

入院児童についての児童相談所との確認事項書 (様式1)

よみがな _____ カルテ番号 _____

児童名 _____ 性別 _____

児相 _____ 児相担当 _____

Dr. _____ 相談室担当 _____ 病棟 _____ 担当 _____

措置決定日 _____ 現在の状況 _____

確認事項 主訴：虐待 その疑い 虐待：あり なし 不明

種別：身体 性的 心理的 ネグレクト

面会・外泊・電話の制限を必要とする理由・根拠

[Empty box for reasons of restrictions]

面会 可 不可 相手：父 母 父母以外 (_____)

形式：児相職員同席 あすなる職員同席 児童のみ

外出 可 不可 外出：父 母 父母以外 (_____)

外泊先：自宅 その他 _____

外泊 可 不可 外泊時の条件

[Empty box for conditions of overnight stays]

電話 可 不可 相手：父 母 父母以外 (_____)

入金について 有 無 ひと月に可能な金額

父 母 父母以外 (_____) より

_____ 円

強制的な引取り等への対応について

- 法28条、33条等を視野に入れる
- 法28条、33条等を視野に入れない
- 児童相談所が必ず同席する
- あすなる学園のみで対応する

退院後の処遇方針について (見込み)

家庭復帰 児童福祉施設入所 親戚引取り 検討中 _____

その他

[Empty box for other information]

確認年月日： H 年 月 日

医師名 _____

児相確認者名 _____

相談室確認者名 _____

病棟職員確認者名 _____

変更事項 (様式2)

面会変更1 可 不可 相手変更1 父 母 父母以外()

形式変更1 児相職員同席
あすなる職員同席
児童のみ

面会変更年月日1 _____

面会変更2 可 不可 相手変更2 父 母 父母以外()

形式変更2 児相職員同席
あすなる職員同席
児童のみ

面会変更年月日2 _____

外泊変更1 可 不可 外泊先変更1 自宅 その他

外泊の条件変更1

外泊変更年月日1 _____

外泊変更2 可 不可 外泊先変更2 自宅 その他

外泊の条件変更2

外泊変更年月日2 _____

電話変更1 可 不可 電話番号変更1 父 母
父母以外()

電話変更年月日1 _____

電話変更2 可 不可 電話番号変更2 父 母
父母以外()

電話変更年月日2 _____

確認年月日: H 年 月 日

医師確認者名 _____
児相確認者名 _____
相談室確認者名 _____
病棟職員確認者名 _____

【児童名： 診断： 】 (主治医： 病棟： 担当：) エック日：H / / (毎月1回(25日)相談室で鑑計 し各病棟へ配布) *相談室担当 者()		虐待的 人間関係	力による 対人関係	自信の 欠如	注意 多動の問題	学校 不適応	感情の 抑制抑圧	性的 逸脱行為	希死 念慮 自傷性	反社会的 逸脱行為	食欲 固執	感情 調整障害	危機 項目
1	職員などの大人の怒りをかうような言動がみられる												
2	遊びや趣味などで夢中になれるものがない												
3	放火や弄火(火遊び)がある												
4	パニックをおこした時などに自分の持ち物を破いたり壊したりする												
5	大人や年長者に対して挑発的な態度をとる												
6	悲しい時に無表情である												
7	学用品などの物をよくなくす												
8	イライラする												
9	大暴れをして物を壊したり、人に殴りかかったりするなどのいわゆる「パニック状態」になる												
10	他の子と年齢に不相応な性的かかわりがある												
11	かつあげをしている												
12	落ち着きがない												
13	自分を誇示するような言動がある												
14	カッターで腕を切るなどのセルフカット(リストカット)がある												
15	この子が身体接触を求めてくる時、どこか「性的ニュアンス」を感じる												
16	年少の子どもに対して、威圧的な態度をとる												
17	将来の夢が全く持てない												
18	万引きをする												
19	「どうせ自分なんか…」などと自己を卑下したようなことを言う												
20	食べ物に執着する												
21	否定的な感情の表現(悲しい・腹が立つなど)がない												
22	何事につけても自信がない												
23	興奮したときに自分の頭を壁にぶつけるなど、自分の身体を痛めつける行為をする												
24	悪夢をみる												
25	生まれてこなければよかったなどと口にする												
26	「どうせ大人は～」と、大人への不信感を口にする												
27	自分で自分の身体を殴る												
28	常におやつを求めている												
29	喫煙する												
30	朝起きられない												
31	スポーツや趣味で得意だったり、自信を持っていることがない												
32	他の子と性的な遊びをする												
33	多動でじっとしていることができない												
34	感情が表情に表れない												
35	職員や他の子どもからの金品の持ち出しがある												
36	「死にたい」ともらす												
37	大人の心を傷つける言動がある												
38	異性の身体にベタベタ触れたがる												
39	不登校の傾向がある												
40	泣かない												
41	強者に対する態度と弱者に対する態度が極端に異なる												
42	学校で居眠りをしている												
43	過食がある												
44	年齢に比べて性的な事柄に対する関心が高い												
45	無断欠席が多い												
46	肯定的な感情の表現(うれしい、たのしいなど)がない												
47	大人に対して反抗的な態度を示す												
48	大量に服薬する												
49	昼夜逆転である												
50	人の神経を逆なでする												
51	衝動的に行動してしまう												
52	無断外泊がある												
53	勉強で何か得意な分野や自信を持っているものがまったくない												
54	怒りをもつと大暴れをする												
55	注意の集中ができない												
合計													

別紙4

家族をめぐる状況 (様式5)

家族には必ず複数回面接を行なう。2度目には、1度目に会っただけの印象と全く異なることがしばしばある。(チェック日 年 月 日 相談室担当者:)

