

の診断基準を満たす 25 名中、混合型が 14 名 (56%)、不注意優勢型が 11 名 (44%)、多動-衝動性優勢型は 0%であった。

そこで ADHD 診断基準 A 項目の症状 (以下、多動・不注意症状と略) を認めた 25 例の発達歴を詳細に検討してみると、虐待前から多動・不注意症状が明らかに存在していたものは 7 例のみで、残りの 18 例 (全対象の 46%) は、虐待の後に多動・不注意症状が出現していた。この虐待後に多動・不注意症状が出現した群は、生来の ADHD 群と区別して検討を行う必要があると考え、虐待後の多動性行動障害群と名付け、以下の検討を行った。

生来の ADHD 群 (N=7)、虐待後の多動性行動障害群 (N=18)、その他の群 (N=14) の 3 群で、ADHD の遺伝的負因の比較を行った。その結果、生来の ADHD 群では少なくともどちらか一方親の ADHD 歴が実に 100%であったのに対し、虐待後の多動性行動障害群、その他の群は、それぞれ 35%、18%と、生来の ADHD 群に比し有意に低い割合であった (それぞれ  $\chi^2 (f=1)=9.22, p<.01$ ;  $\chi^2 (f=1)=11.46, p=.001$ , 図 1)。一方 3 群間で、年齢、性差における有意な違いは認められなかった。

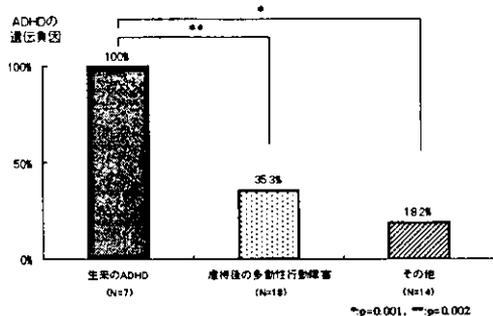


図1. 多動・不注意症状と遺伝的負因

### 3. 解離症状

次に解離性障害について検討を行った。解離に関しては、39 名中 24 名 (全対象の 62%) に何らかの解離性障害の症状が認められた。子どもの解離症状の評価尺度である CDC の得

点は平均  $16.9 \pm 8.0$  点であった (12 点以上で病的解離陽性と診断される)。解離性障害の症状を認めた群で  $20.3 \pm 7.1$  点、解離性障害の症状を認めなかった群で  $11.3 \pm 6.1$  点と、当然ではあるが有意差を認めた ( $t=4.04, p<.001$ )。CDC 得点に関して、生来の ADHD 群、虐待後の多動性行動障害群、その他の群で比較したところ、それぞれ、 $18.4 \pm 8.1$  点、 $17.9 \pm 8.5$  点、 $14.8 \pm 7.4$  点であり、有意差は認められなかった。各群の解離性障害の併発率が、それぞれ 71.4%、61.1%、57.1%であり、併発率の高さの順に CDC 得点が高くなったものと考えられた。言い換えると、生来の ADHD を有していても、虐待後の多動性行動症候群であっても、被虐待体験を経た後は等しく解離性障害とその後遺症を有することが示唆された。

そこで、解離症状の有無、多動・不注意症状の有無で分類した 4 群での比較検討を行った。図 2 に示すように、多動・不注意症状と解離症状を持つ群 (N=16) で  $21.6 \pm 7.2$  点、解離症状のみの群 (N=7) で  $18.7 \pm 6.9$  点、多動・不注意症状のみの群 (N=10) で  $11.8 \pm 5.8$  点、いずれの症状も認めない群 (N=6) で  $10.7 \pm 6.5$  点と、一元配置分散分析で群間差が示され ( $F=6.37, df=3, p=.001$ )、多動・不注意+解離群と多動・不注意のみの群やいずれも認めない群との間で有意差を認めた (それぞれ Tukey の HSD 検定で 95%信頼区間 =  $2.45-17.07, p<.01$ ; 95%信頼区間 =  $2.22-19.58, p<.01$ )。つまり多動・不注意症状と解離症状の併発例では CDC 得点が非常に高く、病的な解離の症状も重症であることが示された。事実、多動・不注意症状のみの群に比し、これらの症例では臨床的に重症なケースが多数含まれていた。

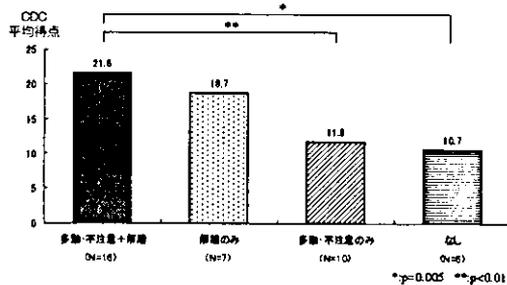


図2. 多動・不注意症状と解離症状からみたCDC得点

#### 4. 学習障害

対象のIQは46-141までばらつきが認められたが平均IQ84±19であった。多動・不注意症状の有無、解離症状の有無とIQ値の間には有意な関係は認められなかった。

平均すると境界知能レベルとなるIQにも関わらず、全対象中30名(77%)にDSM-IV-TRにおける何らかのLD(読字障害、算数障害、書字表出障害、特定不能の学習障害)が認められた。特に多動・不注意症状を認める群では25名中23名(92%)にLDが認められ、多動・不注意症状を認めない群における14名中7名(50%)に比し有意に高い割合であることが示された( $\chi^2(df=1)=8.92, p<.01$ )。

#### 5. 薬物療法

対象児のうち1例を除く98%の症例で何らかの薬物療法が行われていた。この1例も、入院期間が数日間と短期間で本格的な治療を開始する前に退院したため、治療的な入院であれば薬物療法が必要になったであろうと考えられた症例である。

薬物療法の内訳を調べてみると、全対象での使用頻度はrisperidoneなど抗精神病薬が90%、fluvoxamineなど抗うつ薬が72%、塩酸clonidineなど $\alpha$ 受容体作動薬およびpropranololなど $\beta$ -blockerが21%、carbamazepineなど気分安定薬が13%の症例に使用されていた。抗精神病薬の用量はchlorpromazine換算で平均158±174mgであ

った。また、平均2.0±0.7種類の薬剤が併用されており、抗精神病薬と抗うつ薬の併用が最多であった(66%)。中でもrisperidoneとfluvoxamineの併用が多かった。

#### 6. 症例

あいち小児センターで入院治療を行った2症例を提示する。症例Aは、虐待後に多動性行動障害を呈した症例、症例Bは、生来のADHDに解離性障害が併発した症例である。なお、各症例の記載については、保護者からの同意を得ているが、プライバシーへの配慮のため、細部に大幅な変更を加えている。

【症例A：7歳男児、特定不能の解離性障害、算数障害】

両親は諍いが絶えず、Aが3歳にて両親は離婚した。それまで日常的に父親から母親への家庭内暴力(DV)が行われていた。離婚後、母親は生活のために忙しく働き、そのこともあって母親からの十分な養育を受けることが出来ず、ネグレクト状態で過ごしていた。Aは保育園時代には多動を指摘されることはなかったが、些細なことで切れると衝動的に他児に暴力をふるうことがしばしば問題となっていた。

Aが6歳の時、母親は恋人と離別し著しく抑うつ的となり、また援助が無くなったため経済的に困窮するようになり、家庭の危機を迎えた。この中でAは、小学校に入学した頃からから万引きを繰り返すようになり、それを止めようとした母親はAに折檻を繰り返したがAの非行は止まらず、Aへの身体的虐待はエスカレートした。母親がAの首を絞め心中を迫ったことも何度かあるという。児童相談所の介入によりAは7歳時点で家庭分離となり、あいち小児センター心療科での入院治療が開始された。

