

退院先を表4に示す。何とか調整をつけて保護者の元に帰すことが可能であったケースが28例中15例となっている。しかし退院時の症状、適応度という点からみれば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。

表4 退院先の一覧

退院先	
自宅	15
自立支援施設	2
知的障害者施設	2
自立支援ホーム	1
里親	1
未定・不明	7
計	28

ちなみに退院時の状況を見ると、軽快、あるいは症状消退という者が12名であり、残存、未治という者が16名であった。社会適応度という指標から見れば、13名は良好と判定されたが、不良と判定せざるを得ない者が5名、不明が10名であった。

#### D. 症例

症例として、治療を何とかマネージメントすることが可能であったケース（症例1）と治療が中断されてしまったケース（症例2、3）を提示する。

##### 1. 入院治療の枠組み

児童精神科の専用病棟（以下、児童病棟）は、病院内学級と連携した精神科開放病棟として機能している。常勤および非常勤の精神科医師10名ほどが主治医として関わっている。看護スタッフは看護師長を含め16名、看護助手2名である。その他、常勤および非常勤の臨床心理スタッフ5名、作業療法士1名が成人部門と兼任で児童病棟の入院治療に関与している。児童病棟の隣には市川市立国府台小学校と同市川第一中学校の情緒障害児学級が病院内学級として併設されており、在籍

生徒児童数に応じて、16年度は小学校2名、中学校5名の専任教師が配置されており、病院スタッフと共に児童病棟入院中の児童の治療教育に関わっている。

病床は全41床であり、その内訳は個室9床、4人部屋8室32床となっている。個室使用に関しては各児の病態を評価した上で、その必要性が高い順に使用している。隔離・拘束などの行動制限が必要と判断されるケースも常時数名おり、そういった患児への個別対応を図る場としてのニーズも高い。また基本的には開放病棟ではあるが、児童思春期の患児を安全に育てていく必要性から19時から翌日の6時までの間は児童病棟の入口を施錠することとしている。

##### 2. 治療に用いられるプログラム

児童思春期の精神科の入院治療は、個人療法的および集団療法的な諸治療と、主として看護スタッフの活動によって展開する環境療法的な入院生活と、病院内学級による治療教育という3本の柱によって支えられており、その全てがうまく統合されることによって「子どもの心を癒しかつ育むため」というこの年代の入院治療の目標が達成できると思われる。児童病棟では以下に示したような多様な活動を計画してこうした目標に貢献するよう努めている。

##### 表5 国府台病院で実施されている治療プログラム

- ・個人精神療法、プレイセラピー
- ・集団精神療法（隔週、男女別、入院中学生、セミクロースド）
- ・レクリエーション（作業療法、遠足、キャンプ、クリスマス会、卒業生を送る会など）
- ・親ガイダンス
- ・親の会（水曜会；入院患児すべての保護者対象、ふきのとう；摂食障害患児の保護者対象）

##### 3. 症例1（入院時12歳女子）

診断：反応性愛着障害

生育歴：未熟児にて出生するが、身体発育は順調だった。4歳時に弟が出生した後から「玄関で靴を脱がない」「食事を自分で食べない」「弟のオムツ交換の横で排泄してしまう」といった問題行動が出現した。小学校年代には衣類のよごれなどを指摘されるようになり、放浪、万引きといった問題が出現した際に担任教師の介入で当院受診となり、両親の強い希望で入院治療となった（任意入院）。

症例1の被虐待体験（推定含む）

- ・食事は家族と別席、別メニュー
- ・衣類や身の回りの品々の不足
- ・入院中はおやつ、小遣い不足
- ・楽しみにしていた行事などの参加不許可

症例1の入院治療経過と転帰

・初期（中1～中2）

初対面のスタッフに馴れ馴れしく接近するものの、仲間関係の深まりはみせず周囲から使い走りにさせられることが多かった。問題が起きた際は、言語化はできず、パニックや離院といった行動で示すことが続いた。治療者は本人の気持ちや、集団の力動を読み取るように努め、本人に対してはacting outについての解釈を加えつつ、支持的に接するようになった。

・中期（中3）

院内学級へ定着し、女性教諭を信頼するようになった。最上級生としての自覚がめばえ、人前で発表などすることを認め、「高校へ行きたい」と意思表示するに至った。パニックや離院はなくなったが、まれに軽度の解離様状態に陥ることは認めた。母親の前では全く会話ができなかった。治療者は解離様状態にはあまり大騒ぎをしないように努め、面接においてその症状や母親との関係について扱うようにした。

・後期・転帰（中学卒業、退院、施設入所）

高校へ合格した頃、母親はうつ状態で来院しなくなり、父親が連絡係となった。外泊拒否を繰り返すなか、両親は「退院後同居でき

ない」と明言した。母の精神状態を理由に児童相談所へ養育困難を申し出る形で施設入所となった。

入所当初過剰適応したが、職員への依存性は高く、身体的不定愁訴を頻発した。通院精神療法継続したところ、本人は母子関係について考えを述べてゆき、父の無責任などを言語化していった。その後は摂食障害やリストカットなどが出沒しつつも社会適応は良好な状態で暮らしている。

4、症例2（入院時7歳男児）

診断：borderline child

生育歴：母子家庭で育つ。母親は施設育ちで、婚姻関係にない父親との間に本児をもうける。本児の身体発育は順調であった。出生後5回転居歴あり。5歳の時に転居したアパートにおいて「物音がすることで母子ともにノイローゼ気味」ということで受診となった。幼稚園では「おりこう」だが、自宅では母子分離困難、不眠、興奮といった問題を呈していた。

症例2の治療経過

・プレイセラピー：計20回で中断

初期：母子分離困難、離れた時間は「おりこう」な状態でおえかき、ゲーム。

後期：多動・衝動性が顕著、治療者の胸を触るなどもうまく甘えられず、衝動性に移行。

・薬物療法；不眠に対して向精神薬少量を数回のみ使用。母親は継続的使用を望まず。

経過の中で母親の本児に対するネグレクト的な対応が明らかとなっていった。そのため治療者から児童相談所利用などを勧めていったが母親の受け入れは困難であった。

症例2の入院治療経過と転帰

母親の疲労が高まり、母親自身が本児と離れることを決断した。児童相談所にて、一時保護の話を母親と職員がしたが、それだけで児が不穏になったため児童相談所から入院を勧められた。医療保護入院とすることとしたところ、その手続きの間本児は病棟でスタッフや他児と穏やかに遊んでいた。しかし母親

が病棟に來た途端、他児にからむように豹変し、大暴れの状態となった。行動制限も含めた入院設定を提案されたが、母親がそれに耐えられず、外泊に連れ帰り、そのまま退院することとなった。その後入院することはなかったため、その旨児童相談所へ連絡をした。

#### 5、症例3（入院時15歳女子）

診断：解離性同一性障害

生育歴：母親は乳児期に失踪、幼児期は祖母に育てられ、以後父子家庭で育つ。父親は覚醒剤精神病で、数年ごとに服役し、間欠的に本児をひきとり、各地で転々と暮らしていた。

中学1年生の時に学校でフラフラとした状態となり、以後父からの電話で意識がもうろうとするなど解離状態出現するようになった。中学3年生の時に、父との会話中に倒れ、以後多数の人格が出没するようになり、地域基幹小児病院からの勧めで当院受診となった。しかし父親は連絡が取れたり取れなかったりといった状態であり、かつ連絡が取れた場合でも思考障害が顕著であり、治療への同意を得ることは極めて困難であった。児童相談所としては「施設では対応困難」と判断し入院治療を望んだ。そのため本人の同意による任意入院により治療が開始された。

#### 症例3の被虐待体験

- ・6歳時に父の知り合いから性的悪戯
- ・父の妄想的かつ衝動的言動につきあっての生活

#### 症例3の入院治療経過と転帰

- ・初期：適応は良好であった。年少児の面倒を見る等施設で習慣としていた手伝いなどをした。
- ・中期：多彩な人格（20人ほど）が出現するようになった。その中で、従順、反抗性、他児への操作性、不安、抑うつ、孤独感、怒りなどが錯綜するように表現され、自傷行為、万引き等の行動化もエスカレートしていった。

・後期：父の連絡や面会が増えたところ症状がさらに悪化した。そのため行動制限を実施しようとしたが、制限に父が興奮し反発した。治療構造が破壊されるのみならず、スタッフの安全が保てなくなったため、退院となった。

