

れた時には、様々な行動化が顕著になることも多い。この事を常に意識しながら、子ども本人の中に関しても、また子どもと周囲の人々との間に関しても、つなぐための心理教育やコンサルテーションを行うことが必要となる。第四に信じることが重要な課題となる。虐待は不信の病理であるといわれる。子どもを信じることだけではなく、時として、虐待の持つ不信の波動に巻き込まれ、スタッフ相互に不信が広がることも希ではない。子ども達に対しても、徐々に内面を語ることが出来るようになってくるといった信頼と配慮の言葉を掛けてゆくことが必要である。治療者側の休息やスーパービジョンが必要であることも多い。これらの役割と同時に、限界を見極めることも重要な役割であると考え。現状において、何が優先されることか、状況を見極め、何が可能な目標か考える姿勢が必要とされる。われわれの小児センターは、中学3年生までが入院治療の対象となっている。性的行動化が著しい中学生年齢の患者の場合には、治療の限界点を越えてしまうこともある。

被虐待児は言を左右することが多く、それに付き合う治療者は振り回されざるを得ない。病的解離や愛着障害を持つ子どもの場合、言語表出は全てではないことを熟知した上で、言語的非言語的に表出される患児の本音を汲みつつ、時によっては騙される、あるいは騙されないことが必要となる。加虐者から離れたいと入院を望み、入院すると同時に虐待者である家族との分離に強烈な分離不安や見捨てられ抑うつを抱くことは希ではなく、

この現象こそ、虐待的絆を作り出す歪んだ愛着の特徴ですらある。治療者は、状況によって変化する複数の自己の存在に、子ども自らが気付くよう促すことが求められる。介入のタイミングを見極めた上で、歪んだ愛着からの分離を治療の中で行うこともある。「今、お母さんと離れなくていつ離れるの？」と話しながら抱きかかえることもある。子どもの側は、暴言や暴力を噴出させるので、治療者が暴言をあげ、怪我を負うこともある。これは虐待場面の裏返しの再現であるが、このような対決以外に、虐待的絆と健全な愛着とを分けることが可能になった実例がない。この様なある種の荒療治は、周囲の理解や支援がないと孤立することになる。われわれは子ども達の感情表出を助けるために、様々な感情が記された感情カードを活用している。感情カードを見せて、「どれが気になるのか」を差し示してもらうのである。

繰り返すように、被虐待児への治療は1対1の精神療法では不可能である。子どもに関わる様々なスタッフは子どもに内在する部分人格に相当し、患児の外で話し合われる内容は、患児の中で人格間が話し合うことと重なり合う。医師と心理士はそれぞれ父性と母性を代表しており、意見が食い違う時には、子どもがはらはらすることもあるが、われわれが喧嘩をしているのではなく、それぞれの主張をしながら意見を交わす光景は、内的な部分人格間においても、外的な家族との関係においても、適切な自己主張のモデルを提供するものとなる。また個別治療を担当する治療者は、看護スタッフへ

治療の内容を紹介し、生活の上での保護の依頼や申し送りを行う。このような多層的な治療構造である。虐待は一人では何も出来ない。チーム治療の中で、それぞれのメンバーの資源を活用し、常に信頼する姿勢が必要となる。スタッフ間の分裂や嫉妬、不信感もしばしば生じるが、虐待に対応する人間同士の負の影響を認識し、信頼を取り戻す働きが重要な作業となる。

衝動コントロールについて精神療法の立場からまとめておきたい。子ども自身が、自分の中に自分でコントロールが困難なものが潜んでいることに気付くことが治療の最初の一步である。衝動的な行動には、概ねフラッシュバックの引き金と元の外傷体験がある。衝動的行動について、過去に関連することがないか尋ねるようにしている。衝動行為につながるフラッシュバックの内容に関して幾らか明らかになれば、次にそれに対処する方法を考えて行くことになる。行動療法的な視点から看護スタッフは、就寝前に、スモールステップによる評価表を実施している。またいらいらに対する対処スキルを子どもと共に考えてゆくことも重要である。このような対応は即効性があるものではないが、少しずつでも衝動行為は軽減し、内省につながってゆくのである。

5, 医療機関を核とした包括的治療を実践した症例

医療機関を核とした包括的治療を実践した症例を呈示する。公表に当たっては、許可を得ているが、匿名性を守るため、細部を大幅に変更している。

症例 M 初診時 6 歳女兒、姉 (S) 11 歳、母親 T

家族歴：母親は 9 歳年長の男性と結婚し S を出産、その後離婚した。数年後、22 歳年長の男性と結婚し、患児を出産した。最初の結婚の折、姉 S に対して父親からの身体的虐待があったという。M は生まれてから両親の激しい喧嘩、父親から母親への DV の目撃の中で育った。患児が生まれてから、父親から S および患児への身体的、性的虐待があった。父親が S の足を縛り逆づりにしたまま放置して、他の家族が外出をしたこともあった。また母親も S に対しては身体的虐待を行っていた。父親は激昂すると何をするか分からない状態で、他の家族は父親の言うなりになっていたという。患児 5 歳にて事件をきっかけに両親は離婚となった。

