

「ぶっ殺してやる」などという子どもは、家庭内で同じ状況になっていることが多く、自分の非を認めるとひどいめにあってきたので、正当化をする。このときは、「気持ちはわかるけど、やり方はよくないね」「別の方法はないかな」と一緒に考えていくことが必要。

⑥ わかっててもできない

同じ行動を繰り返しても徐々に行動は改善される。職員の方が、無力感や絶望感に襲われるが、「わかっているのに行動が出来ないのはなぜ？」と子どもと一緒に考える。

⑦ 今後の後始末をどうする？

「ごめんなさい」「悪かった」と言わせるのが目的ではない。暴言暴力を振るった相手・周囲にいた子ども達・園長先生や校長先生などの管理者に対してどう後始末をするか一緒に考える。後始末は、子どもができる方法で、今後同じ問題を起こさないでおれる方法を見つける。

⑧ トラブルの相手や(トラブル時)周囲に居合わせた子どもへの配慮

「叩かれて腹が立ったよね」「嫌な気がしたかもしれないけれど、〇〇さんも少しずつよくなるから、みんなで見守ろう」とネガティブな感情をあえて言語化し、かつ肯定的に言い直すことが必要である。

⑨ スタッフの協力

ある職員がパニックを起こした子どもに時間をかけて対応するので、その間他の子どもが放置されていることを知り、職員同士の理解と柔軟な役割分担が必要。

イ) 子ども同士の暴力時の対処方法

過去の体験が、安全な場所で「弱いものいじめ」という形で再現することがある。

① 職員が子ども同士の雰囲気敏感になっておく。

② 不満が暴力という形のなる前に、気持ちを整理し、解決策を一緒に考える。

③ 職員が日常的に子どもの意見や感情の表現を奨励すると同時に、嫌なことを拒否することが可能な状況を保障する。

ウ) 子どもから過去の虐待体験を話した時の聴く姿勢(留意点)

① 虐待体験を何度も同じ訴えで繰り返すかもしれないが、心の中を整理するために必要な作業であり、そのとき繰り返し話すことに意味がある。「もう聞いた」と言わず、受容的に聴く。数カ月すると徐々に内容が変化する。時には、肯定的意味づけをすることにより、変化が促進されることもある。

② 話しを聴く時は、「批判せず、ゆっくり言い分を聴く」姿勢が原則。職員側がついつい話をしたくなるが、それは禁物。

③ 日常生活の中で、運動や歌・絵画などを通して感情表現をすることも必要。

④ 聴く側は、情緒的に混乱しがちになるが、落ち着いて、謙虚に、素直に聴く必要がある。

⑤ 話しの内容は聴くたびに違う内容の時もあるが全面的に信じること。(話しを聴くたびに違う内容の時もあるが)

- ⑥ 虐待体験を入院当初から話しつづける子どももいる。そのときは、受容的に聴きながら職員側の受け止め方としてはさらっと流す程度で感情移入をしすぎない。

5) SST

トラウマワークで衝動性のコントロールができて、虐待の加害者や対人関がうまくいかない場合がある。これは対人関係など社会生活の技能が未熟であることからくる。子どもと楽しく遊ぶ方法や、やる気をもたせる誉め方、悪いことをした時の叱り方などを一緒に考えていく必要がある。

病棟におけるSSTは、治療機関での集団指導として活動場面の構造化・同じ課題の繰り返し・モデルの提供・言葉の評価や強化子などで活用されている。SSTを通して学んだことを実生活で汎化できることが目的である。感情コントロールや社会性の未熟な子ども達には「対人関係スキルの獲得」「社会性スキルの獲得」を目的に、“嫌なことを言われた時どうするか”“喧嘩にならないためにはどうするか”“自分の気持ちを相手に伝える”といった内容のロールプレーを行なっている。ロールプレーを通して、自分の気持ちを言語化でき、相手に伝える、暴力をしなくても別の方法があることを知らせていく。

SST導入時期の見極めとしては、入院治療が継続し、自分の抱えている問題や感情を職員に表出し、話しができるようになるときがある。その時期をSST導入の判断時期とすることにより、効果がみ

られる。

6) 対応事例

ア) 小学3年生 男児 父からの虐待

入院時から職員への暴言、他児とのトラブルでの暴力が頻発し注意を受けることが多かった。安全感・安心感の再学習、保護膜の再形成の必要性から、静養室に移し、他児との関わりを無くし職員との1対1の関わりを持たせた。職員との関わりが深くなるにつれて暴力が減少し笑顔も見られるようになった。徐々に静養室からの開放を増やし、療育活動参加や集団での外出、キャンプへの参加など様々な体験をしていくなかで職員への暴言も減少し他児への暴力もほとんど無くなった。自分から、ここにいても良いなどの言葉が聞かれるようになり安全な場所である感じられるようになったと思われる。

イ) 中学2年生 女児 母からの虐待

入院時はおとなしく、ほとんど自分から話をせず職員の問いかけに答えるのみであった。病棟生活にも慣れていないように見えたが、他児と二人で離園する事件があり病棟になじめなかったようである。担当が話を聴く機会を多くもち徐々に自分から話をするようになった。担当との関係ができてくるにつれてわざと担当の目の前で物に当たったり、暴言を言うようになった。その時に必ず「怒っているか、嫌っていないか」の確認をした。自己イメージ・他者イメージの修正、問題行動の理解と修正の観点から、職員は怒っていないし嫌ってはいない、素直で良い子だと思っているけど、感情の表出の

仕方が適切ではないこと、物に当たったり暴言は人を傷つけることを話し、いらした時は違うもので表現するよう話し合い、トイレトペーパーをはずし好きなだけペーパーを床にまかせた。感情がおさまったところで自分で片付けることにした。何度か繰り返すうちにばかばかしくなってきたと自分で言うようになり、感情のコントロールができるようになった。

ウ) 入院時(6歳)就学前父親からの身体的虐待・両親からのネグレクト

児相からの一時保護を経ての入院。入院時頭髪は金髪、躰は全くなされていなくて野生児のようであった。頭形は変形、でこぼこがあり身体的虐待の痕跡が認められた。病棟生活では、ひわい語・わいせつなボディタッチ・暴言・暴力などが日常茶飯事に出た。投薬調整と並行して1対1の関わりを重視した。能力的な低さもあり病棟での様々なルールの理解が困難でそのことでパニックを起こす事も度々あった。職員との個別的関わりを深めることと、認知レベルアップを目的に個別学習を実施した(登校後病棟に戻り、1時間個別学習その後再登校)。職員との時間を共有出来ることは、安全感・安心感の再学習や保護膜の再形成に繋がったように思われる。振り廻し行為については対応を担当職員か責任者にする事で、少しずつ軽減していった。暴言・暴力などの行為に対しては、出来るだけ保護室の利用は避けるようにし、使用する場合は職員も一緒に入るようにした。パニック状態の時は状態が落ち着くまで見守りだけの対応をした(言葉かけや感