入院治療を開始すると、病棟においても過覚醒状態によるハイテンションが続き、衝動的な乱暴や他害が頻発した。さらに衝動的な万引きや他児のものを持ってきてしまう行動

を治めることが出来なかった。Aはこの様に著しく衝動的ではあったが常に多動というわけではなく、時として不機嫌にふさぎ込み、また母親の面会の時には行動がフリーズしてしまい、さらに他児の持ち物を持ってきてしまったことなどを治療者がAに直面化していると、急にあくびを始め、それから意識が朦朧として来るなど解離性の意識変容が生じることが繰り返し認められた。また興味深いことに、Aは数概念の習得に問題があり、九九に大変苦勞するなど算数障害を併存していることが明らかとなった。Aに対しては、心理士による強力な精神療法看護スタッフを中心とする行動療法を取り入れた環境療法を行い、さらに薬物療法として risperidone 2mg, fluvoxamine 25mg, carbamazepine 200mg の服用を行った。その結果、衝動的な万引き行為や解離性症状はほぼ見られなくなったが、慢性的な不機嫌状態は続いている。一方母親の側にも月経前不快気分障害があることが明らかになり、母子の平行治療を行っている。

症例Aは、幼児期からDVの目撃、また身体的虐待とネグレクトが存在し、続発性の多動性行動障害が出現した症例である。入院による集中的な行動観察が行えたことで、多動・衝動性の背景に過覚醒、解離が存在することが明らかとなり、過覚醒、解離に焦点を当てた治療を実施し症状の改善を得ることが可能となった。

【症例B：7歳女児，ADHD，特定不能の解離性障害，境界線知能】

運動発達，言語発達ともに正常であったが，1歳頃から多動であった。その後，母親は借金返済のため働きずくめとなり，ネグレクト状態で過ごすようになった。6歳時に，アルコール依存症の父親が妹に熱湯をかけ全身に熱傷を負わせる事件が生じ，患児はこの一部始終を目撃した。その後，父親は失踪し，母方の祖父と同居を始めたが，祖父からも身体的虐待，心理的虐待を受けた。この頃から，

多動および衝動的な行動がさらに増悪し，7歳時にて当科外来を初診し，ADHD，解離性障害の診断にて治療が開始された。外来での薬物療法では多動，衝動性は改善せず，学校で友人をハサミで刺そうとする危険な衝動行為を認めたため入院治療となった。

入院当初は絶えず病棟内を走り回り，いたずら，暴言，暴力，器物破損等の問題行動を認め，全く指示が入らない状態であった。治療環境を構造化された閉鎖エリアに移し，集中的な行動観察を行ったところ，過覚醒状態に基づく「ハイテンションモード」の存在が顕わとなった。この時点で risperidone 1mg, levomepromazine 30mg を処方した。さらに患児に対して逸脱行動を注意，制止すると，一点を見つめたままフリーズする行動が観察された。これはフラッシュバックによると考えられたため，fluvoxamine 12.5mg を追加したところ，上記症状の頻度は激減し，一対一での療育的関与がやっと可能となった。生来のADHDからくる多動・衝動性の軽減を目的に，行動療法的アプローチを開始し，母親にも療育的関わりの指導を行った。その後，病棟および外泊中の自宅でも落ち着いている状態が続いたため退院し，再び外来治療となった。

症例Bは，生物学的なADHDの基盤を持つ児に虐待が重なった難治例である。一見すると症例Aと区別がつかないが，症例Aとの違いは，虐待に先行して多動・不注意症状が出現していたことである。症例Bでも，過覚醒，解離が存在していたため，それに焦点を当てた薬物療法を行い，過覚醒をコントロールしたところでようやくADHDに対する療育的関与が可能となった。この様に，二段階の治療を行わなければならない点で治療には難渋したが，多岐的な治療の組み合わせにより軽快を得ることが出来た。

#### D. 考察

##### 1. 虐待とADHD

本研究の結果から，先行研究と同様，被虐

待児における ADHD の高い有病率(生来と判断される ADHD のみでも対象の 18%) と、被虐待児の約半数において虐待後に ADHD 類似の多動性行動障害が出現していることが示された。ADHD が虐待の危険因子となることが確認されたが、それでは、虐待後に生じる多動性行動障害はどのような機序で生じるのであろうか。

子ども虐待のような慢性的なトラウマが、脳に与える器質的影響に関しては、近年、脳画像研究で多くの報告がなされている。それらは、上側頭回の体積増大(De Bellis, 2002a)、下垂体の体積増大(Thomas, 2004)、海馬の体積減少(Bremner, 2003; Vythilingam, 2002)、脳梁の体積減少(De Bellis, 2002b; Teicher, 2004)、眼窩前頭皮質、前側頭極の血流増加、下前頭回の血流低下(Shin, 1999)、海馬の賦活低下(Bremner, 2003)、前帯状回の N-acetylaspartate の低下(De Bellis, 2000)等であるが、統一した見解には未だに至っていない。少なくとも、生物学的な ADHD における、前頭葉(特に前頭前野)、線状体における異常とはメカニズムが異なるようである。

トラウマの及ぼす影響について調査した神経生理学的研究からは、主に PTSD 児を対象にした研究において、強度聴覚刺激に対する反応における馴化の異常(Ornitz, 1989; Shalev, 1992)、事象関連電位の異常所見(McFarlane, 1993; Paige, 1990)、知覚刺激の評価が困難で覚醒水準の調整が出来ない(Shalev, 1993)等の、注意集中と刺激弁別に関する異常を示唆する所見が報告されている。これらの所見を総括し、van der Kolk (2001) は、被虐待児は、注意集中と刺激弁別に異常が生じ、刺激に対して検討を行わず即座に反応する傾向が生じるとまとめており、過覚醒、覚醒調節困難の問題は、ADHD の不注意、多動性、衝動性のいずれとも誤診されやすいと考えられる。

また今回の調査では、全体の 62%に解離症状を認め、CDC においても平均値が病的解離

の域に入るほど高得点であった。この非常に多数の症例に認められた解離症状は、機械的に DSM の診断基準を当てはめると、ADHD の不注意項目とオーバーラップしている部分が多々ある(表 2)。ADHD の診断の規定では、解離性障害は ADHD 診断基準の E 項目で否定する対象となっているが、実際の臨床においては、両者の併発があるために、どちらか一方のみと判断することは極めて困難である。

まとめると、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・遂行が困難となるため、ADHD 診断基準 A 項目の不注意 (b), (d), (e), (f), (h) を満たし、易刺激性によって活動性が上昇するため、多動・衝動性 (a) - (i) を満たしてしまう。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 (a), (c), (g), (i) を満たすこととなる。つまり、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、臨床的な目を養うこととともに、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と言えるであろう。

今回の結果から、生物学的な ADHD と虐待後の多動性行動障害において、遺伝負因の違いが明らかとなった。生物学的に生来 ADHD であった症例と、虐待後に過覚醒、解離が出現し、ADHD 類似の病態になった症例では遺伝的な背景の違いが出てくることは当然である。今後、ADHD の遺伝子研究が発展することによって、生物学的な ADHD と虐待後の多動性行動障害との鑑別はより容易になる可能性がある。

症例 B では、虐待前の多動歴を確認できたが、実際の臨床では、特に被虐待児の場合、保護者から乳幼児期の詳細な病歴を聴取できないことがしばしばある。そのような場合、多動・衝動性が生来の ADHD によるものなのか、過覚醒によるものなのか、その鑑別は非常に

困難となる。しかし、多動・衝動性が生じた状況や、その際の意識、覚醒水準、感情等に注目することで、こと過覚醒、解離の存在の有無に関しては、判別が可能であるものと考えられる。

