

し、現在50歳代前半の男性患者について、13歳より全禿であること、ちょうどその頃数人の同級生に着衣を脱がされ、性器を弄ばれた経験を持っていたことを報告している。中井は、若手の同僚から統合失調症とはどこか違う感じがするのでと依頼されて、この患者を診察したという（中井2004, P.101）。

日本ではまだ本格的疫学的調査はなく、限られた事例経験や報告だけで明確なことはいえないが、男児への性的虐待は、重く複雑な精神病理をもたらすという印象は免れない。そして、中井の事例のように症状が重篤な場合、統合失調症と診断されている例もかなりあるように思われる。性的虐待からくる解離症状や、フラッシュバックとしての身体的性幻覚、自我障害などは、統合失調症の症状とかなり重なる。統合失調症自体、内因性の疾患だとされているが、脆弱性が大きく関わり、環境との相互作用が大きく、最近では児童虐待の既往歴との関連も示唆されている（Read 2005）。筆者は成人になってからの事例を診ることがほとんどだが、小児精神医学的に被害時から男児の長期経過を見守っていくことが重要な課題であろう。被害を受けることと、その被害を誰にも認められず、秘匿・否認しなければならないことが、それぞれどのような病理をもたらすのか解明されていく必要がある。

4、性的反応

「神話」3は「性的虐待を受けて性的な刺激や快感を感じたなら、男児は進んで参加しているのであり、また楽しんでいる」というものである。望まない性行為であっても、身体が反応したり、オーガズムに至ることはある。勃起や射精は、恐怖や嫌悪のなかでも物理的的刺激によって起こることは明らかになっている。ただ、その情報はほとんど行き渡っていない（Gartner, 1999 岩崎2004）。望まない状況での勃起や射精は、被害者にと

っては身体のコントロールを奪われる経験であり、非常に屈辱的な体験となる。被害者は自分の身体への信頼感を永遠に失ってしまうことにもなりかねない。けれども同時に、被害者は自分が本当は望んでいたのではないかと考え、恥と罪悪感を深く感じる。そして、その効果をねらう加害者も少なくない。

事例を示そう。ある男子大学生から同級生が自殺したということで相談があった。亡くなった同級生は、半年前にコンパのあと泥酔し、河原で寝転がっているときに、見知らぬ男性からフェラチオをされ、勃起・射精してしまった。そのことをうち明けられた学生はどう捉えていいかわからず、ただ聞き流していた。同級生はもともと明るく元気なタイプだったので、自殺には周囲も大変驚いたという。被害体験が自殺の理由と直接関係があるかどうかはわからない。ただ、正しい情報を得たり、相談できる場所があったら、ということが残念である。

5、加害者の性的指向

「神話」4は「男性の加害者は、同性愛者である」というものである。実際には加害者はたいてい異性愛者で通っており、既婚者だったり、社会的信用があることも多い（Jenny 1994）。これは、加害者に教諭、巡査などが含まれていた前述の報道事例を見てもよくわかる。加害者は、隠れた小児性愛者であるかもしれない。その場合、性別はどちらでもよいということが少なくない。また、支配・攻撃のための手段としての性的虐待（部活動や同級生間でのいじめなど）の場合は、加害者の性的指向は関係ない。

この「神話」は、同性愛者への偏見を助長する。同性愛者は普通同性の大人に性的関心を持ち、同意の上で性行為をすることを好む。「女兒を性的に虐待する男性は異性愛者である」ということの無意味さを考えてみる

とよいかもしれない。

またこの「神話」は、本当の加害者を見逃す危険をもたらす。同性愛者のようにみえなければ、「あの人がそんなことをするはずがない」ということで、周囲も安心して子どもをまかせてしまったり、子どもが被害を訴えても信じてもらえなくなるのである。

6、被害者の性的指向

「神話」5は「男性から性的虐待を受けた男児は、もともと同性愛指向であるか、いずれ同性愛者になる」というものである。被害を受けた男児や家族はこのことを強く心配する。しかし、これまでの研究からは、性的指向は生得的なものであることが多く、基本的には虐待に左右されないということがあきらかになっている(Gartner, 1999)。ただ、現実にはトラウマ体験の性的行動化や再演と、「本来」の性的指向との区別が困難なことも時にはあるだろう。再体験症状を、本人が自分の性幻想だと誤解することもあるだろう。とくに勃起や射精を経験すると、本人の混乱は大きくなる。日本のように男児への性的虐待や性的指向についての情報がほとんどないと、被害体験をきっかけに自分は同性愛者だと思いきこんでいくようになることもあると思われる。また、同性愛指向の男児は、しぐさやふるまいからいじめの対象になったり、孤立感をもっていることもある。仲間がほしい、ロールモデルがほしいといったニーズを利用して、加害者から搾取されやすくなることはあるかもしれない。

7、被害から加害へ

「神話」6は「性的虐待を受けた男児は、他人に性的虐待を繰り返す」というものである。これは別名「吸血鬼神話」とも呼ばれている。米国の統計によれば、加害者の8割が被害歴有り、被害者の2割近くが加害行為有りという結果がでている(Lisak 1996)。被害

者の多くは加害をしておらず、一部の被害者がその後たくさんの子どもに加害をしているのである。ただ2割が加害行為有りとすると、一概にこれは誤った思いこみであるとは言えないかもしれない。けれども、Gilgunらの調査によると、被害を受けてもそのあと加害したことのない男児は、被害にあったことを誰かに話しており、しかもその男児にとって大切な人々から信じてもらうことができ、サポートも受けることができていたという(Gilgun 1990, 1991, Conte 1985)。つまり若い内に話を聞いてもらう機会があり、サポートを得られたら、大人になって加害者とならずにすむ。被害体験でなく、被害後の社会の対応が加害者を生むともいえ、ケアの重要性と予防的意義がここからわかるだろう(森田 1999, Gartner, 1999)。最近、幼い子どもが殺される事件が続き、小児性愛者に関心が持たれるようになってきた。その中で小児性愛者の過去の被害に注目することは重要であるが、同時に大多数の被害者は加害者になっていないということが理解されないと、たいへん危険である。被害を受けた男児がサポートを必要とする時に、潜在的な加害者として扱われるような事態は避けるべきである。この「神話」が行き渡っていると、被害者本人も「自分はいつか加害者になるのでは」と怯え続けることになる。実際それを怖れて、家庭や子供を持たない選択をする被害者もいる。放置しておけば虐待の連鎖が起きることを理解しつつも、「吸血鬼神話」が被害者にもたらす弊害がいかに大きいかということも認識しておきたい。

