

2. 親（主たる養育者）の評価

1) 親の現在の機能

親の現在の機能に関しては、以下の項目を把握することで

- ① 知的レベル
- ② 共感性の問題（子どもの痛みが感じられるか？）
- ③ ボンディングの問題（子どもを可愛いと思えるか？）
- ④ 自信のなさ、自己評価の低下、虚勢
- ③ 衝動性の強さ、怒りのコントロール
- ④ 他者への不信など、他者との関係のとり方問題
- ⑤ 状況把握の問題
- ⑥ 感情の問題（うつ、躁）
- ⑦ 人格の偏り
- ⑧ 現実と非現実の混同に関する問題

2) 現在の機能の問題の背景

在宅支援では現在の機能の問題の背景となる要因には以下のようなものが多く見られます。しかし、育児は現在進行形で行われているものであり、現在の機能への対応が必要なことが原則です。背景に関する情報は長期間の治療関係の中で明らかになってくることが多いものですが、特に過去のトラウマに接近すると現在の機能に影響をもたらすことがあることに注意をしながら対応することが必要です。

- ① 発達障害の有無
- ② 被虐待体験
- ③ 愛着形成の問題
- ④ 喪失体験
- ⑤ トラウマ
- ⑥ その他の要因

3) 特に気をつけなければならない問題

以下の問題があるときには危険性が高いと考え、十分な注意を払う必要があります。治療が必要な精神障害と同様、精神科の関与が必要です。

① 過去の重大な虐待の既往

過去に重大な虐待をしていた場合には、その後の子どもに対しても危険が高いと考える必要があります。

② 最近の自殺未遂、もしくは過去に自殺未遂があり、その病理が続いている場合、または現在の自殺企図

自殺を考えるとそれを行動に移すことは異なります。行動に移したということは、衝動抑制に低さを示すことでもあります。また、自己破壊の欲求が強くなるときがあることは、子どもを含めた破壊に繋がる危険もあります。更に、親の自殺は子どもにとって最も強いトラウマとなる出来事の一つです。子どもを守るためにも、自殺未遂の既往には注意が必要です。

③ 最近の他害のエピソード、もしくは過去に他害があり、その病理が続いている場合

他害ももちろん衝動性の問題に繋がります。他害の既往にも注意が必要です。

④ 薬物乱用

現在、薬物乱用がある場合は在宅ケアは困難と考えなければなりません。特に覚せい剤の乱用は攻撃的な衝動が抑えられなくなることが多いので、子どもと一緒に居ること自体が危険です。

薬物乱用の既往の場合にも、気付かないうちに再び乱用が始まることがあるので十分な注意が必要です。

3. 親子関係の評価

親子関係の最も重要な機能は子どもを守る機能です。子どもにとっては、危険から守られた中で発達することが必要だからです。子どもの愛着形成のところでも述べたように、子どもがある程度の怖さを感じて、親に近づいて守ってもらおうとする状態を作り出して、

4. 家族の評価

家族の評価も重要です。以下の点を中心に評価を試みる必要があります。

- ① 家族のメンバーのサポート能力
- ② 家族にかかっている負荷（失業、病気、介護、その他）
- ③ 夫婦関係（親密度、支配関係、無視、暴力と愛情の混同、ストーカー

- 一的な関係、など)
- ④ 他の同居家族との関係(嫁姑など)
- ⑤ 子どもにとっての居場所、逃げ場

5. サポートシステムに関する評価

親や家族のサポートがどのようになされているかを把握しておくことは非常に重要なことです。地域からの情報を得ることも大切ですが、診療の中で親や家族がどのような人々にサポートを得ることが出来ているか、あるいは得ることが出来る可能性があるかを把握します。サポートシステムを構築することもケアの一つとです。

VII. 医療における支援の実際

1. 支援の目的

支援の目標は不適切な養育の改善です。親の精神的問題の改善も重要ですが、個人の精神的問題の解決の過程と養育の改善は必ずしも一致するものではありません。親の病理の改善はなされても、その過程で子どもに取り返しのつかない心身のダメージがもたらされたとしたら、支援の目的が達成されたとはいえません。目的をしっかりと把握しておくことが必要です。

親の治療の過程で子どもの危険が高まることが予想されるときには一時的に子どもを預けることも考慮したほうが良いでしょう。

2. 評価から支援計画へ

子どもの問題、親の問題、親子関係の問題、家族の問題、サポートシステムに関する評価を行い、協議会や地域ネットとのコミュニケーションをとりながら、支援計画を立てる。ケースの問題と資源によってその計画は個々異なるものであるが、以下のポイントを参考にして下さい。

1) 危機状態に関する評価

不適切な養育に関しては、危機状態になることがもっと問題です。従って、

危機状態になる可能性のある部分に対しての支援を重視しなければなりません。

2) 悪循環への対応

不適切な養育における親子関係は悪循環で悪化していく傾向があります。悪循環となっていく部分が認められたときにはその悪循環を止めることを目標とした支援を優先させるほうが良いことが多いものです。例えば、うつ傾向のある親の子どもがうまく寝てくれないために親のうつが悪化して苛立ちが著名になり、子どもとの愛着がうまく取れないために子どもの睡眠の問題が悪化しているときには、親のうつへの対応と子どもの睡眠を改善することを併用することで悪循環を抑えることが出来る場合があります。悪循環を止めるという意識が有用です。

3) 基礎疾患や障害への対応

基礎疾患や障害への支援は医療が欠かせない支援です。基礎疾患の治療や発達促進の中で、親や家族の疾患や障害の受容を促進し、レスパイトケアなどの利用も行いながら、家族全体の支援を行っていくことが求められています。

4) 愛着の問題

愛着に問題が考えられる時には早期から対応する必要があります。愛着の問題があると、いずれは育てづらさにつながり、悪循環の基ともなります。親に子どもの抱き方やケアの仕方を具体的に教育することが求められています。親と子どもが波長を合わせられるような体操や呼吸法などを教えることも効果が上がる場合があります。

