

児の実母は不安定な家族に育ち、父親から虐待を受け養護施設で暮らしたこともあるという。患児が生まれたすぐ後から、実母は可愛くないと感じ、泣いていてもベッドに放置したままネグレクト状態であったようである。幼児期から逆上した実母に首を絞められたことが何度もあるという。その後、弟が生まれたが、患児4歳の時に主に子どもへの虐待を巡って両親が対立し、離婚となった。父親は7歳にて再婚した。新しく母親となった継母も、元被虐待児であった。父親は酒乱で勝ち気な娘（継母）に対して子どもの頃から激しい暴力をふるうことがあり、娘をかばう母親に対しても暴力をふるった。小学校高学年から中学まで、些細なことで父に激しく殴られることが続いた。継母は中学から家出を何度も行った。最初の夫は酒が入ると暴力的になる人で、その夫に見切りをつけ離婚となった。父親と継母は患児7歳にて再婚した。再婚後、今度は継母から患児らへの虐待が生じるようになり、治療が始められた。

この症例において、子どもの精神療法は海野が担当し、筆者は継母の精神療法を担当した。患児は3回の入院治療を含む継続的な治療を行った。現在も若干の関係念慮が残遺するが、日常生活の不適応はなく、解離性障害も改善している。弟もまた3回の入院治療を行い、現在も外来治療が継続している。弟は非常に重度の解離性障害が見られ、一時期は刻一刻と意識状態が変容する状況であった。しかし長い治療を経て、解離性障害の主症状である、「忘れる、止まる、暴れる」（これは弟にわれわれが治療の目的として呈示していた）は改善し、現在は本当に子どもらしくなった。さて継

母の治療である。抑うつは軽快、治療には進展が見られたが、子どもへの虐待止まらなかった。治療者が、治療が深まったと感じられた瞬間に、過去のフラッシュバックが生じ、それまでの治療経過を吹き飛ばすということが何度も起き、治療は堂々巡りの様相を呈したのである。結局、父親と継母は再離婚し、父親は祖父母の援助を受けながら必死の子育てを続けている。この父親の努力によってようやく家族は安定したが、継母の治療は離婚によって中断となった。

この症例は、筆者には深い衝撃となった。トラウマを核に抱える症例の場合、フラッシュバックによる堂々巡りが起きる。フロイトが「快原則の彼岸」において反復強迫と述べていたのはこの現象を指していたのかと思いついた。長い長い時間を掛ければそれなりに進展が得られることは疑いないが、その間に子どもの側は完成された被虐待児になってしまう。トラウマそのものに焦点を当てた治療を行う事が必要なのだ。トラウマへの治療としてその有効性に関するエビデンスを持つ治療法としては、認知行動療法(CBT)による遷延暴露法とEMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing:眼球運動による脱感作と再処理治療)(shapiro, 2001)がある。筆者はEMDRを導入した。その理由はあいち小児センターで虐待対応心理士として虐待対応チームの中心を担った海野千畝子が既にEMDRのトレーニングを受けていたこと、またCBTの暴露法を行うとなると、トラウマの想起が必須になるが、子どもの場合トラウマの想起そのものが非常に困難な場合が多いこと、またEMDRの柔軟で拡張性の高さに強く惹かれたこ

とである。

しかし、そもそも辛いからこそ、記憶を切り離すのである。安心できる環境であったとしても、トラウマ処理はエネルギーを要する作業である。EMDRを用いたトラウマ処理を導入してからの症例を紹介する（杉山ら、2007）。

初診時9歳 女児である。父親は事業に失敗し、借金の返済に追われ、しばらく母親が仕事をして家を空けている間に、患児に激しい身体的虐待を加えた。怪我やあざが残る状態で登校し、学校からの通報で、患児は家庭から分離され、1年間児童養護施設に生活を送った。その後、両親が離婚をし、加虐者が居なくなったということで患児は母親の元に帰った。しかしその後患児は、遺尿、夜尿、また学校での激しい退行、担任教師へのしがみつき、またスイッチングによる大暴れを繰り返し、当センターに受診し入院治療を行った。1回目の入院は治療半ばで患児と母親の希望によって退院になった。しかしその後、学校で以前にも増して大暴れを繰り返し、ほどなく再入院になった。筆者は、退行したいのに出来ないことが中心と考え、薬物退行を試みた。多めの抗精神病薬を処方し、それを服用している間は遺尿も消え、学校での不応も無かったが、減薬すると直ちに再び遺尿、夜尿、学校での大暴れが生じるようになった。ここで虐待ネットワーク会議が開かれ、学校の教師の側から、この子には幾つかの人格があるようだと言われた。筆者はここで初めて、患児が単なる退行というレベルではなく、限りなく多重人格に近い重度の解離性障害を持つことに気付かされた。多重人格障害の為の精神療法である自我状

態療法とトラウマに対するEMDRを開始し、父親からの虐待の直面化を行った。また母親に治療への参加を促した。トラウマ想起への抵抗は強く、しばしば患児の大泣きの中でセッションが進行したが、これにより遺尿、夜尿の劇的な減少、学校生活での不応の消失が見られた。その後、自分を守ってくれなかった母親への対決というセッションを経て、患児の中の暴力人格の消失と退行人格の成長が得られ、試験登校の後退院した。その後、外来治療を継続したが、約1年のフォローアップで服薬は漸減し、治療集結となった。

この症例も、薬物退行によって葛藤状況が押さえられているときは一見寛解を示したのであるが、減薬によってまたもとの症状に戻った。トラウマに対する治療を正面から行って初めて、治療的な進展が得られたのである。

発達精神病理学から見た虐待は、愛着障害と慢性のトラウマである。これは、自己の核となるものの不安定さ、および自律的情動コントロール機能の脆弱さ（Resilience機能の不全）が大きな問題になる。その結果、容易に解離反応が生じ、衝動的な虐待場面の再現へ展開してしまう。するとそこでさらに解離症候群が生じ、スイッチングそして場合によっては自我の分裂に行き着く。こうしてさらなる記憶の断裂、フラッシュバック、体験の分断と悪循環が出来る。

多重人格の為の精神療法である自我状態療法（白川、2010）についてもひとこと触れたい。これは、多重人格の場合に、1人の人間に幾つもの人格が内在化されているので、1人を対象にグループセラピーを実施

するのである。多重人格は、統合が出来ないトラウマ記憶が主人核から切り離され、断片化されたときに形成される。つまり、個々の別人格はそれぞれのトラウマを担っている。人格間で、非常に嫌われている部分人格（例えば暴力人格など）がしばしば存在するが、安全な場所のイメージを確認したのち、全ての部分人格は大切な仲間であり、全ての部分人格が相互に尊重され、平和共存が必要でありまたそれが可能であることを呼びかける。心の中に、イメージによって一室を作ってもらい、その部屋の中のテーブルに、全ての部分人格を呼び集め、それぞれの部分人格が担うトラウマを個々に処理をして行く。人格の統合は必要でなく、部分人格相互に、コミュニケーションが可能となれば終結が可能である。

5, 性的虐待への対応

次の症例は、あいち小児センター開院後、1週間で初診をした姉妹である。われわれは子ども虐待の専門外来を開設したとたん、この様な重症例が受診をしたことに、性的虐待の密かな拡がりを見出したのであった。

初診時9歳と7歳の女兒姉妹である。両親は姉が3歳で離婚し、5歳で再婚した。姉が小学校4年生の時点で、義父からの姉妹への性的虐待が判明し、母親は子どもを連れて母子寮へ出た。姉妹が受診し、姉妹と弟、母親への治療を開始した。姉妹共に、継続的な治療を行ったが、姉は解離性の様々な症状と、性的挑発、性への関心、万引き、喧嘩、お金への固執、退行など、妹もまた解離を伴う喧嘩、乱暴行為、お金への固執、盗みなどを繰り返し、母親は一方、重症のうつ病からその治療の過程で行動化