## 2. 多動・不注意症状と学習障害

今回の結果では、全体の77%にLDが認められた。特に生物学的、虐待の後遺症に関わらず、多動・不注意症状を有する群では、92%と非常に高い割合であった。この高率なLDの併発率は、適切な教育を受けられなかった影響もあると思われるが、前述した過覚醒、解離症状の影響も大きいのではないかと推察される。過覚醒が存在すれば、熟考せずに反射的な解答を行う傾向が強くなり、解離症状が存在すれば、断片的な学習しかできないことが想定される。神経心理学的な失読、失算、失書とは異なるが、過覚醒、解離症状の影響により、いくつかの領域における学習の到達度は、知能や年齢で期待されるものより十分に低いものになってしまうであろう。

また興味深いのは、虐待後の多動性行動障害例である症例Aに明確な算数障害が存在したことである。実は症例Aにおいて、算数の学習の成果があがらないことは、それを巡って母子の緊張が高まる要因の一つとなっていた。子ども虐待の事例における、こういった軽度発達障害の存在にはよくよく注意を払う必要がある。

## 3. 虐待後の多動性行動障害の治療

今回の調査で示されたように、虐待後に出現する多動性行動障害の背景に、過覚醒、解離症状が存在することは稀ではない。要因、結果いずれにしろ、多動性行動障害を伴った解離性障害は、その解離症状も重篤で、治療的にも難治例となることが今回の調査で示された。これらの症例に対しては、過覚醒をコントロールした上で、虐待に対する包括的治療が必要となる。具体的には、1)虐待的環境からの保護、2)刺激を減らした生活の構造化、

3)過覚醒状態・状況依存的衝動行為のコントロール、4)解離に対して自分の行動を子どもが意識できるような働きかけ、5)虐待者に対する心理的サポート・精神科的治療等である。

われわれは、閉鎖ユニットを持つ小児科病棟における(あいち小児センターの治療構造の詳細については海野(2004)の論文を参照)入院治療によって1),2)の環境調整を行い、医師と臨床心理士がチームを組んで母子の治療に当たることにより、4),5)の実践を可能にしている。また、3)の過覚醒、衝動性のコントロールには、薬物療法が必要不可欠である。これまでの、主にPTSD患者を対象とした研究では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)の有効性を報告するものが最も多く(Brady, 2000; Connor, 1999; Davidson, 2001; Marshall, 2001; Martenyi, 2002; Tucker, 2001; van der Kolk, 1994), SSRIは過覚醒、衝動性の両方に有効であり、薬物療法の第一選択薬と考えられている。その他、三環系抗うつ薬(Davidson, 1990),  $\alpha$  受容体作動薬(Kinziex, 1989),  $\beta$ -blocker(Pitman, 2002), carbamazepine(Lipper, 1986), valproate(Fesler, 1991)等の気分安定薬、抗精神病薬(Butterfield, 2001; Hamner, 2003; Stein, 2002)等の薬剤も、過覚醒もしくは衝動性に対する有効性が示されている。これらの薬剤を用いながら、被虐待児の過覚醒をコントロールした上で療育的関与を行うことが治療上求められる。今回の結果でも、上記の薬剤の中から治療薬が選択されており、概ねエビデンスに基づいた治療が行われていることが示された。

## 4. 今後の課題

本研究において、ADHDやPDDのような軽度発達障害は虐待の危険因子となるが、同時に、虐待後に過覚醒、解離が生じてADHD類似の多動性行動障害を呈する児が多数存在し、両者が相互に混在して臨床像を造るため、鑑別は非常に困難であり、むしろ両方の視点で包括

的に対応を行う必要があることが示された。ADHD と解離性障害および過覚醒との診断基準上のオーバーラップという問題もあり、今後、このような発達論的な視点からの診断基準の改訂が必要となるものと考えられる。しかし同時に、実際に虐待の臨床に当たる治療者には、発達障害と情緒障害の両方の視点が求められることがあらためて示された。そのいずれかが欠落した場合には、子どもへの十全な治療的対応は著しく困難になるであろう。小児精神科医が絶対的に不足しているわが国において、発達障害、情緒障害の両者の視点を兼ね備えた研修が可能な場で小児精神科医を育成することが、今後の大きな課題となるものと考えられる。

#### 文献

- American Psychiatric Association (2000) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC
- 浅井朋子, 杉山登志郎, 海野千畝子他 (2002) : 育児支援外来を受診した児童 79 人の臨床的検討. 小児の精神と神経 42: 293-299
- Brady K, Pearlstein T, Asnis GM et al (2000) : Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. JAMA 283: 1837-1844
- Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E et al(2003): MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 160: 924-932
- Butterfield MI, Becker ME, Connor KM et al (2001) : Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a pilot study. Int Clin Psychopharmacol 16: 197-203
- Connor KM, Sutherland SM, Tupler LA et al (1999) : Fluoxetine in post-traumatic stress disorder: randomized, double-blind study. Br J Psychiatry 175: 17-22
- Davidson J, Kudler H, Smith R et al (1990) : Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. Arch Gen Psychiatry 47: 259-266
- Davidson J, Pearlstein T, Lonnberg P et al (2001) : Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry 158: 1974-1981
- De Bellis MD, Keshavan MS, Spencer S et al (2000) : N-Acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. Am J Psychiatry 157: 1175-1177
- De Bellis MD, Keshavan MS, Frustaci K et al (2002a) : Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD. Biol Psychiatry 51: 544-552
- De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H et al (2002b) : Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. Biol Psychiatry 52: 1066-1078
- Fesler FA (1991) : Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 52: 361-364
- Glod CA, Teicher MH (1996) : Relationship between early abuse, posttraumatic

- stress disorder, and activity levels in prepubertal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1384-1393
- Hamner MB, Faldowski RA, Ulmer HG et al (2003) : Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *Int Clin Psychopharmacol* 18: 1-8
- Kinzie JD, Leunf P (1989) : Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 177: 546-550
- Lipper S, Davidson JR, Grady TA et al (1986) : Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 27: 849-854
- Marshall RD, Beebe KL, Oldham M et al (2001) : Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 158: 1982-1988
- Martenyi F, Brown EB, Zhang H et al (2002) : Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 63: 199-206
- McFarlane AC, Weber DL, Clark CR (1993) : Abnormal stimulus processing in PTSD. *Biol Psychiatry* 34: 311-320
- McLeer SV, Callaghan M, Henry D et al (1994) : Psychiatric disorder in sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 313-319
- Merry SN, Andrews LK (1994) : Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 939-944
- 西澤哲 (2004) : 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
- Ornitz EM, Pynoos RS (1989) : Startle modulation in children with post traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 146: 866-870
- Paige S, Reid G, Allen M et al (1990) : Psychophysiological correlates of PTSD. *Biol Psychiatry* 58: 329-335
- Pitman RK, Sanders KM, Zusman RH et al (2002) : Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry* 51: 189-192
- Shalev AY, Orr SP, Peri T et al (1992) : Physiologic responses to loud tones in Israeli patients with post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 49: 870-875
- Shalev AY, Rogel-Fuchs Y (1993) : Psychophysiology of PTSD: From sulfur fumes to behavioral genetics. *Psychosom Med* 55: 413-423
- Shin LM, McNally RJ, Kosslyn SM et al (1999) : Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation. *Am J Psychiatry* 156: 575-584
- Stein MB, Kline NA, Matloff JL (2002) : Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 159: 1777-1779
- Teicher MH, Dumont NL, Ito Y et al (2004) : Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry* 56: 80-85
- Thomas LA, De Bellis MD (2004) : Pituitary volumes in pediatric

maltreatment-related posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry 55: 752-758

Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R et al (2001) : Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. J Clin Psychiatry 62: 860-868

海野千畝子 (2004) : 子ども虐待への包括的治療. そだちの科学 2:70-77

van der Kolk BA (2001) : 記憶する身体-外傷後ストレス障害への精神生物学的アプローチ-. In: トラウマティック・ストレス. PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて. (ed.by van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, 監訳 西澤哲) pp243-277, 誠信書房

van der Kolk BA, Dreyfuss D, Michaels M et al(1994): Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 55: 517-522

