

万能感はむしろ戦いに「勝ち続ける」ための攻撃的エネルギーである「羨望」から不適切なエネルギー供給を受けており、このために「万能感の病的な肥大」が起こるとされる¹²。これがクラインによってイメージ化された「虐待を受けた子どもの心的世界」である。

眉をしかめながら「スタッフに怪我をさせたことを咎めに」医師が彼に近づいてきたとき、医師は彼の中で素早く「悪い主治医対象表象」にスプリッティングされていたわけなのであろう。医師が彼に話しかけている間中ずっと、彼は彼の心的世界の中で、あらゆる方法を持って医師を「無力化するための攻撃」を仕掛けているに違いない。彼は医師を「無視」し、別世界に遊離したり、あるいは医師を翻弄しようとしたりする。医師は彼の中でかみ砕かれ、糞便を投入されて断片化されている。当然、そんな医師の口から発せられた言葉は途中で迎撃されて、彼に届きはしないのである。反省したり、しみりしたりする機能は彼にはそもそも備わっていない。医師が具体的な行動（怒鳴るとか、強圧的な態度をとるとか）しようものなら、彼は「死にものぐるいで反撃」するに違いない。彼の世界では「外的対象に勝ち続けること」しか、生き延びる方法はないからである。

彼らは「葛藤」も「悩み」も抱えていない。確かに「空っぽ」なのである。妄想的・分裂的ポジションでは、不快に分類されるものは全てスプリッティングされて、自己表象から「投げ出され」てし

まうからである。ただ投げ出されるだけでなく、それは外部の対象表象に「投入」されることもある。何かの拍子にイライラし始めたとき、その「イライラしている感じ」は彼から切り離されてしまう。このような機制が働いているとき、彼は自分が「イライラしている」ことを「自覚できない」のである。そして、それが通りがかりの他者に「投げ込まれて」しまう。そうなると彼の心的世界では「あいつが俺をイライラさせてやがる」という認識になってしまうのである（投影同一化）¹³。かくして現実世界では、「彼は突然切れて、何もしていない他児にいきなり激しい他害を加えた」と報告されてしまうことになるのである。

彼らの「万能感」は、「羨望」というタナトスのエネルギーの供給を受けて肥大し、暴走している。彼らはこうした「万能感」が表象されやすいものが大好きだ。力の表象である「お金」や「鍵」などに執着が見られることはとても多い。「性的行為」も攻撃的万能感が姿を変えやすい表象の一つだ。「魔術的なもの」や「お化け」「心霊現象」などもこうしたものが託されやすい。「火遊び」などはそれが暴走する典型的な例なのだろう。彼らは本質的には臆病で恐がりであるにもかかわらず、安全に「怯え」て「無力感」に浸ることができないばかりに、逆にそのようなものに接近して同一化し、取り込もうとするのである¹⁴。

さて、メラニー・クラインの理論に沿って彼らを理解するための臨床的「イメ

ージ」について展開してきたが、むしろのことこれが「唯一の正解」であるわけではもちろんない。むしろ、ありとあらゆる理論に沿って「理解」の可能性は無限大にある、といえるのだろう。科学的にこのようなことを証明立てていく作業も困難である。何故なら、これらは臨床的に彼らに対峙したときにその治療者の心に「主観的に」立ち現れてくるイメージであり、客観的に数値化して論理証明することが困難である性質を帯びているからである。それらを良く言語化して記述し、体系化できるのは優れた臨床研究家に限られている。ここに挙げたメラニー・クラインの臨床的イメージというのは、その一つの例証に過ぎない。

それにも関わらず、精神科治療の現場に於いては、このような「臨床的イメージ」を保持して、感性和感覚をコントロールしていくことが決定的に大切である。何故なら、我々はエビデンス・ベースで患者の前に立って、確率的に行動決定するコンピューターではないからである。我々は「疾患」そのものではなく、千差万別の「患者」そのものに対峙しているのであり、患者は決して、客観科しうるものではないからである。

さて、こうした松心園での「臨床的観察」とメラニー・クラインの理論による「臨床的理解」を前提として、我々が松心園に於ける被虐待児の入院治療において利用している「治療戦略」について簡単に述べてみよう。

