

#### d) 人格障害と精神病的疾患

岡山県立岡山病院 来住由樹・中島豊爾

原則的には行為障害は18才未満でもちいる診断であり、人格障害は18歳以上で用いる診断である。よって人格障害は、併存症として検討するよりは、時系列に伴う予後の問題として検討することが必要となる。一方精神病的障害は、合併ないし先行疾患として検討する必要がある。なお我が国における行為障害の研究の歴史は浅く、多くの引用文献が海外のものとなる。

注意欠陥多動性障害をもつ子どもの一部が、年齢の進行にともない、行為障害、そして反社会性人格障害へと移行する DBD マーチ とよばれるプロセスの提示がなされており、必要な介入が予後を変えうとの視点から重要である。また早期介入の有効性については、多動性障害の群に、行為障害を含む群と、含まない群とがあり、介入による可塑性にはそもそもの違いがあるとの指摘もある。

行為障害の併存症と、経過を分ける考え方は重要であり、併存症には他章で述べられているとおり、不安性障害、気分障害（うつ病）、注意欠陥多動性障害などの罹患率が高い。ICD-10 では、これらの疾患は除外診断規定とはなっているものの、DSM では特に規定はなく、これは診断を巡る混乱をもたらしているとともに、併存症の視点から、今後の行為障害の位置づけを検討する上では、可能性をも内包している。

行為障害の予後に関する指摘では、反社会性人格障害がもっともよく研究されている。行為障害から、反社会性人格障害への移行について、その促進因子の研究も行われており、リスク因子として、知的機能と教育レベルの低さ、両親他の家族因子、小児期発症等が示されている。

また幼児期の診断と治療介入についての研究も報告されており、5才で行為障害と診断された184事例について、7歳児での診断は、51%が行為障害ありで、49%が行為障害なしであった。また5歳の時、中等度以上の行為障害の75事例では、28%のみで診断基準をみたさなかった。なお診断基準を満たさなくなった群においても、学業や行動上の困難を抱えていた。5歳児の行為障害群は、低社会層、片親、崩壊家族、両親の精神病理の問題をより多く有していた。また身体虐待、親からの愛情の希薄な対応を受けていた。またこれらの事例は、遂行能力が低く、IQが低く、注意欠陥多動性障害を多く有していた。神経発達の脆弱さと、環境因子が影響を相互に与え、反社会的な人格形成を促進していると推測されている。

また双子研究では、10～25年間小児期から経過を追い、小児期と成人期の精神障害と、心理社会機能と、心理社会のおよび認知機能のリスク因子について検討している。それによると、小児期の行為障害と、多動性障害とが、成人期の反社会性人格障害のリスク因子なるとされ、促進因子として、識字障害（reading Problem）、低IQ、非行仲間の存在が抽出されている。

児童青年期の行為障害の罹患が、統合失調症のリスク因子となるとの報告は散見され、また児童青年期の統合失調症の診断に先行して、前駆期に万引きや家出などの行動上の障害が先行して顕在化することは日常臨床においても経験することである。またさらに、統合失調症に、行為障害ないし反社会性人格障害が併存するときには、薬物依存症のリスクが上昇するとの報告がある。

誕生コホート研究8により、1037人について、11、13、15、18、21、26才と経過を追い、精神医学的診断を行い、小児期の精神障害と、成人期の精神障害との比較を行った研究によると、11～15才の行為障害は、不安性障害(AOR2.5)、薬物依存(AOR3.5)、摂食障害(AOR4.6)、統合失調症型障害 schizophreniform disorder(AOR2.8)、反社会性人格障害(AOR5.8)と相関していた。

なお行為障害への介入研究は現状では途上であり、具体的な提示は出来ない段階である。

## e) 物質乱用

国立精神・神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部 松本俊彦

## はじめに

行為障害 (Conduct Disorder; CD) は、後年のアルコールや薬物の乱用・依存といった物質使用障害 (Substance Use Disorder; SUD) を予測する重要なリスク要因である<sup>4</sup>。物質——特に規制薬物——を使用する契機には、仲間集団内の圧力のはたす役割が大きく、男性では、反社会的集団に属する同性の仲間の勧めが、そして、女性では、反社会的集団に属する異性との交際が、それぞれ初使用の契機となることが多い<sup>12</sup>。

その一方で、SUD は、CD の転帰に影響を与え、後年の犯罪性・反社会性を促進し、暴力犯罪と財産犯罪いずれのリスクも高める要因でもある<sup>3</sup>。とりわけ規制薬物を使用するようになることで、反社会的集団との関係はより直接的かつ濃厚になって、それ以後、様々な犯罪による逮捕・補導歴が著しく増加する傾向が知られている<sup>13</sup>。また、アルコール乱用が、保護観察の失敗や多種方向性の犯罪傾向と密接に関連することも明らかにされている<sup>7</sup>。

これらの知見は、CD と SUD が相互に悪化を促進し、悪循環を生み出すことを意味している。しかし、それとは反対に、SUD の改善に伴って、様々な非行や反社会的行動も改善に向かうことも知られている<sup>3</sup>。したがって、CD の治療においては、SUD を看過することなく介入することには、重要な治療的意義がある。

本稿では、CD 青年における SUD の臨床的特徴、評価方法、ならびに治療の実際について概説したい。

## 青年期における SUD の臨床的特徴

1. 物質使用に対する「底つき感」が乏しい：使用期間が短いためにまだ心身の障害を自覚している者は少なく、成人のように経済的損失や家族を失う心配もない。また、仲間との絆を実感するなど、物質使用にまつわる肯定的体験を持っている者も多い。こうしたことが治療意欲の乏しさに影響し、治療意欲を引き出すのに難渋することがある。
2. 乱用薬物の種類：最も広く見られる乱用物質は、アルコールである。規制薬物にかぎっていえば、近年減少傾向にあるとはいえ、有機溶剤が最も多く、次いで大麻、覚せい剤、MDMA の順となる<sup>6</sup>。男性の場合には、有機溶剤もしくは大麻といった Gate way drug から覚せい剤へと進行するパターンが典型的であるが、女性の場合には、最初からいきなり覚せい剤を使用する者も多い。規制薬物ではないが、ブタンガス（ライターガス）は、中学生において Gate way drug としての役割を果たすことがある<sup>6</sup>。
3. 物質摂取量や身体依存・離脱症状は重症度を反映しない：若年者の SUD では、依存の重症度に比して、物質酩酊時の精神症状や問題行動（暴力や自己破壊的行動）が重篤な場合がある。薬物摂取量や耐性上昇・離脱症状の有無や DSM-IV-TR の物質依存の診断基準を根拠に依存の重症度を評価すると、介入をすべき症例を看過してしまう可能性がある。
4. 重複障害が高率である：若年 SUD 患者の 60～70% に、CD とは別に、何らかの他の精神障害（重複障害）が併発している<sup>6</sup>。併発することが多い DSM I 軸精神障害としては、気分障害、精神病性障害、摂食障害、外傷後ストレス障害などがあり、なかには、境界性パーソナリティ障害としての特徴を有する者も見られる。また、幼少期における注意欠陥・多動性障害 (Attention-Deficit/

