

に求められる役割について、改めて検討・整理してみたい。

Ⅱ. ひきこもり概念の混乱について

まず、今日的な青年のひきこもりが精神医学において、あるいは社会一般において、どのように捉えられてきたのか、その現状と問題点について整理しておきたい。

従来、精神医学や心理学において、ひきこもりという用語はおもに以下の二つの意味合いで用いられてきた。一つは、周囲に無関心になり、もっぱら自らの精神内界の現実のみ心を奪われ、全能的自己愛に浸っている現象、つまり内的・情緒的なレベルで生じているひきこもりであり、もう一つは、生活する空間や時間を狭め、外出しなくなったり、家族とも顔を合わせないように昼夜逆転の生活を送るなど、対人関係の回避や孤立といった現象、つまり外的・社会的なひきこもりである。

いずれにしても、精神医学ではひきこもりを症状ないしは状態と捉えるのが一般的であり、症状・状態の背景には、その原因となる疾患・障害が存在するというのが基本的な考え方であった。しかし、こうした精神医学的常識は、社会的ひきこもりの「定義」が普及した頃から、にわかに混乱し始めたように思われる。たとえば齋藤⁸⁾は、「社会的ひきこもり」を「二十代後半までに問題化し、六ヵ月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」と定義し、同時に、「社会的ひきこもり」は診断名ではなく、自らが「社会的ひきこもり」と呼ぶ事例は、国際診断基準では社会恐怖と回避性パーソナリティ障害のいずれかに分類されるとも述べた。この説明は確かにわかりにくいのだが、むしろ、かなり多くの専門家が、その妥当性についての検証を欠いたまま、上述の「定義」を一つの診断カテゴリーのように解釈したことに大きな問題があったように思う。厚生労働科学研究「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者：伊藤順一郎)の中間報告において同様の

「定義」が示されたことも影響が大きかったようである。

こうして、「社会的ひきこもり」という用語が症状や状態像を指すのか、あるいは診断名なのか、社会的交流や社会参加の機会をもととしないが、病理的とも言えないような若者たちを指す用語なのか、混沌とした状況に陥っていったように思われる。これと同時に、個人精神病理(生物的-心理的側面)と家族状況や時代・文化・社会的背景(社会的側面)など、さまざまな要因が関連しているという問題認識から生物学的な視点が欠落し、心理-社会的な側面ばかりが強調されるようになった。「ほかの精神障害が第一の原因とは考えにくい」という記述を、「社会的ひきこもりの本人には病理性がない」と解釈した臨床心理学領域の論評や、「ひきこもりは精神科医療の対象ではない」と言い切る精神科医も現れた。診断名として「社会的ひきこもり」を用いた学会発表に対して、海外の精神科医がひきこもりは症状であり、診断には国際的な診断基準を使用すべきであると厳しく批判する場面に居合わせたこともある。一部のNPOなどにみられた「ひきこもりは甘えである」「ひきこもりには厳しく接しなければならない」という偏った画一的解釈や犯罪的な活動の発生にも、このような概念の混乱が一因となったように思われるのである。

Ⅲ. ひきこもり概念の再整理

次に、精神医学におけるひきこもりの捉え方について、改めて検討してみたい。現在、社会的ひきこもりの捉え方や、現行の診断体系との関連をどのように理解するかといった点については、いくつもの立場があるように思う。

第一は、「ひきこもり」「社会的ひきこもり」を症状・状態像として捉え、その原因となる精神障害を従来の精神科診断分類に沿って同定しようとする立場である。たとえば近藤ら⁹⁾は、精神保健福祉センターで受け付けたひきこもりケースの精神医学的診断について報告した。この研究では、『社会的ひきこもり』を「対人関係を回避し、孤立している状態」を指すものとし、「ごく限られ

表1 対象24例のプロフィール(文献6より引用)

	年齢	性別	I軸, II軸診断	IV軸診断	V軸診断	転帰
第1群	20代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
	30代前半	女	統合失調症(残遺型の疑)	親の過保護	51	精神科病院通院
	30代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意思による能力以上の進路選択	48	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
第2群	10代後半	女	中度精神遅滞, 選択性減感, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	学校・家庭で障害を踏まえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
	10代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ, 障害者として扱われることの本人の抵抗感	38	福祉的就労
	10代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所・通所授産施設体験利用
	30代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・父親の介護
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
	30代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
	20代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
	20代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	42	発達障害者支援センター通所
	10代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
第3群	20代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同一性の問題	養育環境の著しい不備, 介入・支援の遅れ	45	就労
	10代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
	30代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
	20代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母親が断続的に来所
診断保留	30代前半	男	不明(パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
	10代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院, 通信制高校編入
	20代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	特記事項なし	31	精神保健福祉センター相談中断

た範囲の社会参加にとどまるもの、あるいは家族やインターネット上の交流だけが保たれているもの」も含めることとした。2001年4月から2005年3月の間に受けた新規相談ケースのうち、社会的ひきこもりがみられた青年期ケース(16歳~35歳)は88件、このうち初回相談の時点で6ヵ月以上にわたって『社会的ひきこもり』が持続しており、支援経過において、本人が1回以上来談した24ケースを対象にDSM-IVに基づいて診断を検討した。その結果、情報不足のために診断を保留した3件以外には、すべてのケースに何らかの診断が付与された(表1)。

第二に、一部のひきこもりケースの精神病理を記述・診断するためには、現行の診断分類以外の新カテゴリーが必要であるとする立場がある。こうした仮説の学術的検証を試みている研究としては、諏訪ら¹²⁾の報告がある。この研究では、精神保健福祉センターで実施しているひきこもり青年

の活動グループに参加していた14例の精神医学的診断が検討されており、社会恐怖、強迫性障害、妄想性障害、広汎性発達障害がそれぞれ2例ずつ、身体表現性障害、うつ病性障害、注意欠陥/多動性障害、境界知能が1例ずつであったとしている。そして従来の診断カテゴリーには分類できないとされる「一次性ひきこもり」の2例は、スキゾイド、回避、自己愛などの性格傾向を有するものの、パーソナリティ障害と判断できるような固定的な性格病理はみられず、ひきこもり以外には人格の偏りに起因する他の症状や問題行動は認められなかったという。

DSM-IVに準じれば、「一次性ひきこもり」はパーソナリティ傾向 personality trait としてII軸に記載するのが適当ではないと思われる。筆者自身は、新カテゴリーを提唱するよりも国際的な診断基準を尊重する方がよいと考えているが、諏訪らは、ひきこもりを症状・状態として捉え、そ

の原因となる疾患・障害を診断する立場を明確にしており、その点においては第一の立場と同じである。

第三に、広瀬、清水が指摘したような、社会的ひきこもりをきたしている青年期ケースの「中核群」は現行の診断カテゴリーには当てはまらない²⁾、疾病でもなければ、狭義の医学的治療の対象でもない¹⁰⁾という見解があるが、これは現場の臨床経験とは隔たりが大きい。「一次性ひきこもり」やDSM-IVにおける「パーソナリティ傾向」が「疾病でもなければ、狭義の医学的治療の対象でもない」ケースに相当するのかもしれないが、近藤、諏訪らの報告では、主診断として一次性ひきこもりやパーソナリティ傾向が付与されたケースは全体のごく一部である。いずれの報告も、精神保健福祉センターに来談したり、グループ活動に参加した人たちが検討の対象となっており、ひきこもる青年たちの全体像を捉えているかどうかは明らかではないが、誰も本人を診ていないケースを「軽い」と判断できる根拠もない。ただし広瀬、清水の発言は、今日的なひきこもり問題について、精神科医はその精神病理の解明や診断に積極的に貢献すべきであるという点が骨子であり、この点にはまったく同感である。

IV. ひきこもりケースの診断をめぐる課題

ひきこもりケースの中には精神科治療を必要とする人が少なくないし、的確な診断を必要とするケースも多い。しかし、精神症状が見逃されたり、さまざまな理由で診断に困難を伴うようなケースも多く、このことも、「ひきこもり」概念の混乱に大いに関連しているものと思われる。次に、診断をめぐる課題について検討してみたい。