一時保護所から児童福祉施設へ移行困難なために「施設へ移行可能な状態まで何とか治療を」と入院になる子が多い松心園の場合、基本的には子どもたちは既に暴走する「万能感」を制御できなくなっており、心的世界に於ける「妄想的・分裂的ポジション」の殺伐とした攻撃応報が外界へ漏出して、現実世界と自分自身をも破壊しかねない状態となっている。このような場合の治療戦略は、とにかく枠組みを強化して彼の万能感に対抗して破壊的行動を制止することであり、万能感を「無力化」することである。

A. 徹底した逸脱行動の規制

ここでは漏れのないように、見落とされがちな陰での行為も含めた、徹底的な「逸脱行動の弾圧」と「行動規制」が必要になる。他児への衝動的な暴力はもちろん、陰での他害や身体的悪戯行為、遊んでいるように「見せかけた」執拗な嫌がらせ行為などにも注意が必要である。隠れた器物破損（自分でこっそり壊しておいて、あとでそしらぬ顔で報告しに来たりする）や盗み行為、放尿や放便、過食や盗食などの行為が対象となる。見落とさず「注意すること」から開始し、もれなく「行動を記録」して本人にも呈示していく。それらを防止するための「行動制限を予告」し、「段階的に実施」していく。時間を限った隔離から次第にそれが延長し、甚だしいときには24時間閉扉や、連続的な抑制が必要となる場合もある。

B. 行動や症状の外在化

さて、このような初期の段階での留意点は、彼らのこうした逸脱行動や、解離症状・身体か症状などに対して、「道徳的叱責」や「説諭」といった技法による「内在化」を行わないことである。具体的には「もっとしっかりしろ。がんばれ」「我慢できるようにならないとダメだ」「自覚が足りない」といった声かけが、これにあたる。

医師も含めた病棟治療者というのは、入院するまでの事前情報を聞いているうちは「可哀想な子」をイメージしており、入院して現実のその子を見せられると「虐待されている子はホントに可愛くない」と落胆する、というのが一般的なパターンである。被虐待児の行動や症状は、まるでその子自身の「生来の性質」であるかのように認識されやすいのが特徴ではないだろうか。そのような認識に陥っているとき、先に述べた道徳的叱責や説諭による「内在化」が行われるやすくなる。つまり、「それらの行動はお前自身のものなのだから、お前が何とかしろ」と、いうわけだ。

しかし、このような対応は臨床的には何の効果ももたらさず、悪影響しか与えない。まず、このような内在化的声かけは「既に虐待者によって行われている」という事実がある。虐待を行ってしまう保護者の多くは自分自身被虐待経験があり、「妄想的・分裂的ポジション」に留まりがちな存在である。彼らは自分がイラ

イラしているにも関わらず、それを子どもに投入して「お前がイライラさせる」と虐待するのである。このようなことがこれまで繰り返されてきている以上、病棟で「同じ対応」を取れば、その際の不快記憶が「再燃」するだけではないだろうか。また、このような内在化を行うと、被害者である子どもに「自分が悪い子だから虐待されるのだ」という「自己認識の歪み」をさらに植え付けてしまう結果になることも指摘できよう。前にも述べたように、安全に「抑うつポジション」を取ることができない彼らは、そのような内在化的声かけによって「反省」したり「落ち込ん」だりしない。逆に素早く「解離」してその場を「やり過ごし」たり、内的世界で反撃を試みているうちに興奮してきたりする。最悪の場合、スタッフとの間で虐待者－被虐待者関係を「再演」してしまうことになるのである。

従って、このような段階でのスタッフの児への対処は、内在化とは逆の「外在化」を行うことで統一しなければならない。具体的には「しっかりやれないんだよね。自分でがんばるの無理みたいだから、休憩しようか」「我慢できなくて仕方ないよ。でも怪我したりさせたりすると大変」「自分でもいつ起こるかわからないから、普段から近寄らないでおこう」といったところだろうか。もっと明確に外在化するなら「お、また乗っ取られちゃったか？」「怖くない〇〇くーん、戻っておいで」とかいった声かけが良いだろう。解離や身体科症状についても同様である。「コントロールできるようにならなきゃ

