

なぜ、これまで性的虐待が余りきちんと拾えていないのだろう。何よりも、その可能性を常に念頭に置き、直接尋ねていないからであると思う。率直に、正直に尋ねると言うことに尽きるのではないかと考えられる。性被害や性的虐待に関しても、われわれの経験では必ず尋ねることが重要である。子どもに対して、「ゲーやパーで何回ぐらいたたかかっているか」「自分は人を叩いてしまうことはないか」につづき、「すごく嫌なことをされていませんか」「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」「性的な被害に遭っていないか」など単直に尋ねる。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」に続き、「親自身が性被害を受けたことはないか」と尋ねる。こうして正面から確認をしたとき、子も親も、予想以上にきちんと答えてくれるものである。もちろん長い経過の中で、ポロッと性被害の事実が開示されることもある（これは近親姦の場合に多いように思う）。

性的虐待とその以外の虐待と比べてみる。まず平均年齢を見ると、それ以外の虐待8.3(±14.5)歳であるの対し性的虐待は平均年齢10.4(±11.6)歳と性的虐待では平均年齢が有意に高い(t=6.4, p<.01)。性的虐待が抱える臨床症状は重症であるのに、年齢が高いということは処遇を困難にする一つの要因であると考えられる。さらに性的虐待とそれ以外の虐待の併存症について比較を表4に示す。愛着障害は有意差なく、発達障害の診断と反抗挑戦性障害は性的虐待以外の虐待において有意に多いのに対し、それ以外の併存症はことごとく性的虐待に有意に多いことが明らかになった。反抗挑戦性障害は少ないが、このグループと行為障害とはそれぞれ除外診断になる

表3 性的虐待の加害者一覧

女性への加害者	人	男性への加害者	人
実父	22	施設年長児(男女含む)	15
継父	18	母親	9
母親の恋人・同棲相手	16	実父	5
施設年長児(男女含む)	14	継父	2
兄	10	姉	2
同級生・知り合い(ネット含む)	7	祖母	2
見ず知らずの人	5	兄	1
祖父	4	継母	1
おじ・いとこ	4	おじ	1
大家・隣家の年長児	4	校長(ベルギーで)	1
里父	2	知り合いの他人	1
教師・園の職員	2	不明(開示なし)	5
祖母	1		
不明(開示なし)	5		

ので、要するに性的虐待ではすでに行為障害に至っているがゆえに有意に反抗挑戦性障害が少ないのである。併存症の中でも解離性障害は81%という高い率を示した。これまでのわれわれの検討で(杉山, 2007)、解離性障害の併存は年齢が上がるにつれて高くなることが示された。性的虐待の被害児の中には3~4歳の低年齢の者が含まれている。つまりこれらの児童は現在において認められないとしても後年に解離性障害を呈する可能性が高いのである。そう考えると、解離性障害は性的虐待においてほとんど全例に認められる併存症であると考えられる。性的虐待は正に侵入性が高く被虐待児に解離を高率に生じるのであろう。

表5に男女による臨床的な差異を示した。男性に有意に多いものと女性に有意に多いものがある。解離や愛着障害で差が無く、PTSDは女兒に有意に多く、一方で行為障害は男性に有意に多い。注目すべきは性的加害行為で、男児が女兒より有意に多く、男児において実に64%に達する。この結果を見る限り、男児において性的虐待の被害児が高率に性的加害を行う可能性があると言わざ

るを得ない。

21世紀になって、被虐待児にさまざまな脳の器質的機能的異常が認められることが明らかになった。その中でも、最も後天的な問題であることが明らかな性的虐待の被虐待児において最もきちんとした異常所見が報告されている (DeBellis et al., 2010; Landre et al., 2010)。もちろん性的虐待は単独にあるのではなく、ネグレクトと一緒に起きやすいことが知られているが、ネグレクトのみでは重度の解離は生じにくく、性的虐待はその高い侵襲性のゆえに後遺症として脳に大きな影響を及ぼすのである。

I 性的虐待のケア

性的虐待に限らず子ども虐待のケアに必要なことを最初に述べる。性的虐待においてもケアの基本的なニーズは同じである。

第一に安全な生活の場の提供である。子どもが安全な育ちが確保されていない状況で治療は不可能である。この安全な生活と言うことは、性的虐待を考えた時にきわめて重要な課題であることは言うまでもない。この大変さに関しては後にもう一度触れる。

第二に愛着の修復であるが、これは言うまでもなく愛着提供者の存在が必要である。里親を除き、児童養護施設など社会的養護に暮らす子どもの場合、この点に限界があることが非常に難しい所である。しかしながら里親さらに実親といえども、長い虐待の経過がある子どもの場合には、虐待的な絆によってさまざまに積算された歪んだ愛着を抱えている。つまり愛着の修復はゼロからの出発ではなくマイナスからのスタートになる (杉山, 2009)。今、何が起きているのか、養育者と子ども本人に解説し、薬物療法を含む包括的な治療を

表4 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
自閉症スペクトラム障害	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	186	21.7	93	51.7	61.6	<.01