情の言語化は状態を悪化させた)。虐待体験も入院当初は口にすることはなかったが、落ち着いてくると、されたことを自慢げに話すというような形で出てきた。職員は常に聞く姿勢で接した。他児の面会・外泊を見て、「ぼくもしたい」ということを度々口にした。「お母さんは病気」ということを主治医から告げてもらうことで納得させた。主治医から施設に行くことを告げられると、「早く行きたい、はよ決めてよ」と口にし、他児のように退院をしたいという思いは強く持っていた。心理治療・SSTは能力的な面で実施はされなかった。

エ) 小学4年生 男児 母親からの身体的虐待

<家族へのアプローチ>

一時保護を経過の入院。母親は児相に対して強い被害的感情を持っていた。面談は両親一緒、別々の面談を実施した。最初の頃、父親だけの面談時、母親が書いたメモ書きを見ながら話すということも見られた(退院を希望する理由が書かれていた)。病棟に初めて入って頂き、生活の場所を見ていただいた時は、涙を流し安心したと話される。

面談を重ねる中で夫婦間のちぐはくさも感じられ別々の面談を設定した。母親の感情を逆なでしないように、父親と本児との交流を理由に外泊の送迎を父親に依頼し、その時に面談を実施した。両親別々の面談を実施することで夫婦間の不満を他者にもらすことはできたように思われる。夫婦間の改善まではには至らなかったが、児に対する関わり方を具体的に伝えることで、児に対する見方は変化

したように思われる。

入院後半には、兄弟に関する相談も出るようになった。虐待の世代間連鎖を持っている母親には他者と信頼関係を築くことは困難であったが、そのことを理解した上で接することは重要である。

<親子プログラム>

外泊・家庭復帰を判断するひとつとして、親子プログラムを実施した。終始職員が付き添うことはせず、時々のおく程度にした。今まで2人の時間を共有するということはなかったのだろう、双方が緊張している様子が伺われた。プログラムの後には言語化は児からはなかったが、表情から満足している様子が伺われた。また、完成しなかったマフラーは自室で嬉しそうに編んでいる姿があった。他者に見守られているという空間の中での親子の関わりは、双方にとって安心して相手と向き合える時間となったと思われる。その後外泊開始となった。

オ) 小学6年生 男児 父親からの身体的虐待

父親は精神科の薬を服薬（本人は受診せず、母親が味噌汁などに混ぜて飲ませている）

<SSTの活用>

言語化が困難。場面にあった言葉が出にくい、トーンの調節ができないなどの問題が入院当初からあった。又対人関係も取りにくく、一人で自室で過ごすことが多かった。

SSTグループに参加することで、社会性・対人関係のスキルの獲得に向上が見られた。言語化が困難であった為、突然大きな声を出したり、他児を押ししたりす

る行為があったが、「嫌なことを言われた時どのような行動をすればよいのか」

「嫌なことを言いたくなったらどうするのか」「相手を誉めるにはどのようにすればよいのか」「人に物を借りるときにはどうすればよいのか」などをロールプレイすることで獲得し、生活場面に汎化できるようになった。しかし生活場面ではSSTでは想定しなかった場面も度々あったが、その都度説明してやることで切り替えができるようになった。例えば、突然大きな声を出すことにも「そんなに大きな声を出すと、みんながびっくりしてしまう。声は大きくしなくても相手には伝わるよ」と説明してやることで理解できるようになった。又他害行動も言語化が出来るようになるにつれ軽減していった。

グループ活動は最初は消極的であったが、役割を与え評価されることで、集団で遊ぶことのおもしろさ、自己コントロール・自尊心の向上に繋がったと思われる。

D 最後に

この「被虐待児入院治療システム」を18年度より施行する予定である。この内容を職員全員に周知し、対応に困ったときに立ち返れるよう、また、新任者の研修にも使用する予定である。

文献

西澤哲「トラウマの臨床心理学」金剛出版

エリアナ・ギル著 西澤哲訳「虐待を受けた子どものプレイセラピー」

C・Lカープ、T・L・バドラー著 坂井聖二、西澤哲訳

西澤哲「子どものトラウマ」講談社現代新書

The other 23hours: Albert E. Trieschman 他著 西澤哲訳「生活の中の治療」中央法規

齊藤学著 「封印された叫び」講談社

家族機能研究所「怒りのコントロール～アンガー・マネージメント」アデイクションと家族21-4

Bessel A. Van der Kolk et al 西澤哲監訳「トラウマテックストレス」誠信書房

厚生省児童家庭局 監修「子どもの虐待対応の手引き」

F・W・パトナム著 中井久夫訳「解離」みすず書房

B.Hスタム編小西聖子、金田ユリ子訳「二次的外傷性ストレス」誠信書房

A.ヤング中井久夫、下地明友、大月康義、辰野剛、内藤あかね共訳「PTSDの医療人類学」みすず書房

J.G.アレン、誠信書房 「トラウマへ

の対処」

志村浩二他 入院被虐待児の心理療法について－『治療的侵襲』の観点から－第16回日本嗜癮行動学会抄録

岡村広志他 SST を利用した入院治療(1)～衝動性コントロール力の獲得を目指した取り組み～ 第46回日本児童青年精神医学会総会抄録集

H15-17年度厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

被虐待児の医学的総合治療システムに関する研究（H15-子ども-009）

分担研究5 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3「第一種自閉症施設の特徴を生かした被虐待児治療」

研究協力者

大石 聡 大阪府立精神医療センター・松心園 児童思春期科診療主任
峯川 章子 大阪府立精神医療センター 児童思春期科医長
栗木 紀子 大阪府立精神医療センター・松心園 児童思春期科診療主任
三宅 和佳子 大阪府立精神医療センター・松心園 児童思春期科診療主任
陸 馨仙 元大阪府立精神医療センター・松心園 児童思春期科診療主任
平山 哲 大阪府障害者福祉事業団 大阪府立金剛コロニー付属診療所
川岸 久也 大阪府立精神医療センター 児童思春期科医師
宮口 幸治 大阪府立精神医療センター 児童思春期科医師
市川 佳世子 大阪府立精神医療センター 児童思春期科医師