生育歴、現病歴：患児は生後 6 ヶ月から喘息が見られた。3 歳にて保育園に通うが、多動、衝動的な行動が多く、また友人との喧嘩を繰り返し、集団保育に乗らなかった。患児 4 歳の時に、父親が母親と口論の末、包丁を振り回し暴れた。包丁の切っ先が患児に当たり大出血となったため、患児よりも先に母親は失神し、気がついたら患児は血の海の中で泣いていたという。この事件を切っ掛けに母親は患児と姉を連れて家を出た。この事件の後しばらくの間、患児は失語状態になり、また夜の悪夢や怯えが見られた。5 歳にて離婚が成立し、母子で暮らすようになった。しかし些細なことで著しく怯えることを繰り返すため、患児 6 歳にてあいち小児センター心療科を受診し、PTSD および解離性障害と診断され、継続

的な治療が開始された。

治療経過：患児の状態は多動で衝動的な行動が目立ち、家庭から小学校に通うことは著しく困難と考えられたため、4月から7月まで、患児の第1回目の入院治療となった。この入院の間は、隣接する病弱養護学校に通ったが、病棟でも学校でもパニックを繰り返す状態で、時に登校も困難となり、ベッドの回りは物が散乱する状態であった。この入院の間に、6月に母親が初診し、また7月姉Sが初診し各々カルテを作り、継続的な治療を開始した。患児、S、母親の主治医は同じ精神科医（杉山）が勤め、全体の治療と全員の薬物療法、母親の精神療法を担当した。また子ども達への精神療法は同じ心理士（海野）が患児、姉S共を担当した。

患児の退院と同時に姉Sの1回目の入院治療が開始された。姉S自身が性的虐待を受けたことが明らかになり、生活上の不適応が現れ始めていたからである。入院当初、Sは著しくハイテンションで、同時に入院していた性的虐待の他の児童と一緒に衝動的挑発や、性的挑発行為などトラブルが多発し、学校への通学は困難であった。10月後半に、薬物療法の工夫と、閉鎖ユニットを用いた生活の枠を明確にし、ようやく落ち着いた生活が送れるようになった。12月学校への通学が可能になり、看護スタッフから、心からの笑顔が見られるようになったと感想が述べられるようになった。Sの治療を継続したいという希望は、心理士からも看護師からも出ていたが、その間に患児の状況は深刻さを増していた。学校へは通学が出来ず、登校しても1時間も着

席が出来なかった。パニックと、叱責に対するフリーズを繰り返し、入浴もままならず着替えにも抵抗し、髪を振り乱しうす汚れた外観を呈するようになった。

2月、Sは退院し、代わりに患児の2回目の入院治療が開始された。今回は、当初から閉鎖ユニット使用し、生活の構造化を徹底した。その結果、入院後は学校への半日程度の通学は可能であった。またこの時点で、集団作業療法を開始した。しかし気分変動が激しく、看護師はパニックへの対応に追われる状況であった。6月、父親からの性的虐待を想起し、同時に大荒れの状態となった。パニックになり安静を保つためのタイムアウトが一日に数回必要な状況が続き、意識状態は刻一刻と変化。部屋は散乱し、学校への通学もままならず。安静な意識状態は少なく、衝動的乱暴とフリーズとを繰り返す状況がしばらく続いた。治療者は、性的虐待の問題を1ヶ月封印し、荒れた状態からの離脱を図った。2学期になり、外泊を当分の間制限し、治療における枠組みの強化を計った。同時に週2回の心理士による精神療法を実施した。この結果、意識が刻一刻と変容する状況は、幾らか軽快するようになった。

この間、母親に対しては週1回の精神療法を外来で実施した。母親もやはり虐待と言わざるを得ない環境に育ち、また性的被害を受け、精神科症状を継続的に持っていたことが明らかとなった。解離症状が著しく健忘があり、さらにファンタジーの世界と現実とが混沌とした中で現在まで生活をしてきたことも語られた。この治療の過程で、母親の子ども達への

加虐の直面化も行われ、母親から S への謝罪があった。

4 月、姉 S は、あいち小児センター心療科病棟の入院上限である中学 3 年を迎えるため、2 回目の入院治療を開始し、患児と姉とが同時に入院治療を行うという異例の状況となった。入院中の交流を禁じ、閉鎖ユニットと解放ユニットを使い分けて、極力この二人の相互作用が生じないように、構造を定めた。

