
原 著

トラウマを受けた子どもの心理学的分析 —被虐待児への治療的な関わり

新宮 一夫

鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部 医療福祉学科

キーワード：乳幼児精神保健，トラウマ，関係性障害，再接近期の危機，心の満ち直し，ホールディング，心の安全基地

要 旨

- ・この論文の目的は，ある被虐待児童のメンタルヘルスを考察することにある。
- ・本分析の要点は，心理的トラウマと子どもの心理的発達にある。
- ・重要なことは，虐待を受けた子どもたちは心の成長に障害を来すということである。
- ・そうした子どもたちは，早期の心のケアを必要としている。
- ・そのために，治療的な関わりでは，子どもたちにほどよい「ホールディング」とほどよい「心の安全基地」を提供することが大切になる。

1. はじめに

人間は、乳幼児期からさまざまな心の外傷（トラウマ）を体験しながら生きている。トラウマは、戦争や災害、暴力などの目に見える特別な状況下におけるマクロ・トラウマだけではなく、乳幼児期から家族関係のなかで引き起こされる関係性障害（relationship-disturbance）が積み重なって顕在化するミニ・ミクロトラウマもあると言われている¹⁾²⁾。

ところで、虐待を受けている児童は、このマクロ・トラウマとミニ・ミクロ・トラウマの両方をトラウマとして抱えながら生きている場合が少なくない。今日、このようなトラウマが、子どもの心の成長に大小さまざまな障害を与えることが知られており、また、被虐待児のメンタルヘルスには、できるだけ早期に適切な心の治療が必要とされることも分かってきた。

ここで扱う事例は、熱傷により重症を負わされた児童（以下、Aと記す）が、児童相談所に保護されてから児童養護施設に入所するまでの発達心理学的、精神分析学的分析による症例である。Aは、この他にも虐待を受けた形跡があり、さらに乳幼児期から施設に預けられて育ってきたという生活史も併せ持っている。

この論文では、筆者が心理的ケアのマネージャーを担当した、一症例の治療的な関わりを通して、乳幼児の心の発達に焦点を当てながら、被虐待児の心理的トラウマの分析と心のケアに重要だと思われる課題について若干の考察をおこなう。

また、この症例分析を行うにあたっては、プライバシーに十分な配慮をしながら、ケースヒストリーをできるだけわかり易く伝えるために、時系列的に物語性を加味して述べてみたい。「 」による会話を多く入れているのはそのためである。

2. 生活史

最初に、被虐待児Aの生育歴と被虐待体験および心の発達に係る概要について時系列的に説明する。

(1) 生育歴

5歳女児。妊娠中の特記事項はなく、在胎33週、体重2040グラム、頭位自然分娩で生まれる。

家族構成は、実母・養父・兄の4人。

精神運動発達は順調であったが、母親の病気と体調不良で養育困難となり、生後8ヶ月から2歳1ヶ月までの間、乳児院に入所した。兄は、この間、施設に預けられることはなく親の元で養育された。

乳児院を退所後、保育園に通い始めたが両親が離婚した。そのため一時期実父と父方祖母に引き取られるものの3歳時に母親が再婚をした後は、養父が加わった既述の家族構成の生活となった。保育園の通園は、母親の体調によりまちまちで全く通園しない月もあった。

(2) 父母子関係

母親は、Aを出産後自分の病気治療のため、主な育児を父方祖母に頼った。母親は、Aとの乳児期の満足な母子関係を体験することなく施設に預けた子どもについて、「父親（実父）にはなつくが、私にはなつかないで困る」、「父親は甘やかすからだ」、「Aは父親に似ているから嫌い」、「この子はブス」、「この子は可愛くない」、「お兄ちゃんは宝物」などと施設職員に子育ての感想を話し、外出時にもAを抱く姿は見られなかった。

2歳で家庭に引き取られた後も母子関係は改善されず、母親はAと対照的に長男を可愛がり、衣食についても兄弟間で差別をした。保育園の行事では、長男を気にかけても、Aは放ったらかしであった。当時、Aには、しきりに絵本を破るとか夜尿などの問題行動が出ていたが、そのことについて母親は「同じ兄弟でどうしてこんなに違うのか」と苛立ちを表現した。