ただ、親子関係だけでは子どもの安心感が育たないと考えられる時にはサポートシステムの中に愛着対象を求められるような対策が必要となる

こともあります。

5) 発達障害・調節障害

もともと自己調節が困難であったり、発達障害があるときには、乳児期からの育てにくさに繋がります。子どもの状況を的確に判断して、親子関係を少し距離をとってみる支援を行うことで、親の安定につながることも多いものです。子どもの特徴を十分に説明して、かかわり方を支援することが求められています。

3. 親の状態による支援の例

例1. 精神遅滞の親

精神遅滞そのものより、良い養育がなされてきたかどうかの方が影響が大きいと考えられます。良い養育がなされてきた親は、人に対する信頼感があり、支援を求めることが上手で、それを守ることが出来ます。しかしながら、精神遅滞のために傷ついて育った親御さんは人を信用できず、支援がなかなか進まないことがあります。

良い養育の基に育った親御さんには、具体的なガイダンスを行い、保健師さんの訪問が行われたり、ヘルパーさんの派遣や保育園の利用などで、十分対処できることが多いものです。

しかしながら、傷ついて育って、人を信用できない親御さんには、個人的なつながりを大切に、できるだけ褒める形での自己評価の改善をはかりながら、医療機関での定期健診などを繰り返すことが求められます。そのような親御さんも医療に関しては拒否しないことが多いからです。また、精神遅滞の方たちの傷つきについて、地域での理解の促進を行う必要もあります。

例2. 家事と育児を同時にこなすことが困難な親

最近、在宅支援を行っている、一

つのことに集中できる仕事は十分にできるものの、家事と育児を並列で行うことが困難な母親と出会うことが増加しています。

朝から何をやるかの順番を決めるのですが、育児を行っている家庭では決めた順番どおり行かないことも多いものです。そうすると、対応が出来なくなるのです。例えば、子どもが寝た後でないと洗濯などの家事が出来ないばかりか、自分の食事などのケアもできない場合もあります。二つのことを一緒にできないために、同じことをやるためにも非常に多くの時間が必要となってしまいます。思ったように行かないことへの苛立ちが虐待に繋がっているのです。そのような親御さんの場合には、家事や育児の複雑性を少しでも緩和することが役に立つことがあります。保育園の利用、宅配サービスの利用、選択の外注など、できるだけ家事や育児を単純化することを考えてみると良いでしょう。

例3. 怒りのコントロールが困難な親の場合

親が自分の問題を自覚できている時には、怒りのマネージメントをトレーニングするプログラムへの参加などを勧めることも役に立つでしょう。

自分の問題を意識できていない場合には、医療機関の中で、怒りを向けられた人に対するサポートも必要になります。その上で、親の怒りを聞いてサポートする人を作り、怒りを向けられている人とサポートする人が連携をとって、親に振り回されずに対応することが求められます。

このような親御さんには連携がとても重要です。

例4. 子どもをかわいいと思えない親 全くかわいいと思えない時や子ど

もとの接触に拒否感を感じている場合には、以下のような対応が必要になります。

本人が自分状況を認められる時で、周囲の理解があるときには、少なくともある年齢までは主たる養育者を変更する必要があります。親戚や里親さんがその対象となります。しかし、親御さんのケアも同時に進めなければなりません。多くの親御さんは、自分がかわいがれないからと言って子どもをあきらめようと思っているわけではないのです。距離を持った中で、子どもとの程よい距離を見出すよう支援を繰り返す必要があります。

親御さんが自分の問題を認められないときには、できるだけ支持的な環境で、感情を引き出しながら、自覚を促し、できるだけの代替育児を利用するように勧めていくことが求められます。

例5．共感性に問題がある親

外来で、共感性に問題があると考えられても、それが一時的なものであるのか、本来のものであるのかを判断しなければなりません。ドメスティックバイオレンス（DV）や虐待の悪循環の中で、麻痺していることもあるからで

す。後者の場合には一時的な親子分離で明らかになることもあります。DVの場合には、もちろんDV状況から逃げ出してケアを受けることが重要です。いずれにしても、親の治療が優先されます。

本質的な問題の場合には、周囲の理解とサポートで、育児をできるだけ肩代わりしてもらうことが必要となります。

例6．人格の偏りがある親の場合

人格の偏りが有る場合には、連携が分断されないような注意が最も必要です。常に協議会や地域のネットと連携して、共通の意識を確認しましょう。他の支援者の悪口を言い出す時は要注意です。振り回されないように意識することが大切です。

VIII．最後に

虐待の在宅ケアのあり方に関してはこれまでの蓄積は多いものではありません。特に医療機関における在宅ケアはそのあり方の輪郭が提供されることも少なかったと言えるでしょう。この手引きは初期のものとして、より良いものにバージョンアップしていくことが必要です。

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への包括的治療に関する研究

分担研究者：あいち小児保健医療総合センター 杉山登志郎 1)

研究協力者（あいうえお順）

秋津佐智恵 1)、浅井朋子 1)、市川 佳世子 6) 内田志保 1)、海野千畝子 1)、遠藤太郎 2)、大石聡 5)、大河内修 1)、大橋信彦 1)、川岸 久也 6)、河邊眞千子 1)、栗木紀子 5)、小石誠二 3)、塩ノ谷真弓 1)、並木典子 1)、西田寿美 4)、服部麻子 1)、東誠 1)、平山 哲 7)、峯川 章子 6)、宮口 幸治 6) 三宅 和佳子 5)、陸 馨仙 5)、

1, あいち小児保健医療総合センター、2, 新潟大学医学部精神医学教室
3, 名古屋大学医学部親と子どもの診療部、4, 三重県立小児心療センターあすなろ学園
5, 大阪府立精神医療センター・松心園、6, 大阪府立精神医療センター
7, 大阪府障害者福祉事業団 大阪府立金剛コロニー

平成17年度は、次の4つの研究が行われた。

1, 子ども虐待と発達障害:第4の発達障害としての子どもの虐待では、子ども虐待の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心療科の資料を検討した。子ども虐待の臨床像は幼児期に反応性愛着障害で始まり、学童期には多動性行動障害の形を取り、青年期に解離性障害および行為障害に展開し、最終的には複雑性トラウマの臨床像となることが示された。近年、反復性の外傷体験の患者に脳の器質的機能的変化が認められることが明らかとなった。脳梁の体積減少などその所見は広範におよびまた深刻である。これらのことから筆者は、子ども虐待によって引き起こされる一連の病理は、一つの発達障害症候群として捉えるべきではないかと考えるようになった。子ども虐待に関するわれわれの経験とこれまでの報告をまとめ、発達障害という視点から子ども虐待への包括的な治療を考察した。