8、女性からの性的虐待

「神話」7は「女性が加害者のばあい、男児や青年は性行為ができてラッキーだ」というものである。そもそも男性が女性から被害を受けることはあり得ないと思われがちである。しかし米国の調査によると、男児に対

する加害者のうち6.3%が女性であったという。日本でも前述のような女性加害者による事件の報道がある。

加害者が女性であっても男性であっても、被害を受けた男児の感じる恐怖、混乱、不快、被搾取感、裏切られ感などにかわりはない。しかし社会には、「男はいつでもどんな女でもセックスしたいものだ」という男性性欲の自然視がある。そのため、男児の被害も性的な「通過儀礼」であり、ラッキーだと受けとめられやすい。被害を受けた本人も、実は自分も望んでいたことなんだ、楽しかったと思おうとしがちで、勃起や射精が伴っていればなおさらである。一方、女性が相手なのにその行為を楽しめなかったとすると、自分は異常であり、同性愛者に違いないと思ってしまうがちになる。

いずれにせよ、女性への恐怖や憎悪が心の中に巣くい、暴力と性が結びつくことにもなりうる。養育者からの性的虐待であれば、愛着と性が混乱してしまうかもしれない。親密さへの欲求を性行動と混同してしまうかもしれない。

「据え膳食わぬは男の恥」という一般的な社会通念もあり、男性の場合、性に駆り立てられるのは正常とみなされやすい。けれども本当にそうなのだろうか。セックス嗜癖の概念が日本にも紹介されつつあるが（吉岡・高島 2001）、正常か異常かという判断は、社会の規範によって大きく左右される。正常な男性のセクシュアリティとはどういうものなのか、というところから問い直していかなくてはいけないのかもしれない。女性からの性的虐待とそれが男児にもたらす長期的悪影響については、別稿に元大阪府知事・横山ノックの事例を分析しているので、参考にしたい（宮地 2005-2）。性暴力予防のためにも重要な洞察を提供してくれるであろう。

9、「男らしさ」のおしつけがもたらす病理
被害を受けた男児は、以上のような「神話」が蔓延する中で、発達課題を乗り越えていかななくてはならない。適切な情報や支援を得られなければ、以下のような思いを募らせながら成長し、幾つもの心理的問題を抱えることになる。

- ・ 被害にあった自分はもう男ではない（性同一性の喪失）
- ・ 被害にあった自分は同性愛者に違いない（性的指向の混乱）
- ・ こんな目にあうのは自分だけに違いない、自分が悪いからだ（自己憎悪・恥・自責）
- ・ 打ち明けても誰も信じてもらえない（孤立、不信）
- ・ あんなこと実際にはおきなかったんだ（現実感や現実検討識の喪失、リアリティの多重性）
- ・ 性的なことばかり思い浮かぶ自分はおかしい（自己不信、自己否定、自己憎悪）
- ・ 弱音を吐いてはいけない。表出を許されるのは怒りの感情だけだ（加害、暴力、親密な関係構築の困難）
- ・ 一生秘密にしておかなければいけない（親密な関係構築の困難、偽の自己）
- ・ 助けを求めてはいけない（孤立、混乱や自己否定の持続）

こうしてみていくと、男児への性的虐待は体験自体の影響に加え、「男らしさ」の規範のおしつけが大きな弊害をもたらしているといえる。「男の子はほったらかしにしても大丈夫」「男のくせに泣かないの」「男だったら相手をやっつけられるはずだ」「男だったら女とセックスしたがるはずだ」「助けを求めるなんて、男らしくない」といった考えが社会に蔓延していれば、いつまでも男児の被害が表に出ず、ケアされていかない。感情

を表出することは禁じられ、許されるのは怒りだけで、助けを求めることも否定的に見られるとしたら、被害者の傷ついた心は癒されることなく、加害に連鎖していても不思議ではないだろう (Gartner, 1999、中島 2004)。また、被害を受けたというリアリティが否認されたり、自分の身体への信頼が奪われたりすることは、自明性の喪失や解離症状といった深い精神病理にもつながると思われる。

10、臨床現場でできること

では最後に、臨床現場でできることはどのようなことだろうか。まず、被害児が秘密を打ち明けやすい環境をつくること、被害やその影響のサインに気づくこと、被害児のことを丁寧に聴くこと、信じること、安全を確保し、安心感を提供すること、正しい情報を伝えることである (岩崎 2004, Lew 2004)。一度誰かから「そんなことがあるはずがない」と言われると、二度と被害体験を言い出せなくなることが多いので、「ありえない」「疑わしい」と頭から否認せず、まず言葉をそのまま受けとめることが重要であろう。被害者の手記や、当事者や家族向けの良書も出版されつつあるので、それらを利用するとよい (イェンセン 2004、グループ・ウィズネス 2004)。医療現場では、大便失禁など、被害を受けた男児に多い身体症状について知っておくことも重要である (Marrow 1997)。

トラウマ治療は必要であれば行うが、それ以前の受容的環境の調整、本人や家族への心理教育が何よりも重要である。トラウマ治療自体は、性別によって特に違いがあるわけではない。養育者への正しい情報提供と心理的サポートは不可欠である。学校など関連機関への心理教育・連携も重要だが、日本ではこれからの課題であろう。

今後は法的な整備も必要になってくると思われる。課題の一つは「強姦」の定義の

再考である。現行法においては、「強姦罪」は女性の被害しか念頭に置かれておらず、男性器の女性器への挿入以外はすべて、強制わいせつ罪として検討される。男性の被害は強制わいせつ罪にしかならず、強姦罪よりかなり量刑が軽い。量刑は被害に対する社会の意味づけを示すものでもある。重罪が必ずしもよいということではないが、「男性の被害などたいしたことがない」という公的メッセージは望ましくない。性的虐待の罪の重さがきちんと認識されるべきである。

もうひとつの法的課題は被害児の性別に関わらないが、被害が疑われる子どもへの司法面接システムの確立である。性的虐待は物理的な証拠が残ることが少なく、被害者の証言が重要になってくる。けれども、子どもに何度も被害のことを聞くのは、臨床的にも望ましくないし、法的にも信頼性の点で問題がある。子どもは周りの状況や、周囲からの暗示や発言などにより、証言の内容が変わっていきやすいと言われている。法的な吟味に耐える信憑性の高い子どもの証言を得ながら、警察・司法・医療関係者が協力し合って、子どもの回復や治療をすすめるチームアプローチが、日本にも紹介されつつある (子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク 2005)。これらの技術を日本でも広め、システムの中に早急に取り入れていくべきだろう。米国のような「偽記憶症候群」論争にふりまわされないためにも、きちんと法的にも臨床的にも役立つような面接の仕組みを作っておくことが重要である。虐待の事実が強く疑われても、論争に巻き込まれるのを怖れて、子どもの心のケアの専門家が沈黙を続けていれば、それは加害者に加担することにほかならない。被害児の保護や加害者の処罰・更生の仕組みを法的に進めていかなければ、いつまでも性的虐待はなくならないだろう。

