

8. 発達・行動から虐待を疑う

保護者へのまわりつきが年齢相当でない（分離不安）、癩癩がひどい、いらいらが強い、攻撃が多い、発達の停滞・後退（言葉が減った、しゃべらなくなった、歩かなくなったなど）、様々な身体症状（頭痛、腹痛、原病による症状の再現）などの身体化、侵入症状（フラッシュバック）を現実に行っていることと誤って認識することからくる日常的な不安や恐怖、悪夢をよくみる、など多彩である。とくに、神経発達症（自閉スペクトラム症、注意欠如多動症など）、身体化障害、転換性障害、全般性不安障害、解離・幻覚、うつ、など、子どものトラウマ症状は多岐にわたり、子どもの発達や行動上の問題を臨床場面で診る場合は、正確で丁寧なアセスメントスキルを要する。

1. 虐待（逆境的体验）と子どもの精神症状

愛着障害とは、幼児または小児期において、発達の不適切な愛着行動を特徴とする症候群である。不適切な愛着行動とは、「子どもが保護者に対して、安心したい、助けてほしいという行動を減多に示さない、または最小限しか示さない」ことを指す。社会的および情緒的応答の欠如、ストレスのかかった状況でもアタッチメント行動がないかほとんどない、感情調節に重大な問題がある等が含まれる。さらに陽性の感情反応が少なく、はっきりした原因のない、あるいは原因と思われることに釣り合わないような恐怖や興奮を突然起こしたりすることがある。社会的で感情的な相互的対人交渉が欠如しているか、少なくとも深刻に押さえつけられている。

愛着障害は、子どもの発達・行動に大きな影響を及ぼす。以下、反応性愛着障害、脱抑制型対人交流障害、心身症の3つの疾病に関して概説する。

1) 反応性愛着障害

同世代との相互交流の乏しさが目立ち、対人場面で過度の恐れや警戒心を示す一方、世話する人には接近と回避が入り混じりなど非常に矛盾した反応を示す。米国精神医学会の精神障害の診断・統計マニュアル第5版（DSM-5）による診断基準を以下に示す。

①診断基準

A. 以下の両方によって明らかにされる、大人の保護者に対する抑制され情動的に引きこもった行動の一貫した様式

1. 苦痛なときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽を求めない
2. 苦痛なときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽に反応しない

B. 以下のうち少なくとも2つによって特徴づけられる持続的な対人交流と情動の障害

1. 他者に対する最小限の対人交流と情動の反応
2. 制限された陽性の感情
3. 大人の保護者との威嚇的でない交流の間でも、説明できない明らかないらだたしさ、悲しみ、または恐怖のエピソードがある

C. その子どもは以下のうち少なくとも1つによって示される不十分な養育の極端な様式を経験している。

1. 安楽、刺激、および愛情に対する基本的な情動欲求が養育する大人によって満たされることが持続的に欠落するという形の社会的ネグレクトまたは剥奪
2. 安定したアタッチメント形成の機会を制限することになる、主たる保護者の頻回な変更（例：里親による養育の頻繁な交代）

3. 選択的アタッチメントを形成する機会を極端に制限することになる、普通でない状況における養育（例：保護者に対して子どもの比率が高い施設）

D. 基準 C にあげた養育が基準 A にあげた行動障害の原因であるとみなされる（例：基準 A にあげた障害が基準 C にあげた適切な養育の欠落に続いて始まった）。

E. 自閉スペクトラム症の診断基準を満たさない。

F. その障害は 5 歳以前に明らかである。

G. その子どもは少なくとも 9 か月の発達年齢である。

該当すれば特定せよ

持続性：その障害は 12 か月以上存在している。

現在の重症度を特定せよ

反応性愛着障害は、子どもがすべての症状を呈しており、それぞれの症状が比較的高い水準で現れているときは重度と特定される。

②診断のポイント

同世代との相互交流の乏しさが目立ち、対人場面で過度の恐れや警戒心を示す一方、世話する人には接近と回避が入り混じるなど非常に矛盾した反応を示す、感情表出にムラがあり状況依存的であるなど、発達障害とは異なる様相が観察される。詳細な子どもの成育歴の聴取と共に、必要に応じて保護者の成育歴聴取、家族内力動のアセスメント、などが必要である。