Vythilingam M, Heim C, Newport J et al (2002) : Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. Am J Psychiatry 159: 2072-2080

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

研究協力者 海野千畝子、加藤明美、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

## 要旨

被虐待児童に特有の、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。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。これらの皮膚症状と解離性障害との関連について考察した。

### A. 研究の目的

われわれは現在、被虐待児の治療センターとしての機能を持つ小児センターで勤務している。特に心療科系の病棟が開設(2003年5月)された後、多くの被虐待児が入院し、その解離性障害に対する治療を行っている。被虐待児童は、虐待の心理的、身体的影響から自らを防御するために、本来備わっていた感覚機能を麻痺させ、解離による心的機制を用い感覚を飛ばすことを覚えるようになる。虐待を受けた子どもは、このような心的機制が継続的に働くため、解離状態に定着し、記憶、身体感覚、感情等の統合が失われた状態となる(岡野, 1995)。解離性障害の3大症状は、1) 記憶の障害 2) 自己コントロールの障害 3) 自己感覚の障害である(Harman, 1992)。特に、3つめの自己感覚の障害とは、人間が持つ健全な身体感覚の発達が滞っている状態であり、気温の冷暖感覚や痛感覚、対人距離感覚、対物距離感覚等の障害をもたらし、さらには五感や認知機能の障害として現れる。この自己

感覚障害には、被虐待児特有の、生き延びるための手段としての警戒信号である聴覚過敏性や無意識の防御行動などオートマチック反応へと発展することもある。(Putnam, 1997)

われわれは被虐待児童が、解離の治療過程の中で、皮膚に発現する症状に注目した。自傷、怪我、かゆみの3者である。これらの皮膚に発現する身体症状を放置することなく対応し、積極的に取り扱うことによって、児童が解離による自己感覚の障害から回復する過程が明らかになるだけでなく、それ以外の解離にも治療促進的に働くことにわれわれは気付いた。

この皮膚に現れる3つの身体症状のうち、自傷、かゆみに関する心因の問題や解離性障害における皮膚発赤反応については、わずかに言及はあるものの、被虐待児の解離性障害に関連する皮膚に発現する症状として検討を行った先行研究は未だに見当たらない。

われわれは、被虐待児の皮膚に現れる訴えに注目し、臨床的関与において身体が発する

意味を読みとることを試みた。さらにこれらの皮膚症状に対する適切な対応方法について検討を行った。

## B. 対象と方法

### 1) 対象

対象は、あいち小児保健医療総合センター心療科に入院した養護施設入所児童 12 名(男児 4 名、女児 8 名：7 歳～15 歳)である。これらの児童は、今後の治療指針を立てる目的で、入院中に 7 つの心理検査アセスメントを行った。その 1 つに、病的な解離状態の有無を看護師によりチェックを行う「行動観察アセスメント」があり、その中に皮膚に発現する身体症状の所見項目が含まれている(表 1)。入院中、病棟看護師らは、児童らの皮膚に発現する症状を記録し続けた。その結果をもとにわれわれは担当看護師とのコンサルテーションを行い、児童らの皮膚に発現する症状を把握した。また、すでに心理治療を実施している児については、心理治療を担当する臨床心理士(海野)が行った患児の行動観察や叙述からも患児の状況を把握した。なおこの論文では以下の記述において、心理治療とは、臨床心理士による解離に焦点を当てた継続的な精神療法として用いることとする。

表 1 解離に焦点を当てた行動観察アセスメント

- A 覚醒水準の変動: 1) ぼんやり・うつろ、2) ハイテンション、3) 不眠・悪夢、4) 昼間のいねむり
- B スイッチング・部分人格の交代現象: 1) 従順モード、2) 暴れモード、3) 性的モード、4) ハイテンションモード、5) 退行(幼児)モード
- C 解離性幻覚・幻聴・被注察感: 1) 幽霊をみた、2) 声が聞こえる、3) 誰かに見られている
- D フラッシュバック・外傷体験絡みパニック: 1) 感情爆発・怒り・泣き、2) 呼吸困難(過呼吸)、3) 失立発作・立てない
- E 記憶の障害: 1) 断片化、2) 忘却
- F 身体への関与: 1) 皮膚のかゆみ、2) 怪我の多発、3) 自傷行為
- G 無意識の挑発的行動: 1) 行動的挑発、2) 性的挑発
- H 非行的行動: 1) 盗み・まんびき、2) 器物損壊、3) その他
- I 排泄障害: 1) 遺尿 2) 夜尿 3) 遺糞
- J 通学における問題: 1) 不登校、2) 意欲減退、3) 身体症状が出現

本児らを対象とした理由としては、第一に期間が限定された(通常 2—3 ヶ月)入院で、

その治療を通して均一な継発的観測を行うことが定められていたからである。さらに、これらの児童にとっての入院は、医療による施設児童に対するケアの質的向上が目的であり、今回の研究目的と対象児の入院目的が合致していると思われた。

### 2) 皮膚症状の定義

a) 自傷: 本研究では、被虐待児童にみられた自傷の定義としては、「無意識的・意識的に自分の身体を傷つける行為」とした。いつの間にかやっていたというものも含め広範囲に捉えている。具体的種類としては、カサブタをはがす、傷をひっかけ悪化を繰り返す、指の皮や爪をむしる、髪の毛を抜く、壁を殴り自らを傷つける、鋭利なもの(ペン、ハサミ、カッター、ナイフ、安全ピン等)で自らを刺す、切るなどである。われわれは、ボール遊びにおいて意識的か無意識的か顔でボールを受けて傷を作ったような例や、自己装飾の目的で行われるピアス(耳、顔、身体)をも自傷に加えた。その理由は、これらの傷を作る行為の背後にしばしば自責という力動を認める例が少なくなかったからである。部位としては、手首・前腕・大腿・下腿等身体のあちらこちらに認められた。

### b) 怪我

怪我としては、打撲、ねんざ、擦り傷、切り傷等、一般的な怪我に加えて、本研究では、治療の過程ではじめて患児が訴えるようになる、皮膚のできもの、いぼ、あざ、しこり等、皮膚の異変や不快感の訴えについても加えた。その理由は考察において述べる。

### c) かゆみ

かゆみとは、アトピー性の皮膚炎や湿疹が主なものであるが、本研究では、皮膚の所見がないかゆみも加え、また傷からの治りかけのかゆみも加えた。部位としては、首筋、足、性器、肛門、眉毛、耳や鼻の穴等に認められた。これらの部位の多くは身体の外と内の境界となる所である。さらにわれわれが注目し

たのは、偶発的に出現し消失する皮膚の発赤とかゆみである。心理治療の中で外傷体験に関連する何らかの想起があった時に、この皮膚症状が突然に現れ、また消えて行くのをしばしば認めた。

### C. 結果

表2 対象の診断と心理治療実施状況

症例	年齢	性別	虐待の内容	診断	臨床心理
1	7	f	身体的虐待	DDNOS I	通院後寛解
2	9	m	身体的虐待	DDNOS I	通院後寛解
3	10	f	身体的虐待	解離性同一性障害	通院後寛解
4	10	m	身体的虐待	DDNOS I	通院後寛解
5	12	f	身体的虐待	DDNOS I	入院前寛解
6	12	f	性的・身体的虐待	DDNOS I	入院中寛解
7	12	f	身体的虐待	DDNOS I	入院中寛解
8	12	m	身体的虐待	DDNOS I	入院中寛解
9	13	f	性的・身体的虐待	解離性同一性障害	入院前寛解
10	14	f	性的・身体的虐待	解離性同一性障害	入院後寛解
11	14	f	性的・身体的虐待	解離性同一性障害	入院前寛解
12	15	m	身体的虐待	DDNOS I	医師のみ