1. 内的なひきこもりについて

問題の性質上、ひきこもりケースには治療中断例が少なくない。また、クライアントはしばしば情緒的にもひきこもっており、自らの内的体験を語ることや、困っている問題について話すことにさえ抵抗感を抱いていることもある。こうした場合、治療・援助関係が維持できたとしても、それ

だけでケースについての理解が深まるわけではない。これらは、内的にひきこもっている人を理解しようとする際に直面する基本的な難しさでもある。

2. 「精神症状がみられない」とされるケースについて

多くの治療者・援助者が、深刻な社会的ひきこもりを生じさせるだけの精神症状を把握できないケースに直面している現状もある。この点について、ひきこもりケースの中には何らかの精神症状によってひきこもりが生じているというよりも、ひきこもりそのものが一義的な問題として捉えられる一群があると指摘する臨床家は多い^{5,11,12)}。

たとえば塩路ら¹¹⁾は、強迫行為や外出恐怖、赤面恐怖など神経症的な焦点が比較的明確で、症状を回避する結果ひきこもりに陥っている症例を「二次的なひきこもり」とし、症状の焦点が漠然としており、当初からひきこもりそのものが中心的な問題となっているものを「一次的なひきこもり」と呼んだ。「一次的なひきこもり」に分類された症例の精神医学的診断は、対人恐怖と回避性パーソナリティ障害が中心である。同様に衣笠⁹⁾は、精神病症状や神経症症状が顕著ではなく、ひきこもりそのものが主な特徴である一群のケースを「一次的ひきこもり」と呼び、統合失調質パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害によって構成されるとしている。

また、ひきこもった生活を送っているときには、その原因となっている精神症状は目立たず、家族や知人からの働きかけの結果、初めて身体表現性障害や不安障害が確認されるケースがある。ICD-10では広場恐怖と社会恐怖について、「一貫して恐怖症的な状況を回避することができるので、ほとんど不安を体験しない者もいることに留意しなければならない」という記載があり、ひきこもって刺激を回避している人の恐怖症性不安障害は見逃されやすいと解することができる。本人が診察や相談の場面で、これらの症状を自ら報告しない場合、不安障害や身体表現性障害は、さらに見逃される可能性が高くなるものと思われる。

3. 青年期において初めて診断される発達障害について

青年期における広汎性発達障害は、詳細な生育歴の把握と面接内容の検討、知能検査の結果などから確定診断に至るが、現時点では、その発達特性をよく理解している専門職でなければ、問題の性質を明らかにできないことは充分にあり得る。今後、鑑別診断や診断に要する手続きについて、何らかの指針が必要になるものと思われる。

V. 治療・援助について

最後に、ひきこもりケースに対する治療・援助の方針と、精神科医に求められる役割について簡単にまとめておきたい。表1に示したように、青年期ひきこもりケースにみられる精神医学的背景と治療・援助方針、あるいは、精神科医に求められる役割を大きく三つに分類してみた。

まず第一に、統合失調症や気分障害などを背景として、あるいは不安障害によって深刻なひきこもりが生じているグループがある。これらは薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活支援、就労支援など、包括的な支援が必要であることが多い。最も精神科医療の貢献が必要な一群でもある。近年、社会恐怖（社会不安障害）に対する薬物療法と精神療法については内外から多くの研究報告があるが、笠原の著書⁴⁾や永田らの研究報告⁷⁾は実践的で参考になる。

第二群は、発達障害、とくに軽度知的障害や広汎性発達障害のために同年代の仲間集団についていけなくなったり、年齢相応の社会的要請に応えられずにひきこもり状態に陥っているケースであり、上記のような気分障害や不安障害を併発していることもある。これらについては、生来的な知的水準や発達特性を踏まえた治療・援助が必要である。精神保健福祉センターや保健所における支援の取り組みが報告され始めているが^{1,3,9)}、発達障害者支援法の施行により、今後、支援の充実が期待される。精神科医の役割としては、的確な診断と併存障害の治療が重要であろう。

第三群は、回避性パーソナリティ障害や自己愛パーソナリティ障害（あるいは、その傾向）、同

一性の問題 identity problemなどを背景とし、精神療法的なアプローチが重視される一群である。パーソナリティ障害のためにひきこもっている人たちは、いわば、“他者と関わりをもとうとすると、急速に心のバランスを失う人たち”であり、支援・治療の中断例や、現行の生活・就労支援に乗りにくいケースも少なくない。自らの能動性を放棄し、家族に依存・寄生することで安定を維持していたり、「自分のことはすべてわかっている」といった万能感が強い場合などは、本人が支援・治療を拒んだり、精神療法が行き詰まったまま長期化していくことも多い。

この他、家族を対象にした相談活動や心理教育プログラム、親の会など、家族支援の試みが各地で定着してきている。また、精神科治療や従来の精神保健福祉サービスではなく、若年者を対象とした近年の労働施策の他、NPOやボランティアによる訪問活動、宿泊体験や就労訓練など、非医療的な支援を活用することによってひきこもり状態を脱するケースも多いと思われるので、それらの支援活動の実情、有効性と限界、最も有効性を発揮する対象者の特性などを精神医学的な観点からも検討する必要があるように思われる。

文 献

- 1) 有泉加奈絵, 近藤直司: 青年期ひきこもりケースを対象としたSST(社会技能訓練)の試み. 平成15年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者: 伊藤順一郎), 総合研究報告書, p.82-86, 2003.
- 2) 藤原茂樹, 原敏明, 岡本淳子ほか: 座談会—ひきこもりと精神医療. 精神医学, 45; 278-291, 2003.
- 3) 日誌正文: アスペルガー症候群への地域保健が果たせる支援. 臨床精神医学, 34; 1199-1205, 2005.
- 4) 笠原敏彦: 対人恐怖と社会不安障害. 金剛出版, 東京, 2005.
- 5) 衣笠隆幸: 自己愛とひきこもり—精神保健福祉センターの相談状況—. 精神療法, 26; 586-594, 2000.
- 6) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか: ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究. 平成17年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「思春期・青年期のひきこもりに関する精神医学的研究」(主任研究者: 井上洋一), 研究報告書, p.74-78, 2006.

- 7) 永田利彦, 大島淳, 和田彰ほか: 社会不安障害に対する薬物療法. 精神医学, 46; 933-939, 2004.
- 8) 斎藤環: 社会的ひきこもり. PHP新書, 東京, 1998.
- 9) 澤田信也, 原田ゆかり, 中野育子ほか: 青年期アスペルガーグループの活動. 臨床精神医学, 34; 1125-1132, 2005.
- 10) 清水將之: ひきこもりを考える. 精神医学, 45; 230-234, 2003.
- 11) 塩路理恵子, 久保田幹子, 中村敬: 神経質とひきこもり. 精神療法, 26; 549-556, 2000.
- 12) 諏訪真美, 鈴木國文: 「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴. 精神誌, 104; 1228-1241, 2002.

攻撃性と衝動性の精神療法

藤岡 淳子*

抄録：攻撃性、衝動性の精神療法を「育てなおし」ととらえ、ケースワークや教育を含む包括的アプローチにより、攻撃行動の変化をめざす。まず、本人のこれまでの生き方をともに振り返り、再評価して、変化への動機付けを促進する。その信頼関係と動機付けを基盤に、攻撃行動をめぐる加害と被害の体験を言葉にしていく。抑え込んでいた否定的感情を認めることができると、被害者の視点もとれるようになってくる。その後は、本人の他と共存して生きていくための力を伸張させる教育的働きかけを行うことが可能になる。対象者が尊重され、安全であると実感できる関係性を支えに、言葉によって、自己のまとまりを形成し、他とのつながりをつむいでいく力を身につけさせていく治療的教育である。

精神科治療学 21(8); 847-852, 2006

Key words : *psycho-education, aggressive behavior*

I. 衝動統制力の発達について

「攻撃性と衝動性の精神療法」がテーマであるが、この二つは別の概念であり、区別して考える必要がある。

社会生活においては、短期的な欲求充足だけではなく、長期的に欲求を充足するためには、欲求の即時的満足を遅延し、自己の行動を統制する必要がある。その行動統制力は、生物学的な能力を基盤に、発達に応じて学習していくべきものである。行動として表される衝動統制の障害は、生物学的な能力により大きな原因がある場合から、生物学的基盤よりもその後の学習環境により大きな原因がある場合まで、明確には弁別できない連続

体であると考えられる。効果的な薬物や精神療法の方法が確立されているとは言い難いにせよ、図1に示したように、脳器質障害、内因性精神障害、発達障害など生物学的な要因が主たる原因で衝動統制の問題が生じている場合、薬物療法が主たる治療法となるし、人格障害や、愛着障害、嗜癖性の障害などで衝動統制の問題が生じている場合は、精神療法が主たる治療法となろう。とはいうものの、生物学的要因と環境的要因とは相互依存関係にあり、薬物療法と精神療法とは適切に組み合わせられて使われることが効果的であろう。本稿においては、主として環境的要因の大きい、嗜癖性障害、愛着障害、そして人格障害における精神療法を論じる。

嗜癖性障害や愛着障害そして人格障害の人々の衝動統制障害においては、さまざまな欲求や衝動の自己統制が問題となりうる。ヒトが人間として社会の中で生活していくためには、排泄や食行動といった個人内の衝動や欲求を統制することから始まり、性行動や攻撃行動といった対他者行動を

Psycho-education for aggressive behavior.