文献

- Conte J.R., (1985) The effects of sexual abuse on children. A critique and suggestions for future research. *Victimology* 10, 110-130
- 太宰治(1952)『人間失格』新潮社, 文庫版 p, 20
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 19:557-68
- Gartner, R.B. (1999). *Betrayed as Boys: Psychodynamic Treatment of Sexually Abused Men*. New York: Guilford Press(宮地尚子他訳(2005)『少年への性的虐待～男性被害者の心的外傷と精神分析治療～』作品社)
- Gilgun, J. (1990). Factors mediating the effects of childhood maltreatment. In M. Hunter (Ed.), *The sexually abused male* (Vol. 1, pp. 177-190). Lexington, MA: Lexington Books.
- Gilgun, J. (1991). Resilience and the intergenerational transmission of child sexual abuse. In M.Q. Patton (Ed.), *Family sexual abuse* (pp. 93-105). Newbury Park, CA: Sage.
- グループ・ウィズネス (2004) 『性暴力を生き抜いた少年と男性の癒しのガイド(性虐待を生きる力に変えてシリーズ6)』明石書店
- Holmes, W, Slap, G (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280:1855-1862
- 岩崎直子 (2004) 「男性の性被害とジェンダー」宮地尚子編『トラウマとジェンダー: 臨床からの声』金剛出版, p64-80
- 岩崎直子 (2001) 男性が受ける性的被害をめぐる諸問題. *こころの健康*, 16, 67-75
<http://www.comcarry.net/~genbu/Iwasaki02.html>も参照のこと。
- Jenny C, Roesler TA, Poyer KL (1994). Are children at risk for sexual abuse by homosexuals? *Pediatrics*; 94:41-4
- クリスティアン・D・イェンセン (2004) 山下丈訳『ぼくの話聞いてほしい』講談社
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. (1995) Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch.Gen. Psychiat.* 52; 1048-1060
- 子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク (2005) 「第8回子ども虐待防止シンポジウム: 児童虐待における多職種専門家チーム(MDT)の実践方法」 2005年11月19-20日横浜
- 子どもと家族の心と健康調査委員会編 (1999) 『子どもと家族の心と健康調査報告書』日本性科学情報センター
- Lew, Mike(2004) “Victims No Longer: Men Recovering from Incest and Other Sexual Child Abuse” HarperCollins
- Lisak, D, Hopper, J, Song, P (1996). Factors in the cycle of violence: Gender rigidity and emotional constriction. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 721-743
- Marrow, J., Yager, C. A., & Otnow Lewis, D. (1997). Encopresis and sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21, 11-18.
- 宮地尚子(2005-1)『トラウマの医療人類学』みすず書房
- 宮地尚子(2005-2)「男性への性暴力」から見えてくるもの 訳者解説にかえて」ガー

- トナー『少年への性的虐待』作品社
p428-457
- 森田ゆり(1999) 子どもと暴力. 岩波書店,
中井 久夫(2004) 『徴候・記憶・外傷』み
すず書房, P.101
- 中嶋一成・宮城 由江(1999)『心への侵入-
性的虐待と性暴力の告発から』本の時遊社
中島啓之(2004) 「非行・犯罪領域における
ジェンダーとトラウマ」宮地尚子編『トラ
ウマとジェンダー:臨床からの声』金剛出
版, p125-148
- 大矢大「解離性障害・外傷性精神障害に性差
はあるのか?」宮地尚子編『トラウマとジ
ェンダー:臨床からの声』金剛出版 2004,
p149-168
- READ, J., VAN OS, J., MORRISON, A. P.,
ROSS, C. A. (2005). Childhood trauma,
psychosis and schizophrenia: A
literature review with theoretical and
clinical implications. Acta
Psychiatrica Scandinavica, 112,
330-350.
- スティーブル、ロバート1986(1982)
久米博訳『フロイトとユング(上下)』紀伊
國屋書店
- Sorenson SB, Stein JA, Siegel JM, et al.
(1987) The prevalence of adult sexual
assault : The Los Angeles epidemiologic
catchment area project. Am. J.
Epidemiology, 126:1154-1164
- 東京都幼稚園・小・中・高・心障性教育研究
会編(1996) 『児童・生徒の性』学校図書
吉岡隆・高嶋克子(2001) 『性依存:その理解
と回復』中央法規出版

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

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

性的虐待のケアと介入に関する研究

その3 被虐待児の看護

加藤明美・中嶋真由美・野呂美智代・海野千畝子・杉山登志郎
（あいち小児保健医療総合センター）

研究要旨

あいち小児保健医療総合センター心療科病棟は、平成15年5月の開棟以来、被虐待児の治療に取り組んできた。被虐待児は、感情コントロールが不安定で、解離が常在化し、また他者との関係において虐待的な関わりを繰り返す傾向がある。この様な、被虐待児への看護ケアの基本は、子どもにとって安全で健全な環境を提供することである。看護において重要と考えられたのは、以下の視点である。1 的確な子どもの行動観察、2 子どもとの信頼関係の確立、3 子どもの基本的な生活習慣の確立、4 調整（環境・服装・気分・睡眠）の為に働きかけ、5 子どもの自己肯定感を高めること、6 振り返りをすること。問題行動には、タイムアウトを用いることもあるが、その実施に当たっては事前の同意を得ることが必要である。問題行動が頻発することの多い性的虐待のケアには、看護師自身の精神保健を保つ工夫と、看護に際しての冷静な判断が重要である。

1. はじめに

小児看護の役割は対象となる疾病の変化と共に変わりつつある。かつて一般的であった伝染病や栄養失調、感染症といった病気が生活水準の向上や抗生物質・予防接種の普及で減少した。一方、社会の変化に伴い、近年浮上してきた健康問題にはアレルギーや、小児肥満などがある。心の問題では、不登校やいじめ・摂食障害が挙げられる。さらに広汎性発達障害や注意欠陥多動性障害（ADHD）等の発達障害も社会の関心が寄せられるようになった。この様な中で、近年、子どもの精神保健上の大きな課題として浮上した問題が、子ども虐待である。

この時代の変化と共に、小児看護は、疾病中心の看護から疾病の予防、さらには成長発達や心身の健康の保持、そして子どもの社会化への支援という役割を増すようになった。被虐待児への看護は、非常に重要なテーマである。被虐待児が表す症状は長期的かつ深刻で、後年には社会化において後遺症を残すことが少なくないからである。