#### 1) 対象児童と診断と心理治療

対象児童の一覧を表2に示す。虐待の種類については、性的虐待、身体的虐待を重複するものが4名いた。ネグレクトについては、対象児が全て養護施設児童であるため省略した。児童の診断は、DSM-IVにより特定不能の解離性障害1型（スイッチング含）が6名、5型（意識消失・昏迷含）が2名、解離性同一性障害が4名であった。また、臨床心理士による心理治療については、入院前より開始していたものが3名、入院中から開始したものが3名、入院後に開始したものが5名、心理治療を行わず、医師による精神療法のみのものが1名であった。

#### 2) 自傷、怪我、かゆみの結果

結果を表3に示す。自傷については、対象の9名(75%)に何らかの症状が観察された。内容は意識的なものからなんとなく無意識にやっていたというものまでである。虐待の種類と自傷の種類との間に特徴的な傾向はみられなかった。怪我については12名(100%)のすべての児に観察された。かゆみについては、入院治療の中に6名(50%)に何らかのかゆみ症状が観察された。かゆみは、心理治療が

進展して虐待体験の叙述が明確なものほど入院後早い時期から現れるという傾向が見られた。

表3 自傷、怪我、かゆみ

症例	自傷行動	怪我	かゆみ
1	鼻翼部入出血・眉毛・爪のけり	打撲、つめの傷	
2	眉上唇をけり	手の甲挫傷、切り傷	
3	爪噛み出血	左膝打撲、顔部打撲	
4		関節痛、目の打撲	顔部発疹の掻痒感
5	指突のけり出血	左頬下挫傷、鼻出血	頬、大腿の掻痒感
6	手足打撲・胸に歯形	打撲によるあざの痛み	
7		足の打撲	
8		顔部打撲、右肩痛	肩大腸の掻痒感
9	物アザのけり	あざ、水疱、左足腫脹	目、背中、上腕、皮膚の掻痒感、顔部腫脹
10	物アザのけり、爪噛み	打撲によるあざ、膝挫傷、歯肉の腫れ	
11	指突、物アザのけり、爪噛み	顔の挫傷痛、紙で切り傷	身体全般、性器腫脹感
12	切り傷、右手打撲	恥骨切り傷	顔面皮膚の掻痒

#### 3) 皮膚症状の発見について

自傷、怪我、かゆみは、痛みや掻痒感に本児が気づき訴えられるもの、身体感覚の希薄さゆえに、痛みを伴わず「血が流れている」などと気付かれるもの、児童自らではなく、看護師、臨床心理士等、周囲の人間が皮膚の異常に気付かれるものと大きく3つに分けられた。被虐待児童は、身体を大事にされる経験が少ないがため、看護師や臨床心理士の対応や手当てに戸惑いを見せるものもみられ、対応に際して、「痛くないよ」や「たいしたことではない」「放っておいて」などの反応があり、当然のことではあるがセルフケアの苦手さが認められた。しかし、何度か繰り返すうちに自分自ら「ここが痛い手当てして」「かゆい」「できものが気になる」と、これらの傷などを大切に扱われた心地よさが体得され、しだいに、本来の自己の感覚に即した反応が表出されるようになることが観察された。

#### 4. 症例

ここで集中的な心理治療を行った性的虐待の女児症例を提示して、その経緯を振り返りながら皮膚に発現する身体症状の意味について詳細に検討する。

##### 症例 11、14 歳女児：解離性障害

児童養護施設入所中の児童である。養父から性的虐待、実母からの身体的虐待があり入

所したが、さらに施設内でレイプ被害を受け、その前後から施設では性的逸脱行動が問題になり受診となった。

生育歴および現病歴：乳幼児期の発達的な特記する事項はない。幼少期から母親に、木刀、ほうきをつかつての身体的虐待、包丁やアイスピックで刺されるなどの虐待をうけた。母親は、異性交友が激しく、現在の施設に入所するまでに本児に4人の父親ができ現在5人目の父親と同居している。特に4番目の父親は、身体的虐待だけでなく患児小学校2年生の頃から入浴時の性的接触があったというが、小学校5年生頃の記憶がなく、性的虐待の部分的な想起のみで、その全容は明らかではない。本児が12歳、小学校6年生のとき、学校からの通報を受け、児童相談所に保護をされ、現在の施設に入所した。

施設入所後、13歳の夏、同じ施設内の6歳上の男子からレイプ被害を受けた。この後、患児は施設内のある男児と性的な接触を伴う交際が続くようになり、それが問題となり当センター心療科に受診となった。

治療経過：患児は記憶の断裂や人格のスイッチングが認められ解離性障害と診断され、薬物療法と心理治療が開始された。心理治療では、成育史を本人から聴取し、解離性障害の概念や男女交流のついての心理教育を実施した。半年ほど経過した頃、現在交際中の男子の行動に対して、性的接触をしないと見捨てられるのではと不安が高まり、寮のルールを破った性的行動が生じた。これが判明すると、どちらかが退寮となるため本児は事実を隠していた。このため希死念慮が高まり針によるリストカットがあった。この事実については心理治療の中で患児から治療者に開示された。治療者が「生命に関わることは秘密にはできない。あなたを大事にしたいから施設側に伝える。患児にとってよりよい方向にいくように話し合いたい。」と直面化すると、児は「何でだよ。」と怒りをあらわにしたものの、やが

て無言のまま同意した。その後、施設、児童相談所、治療者で話し合いが持たれた。治療開始して9ヶ月が過ぎており、患児の保護と、衝動コントロールの強化、さらに過去の外傷体験の捉えなおしを目的に入院治療となった。この入院は、治療の方向性を定めるための総合的なアセスメントの目的も兼ねていた。

施設の籍を維持するため、3ヶ月間の限られた期間となる入院治療が開始された。閉鎖ユニットの個室で入院治療を開始したが、「ぼうっとしてすごした」と患児は発言し、看護師からもかなり寝ていて他児童との接触もないということが報告された。アセスメントは、子どもの解離尺度や知能検査から開始し、心理治療の中では自己の外傷体験、特にレイプ被害に言及した後に、「紙で手をきってしまう。なぜかわからんけど・・・」と述べ、さらに「かさぶたができるのととりたくなる」と皮膚に発現する症状の訴えがあった。同時に「病棟の子はあだ、こうだといろいろ言う。施設の職員もつきあいにあだ、こうだ言ってむかつく。」と訴えた。治療者は「自分と重なる？自由にさせてほしいけどうまく出来ないのが何か怖いのかな。」と伝えると「レイプ事件・・・どうして自分を守れなかったのか。なんか罪悪感がある。」と述べた。解放ユニットに転室した入院1ヶ月目頃から、背面、胸の下、などに湿疹が出現しかゆいと訴えがあった。主治医の診察後、皮膚科を受診した。併せて、痔出血、発熱などの身体症状が次々と出現した。また、怪我也頻発し、他児童の挑発にまきこまれ、怒りで壁をけて打撲したという報告を受けた。また、精神療法の中で「この額の傷のできもの、ずっと気になっている。治らないらしいし、膿がたまっている気がする。」と言う。過去にその部位に何らかの傷を受けた可能性の有無について言及すると「お母さんに髪の毛を持って振りまわされた。その時、布団叩きで殴られた時についた傷。泣いたらもう一発。だから泣けない。

お母さんに殺される気がして怖かった。」と想起した。ついで、本児童は傷に手をやり、胸の下や背中をかきはじめ、「かゆい」と訴える。治療者はその傷を、患児の言葉とともに看護師に伝え、継続的な処置を依頼し、またかゆみについても薬の塗布をお願いした。その後、額の傷についての訴えは消失し、傷も小さくなったようにみうけられた。