5 月、患児への個別作業療法を実施した。患児と姉は、閉鎖ユニット、開放ユニットを交互に行き来する生活となった。8 月、患児の施設への退院という方針が決定した。この間、姉は EMDR を用いた治療を開始した。S は病棟内で他児と病棟内でキスや性的な接触をするなど恋愛事件を起こした。退院をするか、治療を継続するか選択を迫られた S は、治療に専念することを約束し、2 学期になると医師と心理士が協力して、週 2 回の精神療法および EMDR を用いた治療を実施した。S は過去の性的虐待の記憶をある程度取り戻すことが出来た。2 学期になると、患児は初めて終日学校に通えるようになり、看護スタッフから子どもらしくなったと言われるようになった。気分のムラは変わらないが、意識状態が刻一刻と変化する状態はほぼ消失し、生活状況も改善した。

3 学期になって、患児の作業療法が終了した。10 ヶ月余りの作業療法を実施し、体の使い方、課題遂行には良い変化が見られたが、注意・衝動性の問題、自制力の弱さ、連続性（安定性）のなさは問題として残った。変化が困難であった問題

は、解離性障害につながる脳機能不全を反映しているものと考えられた。患児は情緒障害児短期治療施設へと退院し、姉も進学が決まり退院となった。外来での治療は今後も継続して続いている。

6, 子ども虐待のケアを巡るわが国の現状と未来

子ども虐待への包括的なケアの第一歩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が、このレベルでわが国は既に大きな困難を抱えている。わが国は先進国で唯一、社会的養護が大舎制施設によって担われており、本来は被虐待児へのケアが目的ではない指導員が著しく不足した状況で、大きな心的外傷を抱えた児童が暮らしている（加賀美, 2001）。小舎制が望ましいとは以前から指摘されてきたが、高コストという事もあって、行き渡っていない。この中で指導員の過労が重なり、燃え尽きが生じている。さらに深刻な問題は、施設内虐待である。被虐待児が集まれば、虐待的対人関係が生じやすいことは当然である。さらにその中に、性的虐待の被害児童が入所すれば施設内での性的虐待の危険が生じ、施設内で性的虐待の蔓延と連鎖が生じる。つまり被害を受けた児童が年長になって加害者となる状況である。この様な、施設内虐待の問題は、実は児童養護施設の大半が抱えているのが実情である。

親に代わる愛着対象者として里親が好ましいことは言うまでもないが、里親も危機状態にある。養護里親は著しく不足しており、また近年の重症の心の傷を抱

えた被虐待児のケアが十全になされるための、里親に対するバックアップ体制も不十分である(庄司,2001)。

子ども虐待に関わる社会的インフラは現在、圧倒的な不足状態にある。そもそも家庭での処遇が増えているのは、児童相談所による家族支援が円滑に行われるようになったからではなく、子ども虐待の増加にも関わらず社会的養護の場が増えないので、行く場所が無くて家庭処遇が増えているだけである。里親、乳児院、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、さらに児童自立支援施設まで、ニードが生じたときに入所が出来ず、年度が変わるのを待つ状況にある。また重症の子ども虐待の治療が可能な児童精神科医は極めて乏しく、また子ども虐待によってケアが必要な児童が入院できる病院はさらに乏しい。あいち小児センターは非常に例外的な存在である。

さらに深刻な問題は、性的虐待の受け皿がないということである。あいち小児センターの外来統計を見ても、現在は性的虐待が噴火する直前の状況と考えられる。身体的虐待やネグレクトへのケアですらこの様に、後手に廻っている状態で、より深刻な問題を抱える性的虐待に対応できるとは考えられないのであるが。

症例に呈示したように、虐待のケアはかくも手間がかかる作業である。子ども虐待の予防は果たして可能であろうか。公的統計を信じれば、アメリカ合衆国で1994年をピークに性的虐待は減少し、1998年をピークに虐待全体も減少している。この資料の信憑性に関しては是非の論議があるが、事実だとすればわれわ

れが学ぶべき事は多いであろう。わが国は、先にも述べたように性的虐待の噴火直前の様相を呈している。さらに共感性を育み、攻撃性を統制することは、わが国の子育て上の大問題に浮上するに至った。そもそも子ども虐待の急激な蔓延は、わが国の基底文化の変容を背景としていると考えられる。

21世紀を迎え、われわれには、新たな弱者保護のための文化を創設することが求められている。子ども虐待に向かい合うことは、その一助となると考えるものである。

文献

- 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
- 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.
- 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.)
- Irwin M, Kline PM, Gordon M.(1991): Adapting milieu therapy to short-term psychiatric hospitalization of children. *Child Psychiatry Hum Dev.* 21(3),193-201.
- 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.
- 亀岡智美(2002) : 性的虐待とそのケア. *児童青年精神医学とその近接領域* 43(4), 395-404.