2, 養育と子どものこころの状態にかかわる医療の実態と効果に関する研究:治療に関する客観的評価の試みでは、あいち

小児センターで医学的治療を行ったケースについて、4種の質問紙(行動チェックリスト、解離尺度、保護者のQOL尺度、トラウマ尺度)を用いて客観的評価を行ったところ、治療開始後6ヶ月の予後は、生活の場が家庭であるケース(在宅群)と児童養護施設に入所しているケース(施設群)で、予後の異なる側面がみられた。解離尺度は、両群とも治療開始後6ヶ月で改善していた。虐待尺度と保護者のQOL尺度は、在宅群はいずれも改善していたが、施設群では虐待尺度はかえって悪化し、保護者(指導者)のQOLも改善しなかった。また、トラウマ尺度は、在宅群においても改善がみられなかった。これらの結果から、保護者(指導者)のQOLは子どもの行動の問題が改善するのに伴って改善すること、6ヶ月程度の治療で、解離症状は表面上は改善するものの、非虐待体験に基づく問題行動は、施設入所した場合にはかえって悪化する傾向があることがわかった。治療予後は、その後の子どもの生活する環境によって異なることがわかった。子どもをとりまく環境によって、予測される予後伝える

こと、子どもに適した委託先を考える必要があると考えられた。

3, 入院治療を受けた被虐待児の長期予後調査では、あすなる学園を1995～2000年度に退院した被虐待児36名の予後調査を行った。2006年1月末時点で、18歳以上は13名(36%)、15～17歳は14名(39%)、14歳以下は9名(25%)であった。予後良好なケースは年齢が上がるにつれ63%→43%→23%と減少し、不良なケースは11%→14%→23%と増加し、社会適応課題の困難さが伺えた。家庭復帰ケースは19名(53%)で、予後不明なケース9名は全て家庭復帰であり、家庭復帰後のフォローの困難さがうかがわれた。

4, 第一種自閉症施設に於ける被虐待児の入院治療の取り組みでは、大阪府松心園を平成13年度～16年度に入院した94症例を対象として調査し、広汎性発達障害とその行動上の問題から入院に至った群

18症例、被虐待の結果として様々な問題から入院に至った群37症例、その両者が合併している群32症例の3群を抽出し、各群について「過覚醒と多動・興奮、衝動性の亢進」「睡眠覚醒リズム障害」「摂食・排泄に関する障害」「自傷や痒みといった皮膚症状」「注意や学習における障害」「侵入的記憶想起」「強迫・嗜癖的傾向」「解離的傾向」の8項目について、その併存率を比較検討した。結果的にこれらの症状に関して、広汎性発達障害群と被虐待児の群は、相違点はあるながらも総体としては類似した傾向を有しており、その合併群ではこうした症状の有症率がさらに高まることが示された。

これらの研究を通して、医療機関においては被虐待児の持つ様々な病理への包括的な治療とケアを行いながら、子どもおよび家族へのケアが実施され、成果を上げていることが示された。

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への包括的治療に関する研究
その1 子ども虐待と発達障害：第4の発達障害としての子ども虐待

分担研究者：あいち小児保健医療総合センター 杉山登志郎、
研究協力者：秋津佐智恵、浅井朋子、内田志保、海野千畝子、遠藤太郎、大河内修、
大橋信彦、河邊真千子、小石誠二、塩ノ谷真弓、並木典子、服部麻子、東誠

要旨 子ども虐待の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心療科の資料を検討した。子ども虐待の臨床像は幼児期に反応性愛着障害で始まり、学童期には多動性行動障害の形を取り、青年期に解離性障害および行為障害に展開し、最終的には複雑性トラウマの臨床像となることが示された。近年、反復性の外傷体験の患者に脳の器質的機能的変化が認められることが明らかとなった。脳梁の体積減少などその所見は広範におよびまた深刻である。これらのことから筆者は、子ども虐待によって引き起こされる一連の病理は、一つの発達障害症候群として捉えるべきではないかと考えるようになった。子ども虐待に関するわれわれの経験とこれまでの報告をまとめ、発達障害という視点から子ども虐待への包括的な治療を考察した。

1, はじめに：子ども虐待への取り組み

児童相談所に寄せられる虐待の通告件数は、増加の一途を辿っている。実にこの十五年間に三十倍の増加となった。子ども虐待は古くて新しい問題である。人類の歴史始まって以来、子ども虐待は常に存在した。しかし、わが国の最近の状況は、隠れていたものが現れたというだけでは説明が出来るレベルではなく、急増したとしか考えられない。その背後には、子どもを巡るわが国の基底的文化の変容がある。極端な少子化など、ミレニアムを挟みわが国の子どもを巡る状況が大きく変容をしようとしている。子ども虐待の激増は、この様な大きな流れにおける一つの現象として生じているものと考えられる(杉山,2004)。筆者は2001年秋、6年半にわたる教員養成系大学の教官を辞し、あいち小児保健医療総合センター(以下、あいち小児センター)に小

児精神科の部長として赴任した。再び臨床の最前線に赴くに当たって、この新しい子ども病院で子ども虐待に正面から取り組む決意をした。

まず「子育て支援外来」という、虐待および関連する問題への専門外来を設けた。あいち小児センターの大きな特徴は、センター内に小児保健センターが併設され、地域との連携、啓発、調査・研究、予防など様々な活動を行っており、保健師を中心とする保健スタッフによって、地域の保健所、市町村の保健センターや地域の児童相談所との連携を保ちながら子ども虐待への総合的な対応が可能な点である。心療科は、医師と臨床心理士がチームを組んで初診の外来診療を行うシステムを作った。また必要に応じて親の側のカルテも積極的に作り、親子平行治療を行った。「子育て支援外来」を受診する親子は、あいち小児センターの