表5 性的虐待の男女による差

	男性	%	女性	%	χ^2 値	p 値
発達障害	32	58.2	28	22.4	24.8	<.01
反応性愛着障害	30	54.5	61	48.8	0.5	n.s.
解離性障害	46	83.6	100	80.0	0.3	n.s.
PTSD	13	23.6	87	69.6	32.7	<.01
反抗挑戦性障害	9	16.4	17	13.6	0.2	n.s.
行為障害 (非行)	36	65.5	57	45.6	6.0	0.01
性的加害行為	35	63.6	22	17.6	37.4	<.01

行う専門家による介入が必要である。

第三に生活、学習の補いである。虐待の中に育った子どもたちは、普通の生活体験や学習に滞りを抱える。ある中学校1年生の女児は、知的には正常下限であるのに、学力は割り算のあたりから止まっており、基礎的な単語の知識が欠落しているため、あたかも小学校低学年の子どもと話すような配慮が必要であった。彼女は小学校中学年から同棲していた母親のボーイフレンドからの継続的な性的虐待を受けてきたのである。その虐待の始まった年齢から解離による防衛を多用するようになり、そこから記憶の断裂と共に学習が止まってしまったのである。

第四に、解離性障害への治療であるが、特にトラウマへの治療が必要であり、現実的にはフラッシュバックへの対応が大きな課題になる。さらに

第五に、例えば発達障害の基盤などがあればそれへの、またうつ病など併存症が生じていればそれらに対する治療が必要になる。そして第六に家族への治療である。これは時としては高度の専門性を必要とする。このように子ども虐待へのケアは、福祉と医療との共同作業を必要とする。性的虐待においては、これらにさらに独自の要素が加わるのである。

典型的な性的虐待の症例を取り上げ、対応において生じる問題の検討を試みる。症例は匿名性を守るために大幅な変更を加えている。

症例

初診時小学校高学年の女兒である。生育歴として、母親は被虐待歴ある人のようである。幼児期から両親からの激しい虐待を受け、その後、両親は離婚した。母親は別の男性と同棲をし、3歳にてその同棲相手から熱湯の風呂につけられて大やけどを負い、保護をされた。児童養護施設へ入所し、その後小学校中学年で里親へ委託されたが、そこで里親の家族との間に齟齬があるという理由で、措置変更をされ、別の里親へ再度委託された。新しい里親が患児の激しい退行と性化行動に驚愕し、受診となった。これは例えば入浴時に、里母の乳房にかみつく、さらに自らの性器を両手で広げ、「お母さん触ってもいいよ」と言うなどである。

治療を開始するとその過程で、次々と患児は性被害を開示した。児童養護施設で幼児期から年長の男女による重度の性被害をすでに受けていた。しかし深刻なのは、前の里父からも性的虐待を受けたと開示したことであった。われわれは司法面接を実施した。担当児童相談所は、われわれとの話し合いを経て加害をした里親への処分を行い、さらに児童相談所長が患児を訪問し「君をきちんと守れなかった」と、患児への謝罪が行われた。治療を継続する中で、彼女は劇的な改善を示した。里親の姓を名乗ることに固執し、やがて里母、里父への子どもらしい依存と甘えを示すようになり、治療は一段落した。

ところが中学校に入学した後、急に不応が強くなり、不登校や家出が生じた。そのため入院治

療を行った。この治療の中で明らかになったのは、中学生の上級生の制服の姿を引き金にして、児童養護施設での高校生年齢の男女から受けた性器性交、口腔性交を伴う性的虐待のフラッシュバックが生じ、パニックや解離性障害に基づく家出が生じていたことである。数カ月の入院治療の中でEMDR (Shapiro, 2001) を用いたトラウマ処理を実施した。すると幼児期に母親の愛人から受けた性被害に関してもはじめて想起がなされ、不安の要因になっていたことが分かった。患児において、トラウマ想起は非常に辛く、励ましを繰り返しながら行う必要があった。過去の想起とその処理ができると、不思議なことに「ゲップ」が出て、スッキリとした表情になった。この現象に対しては、内臓を巻き込んだ緊張状態と、飲み込んでいた記憶とが、トラウマ処理によってあたかも解除されたかのような印象を筆者は持った。患児に対しては、さらに桂枝加芍薬湯と四物湯のいわゆる神田橋処方などの薬物療法を数カ月間にわたり続け、試験登校を経て退院した。退院後は以前の不適応状態がうそのような健康な生活を送ることができている。

この症例の治療経過に、性的虐待独自の問題が幾つも見られている。

第一に、愛情と性化行動の混同という問題である。この児童が性器を里母に触らせようとした行動が正にそれである。これが思春期になるときわめて区別が困難になることは想像に難くないであろう。さらに司法面接という特殊な面接技法が必要とされたことである。周知のように、司法面接は治療のための面接ではなく、客観的な証拠を欠くことが普通である性的虐待において、裁判での審査に耐える証拠となりうる情報を引き出すことを目的とした面接である。例えば症例の場合、「前里父との間に何があったのか」という具体性を含まない質問を行ったのに対して、「性器に触らされていたら白い液が出て嫌だった」と述べた。精液が白いことは患児が経験しなくては分からない情報であり、この女兒が里父から性的虐待を実際に受けた大きな証拠になった。さらに、しばら

