

参考文献

- 1) 日本版 WISC Ⅲ刊行委員会訳編 WISC Ⅰ-Ⅲ知能検査法 日本文化科学社 1998
- 2) 藤田和弘他編 WISC Ⅰ-Ⅲアセスメント事例集 日本文化科学社 2005
- 3) Michael G Tramontana Stephen R Hooper Handbook of Clinical Child Neuropsychology second edition. Chapter6 Edited by Celil R.Reynolds and Elaine Fretcher ?Janzen
- 4) 犬塚峰子：児童相談所における非行相談—非行相談に関する全国調査から、現代のエスプリ 462, 117-129 2005
- 5) Andrews,D.A.&Bonta,J. : The Psychology of criminal conduct. third edition . Anderson.2003.

⑤人格検査 テストバッテリー

文京学院大学 今村洋子

顕在的な行動指標に基づいて診断される行為障害は、それだけではその背景にある発達的な問題や人格構造、精神力動を説明せず、治療についての指針も示さない。DSM-IVの診断基準によって同じ類型の行為障害と認められたとしても、抱えている問題は個々人で違っており、当該少年にとって行為障害の診断基準を満たすということが臨床でどういう意味を持つのかについて知るためには情報源を他に求めなければならない。信頼し得る情報源のひとつが人格検査である。F.D.Kelly (1997)¹⁾は、思春期の青少年を対象とする臨床では、発達的な視点をもった力動的なアプローチが診断上・治療上有用な豊かな情報を与え、そのための手法として心理検査の重要性を指摘して「信頼性・妥当性のある心理検査は、DSM-IVの提供する静的で一次的な素材を、多次元的で力動的な複合体に変換するレンズの役割を果たす」と述べている。

DSM-IVの行為障害の診断基準は、他者や動物、他者の所有物に対する暴力的、破壊的行動、他者を欺き、操作し、他者の所有物を掠め取るといった屈折した攻撃的行動、そして社会規範からの逸脱行動からなっているが、これらは行為者の他者や社会、世界とのかかわり方、そして攻撃性や破壊性の程度と質及びその制御と表出にかかわる自我機能あるいは社会的認知を反映している。したがって行為障害に適用する心理検査は、自己と自己を取り巻く世界に対して抱えているイメージ、とりわけ攻撃性、破壊性や対象関係の在りようを鋭くとらえることができるものであることが求められる。

特に反社会性人格障害に発展していくことが懸念されるような重症の行為障害については精査が望ましく、その場合には上記した人格の側面を基本的な構造として示してくれるロールシャッハ法と、より現実的、具体的に示してくれるTATを組み合わせたのがもっとも適切と考えられる。未構造のインクのしみに対する反応を求めるロールシャッハ法では外界へのかかわり方の様式、現実検討、衝動統制、感情調節、認知機能、防衛・適応機制についての情報が得られるし、人間反応や動物反応には対象表象も示される。より構造化された場面についての物語を求めるTATでは、より具体的に自己、他者、社会、世界をどうとらえどうかかわっているのか、現実およびイメージとしての自己と外界との関係が示される。

C.B.GaconoとJ.R.Meloy (1994)²⁾は、将来反社会性人格障害に発展する可能性の高い13歳から17歳の100名の行為障害のエクスマー法によるロールシャッハデータの特徴を健常児と比較して次のように指摘している。①60%程度がハイラムダスタイル(F%が高い)で、問題解決に際してのアプローチは短絡的である。②心的資質(EA = SumM+SumC)に乏しいにもかかわらずストレス耐性(Dスコア)は普通域にある。③感情調節は貧弱である(FC < CF+C)。④対人関係面では、40%近くが協調的運動(COP)を出さず、怒りや反抗を示す空白反応(S)が多いのに、予期に反して攻撃反応(AG)は低めである。AGが少ないことについては、攻撃衝動が自我親和的で、葛藤なしに行動化されているためと解釈できる。また、孤立指標が高く、純粹人間反応が少なく、H < (H) + Hd + (Hd)と部分対象が優勢であり、社会的に孤立していて他者への関心が乏しく、対人関係態度は現実に立脚したものではなく、対象表象の統合がなされていない。さらに80%程度の者がKwawer(1980)³⁾の原始的対人関係様式反応を少なくとも1個は出しており、境界例的な精神力動の存在が裏付けられる。材質反応(T)がない者が多く、愛着能力が低い。⑤自己知覚面では、他者より自分を否定的に認知する者が多く(自己中心性指標 < 0.33)、自己損傷感を示す不快な内容(MOR)も70%近くに現れる。⑥思考面では、人間運動知覚の際の現実吟味の悪さを示すM-が50%の者

に現れ、空想への退却 ($M_a < M_p$) も 30%程度に認められ、健常児を上回る。原始的な欲求状態への気付き (FM) は少ない。⑦認知面では、慣習的な認知 (P) は健常児より若干少ない程度だが、現実吟味 ($X + \%$, $X - \%$) はかなり阻害されている。

以上のアメリカでの知見が文化的背景の異なる日本でも該当すると即断することはできないが、同年齢の少年鑑別所及び少年院に收容されている少年 (105名) を一般中学生 (87名) と比較した今村他 (1994)⁴⁾ は、上記①, ②, ③, また、FM が少ない点について同様の結果を得ており、両群を大きく分けているのは非行群のハイラムダと一般群の警戒心過剰であるとしている。同じデータを用いてさらに詳細な検討を加えた寺村 (1997)⁵⁾ は、エクスター法の人格機能クラスターから 40 変数を選んで探索的因子分析を実施し、8 因子を抽出して非行群と一般群を比較し、一般群は他者評価をかなり気にして行動するのに対し、非行群は他者評価に無頓着に行動する傾向がある、一般群が慣習的な認知をせず個人的な世界に退避して自己主張するのに対し非行群はさほど屈折した認知をしない、一般群は刺激過負荷状態でストレスに曝されているのに対し非行群はストレス面ではむしろ鈍感でストレスを抱え込まず、これが見かけのストレス耐性の高さとして示される、一般群が対人的関心や興味の幅が広く非行群は狭いといった特徴を引き出している。なお、標本数は少ないが、15名の非行中学生を健常中学生のデータと比較した浅野正 (2005)⁶⁾ も、ラムダが高いこと、M, SumC が少ないが、FM の少なさはより際立っており、そのために D スコアが高くなっていること、 $FC < CF + C$ であることについて、Gacono と Meloy, 今村他と同様の結果を得ている。内的な衝動や緊張への気付きが乏しく、刺激や状況を単純化し、現実を自分の都合のよいように解釈してより直接的に欲求充足を図りやすい傾向が共通して認められる。