ソーシャルワーカーや院内小児保健センターの虐待担当保健師が窓口になることが多い。また愛知県中央児童相談所に勤務する小児科医師が、非常勤として院内小児保健センターにも勤めており、県内児童相談所の困難事例が紹介されてくる。院内保健センターの保健師は、家族サポートの役割も担っており、心療科外来における親の治療で不十分な彼らの日常の相談を一手に引き受けている。あいち小児センターでは、虐待ネットワーク委員会が設けられ、院内、院外の子ども虐待の症例にかんする処遇会議を定期的に行ってきた。この会議には、あいち小児センターの虐待対応チーム以外に、外部から地域の児童相談所、保健所、保健センター保健師、市町村の福祉担当者、学校の教師、家庭児童相談員、民生委員など、子どもと家族に関わる人々が集まり、情報交換と、処遇に関する分担を決めている。

われわれの病棟は 37 床の小児科病棟であるが、中に 13 床の閉鎖ユニット（レインボーと命名）を持つことが大きな特徴である。また 24 床の解放ユニット（スカイと命名）も 17 時から翌朝 7 時までには入り口に鍵をかけ、準解放病棟の形となり、子どもの保護が可能な作りとなっている。閉鎖処遇とは病棟の構造の助けを借りて子どもたちを抱きかかえることである。スタッフと病棟によって子どもの問題行動を止めることこそ入院治療の第一歩である。しかし当然ながら、子どもの教育権などの基本的人権や自由は尊重されなくてはならない。われわれは子どもの基本的人権を極力損なうことなく治療を推進するために様々な工夫を重ねてきた（杉山ら, 2005）。

この様に、われわれの小児センターは子ども虐待の治療センターとして県内外の被虐待児とその親の治療を一手に引き受けることとなった。その結果、入院患者のうち

何らかの虐待の既往のある者が常時 8 割前後という状態が続いている。

2, 発達障害と反応性愛着障害

1) 発達障害の割合

こうして、「子育て支援外来」を開いてみて最初に驚いたことは、その中に、数多くの発達障害児が存在することであった。表 1 に、開院の 2001 年 11 月から 2005 年 12 月までの「子育て支援外来」を初診した患者の統計を示す。毎年 140 名前後の患者が子育て支援外来を初診する。この表の「親」と書かれた数は、加虐者側、あるいは加虐者ではなくとも、子ども虐待の治療の過程で治療が必要になった親にカルテを作り、平行して治療を行った例である。全体の 15% 程度を占めている。この約 6 割は自分自身が被虐待体験を持つサバイバーである。子ども側の 492 名に認められた問題を表 2 に示した。広汎性発達障害が全体の 25%、注意欠陥多動性障害が 20% とこの二つで既に 45% を占める。何らかの発達障害の診断が可能な子どもは、全体の 55% に達する。その中で知的障害を伴うものは非常に少なく、85% までが知的障害を伴わないいわゆる軽度発達障害である。つまり軽度発達障害が虐待の高い危険因子となることが示されたのであるが、ここには複雑な問題が含まれている。

反応性愛着障害は、0 歳から 5 歳の乳幼児に、親もしくはそれに変わる人との愛着の形成に困難が生じたときに見られる症候群である。国際的診断基準では、抑制型と脱抑制型との 2 型に分けられる。抑制型は人に対して無視を決め込むなど無関心になってしまうパターン、脱抑制型は親とそれ以外との間の識別が無く、誰彼かまわずベタベタと無差別に関わろうとするパターンである。周知のように反応性愛着障害は広汎性発達障害、特に高機能群に非常に類似した臨床像を呈する。その一方で、脱抑制

型は注意欠陥多動性障害に極めて類似した臨床像を呈することが知られている。反応性愛着障害とこれらの発達障害との鑑別は最も困難な組み合わせとなる。

最近の遺伝学の知見は、遺伝か環境かといった分け方が困難であることが示されるようになった。近年の分子レベルでの遺伝子研究によって、遺伝子は環境によって発現の仕方が異なることが明らかとなってきた。多くの状況依存的なスイッチが存在し、環境との相互作用の中で合成されるタンパク質や酵素レベルの差異が生じるのである (Marcus, 2004)。遺伝子の持つ情報は、学習、記憶、脳の発達、感情コントロールのレベルで環境との相互作用が生じることが明らかになった (杉山, 2005)。特に被虐待児の場合、世代間連鎖という現象があり、そうすると鑑別を行うことは不可能になってしまう。しかし臨床的の立場としては、治療的な対応が全く異なってくるので、要因を峻別することは不可能としてもある程度分けることは必要となる。

2) 反応性愛着障害抑制型と広汎性発達障害の鑑別

反応性愛着障害と広汎性発達障害が論議となった有名な例として、ルーマニアのチャウチェスク政権下で生じた多くの street children の報告がある。この中に高頻度に広汎性発達障害が存在することは注目されていたが、独裁政権の崩壊後その一部がヨーロッパの国々に養子として迎えられた結果、相当数の児童において自閉症症状の著しい改善が認められた (O'Connor et al., 2001)。言い換えると、このグループに見られた自閉症症状は、反応性愛着障害であったと考えられる。

ここで症例を2例紹介する。この2名は、同じ養護施設から紹介され受診してきた同年齢の男児で、共に両者とも反応性愛着障害と高機能広汎性発達障害との鑑別が問題

になった症例である。同年齢、同じ施設に育ったということから、社会的養護を受けた後の環境的な状況は同一である。いずれも公表の許可を得ているが、匿名性を保つため細部を変更している。

症例Aは初診時6歳の男児である。生育歴としては、両親が離婚後、母親に引き取られたが、母親の再婚後、3歳代からベビーサークルの中に閉じこめられ育つという極端なネグレクトがあり、また身体的虐待もあった。この状況で児童相談所の介入があり、患児は保護され養護施設へ入所した。現在も、自宅への外泊には怯えるという。患児は、言葉の遅れがあり、こだわりもまた強く、施設の中では孤立していた。また学校での不適応は著しく、集団行動は困難で、周囲の子ども、大人への攻撃行動が頻発するため紹介を受けて受診となった。

