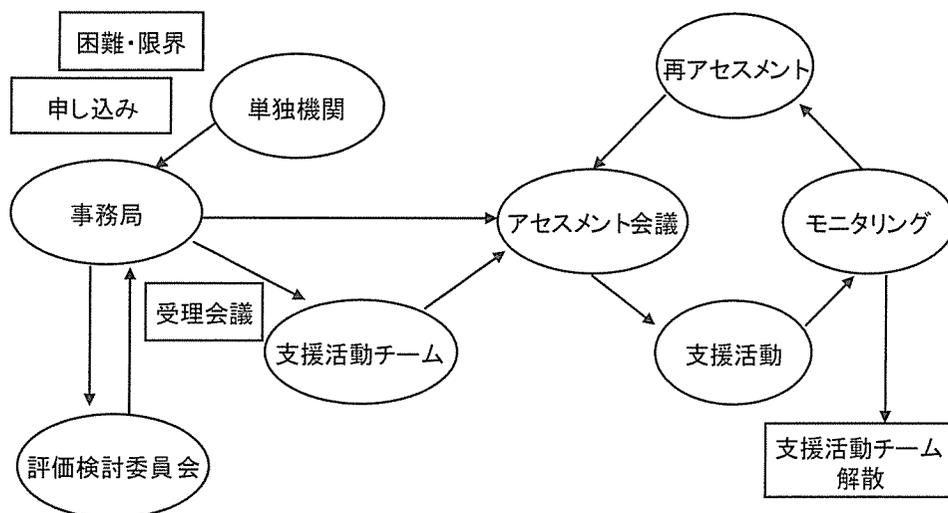


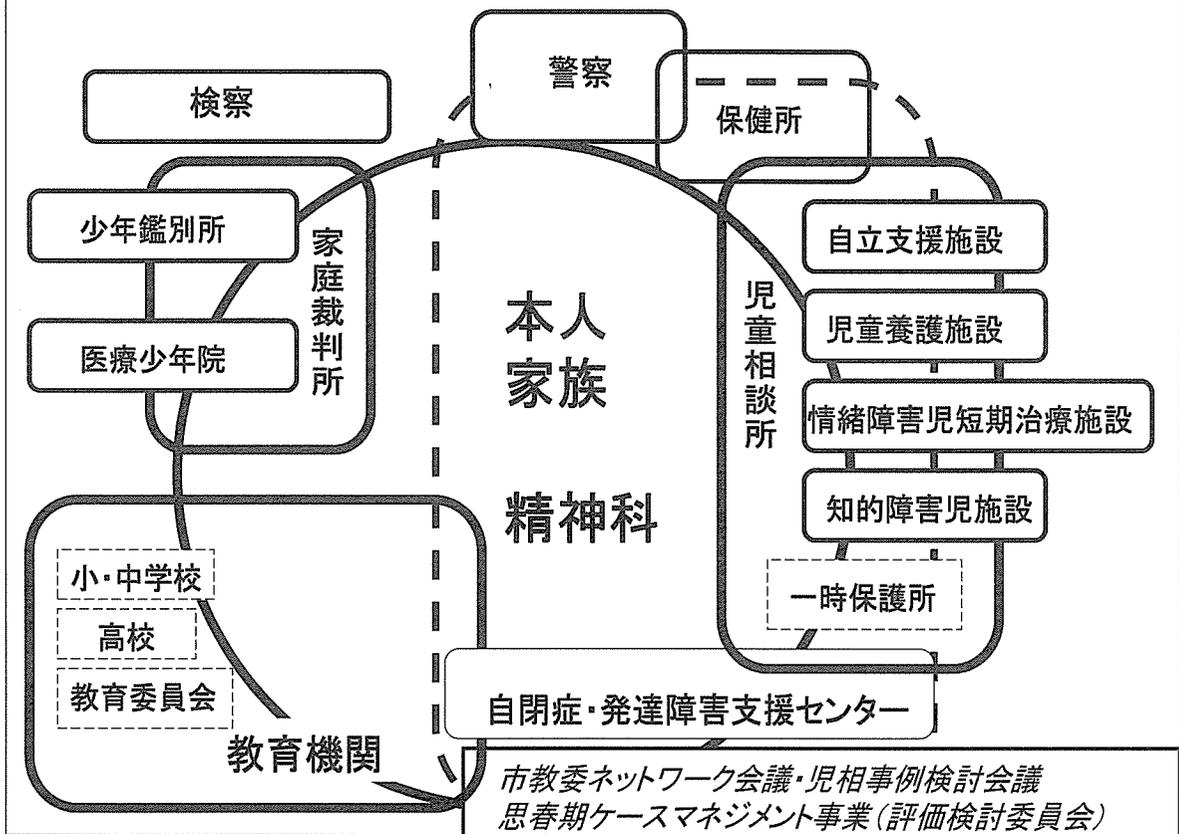
## 図1 思春期精神保健ケースマネージメント 支援フロー図



## 図2 評価検討委員会

福祉機関	市中央福祉事務所
児童福祉	県中央児童相談所
保健機関	市保健所
教育機関	県教育庁指導課 市教育委員会指導課
行政機関	県青少年課 県青少年総合相談センター 県精神保健福祉センター
警察機関	県警察本部少年課
医療機関	県立岡山病院 岡山大学医学部附属病院精神科
法律機関	岡山弁護士会

図3 行為障害をもつ少年に必要な治療構造  
(事例ごとに必要な構造を構築)



## 6. 児童自立支援施設による介入

国立武蔵野学院 富田 拓

### はじめに

児童自立支援施設は、治療施設ではないから、行為障害をターゲットとして治療を行う、と言う意識でケアが行われているわけではない。しかし実際には、入所児童のほとんどが行為障害の診断基準を満たしており、児童自立支援施設が行為障害の中核群のケアを担う主要な施設の一つとなっていることは間違いない。

### 児童自立支援施設の対象と入所経路

児童自立支援施設は、児童福祉法に基づく児童福祉施設である。対象は「不良行為をなし、又はなすおそれのある児童」及び「家庭環境その他の環境上の理由により生活指導等を要する児童」である。主な対象はいわゆる非行少年であり、彼らを施設の中にある程度長期間入所させてその改善を図るという点では少年院と対象、目的共にほぼ同じであると言える。