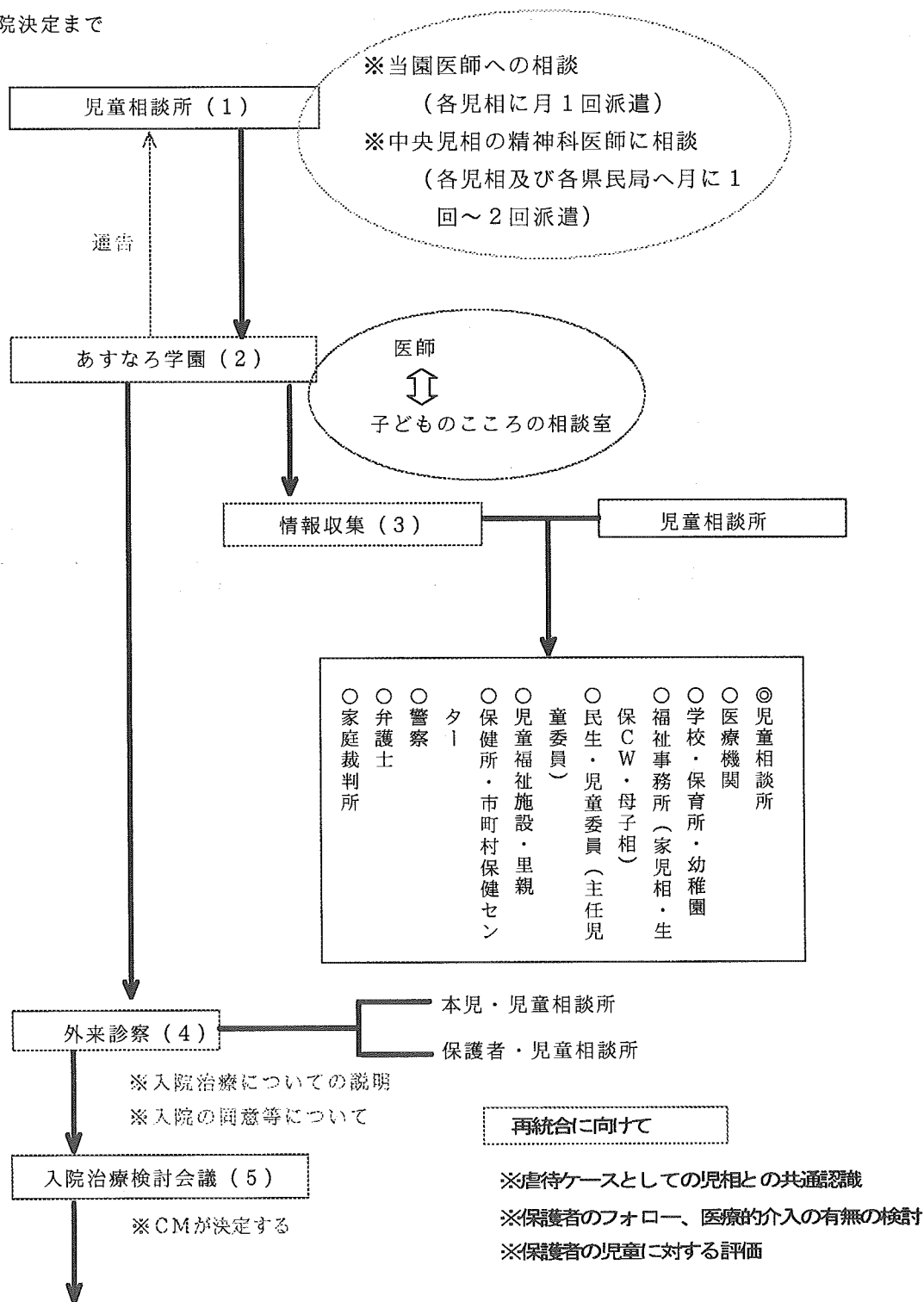
	4	3	2	1
A 家族が育児の相談に拒否的	<input type="checkbox"/> 介入に対して脅す、すごむ	<input type="checkbox"/> 両親とも拒否 <input type="checkbox"/> 次回の約束ができない	<input type="checkbox"/> 一方の親が強く拒否 <input type="checkbox"/> 面接の約束を守らない	<input type="checkbox"/> 意欲に欠ける <input type="checkbox"/> 急に予定変更
B 家族が援助を望んでいるか		<input type="checkbox"/> 他人事のように会うのをいつも嫌がる <input type="checkbox"/> 悩む様子がみられない	<input type="checkbox"/> 聞き出さない限り自分から言わない <input type="checkbox"/> 反論ばかりで話し合いが困難	<input type="checkbox"/> 泣くか黙るか話しが進まない
C 家族の病理性	<input type="checkbox"/> 言うことが支離滅裂 <input type="checkbox"/> 精神分裂病が疑われる <input type="checkbox"/> 他のきょうだいに虐待の既往	<input type="checkbox"/> 反社会的傾向 <input type="checkbox"/> アルコール乱用 <input type="checkbox"/> 対人関係が極度に不安定 <input type="checkbox"/> 癪癢を抑えられない <input type="checkbox"/> 自殺の既往 <input type="checkbox"/> ボーっとして何も分からない <input type="checkbox"/> 両親のいずれかに虐待の既往	<input type="checkbox"/> 虚言が多い <input type="checkbox"/> 両親のいずれかに養育能力の低下(精神障害など) <input type="checkbox"/> 容易に被害的猜疑的になる	<input type="checkbox"/> 暴力を容認する家庭の雰囲気
D 経済状態		<input type="checkbox"/> 多額の借金 <input type="checkbox"/> サラ金	<input type="checkbox"/> 親がギャンブル好き <input type="checkbox"/> 失業状態	<input type="checkbox"/> 貧困家庭 <input type="checkbox"/> 多人数きょうだい
E 両親の関係		<input type="checkbox"/> 再婚/離婚を繰り返す <input type="checkbox"/> 妻に暴力を振るう夫	<input type="checkbox"/> 絶え間ない喧嘩 <input type="checkbox"/> 若年離婚	<input type="checkbox"/> 浮気、不倫があった <input type="checkbox"/> 一方の親のみ

家族を支える基盤

	4	3	2	1
A キーパーソン		<input type="checkbox"/> 密室状態 <input type="checkbox"/> 周囲との交流全くなし	<input type="checkbox"/> 父母の両親やきょうだいが近くにいない	<input type="checkbox"/> 親戚は近くにいないが友人がない
B 地域との関わり	<input type="checkbox"/> 頻回の転居	<input type="checkbox"/> 駆け落ち <input type="checkbox"/> 家出	<input type="checkbox"/> 喧嘩状態の隣人の存在 <input type="checkbox"/> 多問題地域	<input type="checkbox"/> 大都会 <input type="checkbox"/> 大集合団地