く良好な経過をした後に、思春期になって激的な症状を再度、呈したことである。これは冬眠効果 (sleeper effect) と呼ばれる現象である (Putnum, 2003)。性的虐待においてはその4割程度に、無症状でしばらく経過する群があることが知られている。しかしそのまま過ぎるのではなく、この症例のように、多くは思春期に至ってさまざまなきっかけによりあたかも時限爆弾のように症状が噴出するのである。

性的虐待に蓋をしてしまうというしばしば行われる対応は、次のライフサイクルにおいて大きなトラブルを引き起こす。さらには次の世代にも連鎖を引き起こす。精神科医の一部が性的虐待に対して、ことさらきちんと取り上げない姿勢を取っているのは筆者からすれば治療の手抜きのように思えてならないのであるが。

II 親への治療

親の治療をなぜする必要があるのでしょうか。子ども虐待は家族の病理であり、子どもだけ治療しても親が変わらなくては家庭生活に復帰できない。後述するように、わが国の社会的養護は破綻と言わざるを得ない状況にあり、容易に分離を選択できない事情もある。だがそのことを置いたとしても、本来の家族の中で子どもが安全に育つことができればそれが良い。

虐待側の親も、元被虐待児である場合が多い。先ほどの子ども虐待の統計と同じ、開院後9年間にわれわれは162名の親にカルテを作り並行治療を行った。表6はその親について、虐待という視点からまとめ直した一覧である。このまとめを作る中で、主として加虐者であるこの親の側に、性的虐待もしくは重度の性被害の既往が少なくないことに気付いた。実に約4割に達する。表6に示すように、性的虐待の既往を持つ親の状況は、それ以外の親とは比較にならないほど重症である。これら未治療の性的虐待の既往を持つ親の臨床的な特徴はといえば、深いトラウマの存在である。

表6 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	100.0 *
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

未治療の性的虐待のトラウマは深い。これらの成人が子どもを持った時、幼児期に溺愛、成長すると拒否とは、男女を問わずしばしば認められるパターンである。そして思いがけない引き金でフラッシュバックが生じる。これらの症例の治療に携わっていると、フラッシュバックの官能性というものに思い至らざるを得ない。場面だけではなく、季節、臭い、触覚などによって激しいフラッシュバックが起きるのである。この現象は母子の愛着のシンボルが、母親の暖かい膝と母親の甘い匂いであることを思い浮かべれば何ら不思議ではないであろう。子どもが愛着を作らずに生き残ることは不可能であり、性的な虐待においては、そこにさらに性的興奮が加算される。全ての感覚によるさまざまな要素が、思いがけなくも性的虐待のフラッシュバックを引き起こすのである。この後遺症が、重度の抑うつと意味の混乱に容易に結びつくことにも注意する必要がある。意味の混乱は、しばしば自殺未遂や心中未遂に向かうからである。

未治療の被虐待の影響として特筆すべきもう一つの問題は重症の解離性障害である。その一部は解離のターミナルステージとも言うべき解離性同一性障害 (多重人格障害) を呈する。複雑性PTSD (Herman, 1992) の臨床像を取る者も多い。多重人格と記憶の重大な欠損の両者が認められ、自己史記憶の欠落を持つ。これらの症例への治療

は、筆者が精神科医として経験した最難度のグループである。トラウマ処理の特殊技法に加え、多重人格障害のための精神療法手技である自我状態療法の併用（白川，2010）が必要とされる。これは本人にとって安全感が得られる場所をまず想起してもらう。そこにイメージによって家を作り、家の中の部屋に全ての部分人格を集めてもらうのである。部分人格はそれぞれトラウマを抱えている。そもそも主人格に統合できない体験であるからこそ切り離され、部分人格がそこから育つのである。それゆえ、それぞれの部分人格は全て存在の理由がある。暴力的な人格などは他の部分人格から忌避されていることも多い。だが、全ての部分人格は平等に大切な存在であり、それぞれが平和共存できることが重要であることを全部分人格に話しかける。そして部分人格の記憶をつなげ、個々の人格の抱えるトラウマを個別に処理をして行く。部分人格を統合する必要はない。記憶の断裂が無くなり、部分人格の間でコミュニケーションがとれるようになれば良いのである。

ところが、重症の解離を抱える症例において、この自我状態療法の基盤である「安全な場所」のイメージがそもそも困難という場合が少なくないのである。安全な場所のイメージが著しく困難である場合には、体の中で安全感が得られる場所を探すということになっている。しかし重症のDV被害など、満身創痍のためにこれがまた難しいのである。

もと被虐待児で、さらに現在は加害側になっている性的虐待の既往者の存在は、性的虐待に対して治療的な介入を行わなければ、次の世代に重大な連鎖が生じることを何よりも雄弁に物語っていると筆者には思われる。