ただし、あくまで児童福祉施設であることから、その処遇内容にはかなりの違いが見られる。入所児童数は平成17年度末で約2000名であり、これは少年院の在籍数の約3分の1にあたる。中学生年齢の児童が主だが、上限は18歳未満であり、下限はなく、小学生の入所もそれほど珍しくはない。平成17年現在の少年法では14歳未満の児童は少年院に入所させることはできないが、14歳以上であれば、非行少年を施設内で処遇しようとする場合、児童自立支援施設と少年院の二つの選択肢があることになる。時に誤解される事であるが、非行の重さによって児童自立支援施設と少年院が分けられているわけではなく（そのような事例も見受けられるが）、ある調査官によれば、14歳以上の児童を児童自立支援施設か少年院か、どちらにするかを決める際には、その児童にとってより必要なのは、少年院での矯正教育か、あるいは児童自立支援施設での疑似家族的な環境かを考える、とのことであった。

入所経路は、児童相談所による児童福祉法上の入所措置と、少年法上の家庭裁判所による保護処分としての送致の大きく2つに分けられる。地方の児童自立支援施設では前者が、国立施設では後者が多い。前者の場合、入所には保護者等の承諾が必要だが、児童相談所は、親の同意の取り付けに相当苦慮しているようである。ただし、虐待例などで承諾がとれない場合は、児童福祉法28条に基づいて、保護者の同意なしに入所させることもできる。入所期間は不定期だが、多くの場合1年ないし2年ほどである。