・転帰：退院後、児相一時保護を経て、自立援助ホームに入所した。外来通院精神療法は継続したが5回で中断となった。その後ホームを脱走し、生存は確認された。

## E. 考察

症例に関してはいずれもネグレクト的であり（症例3に関しては広汎な虐待形式）、かつ軽度発達障害を有さないケースを選んだが、それでもそれぞれの入院経過はかなり異なるものとなっている。症例1のようにネグレクトであり、かつ本人との生活を拒む場合は介入としてある程度一貫性を持たせていくことが可能となる。しかし症例2や3のようにネグレクト的でありながらも、同時に両価的な思いが強く存在するようなケース（言い換えれば虐待の内容が広汎に渡る場合）ではなかなか一貫性を持たせていくことは困難である。特に症例3のように両価的かつ反社会的な場合などは、暴力的な問題がスタッフにまで及ぶようになると「治療」としては体を成さないこととなる。

そのような点を含めて被虐待児への入院治療に必要な条件を考えると以下のようなことが挙げられるのではないかと考えている。

### 1) 安全が確保されていること

- ・虐待者の介入から子どもを守ることができるか

広義で言えば、これは入院の条件であると同時に入院の目的にもなりうる。狭義としては以下の「法的な裏づけ」も含めて治療者サイドが主導権を持って対応

を行っていけるかということになる。

- ・ 子どもの治療的展開に保護者は耐えられるか

これは、ひとつには子どもが自由に自身の感情を表出していった場合に保護者がそれに耐えうるかということと、もうひとつは行動制限などある一時期の子どもへの「可哀そうに思える」対応に保護者が耐えられるかということがある（参照症例2）。

- ・ 治療スタッフが安心して治療に取り組めるか否か

以下のスタッフのトレーニングや意思疎通に始まり、先の症例3のような状況に陥らないことも含めて、治療スタッフが「安心して居る」ことは治療上極めて重要な要素となる。

- ・ 法的裏づけ

当然ではあるが、その入院が「法的に裏づけられている」ということは重要である。ここで言う「法的」とは児童福祉法と精神保健福祉法の両者を指す。すなわち明らかに同盟を成しえない保護者に対して児童福祉法としての縛りを与えられるかという点と、入院中に問題を頻発させる本人に対して精神保健福祉法としての縛りを与えられるかという点、それぞれが入院治療をマネジメントしていく上で重要である。

## 2) 治療環境に以下の資質が備わっていること

- ・ 過敏性や対人関係の不安定性に対する調整が可能な環境を提供できること

個室を完備しているかということがまず第一に挙げられる。本人が個室環境を望まないにも関わらず、個室環境にて本人の保護を図らなければならない場合もありうるので、その場合は先に述べた精神保健福祉法に則った対応が図れるかという点が重要となる。今回呈示した症例

1や3でも最も混乱した時期は個室環境を提供することで保護を図った。

- ・ 対象恒常性を確立するために、関係性を維持できるスタッフの技能と力量

スタッフのトレーニング、スタッフ間の意思疎通などが十分に図られ、皆が見に対して安定した対象でいられることは、おそらく被虐待児の入院治療の最大の目的のひとつと言える。

- ・ 精神的発達段階の課題を乗り越える体験ができること

仲間関係の自由度があり、院内学級における学習のサポートが得られ、レクリエーションなどを通して社会的体験が accrue、といったことはこの年代の子どもの入院治療において極めて重要であることは間違いない。

## 3) 治療にかかる費用の経済的裏づけ

今回はこの点については言及できなかったが、入院治療が医療としてなされる以上経済的な裏づけがあることが必要とされる。

\*1)～3) すべてにかかわる条件として、ケースワーク機能の充実をはかる必要がある。

## F. 結論

被虐待児の入院治療を考えた場合、児童福祉法と精神保健福祉法の二つの法律により保護されているはずであるのに、実際にはその両者の狭間で対応に苦渋することが少なくない。そのような点も含め、わが国においては被虐待児の入院治療を支える環境整備が十分に成されているとは言い難い。今回提案した幾つかの条件が各治療施設において整備されていき、今後より実践的な対応マニュアルが作成されていくことが望まれる。

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

研究協力者 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

要旨

虐待によって生じる精神病理をふまえた被虐待児の包括的な治療を考えるにあたって、既存の組織を用いてどのようなアプローチができるかを明らかにするために、当院における虐待問題への取り組みの5年間の経緯をふりかえった。当院は、総合病院の成育病棟（一般病床）をもつ精神科であり、そこに外傷性精神障害を専門とする医師が配置され、各種機関（児童相談所、警察、学校、養護学校、乳児院等）と連携をし、子どもの治療を行うこと、加えて加虐する親もしくは加害をしてしまう不安をもつ親に対する支援も行うこと、さらに過去の被虐待体験によって重度の精神症状を呈し、親機能が持てていないが回復意欲がある養育者に、治療を積極的に行い、再統合を試みるというアプローチである。以上により、被虐待の子ども、虐待以外の心的外傷（性暴力、いじめ等）による症状が重篤化する背景に被虐待がある子ども、いわゆるドメスティックバイオレンスなど加害的な養育者との関係のなかで傷つき、また改善しなかった子ども、および、現在加虐行動や加虐不安をもつ親の治療に双方向的に取り組むことができた。

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、van der Kolkらの提唱する多段階的な治療が有効であり、その実際は、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、折衷的な治療となり、当院の資源に応じた各種療法について紹介した。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。

以上より、虐待問題に関しては、医療モデルによる治療介入のみならず、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ていくことが大切であり、今後の養護施設等と精神医療の連携の重要性が示唆された。今後、地域のなかでの外傷性精神障害に対する知識や技術が向上し、地域・共同体レベルでさまざまな機関が連携して、虐待現象全体に対するよりよい支援が展開されることが望ましい。

## A. 研究の目的

独立行政法人国立病院機構天竜病院（旧国立療養所天竜病院）における子どもの精神科疾患の治療は、元来県立の病弱養護学校との連携で、小児科の枠組みのなかで小児慢性疾患や一般的な不登校をみることによって開始された。しかし、近年、小児慢性における脱病院化における在宅治療や院内学級・フリースクールなどの発展などにより入院患者数が減少する傾向となっていた。

児童虐待防止法が施行された2000年、時を同じくして我々の天竜病院における虐待問題へのアプローチが始まった。2001年には配偶者間暴力防止法が施行される。昨今、同法案の改正が行われているが、依然として被虐待児の治療についての枠組みはあまり整備されておらず、さらに虐待をしてしまう深い病理をもったレッドゾーン・レベルの親の支援および治療については、報告が少ない。

われわれの試みには、総合病院の成育病棟をもつ精神科に、心的外傷関連疾患を専門とする医師が配置され、各種機関（児童相談所、警察、学校、養護学校、乳児院等）と連携することによって、どのような医療が展開できるかという意図があった。本来虐待問題というのは、複数の世代にまたがる根深い問題であり、子どもだけの治療では根本的な解決にはならない。当院が、成人に対する治療を行うためには、成育医療（小児医療、母性・父性医療および関連・境界領域を包括する医療）概念が役に立った。

当院は隣接する県立養護学校に通学する子どもたちの入院治療の場であり、生活機能ももつ。そこで起きてくる問題は、現在虐待問題の受け皿である養護施設の問題とも重なる。

このようなアプローチのなかで、やはり虐待問題には非常に多次元的包括的なアプローチが必要だということが痛感された。ハード面、ソフト面、いくつも課題とテーマがあるが、今後まとめていきたい。論旨を絞るため

に、本稿において、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。

## B. 対象と方法

### 1. 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、および加害をしていたり、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を対象に、診療録の記載をもとに、検討を行った。外来治療者はさらに数が多いが、今回検討できていない。

### 2. 入院者数

子ども虐待という観点からみた小児病棟と成人病棟の入院者数を全体の入院数と関連させて呈示する。小児病棟の入院者数は、2000年から2004年秋までで、実質人数（複数回の入院を数えず）計250人（男児80人、女児170人）の入院中、なんらかの形での虐待既往（身体的・精神的・性的・ネグレクト・DVの目撃）のある子どもが計102人（男児42人、66人）であった。