対象表象や防衛機制を理解するためには、上記のような解釈のための変数の検討とともに、反応ひとつひとつを継起的に詳しく検討することが重要である。Gacono と Meloy の分析でも触れられている Kwawer の原始的対人関係様式、原始的防衛 (馬場禮子 1983⁷⁾)、また、J.Urist (1977)⁸⁾ によって開発された対象表象スケール MOA (The Mutuality of Autonomy Scale) などが参考になる。MOA は、すべての運動反応について、1: 肯定的、共感的で分離し、かつ自律的な関係性、2: 自律性は損なわれていないが、関係は平行的で明らかな相互性にまでは至らない、3: 自律性の喪失が現れ、もたれる、ぶらさがるなど外的な支えを必要としていることが示唆される、4: 一方が他方の鏡映や影として描かれ、自律性、相互性の喪失が大きくなる、5: 自律性への侵襲、分離を保つ能力の欠如を伴う悪意に満ちた支配のテーマ、6: 自律性への著しい侵襲、悪意に満ちた一方的で破壊的な攻撃と支配、7: 統制を超えた圧倒的な被支配に特徴付けられた関係性という連続線上の 7 ポイントの順序尺度に沿って、自己-他者の分化度と共感的な関係性を評定するものである。平均 MOA, 最頻値 MOA, 最高対象表象スコア, 最低対象表象スコアを検討することで、対象表象についてのかなりの情報が得られる。

TAT では、その人の世界へのかかわり方、対象表象や防衛機制、攻撃性の在り様、社会的な枠組みや規範への態度等がより具体的に示され、ロールシャッハ法と合わせて実施することがきわめて有用である。重症の行為障害では、語られた物語中の対人関係や人物像の中に、投影性同一視、理想化と脱価値化、分裂といった原始的防衛が示されることが多いし、方向の定まらない激しく破壊的な攻撃性が示されることもある。

TAT にはロールシャッハ法のような定式化された分析枠はないが、行為障害の精神病理をとらえる上で有効と考えられるものに、D.Westen 他 (1985)⁹⁾ による対象関係論と発達論的認知心理学にもとづいた「社会的認知と対象関係スケール」(SCORS: The Social Cognition and Object Relation

Scale)がある。このスケールは、①人物表象の複雑性（自己と他者をどの程度分化させ、複雑な動機と主観的体験を持つ心理的存在としてとらえることができるか）、②対人関係パラダイムの情緒的色合い（対人関係をどの程度迫害的で脅威的なものとみなすか、どの程度安全で互恵的なものとみなすか）③対人関係及び道徳基準への情緒的投入の能力（他者との関係がどの程度手段としてよりは目的として描かれるか、どの程度他者への深い関心と共感性をもって他者の権利や欲求を尊重した倫理的判断ができるか）④社会的因果関係の理解（人物の行動、思考、感情、意図には複雑な因果関係があることをどの程度理解し、論理的に適切に説明するか）の4側面について5段階で評定する。病理性の高い行為障害ではいずれの側面でも低いレベルにとどまることが多い。

ロールシャッハ法やTATは、治療教育の前後で施行することによって治療効果を測るために用いることができる点でも有用だが、MOAやSCORSの評定の変化もその測度として有効と考えられる。

- 1) F.D.Kelly(1997) The Assessment of Object Relations Phenomena in Adolescents. Lawrence Erlbaum Associates,Publishers
- 2) C.B.Gacono & J.R.Meloy(1994) The Rorschach Assessment of Aggressive and Psychopathic Personalities. Lawrence Erlbaum Associates,Publishers
- 3) J.S.Kwawer(1980) Primitive Interpersonal Mode,Borderline Phenomena,and Rorschach Content.In J.Kwawer,A.Sugarman,P.Lerner,& H.Lerner Borderline phenomena and the Rorschach test(p89-109). New York: International Universities Press
- 4) 今村洋子, 藤岡淳子, 寺村堅志, 紀恵理子(1994) ロールシャッハテストによる中学生非行少年の人格特徴に関する研究 犯罪心理学研究第32巻特別号
- 5) 寺村堅志(1997) 中学生非行少年のロールシャッハ反応類型に関する基礎研究筑波大学大学院修士課程修士論文 未公刊
- 6) 浅野正(2005) 小川俊樹・松本真理子編 子どものロールシャッハ法 (p207 - 222) 金子書房
- 7) 馬場禮子(1985) 境界例ーロールシャッハテストと精神療法 岩崎学術出版

⑤人格検査 リスクアセスメント

盛岡少年鑑別所 寺村堅志

はじめに：行為障害少年に対するリスクアセスメントの必要性

少年刑事司法機関や児童福祉機関に係属する「非行少年」の多くは、行為障害（以下、「CD」と略記）の診断基準に該当するが、CD 診断基準に該当する非行少年は、病因の明確な特定疾患の罹患者集団のように等質な集団ではなく、彼らの非行のパターンや予後も様々な経過をたどり、非行の克服を含め健全育成の推進のために必要とされる介入も一様でない。全国の少年鑑別所に収容された非行少年約 1500 名を対象に CD や CD の関連障害等について包括的に検討した調査 によれば、CD 診断基準該当者は少年鑑別所入所者では半数を超え（56%）、発症型と予後との関係では、小児期発症型は青年期発症型に比べ、粗暴・非粗暴行動の双方で有意に多くの問題行動歴があり、少年院収容を経てもより再犯しやすい傾向にある。また、CD 該当少年のリスク要因を家庭や友人関係から見ると、小児期発症型 CD 少年は家庭や交友関係面での問題をより多く抱え、反社会的な人格障害等の DSM のクラスター B 群の特徴に共通する特徴をより高い割合で持つという。この調査結果は、一般的には CD 該当少年の中でも小児期発症型（Moffitt のいう生涯持続型）は概して高リスク高ニーズの対象者であり、よりインテンシブな介入が必要とされるという従来からの知見を支持するとともに、CD 診断の該当性のみに着目するだけでは対象者にふさわしい処遇の選択や有効な支援に結びつかないことを示唆している。

非行臨床実務では、非行の再発や持続に寄与する資質・環境面のリスク要因及び非行の抑止や低下につながる保護要因並びに処遇の重点課題となる対象者のニーズを、生物・心理・社会の各次元から多面的に分析・評価し、再非行防止や健全育成推進に資する介入計画を策定・実施することが求められる。他方、CD 少年を含め非行少年の処遇は、少年司法や児童福祉領域の関係法令に基づく各種処分や措置等の形で処遇の大枠が定められ、供与できる人的・物的資源にも制約がある上、適正な判断を誤れば非行の続発により社会的被害や本人の不適応を増悪させることになったり、対象者に必要のないような過剰な介入によって、対象者の人権を不当に制限してしまう可能性もある。このため、対象者の評価では、対象者の特質を的確に踏まえ選択する介入にめりはりをつけ発達や適応促進の観点から最大限の効果をめざすと同時に、非行の再発によって生ずる潜在的な被害を最小限に防止し社会の安全増進に寄与する責務を果たすことが求められる。

以上のような多様な要請に対処するための方法が構造的なリスクアセスメントによる対象者評価であり、これを基盤とする処遇の実践である。リスクアセスメントは、近年、非行少年や犯罪者処遇分野における科学的な根拠に基づく実務（EBP）が推進されるに伴い諸外国では非行少年や成人犯罪者のアセスメントの重要な一要素として位置づけられており、我が国においても成人性犯罪者処遇分野で初めて導入され、少年非行の実務でも導入に向けた関心が高まっている。ここでは、構造的な評価ツール利用によるリスクアセスメントの基本的な考え方、評価ツールの例、本邦における課題等について概括的に紹介する。

リスクアセスメントの基本的な考え方

カナダの Andrews らは、非行少年や犯罪者処遇の分野において客観的なリスクアセスメントツールによる評価法及び再犯リスクの低減に焦点づけた治療的介入を中心に据えた犯罪者処遇の考え方を提唱し実務に定着させた。彼らは、犯罪者処遇分野における評価研究等の実証的知見から、再犯に

