseling room, University of the Sacred Heart

2) Department of Pediatrics, Showa University School of Medicine

This paper is a case study of a 4th grade boy in an elementary school (Boy A) who had insisted "I do not want to go to school since the wind is blowing" at a health counseling room, which had been established in a public elementary school for the purpose of physical and mental health management by clinical psychologists cooperating with a pediatrician. We discuss the needs of the child and the support which a health counseling room can do specifically, (1) family's support as a supporting environment, (2) physical health management, and (3) relationships among Boy A, his friends and the staff of the health counseling room. The investigation gives a new appreciation of the importance of the supporting environment and play for children, and the needs of a child to be supported by medical treatment by a doctor. It is clear that the clinical psychologist in a school is important not only for mental care but also from the viewpoint of physical health management. The following case showed the effectiveness of systematic cooperation between clinical psychologists and a doctor.

Key words: general physical complaints, a health counseling room, cooperation, a pediatrician, a clinical psychologist

注意欠陥/多動性障害と診断されていた被虐待児の3症例

青山学院大学文学部教育学科¹⁾, 川崎市立川崎病院精神神経科²⁾, 松戸クリニック³⁾

古庄 純一¹⁾ 久場川哲二²⁾ 丸山 博³⁾

要 旨

乳幼児期に被虐待体験があり、幼稚園や小学校で出現した多動症状により、教師、スクールカウンセラーや小児科医に注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) と診断され、カウンセリングやメチルフェニデート投薬などの治療を受けた3例を報告した。AD/HDは行動評価をもとにした臨床診断名であり、AD/HDの小児に見られる多動・衝動性と被虐待児の多動・衝動性は臨床症状で区別することが難しいのは事実である。しかし、AD/HDは、近年の研究で、遺伝・前頭前野の機能障害・周産期の脳損傷、などに基づく自己抑制の発達障害と指摘されている。虐待などの環境因子による行動異常とは明確に異質なものである。AD/HDが不適切な養育を引き起こすことはあるが、今回我々が提示した3症例は、虐待が多動・衝動性の誘因となったものである。それぞれの症例について、本人の成育歴や家族背景を十分に把握し、その症状の発現時期や病態を察知し治療的対応を行い、その対応により子どもの行動面や家族の不安の改善がみられることについて言及した。以上より多動性・衝動性という臨床症状のみで安易にAD/HDと診断することに注意を促したいと考え報告する。

キーワード：注意欠陥/多動性障害、虐待、メチルフェニデート、カウンセリング、学習障害

はじめに

最近、注意欠陥/多動性障害 (Attention deficit/hyperactivity disorder, 以下AD/HD)が医学のみならず教育の現場でも注目されている。また、一般小児科医や学校医の立場で安易に診断され、子どもの将来への不安と誤解を招く傾向も一部に存在している。

今回我々は、過去に被虐待体験があり、学校で多動を認め、AD/HDとして対応されていた3例を経験し、AD/HDの概念が的確に理解されていないことを経験したので報告する。

症 例

症例1：11歳 (小学5年) 男子。

主訴：多動について、教師が対応困難である。

家族歴：祖父母、母親 (本例が2歳時離婚)、本例の4人暮らし

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：本例は、母親が離婚し就労したことを契機に3歳頃から、いらつき祖父母や母親の帰宅時当たりちらすなどの衝動的な行動がみられた。

祖父から躰と称し、竹刀でたたき、縄で身体を縛る、蹴る・殴るなどの身体的虐待を受けた。幼稚園時代は、多動が著しく、保育士の注意を無視し問題児扱いされ

ていた。小学校入学後1~2年間は、担任は本児の落ち着きのない行動には比較的寛大に対応して特別問題はなかった。3年時に担任が交代し、授業中に、同級生の邪魔をする、落ち着きがない、などの行動を厳しく注意された。そのことを同級生がからかうと、他児への乱暴、邪魔が増悪し、再度担任が注意をすると授業を抜け出すなどの行動が見られた。スクールカウンセラーによる心理相談を受けるも奏功しなかった。小学校4年の3学期に養護教員より診察を依頼された。本例は、切れやすいことを指摘されること、母親が面倒をみてくれないこと、学校で落ち着きないことを担任に指摘されることが辛いことを語った。さらに祖父の幼児期からの虐待に関して憎しみを込めて語った。一方診察に同伴した祖母は、本例は育てづらく面倒をみきれない、母親が育児をしないと訴えた。本例に対し投薬を開始した。投薬内容は、リスベリドン1mg、カルバマゼピン100mgであった。脳波、知能検査など神経心理学的検査は異常なかった。2回目の受診で、祖母は服薬後から、行動が随分と穏やかになり前述の衝動性が見られなくなったと語った。3回目の受診で、本例は自ら、自分は些細なことで切れていた、人を叩いてしまう、と語り今後自ら治してもらいたいと治療者に頼んだ。また家族の養育姿勢も改善した。母親が本例と十分に接する機会を持つようになった。現在も通院中であるが衝動行動は落ち着いている。

本例の多動は、母親の愛情剝奪と祖父からの身体的虐待が大きな要因となっていたと思われる。

(平成15年10月30日) (平成16年4月6日)

