

- 1)精神保健外来を受診した被虐待児 56 例の分析
 - 2)子ども虐待と崩壊性行動障害の関係
 - 3)子どものトラウマ(心的外傷)のアセスメントに関するレビュー
- II．子どもへの性的虐待・性被害の発見や対応に関する基礎的研究
- 1)子どもの性的虐待(Child Sexual Abuse, CSA)に関する文献的検討
 - 2)性的虐待・性被害を受けた 39 例の子どもに関する検討

C．研究結果(各研究の報告)

I．被虐待児の精神的問題に関する研究

1)精神保健外来を受診した被虐待児 56 例の分析 (文責:奥山 眞紀子)

1．はじめに

精神障害者の中に被虐待体験をした人が多いことはこれまでも海外では多数報告されたきた(Starr, R.H.Jr., & Wolfe, D.A., 1991; Briere, J.N., 1992)。しかしながら、我が国での報告は少なく、特に、現実に虐待が続いている状態や施設に分離されている子ども達の症状やその治療に関する研究はほとんどない。実際には虐待を受けた子ども達の行動の問題に関しては、家族、施設、学校などさまざまな場面で対応に苦慮されている現実があるにも関わらず、被虐待児の精神症状の分析やその治療に関しての研究はほとんど行われていないのが実状である。本研究では、精神症状をもって精神保健外来を受診した被虐待児 56 例を分析することで、被虐待体験と精神的問題について考察し、今後の調査の基礎となるメカニズムを明らかにした。

2．対象

平成 1 年 10 月から平成 10 年 5 月までに埼玉県立小児医療センター付属大宮小児保健センター(平成 10 年 4 月より医療センターに統合移転)精神保健外来を受診した虐待ケース 56 例である。

3．虐待ケースの定義

社会的もしくは医学的に介入が必要であった虐待ケース、現在の子どもの症状に明らかに被虐待体験が影響しているケース、被虐待児自身、家族、または施設職員が虐待を認識しているケー

ス、のいずれかの要件を満たすものとした。

4．分析方法

これまでのカルテから初診時居住場所、初診時年齢、性、虐待の種類、虐待者、虐待者との同居の有無、虐待の開始の時期、他の外傷や喪失体験、主たる診断名、精神的問題、治療、症状の変化、他機関との連携、の項目を抜き出し、それぞれの項目と項目間の関係について分析を行った。特に在宅ケースと施設ケースの違いについてを中心として分析・考察した。

5．結果

(1)ケースの状況

A．初診時の生活の場

在宅：33 例(以下在宅ケース)

施設入所：23 例(以下施設ケース)

B．男女差

在宅ケース：男児 16 例、女児 17 例

施設ケース：男児 11 例、女児 12 例

で、いずれもほとんど男女差は見られなかった。

C．初診時の虐待の有無

在宅ケース 33 例中、虐待者と同居しているケースが 29 例(87.9%)、なんらかの虐待が持続していたものは 18 例(54.5%)であった。

D．初診時年齢

在宅ケース

初診時虐待持続例(18 例)：平均 6.4 歳

初診時虐待無し(15 例)：平均 11.6 歳

施設ケース

平均 7.7 歳

(2)虐待についての分析

A．虐待者

	在宅	施設
実父	11 (33.3%)	7 (30.4%)
実母	14 (42.4%)	8 (34.8%)
実父母	1 (3.0%)	2 (8.7%)
継父	2 (6.1%)	2 (8.7%)
実母 + 継父	2 (6.1%)	2 (8.7%)
親代り	0 (0.0%)	2 (8.7%)
実母 + 親代り	1 (3.0%)	0 (0.0%)
教師	1 (3.0%)	0 (0.0%)
実父母 + 教師	1 (3.0%)	0 (0.0%)

B. 虐待の種類

	在宅(%)	施設(%)
PA	15 (45.5)	11 (47.8)
Ng	2 (6.1)	5 (21.7)
SA	1 (3.0)	1 (4.3)
EA	1 (3.0)	0 (0.0)
PA+Ng	5 (15.2)	1 (4.3)
PA+SA	1 (3.0)	1 (4.3)
PA+EA	6 (18.2)	2 (8.7)
Ng+SA	0 (0.0)	2 (8.7)
PA+SA+EA	1 (3.0)	0 (0.0)
Ng+SA+EA	1 (3.0)	0 (0.0)
PA+α	28 (84.8)	15 (65.2)
Ng+α	8 (24.2)	8 (34.8)
SA+α	4 (12.1)	4 (17.4)
EA+α	9 (28.1)	2 (8.7)

* PA：身体的虐待 * Ng：ネグレクト

* SA：性的虐待 * EA：情緒的虐待

C. 虐待開始の時期

在宅ケース

乳児期 - 幼児期早期：33 例 (93.9%)