寄与するリスク要因を特定し、非行や犯罪の前歴のような履歴的で固定的なリスク要因（＝静的リスク）と治療的介入によって修正可能で可変性のあるリスク要因（＝動的リスク、これは処遇のターゲットにもなるため特に犯因性ニードともいう）を区別して評価し、リスク・ニードの高低の水準に応じ介入密度を変え（リスク原則）、犯因性動的リスク（ニード）の低減に焦点づけた介入プログラムを重点的に行い（ニード原則）、対象者の認知・学習スタイルにマッチした処遇を行うこと（反応性原則）が、再犯低減や社会復帰促進に効果的な処遇の推進につながるということを確認してきた。

彼らは、メタアナリシスによる評価研究の知見から、一般再犯を支える主要な4大リスクは反社会的行動履歴、低い自己統制やサイコパス傾向に代表される反社会的人格パターン、反社会的認知、反社会的な仲間関係であり、家庭や婚姻の絆、学校・仕事への定着度、余暇活動、物質乱用を合わせたものを中心的8リスクと呼び、LSI-R等のリスクアセスメントツールの評価・介入策定領域として重視している。なお、Andrewsらのアプローチでは、基本的に個人を評価・介入の単位としているが、少年非行防止の公衆衛生モデルのアプローチでは、疫学的な知見をもとに評価や介入の単位を個人から個人を取り巻く環境（家庭、学校、同輩集団や地域社会）にまで拡張した評価や介入プログラムも広範に試みられている。このようにリスクの分析範囲に応じて評価の仕方に差異があるものの、非行少年の処遇分野では北米地域を中心にリスクアセスメントを包括的なアセスメントの一部に組み込んで評価を実施し、処遇を策定・実施する方式が浸透してきており、治療的介入の選択においても、例えばYASIという保険統計的なリスクアセスメントツールでリスク水準のスクリーニングを行った後、ハイリスクな対象者には精密な評価を実施し、より濃密な介入を多次的に行うマルチシステムミックセラピー（MST）の受講を指定し、中リスク程度であれば攻撃性置換訓練（ART）で対処スキルの改善を図るというようなプログラム配分が公的処遇制度の中に組み込まれるようになっている。

リスクアセスメントツールの具体例

対象者の再非行の可能性や予後に関する見立ては、従来から専門家による非構造的な臨床的判断によって行われてきたが、この手法による判断は、構造化面接等で注視点を明確に定めた構造的な臨床判断や再犯確率の推定ができるような保険統計的リスクアセスメントツールによる評価より予測力が劣るとされる。対象者のスクリーニング的な評価のために、予測妥当性の検証等を済ませたリスクアセスメントツールを使用することは、処遇選択等に関する意思決定の信頼性や質を向上させ、より適正な介入の実施や資源の活用につながり、判断の透明性やアカウンタビリティを向上させることが期待される。

下表は、少年非行分野で用いられている各種リスクアセスメントツールのうち、海外の機関が一定の評価基準を設け妥当性がある評価ツールとして認証したものの例である。紙幅都合により、各ツールで評価する変数の構成等を詳しく説明することは差し控えるが、下表に見るように各ツールは、性非行や暴力非行等の評価領域ごとにそれぞれふさわしいものがあるので評価目的を考慮して使用する必要がある。また、少年の場合、発達の可塑性に富み介入により変化しやすいことからリスク評価は定期的に行う必要がある。また、評価の結果は対象者や家族、介入に関わる関係機関等で差し支えない範囲で情報を共有し、協働的に治療的介入やリスクマネジメントに活用してゆくことが可能である。

ツール名	開発者	領域	その他
ASSET ¹²	Home Office, UK. Youth Justice Board (2000)	非行一般	連合王国の非行少年処遇チーム YOT の評価ツール。
EARL20B EARL21G	Augimen, Webster, et al. (1998)	非行一般, 暴力非行	12歳未満低年齢少年の反社会的行動評価ツール (男子用 20 項目, 女子用 21 項目から構成)
ERASOR Ver2.0	Worling&Curwen (2001)	性非行	性非行少年用 (12-18 歳) 評価ツール 5 領域 25 項目のリスクを評価。
J-SOAP-II ¹³	Prentky&Righthand (2003)	性非行	性非行少年用 (12-18 歳) 評価ツール 4 領域 28 項目を評価。
PCL/YV	Forth, Kosson&Hare (2003)	非行一般, 性非行, 暴力非行	Hare の PCL-R の少年版 (12-18 歳の少年に適用)
SAVRY	Bartel, Borum & Forth (2002)	暴力非行	HCR-20 にならった少年用 (12-18 歳) 暴力リスク評価ツール (履歴変数 10, 社会変数 8, 臨床変数 7, 保護変数 6 を評価)
YLS/CMI	Hoge&Andrews (2002)	非行一般	Andrews らの LSI-R をモデルにした少年版 (12-17 歳) 8 領域 42 項目を評定

本邦における課題

リスクアセスメントツールによる対象者の評価は、構造化面接法による評価と同様に、必要な情報を組織的・系統的に収集し、対象者のリスク水準や重点的な介入領域がどのような布置をなしているかを把握するのに有用であり、CD 少年の包括的なアセスメントの中にも組み込み介入計画策定に活用することが望ましいと筆者は考えている。しかし、既存のリスクアセスメントツールは欧米圏で開発されたものであり、市販ツールの場合は、事前の研修受講義務等の資格要件を充足するが必要となるものや、評定領域や項目によっては本邦の社会制度等の文脈に置き換えて評定を行わなければならないものも多く、本邦で交差妥当性があるかに関しても検証を行う作業が欠かせない。将来的には、海外の評価ツール等をモデルに評価データ収集と成り行き調査を行い、我が国独自の評価ツールを標準化することが必要である。

近藤日出夫, 大橋秀夫, 淵上康幸 (2004a) 「行為障害の実態について」, 矯正医学, 53, 1-11.

近藤日出夫, 大橋秀夫, 淵上康幸 (2004b) 「行為障害の亜型について」, 矯正医学, 53, 12-20.

近藤日出夫, 大橋秀夫, 淵上康幸 (2004b) 「行為障害と注意欠陥多動性障害 (ADHD), 反抗挑戦性障害 (ODD) との関連」, 矯正医学, 53, 21-28.

犯罪と非行 (2006/9) No.149 特集: 性犯罪

高野務, 石川亨, 大槻真人, 佐々木浩之, 野村順一, 大原健功 (2006). 「少年非行におけるリスクアセスメントの研究」, 家裁調査官研究紀要, 2, 65-92.

Andrews, D.A. & Bonta, J. (1998). Psychology of Criminal Conduct. (2nd Ed). Anderson.

Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, S.J. (2006). The recent and near future of risk and/or need assessment. Crime & Delinquency, 52, 7-27.

Loeber, R. & Farrington, D.P. (1998). Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions. Sage.

Hannah-Moffat, K. & Maurutto, P. (2003). Youth Risk/Need Assessment: An Overview of Issues and Practices. Dept. of Justice Canada.

Barnoski, R. (2004). Assessing risk for re-offense: Validating the Washington state juvenile court assessment. Wahington State Institute for Public Policy.