Hyperactivity Disorder; AD/HD) の挿話は、CD とは独立して、SUD の早期発症を促す要因である<sup>2, 5</sup>。SUD 患者のなかには、青年期にも AD/HD 症状が遷延している者も少なくなく、しばしば否定的な自己像や抑うつ気分・焦燥感・不安を改善するために物質に耽溺する<sup>2</sup>。

## 診断と評価

DSM-IV-TR において、SUD には「依存」と「乱用」という下位カテゴリーがある。「依存」と診断するには、物質摂取を止める努力をして失敗した経験がある、もしくは、コントロール喪失の挿話があること、さらには、耐性上昇や離脱症状などの身体依存の兆候があることが必要である。物質使用期間が比較的短い若年者の場合には、まだ依存の水準に達している者は少なく、その診断の大半は「乱用」となってしまう。実際、規制薬物の使用や未成年者のアルコール摂取は、ほぼ無条件にこの診断に該当してしまうという問題があり、何をもって介入の対象とするかが明確ではない。したがって、CD に併発した SUD については、「どの程度の乱用なのか」という観点から評価する必要がある。そこで、下記に示す自記式評価尺度を用いて、その重症度を評価することが有用である。

1. Drug abuse screening test (DAST-20: 表 1)<sup>9, 10</sup>: これは、違法薬物や医療用薬物の乱用のスクリーニングを目的とした 20 項目からなる自記式評価尺度であり、世界各国で汎用されている。肥前精神医療センターによって作成された日本語版 DAST-20 は、標準化はなされていないものの、すでにわが国でも汎用されている。2 点以上で薬物問題が示唆される。DAST-20 を用いた調査 7 によれば、少年鑑別所入所者の 17.5% に薬物問題が認められている。
2. Quantities-Frequencies (QF) スケール (表 2)<sup>11</sup>: 若年者のアルコール問題を評価するには、成人向けの評価尺度では問題を見落とすという問題があるが、この QF スケールは、若年者のアルコール問題を評価するのに優れ、すでに日本語版の信頼性と妥当性も確認されており、簡便かつ有用である。この尺度は、若年者のアルコール摂取量・頻度に関する 2 つの質問からなり、4 ～ 6 点の場合には問題飲酒者とされる。QF スケールを用いた調査 7 によれば、少年鑑別所入所者の 52% に問題飲酒者が認められている。

原則として、全ての CD 患者はこれらの評価尺度によるスクリーニングが必要である。その結果、「問題あり」とされた者については、SUD を治療目標の 1 つに加え、その状況の推移をモニタリングしていくべきである。

治療に際しては、規制薬物だけでなく、アルコールも対象とする必要がある。若年者のアルコール使用は成人後のアルコール依存発症のリスクを著しく高めるだけでなく、あらゆる犯罪のリスクを高め、保護観察の失敗や多種方向性の犯罪傾向とも関係するなど、密接 CD の経過に悪影響をもたらす。また、薬物乱用者の場合には、薬物だけでなく、アルコールを止めることも治療課題とする必要がある。というのも、薬物の再使用にいたる誘因として最も重要なのが、アルコール使用だからである。

以上のことを念頭におき、SUD に対する介入の是非を検討する。

## 青年期の SUD に対する治療の実際

### 1. 診察室における SUD 患者への対応の原則

- 1) 主体性を重視する: 本人を強引にコントロールしようとせず、ねばり強く動機の掘り起こしを行っていく。物質の弊害を大袈裟に説明して脅したり、説教をするのはあまり有効とはいえない方法である。
- 2) 受診をねぎらう: 受診したということ自体が、「物質を止めたい」「生活を変えたい」という

気持ちの表れである。物質摂取が止まらないことよりも、治療につながっていることを重視したかわりが大切である。長期的な SUD の良好な転帰に関係するのは、「物質を使用しないこと」ではなく、「治療を継続していること」である。

- 3) 「正直さ」を評価する：物質への渴望や再使用を告白した場合には、その正直さを評価する。SUD の治療で重要なのは、治療場面において正直になれることである。
- 4) 再使用は治療を深めるチャンスと捉える：再使用に際しては、その誘因となったトリガーを同定し、今後の対処スキルを話し合う。「意志を強く持って」物質を使わないのではなく、あくまでも「賢くトリガーを避ける」ことの大切さを伝えていく必要がある。
- 5) 依存性の高い向精神薬を処方しない：後述する重複障害の治療のために薬物療法を要する場合があるが、ベンゾジアゼピン系、もしくはバルビツレート系の向精神薬のように依存性が高く、アルコールとの交差耐性を持つ薬剤を不用意に投与しない。
- 6) 就労を焦らせない：「嫌なことを忘れるために」物質を使うという対処をしてきたために、欲求不満耐性が低く、社会的能力は低い。早すぎる就労や社会参加が挫折を招き、さらに、就労によって得た収入が物質の入手を可能とし、再使用へとつながりやすい。DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) 通所や専門医療機関の外来プログラム参加を中心とした 1 週間の日課を作成し、3 ヶ月～半年はクリーンな状態（アルコールや薬物を摂取していない状態）での生活習慣を確立することを優先する。
- 7) 重複障害を見逃さない：他のいかなる精神障害が併存する場合にも、まずは乱用物質の解毒が優先されるが、クリーンな状態になった時に併存する精神障害に対する治療を行わなければ、クリーンを維持することが困難となる場合がある。

## 2. 初期乱用者に対する援助

- 1) 本人への対応：初期乱用者の場合、教師、警察官、保護観察官、弁護士の勧めで医療機関に受診することが多い。使用様態は集団使用で、使用間欠期に精神病症状はないという軽症の病態である。その分、本人は、「その気になればいつでも止められる」「絶対に使わないと決意したから、もう病院で治療する必要はない」と考えている場合が少なくない。