患児に対して外来で薬物療法、精神療法を実施した。さらに3ヶ月間の入院治療を行った。その詳細は全て省く。これらの治療の結果、徐々に活発になり他者との交流が増え、自閉症的な印象や、こだわりの強い行動は一変した。つまり診断としては、反応性愛着障害であることが明らかとなった。

一方、症例Bは初診時7歳男児である。生育歴は、おなじく両親離婚後、ネグレクトが続き、養護児童として4歳にて施設へ入所した。この当初から、患児は言葉が通じにくく、集団困難が認められた。さらに学童期になると着席困難が目立つようになり、また頻々と男の幽霊が見えると訴え、さらに神様からの指示を受けるという。対人的には孤立しているが、入所中の女児幼児に対し性的な行動も見られた。学校での著しい不適応を愁訴としてセンターに受診した。

患児に対してもほぼ同一の治療を行った。外来での薬物療法、精神療法を実施し、

さらに3ヶ月間の入院治療を行った。しかし彼においては、対人的な固さに変化はなく、またワンパターンの行動にも修正は認められなかった。例えば彼は何かあればすぐに「じゃあ俺が死ねば良いのだろう」ということを繰り返していたが、この言葉にしても些細な不快場面で実は感情を込めず繰り返されていることが明らかとなった。Bは、高機能自閉症と確定診断された。

つまり、反応性愛着障害と高機能広汎性発達障害との鑑別は、治療を行いながらフォローアップすれば比較的容易に判別は可能であることが明らかとなった。反応性愛着障害は抑制型から脱抑制型へと変化してゆく。この鑑別に要した時間は、平均1年間であった。また詳細に見ると、対人的なひねくれ行動が出現するなど、対人関係の持ち方が反応性愛着障害の方が、広汎性発達障害よりも敏感さを示しており、この点も鑑別点となると考えられる。またこのことは25%を占める広汎性発達障害は学童が中心であり、その大部分は高機能広汎性発達障害と考えられる。つまり高機能広汎性発達障害が被虐待の高危険因子であることを示している。

3) 反応性愛着障害脱抑制型と注意欠陥多動性障害の鑑別

多動性行動障害の存在は、虐待の高リスクになる一方で、子ども虐待によって生じる反応性愛着障害の脱抑制型においては、多動性行動障害がほとんど必然的に生じる (Glod et al., 1996)。広汎性発達障害を含め、何らかの多動、衝動的行為、不注意を示す小児は、被虐待児の実に8割に達するのである。西澤(2004)はADHD-like symptomとして、本来の注意欠陥多動性とを区別した。しかし、この問題に焦点を当てて行ったわれわれの研究(遠藤ら, 2005)では、元々の多動が存在したと考えられる症例の場合には、特に父親に多動系の負因

が認められたことが唯一、有意差の認められた点であった。先に述べたように虐待においては世代間連鎖の例があり、これを考慮すると鑑別は極めて困難となる。一般的な注意欠陥多動性障害と反応性愛着障害に認められるADHD-like symptomとはどのような様に鑑別が可能であろうか。

表3に類似点と鑑別点をまとめた。臨床像としては当然であるが、両者とも多動性行動障害を示す。多動のおき方としては、ハイテンションの形を取りやすい所も同じである。両者とも不器用が認められ、時間管理や整理整頓が非常に苦手であることも類似している。また喧嘩がよく起きることも類似している。しかし反応性愛着障害が基盤にある多動は、不注意優勢型が多いのに対し、注意欠陥多動性障害は周知の様に混合型が多く認められる。不注意優勢型が多いのは、解離性障害があると注意欠陥多動性障害の不注意項目において陽性となる項目が増えるからである。多動のおき方は、反応性愛着障害の方にムラが目立ち、非常にハイテンションの時と、不機嫌にふさぎ込む状態とが交代で見られることが少なくない。特に夕方からハイテンションとなり寝る前までそれが続く。これはおそらく、午前中は抑うつが強いからではないかと考えられる。それに比べて一般的な注意欠陥多動性障害は眠くなると多動がひどくなるが、一日の多動に大きな変化はない。対人関係のあり方は、当然ながら反応性愛着障害の基盤があるときには逆説的で複雑であるが、一般的な注意欠陥多動性障害はむしろ単純で率直である。薬物療法は注意欠陥多動性障害では最も有効であることが知られているのはmethylphenidateをはじめとする中枢刺激剤であるが、これらのいわゆる抗多動薬は、虐待系の多動にはほとんど無効で、SSRIを中心とする抗うつ薬 (Connor, et al., 1999; Brady et al.,

2000) と risperidone を中心とする抗精神病薬 (Butterfield et al., 2001; Stein et al., 2002; Hamner et al., 2003) の少量のカクテルが有効な場合が多い。反抗挑戦性障害や行為障害への移行という問題は、虐待系の多動は非常に多いのに対して、一般的な注意欠陥多動性障害では反抗挑戦性障害は少なくないものの、行為障害への横滑りは比較的希である。最も大切な鑑別点は、解離の有無である。反応性愛着障害から引き続き生じる多動の場合には、背後に解離性の意識障害が必ず存在する。良く認められるのは、些細なきっかけで激怒やパニックが生じ、大暴れとなるといったいわゆる「切れる」現象である (杉山、2003)。これはスイッチングとも呼ばれ、解離性の同一性障害へ展開をして行く症状である。これ以外にしばしば認められるものは、意識状態の変容である。特に盗みを行ったことなど、問題行動に対して患児に直面化した時に、子ども達が突然あくびを始め意識が朦朧としてくるのをしばしば経験する。これらの解離性障害の症状が認められた場合には、DSM-IV では注意欠陥多動性障害の除外診断となることが規定されている。

この様に、多動性行動障害を呈する小児の場合、本来の注意欠陥多動性障害も多数存在するものの、反応性愛着障害の脱抑制型の症状としての ADHD-like symptom として生じた多動が多数含まれていることを示している。

3, 年齢の経過による被虐待児の症状の推移

先の表 2 に示したそれぞれの病態と年齢との関係を検討してみると、次の様なことが明らかとなる。広汎性発達障害は当然、愛着障害が生じるのでこれを除くと、5 歳以下で反応性愛着障害を呈するものは七六パーセントに達する。つまり子ども虐待に見られる幼児期の最も一般的な問題である

