

子どもは児童・思春期を一定の速度ですすむのではなく、まっすぐな線に沿って順調に歩み続けるものでもない。最近の思春期の子ども達には、次のような心理学的特徴があるといわれている。

- ① 内面的幼児性を引きずり、自己中心性が強い傾向にあり、心身共に脆弱で、不満耐性、自律心、克己心などが欠けている。
- ② いわゆる四無主義（無気力、無感動、無関心、無責任）が顕著である。
- ③ 依存的、受け身的で、自発性や主体性に乏しく、いわゆる指示待ち人間、マニユア型人間が多くなっている。
- ④ 自己確立が遅れ、モラトリアム人間、発達課題の未達成などがある。社会的疎外を抱き、学校不適応を示し、自らの殻に閉じこもる子ども達が増え、子ども達が抱える問題は、多様化、複雑化、低年齢化、一般化の傾向にある。

3. 青少年の犯罪からみえてくるもの

少年刑法犯検挙人員および人口比の推移をみると、これまで3つのピークがあった。第1のピークは昭和26年で、終戦直後の社会秩序の乱れによるもので、経済的貧困を背景に窃盗の占める割合が高率であった。第2のピークは昭和39年で、高度経済成長による社会変動と少年人口の増加があり、非行の低年齢化、性犯罪の増加、睡眠薬遊びなどの「逃避型非行」が特徴で、中流階層の子どもの非行が目立った。第3のピークは昭和53年で、価値観の多様化、高学歴社会と教育荒廃、家庭の在り方の変化、犯罪の機会の増大などを背景にしていた。ところが平成8年から検挙人員・人口比ともに増加・上昇しはじめ、第4のピークの到来といわれている。しかし、世代別非行少年率は、どの年次をとっても類似した曲線を示し、14～16歳で高率となり、その後は年齢が高くなるにつれて低くなっている。その意味では、「青少年の凶悪化」というキーワードは、再考されねばならない。

マスコミの報道から青少年の犯罪の背景をかいま見ると、私たちの臨床例と併せていくつの特徴が浮かび上がってくる⁶⁾。

- ① その子どもの育ち方や住んでいる地域、さらには学校での生活状況からは、犯罪に至る必然性や文脈がみえてこない。
- ② 酒鬼薔薇聖斗事件のように、子ども達が書く難解な文章とかけ離れた唐突で劇画的な行動の様相は、ある種のアンバランスさを感じさせる。経験不足で未熟なころのあり方を、ゲーム、ビデオ、劇画などから得た刺激的で難解な言葉によって覆い隠しているようにみえる。
- ③ 彼らの犯罪行為はおとなには到底理解しがたいものであるが、彼らの文化（異文化とさえ思える）からみると、当然の行為と考えることもできる。同年代の子ども達は、「判る気がする」といい、ある種の憧れさえ持っている。
- ④ 子ども達は常に不安（彼らにも気づいていない根源的な不安）を抱いており、このためにまわりの世界にひどく敏感であり、一見優しそうに見えるが、外傷体験（彼

らのイメージの中での)を持ち、妄想的ともいえる被害者の意識を抱いているようにみえる。

最近、家庭裁判所調査官を中心に、裁判官、学識経験者、学校教師、少年事件関係機関の実務家など16名によって、殺人および殺人未遂事件を犯した15例(単独事件10例、集団事件5例)についての実証的研究の結果が発表された¹⁾。単独で重大事件を犯した少年達の特徴を、人格特徴、家族関係、非行のメカニズム、事後的行動などから次の3つのタイプに分けることができたという。

① 幼少期から問題行動を頻発していたタイプ：幼児期、小学校低学年から問題行動や非行を繰り返し、生後10数年の間に問題が増幅され、いくつかの要因が重なった末に殺人に至っている。親子関係をみると、親自身が育児不安を持ち、サラ金からの借金、精神的障害などの問題を抱えて余裕がなく、子どもの問題に気づいても体罰や叱責を加えるのみで、悪循環に陥ってしまっていた。家族機能がうまく働いておらず、駄の名目でひどい体罰が加えられ、自己評価が極端に低く、対人関係における距離の取り方に敏感であった。交友関係では、友人を求めていながら、相手の気持ちを察することが不得手で、結果として親しい友人ができず、孤独を感じている。問題行動を起こすことによって周りの人々の関心を引きつけようとし、問題行動がエスカレートしていく結果になる。

② 表面上は問題を感じさせることのなかったタイプ：幼少期から特別な問題行動はなくむしろおとなしくて目立たず、一見、環境に順応しているようにみえていたのが、突然、重大事件を犯すに至っている。親子関係をみると、親の期待が強く、子どもが親の期待を先回りして取り込みすぎ、感情の表出を押さえてきた。思春期になると内的世界にこもりがちで、凶器の収集、攻撃的・暴力的なゲーム・ビデオ・本にのめり込んでいた。表面的には家族間の人間関係に大きな問題はないが、家族内のコミュニケーションが乏しく、家族の絆が弱く、葛藤が顕在化することに強い不安を持っている。表面化する問題はないが、他者との親密な人間関係を形成することができず、他者と共感しあう世界が持てず、仲間といることに苦痛を感じることもある。

③ 思春期になって大きな挫折を体験したタイプ：親の期待に応じて勉強やスポーツなどで活躍し、甘やかされて育っている。思春期になって親の期待に応えられなくなるような挫折を経験し、自分のプライドが大きく傷つけられた時に、精神的に未熟で、土台を失ったように不安定になり、些細な出来事をきっかけにキレてしまい、衝動的に殺人に至っている。親子関係や家族機能は、表面的にはうまく働いており、近所でも評判のよい家庭であった。しかし、親は子どもを過大評価し、子どものプラス面しか見ようとせず、親にとって「よい子」イメージをふくらませてきた。このために、挫折を経験したときに、子どもは親に弱みを見せることができず、問題に気づいた親も自分の夢が奪われたような気持ちになって、手のひらを返すように子どもを無視し、一方的に叱りつけることになる。信頼しあえる本当の友人ができず、自分にとって都合のよいところだけを利用し、独りよがりな考え、自己中心的である。

単独で重大事件を犯した子ども達に共通する特徴は、①事件の直前に深い挫折感を抱き、追いつめられた心境になっていた、②知的能力には問題がないが、観念的な思考で、具体的な解決能力が劣っており、思考が硬く、視野が狭く、自分のやり方にこだわり、柔軟性を欠いている、③自分の気持ちがわからず、それを言語化することが苦手で、自分の感情を相手に伝えることができない、④自己イメージが悪く、幼い頃から「自分はだめな人間」という観念が強く、常に劣等感を抱いている、⑤現実の人間関係から学んだものではなく、漫画や映画などで誇張された攻撃性を男性性にとらえ、ゆがんだイメージを持っている、などがあげられている。

このような心理学的特徴は、重大事件を犯した子ども達にかぎらず、不登校、家庭内暴力、いじめなどで臨床の場に登場してくる子ども達にもしばしばみられるものである。問題は、子ども達がなぜこのような状況に曝されてしまうのかを考える必要があるということである^{2, 3)}。学校精神保健はますます重要な課題となってきた。