*大阪大学大学院人間科学研究科

〔〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2〕

Junko Fujioka: Osaka University Graduate School of Human Sciences. 1-2, Yamadaoka, Suita-shi, Osaka, 565-0871 Japan.

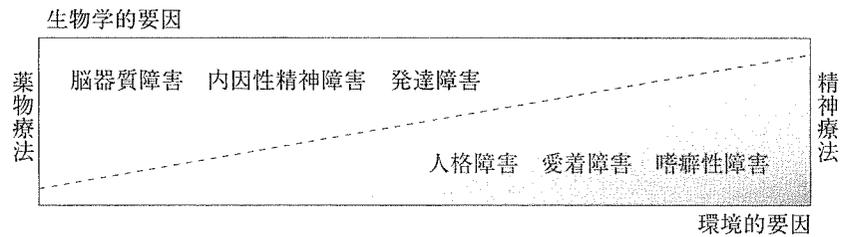


図1 衝動統制力の障害における原因と治療方法のバランス

統制する、より社会的な意味合いの強い行動を統制することまでが必要となる。本特集で、特に攻撃性と衝動性の評価と治療が取り上げられているのは、衝動性の統制の中でも、個人内の統制を超えて、対人的な行動、特に他者への悪影響が大きい攻撃行動を統制することが社会的に要請されているからであろう。

あまりに当然すぎて意識化されることは少ないが、おおむね3歳ころまでに、食欲、排泄、睡眠などの生理的欲求の外的統制の試みが「しつけ」としてなされ、ほとんどの乳幼児が乳離れ、排泄行動の統制などの課題を達成する。個人内の衝動の統制を基盤として、対人的行動を統制していくことが求められていくのは、主として児童期以降であり、ここでは攻撃行動と親密さを求める行動が社会的に統制され、その統制を内在化させていく。多くの場合、身体的・直接的な行動は抑えられていくようになり、あるいは言語的・間接的な攻撃行動に徐々に置き換えられていく。また、乳幼児期とは異なり、児童期になれば、むやみやたらに他者に接触することも抑えなければならない。時と場所、状況を読み、自分の行動をコントロールするというかなり高度な学習を知らず知らずに行っているのである。こうした行動の統制力を身につける上で、かなめとなるのは「言語」であろう。他者とのより満足のいくコミュニケーションを可能にさせ、さらには外的統制を内在化する上でもポイントとなる。

主として児童期に始まる対他的行動統制力の獲得は、思春期に入るとさらに重要性を増す。思春期に入ると、他に致命的なダメージを与える攻撃行動をとれる身体的・知的能力を獲得できること、さらには生理学的に増強する性欲求を、社会

的手順を踏んで充足するための行動をとれるようになることが求められるからであろう。成人期には、自分に対する責任と他者に対する責任とを両方果たすことができるようになることが求められている。

「たいていの人が」、なんとかかんとか、自分を生かし、他を生かす、自他共存して生きていくという課題を達成しているのだから、達成するのが当たり前のように感じられてしまうが、実際には多くのつまづきが生じうる。世の中が複雑になり、覚えなければいけないこと、統制しなければいけないことが多くなりすぎているのかもしれない。現代日本社会においては、「一人前」になるまでに20年間という非常に長い期間が猶予されるようになり、保護されるが、逆に言えば、一人前と認められず、外的統制が強いままで、何よりも「学ぶこと、従うこと」を期待されて生活するようになっている。

より伝統的な非行・犯罪者においては、明らかな「崩壊家庭」であったり、酷い被虐待体験があって、より基本となる個人内衝動の統制力も十分に身につけておらず、たとえば学業達成という社会的目標に向けて、自己の行動を統制して成果をあげていくことが困難なままに生育しており、社会生活や対人関係は全般的に「ルーズ」なものとなり、社会経済的階層も低いままに留まるため、「私たちとは違う」と言ってしまうことが容易になる。しかし、現代風の「突発的」攻撃行動や「普通の」生活を維持しつつ暴力行動をとる人たちは、学業や仕事上の課題達成を行い、社会的対人関係をおおむね維持するだけの行動の統制力が身につけていることが多い。問題は、外的統制に合わせて生活はできるが、その内在化は不十分

であり、外からは見えにくい「小さな」、しかし本人の中では「大きな」失敗を重ねながら、ある日「突然」破綻が表面化するか、外的統制の監視をかいくぐって「見つからなければよい」といった行動化が生じることにあるのかもしれない。

ながながと衝動統制力の発達について述べたのは、一見「衝動的」に見える「訳のわからない」、「非合理的」攻撃行動が、実際にはそうでもないことが多いと考えているからである。非常に多くの攻撃行動は、特に对人的欲求において、社会的に適切な欲求充足の方法を身につけていない人々が、彼らなりの場面判断や理由付けによって、彼らなりに個人内の衝動を統制して、合目的に行っていると筆者は考えている。ただし、彼らの感情体験や行動の理由づけは、標準的な社会的・情緒的発達を遂げている人たちとはかなり異なるもので、したがって「理解」が困難になる。しかし、生物学的要因の大きい、明確に年齢に不相応な「衝動的」行動は、比較的容易に「脳器質障害」、「内因性精神障害」、「発達障害」と診断されて、精神科治療を受けることになると思われる。「攻撃性と衝動性の精神療法」の対象となる人々は、何らかのつまづきにより、その感情体験や思考は了解可能ではあるが、情緒的・社会的発達が年齢不相応に留まっている人々であると筆者は考えている。

したがって、彼らの精神療法は、「育ちなおし(育てなおし)」がポイントとなる。もしかすると読者が抱いているかもしれない、「うん。うん」と聞いていればクライアント自らが「洞察」を得て、自然に「よくなる」という「精神療法」とは多少異なる、「発達の」、「教育的」、「ケースワーク的」アプローチが重要な方法となる。言葉によるだけでなく、生活を通して教え、育てていくことが必要になる。多職種チームによる、包括的アプローチが不可欠である。より具体的には、どのような道具立てが要点になるのであろうか。

Ⅱ. 攻撃性と衝動性の精神療法

—攻撃行動の変化に向けて—

1. 育ちなおすための安全で、安心な生活環境を作る
育ちなおしのためには、一人一人が大切にさ

れ、尊重されていると実感できる生活環境を作ることが最初の一步になる。あたりまえのことだが、自身の安心感が確保されないところでは、変化も成長も始まらない。どのようにそうした「場」を作るかは、個々のケースによって異なる。対象者の年齢、それまでに達成されている発達の程度、現在の生活状況の安定性といったことを評価する必要がある。本人の情緒的・社会的発達の水準が比較的高く、家庭や学校といった生活環境も比較的安定しており、保護者や教師といった人々との協働があてにできれば、対象者の日常生活を形成する人々に働きかけ、安心感のもてる生活環境を作っていくことがよい。そうした条件を担保できなければ、一時的に、病院や福祉施設、矯正施設といった施設内に、安心・安全な育ちなおしの場を求めるともありうる。より早期(乳児期)に、より複雑で重篤なつまづきがあればあるほど、彼らに安心感を体験させることはより困難になり、たとえ施設内と言えども忍耐と工夫とが必要になろう。また、いったんは施設内に生活の場を求めるとした場合でも、施設を出た後の生活の場確保のため、保護者など身近な人々への働きかけや、生活の場を確保するためのケースワークが不可欠になる。攻撃性・衝動性の精神療法にとっては、面接室での「話し合い」と同じくらい「環境」を整えていくケースワークが重要である。

