

## 「虐待する母」と児童期性的虐待 —被害児童から加害者への道—

斎藤 学\*

### はじめに —なぜ母親に多いか—

日本では児童虐待報告例の過半が女性であり、そのほとんどが母親である。例えば2000年に実施され2002年に報告された全国調査<sup>5)</sup>を見ると、子ども1,000人当たりの児童虐待罹患率は1.54、推定実数は35,000人とされているが、加害者の性別では67%が女性であり、そのほとんどが母親で64%を占めている。この調査は被虐待児とされたものの7割が児童相談所取り扱い例であり、実際にはこの役所が捕捉していないケースが圧倒的に多いと思われる（例えば死後剖検に付される被虐待児のほとんどは児童相談所に把握されないままに死んでいる）ので、疫学調査としては不完全である。しかし日本で児童虐待とされているものの大半で、母親が加害者とみなされることをうかがわせるには充分な資料ではある。なぜ、そうなるかと言えば、乳幼児・児童・未成年者に生じる問題のすべてが母親の養育責任の失敗とみなされるからではないか。

他国の場合、例えば児童虐待に関する報告義

務違反の処罰規定が確立していく見落としが少ないアメリカについて見ると、同じ2000年における児童虐待罹患率（子ども1,000人当たり）は12.2、被害児実数は879,000人である<sup>18)</sup>。日本と比較すると罹患率で8倍、実数で25倍になる。児童虐待による死亡率（子ども10万人対）は日本で0.35（実数106人）、アメリカで1.71（実数1,200人）で、これもアメリカで11倍に及ぶ。そのアメリカでも加害者の性別では女性が多く60%となっているが、加害者が母親というケースは44%に過ぎない。おそらく父親による性的虐待の見落としが少ないとやベビーシッターなど補助的養育者による虐待がカウントされる結果であろうと思われる。

このようなところに注目すると、児童虐待と母親との関係はその国の女性の置かれた状況に注目しながら見ていく必要があることに気づく。児童虐待はそれ自体で独立した問題として認められるものではない。私たちは少なくとも次の3点について敏感でなければならない。

第1に、その社会の中での「母親としてのふるまい方」が第三者（母子以外の人、例えば父親）から虐待として告発されてしまう場合があるということ、第2に、ある種の母親は社会へのSOS発信を「子どもを虐待する」という行為を行って行うということ、その場合、自らの判断で精神科クリニックなどに受診してくるが、その多くは母親の自罰感情によるものであって、実際に児が死の危険にさらされているような場合はむしろ希で

Abusing mothers and childhood sexual abuse: The passage from being an abused child to being an abusing grown up  
\* 家族機能研究所・代表、アライアント国際大学／CSPP 臨床心理大学院 東京サテライトキャンパス・名誉教授  
[〒106-0045 東京都港区麻布十番2-14-6 イイダビル2F]  
Satoru Saito M.D.: Director, Institute for Family Functioning, Honorary Professor, CSPP/Alliant Masters in Clinical Psychology-Japan

ある。第3に本物の虐待母は自分がその者であることに気づいていないか、危険ととらえていないということ。致命的事態を引き起こす虐待母は実はこの第3カテゴリーの中にいる。要するに我々は、既に視野に入ってくるような「虐待する母」というものが、その名に値する大勢の女性たちの中のごく一部に過ぎないということを忘れないようしなければならない。

### 資料に見る虐待母の特徴

以下では「我が子を虐待する母」を「虐待母」と呼ぶ。今まで虐待母として諸資料の対象になってきた女性たちのほとんどは①児童相談所などの公的機関で、それとして捕捉された事例であり、他の一部は②精神科医や心理療法家などの治療者の治療対象となることで、そのように認定されることになった事例である。②の中には、③第三者(多くは仲違いした夫やその親族)によって虐待母の烙印を押された者、④自らへの処罰感情(ないし罪悪感)が強く自分を「虐待母」と断罪し、「養育責任を負えない」(ないし「負ってはならない」と決めついている者などが含まれる。

臨床家である筆者が専ら対象にしているのは上記の②～④だが、世間の人々の目には①しか入っていないであろう。その立場から見えてくるのは虐待母の中に多数の児童期性的虐待の被害者が含まれていることである。まず、いわゆる、児童相談所資料とは別に得た筆者自身の調査資料<sup>19)</sup>の紹介から始める。

#### 1. 全国養護施設調査の場合

1994年当時、全国に535カ所あった養護施設に調査期間(1年間)中に新規に入所してきた児童虐待の被害児579名(男女比1.3対1、平均年齢9.0±4.3歳)とその親(実父母と義父母)を調査したことがある<sup>12,19)</sup>。このときは同時期に入所してきた児童で虐待被害のなかった児童263名とその親(実父母と義父母)を統制群として比較した。児童についても、その父母たちについても性別比や年齢に有意差は見られなかった。

子どもたちについて統計学的な有意差が認めら

れたのは、①被虐待児群では在胎期間9カ月未満の未熟児が24.0%、生後に育児困難のあった者が17.1%、生後に慢性疾患に罹患した者が4.5%いて、有意に高い割合であった。②被虐待児群では実父母の双方から出生を望まれていたものが19.6%のみであり有意に低かった。③被虐待児群では施設入所前に義父、義母、義理の同胞と暮らしていた者の割合が有意に高かった。④被虐待児群では入所時に低体重であった者(5.7%)、低身長であった者(6.0%)、外傷の跡(9.8%)、火傷の跡(7.6%)、頭部外傷の痕跡(3.6%)を認める者の割合が有意に高かった。⑤被虐待児群では入所後に多動(19.5%)、知的発達遅滞(18.5%)、仲間や職員との関係が結べない(17.4%)、爪噛みなどの習癖行動(14.1%)、怒りっぽさ・反抗(13.6%)、多飲・多食(7.4%)、仲間いじめ(6.7%)、性への関心の過剰(3.8%)などを示す者の割合が有意に高い、などであった。その他、日本の一般人口資料と比較して、出生児体重2,500g以下の者、子ども数4人以上の多子世帯に育った者、単親世帯に育ったものの割合が高いが、これらの特徴は統制群にも見られるものであって、被虐待児群に固有の特徴とは言えない。

上記①～⑤はいずれも被虐待児の特徴としてよく指摘されるものである。一方、被虐待児の親たちは一般人口との比較で①低い教育歴、②不安定な就労状況、③混乱した夫婦関係、④借金(サラ金)問題の重圧、⑤乳児院や養護施設など施設入所の既往、⑥高い精神障害罹患率(実父の33.1%、実母の49.3%に精神障害の罹患歴)などの特徴が見られたが、このうち①～⑤については統制群と比較すると統計学的な有意差が見られなかった。これらは児童を養護施設に入れなければならなくなったり親たちの特徴ではあっても、児童虐待加害者である親の特徴とは言えないわけである。しかし「⑥親の精神障害罹患率」についてだけは被虐待児親群と統制群との間に顕著な差が見られた(表1)。被虐待児の実父にはアルコール依存が、実母には気分障害(うつ病)とアルコール依存が高頻度に認められる。