研究要旨 第一種自閉症施設である大阪府立松心園は現在、大阪府子ども家庭センターと緊密に連携しながら、被虐待の結果として様々な精神的症状を呈する子どもたちの治療機関として機能している。本研究では、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の、分担研究機関報告の「まとめ」として、松心園に於ける被虐待児治療のあり方について様々な角度から分析を加え、今後の被虐待児治療にあたる医療機関の整備に関して有用な情報を提供することを目的とした。第一に、自閉症児の入所機関として整備された松心園が、どのような経緯を辿って現在のような被虐待児治療にあたる医療機関として機能するようになったのか、その歴史的な経過を紹介した。第二に、精神科医療機関において被虐待児の入院治療を行うに際して、主にどのような法的な手続き上の問題が発生するかについて論じ、松心園がどのようにそれらの問題に対処しているかについて解説した。第三に、被虐待児の入院治療を行う上で欠かせない機関連携に、第一種自閉症施設としての機能を松心園がどのように生かしているかについて解説した。第四に、近年の松心園に於ける被虐待児の精神科治療の実態について数値を挙げて報告した。第五に、被虐待児の基本的な病態理解について、松心園での臨床研究から分析した結果を述べ、それに基づいた治療戦略の実際について紹介した。第六に、実際の症例をもとに松心園での治療実践の分析を行い、最後にその結果を基にして、そうした実践を行う上での松心園病棟機能の不足や理想的な入院治療病棟というものについて考察した。

I. はじめに

急増している悲惨な子ども虐待事例への昨今の緊急的な対処として、切迫した生命の危険から子どもたちを救い出すための児童相談所の介入機能に注目が集まり、強化されてきた。その結果として、緊急一時保護される児は増加したが、一時保護した後に子どもたちを預かる児童福祉施設の機能やキャパシティが強化されたわけではなく、また虐待家庭を支援して子どもたちを家庭に戻していく取り組みも困難を極めている。当然の結果として子どもたちが一時保護所へ溢れ、そこで問題行動が頻発する事態となり、その状態の子どもたちを無理して預からざるを得ない情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設にも大きなしわ寄せが押し寄せている現実がある。このような状況にあって、児童精神科医療機関に対して、被虐待の子どもたちに対して積極的な治療的関与を行うことが強く要望されるようになってきた。

大阪府に於ける数少ない公立精神科病院の児童部門である松心園も、このような趨勢の中で被虐待児への治療的関与を要請され、それに応えるべく努力を重ねてきた。今後、児童を受け入れる精神科医療機関は純粋な精神科疾患のみならず、こうした生育環境のひずみによって生じた子どもたちの心身・行動の問題に直面化せざるを得ないと考えられる。そのような治療を実現するために、児童精神科医療機関がどのように整備され、どのような機能を有すべきであるのか。また、

これまでの精神疾患に対処する技法に加えて、どのような治療技法に習熟していくべきであるのか。新たな指針が必要とされている。

II. 研究目的・方法

被虐待児の入院治療を児童精神科医療機関が担っていく際に、どのような問題点があり、それを克服していくためにどのような対策や機能整備が必要であるのか。また、被虐待児の入院治療では、これまでの精神疾患的治療モデルと比較して、どのような点で異なる配慮が必要であるのか。

これらの疑問点を明らかにするために、松心園に於ける被虐待児の入院治療について、次のような角度から分析を加えて考察を試みた。

- ① 松心園の歴史的変遷と現状
- ② 精神科病棟に被虐待児を入院させる際の問題点と、松心園に於ける対処
- ③ 被虐待児治療における機関連携の重要さと、松心園に於ける実情
- ④ 松心園に於ける近年の被虐待児治療の数値的報告
- ⑤ 被虐待児の病態理解モデルと、それをもとにした松心園の治療戦略
- ⑥ 事例を基にした松心園の被虐待児の入院治療モデルの検討。

III. 結果・考察

①松心園の歴史的変遷と現状に関する

考察

現在の松心園に於ける被虐待児の入院治療の有り様には、当然のことながらこれまでの松心園の治療機関としての歴史的経緯が大きく関与している。そこで、現状の分析に入る前に、これまでの松心園の変遷を概説し、現状を紹介すると共に、その歴史的関連を理解しておきたい。

大阪府立松心園は昭和 45 年(1970)に設置された。当時の新しい試みとして、自閉症児を親元から引き離して入所させて、家庭では行えないような積極的かつ専門的な療育を施すことによって、難治疾患とされていた「自閉症」の児への医療的関与の道筋を付ける・・・それが医療型の自閉症施設（児童福祉法に基づく知的障害児施設の種類）として全国に4箇所展開された「第一種自閉症施設」の「理念」であり、目指すものであった。松心園はその中でも、最も純粋にその「理念」を実現しようとした施設ではなかったかと思われる¹。

法定 42 床とされた、その現代の基準からすれば驚くほど狭隘な病棟の中に、就学前の重い知的な遅れを合併した生活自立度の低いカナー型自閉症の児が集められ、一斉に入所生活を開始した。その基本的な治療指針は、濃厚なスキンシップと絶対受容を信念とする「抱っこケア」であり、「日本型ベッテルハイム式治療病棟」とでもいうべき体制であったのであろう。過去の記録を参照する限り、この新たな試みは僅か 2 年ほどで、多くの職

員が職業的腰痛を来して業務不能に陥ったことによって、病棟体制が崩壊して終結している。初年度終了時の入院児は総勢 38 名、初年度外来初診患者数は 318 名であったと記録にはある。

時あたかもイギリスから、ラター博士の提唱する「自閉症言語認知障害仮説」が世界を席卷し、自閉症児に対する言語療法や認知行動療法がもてはやされはじめており、それまでの受容型療育を全否定するかの激しさを呈していた。松心園の入院病棟は度重なる団交とストライキの中で混迷する。

昭和 53 年(1978)に松心園は精神科デイケア施設としての認可を受け、自閉症児のためのデイケアグループが開かれた。これによって松心園の業務主力は入院病棟から外来業務へと移行した。病棟はむしろひっそりとし、室内運動場や遊戯室のある外来 2F が、今で言うところ「知的障害児通園施設」のような様相を呈したのだった。当時は未だ就学前の自閉症児を受け入れる保育園はなく、通園施設が大幅に不足していたのである。