自閉スペクトラム症など神経発達症や身体疾患などに伴う医療的ケアがあることで育児困難が生じ虐待を招いている可能性を忘れてはならない。まずは、発達特性評価、慢性疾患をもつ子どもにおいては、親の疾病受容やソーシャルサポートの有無などを確認する。また、被虐待の疑われるケースに関しては、子どもの安全、安心を確保することが優先であり、対象ケースの支援には多職種、多機関との連携が必須である。問題として挙げられやすい子どもの派手な行動の背景にある心理的トラウマ体験、その体験から生じた可能性のある症状を医学的にアセスメントし、関わるスタッフに対する子どもの理解を促すことが医師の重要な役割となる。

2) 脱抑制型対人交流障害

特定の大人に愛着を示すことなく、知らない人に対しても過度に馴れ馴れしい様子が見られる。しかしその親密さは表面的で浅薄であることが特徴である。保護者の頻繁な交代が原因となる。年少児に見られるこの障害の中核症状は、見知らぬ人に不適切に近づくこと、見知らぬ人への警戒心の欠如、見知らぬ状況で保護者を確認することができないこと、知らない人についていて慣れ親しんだ保護者から離れてウロウロしたがることなどである。無差別的行動には適切な身体感覚の境界が欠けていることも伴うため、これらの子どもは見知らぬ人との関わりにおいて、出しゃばりだったり、攻撃的だったり、身体的に接触しようとすることもある。DSM-5 による診断基準を以下に示す。

①診断基準

A：少なくとも以下の 2 つ以上の行動がある。

1. 見慣れない大人に対してもためらわず交流する
2. 過度に馴れ馴れしい言葉遣い、身体的行動をする（年齢から逸脱するレベルでの）
3. 不慣れな状況において、保護者が見えなくても平気

4. 見慣れない大人についていこうとする

B：以下のうち少なくとも1つ以上、不十分な養育様式を経験している。

1. 安心したり、愛情を持って保護者と関わることがなかった（社会的ネグレクト、または剥奪）
2. 保護者が頻繁に変わる環境だった（例えば、里親による養育の頻繁な交代）
3. 特定の人間と愛着を築きにくい環境にいた（例えば、子どもの数に対して職員の数に足りていない施設等）

上記の条件に加えて、少なくとも子どもは9か月以上の年齢で、また注意欠如多動症の衝動性によるものではない場合に診断される。

②診断のポイント

注意欠如多動症との鑑別がポイントとなる。例えば見知らぬ人と一緒にいることが好きで、受け身的な意味で人見知りをしなない子どもは、区別されるべきである。

3) 小児心身症

身体疾患のうちその発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的・機能的障害の認められる病態を呈するもの。子どもは心身の関係が未熟・未分化であり、心理・社会的ストレスが身体症状化しやすい。抑圧という心理防衛機制は身体化を助長し、とくに両親・環境の影響を受けやすい（易変性・一過性・可逆性・反復性、などの特徴を有する）。また、不安や抑うつなどの情緒、多動・衝動・自傷・他害などの行動上の問題を伴いやすい。心身症と診断した場合、とくに社会適応の低いケースや情緒や行動上の問題を併存するケースは、虐待によるトラウマ症状の可能性を念頭におき、丁寧な成育歴の聴取、家族内力動のアセスメント、他機関との連携をする。

3. 終わりに

逆境的体験による子どものトラウマ症状は多彩にわたる。発達、行動、退行、身体化などがあり、状況依存的、かつその症状が移動性で多発性があり、社会的機能に問題が生じている場合は、詳細な生育歴の聴取（保護者の成育歴含む）、家族内力動のアセスメント、発達検査における子どもの情緒や、親子関係性、他機関との連携、など、を積極的に実施し、子どものSOSを逃さないことが重要である。