この場合、いたずらに長期の通院を本人に強いても成果は上がりにくく、かえって逆効果の場合もある。むしろ短期の教育的セッションでひとまず介入を切り上げ、その後の再使用の際して有効な介入ができるような布石を打っておく。

初期乱用者に対する介入のあり方としては、肥前精神医療センターにおける初期介入プログラムは参考となろう。これは、1～2 週間隔での 3 回の外来受診を 1 セットとした介入である。初回診察で SUD の評価を行うとともに、アルコール・薬物がもたらす様々な心身の障害と医学的検査の必要性を説明する。そして、2 回目の診察の際に頭部 MRI や血液検査を実施し、3 回目に医学的検査の結果にもとづいて今後の援助計画を話し合う。その結果、本人が治療を継続する場合もあるし、家族との相談だけが継続となる場合もある。

このようにして一度治療を終結させた後に、物質の再使用が明らかになって再度受診した際には、専門病院への継続的通院を提案すれば良いし、乱用物質がアルコールである場合には、これに加えて、本人に抗酒剤の服用を提案しても良い。さらに、通院の過程で再使用がくりかえされるようならば、その段階で入院を検討する。

- 2) 家族への対応：初期乱用者の対応で重要なのは、家族の相談継続である。相談を継続するなかで家族システムに変化が生じ、間接的に本人の行動を変化させることができる。また、再

使用に際しての治療的介入の機会も捉えやすくなる。同時に、専門病院や都道府県精神保健福祉センターの家族教室、薬物依存の家族の自助グループであるナラノン（NAR-ANON）<sup>8</sup> や全国薬物依存者家族連合会（薬家連）<sup>15</sup> も紹介する。若年の薬物依存者は養育者と共依存関係にあることが多いが、養育者が子どもの薬物使用を解決しようとして躍起になるなかで、かえって共依存が深刻化することがある。家族内システムが変化し、コミュニケーションの悪循環が改善することによって、本人が治療場面に登場するようになることは少なくない。

3. 進行した依存に対する援助

- 1) 解毒入院と依存症治療プログラム：依存が進行した SUD 患者では、物質を自力で中断できなくなっていることが多く、入院による解毒が必要になる。任意入院が原則であるが、中毒性精神病の症状が重篤であれば医療保護入院も検討する。

狭義の解毒は 1 週間程度あれば十分であり、精神病症状がある場合でも薬物療法により遅くとも 2 週間以内に消退する。しかし実際には、薬物の最終使用から約 1 ヶ月程度は薬物渴望が続いており、情動が不安定な状態にあることも多い。したがって、解毒終了後に専門病棟で入院治療を継続し、集団精神療法、薬害教育などからなる依存症治療プログラムに参加することが望ましい。地域に専門病棟がなければ、入院中に近隣の DARC（全国に 40 ヶ所以上ある）に通わせても良いであろう。

いずれにしても、こうした SUD の入院治療は本人の同意なしには成り立たない。したがって、本人が望まなければ解毒治療終了後に入院治療はいったん終了となり、外来通院に切りかえる。退院に際しては、通院の過程で再使用があれば、再入院して治療プログラムに参加することをあらかじめ約束しておく。

- 2) 治療中断時の対応：当然ながら退院したものの通院につながらず、物質使用が続いている場合もある。この場合には家族だけでも来院してもらい、対応を話し合う。本人の「底つき」を早めるために尻拭い行動（イネイブリング）（本人の脅迫に圧倒されて不用なお金を渡す、過干渉になっている、など）について再検討し、必要に応じ家族に行動の変化を促す。

また、幻覚・妄想、興奮などの精神症状から自傷他害のおそれがあれば、警察官通報により精神科救急システムに乗せる。閉鎖の精神科救急病棟で解毒および精神症状の治療を行った後に、SUD 専門病棟での入院治療の継続が勧められることになるであろう。

- 3) 司法的対応の検討：精神症状が明らかではないが、家の中でのあからさまな薬物使用が続いている場合には、司法的対応も選択肢の 1 つとなる。矯正施設の入所には、薬物をある一定期間切り、自分の今後について考える時間を手に入れるという点で意義がある。もちろん、施設のなかで一定期間薬物を使わないことと SUD からの回復とは別次元の話であることを理解すべきであるが、逮捕や矯正施設入所が、本人の治療動機を掘り起こす可能性はある。ただし、この場合も、家族の相談継続が、矯正施設出所後の本人の地域支援の成否を握る。

なお、司法的対応を一步進めた治療戦略として、肥前精神医療センターが福岡県弁護士会と連携して実現した試みがある<sup>14</sup>。それは、薬物自己使用によって鑑別所に入所した少年審判に弁護士が付き添い人として参加し、審判の過程で医療機関の治療プログラムを提示して試験観察処分となるようはたらきかけるといふ、いわば現行法における社会内処遇による治療的ダイバージョンである。同様の新しい司法サポート・システムの試みは、DARC と連携しながら薬物依存者の更生を支援する団体である、APARI（アジア太平洋地域アディクション研究所 Asia-Pacific Addiction Research Institute）<sup>1</sup> でも実施している。家庭裁判所

に対して、薬物依存治療施設への入所を条件に、少年院収容ではなく、社会内処遇を申請するという方法であり、薬物関連事犯の再犯率低下に優れた効果を上げている。

## おわりに

一般精神科医や児童精神科医のなかには、物質乱用をたんなる非行・犯罪と捉えて、医療的援助の対象とは考えない者もいる。けれども、最近になって一部の少年院に DARC のメンバーがメッセージを送りに行っているものの、少年鑑別所においては、依然として、SUD に対する教育はなされていない現状にある。また、SUD に関するプログラムを用意している矯正施設でさえも、薬物の弊害についての教育にとどまり、「どのような状況がトリガーになるのか」「アルコールや薬物への渴望が高まったときにはどう対処すればよいのか」という対処スキルを伝えることはできていない。その意味では、精神医療が担うべき役割は大きく、さらに、司法関連諸機関や民間薬物依存更生施設と連携しながら、治療を勧めていく必要があると思われる。