小学校高学年：2 例 (6.1%)

施設ケース

乳児期 - 幼児期早期：22 例(95.7%)

不明：1 例(4.3%)

(3)精神的問題と診断

A. 精神的問題

精神的問題	在宅	施設
愛着の問題	21(63.6)	19(82.6)
自律能力の問題	18(54.5)	19(82.6)
外向化	14(42.4)	16(69.6)
暴力	11(33.3)	13(56.5)
盗み・火遊び等	2(6.1)	5(21.7)
性的行動化	2(6.1)	4(17.4)
多動傾向	3(9.1)	12(52.2)
内向化	14(42.4)	11(47.8)
うつ状態	6(18.2)	4(17.4)
不安	8(24.2)	5(21.7)
自傷・頻回事故	1(3.0)	8(34.8)
自己感の問題	26(78.8)	19(82.6)
感情の言語化遅滞	14(42.4)	16(69.6)
自己評価の低下	24(72.7)	12(52.2)
他の自己感の問題	11(33.3)	7(30.4)
社会との問題	25(75.8)	17(73.9)
攻撃的	9(27.3)	14(60.9)
回避的	18(54.5)	6(26.1)
認知の問題	7(21.2)	11(47.8)
成長の障害	1(3.0)	2(8.7)
問題を認めず	2(6.1)	1(4.3)

B. 主たる診断と虐待の種類

a. 行為障害：13 例 (23.6%)

PA+α：12 例 (92.3%)

(PA:10 例、PA+Ng:1 例、PA+EA:1 例)

Ng+α：2 例 (15.4%)

(Ng:1 例、PA+Ng:1 例)

b. ADHD：7 例 (12.7%)

PA：4 例 (57.1%)

Ng：2 例 (28.6%)

Ng+SA：1 例 (14.3%)

c. 解離性障害：4 例 (7.3%)

PA：2 例 (50.0%)

PA+EA：1 例 (25.0%)

Ng+SA：1 例 (25.0%)

(4)他の外傷や喪失体験

	在宅	施設
両親の離婚や別居等	10(30.3%)	22(95.7%)
母の無理心中未遂	1(3.0%)	0(0.0%)
家族内殺人に関与	0(0.0%)	2(8.7%)
学校でのいじめ	1(3.0%)	0(0.0%)

(5)治療と変化

A. 治療の形態・頻度

	在宅初診時虐待あり(12)	施設なし(8)	施設(17)
平行面接	9(75.0)	0(0.0)	12(70.6)
頻度			
1 / W	3(25.0)	2(25.0)	3(17.6)
2 / W	5(41.7)	2(25.0)	1(5.9)
1 / M	3(25.0)	4(50.0)	12(70.6)
その他	1(8.3)	0(0.0)	1(5.9)
期間(ヶ月)			
- 6	4(33.3)	0(0.0)	5(29.4)
7 - 12	0(0.0)	1(12.5)	4(23.5)
13 - 24	1(8.3)	2(25.0)	3(17.6)
25 -	7(58.3)	5(62.5)	5(29.4)

B. 治療の継続性

	在宅(%)	施設(%)
継続*	18 (54.5)	14 (60.9)
中断後再開*	2 (6.1)	1 (4.3)
中断	10 (30.3)	3 (13.0)
評価・相談	3 (9.1)	5 (21.7)

C．症状の改善（*の例に関して）

	在宅(%)	施設(%)
改善	12 (60.0)	6 (40.0)
やや改善	3 (15.0)	4 (26.7)
不変	5 (25.0)	2 (13.3)
措置変更	-	3 (20.0)
合計	20 (100)	15 (100)

（平成 10 年 10 月時点）

D．在宅例における虐待の変化

（*で初診時虐待があった 12 例に関して）

おおむね消失： 6 例（50.0%）

存在するが改善： 3 例（25.0%）

不変： 1 例（ 8.3%）

虐待者と別居： 2 例（16.7%）

(6)在宅例における他機関との連携

全在宅 33 例中：21 例（63.6%）

初診時虐待 18 例（ ）中：15 例(83.3%)

継続治療 20 例（ ）中：13 例(65.0%)

且 12 例中：11 例(91.7%)

(7)虐待ケース治療の特徴

A．治療構造に関して

- ・他機関との連携が必要
- ・全体の支援計画の一部としての認識
- ・治療構造が保ちにくい（特に在宅）
- ・家族や職員への治療も不可欠
- ・環境整備が困難
- ・危機となることもある
- ・治療の形態や技法を臨機応変に変化させる柔軟さが必要
- ・再開ケースもあるも多い

B．治療の内容に関して

*子どもの治療

- ・信頼関係(治療関係)が持ちにくい
- ・攻撃性への対応
- ・距離の取りづらさ
- ・テストに耐えることの困難さ
- ・身体接触のとり方に注意が必要
- ・他の心的外傷や喪失体験の合併が多

