

第59回日本小児保健協会学術集会 市民公開講座

虐待の連鎖を断ち切る支援とは一親子と向き合う我々に、求められていること、できること一

虐待を受けた子どもを理解し・支援する

～虐待の連鎖を断ち切るために～

奥山 眞紀子 (国立成育医療研究センターこころの診療部)

I. はじめに

子ども虐待が社会的に知られるようになり、対応が進み始めたのは1990年代の始めである。筆者はその頃に、養護施設にかかわり始め、虐待を受けた子どもと接し、子どもたちにある共通の特徴があると感じるようになった。タイミングが取りにくかったり、一定せずに自己調節が苦手であったり、希求と回避が繰り返されるなどの特徴である。その行動を理解するために、キーワードとして考えたのが、①トラウマ、②アタッチメント(愛着)、③自己調節、④自己感、⑤他者関係、である。そこで、子どもたちの症状を明らかにすべく、臨床的な分析を行った¹⁾。その結果、虐待を受けた子どもで何らかの精神的問題で受診した子どもの主訴は約78%が行動の問題であり、主たる診断名に関しては、比較的低年齢の子どもを対象としたことが影響したのかもしれないが、反応性愛着障害(RAD)が40%以上と最も多く外傷後ストレス障害(PTSD)は19%と少なかった。ただし、診断基準を満たさないもののトラウマ症状を有している子どもは多かった。また、虐待を受けた子ども以外では診断名がつくことが少ない解離性障害が約13%にのぼり、大きな特徴であることもわかった。このような臨床経験から、臨床的仮説として、アタッチメント形成不全とトラウマが悪循環となる状況が存在し、それが自己感の発達を妨げているのではないかと考えた。本発表では、それらに関して、虐待を受けた子どもの理解を進める一助にさせていただけるように解説した。

II. アタッチメント

アタッチメントとは Bowlby, J が提唱した²⁾親子の絆を指す。Bowlby はアタッチメントを、乳幼児が危険や不快を感じた時に養育者に近づいて守ってもらおうとする行動が活性化し、養育者に安心感を与えてもらうと脱活性化する行動システムと考えた。また、危険を避けて遺伝子を残す行動なので、遺伝的に組み込まれている行動であろうとも考えた。一方で、動物等の研究から、養育者からの適切なケア行動を受けないと引き出されない行動でもあったと考えたのである。近年の epigenetics の研究^{3,4)}はその生物学的基盤を提供している。

Bowlby の後継者である Ainsworth, M は親以外の人との出会い、親との分離・再会の場면을構造化して作りだし、その時の子どもの行動を観察して、アタッチメントパターンをアタッチメント行動が起きにくい回避型(A)から激しく求めすぎる抵抗型(C)まで分類した⁵⁾。その中間が適度なアタッチメント行動であり、安全型(B)と呼ばれるものである。しかし、これらの分類は一般の家庭の子どもを対象としたものである。虐待という状況にある子どもの多くは、守ってもらえるという安心感・安全感が育たない。その結果、危険や不快を感じても養育者を求めて安心する行動、つまりアタッチメント行動が適切に発達せず、その場に立ち尽くして解離した状態になったり、まとまりのない行動になったりすることがある。このようなアタッチメント行動パターンを Main らは未組織・未方向型(D)とした⁶⁾。また、精神科の診断分類にも愛

着障害がある⁷⁾。これはアタッチメント行動のパターン分類とは異なり、病的状態という視点から組み込まれたものである。愛着障害は他者との関係性を閉ざしてしまう抑制型と特定のアタッチメント対象ができずに、だれかれ構わずべたべたと求めていく脱抑制型に分類されている。

Ⅲ. 子どものトラウマ

トラウマとは心理的統合が保てなくなるほどの衝撃を受けることによる心理的傷のことである。Terr, LCは子どものトラウマを二つの型に分類した⁸⁾。I型トラウマとは災害や事故などの1回の強い恐怖体験によるトラウマであり、典型的なトラウマ後ストレス障害(PTSD)の反応を示すことが多いが、虐待や戦争などによる繰り返されるトラウマであるII型トラウマでは典型的なPTSD反応より否認、感情麻痺、解離、怒りなどの反応が多い。II型トラウマは単に回数や機関の問題だけではなく、人間関係を崩すトラウマかどうかとも影響していると考えられる。その意味で、子どもの複雑性トラウマ⁹⁾と呼ばれるものはII型トラウマに近い。子どもの複雑性トラウマはPTSDの症状はあってもそれに留まらず、長期にわたって広範な症状を持つ危険を有するものである。注意欠陥(欠如)多動性障害(ADHD)、反抗挑戦性障害(ODD)、行為(素行)障害(CD)、不安障害などの診断基準を満たすこともあるが、自己調節や関係性の困難さの側面を捉えているに過ぎない。複雑性トラウマを受けた子どもが呈する可能性のある症状はさまざまであり、幅広い症状を持つ。

