

しているタイプや防衛の強いタイプで、初対面の面接者に対して語らなかったことが関係していると考えられた。

社会恐怖・強迫性障害・過食症は、児童からのみ聴取された。強迫性障害は重症であれば明らかとなるであろうが、軽度の強迫観念であれば周囲に気づかれない。また社会恐怖・強迫性障害・軽度の過食は本人が悩んでもそれを問題として認識せず、訴えられることが少ないと考えられる。

解離の自己記入式質問紙である A-DES の記入を対象児に依頼した。記入に応じた 35 名中 8 名 (23%) が 37 点以上の高値であった。事前に解離があることが認識されていたのは 1 例のみであった。解離症状に関しても、周囲に認識されにくいだけでなく、本人も病識を感じにくいためであろう。

(3) 虐待歴・虐待種別による影響

虐待種別・虐待歴の有無によって、面接結果に大きな違いは認めなかった。これは、昨年の調査における、虐待歴のある児のほうが精神的問題を持つものが多いとの結果とは一致しなかった。虐待が明らかでなくても、十分な養育体験を得られていなかったり、他の外傷体験が見られたことが影響している可能性があると考えられる。

これについてはもう少しケース数を増やして検討する必要がある。

E. 結論

児童養護施設に入所している児童の精神的問題を調査するため、児童および施設職員に対して構造化面接を行った。

昨年のスタッフに対する質問紙調査では、行動障害に対しては多くの指摘があり、それが問題として把握されて、受診の需要とされていたが、内向的な問題に関してははっきりした傾向がなかった。今年の調査でも概ねこの傾向が示された。

行動化を伴う問題には両方で認識が共通であったが、内向化する問題については職員が

把握できていない場合も多いことが示唆された。

今回の調査は対象児がまだ少なく、今後増やしていくことが必要である。

文献

Teare M, Fristad MA, Weller EB, Weller RA, Salmon P.: Study I: development and criterion validity of the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). J Child Adolesc Psychopharmacol. 1998;8(4):205-11.

Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR.: Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the adolescent dissociative experiences scale. J Nerv Ment Dis. 1997;185(8):491-7.

F. 業績

金子一史、本城秀次、村瀬聡美、野邑健二：母子愛着形成 母親から子どもへの愛着形成 心理社会的検討。小児科臨床, 2004, 57: 1273-1279.

本城秀次、村瀬聡美、金子一史、荒井紫織、橋本大彦、野邑健二：乳幼児期からの家族支援。精神神経学雑誌, 2004, 106(5), 602-607.

平成16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）

被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究（H15-子ども-009）
分担研究報告書：虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児の包括的治療に関する研究

分担研究者：杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター

研究協力者（アイウエオ順）

浅井朋子1)、今井芳裕5)内山敏4)海野千畝子1)、遠藤太郎2)、大石聡6)、大河内修1)、大橋信彦1)、加藤明美1)、黒田絵美4)、小石誠二1)、五條智久4)、小平雅基3)、塩之谷真弓1)、清水梓4)、志村浩二5)白川美也子4)、並木典子1)、西田寿美5)、野田倫子5)、瀧澤紫織4)、服部麻子1)、東誠1)、山崎嘉久1)山崎知克4)

- 1) あいち小児保健医療総合センター
- 2) 新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野
- 3) 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科
- 4) 独立行政法人国立病院機構天竜病院精神科
- 5) 三重県立小児心療センターあすなろ学園
- 6) 大阪府立精神医療センター・松心園

研究の要旨

被虐待児の治療に従事する5つの医療機関における被虐待児の治療の実践をまとめた。被虐待児の中に少なからず発達障害が認められるのみならず、可虐者側の2割程度も発達障害の診断が可能な者が存在することが明らかとなった。しかし生来のADHDと被虐待による多動性行動障害の鑑別は非常に困難であることが示された。被虐待者の示す病理は特定不能の極度のストレス性障害（DESNOS）として捉えることが可能であり、解離のレベルを正確に計ること、また見逃しがちな皮膚症状の様な問題も解離との関連で捉えることによって治療的に扱えることが示された。治療としては、医療モデルによる治療介入のみならず、連携機関との積極的な協力関係を持ち、環境作りや資源開発、生活へのアプローチも含めた養育モデル的治療を併用し、包括的多面的な治療を実践する重要性が明らかになった。

A. 本年度の研究のまとめ

研究1：子ども虐待への包括的治療：3つの側面からのケアとサポート（杉山登志郎、海野千畝子、浅井朋子、小石誠二、塩之谷真弓、服部麻子、並木典子、大河内修、大橋信彦、東誠、山崎嘉久：あいち小児保健医療総合センター）

研究の目的：今日わが国において、わが国

の児童を巡る様々な課題の中の最重要なテーマとして浮上するに至った。被虐待児治療センターとして機能するあいち小児保健医療総合センターにおける被虐待児への治療実践をまとめ、子ども虐待への包括的な治療に必要なことを明らかにすることが本研究の目的である。

対象と方法：あいち小児保健医療総合セン

ターにおける3年間の被虐待児およびその親の精神医学的な診断を検討した。また彼らへの治療実践の中で浮上した問題についてまとめ、子ども虐待への包括的な治療について検討を行った。

結果と考察：年間130-140例が新患として受診し、そのうちうち親の側にカルテを作った例が15パーセントであった。子どもの57パーセントに何らかの発達障害の診断が可能であり、中でも高機能広汎性発達障害が最も多く、軽度発達障害が虐待の高リスクとなることが明らかとなった。反応性愛着障害は49%、解離性障害は52%、行為障害は29%に認められたが、5歳以下の76%に反応性愛着障害が見られ、一方12歳以上の78%に解離性障害が認められるなど、幼児期においては愛着障害が多く、年齢が上がると解離性障害と非行が増加する傾向が認められた。治療を難航させるものは、患児の抱える解離であり、治療に当たっては解離性障害のレベルを正確に把握する必要があること、また子どものみならず家族への治療を積極的に進めることが必要なこと、他の機関と連携を行う必要があることが明らかとなった。

研究2：子ども虐待と注意欠陥/多動性障害に関する臨床的検討（遠藤太郎、杉山登志郎：あいち小児保健医療総合センター）

研究の目的：注意欠陥多動性障害(Attention Deficit Hyperactive Disorder ;ADHD)と、子ども虐待の後遺症として生じるADHD-like症候群の比較は臨床的には非常に困難である。この点の検証を行うことが本研究の目的である。

対象と方法：あいち小児保健医療総合センター心療科で入院治療を行った被虐待児39例(平均年齢10.7±0.6歳)について1)DSM-IV-TR(APA,2000)診断,2)多動・不注意症状(DSM-IV-TRのADHD診断基準A項目)の有無,3)解離症状の有無,4)LDの有無,

5)ADHDの遺伝的負因(親のADHD歴),6)知能指数(IQ),7)子ども版解離評価表(CDC)得点,8)薬物療法の内容について,診療録による情報および2名以上の児童精神科医による評価をもとに後方視的な検討を行った。

結果：対象の精神医学的主診断は、解離性障害23名(59%)、広汎性発達障害9名(23%)、注意欠陥/多動性障害(ADHD)7名(18%)であった。ADHDの不注意項目は、解離性障害の存在によって陽性になるため全対象児の64%がADHDの診断基準A項目(DSM-IV-TR)に合致した。虐待後に多動・不注意症状が出現した群と比較したとき、生来のADHD群では親のADHD歴が有意に高く強い負因が認められた。全体の62%に何らかの解離症状が見られ、子ども版解離評価表の得点が最も高いのは、解離性障害とADHDの併発症例であった。平均の知能指数(IQ)は84±19であったが、全体の77%に何らかの学習障害が認められた。これらの被虐待児への治療内容を検討すると、ほぼ全症例に薬物療法と強力な精神療法、生活療法の組み合わせが行われており、用いられている薬物療法の内訳は抗精神病薬90%、抗うつ薬72%、 α 受容体作動薬および β -blocker21%、気分安定薬13%であった。