また、成人病棟の過去4年間の入院者、延べ189名（男性33人、女性156人）中、子ども虐待の既往があるものが男性11人、女性80人（実人数）であり、入院時点で、子どもがあった人が男性1名女性30名、そのなかで入院時に児への虐待が認められたものは、男性1名、女性17名である。その他、被虐待歴があり、妊娠時に虐待をしてしまうのではないかという不安をもっていることを主訴に入院した女性が1名、また過去に被虐待歴があり、入院時点では虐待は行っていなかったが、過去に虐待をしていた女性が3名いた。

### 3. 入院環境

次に、我々天竜病院の入院環境について紹

介する。小児病棟 50 床（実質 48 床）は全て開放病棟で、どこからでも外に出られてしまう環境である。個室管理とすることができるのは 5 部屋だが、病床カウント上は 2 人部屋となっている。男女混合の病棟で、病床以外のスペースとしては食堂とプレイルームが各 1 室ずつ配置されている。入院している子どもたちは、隣接する養護学校から帰ってくると、夕方 5 時まで中庭か体育館でスポーツ（ドッチボール、卓球など）をした後は、夕食をはさんで就寝時間まではこうしたスペースでテレビを見るかゲームをして過ごしている。患者層は小・中学生が中心で、小児科慢性疾患患者（喘息、糖尿病、腎炎など）と小児・児童精神科患者が共に入院生活を送っている。精神科入院患者の内訳は、男児では適応障害、発達障害、複雑性外傷後ストレス障害、強迫性障害の子どもが入院しており、女児では複雑性外傷後ストレス障害の入院児が大部分を占めている。医師らの専門性から、女児における性被害、性虐待の患者が多いのが特徴である。男児、女児共に易刺激性、衝動性の高い子どもが多く、自己統制力が弱いいため、主に対応する看護師の業務負担は甚大である。

また、2001 年からは、複雑なトラウマを抱えた成人のための病棟が成立した。本来そのような病理に対しては、できれば依存性を深めないため外来での治療が望ましいが、実際に被害（DV 等）などを受けていたり、かつての加害親との同居や加害者の近所における居住、加害者からの逃亡後の PTSD 症状悪化などからくる、致し方がない入院が多い。基本的に、仕事が出来ていたり、親機能が保たれている間の入院治療は行わず、生活機能を病棟が代行せねばならないような場合のみの病棟利用とした。

小児も成人も、心的外傷関連の疾患はその性質上、夕刻以降、夜間帯の不穏患者が多い。そのため精神科医師は毎日オンコール対応に

て病棟看護師と緊密な連携をとっている。

小児病棟は、精神科医師 5 人、小児科医師 2 人、臨床心理士（非常勤）2 人、保育士 1 人、精神保健福祉士 1 名、看護師 18 人（日勤は 4 6 人、夜勤 2 人）にて構成されている。成人病棟は、整形外科と病棟を二分しており、精神科医師 5 人、臨床心理士（非常勤）2 人、精神保健福祉士 1 名、看護師 18 人（日勤は 4 6 人、夜勤 2 人）の看護単位を二分して、精神科専門の看護師によって、関与していた。

#### 4. 治療

治療に関しては、要は、回復段階を踏まえた精神療法、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、折衷的な治療となる。

成人病棟における治療内容および構造については複雑性 PTSD のモデル<sup>1)</sup>を使って行っている。成人の場合には、患者の主体性と治療意欲を尊重して、週 1 度の回診のほか、精神療法（EMDR、催眠など）、各種心理教育グループ（小児期性虐待、トラウマ、DV など、被害の種類による治療グループ）、森林療法、園芸・スポーツなどの病棟日課により治療を進めていく。

子どもの場合には、言語化や自覚が少なく、発達途上にあり、心的外傷をはっきりと言語化した形で自覚することが、外傷時点の年齢まで戻ってしまう精神的年齢退行や衝動コントロール困難などを引き起こし、必ずしも子どもの成長発達に有効とはいえない、急激に認知の修正を試みるより、まずは実際の生活能力を高めていくことを主眼としている。病棟および学校生活などにおける頻回の生活場面への介入が治療的関わりを中心であり、看護師、保育士、心理士など多職種による現実生活場面への関わりを主として、認知の修正を目的とした治療的介入は、子どもの何らかのトラブルにおける危機介入に限定して行うことが多い。ただし、必要と考えられる場合に

は、退行促進的な関わりを行う場合もある。

精神療法については、フラッシュバックや特殊な情動状態を引き起こす外傷性記憶に対する特殊療法として眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR)<sup>2)</sup> や自我状態療法 (ホログラフィートーク：軽催眠下における誘導イメージ技法<sup>3)</sup>) などを使用する。

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) とは、外傷性記憶の処理技法のひとつであり、シャピロ (Shapiro, F.) によって一九八九年に発表されてから、米国を中心に広くトラウマ治療に採用されている。トラウマに関連するイメージを思い浮かべながら、治療者が左右に振る指を目で追ってもらったり、膝においた手を交互にタッピングするなどの律動的な両側身体交互刺激を加え、そうしながら「今ここ」と過去の記憶の双方に焦点を当てていくことで、脳が本来もっている情報処理の能力が活性化され、加速的な情報処理が起きるとされている。外傷性記憶の言語化が進み、状況依存性である外傷性記憶のベースになり過去の状況に縛り付けられている否定的認知が肯定的認知に変化していく。否定的認知とともにトラウマ体験を想起する苦痛感は、最高十の主観的苦痛尺度で、肯定的認知をどれだけ信じられるかは、最高七の認知の妥当性という主観尺度を使って変化をみていく。

ホログラフィートークは、嶺によって構成された治療技法である。心理療法としては自我状態療法に分類される。私は複雑性 PTSD 治療に簡便な形で援用しているが、患者のもつ解離傾向を、解離能力として活かすことができる優れた技法だと感じている。

その手順であるが、まず問題となる身体症状や情動に焦点を当てて、その感覚を視覚化する。その視覚化された「もの」に身体感覚的にアクセスして、その「もの」もしくは「部分」に問いかけていく。クライアントに、「もの」とセラピストをつなぐ通訳者になっても

らうイメージをもってもらおう。(あなたはどのようにしたいの?)」とその「もの」に訊いて、条件や課題を探っていく。そして、その「もの」が最初に生じた時点まで軽いトランス状態でのイメージ誘導を使って年齢退行していく。そこで出てくる過去の子どもである自分や大人である自分に、「どうしたいの?」と訊いて、その必要性や願望を満たしていく。必要があれば、子どもである自分の周囲の人、家族、友人、知人、などに対して同じ操作を繰り返していく。

その他、生活習慣や衝動行為などの全体的改善のためには、認知行動療法 (トークンや生活枠の拡大などを報酬とした細かい生活改善の指導) を行ったり、またスタッフとの愛着形成を目的にした関わりの時間などを設けている。治療的空間作りとでもいえようか、このような技法や治療のなかでは説明できないような日々の包括的な環境構築、スタッフとの生の関係を前提にした情動体験や認知修正体験が大切なのはいうまでもない。

## 5. 連携

隣接する県立養護学校と緊密な連携の中で、教師一人ひとりにケアワーカー的役割を担ってもらおうと共に、月1回の病院学校連絡会をはじめ、日々の子どもの生活を支えていくために必要十分な医師と教師の相談を随時行っている。また親面談の際にも、必要に応じて医師と教師が同席し、親、病院、学校の三者間の意思疎通を容易にできるよう工夫している。

また、精神科医師が、児童相談所の非常勤嘱託医を兼任している。虐待を受けたことによる複雑性外傷後ストレス障害の症状を呈している子どもの多くは児童相談所において嘱託医に相談されたケースであり、従来は処遇困難として児童養護施設や児童自立支援施設を次々と措置変更する方法しか残されていなかった処遇困難児の一部に対して必要な治療

を行い、再び施設を利用し、場合によっては養育者との再統合を経て、退院の形にもっていくことができた。

最近では、浜松市の乳児院とも連携し、やはり嘱託医として乳幼児と親の関係性の評価、および親の評価を行い、被虐待児など乳幼児期の処遇困難事例における方針立案に際して、乳児院と児童相談所の双方に貢献している。

## C. 結果

### 1. 病院システムの変化

この試みが施行された時期は、旧国立療養所であった当院が独立行政法人に移行する過渡期であった。上記のとおりくみよって病床数が確保されるというメリットがあったために、病院中枢から事務および看護のレベルに至るまで、新しい試みに対するバックアップが得られた。