Risk Management Authority (2006) Risk Assessment Tools Evaluation Directory (RATED Ver. 1). RMA Scotland. 邦文による紹介は, 菅野哲也 (2003) 「英国における非行少年の調査票: リスクアセスメントシステム構築の試み」, 犯罪と非行, 137, 33-41. を参照。

このツールの本邦試行例は, 藤岡淳子 (2006) 『性暴力の理解と治療教育』, 誠信書房. に紹介がある。

c) 医学的・神経学的検査

信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部 酒井文子

行為障害に関して、現在のところ単独的かつ特定の要因は想定されていない。海外における研究などからは、環境要因と器質要因が相互に影響しあっている事が示唆されている¹⁾。とりわけ、遺伝や周産期障害は、何らかの脳内神経伝達の異常をもたらし、多動・衝動性、不注意、認知障害や、養育における「扱いにくさ」といった気質などの個体の要因を生じさせると考えられている。これらの脆弱性をもつ子どもに対して、養育・保育・教育を中心とした環境因子が複雑に絡み合い『行為障害』が発現するのではないかという説が最近では有力である²⁾。海外の養子研究、双生児研究では、遺伝などの器質要因の影響が、環境要因よりも『行為障害』に対して有意の影響が認められる、とするものもある。

要因とされる器質因子として、脳波異常や、ソフトサイン陽性、また稀に染色体異常などを認める事例もあるが、行為障害に特有な所見を認める神経学的検査は確定されていない。しかしながら、医学的検査や神経学的検査を行う意味がない訳ではなく、個体の特徴を評価し、他の病気との鑑別するためには必要である。またそれにより治療の方針や見通しをもつ上で有用な所見が発見されることもある。以下に、日常臨床の中で行う可能性の高い医学的検査・神経学的検査について述べる。

脳波検査

行為障害に特異的な脳波所見はないものの、行為障害の患児に脳波異常の所見が見られることは多い。てんかんにおける性格変化や、発作後の意識のはっきりしない状態で攻撃的・衝動的な行動が出現したり、社会規範による抑制がうまく効かなくなることもある^{3) 4)}。意識障害を伴う大発作を起こすような場合だけでなく、小発作や短時間の意識消失を伴うようなけいれん発作も、詳しく病歴を聴取し、見逃さない注意が必要になる。

なお攻撃性や衝動性と関連を示唆されている脳の部位としては、外側視床下部後部、扁桃核、眼窩前頭前皮質などが挙げられている。それらの部位を巻き込む可能性のあるものとして前頭葉てんかん、若年性ミオクローヌステんかん、側頭葉てんかんなどがあり、特に若年性ミオクローヌステんかんは思春期に発症し、覚醒後数時間以内に数秒程度の両上肢のピクつきないしは全身けいれんを伴う大発作が出現するのが典型的な病像である^{5) 6)}。いずれにせよ、これらの疾患には抗てんかん薬が症状の改善に有効なことがあり、治療方針の決定に対して脳波検査は重要な意味をもつ。

その他、行為障害に併存する可能性が高い注意欠陥多動性障害（以下 AD/HD）でも、高率な脳波異常の所見が以前より指摘されている。除波の混入の高さは様々な文献で報告されており、これらは診断に使用できるものではないが、生物学的な神経系の未熟さや脆弱性を示すと考えられている。

頭部 MRI などの画像検査

脳波検査同様、画像検査においても行為障害特有の所見というものは無い。研究レベルでは、PET や fMRI を用いた画像研究において、外側視床下部、扁桃核、眼窩前頭前皮質 “Orbit-frontal Cortex(OFC)” などが注目されており、不安や怒りなどの負の情動処理には、扁桃核や OFC が関与することが示唆されている⁷⁾。

臨床的には、脳損傷や脳腫瘍、先天的な脳奇形の一部で、攻撃性や衝動性の症状を呈するとの報告がある。交通事故の頭部外傷による OFC の損傷や、ヘルペス脳炎後遺症による扁桃核の病巣と関連

して、攻撃性の亢進を認めた例も報告されている。OFCの障害では、他者の情動反応に対して自然な情動的応答が困難となり、その結果抑止が上手くいかず逸脱行動として暴力行為が出現すると想定されている⁸⁾⁹⁾。脳炎や、頭部外傷の既往があるものは、前後の性格変化やその他の症状を確認し、頭部MRIなどの画像検査を行うことも重要であろう。

ソフトサイン

行為障害を呈する児童の検査所見で、ソフトサインがみられることはしばしばあるが、診断特異性はない。しかし、自閉症や学習障害、AD/HDなど他の発達障害においても、ソフトサインの陽性所見がみられることは多く、何らかの生物学的な神経系の未熟さや脆弱性に関連している可能性が示唆される。

血液検査など

その他の医学的検査同様、血液検査において行為障害特有の検査データというものはない。ただし、物質乱用（アルコール、覚醒剤などの薬物）の症例にも行為障害が多くみられることもあるゆえ、年長者の患者においては特に注意しておく必要がある。また、非常に稀ではあるが、攻撃性や衝動性、情緒的な不安定さをもつ可能性のある疾患として、甲状腺ホルモン耐性症、脆弱X症候群、G-6-PD欠損症、フェニルケトン尿症などがあり、病歴で疑われる時には、スクリーニング検査を行う。

また、かつて染色体異常の疾患であるXYY症候群が犯罪に関連するとして報道がなされたこともあったが、現在は否定されている。一生気づかれない場合も多く、最近では個性の範疇とする見方が一般的である。外見的には高身長、多動、ときに性器異常や腎臓異常の報告があり、知能についての見解はばらつきがある。しかし、暴力性との関連性は否定されるものの情緒的な不安定さや、生物学的に何らかの脆弱性は有しており、背景にこのような疾患が潜む場合には、診断告知や治療の方向性を検討していく上でも検査が重要な意味をもつ。

以上、日常臨床の中で行いうる医学的・神経学的検査について概説した。いずれにせよ、『行為障害』特有の検査所見というものはなく、併存障害や、除外診断を検討し、治療の方針をたてるべく必要な検査を組み合わせしていく。詳細な病歴と、診察の上で、適宜判断していくことが肝要であろう。

参考文献

- 1) Mandel, H.P.: Conduct Disorder and Under-Achievement. John Willey& Son, 1997.
- 2) 原田謙、今井淳子、酒井文子：行為障害. 精神科治療学 20:286-287,2005.
- 3) Devinsky, O. and Bear, D. M.: Varieties of aggressive behavior in temporal lobe epilepsy. Am. J. Psychiatry, 141; 651-656, 1984.
- 4) Elliot, F.A.: Violence: the neurological contribution: an overview. Arch. Gen. Neurol., 49: 595-603, 1992.
- 5) Kanemoto, K., Kawasaki, J. and Mori, E.: Violence and epilepsy: a close relationship between violence and postictal psychosis. Epilepsia, 40; 107-109, 1999.
- 6) Luria, A. R.: Higher Cortical Functions in Man. Basic Books, New York, 1980.
- 7) Weiger, W. E. and Bear, D. M.: An approach to the neurology of aggression. J. Psychiatr. Res., 22:85-98, 1998.

- 8) Blair, R.J.R. and Cipolotti, L. : Impaired social response reversal : A case of “acquired sociopathy” .Brain, 123; 1122-1141, 2000.
- 9) 村井俊哉、上田敬太 : 眼窩前頭皮質損傷による情動・社会行動の変化 .精神科治療学 ,20:271-277,2005.