考察：過覚醒が存在すると、注意・集中の持続は不良となり、作業の計画・遂行が困難となり、また、解離症状が存在すると、意識の連続性が保たれず、健忘や物の紛失が目立つため、不注意を示し、さらに易刺激性によって活動性が上昇するため多動-衝動性が目立つようになる。虐待後に過覚醒、解離症状が出現した場合であっても、機械的に診断基準のチェックを行えばADHD診断基準A項目のほとんど全てを満たすこととなる。ADHDと虐待後の多動性行動障害の鑑別には、診断基準の内容に対する十分な理解と熟練が必要である。ADHDと虐待後の多動性行動障害の鑑別は困難が多く、解離レベルを正確に把握し、多面的な治療を行う必要が示された。

研究3：被虐待児童における自傷・怪我・かゆみについての臨床的検討（海野千畝子、杉山登志郎、加藤明美：あいち小児保健医療総合センター）

研究の目的：被虐待児童は独特の皮膚症状を呈し、またこれらの症状は、患児らの解離性障害と密接に関連する。被虐待児に特有の皮膚症状と、解離性障害の治療過程との関係を検討することが本研究の目的である。

対象と方法；：解離による自己感覚障害からの回復過程の中で見られる皮膚症状である、自傷、怪我、かゆみの3症状に注目して臨床的検討を行った。対象は、児童養護施設に生活をし、解離性障害の診断を受け、あいち小児保健医療総合センター心療科病棟に入院し、アセスメントと治療を行った12名（男児4名、女児8名）である。

結果：この対象の中で、自傷は75%、怪我は100%、かゆみは50%の児童に認められた。これらの皮膚症状と治療経過との関連を見ると、解離性障害の治療の進展に伴って、意識的無意識的な自傷が最初に生じ、やがて怪我が増え、解離状態からの回復に先立ち、かゆみ症状が現れるという経過が認められた。これらの皮膚症状に注目し積極的に取り上げることは、自己感覚障害からの回復に治療促進的に関わり合う上で有効であった。

考察：これまで見逃されることが多かった被虐待児の皮膚症状であるが、積極的に取り上げることによって、被虐待児の解離のレベルを把握することが可能であり、またさらに、治療促進的に扱うことが出来ることが示された。

研究4、国府台病院における虐待を受けた子どもの入院治療についての検討（小平雅基 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科）

研究の目的：本研究は虐待を受けた子ども

の入院治療の経過と転帰から、治療において重要な要素を推察するとともに、入院治療の問題点を検討し、入院という方法を用いた場合の治療指針の方向性を探ることを目的とした。

対象と方法：1998年6月から2005年3月の間に、国立精神・神経センター国府台病院児童精神科病棟に入院しており、かつその期間内に退院した患児のなかで、虐待を受けたことが明らかであった28名（男子10名、女子18名）（6～16歳）である。この対象に、虐待の内容、精神科診断、入院形態、入院治療経過、予後について後方視的な検討を行った。

結果と考察：女子の方が虐待内容の重複を認めやすい傾向があった。また対象は、適応障害もしくは行為障害、ネグレクト、軽度発達障害という3つの要素を中核とした群が存在する可能性が示された。入院の形態では、任意入院での治療の方が中断例は少なかった。多彩な治療を行ったが、退院時の症状と適応度という点からみると好ましい状況にあるケースは何れも50%を下回る結果となった。

研究5 総合病院一般病床における被虐待児と加虐する親への入院治療の取り組み—その可能性と限界。（白川美也子、山崎知克、瀧澤紫織、清水梓、五條智久、内山敏、黒田絵美：独立行政法人国立病院機構天竜病院精神科）

研究の目的：この5年間の当院における被虐待児治療、被虐待児であった親の入院治療を概括し、総合病院の一般病棟（成育病棟）において治療の可能性と限界について検討する。

対象と方法：当院に2000年度から2004年秋までに入院した子どもおよび成人のなかで被虐待体験を持つ子ども102名、および加虐をしていたり、加虐不安をもつ親で、実際に入院治療が必要であったもの91名を対象に、診療録の記載をもとに、検討を行った。

結果と考察：被虐待による症状は、感情覚醒の変化（怒り、自己破壊、衝動性）、注意や意識の変化（解離など）、身体化、慢性的な人格変化（被害加害反復などの再演も含む）、意味体系の変化（絶望や信念喪失）など特定不能の極度のストレス性障害（DESNOS）の症状に該当する。DESNOS に対しては多段階的な治療が有効であり、精神療法、薬物療法、生活療法、集団療法などを適宜組み合わせた包括的、統合的、折衷的な治療を行った。また治療においては心的外傷と愛着問題との双方にバランスよく目配りすることの重要性が示された。一方で、病棟構造上や制度上、また代理被害などスタッフの疲弊の問題など、このような医療を展開することにおける問題点も浮き彫りになった。

研究6、「あすなろ学園被虐待児入院治療システム」の取り組みと検討課題（志村浩二 今井芳裕 野田倫子 西田寿美：三重県立小児心療センターあすなろ学園）

研究の目的：あすなろ学園では、1998年度ごろから急増した被虐待入院児に対して、2000年度に「被虐待入院治療プロジェクト」を立ち上げ、2001年度より被虐待入院治療システムを実施してきた。この4年間にわたる実践の検証が本研究の目的である。

対象と方法：あすなろ学園の被虐待児プロジェクトにおいて治療を行った症例について、臨床的な検討を行った。

結果と考察：検証の結果、①児相との入院から退院後までの連携体制は治療構造の安全性を高め、治療者側の虐待親への陰性感情を予防・軽減することになり、②関係機関の虐待の診断と理解が共有化され、さらに児童福祉施設との協働が進み、③定期的な児相との検討会議により治療の進捗管理と処遇検討が共有できるようになり、入院治療が行いやすくなったという効果を認めることが出来た。一方、2002年3月に行った予後調査では

家庭復帰のケースは長期になるほど問題が再燃する危険性が認められた。さらに幼児期養護施設処遇を受けた子どもが思春期にさまざまな精神症状を露呈してくる現実にも直面している。児童青年精神科医療施設として子どもたちの「トラウマからの解放と回復」を援助するために、更なる虐待心理治療への取り組みの必要性和入院治療構造の強化、関係機関との連携が必要である。

（倫理面への配慮）

各々の研究は、それぞれの施設の倫理委員会において承認を得た。また取り上げた症例はいずれも公表の許可を得ており、その上で、匿名性を守るため大幅な内容の変更を行っている。

B、全体のまとめ

1, 被虐待児とその家族への治療は、わが国の児童青年精神科医療における最重要課題となっている。

2, 被虐待児治療センターとして機能する医療機関では、年間百例以上の被虐待児が新患として受診し、その児童および親への治療を行っている。

3, 被虐待児の相当数は軽度発達障害であり、特に高機能広汎性発達障害が多い。

4, 被虐待児は年少では反応性愛着障害、後年は解離性障害と非行という臨床像をとる。

5, 生来のADHDと虐待による多動性行動障害の鑑別は困難であるが、多動と解離が共に存在する場合には治療は最も困難となる。

6, 被虐待児の示す多彩な症状は、特定不能の極度のストレス性障害（DESNOS）の症状に該当する。

7, この治療には、多岐的な治療の組み合わせと連携機関との共同作業が必要となる。

8, 皮膚症状の様な見逃しやすい問題に積極的に対応することが必要かつ有効である。

C、本年度の業績

杉山登志郎

杉山登志郎：子どものこころの発達を守るために：虐待臨床から見えるもの。日本小児科医会、28、26-30、2004.

杉山登志郎、海野千畝子：虐待を受けた子どもの対応。教育と医学、52(10)、42-50、2004.

杉山登志郎：子ども・家族への支援・治療をするために、児童虐待防止対策支援・治療研究会編、日本児童福祉協会、2004、

杉山登志郎、海野千畝子：医療機関における再統合に向けた援助：母子保健情報、50、165-168、2005.

小平雅基

齊藤万比古、渡部京太、藤井猛、小平雅基、宇佐美政英、秋山三左子、入砂文月、佐藤至子；児童精神科における ADHD の診療の現状.厚生労働科学研究(効果的医療技術の確立推進臨床研究事業)「小児科における注意欠陥/多動性障害に対する診断治療ガイドラインの作成に関する研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書、1-11、2004.