たとえば、虐待およびDV問題に関係する当事者の引き起こすトラブルというのは通常の問題より遥かに深刻である。次のような問題が生じてきた。

1) コミュニケーションのトラブル。虐待加害者、虐待被害者、DV加害者、DV被害者特有の対人関係特性からくるもの。電話対応から入院治療中の問題まで。守秘の問題。入院していることを開かすことができない症例があり、電話での問い合わせに対する応答方法が変化した。

2) 加害者の引き起こす問題。突然の来訪や脅し。直接的な恫喝或いは、裁判を起こすなどという脅し。入院そのものを秘すために名札を隠す必要のある症例もあった。

3) 金銭面での問題。生活保護、未払い、保険証提出の拒否（DV加害者による）

4) 生活支援面での問題。面会、衣服やおやつなど日常用品の不足、休暇中の行き先の問題。

これらの問題に対処するために、事務レベルから医療のレベルに格段の変化・改善が必要であった。たとえば、電話の対応であれば、接遇の問題から、情報開示の問題までなど、それぞれの関わりにおいて内容は多岐に渡る。また、関連機関（警察、児童相談所など）との一層の緊密な連携が必要になった。

### 2. 連携の有効性

被虐待の子どもが、それを主訴にして養育者に連れられてくることは非常に少ない。このような患者層にアプローチするために、各種機関（児童相談所、警察、学校、養護学校、乳児院等）と緊密なコミュニケーションを取るよう試みた。また、専門援助職を対象とした「心的外傷とその影響」に関連する講演を行った。このような連携の試みは、非常に有効であり、虐待をベースに複数の心的外傷関連疾患が重なり、それが見逃されていた症例の掘り起こしにつながった。紹介経路は次のように分けられる。

1) 児童相談所での面談から医療が必要と判断された症例。

2) 教諭、養護教諭、民生児童委員、保育士、警察サポートセンター（加害・被害含む）など子どもをめぐる専門職からの紹介（講演や講義を聞いて）

3) 医療機関からの紹介

4) 民間支援団体、シェルターなどからの紹介（主にDVを受けた母親と目撃した子ども）

5) トラウマティックストレスを受けたということによる紹介であるが、回復が遅い成人・子どもの背景に、過去および現在の被虐待の問題が関わっていることが明らかになる症例

このような経路をとって受診する子どもや成人の背景や病状を検討すると、広く虐待という現象が国民の健康に及ぼしている悪影響を大きく俯瞰することができた。例えば「DVの目撃」が強迫性障害や不登校の病理の背景

に存在することがあり、PTSD 症状が見逃されやすいこと<sup>4)</sup>などである。

さらに、性暴力被害などにあつて、難治な子どもの背景に家族の機能不全や虐待の問題があること、再演・再被害などによる被害者としての加害少年、家庭内のみならず、学校現場における性被害、スクールセクシュアルハラスメントなどの深刻さ等がうかびあがってきた<sup>5)</sup>。

このように「キレる子」「ひきこもり」「性格・人格の問題」「難治」等と認識され、変化が認められずその場の隔離や処遇を重ねていた症例に治療的なアプローチをする道が開かれ回復が導かれうるということがわかった。

### 3. 専門援助職への心理教育の有効性

心的外傷関連疾患特有の心理や集団力動、外傷性転移逆転移に関する知識の事務・看護レベルまでを対象にした院内講義や看護スタッフへの心理教育はたいへん有効であった。トラブルが起きるたびにそのようなスタッフへの情報提供や心理教育を行うたびに、スタッフによる「抱え機能」が飛躍的に増すなど有意義な側面がみられた。

このような情報提供は、何かが起きたその場、その時を捉えて行われることが望ましい。看護においては、週に1度の定期的な全体カンファレンスのみならず、毎朝の申し送りの後に症例を決めたカンファレンスやアセスメントと治療・看護方針の設定を行い、小回りの効くスタッフ間連携を行う必要があった。また医師と臨床心理、ときに看護師を含め週に1度の軽食を摂りながらのカンファレンスを行い、そこでは、治療上の困難であったり、症例の引き起こすさまざまな問題行動を引き起こす個人的な感情をも含め、話しあうことが許されるような関係および雰囲気作りを心掛けた。

困難な虐待問題に取り組むために小さな単

位（個人とその家族、患者グループ）でも大きな単位（病棟内多職種連携から、地域での支援）でも「トラウマに関する心理教育とグループ形成」が有効であるという印象をもっている。

### 4. 治療状況において

まず児への虐待行為のあった成人で入院治療を必要とした入院者 18 名全例において虐待行動は退院時点で止まっており、その後の再発もない。在宅もしくは数名においては子どもの施設処遇を続けながらも良好な関係を維持している。

次に子ども治療状況であるが、ほとんどのケースにおいて問題行動（暴力や援助交際などの再演再被害、薬物服用、非行、対人関係トラブルなど）や、精神症状（PTSD 症状、抑うつ症状、不安症状、強迫症状、解離性の症状）、集団および社会適応に改善（退院、生活自立、施設内自立、就学、卒業、進学、社会自立）をみた。

評価は、PTSD 症状は IES-R（改訂版出来事インパクト尺度）で、問題行動は CBCL（子どもの行動チェックリスト）を用いて評価しているが現時点ですべてのケースを検討することができていない。

治療は次のような経過をたどることが多い。

- 1) 意識されていない問題行動に働きかける  
→意識化された PTSD 症状が出現
- 2) PTSD 症状に働きかける→PTSD 症状の消失と共に、衝動コントロールの困難の出現
- 3) 衝動コントロールの問題は周囲との愛着関係の修復をベースに自己コントロールの経験を積むことによって改善

以上の点については後に考察の部分で再びとりあげる。

### D. 症例呈示

前述の問題行動や、衝動コントロールの問

題などは、心的外傷もしくは愛着に焦点をあてた心理療法によって取り扱うことができる。実際に我々が行っている治療の理解を容易にするために症例呈示を行う。1回の治療で症状や問題行動の改善がみられることが特徴である。

1例目は、乳幼児期から治療をうけていた14歳男児のEMDRによる面接の逐語の記録である。2例目は、児への虐待などを主訴として来院したが、治療経過で自らの性虐待の記憶が返ってきたという母親のホログラフィートークによる面接の逐語記録である<sup>6)</sup>。

症例：Aくん、十四歳。

成育歴：乳幼児期から、父よりひどい暴力をふるわれて、父の母へのドメスティックバイオレンスを目撃して育った。5歳で別居。その後の母親の再婚により家庭は安定したが、再婚後生まれた弟に「遊んでいるつもりで暴力をふるってしまう」という再演行動や、お人形を縛ったり、刃物で傷つけたりして遊ぶポストトラウマティックプレイなどの加害的不適応行動が問題となり来院。学校でも「いじめるか、いじめられる」という支配-被支配の硬直した対人関係か、自分よりも弱い、庇護しなければとみなした女兒との共依存関係しかとれず、対等で健全な対人距離および関係がもてないという問題を抱えていた。筆者の言葉を〈〉内に、Aくんの言葉を地の文章に、また筆者の補足を（）内に記した。また#という記号を、前記した身体刺激を行っているところで使用する。

セッション

〈どうして暴力をふるうの?〉最近、遊びからはじまるけど、盛り上がると・・・幼い頃に帰っちゃう。弟と同じくらいの精神年齢になっちゃう。わかってやっていた。〈そうするとどうなる?〉親にも迷惑がかかる。家の中で走り回ったりするだけで終わればいけ

ど、弟まで暴れちゃう。弟が前のことをもう1回しろっていつてくる(弟と自分の同一化もしくは混同が起きている)〈ほんとうに?〉弟はそれで楽しげらしい。〈?〉何か弟の中では、ストーリーができています。〈弟とあなたの世界が重なってる?〉遊びだけ蹴っちゃう。昔のことと同じことを繰り返す。〈それってどんな感じ?〉いやな感じ。〈暴力をふるわないためには、どう自分自身を信じている?〉自分は同じことを繰り返さない。