4. 学校精神保健に関するアンケート調査

今年度は、児童精神科医が学校精神保健にどのように関わることができるのかを明らかにするために、アンケート調査を行った。

1)調査対象と回収率

各地域における学校精神保健活動の中心的な役割を担っている児童精神科医 30 名（北海道・帯広市から沖縄県・那覇市まで）を対象に、以下の 7 項目についてアンケート調査を行った。回収率は 100%であった。

- (1) 学校精神保健にどのような形でかかわっているのか
- (2) どのようなフィールドを担当しているのか
- (3) どのくらいの頻度で学校へ行っているのか
- (4) 最も密に連携している教職員はだれか
- (5) 児童精神科医としてどのような業務を担当しているのか
- (6) 学校において、どのような位置づけ（身分）が必要か
- (7) 教職員と連携する場合の問題点はなにか

2)アンケート調査結果

(1)学校精神保健にどのような形でかかわっているのか（図 1）

学校精神保健とのかかわり方は、①内科学校医：0%、②精神科学校医：11%、③精神科専門相談医：25%、④嘱託医：21%、⑤その他：43%であった。養護学校および特別支援学級（特殊学級）にかかわる場合には精神科学校医または嘱託医が多く、就学指導委員会や教育相談にかかわる場合には、精神科専門相談医が多かった。

(2)学校精神保健に関わる場合、どのようなフィールドを担当しているのか（図 2）

学校精神保健活動の中で担当しているフィールドは、①小学校：18%、②中学校：22%、③高校：20%、④養護学校：16%、⑤特殊学級：15%、⑥学校群：3%であった。最近、数校をまとめた学校群を担当するケースが増える傾向がある。

(3)どのくらいの頻度で学校へ行っているのか（図 3）

どのくらいの頻度で学校へ行くのかを聞いた結果、①要請されればいつでも：55%、②年 1～3 回：11%、③年 4～6 回：17%、④年 7～9 回：3%、⑤年 10 回以上：14%であった。要請されて行く場合が半数であり、年間数回以上行くと答えたのが 34%あったことは注目される。学校の現場では、精神科医が求められているのであろう。

(4)学校において最も密に連携している教職員はだれか（図 4）

最も密に連携している教職員は、①養護教諭：46%、②学級担任：25%、③生徒指導担当教諭：10%、④校長：10%、⑤教頭：7%であった。学校精神保健活動が活発になるに従い、キーパーソンとしての養護教諭の役割が重要となってくる。

(5)児童精神科医として、どのような業務を担当しているのか（図 5）

児童精神科医として担当している業務は、①精神保健相談：26%、②教育相談：17%、③就学指導委員会：15%、④スクール・カウンセラー：8%、⑤啓発活動：3%であった。さらに、精神保健相談および教育相談の内訳を整理すると、①不登校：35%、②発達障害：22%、③精神障害：18%、④いじめ：10%、⑤家庭問題：9%、⑥注意欠陥/多動性障害、トラブルメーカー、摂食障害：それぞれ 5%となっている（図 6）。平成 16 年度から実施される予定である「特別支援教育」においては、児童精神科医のとるべき役割がさらに大きくなることは明白である。

(6)学校において、どのような位置づけ（身分）が必要か（図 7）

学校においてどのような位置づけ（身分）が望ましいかについては、①精神科学校医：56%、②精神科専門相談医：24%、③嘱託医：20%と答えられた。精神科学校医としてかかわるべきであると答えたものが半数であったが、人的資源が十分ではない状況を考慮すると、精神科専門相談医としてのかかわりが現実的であると考えられた。

(7)各職種との連携のあり方について（図 8）

各職種との連携の仕方について訊ねたが、①スクール・カウンセラーとの連携に、問題なし：13%、問題あり：19%、②養護教諭との連携に、問題なし：23%、問題あり：14%、③校長・教頭との連携に、問題なし 14%、問題あり：17%であった。

(8)児童精神科医として学校精神保健に関わる場合の要望・問題点

そこで、スクール・カウンセラー、養護教諭、校長・教頭との連携上の問題・要望について訊ねた。その結果は；

①スクール・カウンセラーとの連携の問題点：

- a. 教職員・学校医との連絡が不十分である
- b. 力量不足であり、個人差がありすぎる

- c. 学校教育の場を理解していない
- d. 問題および疾病に対する対応方法を知らない
- e. 特定の人とのかかわりに終始しがちである
- f. 倫理性に欠ける
- g. 心因性に偏りすぎ、発達障害に対する認識が不十分である

すなわち、スクール・カウンセラーに対する児童精神科医の評価としては、①臨床経験（訓練）が乏しい、②児童精神医学を系統的に学んでいない、③倫理的配慮に欠けるなどの点で問題が指摘された。今後のスクール・カウンセラーの養成にあり方について検討すべき課題であろう。

②養護教諭との連携の問題点：

- a. 経験に頼りすぎており、系統的な知識が不足している
- b. 個人差がありすぎる
- c. 柔軟性に欠けている

養護教諭のカバーすべき問題が広がってきており、従来、主として行われてきた身体的問題への対応が従となり、メンタル・ヘルスへの関与が主となりつつある。しかし、学校精神保健についての知識と経験は不十分であり、さらなる研修が必要であると共に、今後の養護教諭養成過程におけるカリキュラムの見直しが必要であろう。

③ 校長・教頭との連携の問題点：

- a. 特定の人との連携に偏りがちである
- b. 教職員をまとめていない
- c. 精神医学的な知識があまりに不足している
- d. 管理が優先しすぎている
- e. 個人差が大きい

校長や教頭に限らず、教職員のメンタル・ヘルスに関する知識は、複雑化する青少年の心理学的問題に対応するには不十分である。教職員を対象とする学校精神保健についての研修会を頻繁に行うと共に、教員養成過程において学校精神保健を十分に講じる必要がある。

5. 現状における学校精神保健システムの課題

欧米においてはすでに半世紀も前から「児童青年精神医学」が独立した分野として確立されているにもかかわらず（表 1）、わが国では、日本医学会への加盟も認められず、診療科名としての「児童（青年）精神科」の標榜も認められず、大学医学部における「児童青年精神医学」講座も設置されていない。第 15 期日本学術会議・精神医学研究連絡委員会は、1994 年 2 月 18 日、大学医学部における「児童精神医学講座の新設に関する報告書」を発表したが、その後の大学改革と再編成の影響もあってか、未だに成果は乏しい。しかし、最近になって名古屋大学および信州大学に、「児童精神医学分野」または「こころの診

療部」が立ち上げられたことは特筆に値する⁵⁾。

日本児童青年精神医学会（理事長：山崎晃資）は、現在の会員数が2,533名であり、そのうち、精神科医1,120名、小児科医144名であり、学会認定医は101名である。Remschmidt & van Engeland(1999)が編集した「ヨーロッパにおける児童青年精神医学—歴史的発展、現況、未来—」に掲載されている資料（表2）によると、何らかの形で資格が承認されている児童（青年）精神科医の数は、フランスが最も多く、ついでロシア、イタリア、ドイツ、英国、ウクライナ、スイス、ベルギーなどの順になっている。児童精神科医1人当たりの20歳未満の子どもの人口は、スイスが5,300人と最も少なく、ついでフィンランド、フランス、スウェーデン、ベルギーなどの順になっている。平成10年のわが国の20歳未満の人口から推計すると、日本児童青年精神医学会認定医1人当たり268,660人となり、会員として登録されている医師（約1,200人）1人当たり22,388人となる⁴⁾。