白川美也子

白川美也子：性虐待を受けた子どもの理解とケアー家庭外性虐待を中心にー。育ちの科学、2004 年 2 号、日本評論社

白川美也子：歴史とトラウマと解離。埋葬と亡霊、2004 年 2 月、人文書院

白川美也子：被害に遭った（子どもの PTSD の理解と対応）、児童心理 No821、2005、金子書房

山崎知克

山崎知克：リスク評価、子ども虐待の臨床 pp.285-294、2005 年 1 月、南山堂

山崎知克：小児心身医学から見た小児の痛み、痛みと臨床 4 (1) :40-47、2004、先端医学社

山崎知克：子ども・家族への支援・治療をするために、日本児童福祉協会、pp.86-93、

2004、

山崎知克：遺尿症・遺糞症、小児科臨床 (57) 増刊号:1485-92、2004、日本小児医事出版社

山崎知克：乳幼児期の発達障害と乳幼児虐待との関連について、乳児保育 154: 5-8、2004、全国乳児福祉協議会

平成16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）報告書
被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究（H15-子ども-009）
分担研究：虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児の包括的治療に関する研究
分担研究者：杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター
研究1、子ども虐待への包括的治療：3つの側面からのケアとサポート

研究協力者

海野千畝子、浅井朋子、小石誠二、塩之谷真弓、服部麻子、並木典子、大河内修、大橋信彦、東誠、山崎嘉久（あいち小児保健医療総合センター）

要旨

児童虐待の治療センターとして働く、あいち小児保健医療総合センターにおける、児童虐待症例について検討した。外来統計では年間130-140例が受診しており、うち15%が親の側の治療のためカルテを作成した例であった。子どもの57%に何らかの発達障害の診断が可能であった。また親の60%は自身がサバイバーであったが、全体の2割には親の側も発達障害が認められた。あいち小児センターでは、院内保健センターが窓口となり、地域との連携を行いながら外来、入院治療が行われている。この様な被虐待児への包括的治療的対応について検討を行った。解離のレベルを正確に評価することが必要であり、また治療に際しては、地域との連携が重要であることが示された。

A、研究の目的

全国の児童相談所に寄せられた子ども虐待通報は、2003年度には2万6千件余と過去最高を記録し、全国的な統計が取られ始めた1990年度に比べ実に26倍、児童虐待防止法の施行された2001年度と比較しても2倍の増加となった。この様な状況の中で、子ども虐待への対応は子どもを巡るメンタルヘルスの最重要課題の一つとなるに至った。

小林(2004)は、子ども虐待への対応は6段階に分けられると述べる。第一段階は虐待の否認である。Kempが初めてThe battered child syndromeを報告した1960年代のアメリカ合衆国においてもそうであったし、またわが国においても1980年代まではそうであった。第二段階は、社会が虐待の存在に気付く段階である。すると、ここで初めてネグレクトが身体的虐待に勝るとも劣らない重大な問題であることが認識されるようになる。虐待が深刻な現実であることが認識されるよう

になって、法整備が進むのが第三段階である。子どもを守るために積極的に親子分離を行うようになる。この様にして対応を開始してみると、虐待がきわめて一般的な問題であり、親子を分離しても解決にならないことに気付くようになり、親への援助が開始されるのが第四段階である。家族へのケースワークを積極的に行き、分離を行っても再結合が模索される。しかしこの様な対応によっても、特に性的虐待は、生涯にわたる心の傷を作ることが改めて認識されるようになり、性的虐待の早期からの介入のために、小学校中学校からの性的虐待に焦点を当てた治療教育が開始されるようになる。これが第五段階である。しかしなお、親子関係の改善も、子どもの回復も困難であることが改めて認識されるようになると、第六段階として、やはり予防こそが最大の治療であり、特に子どもが生まれた後の3歳まで、特に1歳未満が母子ともに愛着を形成し、あるいは回復するための機会であ

り、この親子の愛着形成をサポートする働きが行われる。欧米のいわゆる子ども虐待先進国において、現在、第六段階のパイロットスタディーが試みられている(McLaren, 2004)。

さて、わが国の現状は第三段階である。そのことは、未だに子ども虐待事件を扱うマスコミの姿勢が「なぜ救えなかったのか」という姿勢であることからもうかがえる。そしてわれわれが現在取り組んでいるのは、第四段階に相当する対応である。

あいち小児保健医療総合センターにおいてわれわれが取り組んできた、子ども虐待への対応の新しい点をまとめてみる。あいち小児保健医療総合センターは、2001年11月に開院した小児センターであるが、大きな特徴として、院内に小児保健センターを持つことである。ここには2名の医師と6名の保健師がおり、県内の児童相談所、あるいは市町村の保健センターや自治体の児童課などの窓口となっている。また医師のうち1名は県児童相談所に勤務する医師が兼務で毎週訪れており、県内の児童相談所から上がってきた子ども虐待事例について、つなぎ役を務めている。またあいち小児保健医療総合センターは、心療科が大きな柱の一つとなっており、常勤医師4名、常勤心理士5名という比較的豊富な人材が当てられている。心療科外来においては、「子育て支援外来専門外来」という子ども虐待に対応する専門外来を開設し、医師と心理士がペアを組み、虐待臨床に従事している。また親の側も積極的にカルテを作成し、親子の平行治療を実践している。心療科は閉鎖ユニットを持った心療系の小児科病棟(32病棟)があり、子ども虐待の児童の入院治療が可能である。さらに医師、心理士、看護師、保健師、ソーシャルワーカー他による虐待対応チームが作られ、多職種からなる院内虐待ネットワーク委員会を設け、センター外の機関を加えたケース会議を定期的に持っている。この様な特徴により、愛知県の子ども虐待治

療センターとして機能するようになった。あいち小児保健医療総合センターにおいて、実践してきた被虐待児への包括的治療をまとめ、児童虐待の現状と治療の課題を検討することが本研究の目的である。

B、対象と方法

あいち小児保健医療総合センターにおける、児童虐待症例について検討した。また、あいち小児センターでは、院内保健センターが窓口となり、地域との連携を行いながら外来、入院治療が行われている。この様な被虐待児への包括的治療的対応について検討を行った。

C、結果と考察

1、あいち小児センターにおける子ども虐待治療の現状

表1 あいち小児センターで診療を行った子ども虐待の症例(2001.11~2004.11)

虐待の種類	男性		女性		計
	児童	親	児童	親	
身体	75	1	33	23	132
身体+その他	52	3	27	7	89
ネグレクト	24		16	12	52
ネグレクト+その他	11		5	1	17
心理	24	1	29	8	62
心理+その他	7		9		16
性的	2		8	2	12
性的+その他	2		18	2	22
小計	197	5	145	55	402
合計	202		200		

表1に開院から3年間の子ども虐待の患者の一覧を示す。年間130-140名の新患が受診しており、うち親の側にカルテを作成したものが15%前後である。県内の児童相談センター、あるいは保健所、保健センターから入院を念頭においた患者の依頼が途切れることなく続くようになった。また県内の児童養護施設の一部は、対応に困難を覚える子ども達を積極的に受診させるようになり、特に、センターに近いある養護施設は、気付いてみれば、入所中の児童の三分之一が受診し、継続的な治療を受けるに至っている。被虐待児342名について、主要な精神医学的診断について、検討を行った結果を表2に示す。広汎

性発達障害は 25%、注意欠陥多動性障害 (ADHD) は 23%と非常に多く、何らかの発達障害の診断が可能な者が 195 名(57%)をしめる。ADHD の診断の中には、虐待の後遺症としての多動性行動障害が含まれる。厳密な診断を行えば、解離性障害を伴う者は ADHD の除外診断となるが、臨床的には、多動性行動障害に関して原因結果を判断することは難しく、元々の多動を持つ上に虐待の影響が加算したのではないかと考えられる症例が多く認められた。発達障害の 195 名中、IQ70 未満の者は 28 名にすぎず、86%まではいわゆる軽度発達障害である。反応性愛着障害は 5 歳以下の 76%と幼児ほど多く、逆に解離性障害は、5 歳以下では 25%であるが、6 歳から 11 歳では 62%、12 歳以上では 78%と年齢が高くなるほど多くなり、また虐待の重症度にも比例し、特に性的虐待に関しては 32 名中 30 名(94%)が解離を併発していた。外傷後ストレス障害も 33%と多く、非行は解離性障害と同様年齢が上がるにつれ多くなる傾向が認められた。