Ⅳ. アタッチメント形成不全とトラウマの相互作用

アタッチメント形成不全の子どもは、養育者に近づいて守ってもらう行動がとれず、自分で自分を守らざるを得ず、同じ刺激でも傷、つまりトラウマを負うことになる危険が高い。また、トラウマを受け続けると安心感を得る自信や他者への信頼感が育たず、アタッチメント行動の発達を阻害することになる。つまり、アタッチメントの問題とトラウマは影響し合い、悪循環となり、「安全ではない自己と他者への不信」を作ることになる。

Ⅴ. アタッチメント形成不全—トラウマ複合

ある人の行動が何らかの核を中心として形成されて

いることを複合と呼ぶ。劣等感が核になっているときは劣等感複合(inferior complex)であるし、母親が核になっている時には母親複合(mother complex)である。虐待を受けた子どもは、アタッチメント形成不全—トラウマが核になって行動が形成されていると考えることができる¹⁰⁾。アタッチメント形成不全—トラウマ複合(ATC)の子どもたちは、守られている感覚が薄いうえに恐怖体験を重ねている。その結果安全感・安心感が得られず、外界は恐怖であると感じている。そのうえ、他者への信頼感も育っていないため、常に自分で自分を守るための臨戦態勢となる。そのために、過覚醒となり、安全な刺激と危険な刺激の弁別能力が低下し、全ての刺激に反応してしまう。虐待を受けた子どもは小さな物音にも反応することはよくみられる。そして、何らかの危険や不快な刺激がある時には即座に戦うか逃げるかという体制をとることになる。そのために衝動的になり、攻撃性も高くなる。そのような臨戦態勢下では長期的な展望が持てず、刹那的な行動になるのは当然であり、自己の連続性が育たなくなる。

しかし、一方で、自分で処理できない程の刺激はシャットアウトしてしまう。例えば、DV家庭で育つ子どもは、父親が帰宅してドアノブを回す小さな音には敏感であるが、父親が大声で怒鳴り始めて母親が泣きわめいていても、何も聞こえない状態でテレビを見て笑っているということは少なくない。このような感覚過敏と感覚鈍麻は、脳の情報処理機能が発達する時期に、脳に入る刺激が一定しないことに繋がり、脳の情報処理機能の発達に影響を与えることは容易に想像がつく。

このような形で自分を守ろうとするが、弱い子どもにとって成功体験は少ない。子どもは親に支えてもらってできたことでも自分が成功したという万能感を持つことが発達に繋がるが、その成功体験を持ってない子どもは無力感が高まり、うつになる危険は高い。

また、養育者のケアによって不安が強くなったらただめてもらい、一定の感情に収めることの経験が十分でないと、自己を包含する枠組みが育たず、自己調節能力が乏しくなる。更に、アタッチメントの基本要素である同調する感覚が育たないと共感性が乏しい状態になる危険もある。また、感情のミラリングを受けることが少ないと、感情の認識が乏しくなることもある¹¹⁾。

本来であれば、自己の統合性を育てる重要な時期である乳幼児期にその発達を阻害する上記のような状況が存在することで、統合された自己感の発達が阻害される危険がある。その結果としての行動は社会の中では不適応行動に繋がり、育て難さにも繋がる。しかし、本来は、守られずにトラウマを受け続けた子どもたちが生き残ろうとして身につけた行動と考えられるのである。

VI. 虐待を受けた子どもの治療

上述のような子どもの治療を考えるうえでは、まず、安全で安心できる環境を与えることが最も大切なことである。実際には、子どもたち自身がそれを崩す行動をとることが多く、安全で安心な環境下に置くこと自体が困難な場合も少なくないが、それを第一に達成することは子どもの改善と発達の基礎となる。そのうえで、アタッチメント形成に焦点づけられた治療、トラウマ治療、ATCによる二次的問題への治療の三方向からの治療を組み立てることに意味があると考えられる。