ダメだよ」ではなく「また身体がストライキしてる？」「虫が動き出しちゃったかな」といった感じであろうか。

このような声かけをしながら、実際には行動制限は強まっていくわけである。一見矛盾しているようだが、実際にはそうすることは理屈に適っている。自己コントロールを失っている子どもたちに「自己努力」を促すのは適切とは云えないし、それでも安全を確保するためには「外的に制限」してやるほかないからである。

C. 無力化と抱きかかえ

もちろんのことだが、こうした規制の強まりに彼らは黙って応じたりはしない。彼らにとっては病的に肥大した「万能感」は、不安を感じないための唯一の防御装置でもあるのだ。自分が誰にも制御不可能で、自分の行動の結果みんなが混乱したり困惑したりしている時、彼の万能感は満たされて、彼の不安や不快は最小となるのである。だから、彼らはそうした行動を手放さないですむように、あらん限りの知恵を振り絞ったり、死にものぐるいで抵抗したりするのである。

それでも少しずつ包囲網が狭められてくると、その中でちょっと適応するべく努力してみたりもする。ぶつぶつ言ったり、誤魔化されたり、ちょっと衝突したりといったことがいろいろあって、やがて限界がやってくる。何かの拍子に興奮し、かつてないほどの大暴れと自傷他害

行為をやらかしてしまい、もの凄い興奮の中で抑制される。それはもう子どもとは思えないほどの凄まじい力であり、大人が4～5人かかっても安全に抑制するのが困難であるほどである。つまり、命がけなのである。しかし、とうとう自由が奪われたことがハッキリとわかる瞬間がやってくる。その瞬間、たいていこれまでになく激しい解離が見られることが多い。目つきまで変わってトロンとしてしまい、幼児言葉が出てくる。病的な万能感に隠蔽されていた自我が剥き出しになり、強烈な「無力感」に晒されたのである。

この状態を見逃してはならない。「万能感の無力化」に成功し、強い不安の中で「解離と退行」が起こっている「この状態」で、ホッとして退出して子どもを一人にし、誰もいない部屋の「孤独」に取り残してしまってはならない。こうした状態を呈しているときに、新たな抱きかかえ（ホールディング；この場合はD. ウィニコットの定義¹⁵）するところの意味。）が行えるチャンスなのである。抑制した状態のままでもよいので、身体接触を持って側について声をかけてやる。もうろうとしてやり取りのない状態であっても構わない。むしろ新生児を扱うように、そこでやり取りを持ってやる必要がある。しばらく待つうちに解離状態が「融けて」きて、少し「甘えと退行」が残っている状態で、いつもからは考えられない「リアルな調子」で不安や不快さを訴えたり、過去の「思いがけない記憶」を語ったり、ということが顕れてくること

も多い。怯えたり逃げたりしてはならない。介入する必要はないし、解釈も必要ないので、ただ全部受け止めて聞いてやれば良いのだと考える。

このような「無力化と抱きかかえ」は、一回切りのドラマティックな展開で終わるわけではなく、もう少し「不顕在な感じ」でだらだらと長く起こることもあるし、何度かのエピソードの中で繰り返して起こってくるのが普通である。子どもの側にも実感として「甘えられた」という満足感が残ることが多く、スタッフの側にも「初めて本当のこの子と向かい合えた」という満足感が醸し出されてくることが多い。

D. 規制の解除と健康な有能感の育成

どの程度で、という指標はなく、子どもとスタッフの「満足感」を指標にするしかないのだが、無力感の中でのホールディングが何度か積み重なってくると、今度は少しずつ規制を解除する方向に向かう。不思議なことにもうまくホールディングできている場合には、制限の解除を子どもは喜ぶよりも、むしろ「不安がる」ことが多いものである。

「有能感」というものは、子どもの一般的な生活の中の当たり前のことから積み上げていくしかないわけだが、こうしたことを促進するために、わかりやすく「賞を設定した行動療法」を組んでやると良い。病棟でのちょっとしたお手伝い、小さな生活自立度の低い自閉症児のちょ

っとしたお世話、きちんとした生活自律課題（歯磨き、着替え、手洗いなどなど）等で充分だと思われる。シールを貼ってわかりやすく目標設定し、賞を与える。賞は即物的なものではなく、なにか「してあげること」「かかわってもらうこと」が良い。お散歩や虫取りに連れて行ってもらう、ゲームしてもらう、そんなようなことである。筆者は「肩車してあげる」ことを賞に設定するようせがまれ、実際の凄くそれを励みにして頑張り、喜んでもらえた経験がある。