加害者である親のうち51.6%は実母、27.3%は実父、8.2%は義父、5.4%はその他で、ここでも

表1 親の精神障害<sup>19)</sup>※

	両親		実父		実母		義父		義母	
	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.
N(人数)	759	357	293	150	371	180	58	14	37	13
精神障害あり(%)	39.8**	26.9	33.1*	20.7	49.3**	34.4	24.1	14.3	21.6	7.7
精神分裂病	3.2	6.2*	1.0	2.7	5.7	11.1**	0.0	0.0	5.4	0.0
気分障害	6.2*	2.0	3.1	2.0	10.2*	3.3	1.7	0.0	2.7	0.0
てんかん	0.8	0.6	0.7	0.0	1.1	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
不安障害	2.4	1.1	1.4	0.7	3.5	1.7	1.7	0.0	0.0	0.0
アルコール乱用	8.7*	3.6	16.0*	6.0	8.9*	2.2	12.1	0.0	2.7	0.0
覚醒剤乱用	1.3	0.8	3.1	1.3	2.2	2.8	3.4	14.3	0.0	0.0
その他の薬物乱用	0.3	0.0	1.7	1.3	1.3	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
人格障害	8.3**	2.3	8.2*	2.7	14.5**	2.3	6.9	0.0	0.0	0.0
その他	7.8	4.8	6.5	4.0	11.3	7.8	1.7	0.0	8.1	7.7
障害あり・詳細不明	2.6	2.2	1.7	2.0	4.3	2.8	0.0	0.0	2.7	0.0

※ 複数回答

 $\chi^2$ 検定 \*\* P < 0.005 \* P < 0.05

母親の割合が高い。実母の婚姻歴に注目すると、被虐待児の実父と離婚した後に再婚したと思われる事例が多い。しかもその義父の多くは就労していない。児童虐待は、こうした不安定な婚姻のひとつとの帰結であったと考えられる。被虐待児群の母親の28.5%は異性関係の点で困難を抱えている(表2)。特に性的虐待を受けた子どもの57.1%は異性問題を抱えた実母の娘であり、28.6%では実母の失踪を体験していた。この調査では親たちの親についても聴取しており、被虐待児群の親自身が被虐待児であった事例の割合が高いことを見出している(表3)。しかしその割合(29.6%)は調査の形態(施設職員による問診票記入)による限りがある、後に筆者らの治療例から見出した数字に比して低すぎるものであったことがわかった。

## 2. 各種の調査対象における性的虐待の割合

上記の全国養護施設調査における「主たる児童虐待」の類型別割合を見ると、身体的虐待207名(35.8%)、心理的虐待117名(20.2%)、性的虐待14名(2.4%)、ネグレクト241名(41.6%)となっている。身体的虐待とネグレクトの割合が高く、身体的虐待の割合が1桁少ない3%足らずという点が、新聞などのマスコミ媒体で毎年報道される児童相談所捕捉例の割合(平成22年版<sup>7)</sup>では身体的虐待39.3%、心理的虐待23.3%、性的虐待3.1%、ネグレクト34.3%)に近い。

性的虐待の割合が1桁少なくなるのは、ことの性質上表面に出にくく、加害者の一存で容易に隠蔽されてしまうからであろう。逆に言うと、アメリカ、カナダ、イギリスなどの報告で性的虐待が身体的虐待、心理的虐待などと同じくらいであるのは、これらの国では児童虐待の通報義務が徹底されていて、その違反が処罰対象になっていることと無関係ではない。性的虐待の場合、加害者は父親などの男性であることが多いので、性的虐待が全体の3割を超える国・地域では加害者中の母親の割合が低下する。

相談件数における性的虐待の割合が1桁少ないという我が国における「常識」が大きく覆るのは、虐待母自身の児童期の被虐待体験を聴取した場合<sup>13)</sup>である。さいとうクリニック(東京都港区、以下「Sクリニック」)に通院中の虐待母133名の69.2%が各種(複数選択)の児童虐待被害を受けていたが、類型別にみると身体的虐待は42.8%、性的虐待は48.8%、情緒的虐待(身体的/性的虐待体験を持つ者を含める)51.9%、ネグレクト21.1%であった。ここでは性的虐待の割合が著しく高い。性的虐待をさらに家族内性的虐待(近親姦虐待)と家族外性的虐待に分けると、近親姦虐待36.1%、家族外性的虐待21.8%となっている(双方の被害歴を持つ者が9.1%いた)。性的虐待の割合は、調査者と被聴取者との関係が近くなるにつれ、聴取の回数が増すにつれて高まるようと思われる。Sクリニックの資料は、調査者が

表2 親の問題行動と生活困難<sup>19)</sup>※

	両親		実父		実母		義父		義母	
	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.
N(人数)	1011	423	393	180	491	218	87	12	40	13
問題あり(%)	90.4**	73.3	88.3**	68.9	94.5**	80.3	82.8**	33.3	77.5	53.8
異性問題	14.6	10.9	12.7	7.2	28.5**	16.5	13.8	0.0	7.5	7.7
親らしいことをしない	24.9**	15.1	34.6**	15.6	50.3**	26.6	19.5	8.3	27.5	7.7
家族をかえりみない	14.5	11.8	20.6	14.4	20.2*	12.8	10.3	0.0	7.5	0.0
性的不能・拒否・ひきこもり	0.7	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
配偶者への暴力	9.4*	4.3	18.6*	8.9	2.0*	0.0	14.9	16.7	0.0	0.0
子どもへの暴力	18.4**	3.5	21.9**	5.6	22.0**	1.8	47.1*	0.0	45.0*	7.7
酒乱	8.8*	4.3	15.0*	8.3	6.7*	1.4	11.5	0.0	2.5	0.0
覚醒剤による問題行動	1.1	1.4	2.8	1.7	2.6	2.8	3.4	8.3	0.0	0.0
家出・失踪	11.6	9.7	8.1	8.9	23.8*	16.1	1.1	0.0	2.5	0.0
サラ金などの借金問題	10.1	10.9	20.6	21.1	18.3	18.3	10.3	8.3	0.0	0.0
浪費癖	7.2	5.0	5.6	5.0	11.8*	6.4	3.4	0.0	0.0	0.0
ギャンブル狂	4.8	4.3	9.9	6.7	3.3	4.1	4.6	8.3	0.0	0.0
夜間就労	6.6	5.9	6.4	3.9	10.4	9.2	4.6	8.3	2.5	7.7
怠惰・働かない	10.3*	6.1	14.8*	6.7	10.4	7.3	10.3	16.7	0.0	0.0
生活費を渡さない	3.0	2.8	6.1	5.6	0.0	0.9*	6.9	0.0	0.0	0.0
受刑	3.3	3.3	6.6	4.4	2.2	2.8	5.7	25.0*	0.0	0.0
住宅問題	2.0	2.1	3.8	1.1	4.9	4.1	1.1	0.0	0.0	0.0
極貧	2.3	1.4	4.8	1.7	5.1	2.3	2.3	0.0	2.5	0.0
身体障害・疾患	5.9	6.9	10.2	7.3	7.6	5.9	8.0	8.3	7.5	15.7
その他	9.9	9.0	11.7	13.9	13.2	10.1	13.8	0.0	15.0	7.7
問題あり・不明	0.3	0.9	0.3	1.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	15.4