このようなわが国における児童（青年）精神医学に携わる医師数の状況を考えて、現状における学校精神保健システムの課題を整理すると、次の4項目にまとめることができる。

- ① 児童青年精神医学に熟達した精神科専門相談医を、各学校群に配置する必要がある。
- ② 児童・思春期精神保健の地域ネットワーク・システムを確立し、関連職種の人々との学際的連携が必要である。
- ③ 学校の役割は重要であり、学校医の新任者研修ならびに生涯教育の場を活用して、児童青年精神医学の啓発を行うべきである。
- ④ 将来的には、精神科専門相談医 ⇒ 精神科学校医 ⇒ 認定精神科学校医（制度）へと発展させるよう努力すべきである。

6. おわりに

欧米ではすでに半世紀も前から児童（青年）精神医学が独立した分野として確立されおり、小児病院には「児童（青年）精神科」が重要な部門として明確に位置づけられている。わが国では、最近、国公立小児病院の新設がなされるようになったが、なぜか「児童（青年）精神科」の設置に対する抵抗がある。小児科臨床における「こころの小児医療」は、包括的医療の視点に立てば当然必要なことである。しかし、そのことと、児童（青年）精神科医療を混同してはならない。精神病理学を基盤とする発達の理解を深めるための臨床研修と実践を、安易にとらえることは慎むべきであろう。今こそ、児童（青年）精神科と小児科が真に連携し、「子どもの医療」の確立と発展のために、そして子ども達の幸せのために立ち上がるべき時である。

国際化が叫ばれる現在、わが国はまさに児童（青年）精神医学の後進国となってしまった。次代を担う青少年の健全な育成を考えると、児童（青年）精神科医療の確立は不可欠であり、緊急な課題である。

【文 献】

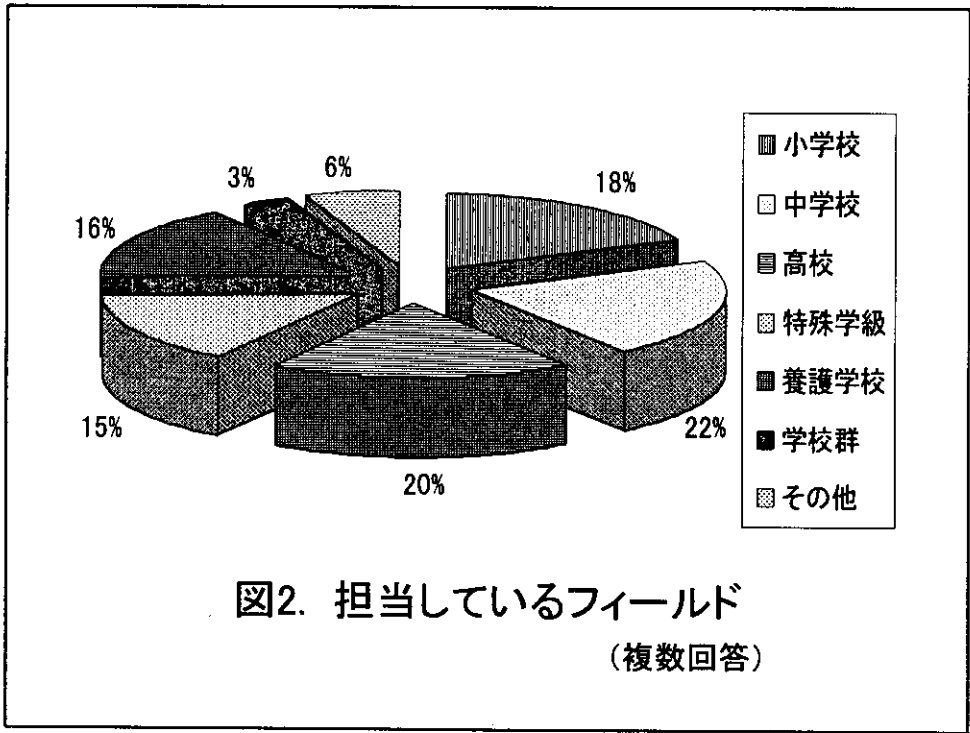
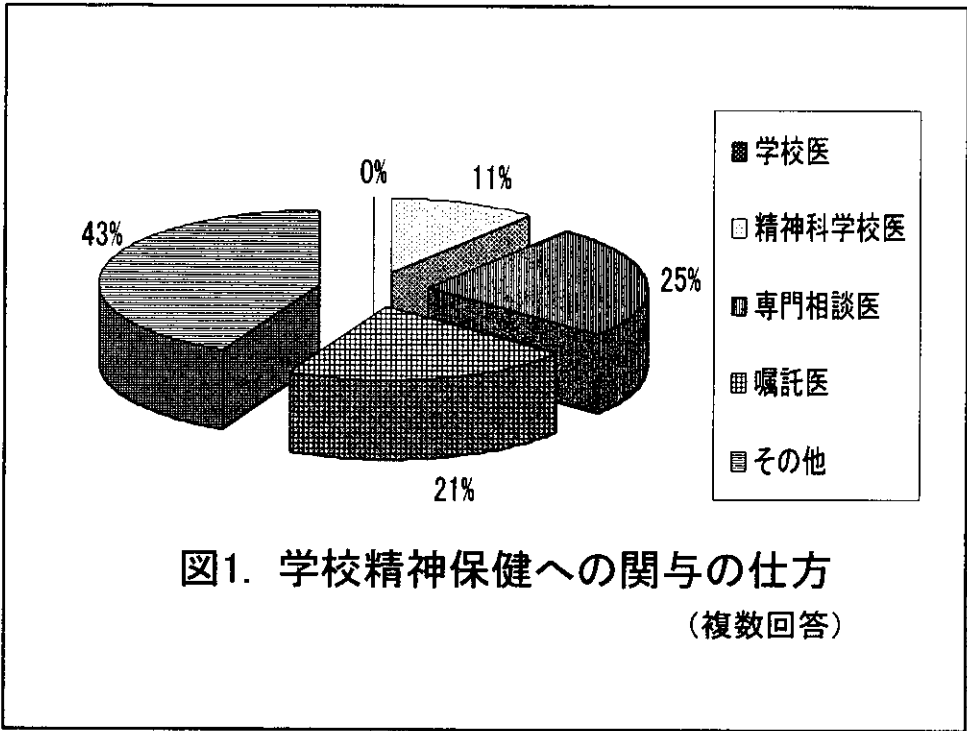
- 1) 家庭裁判所調査官研修所監修：重大少年事件の実証的研究. 司法協会、2001.
- 2) 山崎晃資：児童・青年期精神障害の診断と治療. 松下正明総編集：臨床精神医学講座 第11巻 児童青年期精神障害. 中山書店、pp.15-26、1998.
- 3) 山崎晃資：臨床児童青年精神医学入門（改訂）. 安田生命社会事業団、1999.
- 4) 山崎晃資、安枝三枝、小石誠二ら：児童青年精神医学の卒前・卒後教育と児童青年精神科医療に関する国際的比較研究. 安田生命社会事業団研究助成論文集 35号；107-115、1999.
- 5) 山崎晃資：精神科の専門分化について—児童精神医学の立場から—. 精神科治療学 16；135-142、2001.
- 6) 山崎晃資：青少年犯罪と精神疾患を語る前に - 児童青年精神医学から見えるもの -. 医学書院 43:1172-1180、2001.