別刷請求先：〒150-8366 渋谷区渋谷4-4-25

青山学院大学文学部教育学科 古庄 純一

症例2: 10歳(小学5年)男子。

主訴: 不登校, 怖い夢を見る, 多動

家族歴: 両親と本例と7歳の弟の4人暮らし。

既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 小学校4年生の, 10月に学校で悪口を言われたり叩かれたりするイジメによる, 間歇的不登校。その後友人に悪口を言われ悪夢を見た。不登校以降, 親に注意されると, 自分の頸を締めたりする, また学校に行っても, 大人しい子どもや, 担任に誉められることの多い同級生に対し生意気などの理由で暴力行為があった。スクールカウンセラーにより, AD/HDと診断され, 近医によりメチルフェニデート(methylphenidate 以下 MPH) 20mgを投薬されたが症状の改善がないため受診。問診により, 本例の弟が生まれた後, 3歳頃より父親から, 弟と比較して殴る・蹴るなどの身体的虐待が存在した。本例はそのストレスを弟に向け, 弟へ殴る・蹴るなどの行動が見られた。治療者は, 父親が暴力の対象とした本例の行動は, 弟が生まれたことによる母親への一過性の退行現象などであり, 発達年齢を考えると正常と考えた。従って, 本例の行動は, AD/HDの症状ではなく, 幼児期からの虐待後の攻撃的行動と判断し, MPHを中止し, リスベリドン1mg, カルバマゼピン100mgを開始した。2回目の受診時, 本例の多動性はなく, 自ら落ち着いたと語った。母親は不安が強く, 夫の育児への不参加などの家庭生活に対して非難をした。上記の父母の葛藤があり, 精神科と連携し対応中である。

本例の多動は, 父親からの身体的虐待とその背景にある, 父母の葛藤と, 弟への嫉妬感情が要因となっていたと思われる。

症例3: 9歳(小学3年生)

主訴: 小児科医にて学習障害児と診断(8歳時)

家族歴: 父親(会社員), 母親(学校の事務員), 長男12歳(小学6年), 3男6歳(幼稚園年長)と本例の5人暮らし。

既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 幼稚園頃より, 落ち着きのなさ, 他児への攻撃的行動を指摘されていた。小学1~2年は, 担任と折り合い良く, 問題はなかった。3年時より, 担任変更。担任は神経質で本例の言動に厳しく注意をしていた。3年の1学期後半頃から, 授業を抜け出す, 他生徒への攻撃, 授業への集中が困難でAD/HDと判断された。小児科医へ受診を勧められ, 治療必要な学習障害児と診断され, MPH5~10mgを投与された。その後, 家族の判断で当科を受診し, 本例及び家族から過去の生育歴および学校での生活状況を問診した。その際判明したことは, ①2~3歳頃から6歳ころまで父親が帰宅後酩酊して, 本例および長男に自身の感情で殴る・蹴るなどの身体的虐待があったこと, ②父母間の仲が悪く, 母親は本例の幼稚園や学校での多動性および逸脱行為

を, 教師に指摘されたことに対して強い不安を持ち一人で悩んでいたこと, ③本例の言で, 学校内で絶えず邪魔者扱いを受けていたこと, ④幼稚園で指摘されていた多動も, 暴力や叱責に対する反応であったと思われること, などであった。以後父母と本例を同時に受診させ, 心理相談を中心に加療した。臨床場面では, 本例は落ち着いて, 知的水準の低下は伺わせない。本例は, 担任が自分を認めてくれない, 家庭内で父親が自分に対して物心ついてから厳しい躰をしてきたと語った。現在は父親の暴力はないものの, 父母間の喧嘩が絶えず自分の気持ちを分かってくれないと述べた。主治医は, 両親及び教師へ, 本例が述べた意見をふまえて, 本例は善悪の判断は十分可能であり, 良い行動は認めて誉め, 注意する時は最小限簡潔に指摘するだけで十分であり, その他の特別な対応は必要ないことを説明した。家族への指導として, 本人を自身の感情で叱らないこと, 育児の困難性はあるも, 本例の将来については, 明るい展望を持つように助言した。また本人の希望を聞き, 動物が好きなため, 魚の飼育日記を書かせた。その後本例は, 治療継続中であるが, 家庭・学校でも問題なく, 一時期登校を渋っていたが, 現在問題ないため治療は中止した。本例は投薬なしで経過改善した。

本例の多動は, 父母の葛藤と父の身体的虐待および学校の適正を欠く対応によると思われる。

考 察

AD/HDは, 行動評価をもとにした臨床診断名である。現在我が国の専門家においてAD/HDの診断にはDiagnostic and statistical manual of mental disorders(以下DSM-IV¹⁾)が最も用いられている²⁾。DSM-IVにおけるその診断基準の概要は, A項目で発達の年齢にそぐわない不注意もしくは衝動性—多動性が6カ月以上持続すること, B項目で7歳以前の発症, C項目では2つ以上の状況で存在すること, D項目で臨床的に著しい障害があること, E項目で除外項目, である。しかし実際はA項目のみが注目され診断される傾向があると思われる。また, E項目で広汎性発達障害は除外すべき項目とされ, その診断はAD/HDに優先することになっているが, 両者の相違は必ずしも明確でなく議論がなされている。しかし我々の症例は広汎性発達障害の症状は該当せず, 今回は言及しない。