※ 複数回答

 $\chi^2$ 検定 \*\* P < 0.005 \* P < 0.05表3 親たちの児童期被虐待体験<sup>19)</sup>※

	両親		実父		実母		義父		義母	
	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.	被虐待G.	統制G.
N(人数)	206	139	87	66	98	70	11	2	10	1
虐待体験あり(%)	29.6	11.5	23.0*	9.1	38.8	14.3	9.1	0.0	20.0	0.0
身体的虐待	7.3	4.3	5.7	3.0	8.2	5.7	9.1	0.0	10.0	0.0
心理的虐待	2.9	2.9	2.3	1.5	4.1	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0
性的虐待	2.4	1.4	0.0	0.0	5.1	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0
ネグレクト	12.1	2.2	10.3	3.0	16.3**	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	7.8	2.9	6.9	3.0	8.2	2.9	9.1	0.0	10.0	0.0

※ 複数回答

※※ その他には『子殺し』『交流拒否』等を含む。

 $\chi^2$ 検定 \*\* P < 0.005 \* P < 0.05

即治療者という関係にあり、治療対象者の性的被害体験に注目していたことによって高まったものと思われる。

もっとも、この133名の虐待母がどのような児童虐待（複数選択）の加害者になったかを問うと性的虐待の割合は再び低くなる。身体的虐待（44.8%）、心理的虐待（58.6%）、ネグレクト（37.9%）であるのに対し、性的虐待（近親姦虐待）

は娘に対するものが1例（0.8%）確認されたのみであった。母親の同性実子に対する性的虐待はきわめて希ではあるものの絶無ではなく、筆者の初期の報告においても1例のみながら確認されている<sup>10)</sup>。

これらを通覧して感じることは、虐待母として認知されている者たちの中には自らの子育てや苦痛を明確にして訴えたいと悩んでいる者があり、

そうした人々の中のおよそ半数は児童期性的虐待の被害者であるらしいことである。

### 症例・アイ

筆者のかつての著作<sup>11)</sup>の中から1つの体験記を紹介する。この初診時23歳の女性(アイ:仮名)は、この手記を書いた時点で母親になっていたわけではないのだが、近親姦虐待から生じるものを作り伝えてくれる。この女性は一時期、強姦被害者として父親を刑事告訴することを決意したことがあった。結局和解に応じてしまったのだが、これに絡んで父親からの謝罪状(表4)を確保した。近親姦虐待については今なお告白したり告発したりする者の創作ないし虚偽記憶とみなす向きが多いので、加害者からこうした「覚え書き」を得ておくことは、性的虐待の記憶に悩む者の治療の際に役立つ。

この女性は都内某区の福祉事務所からの紹介でSクリニックを受診してきた。約1年前に7階建てマンションの屋上から飛び降り自殺未遂をして

おり、それをきっかけに5カ月間精神病院に入院した。この飛び降りにあたっては「飛び降りろ」との命令幻聴があったというが、この幻聴は突然に生じたものであるとのこと。彼女は17歳から不定期に覚醒剤を乱用していたので、その後遺症も考えられたが、入院後も幻聴に支配された異常な行動が続いたので、最終的には統合失調症と診断された。

退院後、父親と同居し、同じ病院の外来に通院していたが、Sクリニック初診の1カ月ほど前に父親から強姦された。この女性は病院の医師に「父親が怖い」と訴えていたそうだが、「自分の身は自分で守りなさい」と言われただけだったという。事件後、某区役所に相談したところ「家を出て身を隠すこと」を勧められ某女性センターに避難した。しかし通院先の医師が彼女の居場所を父親に教えてしまったために、急な転居が必要になり、これが契機となって、生活保護の申請が行われた。某区福祉センターは、これを受け入れたが、保護の開始に当たって、この女性の診断と今後の見通しについてSクリニックに問い合わせてきた。Sクリニックの初診医は彼女を境界性パーソナリティ障害と診断した。

筆者は初診後3カ月、父親への司法的対応が問題になった時点で担当医の求めに応じて診察した。その際、マンションからの墜落に際して幽体離脱(離人症)体験が前駆したことを確認したので「児童期性的虐待の後遺症(PTSD)に伴う解離性フラッシュバック」の可能性があることを指摘した。以下はアイ自身の陳述である。

表4 謝罪状

平成八年十月二十一日	私は平成八年五月十一日、あなたが寝ている時に姦淫して、今、反省しています。誠に申訳ないと思っており心から謝ります。謝る気持として平成八年月末日より毎月指定口座に金一〇万円ずつ支払います。  足はもう回復しましたか。病院へはきちんと通つてますか。私は今リハビリ中です。筋肉は落ちてますが大分、足は曲がる様に成りました。では、御機嫌よう、アイさん
T (印)	

平成8年5月11日深夜午前3時頃、彼女が目を開けると、ある男と目と目が合った。もう事件は起きていた。彼女のパンティは脱がされ、その男は彼女をレイプしていた。そう、彼女とは私のことで、ある男とは私の父親だった。

昭和47年8月23日、東京練馬で私は生まれた。名前はアイと名付けられた。家族は当時25歳の会社員の父、39歳のスナックを経営している母、それに年子の兄がいた。一家は6畳2間の小さなアパートで暮らしていた。そこには何の飾り気もなく、ただ生きるためにだけの物しかなかった。私が2歳の頃父

は母に「アイは何だか妙に色気がある子だな」と言った。父は非常に暴力的な人だった。家の中ではもちろん、時には外でも喧嘩をし、顔をはらして帰宅することもあった。私は3歳の頃から家族の顔色を見ることが覚えた。そうせざるを得なかった。父は兄に大きな期待を寄せていた。その分、私よりも兄を殴った。そして兄はそのストレスを私にぶつけ、私は兄の奴隸になった。両親がいない時、髪の毛を持ってひきずられ、殴られ蹴られ、それを父に言うと「喧嘩両敗戦だ」と言い、2人とも殴られた。そしてその後、兄に「いいつけた」と言われさんざん殴られた。5歳の頃、アパートの階段から兄をそっと突き落とした。死んでもらいたかった。