傾向が出現し、浪費や摂食障害、大量服薬、退行などが生じた。詳細は全て省く。姉は2回の入院治療と2回の親族里親療育を経て、現在は元気の良い普通の非行少女になった。妹は計7回に渡る入院治療と3回の里親療育を経て、現在は不登校気味ではあるが、解離は見られなくなっている。母親は重度のうつ病やパチンコ依存症に一時期陥ったが、事件後7年を経てうつ病からほぼ回復し、ようやく仕事が可能になった。弟は入院治療と、精神療法実施し、元気な小学生生活を送っている。姉妹への性的虐待は刑事事件となり、子どもたちも証言し、また筆者も法廷に立った。審判は最高裁まで行ったが、加虐を行った義父に11年の実刑判決が確定し、収監された。

表3 性的虐待とその他の虐待との比較

併存症	その他の虐待 N=856	%	性的虐待 N=180	%	χ^2 値	p値
広汎性発達障害	275	32.1	25	13.9	39.5	<.01
注意欠陥多動性障害	143	16.7	19	10.6		
その他の発達障害	75	8.8	16	8.9		
反応性愛着障害	347	40.5	91	50.6	6.1	<.05.
解離性障害	366	42.8	146	81.1	87.5	<.01
PTSD	239	27.9	100	55.6	51.6	<.01
反抗挑戦性障害	176	20.6	26	14.4	3.5	n.s.
行為障害（非行）	186	21.7	93	51.7	61.6	<.01

表3に性的虐待を分け、その他の虐待との比較を行った。この表で気付くのは、性的虐待において発達障害は有意に少ないが、それ以外のほぼ全ての問題の頻度は性的虐待において有意に高く、なかんずく解離性障害は81%に陽性となるのである。性的虐待は正に侵入性が高く、この解離性障害の重度さが治療を困難にする要因になっていることは疑いない。最重度の解離性障害において、意識状態が刻一刻と変化する状況をししばしば認める。またトラウマを扱うと

容易に解離反応が生じ、もうろうとしてその後スイッチングが生じ、暴れ出すあるいはフリーズするということが生じる。さらに解離性の幻覚が常在化しており、お化けの声が聞こえ、お化けの姿がいつも見えている。さらに男児の性的虐待では性的加害および行為障害がそれぞれ6割を越え、極めて高い。これらの諸点から、積極的に治療を行う重要さがあらためて浮かび上がる(杉山, 2008a)。

われわれは親子並行治療を行ってきた。その過程の中で、カルテを作るに至った親の側に、すくなくらずの性的虐待あるいは性被害の既往があることに気付いた。ここでいう性被害とは、小学校年齢かそれ以前の複数回のレイプなど、重度のもののみをカウントしており、電車の痴漢レベルの被害は取り上げていない。

表4 カルテを作った親のまとめ (N=162) * p<.01

症状	全体 N=162	%	性的虐待・ 被害の既往 N=61	%
被虐待の既往	102	63.0	61	100
DVの被害者	80	49.4	36	59.0
被虐待もしくはDV	132	81.5		
PTSD	104	64.2	48	78.7
うつ病	140	86.4	51	83.6
解離性障害	60	37.0	42	68.9
非行の既往	33	20.4	29	47.5
発達障害	32	19.8	13	21.3

表4はカルテを作った親を虐待という視点からまとめ直したものである。実に約4割の親が性的虐待もしくは性被害を受けており、子どもの場合と同様にその既往のある親は、多くの問題でより重症である。つまり性的虐待は、きちんとした治療的介入を行わない限り、次の世代に様々な連鎖を作るのである。この親の側の未治療の解離性障害は、精神科医として遭遇した最難治

症例である。極めて激しい虐待か、性的虐待かその両者の掛け算という既往があり、D ESNOSの診断基準を満たす者が多い。多重人格もしくは記憶の重大な欠損、あるいはその両者が認められ、自己史記憶の大幅な欠落を持つ者が少なくない。この場合、トラウマ処理の前提となる安全な場所のイメージを作る事がそもそもできないため、自我状態療法が著しく困難になる。その詳細も省くが、しかしながらトラウマ処理の技法を柔軟に駆使すれば、治療的な進展を得ることがこれらの症例でも可能であった。成人を対象とする精神科医が、解離性障害の治療にきちんと向かい合っていないのはどうということなのだろう。筆者には、手抜きのようにしか見えない。個人の治療としては良いとしても、延々と治療を行っている間に、その患者による子どもの側への虐待は手付かずのままになり、次の世代への連鎖を作るのである。

性的虐待の治療上で問題もこれまでに報告してきたが(杉山, 2008a)、ここにまとめておきたい。まず急性期には婦人科の診療が必要となる事例がある。また司法面接が必要となることも少なくないのであるが、司法面接のトレーニングを受け、実践が可能な者は、まだわが国では極めて少ない。性的虐待は冬眠効果(Sleeper effect)と呼ばれる無症状にしばらく経過する群が4割程度存在することが知られている。もちろん後になって問題が吹き出すのである。さらに重症の解離性障害、さらには行為障害も極めて頻度が高く、これらの行動障害への治療が必要である。愛情と性化行動の混同という問題は、思春期になると区別が困難になる。さらに男児の場合には激しい性的

加害行動を生じることが多い。こうして、次のライフステージへ、さらには次の世代へと被害が影響を及ぼすのである。これらのことを総合的にケアするとなると、性的虐待への対応とケアは独自の要素を多く持っており、その為の対応が必要であることは疑いない。わが国の状況は、性的虐待の問題が顕在化した1980年代後半のアメリカ合衆国に極似している。遅からず、わが国においても性的虐待を巡る問題は噴火するに違いない。身体的虐待とネグレクトのみで既に対応が後手に回っているわが国の今日の状況を考えると、このままで性的虐待に十全に対応出来るとは考えられない。もし将来にわが国が道州制に移行するのであれば、少なくとも道州に1ヶ所の性的虐待対応センターを作り、様々な情報や支援を独自に組み立てることが必要になる。

5. 社会的養護の問題

日本の社会的養護の深刻さについて、筆者は子ども虐待の臨床に集中的に従事するまで認識していたとは言い難い。徐々に日本の社会的養護が既に破綻と言わざるをえない状況に追い込まれていることに気付かざるをえなくなった(杉山、2009)。これまで子ども虐待への対応は、児童相談所と福祉機関での対応が中心で医療体制は遅れていた。しかし、現実には被虐待児の8割までが何らかの医療的ケアが必要であることが、様々な調査から指摘されてきた。社会的養護の枠は、子ども虐待の急増にも関わらず増えていない。里親も漸くわずかに増えてきたが、この虐待の増加に追いつくはずもない。実に保護をされた児童の8割以上が、行くところがないために家庭に戻され

ている。さらには、一時保護所がこれまた満員で、処遇が出来ないため、一時保護所に1年も在籍する児童まで都市部では珍しくない状況にある。

何よりも、児童養護施設は元々被虐待児のケアの為に作られた施設ではない。被虐待児という重い心の傷を負う児童が既に述べたごとく、様々な問題行動を頻発させるのに、児童養護施設の大半は未だに大人数が一室に寝起きする大舎制で、6歳以上の子ども6人について職員1名という、昭和24年から基本的な変化のない慢性的な人手不足の中でこの重症児へのケアがなされている(加賀美、2001)。この結果、施設内虐待の問題が蔓延しており、特に子ども間の性的加害被害という性的虐待の問題をどの養護施設も抱えるという状況にある。あたかも昭和30年代から時間が止まったかのような貧しい暮らしをしている児童養護施設の子ども達との出会いは衝撃であった。