ともあれ、物質乱用は CD の転帰に大きな影響を与える要因である。したがって、CD を扱う児童青年精神医学の専門家は、物質乱用に関する知識を十分に持つと同時に、利用できる社会資源に関する情報も十分に持つておく必要がある。

## 文 献

1. APARI: <http://www.apari.jp/npo/>
2. Biederman, J.W.T., Mick, E., Faraone, S.V., et al: Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 44: 269-273, 1998
3. Burke, J.D., Loeber, R. Lahey, B.B.: Chapter 3, Course and Outcomes. In *Conduct and oppositional defiant disorders* (Essau CA eds). pp61-94, Lawrence erbiun associates, publishers, London, 2003
4. Harty, S.C., Thorn, N.K., Kalmar, J.H., et al: The effect of childhood conduct disorder and cognitive functioning on adolescent substance use. *CNS. Spectr.* 9: 661-666, 2004.
5. Horner, B.R.: Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 30-36, 1997
6. 松本俊彦: 薬物依存の理解と援助―「故意に自分の健康を害する」症候群―, 金剛出版, 東京, 2005
7. 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, ほか: 少年鑑別所男子入所者におけるアルコール・薬物乱用と反社会性の関係―Psychopathy Checklist Youth Version (PCL: YV) を用いた研究―. *日本アルコール薬物医学会誌* 41: 59-71, 2006
8. NAR-ANON: <http://www4.ocn.ne.jp/~nar633/index.htm>
9. Skinner, H.A.: The drug abuse screening test. *Addict. Behav.* 7: 363-371, 1982.
10. 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, ほか: 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 34: 465-474, 1999.
11. 鈴木健二, 松下幸生, 樋口 進, ほか: 未成年者の問題飲酒スケール―Quantity-Frequency Scale (QF Scale). *アルコール研究と薬物依存* 29: 168-178, 1994.

Ⅲ. 行為障害の評価・診断

12. 和田 清：薬物依存の発生因をめぐって．精神医学 33: 633-642, 1991
13. 和田 清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙 1994 年千葉県中学生調査より．学校保健研究 45: 512-527, 2004
14. 八尋八郎，谷川誠，村上 優，ほか：若年薬物乱用者に対するダイヴァージョン・プログラムの整備に関する研究．厚生労働科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業．「薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究（主任，村上 優）」平成 14 年度研究報告書，69-85, 2003
15. 全国薬物依存症者家族連合会：<http://www.yakkaren.com/>

表 1 日本語版 Drug Abuse Screening Test (DAST 文献 10 より引用)

次の薬についての質問のなかで、自分(じぶん)にあてはまるものに「○」をつけてください。

1	あなたは医療(いりょう)目的(もくてき)(病気(びょうき))を治(なお)すこと)以外(いがい)に薬物(やくぶつ)を使用(しょう)したことがありますか?	
2	あなたは処方薬(しょうほうやく)(病院(びょういん))からもらった薬(くすり))を乱用(らんよう)したことがありますか?	
3	あなたは一度(いちど)に2種類(しゅるい)以上(いじょう)の薬物(やくぶつ)を乱用(らんよう)しますか?	
4	あなたは薬物(やくぶつ)を乱用(らんよう)しないで1週間(しゅうかん)を過(す)ごすことができますか?	
5	あなたは薬物(やくぶつ)使用(しょう)を止(や)めたいときには、いつでも止(や)められますか?	
6	あなたは薬物(やくぶつ)使用(しょう)の結果(けっか)として、ブラックアウト(記憶(きおく)が飛(と)んでしまうこと)やフラッシュバック(薬(くすり)を使(つか)っていないのに、使(つか)っているような幻覚(げんかく)におそわれること)を経験(けいけん)したことがありますか?	
7	あなたは自分(じぶん)の薬物(やくぶつ)乱用(らんよう)を悪(わる)いこと、あるいは、いけないこととも思(おも)いますか?	
8	あなたの家族(かぞく)はあなたが薬物(やくぶつ)に関係(かんけい)することをいつもこぼしていますか?	
9	薬物(やくぶつ)乱用(らんよう)のために、あなたと家族(かぞく)の間(あいだ)に問題(もんだい)が生(しょう)じたことがありますか?	
10	あなたは薬物(やくぶつ)使用(しょう)のために友達(ともだち)を亡(な)くしたことがありますか?	
11	あなたは薬物(やくぶつ)使用(しょう)のために、家族(かぞく)をかえりみななかったことがありますか?	
12	あなたは薬物(やくぶつ)乱用(らんよう)のために、学業(がくぎょう)や仕事(しごと)に支障(ししょう)を来(きた)したことがありますか?	
13	あなたは薬物(やくぶつ)乱用(らんよう)のために仕事(しごと)を失(うしな)ったことがありますか?	
14	あなたは薬物(やくぶつ)の作用(さよう)のせいで、ケンカをしたことがありますか?	
15	あなたは薬物(やくぶつ)を手(て)に入(い)れるために、違法(いはう)行為(こうい)をしたことがありますか?	
16	あなたは違法性(いはうせい)薬物(やくぶつ)の所持(しよじ)で、逮捕(たいほ)・補導(ほどう)されたことがありますか?	
17	あなたは薬物(やくぶつ)を止(や)めたときに、気分(きぶん)が悪(わる)くなったり、イライラがひどくなったりするような、禁断(きんだん)症状(しょうじょう)を経験(けいけん)したことがありますか?	
18	あなたは薬物(やくぶつ)使用(しょう)の結果(けっか)として、身体(からだ)の調子(ちょうし)を崩(くず)したことがありますか?(記憶(きおく)喪失(そうしつ)、けいれん、出血(しゅっけつ)、肝炎(かんえん)など)	
19	あなたは薬物(やくぶつ)問題(もんだい)で誰(だれ)かに助(たす)けを求(もと)めたことがありますか?	
20	あなたは薬物(やくぶつ)乱用(らんよう)についての治療(ちりょう)プログラム(精神科(せいしんか)での治療(ちりょう))を受(う)けたことがありますか?	