Barkley³⁾は, DSM-IVの診断基準においては, 鑑別についての基準がほとんど示されておらず, 基本症状が一次的なものか, その他の精神疾患の二次的な症状によるのかは十分に注意すべきと述べている。ところで, 今回の自験例の多動症状は, 幼児期からの虐待体験後にはじめて指摘されており, それぞれ両親の葛藤や母親の愛情剝奪, 学校での適切を欠く対応で急性に増悪などの背景より, 二次的なものであると判断した。上

林²⁾は、AD/HDと鑑別すべき障害の具体例として児童虐待の影響を指摘し、診断のための評価は単に行動の評価にとどまらず、包括的に行うべきと述べている。我々の事例も十分な問診を行い、彼らの被虐待の体験を確認することは最も重要であるのはいうまでもない。生活歴や学校での生活状況など十分な情報の収集も同時に必要である。

1980年代以前は、微細脳機能障害 (minimal brain dysfunction) という概念があったが、その概念の不明確さから、行動面の症状を示すものにはAD/HD、認知学習面の症状を示すものは特異的発達障害という用語が使用され、学習障害は特異的発達障害の中に分類されている³⁾。AD/HDは、遺伝・前頭前野の機能低下・周産期の脳の発育異常もしくは損傷、などの所見から、自己抑制の発達障害⁴⁾の起因したものと考えられる。一方、虐待のように劣悪な環境要因でも同じ行動特徴があることから、AD/HDが遺伝素因と環境要因の相互作用により完成するという考え方もある⁴⁾。

虐待による行動異常とAD/HDの行動異常は鑑別する必要がある。しかし、もともとのAD/HDがあり、家族の歪んだ対応として虐待を受けている症例や、虐待を行っている保護者自身がAD/HDであり被虐待児自身もAD/HDの遺伝的素因を持っている症例など、両者が合併することも一部には存在するであろう (図)。

今回3例のうち2例にMPHが投与されていた (表)。MPHはアメリカでは大規模な調査でAD/HDにその有用性が証明されており⁵⁾、広く使用されているが、本邦では保険適応外である。その理由は、我が国で大規模な子どもや成人AD/HD患者を対象とした臨床試験が行われていないため、またその臨床試験も、中枢神経系の興奮作用による成人における乱用や、副作用を危惧され行われにくいのが現状である⁶⁾。いずれにせよ、診断、使用基準が曖昧なまま使用され、副作用のみが取り上げられることが、保険適応を困難

にする要因ともいえよう。自験例では、治療薬剤として、リスペリドンとカルバマゼピンを投与した。リスペリドンは副作用の少ない非定型抗精神病薬として、統合失調症のみならず、攻撃的行動に対して少量投与で有効であることが報告⁷⁾されている。我々も、本人の攻撃性を抑えるためにリスペリドンを少量 (1mg) 投与し、有効であると考えた。またカルバマゼピンは気分安定薬として衝動性の軽減を期待して併用した。

全症例とも家族および学校への十分な心理カウンセリングを行った。そして症例3でみられるように投薬なしに改善する例も見られた。症例3では、小児科医は学習障害という診断名を告げ、MPHを投与しており、実際はAD/HDを念頭に置いていると考えられたが、診断根拠などは示されていない。しかし、我々はその多動性はAD/HDの症状とは考えず家庭・学校の葛藤によるものであると断定し対応した。

今回の自験例の特徴をまとめると、多動・逸脱行動が出現するまでの背景として、①幼児期に虐待があっ

AD/HD児の多動・衝動性と被虐待児など劣悪な環境でおこる多動・衝動性

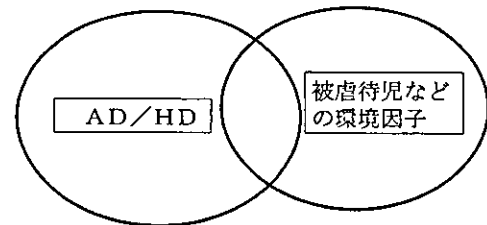


図 注意欠陥/多動性障害児の多動・衝動性と被虐待児など環境因子でおこる多動・衝動性
それぞれ異質のものと考えられ、区別して考える必要がある。しかし両者が合併することもあるのも事実である。

表 3 症例の比較

	症例1	症例2	症例3
虐待者、時期	祖父、幼児期	父、幼児期	父、幼児期
父母間の葛藤	あり (離婚)	あり	あり
母の問題点	愛情剝奪	育児不安	育児不安
学校での問題	厳格な指導	いじめ	厳格な指導
衝動性増悪時期	小学3年生	小学4年生	小学4年生
MPH量/効果	未使用	20mg/無効	10mg/無効?
Risperidon量/効果	1mg/有効	1mg/有効	未使用

症例3のMPHの効果判定は、1日10mgであり増量により効果があった可能性も否定できないため「無効?」と記載した

た。②両親間の葛藤があった。③母親の育児不安。④子ども達は幼児期から劣等感を持っていた。⑤そのために子どもらしさが喪失していた。⑥小学校特に3~4年生ころに問題行動が目立って来た。⑦小学校の担任が過去の子どもの負の体験を考慮せず対応したために逸脱的行動や多動性障害に至った、などである。不適切な養育を受けた児童の攻撃性について、奥山⁹⁾は愛着障害とトラウマの観点から、不適切な養育→愛着障害→易トラウマ性という脆弱性→自己を守るための攻撃性→さらに不適切な養育を受ける、という悪循環を推測し、環境を調節し悪循環を断つことが必要であると指摘している。我々の3症例の多動も自己を守るために常に臨戦態勢にあり、些細な環境要因で他児への攻撃性が強くなり、それが家族や保育士・教師から理解されず不適切もしくは厳格な対応をされて増悪したと推測される。しかし一方で、診察室の中で極めて冷静に、虐待の事実を語り、自分の衝動的な行動も治療したいと認識を持ち、子どもらしくない大人びた言動が印象的であった。