Aは両親が離婚後、数ヶ月間を実父・祖母と暮らしながら保育園に通った。このときは通園が規則的になり、友達と遊ぶ姿が多く見られるようになったが、情緒は相変わらず不安定で、怒りっぽくトラブルを生じ易かった。その一方で、保育士にはわがママを言った

り甘えたりできるようになっていた。

その後、母親が引き取ってからは再び通園が不規則になった。保育士の話によると、Aが母親に甘えることはなく、Aの表情は暗く硬かった。家庭では養父によると思われる身体的暴力があった。

3. 被虐待の概要

国は、児童虐待防止法の第2条で児童虐待の定義を定めている。それに準じて、Aの被虐待体験の概要を整理すると次のようになる。

Aが受けたと思われる虐待の主なものは以下の通りである

- (1) ネグレクト：4歳ごろから身体の痩せが目立つようになった。57ヶ月で身長が101.3センチ、体重が13.3キログラム。これは、病歴などが見当たらないため、食事に関する制限が加えられたものと考えられる。
- (2) 心理的虐待：長男はブランドものを着ているが、Aは古着を着せられてその差が極端であった。
- (3) 身体的虐待：手、腕、おしり、腹部、顔に痣痕が認められた。背部から臀部にかけて20%・2度の熱傷を負った。

次に、この熱傷を伴った身体的虐待について、保護から入院および施設措置までの経緯と児童の様子を述べる。

4. 保護から施設措置までの状況

(1) 保護から入院まで

Aが5歳1ヶ月時に、既述のような熱傷を負い、その翌日に養父がAを連れて皮膚科を受診した。

養父は、薬の匂いが耐えられないからという理由で、初診から2日後、入院希望で再受診をさせたものの付き添いや入院費で困り、養父から児童相談所に相談が入り、同日一時保護となった。

病院の医師によると、Aは治療中、一言もしゃべらず痛いとも言わなかった。緊急一時保護をした次の日の通院治療で、病院の看護師から「はじめて泣いたね」

とほめられた。

児童相談所の生活では、熱傷の継続的な治療が困難と判断し、日ごろから協力関係をとっていた総合病院の小児科に入院となった。

(2) 一時保護所での様子

児童相談所に保護されたとき、Aは疲労と緊張の色が濃く無口であったが、時折ほっとした安堵の表情を見せた。

「お腹が空いた」と、うつ伏せのまま食事をたいらげた。傷について尋ねても「痛くない」と言った。

「痛かったのによくがんばったね」

「もう心配しなくてもいいよ。安心していいよ」と心理士が語りかけると、こくりと頷いた。

「本を読んであげようか」と言うと、「うん。ここ読んで」と少しだけ会話をしたものの、表情はにこりともせず硬かった。添い寝をしながら枕元で絵本を読み聞かせているうち、Aはうとうとし始めた。

音に敏感で、眠っていてもちょっとした物音に目を覚まし、「あれ、何の音」と確かめた。

(3) 入院3週までの様子

入院した翌日に両親の面会があったが、Aの視線は定まらず怯えた表情で硬く引きつっていた。入院後、医師と看護スタッフならびに児童相談所の職員は、連携を取りながら、Aの要求や反応を可能な限り受け止める態度で臨んだ。また、児童相談所のスタッフが消灯まで付き添いを続けた。

当初は恐怖と緊張と不安が認められ比較のおとなしかったが、次第にわがまが出始め、病棟内で乱暴な行動、乱暴なものの言い方、甘えがエスカレートしていった。入院した翌日から少しずつわがまが出ていた。

「抱っこして」「背中をさすって」「おんぶして」と看護スタッフや児童相談所職員に甘え、ウオーターベッドに下ろすとすぐにぐずった。少しでも気に入らないことがあると玩具を放り投げた。食事中には「食べたくない」と叫んで食器を放ったりひっくり返したりし