私が7歳の頃、一家は近所の1戸建てに引っ越した。私はその頃にはもう人との付き合い方が分からなくなっていた。小学校3年になり、クラス替えがあるとクラスメイトと話せなくなり、だんだんいじめられるようになっていった。〔中略〕小学校5年になると、学校でのいじめがピークに達した。担任の先生まで一緒になっていじめた。私がいないうちに筆箱は壊され、教科書はやぶかれ、教室にいると上ばきのまま思いきり蹴られ、先生からはセクハラまでされた。〔中略〕家に帰るとまた兄に殴られ蹴られ。夜になると兄に性器をさわられずっと泣いていました。

毎日毎日学校の屋上へ続く階段を登り、「今日は死のう、今日は死のう」と考えていた。後々、今まで中心になって人をいじめて来た人が逆に皆からいじめられるようになり、私はいじめられなくなった。〔中略〕

中学へ入ると、どんどん不良になっていった。万引き、タバコ、窃盗、シンナー、お酒。私服で学校に行くし、帰りには町をうろつき喧嘩する相手を探す。門限5時を守れなくて追い出されたこともあった。勉強ができなくて中2の時、親に頼んで塾に行かせてもらった。ところがいざ行ってみたものの全然ついて行けなくてある日塾を休み、友達と遊んでいたら父はそのことを知り、「こいつは馬鹿だから将来は体張って生きて行く身ですのでここには来させません」と塾の先生に言っているのをそばで聞いた時、すごくショックだった。傷ついた……。でも後々その通りになるとは、その時は考えられなかつた。

中学卒業後、昼は美容院で働き、夜は美容学校に通った。ずっと立ちっぱなしの仕事で学校でも立っていることが多く、駅からの帰り道、家まで20分かかる距離を足が痛いのをがまんできずにクツを脱いで歩いた。もう家についたらくたくただった。お腹がすいてラーメンを食べようとした時、父が酔って帰宅し、私にのしかかり、その反動でラーメンがひっくり返りました。父をにらむと、「文句があるなら出て行け」と言われました。悔しくて悔しくて、後片づけをしながら、泣いていました。ある日私の荷物がすべて玄関先に捨ててありました。私は当り前のようにその現実を受けとめ、アルバムだけを持って家をあとにしました。15歳の時でした。

母は娘を知り合いのスナックに入店させました。すぐにある不動産の社長の目に止まり、それから私の生活は変わりました。高級マンションに住み、高価な宝石をつけ、毛皮のコートをはおり……。母は金回りの良くなった娘に「専門学校の学費を返すよう」言って来ました。私は頭に来て50万以上を返しました。実家に帰り、電話を使うと「電話代を置いて行け」と言われ、母の店に行くと「お客様をお迎えて来てくれ」と言われました。私はお酒に溺れる日々が続いた。学校はやめました。

17歳の時、実家の近くにマンションをかりた。スナックもやめ、高級クラブで働くようになり、バトロンとも別れた。母は、ちよくちよくうちに来てはお金の話が父親の愚痴を言うようになった。〔中略〕私はその頃から「お金があれば家族も自分も救える」と思うようになりました。私は月に100万近くかせげるようになっていました。しかし、毎日の美容院代やタクシー代、1着20万近くする洋服代、パーティの時の着物代などでお金は消えてゆきました。相変わらずお酒に溺れていましたが、その他にマリファナ、覚醒剤などにも手を出すようになりました。肌は荒れ、体重は減ってゆきました。

19歳になると、過食嘔吐するようになりました。その頃、昼は女優、夜はお店に出していました。両方共、人に見られる仕事だったので、さらに食べ吐きがひどくなつてゆきました。〔中略〕

兄はその頃大阪でホストをしていました。ちよくちよく大阪から朝の6時7時頃、電話がありました。必ず酔っ払っていて、大声で怒鳴りながら「この曲

を聞け!!」と言って自分の好きな曲をガンガンかけていました。途中で「おい、聞いてんのか!!」と私に確かめていました。私は「うん聞いてるよ」と言っていました。私は何度も兄を殺す所を想像していました。私は手に包丁を持っていて、私のベッドで兄が寝ている。私は兄の胸に包丁を何度も何度も突き刺し、兄は血まみれになっていく……。でも兄は起き上がって私をボコボコにする……。

父からも電話が来るようになりました。いつも3時間くらい、母への愚痴を言うようになりました。時にはマンションまで来て、バイクで転んですりむいた足を「手当してくれ」と言いに来たりもしました。そのうちに父は「一緒に暮らしてくれ」と言うようになりました。その時付き合っていた彼からは、「お前がお父さんと一緒に暮らしたら、きっとレイプされると思うからやめた方がいい」と言われました。彼とは2年半以上付き合いました。私はとても幸せでした。彼と別れ、私はまた、1人きりになりました。私はかなり疲れていました。

ある日、突然幻聴がしてきました。朝の5時頃母に電話をし、「恐いから早くうちに来て!!」と言いました。母に、「今日は疲れているから行けない」と言って断られました。その日の夕方、私は自分の住んでいる7階建てのマンションの屋上にいました。下着は付けておらず、ピンクのスウェットだけを身につけ、1時間以上そこにいて、怯えていました。次にスウェットを脱ぎ、生まれたままの姿になって飛び降りました。22歳の2月24日のことでした……。私は右足の複雑骨折だけで奇跡的に助かり、1カ月程入院しました。でも幻聴はひどくなる一方で、4月1日には埼玉の精神科に入院しました。今度は過食にはまり、5カ月間の入院中に24キロ太りました。吐こうと思っても吐けなくなってしまいました。

私には唯一の家族がいました。それは猫でした。17歳の頃からずっと一緒に、名前をロッキーといいました。ロッキーはすごく気が強くて正義感あふれる子でした。私はロッキーが大好きでした。入院中も、母の所へ電話をかけ、「ロッキー元気でいる?」と何度も確かめました。母からの返事は「うん。元気でいるよ」と言われ私は安心していました。必ずまた会えると信じていました。そして退院の日、父が迎えに来ました。皆にあいさつをし、病院を出た所で

父が言いました。「ロッキーは死んだ……」と。涙は出ませんでした。私がいない間にロッキーは父の元にあずけられ、父は自分になかなかなつかないロッキーを追いまわし、精神的に追いつめ、最後には歩くことも、食べることもできなくなって死んでしまった、と後から母に聞かされました。