このようなことが促進してきたら、教育機関（院内分教室）などに生活範囲を拡大し、できれば有能感の課題もそちらへ移行してゆく。そこまでくれば、退院や別の施設への移行を視野に入れた外部との折衝や話し合いを開始しても大丈夫である。

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

- 症例1 A子 初診時15歳（中3）
- ◆ 主訴；失神発作・夜驚・夜尿
- ◆ 入院依頼者；児童相談所
- ◆ 入院依頼時の状況；一時保護所へ保護中
- ◆ 家族の状況；母一人・子一人の母子家庭
- ◆ 入院依頼に至る経緯；
 - ・中学生入学の頃から、学習面の遅れや不登校傾向
 - ・2年生になって盗み行為が繰り返しば

ったことが発覚

- ・それを巡って母親からの本児への叱責がエスカレート
- ・「殺されてしまう」と、児が担当教師に訴えたことから学校から児童相談所に虐待通告があり、一時保護所へ保護。
- ・保護中の経過で、些細な叱責に対して失神発作を起こしたり、夜驚・夜尿が見られたため、精神科的治療が必要と判断されて、松心園へ入院の依頼があった。

◆生育歴・家族歴

- ・A子の母は3人同胞の第2子。実母に疎まれているとの思いが強く、実母との関係が悪い。
- ・A子を妊娠中から、夫との折り合いが悪く悩んでいた。
- ・A子を出産後、2歳の時に離婚。A子を父と父方実家に置いて単身大阪へ。半年後にA子を引き取って母子二人の生活となる（母子寮）。
- ・母子寮での生活時、母はうつ状態でA子の世話をきちんと出来なかった。
- ・A子は文句も言わず身の回りのことをきちんとし、「自立の早い子」だと周囲から言われていたが、母はこの頃のA子について印象がないという。
- ・A子が小学校に入学する頃から、母親はヘルパーとして忙しく働くようになる。A子の小学校適応は良好で成績も中の上くらいであったという。

◆入院治療経過

- ・X年4月6日；母子と担当Wrで初診に来所。

本人「家には帰りたくない。でも入院なんかしたくない」。暗い表情でぼさぼさの髪。年齢より幼い甘えたなしゃべり方。

母親「私には許すことは出来ないし、もう躰られない。とにかく早く、きちんと立ち上げてほしい。そのために施設で見てやって欲しい」。

担当Wr「保護所で奇異な言動や、他児とのやりとりでトラブルが多く、一般の養護施設で対処が難しい。」

- ・X年4月16日；児童福祉法（第27条）に基づく入所措置によって松心園へ入院となる。

・入院後各種検査所見；

WISC-III IQ86(VIQ80、PIQ89)、血液・脳波・CT所見には異常を認めない。

発達史の確認からは、初期の発達の遅れは認められない。小学校での学力の遅れは認めず、適応は比較的良好。

・入院後の病棟での様子；

病棟には比較的すぐ馴染み、スタッフに対しては過度に依存的。少し年少の児に対しても対等に要求し、大人気ない。幼児や発達障害の児の面倒をみるのは好きで、上手に遊ぶ。男性スタッフには対しては回避的。夜一人で眠れず付き添い要求がある。中途覚醒して夜驚が見られ、毎日大量の夜尿あり。次第に虚言や盗癖が目立ってくる。自分の行為に直面化すると解離症状や病的な退行が出現。

・診断；

解離性障害(F44.0 解離性健忘/F44.2

解離性昏迷／F44.5 解離性てんかん)
行為障害 (F91.1 非社会化型行為障害)