昭和も 60 年(1985)を過ぎると、そのようなデイケアの賑わいも下火となる。各市町村に知的障害児通園施設が設置され、医療機関による自閉症児デイケアはその役割を終えつつあったのである。自閉症専門施設であった松心園は、次第に児童精神科医療全体を担う医療機関として門戸を広げるようになり、いつしかその病棟は、長い不登校の果てに家庭にも居場

所を喪った中学生や高校生達が占めるようになっていた。外来は思春期の子たちのカウンセリングルームと化し、一人あたりの診察時間も延び、年間初診者数も長く140～150名程度に留まっていた。この時期は、松心園病棟の入院児平均年齢が最も高かった時期でもあった。

状態が急変し始めたのは昭和が平成に替わってからである。平成6年度(1995)に年間外来初診者数115名という過去3番目の底つきを記録したあと、外来受診者数は急激な増加に転じ始める。平成8年度(1997)には15年ぶりに200名の壁を突破し、平成13年度(2002)にはついに300名の壁を突破する。平成15年度の年間初診者数は423名にも達した。この外来者数の増加はいうまでもなく、この時期から日本でも顕著となった軽度知的発達障害(高機能自閉症やAD/HD)の子どもたちの受診ニーズの増大によるものである。常勤医2名で細々と運用されていた松心園の外来はたちまち飽和状態に達し、初診待機者数はみるみるうちに増加して、ついに900人を突破(約3年半待機、平成17年11月時点)という危機的な有様となった²。

この時期、大阪では相次ぐ子どもの虐待死事件が問題となり、沸き立った世論に後押しされて、大阪府の子ども家庭センターにおいても子どもの一時保護は著しく増加した。しかし、養護施設をはじめとする児童福祉施設の強化は遅れており、行動上の問題も大きい被虐待児たちの行き場がどこにもないという現実が待

ちうけていた。被虐待児の多くは愛着障害や多動を呈しており、いわば「自閉症っぽい子」や「AD/HDっぽい子」である。こうした子どもたちへの治療的関与がクローズアップされたとき、自閉症を中心とする知的発達障害の専門医療機関である松心園が注目されたのは当然であったのかもしれない。かくして松心園の病棟はまた再び、「知的発達障害」というレッテルを貼り直された「被虐待児」達で賑わうようになったというわけである。

さて、現在の我々松心園の入院環境についてみてみよう。相変わらず法定定床は開設当時のまま42床とされているが、これが現代の基準に照らして著しく狭隘であることは既に述べた。6人定床とされている部屋は、小学生での高学年の子が生活すると想定した場合、現代の基準では実質子ども2人が限界で、そこを4人部屋として運用しているのはかなり気の毒、といった広さの病室である。ベッテルハイムの絶対受容法を念頭においた自閉症療育の場として設計されたときには、その狭さも含めて「受容的」「スキップ的」と考えられたのかもしれない。しかし、行動上の問題が多い子どもたちを入院させ、お互いが傷つけ合わないよう安全管理することを考慮すれば、とても法的定床をそのままは適用できない。このため、現在の松心園の病棟は運用定数最大22人という形で運用されている。

病棟は完全閉鎖ユニットである。入り口の鉄扉は施錠されており、窓には格子

がある。男女混合病棟だが、いちおう簡単な扉で区切って女子ゾーンを形成している。衝動行為のある子どもたちが多いため、全ての窓はアクリル製であり、簡単には割れて怪我をしない代わりに、ガラスのようにクリアに光を通さない。古い建物にありがちな、暗い室内の病棟である。小さな幼児用プール、バスケットゴールなどを設置したごく小さな中庭がある。普通の家のリビングと大差ない大きさの「ナイトスペース」というテレビのある空間（自閉症児の破壊を防ぐためにテレビもガード付き）、十畳程度の広間という感じの「和室」があり、子どもたちはそこでゴロゴロしたり、小さなテーブルを持ち出して工作やらお絵かきをしたり、小さなテレビを持ち出してきてゲーム機を繋いで興じたりして、思い思いに過ごしている。

松心園の建物は斜面に這うように平屋が展開されており、段差が多くてバリアフリーにはほど遠い構造である。食堂は病棟から2回に分けて階段を上がった先にあり、隔離壁を隔てて外来棟に繋がっている。外来棟の2Fに室内遊技場や学習室などが備えられている。さらに（病棟から見て4Fにあたる）高い回廊を通過して精神医療センターの本館に繋がっており、そちらへ行けばグラウンドや体育館もある。しかし、精神医療センターは公立単科精神病院として、府下でも最も厳しい処遇が必要なレベルの患者を数多く収容しており、子どもたちが気楽に日頃訪れることの出来る雰囲気は、そこには感じられない。

その一角に精神医療センターの「思春期病棟」がある。こちらは児童福祉法に基づく施設としての性格を持たない、純粹な精神科閉鎖病棟である。保護室と、比較的厳格な行動制限が可能であることから、行動上の問題がある中学生・高校生を中心に治療展開しており、基本的には小学生以下を受け持つ松心園病棟と、現在では互いに棲み分けながら補完している関係にある。

院内には、刀根山養護学校の分教室が設置されている。古い使用されなくなった看護婦寮の建物を間借りしており、安全上の配慮は殆ど為されていないため、行動上の問題のある子どもの授業受け入れには苦労している（器物破損や脱出など）。病棟入院児の多くはそこへ徒歩で通学しているが、知的に重い障害のある児童については、病院の前に発着する寝屋川養護学校のバスで通学することを選択することが多い。以前には校区内の地元小学校や中学校へ通う子どもたちもいたが、現在の松心園の病棟には、そうした通学を独力で出来る子はほとんど存在しない。

第一種自閉症施設である松心園には、医師・看護師の他、多様な職種が配置されている。平成17年現在の陣容は、医師定員3人（常勤精神科医2、常勤小児科医1、本院との兼務医師が3、外来非常勤医師が2）、看護師18人（昼間6だが殆ど児が居らず、外来業務に就く。夜間2）、臨床心理士（常勤3）、精神保健

福祉士（常勤2）、保母（常勤6だが、病棟配置はうち2）、指導員（常勤2）といった構成である。児童病棟の常で、昼間は子どもたちが少ないため、朝と夕方に職員を多く配置する変則勤務態勢を引いており、昼間は大量の外来診療業務（自閉症児の認知行動療法的外来指導を含む）に各職種共に忙殺されている。夜間は二人の当直医が精神医療センター全体（420床）を管理しており、松心園の医師もこのローテーションに参加している。