ことが分かる。次の解離性障害も非常に多いが、解離性障害が併発する割合は、5 歳以下では 25% であるが、6-11 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 57 名中 52 名 (92%) に解離の併発が認められた。行為障害もその 75% は 12 歳以上であり、解離性障害と同じく、年齢が上がるにつれ割合が高くなる傾向が示された。

つまりこのことから、虐待児の臨床像の推移が明らかとなる。虐待環境に育った子どもは、幼児期には反応性愛着障害ではじまり、学童期前後には多動性行動障害の臨床像を呈するようになる。そして外傷後ストレスの症状の出現と、解離症状の明確化が次第に進み、青年期に至ったところで、解離性障害および行為障害へと展開してゆく。そして、成人期には複雑性トラウマの臨床像を呈するのである。

被虐待児に見られる臨床的特徴としてはさらに次のものがある。第一に、境界線知能が多いことである。加えてその上で、知能に見合った学力を得ることが難しい。知的障害を除いても、正常知能あるいは境界線知能で、2 学年以上の学力低下を示す児童は 6 割に達していた。またスケジュール管理、次に起きることの予想、持ち物の整理などが極めて不得手で、これはパースペクティブの困難としてまとめることが可能である。被虐待児の約 8 割に易刺激性や衝動コントロールの困難が見られることは既に記した。これらの一連の症状は、前頭前野の機能不全を示唆する症状としてまとめることが可能である。百名単位の患者を診て明らかになることもある。筆者は、この数年集中的に子ども虐待の患者の治療に従事し、彼らの臨床像がいわゆる家族的類似を示すことに驚かされたのである。

この一連の臨床的所見の基盤となる問

題は、愛着障害である。表4はヘネシー(2004)による反応性愛着障害の児童に見られる症状の一覧である。ここに挙げられた特徴は、多くの領域にわたり、また様々な深刻な問題を含んでいる。これは明らかな、発達の障害である。少なくとも育ちの障害である。発達障害に接しなれている者は、自閉症や注意欠陥多動性障害の症状として広く知られている症状が含まれていることに驚くであろう。一方、児童養護施設の指導員など、被虐待児をよく知る人々は、自分が接している子どもに多かれ少なかれ認められる特徴であることに驚くのではないだろうか。

それにしても、なぜ愛着障害がこれほどの広範な問題を引き起こすのであろうか。愛着障害が感情の障害をもたらすことは容易に理解できるであろう。養育者との交流は先にも述べたように、共感性を初めとする人としての感情の基盤を作るものとなるからである。愛着の過程は脳の発達と直結をしている。愛着者とのスキンシップや、抱かれ、揺すられ、優しい言葉を掛けられるといった親との交流は、抑制系の神経系であるセロトニン系の活動を強め、不安や恐れなどによって子どもの脳内に生じた緊張を和らげる機能を作り出す(De Bellis et al., 2003)。逆に言えば愛着の未形成が生じる生育環境において育った子ども達は、欲求不満に対して緊張を和らげる機能が十分に発達しない。さらに被虐待児の場合、加虐という強烈な刺激が加算される。脳の中は警戒警報が鳴りっぱなしの常に緊張をした状態が続くために、さらに不安が強く、リラックスをすることが困難な状況がもたらされることになる(Herman, 1992)。

4. 被虐待児に認められる脳機能障害

近年の脳研究の進展によって、因果律がどちらを向くのかについての決着は未だついていないものの、この過程は脳の器質的

な変化に関連することが次第に明らかになってきた。

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た。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いるが、この状態は臨床サイドから見れば西澤の言う ADHD-like symptom に他ならない。

さらに最近、脳の機能的画像研究の結果が示されるようになった。De Bellis ら(2002a)は性的虐待(N=18)、身体的虐待(N=2)、DVの目撃(N=13)の後に慢性の外傷後ストレス障害を発症した平均年齢11.5歳の28人に関して、脳画像診断を行い、健常対照者に比して、脳梁、前頭前野、側頭葉の有意な体積低下を見出した。また大脳体積が、虐待が始まった年齢と正の相関、虐待を受けていた期間と負の相関を示し、さらに、脳梁膨大部の体積と小児期の解離症状とが負の相関を示すことを報告した。同じグループはさらに対象数を増やした検討を行った結果を報告し(De Bellis b, 2002b)、平均11.7歳の慢性外傷後ストレス障害の児童61名について脳梁の体積を健常対照群と比較し、脳梁の体積の増加が有意に少ないことを示した。ただし男女比が認められ、男児と女児とで特に脳梁体積の減少が認められる部位に差が見られた。これ以外にも被虐待の既往を持つ成人について、様々な脳の部位の器質的機能的異常が報告されている。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 (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) など、脳の広範な領域に及んでいる。児童の報告が少ない理由は、1つは児童の小さな脳の研究が困難という技術的な問題と、もう一つは例えば PET による研究は放射線暴露という問題があるので 18 歳未満に行われることは難しいという倫理的制約があるためである。因果律がどちらを向くのか最終的な判定は未だに出来ていないものの、少なくとも後年には明確な器質的な所見に至ることが明らかとなってきた。またそれらは全て、症状との間に連関を見ることが出来る (図 1; 遠藤, 2005)。特に注意を喚起したいのは、広汎性発達障害や、一般的な注意欠陥多動性障害においても徐々に基盤となる器質的な所見が明らかになってきたものの、子ども虐待の後遺症の患者ほど明確な器質的な変化は認められていないことである。この点からも、一般的な発達障害よりも子ども虐待の方がより広範な障害であり、治療も困難であることが明らかである。

5, 発達障害としての子ども虐待への包括的治療

これまでの検討をまとめてみよう。被虐待児は、臨床的な輪郭が比較的明確な類似した臨床像を持ち、加齢に従って類似した臨床的経過を示す。その臨床的特徴は、社会的適応上の困難をもたらし、少なくとも後年には明確な器質的な変化が生じる。つまり、被虐待児全体が1つの発達障害症候群と考えることが可能である。