「安心で安全な生活の場」には、信頼できる人間関係とともに、わかりやすく、そこそこ納得でき、順当な結果が予測できる「秩序」があることも重要である。子どもたちが育っていくときに、愛情と将来自律していくための基盤となるしつけとがなされることが重要なと同様である。硬直した外的統制ではなく、しかし内的統制を身につけていくまでの間、彼らを守りながら、ことの是非を教えていく。3歳の子どもに「道に飛び出してはいけません」と言葉で教えるだけでは不十分である。道に飛び出しそうになったときは、手をひっぱってでも止める必要がある。ある意味で、これはとてもシンプルなことである。暦年齢に惑わされず、実際に彼らができていることとできていないことを見極めながら、粘り強く、彼らにわ

かるように教えていく必要がある。「教育」の機能である。ここでは、幼児期～児童期の育てなおしを念頭においてもらうとわかりやすいかもしれない。

自分も人も大切にされる生活環境を実感するためには、治療者と対象者の個人対個人の関係のみではなく、周囲の人々あるいは生活集団そのものを治療教育的関係にしていくことが、非常に効果的である。社会内であれば関係者との協働関係、施設内であれば、職員同士、他の在所者同士の協働を実感できるような集団を作っていくことが不可欠である。これは施設の運営や家庭、学校、コミュニティの運営に関わることであろう。

こうしたさまざまな人々に支えられる安全で安心な生活環境の中で、自分が尊重されていると実感して初めて、成長し、変化し、人々とともに生きていけるようになるとういう心からの動機づけができてくることが期待できる。こじれている場合は、ここまでで相当の困難がある。

2. 言葉によって統制力を内在化する

そこそこ生活の安定を確保でき、幼児期、児童期ともいうべき外的統制を受けながらの行動の統制がある程度達成されたなら、いよいよ外的統制を内在化させていくための働きかけが効を奏する基盤ができたことになる。児童期～思春期のやり直しである。

1) 変化させるべき攻撃行動に焦点をあてる

伝統的精神科治療においては、「攻撃行動」の変化に焦点をあてることへの抵抗感が強くあるように筆者は感じている。近年、いわゆる触法精神障害者の治療を社会内と施設内で実施する社会的制度ができ、一部の精神科医たちが、多職種チームアプローチによって「問題行動（物質乱用、犯罪行為等）」そのものを扱おうとする動きは見られるものの、少数派に留まっていると思われる。

筆者としては、精神療法の対象となるような人々に対する攻撃性に対する精神療法としては、攻撃行動そのものを扱い、攻撃行動の「責任」を負えるようになることが不可欠であり、近道であると考えている。ここで述べている「責任」は、修復的司法における「説明責任、再犯防止責任、

謝罪・賠償責任」であり、刑事責任能力の鑑定における「弁識なければ責任なし。責任なければ刑罰なし」という応報的司法における責任と、究極的には通じるであろうが、理念上・実際上の意味を異にしている。逆に言えば、「説明責任、再犯防止責任、謝罪・賠償責任」を負えるようになる可能性のある人々、すなわち精神療法の対象者と考えている。それが、子どもから大人になっていく道筋でもあろう。紙数も限られているため、この問題にこれ以上触れることはしないが、攻撃性の精神療法に関しては、現時点では、そのスキルやテクニック以上に、それを支える理念が重要な論点となろう。

2) 人生→暴力→希望の流れによる精神療法

人格障害の一部、愛着障害、嗜癖性障害によって攻撃行動をとるものは、他との関係において、自己の欲求を充足するために、より社会化された方法をとることが難しい、あるいは自己の欲求を充足するためには、他を犠牲にしてもかまわないと考えている人たちである。攻撃行動は彼らにとって、なくてはならない生き方の一部になっている。自らが悩んだり、犠牲になるよりは、他を悩ませ、犠牲にすることを選んだ人たちである。攻撃行動や暴力行動を手放すことは、多くの場合、彼らにとって重要な欲求充足手段の「剥奪」と体験される。

したがって、彼らは、自ら進んで行動変化のための介入プログラムを受けようとは思わない。一般の精神療法が、自ら悩み、援助を求めてくる人たちを前提として組み立てられているのと、まずここが大きな違いである。もし、実際には嫌々でも、精神療法を受けにくるとしたら、彼自身が、「これまでの生き方では立ち行かなくなった」と多少なりとも体験しているときである。それは、司法手続きで制裁を加えられる、あるいは大切な人やものを失う危機といった、自分自身にとって「損害」となる事態である。現実には、客観的に見れば、とうの以前から「なんともならない」事態に陥っているのだが、本人だけは、「大丈夫」と思っているし、一時危ないかもと感じても、のどもと過ぎればすぐにいつもの「大丈夫」が動き出す。

最初の山場は、「精神療法に乗せるまで」である。施設内であると、この部分はかなりやりやすい。比較的自由に気持ちや考えを話せたり、「自分のため」に時間やエネルギーを費やせるのは報酬として働き、外的な動機づけになる。とりあえずは、面接にくることが多いので、ポイントは外的動機づけをいかに内的動機づけに高めていくかということになる。対象者が社会内で生活している場合、この最初の段階で頓挫してしまうことが多い。たとえ「自発的」に治療を望んだとしても、治療契約を守らないことが自然である。彼らの「自発的」来談動機とは、家族等大切な人や世間に対して治療を受けているという免罪符を発行してもらうため、それ以上の処罰を逃れるためというのが大きな部分を占めているのが現実に近い。約束の時刻は守らないし、ドタキャンはかならずといってよいほど見られる。そのたびごとに、粘り強く、来談を促さなければならぬ。とにかく始めなければ始まらないのであるから、少なくとも初期の来談を強制できるような法的・行政的枠組みは不可欠であると筆者は考えている。この点に関して、日本の精神療法家においては、反対が多いものと認識している。しかし、この枠組み作りを行わないことには、日本において、攻撃行動の精神療法が根付くことは期待できないと考えている。

もう一つ攻撃行動に対する治療教育の法的強制を人々が危惧する理由としては、それが信条の自由を損なう精神的「暴力」としてイメージされていることがあるかもしれない。しかし、実際には、攻撃行動に変化を起こさせようと思ったら、対象者を個人として尊重することは必須である。それなくしては、何も始まらないといって過言ではない。少なくとも当初は、攻撃行動に関して、対象者と治療者の態度や価値観は180度に近いほど異なっており、治療者は、「自分が正しい」と考え、治療者の価値観・態度を押し付けるのであろうと考えられるかもしれないが、それをやると必ずといってよいほど失敗する。それまでも非常に多くの人々が「正しい」ことを教えようとして、それでいて入っていないのであるから、普通に「教える」のは効果がない。まずは、対象者の

思考や感情、体験を傾聴、受容、共感しなければ何も始まらないのである。

とはいうものの、一般の心理臨床同様に、傾聴、受容、共感すれば、それで次々展開していくかということでもない。枠組みは表1に示してある。まず、変化を考えていない人々に対し、自身のこれまでの人生をともに振り返り、変わることのメリットとデメリット、変わらないことのメリットとデメリットを再評価する機会とそのための新たな情報を提供していく必要がある。この時期は、治療者は、上手な売り子を心がけるとよい。攻撃行動を「やめなさい」とは、言わないのである。あくまでもう一度、一緒に「考え直して」みる。変化についてのアンビバレンスを生じさせ、てんびんが「変化」へと多少なりとも傾くように、心がける。うまくいけば、ここまでで、傾聴、受容、共感、適切な情報提供、一緒に考えるという主体性を尊重する態度によって、その後の協働関係を支える信頼関係ができてくる。その動機付けと治療関係を基盤に、過去の攻撃行動を言葉にし、共有していく。その作業が、自己統制の構えと力、そして人とつながれる力をつけていくことに直結していると考えている。