虐待に限らず、学校内のイジメや体罰などによる心的外傷体験¹⁰⁾や不安障害、視覚・聴覚障害、内分泌障害など²⁾多彩な疾患や状況で、多動・衝動性を来すことがあり、多動を主訴に受診した小児を診察する際は注意を要する。我々臨床家は、AD/HDの診断に際して多動の出現の背景に細心の注意を持って包括的に行う必要がある。そのためには、生育歴や、学校での様子を十分に問診することが重要と思われる。

稿を終えるに当たり、貴重なご意見をいただきました、河合クリニック院長河合洋先生、新東京病院内科山川春重先生に深謝申し上げます。

文 献

- 1) American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 78-85.
- 2) 上林靖子. 注意欠陥/多動性障害の診断と評価. 児童青年精神誌 2002; 43: 139-144.
- 3) Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactive disorder in children. Brain Dev 2003; 25: 77-83.
- 4) 宮本信也. 注意欠陥多動性障害. 小児の精神と神経 2003; 40: 255-264.
- 5) Barkley RA. Attention-deficit/hyperactive disorder; a handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford, 1998.
- 6) The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1073-1078.
- 7) 加我牧子, 宮本信也. 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)とmethylphenidate. 脳と発達 2003; 35: 143-146.
- 8) Schreier HA. Risperidone for young children with mood disorders and aggressive behavior. J Child Adolesc Psychopharmacol 1998; 8: 49-59.
- 9) 奥山真紀子. 攻撃性と脆弱性→不適切な養育をめぐって. 児童青年精神誌 2003; 44: 148-152.
- 10) 古荘純一, 松崎くみ子, 根本芳子, 柴田玲子. 教師から受けた体罰で外傷後ストレス障害を呈した1男児例. 児童青年精神誌 2004 受理.

Three Cases of Maltreated Children who Previously were Diagnosed as Having Attention Deficit/Hyperactive Disorder

Junichi Furusho¹⁾, Tetsuji Kubagawa²⁾ and Hiroshi Maruyama³⁾

¹⁾College of Literature, Department of Education, Aoyamagakuin University

²⁾Division of Psychiatry, Kawasaki municipal Hospital

³⁾Matsudo Clinic

Three maltreated children who were originally thought to have attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) by their teachers, school counselors and pediatricians, because of their aggressive behaviors in various environments such as schools, kindergartens and nurseries school, are described. All individuals were victims of violent acts in their early childhood.

They underwent counseling and in 2 of 3 cases methylphenidate was administered without improvement in their aggressive behavior. Recent studies suggested AD/HD as a developmental disorder of self-regulation which originated from underdevelopment of orbito-frontal cortex, genetic determinations or some perinatal brain injuries of various causes.

As a rule we tend to make a diagnosis of AD/HD only from their behaviors such as inability to concentrate and hyperactivity.

We conclude that we have to distinguish AD/HD from secondary hyperactivity, especially originated from bitter experience of maltreatment. We ought to take their family history and past history and diagnose carefully in order to obtain adequate treatment.

小児科診療〔第68巻・第2号〕別刷

2005年2月1日発行

発行所 株式会社 診断と治療社

学校生活と虐待

ふるしょう じゅんいち 古 莊 純 一 青山学院大学文学部教育学科

要 旨

虐待は、たとえ過去の体験であっても適切な対応がなければ精神発達に深刻な影響を及ぼす。また学童期に性的虐待やネグレクトを新たに受けることもある。児童が自らの虐待体験を話すのは例外的であるが、多動・逸脱行動や学業の不振などの精神行動面のさまざまな問題を呈する。しかし、これらの症状は、虐待の可能性を念頭におかないと発見することは困難である。小児科医は、学童期においても虐待の早期発見・支援・治療連携に努めるべきである。

Key Words

子ども虐待
学校
性的虐待
連携
QOL尺度

はじめに

わが国では、ここ数年間子ども虐待の通告件数が急増しており、また、さまざまな事例を見ると、虐待は決して一部の特殊な環境下でのみおこるものではないといえよう。杉山¹⁾は、近年の虐待調査をもとに被虐待児の割合を推定している。わが国の児童虐待の頻度は0.154%²⁾であるが、それが毎年積算される、すなわち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ではない、と考えると、少なくともその児童の割合は2%前後と推定し、これは、文部科学省が発表する不登校児童の割合に匹敵する、と述べている。虐待体験は、子どもの成長のみならず、発達にもネガティブな影響を及ぼす。さらに知的発達のみならず、精神的な発達にも深刻な影響を及ぼす。また一度だけであっても虐待の経験があると、発達にもネガティブな影響を及ぼし、精神面の影響は小児期全般、さらに成人期にも持続することも少なくない。