社会的養護を児童養護施設で過ごすことの是非に関しては、既に科学的な検証では非という答えが出ており、児童養護施設に暮らす児童の特徴として下記の問題が、有意に高率に認められることが示されている。多動、集中困難、学力の障害、他者との協調困難、非行行為、衝動的刺激探索行動、大人への選択的対人関係の障害。さらには後年になって人格障害との関連が示されている(Vorria et al., 1998; Roy et al., 2000; Yang et al., 2007)。特に2歳以前の時期を施設で過ごす、後年の後遺症が深刻であることは、以前から指摘されてきた。この事実によって、日本を除く他の先進国では既に乳児院・児童養護施設による社会的養護は一時的な保護を除き、ほぼ消失し

ているのである。家庭に恵まれなかった子どもたちへのこの仕打ちは、いったいどうしたことだろう。これで日本は先進国と言えるのか。1人がいくつもの精神医学的問題を生じる被虐待児を、この人手不足の中で処遇すること自体が誤っており、わが国の状況は国を挙げてのネグレクトとしか言いようがない。このツケは社会に回る。精神科疾患あるいは非行の増加、犯罪の増加として。あるいは虐待の連鎖として。今、これらの児童に十分なケアを行わなければ、近い未来に膨大な社会的予算の発動が必要になるだけなのである。さらに問題であるのは、この様な社会的養護の破綻について、直接関わる者以外に、知られていないということである。これはわが国のマスコミの水準の低さを示すものに他ならない。わが国のあり方は、子どもに無関心であったと言う他はない。児童精神科医の不足は言うに及ばず、小児科医の不足も、産科医の不足も既に1980年代にはこのままでは大変なことになると言われていて、その通りになったというお粗末である。

わが国の社会的養護は、現在の枠組みの修正では現状を改善できない。発想の転換が明らかに日本型の社会的養護を作るためには必要である。発想を変えなくては駄目なのだ。既に存在する日本の優れたシステムを活用するということが、最も効率の良い方法であることを考えてみると、学校の利用という可能性に辿り着く。筆者の提案は、地域の中核となる小学校に、個室を基本にした、10人程度のグループホーム寄宿を作るというものである。現在の児童養護施設の職員は、ケアワーカーとしてその寄宿の職員を務めるのである。元々小学校は、

地域の中心となる公的な存在であった。このシステムの最大のメリットは子どもの存在が、地域の目に触れるということである。それによって、季節里親などを受け入れやすくなると考えられ、また地域のワーキングマザーにも使いやすい施設となる。既に小学校は、放課後の学校開放など実施しているところも多い。この様な学校の子育て参加から施設創設まではほんの一步である。乳児院は廃止するしかない。世界レベルで、わが国の乳児院の存在は既に奇異なものとなっている。この点だけは、里親に頼る他はないであろう。また中学生以上は別枠が必要になるが、小学生年代の子どもたちが小学校寄宿でケアが可能であれば、グループホームを情緒障害児短期治療施設によって運営するといったアイデアが可能になる。

6, 発達障害へのトラウマ治療

子ども虐待と発達障害は複雑に絡み合うことを先に述べた。では、発達障害とトラウマが掛け算になった時、それによって何が起きるのだろうか。発達障害の一般的な経過は、発達や社会性が徐々に向上をして行く過程である。ところがここに子育て不全や集団教育におけるいじめといった迫害体験が加わると、俄に不良な経過を辿るようになる。齋藤(2000)による有名な注意欠陥多動性障害におけるDBDマーチにおいて、注意欠陥多動性障害から反抗挑戦性障害の併存は非常に多い。しかしさらに行為障害までジャンプするものはごく希である。ところがここに子ども虐待など子育て不全が加わると、その過半数が行為障害へ発展し、さらにその一部は成人の反社会性人格障害に至る。つまり子そだて不全の介在こそ、D

BDマーチを推進させる動因である。いじめの影響も軽いものではない。われわれは、入院治療を要する不適応を繰り返していた高機能広汎性発達障害の症例において、過去の迫害体験のトラウマに焦点を当てた治療を行った後に、はじめて治療的な進展が得られたという経験をした。

翻って特に広汎性発達障害をトラウマという視点から見ると、広汎性発達障害は、そもそもトラウマを引き起こしやすいさまざまな要因を抱えることに気付く。高機能自閉症者の回想や自伝では、しばしば幼児期の脅威的世界が語られる。とくに高い知覚過敏性を抱える場合には、まさにトラウマの塊のような状況になってしまう。本質の解明がいまだに不十分である知覚過敏性は、その基盤として扁桃体など情動に関する情報の調律器官の機能不全が背後にある。ところが自閉症独自の記憶の障害であるタイムスリップ現象がここに介在する。つまり過敏性に絡む怖い体験に関連した記憶事象によって、過去の不快体験の記憶の鍵が開き、フラッシュバックが生じてしまう。つまり知覚過敏性は、徐々に生理的な問題から、状況を引き金とした心理的な問題へ展開するのである。この知覚過敏という生理学的な不安定性によって、一般の健常者ではそれほど脅威性を持たない事象においても、しばしばトラウマと同等の脅威性が生じやすい。さらに彼らの独自の認知構造は、全体の把握が困難で、部分にとらわれやすい特徴をもつ。その結果、見通しの障害が生じ、不意打ち体験や秩序の混乱が容易に引き起こされる。また、広汎性発達障害の認知対象に吸い寄せられるかたちの自我機能のあり方は、容易に解離反応を引き

起こし、体験の連続性を困難にする。また先に述べた愛着形成の遅れは、それ自体がトラウマからの防御壁の欠如をもたらすのである。

広汎性発達障害の体験世界をトラウマという視点から振り返ってみると、逆に彼らの示す行動の特徴と、被虐待児に認められる臨床的な特徴とが重なり合うことにも気づかざるをえなかった。自閉症児の示す防衛としての常同行為、防衛としての解離反応、さらに過覚醒とそれにとまなう気分の変動などなど、幼児期であればあるほど、トラウマへの脆弱性が著しく、それによって適応状況が大きく変化する。迫害体験から極力保護をすることが可能であった場合には、学童期後半になって愛着獲得がなされ、その後は彼らなりの方法ではあるが、トラウマに対する脆弱性は軽減するようにみえる。しかし、強烈なトラウマに晒されつづけた場合には、他者の存在そのものがパニックの引き金となるという、きわめて対応のむずかしい状況に至ることがある。これが強度行動障害にほかならない。さらに元被虐待児であり現在は加虐側になっている高機能広汎性発達障害(凸凹)の親への親子並行治療を経験している中で、彼らに非定型的な双極性障害が多いことに気付いた。

こうしてわれわれは、広汎性発達障害の事例においても、積極的にトラウマへの治療を行うようになった。さらにその派生で、チャンスEMDRという方法をあみ出した。タイムスリップ現象という程までにまだ記憶に根を張っていない不快記憶の場合に、多忙な外来でEMDRの手法を用いた左右交互刺激を数分行くと、ちょうどトラウマの芽を