- 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
- 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
- Pappadopulos, E., MacIntre, J II, Crismon, M.L. et al. (2003): Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(2), 145-161.
- Schur, S.B., Sikich, L., Findling, R.F. et al.(2003): Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(2), 132-144.
- 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(2004) : 虐待を受けた子どもの対応. *教育と医学*, 52(1), 42-50.
- 杉山登志郎、海野千畝子(2005a) : 子ども虐待への包括的治療. *子どもの健康科学*, 6 (1),3-8.
- 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 (2005b) : 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.
- 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

海野千畝子、杉山登志郎、加藤明美

(2005) : 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.

小児の精神と神経, 45(3), 261-271.

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.

山崎嘉久、杉山登志郎、海野千畝子、塩

之谷真弓、大橋信彦、並木典子、加

藤伊律子、中澤和美(2003) : 地域の

虐待対応におけるあいち小児保健医

療総合センターの役割. *子どもの虐*

待とネグレクト, 5(1), 247-253.

業績一覧

- 山崎嘉久、杉山登志郎、海野千畝子、塩之谷真弓、大橋信彦、並木典子、加藤伊律子、中澤和美(2003)：地域の虐待対応におけるあいち小児保健医療総合センターの役割。子どもの虐待とネグレクト, 5(1), 247-253.
- 杉山登志郎、海野千畝子、浅井朋子(2003)：高機能広汎性発達障害にみられる解離背障害の臨床的検討。小児の精神と神経, 43(2), 113-120.
- 杉山登志郎：私の精神療法：児童精神科医の立場から。小児の精神と神経, 43(3.4), 193-201.
- 杉山登志郎(2003)：高機能広汎性発達障害に見られるさまざまな精神医学的問題に関する臨床的研究。乳幼児・心理学研究, 12(1), 11-25.
- 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.
- 浅井朋子、杉山登志郎、小石誠二、東 誠、並木典子、海野千畝子(2004)：軽度発達障害児が同胞に及ぼす影響の検討。児童青年精神医学とその近接領域, 45(4), 60-371.
- 杉山登志郎(2004)：発達障害臨床の育児支援。乳幼児医学・心理学研究, 13(1), 19-28.
- 杉山登志郎、河邊真千子(2004)：高機能広汎性発達障害青年の適応を決める要因, 精神科治療学, 19(9), 1093-1100.
- 杉山登志郎(2004)：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.
- 杉山登志郎(2004)：子ども虐待とそだち; 子ども虐待は、いま。そだちの科学, 2, 2-9.
- 杉山登志郎(2004)：そだちの遅れと学び; 境界線知能-遅れと普通のあいだ。そだちの科学, 3, 31-35.
- 杉山登志郎、海野千畝子(2004)：虐待を受けた子どもの対応。教育と医学, 52(10), 42-50.
- 杉山登志郎、海野千畝子(2004)：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.
- 海野千畝子、杉山登志郎、加藤明美(2005)：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。小児の精神と神経, 45(3), 261-271.
- 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.
- 浅井朋子、杉山登志郎、小石誠二、東 誠、遠藤太郎、大河内修、海野千畝子、並木典子、河邊真千子、服部麻子(2005)：高機能広汎性発達障害の母子例への対応。小児の精神と神経, 45(4), 353-362.
- 杉山登志郎、海野千畝子(2005)：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.
- 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。臨床精神薬理, 8(6), 905-910.

杉山登志郎(2005)：自閉症臨床から．小
児の精神と神経、45(4), 313-321.

杉山登志郎、海野千畝子(2005)：子ども
虐待への包括的治療．子どもの健康科学、
6(1)3-8.

杉山登志郎(2005)：アスペルガー症候群
の現在．そだちの科学、5, 9-21.

杉山登志郎(2005)：ひきこもりと高機能
広汎性発達障害．こころの科学 123、

36-43.