表 1. 「児童（青年）精神科」が診療科名として承認された年代

ロシア	1920年
ハンガリー	1950
ラトヴィア	1950
米国	1950
スエーデン	1951
スロヴェニア	1954
スロヴァキア	1955
スイス	1957
オランダ	1957
英国	1960
チェコ	1962
ドイツ	1968
クロアチア	1969
アイスランド	1970
フランス	1972
南アフリカ	1980
韓国	1985

表2. ヨーロッパ諸国の児童青年精神科医療の状況

	学会創設	児童青年精神医学 講座のある大学	児童（青年） 精神科医数	専門医1人当たり の20歳未満人口
オーストリア	1974年	1	65人	28,600人
ベルギー	1961/76	4	300	8,000
ブルガリア	1993	3	46	42,000
クロアチア	1990	3	35	32,000
チェコ	1960	4	116	21,700
デンマーク	1953	4	141	9,000
エストニア	1973	1	20	18,600
フィンランド	1956	5	196	6,600
フランス	1937	33	2,000	7,500
ドイツ	1940	26	781	22,000
ギリシャ	1983	3	160	15,500
ハンガリー	1990	1	55	45,000
アイスランド	1980	1	10	8,500
アイルランド	1983	2	36	31,500
イタリア	1959	24	1,200	9,400
ラトヴィア	1950	1	26	23,600
リトウアニア	1996	2	60	16,600
ルクセンブルグ	—	0	4	25,000
オランダ	1948	7	257	14,800
ノルウエイ	1957	4	130	8,700
ポルトガル	1989	0	99	24,300
ルーマニア	1992	3	200	30,000
ロシア	1992	0	1,300	31,000
セルビア	1979	4	57	51,800
スロバキア	1979	3	113	14,000
スロヴェニア	1979	2	24	19,800
スペイン	1978	1	200	43,000
スエーデン	1956	6	282	7,700
スイス	1957	5	315	5,300
ウクライナ	1995	1	438	30,000
英国	1971	16	547	27,500
日本	1960	0	100 (認定医) 1,200 (学会員)	268,660 22,388



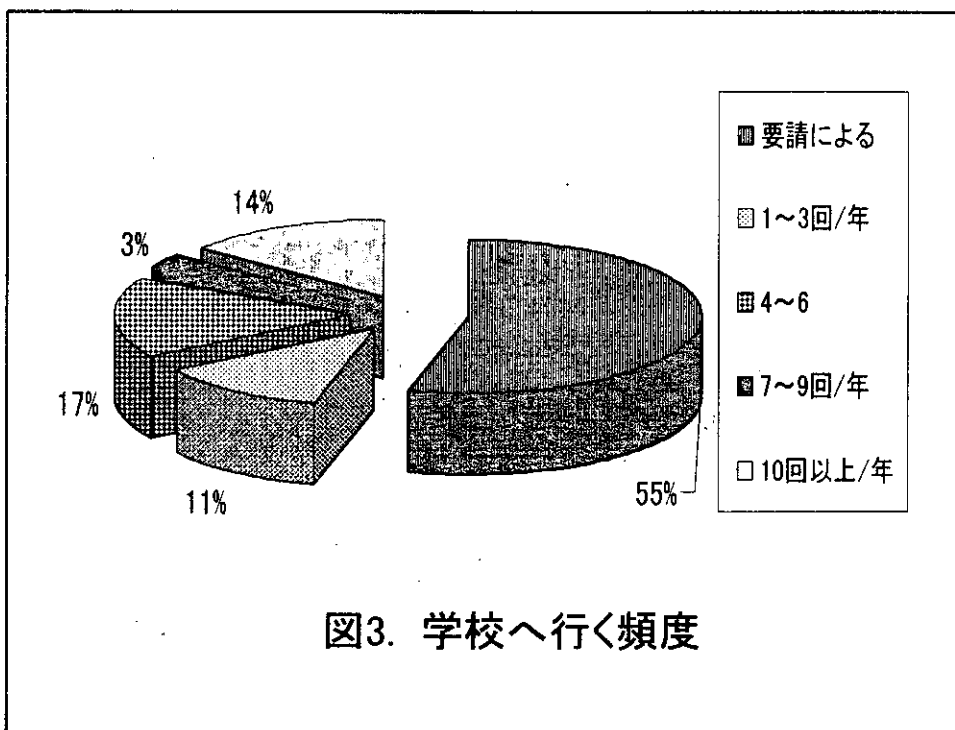


図3. 学校へ行く頻度

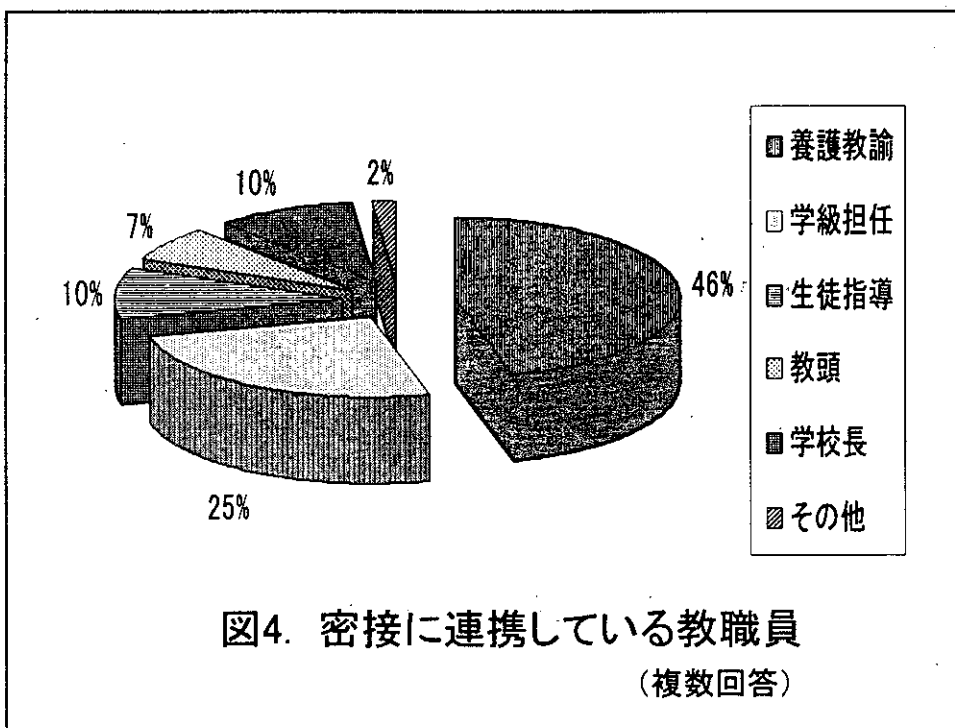


図4. 密接に連携している教職員
(複数回答)