否定的認知「私は同じことを繰り返してしまう。」主観的苦痛尺度、最高十のうち四  
肯定的認知「もう同じことを繰り返さない。」  
認知の妥当性 最高七のうち五

#(眼球運動もしくは手のタッピング、以下省略)そういう遊びにのっけはいい。幼心でけっちゃったり。そういう遊びにのっけるのは、自分。#ない。#〈嫌な感じに集中して)全部こっちからしかけていた。〈弟もしかけています?〉それもある。#弟が言い出したのは、自分がやってやめたあと。〈何をやるの?〉それは分からない…(自分の暴力を否認)#…自分からしかけるのは戦いごっこ(否認しているが、戦いごっこという形で一步認める)。#自分は勝手にやっちゃう。#弟との戦いごっこ。自分でそう思っている。弟はどう思っているかわからない。#〈ひどく暴力をふるわれた子どもが、遊びの中で、今度は自分が暴力をふるうことを繰り返す子がいます。あなたは思う?〉当てはまらないと思う。〈親からの暴力を受けて、それを認めたくなくて、暴力を戦いごっこ考えます。自分は思う?〉あてはまる…〈どう?〉やっぱり、あてはまらない。昔の親父は本気でやっていた…。〈昔の親父は本気であなたのことを蹴った?〉#自分は弟にしていた。正

当化をしていた。昔の親父はもっとひどいことをしていた。#〈それに集中して〉…#…でもね、今ね、父親の所についてっちゃってどうなるのか、怖い。(その頃の恐怖が甦っていると感じた)#その後、ちよくちよく父親の所へいった。母親が連れて行った。#昔は父親の所へ行ったときに、自然と怖さはなくなった。(行く前は?)怖かった。何かの心の働きがそうさせている(Aくんは、父親への恐怖を否認する機制に内的に気づいていると感じた)#〈そのことに集中して〉…#〈もう一度元に戻って弟に戦いごっこをしかけた自分についてどういう気持ちがある?〉出てこない#…申し訳ない。#〈もう一度戦いごっこの場面。どう見える?〉もうやらない。やりたくない。(どうして?)昔の父親と同じになっちゃう。#〈僕はもう二度と繰り返さないって思ってみて)さっき6って言ったの、7くらいになった。自分に誓える。#〈それに集中して、別の記憶が出てくることも出てこないこともあります)誓える場面しか思わない。#〈弟にどうやったら繰り返さないだろうか(「未来への鑄型-将来こうしたいという行動パターンの基礎イメージ」を作る))自分の中に誓ったから…具体的にはない。#〈具体的なイメージできるのがいい)今、戦う場面しか思い浮かばない。#弟の顔が思い浮かんだ。#〈同じことを繰り返さない)親にも少し暴力あったから、これもなくそうと思った。#…何も出てこない。誓っている(苦しそうな表情、まだ暴力場面が甦っていると感じられる)。#〈無理に誓わなくてもいいよ)出来そうじゃなくて、やる。#〈自然体で遊んでいるところ、浮かぶ?〉…#〈戦い場面出てきた?〉うん。#〈どんな?〉普通に自分がやられるとか、そういう感じ。#出てこない。でも、今、そういうことしないで誓ったから。(苦痛表情がうかんでいる、暴力的な場面はまだ浮かんでいると思われる)#…#何か怖いというのも取れてきた。

もう会わないから。#〈それに集中して)今、父親のようにするのを一番悲しむのは母親だから。もう遊びに行かない(実際には近年ほとんど行っていない)〈今までどう思った?〉また会ったら怖いって。#…『僕は二度と繰り返さない。父親にやられることないし、弟にやることないし』どのくらい信じられる?7のうち7信じられる(表情が楽になってくる)#何言ってもいいかわからない。(少し当惑した表情)#〈体にどんな感じする?〉胸の中がおだやかな感じ。#〈楽?嫌な感じは?〉ない。(胸の中の穏やかな感じは何色?)白。(その光を全身に通すこと出来るかな?)できる。…強くなる。(何が?)自分で決めたその気持ちが。

否定的認知「私は同じことを繰り返してしまう。」主観的苦痛尺度、最高十のうち0  
肯定的認知「もう同じことを繰り返さない。」  
認知の妥当性 最高七のうち七

このセッション後、「(セッションを)うけてよかった。嫌なことも全部話せた」と述べた。直後から再演行動は止み、弟に対する暴力行為は消失し、再発しなかった。

Aくんの問題行動は、父親からの深刻な暴力を受け、それを否認、解離することにより「戦いごっこ」という形での再演(Replay)起きたことの結果であった。攻撃者への同一化や、弟と自分の同一化、父親の恐怖などをセッションのなかで、再体験し、自覚していくことで変化が生じたと考えられる。

セッションの流れを示すと次のようになる。自分の欲望・衝動と弟のそれの混同→自分の暴力の否認→自分のしていたことを「戦いごっこ」と表現→(セラピストによる心理教育、認知の編み込み)→父親からの暴力を想起→父親への恐怖を想起・再体験→「同じことを繰り返したくない」という感覚が生まれる→

恐怖のさらに鮮明な再体験→弟との間で穏やかに遊ぶイメージがもてる→「もう繰り返さない」と自分で決められることができる。このような過程であった。

症例：Bさん、30代

成育歴：幼い頃からアルコール依存の父親から母親への暴力を目撃して育つ。母親が家出をし、その後再婚した継父から性虐待をうける。10代で妊娠するが夫から暴力をふるわれ、児出産後逃亡し、単親として生活している。初診時主訴：不眠、焦燥感、アルコール依存、子どもへの虐待。

精神症状：初診時は前夫の暴力のフラッシュバックが問題だったが、外来治療中のある日継父から継続的長期に性虐待を受けていた記憶が鮮明に甦り、不眠や焦燥感がさらに募った。身体化や性虐待の記憶のフラッシュバックがひどくなり、怒りや自殺衝動のコントロールが不能となって入院となった。入院時には「すべてがどうでもいい、『死んじゃおっ』という感じ、子どももどうでもいい」と述べていた。

入院後の初回セッションでは、性虐待の場面をEMDRで扱い、虐待のときの様々な場面や感情が脱感作された。しかし、その後、当時守ってくれないと感じられていた母親に対する強い怒りが出現し、病院にいられないという衝動が抑えられなくなった。

ホログラフィートークセッション

以下にホログラフィートークのセッションを、逐語的に呈示する。患者の言葉を地の文に、医師の言葉を〈〉内に書き抜く。

〈ここにいられないという感じは身体どこにありますか？〉腹の底に、真っ黒なドロドロ、マグマがある〈マグマに訊いてみましょう。どうしたんですか？〉すべてをぐちゃぐちゃにしたい〈本当はどんな姿になりたいの？〉海に帰りたい〈海に帰れたら？〉珊瑚

礁になる〈そのためには？〉もっと強くなる〈そのためには具体的に？〉「明るくて、にこにこして、一日一日を大切にする」〈もっと具体的に？〉ゼロからやり直す〈そのために？〉新たな気持ちで心を空っぽにする〈ほかには？〉おとうさん（二人目の継父）とお母さんと三人で話す。

〈それでは、そのマグマが最初に体に入ったときまで過去に遡りましょう。目の前に心の時計をおいて、時計の針がぐるぐる反対に回っていきます。どんどん過去に遡ります。時計の針がびたりととまったら、その場面です〉八才の夏、加害者に体の上に乗られています〈性虐待の場面〉〈Bちゃんに訊いてみましょう。どうしたんですか？〉よくわからない、やめてほしい〈そのことを、ちゃんと言えている？〉言ったのにやめてくれないの〈子どもの声になっている〉〈では、継父さんに訊いてみましょう、どうしたんですか？〉こいつを玩具にしたい〈Bちゃんは本当はどうしたいの〉お母さんに守ってほしい〈お母さんに思いっきり気持ちを伝えてみよう〉お母さんは悲しんで泣いている〈お母さんどうしてあげたいですか？〉守ってあげたい。抱きしめてあげたい〈これはBさんの中の母イメージの言葉である〉。〈それでは、お母さんと子どもで継父さんに言いましょう〉お母さんは殺したいと言った。私はどうしてこんなことをするの、やめると言うのに、おとうさんは反省していない。〈継父の反省しない部分が身体なかで暗くなっています、それはどこ？〉胸です〈そこに心の手でそっと触れると何がありますか〉マグマよりドロドロして汚いヘドロがある。〈そのヘドロに訊いてみましょう〉快感を覚えて何が悪い。〈あなたはどんな姿になりたいですか？〉このままでいたい。〈それでは、そのヘドロが最初にお父さんの身体に入ったときまで過去に遡ってみましょう〉…薄汚い部屋、三十代後半の継父がみえます〈どうしたんですか→継父へ〉ベットの