杉山登志郎編著(2005)：アスペルガー症
候群と高機能自閉症青年期の社会性
のために一よりよいソーシャルスキ
ルが身につく．学研のヒューマンケ
アブックス．

平成 15-17 年度厚生労働科学研究費補助金（子供家庭総合研究事業）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

その2 被虐待児童に対する集中アセスメント入院のまとめ

研究協力者 海野千畝子、服部麻子、大河内修、並木典子、河辺眞千子、野呂美知代、
小石誠二、浅井朋子、東誠、
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

児童養護施設（以下養護施設と記す）に入所している児童の中で、こども虐待の既往があり、様々な問題行動を頻発させているものは少なくない。これらの症例の治療の方向性を決めるために、入院した上で、7種類の心理検査と行動観察による、集中アセスメントをわれわれは行ってきた。このような被虐待児32名（男子13名、女子19名）の結果をまとめた。A-DESにおいて40%以上を示した者が19%、CDCで12点以上が68%と、解離スケールにおいて高値を示し、ロールシャッハテストの結果では大部分が人格障害レベル以上の病理を示した。知的能力では28%に遅滞が見られたが、それ以外の6割にさらに学習の障害が認められた。集中アセスメントによって、養護施設の生活では明らかになりにくい、隠れた病理の把握が可能となり、問題行動として噴出する以前に治療的関与が出来ることが大きな意義である。一方、養護施設の籍を確保できる限度の3ヶ月間の入院治療では、問題行動が正に噴出した状況で施設に戻ることが多い点で、今後検討を要する課題である。

A. はじめに

近年、児童養護施設（以下養護施設と記す）においては被虐待児童の割合が増加している。その内の少なくない割合の児童が医療との連携を必要としていると考えられる（野邑，2005）。入所児童のうち、養護施設職員側の申し出を受けて、多大な問題行動が現れた児童に対して、治療の方向付けを定める目的で、入院の上で総合的なアセスメントを3ヶ月間以内という限定された期間に行ってきた。この入院による集中アセスメントは養護

施設入所児のみならず、在宅から養護施設入所に至った症例や重症の在宅支援症例においても実施された。

3年間の集中アセスメントを行った、被虐待児童の結果を分析し、この集中アセスメントの意義と、可能性、問題点に関して検討した。

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病棟に入院の上で、上記の集

中アセスメントを行った被虐待 32 名である。児養護施設入所児童 19 名（男児 9 名、女児 10 名）在宅児（在宅で外来治療が始まり、入院後、養護施設に退院した児童を含む）13 名（男児 4 名、女児 9 名）である（表 1）。

入院の間に、対象児童に対する 5 つの心理検査と、心療科病棟の担当看護師らによる対象児童への解離評価検査および行動観察アセスメントを行った。

7 種類のアセスメントは以下の通りである。

表1 対象一覧

	男性	女性	合計
施設入所児 (うち性的虐待)	9人 (1人)	10人 (5人)	19人 (6人)
施設以外の児童 (うち性的虐待)	4人	9人 (5人)	13人 (5人)
合計	13人	19人	32人

- 1、思春期乖離体験尺度、A-DES (Putnum, 1997; adolescent dissociative experience scale、以下 A-DES と記す)
- 2、ロールシャッハテスト
- 3、ウエスクラー式知能検査 WISC III (以下 WISC III と記す)
- 4、基礎学力チェック
- 5、K-ABC 心理教育アセスメントバッテリー (以下 K-ABC と記す)
- 6、子ども版解離評価表 CDC (child dissociative checklist、以下 CDC と記す)
- 7、解離に焦点を当てた行動観察チェックリスト (表 2 ; 海野

ら,2004)

2) 検査に当たっての留意点

A-DES は本来、青年期患者の為の、自記式の解離体験尺度である。青年期の患者では平均値 40%以上が解離性同一性障害陽性となっている。児童への用い方に関しては確定されておらず、また児童に用いたときのカットオフ値もまだ明らかではない。しかし、解離症状を把握する上で最も鋭敏な心理アセスメントと考え、検査項目に加えた。児童に用いるに当たって、この集中アセスメントでは内容に関する理解が不十分である可能性が高いため、心理士がそれぞれの項目の内容を説明しながら評価を行うという形を取った。0-100 の数値尺度で示し、さらにそのエピソードを言葉で表明してもらった。また、あわせて検査者が、検査中の行動観察を行い、検査中に生じた解離状態の記載を行った。

b) ロールシャッハテスト

これも学童への使用に関しては、様々な論議がある (小川ら,2005)。しかしなんとと言っても、人格の骨格に相当する部分を見るためには優れたアセスメントツールである。本研究の結果に扱いについては、防衛様式や形態水準等から、神経症水準、境界性水準、精神病水準と 3 水準に区分して示した。

c) 基礎学力チェック

この集中アセスメントにおいては、全ての児童の学力のチェックは行わず、小学生を対象に限定して、国語と算数の学力習得についてアセスメントを行った。

e) 心理教育アセスメントバッテリー (K-ABC)