表2 子ども虐待症例に認められた問題(n=342)

診断	人数	パーセント
広汎性発達障害	85	25
注意欠陥多動性障害	79	23
反応性愛着障害	166	49
解離性障害	176	52
心的外傷後ストレス障害	111	33
行為障害(非行)	99	29

この様な状況下で、32 病棟は入院患者のうち何らかの虐待の既往のある者が常時 8 割前後となり、病棟は重症患者で満床という状況となった。さらに入院を希望する待機が 30 名弱と、一病棟分に達するに至っている。32 病棟で治療を行った患者の一覧を表 3 に示す。この 3 年間の入院患者延べ数は 217 人(新

規入院患者数は 154 名)であった。うち、虐待の既往がある者は 157 名(76%)、ADHD の診断を含む何らかの発達障害の診断が可能な者は 123 名(57%)、両者の併存は 97 名(45%)に及んだ。この様に、あいち小児保健医療総合センターは地域の虐待センターとして機能をしている。

2. 虐待治療の困難さ

われわれは医療機関を核とし子ども虐待を治療するという試みを続けて来ているが、この 3 年間の臨床の中で経験した子ども虐待治療の困難さについて、ここでまとめておきたい。

第一に、解離性障害の治療の困難さが上げられる。子ども虐待の治療は解離性障害の治療と言っても良いほど、両者は密接に絡み合っている。解離とは意識と身体の一貫性が崩れる現象であるが、記憶の断裂や意識状態の変容、解離性の幻覚、別人格へのスイッチングなどが日常的に認められ、子どもの場合にはさらに、攻撃的行動の頻発という形をとることが多い。これは、背後に解離を持つ過覚醒状態による多動、易刺激性が常在するだけでなく、感情コントロールの不全、そして何よりも被虐待児は、暴力による虐待的な支配、被支配といった対人関係を反復する傾向を持つ。これは行為によるフラッシュバックとしても生じる。これに加えて、解離による意識状態の変容や、意識の不連続が生じ、些細なきっかけから衝動的に暴力を生じ、大暴れをするが、その後、その行動の記憶はなく、また同じ行動を繰り返す。つまり、子どもの治療を行うに当たっては、状況依存的な衝動行為を完全にコントロールしなくては、治療の進展は得られないのである。

第二に、子ども虐待は基本的には家族の病理であり、その治療においては、家族という閉鎖システムに穴を開ける作業が必要となる。精神科臨床、心理臨床において基本となる治療者と患者という 1 対 1 の対応には決してな

らない。精神科や心理臨床における精神療法は、非常に特殊な形ではあるが対人関係の一種である。しかし子ども虐待の子どもとそしてしばしば親も、基本的な対人関係に傷を抱えており、治療者患者関係は、安定した治療関係を初めから持つことは著しく困難である。さらに、親の側は、時として子どもの側も、基本的には治療を望んでいない。医療はサービス業であり、ニードの無いところに成立させることはきわめて困難である。しかも、困難を押しつけて治療を行ってゆけば、親とその親の関係、すなわち一世代前の親子関係の問題に必ず辿り着き、その治療を必要とするようになる。

治療経過の中で、子どもの治療、あるいは親の治療に著しい進展があっても、家族システムの相互作用によって、お互いに悪影響を与えあい、結果としては軽快を見せた後の増悪を繰り返すという展開をとることが多い。そして、しばしば把握していなかった家族外の人の介入で状況が変化する。代表は、母子家庭における母親の新たな恋人の登場によって家族が振り回される状況である。この様に、治療に当たっては家族全体の力動を見る必要がある。

表3 カルテを作成した親の精神医学的診断(N=60)

主たる診断名	男性	女性	計
うつ病	3	23	26
PTSD	0	7	7
広汎性発達障害	2	5	7
境界性人格障害	0	6	6
解離性障害	0	4	4
パニック障害	0	2	2
精神遅滞	0	2	2
心身症	0	2	2
脳性麻痺	0	1	1
アルコール依存症	0	1	1
摂食障害	0	1	1
妄想病	0	1	1
計	5	55	60

われわれは先述のように、親の側のカルテも積極的に作成し、必要に応じて親子の平行治療を行ってきた。表3にカルテを作成した親 60 名に関する精神医学的診断の一覧を示

す。これを虐待の治療という側面から見直してみると、60 名中 57 名までが子ども虐待の加害者で、サバイバーは 36 名(60%)に達する。サバイバーのうち 16 名およびそれ以外の 3 名の軽 19 名(32%)は親自身が解離性障害を持つ。親子がともに解離性障害を抱え、子どもの首を絞めた様だが、親も詳細は覚えておらず、子どもも詳細は記憶が飛んでおり、結膜の出血があったので致命的な事故に至ったかもしれないがよく分からないなど、深刻な例も認められた。また非行歴のある者は 9 名、そのうち 8 名までが虐待のサバイバーである。12 名(20%)が発達障害であり、最も多いのは高機能広汎性発達障害である。特に母親の側が高機能広汎性発達障害という場合に、子ども虐待のリスクが高くなる。DV の被害者は 27 名(45%)と非常に多いが、このうち 11 名は既に離婚あるいは別居しており、残り 16 名中 12 名までは、治療の中で夫が外来に来院し治療者からカウンセリングを受けた。これは DV の症例としては例外的であると思われるが、親のカルテを作成する必要がある事例は、それだけ重症度も高く、様々な側面で家族への直面化が必要とされ、またそれにある程度成功していることを示すものと考えられる。

第三に、このような治療を実践してゆくと、末広がりの螺旋状の経過をたどることになる。子ども虐待の最初の症例に同胞が存在した場合には、必ず同胞の治療も必要となってくる。さらに親の治療が開始されると、家族の中で治療を必要とする者の数が徐々に増えて行く。しかも何故か虐待家族は多産で、不安定な対人関係に基づく離婚、再婚を繰り返す間に、子どもの数だけ増えてゆくのである。医療機関を核とした子ども虐待の治療においても、医療と福祉との隙間作業が必要にならざるを得なくなり、地域の様々な職種との連携が必要不可欠となる。この様な場合、しばしば機能しない公的立場の人間(例えば、「医療機関にトラウマを持つ」などと自称する児童福祉

士など)の存在が連携の足を引っ張るが、ここで如何にして敵対的にならないようにするか、地域の諸機関との対等かつ密接な連携が必要となって来るのである。

3, 子ども虐待の治療に必要なこと: 子ども本人への治療。

ここで子ども虐待の治療に必要なことをまとめてみよう。子ども本人への治療としては、多岐的な包括的な治療が必要となる。何よりも正確な診断とアセスメントが必要である。特に解離に焦点を当て、解離のレベルを計ることが重要となる。また被虐待児は境界線知能を示すことが多く、また知的に正常でも必発といって良いほど学習障害の併発が多い。学習障害によって、しばしば国語力の不足が生じ、それがまた内省力の不足に直結し、行動化傾向を促進させるという悪循環を作り出すのである。実施する精神療法も解離に焦点を当てた治療が必要で、従来の力動的精神療法のみでは困難が多く、必要に応じて、リラクゼーション、認知行動療法、Eye Movement Desensitization and Reprocessing(EMDR)などの特殊な脱感作治療などを組み合わせて用いることが不可欠である。また衝動コントロールのために、薬物療法が必要であり、またその為の治療構造を必要とする。さらに何と言っても、保護と非虐待的体験が提供される環境と看護が必要不可欠である。