Ⅲ 社会的養護と性的虐待

家庭に恵まれない児童を、社会で育てる仕組みが社会的養護である。わが国の社会的養護は里親制度が根付かない中で、先進国で1国のみその9割までが児童養護施設において担われており、そ

こは多人数の児童が一緒に寝泊まりする大舎制が大半を占める。そして昭和51年から根本的な見直しのない子ども6人に対して職員1名という圧倒的な慢性の人手不足の中で、この児童養護施設は運営されてきた。近年、子ども虐待の増加に伴い、児童養護施設の入所児の6割以上を被虐待児が占めるようになった。極端な人手不足という劣悪な環境の中で、わが国において抑制型愛着障害の多発が生じなかったのは、ひとえに児童養護施設で働くケアワーカーたちの献身的な働きによるものである。だがそれも限界に来ている。被虐待児は、虐待的対人関係の反復をする。そこに性的虐待の存在が不明のままに被虐待児が措置され、ケアワーカーの知らないところで、より年少児に性的な加害が行われた。その被害児が今度は年長になった時に、さらに年少児に対して性的加害を行うという施設内性虐待の連鎖が生じ、それはすでに施設の文化のようになっている。

この問題が深刻化していることは、施設養護に関わるごく少数の人間にしか知られていなかった。筆者は小児センター近隣の児童養護施設において性的加害被害の連鎖が生じたので介入を行った。すると35人定員の施設で、加害も被害もない児童が2名のみという惨状に仰天をした（海野ら，2007）。しかも何年も前から何代にもわたって加害、被害の連鎖が認められていた。性的な行動を巡る児童養護施設の文化的基盤の変革以外に、この状況を断ち切るのは不可能である。一方、2009年に施設内虐待通報義務が制定された。これによって児童養護施設における性的虐待の問題が噴き出す可能性が高くなった。しかし問題が噴き出せばスキャンダルにならざるを得ず、すでに不足している社会的養護の場がさらに乏しくなる。

その後、さまざまな施設入所児の相談を受け、筆者は現在、ほぼ全ての児童養護施設において、性加害、性被害の問題があるという前提で対応を組む必要があると考えようになった。全て個室を備えた最も良い環境と考えられる児童養護施設において、入所児男児から複数の女児への性加害が生じた。その直接の被害者ではなく、別の入所

児からの開示でこの性加害は止まったのであるが、被害児の一人が後に述べたことによると、寮のワーカーたちは皆優しくて、何か問題が起きても、十分に対応が取られずそのままになってしまっていたという。これはケアをする側からすると考えさせられる発言である。性的虐待に限らないが、特に性的虐待を巡って、ケアする側には全ての問題行動を止めるという強い姿勢が必要である。この事実を筆者は、虐待的対人関係が反復される子ども虐待のケアの中で、繰り返し確認することになった。子どもの安全が守られなくては、ケアが始まらないのである。しかしこの役割を、現行の児童養護施設に担わせるのは余りにも重い。施設に働くケアワーカーは献身的に働いてきた。しかしながら現在の児童養護施設は、非行養成所になっていると言わざるを得ない。高リスク集団を、人手不足の中舎、大舎で処遇すること自体が誤りであり、残念ながら国をあげてのネグレクトというより虐待という他はない。親に恵まれない子どもたちへのこの仕打ちを放置していて良いのだろうか。

多様な家族のあり方が世界レベルで進む中で、人間の性は、生殖との解離がさらに進む様相を示している。情報革命がもたらす変化も看過できないであろう。性的虐待の孕む問題は、わが国においてこれから明らかになることによって急増することが予想される。わが国においても、性的虐待治療センターが直ちに必要な状況がすでに来ている。

文 献

- De Bellis, M.D., Hooper, S.R., Woolley, D.P., Shenk, C.E. (2010) Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5); 570-577.
- Gorey, K., Leslie, D.R. (1997) The prevalence of child sexual abuse : integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse and Neglect*, 21; 391-398.
- Herman, J.L. (1992) *Trauma and recovery*. Basic Books, New York. (中井久夫訳 (1996) 心的外傷と回復. みすず書房)
- Landre, L., Destrieux, C., Baudry, M. et al. (2010) Preserved subcortical volumes and cortical thickness in women with sexual abuse-related PTSD. *Psychiatry Research*, 183(3); 181-186.
- 森田ゆり (2008) 子どもへの性的虐待. 岩波新書.
- Putnum, F.W. (2003) Child sexual abuse; Ten-year Research update review. *American Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3); 269-278.
- Shapiro, F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, Protocols, and Procedures* 2nd ed. Guilford Press, New York. (市井雅哉監訳 (2004) EMDR ——外傷記憶を処理する心理療法. 二瓶社)
- 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 (2009) *そだちの臨床*. 日本評論社.
- 海野千畝子, 杉山登志郎 (2007) 性的虐待の治療に関する研究 2 : 児童養護施設の施設内性的虐待への対応. *小児の精神と神経*, 47(4); 273-279.