表 2: QF スケール (文献 11 より引用)

<p>あなたはお酒（さけ）をどのくらいの頻度（ひんど）で飲（の）みますか？</p>	<p>0) 飲（の）まない、または、年（ねん）に1～2回（かい）  1) 月（つき）に1～2回（かい）  2) 週（しゅう）に1回（かい）  3) 週（しゅう）に2回以上</p>
<p>飲（の）むときにはどのくらいの量（りょう）を飲（の）みますか？（ビールを飲（の）むとしたとき）</p>	<p>0) （ビールなら）コップに1杯（はい）  1) （ビールなら）コップに2杯（はい）  2) （ビールなら）コップに3～6杯（はい）  3) （ビールなら）コップに6杯以上</p>

## 4. 注目すべき要因

### a) 社会的環境

国立武蔵野学院 富田 拓

行為障害に関連する要因について、そのリスクファクターや保護因子を考える際にまず問題になるのは、行為障害の診断がつく対象が均質の群ではない、と言う点である。DSM－IV－TRの記述自体、その下位分類である小児期発症型と青年期発症型がその特性においても、予後においても異なった群であることを認めている。であれば、その両者のリスクファクターもまた、当然異なるはずである。また、特に社会環境について取り上げる場合、行為障害の診断そのものが社会との関係において初めて成り立つ性質のものであり、診断基準の判定そのものが、対象が置かれた社会的環境の影響を直接的に受けるものである、という問題もある。例えば、犯罪率は地域によって大きく変動するが、これは行為障害の診断基準の判定にも影響を及ぼす可能性がある。

またこれと重なり合う問題として、ある行動がリスクファクターであると同時に診断基準そのものに該当してしまう場合、これをどう考えるべきなのか、と言う問題もある。例えば、反社会的環境の一つである好ましくない友人関係は、強いリスクファクターとして知られているが、行為障害の診断基準の＜重大な規則違反＞に含まれる基準 13, 14, 15 は、そのいずれも、そのような友人関係と直接的に関連している。その点を置いても、社会的環境の因子は、その多くが必然的に相互に影響し合うものであり、単独の因子を取り上げて論ずるのは自ずから限界がある。そのため、様々なリスクの累積的 cumulative な影響を論じたり、あるいは非行の進展の経路 pathway を想定して、そこへの多因子の影響を論じているものが多い。ここで特に問題となるのは、対象となる児童・少年がまだ発達途上にあるため、同じ因子であっても、年齢によりその影響が変化することもありうるということである。

一般に、多くのリスクファクターの数が多いほど、またそれらが早く出現するほど、非行のリスクは高くなる (Mrazek&Haggerty,1994;MaCord,1993)。Stouthamer-Loeber ら (2002) は都会の若年者のハイリスク群に於いて、リスクファクターの数が、重大で持続的な非行のリスクと直線的な相関を持つことを示している。家族のファクターと児童自身のファクターの間の相互作用が早期からの暴力をもたらし、それが仲間からの拒絶や新しいネガティブな相互作用へと導く、というように多重の相互作用のループが働いているのだと考えられる (AACAP,1997)。

ただし、これらの相互作用は極めて複雑なので、ここでは「環境」を、次の 5 つのレベルに分けて記述する（表：行為障害のリスクファクター：社会環境因子）。

- 1) 家族環境
- 2) 地域コミュニティ
- 3) 学校
- 4) 仲間関係
- 5) メディア環境

#### 1) 家族環境

虐待及び不適切な養育環境については他の項に譲り、ここではそれ以外についてのみ触れる。貧困の影響は以前から指摘されているとおりである。また、筆者らの本研究における知見によれ

ば、予後を児童自立支援施設退所後の予後を悪化させる、圧倒的に強い因子は、家族の犯罪歴であった。

また、しつけの役割は学童期を通じて重要だが、その重要性は思春期中期には減少する。その理由として、Feldman と Weinberger (1994) は、内的な心理構造が発達し、自己統御がしつけより重要になるのだとしている。

## 2) 地域コミュニティ

犯罪統計学は、荒廃した、あるいは放置された物理的空間と、犯罪行動のリスクの増加との間の明確な関係を示してきた。(Newman,1972;Taylor,1989)

先に述べたように、家族の貧困レベルが行為障害発症のリスクファクターとなりうるが、周囲の地域の貧困レベルも、行為障害の発症に影響するとされる。また、居住している民族の不均一性、居住の移動性の高さも関連するとされる。

Brooks-Gunn ら (1993) は、国ベースの研究である the Infant Health and Development Project において、3 歳時に、近隣に住む管理職・専門職の数が少ないことと、児童の問題行動の報告が多いことが相関すること、5 から 6 歳時において、近隣の低収入者の存在と児童の外向きの問題行動の量が相関することを見いだしている。また、the Pittsburgh Youth Study において、Loeber ら (1993) は、13 から 16 歳の少年において、低い社会経済的地位の近隣が存在が非行や犯罪行為の増加と相関し、また非行の激しさや頻度とも相関することを示している。Loeber によれば、近隣住民の影響は、高年齢の思春期児童に比べて、低年齢の児童に対してより強く働くとしている。

また、Gorman-Smith ら (2003) は、家族機能を改善しようとする試みと同等に、近隣のサポートと家族とのつながりを助けることが有用かも知れない、としている。

## 3) 学校

不登校。引きこもりについては他の項に譲るが、表に示すとおり、質の低い学校教育の影響は数多く指摘されているところである。もちろんその一方で、学校での良い学習習慣 (Werner ら、1992) や、向社会的な学校の雰囲気 (Rutter ら、1979) が保護因子として働くことも示されている。

## 4) 仲間関係

仲間関係が極めて強い因子であることは、経験的にも明らかであるにもかかわらず、家族環境などの影響に関する研究などに比べて十分な検討が進んでいない要素である。

多くの研究が、社会から逸脱した仲間に関与することが非行の初発に最も大きな影響を与え、また暴力の悪化の一番の原因であろう、としている (Dishion, Andrews, & Crosby, 1995; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992)。一方、しつけの技能と仲間の影響との関係に着目した研究もある。Dishon ら (1991) は、見守ることに乏しく、かつ強圧的なしつけは、子どもを社会から逸脱した仲間に関与させやすくし、また、彼らからの影響をより受けやすくすることを示している。一方、Zimmerman ら (1994) は、家族の感情的な結びつきが、逸脱した仲間からの影響を緩和する事を見いだしている。

Quinton ら (1993) は、非行のない仲間や、良い友達 (安定した対人関係や、良いしつけに対

する許容力などで示される)の選択が、犯罪行為の継続に対する保護因子として働くことを示している (Quinton et al.,1993;Kandel et al.,Rutter et al.,1990)。