表4 被虐待児のためのアセスメントバッテリー

- A-DES: 患児に聞き取りながら行う解離性症状に関する尺度
- ロールシャッフハテスト: 人格の骨格に相当する部分を見る投影法による心理検査
- WISC-III: 標準化された知能検査
- K-ABC: 児童の認知能力に関する検査
- 学習の修得度: 国語、算数の学力診断
- CDC: 他者評価による子どもの解離性症状チェックリスト
- 解離に焦点を当てた行動観察リスト

われわれは被虐待児のための7種類からな

るアセスメントバッテリー(表4)を作成し、主として処遇困難な児童養護施設入所児の治療指針を明確にするために用いてきた。その1例を紹介する。なお、提示する症例に関しては全て公表に関する承諾を得ているが、匿名性を守るため細部を変更している。

症例1 12歳女兒 施設入所児

母親は自身が身体的虐待、ネグレクト、性的虐待を受け、患児を出産後、患児に対する代理によるミュンヒハウゼン症候群が明らかとなり児童相談所に保護される。また患児は、幼児期には両親から身体的虐待を、小学生年齢には母親の愛人からの身体的、性的虐待を受けている。児童施設では盗癖、虚言、性的逸脱行動、弄便などが問題となり、依頼を受けて3ヶ月間の治療とアセスメントのための入院となった。

子どもの解離体験(A-DES):「自分を知りたいから。」と意欲的に取り組み、エピソードをまじえて5回かけて検査を実施した。40点以上が解離性障害の陽性であるが、「40.3点」を示していたことや以下のエピソードから「解離性同一性障害」と考えられた。防衛規制として解離を用いて、何とか生活している現在ではあるが、治療が進展する中で、現在の問題行動の様相が良くも悪くも変化すると思われる。主な解離体験とエピソードとしては、「自分のやった記憶のないテストが返ってくる」部分的生活記憶の忘却、「学校では上手にかけるが、病棟では下手になる」という技能の変動、解離性幻聴、幻視「ミドリとマトウ(幻視で見えるキャラクター)の声がする。」「とっちゃえー」最近はマイクとマトウ(これも幻視で見えるキャラクター)に変わり、「止めろチクられるぞ。」になった。「男の人の幽霊が後ろで立っている。」「眠いときに鏡をみて、だれだこれは、と思った。」という鏡映像認知の歪み、「遊園地にいった旅館に泊った翌日、前の日遊んだ内容や、どうやって旅館まで辿りついたかの記憶がない。」という時空間の感覚の断列、「モ

ヒカン（母の恋人）に（小学生年代に）殴られたときも、（乳児の頃に）父親に殴られたことを思い出して感覚を麻痺させた。いたくない。」という痛覚の麻痺。自己の行動の不連続。「施設の指導員に頼んで買って来てもらった物について、頼んだ覚えが無くしかしメモを見ると書いてある。」「養護施設にきたころの記憶がない。あごの傷知らない。」という自己史記憶の忘却がある。さらに「目の在る人形は生きている。ハウハウ（と言う名のぬいぐるみ）との朝の会話を。おはようと患児が言うと、縫いぐるみのハウハウは「もう朝」と聞くので、「朝だよ」と返す。確かに入院中に、大声で独語を話す本人に看護師が驚いて上記の独語の記録がある。その他、赤ちゃん人格（ミチヤン）、男の子人格（ケン）、いい子人格（ミヅ）性的人格（アサ）犬の人格（シヨウ）等の別人格の存在を本人が認識している。子どもの解離尺度（CDC）：入院中、看護師が本人の状態から解離の体験がどれだけあると認識しているかを調べる検査である。CDCは15点と病的解離とされる12点を上回る結果となった。特徴的な具体例としては「他患の悪口を患児がいったかと尋ねたときに、「言ったかもしれない」という曖昧な言い方をするなど、記憶の断片化や不明瞭さが認められた。朝早くから気分の高揚が著しく、大声で話す癖があり、何度注意しても、周囲に合わせた行動がとれない。時間感覚の乏しさがあり、朝昼晩には不適な行動が出現する。「ぼく、うち、あたし。」と自己の呼称が変化する。他患の初体験の話しに身を乗り出して興味を示す。スリットスカートを着て無防備に下着をみせるなど著しく性的になることが見られた。さらに、「一人になると大部屋で幽霊をみる。男の人。」と解離性幻覚等も認められた。2人の小学校低学年の児童を指示して犬猫ごっこをさせていたが、この時に、普段の患児とは異なった非常に冷淡な表情となっていることを、看護師が観察した。これは性的部分人格

の出現と考えられた。これらの所見から、CDCからも病的解離の存在が確かめられた。

ロールシャッハテスト：知的には高く思考面の豊かさはあるが、中等度の認知（世界の見え方捉え方）の障害がある。外からの刺激に過敏に反応して敵意を抱き、攻撃性を内在している。対人関係に関しては、空想的に引きこもることや解離の防衛規制によって、希薄な人間関係のバランスをとっている。しかし自己のやや妄想的で一方的な思いこみ（虐待者等から刷り込まれたものと考えられる）によって、非行行為や問題行動が生じやすく、周囲には違和感をもたれやすく生活に支障をきたしている。人に甘えたいが怖いという回避的依存的（飲みこまれる不安と見放される不安の共存）葛藤が見られる。治療を行うことで、ゆがんだ認知様式が減少するにつれて攻撃衝動コントロールが逆に不良になり、攻撃性が噴出することがあると予想される。学習の修得度：数学と国語に関する基礎的なつまづきがあるものと考えられる。数学：計算力は、少数分数も含めて計算の仕方は6年生まで達成できているが、計算に不慣れな為か、簡単な二桁と一桁の足し算に時間がかかっていた。また文章題の理解が困難なのか、文章題での割り算を求める課題について、習得ができていない。

国語：漢字の書き取りは3年生課題が6割程度、4年生課題が2割以下の習得度である。また、読みに比べて書力が劣る。

以上のことから、WISC IIIの結果に比して、基礎的習得度は劣っているものと考えられるが、ムラが非常にあり、一部は解離から生じた学習の問題と考えられる。今後、学習ドリルを用いて、何度も練習や訓練を積み重ねることによって習得度も高まって行くものと期待される

WISC-III:言語性IQ 99、動作性IQ 87、全IQ 93であった。知的能力はほぼ年齢相応で、言語性優位を示した。ばらつきは、「言

語理解」は優り、「注意記憶」「処理速度」で落ち込みが見られた。言語性の課題に置いては、「知識、単語、理解」の力はあり、算数は劣っていた。動作性能力では、機械的な作業の不器用さがあり、短期記憶は劣っていた。また、絵画完成は長けているが、視覚、聴覚、手作業と複数の刺激の同時に行う操作である「積み木模様、組み合わせ、符号」は苦手であった。

さらに簡単な問題で誤答をし、上位の問題で正答するという、能力のムラが著しかった。これらのことから、表面的なコミュニケーションには支障がないが、ムラが著しく、また身体的な作業の一部には困難をきたすこともあるものと推測される。

K-ABC：12歳級の児として評定を試みた。認知尺度（認知のばらつきの尺度）と習得度（学習等の経験からの学びとる習得した能力）の差はない。継時処理（やり方が定まっていた作業手順にしたがって行う課題の処理）より同時処理（やり方や手順を自分で見つけながらまとまりの調節が必要な課題の処理）がやや優位であり、全体的に10歳級から13歳級代の値をしめしていた。他の課題に比して特に言語理解課題が優位であり、一方、数唱や算数、語の配列など記憶や計算の課題が、7歳級と劣っていた。聴覚的な情報の処理や保持が困難であることが占めされた。全体としては、WISCIIIの結果とほぼ一致した。

担当看護師による解離に焦点を当てた行動観察：評定は2回に分けて実施したが、入院の経過の中で行動の変容が見られた。解離症状については、CDCの評定と一致した。覚醒水準については常にやや興奮状態で表現が大げさである。また「血だらけの人に心臓マッサージする」等の悪夢をみている。部分人格の交代現象も見られ、性的モードや、退行モードが目立った。解離性幻覚として、「男の人が立っている。」「首をしめられそう。」「一人だとおぼけがでる。」は、入院後半には見えな