病棟内での対人関係については、時折投げやりになり、引き続いて部分人格の交代現象が生じ、男の子モードになって暴言を言うことや、クールなお姉さんモードで冷やかなまなざしで無視をすることも見られた。また、同じ病棟内の男児との交流が目立つようになり、異性への距離感の欠如がテーマとして浮上した。施設の他の男児との交際がありながら、他の男子との付き合いたいという欲望が湧き上がり性的モードになることを、レイプ事件や母親の性的動向を部分的に想起しながら思い出す。どのような距離にあることが、自己も他者へも負担を最小限に抑え自分を守りながら成長していけるのか、捉えなおすという面接が進んだ。また、継続的に行っている描画において、冷たい目をした女性を描いていることへ言及をすると、母親が冷やかな目で首をしめてきたエピソードや、母親自身のリストカットがあったことなどの外傷体験の想起があり、殺される恐怖や孤独感を治療者は有した。その後、途中攻撃性が高まり、他児童への暴力、看護師への反発、暴言暴力等が出現し、一度出た開放ユニットから再度閉鎖ユニットへ戻ったが、程なく落ち着きを取り戻し、当初予定していた3ヶ月間で退院をした。

退院後は母子との距離、異性との距離がテーマとなり、続いて、治療者への攻撃性が出現し、男の子モードで「うぜー。しらん。ついてくるな。きもい。」などの言葉や箱庭のシャベルをぶつける等、自分が受けた攻撃の象徴的な表出が繰り返された。治療者は「いら

いらするね。Aの中で、他の人やお母さんに言われた言葉が出るね。それをなくさめるAもいるはずと信じているよ」とつぶやくと「しらん・・・」といいながら攻撃はやや下火になって行った。

現在は、フラッシュバックする記憶をテーマとして、想起と追悼の作業にとり組んでいる。異性交際を巡る課題は続いているが、男性への違和感、恐怖感を持つと同時に、男性を信頼したい気持ちも現われ、主治医への質問や問いかけが増えてきている。現実生活においては、無事に希望の高校に合格することが出来た。

#### <症例に現れた皮膚症状に関する検討>

Aの症例において、次の3つの視点から皮膚に発現する身体症状と解離性障害の治療過程について検討を試みる。第一に自傷、怪我、かゆみの症状や皮膚の状態像について、第二に児童がこれらの症状をいかに訴え、捉え、周囲の人間がその症状に関与したのかという、児童自身の症状への関わり方と治療スタッフの対応に、そして第三にそれぞれの症状がその他の二つの症状とどう関わり合いながら出現したのかという視点から整理してみたい。

Aの入院前の状態は、つきあってきた施設男児との性的逸脱行動に伴い見捨てられ不安が強まり、リストカットに至ったことから始まる。このときの傷の状態は、針で腕をひっかけながら刺すという行為であった。その行為は母親が包丁をAに向けた行為に似ており、また母親もかつてリストカットがあった。リストカットは虐待的に自己を罰する再現行為であると同時に、閉塞的な気分を突破する対処行動でもある (Levenkron, 2005)。この自傷は、右手首の内側に針でひっかいた傷がミミズ腫れになり、カサブタがすでにできかけて治癒途中の状態であった。治療者は、常には傷を発見した時点で絆創膏をはり、傷の程度により主治医に診察を依頼するという対応をしているが、この時は、傷には手を当て

た程度で、希死念慮の保護という対応を重視した。

入院が開始されて、閉鎖ユニット個室という、医師、看護師らに保護され、しかも心身を大切にされた治療空間の中で守られる体験によって、解離状態にあった身体と精神が目覚めて動き始めたといえる。この頃から、心理治療場面でも皮膚にできた湿疹のかゆみを訴えるようになった。この時の発疹は胸の下や背中の中範囲にわたっていた。Aはかゆみを訴え、皮膚科を受診し、看護師による薬の塗布また、スキンケアやマッサージをなどの継続的な処置を受けた。この対応がAに与えた影響はどんなものであっただろうか。今までの男性からの身体へ侵襲とは反対に、主治医、看護師、心理士の「あなたの身体を大事にしたい。」という意味づけられた治療的対応によって、ケアへの抵抗は減じ、安堵へと変化していった。

また、入院当初、注射を怖がり採血にかなりの抵抗を示したが、しだいに主体的に他科受診に臨むようになった。病棟の男児との交流が始まるころに、再度、無意識に手を紙で切る、かさぶたをはがすなどの自傷が出現した。看護師は、病棟での傷の発見時には処置を行い、治療者は外傷体験や本人の男児との交流パターンについて捉えなおす作業を行い、自責が強まると自傷が起きることを患児と共に確認した。その中で想起された患児の外傷体験について話しているとき、消失したはずの胸の下の湿疹や首の発赤が再発し、患児は手で掻きながらかゆみを訴えることが観察された。

A自らの、額の傷が膿をもっているようで気になるという表現は新鮮である。身体を大切にするという処置を受けたことで、自己の身体の状態や感覚を初めて意識し始めたためなのではないかと考えられる。身体の再発見であり、自己身体の一貫感であり、自己感覚や自己コントロールが回復するかすかな兆候

なのであろう。そして不快な感覚を治療者に訴えることにより、過去の想起は深まって行った。このような体験とともに皮膚の症状は変化して行ったのである。この経過に平行して入院前には訴えていた女の人の幽霊という解離性幻覚は見えなくなった。

自傷、怪我、かゆみの現れ方は、入院前から外傷体験の想起が始められていて、かゆみはときおり観察されていた。このアセスメント期間においては、まずリストカットがあり、次に湿疹やかゆみがあり、身体反応や熱発し、その後、かさぶた取りや手を切るなどが出現し、額の傷を訴え、攻撃性がでて壁を殴り打ち身を作る怪我が出現した。

## 5. 考察

### 1) 被虐待児童における皮膚症状の持つ意味

被虐待児童の皮膚症状に注目した研究は少ない。しかし皮膚疾患と心理的要因との関係については、アレルギー疾患領域ではかねてから注目されてきた。細谷(2004)は、アトピー皮膚炎の難治例では、心理的な要因からの習慣的搔破について注目し、他覚的な皮膚症状がないにもかかわらず、心理的な要因からかゆみが突然に出現し皮膚症状を著しく増悪させる搔破にいたる経緯を報告した。また、鏡ら(2004)は、アトピー性皮膚炎患者の気分感情を測定する質問紙 Profile of Mood States (POMS) を活用して皮疹の変動と心理状態との連動との敏感な相関について報告した。有意に高い相関が示された気分感情項目は、疲労と緊張、抑うつ、混乱という結果であった。本研究においても、何らかの心理的な刺激から皮膚症状の悪化が認められた事例は多く、同一の生理学的な基盤を持つ減少であると考えられる。

被虐待児童にとり、皮膚に現れる身体症状はどのような意味をもつのであろうか。自傷と被虐待児童との関連においては、Lebenkuron(1998)によれば、生育の中で虐待という痛みや苦痛を伴うものと愛着が結合

してしまった人間は、虐待から抜け出し保護された環境下に置かれた時むしろ分離不安が出現する。すると、外傷的絆によって虐待類似行動である自傷や怪我といった苦痛や自己損傷を伴う行為がむしろ安全感や安心をもたらすものとして機能すると述べている。さらに自傷を止めるためには、本来的な保護者の代理人である信頼できる他者との愛着関係の成長以外にはありえないと主張する。この見解に従えば、被虐待児童にとって自傷や怪我の発現とは、それが痛みを伴うものであったとしても、虐待者との関係性の囚われではあるが、本来の健康な愛着関係へと成長を求めているメッセージを含んだ行動として捉えられないだろうか。われわれは、自傷行為の中に自己の身体を痛めながら人との繋がりを希求する子ども達の声を聞き取る必要があるであろう。