*親(多くは虐待者)や家族の治療

- ・信頼関係(治療関係)が持ちにくい
- ・親の攻撃性への対応が必要

- ・操作的な親への対応が必要
- ・親の不安定さに振り回されることが多い
- ・家族の調整が求められることが多い
- *施設職員への対応
- ・職員の被虐待児の心理に対する認識を高める必要がある
- ・職員の苛立ちへの理解が必要
- ・施設職員への助言が重要
- （できるだけ具体的な助言）
- ・施設の生活における限界を認識することが必要

6．考察

(1)ケースの状況について

在宅ケースも施設ケースも男女差は認められなかった。しかし、全体の平均年齢が 8.3 歳は思春期前であり、一般に精神的問題を持ってくるのは男児に多いことを考慮すると、年齢の割には女兒の来所が多いことを示している。また、初診時年齢に関しては、在宅ケースで初診時虐待がなくなっていたケースの平均年齢 11.6 歳に比較して、在宅ケースで初診時虐待が持続していたケースや施設入所ケースは平均 6-7 歳台と若年であった。虐待がなくなっていたケースは過去の虐待が現在の症状に影響していることを示しており、虐待の精神的影響は現在の虐待が消失しても大きいものであることを示している。それに比較して、虐待が引き続いていたり施設に入所している被虐待児は、年齢が低くても精神症状を示す可能性があることが伺われる。

(2)虐待に関して

虐待に関しては身体的虐待が絡んでいるケースが在宅で 84.8%、施設で 65.2%と高い傾向にあった。これは、身体的虐待がもっとも虐待として把握されやすいために多くなったものと考えられる。その為、身体的虐待の存在が精神的問題を起こしやすい結論づけるには更なる研究が必要である。また、特に施設ケースでネグレクトが絡んでいるケースが多かった。これは、ネグレクトが施設入所の一因となることに関係があると考えられる。さらに、情緒的虐待が在宅ケースで多いのは、虐待者からゆっくり話を聞ける在宅ケースでは情緒的虐待を把握しやすいが、自分で虐待者に面接をすることのできない施設ケースでは情緒的虐待が見逃されている可能性もある。

虐待者に関しては実父と実母が多かった。これは虐待開始年齢がほとんど乳幼児期であることとも一致している。乳幼児期という弱年期に最も身近な実母や実父から虐待を受けることが精神的問題に繋がることが多いことを示しているのかもしれない。

(3)精神的問題や診断に関して

精神的問題には、愛着の問題、自律能力の問題、自己感の問題、社会との問題、認知の問題、が多く認められた。また、診断名では行為障害、注意欠陥他動障害、解離性障害が多く認められた。心的外傷後ストレス障害が少なかったのは、小児精神科に受診するにいたるには周囲の人が何らかの問題を感じることが要因となっているため、単なる心的外傷後ストレス障害では受診が少ないものと考えられる。また、発達途上の子どもにとっては、心的外傷が発達の阻害因子として働くことが多く、その症状が目立つことも要因として考えられる。さらに、解離性障害は外傷による精神症状が重症な状態に至っているものであり、DSM-IVの診断基準を満たすような心的外傷後ストレス障害に留まらないケースが多いことも伺われる。

これらの点を考え合わせると、今後の被虐待児の精神症状の調査では、愛着形成の問題と心的外傷による問題を基礎に、その結果としての自律能力の問題、自己感の問題、社会との問題などについて検討していくことが望まれる。特に愛着の問題に関しては、近年 a secure attachment (type B), an avoidant attachment (type A), ambivalent-resistant attachment (type C) (Ainworth et al., 1978), disorganized-disoriented attachment (type D) (Main et al, 1990) に分類されて考えられるようになってきている。今後の研究ではこの分類を基に調査していく必要がある。また、小児期であっても解離症状が見られることは多い。しかし、子どもの解離症状は見逃されがちであるため、調査をきちんと行うことによってその存在を明確にすることが望まれる。その他の心的外傷に基づく症状に関しても分節かされた形で調査が行われなければならない。これらの調査を行う上で有用と考えられる評価法に関しては 3) 子どものトラウマ(心的外傷)のアセスメントに関するレビューで取り上げる。また、主たる診断名として最も多かった行為障害と被虐待体験との関

係に関しては 2) 子ども虐待と崩壊性行動障害の関係 で更に深める。

(4)他の外傷や喪失体験について

今回のケースでは、被虐待体験以外の外傷や喪失体験が非常に多かった。特に、施設ケースでは両親の離婚や別居と言った喪失体験が 95.7%と非常に多かった。これは、被虐待児すべてに共通することであるのか、このような重複した外傷や喪失体験が精神的問題を持ちやすくしているのかは今後の研究課題である。