〈教育講演〉

杉山 登志郎*

子ども虐待と精神医学**

児童青年精神医学とその近接領域 52(3):250—263 (2011)

I. はじめに

児童相談所によせられた子ども虐待の通告件数は、2009年度には44,210件を数え、統計を取り始めた1990年の1,101件に比較したとき、実に44倍になった。さらに忘れてならないのは2005年から市町村も虐待対応の窓口として働いており、重複はあるもののこちらも4万件を超える通告を受け取っていることである。子ども虐待は翌年になれば虐待でなくなると言うことはなく積算される。従って現在の実数は、治療を必要とする数だけでも恐らく子どもの2%から3%前後であろうと推定される。つまり子ども虐待は、今日、子どものメンタルヘルスにおける最重要課題になった。子どもの心の臨床を担当する専門家が、子ども虐待に遭遇せずに日々を送ることは今日不可能である。しかも、この虐待通告件数の中で性的虐待はわずか3%程度であり、実態からはるかに解離している。今後、児童青年期精神医学における子ども虐待の持つ重みは増すことはあっても減ることはないであろう。

2001年11月に開院した子ども病院、あいち小児保健医療総合センター（以下あいち小児センター）心療科に、われわれは子ども虐待の専門外来「子育て支援外来」を開設し、子どもとその親の治療に取り組んできた。爾来9年間が経過するが、医療機関における子ども虐待専門外

来は、筆者の知る限りこの外来が未だに唯一である。近年のトラウマ臨床創始者の一人であるHerman (1992) は、名著 *Trauma and Recovery* の冒頭に次のように記している。「心的外傷の研究の歴史は奇妙である。時々健忘症にかかって忘れられてしまう時期がある」。われわれは忘れていたわけではない。だが、対応が後手にまわったことは確かである。この状況は変わらなくてはならない。われわれの9年間における臨床を通して学んださまざまなトピックスを紹介し、精神医学に及ぼす論議について紹介を試みたい。

II. あいち小児センターにおける虐待への対応システム

2001年、あいち小児センター心療科が開設されるに当たって、われわれは幾つかの工夫を行った。1つは曜日ごとに4つの専門外来を並べたことである。これはこうしなければ全ての新患が発達障害で占領されるという予感があった。2001年11月に開院してみると予想通り新患枠はあっという間に埋まり、その後も3週間以上の待機を作らずに踏みこたえた「子育て支援外来」を除き、全ての外来が6カ月以上、発達外来に至っては3年余の新患の待機を作った。この状況は啓発活動を基盤にして受診システムを変更し、自ら医療ヒエラルキーを作ることによって、現在は発達外来も4カ月程度の待機に短縮させることが出来ている。この問題にここでこれ以上触れることは避けるが、子ども虐待の外来において、待機がなじまないことは言うまでもないであろう。現在、児童青年期精神科領

*浜松医科大学児童青年期精神医学講座
〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1

**2010年10月28日、ベイシア文化ホールにおいて開催された第51回日本児童青年精神医学会総会特別講演である。

域の専門外来はどこも発達障害の長い待機患者リストを抱えている。子ども虐待に対応するためには、別枠の外来受診が可能なシステムを作ることがその第一歩なのである。

われわれは親子の並行治療を実施し、加虐側の親にも積極的にカルテを作成した。また2003年には心療科の固有病棟が開設された。ここは閉鎖ユニットを持つ小児科病棟というユニークな病棟であり、行動障害を抱えることが多い比較的重症の被虐待児を入院治療することが可能になった。病棟の開設から今日まで、何らかの被虐待体験を有する児童は常時7割を超え、さらに性的虐待の被虐待児が2割以上という状況が続いている。容易に予想できるように、常に入院児童による問題行動が噴出しているが、看護チームの高い看護力に支えられ、これまでに生じた幾つかの危機を乗り越え、今日では優れた治療機能を維持する病棟に成長した。

あいち小児センターの子ども虐待対応において特筆すべきは、何といたっても院内保健センターの存在である。ここには1-2名の医師（常勤医師1名、常在ではないが非常勤およびレジデント）と6名の保健師がおり、県内の児童相談所、あるいは市町村の保健センターや自治体の児童課などの窓口となっている。また非常勤医師のうち1名は県児童相談所に勤務する医師が兼務をしばらくしていた。この児童相談所に勤務する医師を通して県内の児童相談所が抱える子ども虐待の難治事例が紹介されてくるという構造になっている。またあいち小児保健医療総合センターは、心療科が大きな柱の一つとなっており、常勤医師4名、常勤心理士5名という比較的豊富な人材が当てられている。「子育て支援外来専門外来」をはじめとする全ての初診外来は、医師と心理士がペアを組み、それぞれ独立して親子にインタビューや心理テストを行い、それぞれを付き合わせるようにしている。また先に触れたように、親の側も積極的にカルテを作成し、親子の並行治療を実践している。この際に、保健師は、親の側の日常的な相談を受け、時には親の診察に同席し、家族と医師と