・治療目標と方針；

A. 母子は限界に達し分離を必要とした。
しかし関係の致命的破壊には至っていない。

→最終的には母子の再結合を目指す。

B. 母親自身が実母に対して心理的葛藤を持っており、治療的関与を必要としている。

→母親の外来通院治療を並行して行う。

C. 解離性症状や、盗癖や虚言といったコントロールしにくい行動上の問題がある。

→病棟の構造を用いて強い枠組みで保護する。

D. 幼児的心性を残し、人格的に未熟で対人スキルも乏しい。

→院内分教室の集団を利用して、発達促進を援助する。

◆入院治療の経過；

第1期；A子を抱える治療的枠組み作りの段階

(1) 病室は4人室を個室として利用

(2) 虚言・盗癖が存在することを前提とした体制作り

→定期的かつ綿密な所持品チェック

→虚言に振り回されないスタッフ間の細かい申し送り

→これらの構造は児を縛るものではなく、保護するもの

(3) 事実を直視しつつも、追いつめな

い対応

→解離症状は一種のトラウマ反応である

→母親のとってきた対応をスタッフがなぞらない

(4) 依存欲求の受け入れと、発達促進的な関わり

→見戯的かつ退行的な振る舞いを拒否しないで受容する

→その上で、健康的で自立的な児の機能を褒めて促す

第2期；A子と母親への治療的接近

(1) 定期的な所持品チェックの場でのスタッフと児の触れあい

→児をチェックするのではなく、児とスタッフが共にコントロールしきれないものに立ち向かっている感覚を共有

→主治医はその進展の度合いを評価し、意識化する存在

(2) 解離症状の際などのスタッフによるケア

→トラウマとなっていたつらい体験が、安全度の高い場所で再現され、言語化される

(3) 母親への外来カウンセリング

→虐待する母としてではなく、つらい中で支援もなく子育てを行ってきた一人の女性として共感的に接してもらう体験

→児に依存されることへの強い嫌悪感が言語化される

→その中で、母親自身の生い立ちと育てられ体験が浮かび上がり、世代を超えた連鎖が意識され始める

第3期；A子の再発達と再適応の援助

(1) 病棟内での適応的役割の獲得

→小さい子どもたちへの優しい関わりをスタッフが評価

→児の中に有能感の芽生え

→幼児の遊びやレクリエーションを企画するという、積極的な役割を獲得

(2) 院内分教室への登校促し

→当初は顕著な怯え・抵抗。教室へ入れず立ちすくみ。

→焦らずに見守り、励まし

→級友の思いがけない声かけといったちょっとしたエピソードをきっかけに、ずっとステップアップする。その繰り返し。

→数ヶ月かけて授業にも適応。

→得意な科目などで学業的にも有能感が芽生えてくる。

第4期；母子の緩やかな再結合と治療終結

(1) 母子の再結合

→院内分教室の参観や、病棟行事への参加から。

→次いで、意識的に定期的面会を許可。面会後の母子の心情について丁寧にモニターする体制を取り、両者を支援する。

(2) 新たな目標設定と治療終結

→学業的有能感が育ち、高校受験への意欲が強まる。

→また、さらなる将来には、母親のようにヘルパーという職業や看護婦のような職業に就きたい、という目標が浮上。

→高校を卒業したら、自立して母親を助けながら再度同居したいという具体化された目標。

→児童相談所のケースワーキング。ある児童福祉施設へ入所することを前提に私立高校を受験、合格。

→施設入所後も母子で外来通院を継続することを確認し、入院治療を終結した。

●症例2 B男 初診時8歳(小3)