摘み取るように、ほんの数分で処理が可能である。

気分障害が最も多い併存障害であることについては既に報告をおこなった(杉山、2008b)。さらに高機能広汎性発達障害の近親者には非広汎性発達障害である成人でも非常にうつ病が多い(Ghaziuddin et al., 2002)。これは気分障害と広汎性発達障害とが内的な関連があることを示すものであり、その内的関連とは、セロトニン系の脆弱性である。さて問題は双極性障害の割合である。広汎性発達障害に見られる気分障害において、双極性障害が少なからず認められることは、Munesueら(2008)によって指摘された。筆者の経験でも、双極性障害は少なからず認められる。しかしその大多数が、双極Ⅱ型であった。具体的な数字を示す。18歳以上の高機能広汎性発達障害101名中、気分変調性障害のレベルの者が14名、23名が大うつ病、16名が双極性障害で、うち双極Ⅰ型と診断される者は3名のみである。平均年齢を見ると、抑うつ無し 20 ± 1.8 歳、気分変調性障害 25.5 ± 3.5 歳、大うつ病 37.0 ± 10.5 歳、双極性障害 33.8 ± 6.9 歳と有意に($f(3)=45.5, p < .01$)年齢があがるにつれ気分変調性障害から大うつ病もしくは双極性障害に発展する傾向が認められる。また大うつ病と双極性障害とは、どうやら年齢的な要因以外の問題が絡んでいると推察される。臨床的には、児童期から双極Ⅰ型を示す広汎性発達障害は、重度の知的障害を伴う自閉症に比較的多く認められ、児童から双極性障害を示す高機能広汎性発達障害は散見されるが、その大多数が双極Ⅱ型あるいはその他の双極性障害に属する。明らかな双極性障害を呈した成人の高機能広汎性発達

障害症例において、注目すべきは子ども虐待の既往が存在することである。幼児期や学童期の状況が分からないものが少なからず含まれているが、双極性障害を示した16名について見ると、少なくとも9名において子ども虐待の既往があった。

つまり元々の発達障害に虐待が加わった時に、双極性障害が生じやすいのではないかと考えられる。ただし保留が必要である。性的虐待など重症の被虐待体験を有する成人において、しばしば重度の解離性障害を併存する者が少なからず存在する。この重症の解離を主症状とする複雑性トラウマ(Herman, 1992)あるいはDESNOS(Zucker, et al., 2006)においてしばしば見られる感情の抑圧と噴出は、臨床的には極端な気分変動と同一に見え、非定型的な双極性障害類似の状態として誤診されることが少なくない。この原型となる症状を見ると、特に学童期の子ども虐待の子ども達に普遍的に認められる、多動および気分の高揚ではないかと考えられ、解離を背後に持つ気分の上下であると考えられる。最近注目をされているグループがsever mood dysregulation (SMD)(Brotman et al., 2006)である。これは病態としては双極性障害類似のmood swingがあるが、双極性障害よりもむしろDESNOSに近縁がある可能性が高いグループである。成人の高機能広汎性発達障害(凸凹)に認められる双極性障害は、一般的な双極性障害に比べ、感情調整剤の服用だけで容易に気分の上下がコントロール出来ないことが多く、厳密には双極性障害と別の病因を持つグループかもしれない。

このように非常に複雑な論議にならざるを得ないが、従来、双極性障害と診断をさ

れた中に、一つには凸凹レベルの者を含む広汎性発達障害の既往を持つ者と、複雑性トラウマのレベルの者が共に含まれているということを示唆する。重度の虐待体験という強烈な脳への慢性的刺激に晒された個体において、海馬、扁桃核、帯状回などの記憶や感情の中核に異常が生じ、その一部は気分変動の形を取ると考えれば、広汎性発達障害に加えて被虐待の既往がある者に、双極性障害類似の病態が生じ易いことは頷けることである。また若年から双極性障害の臨床像を呈する広汎性発達障害が、知的障害を伴った自閉症において比較的多く認められるのも、彼らが生物学的な感情調整の不調だけでなく、知覚過敏や愛着の障害といった、強烈なトラウマに晒され続けるのと同じ構造と考えられる世界に生きていることを考えれば了解出来ることである。

8. 新たなパラダイムに向かって

トラウマの衝撃は脳全体に及ぶ。つまりつまりこの影響はepgeneticなもの(佐々木、2005)と考えるべきではないかと思う。精神医学はこれまで二つの問題を十分に把握してこなかった。一つは発達障害であり(衣笠ら、2007)、もう一つはトラウマの衝撃である。従来のカテゴリー診断学が如何に粗雑なものであったのか振り返らざるをえない。われわれは新しい脳科学の時代に差し掛かりつつある。これまでの精神医学は、あたかも18世紀の内科学であった。中で何が生じているのか、分からないまま疾病分類が行われ、治療の試行がなされてきたのである。今ようやく、脳の中で何が起きているのか伺うことが可能になってきた。ライフサイクルの中で、発達障害を捉える

こととは、精神医学および臨床心理学全体を発達精神病理学の視点から構築し直すことに他ならない。精神疾患全体の、長期的な転帰を改善させる鍵を提供するだけでなく精神科疾患の予防の道を開く。理念や理論の空中楼阁を構築するのではなく、地道なエビデンスの集積が必要とされている。

筆者はあいち小児センターを辞し、児童青年期の精神科医を養成することを目的とした講座に就任した。寄付口座ではあるが、わが国における初めての独立した児童青年期精神医学の講座である。子ども虐待臨床で出会った様々なテーマはそれぞれが、世界的な精神医学のテーマに重なることに注目をして欲しい。子ども虐待臨床に取り組む若手の臨床家に期待するものである。

文献

- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E. (2006) : Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 60(9):991-997.
- Fitzgerald M (2005) : The Genesis Of Artistic Creativity: Asperger's Syndrome And The Arts. Jessica Kingsley Pub, London. (石坂好樹訳(2008) : アスペルガー症候群の天才たち—自閉症と創造性。星和書店、東京.)
- Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. (2002) : Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *J Autism Dev*

- Disord. , 32(4) : 299-306.
- Herman, J.L. (1992) : Trauma and recovery. Basic Books, Harper Collins, Publishers, Inc., New York. (中井久夫訳 : 心的外傷と回復. みすず書房, 1998.)
- 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.
- 衣笠隆幸、池田正国、世木田組、谷山純子、菅川明子(2007) : 重ね着症候群とスキゾイドパーソナリティ症候群. 精神神経学雑誌, 109(1), 36-44.
- Munesue T, Ono Y, Mutoh K, Shimoda K, Nakatani H, Kikuchi M. (2008) : High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients. Journal of Affective Disorder, 111(2-3) : 170-5.
- Roy P, Rutter M, Pickles A. : Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? J Child Psychol Psychiatry. ;41(2) : 139-49 2000.
- Rutter M, Kim-Cohen, J., Maugham, B. (2006) : Continuities and discontinuities in psychopathology between child and adult life. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(3-4), 276-295.
- 斎藤万比古(2000) : 注意欠陥多動性障害とその併存症. 小児の精神と神経, 40(4), 243-254.
- Shapiro, F. (2001) : Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures 2nd ed. (市井雅哉監訳 (2004) : EMDR: 外傷記憶を処理する心理療法. 二瓶社.)
- 佐々木裕之(2005) : エピジェネティクス入門. 岩波書店、東京.
- 白川美也子(2010) : EMDRと自我状態療法. EMDR研究, 2(1), 13-26.
- 杉山登志郎(2007a) : 子ども虐待という第四の発達書害. 学研、東京.
- 杉山登志郎(2007b) : 高機能広汎性発達障害と子ども虐待. 日本小児科学会雑誌, 111, 839-846.
- 杉山登志郎(2008a) : 性的虐待のトラウマの特徴 : トラウマティック・ストレス, 6(1), 5-14.
- 杉山登志郎(2008b) : Asperger症候群の周辺. 児童青年精神医学とその近接領域, 49(3) 243-258.
- 杉山登志郎(2009) : 成人の発達障害. そだちの科学13, 2-13.
- 杉山登志郎(2009) : そだちの臨床—発達精神病理学の新天地, 日本評論社.
- 杉山登志郎、小倉正義、岡南(2009) : ギフテッド. 学研、東京.
- 杉山登志郎、海野千畝子(2007) : 子ども虐待による解離性障害への治療. 精神療法 33(2), 157-163.
- 杉山登志郎、海野千畝子、河邊眞千子(2005) : 子ども虐待への包括的治療 : 三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.
- Tomoda A, Navalta CP, Polcari A, Sadato N, Teicher MH. (2009) : Childhood sexual abuse is associated with