くなくなったようであった。また、「身体への関与」行動については、入院当初は麻痺していたが、寒さを感じられるように変化したことや、原因不明のかゆみや痛みが出現し、感覚がいくらかよみがえってきた様子であった。その他の目についた行動としては、一人の看護師(女性)への「執拗なつきまとい」があったがこの意味はよく分からない。また「授業の時に男の人が見える」と登校渋りがあったが、精神療法で取り上げていく経過において消えていった。

[総合所見と今後の計画]：解離性同一性障害が認められ、病的レベルの解離性障害が存在するものと考えられる。1薬物法としては、衝動コントロールを調整するための抗精神病薬を中心とする治療を数年間必要とする。2、精神療法を継続し、2週間に1回程度の治療が必要であるが、治療の実施に伴い、解離による防衛が消えることによって、衝動コントロールが逆に不良になる時期があるものと予想され、必要に応じて再度の入院治療が必要になる可能性があるものと考えられる。3、環境調整や本人理解のための施設職員とのコンサルテーションが必要である。特に性的人格や暴力人格の取り扱いについて、話し合いを要するものと考えられる。

5、子ども虐待の治療に必要なこと：子どもの家族への治療

われわれの小児センターでは先にも触れたように、子ども虐待の親子共にカルテを作り、親子平行した治療を行ってきた。子どものケアだけを行っても、親の側の治療が平行して行われなければそもそも家庭に戻せない。親子治療が必要とされるゆえんである。特に重要なのは、家族全体を治療の視野に入れることである。家族の成育史の確認を行い、一世代前の親子関係を取り上げて行く姿勢が必要とされる。このような実践を行ってみると、実に多くの症例が、しばしば親もサバイバーであり、あるいは同じ質の問題を抱えることに

驚かされる。薬物療法が必要なレベルであれば、われわれはカルテを作る様にしている。この様な場合、親の治療は他の治療機関に任せるという対応方法をとる方が容易であるが、重症度が高いほど治療を分散させない方が効率的である。われわれのセンターにおいては、院内保健センター保健師による家族への積極的なサポートが実践されており、外来治療の不足分を補っている。入院外来治療を含む子どもとその家族への支援を行った症例を紹介し、医療機関を核とした再統合と家族支援について考察を行う。

症例2、初診時9歳 女兒 Asperger 障害

主訴としては、すぐにかつとなり、泣き喚き、パニックになるか、貝のように固まってしまう、という訴えで受診した。

母親によればとても育てにくい子で、生後6ヶ月頃から些細なことで火がついたように泣き出し、泣き始めると2時間以上泣き続けることはざらであったという。この様な彼女に対して母親は幼児期からかつとなって激しい体罰を加えることが多く、床やベッドに投げつけたり、突き飛ばしたりしていた。外出先で大泣きをして、トイレで突き飛ばしたところ、顔を切って大出血をしたという事件がある。小学校になってもこの状況は変わらず、毎日の様に、パニックと固まることを繰り返し、母親は「おまえなんか死ねばよい」と言うことが続き、実際これまでに首を絞めたことが何度もあった。母親自身も死にたいという気持ちは以前からあり、最近でも子どもの首を絞め自分も死のうとした心中未遂が生じており、明らかに緊急介入が必要な状況であった。

患児の生育歴を詳細に取り直してみると、乳児期に、母親の顔を見ても笑顔を見せなかった、あやしても喜ばなかった、抱きにくい子だった、真似をしなかったなど、自閉症の乳児兆候が強陽性であった。また2歳で二語文が無いなど、言葉の遅れがあったことも分

かった。1歳6ヶ月児健診では激しく泣いていて、チェックも何も出来なかったという。幼児期には道順にこだわり、同じでないとは激しく泣いた。幼児教育では集団行動が著しく苦手であった。小学校に入学すると、着席は出来ていたが、ぶつぶつ独語を繰り返してストーリーのない物語を自分で作り、その世界に没頭していた。友人からは孤立しており、特に最近になってぼうっとすることが著しく増えていた。知能検査では正常知能であったが、「理解」の評価点が著しく低いなど凹凸が認められ、解離性障害を併発した Asperger 障害と診断された。

一方母親は、感情の起伏が著しい自分の母親から激しい体罰を受けて育ち、家出が何度もあったという。母親もまた対人距離に悩み、紆余曲折を経て現在の夫と結婚した。夫は家族に対し無関心で、仕事と自分の世界に閉じこもっているという。母親の死にたいという気持ちはずっと以前から存在し、自殺未遂も何度かあった。不眠がちで感情の起伏が激しくかつとなり易く、最近では患児の泣き喚く声を聞くと、心臓が煽り出すという。うつ病を伴ったパニック障害と診断された。

親子平行しての治療が開始された。治療構造としては、患児の心理治療を臨床心理士(海野)が担当し、患児の薬物療法と、母親の薬物療法、母親の精神療法を医師(杉山)が担当した。治療の開始によって、かんしゃくの回数は半分ぐらいになり、母子ともに死にたいという気持ちは軽減した。患児の心理治療は、言語的には無理があり、描画や箱庭が用いられた。絵では患児に強く印象を残した出来事が連続画として描かれ、写真の様にその場面が記憶されていることが示された。患児は以前に比べ元気になり、また母親も以前より優しくなったが、患児が母親に対して自己主張する場面が増えた。治療開始後数ヶ月を経た頃から、母子間の緊張は再び高まるようになり、患児が泣き喚くだけでなく母親を叩

くようになり、母親も患児に再び激しい暴力を繰り返すようになった。このためこの時点で入院治療に踏み切り、患児を家庭から分離した。

入院治療では、患児の対人関係の行動に関しても取り上げることが可能となった。患児は入院中の他の子どもに、「死んじゃえ」「障害児」「バカ」など非常に強い口調で配慮のない発言を繰り返し、しばしばトラブルとなった。また母親とは、外泊を巡って対立し、母子でともに病棟の中でパニックになることが続いた。やがて患児のパニックは、病棟生活の中で治療者側に向かって出されるようになった。この様な折りにじっとパニックが治まるのを待つと、「家に帰るのは怖いが、お母さんに見放されるのも怖い」などと初めて自分の感情を言葉で表現出来るようになった。箱庭では、徐々に動物と人間との平和共存というテーマが登場し、その後、心理場面で治療者に抱きついて甘えるなど、これまでになかった身体接触を求めることも見られるようになった。

患児の入院の間に、母親の治療は継続して行われた。母親への夢を用いた治療では対人関係の葛藤をテーマとした夢が繰り返し登場した。やがて母親は対決を決意し、自分の母親になぜ感情にまかせて激しい体罰を繰り返したのか尋ねたところ、母親から謝罪の言葉を聞き、少し楽になったと述べた。この様に、母親自身の母子関係と、現在の患児との母子関係の問題が重なり合っていることを取り上げて行く中で、患児ほど強くはないが、母親自身が他者の心理を理解するということに苦手さがあることが明らかとなった。人との関係で混乱しやすく、また人との駆け引きが出来ず、その為に、子ども会やPTAなどの役員をことごとく背負っていた。治療者はあらためて自閉症者の自伝を読むように母親に勧めた。その後母親からは、患児の固まってしまふ意味が分かりやすくなっただけでなく、

自分にぴったりの所があって非常に驚いたという感想が述べられた。

退院が話題となり、患児も母親も共に強い不安を訴えたが、外泊での出来事をそれぞれの治療で取り上げ、また病棟生活における患児へのスタッフの対応方法を母親に伝えることを繰り返し家庭へと戻る準備を行った。患児は3ヶ月間の入院治療を経て自宅へ退院した。

退院後、母子ともに抑うつからは回復し、親子関係は以前よりも著しく安定した。母親からの暴力はほぼ無くなり、患児のパニックも徐々に減少し、2週間に1回程度に減った。しかしパニックの度に親子の緊張が著しく高まることはその後も続いており、継続的な治療が続けられている。