◆ 主訴；級友への暴力・盗癖・火遊び

◆ 入院依頼者；児童相談所

◆ 入院依頼時の状況；一時保護所へ保護中

◆ 家族状況；母一人・兄一人の母子家庭

◆ 入院依頼に至る経緯；

・就学前から多動や乱暴な行為。保育所での適応は不良。

・小学校入学後、衝動的とはいえ友人への暴力行為の繰り返しや盗癖が出現

・他児の保護者からの抗議が殺到し学校適応は著しく不良に

・母親は本児へ体罰を伴う激しい叱責はするものの、適切な養育行動はとれず、ネグレクトといえる状況にあった。

・小3に自宅で火遊びをして失火。母親は気道熱傷で入院。

・本児は警察からの通告により一時保護所へ保護。行動上の問題が著しいため当院への入院が打診された。

◆生育歴・家族歴；

- ・母親の両親は既に死去しており、同胞はない。母親自身幼児期の発達が遅く、小学校での適応は苦労したらしい。中卒後定時制高校を卒業して生命保険会社の外交員となり、懸命に働くことで高い営業成績を上げたが、後に身体を壊して退職。
- ・入籍していない父親との間に2子を設けるが、父親はB男が2歳の時から行方不明。
- ・兄とB男は0歳児から保育所に入所しており、夜は母親が保険外交の仕事と一緒に連れ回すような生活。車に子どもが放置されて寝ているのを見かけた人や、食事をねだられた近所の住人から虐待通告が数回ある。
- ・B男は幼児期から多動性・衝動性が強く、最初の無認可民間保育所では納屋に閉じこめられる、洗濯機に入れられる、という折檻を受けたことがあり、母からの訴えによって保育所を替わったことがある。

◆入院治療の経過；

- ・Y年5月15日；主治医が一時保護所で診察。本人何を聞いても「しらん。覚えてへん」。目を合わそうとせず、時折上目遣いに見る。落ちつきなく常に身体のどこかが動いている。母親は入院中で診察できず。施設入所は希望しているとのこと。

担当Wr「保護所でも著しく多動で、他児に対する他害行動が多く、問題行動の質もあって一般の養護施設で対処が難しい。対処方針も見えない。」

Y年5月20日；児童福祉法（第27条）

に基づく入所措置によって松心園へ入院となる。

◆入院後各種検査所見；

WISC-III IQ71(VIQ70、PIQ76)、血液・脳波・CT所見には異常を認めない。

発達史の確認からは、初期の発達の遅れは認められない。学力の遅れは知能の遅れよりも大きい。

◆入院後の病棟での様子；

病棟には比較的すぐ馴染み、他児と遊び回る。スタッフに対しては警戒を崩さず、反抗的。目を見て会話しない。小さな幼児や発達障害のある児に目を盗んで巧妙に悪戯。病棟内の器物を破損したり、鍵穴に物を詰めて回る行為。現行犯での注意には反射的に謝るが、問いつめても認めない。女性スタッフには対してはやや依存的。夜一人で眠れず付き添い要求がある。毎日大量の夜尿あり。暗闇を怖がり、遊具や乗り物にも恐怖感が見られる。