のつなぎ役を果たしている。カルテを作った親の大多数もまた元被虐待児である。治療開始によって必然的に揺さぶりがかければ一時的にせよ、より不安定になることは避けられない。外来診療の間をつなぐ、この様な保健センターと保健師によるサポート無しでは容易に深刻な事故が起きるのである。

院内には、医師、心理士、看護師、保健師、ソーシャルワーカー他による虐待対応チームが作られ、多職種からなる院内虐待ネットワーク委員会が作られた。センター外の機関を加えたケース会議を頻回に持っている。この様なシステムを整え、あいち小児センターは、愛知県の子ども虐待治療センターとして機能するようになった。

Ⅲ. 子ども虐待の臨床から学んだこと

2001年の開院以来、年間110件程度の子どもと、年間20人程度のその親のカルテを作り、治療を行ってきた。開院した2001年11月から2010年10月までの9年間に、あいち小児センターを受診し治療を行った子ども虐待の症例は1,036名であった。表1はその9年間のデータである。この表で注目をすべきは性的虐待が17%を占めることである。先に述べたように、公的な統計では性的虐待は3%に過ぎず、恐らくわれわれのデータの方が、実態を正確に反映しているのではないかと考えられる。

これを診断によって分類したのが表2である。診断は基本的にDSM-IVに従っており、例えば広汎性発達障害と反応性愛着障害、反抗挑戦性障害と行為障害は、併存診断をしないようにしている。しかしあえて診断基準における除外診断に従わなかったものがある。それは注意欠陥多動性障害（ADHD）と解離性障害である。解離性障害の存在は、ADHDの除外診断になっているが、子ども虐待による慢性トラウマの影響があったときに、元々の基盤にADHDがあると考えられ、抗多動薬が著効をした症例においてもなお、解離性障害が認められたからである。

表1 あいち小児センターで診療を行った子ども虐待の症例 (2001.11~2010.10)

虐待の種類	男性	女性	合計	%
主として身体的	323	145	468	45.17
主としてネグレクト	104	69	173	16.70
主として心理的	109	99	208	20.08
主として性的	55	125	180	17.37
代理ミュンヒハウゼン	2	5	7	0.68
合計	593	443	1036	100

表2に示すように発達障害診断が可能な者は計53%と過半数を超える。「子そだて支援外来」を開設してみて、最初に驚いたのは発達障害診断の者が過半数を越えるという事実であった。さらに驚いたのは、このことを指摘したのが洋の東西を問わずわれわれが最初であったと言うことである。恐らくこれまで、発達障害臨床に従事してきた臨床家と、子ども虐待臨床に従事してきた臨床家とが分かれていて、われわれのようにその両者のケアを担当するセンターとして働くということが無かったからではないかと考えられる。一方、反応性愛着障害と解離性障害がそれぞれ約半数、反抗挑戦性障害と行為障害を合わせるとやはり約半数になる。

愛着障害に関しては、二つの問題がある。第一は、反応性愛着障害という診断そのものの問題である。これは減多に生じないと言われてきた。従来は他者にある程度の関心を持つようになったレベルの児童は、反応性愛着障害という診断を付していなかったのではないかと考えられる。それでは、この児童達は何と診断されていたのか。おそらくADHDである。だが、愛着障害が中心にあって、治療的枠組みが全く異なる多動性行動障害を呈する者を筆者はADHDと呼ぶことは出来ない。むしろ、従来の「減多に起きない」反応性愛着障害とは、元々の広汎性発達障害の基盤に虐待が加わった症例ではないか。子どもが部分的な愛着（虐待的絆）を形成せずに生きることは不可能だからである。この愛着障害診断の狭さは、児童青年精神科医が世界レベルで子ども虐待の症例をきちんと診ていないという事実ではないかと筆者

表2 子ども虐待に認められた併存症 (N=1036)

併存症	合計	%
広汎性発達障害	300	29.0
注意欠陥多動性障害	162	15.6
その他の発達障害	91	8.8
反応性愛着障害	438	42.3
解離性障害	512	49.4
PTSD	339	32.7
反抗挑戦性障害	202	19.5
行為障害	279	26.9

には思える。果たして日本の児童青年精神科医は、子ども虐待をきちんと診ているのだろうか。第二は、われわれは反応性愛着障害の診断を広汎性発達障害診断の者には付していない。しかしながら、広汎性発達障害において愛着は遅れるものの成立する。一方、容易に想像できるように、広汎性発達障害と子ども虐待が掛け算になった場合には、重複愛着障害と言わざるを得ない病態が出来上がるので、この国際診断上の規定も発達精神病理学的な観点に立ったとき正しいのか、疑問が残るところである。