た。要求が通らないときは1時間でも部屋の隅に座り込んだ。

夜中に、盛んに恐怖感を訴えた。傷のかゆみを訴え寝るまで誰かがそばにいて欲しいと大声でわめくものの涙はでなかった。付き添いの応援を続ける職員に「泊まって」とねだり、保育園の保育士が2日泊まって一緒に病室で寝た。この時期は、まるで小児病棟の女王様のように、傍若無人に振る舞い手がつけられないこともしばしばであったが、スタッフはできるだけスキンシップをとりながらAの要求（甘え）を受け止めていった。

(4) 入院3週～10週の様子

3週を過ぎて既述のような自己表出がピークに達した頃、小児病棟でのしつけを考慮にいたった対応の必要性が検討され、それまでのAの反応・行動を全面的に受け入れる態度から、時には叱ったり注意を促す対応が加えられるようになった。

6週目に、それまでの個室対応から虐待の疑いで入院している同年齢女児と同室にした。この頃から乱暴な言動やパニックを起こす回数が減っていき、10週頃には見られなくなった。

(5) 食事と食欲の様子の変化について

一時保護所においても同様であったが、入院後も食欲は旺盛で、約1ヶ月は大人食を摂った。それでも足りないことがあり、お代わりを欲しがった。毎日、きちんと食事にありつけるのかどうか、不安であったようである。

食事を確保できるという安心感がもてるようになった後、体重が1ヶ月で3キログラム増加したところで年齢並みの子ども食に変わった。それでも後に、施設入所が決まったときに、「食事はでるの」と聞いていた。

(6) スタッフとの関係性・遊びの様子

児童相談所の保健師・ワーカー・心理士が病棟訪問や付き添いをしながらAの心のケアを続けていた。入院後1ヶ月頃からAは、気に入らないことがあるとそ

れまでよく見られた乱暴な行動とは異なって、保健師に向かって「おばちゃん、嫌い。帰って!」という会話が始まった。そうかと思うと、「好き」と言って抱きついたりして、著しくアンビバレントな感情表出が目立った。

他のスタッフが面会に来ると、わざと保健師を無視して、面会職員に「抱っこして」、「好き」と言いながら甘えようとした。

10週頃、保健師の訪問が8日間中断したときを境に「おばちゃん嫌い。帰って」とは言わなくなった。

また、時を同じくして小児病棟のプレールームでは年齢相応の見立て遊びやごっこ遊びが盛んに見られるようになった。このときは、保健師にお母さん役を求めることが多かった。

「お母さん、ご飯ですよ」

「お母さん、何か食べたいの」

「お母さん、洋服を買ってちょうだい」

「お母さん、見て。見て。」と、プレーの最中も多弁になっていた。

(7) 熱傷の治療・虐待の判断・児童の処遇

熱傷の治療方針について、主治医が提案していた皮膚移植の手術の同意が、親から得られないまま1ヶ月が経過した。その間、Aは毎日激しい痛みを伴う皮膚洗浄の処置を我慢強く続けた。1ヵ月後、親の同意を取り付けて手術を行い、術後の経過は順調に推移した。

虐待については、児童相談所と病院を中心に検討を重ねた結果、楕円形の不自然な熱傷・身体の数多くの痣痕・両親の面会時に見せたAの怯えた表情・A自身の供述から虐待と判断し、また極めて再発の危険性が高いと思われたため、児童相談所は家庭裁判所に対して親権喪失宣言の申し立てを申請して、入院から3ヵ月後に親権の一時停止が認められ、児童相談所によって児童養護施設へ措置を行った。