◆診断；

多動性行為障害（F90.1 多動性行為障害）

◆治療目標と方針；

A. ベースとしてAD/H D傾向のある児に適切な養育が為されず、叱責が積み重ねられた結果としての破壊的な行動の逸脱があり、生活が破綻した。母親の機能もかなり弱い。

→母子の再結合を目指しつつも、児に

相応しい環境を模索。

B. 養育者として明らかに力不足な母親と、兄の兄が自宅に残されており、兄の学校適応にもかなり問題がある。

→兄の外来通院治療を並行して行う形で母子と繋がる。

C. 著しい他児への他害や器物破損、盗癖や虚言といったコントロールしにくい行動上の問題がある。

→病棟の構造を用いて強い枠組みで保護する。

D. 大人に対する強い不信があり、自尊心も極めて低い。

→スタッフとの安全感のある信頼関係の構築を目指す。

◆入院治療の経過；

第1期；B男を抱える治療的枠組み作りの段階

(1) 病室は保護室（隔離室）を利用

(2) 他害行為・器物破損行為への明確な対処基準作り

→絶対に許容しない危険行為＝「レッドカード」＝即時隔離

→やめてほしい行為＝「イエローカード」＝まずは声かけ

→全てを明文化(箇条書き)して掲示。

→隔離は段階的に実施し、興奮が強い時には抑制も実施。

(3) 処罰と見捨てから、保護と抱え込みへの対処転換

→隔離は兄自身にもコントロール不能で、兄を破壊しかねない危険な衝動性や攻撃性からの保護である。

→隔離して見捨てない。隔離下で積極的に関与。

(4) 依存欲求の受け入れと、発達促進的な関わり

→就眠時や夜間のトイレの付き添いを利用し甘えを引き出す。

→兄の健康的で子どもらしい興味（昆虫採集・飼育）を認め、共有する関係作り

第2期；B男と母親への治療的接近

(1) 条件隔離指示という枠組み

→何が良くて、なぜ制止されたのかが見通せるようになる

→声かけに応じて止められたことを視覚化して評価

(2) 隔離下でのスタッフの関わり

→隔離されても見捨てられない体験。

→見捨てない大人へのおずおずとした接近の開始。

→叱責に対して殆ど反射的に「ごめんなさい」を言うだけの兄が、ぼつりぼつりと心情を言語化し始める。

(3) 外来での兄の通院を開始

→B男同様、AD/HDで決して学校適応も良くない兄。

→投薬と学校への働きかけ、遊戯療法を開始。

→警戒が強く頑なな母親に、共感的にアプローチ。

第3期；B男の再発達と再適応の援助

(1) 病棟内生活の安定と遊びスキルの獲得

→レッドカードにあたる行為は影を潜める。

→イエローカードに当たる行為は多いが、スタッフの声かけに明瞭に反応

できるように。

- 主治医の評価も心待ちにする様子が見られる。
- スタッフとの病院内での昆虫採集とその飼育が遊びとして定着。スタッフとの外出が何よりのご褒美に。

(2) 院内分教室への登校促し

- 学校の教師に対しても警戒、挑発、ルール破りなどの試し行為からスタート。
- 病棟同様、学校でもルールの明確化。初期は教師に暴力を振るっての下校→自室閉扉の繰り返し。
- 数ヶ月かけて学校に適應。少しずつ教師に馴染み、学業的にも取り組めることが増えてくる。

第4期；母子の緩やかな再結合と治療終結

(1) 母子の再結合

- 母親は体調を壊して保険外交の仕事を退職。
- 自分自身への振り返りと、母親としての内省。
- 院内分教室の参観や、行事への参加からスタート。
- 一緒に外食する外出へ移行。

(2) 新たな目標設定と治療終結

- 児童相談所と協調して自宅と地元校への復帰を調整。
- 地元校とそのPTAからの著しい拒絶。折衝の繰り返し。
- ようやく自宅への仮退院と試し登校の期間を設定。
- 明白な無視や迫害。不安定になるB男に対する監視的体制。

→絶望しそうになる母親を支えつつ、新たな適應環境を探る。

→最終的に情緒障害児短期治療施設へ措置変更。母親も転居して再就労し、定期的な自宅への外泊を心待ちに。

●症例に関する考察；

いずれの症例に於いても、慢性的に経過する被虐待体験のなかで「安全感を喪失」しており、自らを守るための病的な「解離による自己の疎隔化」あるいは「万能感の肥大化」が認められた。それに基づく現実適應を困難とする逸脱行動として、症例Aでは「盗癖」、症例Bでは「他害・器物破損」が認められた。

こうした逸脱行動に対して、先に述べた松心園の治療戦略どおりに「徹底した逸脱行動の規制」、すなわち症例Aでは持ち物管理、症例Bでは他害時の隔離と抑制といった行動制限を施行した。それと同時に、その際のスタッフの対処の基準として「症状や行動化の外在化」を基本に置き、症状や行動化を児の本来の性質として非難し・内在化することを極力避ける関わりを行った。

現実化できる症状や行動化が規制されることによって、児の万能感が無力化され、混乱しつつも、無力な赤子としての「しがみつき」が顕在化する場面を捉えて放置せず、スタッフがホールディング（抱きかかえ）を行い、その中から関係づけと信頼醸成が行われてきた。あとは、次第に抑制を緩めつつ、児の持っている自然な万能感が顕在化・育成される機会

を与えて、回復をサポートした。

これらの児を中心としたサポートに加えて、虐待者である保護者への介入や、環境を調整するための関係機能を組み合わせて治療を完結した。

IV. まとめ

平成13年度以降に、筆者が松心園に於いて取り組んできた被虐待児の入院治療について、松心園という病院の歴史的背景と現在の入院環境、第一種自閉症施設であることを生かした法的な入院の枠組み、機関連携、最近の虐待臨床の数値的実態、被虐待児の臨床的理解と入院治療の臨床戦略、症例をもとにした考察、といった各項に分けて分析し、報告を行った。

今後も児童精神科医療機関や小児医療機関が、被虐待児への治療的関与を要請されるケースはおそらく増大するだろう。そのなかで、特にその治療的関与を専門に行う医療機関を考えた場合、次の各項を満たさないとその責をはたすことは難しいであろうと考えられる。