この小論では、入院治療における被虐待児の看護について、特に性的虐待に中心をおいて述べる。小児医療センターに入院に至る被虐待児は、社会で生きる上で非常に多くの困難を抱えている場合が多い。またそのことが、ケアを提供する時に様々な障壁になる。

しかしながら、これまで医療機関における被虐待児へのケアについて、看護という視点からまとめられた報告は極めて少なかった。この小論では、われわれの経験と工夫を中心に、入院治療の実際を検討する。

2. 子ども虐待とは

子ども虐待とは、児童虐待防止法において、「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。）がその監護する児童（18歳に満たない者をいう。）について行う次に掲げる行為をいう。」と規定され、

- ア. 児童の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れのある暴行を加えること。
- イ. 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。
- ウ. 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前2号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。
- エ. 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

と4つの行為類型が規定された。被虐待児が表す症状は、これらの虐待の種類によって特徴的な部分もあるが、虐待は重複している事例が過半数を占めることもあり、同質の問題を持っている場合が多い。実感としては、重症度は異なっても看護上の差は少ない。

そこで、性的虐待を中心に述べるが、被虐待児の看護に一般的に適応できる事柄が多いことをあらかじめ述べておきたい。

2. 性的虐待の看護の実際

虐待を受けた子どもはこころとからだの両者に深い傷あとを残す。時には生命までも奪われることもある。治療の第1段階として、加虐者と分離し、安全な場所で心身の治療を行うことが必要となる。この中には、虐待の過程で受けた外傷の治療や、また特にネグレクトの事例における栄養管理も含む。第2段階として、虐待の影響で起きる様々な症状に対する中、長期的なケアである。虐待の短期的影響として過覚醒をはじめとする生理リズムの混乱や、記憶の空白、さらに意識の不連続などの解離性の症状がある。中期的影響として発育、発達の障害、突発的乱暴や非行などの多動性行動障害、激しい嘔吐発作などの心身症状があげられる（杉山ら、2002）。長期的影響としては、感情コントロールができない、解離の常在化、多重人格、他者との関係において虐待的な関わりを繰り返すなどの対人関係の混乱など、いわゆる複雑性トラウマ（Herman, 1998）が挙げられる。こうした、虐待の影響から被虐待児を回復させるために、看護師によるケアをまとめると、次の諸点となる。

1) 行動観察

看護師は24時間、子どもと接する存在である。その中で被虐待児はさまざまな症状を表す。その症状を観察することは治療上重要な所見となる。特に解離のレベルを見極めるためには、解離に焦点を当てた行動観察が必要不可欠である。その観察ポイントをわれわれが用いている行動観察リスト（杉山、海野、2005）に沿って述べる。

ア、覚醒水準の変動

具体的には、ぼんやりしている、うつろな表情でいる、ハイテンションなどがある。また、不眠や悪夢の存在、さらに昼間の眠気な

どについて観察を行う。

イ、スイッチング・部分人格の交代現象

突然口調が変わり、蹴る、叩くなどの「暴力モード」になったり、非常に幼い感じになった「退行モード」になることがある。また性的虐待を受けた子どもは口調や行動が色っぽい感じの「性的モード」になることも多い。

ウ、解離性幻覚・幻聴・被注察感

おぼけが見える、何か音が聞こえる、誰かに見られている感じがするという訴えをする場合が少なくないが、その背後には解離性の幻覚があることが多い。

エ、フラッシュバック

例えば、暴力シーンのある映画を観ている、寝てしまう子どもがいる。これは単純に眠気がきたというものではなく、フラッシュバックを起こし、そのまま解離状態となったと考えられる。このような、外傷体験に絡んだフラッシュバックの症状としては、突然に感情を爆発させて怒ることや、泣くこと、また過呼吸になるなどがある。

オ、記憶の障害

喧嘩などトラブルが起きた場合、彼らの話を聞いても内容があやふやで意味不明なことが多い。これは、嘘を言っているわけではなく、しばしば記憶の混乱からくるものである。このような記憶の断片化や忘却が少なからず認められる。

カ、身体への関与

被虐待児の治療の進展に伴い、当初は意識的、無意識的な自傷が生じ、やがて怪我が増え、解離状態からの回復過程に先立ち、皮膚のかゆみ症状が現れるという経過がしばしば認められる(海野、2005)。自傷行為には、指の皮をめくる、爪をはがすという形が多い。皮膚を観察しながら自傷行為のチェックを行うことが必要となる。また被虐待児は、転んだり、ぶついたりという怪我が非常に多い。これらの怪我に対して、湿布を貼る、カ

ットバンを貼るといった処置は病棟における看護師の役割の一つとなることが少なくない。大事に取り扱って欲しいという思いから、湿布を貼るだけでは納得が出来ずに些細な怪我が包帯を巻いて欲しいと訴える子どもも少なくない。いずれにしろ、子どもが皮膚の症状や特に痒みを訴えてきた場合には、医師に診察を依頼し、きちんとした手当てをすることが重要である。

キ、無意識の挑発的行動

これには、行動的挑発と、性的挑発とがある。行動的挑発の場合、結果としてケンカが生じる場合が多い。わざと、相手が嫌がる言葉を発する、口真似をする、また周囲の子どもを操作して喧嘩をしかける場合もある。「A君がウザイって言っていたよ」と親しげにBに言う。BはAに悪い感情を抱く。そして些細なことから突発的にBからAの暴力行為に至るなど。看護師は、その場だけを観て判断するのではなく、冷静な目で何が起きているのかを観察する必要がある。

性的挑発とは、性的虐待を受けた子どもにしばしば認められる一般的は無意識の性化行動で、露出度の高い服装を選択する、スタッフに体を密着させるなどの性的なニュアンスの身体的接触をするといった行動が多く見られる。肩が大きく開いた上着を着て下着のラインが見えるようにしている子どもや、小学生の高学年でも、座っている男性職員の膝上に乗ってしまう女兒もいる。床に座っているとき、足を広げて下着を無意識に見せるという場合もある。

ク、非行的行動

性的虐待を受けた子どもでは、盗み、器物破損などの非行的行動も極めて多い。普段から見慣れない荷物がいないか、物品の破壊がないかどうかなど、丹念に見て行くことも治療上必要である。

ケ、排泄障害

夜尿、遺尿、遺糞などの排泄障害の併存も

多い。叱られた経験を持つ子どもは、隠れて更衣をしている場合や汚染された衣服を隠していることがある。異臭によって、はじめて気付かれるということがないように、可能性を常に念頭におくことが看護の上で必要となる。