### 処遇の実際

では、児童自立支援施設では、どのような形で彼らに対するケアが行われているのか。一言で言えば、環境療法であり、特にその歴史的経緯から、疑似家族的環境を児童に与え、その中で穏やかで規則正しい生活を送らせる事により、彼ら自らの成長する力を引き出そうとするのが児童自立支援施設のケアの基本である。このような立場をとるため、児童をアセスメントして、その問題に応じたケアを行うと言った医療的な発想自体が希薄であり、障害や問題群ごとのプログラム等は現在の所ごく一部を除いてほとんど用意されていない。児童自立支援施設の処遇内容が分かりにくいと言われるゆえんである。

では、児童自立支援施設は、ただ単に非行少年を一定期間入れておくだけなのか、と言われれば、それは全く違う。彼らが成長するために必要な環境を常に安定に保つことが何よりも重要であり、容

#### IV. 行為障害の治療

易でないことなのである。

##### 1) 処遇環境

児童自立支援施設は、多くの場合、比較的自然に恵まれた広い敷地の中に寮舎が点在するスタイルをとっている。寮舎形態は施設ごとに異なるが児童定員 10 名程度までの小舎制、それよりやや大きい中舎制、さらに大人数をおく大舎制がある。歴史的に最も古い形態は、小舎を実際の夫婦が担当する小舎夫婦制である。ただ、勤務条件の劣悪さや職員確保の難しさなどから、現在、この形態をとる施設は全国 58 施設中の 3 割ほどに過ぎず、それ以外は交替制勤務となっている。しかし、一つの寮舎を担当する職員の数を比較的少人数（5 名ほど）に制限することにより、疑似家族的な雰囲気を持続しようと努力している施設は少なくない。寮舎は施錠されておらず、開放処遇となっている。

##### 2) ルーチンな生活の重要性

入所児童の多くは被虐待児であり、保護者から適切な養育を受けてきていない。武蔵野学院の調査によれば、全国の児童自立支援施設入所児童の約 7 割が虐待経験を持つ。食事をきちんと与えられていなかった、と言う児童は少なくないし、児童自身、家に寄りつかずに過ごしていた場合も多い。犯罪歴のある家族も多く、また、両親ともに薬物乱用者である、といった例も少なくない。父母間、父子間、母子間の DV は極めて多い。当然、入所前の生活時間は不規則である。このような児童であるからこそ、彼らにルーチンな生活を送らせること、つまり、朝決められた時間にきちんと起きて朝食を摂り、学校に出かけて授業をちゃんと座って受け、昼食をみんなで食べた後、また学習、あるいは作業、あるいはスポーツをし、寮に戻ったら掃除をしてから夕食をいただき、日記と自習の後、くつろぎの時間を過ごし、決まった時間に就寝する、と言う生活を送らせることに極めて治療的な意味合いが生じるのである。こんなことが本当に行為障害の治療になるのか、と思われるかも知れないが、例えば医療機関で大量の投薬を受け、場合によっては個室拘束も行われていたような事例が、児童自立支援施設入所後、開放処遇の中で落ち着いた生活を送り、投薬も中止する、と言ったことは珍しくない。

##### 3) 児童間の人間関係の重視

児童間の人間関係を、積極的に育てて、それをプラスに活かそうとするのも、児童自立支援施設の特徴であろう。生徒間の細かなトラブルは日常的に起きるが、それを、職員が介入する前に、生徒間で解決するよう求めることも多い。この時おもしろいのは、仲介役に入った児童の口ぶり、その寮の担当職員にそっくりなことである。

また、そのような機会に、児童同士で話し合いを持たせ、トラブルの再発防止のためのルール作りをさせることもある。この時、児童だけで作られるルールは、ほとんどの場合、大変適正なものになる。問題があるとすれば、多くの場合、ペナルティが重すぎることである。一人一人の児童は、往々にしてわがままで、常識に欠け、人の気持ちを読めない子たちなのだが、自分たちの集団を暮らしやすいものに維持しようとする時、その総意は非常に常識的でポジティブなものとなるのである。

また、児童間のインフォーマルな関係も認められており、基本的には私語は自由である。自分の非行の話や、地元の話は禁止と言うことになっているが、実際には消灯前後の部屋での児童間の会話をチェックしているわけでもないで様々な話がされているはずである。寮が不安定な場