解離性障害に関しても、同じ問題が生じる。解離の症状を持つものと、解離性障害とは分けるべきという見解がある。確かに解離という現象の幅を考えれば、解離を呈する者が全て解離性障害ではないであろう。しかしながら子ども虐待において現実には圧倒的な過少診断と筆者は考える。その理由は、児童は自分の体験が普遍的と考えているので、尋ねたときに初めて語るという経験を何度もしているからである。解離症状は見られないとケアワーカーが述べている被虐待児に、「お化けが見えていないか？」と尋ねると「うんあるよ」と答えるといった具合である。この解離の存在は、治療上は決定的な問題になる。普通の治療を行っても、健忘のために治療の積み上げが期待できない。数時間前の出来事を想起できない子は少なくない。さらに暴れた後に健忘を残し、事実の振り返りすら困難である。1年間治療を行った後、治療者の名前を答えることができない子どもに遭遇した

ときは、感動の余りこの現象に「鳥頭症候群」と思わず命名してしまった。

診断を行う目的は診断を組むためである。どれほどの愛着障害を基盤に持つ児童が ADHD の診断を附されているのか。どれほど、解離に基づく病理が見逃されているか。われわれは、国際的潮流に流されず、子どものための独自の臨床的視点に立つことが必要ではないかと考える。

発達障害診断は非常に多いものの、虐待の結果生じる反応性愛着障害の諸症状においては、発達障害に非常に類似した臨床像が含まれることも周知の通りである。症例においては、ニワトリタマゴ渾然として分からないものも多い。その詳細については、これまでも幾つかの報告を行ってきた（杉山ら, 2005; 杉山, 2007a, b）。しかし筆者は次第に、違った視点から子ども虐待と発達障害の絡み合いを見るようになった。

表2を一読して明らかなように、併存症の合計は100%を遙かに超え、これらの子どもたちの臨床的な重さがあらためて認識される。しかも年齢と併存症の関係を見ると、反応性愛着障害のように幼児期早期から認められるものと、解離性障害、行為障害のように、幼児期には非常に少なく、学童期の後半から青年期において急増加するものが認められる（杉山, 2007a）。筆者は数百名の被虐待児の診療を続ける内に、この様な一人の子どもが沢山の診断基準を満たすこと、さらに異なるカテゴリー診断を年齢に沿って移行してゆくことこそ、子ども虐待における大きな特徴であることに気付いた。ちなみに後者の現象を、発達精神病理学において異型連続性と呼ぶ（Rutter et al., 2006）。この視点からすれば、発達障害もまた数多くの診断カテゴリーの1つに過ぎないとも言える（杉山, 2009b）。具体的な症例を診ればそのことがもっとはっきりと理解できる。

症例、初診時 8歳男児 反応性愛着障害、行為障害

生育歴としては、幼児期に母親が死去し養護施設で育った。一見明るく表面的な付き合いでは問題はない。ところが小学校入学をする前から、突発的に万引きを繰り返し、発覚するたびに指導員と謝りに行く。その時は大声で泣いて謝るのであるが、翌日にまた万引きが繰り返される状態である。些細なことから喧嘩になる。これはふざけてくすぐり合っていたのが徐々に興奮が著しくなり、最終的には殴り合いまで行かずには治まらない。そうしていったん切れてしまうと、大声で怒鳴り泣きわめき、大暴れになり大人が何人かで押さえないと治まらなくなってしまった。さらに同じ施設に入所している、知的な遅れのある幼児を執拗にいじめ、ついに溝に突き落とし大怪我をさせるという事件を起こした。施設は対応に苦慮し、入院治療を行うことになった。薬物療法、精神療法を実施したが、入院させてみると、常時、解離性幻覚があり、さらに夕方から著しいハイテンションで、不眠など生理学的混乱が見られる。また気分変動が認められ、朝方はむしろ抑うつ的に不機嫌なことも多い。認知機能を調べると IQ 78と境界知能であったが、小学校1年生程度の学力に既に遅れが見られ、知的能力よりもさらに学力は落ちていた。極端な不器用もあり、身辺自立レベルで幾つかの課題を残す。

入院後も、他者の物を持ってきてしまうことや、弱い者いじめは続いた。この様な折り、心療科の病棟では全ての持ち物に名前を入れているため、容易に彼が他児のものを盗んだことが明らかになってしまう。医師や看護師が、「あなたが〇〇君のものを盗ったんだよね」と証拠を見せ直面化すると、彼は急に目の焦点が合わなくなりあくびをはじめ、朦朧となることを繰り返すのである。つまり解離反応が生じてしまう。治療としては、生活環境の調整、薬物療法による気分変動への調整とフラッシュバックへの対応、個人精神療法の開始などを経て、行動は徐々に改善し、半年の入院を経て、情緒障害

児短期治療施設への退院となった。

さて、この児童を機械的に診断基準のチェックを行うと、次の様に沢山の診断基準を満たす。ADHD、行為障害、解離性障害、双極性障害、さらに境界知能、学習障害も認められる。この様に、1人の子どもが沢山の診断カテゴリーを示すことが、子ども虐待の大きな臨床的特徴に他ならない。21世紀になって、脳画像診断の発展と共に、子ども虐待が脳に様々なダメージを生じる証拠が提出されるようになった (Tomoda et al., 2009a, b)。このことは、先の症例の臨床症状を見れば納得が行くことである。睡眠障害、注意力の障害は脳幹の機能に関わる。協調運動障害、認知の問題は間脳および大脳皮質の働きに関連する。衝動行為、対人関係の問題、記憶の障害は大脳辺縁系の問題である。さらに実行機能の問題や、学習の遅れは大脳皮質の機能に関わっている。つまり脳の全体である。最新の脳科学によって提示されている、子ども虐待の脳への影響は、一般的な発達障害に認められるものよりも遙かに甚大で、かつ広範である。筆者はこの事実から、子ども虐待を第4の発達障害と呼んだ (杉山, 2007a)。