以上、松心園のこれまでの歴史的経過と現在の構造・状況について概説した。

松心園は第一種自閉症施設という特殊な位置づけで誕生した医療機関であり、その後公立単科精神病院の中の児童病棟という位置づけに変化してきたが、現在でも児童精神科医療機関としてはやや特異な存在である。現在でも外来・入院治療ともに知的発達障害児の治療をその中心に据えており（外来初診児の9割がICD-10の分類でF8に含まれる）、知的発達障害をベースとした被虐待ケースや、被虐待の結果として知的発達障害児に似た行動特性を有するようになった児を中心に、治療要請されることが多くなってきている、というのが当たっているだろう。松心園病棟における被虐待児の入院治療は、そうした要請の中から発展してきたものである。

②精神科医療機関において被虐待児の入院治療を行う際の問題点の考察と、松

心園での実践の報告

さて今ここに、長年の不適切養育の結果として、精神的に不安定な状態を来している一人の児がいる。精神科医師として、できればこの子どもを精神科病棟へ入院させて、何とか治療的な関与を行ってあげたいと思う。しかし、それには実に様々な問題が待ち受けている。

精神科病棟への入院とその治療は、全てが精神保健福祉法に則って行うことが定められている。これは精神疾患という権利の主張が困難な状況にある患者の「基本的人権を保護」するためであることは言うまでもない。しかし、実際には精神保健福祉法は「子どもの精神科治療」についてほとんど何も想定しておらず、もちろん「虐待という事態」は治療対象に含まれていない。このため、被虐待児の入院治療に際してはむしろ様々な「困難の元凶」となってしまうかねないのである。

被虐待児の精神科病棟での治療を実現する上で、法的に問題となるのは主に次の点である。

①精神保健福祉法上での入院形態

②医療経済的な問題

③児童福祉法を精神科病棟へ適応する際の問題

まず、①精神保健福祉法上での入院形態について考えてみる。被虐待児の入院治療の場合、現に「不適切な養育」によって子どもをそのような状態に至らしめ

た保護者を「医療保護入院」の同意者とすることは、現実問題として不可能（入院に同意しない）だろうし、何よりも「不適切」というべきであろう。良く知られているように、虐待されている子どもの多くは虐待する親にアンビパレントながら深く愛着しており、親と離れて入院することに同意することはまずないから、「任意入院」も多くの場合には成立しない。もちろん、児の年齢が低かったり、知的に問題がある場合には「任意」そのものが確認できない場合もあろう。また、このようなケースに対して「市長同意による医療保護入院」という緊急避難的な方法を用いることも頭をかすめるが、これはいわば法的な「抜け道」であって一般的なコンセンサスが得られておらず、現場の抵抗も強い。さらには、こうした児童が呈する様々な「症状」を医療保護入院という精神科強制入院治療の「対象（適応）」として良いのかどうか、といった点についても精神科医の間でも様々な意見があり、これまた悩ましい。要するに、すんなり適用できる入院形態が存在しないのである。

次に、②医療経済的な問題について考えてみよう。一般の精神科入院治療は「家族との医療契約」を念頭においたものだから、当然治療費は児の家族に請求されることになる。しかし、被虐待児の入院治療では、保護者が積極的に治療を希望しないのだから、こうした契約は成立しないと言うべきであろう。精神保健法上の入院で唯一公的負担が認められている「措置入院」は、その適用が厳密に定め

られており、安易に「経済的理由」で適用することは許されないし、被虐待の子ども「症状」はまずその基準に合致しない。「生活保護の受給」といった「裏技」も、保護者がそれに同意しない限りどうにもならないのである。ここでもまた、八方ふさがりであることがわかる。

このような場合の現実的な切り札として考えられるのが、「児童相談所と協調した入院」である。つまり、虐待を事由として児童相談所が児を一時保護（児童福祉法 33 条）し、その上で解離症状や不眠・混乱などの児が呈している精神症状を治療するために、精神病院に「一時保護委託」を依頼するわけである。これらの手続きは、児童相談所の判断によって所長が行えるのであって、保護者の同意を必ずしも必要としない。また、その際の医療費は公費の負担とすることができ、乏しいながらも一時保護委託に伴う生活費の負担（一時保護委託金）も支給されるのである。

ところが、この方法にも様々な問題が付随する。これが③児童福祉法を精神科病棟に適用する際の問題、である。精神科病床として指定を受けている病棟での治療で、病棟閉鎖や閉扉（隔離）・抑制、その他の行動上の自由を制限することになる可能性が含まれている全ての治療は、患者の「人権を保護」するために、必ず精神保健福祉法に則って治療を行うことが定められている。つまり、一時保護委託による入院であっても「精神保健福祉法上の手続き」は無視できないのである。

一般に被虐待児の治療においては、逸脱行動が頻発するため、隔離や抑制といった「強い行動制限」が病棟管理上「必須」であり、そうした観点からも任意入院による手続きで入院を維持することは困難である。つまり、強制入院である「医療保護入院」の手続きが重ねて必要だと云うことで、ここでまた「保護者の同意」という問題が立ちふさがってしまう。堂々巡りである。

こうした精神保健福祉法を巡る問題点は、小児科医療機関では発生しないため、この点ではむしろ精神科医療機関より有利かもしれない。しかし、一般的に小児科医療機関は行動上の逸脱のある児を抱えることを想定して作られていないため、実際の対応は困難であることが多いだろう。逆に、小児科医療機関に行動逸脱に対処する病棟機能を付与することを考える向きもあるようだが、法的な縛りがなからといって、小児科医療機関で隔離や抑制に当たる行為を繰り返していれば、かつて精神病院で起こったような「人権侵害問題」が小児科医療機関で再燃しかねないのではないだろうか。子どもであれ、隔離や抑制などの基本的人権の制限を医療が行う際には、やはり一定の手続きと監視が必要というべきであろう。

さて、こうした問題が有るにもかかわらず、例えば「一時保護委託」と「市長同意医療保護入院」などを援用して、精神科病棟への入院を実現したとしよう。それでも、なお問題がある。治療に同意していない保護者が、子どもを取り返し

に病院へ押しかけることが想定されるからだ。もちろん、一時保護委託によって預かっている児を保護者に渡すことは適切ではなく、拒否すればよいわけだが、その対応は児を委託された病院の担当医師や職員が矢面に立つて行うことになる。場合によっては警察の介入を求めるところもあるだろう。よほどに児童相談所との日頃の連携がとれており、そのような「労をいとわない」専門意識のある病院でもなければ、そのような面倒なことを引き受けるまい。一般の民間精神病院の病棟では困難であろうし、公立精神病院でそれを実現するためにも、様々な職場の理解が得られなければ相当に困難なことだといえるだろう。