なお、仲間関係は学齢期に重要性を獲得し、思春期にその重要性が最大となる (Snyder et al.,1986;Vincent et al.,1992)。しつけの重要性が後退する時期に、仲間関係がより大きな存在として立ち現れてくるわけだが、それもまた、しつけの影響を強く受けるのだと言えるかも知れない。

## 5) メディア環境

テレビの暴力場面と攻撃的行動との関連は年少の子供により強くみられ、この正の相関は、もともと攻撃性が高く、低い社会経済的状況に於かれている男児では著しく高いという報告がある (Wolff,1977)。また、Murray,1980によると、他のリスクファクターを抱えている児童は、リスクファクターを持たない児童に比べて、監督なしに漫画やその他のプログラムの中の暴力を見ることによって、暴力行為をより生じやすい傾向にある事が示されている。実際の暴力の目撃もまた、同様の結果をもたらすという報告がある一方、前青年期から青年期の男児を対象とした実験では、テレビの暴力場面の視聴で攻撃的行動が減少したという報告もある。(Feshbach,1988)。Anderson ら (2000) は、暴力的なテレビゲームをすることが、攻撃行動や非行と関連すると報告しており、攻撃的な性格及び男性とより関連が深いとしている。この関連は先の Wolff のテレビ視聴に関するものと類似しているが、この分野はのリスクについては、今後の検討がさらに必要であろう。

## 終わりに

これまで取り上げてきた議論と方向性が異なるが、やはりリスクファクターを巡る論議として、行為障害の下位分類の問題がある。小児期発症型と青年期発症型との比較において、青年期発症型の場合、彼らの問題行動は青年期に限定されており、リスクファクターそのものが少ないため、青年期発症型の行為障害は、正常の青年期における反抗の拡大であるとし、この2つの下位分類は全く異なる発症原因を持つとする説 (Moffitt,1993) がある。また一方、重大な非行に数年先行して多くの問題行動がなされるのが普通であるとして、発症時期による単純な2分法を支持しない立場 (Loeber ら、2000) もある。これらの論議は、リスクファクターから病因や鑑別診断を探ろうとするわけで、いわば通常の論議の逆の方向性を持つとも言える。つまり、初めに述べたとおり、行為障害診断そのものの均質性が確かではないために、診断とリスクファクターとの関連も複雑なものにならざるを得ないのである。この点についての一つの解決策として、行為障害の複数の発展経路 pathway とリスクファクター・保護因子との関連を見ていく、という最近の流れ (Loeber2000,Wikstrom2003,Frick2006), に期待ができるかも知れない。これらは今後、介入戦略を立てる上でも、極めて有用な視点を提供してくれる可能性があるものと考えられる。

## 文 献

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) : Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry,36 (Suppl..10),122S-139S.

Anderson, C A; Dill, K E(2000) : Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life. J Pers Soc Psychol.Vol.78 No.4 ,772-90

Brooks-Gunn,J.,Duncan,G.J.,Klebanov,P.K., & Sealand,N.(1993) : Do neighborhoods influence child and adolescent development? American Journal of Sociology, 99(2),353-395.

Dishion T, Patterson G, Stoolmiller M, Skinner M, (1991) : Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. Developmental Psychology, 27(1): 172-180.

Dishion,T.J.,Andrews,D.W., & Crosby,L.(1995) : Antisocial boys and their friends in early adolescence : Relationship characteristics, quality, and interactional process. Child Development. 66,139-151.

Essau, C. A. (Ed)(2003) : Conduct and Oppositional Defiant Disorders. Epidemiology, Risk Factors, and Treatment.Lawrence Erlbaum AssociationsInc.New Jersey.

Feshbach S, (1988) : Television research and social policy: Some perspectives. Special Issue: Television as a social issue. Applied Social Psychol Annual, 8: 198-213.

Frick, P. J. (2006) : Developmental Pathways to Conduct Disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am,15311-331

Gorman-Smith,D.(2003) : The Social Ecology of Community and Neighborhood and Risk for Antisocial Behavior. In: Essau, C. A.(Ed):Conduct and Oppositional Defiant Disorders. Epidemiology, Risk Factors, and Treatment.Lawrence Erlbaum AssociationsInc.New Jersey.

原田謙 (2005) : 反抗挑戦性障害と行為障害. 児童青年精神医学とその近接領域 46(3);285-295

Hawkins,J.D.,Catalano,RF., & Miller,J.Y.(1992) : Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood :Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin,112,64-105.

Lahey, B. B., Moffitt, T. E., Caspi, A. (Ed) (2003) : Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency. The Guilford Press, New York.

Loeber, R., & Wikstrom, P. H. (1993) : Individual pathways to crime in different types of neighborhoods. In D. P. Farrington, R. J. Sampson, & P. O. H. Wikstrom (Eds.) Integrating individual and ecological aspects of crime (pp. 169-204). Stockholm : National Council for Crime Prevention,

Loeber, R., Farrington, D. P. : Young children who commit crime. (2000) : Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications  
Development & Psychopathology, 12, 737-762

McCord J. (1993) : Conduct Disorder and antisocial behavior. Some thoughts about processes. Special Issue: Toward a developmental perspective on conduct disorder. Development & Psychopathology, 5(1-2):321-329

Moffitt T. E. (1993) : Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychol Rev 100:674-701.

Mrazek P, Haggerty R. eds, (1994) : Reducing Risks for Mental Disorders : Frontiers for preventative intervention research, Washington, D.C.; National Academy Press.

Murray J (1980) : Television & Youth: 25 years of research & controversy; Boys Town, Ne.: Boys Town Center for the Study of Youth Development. National Institute of Justice (1995). Violence by young people: why the deadly nexus? August, 2- 9.

Quinton D, Pickles A, Maughan B, Rutter M, (1993) : Partners, peers, and pathways: Assortative pairing and continuities in conduct disorder. Special Issue: Milestones in the development of resilience. Development and Psychopathology, 5(4): 763-783.

Rutter M, (1979), : Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: Kent, M., & Rolf, J., (eds.), Primary Prevention of Psychopathology: Vol. 3: Social Competence in Children. Hanover, NH: University Press of New England, 49-74.

Stouthamer-Loeber M, Loeber R, Wei E, et al. (2002) : Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. J Consult Clin Psychol ;70:111-123.

Werner E, Smith R, (1992) : Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood, New York, NY: Cornell University Press.