私はそんな父と暮らすようになりました。昼間は埼玉まで行き、Y病院のデイケアセンターに参加し、帰って来て、父の夕飯の支度をする。父は私に、「俺はお前に命を預ける。だからお前も俺に命を預けろ」と言いました。私は返事をしませんでした。兄は大阪から戻って来ていて、実家のそばで母と2人で暮らしていました。そのアパートへ私は遊びに行くようになりました。その頃の私は昔とは別人のように太っていて、薬の副作用で口は閉じず、兄からも「みっともない」と言われる程でした。父は、私が母の所へ行くのをあまり、いい顔はしませんでした。それと同時に、私がダイエットを始め、どんどんやせてゆき、化粧するのをとても嫌がりました。私あてに男性から電話が来ると、「あんなだらしない話し方をする奴はだめだ!!」とぶつぶつ文句を言っていました。私はそんなことは無視して、毎日湯豆腐を食べ、プールに通いました。4カ月程で17キロ体重がおちました。私は歯科にも通いました。虫歯のことで通い始めましたが、先生に「これは矯正するしかないですよ」と言われました。原因は分かっていました。私は小学校の高学年まで指しゃぶりをしていました。そのため、上の歯と下の歯がかみ合わず、前歯で物をかむことができなくて、そのため、人と食事をする時にはすごく緊張していました。矯正するためには多額のお金を支払わなくてはなりません。帰ってから父に相談しました。父もそのことには気付いていて「行きなさい」と言ってくれました。さっそく先生に病院を紹介していただき行きました。担当医も決まり、6月20日に検査をすることまで決まりました。

その矢先でした。あの事件が起きたのは。あの日、私はデイケアセンターの帰り道、家に近づくにつれ気が重くなりました。電車の中で「帰りたくない、帰りたくない」と思いながら、ようやく家に帰りついたのです。

私は父の前で何年かぶりに大声で泣きました。「私

は汚れてしまった」と言い、父の目の前で母に電話し、「お父さんにレイプされた」と言いました。母はそんな私に、「歯の矯正代、出してもらえるんだからがまんしてそこにいなさい」と言いました。私は自分が生きているのか死んでしまったのか分からぬ状態でした。「もしかして飛び降りた時に本当は死んでしまったのでは……」そんなことを思いながら、1ヵ月程たちました。歯のことなど私にとってどうでもいいことになっていました。

そして6月12日、私は区役所に行き、保護されました。着の身着のままかけこみ寺のような所へ行き、2週間ちょっと、そこで暮らしました。その間に生活保護の申請をし、足を棒のようにして広い範囲、住む所を歩いて探し出しました。そして、父に居場所を分からなくするために区役所の方が、新しい診療所を探して来て下さいました。私は7月1日引っ越ししました。最初は布団しかありませんでしたが、そのうちにどんどん生活用具がそろって行きました。部屋の内装工事までさせていただきました。

私は「家族に保護されるよりも国に保護される方がいい」と実感しました。そして診療所に紹介された弁護士を通して、父からの謝罪文を受けとることもできました。毎月、父からの慰謝料が口座に振り込まれることに関して、複雑な心境ですが、とりあえず今のところは裁判にはなっていません。私は今までいろいろな人たちによって助けられて来ました。本当に感謝しています。今、私は24歳です。これから先、また、どんなことがあるか分かりませんが、自分なりに、私らしく生きてみようと思います（1997年1月24日）。

### 境界パーソナリティ障害と 児童期的虐待

上に紹介した症例では、発症以来2年足らずの間に①覚醒剤乱用による中毒性精神病、②統合失調性障害、③境界性パーソナリティ障害、④複合性PTSDに伴う解離性フラッシュバック、などの診断が数人の精神科医によってなされている。そもそも医学における診断というものは、目前の患者に対する処遇方針の決定とその患者の予後（将来）予測のためになされるのだが、当初の診

断（暫定診断）が経過の中で変更されることはある普通のことである。

この事例の場合、初診した精神科医（総合病院勤務医）は、20代前半の女性がある早朝、「突然」（つまり了解可能な理由を欠いて）、恐怖に包まれ、それに伴って幻聴が出没、さらには命令幻聴に支配されてマンション屋上から全裸で飛び降り右足の複雑骨折で整形外科に入院中という事態の原因を推定することを求められたわけである。普通に訓練されてきた精神科医であれば、こうした事例に直面してまず考えるのは緊張型・統合失調症ないし短期精神病性障害であろう。そう考えてメジャー・トランキライザー（向精神薬）を投与し、恐怖と幻聴の消去を試みる。やがて、この若い女性の生活歴を知ることになり、そこにかなりの頻度で覚醒剤の摂取があったという事実をつかむと、覚醒剤由来の精神病の可能性も考えるようになる。その頃には向精神薬が効果を発揮しないで幻聴の出没による異常行動が続いたため、精神科の専門病院に転院させられていた。

中毒性精神病（例えばアルコール幻覚症）と統合失調症との鑑別が実際にはかなり困難なものであることについて、筆者はある本<sup>9)</sup>の中で詳述し、その古い論考を本誌に転載したことがある。要約すると、中毒性精神病におけるいわゆる「幻覚症hallucinosis」では、幻聴のほかに幻視が混入することが多いが、統合失調症と鑑別しがたい幻聴だけが向精神薬の投与にもかかわらず持続する場合もある。時には感情鈍麻や人格の平板化などの陰性症状も持続することがあり、そうなると統合失調症の併発と診断せざるを得なくなるのだが、多くは1年内に突然寛解し、そうなると統合失調症に固有の陰性所見が拭い去られたかのように消失するので驚嘆させられる。

この女性症例における長期間の幻聴の出没にはこれに似たところがあるのだが、統合失調症に伴う人格の平板化、連合弛緩（失論理）、感情鈍麻は明確ではなかった。Sクリニックを受診した時点での初診医が境界性パーソナリティ障害（BPD）のみを暫定診断としたのは、そのためであったと思われる。なお、BPDの診断基準（DSM-IV）には、その第⑨項目に「一過性のストレス関

連性の妄想様観念または重篤な解離性障害」が含まれていることを指摘しておきたい。

Sクリニック初診に際しては既に「父親による強姦」という事件が生じており、そのことが転院の動機になっていた。当然のことながら、この女性の悲惨な養育歴が診断に際しての要点として認識されており、当院初診後数カ月を経て行われた筆者との鑑別面接（診断の確定と治療方針再設定のための面接）においても彼女の児童期の虐待被害の実態が焦点となった。別の著書<sup>11)</sup>に詳述したとおり、筆者の面接はほぼ1ヶ月おきに6回行われており、その中で筆者はこの症例の本質を「主として兄からの近親姦虐待と父からの暴力支配によって生じた“脆弱なパーソナリティ”（この場合、BPD）を基盤として生じた「複雑性PTSD」（Herman, J. L.<sup>2,3)</sup>）と解釈するとともに、彼女が養育家族の中で受けた性的被害に関して「明確な対抗手段を示す」ことを支援することこそが彼女のresiliency（弾性抵抗力）を増し、ひいては彼女のself-empowerment（自尊心強化）に寄与すると考えた。こうした支援を一種の行動療法として「処方」することは、筆者の治療パラダイム（最近、筆者はこれをPIAS（サイトウ式逆説的介入アプローチ）と呼ぶようになっている）の一部である。