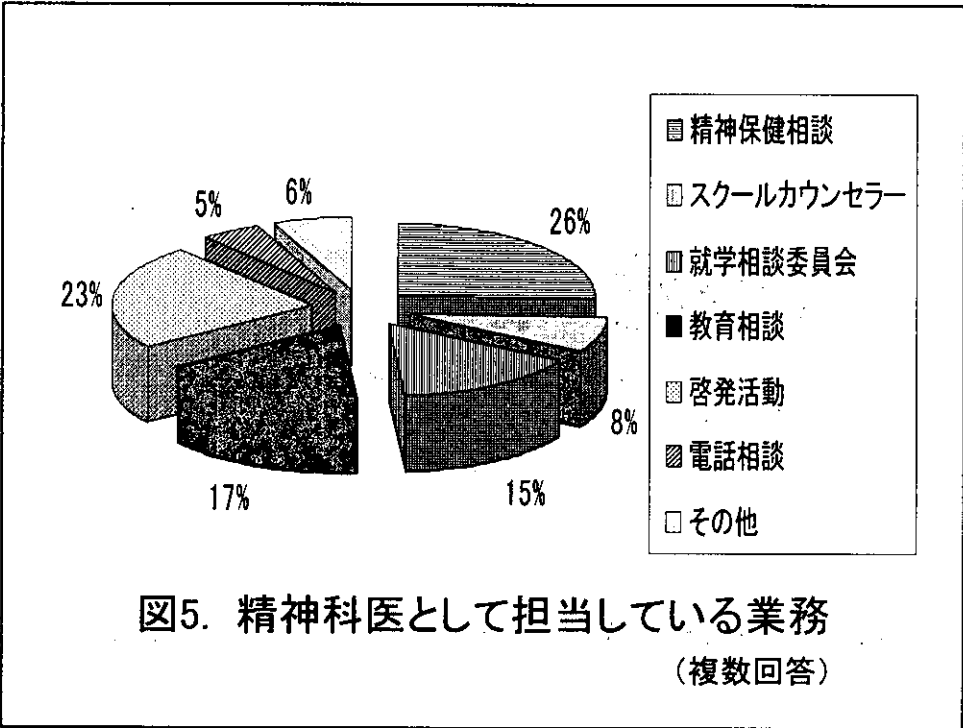


図5. 精神科医として担当している業務
(複数回答)

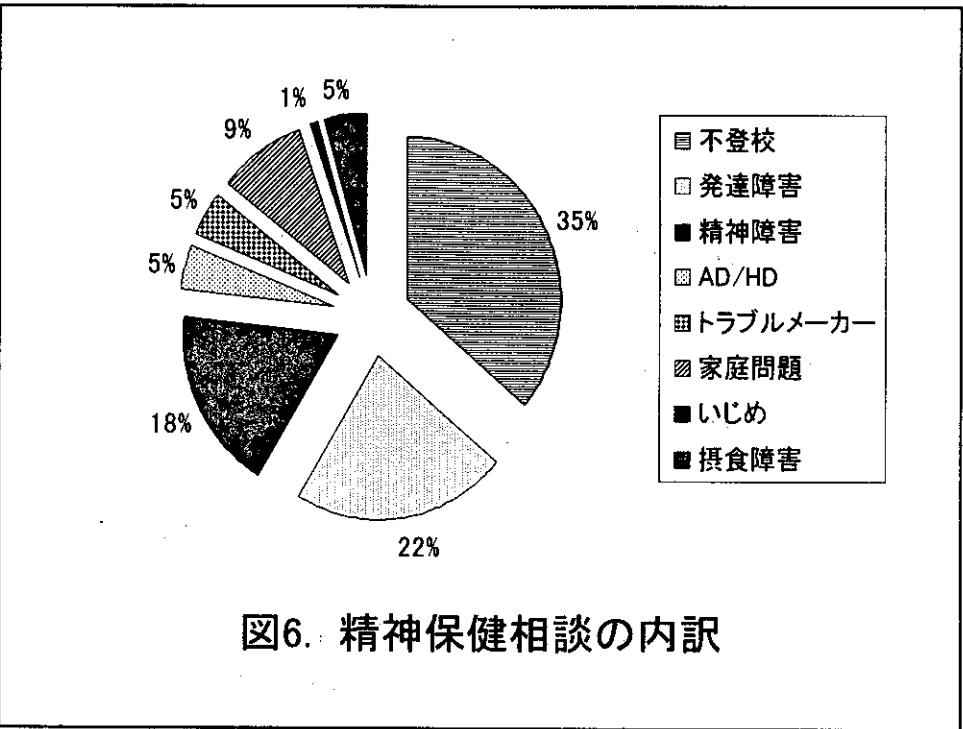
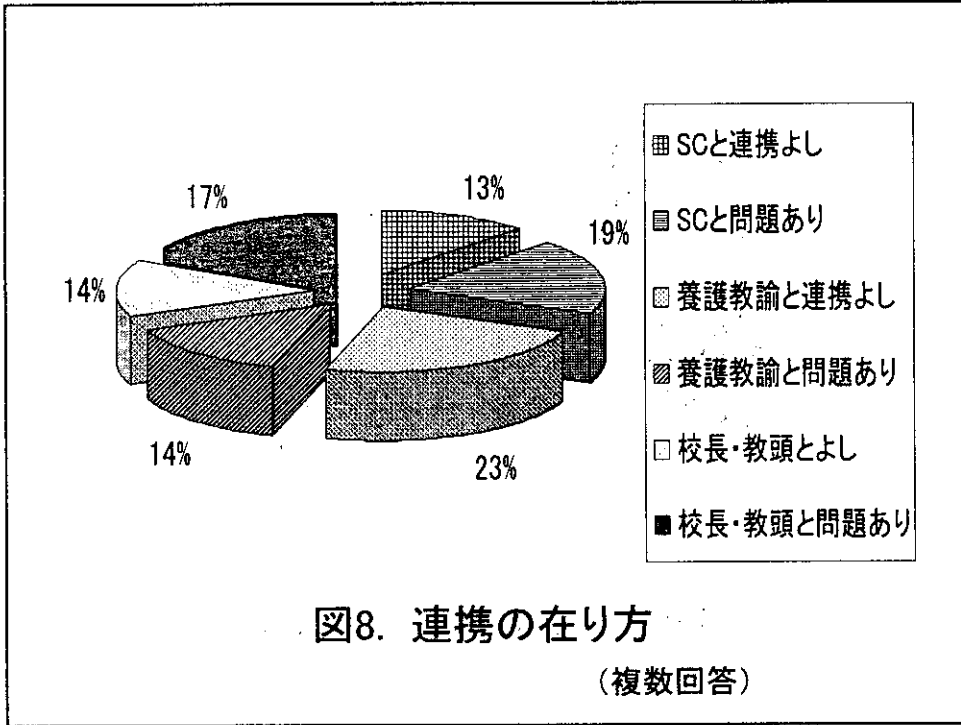
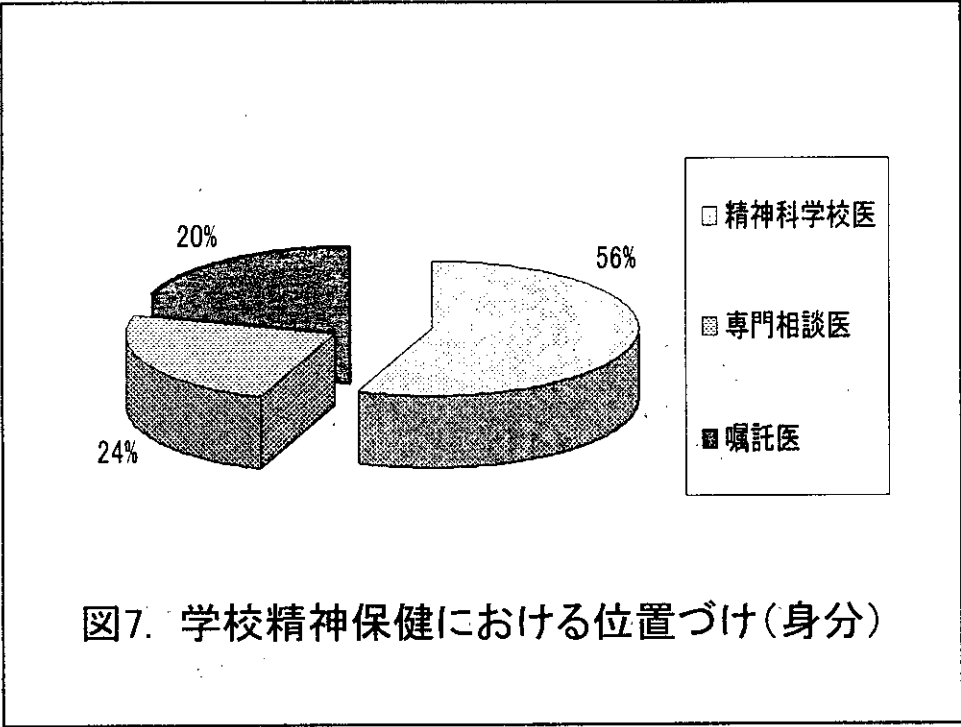