3 行為障害の併存障害

a) 発達障害

信州大学附属病院子どものこころ診療部 原田 謙

はじめに

心理社会的要因は反社会的行動を生じる主要な原因と考えられてきた。子供の反抗的行動の発現要因に関する研究^{1,2}は、過度に制限や要求の多い養育、不十分な親のしつけや監督、制限と自立を巡る適切に解決されない親子間の葛藤などを子供の反抗の促進要因としてあげている。いわば、「氏より育ち」を原因として重視するのがこれまでの心理学的立場であった。しかし、近年、行為障害との相関で注目を集めているのは、ADHDをはじめとする発達障害の併存である。

本章では、CDと発達障害の併存について筆者が行った調査をもとに解説する。

CDと発達障害の併存

筆者は平成9年から児童自立支援施設の嘱託医をしており、入所した子ども全員に面接を行っている。その中には、幼い頃に発達障害を指摘されたり、現在もその特徴を示す子どもが少なくない。すでにその調査結果は報告したが、最近さらに対象施設を拡大して調査を行ったので、その結果を提示したい。

対象はA、B2つの児童自立支援施設、C少年院の入所児と信州大学医学部附属病院を受診した18歳以下の行為障害児、男児54名、女児3名、計57名である。これらの対象児の親ないし担当施設職員に半構造化面接を行い、行為障害児における発達障害の併存状況を調査した。この結果を図1に示す。これらの行動・発達障害は以下の3つのタイプに分けて考えることが臨床上有用であると思われた。

第一のタイプはADHD、とくに反抗挑戦性障害（Oppositional Defiant Disorder; ODD）の特徴を持つADHDが基底に存在するものである。調査ではADHDと診断された症例は32名（56%）、ODDの診断基準を満たすものは24名（42%）、両者を併存するものは16名（28%）であった。

ADHD児は、診断基準項目にも採用されているように衝動統制が悪い。これは、感情面でいえば些細なきっかけから怒りの抑制がきかなくなることにつながる。また、ADHD児は多かれ少なかれ社会的な認知障害を併せ持っている。すなわち、対人関係で相手の曖昧な表現や表情を誤って認知し、「自分ばかりがないがしろにされている」と被害的に解釈する可能性がある。

さらにBarkleyはADHDの基本障害として実行機能の障害を想定している³が、ADHD児は未来を予測して計画を立てることや、過去の行動を振り返り今後の行動を修正することが難しいといわれている。このため問題解決能力が低く、また、一旦身に付いた反社会的行動もなかなか変えられないと考えられる⁴。

第二のタイプは（特に言語性）知能の低いものである。今回の結果では、IQ70未満の精神遅滞（MR）と診断された症例は9名（16%）、言語性知能が動作性知能に比べて有意に低いものは7名（12%）であった。

古くから、反社会的行動を起こすものの中に精神遅滞者が含まれることは注目されてきた。Zagarら⁵は、約2000人の非行少年を対象に発達障害と破壊的行動障害を調査し、IQ70以下は15%、70-79は26%に認められると報告した。

言語能力は自己制御や感情調整に重要な役割を果たすと考えられている。すなわち、自分の思考や

感情にラベルし分類すること、行動戦略を選ぶために他者とコミュニケーションすること、論理的に物事を考えることなどは言語能力が大きく影響する。言語能力に制限のある子どもは、柔軟に、率直に、適応的な方法で他者と接することが難しい。例えば、「むかついたから火をつけた」というように自分の感情や思考を的確に表現できないために短絡的な行動に走ったり、「金を貸さないあいつが悪い」などと利己的な論理の元に反社会的行動を展開すると考えられる⁶。

第三のタイプは広汎性発達障害の併存である。

このタイプは57名中12名(21%)と従来報告されていた割合よりも多かった。これは対象が病院受診者や、年齢層の低い児童自立支援施設の子どもを含んでいるからであると思われた。このタイプは問題行動が広汎性発達障害症状の延長線上にあることが特徴的であった。すなわち、ある例は、特定のものに対する独特のこだわりがあり、強盗、窃盗を繰り返していたし、別の例は、対人関係上のトラブルから、しばしば興奮して暴力を振るっていた。

杉山ら⁷は、アスペルガー症候群と暴力行為の関連を報告している。彼らによれば、アスペルガー症候群の中のごく一部の子どもは、ファンタジーと現実の切り替えが困難であること、対人的過敏性やいじめられ体験から暴力行為に至るとしている。また、十一⁸は、広汎性発達障害に観られる症候を医療的観点から分類するとともに、基本契機に基づいて触法行動を a. 従来型、b. 性衝動型、c. 理科実験型、d. 高次対人過負荷型に分類している。

このタイプは、近年司法領域で注目を集めている。彼らは、その行動を予測し難いこと、罪悪感が欠落し内省が難しいこと、適切な診断がなされていない場合、周囲から誤解されやすいことなどから看過できない一群であると考えられた。

CDの発現過程と発達障害

しかし、どの発達障害にしても行為障害を呈さない子どもの方が大多数であるから、発達障害がCDの直接の原因であるとは考えにくい。それよりも、これらの発達障害に強く現れるような個体の脆弱性が、CDの発現に何らかの影響を及ぼすと考えた方が理にかなってよう。発達障害児が思春期にCDに至る過程を考えてみたい。(図2)。

発達障害児は、その多動・衝動性や低い言語・認知機能などのために、過度に制限や要求の多い養育を受けたり、逆にしつけや監督が不十分になることが多くなる。ありのままの自分が受け入れてもらえない彼らは、内面的には自己評価が下がって抑うつ的となり、外面的には他罰的となって周囲に対する怒りを抱く。また、こうした養育が脳を刺激し、発達障害的特徴の発現をさらに促すかもしれない。

この時、言語機能が低ければ、表出されない怒りは衝動的反抗として態度に現れることになり、親から叱責されることになる。さらに、親が虐待、ないしそれに近い厳しきで子どもをしつけようとすると、それに同一化した発達障害児は、より攻撃的・暴力的になり、親子が怒りと反抗との悪循環に陥る。低い認知機能は、周囲の言動を曲解することで彼らの怒りを強化する方向に働き、この悪循環をさらに加速させるであろう。こうした状態がODDと呼ばれる状態であり、反社会的行動を取る準備状態にあると考えられる。また、この時点で超自我形成が不十分であれば、直接CDを発現することもあり得よう(小児期発症型CD)。

思春期に入るときに、陰悪な親子関係、慢性的な諍い、精神障害や貧困などの家族機能の障害が存在すると、それらが彼らの怒りを増悪させると同時に、より早期に家庭から分離する方向に彼らを促す。その経過において、通常の子どもに受け入れてもらえないことと、攻撃的な人間を理想化するこ

とから、彼らは反社会的な集団に属する機会が多くなる。被影響性の強い彼らは、こうした仲間の影響もあって、CDを呈すると考えられる。

このように、遺伝に規定された生物学的特徴（発達障害）は心理社会的要因に働きかけ、心理社会的要因は生物学的特徴を刺激して破壊的行動障害の発現を促すと考えられる。一方、発達障害を伴わないCDとは、生物学的要因が少なく、もっぱら心理社会的要因の影響で生じる、従来から言われている非行少年に他ならない⁹。また、ODD症状を伴わず、盗みや怠学などの非攻撃的な反社会的行動を示すCDは、上記のような養育過程の中で、攻撃性を抑圧した結果であると考えられる。特に、女児のCDの大半はODDの診断を満たさないといわれている¹⁰。