被虐待児童における怪我の意味は、自傷の意味と相当部分重なる。さらに怪我が多発する背景として、病的な解離状態による自己感覚の障害による対人距離感覚、対物距離感覚が希薄なため怪我をしてしまうことがある。われわれは、しこりやできもの、いぼ、膿等も怪我と同等の物として扱った。臨床経験において、治療が進展していく過程で、被虐待児童が初めて「このできもの（うみ、いぼ、）気になる。」と訴えるようになることがたびたび観察されたからである。症例の検討で前述したように、親指の痲りやいぼは、養父からの性的虐待が体の中に痲りとして留まっているもの、顔の膿は母親からの殴打の残遺というように、身体への自己認識が進展する中で、児童が身体の上にあるこれら異物の違和感を、虐待の身体的記憶の痕跡として、心の傷と重ねて捉えるのである。不思議なことに、皮膚科的処置もさることながら、外傷体験を想起し言語による表出が行われ、その部位へのマッサージやタッチングを繰り返す中で、これらの異物が違和感の消失と共に治療した症例

を数多く経験した。身体は、主体であると同時に客体であり、必ずしも二元論に還元できない心身の複雑な絡み合いは以前から注目されてきた（市川,1992）。ここでは身体の境界を作る皮膚が、虐待の心的外傷の記憶を留める主体として、痲りや膿という表現を取ることがあるという事実に目を留めておきたい。かつて受けた皮膚の傷が、外傷記憶の想起に伴って皮膚に再度現れるという現象は、外傷体験の治療を行っている者には周知のことであり *stigmata* と命名されていた。（Tinker, 2005）。*Stigmata* とは、宗教的な体験の中で、キリストが受けた傷が体に現れる *stigma*（聖痕：*stigmata* は *stigma* の複数形）に類似した現象である。心的外傷を治療的に扱ったときに、その虐待の時に受けた傷が皮膚に数時間から数日間再現されるという現象である。これまでに宗教体験による傷以外にはまだ記載がなされていないが、外傷の皮膚による記憶という点からも注目される。

かゆみそのものについて、岩村（2004）は、かゆみとは、ある部分の血流の増加により神経に伝達される現象であると述べている。被虐待児に現れるかゆみを取り上げた研究は少ない。Coons（1988）は、大人の結晶化した多重人格障害の研究の中で、ある人格が前面に出た時に限り現れる皮膚発赤反応に言及している。また岡野（2002）は、心的外傷はアレルギー抗体が作られる過程に類似した状態で身体に刻み込まれており、外傷に関連する引きがね刺激によって再体験（フラッシュバック）としての皮膚反応が生じるという独自の外傷アレルギー説を展開している。皮膚は人間の外界と身体との境界である。その皮膚を通して人は外界からの刺激を感受するが、被虐待児童の場合は、強烈な外界からの虐待による刺激が入力されるため、防衛的に解離が働き、皮膚の感受受容器の機能が凍結し、外界からの刺激を遮断する壁になってしまう。解離の治療の過程で、外傷体験が想起されるレベル

に至ると、解離の壁が溶解しはじめ(杉山ら、2002)、外界からの刺激を遮断していた凍結した壁としての皮膚機能も溶解する。そして外界、内界の相互作用が回復し、停止していた皮膚感覚が動き始めることによって、様々な皮膚症状が現われる。せき止めていたダムが少しずつ開けられ水が流れ始める。この様にして血流が増加し、身体感覚が蘇生すること状態がかゆみとして出現するのではないだろうか。臨床において、かゆみの出現に伴い、倦怠感(筆者らはぼくぼく感と名付けている)や身体が流れ出る感覚、虫が這うような感覚等が頻回に生じ、固めてもらいたいような感覚となることが多いのは、この仮説を裏付ける現象である。この様なとき、服で包むだけでは不足で、強くタオルゲットで体を包むことや抑制を自ら求めるといった状態となるのである。この様な身体感覚の蘇生に伴う不安定さには、シャワーを浴びることや運動を積極的に行うことが有効であるが、時には白川ら(2004)の言うキルティング、を利用した抑制(まきまき療法)を必要とすることもある。

## 2) 自己感覚の障害からの回復

皮膚感覚は健康な愛着の形成に一翼を担っている Bowlby (1951)、Hallow (1958)によれば、小猿が不安を喚起された場合抱きつこうとするのは、毛皮猿であって針金猿ではない。生まれながらにして母猿の感触というものを小猿の皮膚感覚を通して知っているからである。被虐待児童の場合はどうであろうか。虐待の種類や程度により多少の差異はあるものの、カード、やプラスチックのキャラクターなど無機質の物を好むものが多い。さらにガンダムへの偏好多いことは、ガンダムが体を包み守り戦うための強化服(モビルスーツ)であることを考えれば興味深い。しかし、安全が保障され、信頼関係を構築していく中で、抱っこを嫌がっていた子供が、自分から「抱っこして」と求めてくる様になる。玩具の好みも、虫や無機質のものから哺乳類系のぬい

ぐるみなど、より人間に近い物に変容して行く。生暖かい皮膚の感触が、虐待を受けていた当時の不確かで危ない刺激から、安全に基づいた心地よい感覚へと変化する過程である。抱き寄せたときに、びくっと反応した子どもが、依存を自らに許し、力が抜き身を委ねるようになってくる。

病的な解離状態である感覚の障害には、気温の冷暖や痛覚、さらに対人距離感覚、対物距離感覚の障害まで含まれる。われわれは暑いと上着を脱ぎ、寒ければ1枚余分に着る。この当たり前の行為が、被虐待児童にはきわめて困難である。身体的虐待を受けた児童の中には夏でも長袖を着、また性的虐待を受けた女児の中には、冬でも露出の多い服を着ている者がいる。この様な被虐待児が、治療過程の中で、過敏なほど冷暖感覚を強く訴えることや、わずかな刺激に対して痛みを強く訴える時期が必ず認められる。そして突然に再度、皮膚感覚の麻痺が現れ、しばしばこの両者の間を反復する。この反復の振り子が徐々に小さくなる中で、患児は健康な通常の皮膚感覚へと定着してゆく。皮膚症状を手がかりに、適切なケアを実践して行くことが、解離の壁を溶かし自己感覚を回復してゆくための近道となる。

これまでの検討から、改めて皮膚症状の現われ方を整理してみると、治療的関与によって被虐待児童は、安全感覚を持つようになる。すると他者との関係性の中で、身体への強い刺激としての自傷や無意識の怪我が現れるようになる。これらの皮膚症状に適切な対応やケアがなされることによって、外傷体験の想起が進むと、身体の自己認識が深まり、自傷や怪我は収束し、凍結していた皮膚感覚が蘇る中で解離状態が溶解しかゆみが現れると考えられる。

## 3) 皮膚症状へのケア

あいち小児保健医療総合センター心療科の虐待治療チームが、皮膚にあらわれる症状

について実践しているケアについて述べておきたい。心療科看護師は、自傷、怪我、かゆみの症状が発見した時の手順として次のようにしている。まず、身体の処置や応急手当を行い、医師へ皮膚症状を伝え、診察と薬物処方方を依頼する。その際には、症状の発現経緯を児童との交流の中で明確にし、看護ケアを行うと共に記憶の断裂の有無、あるいは痛覚の程度など皮膚症状に伴う解離のレベルを評価している。また、タッチングやマッサージを症例のニードに合わせて実践している。睡眠導入に際して、とんとん軽く身体をたたきながら半身添い寝をすることや手を握る等のスキンシップをすることといった母親的ケアを行うなど、きめ細やかな看護を実践している。