- reduced gray matter volume in visual cortex of young women. *Biological Psychiatry*, 66(7), 642-648.
- Tomoda, A, Suguzki, H., Rabi, K., Sheu, Y.S., Polcari, A., Teicher M.H. (2009) : Reduced prefrontal cortical gray matter volume in young adults exposed to harsh corporal punishment. *Neuroimage*, 47 Supple2 T66-71.
- Vorria P, Rutter M, Pickles A, Wolkind S, Hobsbaum A. :A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: II. Possible mediating mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry*. ;39(2):237-45, 1998b.
- Vorria P, Rutter M, Pickles A, Wolkind S, Hobsbaum A. :A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: I. Social, emotional, and behavioural differences. *J Child Psychol Psychiatry*;39(2):225-36 1998a .
- Yang M, Ullrich S, Roberts A, Coid J. (2007) : Childhood institutional care and personality disorder traits in adulthood: findings from the British national surveys of psychiatric morbidity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1):67-75.
- Zucker M, Spinazzola J, Blaustein M, van der Kolk BA (2006): Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma and dissociation*, 7(1):19-31.

虐待ケース診療の手引き

1. はじめに：それは専門外来を作るところから始まる

小児精神医学領域の臨床は、従来からニードと現状との間に最も落差がある領域でした。しかしその中でも、子ども虐待への臨床は、小児精神科専門臨床においても十全に対応がなされているとは言えません。少数の、有意の小児科医、児童精神科医によって細々と実践されて来たに過ぎないのです。この状況は変えて行く必要があります。医療はサービス業です。ニードに対してきちんと対応ができるのではなくてはなりません。子ども虐待の罹病率は幾つかの調査がありますが、筆者は虐待が毎年積算されることを考慮すると、わが国の児童の 2-3%ではないかと考えています。これだけ一般的になった子ども虐待に対しては、初期対応もさることながら、その後の治療の場が必要とされています。これが圧倒的に不足しているからです。

なぜ、子ども虐待のケアに医療が必要なのでしょう。その対応の中心が福祉であることは疑いありません。しかし、医療の参加も必要なのです。なぜなら、子ども虐待が育ち全体、そして脳全体の問題を生じるからです。ここは重要な点なので、具体的な症例のスケッチをはじめに示してみましよう。取り上げるのは、8歳の男児です。

症例 8歳男児、虐待系 ADHD

生育歴としては、幼児期に母親が死去し、1歳代から乳児院、その後、養護施設で育ちました。受診のきっかけは、施設内で繰り返される問題行動です。

この男児は、一見明るく表面的な付き合いだけでは問題がありません。しかし、既に4歳前後から、突発的に万引きを繰り返し、発覚するたびに指導員の先生と謝りに行くのですが、数日後にはまた万引きが繰り返される状況のまま受診の年齢まで来てしまいました。また寮ではけんかが絶えず、些細なこと（例えばくすぐり合い）から必ず大喧嘩になり、一端切れると大声で怒鳴る泣きわめく大暴れするを繰り返し、大人の男性が対応しないと止めることも難しい状況です。さらに、知的に遅れのある幼児を執拗にいじめ、受診する少し前に、ついに水路に突き落とし大怪我をさせるという事件を起こしました。

初診時にチェックすると、この児童は非常に衝動的で、ADHDの診断基準を強陽性で満たします。不器用でもあり、ソフトサインも陽性です。しかし一方で、お化けの姿が見え、お化けの声が聞こえるなど、解離性の症状と考えられる幻覚と、不眠があります。また気分の上も認められ、非常に不機嫌で比較的大人しい時と、ハイテンションで一時間もじっと出来ない時を繰り返しておりました。

この児童の治療は、外来のみでは困難で、結局、入院治療を行いました。この入院中に、例えば、彼が誰か他の子どもの名前が書かれたボールペンを隠し持っていたなど、証拠がきちんとある状況で、証拠を示しながら、彼に対して問題行動の直面化をすると、彼は徐々に目の焦点が合わなくなり、朦朧となってしまいます。つまり解離反応が生じてしまうのです。彼は健忘も著しく、前の面接で話し合ったことなど、次回にはすっかり飛んでいました。知能検査の値ではQ81と境界知能でしたが、この様な状況ですので知能以上に学力は乏しく、学習障害と言わざるを得ない状態でした。小学校3年生なのに、一桁のくり上がりくり下がり足し算引き算もつかえており、国語力も小2に達していませんでし

た。彼は、先に何が起きるか考えるのは極めて苦手でした。それ故にこそ、衝動的に行動をし、さらに見え透いた嘘をつくことを繰り返しているのです。

さて、この男児は、子ども虐待の臨床に多少なりとも関わっていれば、しばしば出会う、ごく一般的な症例であると思われます。しかしこの子どもの示す症状を、DSM-IV を機械的に用いてチェックすると、実に沢山の診断基準を満たします。それは ADHD、行為障害、解離性障害、双極性障害、境界知能、学習障害、そして協調性運動障害などなど。

これを脳の働きという点から見ると次のようになります。

- ・睡眠障害、注意力の障害、生理的乱れ（→脳幹）
- ・協調運動障害、認知障害（→間脳、大脳皮質）
- ・衝動行為、対人関係障害、記憶の障害（→中脳、大脳辺縁系、大脳皮質）
- ・実行機能の問題、学習の遅れ（→大脳皮質）

実に脳の全体に、問題が広がっているのです。このように脳全体にわたる機能の問題であることを考えてみれば、彼がいくつもの診断基準を満たすことは何ら不思議ではありません。

さて、従来の福祉での対応は、児童用施設に心理士を非常勤で雇い、治療に当たらせるというものでした。しかしこれだけ沢山の診断基準を満たす、脳全体の障害に対して、2週間に1回1時間の心理治療で治そうというのは、あたかも自閉症を同じ枠組みの心理治療だけで治そうという発想と同じです。繰り返しますが医療だけで対応出来る問題ではもちろんありません。これも一般の発達障害が医療だけで対応できないのと同じです。しかしながら、発達障害において、特別支援教育を支えるための医療が欠かせないのと同じかそれ以上に、子ども虐待のケアには、福祉を支える医療の関与が不可欠です。

ところが今、小児精神科の専門外来は、押し寄せる発達障害への対応で手一杯で、数ヶ月、下手をすると数年の待機患者を作っているところも珍しくありません。しかし子ども虐待への対応は「待ったなし」なのです。つまり小児精神科の専門医療機関が子ども虐待に対応しようとする、別枠の窓口ー専門外来ーが必要になってきます。

われわれは、あいち小児保健医療総合センターの発足に際して、心療科（小児精神科）外来に、4つの専門外来を並べるといふ戦略を取りました。そうしなくては、全てが発達で占領されるという予感がありました。4つの専門外とは、心身症外来、不登校外来、発達外来、そして子ども虐待の専門外来である子育て支援外来です。子育て支援外来を除く全ての専門外来が6ヶ月以上、発達外来に至っては3年強という待機患者を作ったのですが、子育て支援外来のみは3週間程度で診察を行ってきました。