発達障害を併存したCDの治療

治療に関しては、別章で詳しく述べられているため、ここでは発達障害に重点をおき、その概略を述べるにとどめる。

先述した過程を考えると、発達障害とCDを併存した子どもに対する治療は、個体の持つ脆弱性、すなわち発達障害に対する治療と心理社会的要因、すなわち養育や環境に対する働きかけを、その子どもの実情に合わせて統合的に行うというのが現実的であろう。前者としては、薬物療法と認知行動療法があり、後者としては、親訓練法と学校への介入があげられる。

(1) 薬物療法 多動・衝動性をともなうCDに対しては、methylphenidateの投与が考慮される。攻撃性や反社会的行動そのものに対する有効性の報告もある。脳波異常を伴い、衝動性が目立つ場合には、Carbamazepinなどの抗てんかん薬が選択される。攻撃性そのものに対して、HaloperidolやRisperidon、炭酸リチウムなどの有効性も報告されている。ただし、どの薬剤も多数例を対象に長期間フォローし、有効性が確認されたものはないといわれている¹¹。

(2) 認知行動療法 認知行動療法としては、年少者を対象としたSSTと年長者を対象とした問題解決訓練があげられる。SSTは、遊び、勉強、スポーツなど構造化された状況において、好ましい行動は、声かけや報酬などによって強化し、好ましくない行動にはタイムアウトや罰則（楽しい行事に参加させない）などを設けて、これを減じていく。この反復によって、適応的行動を学んでいくといった内容が主である¹²。

問題解決訓練とは、問題が生じた状況を詳しく聴き、その時の対応のデメリットを話し合い、他の解決策を考え実行する。さらに実行後にその結果を話し合い、解決策を修正するという方法である。治療者はその状況を聴く中で、相手の言動に対する認知や、その時の自動思考を尋ね、誤った認知の修正をはかる¹³。ただし、この治療を受ける子どもには、強い動機付けが必要である。

(3) 親訓練法 親訓練法は、オペラント条件付け（適応的な行動には報酬を与え、不適応行動は無視をしたり、罰則を与える）を用いて子どもの行動の修正法を教えるものが一般的である¹⁴。通常複数の親を対象とするため親に対する集団療法的効果も兼ねている。本格的な親訓練ができなくとも、親ガイダンスは必須である。

まず両親に対して、こどもの特徴を発達障害という観点から説明する。これまで子育てを非難され続けてきた親は、こうした説明によって無用な罪悪感から開放され、子どもに対する陰性感情を減少させることができる。

子どもに改善を期待する行動やルールは、スモールステップで目標を定め、明確に（視覚的に）提示する。そして、以前できなかったことができるようになったら、完璧でなくとも必ずそれをほめるようにする。小学生であれば、好ましい行動に対してシールを貼り、それが一定数たまっ

たらご褒美（例；おやつが1つ増える）を与えるといったトークンエコノミーが有効である。

良くない行動や反抗的態度については、公正、明確、非暴力的な態度で注意を与える。期限を決めても改善がなかったり、破壊的な行動をとる場合には、子どもの特権（例；ゲーム）を制約する。この制約は例外なく、感傷なく実行することが肝心である。

子どもはこのような親の監督の強化や新しいルールに反発してくる。これに対しては、両親が常に同じ対応をすることが大切である。理屈を並べる子どもに対しては、議論をせず穏やかに指示をくりかえし、相手の土俵に乗らない態度が要求される。また、往々にして父親は、殴って言うことをきかす“しつけ”を通して、「自分の要求を通すには暴力を用いてもよい」という認識を教えている事が多いので非暴力的態度は徹底する必要がある¹⁵。

- (4) 学校への介入 学校は外部からの干渉やそれによる変化を嫌う傾向が強いため、学校内のヒエラルキーや運営方法は尊重する必要がある。その上で、治療者、親、教師、養護教諭、スクールカウンセラーら学校スタッフとのミーティングを開く。学校スタッフにも、発達障害の観点から患児の特徴を説明し、対応を協議する。

まず、学校に子どもの居場所を確保する。この場所は、その子がここを寄せている大人のいる場所（相談室、保健室など）がよい。反抗的態度には低い学力や学習障害による低い自己評価が影響していることがあるので、教師は子どもの成績に対する要求水準を下げ、学力に見合った目標を設定し、結果よりも努力に対して賞賛を与えるべきである。さらに勉強以外の得意分野で子どもの能力を引き出すこと、係や委員会活動において役割を与え達成感を味わえるような配慮も必要である。部活動、特に運動部への参加は、身体を動かすことが気分転換につながる上、反社会的な仲間との交流を減らす効果もあるため積極的に勧めたい¹⁵。往々にして親子関係はこじれていることが多いため、学校スタッフ、特に担任が子どもにとって信頼できる大人となりうるかどうかは、改善の鍵を握る重要な要因であると筆者は考えている。

予後と予防

Storm-Mathisen¹⁶は、75例のCDを20年追跡し、その1/2は、社会的に適応しているものの、1/3は反社会性人格障害と診断され、1/4が薬物を乱用し、1/4が不安障害を呈していたと報告している。このように、CDの予後は決して楽観できるものではない。一方、筆者の経験からすると、CDレベルの行動を示す子どもは、治療に対する動機付けが難しく、病院で治療できる症例は限られている。

齊藤¹⁷は、ADHDから破壊的行動障害への変遷を“DBD マーチ”と概念化した。その際指摘されているように、ODDは破壊的行動障害の進展を止める臨界点と考えられる。従って治療的介入は、ODDかCDへの移行期、年齢でいえば10歳前後までに開始することが望ましいと思われる。近年、破壊的行動障害の予防効果の報告がなされ始めており^{18, 19}。今後この分野での研究が発展することが期待される。

b) 脳器質性疾患（てんかんなど）

東京都立梅ヶ丘病院 市川宏伸

はじめに

てんかん発作そのものは精神科に限らず、神経内科、脳外科、小児科などでもその治療は行われている。しかし「てんかん精神病」という言葉が存在するように、てんかんに伴ってさまざまな精神症状が出現する。これらの症状は①一時性精神障害あるいは朦朧状態、②長期にわたる際に生じる性格変化、③てんかんの素地にもとづく精神病に大別される。これらのいずれも行為障害との関連を持つ可能性がある。

朦朧状態

意識の流れが突然に変わり、周囲の状況をうまく理解できないため、状況にそぐわない行動をとり、この間の記憶がない状態を朦朧状態と呼んでいる。けいれん発作の前、あるいはけいれん発作に引き続いて生じることもあるが、けいれん発作と関係なく生じることもある。持続時間は数時間から数日と考えられており、報告では暴行、徘徊、殺傷などの行為障害と結びつくものもある。朦朧状態において引き起こされた傷害の内容については、ためらいがないため激しい場合もあるが、記憶していないことが多い。多くは発作に引き続いて起きるため、その鑑別は用意であるが、挿間期に生じる場合は見逃すこともある。