合には、それが無断外出などに結びつく場合もあり得るが、反省期間中などの特殊な場合を除き、私語そのものがペナルティの対象になることはない。これは「その方が自然だから」といった感覚によるものだろう。このこともあって、児童間にも濃厚な人間関係が形成される。これは、対人関係に問題を抱えている彼らにとって、同室の子と折り合いを付けていくと言った訓練にもなっている。

いずれにせよ、児童間の影響力は極めて強く、寮において直接的に彼らの行動を規制しているものの多くは、実は有形無形の児童間の関係によるものである。単純な例で言えば、新入時の個別処遇の際には、職員からの指導を受けてもなお食事を残していた児童が、寮集団に入ると何も言われなくても残さずに食べるようになる。ルールを守って食べている他児童の目を意識するからである。彼らが学習や作業を多くの場合まじめにこなすのも、職員との関係に加えて、このような力が働くからである。さらに、児童間の相互作用がこのレベルを超えて、お互いにプラスとなる方向へ向かおうとするベクトルが生じることも少なくない。寮担当職員は常に、集団をそのような方向に向かわせようと努力しているのである。逆に言えば、このような潜在的な方向性を彼らが持つことを信頼してこそ、彼らを集団で開放処遇するという、常識的には不可能に近いと思えるようなことができるのだとも言える。

#### 4) ポジティブな方向性を持った集団の維持

このような治療的な方向性を持った集団を維持すること。それが担当者の最大の仕事となる。寮集団を構成するどの児童も、家庭や地域社会・学校をさんざん悩ませ、時には崩壊に追い込んだような、いわゆる問題児ばかりだから、これは容易なことではない。児童一人一人に対峙し、「この人は自分のことを真剣に考えてくれている」と納得させ、「信用に足る大人もいる」と思わせることができ初めて、お互いにプラスに働くような集団を作り上げることができる。ただし、被虐待児など、対人関係に深刻な問題を抱えた児童ばかりだけに、このような関係を築くためには、膨大な時間とそこに注ぎ込むエネルギーが必要である。筆者が勤務してきたような夫婦小舎制の児童自立支援施設の場合、職員の宿舎は寮の一部であり、寝起きを共にするばかりでなく、昼間の学習の時間も教室のすぐ近くに職員は待機しているし、作業やスポーツは常に一緒にやっている。24時間ほぼ一緒にいると言っても過言ではなく、家にいるときの実際の親子よりも接触時間ははるかに長い。また、非行少年の施設であるとはいえ、児童福祉施設であるから、職員と児童は、時には一緒にふざけ合ったり、冗談を言い合ったり、じゃれ合ったり、といった日常を過ごしている。この生活を1年以上の長期にわたり続けるのであるから、自ずから非常に距離の近い関係が形成されていく。この働きかけがうまくいっている場合、児童はやや退行しているように見える場合が多いように思われる。

#### 5) 問題行動への介入型の戦略

もちろん、このような集団を維持し得ても、問題行動は日常的に発生する。その児童の問題行動をその場で取り上げ、それが些細なことではなく、入所理由となった非行と直接的な関係があることに思い至らせる。つまり、自分の問題性への直面化であり、それを生活場面で行う。この介入型の戦略が、児童自立支援施設における問題行動への対処の中心となっている。そのため児童自立支援施設では昔から、問題行動がないのが最良ではなく、少しずつ問題行動が出てくるような生活がむしろ望ましいとされてきた。

#### IV. 行為障害の治療

##### 6) 児童の立場の動的な変化と役割期待の活用

児童自立支援施設では、少年院で行われているような、進級制度などは存在しない。しかし、例えば学校でのクラス集団などと違い、一人一人の入所時期がバラバラであるため、入所から退所に至るまで、集団の中での一人の生徒の置かれている立場は徐々に変わっていく。いわゆる「年季」になるほど、集団の中での役割期待は高まっていくし、職員も新入生の世話係に任命するなどして、そのようにし向けていく。実際、体格や性格、能力などの点で弱い立場にある児童でさえも、寮の中での立場は入所から時間が経って寮内での順位が上がっていくほど、それなりの地位を持つようになるものである。この集団の中での立場の動的な変化は、学校集団などではなかなか望めないものであろう。