この症例がそうであったように、児童虐待、特に近親姦虐待はBPDの発生因子として最も重要な要因である。表5は1997～2005年の8年間にSクリニックを受診した女性BPD症例195名（平均年齢29.3±6.97歳）について、彼女らが児童期に受けた児童虐待の種別割合である<sup>15)</sup>。彼女たち全例はDSM-IV-TRの第II軸診断（パーソナリティ診断並びに知的発達遅滞の有無）においてBPDの診断基準を満たしている。このときに統制群としたのは同時期にSクリニックを受診した女性患者のうち、年齢階層が調査対象と一致していて、かつBPDの診断を免れていた123名（平均年齢29.7±3.64歳）である。彼女たちの多くは診断名として適応障害ないしVコード（第I軸診断がつけられないが、臨床的関与の対象とせざるを得ない症例）が付されていた。

なお、この場合の「臨床的関与」とは「対人関

表5 児童虐待とBPD<sup>15)</sup>

	BPD N = 195	統制群 N = 123	** P < 0.01 * P < 0.05
児童虐待	82.6%	55.3%	**
身体的虐待	49.2%	22.8%	**
家族内性的虐待	25.1%	8.1%	**
家族外性的虐待	16.9%	4.1%	**
ネグレクト	20.0%	8.9%	*
情緒的虐待	59.0%	40.7%	**

N = 318・女性

係の問題」ないし「虐待ないしネグレクトに関した問題」で、前者としては「V61.20 親子関係の問題」（発達障害を疑われる幼児の母親、不登校・引きこもり・家庭内暴力・摂食障害者の母親、等）や「V61.10 配偶者との問題」（配偶者との緊張関係を訴えるが後述する995.81に該当しないもの、例えば暴力・虐待問題を欠いた引きこもりの夫やアルコール依存の夫の妻、等）が含まれる。後者の「虐待ないしネグレクトの問題」に該当するのは「V61.21 小児への身体的虐待、性的虐待、ネグレクト」を主訴として来院した者、及びいわゆるバタードウーマンに該当する配偶者からの被害女性たちである。つまりこの調査では統制群の中に虐待母（これを主訴とするのは2%のみ）やバタードウーマンが含まれている。以前の調査報告<sup>13)</sup>に述べたとおり、虐待母やバタードウーマンには児童虐待の既往がある者が多い。このことが表5で統制群の中にも児童虐待の被害者がかなりの割合含まれてしまった理由である。

表5で注目すべきことは、それにもかかわらずBPD群で82.6%にも及ぶ人々が児童虐待被害者であり、統制群における頻度との比較で統計学的な有意差が見られることである。特に家族内性的虐待（近親姦虐待）が25.1%にも見られることは強調されるべきことと思われる。前掲の症例に見られるように近親姦虐待は身体的暴力や必要なケアの無視（ネグレクト）を伴って生じる。被害女児はこれらに抗しながらも自らの人生を切り拓こうとし続けるのだが、学校では級友たちからのいじめや無視に出会い孤立しがちになる。前掲症例では強調されていないが、非被害体験児に比べて身体的な抵抗力も弱く、呼吸器や皮膚にアトピー性の障害を持つ者が多く、感染症から肺炎になる

割合も高いし、過敏性大腸症候群をはじめとする消化器の症状が発生しやすい。より明瞭で、この2006年調査でも明らかにされていることはBPD群における自殺関連行為の高さである。自殺未遂の頻度はBPD群で35.4%（統制群0）、自殺宣告歴（「死にたい」「死んでやる」などの言辞）では39.5%（統制群5.7%）、自傷行為（皮膚カット、タバコの火の押しつけによる火傷、等）43.6%（統制群1.6%）である。調査対象195名のうち調査時点での自殺既遂は5名（2.6%）であったが、アメリカでの追跡調査によればBPD患者の8～10%が自殺している（Perry）。

Gunderson<sup>1)</sup>はこの自殺率がUSAにおける一般人口内の自殺率（0.01%）の800倍に相当し、若い女性（15～34歳、この性別・年齢階層がBPD患者の大半を占める）の自殺率（0.005%）の1,600倍以上に達することに注目を促している。リストカットをはじめとする自傷行為はBPDに必発しているかのように扱われている。実際、現在のBPD概念が構築されてゆく課程では自傷する女性患者の諸徴候がモデルにされたという経緯があった。自傷行為はBPD患者に一石三～四鳥の利益をもたらす。まずそれは自己の無能力や愚行を処罰するために使える。それに伴う痛みによって無力感と絶望が紛らわせられる。派手に流血すれば他人の関心を引くことができる。さらにはかねてよりBPD患者を悩ませてきた身体疎隔感（自分の身体が自分のものでないような一種の離人感）を瞬時忘れることができる。

悲惨なことは、児童期性的虐待の被害者の場合、自殺企図、自傷を切り抜けて生き残れたとしても壳春をはじめとする性的危険地帯を通過しやすることである。このときの調査でも壳春（性風俗業従事）はBPD群においてのみ34名（17.4%）いて、彼女たちの全員が児童期性的虐待の被害者であった。逆に言えば、壳春を業とする女性の多くが児童期性的虐待の犠牲者である。James, J.ら<sup>4)</sup>は調査対象とした娼婦136名のうち55%に児童期性的虐待の既往が見られたと報告しているし、Silbert, M. H.<sup>16)</sup>の調べた200名の娼婦ではこれが60%にのぼっていた。

## PTSDと児童期性的虐待

症例・アイにみられた「突然の幻聴と恐怖」は何であったのか。覚醒剤乱用による中毒性精神病の可能性は捨てきれない。もちろん、統合失調症も否定しきれず、その場合は緊張型に属するであろう。しかしそれであつたとすれば、右足骨折による整形外科入院から5カ月にわたる精神病院の転入院を通じて一貫して投与されていた大量の向精神薬に反応せず、幻聴が維持され続けたことはどのように説明されるのであろうか。私たちは発病初期の恐怖と錯乱の実態を見ていないのだが、少なくともSクリニックで診た彼女には意識障害を思わせる所見（時間と場所の認知障害、夢幻様状態、恐怖と錯乱、無目的な作話、など）は認められず、遷延した統合失調症を疑わせる陰性症状（感情鈍麻、人格の平板化、思考の流れの弛緩）もなかった。「死ね」という幻聴らしきものは確かに残存していたが、これは生きることに意味を見出せない虚無感とともに語られるので、外部からの声（幻聴）というより内言語（思考）に近いものに思われた。