不思議に感じられるかもしれないが、自らの暴力行動や犯罪行動について話すことは、信頼関係がきちんとできていると、あまり抵抗を生じさせないという印象がある。むしろ、進んで話す、話せてすっきりした、表情が明るくなった、ということを経験することが多い。困難は、次の被虐待体験、被害体験を振り返るときのほうがずっと大きい。不安、さみしさ、無力感、絶望感、恐れ、孤立感といった、自分の「弱さ」を示すような否定的感情・体験に気づく、認めるというのは非常に難しい作業であるようだ。難しいからこそ、「心の壁」を作り、体験しないようにし、被害者よりは加害者であろう、あるいは加害者であっても差し支えないと考えるようになったのであろう。また、彼らの基本的な人との関係の持ち方は、油断をすると搾取されるという不信感に彩られていて、そうした人が自他に対して弱さを認めるといえるのは、とても恐ろしいことなのであろう

表1 攻撃性の精神療法の枠組み

テーマ	内容	達成目標	変化の段階
過去 人生	<ul style="list-style-type: none"> ・ともに人生を振り返る ・再評価と新たな情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼関係を作る ・変化への動機づけ 	前考慮段階 考慮段階
過去 暴力 加害と被害	<ul style="list-style-type: none"> ・攻撃行動を言葉にして分かち合う ・被虐待・被害体験を言葉にして分かち合う ・被害者について知る 	<ul style="list-style-type: none"> ・感情や体験を人と分かち合う ・否定的感情に気づく・認める ・自己中心性を脱却する ・過去-現在-将来をつなげる ・自分をまとめる一人とつながる ・成長のための努力を惜しまない ・覚悟を決める 	準備段階
現在と将来 希望と責任	<ul style="list-style-type: none"> ・再発防止プラン作成 ・内的行動統制力の伸張 ・社会適応力の育成 	<ul style="list-style-type: none"> ・攻撃行動を自身で統制する構え、自信、力を伸ばす 	実行段階
	<ul style="list-style-type: none"> ・環境調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・再犯防止プラン実施 	維持段階

と理解している。長い年月そうして生きてきた人が、否定的感情を体験し、認めるようになるには相当の支えを必要とするし、一朝一夕にはいかない。この支えは、多くの場合、安全な位置・立場にいる治療者よりも、同様の立場にいる自助グループのほうが絶大な効果をあげることができる。この被害体験を認めるという作業が、男性のほうが、女性よりもさらに困難であるという傾向はあるかもしれない。男性は、強くなくてはならない、犠牲者であってはならないという考えに、よりとらわれやすいのかもしれない。この時期には、なんらかの行動化が生じる可能性も高くなるので注意を要する。

困難ではあるが、自身の否定的な感情体験を表に出すということを経ないと、次の被害者の視点をとるという段階がうまくいかないことが多い。この段階では、被害者の体験を教え、考えさせる。前の段階で、自身の心の痛みを意識化しているほど、被害者の痛みにも心が向くようになり、与えた教材がしみ込んでいくという印象がある。

最低限、たとえ知的な理解に留まっても、被害者や社会の視点をとれるようになることが重要であるし、可能な限り、単なる知的な理解ではなく、感情として体験できることが望まれる。ここを達成できないと、次の再犯防止責任を果たすという内的な動機付けが困難なままに終わってしまう傾向がある。いずれにせよ、ここが最大の山場である。

ここをうまく達成できると、後は、本人が、人が変わったように、攻撃行動を自己統制できるように努力をするようになる。揺れはあるし、時間とエネルギーは必要ではあるが、再発防止プランをともに考えたり、職業訓練や社会技能訓練など、具体的、実際的な教育を実施できる。他方、治療者は、維持期に向けて、環境や状況を整えていく具体的な手だてを打っていくことが必要になる。

攻撃性の精神療法は、目の覚めるような解釈や洞察といったものではなく、地道で誠実な関わりと再教育の積み重ねであると考えている。

非行少女の性虐待体験と支援方法について

——施設での実態調査から——

藤岡淳子⁽¹⁾、寺村堅志⁽²⁾

はじめに

非行と被虐待の問題を考えると、少年の非行以上に我々の心を揺さぶるのは少女の非行ではあるまいか？ 児童期までに家族の中でさまざまな虐待被害に遭い、思春期にかけて、学校や異性関係においていじめや性被害を受け、家出し、不純異性交遊や売春、そして薬物乱用を繰り返し、自らを傷つけながら生きている少女たちに深い同情の念を抱いたことのない実務家は珍しいかもしれない。それでいて、彼女たちの「自由奔放な」性行動に手をやき、否定的感情を抱く場合もあるであろう。

女子非行少年の被虐待体験について、少年院在院中の少女たちに関しては、家族からの性暴力被害体験は15%に認められ、約80%が家族以外からの性暴力（接触または性交）被害を受けたことがあり、うち約60%が繰り返し性暴力被害を受けたことが示されている。そして、彼女たちの多くが、じっと我慢する、気にしない、自殺企図・自傷、飲酒・薬物、やつあたり・いやがらせなどの不適切な対処行動をとることに留まっていると指摘さ

れている^{3,4)}。また、大阪府子ども家庭センターが実施した調査によれば、性虐待の開始時期は小学校4、5年頃に1つのピークがあり、公的機関の介入に至るまでに平均2年半を要し、性虐待への対処行動の1つとして中・高生年齢になると性逸脱行動が著しく増え、併せて不安、うつ傾向、解離症状、自傷・自殺念慮等の精神的問題が現れてくるとされている⁸⁾。

当然、虐待が起こる前に予防をすることが第一であるし、生じてしまったとしたら、家出や性逸脱行動、自傷などの問題とされる行動や不安・うつ傾向などの精神症状が悪化する前に、できるだけ早期に介入し、少女のそれ以上の傷つきを防ぐことが肝要であるが、不幸にして、非行行動が拡大・深化し、施設に収容保護された少女たちに対しては、どのように働きかけることが、彼女たちのその後の人生にとって望ましいのであろうか。本稿では、藤岡ら²⁾の調査から、非行少女たちの性被害と非行行動の実態について明らかにするとともに、それをもとにして、彼女たちに働きかける効果的な方法について考えてみたい。

少年院と児童自立支援施設における実態調査から

本調査は、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究（主任研究者齊藤万比古）」の分

How to support delinquent girls with sexual abuse experiences

(1) 大阪大学大学院人間科学研究科

Junko Fujioka: Osaka University Graduate School of Human Sciences

(2) 盛岡少年鑑別所

Kenji Teramura: Morioka Juvenile Classification Home

担研究として、2005年10～11月に女子少年院2庁（126名）および児童自立支援施設5庁（71名）に在院した計197名（12～21歳：平均16歳）を対象に、各施設において集団実施の上、無記名で封筒に入れ、封をして提出するという手続きで実施された。主たる結果は以下のようである。

1. 孤独感、低い自己肯定感、そして問題行動

少女たちの約75%が孤独感を感じており、また約7割の者が自身を「嫌い」、または「あまり好きでない」としており、自己肯定感が低い者が多い。なお、孤独感と自己肯定感は、中程度の有意な相関（Spearmanの $\rho = +.38$, $p < .01$ ）があり、孤独感を感じている少年は自己肯定感も低い傾向がある。

9割を超える者に家出の経験があり、施設に収容される女子少年・児童の場合、家出は非常に一般的な現象である。約75%の者に自傷経験、約30%の者に自殺企図歴があり、希死念慮のみの者は50%を超え、全体として死にたいと思ったことのある者が85%にも及ぶ。なお、死にたいと思った体験と孤独感、自己肯定感、及び自傷体験の相関を見ると孤独感（Spearmanの $\rho = +.26$, $p < .01$ ）、自己肯定感（ $\rho = +.19$, $p < .05$ ）、自傷体験（ $\rho = +.37$, $p < .01$ ）の全てについて有意な相関が認められ、これらの体験が密接な関係にあることが推察される。