図6. 精神保健相談の内訳



思春期のメンタルヘルスを促進する治療プログラムに関する研究(2)

一 思春期問題に悩む子どもの親のアタッチメント

分担研究者 皆川邦直¹⁾

研究協力者 林もも子²⁾ 吉田敬子³⁾ 田上美千佳⁴⁾ 新村順子⁴⁾

中澤富美子⁵⁾ 北代麻美⁶⁾ 三宅由子⁷⁾

1)法政大学 2)立教大学 3)九州大学 4)東京都精神医学総合研究所

5)東京都立中部総合精神保健福祉センター 6)関西医科大学

7)国立精神・神経センター精神保健研究所

I. はじめに

1998年より、不登校・家庭内暴力を中心とする思春期問題を抱える子どもの親への子育て心理教育とグループ親ガイダンスを開始して、約200名の親支援を提供してきた。臨床的印象として、このプログラムに参加する親(90%以上は母親)の多くは、悩みを一人で抱えていることが多く、ソーシャルサポートを受けることに困難があるように思われた。セラピストは個々の親の不安レベルに合わせて自我支持を提供するなど個人精神療法の専門的な知識技術を用いて、親がセラピストの提供する助言(親ガイダンス)を歪曲せずに理解できるように支援する必要がある。親のこのような対人関係上の特性を把握する方法として親のアタッチメントを測定して、健常群のそれと比較して見ることを本年度の研究目的とした。

そして東京都立中部総合精神保健センター思春期デイケア親プログラムに参加する親でアタッチメントスタイル面接に参加することを承諾した人、および同様な承諾をした健常群の母親を対象として、アタッチメントスタイル(Attachment Style Interview; ASI)面接を施行した。ASIは英国で開発された半構造化面接であり、この面接によって被験者はstandard/non-standard(enmeshed, dismissive, fearful, withdrawn, disorganized)に分類される。これはAinsworth/Mainらの開発したSSQ(strange situation procedure)ならびにAAI(Adult Attachment Interview)によって分類されるアタッチメントタイプにおおむね該当すると考えられるが、未だ両測定法の関係は実証されていない。

その結果、東京都立中部総合精神保健センター思春期デイケア親プログラムに参加する臨床群29名(平均年齢48歳)のアタッチメントスタイルは、standard / non-standard 11/18例、健常群33名(平均年齢47.8歳)のアタッチメントスタイルはstandard / non-standard 31/2例であり、臨床群にnon-standardが有意に多かった(Fisher $P < 0.00001$)。その内訳は臨床群では、enmeshed 6, dismissive 11, fearful 1, withdrawn 7 (disorganized 3)であった。その一方健常群では1, 1, 3, 1, (0)であった。

以上のように臨床的印象を裏付ける明らかな結果が得られた。思春期に遷延化する不

登校または怠学、家庭内暴力、ひきこもりを来たす青年の母親は、non-standardな愛着を示すことが非常に多く、それだけにカウンセリング等の支援において母親の愛着を考慮した相談助言活動を開発していく必要性がある。

この結果は遷延化する不登校または怠学、家庭内暴力、ひきこもりを来たす青年を、親を介して援助する際に、親のアタッチメントに配慮する必要があることを示すものであり、本論文では、臨床の場で実際にどのような配慮を払っているかを示すことを目的とする。

II. 臨床記述

親プログラムが対象とするのは10歳から21歳までの青少年の母親であり、青少年は主に神経症圏の問題および一部、摂食障害と少年鑑別所送致を必要としない軽度の非行問題をもつ子どもたちである。

A. 中学2年生女子A（中学2年以來のひきこもり）

Aは3人姉妹の末っ子で、中学1年の秋より不登校。母親に女に何故生んだ、男に生み直せと迫り暴力をふるう。登校刺激を与えたが暴力とひきこもりは悪化して、中学3年になると外出もしなくなったため、母親への親ガイダンスだけを実施した。母親は娘に罵られる度、殴られ蹴られる度に、この子に将来はないと絶望的に感じて、安心感は極端に脅かされた。そして母親自身の安定感を保つためには子どもを投げ出したくなった。担任教諭は母親のこの脆弱な人柄を感じて、母親なら命をかけて子どもを守るのが当たり前なのに、と感じて母親に共感することが困難であった。教諭の母親に対する批判的な感情は、母親に伝わり、母親の安定感は更に脅かされた。それはAに対する思いを揺らがし、それによってAの気持もさらに暗くなるという悪循環となっていた。母親にとって、自分の逃げ出したくなったり、娘を放り出したくなったり無視したくなる気持は何より一番辛く、時に死にたくなることもあった。

そのような時にセラピストは、「単身赴任の夫にサポートしてもらおう訳にも行かず、追い詰められてどうしようもなくなる気持は、Aを思い彼女の将来を心配するからこそですね」と、娘に消えてほしいという気持で一杯の母親に批判を加えず、むしろ共感して母親が落ち着くまで待つ必要があった。