(8) Aの意思表示

上述のように、Aの処遇が検討されていたとき、Aと最も関係が深まっていた児童相談所の保健師がAに

気持ちを確かめた。

保健師：「火傷もよくなったし、もう少ししたらここを出ないといけないね。どこへ帰りたいの」

A： 「お母さんのところへは帰りたくない」

保健師：「お母さんのところでなかったら、どこでもいいの」

A： 「うん」

保健師：「それなら心配いらないからね。他のところにするからね」

A： 「うん」

この会話は、真剣な表情でやりとりされた。

5. 分析と考察

(1) トラウマの体験

トラウマは、私たち人間が日々体験しうるもので、身体に深く刻み込まれていく心の外傷体験である。最初に述べたように、トラウマには目に見えやすいトラウマ体験と見えにくい体験がある。乳幼児は見えにくいトラウマを日々体験していることが乳幼児精神保健の研究で分かっている¹⁾。

Aが受けたと思われるトラウマは、大きく三つに分けて考えることができる。その一つは、(父子関係)で記したように、乳児期に母親との愛着関係を体験することができなかったことと、母親のAに対する拒否的感情があったことから、母子関係の関係性障害が存在していたと推測される。これは、Aにとってマイクロトラウマ(マイクロ虐待)と考えられる。

二つ目は、その関係性障害が基となって、他のさまざまな要因と複合しながら、別離体験や被虐待体験として顕在化していったことである。具体的なエピソードとしては、生後8ヶ月に母親と別れて施設に入った体験。2歳8ヶ月時に親の離婚に伴い、再び実母と別れた体験。その後のネグレクトや心理的虐待および養父から受けていた身体的虐待で、これらはミニ・トラウマ(ミニ虐待)と考えられる。

三つ目は、マクロ・トラウマ(マクロ虐待)である。熱傷による身体的虐待と、それに伴う決定的な家族

との別離体験(Aにとっては、見捨てられ体験)は、ミニ・マイクロ・トラウマが未解決なまま、更に重篤なトラウマを受ける段階に至ったものと考えられる。これらの段階を渡部は、「ミニ虐待は、マイクロ虐待が家族機能不全の中で進行し、乳幼児に危険な親—乳幼児関係性障害が顕在化してきた段階」。「マクロ虐待は、ミニ虐待を身近な家族や地域社会が解決できず、心身の障害や死に至る状態」と定義している²⁾。

(2) トラウマの影響

被虐待乳幼児に生じ易いトラウマの影響としてさまざまな情緒行動問題のあることが指摘されている³⁾。

Aの2歳以降の生活史を調べると、幾つかの情緒行動問題のあったことが分る。生活史で触れたように保育園生活で絵本を破るなどの乱暴な行為や対人行動のトラブルが多かったこと。夜尿が頻発していたこと。情緒不安定が継続していたことなどがあげられる。

また、入園当初は愛着関係をもつことの困難さも認められていた。

そして、熱傷による被虐待体験では、保護から入院を経て退院するまでの3ヶ月間に、更に顕著なトラウマの影響が認められた。まず、痛みへの無反応があげられる。重症の熱傷を負いながら、その治療において痛みを訴えたり泣いたりしたことは極めて少なかった。

最初の受診時は無言で泣きもせず、保護した夜も痛みを訴えることはなかった。入院後、約1ヶ月続いた皮膚洗浄の医療処置も泣かずに耐えている。身体感覚を自然な反応として表出することが著しく抑えられていたと思われる。

また、児童相談所で保護したときと入院後しばらくは、過度の疲労と緊張・おびえ・表情の硬さ・無表情・無口が目立った。これらの反応は、虐待を受けた児童に見られる初期の特徴である。

次に、入院中の様子で書いたように、入院後1週を過ぎた頃から乱暴な言動や甘えが急激に目立っている。時を同じくして、夜中に恐怖心を訴え睡眠障害も見られた。

食行動では、過食の傾向が1ヶ月続いている。食事量が正常に戻っても、退院時には、食事の確保に不安を表現している。

愛着行動に関係したエピソードとしては、退院時に慣れ親しんだ病棟の看護スタッフが涙ながらに別れを惜しむのとは対照的に、Aはあいさつを交わした後、無表情にあっさりと別れていったことである。

これら一連の反応は、Aにとってはとても重要な意味をもっている。一つは、抑えられていた感情や情動の表出が、病棟生活のなかで言動を通してできたこと。自分の言葉で、食事に関する不安を尋ねることができたこと。もう一つは、トラウマを生き抜くAが自分で自分の心身を守るために、退院という別離体験において、その状況を受け止め防衛的なディタッチメントを演じることができたことである。