Jenniferら³⁾は、ランダムに抽出された地域住民の子どものうち、11.8%が幼稚園入園前に虐待を受けており、その後の前向き調査で、虐待を受けなかった子どもに比べて、思春期に欠席日数が多く、大学の進学希望が少なく、攻撃性、不安・抑うつ、分裂、PTSD、社会的孤立、悩

み事が有意に多かったと報告している。

ネグレクトや心理的虐待のような行為は、虐待者は積極的な意図をもたないことも少なくない。しかし子どもの立場では、心身の健康を害する影響があることから、大人と子どもの関係性の問題としてとらえ⁹⁾、介入し援助する必要がある。虐待による死亡は乳幼児期が多いが⁹⁾、学童期の虐待は生命の危機は比較的低いとしても、精神発達や人格形成に重大な問題を残すため、乳幼児と同様に早期発見と適切な支援は不可欠である。

本稿では、学童期の被虐待児をどのようにして発見するかを中心に述べてみた。

学童期の被虐待児のみられる症状、や行動の問題と影響について

学童期の被虐待児にみられる具体的な症状や行動面の問題を表1^{9)~11)}に示した。これらは、被虐待児に特有な症状ではないが、これらの問題のある児童に対しては注意深い観察や家族背景の理解が必要である。学童期にみられる虐待の精神神経学的影響を表2⁹⁾に示した。虐待のトラウマは子どもに生じるトラウマの中でも、日常的に繰り返される、本来守ってくれるべき大人が加害者であり、人間の基本的信頼を損なう、など複雑である。

Terr⁹⁾によれば、子どものトラウマで一度の重大な体験によるトラウマ（I型）は、典型的なPTSDの症状がおきやすいが、虐待や戦争のように引き続きおこるトラウマ（II型）は否認や解離がおきやすいと報告している。またDe Bellisら¹⁰⁾は、早期に虐待があったほうがより脳の容積が小さく重症度が高いと報告している。このように虐待のトラウマはより影響が大きいと思われる。

対人関係の問題としては、愛着の問題と虐待的人間関係の再現性などがあげられる。虐待的

表1 学童期の被虐待児にみられる具体的な症状や行動面の問題（文献5）6）7）より引用、改変）

- 1) 不衛生、不適切な衣類
- 2) 医療・歯科治療を受けていない
- 3) 大人に近づくことを尻込みする、異常な警戒感、表情をうかがう
- 4) 他の要因では説明できない学業不振、緘黙
- 5) 家に帰りがたらない、家出、放浪、徘徊
- 6) 万引き、窃盗、金品の持ち出し、放火
- 7) 盗み食いなど食行動の異常、
- 8) いじめ（被害者、加害者の両方）
- 9) 異常に素直、頑張りすぎ、大人びた行動、一方で、攻撃的であったり年齢不相応の子どもっぽい行動
- 10) 多動、過度の乱暴、注意を引く行動
- 11) 自傷行為や自殺企図
- 12) アルコールやその他の薬物への依存
- 11) 性的行動化

表2 学童期にみられる虐待の影響
文献8）より引用、改変

- 1) 学業：読解力、文章表現、計算力の低下など
- 2) トラウマ：典型的なPTSDの症状は少なく否認や解離が多い
- 3) 対人関係の問題：虐待的人間関係の再現性
- 4) 感情や感覚の調節障害：パニック、見捨てられ体験や自傷行為
- 5) 自己および他者イメージの問題：悪い自己と他者への基本的不信任
- 6) さまざまな逸脱行動
- 7) 人格形成の歪み：将来、解離性同一症障害の危険性

な環境で育つことで子どもは虐待的な人間関係を身につけてしまい、周囲の大人を無意識のうちに引きずり込んでしまう。大人に対して挑戦的な言動を示す傾向があり、新たに虐待を受ける危険性がある。感情や感覚の調節障害としては、虐待を受けた子どもは、ほんの些細なきっかけで非常に強い怒りなど激しい感情をもち、その感情を言葉ではなく行動で表現する傾向がある。いわゆるパニックと称される状態である。また、親からの「見捨てられ体験」により感情爆発をおこす。しかし、軽度発達障害の児童も学校内でパニックをおこすことが少なくない。

これらを症状だけでは鑑別することは困難で、被虐待児が軽度発達障害と誤って診断されることもある⁸⁾¹¹⁾ので注意が必要である。自己および他者イメージの問題としては、自己イメージや自己評価に非常な影響がある。子どもは親が自分を虐待するのは「自分が悪い子どもだから」と自己否定的に理解する。そのため親の虐待の原因は自分にあると理解し、「悪い自己」というイメージを固定化していく。また他人との基本的な信頼関係を身につけることができず、他人に対し「基本的不信感」をもつようになる。そして初めて出会った人に対しても「自分を傷つける」「信用できない」などの否定的予測をもってかかわる傾向があり、人間関係の形成にも大きな歪みをもたらす、挑戦的な言動を示すことになる。

さまざまな逸脱行動としては、小学校低学年までの児童は家出や徘徊や万引き、乱暴、破壊、中～高学年では、年齢に見合わない性的言動、放火、金品の持ち出し、窃盗など、思春期には自傷行為や薬物依存、性的逸脱行動が現れる。