精神運動発作

精神機能および運動機能の変化を示す発作である。①意識障害のみ、②記憶、認識障害を伴う、③情動症状を伴う、④精神知覚症状を伴う、⑤精神運動症状、⑥これらの複合型に分けられる。②、③、④を精神発作と呼ぶことがある。②では健忘や既視感など、③では恐怖、悲哀、怒り、歓喜、不安、抑うつなど、④では巨視、変形視などがみられる。⑤では口部の動き、常同な発語、歩き回るなどの自動症が含まれる。これらの発作では、この間の意識は完全には消失せず、この間の体験を後で語る患者もいる。脳波上は側頭葉に発作波が見られることが多いが、一般に大脳辺縁系の刺激で生じるとされている。好発年齢はなく、一般に難治性で性格変化や持続的精神症状を伴うことがある。カルバマゼピン、ヒダントインなどの薬物が使われる。

行為障害と関連するのは②～⑤間での病態である。10才の女子が夜間に大声を出し自宅で暴れて、家人が対応に困って救急車で病院に運んだ自験例がある。側頭葉に局限した脳波異常が見られた、薬物をもらったが、本人は翌朝記憶してなかった。この場合は、発達とともに脳波異常は改善され、薬物を徐々に減量して改善を見ている。

周期性不機嫌

てんかんの既往のある患者が、特別な原因なくあるいは些細な誘因で不機嫌、刺激的、抑うつ、不安などになる状態である。一般には、てんかんの挿間期に生じた精神症状とされている。軽度のてんかん性朦朧状態、てんかん性の性格変化に心因的に誘発されたもの、てんかん発作の前駆症状などの見方がある。衝動行為、自傷、他傷などがしばしば見られ、司法の対象になることもある。カルバマゼピンなどの抗てんかん薬などが使用される。

自験例では、幼少時期にてんかんの診断を受け、抗てんかん薬の服用履歴のある男子がある。思春

期になり、受験がうまく行かなかったことを契機に不登校気味となり、これを注意した父親をナイフで刺し、救急病院に運ばれた。本人はこの間の記憶が喪失しており、「また同じようなことをしたら大変だから治療して欲しい」と来院した。ちょっとした思い込みで興奮すると自分でも抑えられないことを認めており、過去にも似たことが起きていた。脳波上は、はっきりとした異常波は認めなかったが、状況から周期性不機嫌としてカルバマゼピンを中心とした薬物治療と環境調整を行った。

脳波異常と衝動行為

児童・青年期の治療を行っている、周囲からは理解できない“切れやすさ”を示す子どもに会う。性格だけでは説明が不十分であるが、本人も家人もその対応に困っている場合がある。この中の一部は他者に対して攻撃的とされる行動をとることがあり、行為障害とも接点を持つ。

脳波を調べてみると、発作は認めないが“てんかん性の脳波異常”の見られるものがある。脳波上は陽性棘波や6 & 14Hzのファントム波などが代表的である。治療にはカルバマゼピンをはじめとした抗てんかん薬を使用する。多くの抗てんかん薬は気分安定作用を認めることが知られており、気分の安定にも役立つ。

発達障害

知的障害の程度が重いほど合併する疾患が多いことが知られており、てんかん発作はその代表例である。広汎性発達障害や注意欠陥多動性障害などでも行為障害との合併が知られている。

1) 精神遅滞（知的障害）

発達期に生じる知的水準の低さを伴う社会適応の悪さが問題となる。全体的な判断の難しさや自己コントロールの悪さから生じる興奮、非社会的行動が生じることがある。知的水準が低いほど刹那的で、計画性は乏しい。軽度の精神遅滞では妄想的な発想に基づいて行為障害に合致する行動をとることがある。環境調整や対症療法的な薬物治療が行われる。

2) 広汎性発達障害

知的障害のある広汎性発達障害では、自傷、他害、破壊などの行動が学童期以降に見られることが知られている。多くは極端な“こだわり”行動などととも生じる。これらの場合も脳波異常などを認める場合は脳波の改善が有効な場合もある。知的障害がない場合は、独特な考え方や行動様式にもとづく行動がみられ、これらの中には反社会的な行動も見られる。独特な思考様式を理解できないと治療も困難である。

3) 注意欠陥多動性障害

注意欠陥多動性では、三大症状の中に不注意、多動と並んで衝動性が挙げられている。小学校低学年では、「質問中に答え始める」、「順番を守れない」、「割り込んでしまう」くらいであるが、成長とともに身体も大きくなり、“切れやすさ”になることがある。注意の仕方や、相手の行動に対して一方的に思い込んで衝動的行動が出現することがある。時には級友に怪我人が出ることもあり、教育上は授業の実行が難しくなる“学級崩壊”との関連も話題になっている。

行為障害のうち、小児期発症型については、注意欠陥多動性障害との関連が論じられていた。静かな落ち着いた環境では安定しやすいが、大勢の人々がいる状況では混乱を来しやすい。学級内で怪我人が生じるような結果になる場合には、入院治療の対象にもなる。一部の人々では、脳波異常を伴い、脳波の改善で衝動行為も改善される例もある。環境の調整とともに、抗てんかん作用を持つ気分安定薬や抗精神病薬を使用することもある。

器質性障害など

てんかん以外にも感染症（脳炎や髄膜炎など）、脳腫瘍、頭部外傷、脳血管障害、自己免疫疾患（SLE など）、内分泌疾患（甲状腺障害など）、薬物の中毒症状でも、何らかの精神症状や行動障害が出現することがある。多くは器質性あるいは機能的な障害があると推定されるものである。これらの中には易刺激性、興奮などが含まれており、爆発的な攻撃的行動などもある。無感情や自己コントロールの悪さが見られ、欲求や衝動が社会的慣習を無視して生じるため、非社会的な行動となって犯罪行為に至ることもある。原因となる疾患への治療が第一選択となる。

おわりに

このカテゴリーに入ってくる行為障害は、意識の変化、自己コントロールの悪さ、易刺激性や興奮に基づくものが中心である。原因が推定されれば、これに対して対応する必要がある。

文 献

「てんかんの精神症状と行動」研究会編：てんかん—その精神症状と行動— 新興医学出版（東京） 2004

加藤正明、保崎秀夫、笠原 嘉ほか編：精神医学事典 弘文堂（東京） 1978

融 道男、中根允文、小見山実ほか監訳：ICD-10 精神および行動の障害 新訂版 医学書院（東京） 2005

c) 情緒障害（不安障害、気分障害など）

東京都立梅ヶ丘病院 市川宏伸

はじめに

行為障害と診断された場合にも、その背景に気分障害や不安障害などが隠されていることがある。その背景には、親子関係、一貫性のない養育、保護者の頻繁な交替などなんらかの家族病理が存在していることがある。

気分障害

1) 発達障害に関係するもの

低年齢から、何らかの発達障害を有している場合は、対人関係のとり方やコミュニケーションのとり方に問題を抱えていることが多い。知的水準が高い場合は、思春期以降になって気分障害様の症状を呈する場合がある。「社会に受け入れられるように、本人なりに努力する」がうまく行かない経験の反復に続いて生じる。これらの経験の中で発想が逆転して、「自分が社会に受け入れられないのは、社会が悪いのではないか？」という被害感が生じると、統合失調症様の幻覚・妄想や気分障害様の気分変動が生じることがある。通常は気分障害は単一うつ病エピソードが中心だが、この場合は躁病エピソードを伴う比率が相対的に高いように思われる。特に躁病エピソードと思われる際に、長期間の徘徊、窃盗、取っ組み合いの喧嘩など行為障害と判断される症状が出現する。