物質乱用も非常に一般的である。「よく」と「時々」飲酒する者、喫煙する者は両者ともに95%を超える。薬物乱用に関しては、54%に見られるが、少年院では約6割、児童自立支援施設では、約4割と差がある。薬物乱用経験と年齢は $-.37$ の有意な負の相関を持つことから、年齢が高い者ほどよく薬物を乱用するという方向に回答する傾向が高いこと、つまり薬物乱用が年長者で増えることがわかる。喫煙、飲酒、薬物には $.24 \sim .32$ までの有意な正の相関があり、喫煙、飲酒といったゲートウェイドラッグの乱用が他の薬物乱用のリスクを高めることが認められる。

2. 性行動・性に対する態度

施設在院中の少女たちにおいては、92%に性経験があり、初交年齢の平均値は、13.1歳である。1/4に当たる者は12歳以前に初交を体験し、半数が13歳までに、全体の75%が14歳までにそれぞれ初交を体験している。都性研調査¹⁰⁾では、中学生女子の9.8%、高校生女子の26%が性経験ありと回答し、NHKの調査⁶⁾では、16歳以上の10代女子の36%が性経験ありと回答しており、時代の変化を差し引いても、非行群における性経験は相対的に早いと言えよう。平均初潮年齢は11歳程度であるので、初潮を迎えてからわずかの期間にセックスまで急速に進展していることがわかる。

10代のうちに初交を経験した割合は、18～24歳の年齢層では、男女の差がなく、いずれも79%に達しているが、55歳以上の年代では、男性で30%、女性で11%であり⁵⁾、10代の性経験については、世代間の意識差が大きいと思われるが、「寝た子はすでに起きている」のであり、性教育を早期に実施することの重要性が示唆されていると考える。

性体験の早さだけではなく、「どのような時にセックスしてよいと思うか」に関しても、意識の違いが見られる。交際相手に限定するという者は、少年院で3割、児童自立支援施設で4割程度あるが、気が合えばいいという感覚でセックスに応ずる者も4割程度存在する。「お金や物をもらえれば」という物欲充足の手段としてセックスをするという者は少年院で35%、児自施設でも22%いる。金銭を代償にセックスを肯定する態度は、NHK調査⁶⁾では16歳以上の10代女性の4%に認められ、都性研の調査¹⁰⁾では高校生女子（1年生のみ）の0.3%に金銭欲のために性交したとの回答が得られている。設問の設定条件等が違うため、直接的な比較は困難だが、非行少女では金や物を得る手段としてセックスを利用する態度の偏りが生じているようだ。

他方、「好きな人との関係強化のためにセックスが必要だと思うか」という質問に対し、37%の者は「必要ない・それほど必要ない」としている

のに対し、約50%の者がセックスは、「かなり必要・絶対必要」だとみなしている。ちなみに、避妊をほとんどしない者が約7割であるが、「関係強化のためにセックスは必要か」との相関を見ると、 $\rho = -.22$ の弱い負の有意な相関が見られ、関係強化のためにセックスが必要だと考える者ほど避妊の実行には消極的な傾向が認められる。一方で、ドライに金銭を求め、他方でウェットに「愛」を求めるという一見矛盾した性意識と性行動であるが、彼女たちにとって、「性」が自分の唯一の「売り物」、パワーであるという認識が基底にあることに違いはないのであるまいか。その背景にあると推察される自尊感情等との問題とともに、治療教育的な働きかけが必要であると考えられる。

避妊をせずに活発な性行動を行う結果、児童自立支援施設の場合は比較的低年齢ということもあって1割程度に留まるが、少年院では約4割の者に妊娠の経験があり、そのほとんどが中絶をすることになる。妊娠して「うれしい」と感じた者が約3割で、「困った」とする者が約半数に及ぶ。妊娠した際の相談相手として最も多いのは「女友達」(75%)、次いで「父親である彼氏」(60%)、「母親」(53%)、「男友達」(40%)となっている(重複回答可)。母親に相談したのは、約半数に留まり、家族よりも友人や交際相手に話して問題解決を図ろうとする傾向が高いと言えよう。そのためか、妊娠を「話してよかったとする者」は約半数いるが、「話さなければよかった」とする者も約14%存在し、「どちらとも言えない」は約35%である。相談がサポートや問題解決に結びつかないケースが相当数あることを示唆するように思われる。

表1は、性に関わる行動や考え方に影響を与えた人やメディアを多肢選択で重複回答を求めたものである。人物では親や同胞といった家族や学校教師よりも男女の友達や先輩といった交友関係が大きなインパクトを占めること、メディアや情報源から見ると、授業等による影響は非常に低く、マンガやビデオ等の影響が大きいことが明瞭に表

表1 影響を受けた性に関する情報源

情報源	N	%
父親	36	18.7
母親	41	21.2
兄弟	13	6.7
姉妹	20	10.4
男友達	116	60.1
女友達	117	60.6
男の先輩	105	54.4
女の先輩	71	36.8
恋人	127	65.8
教師	13	6.7
学校の授業	17	8.8
新聞・雑誌	53	27.5
マンガ・コミック	82	42.5
その他の本	17	8.8
TV・ラジオ	47	24.4
ビデオ	71	36.8
インターネット	31	16.1
その他	10	5.2
特になし	9	4.7
回答者計	193	100.0

れている。交友関係から学ばれる知識の多くは誤っていることも多いこと、マンガ等では誇張や歪曲等が起こりやすいことなど考えると、適切な情報の伝達方法についても工夫が必要であり、交友関係やマスコミ等から入ってくる情報を適切に取捨選択できるような能力を養うことが大切であると言えよう。

3. 性非行

表2は、性非行の経験である。ナンパされてデートするような経験は9割方の者に認められ、売春についても7割方の者に経験がある。③のブルセラ・AV以下は経験がないと回答する者の方が一般的であり、ナンパデートや売春とは異質な機制が働いている可能性がある。

まず、他の性非行と最も異質と思われる行動は、枕泥棒(売春のふりをして相手の金品を窃取する)行動であり、他の問題行動類型のほとんどと負の有意な相関を持つ(表3参照)。この行動は、物質乱用とも負の相関を持ち、孤独感や自傷行為履

表2 性非行の経験

	N	たくさんある	何度かある	1回だけある	ない
① ナンパデート	194 (100%)	114 (58.8%)	55 (28.4%)	9 (4.6%)	16 (8.2%)
② 売春・援助交際	189 (100%)	87 (45.5%)	41 (21.5%)	8 (4.2%)	53 (27.7%)
③ プルセラ・AV	189 (100%)	21 (11.1%)	53 (28.0%)	17 (9.0%)	98 (51.9%)
④ 枕泥棒	192 (100%)	17 (8.9%)	50 (26.0%)	24 (12.5%)	101 (52.6%)
⑤ レイプ依頼	193 (100%)	4 (2.1%)	25 (13.0%)	12 (6.2%)	152 (78.8%)
⑥ 売春斡旋	192 (100%)	13 (6.8%)	50 (26.0%)	15 (7.8%)	114 (59.4%)
⑦ 性的写真ビデオ対男	190 (100%)	3 (1.6%)	12 (6.3%)	8 (4.2%)	167 (87.9%)
⑧ 性的写真ビデオ対女	187 (100%)	4 (2.1%)	19 (10.2%)	9 (4.8%)	155 (82.9%)
⑨ 性器接触対男	191 (100%)	10 (5.2%)	19 (9.9%)	6 (3.1%)	156 (81.7%)
⑩ 性器接触対女	185 (100%)	3 (1.6%)	12 (6.5%)	4 (2.2%)	166 (89.7%)

* 調査対象者は197人。表中のNは、各項目に対する有効回答数

表3 性問題行動間の相関

	性接触男	性接触女	写真女	写真男	売春斡旋	レイプ依頼	枕泥棒	プルセラ	援交売春
性接触男	1.00								
性接触女	0.38**	1.00							
写真女	0.17*	0.33**	1.00						
写真男	0.38**	0.29**	0.28**	1.00					
売春斡旋			0.31**	0.17*	1.00				
レイプ依頼	0.17*	0.24**	0.40**	0.39**	0.32**	1.00			
枕泥棒	-0.16*		-0.27**	-0.30**	-0.36**	-0.30**	1.00		
プルセラ			0.24**	0.20*	0.37**		-0.32**	1.00	
援交売春					0.26**		-0.26**	0.47**	1.00
ナンパデート				0.16*	0.39**		-0.31**	0.39**	0.53**