コ、通学における問題

不登校もしばしば認められる。性的虐待の被害児は、ハイテンションになりやすい一方で、抑うつも少なくない。意欲の減退、集中力、学力の低下も彼らにしばしば認められる症状である。学校から遠ざかると、ますます学校に行きづらくなる。登校しても、頭痛や吐き気を訴え、保健室を利用する子どもも非常に多い。われわれは粘り強く子ども達を励まして行く必要がある。

解離に焦点を当てた観察のポイントを述べた。われわれは、入院生活のなかで子どもの行動を観察しながら、彼らのなかで何が起きているのかを看護師として専門的な視点から見て行かねばならない。

2) 信頼関係の確立

次に、子どもとの信頼関係の確立が必要である。そのため重要であるのは、受容的な対応である。彼らはこれまでの辛い体験を受け、体と心の中に、溢れんばかりの様々な思いを抱えている。看護師としては、医師や心理士よりももっと寄り添った位置から、その思いを基本的に受け止めることが求められる。しかし、怒りを表出し、暴力的に暴れ自傷行為をする場合もある。この様な時は、その行動をしっかりと中止させ、危険な行為をしないように毅然とした態度で関わる必要がある。例えば宿題の計算問題が解けないだけで、教科書を放り出し、机を拳で叩く子どもがいる。問題が解けない自分に対する怒りやイライラした感情を、まずは受け止める態度が看護者には必要である。しかし、拳で物を叩く行為は危険であり、物に当たる行為は認められない行動であることをもき

ちんと伝えることも看護者に求められている。またそこには、自分の体を大事にしてほしいというメッセージも加えて行く。このような指導場面では、看護者は感情的な言動にならないように注意しながら対応をする。感情的に大声で迫っては彼らに恐怖だけを与えてしまう。しかも、指導したい内容が伝わることはほぼ不可能である。このように、何もかも許容するのではなく、危険なことやルール違反にはきちんと対処することが必要である。あらかじめ、彼らに何が危険な行為でルール違反となるのかを伝えておくが良い。さまざまな価値観を持った職員がいるなかで、この点を曖昧にしたままでは、子どもたちは混乱をしてしまう。当然ながら職員自身の混乱も招きやすい。

こうした一貫性のある対応と共に、リラックスできる時間を共有することも重要である。彼らは昼間は学校に行き、宿題をしと、比較的忙しいスケジュールで動いている。そこで、就寝前に身体マッサージをする、好きな本を読み聞かせるなどして、共にリラックスした時間を作ることは良いケアになる。

われわれが受容的な姿勢で接していてもすぐに、信頼関係を確立できるものではないことも強調しておきたい。子どもは、われわれにも挑発的な行動をするのが普通である。時には暴言をあびせ、わざとわがままな振る舞いをしてこちらの様子を伺う。看護師を「おばさん」とはやしたて、また時間に追われている看護師に対して、「今すぐに学校に行く」と言い、その準備をすると「やっぱり行かない」と言うことを繰り返すこともある。しかし、このような挑発に乗らず、基本的には受容的な対応を続けることが重要である。子どもの挑発にのって、叱責、無視をしてしまえば、われわれを加虐者と同じであると感じてしまい、子どもとの信頼関係を築くことは到底できない。

3) 基本的生活習慣の確立

彼らは日常生活の基本的な生活習慣のレベルが非常に乱れている場合が少なくない。むしろ一般的である。被虐待児のベッドの周りには、中学生でも乱雑に物が散らばってあふれている。洗濯したものを濡れたまま放置して悪臭を放つに至る。また裸足のまま廊下を走るなどなど。

歯を磨く、お風呂に入る、きちんと座って食事をする、靴をかかとを踏まずに履く、部屋を片付ける、髪を整えるといった基本的な生活習慣さえ不十分な子どもが如何に多いことだろうか。性的虐待に限らず、虐待の背後にネグレクトがあるとは、良く言われることであるが、朝起きて3食食べ、夜は寝るというリズムが崩れている場合も多いのである。入院をすると、まずはこの基本的な生活習慣を身につけてもらうことが大きな目標の一つとなる。ここで大事なことは、生活上の枠組みを決めることである。入院時において既に、生活の枠組みの設定を行い、日課をきちんと決める。また個人における個別のルールを一人一人に決めて行く。例えば、病棟の外に一人で行けるのか、面会は誰ができるのか、登校はどうするのか、食事は自室で食べてもよいかなど。病棟内のルールはこの様に、できるだけ細かくきちんと設定し、あらかじめ患児に明示しておくことよい。食事中は、テレビを見ない、ゲームはしない、子供同士で物を貸したり借りたり、物のやり取りをしないといったルールも重要である。さらに、必要に応じ、その子どもにとってどんなルールが必要になるのかをわれわれで話し合う。例えば、リーダー的な存在で他の子どもを操作してトラブルをおこす子どもがいる。看護師にも、「〇〇看護師は良いと言った」と発言し、微妙なルール違反をして看護師を混乱させる。このようなケースの場合、暴言を言わないという曖昧なルールの提示ではなく、「あほ・死ね」という言葉は使わないといったより具体的なルールを提示す

ることが必要となってくる。また人との距離が保てない子どもの場合も、具体的な個別ルールを作って行く必要がある。ある中学生の女兒は、男の子を見るとすぐに手をつなぎ、腕を組んでしまう。親しみを込めて友人と付き合うには他の手段もあることを具体的に伝え、それに沿ってルールを決めて行くが、なかなか行動は改善しない。また、ある中学生の男児は、常に数センチの近さで話しをする癖がある。こういった場合、「腕1本分の距離で話しをしようね」などと具体的なルールを決めて指導をして行くことが必要となる。

この様な細かなルール作りは窮屈な生活になるという誤解を与えるかもしれないが、むしろ、きちんと枠組みを示し、看護師の指導がふらつかないことが子どもに安心感を与えるのである。ルールを明確に示すことで、子どもは混乱せずすむ。枠組みがしっかりと濃厚な看護ケアが提供された環境に、子ども達は安心感を覚えるのである。

4) 調整(環境・服装・気分・睡眠)の為の働きかけ

彼らは自己コントロールが困難であるので、日常の様々な場面でわれわれが積極的に、調整を行うことが必要となる。最も重要なことは、子どもにとって相互に健全で安全な環境を保つための調整である。スタッフはもちろんであるが、面会者にも大声を出す、威嚇するといった振る舞いは厳に止めてもらう必要がある。また、病棟内ではいかなる理由があっても暴力行為は絶対に許されないものとして、一貫した指導を実施する。

性的虐待を受けた子どもは無意識に露出度の高い服を着ることが多い。そのような場合には、「あなたの安全を確保するには、その服装は好ましいものではない」とメッセージを送り、毅然とした態度で更衣を促す。