ように手なづけたい〈そんなことができるの？〉うまくいく〈継父の身体にある、支配がうまくいくと思っている部分に訊いてみましょう〉頭にある。脳みそにある。〈それでは脳みそに訊いてみましょう〉…世の中何をやってもうまくいかない。〈Bちゃんへの虐待とそれがどう関係するんですか？〉人を支配したい〈では、おとうさんの中の人を支配したい気持ちが芽生えた場面まで遡ってみましょう〉十代のおとうさん〈どうしたんですか？→子どもの頃の継父〉…毎日つまらない。ビッグになるために人を支配したい。お母さんに支配された。相手にされなかった。〈ここで、同席していた母親は、Bさんに虐待をした前夫の父親は仕事の関係で留守がち、ひとりになった母親は親戚との浮気を子どもに見せても平気な人だったことを回想して、クライアントとセラピストにそれを告げた。クライアントも知らない情報だった〉〈十代のおとうさんの心のなかにある苦痛な記憶はどんな形ですか？〉三角のものがああります〈今どんな気分ですか？→三角のもの〉早く支配したい。本当は普通の家庭に生まれたかった〈小さなおとうさんに、今のあなた（Bさん）の気持ちに伝えて〉かわいそう、泣いている、丸くなっている〈まるの気持ちは？〉うれしい〈あなたから愛情のエネルギーを送ってあげて、十代の継父さんが満足したら顔いてください〉…溶けていきました。

〈それでは、八歳のBちゃんの場面に戻しましょう〉楽しそうに妹と私とおとうさんとお風呂に入っている。〈おとうさん、今どんな気分ですか？〉Bとお風呂に入れてうれしい〈下腹部のヘドロは？〉全くななくなっています！（驚いた様子で）〈それでは、ヘドロの跡に訊いてみましょう、どうですか？〉Bにしたことを後悔しています〈その気持ちを自分の（継父の）お母さんに話してみても〉…苦笑いしています。〈思い当たりますか↓継父の母〉はい…大きな戦争で苦労した。一人で寂

しかった〈継父さんのヘドロの跡と継父のお母さんに、愛情のエネルギーを送って、ゆっくり過去に返してあげてください〉…〈（イメージのなかの）お母さんどうですか？〉平和になるといいね〈継父に訊く〉さっぱりした〈父子としての楽しい触れあいをしてください〉…Bちゃんが妹と平等に扱って欲しいって〈今のあなたとBちゃんでおとうさんに伝えて〉…妹とおもちゃとりあいつこして奪い取った（笑う）〈ほかに何かしたいことはありますか？〉プールに連れて行ってほしい〈では行きましょう〉潜りあいつこ、息とめ大会、おとうさん、お母さんに、お兄さん、お姉さん全員でプール〈全員に愛情のエネルギーを送ってみんなが満足したら今に戻ってきましょう〉…戻りました〈Bさんのお腹のマグマはどうですか〉減っています。安らかな気分です〈もっと安らかになるために〉お母さんの愛情のエネルギーが必要〈外泊の範囲でできることは？〉一緒に買い物にいたり、料理を作ったり〈そのためには？〉病気をよくして早く家に帰ることが大切〈そのためには？〉きちんと過去と向かいあうこと〈そのためには？〉家族全員の協力が大切〈もう一度マグマをみて〉今はマグマはなくなっている。すっきり海に戻れた。澄んだ海。砂浜に星の砂…お酒もやめる。子どもも大事にする。私はいいお母さんになる。

この後、しばらく衝動や情動のコントロールは不安定だったが、Bさんは医療を離れ、健全な家庭を再建するまでに回復している。

尚、このような急速な認知変容や、強烈な内的情動体験は、様々なレベルにおける副反応を伴うことが多い。面接内での変化が、実際の良好な変化につながるためには、周囲の人がその変化を知り、理解し、彼らの気づきや変容を現実レベルにまで落とすような密な関わりが必要になるため、後に考察す

る。

## E. 考察

### 1. 虐待によって生じる精神病理

入院環境において我々が課題と考えていることは、子どもの精神・身体症状や問題行動を理解して対処できるようになること、子ども虐待によって生じている状態に関わるために必要な条件を知ること、子どもへのケアや治療を行うことによって生じうる状態を知り対処できるようになること、子どもの対応をする看護師、教師、児童福祉士など必要に応じた知識や情報を提供して包括的な治療環境を作り出すことなど様々である。

そのなかで、子どもの精神身体症状や問題行動を理解し、治療を行うなかで、虐待によって生じる精神病理として必要であった概念を以下にまとめる。

### 2. 被虐待児の精神・身体症状

#### 1) 子ども虐待の影響による変数

虐待を受けたことによる子どもの影響は、保護・養護および養育・発達支援の欠如や心的外傷および外傷性の記憶による人格の脆弱性、親との愛着形成阻害による解離の問題、そうした問題すべてから生じる行動や対人関係における複合的な問題、発達を阻害して人としての統合性を阻害する大きささまざまな傷の集積まで、局所的なものから子どもの人格全体にわたる問題まで多岐にわたる。

外傷後ストレス障害 (PTSD) では、心的外傷を受けた人がその人自身にとって処理することができない体験を冷凍保存して記憶するという外傷性記憶が存在しているという考え方をすることができる。

外傷性記憶とは、五感、感情、思考、認知などがその人の通常の意識とは疎隔化された状態で右脳に偏在する特殊なネットワークで作られている。虐待を受けた多くの子どもには、こうした形で PTSD が潜伏している状態に

あることは既に周知の事実となっている。

#### 2) 子ども虐待におけるトラウマによる精神・身体・行動上の表れ

被虐待という過酷な体験による様々な子どもへの表れについては別稿に記したことがあるが<sup>7)</sup>、何よりも困難なのは、繰り返される複雑なトラウマの影響は、表面的には問題となる行動や性格としてしかみえにくいところにある。以下に被虐待のこどもを理解するために役立つと思われるいくつかの項目を説明する。

#### 【テアのII型トラウマ】

テア (Terr, L.) は、子どものトラウマを単回性トラウマによるI型トラウマと慢性反復的に強い外傷的な出来事にさらされ続けた場合におこるII型トラウマに分類<sup>9)</sup>する。その特徴は、否認と精神的麻痺、自己催眠と解離、怒りと受動性である。外傷体験が繰り返される中で、心を防御しようとする働きによる、外傷的出来事の存在自体の否認、周囲からの疎隔、同一性の変容や混乱、攻撃的な行動や自傷、対人関係や自己価値感への障害が生じる。

#### 3. 子ども虐待と解離

児童虐待は、テアにおけるII型トラウマとして理解ができる。成り行きとして、解離は主たる症状のうちのひとつとなる。

田辺は、不適応解離の発達因子として、準備因子、誘発因子、強化維持因子の3つの因子をあげてまとめている。準備因子として、1、生得的な解離能力の高さ、心的統合力の弱さ、2、幼児期のイメージ・表象能力の発達、3、危機への生産的・積極的対処法の未発達、危機への対処を援助する社会環境的資源の欠如である。誘発因子は、圧倒的で対処不能なストレスへの暴露である。強化維持因子としては、1、対処不能なストレスへの反復暴露、2、ストレス暴露体験の外傷化、3、外傷の

補償・慰安・浄化・修正となる体験・環境の欠如、4、適応的対処様式の発達不全である。すなわち、児童虐待という現象においては、誘発因子と強化維持因子が圧倒的に多く、時間経過とともに複雑な解離を呈するようになる。」

1) 解離による症状(自己催眠レベルの浅い症状から解離性幻聴・幻視、フラッシュバック、とそれに伴う問題行動) - PTSDレベル

2) 想像上の友人と良性・悪性の想像上の友人や複数の自我状態による症状とそれに伴う問題行動-特定不能の解離性障害のレベル

3) いわゆる独立した内部人格の存在-解離性同一性障害(多重人格障害)のレベル

特に、健忘下における攻撃的な行動や攻撃者人格の出現は、他者との関係や養育する人(家族および施設)との人間関係を悪化させ、また処遇困難の問題を作り出す。また、コントロール困難な性化行動化にも、解離は多大な影響を及ぼしている(Trauma and Sexuality)。解離症状や解離による行動化に対処していくハード面、治療面での対応は急務である。