1. アタッチメントに焦点づけられた治療

子どものニーズに合ったケアが治療に繋がる。しかし、虐待を受けた子どもは適切にケアを求めることができない。従って、子どものニーズに敏感になり、子どもが危険や不快を感じた時には、養育者の方から近寄ってケアを与えることが必要になる。また、子どもが探索に向かう時には見守ったり、一緒に遊ぶなどで満足感を得ることを助けるケアが必要になる。虐待をしてしまう親の場合、子どもが探索に向かうと捨てられたような感覚になり、逆に抱きついてしまうこともあり、子どもの混乱に繋がる。子どもの適切なニーズを捉えてケアできるように養育者を支援することがアタッチメント治療の基本である。適切な身体接触とその感覚を認識することを促すこともニーズを捉える能力の発達に繋がるし、子どもにとっても適切な身体接触が安心に繋がるのが認識されると他者への信頼感を育てるのに役立つ。

2. トラウマに焦点づけられた治療

生活の中ではまずトラウマ反応を引き起こす対象を除去し、安全感があり安定した生活を確保することが必要となる。そのうえで、耐えられる範囲でトラウマ

に接近していく。その方法は遊戯、絵、物語など子どもに応じて工夫が必要となる。また、自己の感情を認識してリラクゼーションなどを通じて自己の感情の安定化を図る方法を身につけることも有意義である。遊びを使う時には、子どもの遊びが強迫的でファンタジーに乏しい「トラウマ後遊戯」¹³⁾から、ファンタジーを使ってトラウマを乗り越える展開ができる「適応的再演遊戯」に変化するのを支援することとなる。ある程度以上の年齢の子どもには、トラウマを受けた時の自分の反応を認識させる心理教育やそれも含まれるトラウマフォーカス認知行動療法¹⁴⁾が有効とされている。これらのトラウマへのアプローチは心理治療としてなされる必要があるが、生活内でその子どもの痛みを支える必要があることと、生活内でさまざまな展開があることから、心理治療と生活を支える養育者の連携は重要である。

3. 二次的問題への治療

ATCにより認知の問題が生じることが少なくない。例えば感情の認知の問題、時間感覚の問題、空間認知の問題、身体像の発達の遅れ、自己の連続感の問題などである。また、他者関係の問題が更に子どもの状況を悪化させることもある。これらの問題に関して、アタッチメントの治療を待つだけではなく、環境とのかかわりをしやすくする支援も必要である。例えば、絵本を使った感情認知への支援、入浴時に身体を洗う感覚を利用した身体像の強化、短期間カレンダーを利用した日時の感覚の育成、ソーシャルスキルトレーニングを利用して他者とのかかわりをやりやすくするなど、二次的問題への治療を工夫することも大切である。

VII. 最後 に

年少時から虐待を受けて育つことは子どもの発達を大きく阻害する。虐待の早期発見早期支援は小児保健にとっての重要な課題である。

文 献

- 1) 奥山真紀子. 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. 平成10年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)被虐待児童の処遇及び対応に関する総合的研究(主任研究者:庄司順一)報告書. 1999; 312-316.
- 2) Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1: Attach-

- ment. Basic Books, New York, 1969/1982.
- 3) Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, Caldji C, Francis D, Freedman A, Sharma S, Pearson D, Plotsky PM, Meaney MJ. Maternal Care, Hippocampal Glucocorticoid Receptors, and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress. *Science* 1997 ; 277 : 1659-1662.
 - 4) McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 2009 ; 12 : 342-348.
 - 5) Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment : A psychological study of the a strange situation. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1978.
 - 6) Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton T B, Yogman MW, eds, *Affective development in infancy*. Norwood, NJ : Ablex 1986 ; Pp95-124.
 - 7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC : American Psychiatric Association 2000.
 - 8) Terr LC. Childhood Traumas. An Outline and Overview. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 10-20.
 - 9) Cook A, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 2005 ; 35 : (5) 390-398.
 - 10) 奥山真紀子. アタッチメントとトラウマ. 庄司順一, 奥山真紀子, 久保田まり編著. アタッチメント 子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐって. 明石書店, 2008 ; 143-193.
 - 11) Fonagy P, et al. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press. New York 2002.
 - 12) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 2005 ; 44 : 1206-1219.
 - 13) *Posttraumatic Stress Disorder. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood : Revised Edition (DC : 0-3R)* Zero to Three Press. 2005.
 - 14) Cohen J A, Mannarino A P, Deblinger E. *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. The Guilford Press, 2006.