相関係数はSpearmanのρ *p<.05, **p<.01

歴などとも関連がなく、利得追求目的の合理的損得勘定に基づいた行動類型と考えられる。

一方、これ以外の類型に関しては、正の有意な相関関係が認められる組み合わせが多く、ある類型の行動を起こしやすい者は他の類型の行動も起こしやすいことがうかがえる。このうち、ナンパと援助交際・売春の相関は+.53、援助交際とプルセラ・AVが+.47、プルセラ・AVと売春斡旋

が+.37というふうに関係が連なってゆく様子が見えてくる。さらに、他者をはずかしめる目的の性暴力行為といえる性的接触や写真撮影、レイプ依頼等の非行は、枕泥棒やナンパ・援助交際・プルセラ系の非行と相関が認められず、異質なクラスターをなす攻撃的非行群と考えられる。

表4において、性非行の契機を見ると、援助交際・売春、プルセラ・AV、枕泥棒、売春斡旋は

表4 性非行の契機

	N	A 興味	B むしゃくしゃ	C 誘われて	D だまされて	E 脅されて	F お金	G その他
① ナンパデート	178 (100%)	78 (43.8%)	13 (7.3%)	84 (47.2%)	7 (3.9%)	3 (1.7%)	75 (42.1%)	35 (19.7%)
② 援助交際・売春	136 (100%)	28 (20.6%)	7 (5.1%)	33 (24.3%)	7 (5.1%)	8 (5.9%)	115 (84.6%)	15 (11.0%)
③ ブルセラ・AV	91 (100%)	15 (16.5%)	4 (4.4%)	18 (19.8%)	4 (4.4%)	2 (2.2%)	77 (84.6%)	10 (11.0%)
④ 枕泥棒	91 (100%)	13 (14.3%)	9 (9.9%)	16 (17.6%)	3 (3.3%)	3 (3.3%)	65 (71.4%)	16 (17.6%)
⑤ レイプ依頼	41 (100%)	5 (12.2%)	21 (51.2%)	2 (4.9%)	2 (4.9%)	2 (4.9%)	3 (7.3%)	13 (31.7%)
⑥ 売春斡旋	78 (100%)	9 (11.5%)	5 (6.4%)	9 (11.5%)	3 (3.8%)	1 (1.3%)	54 (69.2%)	13 (16.7%)
⑦ 性的写真対男	23 (100%)	13 (56.5%)	2 (8.7%)	4 (17.4%)	-	-	6 (26.1%)	6 (26.1%)
⑧ 性的写真対女	32 (100%)	6 (18.8%)	14 (43.8%)	4 (12.5%)	-	-	4 (12.5%)	12 (37.5%)
⑨ 性的接触対男	35 (100%)	15 (46.9%)	2 (5.7%)	2 (5.7%)	2 (5.7%)	-	1 (2.9%)	13 (37.1%)
⑩ 性的接触対女	19 (100%)	7 (36.8%)	-	4 (21.0%)	-	1 (5.3%)	1 (5.3%)	8 (42.1%)

*表中のNは、各項目に対する有効回答数 (=当該行為をしたことがある者の数)

*複数選択式。A～Gの各項目を選択した者の数と、N中の%

*アミかけの部分は、最多回答項目

*「-」は、該当項目を選択した者がいなかったことを示す

金銭欲の充足を理由とする者が多いが、レイプ依頼や写真撮影、性的接触による攻撃的性暴力行為は、鬱憤晴らしや興味本位に行われているものが多いことがわかる。なお、この設問の回答の選択肢には孤独感という項目がないが、ナンパデート・援助交際・ブルセラ・売春斡旋のルートに乗っている者の場合、孤独感との相関はそれぞれ、+.37、+.39、+.26、+.21と正の有意な相関が認められ、もともと孤立感やさみしさを埋め合わせるために始まった異性との乱脈な接触が拜金主義的な動機にすりかわってゆくことが推察される。受動的（被害的）な性非行に留まっている者に対しては、拜金主義的な態度や行動が仮に前面に出ているとしても、もともとあった愛着への欲求や対人希求性の傷つきなども丁寧にたどって手当てしてゆくことが必要と思われる。他方、性加害行為まで行っている者、枕泥棒を行っている者に対しては、少し異なるアプローチが必要とな

ろう。受動的性非行に留まっている者が非行少女の大半を占めるとはいえ、その非行性を見極めることは、適切な治療教育の方法を選択する上でも重要である。

4. 性被害体験と孤独感、低い自己肯定感、そして問題行動

強姦被害者が6割を超えており、未遂を含めると8割弱、体を触られた者を含めると8割強が接触型の性被害に遭っている（表5）。単純には比較できないものの、非行少女たちの性被害体験は、野坂ら⁷⁾による女子高校生の強姦被害5.3%に比して格段に多いと言わざるを得ない。

初交に限ってみると、能動的合意に基づくものが18%、受動的合意に基づくものが49%であるが、16%（少年院18%、児自施設12%）が「無理やり」という合意に基づかない性暴力によって性体験を開始している。能動的合意（「自分から」）で初交

表5 性被害体験率

	N	ある	%	被害時年齢		
				平均値	中央値	最頻値
① 言語的ハラスメント	185	113	(61.1)	12.4	13.0	14
② 性器露出	191	126	(66.0)	12.0	12.0	14
③ 性的接触被害	194	158	(81.4)	13.1	13.3	14
④ 強姦未遂	180	140	(77.8)	13.7	14.0	14
⑤ 強姦	187	118	(63.1)	13.9	14.0	14
⑥ サイトハラスメント	183	65	(35.5)	14.1	14.0	15
⑦ その他	48	19	(39.6)	13.8	14.5	15

体験を持った者は、6割方が初交体験を「うれしかった」と肯定的に受け止めているが、受動的合意（「望まれて」）の場合に「うれしかった」とする者は、3割未満に半減し、「いやだった」と回答している者も1割程度存在する。また性暴力による初交体験の場合（「無理やり」）では、約90%が「いやだった」と回答している。このことは、性行動のみならず一般的な対人関係等様々な領域で大きなインパクトを与えていると推察される。

表6は、被害の種類によって、問題行動の出現確率がどのように変化するかを見るためのオッズ比を示したものである。さまざまな性被害は、自傷経験に大きなインパクトを持つほか、被害少女の孤独感や孤立感を増幅させると考えられる（例えば言語ハラスメントを受けた場合、自傷行為の出現率は2.1倍となる）。逆に、自傷経験のある者や孤独感や孤立感が高まっている者については、アセスメントの際に、性被害の経験について調べる必要があるとも言えよう。

表6 性被害体験インパクト

被害類型	関連変数	オッズ比
言語ハラスメント	自傷経験	2.1
故意露出	自傷経験	2.3
性的接触	自傷経験	3.3
強姦未遂	自傷経験	2.5
強姦	孤独感	1.7
強姦	自傷経験	1.8
サイトハラスメント	孤独感	1.6
サイトハラスメント	自傷経験	1.9

これらの問題行動類型間や他の変数との関わりを検討するため、変数間の相関を見ると、アルコールやドラッグといった物質乱用は、ナンパデート、援助交際・売春、強姦未遂体験、強姦被害体験と表7に示すとおり弱い有意な正の相関を示している。この結果は、双方の変数の時間的前後関係が判然としないので、どちらが因果的に作用しているのか断言はできないが、物質乱用の問題があるといわゆるデートレイプのような形で性被害のリスクが高まることや、物質乱用が性虐待の被害体験や売春行為による良心や自尊心の傷つきを麻痺させる役割を担う可能性を推察させる。また、売春との相関関係が、アルコールでは見られず、薬物で.31と比較的高く出ていることは、薬物を購入するために金銭が必要ということの意味しているのかもしれない。いずれにせよ、治療教育上は、性の問題に絡めて物質乱用の問題も一緒に扱った方がよいと考える。