【バージェスのトラウマ学習理論とPTSD未発症の2型<sup>14)</sup>】

また、子どもは、発達途上の存在であり、その記憶システムは未完成である。バージェス(Burgess, A.)は、子ども時代のトラウマによる一種の記憶への刷り込みを「Trauma learning」と名付け、PTSDにおける記憶の特徴を、再演(回想、断片化、フラッシュバック、強烈な感覚的経験)、反復(再被害化、攻撃者や被害者への同一化)、置き換え(トラウマの加工、異常な性幻想、異常性愛、精神病様反応)の3つとした。さらに、PTSDの発症が遅延している状態として、回避(性行動回避、薬物依存[鎮静系薬剤])、身体化、抑うつ反応)、と攻撃(危険な行動、反社会的行為、薬物依存[刺激系薬剤]、性行動過多)

の2型を描写している(バージェス論文)。トラウマ、解離と非行の関連が解き明かされてきているが<sup>15)</sup>、トラウマ学習理論は、ひとつの理解の要になると考えている。

これら、PTSD未発症型において、それらの問題行動を抑止するためには、心理教育などの働きかけが重要になってくるが、問題行動が止まってもPTSDが発症し、結局は、新たなレベルで、より虐待との関連が密接であるフラッシュバックや問題行動に対応しなければならない。しかし、そこで踏みとどまりPTSDとしての治療を行うと、明らかな改善がみられるという方針で我々スタッフは取り組みをし、良好な予後を得ている。

【複雑性PTSDもしくはDESNOS】

複雑性PTSDもしくはDESNOS(Disorders of Extreme Stress not Other Specified)これは、ハーマンにおける被虐待や被DVをうけた成人に対する臨床的観察と、ヴァン・デア・コークによるDSM-IVタスク・フォースにおける統計的な操作も含む多数症例への調査が一致したものである。ほぼ同一概念であるが、「身体化」という重要な項目が入っている分、より広い概念である。複雑性PTSDの診断基準<sup>16)</sup>(表1)、DESNOS診断基準<sup>17)</sup>(表2)を呈示する。

【表1: 複雑性PTSD Herman】

1. 全体主義的な支配化に長期間(月から年単位)服従した生活史。事例には人質、戦時捕虜、強制収容所生存者、一部の宗教カルトの生存者を含む。事例にはまた、性生活および家庭内日常生活における全体主義的システムへの服従者をも含み、その事例には家庭内殴打、児童の身体的虐待および性的虐待の被害者および組織による性的搾取を含む。

2. 感情制御不能であって、以下を含むもの

- ・ 持続的不機嫌
- ・ 自殺念慮への慢性的没入
- ・ 自傷
- ・ 爆発的あるいは極度に抑止された憤怒(両

者は交代してあらわれることがあってよい)  
・強迫的あるいは極度に抑止された性衝動(両者は交代してあらわれることがあってよい)

### 3. 意識変化であって、以下を含むもの

- ・外傷的イベントの健忘あるいは過剰記憶
- ・一過性の解離エピソード
- ・離人症/非現実感
- ・再体験であって、侵入性外傷後ストレス障害の症状あるいは反芻的没頭のいずれかの形態をとるもの

### 4. 自己感覚変化であって以下を含むもの

- ・孤立無援感あるいはイニシアティブ(自分から行動する、主動性)の麻痺
- ・恥辱、罪業、自己非難
- ・汚辱感あるいはスティグマ(穢れたものの烙印)感
- ・他者とは完全に違った人間であるという感覚。(特殊感、全くの孤独感、わかってくれる人はいないという思いこみ、自分は人間ではなくなったという自己規定を含む)

### 5. 加害者への感覚の変化であって、以下を含むもの

- ・加害者との関係への没入(復讐への没頭を含む)
- ・加害者への全能性の非現実的付与(ただし被害者の力関係のアセスメントの現実性は臨床家よりも高いことがありうるのに注意)
- ・理想化あるいは逆説的感謝
- ・特別あるいは超自然的関係の感覚
- ・信条体系の受容あるいは加害者を合理化すること

### 6. 他者との関係の変化で、以下を含むもの

- ・孤立と引きこもり
- ・親密な対人関係を打ち切ること
- ・反復的な救助者探索(孤立・引きこもりと交代してあらわれることがあってよい)

### ・持続的不信

### ・反復的な自己防衛失敗

### 7. 意味体系の変化

- ・維持していた信仰の喪失

- ・希望喪失と絶望の感覚

### 【表2 : DEPNOS : Disorders of Extreme Stress not Other Specified】

#### A. 感情覚醒の統御における変化

- (1) 慢性的な感情の制御障害
- (2) 怒りの調整困難
- (3) 自己破壊行動および自殺行動
- (4) 性的な関係の制御困難
- (5) 衝動的で危険を求める行動

#### B. 注意や意識における変化

- (1) 健忘 (2) 解離

#### C. 身体化

#### D. 慢性的な人格変化

- (1) 自己認識における変化
- (2) 加害者に対する認識の変化
- (3) 他者との関係の変化(不信・加害-被害反復)

#### E. 意味体系における変化

- (1) 絶望感と希望の喪失
- (2) 以前自分を支えていた信念の喪失

これらは本来成人のための診断基準ではあるが、情動衝動コントロールの障害から、怒り、自傷、危険行為、性的逸脱、健忘我々の臨床的観察からはすでに、乳幼児期からの虐待がある場合、小学校低学年から、場合によっては学齢期以前にすら、ほぼ合致する症例がでてくる。被虐待の年数や、発達段階における被虐待の時期の関与の問題については、今後、子ども症例に DEPNOS 診断基準をあてはめることによって、考察していく必要があると感じている。

### 4. 複雑性 PTSD の治療と被虐待児治療

複雑性 PTSD の治療では、1 回の面談から数年の治療経過すべてにおいてマイクロからマクロにおいて、その回復は「らせん階段」のような過程となる。入院治療であれば、主治医との二者関係、スタッフとの関係、他の患者

との関係、養育者との関係、社会的な結びつきと場を広げるたびにこの構造が繰り返される。安全、再想起と服喪追悼、再結合のどの段階でも危機と乗り越えが繰り返されることになる。

### 1) 治療方針と治療上の課題

治療方針の基本は、安全の確保、自己統御感・自己尊重感を育てること、内的・外的資源の探索となる。また、治療契約(長期目標、当座の目標、行動化に関する取り決め)、治療的関係を維持するための細かい漏れや矛盾のない約束、病棟日課やスタッフの心理教育あるいは回復促進的対人関係グループなど治療環境の整備が必要となる。

治療上の課題としては、フラッシュバックなど PTSD 症状の制御と、攻撃性、衝動性、再演、対人関係トラブル、性的逸脱など問題行動の制御がある。PTSD 症状への治療介入を行うと問題行動が顕在化する可能性があるが、問題行動を恐れるあまり治療介入を行わないという姿勢も適切でなく、治療介入と安定化という相矛盾する両者のバランスや行動枠の設定、適切な方法論の選択が重要となる。

治療上起こりうるトラブルとして、フラッシュバック、攻撃性・衝動性の突出、解離・遁走による離院、自傷・自殺未遂、人格解離による暴力、発達の退行現象・病的な甘え、多動、食行動などの嗜好の問題、盗癖の出現、患者間トラブル、対スタッフ間トラブルなどがあるが、これらについては Acting out としてだけではなく、複雑性 PTSD の病理として捉えていく必要については強調しておきたい。

### 2) 安全の確保

本人が自分のいる人的および衣食住環境に安心でき、自己統御感と自己尊重感を回復する過程である。養育者との分離を行い、外来(時として入院)において養育者に対して、子どもの PTSD 治療を行うことにより生じる反応についての心理教育を行うことで、養育者の耐性を構築することも必要となる。治療

環境の構築として、病棟環境、スタッフとの関係作り(受け持ち医師および看護師と他のスタッフ)、対人関係促進支援、スタッフや周囲の全関係者の心理教育が必要となる。また、短時間であっても特定の日常的な時間の共有(散歩、食事など)に努め、小さなステップでの回復の徴候を適切に捉えて、本人や周囲に伝えていくことも重要となる。