セラピストの言葉を受け取って母親の気持が少し落ち着いたところで今度は、セラピストは「娘の将来は閉ざされて娘の幸せはない、という母親の気持を察する娘さんは、それが自分を育てて来た母の考えであればこそ真実味を帯び、娘さん自身も更に暗い気持になって、落ち込んだり、あるいは落ち込みに対抗して母親を非難したりするでしょう。それで、母親と娘さんの間は更に厳しくなるわけですね」と共生関係の渦巻く現在の母子関係を説明した。

母親は「頭では分かるんですが、実際にその場になると、そうしたくないと思っててもどうしようもなく、そうになってしまうので、困り果てているのです。それで、どうしよう

もないと思ってしまうのです」と述べた。

そこでセラピストは、「それはお母さんも娘さんも共に、娘さんには、これから明るい将来があるのに、明るい将来はないと思い違いをしているから、どうしようもないと感じてしまうのでしょう。娘さんがお母さんに辛く当たっている時に、実はお母さんから、そんなことないでしょ。あなたにもそのうち明るい将来が見えてくると信じているわよ、と言って励ましてもらいたいのでしょう。ですから、そう伝えられると良いと思うのですが」と助言した。

母親は「今は髪の毛を引っ張られて振り回されたり、喉を絞められたり、蹴られたり、殴られたりして、親を親とも思わない娘に将来があるなどとはとても思えない、そんな信じていもしないことはとても言えません」と答えた。

セラピストは「お母さんは娘さんに痛めつけられて、親である私に何ていうことをするのととても怒っておられるんですね。その怒りがあって、お母さんはそういう娘さんに親に対する態度を改めなさい、と躡りたいのですね。でもそれはこの子には無理という絶望的な気持もあるみたいですね。それはお母さんが怒り心頭に達しているからなのですが、そういうお母さんの気持は娘さんにも伝わるのでしょう。つまり、お母さんの怒りは娘さんの前向きの気持を挫いてしまうということになるわけです。だからその怒りは取り敢えず棚上げしてご主人に労わってもらってください。電話で愚痴を聞いてもらうだけでもお母さんの気持は和らぐと思いますよ。そうして娘さんに向かわないようにしませんか？」と伝えた。

すると母親は「娘がどうしてもあんな暴力をふるうようになったのか、叩いて育てた訳でもないのに…。口で何か伝えて、それが気に入れば言う事は聞きますが、気に入らなければ、親の言う事だってちっとも聞かないんですから。私が怒りを納めたからといって、そんな簡単にあの子の態度は改まるものなのではないでしょうか？」と質問をした。

「思春期の子どもは娘さんに限らず、親の言う事をなかなか聞かないのが、むしろ普通でしょう。第一、親が今何を言うか、言われる前から分かっているのではないですか。躡について親は大体思春期の前に伝えるべきことは伝え終わっていると言ってよいくらい、多くのことを子どもさんに伝えてありますから、思春期になったら余り言い過ぎないほうがむしろ子どもさんの心をさかなでなせずに、無難だと思いますよ。娘さんの場合、暴力がいけないことだと十分に分かっているでしょうから、お母さんが言葉を飲み込まれて、この子は大丈夫と思っていたほうが暴力は収まりやすいでしょう」とセラピストは伝えた。

母親は「むずかしいけど、やってみます」と、ようやく絶望的な気持と憤怒感情を整理することができた。このようなガイダンスの繰り返しは隔週1回、1年半も続いた。そして親子関係の軋みと娘の暴力は徐々に収まっていった。その間、母親と娘の分離を進める父親の母子切斷機能について母親に説明をして、単身赴任中の父親からも励ましの手紙を娘に送ってもらうよう助言した。また担任教諭と相談して、卒業するための課題を提供してもらい中学は卒業した。

卒業後の1年間、Aの暴力は父親に向かい、父親が買ったばかりのコンピュータを壊し、Aの要求で移った新築マンションの玄関脇の壁を3メートルにもわたって壊して、父親と取っ組み合いの喧嘩にもなった。母親が心配して呼んだ警察官が到着した時に二人は息を切らせて床にしゃがみ込んでいたという。その後、Aは外出するようになり、そこで親にAには大検から大学入学のルートのあることを知らせるように助言した。元の仲間が高校2年の冬に、彼女は大検予備校に通い始めて、翌年には大学に入学した。大検予備校に通うようになってから大学1年の夏まで、自信を持ち切れないAは週1回の個人精神療法を受けた。

母親のアタッチメント

母親のアタッチメントは non-standard, fearful type であり、不安耐性は非常に低く、不安になるとその精神状態そのものが引き金になって更に不安を呼ぶという特徴が見られる。そのため、周囲から母親は感情表出は大げさであるという印象を抱かれがちである。またセラピストも母親の不安に引きずられて、母親の語る娘の精神病理をより重篤な方向に受け取りがちであった。たとえば、娘が何故男に生まなかつた、もう一度生み直せと文句を言うと、母親は娘に本人の望まぬ性別を与えてしまい、娘と同様、本人には将来はない、という思いに圧倒されてしまった。この母親の神経症的な錯覚は、娘の個体化という思春期の発達課題を母親自身の責任であると勘違いするところに由来するが、その錯覚が母親に自責感を抱かせることになり、それが過剰な不安として現れていたものと思われる。親ガイダンスの中でセラピストは母親の過剰な自責感を理解して対応する必要があった。娘の担任は、母親が親としての努めを果たさない人であるという印象を抱いていた。それは教諭が母親が過剰な自責感に耐えられずに超自我を外界に投影してしまう言動を、母親には全く責任感がないと誤解したために生じた認知であった。そして教諭は、母親の感情表出は大げさであり、母親は少しの心痛にも耐えられない人であると勘違いしていた。そのために担任・母親関係は円滑なコミュニケーションを共有するものではなかった。このように fearful なアタッチメントタイプでは、対人関係において他者から誤解されやすいこともあって、心の内面を言語化して理解を得るといった形式の安心感をもちにくいことが理解される。セラピストはこれらの母親の心理特性を把握して、助言することが求められる。

B. 17歳、男子B（中学2年以來のひきこもり）

患者Bはアトピーがひどく、中学2年より不登校となり3年もの間、殆ど外出することがなかった。例外的にアトピーその他の治療に通うことがあった。しかし皮膚科受診もその多くは母親が代理で通院して、止むを得ない時だけ本人が受診していたという。Bは15-17歳の頃は殆ど外出することがなかったが、18歳になってからは、たまに好きな料理の本を読み、本屋にでかけるようになった。

家では暴君として君臨して家族の部屋を独り占めし、あるいは母親を自室に呼び入れて全身に薬剤を塗布させた。そして長時間にわたり母親に文句を言い続けることもしばしばであった。そして母親への文句は暴力に発展することもしばしばであった。最近、母親はBが暴力をふるいそうになるのを感知して、逃げ出すようになってきているが、時には暴力をふるわれてしまうこともあるという。

また本人は摂食障害を自称して外食は一切しなかった。料理に凝って自分で何かを作ることもしなくなかった。そして体重も減少していた。母親は息子の要求を原則的に受け入れていたが、それは父親の暴力が息子を駄目にしたと信じていてからだという。

本人には通院する気がなかったので両親ガイダンスを提供した。まずアトピーは本人の病気であり、その治療は本人の責任においてすべきことを両親から本人に伝えてもらうことにした。つまり、薬は自分で塗布すべきであり、母親が薬を塗るのはBのリビドーを刺激するので中止にした。さらに母親は彼の部屋に入らない事にした。こうして母親が思春期の息子にとって性的な刺激にならないように配慮した。