開院から約十年が経っていますが、子ども虐待の専門外来を開設しているところは、われわれの小児センター以外に聞きません。

子ども虐待への対応は、専門外来を作るところから始まるのです。

ポイント：

- ・子ども虐待の専門外来を設け、他の問題とは別枠の対応を行う。

2、子ども虐待の子どもが示す病理

被虐待児は先に述べたようにそだち全体の問題を抱えています。その中心は、愛着障害

と慢性のトラウマです。

愛着障害は、愛着形成が出来なかったというだけではなく、虐待的絆と呼ばれる愛着の歪みと、それに派生する感情調整機能の障害であることに注意する必要があります。理想的な里親に恵まれたとしても、養育者との愛着形成において、被虐待児はマイナスからの出発になります。この点を踏まえないと、愛情さえあれば何とかなんとかなるといったよくある誤解が生じますし、また普通の心理治療で治療を試みるといった何ら役に立たない対応が生まれてくることにもなります。

愛着とは極めて官能的な要素によって支えられるものであることに注意してください。子どもは胎児のころから、母親の鼓動や、声、母親の情動の揺れを体験し成長しています。胎内環境を含め、この様な子どもが感じた肌触り、色、音、香り、舌に味わう味こそ、感情中枢に結びついた愛着の基盤となるのです。虐待を受けた子どもにおいて、虐待者の発する声、臭い、時として叩かれた時の感触、恐怖と痺れなど・・・が虐待者との間の歪んだ愛着を形成する諸要素に他なりません。それこそが、子どもにはなじみのある世界であり、生きる基盤なのです。愛着の修復とは、この感覚世界の変容に他なりません。また愛着は双方向性の関係であるので、養育者が虐待者であった場合には、この愛着の修復とは養育者と子どもの双方に行われる必要があります。

慢性のトラウマによってもたらされるものは、フラッシュバックと解離です。周知の様に子どもにおいて、フラッシュバックがマステリーと呼ばれる虐待場面の反復再現という形で表されることは少なくありません。ここで注目したいのは、フラッシュバックが心身を巻き込んだ広範囲にわたる再現として現れるという事実です。一例を上げれば、過去に養育者から首を絞められた経験のある子どもが、チンパンジーのぬいぐるみを前にして、眉毛をしかめ、するどい目つきになって「お前なんか死んでしまえ」と小声で呟いています。するとこの時に子どもの首筋には赤い斑点が浮かんで来るのです（この現象はスティグマータと呼ばれています）。虐待によって生じた変化は、些細な感覚的引き金によって一瞬にして強烈なフラッシュバックを引き起こし心身を巻き込んで再現されるのです。

われわれはフラッシュバックを広義に捉えています。

- 1) 言語的フラッシュバック：虐待者から言われた言葉が子どもの声として表出される。
- 2) 認知的・思考的フラッシュバック：「自分は完璧でなければ死ぬしかない」「子どもは大人の召使だ」など繰り返し考えが浮かぶ。
- 3) 行動的フラッシュバック：遊びの中で行われるトラウマ再現や、突然誰かを殴る、暴れる、泣く、叫ぶなど。
- 4) 身体・生理的フラッシュバック：外傷体験の話をしていたときに突然身体の一部の痛みやかゆみ、さらに発赤が生じるなど。
- 5) 精神症状的フラッシュバック：喪失体験が引き金で生じる突然の抑うつや、虐待者の「殺す」という声が聞こえるなど。

この様にフラッシュバックという現象を広く取ると、これが一方でチックに、また一方で解離に類縁の現象であることも分かります。単一のフラッシュバックだけを示すのではなく、様々なフラッシュバックが重なって生じ、さらに子どもだけではなく、親の側にも同時に生じています。家族全体がフラッシュバックの渦に没入した中で生活を行っているのです。親から子への虐待の反復そのものが、子どもとの相互作用の中で、行動的、思考

的、認知的、精神症状的フラッシュバックとして再現されていることは希ではありません。その引き金もまた感覚的な刺激なのです。

もう一つの大きな問題は解離です。記憶がつかまらないので、面接をしても全く覚えていないことも珍しくありません。フラッシュバックと表裏一体のものとして現れることも多く、大暴れした後、健忘を残すというのは、症例1で示した通りです。解離症状の存在は、意識状態の変容と記憶の断裂を伴うため、そもそも対象恒常性を基盤とする愛着の形成の上で大きな妨げとなってしまいます。養育者も子ども自身も、解離症状が存在することにすら気付かないまま多彩な症状の噴出を繰り返すのです。

解離性幻覚の存在も、予想以上に多いものです。その起源はトラウマ記憶のフラッシュバックに他なりません。お化けの音が聞こえないか、お化けの姿が見えないか、きちんと確認が必要です。

ポイント：

- ・子ども虐待の基本的な病理は、愛着障害と慢性のトラウマである。
- ・広範なフラッシュバックと解離が引き起こされる。

3、診断と評価

子ども虐待の症例の診断について、注意が必要なことが幾つかあります。第一に、発達障害の存在の有無をきちんと見ること、第二に、愛着障害のレベルを計ること、第三に、解離のレベルを評価しておくことです。

発達障害に関しては、元々発達障害が存在したのか、あるいは子ども虐待の後遺症として発達障害症候群の症状が現れているのかという鑑別自体が、最も重要な診断のポイントになります。特に高機能広汎性発達障害が子ども虐待の高リスクであり、一義的に広汎性発達障害が認められるときは、その対応が優先されます。またADHDに関しては、ニワトリタマゴが渾然としている場合が少なくないのですが、元々ADHDが存在する群に関しては、抗多動薬がそれなりに有効です。

愛着障害のレベルを最も敏感に反映するのは、幼児期においては対人関係のあり方であり、社会性の発達レベルです。例えば先に述べた症例1の男児が、万引きを繰り返してしまうのは、愛着の未形成を反映しています。

解離に関しては、子ども虐待の症例では、子どもといえども多彩な解離の症状を持っている場合が多く、きちんと訪ねない限り、聞き出すことは出来ません。

以下に、基本的な説明は全て省き、対応のコツのようなもののみを並べてみます。

1) 子ども虐待の現実をきちんと聞く

初診時の問診における留意点としては、率直に、正直に訪ねると言うことに尽きます。性被害や性的虐待に関しても、われわれの経験では、正直に聞くことが最も良いと感じます。

子どもに対して、「グーやパーで何回ぐらいたたかかれているか」「自分は人を叩いてしまうことはないか」「すごく嫌なことをされていないか」「おちんちんやおまたを触られたりしていないか」「お父さんやお母さんのセックスの場面を見ていないか」「性的な被害に合っていないか」など。

親に対しては、「子どもを叩いてしまうことはないか」「体罰はどのくらいしているか」

「自分は体罰を受けて育ったか」「叩いているうちに止まらなくなることは無いか」「(親自身が)性被害を受けたことはないか」など。

正面から訪ねたとき、子ども親も、予想以上にきちんと答えてくれるものです。

2) 子どもと親の発達障害の診断

発達障害の診断としては、子どもの問診だけでは不足です。親の代から、生育歴を丹念に辿ることが必要になります。広汎性発達障害の場合、特にこじれている場合というのは、親の代、さらには祖父母の代も広汎性発達凸凹 (broader autism phenotype) の存在があるものです。子どもと親共に、知覚過敏性の有無、こだわりやすい傾向の有無、多動の有無を確認する必要があります。さらに親に対して、人との関係に苦勞してこなかったか、雰囲気を読むことが出来ないということはなかったか、二つのことが同時に出来ないなどの問題はないか、衝動的に行動する傾向はないか、さらに親戚の中に、発達の問題がある者が存在していないかなど、率直に訪ねることが肝要です。また、問診を通して、その応答性から子ども親も、コミュニケーションレベルを診ることが出来ます。筆者の場合、応答性が非常に不良で、訪ねられたことに対してずれた答えを繰り返す場合には、その事実を一度指摘し、訪ね直すようにしています。その指摘に対する反応もまた、親子のコミュニケーションを計る重要な所見となります。