ここで発達障害という規定を行うことは、

不可治性を強調することが目的ではない。むしろ筆者としては、発達障害とは、治療と教育により軽快し、恒常的な変化に対する修正が可能であることこそ強調をしたい点である。しかし、この様な介入がなされないときには、発達障害は適応障害へとつながる可能性が高くなる。被虐待児への治療および教育を、発達障害児への治療的教育という視点から見直すことは生産的な視点を与えようと考えられる。

まず何よりも必要なことは、虐待環境からの保護と、愛着を形成できる愛着対象者の提供である。実は、わが国はこのレベルで大きな困難を抱えている。先進国で唯一、社会的養護が児童養護施設によって担われており、その大半は人手が著しく不足した大舎制である (加賀美, 2001)。この問題はかねてから指摘されてきたが、里親の数はむしろ減少しており、里親自体が危機的状態にあると言われて久しい (庄司, 2001)。

次いで、刺激を減らした生活の構造化によって行動化の悪循環を断ち切ることが必要である。その上で薬物療法による衝動コントロールが必要である。特に重症の幼児や小学生をきちんと治療できるわれわれの小児センターの様な機能を持つ場所は極めて少なく、これもまた本来その目的で作られたのではない情緒障害児短期治療施設などによって行われているのが現状である。この様な環境を固めた上で、衝動コントロールを向上させる為の薬物療法が必要となる。先にも述べたが、clomipramine などの SRI、また fluvoxamine などの SSRI の少量と、risperidone や olanzapine などの非定型抗精神病薬、さらに強力な抑制作用を持つ β ブロッカー (Pitman et al., 2002) および clonidine (Kinzie et al., 1989) も有効である。

個別の精神療法は有効かつ必要である。この中で、解離に焦点を当て、状況依存的

衝動行為および過覚醒状態の統制を目的とし、さらに外傷性のフラッシュバックに対する対処や処理を同時に行うことが求められる(杉山ら、2002; 海野, 2004)。このような精神療法は、一般的な力動的療法とは著しく異なる形のものとなる。学習指導も重要な課題となる。このことが重要なのは、国語力の不足が内省力の不足に直結し、行動化傾向をさらに加速するという悪循環を作るからである。行動化が続いている状態で内省は不可能である。したがって、このコントロールが出来て初めて外傷体験の想起を行うことが可能となるのであって、その逆の順序では、フラッシュバックによる衝動行為の噴出を引き起こすだけである。子ども虐待は運動領域にも影響を与える障害である。運動訓練、作業療法が有効かつ必要である。ピアグループによる治療も極めて有効であるが、これは生活の中で初めて成立するものである。

現在、児童養護施設には非常勤の心理士が配置されるようになった。彼らの働きは決して無意味ではないと信じるものの、もし古典的な力動的療法のみで、被虐待児の治療を行おうとするのであれば、期待される機能を果たすことは困難であろう。古典的精神療法だけで被虐待児の治療を行うのは、あたかも自閉症を精神療法のみにて治療するのと同じ発想と言わざるを得ないであろう。

筆者は子ども虐待を第4の発達障害と考えるようになった。

第一は古典的発達障害で、精神遅滞と肢体不自由である。第二は広汎性発達障害、自閉症スペクトラムである。第三は、いわゆる軽度発達障害で、一般的な注意欠陥多動性障害と学習障害が含まれる。そして、第四が子ども虐待で、被虐待体験に基づく反応性愛着障害と解離を背後に持つ多動性行動障害である。

繰り返しになるが、育ちを支える治療が行われなければ、恒常的な変化と世代間連鎖へ繋がる可能性もあるが、しかし治療と教育によって脳の育ちを促すこともまた可能である。

文献

- 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
- 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.
- De Bellis MD, Thomas LA(2003).Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. Curr psychiatry Rep,5(2):108-17.
- 遠藤太郎(2005) : 虐待が脳の発達に及ぼす影響. 第11回日本子ども虐待防止学会学術集会, 札幌.
- 遠藤太郎, 杉山登志郎(2005):子ども虐待と注意欠陥/多動性障害に関する臨床的検討.小児の精神と神経,45 (2) 147-157.
- 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.
- Herman J.(1992): Trauma and recovery. Basic Books, New York.(中井久夫訳(1996): 心的外傷と回復、みすず書房、東京.)
- ヘネシー澄子(2004):子を愛せない母、母を拒否する子. 学習研究社、東京.
- 加賀美尤祥(2001): 児童養護施設の現状と課題. 小児の精神と神経, 41(4), 229-231.
- 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
- Marcus, G.(2004)The birth of the mind. Basic Books, Cambridge.(大隈典子訳(2005) : 心を生みだす遺伝子.岩波書店.)
- McFarlane AC, Weber DL, Clark CR(1993): Abnormal stimulus processing in PTSD. Biol Psychiatry 34: 311-320
- 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
- O'Connor TG, RutterM (2001): Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39(6):703-12
- .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
- 庄司純一(2001): 里親養育の現状と課題. *小児の精神と神経*, 41(4), 211-219.
- 杉山登志郎(2004) : 子ども虐待とそだち. *そだちの科学*, 2, 2-10.
- 杉山登志郎(2005) : 自閉症臨床から ; 子どものこころの臨床における発達について考察する . *小児の精神と神経*, 45(4), 313-321
- 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.
- 杉山登志郎、海野千畝子、河邊真智子 (2003) : 切れる子ども : 解離障害を巡って. *最新精神医学*, 9(2), 123-131.
- 杉山登志郎、海野千畝子、河邊真千子 (2005) : 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. *児童青年精神医学とその近接領域*, 46(3), 296-306.
- 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
- 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
- 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.