(3) 心の発達援助とその過程における変化

大切なことは、被虐待児にとってこの時期にどのような心のケアを受けることができるかということである。なぜならば、それによってトラウマからの心身の回復とその後の心の発達に大きな影響を及ぼすからである。そして、乳幼児の治療的関わり(therapeutic-work)を考察していく場合、それまでのAの心の発達はどのようにして生まれ守られてきたかについて観察しておくことが重要と考える。

今まで見てきたように、Aの心の発達は、人生のスタートから多難な養育環境に置かれ、順調な旅路ではなかったが、だからといってAの心育ちができていないかという決してそうではない。心の土台作りとも言える3歳までのAの心育ちについて、いくつかのポイントをあげてみる。

一つは、生後から乳児院に預けられるまでの8ヶ月間を、父方祖母が母親の代理として子育てをおこなっている事実注目したい。ウイニコットは、「赤ん坊というようなものはいない。赤ん坊は一人で生存することはできず、ある関係の欠くことのできない部分として存在する」⁴⁾と語っているが、この時期Aにとっての祖母は、母親の代理として母親そのものであった

と思われる。M. マーラーの分離固体化過程のうち、母子共生期の基本的信頼関係や依存関係を祖母との間で体験できていたのである。これについては、乳児院に入所した当初のAの発達から確信を得ることができた。

二つ目のポイントは、2歳までの乳児院の生活において、再接近期の危機(rapprochement crisis/M. マーラー)を、担当の保育士との関係において体験して、この時期の母親代わりとなった保育士に甘えたり、わがまを言ったり、喜怒哀楽を表現できる子どもに育っていたという事実である。

すなわち、十分なものではなかったにせよ、再接近期(rapprochement phase)までの心育ちがこのようにして生まれ守られてきた感覚を、Aが身体で覚えているということであり、その原体験が、後の保護から入院時におけるAの反応と心の発達に深く関係しているのである。

再接近期の途中で家庭に引き取られたが、その後の養育環境はAにとって心を満たしていけるものではなかった。従って、Aは、ライフサイクルのどこかの時点で、再接近期までさかのぼって心の満たし直し(re-attachment)をする必要があった。それを求めるサインは、(トラウマの影響)で述べたように情緒行動問題で現していたが、入院保護に至って一挙に激しく表出されたと推察する。

表出するためには何が必要か。

児童相談所と小児科病棟では、まず、Aの身の安全確保と熱傷の手当てを第一におくと同時に、心のケアも重点課題とすることで一致した。そのためには、入院生活が心身ともに安全基地(a secure base/ボウルヴィ)となるような対応が求められた。ボウルヴィは、治療課題の第一に、「患者に安全な基地を与えることである。そこを基点として、患者は、人生のさまざまな、不幸で、苦痛に満ちた側面——過去や現在の——を探究することができるのである」と語っている⁸⁾。そして、「安全基地」の役割は、後述するウイニコットの「ホールディング」(holding)の概念と非常によく似ているとも言う⁸⁾。

病棟をひと時の家庭と想定するならば、ウォーターベッドの個室は親の懐か母親の子宮のようなものとして提供する必要があった。勿論、その雰囲気を作り出すのはスタッフの態度と対応である。Aの心理的要求を、全面的に温かく受け止めていく方針で臨んだ。

その結果、ここが安全な場所で、自分の周りにいる大人が安心できる人だと感じられるようになると、甘える行動が出るようになった。そして、3週間のうちに一挙に、今まで我慢をして心の中に押さえ込んでいた無力感や怒りや不満の感情を爆発させていったと思われる。

このあたりの変化は、小林らが述べている被虐待乳幼児の入院中の変化とはほぼ一致する³⁾。

これを発達心理学的に見ると、Aは再接近期に赤ちゃん返りを繰り返しながら（事実、赤ちゃん言葉を使っていた）甘えの満たし直し（re-attachment）をしていたことになる。