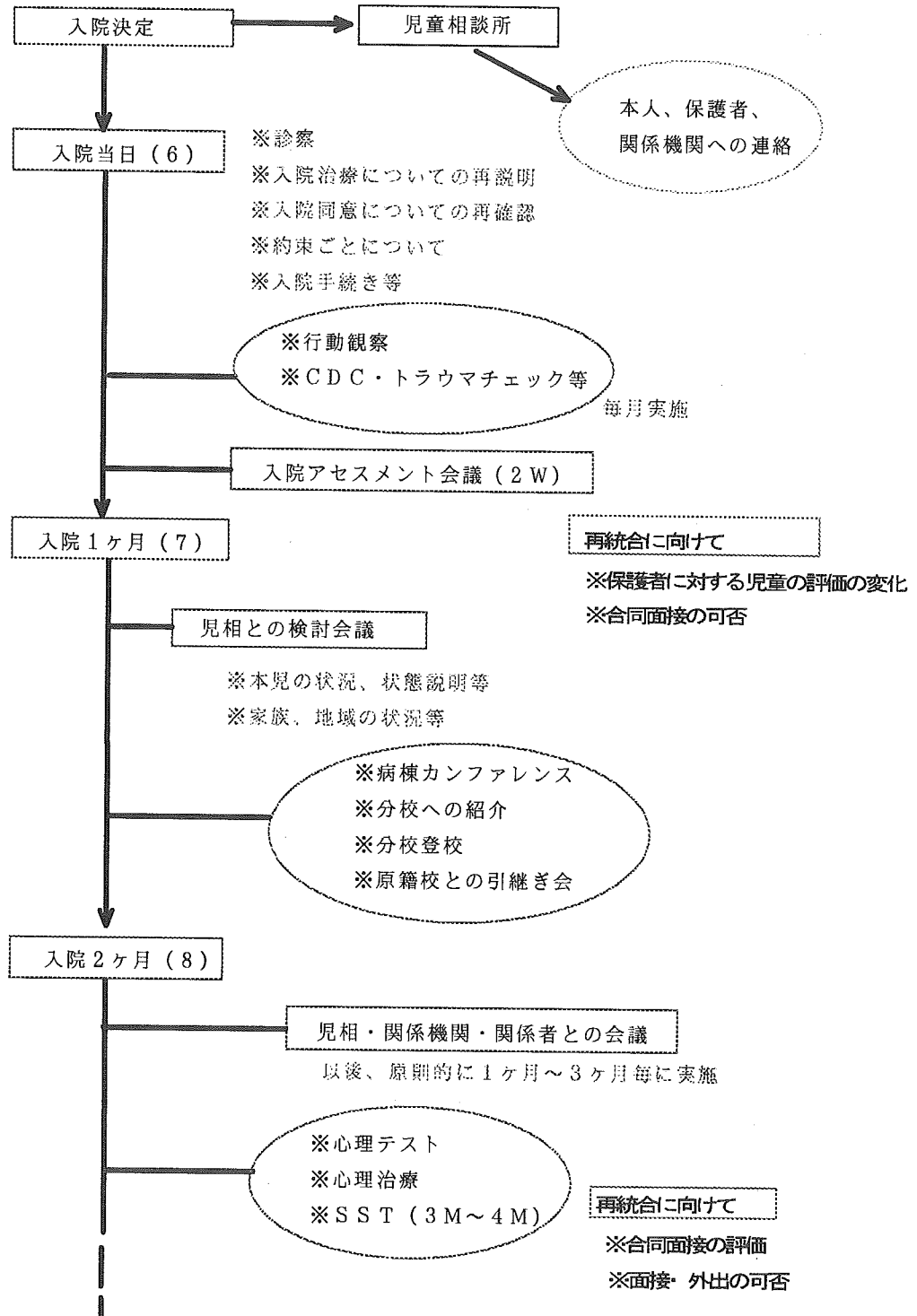
あすなろ学園における被虐待児童の治療の流れ

1. 入院決定まで

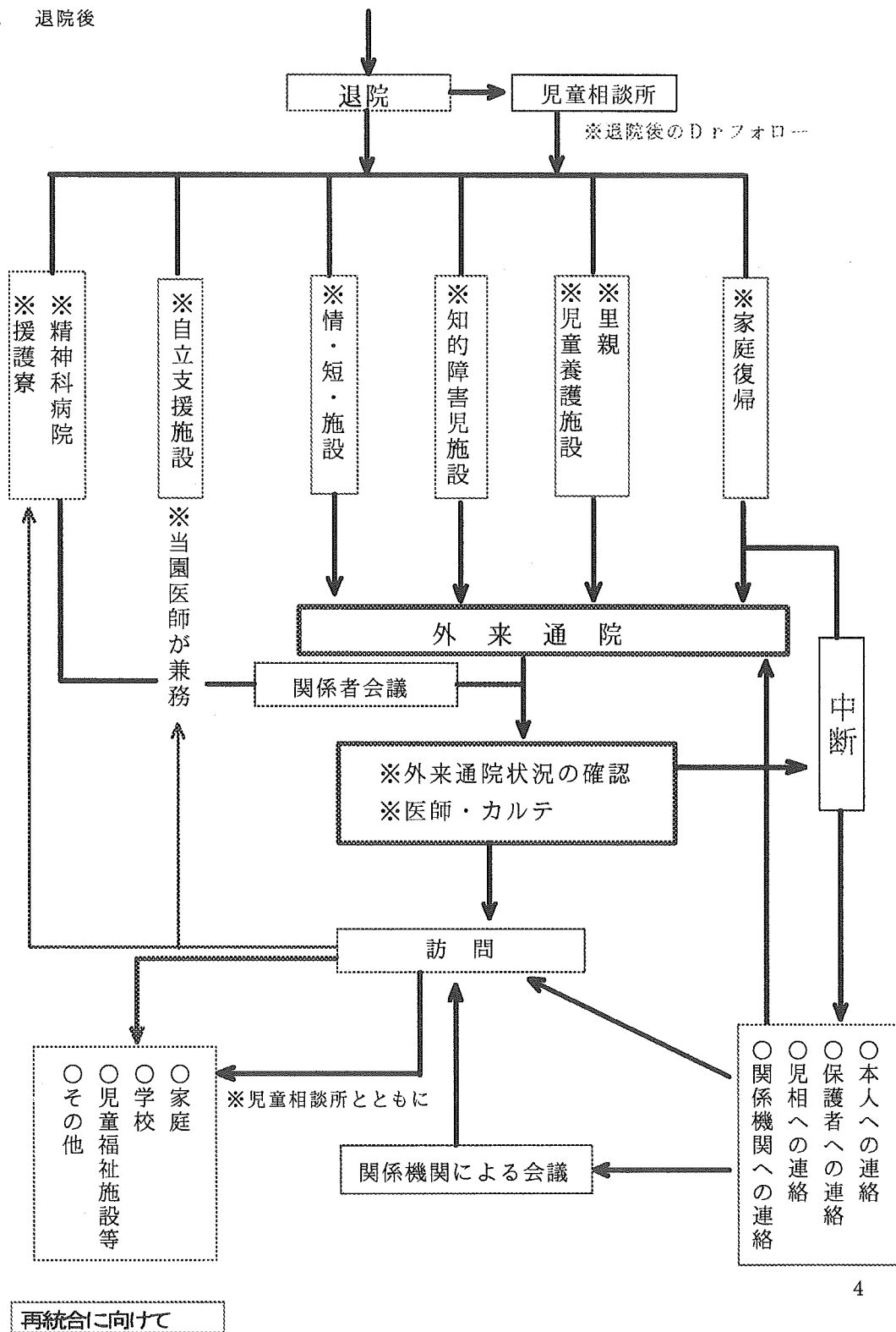


別紙 5 - 2

2. 入院 2 ヶ月まで



4. 退院後



※保護者、児童の状態により、面会、外泊、再統合への意見を伝える。

IV 心理治療

1) 基本的な考え方

入院している被虐待児への心理治療の目標は、ハーマン、ギル、西澤等が述べているように、被虐待児がトラウマに関連した認知、感情、記憶などを意識的に統合することであり、心理治療のなかでトラウマとなった出来事を再体験し、感情や情緒の解放を促し、この繰り返しをするなかで、体験を新しく意味づけることによりトラウマへの癒しや回復をはかることにある、と考える。トラウマは言語で想起できる記憶としてよりも感情面や情緒面に刻み込まれている、という認識によるものである。そして、目標に向けての共同作業が被虐待児とセラピストとの信頼関係（治療的關係）によってなされるものであるが、トラウマへの癒しや回復は時間がかかるであろうし、トラウマのコントロールの主体は被虐待児自身にある、という心構えを持つことが大切と考えている。