臨床心理面接の中で皮膚症状を発見した時の対応としては、自傷、怪我については、意識無意識の確認を行い、どう心が動くとそのような行動にいたるか、引き金刺激について明確化し、継続的な観察を行うと共に、変容可能な他の代理行動への促しや、タッピングによる脱感作と再処理 (tapping dezentiaization and processing: Shapiro, 2001) を行って、過去の外傷体験の想起と解放を促す。怪我については、処置を行いつつ児童が身体を大事に扱うための心理教育を実施することもある。かゆみについては、無自覚の発赤には自己認識を深める意味において、鏡で部位の確認を促している。さらに、継続的観察、医師、看護師とのコンサルテーションを通して病棟の生活場面に繋げている。臨床心理士が行なう行為としては、異例かもしれないが、筆者自身は、Levenkron (1998) のいう被虐待児童に関与する姿勢として、身体状態を視座に入れた被虐待児童に対するチームの調整役として働くという立場をとっている。被虐待児童に対する解離に焦点を当てた精神療法を行う上で、個々の場面を繋げていくことを重視している。被虐待児童にとり、身体症状は、自己認識に先んずる現象であり、

周囲がそれを大事に扱うことにより、内省と言語的な展開に繋がる可能性があるからである。

## 文献

- Bowlby, J.M. (1951): Maternal care and Mental Health. (黒田実郎訳 (1967): 乳幼児の精神衛生, 岩崎学術出版社.)
- Coons, P.M. (1988): Psychophysiological aspects of multiple personality disorder: a review. *Dissociation*, 1(1), 47-53.
- Halow, H.F.: The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685, 1958.
- Harman, J.L. (1992): Trauma and recovery. Basic Books, Harper Collins, Publishers, Inc., New York (中井久夫訳: 心的外傷と回復. みすず書房, 1998, pp147-251)
- 細谷律子 (2004): 自覚症状と他覚所見の解離—かゆみ—. *心身医学研究* 44 (10), 774-781.
- 岩村吉晃 (2001): タッチ. *神経心理学コレクション*, 4. 医学書院, PP92-113.
- 市川浩 (1992): 精神としての身体, 身体現象学. 講談社学術文庫.
- 鏡玲子, 相原道子, 石和万美子ら (2004): アトピー性皮膚炎患者における POMS の活用—横断的検討. *心身医学研究* 44(4), 264-269.
- Levenkron, S. (1998): Cutting. (森川那智子訳 (2005): Cutting (カッティング). 集英社版, PP32-44).
- 岡野健一郎 (1995): 外傷性精神障害. 岩崎学術出版社, PP11-22.
- 岡野憲一郎 (2002): 外傷性精神障害とは何か. *最新精神医学*, 7(4), 309-317.
- Putnam, F (1997): Dissociation in children and adolescents, (中井久夫訳 (2001) 解離: 若年期における病理と治療, みすず書房 pp27-193)

白川美也子(2004):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, 子ども家庭総合研究事業、平成15年度構成労働科学研究 293-305.

Shapiro, F. (2001): Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures 2<sup>nd</sup> ed.(市井雅哉監訳(2004):EMDR:外傷記憶を処理する心理療法.二瓶社.)

杉山登志郎、海野千畝子(2002):解離性障害の病理と治療. 小児の精神と神経, 42(3), 169-179.

Tinker, B. H. (2005): Using EMDR with children; Text of Workshop. 子どもへのEMDRワークショップ, 京都.

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

研究協力者 小平雅基 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科

研究要旨：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者計28名を対象とし、虐待の内容、精神科診断、精神保健福祉法における入院形態、予後について検討を行った。その結果、女子の方が虐待内容の重複を認めやすい傾向にあること、「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、任意入院の形態での治療の方が中断例は少なくなっていること、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ていること、等が示唆された。また3例の症例呈示を行い、被虐待児の入院治療を実施する上での必要な条件について検討し、治療の安全性を確保するための4つの条件と治療環境に必要な3つの条件について述べた。

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

本研究の対象は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（もしくは退院が決まった）患児のなかで、虐待を受けたことが明らかであった（もしくは入院中に明らかになった）者、計28名（男子10名、女子18名）（6～16歳）とした。

そしてそれらの対象者における以下項目を後方視的に検討し、考察を加えた。それは次の内容である。1、虐待の内容、2、精神科診断、3、入院形態（精神保健福祉法）、4、入院治療経過、5、予後（退院先、社会的適

応、精神症状）

なお入院後経過については症例の呈示、検討により考察を行った。

（倫理面への配慮）

研究目的の治療ではなく、日常臨床の中で得られる知見をまとめ、考察を試みている。また個別事例は、事例が特定できないように、内容を一部改変し、プライバシーの保護に配慮した。このため倫理上の問題はないと考える。

C. 研究結果

各項目の結果を以下に述べる。

1、虐待の内容

表1 虐待の内容（重複可とし、のべ数にて集計）

	男児	女児	計
身体的虐待	0	7	7
ネグレクト	9	8	17
性的虐待	0	3	3
心理的虐待	2	10	12

表1に結果を示す。当院において急性期的な小児救急の窓口がないためか、身体的虐待の入院者数はあまり多くなく、ネグレクトと心理的虐待が多い結果となっている。また重複した内容全体で見ると女子の方が圧倒的に多く、男子はネグレクトと心理的虐待のみの結果となっている。すなわち今回のケースに限って考えるならば、女子の方が虐待内容の重複を認めやすい傾向にあることが伺える。

## 2. 精神科診断

各ケースの精神科としての主診断を分類したところ、表2結果となった。

表2 対象の精神医学的診断

精神医学的診断		男児	女児	計
境界性人格障害		1	4	5
反応性愛着障害		0	1	1
適応障害		5	2	7
適応障害の内訳	Asperger障害	2	0	2
	精神遅滞	0	1	1
	境界知能	2	0	2
	その他	1	1	2
転換性障害、解離性障害		2	4	6
PTSD		0	2	2
行為障害		2	2	4
行為障害の内訳	ADHD	2	1	3
	境界知能	0	1	1
選択鈍感		0	1	1
摂食障害		0	1	1
気分変調性障害		0	1	1
計		10	18	28

多いものから並べると、適応障害、転換性障害／解離性同一性障害、borderline child／境界型人格障害、行為障害の順になっている。男子の比率が女子を上回るものとして適応障害と行為障害はある程度特徴的である。特に適応障害に関しては7名中5名が背景に発達障害を有している点は注目すべきであろう。また行為障害のケースの全てがADHDを同時に満たしている点も興味深い結果となっている。

## 3. 虐待の内容と精神科診断との関係

各精神科主診断（上記①～⑨）におけるそれぞれの虐待の内容を表3に示す。この結果に限って述べるならば、適応障害と行為障害に

関してはネグレクトがその大部分を占めることが特徴として挙げられる。先の結果と併せて考えれば、「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のかもしれない。また borderline child／境界型人格障害と転換性障害／解離性同一性障害に関しては、虐待の内容が全般に渡ることが特徴的である。

表3 精神医学的診断と虐待の種類

	ネグレクト	身体的	性的	心理的
境界性人格障害	2	1	1	4
反応性愛着障害	1	0	0	1
適応障害	6	1	1	0
転換、解離性障害	4	2	1	2
PTSD	0	2	0	1
行為障害	4	0	0	1
選択鈍感	0	1	0	1
摂食障害	0	0	0	1
気分変調性障害	0	0	0	1
計	17	7	3	12

## 4. 精神保健法福祉法による入院形態

28名中任意入院の形態で入院を実施したものは18名（うち1名は治療費未払い、1名は本人の逸脱行為、1名は家族の行為でそれぞれ退院）、医療保護の形態のものが10名（うち1名は保護者変更手続きを実施、5名は治療中断で退院）という結果であった。この比率は通常に比べて特徴的であるということはない。被虐待児の入院治療の場合、医療保護にしたい場合でも、法手続き上保護者の同意が得られず、網渡り的と理解しながらも任意入院でマネジメントしている場合があるので、必ずしも任意入院の方が医療保護入院よりも症状が軽症であるとは一概には言えないが、今回の結果に限れば任意入院の形態での治療の方が中断例は少なくなっているようである。

## 5. 予後（社会的適応、精神症状）