気分の調整が出来にくい子どもも実に多い。気分が高揚しハイテンションが続くと、

行動にまとまりがなくなり、逸脱行為に発展する。ハイテンション状態にあることを認められた時には自室へと誘導し、深呼吸をさせ子どもに自己コントロールを促すことが必要となる。

一般的に特に夕方になると、テンションが高くなる傾向がある。大声で会話し、ガラガラ大声で笑い合う。さらに廊下を裸足で走り回る、戦いごっこが始まり、容易に真剣な喧嘩へと発展する。転倒や衝突による怪我も実に多い。そこで、気分が高揚しやすい時間帯に安静時間を設け、気分の調整を図ることが重要な介入方法となる。われわれの病棟では、17時から17時半までの30分間を、自室で静かに絵を描いたり音楽を聴いたりして一人で過ごす安静時間として全員の入院時に実施をしている。この安静時間を持つようになってから、夕方のハイテンションのコントロールは着実に改善した。

睡眠障害の子どもも少なくないため、就寝時間前にはリラクゼーション効果のある音楽を流し、また看護師は子どもへの本の読み聞かせを行い、また身体マッサージを実施して入眠誘導を行っている。数少ない看護師が全ての子どもの要求に十分に答えることが出来ないことが悩みであるが、この様な個別の接触を通して子どもと看護師の間には確かな信頼関係がはぐくまれて行くことをもまた実感する。この様な一般家庭では当然のことを実に生まれて初めて経験する子ども達も多いのである。

5) 自己肯定感

彼らは自己評価が著しく低いことが少なくない。虐待を受けたのは自分のせいだと感じていることすら普遍的に認められる。虐待的環境では誉められた体験も乏しく、「どうせ自分なんか」が口癖になっている子どもも希ではない。われわれは、彼らの自己肯定感を高められるように、関わりを工夫することが必要である。看護師は24時間、子どもの

行動を観ることが出来る。子どもの何気ない行動にも気を配り、一般的には出来て当たり前のような事であっても、肯定的に評価できる部分をすかさず見つけ、本人に伝えることを続ける。例えば、普段待つことが苦手な子どもが少しでも待てた、あるいは人が通った時に道を空けてくれた、さらに友達が困っているときに声をかけていたなど、この様な些細な行動の変化を見逃さずに褒め言葉を掛けることがとても重要なのである。このようなことが可能になるためには、被虐待児に関わる看護師は、看護師自身が、様々な問題行動を多発させる子ども達への、暖かい肯定的な感情を絶やさない為の自身の精神保健を保つ自己努力が要求される。この問題については、後にもう一度検討を加えたい。

褒められるという体験を確かなものとするために、夕食から就寝の間に1日を振り返る作業を取り入れるとよい。その子どもにとって望ましい行動をあらかじめ示したチェック表を用いると子どもにとっても目標が明確になる。(表1)たとえば、暴力をしなかった、入浴ができた、部屋の片付けができたといった項目を目標として掲げ、寝る前にはその表をみながら今日の達成の有無を子どもと一緒に振り返りを行う。出来た項目の内容は大いに評価し、出来なかったことは翌日の課題として本人を励まして行く。われわれは視覚的にはっきり表現され、形に残るように、出来た項目には○をつけたりシールを貼ることをしている。繰り返すが、その子どもにとって達成可能な項目を作る事によって誉められる体験や、達成感が得られる事が重要なのである。従って、達成可能となる目標を作ること、また達成度を見ながら次のステップにつなげて行くことが重要である。年長の子どもの場合は、寝る前に日記を記入してもらい、それを元に1日の出来事を振り返って話し合いをすることもある。子どもの感じた事に共感したり、肯定的な評価を伝えたりす

る機会として活用出来る。このように肯定的に受容され、誉められる体験を積み重ねる事が子ども達の自己評価の向上につながって行く。

3, 問題行動への対処

様々な看護を工夫しても、被虐待児を数多く抱える病棟では様々な問題行動が噴出する。むしろトラブルが生じない日はないと言っても良いほど、毎日が問題行動との戦いとなる。特に性的虐待を受けた児童は自傷も他害も極めて多いことが知られている。これらの問題行動に対して、特別な対応を工夫することが必要となる。

1) タイムアウト

タイムアウトとは、時間を設定した集団からの一時的隔離をいう。暴力などの行動化や、興奮した状態にある子どもが早く冷静な自分を取戻すための方法の一つである。興奮した時は様々な要因が自己コントロールを奪う。暑さや寒さ、周囲のざわつき、子どもからの刺激的な言動、そこにたまたま居合わせたスタッフなど、どれが要因となっているのか特定できないことがほとんどの場合である。そこで、一旦、物が置いていない安全な個室に誘導して冷却を図る。興奮を生じた状況から切り離し、さらに刺激されるのを避け、子どもの安全を守ることが最も重要なことである。興奮した状態では伝えようとしても言葉が耳に入らない。また、無理に押さえ付けようとする、むきになりまた外傷場面のフラッシュバックが生じて興奮がエスカレートする場合もある。看護スタッフが怪我をすれば、われわれも傷つくと同時に、冷静になった後で、子どももわれわれを傷付けてしまったことを後悔し、さらに傷付くことになる。このような不幸な状況を作らないためにタイムアウトは必要である。

当然ではあるが、子どもの人権は尊重されなければならない。意外なことに、小児医療において今までこの様な、子どもの人権に関

わる問題は、ほとんど検討されることがなかった。われわれは、タイムアウトをはじめとする子どもの隔離や拘束に関わる問題は、精神保健法を基盤とした子どもの人権を保護するための細かな病棟規定を作成し、その内容を、あいち小児保健センター倫理委員会において検討を行った。その上で倫理委員会の承認を得た。その規定に基づいて、われわれは入院児の自傷や他害、暴力的噴出に際しての隔離や拘束を行っている。タイムアウトは医師の指示によって行っており、その危険性のある子どもの場合は、入院時に十分な説明を行い、文章による同意を得ている。このような事前の合意の上でタイムアウトを実施している。

2) 問題行動に対する振り返り

問題行動が生じたときに、自分が行ったことに対して、子どもと一緒に看護師が「何をしたのか、なぜ起きたのか、何が原因だったのか、どうすれば繰り返さないですむのか」について、振り返りを行い、何が生じたかについてきちんとした言語化を行うことが重要である。この様な作業は、医師もまた心理療法を担当している心理士も行っているが、より生活に密着した存在である看護師と共に行われる振り返り作業は、時間的に最も近接して行われる作業となるため、次の問題行動を予防する上で、大きな働きとなる。子どもたちが自分の行動パターンや、誤った認知を持つことに気付くきっかけとなることも多い。この様な気づきがあれば、次に同じ場面に遭遇した時、今度は適切な行動がとれるようになることも少なくない。時には、子ども達に促して、行動のやり直しをさせる場合もある。この様な地道な積み上げが、少しずつ問題行動を軽減させてゆく働きとなる。