自験例では、幼児期に広汎性発達障害と診断された男子の例がある。思春期以降、社会適応がうまく行かないため、単身で閉居的生活を送っていた。「どうして社会適応できないのか」疑問に感じ、気分の変動が生じていた。ある日、テレビ放送の内容に疑問を感じ、電話で抗議したが、全く取り合ってくれなかったため、直接局に出向いた。受付が取り合ってくれないため、受付を破壊して警察に逮捕された。警察でも自分の非は認めないため、起訴となり弁護士が介入して発達障害の存在が明らかになった。「社会の誤りを正したい」という発想から抗議をしたが、本人の論理的思考が社会に受け入れられなかった例である。

もう一例も幼少児期から広汎性発達障害が認められていた例である。知的水準は正常域であるが、小学校では他事との交流なく成績は下位で昆虫にのみ興味を持っていた。最下位の学業成績で中学校（通常学級）を卒業し、入学容易な高校に進学した。非行グループにいじめられたのが契機で「悪口が聞こえる」、「他人の視線が気になる」などの被害的言動が出現して気分の変動が出現した。家人が無理に登校を促進したところ、それまでは寡黙で動作緩慢であったのに、多弁、多動、不眠となった。易怒的で、自宅からお金を盗んで数日間帰宅せず、見知らぬ人と些細なことで喧嘩となり、警察に保護された。治療歴がある精神科病院に入院となり気分安定薬で短時間に安定した。その後も似たようなエピソードを反復しており、短周期型の躁病エピソードと判断された。

気分障害の躁病エピソード中に行為障害の症状を呈したと考えられた。このような症状は、躁病の治療とともに早急に収まるが多かった。

2) 発達障害に関係しないもの

行為障害の診断を受けた例にも、その後の経過を調べると気分障害の範疇と考えられるものがある。ここでは、自験例を二例挙げてみる。

一例は、施設生活で問題が生じて精神科に受診した男子である。幼少時期から両親の不和があり、4才の時に離婚して父が引き取った。養母との折り合いが悪く、指示に従わず、家庭内で現金を盗む、他人のものを盗るなどの行為があった。6才時に養護施設に預けられるが大きな問題なく過ごしており、10才時に家庭引取りとなった。その後、半年ほどして2週間くらい自宅に帰らず、万引きをして警察に補導され、再び養護施設に預けられた。養護施設では、いつもはおとなしいが、時折他児と大喧嘩して怪我をさせたり、施設から抜け出してしばらく帰ってこないことがあった。近くの児童精神科で行為障害の診断を受け、抗精神病薬を服用した。その後も似たエピソードがあり、施設を退所になったが、家庭対応困難なため、筆者の病院に入院となった。病院内でも通常はおとなしく目立たないが、しばらくして無断離院して、数週間後に警察に保護された。離院中は睡眠時間は短く、ある程度の全能感を認め、多弁になることが分かった。その後、炭酸リチウムの投与により、安定した生活を送るようになった。

もう一例は思春期になって易怒的になり、家庭内で暴力が出現した女子である。小学校まではおとなしく手のかからない優等生であった。私立の女子中学校に入学するが、“いじめ”にあった際の担任の対応が不満で、担任に対して易怒的になり不登校となった。学校医からは、行為障害を疑われたが、登校を促進する母と喧嘩になり、自宅から飛び出した。中学2年の夏に、母との喧嘩の後に自ら“不登校の矯正機関”に入所した。数ヶ月後に多弁、易怒的となり、職員や入所者と喧嘩をして飛び出してしまった。数週間後には戻って落ち着いていたが、気分障害を疑われ筆者の病院を受診した。病棟では対人関係はよかったが、性周期と平行した気分変動を認め、炭酸リチウムの投与で安定していった。

2例とも行動上の問題があり、行為障害を疑われたが、炭酸リチウムが有効であった。誘因のはっきりしない気分変動があり、躁病エピソードに基づく行為障害用の症状がみられ、診断的(DSM)には双極I型障害の診断が下せた。躁病エピソードは数週間以内であり、うつ病エピソードは明確でなかった。

神経症性障害

神経症圏と考えられる障害には、不安障害、転換・解離性障害、適応障害などが挙げられる。

1) 不安障害

この障害には、パニック障害、社会恐怖、強迫性障害、外傷後ストレス障害、全般性不安障害などが挙げられる。外傷後ストレス障害や全般性不安障害では集中困難、易刺激性または怒りなど行為障害の症状に繋がるものが出現することがある。最も行為障害と関係するのは心的外傷性ストレス障害であろう。

自験例では、小学校高学年から不登校となり自宅閉居を続けていた男子が信頼していた家人に激しい乱暴を振るった。彼は中学の卒業に際して、一念発起してアルバイトなどを志して、以前から相談して励ましてくれていた、同居中の叔父に相談した。今回も何らかのアドバイスをもらえと思っていたのに、予想に反して、「お前にそんなことが出来るわけがない」と一蹴された。絶望感に打ちひしがれ、叔父の存在がある限り将来への希望が失われと短絡的に感じて、数日後の夜、寝込んでいる叔父を金属バットで襲った。叔父は頭部を打撲し重傷を負い、本人は警察に収監された。これは急性の心的外傷性ストレス障害と思われるが、その後の調査では、この間の記憶は保たれており、解離性障害の存在は明確ではなかった。それまでの生育歴では、「おとなしい子どもだが、自分の存在が否定されるような場面では、思わぬ暴力の出現がある」とされて

いた。過去にも突発的な暴力は出現していたが、刹那的なものであった。

2) 解離性障害

意識、記憶、同一性、環境などについての感覚間の正常な統合が部分的あるいは完全に失われる。身体的運動コントロールの統合が失われる転換性障害を伴うことが珍しくない。

この間に、手首自傷（最近は手首に限定されず、前腕から上腕あるいは腹部や大腿まで見られる）などの行動が出現することがある。多くは自己破壊的な内容であり、他人に対することはまれである。

3) 適応障害

同定される社会心理的ストレス因子に反応して、著しい情緒的または行動的的症状が出現する。これらには、抑うつ、不安などを伴うものもあるが、①行為の障害を伴うもの、②情動と行為の混合した障害を伴うものでは、不登校などに伴う家庭内の破壊、乱暴な言動など、他人の権利あるいは年齢相応の社会的規範や規則を犯すなどの行為が出現する。

おわりに

気分障害、不安障害、適応障害などでも行為障害の範疇にある症状が出現することがある。かならずしも一般的とは言えず、気分障害でも躁病エピソードに伴うことが多いし、不安性障害でも外傷性ストレス障害、適応障害でも行為の障害を伴うものに限定されていた。行為障害の“反復して持続する”という特徴は必ずしも満たしていなかった。

文 献

- ・市川宏伸 双極性感情障害の一例 感情障害とリズム障害（思春期青年期ケース研究4）（樋口輝彦、神庭重信編）p91-113 岩崎学術出版（東京）1996
- ・世界保健機関 ICD-10 精神および行動の障害 新訂版（融 道男、中根允文、小見山実ほか監訳）医学書院（東京）2005
- ・米国精神医学会 DSM-IV-TR 精神疾患の診断統計マニュアル（高橋三郎、染谷俊幸ほか訳）医学書院（東京）2004