学童の対象と抽出した児童においてのみ限定してアセスメントを行った。

表2 解離に焦点を当てた行動観察チェックリスト

- 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witch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・万引き、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) 身体症状出現

f) こどもの解離体験評価表（CDC）

対象の児童を担当した病棟のプライマリー看護師が入院の最後の時期に、評価を行った。

表3 ロールシャットハテストのまとめ

	神経症水準	境界性水準	精神病水準	合計
男性	1	8	4	13
女性	3	13	3	19
合計	4 (12.5%)	21 (65.6%)	7 (21.9%)	32

g) 行動観察アセスメント

これも入院の最後の時期に、心理士がこれまでの検査結果を参照しながら、プライマリー看護師から、表2に示した各項目に関して聴取を行った。

C. 結果

1) 解離に関する尺度

A-DES（31名に実施）の平均 26.0% ± 13.8%であった。そのうち、40%以上という青年期の患者における解離性同一性障害のカットオフ以上の値を示した者は6名（19.4%）であった。CDC（29名に実施）平均 13.7点 ± 5.7点であった。12点以上の病的解離を示した児童は20人（68.9%）であった。A-DESとCDCとの相関を見ると、相関係数 0.40 と比較的低地を示した。内容の突き合わせを行ってみると、CDCに示される解離症状に関して無自覚というよりもむしろ、A-DESで現れた解離症状に関して、言語的、行動的な表出がなされていない場合が多く認められた。

2) ロールシャットハテスト

検査の実施総数 32（男児 13名、女児

19名)のうち、神経症水準4名(12.5%)、境界性水準21名(65.6%)、精神病水準7名(21.9%)と判定され、被虐待児童の87.5%が境界性水準以上の精神病理であった(表3)。しかしロールシャッハテストにおいて神経症水準と判定された児童の中に、後に精神病を発症していった者も存在した。

3) 知的能力(WISCIIIとK-ABC)と学習の習得度(基礎学力チェック)

検査の実施総数32人のうち、正常知能は13名(40.6%)、境界線知能が10名(31.3%)、知的障害が9名(28.1%)であった。知的障害を除き、正常知能と境界線知能の児童において、それぞれの知能指数と学年から期待学力を算出し、その期待学力よりも2学年以上の遅れを示した児童は、正常知能の実施者数10名のうち6名(60.0%)、境界線知能の9名のうち6名(66.6%)存在した。被虐待児童は、知的なハンディキャップを持つものが多く、さらに知的能力よりも学力が劣る者が多いことが示された(表4)。

表4 知的能力と学習の修得度

	正常知能	境界線	知的障害	合計
施設入所児	6	7	6	19
それ以外	7	3	3	13
合計	13(40.6%)	10(31.3%)	9(28.1%)	32

4) 行動観察チェックリストにおける特記事項

解離症状に焦点を当てた行動観察チェックリストのうち、顕著に認められた症

状について抽出した。32名の児童のうち、部分人格の交代現象(スイッチング)21名(65.6%)、解離性幻覚10名(31.3%)、激しい衝動乱暴6名(18.8%)、性的逸脱、挑発行動5名(15.6%)、盗みの頻発5名(15.6%)であった。このうちスイッチングがあった児童のうち、解離性同一性障害と考えられた児童は4名(12.5%)、幽体離脱体験の表出があった児童は1名(0.3%)であった。

D、症例

症例の提示については、本人と施設職員に公表する承諾を得ているが、匿名性を守るために細部を大きく変更を加えている。症例Aは豊かな言語表出があった中学生女兒、症例Bは解離性同一性障害と診断された小学生女兒である。

症例A) 女兒14歳 施設入所児

本児は幼児期より、他の兄弟と差別され家族全員のスケープゴードになり、身体的心理的虐待を受けていた。母親が他の兄弟を連れて家を出た時に、本児のみ祖父母宅に預けられたというエピソードがある。家事を強要された上で、両親から殴る蹴る、タバコの火を押し付けられる等の虐待を受け、児童相談所の何度かの介入の後、自らが保護を求め一時保護され児童養護施設に措置された。施設から受診希望があり、アセスメント入院に至った児である。本児の印象は、一見男の子を思わせるような太くて低い声をしていて、髪型もボーイッシュである。以下にアセスメント結果の報告を記述する。

a) A-D-E-S(子どもの解離体験尺度):

35. 5%と境界域の数値を示し、病的解離と判定された。本児の特徴としては、エピソードの表出は家族と関連する外傷体験に引き寄せられた表現が占めていた。読書への没頭;「本を読んでいる」「母がタバコを買ってきて。」という声に気付かず、「本を読むな。」と怒鳴られた。」内的激情の存在;「友人を見ているだけでイライラしたり、逆に怒り返したりする。母にもイライラ怒ってもっと怒られた。」鏡映像認知の歪みや解離性幻覚の存在;「鏡をみたらお化けがうつっていた。母に怒られた後で、首しかない人が映っていた」解離性幻聴;「母や兄弟の声が聞こえる。母は「バカ学校行くな。学校に行く必要ない。荷物まとめろ。」兄弟からは「家から逃げるな。」という声がする」等が確認された。

b) CDC :