また、乱暴でわがままな言動は喜怒哀楽を表出できたこととして意味があり、これも再接近期レベルのやりなおしと考える。ここで言う、心の満たし直し・甘えの満たし直しとは、渡部の「甘え直し療法」⁵⁾、澤田の「甘え療法」⁶⁾と同じ概念である。

渡部は多くの臨床事例で、再接近期の愛着行動と葛藤の満たし直しが体験できると、子どもの心はほぼ年齢相応のレベルに進展していくことを報告している⁵⁾。Aの6週から10週にかけての変化がまさにその過程を示している。情緒的な安定・体重の増加と食行動の安定・赤ちゃんことばの減少・年齢並みの遊び・乱暴な行動とわがままな言動の消失などである。

ここで、保護された後の心の変化についてももう少し詳しく見ておきたい。

Aの感情の表出や意志の表現が比較的早かったのはなぜか。

前掲の小林らの報告³⁾にある、入院治療を必要とするような重症の被虐待乳幼児が、入院中に2~4週頃から顕著になってくる感情や要求の表出に比べて、Aの心の変化は予想よりも早かった。即ち、児童相談所の一時保護から通算して3日目、入院の翌日から少し

ずつわがままが出てきた。

この経過について、子どもの要因として考えられることは二つある。

一つは、A自身がもって生まれた資質で、身体は健康で性格はもともと、渡部が言うところの「たんぽぽタイプ」¹⁾の子どもであったこと。二つには、16ヶ月間に及ぶ乳児院の生活で、心の安全基地を察知する感性をしっかりと身体が覚えていたこと。そして、その中で喜怒哀楽の感情や要求を出せる体験が身についていたことにより無意識的なこれらの記憶が呼び起こされて、比較的早い表出に結びついたと推察する。

もし、このような体験が学習されていないと、基本的信頼を獲得して自己表現をするまでに、おそらくもっと多くの時間とエネルギーを要するであろうし、ケースによっては、母子共生期にまでさかのぼって心の満たし直しが必要となる。加えて将来、精神医学的なトラブルを引き起こす可能性も高くなっていくと思われる。

ところで、治療的関わりという視点で分析と考察を試みると、忘れてはならない大切なテーマがある。

それは、スタッフの心の葛藤である。

この点について今回は詳しくとり上げないが、最後にその焦点と課題について、若干触れておきたいと思う。

重篤なトラウマを抱えた乳幼児のケアは、一度でもその臨床に関わった者であれば、どれほど多大なエネルギーを要するか容易に想像がつく。トラウマが深ければ深いほど、ひとたび心の満たし直しを始めると、彼らの言動は激しく周囲を圧倒する。それは正に再接近期の乳幼児そのものである。彼らの容赦ない葛藤の表現のなかで、スタッフが全面的に受容的に根気よくホールディング（holding/ ウイニコット）を続けるには何が大切であろうか。

筆者の臨床経験から、それは乳幼児精神保健（infant mental health）や発達心理学の理論を軸に、スタッフの葛藤も語り合い処理していけるようなケースカンファレンスを絶やさないことと、そうした方法論を支えていく組織的体制であると考え⁹⁾。

スタッフの葛藤とは、治療・援助関係が進むにつれて、避けて通ることができない彼らの親感情転移の渦に巻き込まれていくことを意味しているが、上述のような対応が程よく機能していると、スタッフは、「よくぞ喜怒哀楽を出してくれた」、「わがままや甘えが出てきてよかった」と喜び合えることができるし、彼らに対しては「いいんだよ。思いつき甘えてもいいんだよ。泣いても怒ってもいいんだよ」と、言葉であるいは態度や表情でメッセージを伝えることができるのである。