基本的信頼感の欠如や安全感的な不安、疑惑、不信の抱きやすさ、特有の対人関係パターンによるトラブルなどで、なかなか安心できないなどにより、安全感的な確保は困難な場合が多い。

### 3) 想起・服喪追悼と外傷性記憶の処理

患児が外傷のストーリーを語っていく過程である。非特異的な方法としては、話す、語る、遊ぶ、日記に記すなど、どんな形の表現であっても有効である。外傷性記憶の処理に際しての特異的な方法としては、前述の眼球運動による脱感作処理法(EMDR)を適用することがある。

再想起では、ストーリーを詳細な細部にわたって時間的経過と共に再び呼び起こすことと同時に、その時点では表出できなかった感情を外傷から時間の経過した現時点において呼び起こし、両者を再構成していくことが必要となる。この過程により、外傷性記憶は他の記憶と同様に取り扱うことができるようになり、次の再結合の段階へと進むことができるようになる。

この段階における困難は、健忘、麻痺、回避により、処理すべき記憶が直接面接のテーマになりにくい点である。小さい子どもの場合には特に生活場面での問題行動しか表さないこともあり得る。症状そのものが外傷性記憶と関連付けにくい身体化や解離・麻痺による見逃しが起こりやすいといえる。

外傷性記憶を処理するということは心的安全の確保につながる。物理的な安全、対人関係上の安全がとれただけ確保され、また加害を

していた親が変化してきたとしても、「外傷性記憶」が心のなかであれば、常に恐怖の対象とともにいることと同じになる。分離を行い、記憶の処理を行った後、養育者に対する愛着感情が急激に活性化される。その時期を有効に利用して、養育者との面会を再開したり、看護者のケアをみせて、親スキルについて学んでもらうことが再結合、再統合につながっていく。

#### 4) 再結合

心的外傷体験の核心は、孤立と無援である。逆に、回復体験の核心は有力化（エンパワメント）と再結合である。自分が被害にあうことによりどのような後遺症を受けたかを理解し、それを取り戻していく作業といえ、再想起・服喪追悼という認知部分での回復を経て、実際の生活における回復を行う過程である。

よくある問題点としては、外傷を受けたことによる歪んだ対人関係パターンによって、あらゆる対人関係が汚染されているため、回復促進的な人間関係構築を行いにくい点である。

本人の親やその親も同様の課題を抱えていることにより、現実的な回復が得られにくい。そのような場合は、前述の親自身の PTSD 治療を行い、その上での再結合・再統合を行うのであるが、児の愛着パターンの変化、母親自身の子どもに対する感情の変化などさまざまな興味深い現象が観察された。

症例の A くんの場合も、前述のセッション以降、暴力行動は止まったが、彼からみて「力を持っている」と感じられる人物に対する（病棟であれば医長や師長、学校では教師、家庭では継父等）攻撃的言動がしばらく続いた。その後、さらに父親の過去の具体的な暴力場面を同様に取り扱い、対人関係上の問題はさらに落ち着いた。A くんにおける反抗や暴力や「キレル」ことは、「大人」に対する、解離・抑圧されているがゆえに常に喚起される恐怖や怒りや不信、被害的な認知からきていたの

だろう。A くんは、被害体験を直視することで、自分の対人関係のパターンを見つめ、自らの加害性を自覚し、それを繰り返さなくなった。その後も、周囲の「信頼できる大人」に話して、自ら解決していくというパターンを形成することができたからである。

このような子どもが、退院する場合、また、児童養護施設や自立支援施設に戻る場合、入院治療で起きた治療者への試しと愛着の回復、フラッシュバックを起こしそれが理解され受け入れられること、などが入院時よりは軽症であるが再度繰り返され、一見悪化したかと思われるほどの症状のぶり返しがみられることがある。この折に、病院で行われたのと同様の症状理解と支持、被害的認知の修正や対人関係支援が養育者および施設職員の手によって行われたときに、症状はさらに回復の方向に向かう。そして、自立したときには、そこでの対人関係において同じことがおきうると考えた方がよい。隠蔽されていた PTSD 症状は、物理的安全が確保されたときに出始める。そして、そこにおける対人関係を信頼できるようになるまで、繰り返されると感じられることすらある。

#### 5. ミクロのレベルでの危機介入

##### 1) 再演や、衝動コントロールを扱う

PTSD の症状から回復せしめたとしても、一番困難な行動化や衝動コントロールの障害を扱えなければ、治療は困難な極みである。

加虐行為そのものが、外傷性記憶の再演であることは往々にして見逃されやすい。単なる問題行動としての見方をして処遇困難のレッテルを貼るだけでは非治療的である。また、もっとながりが見にくい衝動コントロールの障害もまた、虐待による傷つきと関係している。

たとえば症例における、A くんの場合は、再演および問題行動である「戦いごっこ」を繰り返してしまうことから、繰り返さない

思うことができる変化が引き起こされるまでに、さまざまな記憶が呼び起こされ、自分や他者の行動に対する見方が変化していくのが理解される。

虐待をうけることは、本来健全な愛着が生じるはずの養育者や、養護するべき成人との間に非常に複雑な関係が生じることになる。脱愛着により解離が生じる。繰り返される虐待による被害をうけた子どもはそのようなミクロの解離の連続により、外傷性記憶と結びつく無数の自我状態が生み出され統合されないまま「離散型行動状態」という幼児的なバラバラの行動パターン<sup>18)</sup>を持ち越す。被害児童の衝動や情動は、常に虐待者によってコントロールされ、育たぬまま残り、衝動や情動のコントロール不能につながる。このような状態に対する治療を行うためには、単に外傷性記憶の処理だけではなく、なんらかの形でその自我状態への慰撫と周囲への愛着関係の回復、トラウマによってもたらされたネガティブな感情の浄化がなされる必要がある。ホログラフイートークを含めたワトキンス (Watkins & Watkins) らが提唱した自我状態療法<sup>19)</sup>が有効となる。

## 6. 心的外傷と愛着 治療モデルと養育モデルのバランス

このように、心的外傷や愛着に関する認知変容に働きかけることによって、単回の面接で、行動変容が起きることがある。しかし、急速な変化がおきる面接は、人格システムに大きな変化を及ぼす可能性があるため、要所要所でバランス良く行い、あくまでも包括的な治療のなかのひとつであると考えて欲しい。このような「覆いはがし」作業は、全般的に次のような過程をとる。

- 1) 意識されていない問題行動に働きかける  
→意識化されたPTSD症状が出現
- 2) PTSD症状に働きかける→PTSD症状の消失と共に、衝動コントロールの困難の

出現

3) 衝動コントロールの問題は周囲との愛着関係の修復をベースに自己コントロールの経験を積むことによって改善

簡単に書けばこうなるが、特に成長過程にある子どもに対して、どこまでこのような治療をするかは、どこまで周囲との関係性が良好であるか、健全な愛着が成立しているかということ前提になる。ところが、被虐待児童の場合にその部分は損傷されている。医療的枠組みの治療で、早く変化すれば、それを行わなかったときにかかるだけのケア、育て上げを、行わなければいけないという印象を我々はもっている。しかし重度の問題行動や重度のフラッシュバックなどで入院してくる子どもに対しては、行っていくしかない。先に書いた、危機介入的な施行というのは、このような現実から来ている。すなわち、日常の養育やケアで過ごせていける限りは養育モデルで、その施設の枠組みで処遇困難になってしまった場合、治療モデルに変換するという形になる。被虐待の子どもを治療モデルで扱うことに対する印象を言えば「どちらにせよ手がかかることが圧縮される」というものである、今後の治療経験の積み重ねで、よりよい治療に関するエビデンスをだしていく必要があると感じている。

また治療モデルにおける問題点としての根本的な問題はそこに滞在することに関しての認知および受け取りの問題でもある。医療というのは「疾患を治療する場」であり、時間を限って滞在する場所である。しかしながら、虐待問題あるいはDVなどにより被害をうけた子ども・成人は、安全感を得るために、家族の重要機能である「永続性」の感覚が必要である。先にも述べたが、退院によってそれはいったん崩れ、再び症状が出現することがある。新たな環境下でそこにおける公的人的資源を使いながら、入院時とレベルは異なるが同様の症状に対する操作を行わなければな