2) 心理治療の展開（トラウマへの癒しや回復過程）

① 信頼関係（治療的關係）の形成

虐待的人間関係や限界吟味や安全感への対応をしていく。そして、保護された、安全な心理治療の枠組みを設定していく

② トラウマの体験の再演と感情や情緒の解放

体験の再現を再現にのみで終わらせることなく、感情や情緒の解放を促す中で、体験を直視し、見直し、取り扱う、といった治療的介入の必要があ

る。その際、被虐待児の自我レベルと、セラピストとの関わりで支えられるレベルを考慮しながら、再現の内容を被虐待児自身が自分でコントロールできるように、タイミングやペースに注意を払って進めていくように心がけていかなければならない。

③ トラウマの再構成

被虐待児の体験をつなぎ合わせて肯定的に自分を捉えるように、物語構成的なアプローチを試み、1つの語り（a narrative）へと置き換えていくことが要求されてくる。体験を新しく意味づけることになるが、被虐待児が自分で自分にとっての意味を見出すことが必要であり、セラピストが被虐待児の体験を意味づけるのではなく、被虐待児が認識できるように心がけていかなければならない。

④ 現在に焦点を当てたアプローチ

現実の適応的な人間関係の学習の必要性や悲嘆の仕事の援助をするようにはたらきかけていくことが要求される

ただし、①～④がどのようなペースでどのくらい時間をかけながら進んでいくかは、個々のケースによって異なる。それは、子どもの年齢、生育歴、自我強度、そしてどのような虐待をどのような形でどのくらい受けてきたか…といったことが、一人一人異なっているためである。よって、心理治療はあくまでも子どものペースに寄り添いながら進めていくことが重要となる。

なお、あすなる学園における近年の傾

向としては、入院後3ヶ月前後で心理治療の依頼がなされることが多い。これは、入院後はまず生活の場である病棟に慣れること、安心感をもてるようになることを優先させていることによると考えられる。また、外来における通院治療の有無やその期間によっても、入院後の心理治療依頼の時期は異なってくるものと思われる。主治医から依頼される心理治療の治療目標としては、「安定した対人関係づくり」、それを基盤とした「自己イメージの修正」「外傷体験の整理」が、最近では主となっている。

3) 心理療法の終結について

被虐待児の心理的援助は、長期にわたるものと考えられるが、入院期間の短期化にともない、癒しや回復過程が必ずしも上述の①～④のように入院期間中に進むとは言い難い。退院という現実的な要請により、入院期間中における心理治療は、癒しや回復過程の途中で終了となることが予想される。退院後の心理治療は、他機関の特性によって継続にもなれば、終了ともなる。退院後の受け入れ先(処遇先)で被虐待児のケア、すなわち心理的援助が行われる状況であれば、入院期間中における心理治療は受け入れ先へと連続性を持たせることが可能になってくるものと考えられる。ただし、新たなるトラウマを生じさせないような配慮が必要である。なお、家庭に戻った場合は、虐待者へのカウンセリングが継続してもたれ、かつ何よりも、家での安心感、安全性が確立されていなければ、被虐待児への心理治療は危険なものになることが

予想される。前述したとおり、心理治療の展開が子どものペースに寄り添ったものであることが重要であるように、心理治療の終結についても、処遇の時期や親からのアプローチとは別箇に、子どもの心理状態を優先して考えていく必要がある。

4) 被虐待児への心理療法の手法について

虐待の種類、内容、侵襲の程度、年齢、発達段階等を考慮し、遊戯療法、箱庭療法、絵画療法、コラージュ療法、認知療法、認知行動療法、心理教育、精神分析的な精神療法等の手法を用いての治療が考えられる。トラウマへの癒しや回復過程の状況をみながら、非言語的アプローチ、言語的アプローチを織り交ぜて行うことが考えられる。トラウマへの直面、いわばどのように封印されたモノを開けていくか、どのように物語を構成していくか、等についてはいろいろな手法が紹介されているが、慎重に技法を取り入れていかなければならない、と考える。

(*各手法の詳細については、7)を参照)

5) セラピストへの援助

とりわけ心理治療初期における虐待的人間関係が生じてきた時の治療構造の問題、さらには、心理治療が展開していく際に生じる逆転移の問題とその処理について、症例検討会やスーパーヴィジョンを通じて解消していかなければならない。セラピストが一人で抱え込まないように、そして客観的な距離を保つことができる

ような援助体制が必要不可欠である。

6) 留意点

・病棟との連携

5) で述べているように、心理治療の初期において、治療同盟が成立しにくいとき、言い換えれば、安全で安心な治療構造が構築しにくいときに、定期的な症例検討会まで待てない場合は、セラピストが心理治療の経過や被虐待児の心理状態を病棟に伝え、心理治療上の障害を克服していく。

・症例検討会を通じて

被虐待児の心理状態を関係者間で共有し、被虐待児が示す言動に巻き込まれることなく、対人関係面に現れる行動を理解するとともに、セラピストは、スーパーヴァイザーによるスーパーヴァイズを通じて、被虐待児が示す転移反応やセラピスト側の逆転移を理解するように努め、それらが心理治療にどのように影響を与えているのか注意していく必要がある。

・他部署との連携

退院に向けての処遇検討会へ参加し、心理治療の経過を説明する。また、受け入れ先（処遇先）への説明も必要があれば行う。

7) 被虐待児への心理治療の手法

・心理治療の手法は下記のとおり様々である。そのうちどの手法を用いるかは（あるいは、どの手法をどのように組み合わせるかは）、個々のケースによって異なる。それは、子どもの年齢、性別、生育歴、症状（あるいは問題行動）、どのような虐待をどの程度う

けてきたか…といったことがそれぞれ異なるためであることはもちろん、心の作業がどのようなペースでどのような形ですすんでいくかが、一人一人異なっているからである。心理治療は、その子どものペースに寄り添いながら進めていくことが重要となる。

・いずれも、時間と場所と対象を明確に構造化（制限）することで、現実（生活の場）と架空（治療場面）との区別を明確にしている。それでも被虐待児はアクティングアウトに至りやすく、それだけに部署連携を要する。

A 言語的治療（面接）:

次の条件に該当するときに有効

- ・ 児童に、明確に治療すべき症状がある、または児童がそれを口にして表現できる
 - ・ 比較的年齢が上の学年（少なくとも小学高学年、普通は中学生後半から）
 - ・ 言語表出によるカタルシスが重要で、それが期待できる
- ① 非指示的療法…傾聴と共感を手掛かりにして、児童の会話の自由な流れと気づきによる自己整理（内的調和）を尊重する。同時にそのような課程を辿る児童自身を（治療者に）無条件に肯定されている安心感の中で、情緒的豊かさを獲得する。
 - ② 深層心理的接近…現実の場面に症状や行動となって向けられている、児童の非現実的な感情（親への怒りや悲しみ）—転移—を、児童の言動をもとに（解釈することによって）治療者が表面化と自覚化させる。そ

の際に現れる治療者に対する諸々の感情態度を繰り返し整理していく中で、抵抗を無効化していく。

↓

あすなろの場合、年齢的にも症状的にも適用できるケースは少ない。むしろ下記の非言語的治療の方が重視される内容になってくる。

B 非言語的治療（広義の遊戯療法）：

次の条件に該当するときに有効

- ・ 言語的交流が乏しい、もしくは言語能力が高くても逆に対話が散漫としてしまって（これも一種の抵抗）要領を得ない
- ・ 児童に治療すべき明確な症状に乏しい、または治療動機が漠然としている
- ・ 比較的年齢が下の学年、そのために言語表現能力が育っていない
- ・ 対人関係の取り方を（遊び方等から）観察する必要がある

①（狭義の）遊戯療法…限定されるのを「時間と場所」、そしてルールは「自他への危害と場所からの飛び出しとの禁止」と最小限にとどめて、自由に遊びや取り組みを児童に選択させ、振る舞うことを認める。自由な活動による感情発散を促し、情緒的な安定を築くことと、それを見守られる「大人との信頼関係」の再構築を目的とする。厳密には「深層心理的接近」と「共感的関与的接近」とに分けられる（主旨としては上記の「言語的治療」と同義である）

→動的なもの：野球ごっこ、ボール遊

び、ごっこ遊び、体操等

→静的なもの：トランプ、TV ゲーム、粘土遊び、水遊び、人形遊び（被虐待児には効果的な材料ともされている）

② 絵画療法…描画（あるいは錯画）行為を通して、自己表現する喜びやカタルシスを得られる。加えて、児童が描いた絵を診ることで「心理査定」の側面も有している。

→自由画：紙面の制約・タイトル等一切指定せず、思いのままに描かせる

→条件画：タイトルや色彩、あるいは治療者と共同で等、一定の条件のもとに描かせる。自由画が治療初期や取りかかりに向いているのに対して、条件画はある程度治療が進展している時に、継続的に行われることで、児童自身の内的整理に至りやすい

→コラージュ療法：厳密には「絵画療法」には入らない。ただ、絵画療法よりは能動的関与度が低いので、治療にかかる児童の負担（疲労）が少なく済み、箱庭療法（下記）ほどは表現物が生々しくはなりにくいので、心的外傷を負った児童の治療法としても有効と考えられる

③ 箱庭療法…心理査定としても優れているが、継続的に実施するとかなり深層の葛藤や否定的感情（その大部分は、怒りや恨みだが）の吐露と内的整理に結びつきやすい。また、人形や動物、建造物に象徴されて表現されるため、児童がその意図に気

づきにくい

*なお、最近、西澤らによって提唱されている手法である、「ポストトラウマティックプレイ」(虐待体験の具体的、逐語的な再現を中核とし、それらをセラピストが介入的に引き出していく手法)を当院において初めて試みた事例があるので、以下に示す。

ただし、この事例は、後述するように担当セラピストの転勤によりポストトラウマティックプレイを用いての心理治療は中断となっており、現在は別のセラピストによる心理治療が継続中である。よって、この手法の効果については現時点では言及できない。また、この手法の適用については注意が必要であり、それについては8)に記しておくので参照されたい。

8) 事例 ツヨシ

初診時年齢 7歳9ヶ月

主訴：母、継父からの身体的虐待
父からのネグレクト

診断名：

- F92 行為・情緒の混合性障害
- Z61.6 身体的虐待
- Z62.0 親の不適切な監督及び管理

生育歴

母、姉、本児、妹の4人家族。母と姉妹は母方祖父母の家に同居中。母には3度の結婚・離婚歴があり、それぞれの夫との間に1人ずつの子どもがいる。本児は2人目の夫との間に生まれている。生後1年で両親が離婚、2歳頃より母の精

神状態が不安定(うつ、引きこもり状態)となり、保育園にも通えなくなり、母の本児に対する身体的な虐待が始まる(家庭環境との繋がりや原因は不明であるが、本児2歳時に獲得した言語が一時消失)。本児が4歳になるころ、母は3度目の結婚をした。継父は覚醒剤常習者で本児らに暴力を振るうことが多かった。本児が5歳時に異父妹が出生、6歳時に母が3人の子どもを連れて家をでたが、母による身体的な虐待は続いていた。

7歳時(HX-2年度)、本児が「父のところへ行きたい」と言う。父も同意したため、HX-1年5月、母が〇〇市に引越しをする際に本児を預けようとするが、父が当日に翻意、母は無理矢理父に本児を預けた。1ヶ月後、父が本児を母の家の近隣に放置、母は翌日父宅に送り返した。父は食事と衣服だけ与えるだけの養育を続け、9月には不登校となった。10月16日、本児が深夜に一人で騒いでいるのを隣人が学校に通報、2日後〇〇児童相談所に一時保護となり、翌HX年4月1日あすなる学園に入院となった(1回目)。

1度目の入院期間は1年間。大人への不信感、親の話題を避けることはあったが、2ヶ月後には軽減し困った時は大人に頼るようになっていく。遊びの中で「殺してやる」と言うことはあったが行動化はなく、被虐待児に特徴的な過度な依存、振りまわし、拒否などはあられなく、愛着関係の希薄さだけが目立っていた。

HX+1年4月には退院し、児童養護施設に入所。外来フォローをしてきたが、年度後半になってフラッシュバック様の暴言暴力が無差別になり、心理療法を開

始。しかし、行動化は頻回になるばかりであるため、HX+2.8.17に2度目の入院となった。

家族歴

母： 3人兄弟の末子。子どもの時には身体的暴力を受けていたという。非行歴があり、17歳の時に初婚、3度の離婚歴がある。本児の入院をきっかけにして精神科通院、カウンセリングを受け、現在は仕事、生活も安定している。

父： 詳細は不明。

異父姉： ツヨシの4才年長。小5よりぐ犯行為があり、児童相談所が関わっている。中学卒業前の約1年間児童自立支援施設に入所していた。適応は良かったとのこと。

異父妹： ツヨシの5才下。母と同居中母方祖父母：母との関係はけして良くないが、X+1年度より母らと同居。祖父はアルコール依存で飲むと母に暴力を振るった

伯父： 近所に住んでいる。アルコール依存 祖父との関係が悪い。

伯母：近所に住んでいる。母親にとってキーパーソン。

女性セラピストとの心理療法

#1~5 (X+1年12月~X+2年1月)