逆に、うまく機能していないと、「この子はおかしい。異常ではないか」と、問題の矛先を彼らに向けたり、治療・援助の対応が管理的、指示的になり易い。

心の臨床は水物である。Aが、病棟でわがままを出し始めたのを見て、スタッフは「やったァ！ いいぞ！ すばらしい！」と手をたたいて喜んだ。

6. まとめ

本論文では、重篤な虐待によるマクロ・トラウマや関係性障害に端を発すミニ・ミクロ・トラウマを受けても、早期に心の発達援助を行うことで心の傷を軽くすることの大切さとその治療過程について述べた。

また、心の発達援助を行うには、子どもが心の発達段階のどの時期に、どのようなトラウマを体験しているのか。共生期から再接近期における基本的信頼感の確立と愛着関係は誰とどこでどのように体験されてきたか。それらについてしっかりとした観察が必要であることを指摘した。更には、治療・援助に関わるスタッフや関係機関が、質のよいアタッチメントシステム (attachment system)¹⁾ を作りながら対応していくことの重要性にも触れた。

渡部は、トラウマを受けたときに、いちばん辛いのはその瞬間その瞬間の無力感だと語っている⁷⁾。

頼りにしていた親から理不尽な暴力を受けたとき、「嫌！」とか「なぜ」と叫べずに、自分が悪い子どもだからと思って我慢する他に心の均衡を保つことのできなかった無力感。あるいは、これからも自分を

守ってもらわなければならない弱者にとって、見捨てられまいと心に蓋をするしか生きるすべのなかった無力感。これらの無力感には、激しい悔しさと怒りの感情が押し込められていく。

トラウマが大きければ大きいほど、こうしたマイナスの感情を体内の記憶から消し去ることは難しい。

人間は、怒りや無力感を子ども時代から大人に至っても、ライフサイクルのどこかでその帳尻を合わせようとしながら生きていくことを考えると、早いうちから少しでも意味のあるプラスの感情に作り変えていく作業が大切であり、被虐待児のメンタルヘルスには、この点に焦点を当てた息の長いケアが必要である。

引用・参考文献

- 1) 渡部久子, 乳幼児精神保健の新しい動向, 渡部久子・橋本洋子編, 乳幼児精神保健の新しい風, 別冊・発達 24, ミネルヴァ書房, (5~7), 2001
- 2) 渡部久子, 母子臨床と世代間伝達, 金剛出版, (204~206), 2000
- 3) 小林美智子・中農浩子・山本悦代, 虐待された乳幼児の心, 渡部久子・橋本洋子編, 乳幼児精神保健の新しい風, 別冊・発達 24, ミネルヴァ書房, (171~174), 2001
- 4) D. W. Winnicott, The Child, the Family, and the Outside World, 猪俣丈二訳, 赤ちゃんはなぜなの, 星和書店, (156~157), 1985
- 5) 渡部久子, 母子治療の実例, シリーズ精神科症例集第6巻児童青年精神医学, 中山書店, (339~348), 1994
- 6) 澤田敬, 甘え療法, 小児心身症研究, 9・10号, (5~14), 2002
- 7) 渡部久子, 世代間伝達と親子関係, NEWS LETTER of FOUR WINDS, VOL. 9, (13~14), 1999
- 8) JOHN BOWLBY, A Secure Base-Clinical applications of attachment theory, 二木武監訳, 母と子のアタッチメント・心の安全基地, 医歯薬出版, (178~183), 1993
- 9) 新宮一夫・渡部久子, 乳児院と虐待ケースのとり

くみ, 渡部久子・橋本洋子編, 乳幼児精神保健の新しい風, 別冊・発達 24, ミネルヴァ書房, (221~222), 2001

Psychological Analysis on Traumatized Infants- Therapeutic Work With An Abused Child

Kazuo SHINGU

Department of Health and Welfare, Faculty of Health Science, Suzuka University of Medical Science

Key Words: infant mental health, trauma, relationship disturbance, rapprochement crisis, re-attachment, holding, a secure base

Abstract

The purpose of this paper is to consider the mental health of an abused child.

The points about this analysis are psychic trauma and his/her psychological development.

What is important is that traumatized infants have disturbance in growth of mind.

And they need mental health care at an early stage.

Therefore, we have to give them a good enough holding and a psychological secure base in therapeutic working.