(5)治療と変化

治療に関しては、在宅ケースに治療の中断が多い(30.3%)ことが特筆できる。施設ケースでは職員が治療に連れてくるが、在宅ケースでは虐待者もしくはその家族である親が治療に連れてくる任を負う。虐待ケースではその任を負う人が ambivalent であることが多いため、治療構造が保ちにくいものと考えられる。地域との連携で治療構造を保つ努力が必要である。しかし、治療中断後しばらくして治療が再開したケースもある。あきらめないことも大切である。

治療構造が保たれた例の 60.0%は症状が改善(治癒ではない)している。施設ケースでも改善とやや改善をあわせると 66.7%とかなり多い。治療の必要性をあらわすものである。また、在宅で初診時虐待があった例で治療が継続できた例のうち半分で虐待が消失し、1/4 で虐待が少なくなっていた。治療が継続できるケースは治療により虐待そのものを減らすことができることを示している。

(6)在宅ケースにおける他機関との連携

初診時に虐待があったケースでは 80%以上で地域他機関と連携する必要があった。虐待ケースは一機関だけで抱えられるのではなく、連携が必要であり、そのことは虐待ケースには治療者の時間がかかり割かれることも示している。

(7)治療に関して

治療に関しては、治療構造を保つ努力が必要であり、治療内容に関しても家族や施設との係わりも大切であり、子どもの治療には忍耐が必要であることが明らかであった。

7. 結論

精神保健外来を受診した虐待ケースを分析した結果、虐待ケースの精神的問題に関しては、愛着の問題、心的外傷の問題、を基礎に、自律の問題、自己感の問題、解離症状の問題、などを中心に調査を行うことが必要であると考えられた。

8. 発表

本研究の内容は本年度の児童青年精神医学会にて発表した。

9. 文献

Ainworth, M.D.S. et al (1978): patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Briere, J.N.(1992): Child Abuse Trauma. Newbury Park, California: SAGE publications.

Main, M. et al (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. Greenberg, D et al (Eds.), Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press.

Starr, R.H. Jr, et al (1991): The Effect of Child Abuse and Neglect. New York: The Guilford Press.

2)子ども虐待と崩壊性行動障害の関係

(文責：宮本 信也)

1. はじめに

崩壊性行動障害 (disruptive behavior disorders) とは、その子どもの行動上の問題のために、本人自身よりも周囲や社会が困ることが多いものをいう¹⁾。注意力障害や多動性を特徴とする注意欠陥/多動障害、他人をいらつかせる行動を特徴とする反抗挑戦性障害、法に触れる行為を反復する行為障害 (いわゆる非行) の3種類の疾患からなる。これら3疾患の間には、合併と移行という関係がある。注意欠陥/多動障害は、他の2疾患と相互に合併しうる関係を持つ。また、注意欠陥/多動障害から反抗挑戦性障害、さらに、行為障害という移行が存在する。注意欠陥/多動障害の状態がなく、反抗挑戦性障害から行為障害へという移行もある。

これら崩壊性行動障害の成因としては、基本的には遺伝と環境の相互作用により生じると考えられているが、環境要因として最も重要なものが虐待環境であると考えられている。このことは、虐待する親自身、子ども時代に虐待されていることが少なくないという「虐待の連鎖」から考えても理解できるところである。本研究では、子ども虐待と小児の崩壊性行動障害の関係について、現時点で何がどの程度明かとなっているのかを、文献調査により検討しようとするものである。

2. 目的

本研究の目的は、子ども虐待とその後の崩壊性行動障害の関係を明らかにすることである。具体的には、以下の4つの項目に関して検討を加える。

A. 子ども虐待は崩壊性行動障害の誘因・原因となるのか

B. 子ども虐待のタイプによって、生じる崩壊性行動障害に違いがあるか

C. 子ども虐待の程度・時期によって、生じる崩壊性行動障害に違いがあるか

D. 子ども虐待を背景要因とした崩壊性行動障害への有効な対応方法はあるか

3. 方法

今回は、これまでに明らかにされていることを概観するため、文献調査により検討を行った。

4. 結果と考察

A. 子ども虐待は崩壊性行動障害の誘因・原因となるのか

1) 崩壊性行動障害を持つ児・者における被虐待経験の有無

(1) 多動性障害と被虐待経験

多動性障害の患児を対象として、被虐待経験を検討した報告がいくつか認められる。Heffronら²⁾は、多動を主訴に受診した患児において、注意力障害合併の有無に関わらず、一般人口に比べ身体的虐待がより多く認められたと報告している。年齢ごとの虐待の頻度は注意力障害の有無により違いはなかった。もし、多動が虐待の誘因であることが多いとすれば、年齢が上がるに連れ虐待頻度が増加することが予想されるので、この結果は、多動が虐待の誘因にもなれば結果にもなることを示しているように思われる。Accardoら³⁾は、