一方「飛び降り事件」について訊くと、「その日は朝から現実感を欠いていて、まるで起きていたながら夢の中にいるような気がしたが、それからのことは覚えていない」と述べた。「気がつくとパジャマのまま屋上に出ていた。かなり長い間そこにしゃがんでいたようで膝が痛かった。そこでピンクのスウェットを脱いで全裸となり飛び降りたのだが、そうしなければならないと言われていたような気がした。ただ、飛び降りたのは私の身体だけで自分自身は落ちていく自分を見下ろしていたような気がする。心と身体が分かれてしまった気がするのだが、そのことを不思議とは思わなかつた」と言う。これら陳述は自発的に行われたもので、筆者は意図的に解離症状に関する話題に入ることを避けていた。後に筆者らがこれらの陳述を誘導したと思われるのを避けたためである。

「落ちてゆく自分の身体を見下ろす自分がいた」という陳述は解離性障害の際の離人症（幽体離脱）を思わせる。そしてこの種の離人症が児童

期性的虐待の被害者に希ならず生じることを想起させるので、筆者はこの症例の少なくとも一部はPTSDに伴う解離性フラッシュバックとして説明できると考えた。ただし、それを確定診断としたわけではない。そうできなかつたのは、入院後にもかなり長期間続いた精神病的行動について中毒性精神病や統合失調症から鑑別しきれなかつたからである。

児童虐待のような日常で繰り返されるPTSDに「複雑性PTSD」の呼称を提案したのはHerman, J. L.である。この呼称はDSM-IVでは採用されなかつたが、児童虐待や配偶者虐待から生じるPTSDが戦闘ストレス、災害ストレス、交通外傷ストレスで生じるPTSDと違つた病像を呈することは、この問題に接することの多い臨床家の多くが認めてゐるところであろう。日常的に繰り返される脅迫や不定期な暴力の影響は、天災や戦争従軍の際のストレスのように非日常的で「致命的」なストレスとは言えないという点から見て、DSMに規定されているPTSDの定義を満たさない。しかし個々の暴力が致命的ではないとしても、日々の緊張がもたらす無力感と絶望は確実に犠牲者の「秩序と安全の感覚」を奪っていく。

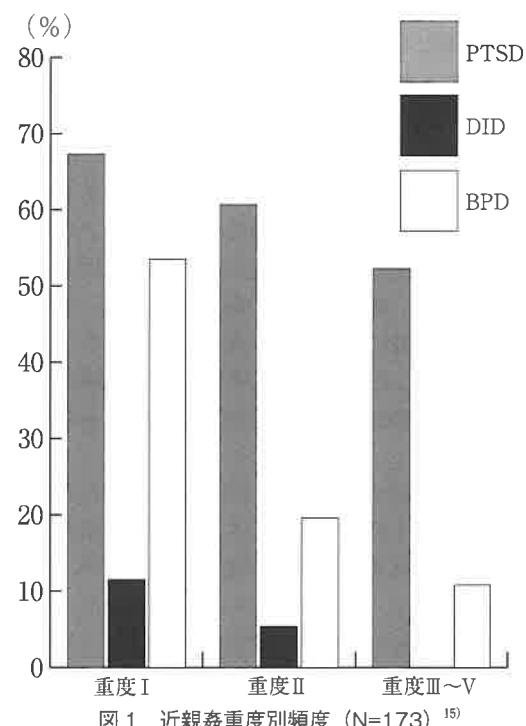
児童虐待、特に近親姦虐待からもたらされる精神病理はPTSDの症状群（覚醒状態の持続、トラウマ状況からの回避、将来への期待の消失、等）そのものというより境界性パーソナリティ障害の診断基準として記述されているものに近い。実際、DSMのBPD診断基準策定に寄与したGunderson自身、PTSDとBPDの鑑別について「これらは本当に別個のものとして考えることができるもののなのだろうか」<sup>1)</sup>（邦訳書p.55～56）と述べている。Hermanに至つてはBPDの中核を「複雑性PTSD」そのものと主張している。この種の外傷体験（児童期の性的外傷体験）は女兒や女性に多い。BPDが比較的若い女性に多い（67～87%が女性）ことは、これによつて説明できるというわけである。

筆者による2007年報告の対象となつたBPD女性195名中のPTSDの割合は28.2%であった。意外に少なかつたのだが、統制群では2.4%に過ぎなかつたのでおそらく我々のPTSDの診断基

準が厳しすぎたのであろう。

この調査では児童虐待の「深刻性（severity）」を問うていないが、以前の調査<sup>15)</sup>ではこれに言及しているので紹介しておく。このときの調査ではSクリニックのデータベースに収納されたサンプルから近親姦虐待被害者として抽出された173名である。近親姦虐待被害の深刻性を重度I（膣、肛門内への男根ないし手指の侵入、及びフェラチオ）、重度II（衣類で覆われていない状態での性器への接触）、重度III（衣類の上からの性器への接触）、重度IV（視線、会話、性器以外のプライベート・パートへの接触による性的侵襲）、重度V（記憶が不鮮明ながら被害感を持つ）に分けた上で、重度別にPTSD、DID（dissociative identity disorder 解離性同一性障害：かつて多重人格と呼ばれていたもの）、BPDの出現率を比較したところ図1のような結果が得られた。すなわち、DIDは重度II以下では見られず、BPDの発現率は重度の高いほど高く、PTSDも同様の傾向を示している。

最近の脳画像学的研究の発展は児童虐待によつて生じる脳の器質的变化を明らかにしつつある。



この件については筆者らも不完全ながら海馬の萎縮に関するいくつかの知見を報告してきた<sup>14)</sup>のだが、現在では児童虐待の種別や被害年齢ごとに全脳の容積減少、脳梁の損傷（主として男児に生じる解離性健忘に関わる）、海馬の萎縮・石灰化（かつてベトナム戦争帰還兵について報告され、現在では児童虐待全体について発生することが確認されている）、主として左側に生じる扁桃体の損傷（思春期女児の性的虐待被害者に見られ解離性フラッシュバックやDIDの発症に関与することが推測される）などが報告されている<sup>17)</sup>。この領域は既に神経生理学者たちの関心を集めている、筆者のような一介の臨床家が追試できるような段階をはるかに超えている。かつては多重人格が虚偽記憶として片づけられていたことを考えると隔世の感がある。

### おわりに —虐待母への臨床的対応—

症例・アイの母はアイの必要を満たしていなかった。アイが筆者らの治療の対象になっていた時期にも治療チームに協力するでもなく、父親の告発に際しては、その動きを封殺しようとした。一方、アイが未成年のまま非合法な就労によって大金を稼いでいたときには彼女から搾取した。アイは兄と父親からは性的虐待を受けたが、母親からも必要なケアを受けることなくネグレクトされ続けた。アイの臨床的問題の根底には、この種の無視による自己の無価値視とそこから派生する無力感、憤怒、絶望感などの混在があった。筆者らがアイに父親告発という当面の「目標」を与えたのは、そうした状態の彼女を無力感から解放するとともに憤怒を表現する機会を与えようとしたからだ。