#1非常に表情も固く、感情も平坦で、攻撃性も出なければ、快感情も表出しない。#2からはゲームを導入。自分が勝つためにルールを自分流に変えたり、ズルをする。それでも勝てないと「そこに置いたらキレるでな」と言葉で相手をコ

ントロールする。負ける=侵襲に耐えられないことがあらわれている。片づけができないばかりか、それを妨害するように散らかしている。それでも片付けには応じている。

#6~9 (X+2年1月~X+2年2月)

#6の箱庭には「自衛隊」と言いながら兵器を並べ、敵にインディアン、それが無くなると猛獣を並べる。淡々と並べる。多少のズルはあるが、セラピストを操作する言動は無い。

#10~15 (X+2年2月~X+2年4月)

#10は2週間ぶりであって表情が硬い。#1~5でみられたように、セラピストを脅し、自分の思い通りにしようとする事が再発し、物を投げつけたり、暴言をするなど直接的に攻撃が開始される。「負けは絶対に認めない!」という発言もある。より片づけが困難となり、セラピストに任せたり、勝手に部屋から出ていく。

#16~22 (X+2年5月~X+2年7月)

ゲーム中、多少のズルはあるが、セラピストを挑発するような言動は少なく、「先生わかってないな~」「(本児が有利なため)良いゲームにしよう」と譲ったり、相手の立場に立った言動がみられる。片付けもある程度できる。

プレイでは落ち着いてはいるが、生活場面では教室からの飛び出し、暴言が頻回となっている。

#23~24 (X+2年7月)

ふたたびセラピストに対して攻撃的な関わり方をするようになる。攻撃性の発

露に対してセラピストからの注意をすると、暴言、飛び出しをし、プレイの枠が守られなくなる。

X+2年8月 入院

X+2年11月からのプレイ。合計7回のセッション

後述のポストトラウマティックプレイと同時並行で進む。病棟生活で慣れてきた頃から暴言、暴力などが頻発していた。

プレイでのズルなど悪いところを自分で指摘したり、“暴言をするとやった-という気持ちになる”などと内面的な話しも出きるようになるが、プレーのズルは相変わらず。プレイ開始時よりあった片付けの問題は相変わらず。最終セッションでは、途中までは楽しそうに話をするが、ゲームの片付けを拒み、セラピストが病棟まで追いかけたことからテンションが上がり、セラピストに暴力。他職員に取り押さえられながら暴言、目からは涙。

ポストトラウマティックプレイ(X+2年10月 開始)

男性セラピストが担当。

1/2wの療法回数とすることにし、経過を見ながら頻度は検討する見込みとした。また、ツヨシの場合、女性セラピストとは、おそらく母親転移からくる再上演を来たした経緯があると疑われ、修正的対人関係をツヨシが獲得し直すためにも、女性セラピストとの心理療法的な関係は抜きにできないと考えた。そこで、挿間する1/2wに、女性セラピストとの共感的接近を中心にした心理療法を継続し、相互に情報交換をこまめにしつつ、主治医の総合的な目を方針の基軸とする

形で、2名のセラピストによる2種類の心理療法を進めていくことにした。加えて病棟担当者とは、療法過程—病棟生活での相互の関連を確かめて、アクティグアウトに迅速に対応できるよう、日々の情報交換を密に心がけた。

ポストトラウマティックプレイの経過

#1(X+2年10月)

はじめてのパンチングルーム。聞いていた情報(通園中に大荒れしてプレイを中断させた)とは大違いで、緊張してかつ素直な印象。試しに「入院前に隣の部屋で大荒れしたそうやんか…」と向けると、“何かムカツいた…別に(担当の女性 Th に対して)何かあった訳じゃない”と答える。

初のパンチングの割には、ストレートにパンチがよく出て、抑制された感じや歪んだ印象は受けず。「サンドバックに誰かの顔を見て」と促すと、“いいの?”とやや罪障めいた表情で訊いてくる。「この部屋の中でだったら、構わんよ…」と軽く答えると、真剣になって入院中の他児を2名ばかり挙げている。冷静なのかと思える程にパンチの位置を外さない。

*Thの印象:攻撃性や憎悪の触発されやすさは高そうだが、殊の外歪んだと言うか、攻撃性自体が汚染された感じは受けず。

#2(X+2年11月)

入室するなり、勇んでグラブを手にする。最初から全力でThに挑んでくる。Thもミットをグラブに替えて迎えると、汗を流して大声を上げて、壁際に追い詰められたThにも何とかパンチをヒットさせよ

うと必死でやっている。『目がすわった』感じが顕著。

*Th の印象：この時点で、『ゲームとしての攻撃性』は『投影を伴った怒り：投影』に転化したような思える。軽い解離様の印象を受ける。

*攻撃性の病棟への持ち込み(一種のアクアウト)を懸念したので、「クラブをはめ、双方のクラブを合わせる動作を、開始と終了の合図」にし、「クラブを外すと、いつもの本児になった」とリフレーミング。

3 (X+2年12月)

前回はThの出張のため抜ける。そのためか待ち遠しい感じで、さっさとクラブをはめて対戦を挑んでくる。今回は『目のすわった』ところはなく、かなり計算されたパンチで執拗にかかってくる。

試しに「一番憎い人をイメージしてみたら？」と調子に乗せてみると、“○○だ”とパンチに手を緩めない。汗だくなり息が上がってきた頃に休憩。「(本児は)パンチもあるし、狙いもいい…『みどころ』があるなあ…」と伝えると、帰り際に“ボクって本当にみどころがあるの?”と繰り返し尋ねてくる。

*Th の印象：本児にしてみれば、攻撃性を(特に他者に向けて)露わにして、それでいて『みどころがある』と言われたのは意外だった様子。と言うか、『自分の攻撃性=他者からの否定=どうしようもない自分』の図式が強く内面化されている感じを受ける。

4 (X+3年1月)

事前に主治医からThに話しがあり、今回はツヨシがXmasで母親に買ってもら

ったプレゼント「サイバーショット」も使う。昨日このことはThからツヨシに伝えてあり、また主治医に乾電池を入れてもらったこともあり、とても嬉しそうにやってくる。“これはこうやって使うんやで”とか“このボタンがきくんさ”等、Thに説明をしてくる。マット・椅子等で場をセットし開始。寝転がったり、陰に隠れて撃ってきたりと、西部劇かアニメになりきった振る舞いである。途中Thにガンを撃ち続けるような逸脱はあるものの、決してThへの直接攻撃になったり、物の破壊等はない。

センサーの調子が悪かったり、ボタンの入れ間違い等で、Thが修理する場面が2~3回程あったが、その時本児は必ずさりげなくThの横にくっ付いてきては、動作をじっと見つめていたり、自分も手伝おうとしている。このような場面での疎通はとてもよい(補助を促すと素直に応じたり、返事もハイが多い)。