3) 解離レベル、気分障害のレベルを評価する

解離についても基本的なことは全て省略します。虐待臨床において、解離のレベルは治療の上で非常に重要であるので、出来るだけ初診に把握しておくことが必要です。衝動的乱暴の噴出、無意識の自傷行為、無意識な性的挑発行動などスイッチングの有無、幽霊が見える、自分ではない人の声が聞こえるといった解離性幻覚の存在、さらには意識が刻一刻と変化しフリーズと衝動的乱暴とを繰り返す複雑性 PTSD 類似のレベルなど、児童といえども様々な段階の解離が認められます。

子どもに解離症状の有無を率直に聞くことが重要です。「昨日の学校の時間割、機能の夕ご飯のメニューを覚えているか」「暴れた後、なぜ暴れたか覚えているか」「お化けの音が聞こえることはないか。どんな声か。お化けの姿や気配が見えることはないか。見えるならどんな姿か」「夜は眠れるか」「怖い夢は見ないか。見るならどんな夢か」。

解離が陽性である様子なら、親の側の解離レベルも確認が必要になります。特に虐待の連鎖がある場合、親の側に重症の解離がある場合が少なくないからです。「記憶が飛ぶことはないか」「自分の行動を思い出せないことはないか」「親自身の過去に空白の時期が無いかなど。初診で、中学校入学前の記憶が全くないなどと述べる親に出会うことは希ではありません。

もう一つ普遍的な問題が気分障害です。子どもはハイテンションと不機嫌を繰り返していることが多く、親の側は気分変調性障害、大うつ病、双極性障害とどのレベルも存在します。親の側の希死念慮は特に重要です。筆者は抑うつに対しては、「十点満点で何点か」と自己評価による簡易判定をしばしば用いています。

4) 非行を聞く

これも、率直に訪ねることが必要です。万引きの有無、お金の持ち出しの有無、他人のものを持ってきてしまう傾向が無いか、家出の有無、異性との交友の有無、有機溶剤の使用、ブタンガスの吸入など。これに関しても、子どもだけでなく、親に全く同様の質問を

行うようにしております。親の場合には、有機溶剤のみならず覚醒剤の使用経験も訪ねる必要があります。筆者の経験ではこれらの項目についても、「よくあること」という態度で臨めば、親も子も予想以上に率直に正直に答えてくれるものです。

4) 初診時に行う心理テスト

われわれは、初診時にバウムテストとグッドイナフテストを必ず取るようにしております。この二つだけで大まかな子どもの評価は可能です。注意を要するのは、発達障害、特に広汎性発達障害のバウムはしばしばギョッとするような異様を呈しますが、認知障害を反映しており、情緒的な問題とは別の評価が必要になるということです。解離症状が明らかかな場合には、親に CDC(子ども解離チェックリスト)をつけてもらいます。発達障害の基盤がある場合には、さらに WISC-III の所見が必要です。

ポイント：

- ・率直に正直に虐待や性的虐待を確認する
- ・解離・気分障害・非行についてもきちんと尋ねる
- ・親についても同じ内容を確認する
- ・子だけでなく、親の代まで発達障害の有無を確認する

4、子ども虐待への治療

1) ケアの全体と医療が担当する治療

被虐待児へのケアは、

第1に安心して生活できる場の確保、

第2に愛着の形成とその援助、

第3に子どもの生活・学習支援、

第4はフラッシュバックへの対応とコントロール、および解離に対する治療です。

この様なケアを通して他の人への信頼と健康な人との絆を取り戻し、さらには自分が他の人を援助出来ることを学んで行けば理想的なケアとなります。さらに親の側も支援を必要としています。

第5に親子を一緒にサポートし、親子が共により幸福な道に歩みを進めることが出来ればそれに勝るものはありません。

この中で、すでに述べた診断と病理レベルの評価以外に、医療が担当するものとしては、第2の愛着形成の援助、そしてケアの中では第4のフラッシュバックや解離への治療、さらに第5親の側への治療です。もちろんその全てではなく、たとえば親のケアとサポートは、医療機関以外と協力しながら行わなくてはなりません。子ども虐待へのケアは1人では出来ず、また1機関では出来ません。

医療サイドが行う治療として整理しなおすと、子どもと親への心理教育、子どもと親への解離とフラッシュバックの治療、さらに特に子どもの過覚醒への治療、子どもと親の気分変動に対する治療になります。

2) 心理教育

子ども虐待によって生じる対人関係の歪みと病理反応は、上記の様に、常識的に理解できる内容を突き抜けたものを多数含んでいます。またそこには解離の影響があるので、子どもも養育者も共に、なぜその様な反応や行動が生じるのか、自分では理解できないまま

に、様々な拒絶反応や攻撃的衝動行為が噴出し、さらに各々の体験は記憶の断裂によってつながらないといった状況となります。このため、慢性のトラウマがどのような作用を人の脳と対人関係に及ぼすのか、子どもおよび親に学んでもらうことが必要になります。

心理教育を、ガイドブックを用いて実施することも一つの方法です。特に性的虐待は様々な病理現象が噴出するので心理教育はとても重要です。「性虐待を生きる力に変えて」(明石書店) シリーズは性的虐待を受けた被虐待児と周辺の人々に用いやすい良いガイドブックです。

心理教育に属するものを幾つか挙げます。

・対人距離のボディワーク：被虐待児は、他者の接近によって緊張と恐怖が生じ、場合によっては解離に入ってしまう。一方ある距離を超えたら逆に、接近した他者に抱きついてしまうなど、他者の接近によって対人関係の病理が露呈されて来ます。意識が変容を起こさない、あるいは心臓が煽らない対人的な距離はどのあたりなのか治療者との間で実際に体験をしてみるのです。常に人に抱きつきたくなる衝動に対しては、例えば「腕一本の距離を保つようにする」など具体的な設定を行い練習が必要です。時には親にも参加してもらい、共に学ぶセッションを持つことが有用です。

・衝動コントロールの技法：生活の中でパニックになりそうとき、じっと着席出来なくなったとき、攻撃的な衝動や自己破壊的な行動が噴出しそうときに、如何に自分をクールダウンさせるのかという方法の練習です。例えば次の様な手順です。靴を脱ぎ裸足の足裏を床に付ける。深呼吸を3回繰り返す。見えるものを5つ上げてみる。聞こえる音を同じく5つ数える。再度見えるものを5つ数える。それでも落ち着かないときは、天井の右端と左端の角を交互に見る(要するに眼球の左右交互運動をしてもらうわけです)。それでも駄目なら水を飲む。アメをしゃぶる。さらには頓服を服用するなど。

これら一連の心理教育に成果が現れると、それは自己の感情への気付きが進む過程になって行きます。われわれは子どもと親に、自己の感情に絶えず注意するよう促し、対象化が可能となるよう努めています。感情の把握が非常に困難な児童やその親には、一枚に幾つもの多彩な感情表出が絵で描かれた感情カードを用いて、自分にぴったりの気持ちの絵に指さしをすることで感情の把握が可能になるようにはかっています。