Bが母親に暴力をふるっている時に、父親が息子に「俺の女に手を出すな」ということを勧めた。また、母親が以前本人の自室に2時間も3時間も閉じ込められて責められた時に、どうしてあんなおやじと結婚したのかと本人に問い詰められたことがあったが、そのような時に母親は、「自分の男の悪口を息子からは聞きたくない」と言うように助言した。父親は何回か「俺の女に手を出すな」と言いそびれたが、最終的には息子にそう言った。すると暴力は沈静した。

そして父親の母子切断機能および息子の父親同一化を促進することを目的に、父子で一緒にスポーツクラブに通うことを勧めた。息子は不安のために父親と一緒にすぐにスポーツクラブに通うとは思われなかったが、父親がそういう誘いを息子にすること自体にも意味があると考えたからでもあった。1-2ヶ月経つと、息子は時々父親と一緒にでかけるようになった。

こうして息子の暴力は3ヵ月後には消失して、次第に外出も可能となり、予備校通いを始めて大検そして現在は健康な大学生活を送っている。

母親のアタッチメント

母親のアタッチメントタイプは *dismissive* であり、感情表出は実際に感じているよりも割り引いたものとなっていた。そのためBは、自分の投げかける言葉が母親にはそれほど有効ではないと感じて、それが自分には力がない、力が弱い、力が足りないという思いを抱かせるようであった。母親にあまり感情反応が生じないとBが感じると、それは自己の無力さを覚えさせるものであったので、思わず暴力をふるってしまうようであった。*dismissive* なタイプの人には実際には感じている感情の強さを減じて表現するようであり、そのために対人関係において十分な支えを受けることが困難になるようであった。セラピストは親ガイダンスにおいて母親の感情表出とは裏腹に、母親が内心不安が高いことを踏

まえて、助言を提供する必要がある。

C. 青年期にまで遷延する社会的ひきこもり

患者Cは21歳の青年。中学以降ずっとひきこもった生活であったが、家庭内暴力はなかった。この家庭では父方の祖母中心の生活があり、父親は自分のきょうだいを使って、妻が母親の世話をするように圧力をかけることもあった。妻であるCの母親はそういう父親を尊敬することができずに息子を溺愛し続けた。母親はCが社会に出て行けないのは姑の世話のために自分が母親として息子に十分な事をしてやれなかったからであると信じていて、息子に問題があるとは考えていなかった。そして母親が息子に十分な世話をすることができないほど姑の世話を要求した父親・夫が悪いと思い、そのような発言を息子にも父親・夫にもしていた。

父親は最近定年退職したが、息子が何とか社会に出て行けるようにと願い、妻と共にグループ親ガイダンスに参加した。Cは17-8歳頃より外出が可能となり、自分の気に入った美術館や図書館めぐりをして今日に至っている。この母親と息子との間には、母親と父親との間で交されるべき親密な情緒交流が含まれており、息子は現在の生活にあまり不満を抱いていない。また母親もCの社会的なひきこもりを深刻な問題であるとは思っていない。そのため大検経由で大学、あるいは職業適性検査経由で職業訓練校といった進路を勧めても父親が納得するだけで、母親とCは我関せずといった反応を示した。親への助言は常に無効であり、息子にも個人精神療法を受ける予定はない。

母親のアタッチメント

母親のアタッチメントは *withdrawn* であり、自己の内面についての開示は極端に少ない。そして息子に対する関心だけが高い。しかし息子との言語的なコミュニケーションも少ないため、母親自身の思い込みによる息子理解が優先されて、息子は不安で寄り添えない存在であり、息子に前向きな圧力をかけても、息子はそれに耐えることはできない、と認識される。その結果、息子は常に守るべき存在として認識されるため、母子間の共生関係の渦巻きは発生しない。母親ガイダンスでは母親が息子を守りすぎていることに気づくことを期待する。そのため、母親が自分の思い込みを優先させてセラピストの助言を無意味なものとしがちである点を捉えて、助言が母親の心に通じるようにしなければならない。

なお、グループ親ガイダンスでは以上のような母親のアタッチメント特性に配慮することに加えて、集団力動を抑制する方向でグループをリードする必要がある。これは通常の力動的集団療法とは正反対の方向へのアプローチであるので、以下にその概容を記す。

III. グループ親ガイダンス

親ガイダンスは、Chethik, M によって記述されている、子どものメンタルヘルスの問題をもつ親支援の精神療法的な方法の1種である。親面接から子どもの現在の精神的な問題

を理解して、親に助言を提供する方法である。個別の親ガイダンスは1回 50 分の面接であり、マンパワーが絶対的に不足しているわが国の現状では、同様のアプローチを親集団に対して施行することができれば、時間経済効率的には改善になると思われた。以下にそのグループについて紹介する。

1. グループ親ガイダンスの構造

グループ親ガイダンスは半閉鎖集団(semi-closed group)である。親はいつでもグループに参加できるし、一定期間の経過の中で子どもが成人への道程を歩み出して、親がこのグループへの参加を終了しても大丈夫だという判断を親もセラピストも共有できる時に、その親の参加は終了することとする。そのため、グループ親ガイダンスへの参加を終結ないし中断するメンバーには、その旨をグループの中で話してから最終決断してほしいと伝える。こうすることによって、参加する親には、自分はこのグループの中でグループにケアされているという感覚をもつことが可能となり、グループの凝集力は高まる。

グループ内で親から聞いた事柄について、グループ外では話さないことを原則とする。また、子どもの行く末の見えていない親同士が互いに傷つけ合う事のないように、グループに参加している限り、グループ外で親同士が個人的に交流しない事を原則とする。いわゆる裏デイケアを禁止するのだが、この点は統合失調症を中心とするデイケアとは大きく異なる点である。

緊急時の連絡先、具体的な対応方法などについて取り決めておかねばならない。子どもの激しい暴力や脅し、自傷行為、自殺企図、家出、夜間徘徊、補導などが頻発する思春期の子どもの親支援には欠かせないものである。

グループの実施についてであるが、通常之力動的集団療法と同じ枠組を踏襲して、グループ親ガイダンスの頻度は、毎週1回、1回90分とする。初回の参加時から両親で参加するような例外もあるが、多くは母親の参加するグループとなる。集団のサイズは数名から10数名程度である。

最初の45分は新たに参加する親が話をする。それに基づいて、セラピストは子どもの心の内面について理解することを親に説明する。そして親として子どもに伝えるべき事柄を一つか二つ具体的に助言する。

残りの45分は、助言を受けた親がその後の子どもの様子について話をする。一般的には4-6週間後までに親が助言を活用して子どもや伴侶に働きかけてみた結果、子どもはどのような反応をして、どのような状態になっているかを報告してもらう。またその話の内容に応じて助言を提供する。また、緊急に相談したい親にも発言の機会がもてるように配慮する。

他の親の話を聞いている親は、原則として質問してもよいし、意見を述べてもよい。しかしセラピストは、それによって生じる自然な集団力動に流されないようにする。この点は通常之力動的な集団療法のアプローチと異なる。