4, 看護師自身の精神保健を向上させる工夫

性的虐待を受けた子ども達は、あたかも全身がはりねずみの様に、痛々しいまでに攻撃的な問題行動を頻発させる存在である。その

ケアの前線で機能するためには、われわれの冷静な対応が重要であることを重ねて強調したい。しかし、看護師も人間である。あまりに激しく罵倒されれば思わず感情的に反応してしまい、その後に後悔することも度々ある。子どものまき散らす否定的なエネルギーをまともに受けて激しく疲弊することも度重なる。疲弊してしまえば子ども達に、良いケアを提供が出来なくなる。被虐待児の看護においては、看護師自身の精神保健を保つ工夫が重要である。

医療というチームで行われる行為に関することをまず述べれば、医師とケースカンファレンスを定期的こまめに行うことが重要であろう。その中で問題行動の意味や、今後の方針などを話し合い、治療上の障壁の一つとして、看護上の悩みも解決を共に検討をして行く。また医師、心理士や関係者を集めたケースカンファレンスを行うことも有効かつ不可欠である。多くの職種が話し合いを重ねる中で、より良いケアを提供する基盤が共有される。

看護記録は、その行為自体が冷静な自分を取り戻す為には有効に機能する。子どもがどんな言動をしたのかを記し、それに対して、自分がどのように考えどのような介入を行ったのか、分かる様に具体的に書くことが大切な作業となる。このようにしてその過程を記録することで、自分自身の振り返りになり、また医師や心理士を含む他のスタッフと共有できる体験として積み上げることが可能となる。

筆者らは、この何年かの試行錯誤の中で、被虐待児の看護は固定されたチーム制が望ましいと考えるに至った。完全な受け持ち制では、重症な子どもや複雑な家族背景を持つ症例を受け持った看護師個人に大きな負担がかかるということがしばしば起きてしまう。それをチームで支えることによって、子ども達への柔軟なケアを生み出すことが可

能となる。

われわれは、学習会や勉強会を定期的に行っている。疾患の特徴やそのケアに関する理解がなければ、毎日の生活において接する中で正しい判断を取ることは難しい。また、新しいスタッフが登場する年度当初に、看護師自身の精神保健に関わる学習会を組むことも必要不可欠である。被虐待児のケアをする看護師が陥りやすい問題とそれに対する対応について専門の医師から助言を得ておくことが、初めて被虐待児に接する看護師には、極めて有効に働くと思う。

このような、謂わばシステムを工夫することと同等かそれ以上に、個人の精神保健の配慮が大切であるのだ。子ども虐待の問題に関わる者は自分自身の心身の健康に十分関心を持っていなければならない。極論を言えば、自身が不幸であると感じている者には、被虐待児の看護は不可能である。被虐待児に関わる看護師は、自分自身の生き方に、そして自分の看護師としての仕事に誇りと喜びを感じていることが何よりも求められているのであると思う。

以上、被虐待児の看護について入院治療を中心に乏しい経験から拙い文章を綴った。われわれの毎日の子ども達への経験が、この様な役割を担っている様々な職種の人々の一助となる事が出来れば、看護師として望外の幸せである。

文献

- Herman, J. L. : Trauma and recovery. Basic Books, Harper Collins, Publishers, Inc., New York, 1992. (中井久夫訳：心的外傷と回復. みすず書房, 1998.)
- 岡田洋子、荃津智子、佐藤雅子、井上由紀子：小児看護学、医歯薬出版株式会社、1999年
- 日本子ども家庭総合研究所編：子ども虐待対応の手引き(平成17年3月25日改定版)、

有斐閣、2005年
 杉山登志郎・海野千畝子：解離性障害の病理と治療、小児の精神と神経 42（3）169-179、2002

杉山登志郎、海野千畝子、河邊真千子：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。2005

海野千畝子、杉山登志郎、加藤明美：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、2005。

表1 シールチェック表

寝る前に一緒に振り返りをしましょう

やくそく	月	火	水	木	金	土	日
暴力をしなかった	○	○	○	×残念!	○	×	○
部屋の片付けができた	○	○	○	○	○	×	○
入浴がひとりでできた	○	○	○	×残念!	○	○	○



医療における虐待への対応 虐待と発達障害

あいち小児保健医療総合センター

杉山登志郎



あいち小児センターにおける子ども 虐待治療の現状

- 子育て支援外来:年間130-140名の新患が受診(うち親が15%前後)
- 県内の児童相談センター、保健センターから入院を念頭においた患者の依頼
- 養護施設の一部が積極的に利用
- 入院患者のうち何らかの虐待の既往のある者が8割!
- 病棟は重症な患者で満床状態



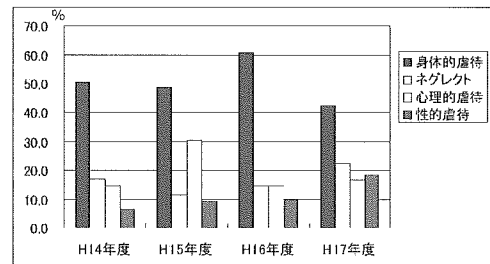
あいち小児センターで診療を行った子ども

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	61	578
合計	282		296		



虐待の種別による変化



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



子ども虐待の中の発達障害

- PDDが4分の1、そのうち高機能群が8割
- 全体の55%に何らかの発達障害の診断が可能、うち知的障害は15%以下
- ADHDの診断は約2割、しかし多動性行動障害は8割に及ぶ
- 反応性愛着障害との鑑別が困難



子ども虐待に見られる発達障害と 反応性愛着障害

- 反応性愛着障害抑制型 vs 高機能広汎性発達障害
チャウチェスク孤児の実例
 - 反応性愛着障害脱抑制型 vs ADHD
症状はADHDの診断基準を満たすが解離を伴う
- ★世代を超えると遺伝要因と環境因の識別は大変困難



反応性愛着障害と高機能広汎性発達障害 その1 初診時 6歳男児

生育歴: 両親離婚後再婚、4歳前サークルの中に閉じこめられ極端なネグレクト、暴力も、児相が保護し養護施設へ、外泊に怯える
言葉の遅れ、こだわり行動、孤立
学校での不適応、集団困難、攻撃行動にて受診
治療経過: 外来、入院治療、治療教育セッション、徐々に活発になり他者との交流が増える
→診断: 反応性愛着障害