心理教育の最後のテーマは、自尊感情の獲得です。最初の段階ではただ単に「自分を常に大切にするという気持ちを持つ」といったメッセージを繰り返すだけとなることが多いのですが、徐々に、「自分などいない存在だ」という気持ちが湧き上がるとき、それが過去のトラウマに結びついたフラッシュバックであることが明らかになって来ます。過去に繋がれた自己意識から離れ、自分を大切な存在として新たに捉え直す作業は、養育者との間の愛着修復の作業にほぼ重なるテーマとなってきます。つまりこの過程は、他の心理教育同様、養育者の側にも平行した作業が必要です。

3) トラウマへ処理

トラウマ処理とは、フラッシュバックによる解離反応を引き起こさずに、過去のトラウマ場面を想起することが出来るようになるための面接技法です。このトラウマ処理の技法として、エビデンスが確認されているものは実は2つしかありません。1つは認知行動療法による遷延暴露療法で、もう1つがEMDR(Eye Movement Decensitization and Reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理治療：Shapiro, 2001)です。子ども虐待の臨

床に従事するものは、このいずれかの技法を身につけていることが絶対に必要です。力動的な精神療法のトレーニングだけでは、深刻なトラウマに対して無力であるのみならず、有害なことすらあります。

ただしEMDRにしる、子どもの場合にはドラミング、タッピング、パルサーなど眼球運動以外の交互刺激を用いるなど、幾らか変法や治療手技上の工夫が必要になってきます。

フラッシュバックによって解離に陥ってしまい、過去の世界に飛んで行き意識が今にとどまらなくなってしまうという除反応と呼ばれる現象への対応としてクッションテクニックと呼ばれる方法があります。意識が飛んでいってしまったと治療者が判断したときに、患者と治療者との間で、安全なもの（これがクッションですが、筆者はハンドタオルを用いています）を交互に投げ合って、意識を「今、ここ」に戻すという方法です。絶えず、解離のレベルと意識状態を表現させながら、治療を進める必要があります。

解離性同一性障害を伴う場合には多重人格への心理治療技法である自我状態療法を併用することが必要になります。これは一言で言えば、1人の人間に行う集団精神療法です。多重人格の場合に、沢山の人格が1人の人の中に存在するので、この様な技法が必要になるのです。

4) 薬物療法

易興奮、過覚醒に対して薬物療法が有効です。またフラッシュバックに対しても薬物療法は有効です。易興奮、いらいら、不眠などに抗精神病薬が有効ですが、子どもということもあり、全体としては、非常な少量で十分に有効です。リスペリドン(リスパダール) 0.3mg~1.5mg、アリピプラゾール(エビリファイ) 1mg~2mg などで。塩酸クロニジン(カタプレス) 0.075mg~0.15mg、レボメプロマジン(ヒルナミン) 2.5mg~10mg などが有効です。この様に、最低容量錠の半分以下の使用が初回量の原則です。易興奮の背後に、mood swing(気分の変動)が存在することは希ではありません。気分調整薬が有効ですが、てんかん発作に用いるより遙かに少量で十分に効果が認められます。カルバマゼピン 10mg~50mg、クロナゼパン 0.25mg~0.5mg などで。解離性幻覚には抗精神病薬は余り効かないことを記憶しておいてください。特に性的虐待の子どもに抗精神病薬のみで解離性の幻覚を押さえようとするとしペリドン 5mg 以上を必要とすることがあります。むしろ、フラッシュバックに対する特効薬である漢方薬が有効です。神田橋処方として知られる桂枝加芍薬湯(または小建中湯、または桂枝加竜骨牡蛎湯)と四物湯(または十全大補湯)をそれぞれ2包(5g)分2の服用が解離性幻覚をはじめとするフラッシュバックの特効薬です。漢方薬の服用が著しく苦手な場合には、クラシエから桂枝加芍薬湯と四物湯の錠剤がでています。フラッシュバックに対して、比較的少量の選択的セロトニン再取り込み抑制剤(SSRI)の服用は有効ですが、長期的には気分変動の薬剤誘発を引き起こす可能性があるため、慎重に少量を処方することが求められます。

全員ではありませんが、オメガ3の服用が有効な症例があります。イコサペント酸エチル(エパデール) 1.8g を分3で服用します。

5) 入院での治療

ここでは入院による治療について述べますが、実は治療的な要素が非常に強い重症例を扱うことが多い、情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設においても共通する内容ではないかと考えます。情短、児童自立支援など、福祉の施設においても、現実には「治療」

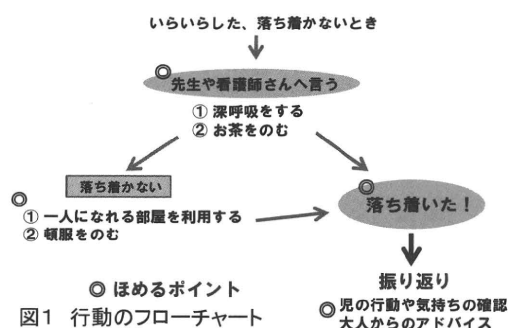
が必要であるからです。

入院に際しては、当然ではありますが治療目標を明確にし、子ども(親と)の契約を行うことが必要です。問題なのは、親ではなく、児童相談所などの依頼で子ども虐待の入院治療を行う場合で、入院の際に、出口をどうする予定なのか、きちんと確認をしておく必要があります。行き場が限られている家族状況が不良かつ、重症の症例の場合において、治療を行った後に、いつごろにどうするのかということは非常に重要なことです。そうしないと、貴重な治療の場が社会的入院で占められるといったことも起きてきます。特に児童相談所の福祉士が非常勤だった場合や、転勤になった場合など、入院(入所)の時の予定が保護にされることは、困ったことに珍しくないので、入院の際の契約が非常に重要なのです。

入院治療において、最優先となるのは何よりも自他共に安全な生活が過ごせることです。このためには、行動の枠組みをきちんと決めることに尽きます。また事細かに、生活と行動のチェックを行って行くことが求められます。この行動の枠組みは、行動療法を基盤にして、生活を組み立てて行きます。被虐待児は驚くほど、普通の生活習慣が身に付いていませんし、ルールへの遵守という習慣もありません。生活を支える職種との間の情緒的な結びつきも愛着の形成のレベルに比例し、乏しいのが一般的です。表に、あいち小児センター心療科病棟で用いている生活チェックの一例を掲げます。また図に、患者に提示した苛々時のフローチャートを示します。ここでほめるチェックポイントとあるのは、例えば苛々すると看護師などに言った時に「暴れないでよく言えたね」とほめるなど、評価できる行動に絶えずプラスのフィードバックを行うポイントを示しています。

表1 シールチェック(トークンエコノミー)例

項目	日付	〇/〇	〇/〇	
おふろに入った		〇		実際にできている項目もいれ、ほめる機会を増やす
へやのかたづけをした		〇		さらに強化する
暴言を言わなかった	残念			改善させたい行動(欲張らず、本人が達成できるようにスモールステップで設定)
暴力をしなかった		〇		
〇の数		3	個	目標を数値化したり、ご褒美を決め、モチベーションを高める。 達成感をもたせたり、成功体験を増やす



心理治療を実施している子どもの場合には、心理治療での展開と生活での治療をつなげることが必要で、心理治療のやりっ放しでは、何をしているのか分かりません。心理治療で展開したことを必ず生活の場にフィードバックして、情報交換と治療目標の確認を行うことが重要です。

被虐待児は学習に困難を抱えるものが大半を占めます。基本的には、特別支援教育の対象と考えるべきです。そこで、入院中に学習の補いを行うことが重要になってきます。この点、児童自立支援施設は大丈夫なのですが、問題は情緒障害児短期治療施設で、単純に地元の学校の分校であったり、地元の学校に通っていたりということが多いため、学校で教師から普通の生徒の様に学習することを求められるといったこともしばしば生じてきま