14点と病的解離と判定された。特徴的な具体例として、朝起きに40分ほどかかり、ぼうっとしていて、薬物の影響以上に解離性の朦朧状態が考えられた。また、友人とのトラブルでかっとしてTVのコードを引きぬく衝動行動や、頭を何度も壁に打ち付けるといった自傷行動があった。また口調が幼児的になったり喧嘩的になったりというスイッチングが見られた。さらに日時や時間の混乱、唐突に男性看護師の膝に座る等の性的な対人距離的な問題、不可解な怪我の頻発、頭痛、腹痛などの不定愁訴等が認められた。さらに患児は、男の子が主人公の小説を書いており、内容に暴言風の男言葉が頻繁に表現され、内部にある別人格を予測させるものと理解された。

c) ロールシャッハテスト :

知的生産性はやや乏しく、認知や思考に中等度の障害があると考えられた。情動面については、陰影ショック (Iカード:手にカードを取らない)、カラーショック (IIカード:血反応、IIIカード:ズタズタ反応)、曖昧反応、反応失敗 (VI・IXカード) が認められることから、ささいな刺激で情動的混乱が生じやすいことが窺えた。一方、体験の形としては内向型であり、衝動的な怒りを抱くと、今後は自罰的になり、抑うつ的になってバランスを取るという傾向が認められた。現時点における対人関係能力は依存しあう二者関係が限度であろう。反応内容からは、Iカードでこうもりと答えたが、「3匹かな、1匹にも見える、6匹にも見える。」と数が変動し、IIカードでは「外国人、帽子をかぶった人が2人いる」が「鏡があって手をあてて1人で遊んでいる。」と変動、IIIカードでは「動物。馬。(一匹?)うん。3匹かなあ。わからない」等、「えー」「たぶん」と曖昧になり、その後のカードにおいても数や内容が変動している。この所見は、自己や対象(他者)に対して不確実感が強くあり、対人関係に違和感を持ちやすいことを示唆するものであった。さらに「半分に割れている」「動物につぶされている」「木が折れる」などのズタズタ反応が多く見られることから、関係の中で被害的に受け取りやすいことが窺えた。また、VIカード(性カード)の反応失敗や後の反応「うさぎ」「クリスマスツリー」からは、女性性への葛藤を生じやすいことが示された。信頼できる同性の人間との二者関係の中で、対人関

係能力を成長できる可能性を持つが、混乱が生じると解離や否認といった原始的防衛でバランスを取っており、人格障害圏のレベルにあると考えられた。

d) WISC III :

言語性IQは101、動作性IQ87、全IQ94で、正常知能であった。言語性検査と動作性検査（非言語性の検査）との間に有意な差が認められた。言語性IQの下位項目では、常識的な知識課題や、抽象的な概念の知識をまとめる類似課題の評価点が高く、短期記憶能力を反映する数唱課題、言葉の意味を理解する単語課題の評価点が劣っていた。動作性IQにおいては、他に比して、模様の体制化や図と地の判別能力である積み木模様課題と組み合わせ課題が落ち込んでいた。推理能力や計画性の能力を測る絵画配列課題や迷路課題は相対的に高かった。本児は事態の読み取りはできていて、その場に応じた表出行動はできるが、全体としてまとまりのある行動に発展していない等の問題が理解された。

e) 該当看護師による解離に焦点をあてた行動観察 :

解離症状については、CDCの結果と一致した。覚醒水準（頭の清明度）の変動については、朝起きの困難さのぼんやりモードと不眠が特徴的であった。「眠りたいけど眠れない。」「よく眠れなかった」「途中で4回起きた」という浅眠感や中途覚醒の訴えがあった。時折、悪夢の訴えがあり内容は語らなかった。部分人格の交代現象については、普段は看護師には従順モードでいるが、時折暴れモードになり、幼少児への暴言や自傷行動をす