A. 病棟の機能的構造とスタッフの充実

被虐待児治療は、児が互いに他害性を持ち、過去の体験に基づいて傷つけ合うという宿命を背負って行うものとなる。それに現実的に対処するためには、児の安全を確保し、一対一で向かい合っ

とした「ゆったり」とした病棟構造、およびスタッフの充実が欠かせない。もちろん、それを支えるに足る「保健診療上の対価」が約束されなければ、そのような環境は実現しない。

B. 機関関係機能の保証

被虐待児治療は、医療機関が孤立して行いうるものではない。司法・福祉・教育・医療の幅広い連携を実現しなければ、その「戦略を立てる」ことさえ覚束ない。そのためには、通常の病棟のように医師と看護師のみを配置しても充足しない。精神保健福祉士や心理士、保母、保健士、法に通じた事務職員といった、幅広い分野の職員の配置と、機関連携を有機的なものとするための不断の努力が必要となる。

C. 法的な援助の必要性

現実に存在する治療機関のみならず、そこでの治療を可能とする法的な整備と運用援助が必要である。現行の児童福祉法は被虐待児の医学的治療について考慮されておらず、精神保健福祉法はこのような児童の入院治療について考慮されていない。安全かつ人権に配慮された形でこうした児童の入院治療が保証される制度の実現が早急に必要である。

D. 治療技法の確立と普及

残念ながら、被虐待児の精神科的治療は現在のところ精神科医ないしは小児科医の果たすべき役割として正しく認識されていない。当然ながら、その治療理論や技法の確立には費用と労力が注ぎ込ま

れておらず、これまでの理論の援用や、海外でのトラウマ治療の輸入を通して細々と展開されているに過ぎない状況にある。今回松心園が行った報告も、その「か細い一つ」に過ぎない。今後、多数の医療機関がこうした治療的取り組みに参入する環境を整え、治療的なセオリーの確立にエネルギーを注ぐべきである。

医療機関としての松心園は現在、歴史的に大きな改変期にさしかかっており、精神医療センター全体の改編の中でどのような形態で存続できるかは不明瞭である。我々の被虐待児入院治療は、そうした歴史の流れの中で必然的に発生し、行われてきたものであった。今後は逆に、出来得ればこうした治療を目的として、松心園の環境整備が行われていかんことを切望するものである。とにかく、これまでの歴史の中で積み重ねてきた臨床的な資産については、余さず継承できるように配慮していきたい。

〈文献〉

¹ 自治労大阪府労働組合中宮病院支部；松心園4843日。1983.

² 大石聡ほか；松心園の外来受診者の最近の動向について。第44回児童青年精神医学会総会。2003.

³ van der Kolk, B. van der Hart, O. & Marmar, C.R., op.cit., "Traumatic Stress-The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society", New York, The Guildford press, 1966, p.307.

⁴ Terr, L.C., Childhood trauma An outline and overview. American Journal of Psychiatry. 148, pp.10-20.1991.

⁵ Klein, M., 「分裂的機制についての覚書(1946)」メラニー・クライン著作集4、誠信書房

⁶ Klein, M., 「羨望と感謝(1957)」メラニー・クライン著作集5、誠信書房

⁷ Klein, M., 「分裂病者に於ける抑うつに関する覚書(1960)」メラニー・クライン著作集5、誠信書房

⁸ Klein, M., 「愛、罪そして償い(1937)」メラニー・クライン著作集3、誠信書房

⁹ Steiner, J., 「妄想分裂ポジションと抑うつポジションの間の平衡(1990)」クラインとビオンの臨床講義、岩崎学術出版社

¹⁰ Klein, M., 「精神機能の発達について(1958)」メラニー・クライン著作集5、誠信書房

¹¹ Klein, M., 「喪とその躁うつ状態との関係(1940)」メラニー・クライン著作集3、誠信書房

¹² Klein, M., 「犯罪行為について(1934)」メラニー・クライン著作集3、誠信書房

¹³ Klein, M., 「分裂病者に於ける抑うつに関する覚書(1960)」メラニー・クライン著作集5、誠信書房

¹⁴ Klein, M., 「男の子の性的発達に対する早期の不安状況の影響」メラニー・クライン著作集2、誠信書房

¹⁵ 北山修、「ウィニコットの holding についての覚書(1985)」日本精神分析協会誌