新入時に、当時のリーダーの言うことをなかなか聴こうとしなかった児童が、自分がリーダーになった時、新入生が自分の言うことを聞いてくれない、と思い悩む。このような経験は、時に彼らに大きな成長をもたらすのである。

##### 7) 人間関係のモデルの提示

また、特に夫婦小舎制の場合、彼らに普通の夫婦や親子のモデルを与えるという意味もある。経験上からは、完全にうまくいっている夫婦関係や親子関係を見せるよりも、時に喧嘩し、その後仲直りするような場面を見せる方が彼らに対してより教育的である。彼らの多くが、力による支配・被支配の関係しか知らず、一時的に対立したとしても、その後修復することが可能な対人関係があり、それが普通の夫婦や親子の関係であることを知らないからである。

##### 8) PDD 圏の児童に児童自立支援施設的环境は適切か？

PDD 圏の児童が増えてきた当初、このような濃厚な対人関係が、彼らにはむしろストレスになるのではないかと危惧していた時期があった。しかし、PDD 圏の児童の入所増によって、これが杞憂であるらしいことがわかってきた。彼らは、確かに寮の集団にうまく適応することができないことも多いが、そのためもあってむしろ寮職員とは他の児童とは異なる形での強い関係ができることも少なくなく、これはその予後にも好ましい影響を与えるらしいことが、本研究（「児童自立支援施設に措置された行為障害例の予後と関連する因子について」）においても明らかになったのである。

#### 児童自立支援施設の治療枠組みの有効性と弱点

以上のような治療枠組みは、今でも非行児童の主流である被虐待から発展した非行の児童に対しては、その有効性が既に歴史的に証明されていると言って良いと思う。また、発達障害を中心とする精神障害を併存するような行為障害に対してもまた有効であることが、本研究（前掲）において明らかになった。

一方、このような治療枠組みが奏功しがたい事例があることも確かである。それは、大きく捉えると、依存の心性と深い関わりを持つ非行の事例である。具体的には、薬物依存、放火、性非行と言った非行であり、これらの事例は、多くの場合、施設入所後は極めて優等生であり、なんの問題もなく1年数ヶ月を過ごすのだが、退所後間もなく、入所前と全く同じような非行をしてしまう例が少なくない。施設内では、依存の対象そのものが存在しないために問題がそもそも起こりにくいばかりでなく、自分より強い者の集団の中では彼らは問題を起こしにくいのであり、結果的に介入型の戦略は彼

らに対しては成立しない。彼らの非行問題そのものを取り上げる形での治療が必要であり、その試みは本ガイドラインの別項で示されているように藤岡らを中心として始まっている。児童自立支援施設の治療枠組みの最大の弱点を埋めていくために、今後発展させていく必要性は極めて大である。

## 今後の課題

最後に、児童自立支援施設の今後の課題を取り上げておく。

### 1) アフターフォローの体制の脆弱さ

児童自立支援施設は歴史的に夫婦小舎制から始まったために、その夫婦と児童との私的なつながりによってアフターフォローがなされてきた。しかし、交代制の施設が7割を超えた現在、このような形でのアフターフォローが機能しにくくなってきているのは確かで、公的な体制の整備が急務である。公的なアフターフォローというと、往々にして「アフターフォロー担当」が立てられたり、児童相談所との連携、といったことが挙げられることになる。もちろん、それも必要だが、本研究（前掲）の結論からは、アフターフォローの段階でもう一度新たに人間関係を構築する必要があるような体制は望ましくなく、できれば関係の既にできあがっている寮担当職員が何らかの形で関わりを保ち続けることが望ましい。また、やはり本研究において、家族の犯罪歴の有無は予後に影響を与える最も強い因子であった。これは、逆に言えば家族に対する支援がいかに重要か、と示している。