ることがあった。また、退行モードとしては、髪の毛を、やや突飛な幼い結び方をしてグループ保育活動に参加する、足をばたつかせて駄々をこねる、性的モードについては、他病棟の男児へ急に関心を寄せる、ボランティアの男性に執着するなどが観察された。また、母親に手紙を書いていたら呼吸が苦しくなったというエピソードが何度も観察され、また、他児童への看護師の叱責に距離が取れず、「自分が叱られているようで嫌だ。」という訴えがあった。記憶の障害については、主治医に申し出たご飯量の要求について、同じことを何度も伝えるなど、自己の生活の記憶に忘却があること、日常的なルールが徹底しないことなどが観察された。非行的行動については、万引きは、学校でステックシュガーを拾ってきたとニヤリと笑い、友人と二人で、売店からパワーストーンを万引きした等の行動が認められた。その他の特記したいこととしては、「外泊がこわい。怒られる。外泊行きたくない。つまらない。治療がこわい。」等の発言があり、対象に対して過敏になるが、それを意識しつつ自己を表現できているようであった。

学力の習得度、K-ABCは、中学生年齢の患児においては実施しなかった。

<総合所見と今後の計画>

患児は、この入院の間に家庭裁判所の判定が下り、両親の親権の一時停止が認められた。両親に対して、特に母親に対して、自分を差別し虐待したという怒りの感情と、自分は両親が言っていたように悪い子だったから虐待を受けたのではないかという不安な気持ちと、自分だけ

家庭から逃げて妹が今度は被害を受けているのではないかという罪悪感が混在した状態で病院の入院生活を送っており、このような自分の状況を的確に表出していた。WISCの所見に認められるように、このような虐待家庭に育った者にしては珍しく、言語的な表出能力が高いことが、患児の大きな特徴と言えるであろう。しかし、一方で身体的不定愁訴は非常に多く、解離性症状も病的解離と判定せざるを得ない重症度であり、人格水準も良好とは言い難い。また万引きなど、自らが悪い子であることを確認するかのような行動化も何度も起きている。またその行動が良くない行動と判定され、タイムアウトを受けた時には激しい自傷が生じている。

この様に、本児の状況は決して楽観は許されず、安全が保障された環境の中で、自らを受け入れ、育て直してゆく作業が必要であると判断される。

1. 薬物療法としては、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以上必要とする。
2. 精神療法を開始し、1週間に1回程度の治療を寮生活に平行して行うことが望ましい。患児の高い言語能力を考慮すれば、言語的な面接で十分に治療が進展するであろうが、同時に行動化を促進する危険性を常に考慮する必要があると思われる。
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と考える。この所見は院内外のサポートスタッフとの虐待ネットワーク委員会で報告された。

症例B) 12歳女児 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。

a) 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」部分的な生活記憶の忘却、「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「みとりとクマラ (幻視で見えるキャラクター) の声をする。」「とっちゃえー」最近ではマイクとクット (これも幻視で見えるキャラクター) に変わり、「止めるチクられるぞ。」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、「遊園地にいつて旅館に泊った翌日、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)との朝の会話をする。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-ちゃん)、男の子人格(ケ)、いい子人格(ミナ)、性的人格(アサ)、犬の人格(シヨコ)等の別人格の存在を本人が認識している。

b) 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。

c) 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。

d) 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、読力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

e) 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」の力があり、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。

f) 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て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られた。全体としては、WISC IIIの結果とほぼ一致した。

g) 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。その他の目について行動としては、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する。

F. 考察

1. アセスメントの結果を巡って

集中アセスメント入院の結果をまとめてみて気付かれた幾つかの点に関して最初に言及しておきたい。

1) 被虐待児の基底的病理としての解離性障害

本研究では、患児の解離のレベルを計るために A-DES、CDC、オリジナルの行動チェックリストなどを総合して用いた。A-DES は一種の変法に属する使い方を行ったことになるが、症例に示されたように、CDC による評価だけでは極めて不十分で、A-DES を取ってみて初めて明らかになった解離性病理が少なくなかった。年齢による制限を考慮すると、重症の児童を集めての評価とはいえ、2割の児童において青年期患者では解離性同一性障害と判定される 40%を超える値となったことは驚きである。さらに CDC では6割が病的解離状態と判定された。ところで被虐待児においては、大多数の患者において初診時に CDC を取っている。この結果と入院下での看護師による CDC とを比較するとほとんどの症例において看護師によって付けられた CDC の方が著しく高い値を示した。これは、後述する、患児が安全な入院環境下において、自己の病理をより表出させているという要素が大きく関与していると思われる。同時、初診時において CDC を付けた児童養護施設職員、あるいは家族が、解離性症状の存在に気付いていないという側面も否定できない。解離は、被虐待児の抱える病理の中心でありながら、これまで児童養護施設のみならず、児童自立支援施設など、被虐待児が集まる場所において、十分に認識されてこなかった。ロールシャッハ検査の集計で 87.5%が境界線水準よりも重度の病理水準にあると判定されたことに注目したい。このグループ全体の精神保健が極めて不良であることを示している。被虐待児の後年の終着駅は、