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(2001.11~2005.12)

虐待の種類	男性		女性		計
	児童	親	児童	親	
身体	102	1	49	32	184
身体+その他	67	3	39	19	128
ネグレクト	36		24	13	73
ネグレクト+その他	15		9	1	25
心理	35	1	39	8	83
心理+その他	8		12		20
性的	6		19	4	29
性的+その他	8		24	4	36
小計	277	5	215	81	578
合計	282		296		

表2 子ども虐待症例に認められた問題(n=492)

診断	人数	%
広汎性発達障害(自閉症スペクトラム)	124	25
注意欠陥多動性障害(ADHD)*	97	20
反応性愛着障害	237	48
解離性障害	241	49
心的外傷後ストレス障害(PTSD)	167	34
行為障害(非行)	140	29

* 虐待系の多動性行動障害を含む

表3 反応性愛着障害とADHD:類似点と鑑別点

	反応性愛着障害	ADHD
臨床像	多動性行動障害を示す	//
多動のおき方	ハイテンションがある	//
不器用	不器用	//
時間管理	スケジュールを立てることが出来ない	//
整理整頓	極めて苦手	//
喧嘩	非常に多い	//
臨床像(下位群)	不注意優勢型が多い	混合型が多い
多動のおき方	夕方からハイテンションに、ムラがある	比較的一日中多動
薬物療法	中枢刺激剤無効、抗うつ薬と抗精神病薬有効	中枢刺激剤が最も有効
対人関係のあり方	逆説的で複雑	単純で率直
ODD,CDへの移行	非常に多い	比較的少ない
解離	注意してみれば非常に多い	見られない(あれば除外診断)

表4 愛着障害の症状 (ヘネシー,2004:子を愛せない母 母を拒否する子 から)

- ・感情面
 - ・孤独感、疎外感を持っている
 - ・脳内の緊張が高く、いつもイライラしていて、抑制が出来ない
 - ・一度泣き出したら、なかなか自分からは泣きやむことが出来ない
 - ・かんしゃくを起こしやすい
 - ・心から楽しんだり、喜んだり出来ない
 - ・人からムラツキがあるとか、怒りっぽいと見られる
 - ・生活パターンの変化に適応出来ず、パニックを起こしやすい
 - ・未来に絶望を感じている
- ・行動面
 - ・過度の刺激を求める
 - ・愛そうとする親や権威のある人に攻撃的、挑発的である
 - ・反社会的行動が目立つ
 - ・破壊的行動をよくする
 - ・衝動や欲求不満に自制が効かない
 - ・自分のしたことに責任を持たず、他人に責任を転嫁する
 - ・自虐的で、自傷行為をする
 - ・他虐的で、動物やじぶんより弱いものに残酷である
 - ・食べ物を隠してためる、暴食、過度の偏食、じっと座って食べられない
 - ・多動である
- ・思考面
 - ・自分自身、人間関係、人生に否定的な考えを持っている
 - ・自分に自信がない
 - ・新しいことやリスクの多いことに挑戦できない
 - ・年齢相応な考え方が出来ない
- ・忍耐カや集中力が低く、学習障害が起きやすい
- ・因果関係が分からないため、常識が通用しない
- ・パターンに固執し、柔軟な考え方が出来ない
- ・人間関係
 - ・人を信頼しない
 - ・人から愛情を受け入れず、自分も与えない
 - ・倫理観の欠如から良心が育っていない
 - ・見ず知らずの人に愛情をふりまき、まとわりつく
 - ・平気で他虐行為を行う
 - ・自分の間違いや問題を人のせいにして責める
 - ・不適当な感情反応を引き起こすので、同年配の友だちが出来ない
 - ・人の目を見ない、見られるのをいやがる
 - ・他人の感情を把握できず、共感や同情が出来ない
- ・身体面
 - ・年齢相応な身体の発達が未熟で、小柄な子が多い
 - ・痛みに対して忍耐強い
 - ・触られるのを激しくいやがる
 - ・自分に不注意で自傷的なので、けがをしやすいく
 - ・非衛生的になりがち
- ・道徳面・倫理観
 - ・自分を悪い子だと思っている
 - ・愛することが出来ないと思っている
 - ・有名な悪人や犯罪者にあこがれる
 - ・自画像をかかせると、悪魔の図を描く(アメリカの場合)
 - ・後悔や自責の念がなく、自分を社会の規範の外にいる存在だと思っている

被虐待児で異常が指摘されている脳領域

◆ 脳梁、(島)	→	解離症状
◆ 海馬、(扁桃体)	→	PTSD、(BPD)
◆ 前頭前野	→	実行機能の障害
◆ 前帯状回	→	注意の障害
◆ 上側頭回 眼窩前頭皮質、 扁桃体	→	社会性・コミュニケーションの障害

図1 被虐待児に見られる脳の異常と臨床像の比較 (遠藤,2005)

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への包括的治療に関する研究

その2 養育と子どものこころの状態にかかわる医療の実態と効果に関する研究 治療に関する客観的評価の試み

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：

服部麻子、海野千畝子、浅井朋子、東誠、あいち小児保健医療総合センター

遠藤太郎 新潟大学医学部精神医学教室

小石誠二、名古屋大学医学部親と子どもの診療部

奥山真紀子、笠原麻里 国立成育医療センター

要旨

被虐待児の治療は、様々な技法が組み合わされて行われることが多い。その為もあって、治療の有効性に関する客観的な検討は、これまで十分に行われてこなかった。われわれは、あいち小児センターで治療を行った被虐待児 25 名に、治療開始直後と治療 6 ヶ月後とで、4 種類の尺度により評価を行った。その結果、解離尺度は、治療開始後 6 ヶ月で有意な改善が認められた。しかし、虐待尺度と保護者の QOL 尺度は、在宅の児童においてはいずれも有意な改善が認められたが、施設入所児では虐待尺度はかえって悪化し、指導者の QOL 改善も認められなかった。また、トラウマ尺度は、在宅群においても改善がみられなかった。この結果に関して考察を行った。

A. 調査目的

医療機関を受診する被虐待児は重症の症例が多く、様々な治療技法が組み合わされて用いられる。複合的な治療にならざるを得ないこともあって、治療に対する客観的効果判定という側面では、きちんとした評価が行われてこなかった。子ども虐待治療センターとして機能する小児センターを受診した被虐待児に対して、治療開始直後と、6 ヶ月後で同一の評価尺度による 2 回の評価を行い、治療に関する客観的な効果判定を行うこと、さら

にその結果を踏まえ、有効な治療方法に関して検討を行うことが本研究の目的である。

B. 調査対象と方法

表1 対象の一覧

	男	女	計
在宅	9	10	19
施設	4	2	6
計	13	12	25