父親の告発は、50万円の謝罪金と月10万円の仕送りという条件で和解するという形で筆者らにとっては不満足かつ曖昧な結末を迎えたが、アイにしてみれば、これが最善の結末であったろう。なにぶん、あの「恐怖の専制君主」であった父親が自分の訴えに真剣に対処する場面を見ることができたのだから。元気になったアイは元のスリム

な体形に戻り水商売の世界に戻っていった。忙しくなったことで外来通院も途絶えたが、元気にしていることは仲間からの報告で知っている。

アイは自分の子を産むことを怖れていた。もし彼女に子がいたら、と思われる事件が去年（2010年）の夏に大阪で露見した。アイが初診してきたときと同じ23歳の風俗店勤務女性が起こした、2児（3歳、1歳）遺棄殺人事件である。両親が学童期に離婚し、多忙で怖い父親に育てられていた女性だった。子どもをかわいがって自分のブログに「愛情たっぷりな母親」を演じる写真を載せたりする時期もあったようだが、やがては「風俗の過酷な仕事にも子育てにもいやげがさした」（殺人罪で再逮捕後の供述）。子どもたちが死ぬのを承知でクーラーを切った、暑熱の部屋に子どもたちを密封して殺したという行為の中には憤怒とともに絶望や無力感を感じる。あのいっときの迷いさえ克服できたら、彼女は鬼畜の母にならずにすんだであろう。そしてその「克服」には第三者の関心（愛）が必要だったと思う。

人が弱者に対して驚くほど残酷になれるのは無力感の中で絶望しているときに違いない。虐待母の起こした事件に接するたびにそう思う。だから我々治療者の仕事は彼女たちの絶望に接するだけではなく、彼女たちを無力感から解放させることだ。それには、彼女たちの置かれた状況に沿って「オーダーメイドの仕事」を工夫しなければならない。目標が高すぎたり、過酷すぎる仕事を設定すれば、彼女たちの無力感を増強させてしまう。易し過ぎる課題を与えたのでは彼女たちの自罰癖を矯正できない。虐待母1人1人に適切な作業課題を与えようとすれば、彼女たちの話を丁寧に聞き、能力を確かめ、彼女たちが「したい努力」の方向を発見する以外にない。アイの場合はたまたまそれが父親の告発であったということだ。

そういうわけで筆者の治療法は大いに行動療法的であり個別指導的もあるが、それは虐待母への対応に限られるわけではない。しかしそれとは別に個々が無力感と絶望から脱するための集団療法も、対応法の大変な一部である。そこでは1人1人が限られた時間の中で「自分の問題」を話す。数十名の参加者はただひたすらそれを聞く。それ

だけのものだが、これなしに筆者は臨床的対応を考えることができない。集団療法の場というものは、それこそ治療者の個性に支配されるもので筆者の構成する集団の場合、話し手のあらゆる言葉、息づかい、動作、表情は表現手段として數十名の聞き手の前に展開され、その場を支配する聞き手の沈黙がそれ自体で意味を持つような空間である。

虐待母たちにとってはこの場に参加すること以上の負荷に耐えられない場合もあるが、その場合は週に1回～数回、ここに身を置くこと自体が治療初期の課題になる。この「ミーティング」(と呼ばれている)や「シェア」(その場で話し手になること)についてはこれ以上の説明はしにくい。これに参加した人々からのコメント<sup>6,8)</sup>を参照していただきたい。

## 文 献

- 1) Gunderson, J. G. : Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide, American Psychiatric Press, 2001. (黒田章史訳: 境界性パーソナリティ障害—クリニックル・ガイド, 金剛出版, 2006)
- 2) Herman, J. L., Perry, J. C., Van Der Kolk, B. A. : Childhood trauma in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 146; 490-495, 1989.
- 3) Herman, J. L. : Trauma and Recovery, 1995.
- 4) James, J., Meyerding, J. : Early sexual experience and prostitution. American Journal of Psychiatry, 134; 1381-1385, 1977.
- 5) 小林登, ほか: 児童虐待全国実態調査1, 2, 平成13年度厚生科学補助金(子ども家庭総合研究事業)児童虐待および対策の実態把握に関する研究, 2002.
- 6) 栗原誠子, 斎藤学: ヘンでいい。, 大月書店, 2008.
- 7) 内閣府: 若者・子ども白書, 平成22年版.
- 8) 佐々木洋子: 私は幸せになってはいけない. 公衆衛生, 75 (2); 142-145, 2011.
- 9) 斎藤学: アルコール関連精神病. [斎藤学, 高木敏編] アルコール臨床ハンドブック, 275-302, 金剛出版, 1982. ([再録] 斎藤学: アルコール幻覚症. アディクションと家族, 19 (1); 116-133, 2002)
- 10) 斎藤学: 日本の摂食障害者における児童期性的虐待の頻度について. 思春期青年期精神医学, 6 (2); 152-158, 1996.
- 11) 斎藤学: サバイバーが親を告発するとき. 斎藤学編: 児童虐待 [臨床編], 296-312, 金剛出版, 1998.
- 12) 斎藤学: 子どもを虐待する親たち. 斎藤学編: 児童虐待 [臨床編], 313-331, 金剛出版, 1998.
- 13) 斎藤学: 虐待する親とはどんな人たちか. 子どもの虐待とネグレクト, 5 (1); 98-105, 2003.
- 14) 斎藤学, 中村俊規, 沼田真一: 近親姦虐待と成人期精神障害. 子どもの虐待とネグレクト, 5 (2); 330-341, 2003.
- 15) 斎藤学: 境界性パーソナリティ障害と自殺. アディクションと家族, 23 (4); 353-365, 2007.
- 16) Silbert, M. H., Pines, A. M. : Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. Child Abuse & Neglect, 5; 407-411, 1981.
- 17) 友田明美: 「癒されない傷」—児童虐待と傷ついていく脳. 日本小児科学会雑誌, 110 (6); 852-859, 2006.
- 18) U. S. Department of Health and Human Services: Child Maltreatment 2000, Administration for Children and Families, 2001.
- 19) 全国養護施設協議会調査研究部, 東京都精神医学総合研究所・社会病理研究部門: 全国養護施設に入所してきた被虐待児童とその親に関する研究報告書, 1994. ([再録] 斎藤学: 全国養護施設に入所してきた被虐待児とその親に関する研究. 子どもの虐待とネグレクト, 3 (2); 332-360, 2001)