Wikstrom,P.O.H., Sampson,R.J.(2003) : Social mechanisms of Community Influences on Crime and Pathways in Criminality. In: Lahey, B. B.,Moffitt,T.E.,Caspi,A.(Ed): Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency. The Guilford Press,New York.

Wolff,S (1977) : 非行に含まれない行動障害. 高木隆郎訳 : 最新児童精神医学. ルガール社、京都、1982(In:(Ed.),Rutter,M.,Hersov,L.Child Psyhiatry,Modern Approaches.Blackwell Scientific Publications LTD,Oxford)

Zimmerman MA, Arunkumar R, (1994) : Resiliency research: Implications for schools and policy. Social Policy Report: Society for Research in Child Development. (8):4.

行為障害のリスクファクター：社会環境因子

1) 家族環境

貧困な親機能（拒絶、一貫性のなさ、厳しすぎること）  
虐待  
不適切な行動の教育  
家庭の貧困  
夫婦間の葛藤  
離婚（片親）  
家族の犯罪  
家庭内の薬物乱用、精神障害の存在

2) 地域コミュニティ

コミュニティの暴力への親和性  
貧困  
失業  
不十分な住宅供給  
過密  
（近隣の不利・貧困）  
（組織化されていない近隣）  
（武器の入手しやすさ）

3) 学校

（学業成績の悪さ）  
（留年）  
（学校との絆の弱さ）  
（学業に対する向上心の低さ）  
（学校に対する意欲の低さ）  
（組織化及び機能の低い学校）

4) 仲間関係

友人関係の障害  
（逸脱あるいは非行のある兄弟。友人との関係）  
（友人からの拒絶）

5) メディア環境

メディアによる暴力への過剰な暴露  
（メディアによる暴力の描写）



### Ⅲ. 行為障害の評価・診断

Rutter et al., 1979

Quinton et al., 1993; Kandel et al., 1989; Rutter et al., 1990

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997

Loeber et al. 2000

原田 2005

＊（ ）を付した項目は対象が行為障害に限定されていない、非行一般のリスクファクターである。

## b) 虐待および不適切な養育環境

東京都児童相談センター 犬塚峰子

最近のさまざまな調査研究は、家族環境が他の要因とともに反社会的行動の発現に重要な役割を演じていることを示している。家族のリスクファクターは単独で作用するわけではなく、遠因（経済的困窮、家族崩壊、大家族など）と近因（虐待とネグレクト、親の精神障害《うつ、薬物依存など》、低い養育機能など）がそれぞれ複雑に絡み合い、さらに子どもの遺伝的・体質的要因と相互に影響しあって反社会的行動を生じさせている（Wasserman & Seracini, 2001）。そして家族のリスクファクターが幼児期より色濃く影響している場合は、反社会的行動を低年齢で発現させそれを持続させる傾向があるという（Taylor et al., 1999, Wasserman & Seracini, 2001, Andrews & Bonta, 2003,）。家族要因としては、上記のものに加えて親の犯罪歴や一人親家庭、DVの存在などが挙げられる。親の犯罪歴や精神障害は遺伝的体質的な要因としても作用しているが、その他の要因は、さまざまな組み合わせで子どもの心身の発達に対して有害な影響を与え、以下のような問題を生じさせるに至る。その問題とは、安心と信頼に基づいた人間関係の樹立が不十分であること（愛着障害）、大事な人間関係を崩壊してしまった体験を抱えること（愛情剥奪体験）、適切な社会規範や行動コントロール力が育まれないこと（社会化の未発達）、虐待や逆境的環境により強いストレスを被ること（外傷体験）などである。これらのことについて詳しく述べるとともに行為障害とつながっていく道筋を示す。

## ① 幼児期の愛情と保護の不足と中断

## ア. 従来の調査・研究より

養育者との安定した愛着関係の樹立がパーソナリティの健やかな発達の基礎となることを示した Bowlby(1979) は、早期の母子分離と盗みには有意の正相関があることを実証した。さらに Bowlby は幼小児期における愛着対象の喪失がパーソナリティ発達に及ぼす影響についての様々な研究を概観し、乳幼児期に愛着の絆が突然あるいは繰り返し破綻した場合に、長じてから人格障害とうつ病となる可能性が高いことと、持続的な非行行動と自殺が起こりやすいことを指摘している。

Winnicott(1975) は、多数の非行少年の相談に与った経験から同様の結論を導き出している。幼児期早期には適切な環境を得て愛着関係を育み健康な情緒発達を遂げていた子どもが、1、2歳～5、6歳に家族の崩壊や親との別離や親の抑うつ状態などにより愛情や世話の供給が中断されるようなことを体験した場合、子どもの心に反社会的傾向が芽生えるという。この時点で適切な修復（失われたよいものの再体験）がなされないとその後の成熟過程が阻止され、人格障害（人格の貧困化、社会化障害など）が結果としておこり、反社会的行動が発現しやすくなることを示し、その修復の重要性と行動化を適切に管理しながら子どもに治療を提供する必要性が指摘された。

従来の非行概念を「行為障害」の名の下に疾患概念として定義した、米国精神医学界の精神疾患の診断統計マニュアル（DSM-IV）では、その「行為障害」の環境的要因として「ネグレクトと虐待」に加えて「早期からの施設での生活」「保護者の頻繁な交替」などを挙げている。保護者の交替の一般的な原因のひとつは離婚であるが、養育者の喪失そのものだけでなく、家族内の葛藤に晒されていることも反社会的行動の発現と関連があると報告されている（Juby & Farrington, 2001）。そして一人親家庭でも一方の親と良好な愛着関係が存在すれば、両親がそろっていても愛着の絆が不十分である家庭よりも行為障害の発現の確率が低くなるが、行為障害

の発現が最も低いのは両親と良好な愛着関係を持っている家庭の子どもであるという報告がある (Rankin et al,1994,Cookston,1999,Griffin et al,2000)。Hirschi(1969) は、保護者や他者への愛着の存在は、非行の抑止力として働くと述べている。

日本では最近、主に 14 歳未満の子どもの非行の相談に携わっている児童相談所による初めての全国調査 (犬塚 et al.,2006) が実施されたが、それによると養育者の変更を経験している子どもの数は全非行相談事例 (11,555 件) の 50% に上り、そのうち乳幼児期に変更を経験しているものは 44%、3 歳未満は 24%、2 回以上の変更の経験者は 21% であった。ひとり親家庭がほぼ半数 (48%) を占めていて実父母家庭数 (42%) を上回り、「無関心・放任」の親が 30% に達した。この数字からは、育ちの過程で愛情と保護の中断や不足を経験している子どもが多いことが推定される。養育者の変更を経験した子どもは経験のない子どもより低年齢で反社会的行動 (盗み、無断外泊など) を示し、心理的問題を抱えている割合が高く (87%)、非行行動の改善率が低いということが明らかになった。