表7 物質乱用と性的問題行動の関わり

	アルコール	ドラッグ
アルコール	1.00	
ドラッグ	0.24**	1.00
ナンパ	0.29**	0.22**
売春援交		0.31**
枕泥棒	-0.15*	-0.22**
売春斡旋	0.23**	0.19*
強姦被害	0.16*	
強姦未遂		0.18*

相関係数はSpearmanのρ
*p<.05. **p<.01

5. 支援への態度

少女は被害を受けた場合、7割方が誰かに相談するという援助希求型の対処をする傾向が高いが、秘匿している者も3人に1人いる。治療教育プログラムの中でこうした被害体験を安心して話せ、受容や支持を得る体験を経なければ、自罰的な対処や孤立感は固定化され、被害から非行あるいは加害への転身につながってゆく可能性が高まると思われる。実際、性被害をだれかに話した者について、半数が「話してよかった」としているが、「どちらとも言えない」、「話さなければよかった」と感じている者も約半数いる。

性被害体験が、施設に入所していることと関係ありとする者が4割程度、関係ないとする者が4割程度ある。関係ありと認知している者は、入所理由が「援助交際」によるとする者と有意な関連性が認められるが、同様な被害を受けている者でも、「関係ある」とする者と「関係ない」とする者とは、治療的介入への動機づけも異なることが予想されるため、処遇開始前のアセスメントの段階で本人の認知を確かめておくことが望ましい。

二度と施設に入らず、自分も人も傷つけずに生きていくために、周囲の人が手助けできることがあるかどうかについて、約半数の者が援助に望みがあると認知しているが、3人に1人は「ない」としており、「わからない」と懐疑的な者も15%程度存在する。

どのように働きかけるか？

「性」は個人の自由と権利に属する。このことは、少なくとも現在の日本では、法律を見れば国民の総意である。ところが、少女たちの性行動に関する介入や働きかけは、いまだ家長（大人）の財産としての「婦女子の性」を前提に動いているのではあるまいかと感じることが少なくない。たとえば「管理者」の立場の大人として、学校や施設での子どもたちの性的言動や恋愛問題への対処に「手を焼く」ので「何とかしたい（して欲し

い）」という「問題意識」に見ることができる。たしかに性のエネルギーは、大人のコントロール下にある平穏な日常を揺さぶるだけの力を有しているのかもしれない。

「非行」と呼ばれる行動をとった少女たちは、口に出して言うか言わないかは別として、心の中では思っている。「飲酒・喫煙、水商売、セックス、家出、化粧に流行を追った服装、すっごい楽しい。大人になればどれも問題ない。どこが悪いの？ 援助交際はしたくてしているわけじゃないけど、金を得るための最後の手段としてとても有効」

大人たちは、飲酒・喫煙の健康への害、性感染症や妊娠中絶の危険性を教えようとする。子どもたちが、性に関する情報を仲間同士やマス・メディアからのみ得ている傾向を考慮すると、個人的関係の中で、偏りの少ない、別の角度からの情報を大人たちが提供していくのは大切なことである。しかし、それ以上に大切なことは、それらの情報をどのように伝えるかということであろう。一般論としての情報提供と同時に、特に「非行」と呼ばれる行動をすでに起こしている少女たちに対しては、1人1人が本音を発言しやすいような、少人数のリラックスしたグループの中で、本人たちの疑問や関心に沿って情報を発信していくことが必要であると考えている。

当然のことであるが、子どもたちはいずれ大人になる。現在の養育・教育状況は、「子ども時代」には、あまりに過保護・過干渉に育てられ、与えられた課題をうまくこなしていけば、保護も承認・賞賛も与えられるという傾向があるように思われる。その代わり、そこからはずれた行動に関しては、より厳しい「処罰」がいきなり用意されているように思う。しかし、これも当然のことながら、個人の自由と権利の行使には責任が伴う。この責任の果たし方を、児童期から思春期にかけて、きちんと教えていく必要があると筆者は考えている。

筆者は、少女たちの奔放な性行動や飲酒・喫煙を肯定しているわけではない。多くの「非行少女」

たちが、孤独感と低い自己肯定感を有し、自傷や薬物乱用、妊娠中絶など自らを傷つける行動をとっていること、そしてその背景には性被害体験が多くあることは、実態調査からしても明らかであろう。しかし、「正しい行動」を説教しても、行動は変化しないし、ましてや批判すると、行動は期待する方向とは逆の方向に進展する。説教や批判で、彼女たちを支援することが可能であるならいくらでもするが。

まず必要なことは、個人の自由に属する「性行動」と、他者の性的自由を侵害する「性暴力行動」とを弁別することである。この区別が、そもそも社会において（大人の側で）、まだ十分に区別されていないという印象が強い。たとえば、「被害者も嫌がっていなかった。遊びの延長としての性的いたずら」などという加害者の歪曲された認知が通用してしまいがちな現状がある。後者に関しては、外的統制も含めて、きちんと社会的に対処していく必要がある。少女たちの非行においても、「性加害行動」をとっている者たちに対しては、それに応じた治療教育的働きかけが必要となる。

他方、受動的な性非行に留まっているものたちは、とりわけ成人であれば違法とならない行為に関しては、どのような行動をとろうと、最終的には彼女たちの「自由」である。未成年で行動の責任を十全に負えないことから、個人の自由に制限が課せられているわけである。そのことを前提に、成人までに、自由と権利を行使するための力をつけるよう教育をすることが、社会や周囲の大人たちの責任となる。彼女たちの成長にとって不可欠な、安全で安心できる安定した生活の場を提供できるよう手立てを講じることが、まず求められている。それは、社会、家族、そして施設の生活基盤を安定させること、そこで「暴力」が大手を振らない状況を作り出すことである。その上で、家出、売春等の手段に頼らずとも、自身の生活を築いていけるような力を強化する働きかけを行っていくことが必要となる。

少年の性加害行動に関しては、一定の成果が実

証されている治療教育プログラムが実践されつつあるが¹⁾、少女たちへの働きかけについては、未だ組織化されたものが見られない。少女たちに関しても、単に道徳的説諭に留まらない、その自立性と自律性を高め、自由の選択肢を広げる方向での有効なプログラムの作成が待たれる。それは、少年への働きかけ同様、変化への動機づけと信頼関係作りから始まり、自身のこれまでの生き方を支援者らとともにもう一度振り返り、問題とされる行動について再評価を行い、そして自分の真の望みに気づいて、それを実現していくための努力の方向と方法とが具体的に提示されるものである必要がある（Life→Target behavior→Hope）。こうした理念に基づいて、筆者ら⁹⁾は、ある施設において、グループアプローチによる「女の生き方講座」を試行したが、その試みに関しては、紙数も尽きたので、稿を改めて報告したい。

文 献

- 1) 藤岡淳子：性暴力の理解と治療教育，誠信書房，2006。
- 2) 藤岡淳子，今村洋子，寺村堅志，橋本牧子，浅野恭子，今村有子，毛利真弓：性非行少年の査定・治療について，厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業 児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究平成17年度総括・分担研究報告書（主任研究者齊藤万比古），2006。
- 3) 法務総合研究所：児童虐待に関する研究（第1報告）．法総研研究部報告11，2001。
- 4) 法務総合研究所：児童虐待に関する研究（第2報告）．法総研研究部報告19，2002。
- 5) 木原正博，木原雅子，市川誠一，山本太郎：ネットワーク化する若者の性行動とHIV/STD感染リスク．保健婦雑誌，57（6）；490-493，2001。
- 6) NHK「日本人の性」プロジェクト編：データブックNHK日本人の性行動・性意識，NHK出版，2002。
- 7) 野坂祐子，吉田博美，笹川真紀子，内海千種，角谷詩織：高校生の性暴力被害と精神健康との関連．トラウマティック・ストレス，3（1）；67-75，2005。
- 8) 岡本正子：子供の性的虐待：家庭内性的虐待を中心に．臨床精神医学，32（2）；139-151，2003。
- 9) 寺村堅志，藤岡淳子，橋本牧子，今村有子，浅野恭子，

- 野坂祐子：第44回日本犯罪心理学会大会発表（日本犯罪心理学会誌特別号掲載予定），2006。
- 10) 東京都性教育研究会編：2005年調査児童・生徒の性：東京都小学校・中学校・高等学校の性意識・性行動に関する調査報告，学校図書，2005。