*Th の印象：幼稚園年中前後の男児の、大人男性との関わり方に類似した印象を受ける。つまり身体を通してのイメージ遊び、その時の自分を凌駕する身体性を持つ大人への投入が、本児の課題であり、同時に躓きになっている感じを受ける。換言すれば、この時期に適切な「同性大人への投入ができず」不適切な「身体性を持つ大人が入り込んでしまった」か、あるいは身体を通してのイメージ体験そのものを封じ込められてしまった(それは「粹にはめる・支配する」ことに具現化される、大人からの関与であろうか?)か、のいずれが本児の発達障害の要因になっているよう

に考えられる。

*遊んだ感想を「主治医と母親に」伝えておくように、話しておく。

5 (X+3年1月)

すっきりした坊主頭になっている。前回同様サイバーショットを始めるが、10数分だけ楽しそうにやった後、“(刀で)戦いをしたい”と言う。本児にしては珍しい要求だと思ったので了承して、玩具倉庫へ行こうとすると“一緒に行ってみよう”と言う。本来この部屋は児童が立ち入ることは好ましくないと考えていたが、このような他愛もない好奇心をおそらく制止されることで、かえって不適切な悪循環を他者と起こしていたとも思ったので、入室を認める。それだけで(禁止されなかった)満足したのだろうか？物色したり入室を拒むこともなく、Thの促しにそのまま応じている。

刀とバット(本児は“棍棒”と言う)を持ってくる。相当真剣に戦いを挑んでくる。形相は必死、何とか勝とうとカー杯振り回すし、目もすわっている(通常の女性なら、怖さを覚えたり、根を上げて口頭で注意してしまう位の激しさである…)。何度も斬り付けてきて、とどめの一撃も忘れない。このままだと、收拾が付かない終わり方になると思ったので、Thの方で斬られた部位を「あ、右手がなくなった」「胴だけになってしまった」等、本児の行為と結果を結び付けるように意味付けをしてみると、“手足を斬ったから、最後はここで一撃だ”と区切りができるようになる。

終了は相討ちして、両者が床に伏して、そろっと立ち上がって、刀を鞘に収めて

握手。「最後は、ケガ人も多く出たけど、和解やな」と伝えると、ニヤッと笑って“次も勝負やな…”と答えている。

*遊んだ感想を「主治医と母親に」伝えておくように、話しておく。

この後、男性セラピストおよび女性セラピストの転勤に伴い、プレイは一時中断。X+3年4月より、別の男性セラピストによるプレイ開始、現在継続中。

<ポストトラウマティックプレイにおける治療的侵襲の観点について>

最初から怒りや攻撃性を引き出すことに焦点を当て、やりとりや関係性の歪みに介入する試みである。「侵襲された体験」にあえて乗っかり、それを修正的に味付けすると言う、ひとつの『治療的侵襲』である。身体的虐待や心理的虐待に代表されるものの一部には適用が可能だと思われる。引き出された攻撃性や怒りが、保護者である「虐待親」と言うイメージを伴って表現されるようになってからが、中核的な心理療法になっていくのだろう。

*この手法の適用の条件および注意点

① 積極的に否定的で侵襲された内容を介入的に引き出すと言うことは、アクティングアウトも通常の心理療法よりもリスクとして大きい。よって、この手法を用いるには、入院という条件が大前提となる。

②この方法および治療的侵襲の考え方は、トラウマ体験を受けた全ての子ども達に適用できるわけではない。特にネグレクトと言う体験を重篤にしている子どもの

場合、同じ怒りでも「自分が生きていることへの憤り」であったり、「存在することへの絶望と、そんなことをどこかに抱かざるを得ないことへの自己破壊性」であるように感じられる。その意味では重いネグレクトが基底にあるケースの場合は適用すべきではない。

9) 退院基準について

基本的には、心理治療において行動化が言語化に変わっていることを退院基準とする。

心理治療の展開でいえば、第2段階「トラウマ体験の再演と感情や情緒の解放」を終えた時点で退院が可となる。(その際、第3～4段階は必要に応じて外来でフォローしていくことになる)

V 病棟生活

1) 基本姿勢

ア) 入院してきた被虐待児は、直前的な身体の外傷が治癒した後も、心理面、生育環境、分離体験等から生じる様々な課題を抱えていることが多い。その場合には職員や他児のもとで安定した関係を取り結ぶことが難しく、自立した社会人として成長していくための障害となることが指摘されている。(さまざまな要因により停滞していた育ちを保障していくのが自立支援の目的である)

イ) 治療にあたっては、病院が従来から持っている「治療」「受容」「支持」の機能が基盤となる。起居を共にする中で、学園が子どもを暖かく受け入れている場所であることを伝え(感じ)、職員が子どもの感情を否定的な感情も含めて支持し共感的に理解する中で、物心両面で安心

して生活できる場、実感の持てる場を提供していくことが援助の基本である。日常生活場面での職員と子どもの感情交流を通して密接な信頼関係を築き、それを維持していくことによって、子どもが心の傷を癒し、自立した社会人として成長していくための基盤ができるのである。ウ) 子どもにとって現状では当学園への入院が必要という共通認識をもつべきである。(被虐待児は、基本的な、信頼感の欠如からも、きわめて対人関係の取り方が不得意で、例外を除いては極度に緊張したり、不安感をもって入院してくるので、少しでもこの不安感を取り除けるかが重要となる)

エ) 上記、(ア)(イ)(ウ)の入院治療を継続するために、子どもとの信頼関係を築くことは基本となる。入院1ヶ月は、分校登校などの生活刺激を避け、保護的な環境である病棟生活を基盤とし、職員との1対1の関わりを中心に過ごしている。

2) 虐待を疑われる子どもの情報収集のチェックポイント

ア) 子どもの状況

- ①子どもに病気や障害など育てにくい要因はなかったか
- ②よく泣く子どもではなかったか
- ③生まれてから親子分離した期間はなかったか

イ) 子どもに対する親の見方

- ①親はその子どもをどう思っているのか
- ②親が望まない子ども、性別ではなかったか

③他のきょうだいをどう思っているのか

ウ) 親の生活歴と人格

①親の育った家庭はどのような家庭だったのか

②親の親や、きょうだいとの関係はどうだったのか

③親自身が子ども時代に虐待を受けていたことはなかったのか

④親が自分で認識している親自身の精神状態や性格傾向はどのようなものか

⑤親の発言や行動に不自然さはないか

エ) 夫婦関係

①配偶者（内縁関係含む）に対して互いにどういう感情をもっているのか

②夫婦関係はどうか

③今までの結婚歴、男性/女性関係はどうだったのか

④配偶者の子どもの態度を互いにどう思っているのか

オ) 社会的状況

①経済状況はどうか

②親の仕事と今までの職歴はどのようなものか

③これまでに関係機関と接触を持ったことがあるか

④住まいの状況はどのようなものか

⑤友人や近隣との関係はどうか

カ) 事件の内容

①「出来事」が起きた時の状況はどのようなものだったか

②「出来事」を親はどうとらえているのか

③「出来事」のようなことは以前にもあったのか。あったとすれば、どのく

らいの頻度で起こっているのか。

キ) 情報収集の着眼点

a. 家族歴

虐待は、家族病理。3世代さかのぼって両親自身の生育歴を含めて情報収集する。現在の家族メンバー、家族の年齢、現在の職業、学歴、その人の性格、家族の精神疾患、薬物依存、神経科疾患、発達障害、てんかんなどの負因。非行歴やシンナー(または覚醒剤)の使用の有無。アルコール飲酒の程度。両親の職業は具体的に(仕事内容、勤務年数、地位、就労時間)。家事は誰がしているのか、両親が家を空ける時があるのか、困った時に家族を援助してくれる人がいるのか、両親の結婚のいきさつ、転居や転職、離婚・再婚などの経歴がある場合は、その理由や子どもが何歳の時なのかを確認しながら家族の歴史をたどることにより、家族の全体像がみえてくる。