#### イ. 愛情剥奪体験 (愛着障害) から行為障害へ

養育者との安定した愛着関係の樹立は、人や世界に対する信頼と安心の感覚と自分自身をかけがえのない大事な存在と感じる自己尊重の感覚を育んでいき、自己調節の技術を身につけ、他者への共感性と思いやりの能力を築いていく。そして信頼感で結ばれた親への同一化の過程で、親の価値観や規範を内在化し向社会的な行動を身につけていく。こういった愛着の絆が築かれる幼児期に、前述したような不利な養育環境に晒され、家族ストレスや親自身の問題などで親の関心が他に独占されていてその子どもに注がれない状況に置かれると、これらの人格の基礎が脆弱なものとなり、世界は不安と悪意に満ちたところと感じられるようになる。人との関係では誰とも関係を求めず情緒的に引きこもってしまう場合と、甘えられる相手には誰彼かまわず寄っていくが、表面的で持続的な関係が結べない場合がある。大人との信頼関係を樹立できないため、社会規範を学び内在化していくというプロセスは起こりにくく、他人の苦痛を思いやれず、罪責感も育まれにくい。自分を否定的に眺めるようになり、自信が形成されず自分をかけがえのない存在と感じられない。そして「不当に扱われた」あるいは「与えられるべき物が与えられなかった」という被害的な思いと不安と怒りに強く捉えられたまま成長していくため、反社会的行動に及びやすい。低年齢で最もよく起こる反社会的行動は虚言と盗みである。

また低い自己評価を否認し、幼児的な万能感を投影して誇大的な自己イメージを作り上げる場合もあり、空想の中で育ててきた万能感に満ちた自分を守ろうとして反社会的行動に及んだと解釈できる事例も稀ではない。

これらのパーソナリティの問題は、低年齢から反社会的問題を抱える子どもたちの多くにみられる。しかし愛着の問題を抱えている子どもすべてが反社会的行動を発現するわけではない。信頼できる大人との出会いと育ち直りの機会に恵まれず、パーソナリティの未発達さが引き起こす社会での適応の悪さが非行文化との交わりを促し、支える環境 (居場所) がなくなった場合に発現の危険性が非常に高くなる。愛着関係は幼児期を過ぎていても親や親以外の大人と再形成することができるため (Bowlby,1988)、行為障害を含む後年の精神的問題へのリスクを低くするためには、これらの子どもたちに暖かで安定した環境を準備し、行動化を規制しつつ一貫性のある人間関係を築き、再度安心と信頼の感覚を育むことが何よりも重要である。

## ② 不適切な養育方法・養育態度

養育者は子どもに社会化を促すという重要な役割を担っている。それは二つの次元で行われており、ひとつは前に述べた愛着関係の樹立で、それを通じて人と思いやりの気持ちをもった良好な関係を結ぶ力を育み、自己調節の技術を身につけることである。そしてもうひとつはこの愛着関係を基盤に、向社会的な規範や価値を教え、ルールに従って行動をコントロールできるようにし、これらを内在化させることである。

愛情と保護の不足・中断ほど数は多くはないが、甘やかしや過干渉や一貫性のない躾や体罰を伴う厳格な躾が子どもの自律性や社会化の発達を損ない、それが反社会的行動の要因となっていると考えられる事例が散見される。甘やかしと愛情剥奪が混在していることも少なくない。前述の全国児童相談所の調査でも親の不適切な養育態度のうち「甘やかし」は19%、「過干渉」は14%、「厳格」は14%にみられた。

親の溺愛や過保護は、子どもの自己コントロール力や忍耐力や規範意識の発達を損なってしまうため、不快なことから逃げ安易な方向に逸脱する傾向が強く、反社会的行動に手を染めてしまうことも少なくない。親が子どもの意志に反して過度の期待や価値観を押し付けたり厳しすぎるルールを課したりする場合も、子どもの本来の意志や要求を抑制し主体性の発達を損なってしまうため、規範の内在化が起こりにくく、親への反発と代償的満足を求めて反社会的行動に向かっていくことがある。

子どもが困難な気質（不注意、攻撃的、衝動的など）を持つときは、自己コントロール力を育み社会化を促すのはとても難しく、高度の養育技術が要求されるため、ペアレントトレーニングなどの養育技術を教えるような援助も必要となる。

## ③ 虐待

### ア．従来の調査・研究より

最近のいくつかの調査は、反社会的問題行動を持つ子どもの多くが被虐待体験を有していることを実証している。藤岡（2003）によれば、英語圏の非行と虐待の疫学調査からは、非行少年・犯罪者のうち、子ども時代に被虐待体験が認められるものは、約50～90%であり、逆に被虐待体験があった者のうち、長じて犯罪者になった者は、10人中おおむね1.5人～2.3人という結果が出されているという。日本でも非行少年の被虐待体験の実態調査が実施され、少年院在院者の調査（法務総合研究所,2001）では50%（男子50%、女子は57%）、児童自立支援施設入所者の調査（国立武蔵野学院,2000）では49%（男女差なし）に被虐待体験があり、内容としては万引きがコントロール群に比べて有意に高かったという。

前述の全国児童相談所の非行相談に関する調査（犬塚 et al,2006）では、24%に被虐待歴があり、重複して虐待を受けていることが多く、身体的虐待61%、ネグレクト52%、心理的虐待27%、性的虐待は5%であった。平均初発非行年齢は11.32歳で被虐待歴のない子どもの12.08歳と比べて有意に低く、より低年齢で単独で非行行動を生じやすいことが示された。さらに何らかの心理的・精神的問題を抱える割合が高く（93%）、その中でも衝動的・攻撃的傾向を有する割合は42%と非常に高い値が示された。

### イ．被虐待体験から反社会的行動へ

虐待的環境におかれている子どもが最初に示す反社会的行動はそのつらい環境からの回避として了解されるが、虐待的環境から離れ安全な居場所を得てからも非行行動が長期続く場合があることや、虐待的環境にいた頃にはなかった非行行動が新たに出現する場合もあることから（犬