性的虐待は日本では、きわめて例外的な出来事と考えられてあまり注目されていなかった。しかし性的虐待による問題で専門外来を受診する事例が増加している。奥山が、小学6年生までを対象にした調査¹²⁾では、女兒の6.4人に1人が性的虐待の被害にあっており、電車の中での痴漢が多いが、痴漢も非常に強い外傷体験になる可能性が示唆されている。性的虐待の実態はまだまだ把握できていないが、家庭内外で性的虐待を受けた子どもたちがさまざまな負担をもちながら、通学していることは事実である。性的虐待を受けた子どもの症状を表3¹³⁾に記した。虐待を受けると自己評価の低下をきたすが、とくに性的虐待は「自分を汚い存在」と感じていることが多い。低年齢から性的虐待を受けていると、愛情と性の混同を生じることがあり、無意識のうちに性的なかかわりを求めてしまう。

解離症状は、虐待を受けた子どもが自分の精神を守るための自己防衛反応の一つである。解離症状をもったままで人格が形成されていくと、解離性同一障害となる危険がある。解離性同一障害は、虐待体験をもつものがほとんどと考えられるが、中でも性的虐待は非常に多いと報告¹⁴⁾されている。転換症状やファンタジー症状も性的虐待を受けている現実を回避しようとすることから生じる。性的虐待を受けた子どもは、自分を汚い存在と考えていたり、口止めなどで秘密を守らなければならない負担があり、友だちに打ち解けられなかったり、孤立したりする傾向がある。

虐待をしている、親の様子を表4⁵⁾¹⁵⁾に示し

表3 性的虐待を受けた子どもの症状

文献13)より引用、改変

- | |
|-------------------------|
| 1) 年齢不相应な性的言動・行動化 |
| 2) 自尊感情の低下「自分を汚いと感じる」 |
| 3) 回避症状：とくに裸になることに抵抗を示す |
| 4) 愛着と性の混同 |
| 5) 解離症状 |
| 6) 転換症状 |
| 7) ファンタジー傾向 |
| 8) 友達関係の問題、孤立、寡黙 |
| 9) 過覚醒 |
| 10) その他の逸脱行為など(表1) |

表4 虐待を示唆する親の様子

文献5)15)より引用、改変

- | |
|--|
| 1) 子どもへの関心が薄く、問い合せや家庭訪問に応じない |
| 2) 子どもの問題を否認したり子どものせいにする |
| 3) 体罰を肯定・要求する |
| 4) 子どもを拒絶、非難する言動 |
| 5) 子どもに完全性や年齢不相应なことを要求する |
| 6) 抑うつ的、無気力、奇妙な行動や考え |
| 7) アルコールやその他の薬物に依存している |
| ●以下はとくに性的虐待を示唆する |
| 8) 過度に保護的で、子どもが他の子どもと接触するのを制限する(電話を取り次がない、つねに監視するなど) |
| 9) 家庭のことを話さない、秘密主義で孤立的 |
| 10) 夫婦関係の問題を抱えている、そのことを話す |

た。学校や医療機関の問い合わせにも応じないことが少なくない。また、親との面接においても、親自身が否認をしたり、「しつけ」などの独自の理由で子どものせいにするのがほとんどである。さらに子どもに口止めをしていて、事実の確認は困難である。一方で親自身も、さまざまな精神面の負因を抱えて支援を必要としていることも少なくない。親の話をできるだけ受容的に聞くようにし、その中で矛盾点や親自身の問題に気づくことが必要である。

発見した場合の対応

虐待の対応は、他稿で述べられているので、本稿では、学校生活で発見された虐待についての対応を簡単に述べる。乳幼児に比べて、生命の危機に瀕することは少ない、親と主治医・親子の関係が悪化するなどの理由で、ともすれば通告を躊躇する傾向にあるが、虐待防止法に基づく通告は必要である。また、2004年10月に法律が改正されたことにより、虐待と思われる疑い事例も通告する義務があることは周知すべきである。

小児科医としては、子どもの身体・精神の所見から、これらを説明するのは虐待を受けていると判断せざるをえないと意見を述べ、判断は関係機関に委ねる。通告は、対応のはじまりにすぎない。とくに性的虐待の場合は、警察に通報し加害者を即座に法的に隔離するなどの対応を要する¹³⁾。場合によっては、親権の停止を含めた対応も検討される。関係諸機関での早急な連携が必要である。

子どもに対しては、①虐待の被害を認めること。性的虐待でファンタジー傾向が強い場合は、子どもが嘘をついているように思えることも少なくない。また話題を極端に避ける場合も注意が必要である。②子どもの感情への共感。子どもは被害者であり、悪いのは子どもではないと

いうことを保証する。③子どもの安全の確保。治療が始まって、家庭で新たに虐待を受け続けているのでは効果が期待できない。④子どもとの信頼関係の構築。前述したように、被虐待児はとくに大人に対して基本的不信感をもち、自身の感情が理解されないとさまざまな問題行動を呈しやすい。医療のみならず、学校、福祉など子どもにかかわるスタッフも子どもと信頼関係の構築は重要である。⑤家族を含めたケア、⑥精神医学的治療、⑦関係機関と連携し一貫した対応と支援。学校が中心であれば、担任やカウンセラーの交代や本人の卒業を契機に支援が途切れることが少なくない。健全な発達が確認できるまでの一貫した長期の支援を要する。