この症例は、高機能広汎性発達障害に子ども虐待が重なっている(杉山ら、2003)。虐待に基づく反応性愛着障害と高機能広汎性発達障害とは、しばしば鑑別が極めて困難である。しかしこの症例では、母子ともに広汎性発達障害を基盤とする生来の愛着形成や親子関係の障害が認められ、その上に激しい虐待による修飾が加算されたと考えることが最も了解しやすい。患児への正しい診断がなされ、母子への平行治療が開始されたが、親子間の緊張はむしろ高まり、入院という形で分離をせざるを得なくなった。しかし入院治療による分離を通して、患児も母親も共に治療が進展し、わずか3ヶ月間の分離の後に再統合が可能となった。この症例においては、危機的ではあったが家族が既に崩壊してはおらず、また家族の経済的危機などがなく、治療継続の上で良い条件が揃っていた。その為、親子分離を治療の一環として行うことが出来た。

子ども虐待の臨床において、子どもの安全確保と保護が最大優先であることは疑いないが、家族全体への治療の一過程として、分離と再統合とを行うことが可能であれば、この症例に示されるように、治療的な適応は大き

く拡がるのではないかと考えられる。

4, 子ども虐待の治療に必要なこと：他の機関との連携と協力

元々児童精神科領域は、他の児童を巡る諸機関との連携は仕事の一部であった。地域の保健所、保健センター、また児童相談所、市町村の保健師や福祉担当者などとは、自ずから顔なじみになる。さらに児童が通う保育園、学校、学童保育なども自ずから交流が生まれるようになる。しかし虐待臨床においては、これらに加え、地域の民生委員や児童委員、さらに養護施設職員、情緒障害児短期治療施設職員、そして警察官や、裁判所調査官、さらには検察官とまで連携が広がってゆく。われわれの小児センターにおいては、院内虐待ネットワーク委員において、外部の子どもを支える地域の諸機関との集中的な情報の共有と、コンサルテーションを行っている。

司法サイドから依頼を受け、同胞の平行治療を行った症例を紹介する。

症例3 初診時2歳11ヶ月 男児

初診は父親とともに受診した。患児が嫌っている母親が、裁判所の調停によって患児を強引にひきとろうとしているというのが父親の主訴であった。

生育歴としては、1歳4ヶ月にて母親からの希望で、両親は離婚した。患児は姉とともに母親に引き取られ、母親と、母親の新しい恋人である男性と暮らすようになった。しかし同居を始めた直後から、はじめは母親に暴力が始まり、やがて患児に暴力をふるい母親に言うことを聞かせるようになった。同居男性からの激しい身体暴力が繰り返された。母親は、止めると余計に暴力がひどくなるので介入が出来なかったという。2ヶ月後、患児は、その男性からの虐待により頭蓋骨骨折を負う。たまたま訪れた父親が患児の異常を発見し、患児を病院に保護し、同居男性は逮捕され、有罪判決を受けた。その後、患児、姉ともに父親と同居するようになった。母親とは3ヶ

月に1回程度の面会をしていた。1年あまり父親と同居したが、父親は姉に対し感情的になることが多く、翌年、姉は母親の元へ戻された。母親と姉との生活が始まった後、母親は患児の引き取りを求め裁判所に訴えた。裁判所の調停は父親に不利に経過し、このままでは患児も母親に引き取られることになりかねないが、患児は母親に対して嫌っていると、父親は述べた。

初診時(9月)に患児は夜泣きがあり、初診の行動観察では、すぐに遊びの中で虐待の再現が認められ、人形を閉じこめたりたたいたり、上から落としたりを繰り返す。また無差別的に大人への対人接触を繰り返し、外傷後ストレス障害および反応性愛着障害と診断された。

患児の様子は明らかに治療が必要であったので、家裁調査官との話し合いを行い、治療を行うのでしばらくの間、調停の決定を待ってもらうことを家裁に要請した。またこれまでの経過で、この様な事例に全く経験の無い、父親側の弁護士を別の弁護士に交代してもらった。

臨床心理士による患児への遊戯療法が開始された。10月から翌年10月まで、計20回のセッションを行ったが、当初は強迫的に反復されていた虐待再現遊びから徐々に子どもらしい通常の遊びへと転換されて行った。またこの間に、医師から家庭への子育てに関する継続的な指導を行った。治療セッション15回目前後から、患児が幼稚園に行きたいと来院をしふるため月1回に減じ、20回で治療終結とした。

症例4 初診時5歳 女児

患児の姉である。家裁調査官から弟が当センターで治療を受け始めたことを聞き、母親は治療者に会うことを求めてきたが、治療者も姉の状況が気になっており、姉を受診させることに母親が同意したため、受診となった。母親の来院児の訴えは、弟と一緒に暮らした

いということであった。

母親に姉も心の傷を負っている可能性があることを説明し、治療者による姉への遊戯療法が開始された。同時に治療者は母親のカウンセリングを行い、弟に対する思いを捨てきれない母親の気持ちを聞いた。姉の側の治療は、月に1回程度の箱庭、お絵かき、遊戯療法が行われた。当初は無人の世界に、強迫的に物を並べるといった箱庭から、徐々に生き生きとした遊びに展開する様になった。6回目の遊戯療法では、癌を宣告された赤ちゃんが、病院に救急車で搬送され、治療を受けて回復するというストーリーの遊びが行われた。姉は小学校に入学し、8月にて計8回の治療で、治療終結となった。姉と弟の治療がともに終結した2学期に、家裁の裁定がなされ、弟は父親と、姉は母親との生活という、これまで通りの生活を続けるという判断となった。共に年に4-5回は、普段同居をしていないもう一人の親に面会することとなり、以前に比べ、両親、姉弟ともに、安定した生活となったと報告されている。

5. 虐待のトライアングルを越える

虐待は力関係の病理である。虐待は家族という閉鎖空間の中で、加害者が被虐待児に不適切に力を行って支配をすることによって生じる。しかしその様な力関係の病理は、実は虐待支援をする側の人間とその対象者である家族との間にも生じる問題でもある。虐待防止法という権力の元に、支援者側が支配力を持ち子どもの保護を行うのである。周知の様に加害者の相当数は自分自身が被虐待の既往を持っている。子どもの保護の時に、言葉にされることは少ないが、多くの親は「なぜ自分の時には援助が無く自分の子どもだけ保護をされ、自分が避難を浴びなくてはならないのか」という強い不公平感を抱いている。自らが被虐待児であったということが、虐待を正当化する訳ではないことは言うまでもない。しかし加害側もその大半は社会における弱者

であり、彼らのこれまでの人生の歩みに、深い畏敬の念をもって関わる姿勢が子どもの処遇や治療に当たる側に必要とされる。

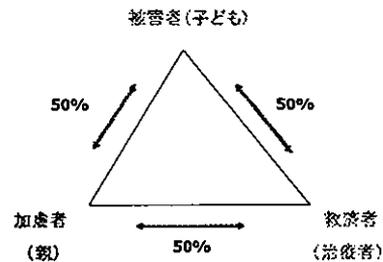


図1 虐待のトライアングル

虐待のケアを担当する対応をする人間は、加害者、被害者、救済者のいずれの役割も経験することになる(図1)(海野,2004)。ケアを行うものは虐待をうけている子どもにとっては救済者であるが、家族には加害者となり、そして支援に際して、家族からの攻撃を孤立の中で一手に受ける立場となれば無力感と疲労感の中に立ちすくむ被害者ともなりうる。そして、この矛盾をはらんだ立場こそ虐待ケアの中核である。虐待ケアの支援者とは、同じ位置にとどまり続けてはならず、少しずつ立場を移動することが求められている。虐待児への治療は、親子分離のように家族からその力と支配を極端に奪うことから開始せざるをえない。しかし、支援の経過の中で、一度奪った力を統制力のあるものとして適切に返して行くことで、被虐待児とその親とが、本来自分のものとして持つべき歪みのない統制力を持った力を獲得することが目標となる。いつまでも支援者側が救済者や加害者の役割を取りつづけることは、家族の側は被害者で有り続けることになってしまう。支援する家族と、支援者との関係が対等の関係となることが最終的な目標となろう。家族と支援者との関係が被害者にも加害者にも救済者にもならない関係に向けて調整を行う努力が求めら