b. 生育歴

胎生期、周産期、乳児期、幼児期に分けて、母子健康手帳を確認し、医学的情報や子どもが病気になったときの気持ちについて尋ねるとよい。出産前後の両親の状況や子どもが生まれた時の両親の気持ちも重要。両親の大変さや疲れなど感情面に焦点をあてながら共感する。

c. 現病歴

いつからどのような状況で問題が生じたのか、話ししたとおりに記録。「最近つらかったことはないか」「最近一番いやだったことは何か」という内容から、徐々に中核的な問題にはいる。言葉での表現が無理な子どもには、心理テスト(バウムテスト、家族画)より情報を得る。

3) 病棟における対応

ア) 病棟内での被虐待児の姿

- ① 大人に対する迎動的な態度、また、過度に丁寧な態度
大人の顔色を絶えずうかがい、初対面の大人に対してもニコニコと親しげな態度
- ② 融通のきかない強迫的まじめさといじめや攻撃への無抵抗、無表情
- ③ 突然の激しいパニックや自傷行為
- ④ 勝つことへの強迫的なこだわり
- ⑤ 「食」に対する異常なこだわり
- ⑥ 力のある大人に対する迎動的態度と、弱い存在への差別的眼差し
- ⑦ 受動的な関わりへの「甘え」と、期待が裏切られたときの「怒り」
- ⑧ 親密な関係性を築くことの困難性
- ⑨ 虐待行為の「ごっこ」再現

イ) 対応の原則

できるだけ子どもに新たな心的外傷体験をさせず、病棟生活の場が安心感のもてる環境であることの保障

ウ) 子ども担当職員の役割

- ① 話し相手、遊び相手として子どもが安心感・安全感を持てるような関わりに心がけ、徐々に信頼関係を作っていく。
- ② 可能であれば、入院したこと、親子が離ればなれになった理由や意味を早い時期に繰り返し伝える。
- ③ 関わりの中で、現実的な目標を設定し、できるだけ誉め言葉をかけながら、それを本人で成し遂げられるように援助する。

- ④ 信頼関係が進むにつれ、退行、過度の依存性を助長するようになった場合や退院のめどがついた後の「別れの作業」を始める場合は、お互いの心の負担を軽減する為に医療チームでしっかり支えていく。

エ) 子ども担当職員の留意点

- ① 受動的・共感的な関わりが進むなかで、子どもに同一化してしまい、保護者へ陰性感情（怒り、憎悪、敵対心）から保護者を直接非難したりすることは避ける。
 - ② 子どもの心が次第に開けるにつれ、攻撃的言動・周囲への迷惑行為が出現したり、自己破壊的行為が表面化する場合があることを認識し、感情的に振り回されないようにその都度、自分自身を振り返ったり、余裕がなければ、医療チームに伝え、担当職員を支えていく体制作りを必要とする（ひとりで抱え込まないこと）。
 - ③ 子どもの口から虐待の話し語られたら、「途中で苦しくなったら無理に言わなくいいから」と念押しした後で、「よく打ち明けてくれたね」というくらいで、その場は何も言わず聴くだけにする。
 - ④ 子どもから「このことは誰にも言わないで」と秘密の約束を持ちかけられた時は、約束し、記録には“極秘”と記入し、病棟全体が気をつける。
- #### オ) 保護者担当職員の役割
- ① 距離をおいた関わりをし、安心感・安全感を与えるように接する。
 - ② 保護者との面会前後の子どもの変化・保護者の様子を詳細に観察し、

具体的に記録。

職員の目の届かないところで虐待に及ぶことがあるので注意する。

カ) その他の病棟職員の役割

- ① 職員は、子どもとの関わりのなか、考えてもみなかった自分自身の感情を表出する機会が多くみられる。そのためには、職員自身、自分の感情に直面視できることが必要である。その職員を支援するために、スタッフからの理解と相互に助け合うチーム体制が必要である。
- ② 虐待のケアは、スタッフからの治療目的対する評価を得られて成り立っている。
職員が、自らのケアに「達成の感覚」が築けるように、絶えずケアしたことに対してのフィードバックできる体制作りが必要である。
- ③ 病棟責任者は、対応困難な被虐待児やその家族を受け持っている職員への支援体制の調整を行うことが必要である。
- ④ 職員自身、自分自身と親との関係をアセスメントする必要がある。職員も被虐待児の親からさまざまな影響を受けるので、親との関係に問題がある場合は、親の家族状況によるものか、それとも職員自身の状況によるものか評価することが大切である。

4) 病棟生活の中での援助

ア) パニック時の対処法

① その場から離す。

子どもは、興奮して物を投げつけたり、人を殴ったりし、感情や行動が意

識のコントロールから離れているので、自他ともに危険な状態である。そのため、自室での休息を促がす。しかし、暴力がひどく危険な場合は、保護室に入室するときもある。

② 落ち着くまでそばにいて待つ。入院当初は、パニック時ひとりにしない。

「大丈夫だよ、安心して」などと言葉をかけ、落ち着くまで待つ。そばにいて待つことは、子どもが見捨てられ感や再トラウマ体験にならないためにも重要なことである。

時には関わった職員も興奮しているので、職員自身も「落ち着いて」と言い続けることも必要となる。ゆっくりとした気持ちを保ちながらそばで待つ。

③ 本人なりの言い分を聞く

一方的な言い分で、事実と異なったり、誤解があったり、都合よく話すこともあるが、ここでは本人の考えや思い、認識や行動パターンを把握するのが目的。

④ 感情を言語化する

「腹たった」「むかついた」という訴えに対して、「なるほど、それでは腹が立つよね」と聴いていくことが必要。このことは、子どもに自分の感情を気づくように促すと同時にパニックではない感情の表現方法を探る行為となる。感情を言語化できない時は、職員がその場の状況を汲み取り、子どもの感情表出の補助的役割をする。

⑤ 次にはどうする？

話を聞く目的は、今後同じ行動を起こさないことが目的。「今後も叩く」