症例呈示

この症例は、われわれがすでに報告した¹⁴⁾。学校での衝動行為を注意欠陥多動障害と診断されて治療されていた児童である。このテーマに基づき、若干加筆修正し考察を加えて呈示する。

症例は11歳、小学5年生男児。主訴は、近所の小児科医にて注意欠陥多動障害と診断され、内服薬を処方されていたが改善しないこと。家族歴に特記すべきことはない。父親は、会社員、母親は事務員、長男12歳、3男6歳で、本例の5人暮らし。

既往歴は特記すべきことなし。現病歴は、幼稚園頃より、落ち着きのなさ、他児への攻撃的行動を指摘されていたが、小学1～2年は、担任と折り合いよく、学校での問題はなかった。3年時より、担任変更。担任は神経質で本例の言動に厳しく注意をしていた。3年の1学期後半頃から、授業を抜け出す、他生徒への攻撃、授業への集中が困難であり、スクールカウンセラーから注意欠陥多動障害を疑われて小児科医を受診し、メチルフェニデート5～10mg/日を投与された。しかし、学校での多動は改善せず、

10歳、小学校4年生時に、家族の判断でわれわれを受診した。本例および家族から過去の生育歴、および学校での生活状況を問診した。その際判明したことは、①2～3歳頃から6歳ころまで、父親が仕事のストレスのためアルコール依存で、帰宅後酩酊して本例および長男に自身の感情で殴る・蹴るなどの身体的虐待があったこと、②父母間の仲が悪く、母親は本例の幼稚園や学校での多動性および逸脱行為を、教師に指摘されたことに対して強い不安を持ち一人で悩んでいたこと、③本例の言で、学校内で絶えず邪魔者扱いを受けていたこと、④幼稚園で指摘されていた多動は、父親の暴力が始まる前までは指摘されておらず、暴力や叱責に対する反応であったと思われること、などであった。

以後、父母と本例を同時に受診させ、心理相談を中心に加療した。臨床場面では、本例は冷静で落ち着いて、知的水準の低下や多動を感じることはなかった。本例は、担任が自分を認めてくれない、家庭内で父親が自分に対して物心ついてから厳しいしつけをしてきたと、自身の感情を抑えて客観的にはうきりと語った。現在は父親の暴力はないものの、父母間の喧嘩が絶えず、自分の気持ちをわかってくれないと述べた。主治医は、両親および教師へ、本例が述べた意見をふまえて、本例は善悪の判断は十分可能であり、よい行動は認めて褒め、注意するときは最小限簡潔に指摘するだけで十分であり、その他の特別な対応は必要ないことを説明した。家族への指導として、本人を自身の感情で叱らないこと、育児の困難性はあっても、本例の将来については、明るい展望をもつように助言した。また本人の希望を聞き、熱帯魚を飼いたいと希望したため、魚を飼育し日記を書かせた。その後本例は治療継続中であるが、家庭・学校でも問題なく、一時期登校を渋っていたが、現在問題ないため、約1年間の通院で治療は中止した。

この事例からわかることは、本例の行動面の問題としては、①幼児期からの多動。しかしこれらの多動は、環境により大きく変化し、虐待が始まる前は指摘されていなかったこと、一度改善した多動が再び増悪したことなど、注意欠陥多動障害児の臨床経過とは異なると考えられる。②他児への攻撃・いじめ、③面接の時にみられた、冷静で大人びた言動。などである。一方家族の問題としては、①父親のアルコール依存、②母親の抑うつ、③父母の葛藤、などがあげられる。

以上より、本例の多動は、中枢神経の機能的な障害に基づく注意欠陥多動障害とは異質のものであり、父の身体的虐待および学校での必ずしも適正とはいえなかった対応によっておこったといえよう。本例の症状が、家族、学校の協力が得られて比較的短期間に改善したのは幸いなことである。このように、学童の問題行動は、虐待の可能性も念頭におき、慎重に問診、診察する必要があるといえよう。

われわれの新しい取り組み

前述のように、被虐待児から学校でその事実を確認することは簡単ではない。われわれは、「健やか親子21推進のための学校における思春期の心の問題に関する相談システムモデルの構築」の一環として、小学生版QOL尺度¹⁷⁾を用いた、子どもや学校への支援を研究している¹⁸⁾。小学生版QOL尺度は、身体的健康、情動的Well-being、自尊感情、家族、友だち、学校生活の6領域について、各4項目ずつ合計24項目で構成される。各項目について、この1週間の自分の状態にあてはまるかどうかを5段階評定で答えさせる。より高い得点の者がよりよいQOLを示すよう配点されている。家庭での虐待があれば、家族領域のQOL得点は低いと考えられる。自尊感情などその他の領域も低下する

表5 小学生版 QOL 尺度, 下位領域, 家族についての質問事項 (文献17) より引用)

虐待が疑われる児童を発見する手がかりになりうると思われる

この1週間のあなたとあなたの家族について聞かせてください
①両親 (お父さんやお母さん) となかよくしていた
②家で気持ちよくすごしていた
③家で家族とけんかした
④両親にしたいこと (やりたいこと) をさせてもらえなかった

ことも予想される。QOL 総得点が低く、とくに家族の領域が低得点である児童の親子関係をどのように判断し、必要な支援につなげるかは重要な検討課題である。虐待が疑われる児童に、表5に示したQOLの家族領域の質問項目を行ってみることは、早期発見に有用であると思われる。