反応性愛着障害と高機能広汎性発達障害 その2 初診時 7歳男児

生育歴: 両親離婚、ネグレクトが続く、養護児童として4歳にて施設入所
言葉が通じない、集団困難、着席困難、男の幽霊が見える、神様からの指示を受けるといふ、孤立的な行動も
学校での著しい不適応にて受診
治療経過: 外来、入院治療にて、対人的な固さは変化なし、ワンパターンの行動
→診断: 高機能自閉症



反応性愛着障害と広汎性発達障害

- 鑑別方法: 治療を行いながらフォローアップすれば判別可能
- 反応性愛着障害は抑制型から脱抑制型へと変化
- 対人的なひねくれ行動など対人関係の持ち方がRADの方がより敏感さを示す



反応性愛着障害とADHD 類似点

	RAD	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	〃



反応性愛着障害とADHD 鑑別点

	RAD	ADHD
臨床像	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)



子ども虐待の併存症の年齢による発現

- 反応性愛着障害は5歳以下の76%
- 解離性障害: 5歳以下25%、6歳～11歳62%、12歳以上78%
- 性的虐待57名中52名(92%)が解離性障害を併発
- 行為障害(非行)は75%が12歳以上(年齢が上がるにつれ多くなる傾向)



被虐待児の臨床像の推移

- 幼児期: 反応性愛着障害
- 学童期前後: 多動性行動障害
- PTSDの症状の出現と解離症状の明確化
- 青年期: 解離性障害と非行へと展開
- 成人期: 最終的にはDESNOSの臨床像へ



反応性愛着障害の子どもに見られる症状 (ヘネシー、2004)

- 激怒反応(恐怖と不安が根底にある)
- 欲求不満に自制が利かず反抗的・反社会的
- 共感・同情心がないので友人が出来ない
- 自分や人生に否定的・消極的
- 見ず知らずの人に甘え、自分を愛そうとする人に抵抗する(愛情を抑圧と判断する)
- 食べ物に難点を示すー暴食、偏食
- 良心が育っていない(嘘つき・弱いものいじめ)
 - ……発達(そだち)の障害



被虐待児に見られる臨床的特徴

- 境界線知能が多い
- 知能に見合った学力を得ることが難しい
- パースペクティブの困難; スケジュール管理、次に起きることの予想、持ち物の整理
- 衝動コントロールの困難
- 易刺激性
 - ……前頭前野の機能不全を示唆する症状



集中アセスメントのまとめ 対象

	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

平均年齢 10.1±2.9歳(6歳～15歳)



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

学習が知的の力に見合った習得に達しないもの

正常知能の6/10人 境界線知能の6/9人 (63%)

★被虐待児は知的なハンディキャップが多く、さらに学習は知的な能力以上に遅れているものが多い



被虐待児の神経生理学的研究

■ 被虐待児の神経生理学的研究

- 強度聴覚刺激に対する反応における馴化の異常 (Ornitz et al. 1989, Shalev et al. 1992)
- PTSD患者の事象関連電位の異常所見 (Paige et al. 1990, McFarlane et al. 1993)
- 知覚刺激の評価が困難で覚醒水準の調整が出来ない (Shalev et al. 1993)
- 過覚醒的警戒状態 (hypervigilance) となり、非虐待児に比し有意に活動性が上昇 (Glod et al. 1996)

★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 (van der Kolk 1996)



虐待は脳梁の体積に影響を与える

正常対照群との比較

■ 慢性PTSDの被虐待児 (N=28、11.5歳) (De Bellis et al. 2002)

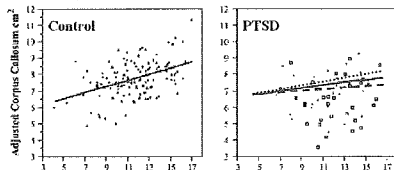
- 性的虐待 (N=18)、身体的虐待 (N=2)、DVの目撃 (N=13) の後にPTSDを発症
- 脳梁 (4-7)、前頭前野、側頭葉の体積低下。
- 大脳体積が、虐待が始まった年齢と正の相関、虐待を受けていた期間と負の相関
- 脳梁膨大部 (7) 体積と小児期の解離症状が負の相関



虐待は脳梁の体積に影響を与える

■ 慢性PTSDの被虐待児 (N=61、11.7歳) (De Bellis et al. 2003)

- 脳梁膨大部 (7) の体積低下。
- 男児では脳梁 (4-6)、女児では脳梁 (5)。



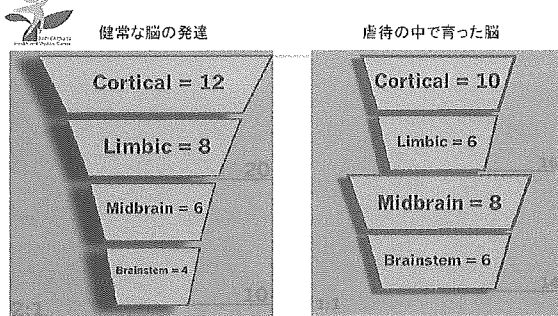
被虐待児に見られる脳の異常と臨床像の比較

■ 被虐待児で異常が指摘されている脳領域

- 脳梁、(島) → 解離症
- 海馬、(扁桃体) → PTSD、(BPD)
- 前頭前野 → 実行機能の障
- 前帯状回 → 注意の障
- 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



虐待が脳の発達に与える影



Graphics provided by Bruce D. Perry, MD, PhD, The Child Trauma Academy



発達障害としての子ども虐待

- 臨床的な輪郭が比較的明確な類似した臨床像を呈する
- 加齢に従って類似した臨床的経過を示し、社会的適応上の困難をもたらす
- 少なくとも後年には明確な器質的な変化が生じる
 - … 自閉症やADHDでこれほど明確な器質的所見は認められていない
- 治療的な介入によって、軽快し、恒常的な変化に対する修正が可能



発達障害の新たな分類

- 第1: 古典的発達障害・・・MR, 肢体不自由
- 第2: 自閉症症候群
- 第3: 軽度発達障害・・・ADHD、LD
- 第4: 子ども虐待



虐待への医療を核とする包括的ケア

- ★古典的精神療法だけで治療を行うのは、あたかも自閉症を精神療法のみにて治療するのと同じ
- 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
- 薬物療法による衝動コントロール刺激を減らした生活の構造化、悪循環を断ち切る
- 解離に焦点を当てた精神療法、状況依存的衝動行為、過覚醒状態の統制
- 学習指導と内省の促進
- 運動、作業療法
- ・・・発達障害への最悪の対応は放置