さて、ここで松心園における被虐待児の入院について述べてみよう。まず、松心園の病棟は、児童福祉法に規定された「児童福祉施設」であり、同時に精神保健福祉法に基づいた精神科治療を行うことも可能な「精神病棟」でもあるという、二重指定を受けている「特殊な病棟」だということが前提にある。つまり松心園では、現実的には無理のある「一時保護委託+市長同意医療保護入院」という方法を選択しなくても、児童福祉法に定められている入所施設への措置（法27条）による入所で対処可能なのである。もちろん、本来的には松心園は第1種自閉症施設なのであって、その対象は「知的障害児のうち、医療を要する自閉症児」というのが前提ではある。しかし、松心園は大阪府の精神科基幹病院である府立精神医療センターの児童部門でもあって、

児童の精神科疾患や発達障害児の治療に幅広く関わる事が求められているため、子ども家庭センター(大阪府児童相談所)との連携を密にした上で、精神的治療を必要としている「虐待された子ども」の入院治療を「法 27 条措置」によって行うことを可能としているのである。

児童福祉法 27 条に基づく入所措置は、基本的には保護者の同意を前提としており、保護者が強く反対すれば成立しない。しかし、ここでいう「同意」は、医療機関が単独で保護者と入院交渉した上で「医療保護入院」という契約を結ぶ際の「同意」とは相当に色合いが違ったものであると云えるだろう。あくまでも任意契約である「医療契約」を結ぶだけの医師とは違い、児童相談所は虐待に対して法的な強制力を行使できる「役所」でもある。虐待児例として関与しても改善が得られず、分離にも抵抗するケースには、法 33 条に基づく「一時保護」を職権で行うことも念頭において交渉に当たることができるのだから、その上での「消極的な施設入所同意」であってもよいわけだ。

児童福祉法に基づく処遇が行われていれば、万が一にも保護者の強い抵抗(取り戻しに押しかけるなど)に遭遇しても、その対応は病院の責任ではなく児童相談所で一本化できるし、それでも説得に応じない場合には、児童相談所から法 28 条による家庭裁判所への申し立てを行うという手も残されている。家族への対処についても、病院と児童相談所が連携して、双方違う立場に立って関わりを持つ

ことで、幅広い影響を行使できるだろう。その点からも、こうした形態で安定して入院治療を行うことには大きなメリットがあると考えられる。

以上、被虐待児の入院治療を精神科医療機関で行う際に考えられる問題点について現実に即して分析し、さらには松心園における現状について述べた。

現状では、精神科入院病床で被虐待児の治療を行うには法的整備が為されておらず、いくつものハードルがあって困難である。「治療の質」云々以前に、安定して児を抱え保護できる「体制が取れない」のだから、問題は深刻であろう。

今後の方向性として、児童福祉法についてさらに検討を加え、現状での 33 条にある「医療機関への一時保護委託」ばかりではなく、27 条を拡張した形での「医療機関への入院措置」を実現していくことが必要ではないだろうか。また、精神保健福祉法も児童の入院治療についての検討が欠けており、児童に関する「任意」の考え方の基準や、児童の入院中の権利保護の有り様、親権者が虐待を行っていた場合の精神保健福祉法上の取り扱いなどについて、早急に検討すべきである。

③被虐待児入院治療に於ける機関連携の重要さに関する考察と、松心園での連携の実際の報告

そもそも被虐待児治療というのは、医療機関のみで完結しない領域であることは明らかである。被虐待の結果として、様々な精神医学的問題が例え生じていようとも、それは統合失調症や躁鬱病のように、純粋な医学的治療モデルだけで対処できるような「疾患」ではない。その発生の母胎となった「家庭」は本来、子どもの健康な生育に欠かせないものである。そこから子どもを隔離し、保護するだけでは問題は解決しないし、病棟は正確な意味でもの「家庭」からはほど遠い。であるからして、被虐待児の治療を考える際には、虐待者であるところの親治療ないしは親援助、家庭機能を援助する福祉的援助、家庭を出て子どもの居場所となる学校や保育機関、子どもへの法的保護や治療的枠組みを考える司法や児童相談所、といったものとの連携は欠かせないと云えるだろう。

ここで、比較的「知的発達障害児への援助」を考えてみたい。そこに医療機関が貢献する割合というのは（重要であっても）量的にはさほどでもないのが実情であろう。自閉症を含む知的発達障害というのは、煎じ詰めればその子どもの「個性」に他ならないのであって、決して（統合失調症のように）「病気」というわけではない。医療機関が主体的に「治療」に取り組むのではなく、薬物療法などはその主体ではない。むしろ医療機関の重要性は「診断」と「告知」、保護者の「障害受容援助」、子どもへの「アセスメント」の作成、といったあたりにあるのであって、その療育の主体は家庭と

教育機関にあるであろう。要するに、発達障害臨床に於いては、医療機関は単独で仕事をしてもたいしたことはできないのである。

松心園は第一種自閉症施設として設立され、自閉症児への援助がいわば「本業」であったので、そもそも発達障害臨床で重視される「機関連携」の機能を備えており、長年にわたってその実績があったと考えられる。例えば児童相談所であるが、松心園への入院はそもそも児童福祉法に基づく入所措置であったから、その措置主体である児童相談所との連携は常に密であり、ケースを共有して共に家族への援助にあたってきた。松心園の精神保健福祉士は、府の児童相談所での業務経験があり、人事的な交流もある。松心園の医師は児童相談所へ出向いて医療的なケース・スーパーバイズを行って来ている。教育委員会や学校との連携についても、養護学級や養護学校の担当教諭を中心に、長い実績を積んできている。松心園が主催する講演会もあるし、医師が講師として派遣されることも多い。程度の重いケースについては、学校現場へ「往診」に出向くこともある。市町村の保健センターからは、健診で遅れを指摘された子が松心園へ紹介されてくるわけで、健診での早期自閉症児ピックアップに技術的協力を行うことも多いから、やはり連携が深いのである。市町村の家庭児童相談室とも治療的連携をとることが多い。もちろん、発達障害児への福祉的援助を巡って福祉事務所とのやり取りもあるわけだ。要するに、松心園はもともと幅広