まとめ

①学童期の児童において、学校での問題行動で、虐待に気づくことが可能である。

②そのためには前述した問題行動のある児童に対しては虐待を疑うこと。

③性的虐待の把握と防止。近親者の密室での行為はもとより、電車内や公園などの通学路すべてに注意は必要である。また性的なものを見せる、性的な言葉を投げかけるなどの身体的接触を伴わない行為も性的虐待と認識すべきである。家庭外での性的虐待は十分に把握できておらず、今後の課題であろう。

④虐待は一機関のみで援助するのは困難である。関係機関と連携し援助すること。

⑤現在虐待が行われていなくても、過去に虐待の経験がある児童は、上述のさまざまな発達上の問題を抱えることが多い。安全を確保すること、子どもを理解することは支援の始まりである。

⑥すべての子どもにとって虐待への知識を与え、虐待への偏見をなくし防止するように教育することが重要である。

⑦小児科医は虐待を探し当てる、判断をするということは本来の立場ではない。その子どもに応じて保護者や大人との関係が適切であるかどうか、子どもの側から見た視点に立ち子どもを支援することが必要である。

●文 献

- 1) 杉山登志郎：子ども虐待は、いま。そだちの科学 2:2-9, 2004
- 2) 小林 登：虐待児童全国調査。子どもの虐待とネグレクト 4:276-302, 2002
- 3) Jennifer E et al.: A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. Arch Pediatr Adolesc Med 156:824-830, 2002
- 4) Chicchetti D et al.: A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc psychiatry 34:541-565, 1995
- 5) 小林美智子：児童虐待の理解と対応。日医会誌 110:556-563, 1993
- 6) 古荘純一・他：育児困難と虐待。小児科 42:319-324, 2001
- 7) 井上登生：子ども虐待—診断と初期対応, 外来フォローアップの注意点。小児内科 34:1413-1415, 2002
- 8) 西澤 哲：子ども虐待がそだちにもたらすもの。そだちの科学 2:10-16, 2004
- 9) Terr LC: Childhood traumas; an outline and overview. Am J Psychiatr 148:10-20, 1991
- 10) De Bellis et al.: Developmental traumatology part II; Brain development. Biol Psychiat 45:1271-1284, 1999
- 11) 古荘純一・他：注意欠陥/多動性障害と診断されていた被虐待児の3症例。日児誌 108:870-873, 2004
- 12) 奥山真紀子：年少者への性的虐待と心理的影響：子どもと家族の心の健康調査報告書。77-86, 1999
- 13) 奥山真紀子：性的虐待・性的被害を受けた39例

の子どもに関する検討。平成10年度厚生科学研究・子ども家庭総合研究事業報告書, 333-341, 1999

- 14) Saxe GN et al.: Dissociative disorders in psychiatric inpatients. Am J Psychiatr 150:1037-1042, 1993
- 15) 古荘純一: 虐待, ネグレクトをする親のアプローチ. 小児内科 34:1377-1379, 2002
- 16) 塩川宏郷・他: 警察と連携をとった性的虐待症例の検討. 小児精神神経誌 41:367-372, 2002
- 17) 柴田玲子・他: 日本における Kid-KINDL

Questionnaire (小学生版 QOL 尺度) の検討. 日
児誌 107:1514-1520, 2003

- 18) 古荘純一: 小学校 QOL 尺度低得点児童の評価
平成15年度厚生科学研究補助金(子ども家庭研
究事業) 分担研究報告書. 66-67, 2004

著者連絡先

〒150-8366 東京都渋谷区渋谷 4-4-25
青山学院大学文学部教育学科
古荘純一

第2回日本小児放射線学会教育セミナーのお知らせ

- 会 期 2005年2月12日(土曜) 10時~15時30分
- 会 場 東京商工会議所ビル7階 国際会議場
- テ ー マ 小児救急疾患の画像診断: 明日からの診療に役立つ画像診断検査の実際
- 企 画 野坂俊介(国立成育医療センター放射線診療部)
- プログラム 1) 中枢神経系および頭頸部: 堤 義之(国立成育医療センター放射線診療部)
2) 胸部: 野澤久美子(埼玉県立小児医療センター放射線科)
3) 消化器系: 赤坂好宣(兵庫県立こども病院放射線科)
4) 泌尿生殖器系: 宮坂実木子(国立成育医療センター放射線診療部)
5) 骨軟部: 宮寄 治(国立成育医療センター放射線診療部)
- 参 加 費 日本小児放射線学会会員 1,000円・非会員 6,000円
- 連 絡 先 〒355-0055 埼玉県東松山市松風台 4-62
日本小児放射線学会事務局
TEL 0493-35-3305 FAX 0493-35-4587
e-mail: ky2s-mtism@asahi-net.or.jp

小学生版 QOL 尺度スクリーニングと医師面接で虐待が判明した 1 例

青山学院大学文学部教育学科¹⁾, 渡辺こどもクリニック²⁾, 昭和大学医学部小児科³⁾

古庄 純一¹⁾ 渡辺修一郎²⁾ 佐藤 弘之³⁾
松崎くみ子³⁾ 根本 芳子³⁾ 柴田 玲子³⁾