れている。

われわれを著しく悩ませているのは、子ども虐待を巡るインフラの不足である（加賀美,2001;庄司,2001)。特に入院と家庭との中間的な対応が可能な場所、養護里親や情緒障害児短期治療施設の空きが無く、入院による保護を行ってもその後の処遇先が見つからず、病棟に留まる児童が目につくようになった。貴重な病床がこの様な「社会的入院」で占領されるのは子ども虐待の治療センターとしては避けなくてはならない大問題である。そもそも養護施設がほぼ満員状態で、家庭にすぐに返すことが困難な児童の行き場所が全く無い。この様な状態でも、県は養護施設を増やすことや、情緒障害児短期治療施設を増やす計画は全くないとのことである。巨大プロジェクトにお金がつぎ込まれる一方で、未来を担う子ども達を巡る状況がこれで良いのかと悩む毎日である。

文献

- 加賀美尤祥：児童養護施設の現状と課題．
小児の精神と神経，41(4)，229-231,2001.
- 小林美智子：わが国の経過と教育現場への期待．教育と医学,616,4-15,2004.
- McLaren,M.J.: Attachment based intervention of young children. IPSCAN 15th International Congress on Child Abuse and Neglect, Brisbane, 2004.
- 庄司純一：里親養育の現状と課題．小児の精神と神経，41(4)，211-219,2001.
- 杉山登志郎：子ども虐待とそだち．そだちの科学,2,2-10,2004.
- 杉山登志郎、海野千畝子、浅井朋子：高機能広汎性発達障害にみられる解離性障害の臨床的検討．小児の精神と神経，43,113-120,2003.
- 海野千畝子：子どもと家族への包括的治療と支援．そだちの科学,2,23-30,2004.

平成16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）報告書
被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究（H15-子ども-009）
分担研究：虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児の包括的治療に関する研究
研究2、子ども虐待と注意欠陥/多動性障害に関する臨床的検討

研究協力者 遠藤太郎 1) 分担研究者 杉山登志郎 2)
1)新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野
2)あいち小児保健医療総合センター心療科

要旨

注意欠陥多動性障害(Attention Deficit Hyperactive Disorder ;ADHD)と、子ども虐待の後遺症として生じる ADHD-like 症候群の比較を行うため、あいち小児保健医療総合センター心療科で入院治療を行った被虐待児 39 例（平均年齢 10.7±0.6 歳）についての臨床的検討を行った。対象の精神医学的主診断は、解離性障害 23 名(59%),広汎性発達障害 9 名(23%),注意欠陥/多動性障害 (ADHD) 7 名(18%)であった。ADHD の不注意項目は、解離性障害の存在によって陽性になるため全対象児の 64%が ADHD の診断基準 A 項目(DSM-IV-TR)に合致した。虐待後に多動・不注意症状が出現した群と比較したとき、生来の ADHD 群では親の ADHD 歴が有意に高く強い負因が認められた。全体の 62%に何らかの解離症状が見られ、子ども版解離評価表の得点が最も高いのは、解離性障害と ADHD の併発症例であった。平均の知能指数(IQ)は 84±19 であったが、全体の 77%に何らかの学習障害が認められた。これらの被虐待児への治療内容を検討すると、ほぼ全症例に薬物療法と強力な精神療法、生活療法の組み合わせが行われており、用いられている薬物療法の内訳は抗精神病薬 90%, 抗うつ薬 72%, α 受容体作動薬および β -blocker 21%, 気分安定薬 13%であった。

A. 研究の目的

全国の児童相談所に寄せられた虐待に関する通報件数は、1990 年は約 1000 件であったのに対し、2003 年には約 26,000 件と実に 26 倍の増加を示した。それに伴い、子ども虐待はわが国の小児精神医学における最重要課題となり、小児精神科医も被虐待児の精神科的治療に関わる機会が年々増加している。

子ども虐待の精神医学的な危険因子としては、高機能広汎性発達障害 (HF-PDD), 注意欠陥/多動性障害 (ADHD), 学習障害 (LD) 等の軽度発達障害の存在が注目されている。浅井ら (2002) は被虐待児および虐待高リスク児

を調査し、HF-PDD や ADHD 等の軽度発達障害が虐待の危険因子となることを報告した。海外の報告でも、被虐待児の 14%から 46%に ADHD が認められると報告されており (Glod, 1996; McLeer, 1994; Merry, 1994), 被虐待児の中には一般人口に比して高い割合で ADHD 児が存在していることが示される。

しかしその一方で、虐待の後遺症として、それまで ADHD 傾向がなかった子どもでも、虐待後に過覚醒的警戒状態 (hypervigilance) を呈し、活動性が上昇することが報告されている (Glod, 1996)。西澤 (2004) は、この虐待後に見られる過覚醒的な活動性の上昇を

ADHD-like symptomと記述し、ADHDと誤診されやすい病態ではあるが、本来のADHDと区別して理解・対応する必要があると述べている。しかしながら、乳幼児期から虐待を受けていた症例の場合、本来のADHDか、虐待後のADHD-like symptomかの鑑別は、十分にトレーニングを受けた小児精神科医においても、しばしば困難である。

本研究の目的は、あいち小児保健医療総合センター（あいち小児センター）で入院治療を行った被虐待児の精神医学的な問題を明らかにし、虐待の危険因子となる障害および虐待後に生じる病態、中でもADHDと虐待後に生じた多動・不注意症状との鑑別や関連についての検討を行うことである。さらに、これらの難治症例に対する治療について検討を行う。特に薬物療法について、あいち小児センターでの治療内容を調査し検討を加える。

B. 対象と方法

対象は、2004年4月1日から同年11月10日の期間、あいち小児センター心療科で入院治療を行った全ての被虐待児39例である。対象をこの期間の入院児に限定した理由は、筆者らが家族状況を含め熟知している児童であることによる。ちなみに、同じ時期に入院した児童の約8割である。

全対象児の1) DSM-IV-TR (APA, 2000) 診断, 2) 多動・不注意症状 (DSM-IV-TRのADHD診断基準A項目)の有無, 3) 解離症状の有無, 4) LDの有無, 5) ADHDの遺伝的負因 (親のADHD歴), 6) 知能指数 (IQ), 7) 子ども版解離評価表 (CDC) 得点, 8) 薬物療法の内容について、診療録による情報および2名以上の小児精神科医による評価をもとに後方視的な検討を行った。1) 2) 3) 7) は筆者ら2名の小児精神科医による評価判定を行った。入院中の熟知した児童と言うこともあり、2名の評価者間で判定が異なることは無かった。また1) から4) については、病棟に併設さ

れた養護学校での行動観察も参考にして評価を行った。知能指数の評価には、WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition) を用い、WISC-IIIが施行できなかった3例については、初診時に実施したグッドイナフ人物画知能検査の値によって代用した。

C. 結果

1. 対象

対象児の平均年齢は10.7±0.6歳で、男児16名(41%)、女児23名(59%)であった。

各症例の主診断の内訳を表1に示した。特定不能の解離性障害や解離性同一性障害等の解離性障害の診断がつくものが全体の23名(59%)と最多で、次いで、アスペルガー障害と特定不能の広汎性発達障害等の広汎性発達障害(PDD)が9名(23%)、ADHDが7名(18%)の順であった。この様に、PDD, ADHDの割合は極めて高く、これらの児童において、入院治療を必要とする虐待が生じる可能性があることを示している。

表1 対象児の主たる診断

主診断	N	(%)
特定不能の解離性障害	19	(48.7)
Asperger's Disorder	8	(20.5)
ADHD	7	(17.9)
解離性同一性障害	4	(10.3)
境界性人格障害	2	(5.1)
PDDNOS	1	(2.6)
大うつ病	1	(2.6)
強迫性障害	1	(2.6)

2. 多動・不注意症状

全対象児に対して、臨床的にADHDの診断基準を満たすか否かについての検討を行った。その結果、39名中25名(64%)がDSM-IV-TRのADHD診断基準A項目の診断基準を満たし(A項目に属する18項目中、平均12.4項目)、同じ25名がADHDの診断基準に合致した。DSM-VI-TRを用いてチェックを行うと、ADHD