い機関連係機能と実績を持っている医療機関であったわけである。

そういう意味で、「被虐待児治療」と「知的発達障害児援助」の二つの領域は「相似」しているといえよう。松心園がその設立の趣旨からして、本業として取り組んできた「知的発達障害児援助」の過程において、これまでに培ってきた機関連係機能は、「被虐待児治療」に当たって必要となる機関連携にことごとく役に立っていると思うのである。

近年の大阪府では、虐待を理由とする緊急一時保護は増える一方である。ところが、このような児は解離や抑うつなどの精神症状を持っていることが多く、盗癖や他児への他害行為などの問題行動も頻発するために、一時保護所自体が危機的な状態になってしまうことも稀ではない。かといって、このような児を児童養護施設などに速やかに移行することはさらに困難なのであって、問題は「とにかく速やかに一時保護すること」なのではないことが明らかである。児童相談所の機能だけ強化して、児童福祉施設に金をかけないというのでは、集めた児を公的機関で再虐待することにさえなりかねない。このような大阪府の近年の状況にあって、松心園の入院病棟は「一時保護所の一時保護所」のような活動をしているともいえなくはない。一時保護してみたものの「急性期」の激しい症状や行動化があって、そこでの適応が「危機的」な状態に陥った被虐待児たちを松心園の病棟で抱え、治療的援助によって沈静化さ

せてかりそめの適応を獲得させる。しかる後に、彼らを他の施設へ送り出していくのである。さながら松心園は、大阪府に於ける「医療型延長一時保護所」であるかの如くである。

④松心園に於ける近年の被虐待児治療の数値的報告

松心園における平成15年度と16年度の治療について、具体的なデータ呈示する。

平成15年度 入院治療状況

(入院形態は全て児童福祉法27条措置)

入院者数 32人

平均年齢 9.9歳

虐待の有無	人数	割合
被虐待による症状が主	4人	12.5%
発達障害ベース+虐待	19人	59.4%
虐待なし	10人	31.3%

退院者数 38人

平均年齢 9.9歳

平均在院日数 194.5日

退院先	人数	割合
自宅	23人	60.5%
児福施設	12人	31.6%
思春期病棟	3人	7.9%

平成16年度 入院治療状況(1月末現)

在)

(入院形態は全て児童福祉法27条措置)

入院者数 27人

平均年齢 9.15歳

虐待の有無	人数	割合
被虐待による症状が主	6人	22.2%
発達障害ベ-ース+虐待	11人	40.7%
虐待なし	10人	37.0%

退院者数 25人

平均年齢 9.48歳

平均在院日数 152.4日

退院先	人数	割合
自宅	12人	48.0%
児福施設	10人	40.0%
思春期病棟	3人	12.0%

平成15年度 外来治療状況

外来初診総数 423人

虐待の有無	人数	割合
虐待確認	25人	5.9%
虐待疑い	21人	5.0%

虐待が確認されたもの 25人の内訳

主な虐待型	人数	割合
身体的	18人	72.0%
ネグレクト	4人	16.0%
心理的	3人	12.0%
性的	0人	0%

松心園の外来は自閉症を中心とした知的発達障害児の確定診断と、その後のフ

ォローアップで忙殺されており、発達障害の確定診断を求める初診待機は平成17年11月現在で900名待機(3年半)と壊滅的状况を呈しており、緊急を要する児の初診も再診外来の合間を縫って押し込むために1~2ヶ月待ちという状況となりつつある。発達障害児(特に軽度知的発達障害)への支援体制を緊急に府として拡充していかなければ、我々が虐待を巡る臨床へ割くことのできるエネルギーが、すっかり枯渇してしまうだろうことは請け合いである。早急に手を打たなければならない問題である。

⑤被虐待児の病態理解モデルと、それをもとにした松心園の治療戦略

精神科医療機関で実際に治療的な関わりを行うためには、その疾患に対する臨床的な水準での「理解」と、それが治療されるというのはどのようなことなのかという「治癒イメージ」がなければ難しい。生物学的研究や疫学研究、神経生理学的研究などもそうしたものを補完するが、そうした客観的データだけで「治療的行為」が実際に行えるわけではない。DSM-IVは操作的に研究診断を決めることはできても、その患者の前に立つときにどのように振る舞えばよいのかを教えてくれるわけではないのである。被虐待児たちの入院治療を行うには、そうした子どもたちの心性を「臨床的に理解」するためのPTSDやトラウマ研究の知見が必要であり、さらにはそれを一歩押し進めて、なぜその子どもたちがそのような

振る舞いをするのか、という具体的な「イメージ」が必要である。

松心園では、これまでに述べてきたように、歴史的経過の中で自閉症を中心とする知的発達障害児を中心に扱ってきた。現在被虐待児の治療の要請が多くなったといえ、その多くが「一見発達障害児に見える被虐待児」の診断とアセスメントの作成、というのが松心園に科せられることの多い課題であり、解離や多重人格を中心とした被虐待に伴う精神症状的症狀が女兒に多いのと対照的に、松心園に入院してくる子どもたちでは圧倒的に「男児の行動逸脱を主訴とする子どもたち」が多いという現状がある。

さて、このような子どもたちと向かい合おうとするとき、我々に特に顕著に感じられることは、彼らと「ちゃんと向かい合えない」という感覚である。

彼らに話しかけ、彼らから意味のある言葉を引き出そうとしても、彼らは落ちつきなくシャツを引っ張ったり、窓の方へ駆け寄ったりし、きちんと我々の目を見ようとしなない。せわしなく多動であるようにも見えるし、衝動性に突き動かされて、刺激を受けるままに転動しているようでもある。突然多弁に何かを話しかけてきたと思うと、それは何と「昨日の夕食のメニュー」の話しだったりする。我々はいま今し方、彼がなぜ「スタッフに噛みついて傷を負わせたのか」を問題としているのである。しかし、彼はそれをいささかも「反省」する様子がない。

少し強い調子で声かけすると、ちらりと「嫌な上目遣い」で私たちをにらむが、それだけのことである。こちらがイライラすると、それに合わせて彼のテンションも上がっていく。怒鳴りつけようものなら、また収拾のつかない大暴れになって、今度は我々の腕に噛みつくことは確実である。

彼らは「しんみり」しないし、「ゆったり」「まったり」もしない。何を話しても深まらないのである。いつでもむき出しの敵意と反抗に満ちているわけではなく、むしろ普段はケロツとして、さばさばした印象ですらある。何かの「葛藤」を抱えていて鬱屈しているとか、何か「悩んで」おり暗く閉じこもっているとか、そうした感覚も彼らからは一向に伝わってこない。むしろ何も考えていない、抱えていないという「空っぽな感じ」が彼らの特徴なのである。