臨床においては、数百例を診て初めてわかることがある。この呼称は、さまざまな論議を引き起こしたが、少しずつ受け入れられるようになって来ていると感じる。

IV. 子ども虐待のケアとトラウマ処理

子ども虐待のケアに必要なことをはじめにまとめる。これは既に、本誌に報告を行ったことである (杉山ら, 2005)。なによりも子どもの生活がケアの中心である。安全な生活が確保されていなくては治療が始まらないが実はこのことが非常に難しい。被虐待児は生活スキルに欠落があるものが多いので、その補いも必要である。愛着の修復のためには、愛着提供者が必要である。これが後述する社会的養護では大きな困難になる。さらにさまざまな問題行動が認められるため行動障害への抑制を行うことも必要になる。治療としては、第1に正しい診断であ

る。これだけ発達障害が多く認められるのであるから、その診断も必要である。ついで、治療として心理教育の役割が大きい。さらに子ども自身への治療、親へのサポートであるが、ここでは解離の統制と、フラッシュバックへの対応が大きな課題になる。子どもへの教育も重要な課題である。先に示したように、子ども虐待の症例は境界知能が多く、さらに知的な能力よりも学力が落ちる。学力の見極めと個別教育プログラムが必要な場合が少なくない。また健康な社会行動スキルの獲得がなされなくては、これまでの悪いモデルの模倣のみに終始することになる。こうして、子ども虐待へのケアはチームが必要である。そしてそのチームの調整および役割分担を実施することが必要になる。

さて、子ども虐待の親子への治療を実施していて、筆者は従来の精神療法では歯が立たないという現実と直面することになった。

患児7歳女兒とその弟、継母である。患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千畝子(現 兵庫教育大学)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、子どもへの虐待は止まらなかった。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が当たった。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必要があるのだ。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年間児童養護施設で生活を送った。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指摘された。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

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、治療終結となった。

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。

V. 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に、このような重症例が受診をしたことに、性的虐待の密かな拮かりを確信したのであった。

初診時9歳と7歳の女児姉妹である。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、姉は解離性のさまざまな症状と、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、精神療法を実施し、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

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

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性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、すくなくな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、次の世代にさまざま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、DESNOS (Zucker et al., 2006) 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こと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の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

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	100.0
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

ある。さらに重症の解離性障害、さらに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カ所の性的虐待対応センターを作り、さまざまな情報や支援を独自に組み立てることが必要になる。

VI. 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, 2009b)。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、さまざま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は、既に述べたごとく、さまざま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のたち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 (Vorría et al., 1998a, b; 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、直接かかわる者以外に、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。

Ⅶ. 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。齊藤(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、DBD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

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とも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うと、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（杉山, 2009a）。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。

Ⅶ. 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。つまりこの影響は *epigenetic* 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窺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。寄付講座ではあるが、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さまざま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, M.A., Schmajuk, M., Rich, B.A. et al. (2006): Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry*, 60(9), 991-997.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N. & Greden, J. (2002): Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 299-306.
- Herman, J.L. (1992): *Trauma and recovery*. New York, Basic Books, Harper Collins, Publishers, Inc.. (中井久夫訳 (1998): 心的外傷と回復. 東京, みすず書房.)
- 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, 世木田組他 (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. et al. (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), 170-175.
- Roy, P., Rutter, M. & Pickles, A. (2000): Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(2), 139-149.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006): Continuities and discontinuities in psychopathology between child and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 276-295.
- 齊藤万比古 (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.* New York, Guilford Press. (市井雅哉監訳 (2004): EMDR: 外傷記憶を処理する心理療法. 大阪, 二瓶社.)
- 佐々木裕之 (2005): エビジェネティックス入門. 東京, 岩波書店.
- 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障害. 東京, 学研.
- 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, 243-258.
- 杉山登志郎 (2009a): 成人の発達障害. そだちの科学, 13, 2-13.
- 杉山登志郎 (2009b): そだちの臨床—発達精神病理学の新天地. 東京, 日本評論社.
- 杉山登志郎, 海野千歌子 (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, 海野千歌子, 河邊真千子 (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, 296-306.
- Tomoda, A., Navalta, C.P., Polcari, A. et al. (2009a): 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. et al. (2009b): 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. et al. (1998a): A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: I. Social, emotional, and behavioural differences.

- Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 225-236.
- Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A. et al. (1998b): A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: II. Possible mediating mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 237-245.
- Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A. et al. (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. et al. (2006): Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(1), 19-31.