彼らは自分から「積極的」に他者に関わりかけにやって来る。しかし、常にそれは「ちょっかい」か「悪戯」なのであって、一定の距離があって「密着できない感じ」である。暗いところを怖がったり、遊具に乗れなかったりと、彼らには「臆病な一面」もある。そのくせホラービデオが見たくて、遊園地ではお化け屋敷に入りたがったりするのである。ものを「盗ったり隠したり」することに熱中していることも多い。「お金」や「鍵」「注射器や薬品」などに強い興味を示す子もいる。生き物への執拗な虐待行為が見られる子もあり、「繰り返す火遊び」といっ

たもの、特色の一つといえるかもしれない。もちろん「性的な逸脱行動」を示す子も多い。彼らは何かに憑かれたように、そうしたことへのめり込んでいるように見える。彼らのこうしたことを、どのように「理解」するべきなのだろうか。

これらを「理解」するためのキーワードとして、いくつかの言葉が紹介されている。

戦争体験者の外傷性ストレス障害（PTSD）の研究からは、「外傷性記憶」という知見がもたらされた。感情的に処理することが困難な負荷が人間にかかる、その記憶は通常の記憶のネットワークから切り離され、いわば「冷凍保存」されるようなことが起こるというのである³。その突発的かつ激しい再燃が「フラッシュバック」である。彼らの突然「切れる」かのような「爆発的な怒り」と「他害行動」には、こうした知見と合致するようなものが多々あるようにも思われる。

激しい単回性の外傷体験ではなく、慢性かつ複雑な外傷体験による影響を説明するものとしては、テア(Terr.L)の「II型トラウマ」という概念が有名だろう⁴。その特徴は、「外傷体験そのものの否認」や「防衛的な精神的麻痺」「自己催眠と解離」「怒りと受動性」などである。彼らの「深まらなさ」や「ちゃんと向かい合えない感」は、あるいは「否認」や「精神的麻痺」と考えれば良いのかもしれない。ちゃんと直面させようとするとふあーっと目の焦点が合わなくなる子もいて、わ

かりやすい「解離」が見られることも確かに多い。「何も考えていない感じ」「空っぽ感」というあたりは、「自己催眠」や「受動性」と結びつけて考えるべきものなのかもしれない。

筆者は、彼らのこうした「ちゃんと向かい合えない感」「深まらない感」「空っぽ感」というものを捉える臨床的イメージとして、メラニー・クラインの理論を援用して戦略の組み立てを行ってきた。

改めていうまでもなく、クラインは「子どもの分析的遊戯療法」を徹底的に行って、最早期の子どもの心的世界について洞察を深めた精神分析家である。彼女は最早期の心の世界として「妄想的・分裂的ポジション」というイメージを提出し、その部分対象からなるバラバラの世界の中で、原始的防衛機性（スプリッティングや取り入れ、投げ入れ）が活発に活動している有様を描写して見せた⁵。そして、そこに動いているエネルギーとして、フロイドのいうリビドーと逆の働きをする力（タナトス＝死の欲動と呼ばれるもの）であるところの「羨望」という概念を打ち立てたのである⁶。リビドーが取り入れ（食べて）成長してゆく本能欲動であるとするれば、「羨望」は全てを食いちぎり、破壊し尽くしてしまう欲動である。こうした原初的精神世界は、やがて母親部分対象が一つのものとして統合されること（良い母親と悪い母親が、実は一人の同じ母親の裏表であると認識されること）により、「抑うつポジション」というステージへ移行していく⁷。母親との安

定した愛着形成が行われることが、このことを成し遂げるのである。そして、このステージが優勢になって初めて、いくつかの原初的感情が認知されるようになる。それが「罪悪感」である⁸。

安全に「うつ」になることができること、それは精神が成熟していくために欠かせない機能である。いうまでもないことだが、「うつ」は「罪悪感」をもたらすものであり、これこそが人に「深まり」をもたらすものなのである。罪悪感は「超自我」のベースとなるものであり、それが精神の「道徳的制御」や「自律」をもたらしてくれる。「反省」して「落ち込む」ということは、こうした機能が成熟してきて初めて可能になるのだろう。安定して「抑うつポジション」に留まることができる、ということがいかに重要であることか⁹。しかし、そのためには「母親対象表象が安定」していて、しかも「受容的」であることが「決定的に重要」なのである。これは安定した愛着が形成されることに他ならない。虐待された子どもたちというのは、これが決定的に阻害されているわけであって、それはクラインの理論に準拠すれば「安定して抑うつポジションに留まれない」ということなのである¹⁰。このような児の精神世界では、引き続き「妄想的・分裂的ポジション」が優勢な地位を占め続けることになる。

子どもというのは本来、無力で不安定な存在である。特に人間の幼児は独力で生存する力を欠いており、そのことがヒ

トの精神発達に大きく影響していると思われる。安全に「うつ」になることが大切だと指摘したが、かといって常に「うつ」に陥っているのは「萎縮する一方」なのであって、それでは成長することも適わない。子どもが無力感に打ち勝って成長していくためには、「好奇心」や「いきいきとした活動欲」といったものを保持できる精神状態を保つことが重要になってくる。このような精神状態を実現する力をクラインは「万能感」と表現した¹¹。万能感は「うつ」を覆い隠す形で機能しており、外界との体験の中でしぼんだり膨らんだりを繰り返して、「うつ」とバランスを取りながら子どもの成長を助けているのである。このような健常の子どもの場合、万能感はリビドーから適切なエネルギーの供給を受けているとされている。

ところが、愛着形成がうまくいかず、母親対象表象がうまく統一されないまま妄想的・分裂的ポジションに留まっている子どもの場合、精神的な安定を保つためには破壊的・応報的なこの心的世界の中で「勝ち続ける」しか方法がないのである。安全に「うつ」に陥り、やさしさに満ちた母親対象表象に寄りかかりながら無力感に浸る（まったりする、ゆったりする）というような「癒し」を受けることはできない。常に母親をスプリッピングしつつ、「良い母親」には素早く接近して際限なくものをねだり、母親が怒り始めて「悪い母親」に変じると、今度は悪態をつきつつ攻撃して距離を取る、といったことを彼らは繰り返しているのである。このような状態のこどもの場合、