困難な課題だが、対象児童の年齢層が低い分、保護者が与える影響はより大きいと考えられ、本人のみならず、親に対するケアとアフターフォローの充実が重要である。

### 2) 医療機能の弱さ

全国の児童自立支援施設で医療部門を持つのは国立の2施設のみだが、本研究によれば、発達障害を中心とする精神障害を併存する児童がそうでない児童よりもむしろ予後がよい、という興味深い結果が得られている。従来、処遇が困難と見なされてきた事例の行動変容の場として、児童自立支援施設が相当有効であることが示されたのであり、全国58カ所に存在する児童福祉施設である児童自立支援施設を、そのような事例のケアのための場として、もう一度見直してみることも有効かも知れない。もちろん、国立以外の児童自立支援施設の場合、何らかの形で現在よりも医療的ケアの機能を強化することが必要になると思われるが、日本の児童青年精神医療の整備が大変遅れていることを考えると、この既存のネットワークの活用は、発達障害などの精神障害を併存する行為障害事例のケアのための一つの有力な手段となる可能性がある。

### 3) 地域格差の大きさ

全て法務省のもとにある少年院と違い、児童自立支援施設は、二つの国立、二つの私立を除き、自治体立の施設であり、体制なども地方ごとにそれぞれ異なる。そのため、定員充足率なども極端な差が生じており、この格差の是正のためにも、また、上記の医療的ケアの充実のためにも、自治体を越えた広域ブロックごとの支援体制などの処遇水準を高めるための試みが今後必要であろう。

## おわりに

今後、少年法が改正されれば、非行少年処遇における児童自立支援施設の位置づけは変わってくる

#### IV. 行為障害の治療

可能性がある。しかし、児童自立支援施設が児童福祉施設であることを考えれば、独特の治療文化を持つこの施設を、行為障害のケアのためにより積

## 7. 少年院による介入

### a) 一般少年院での介入

大阪大学大学院 藤岡淳子

#### 少年院における「行為障害」および「治療」概念の位置づけ

少年院は、家庭裁判所によって少年院送致を命じられた少年及び少年院収容受刑者つまり懲役または禁錮を言い渡された16歳未満の受刑者を収容する、法務大臣の管理にかかる国立の矯正治療施設である。家庭裁判所は、法律に基づいて、非行事実を認定し、要保護性を判断し、それらを総合考慮したうえで、少年の健全な成長・発達にとって最もふさわしい処遇を選択・決定する役割を担っている。その処遇機関の一つとして少年院がある。すなわち、少年院では、医学分野で使用される「行為障害」という診断名は基本的に使用されない。法律に違反したことが露見し、司法手続きを経て、少年院に収容保護されたものを対象とする。

少年院は、「治療」が行われる機関ではなく、「矯正教育」が実施される機関である。反社会的行動の「原因」を求め、それを専門家である治療者が「治療」という医学モデルには基づいていない。非行・犯罪行為は、それを行う個人の問題としてのみとらえるのではなく、特定の行為を非行・犯罪と見なし、特定の制裁措置をとる社会の側の問題としても理解し、対応することが不可欠であるからである。特定の行動を要請する社会の枠に沿う行動をとるよう教え育てるという意味で、「矯正教育」と呼ばれていると考える。したがって、少年院は、それが存在している社会の価値観や教育方法を色濃く反映する。

#### 少年院における「矯正教育」の原理

##### (1) 生活を通じての育て直し

少年院には、初等、中等、特別、医療の4種類があり、初等少年院は、心身に著しい故障のない14歳以上16歳未満の者、中等少年院は、心身に著しい故障のない16歳以上の20歳未満の者、特別少年院は、心身に故障はないが、犯罪傾向の進んだ、おおむね16歳以上23歳未満の者及び16歳未満の少年院収容受刑者、医療少年院は、心身に著しい故障のある14歳以上26歳未満の少年を、それぞれ収容している。

少年院における矯正教育の基本原理は、生活を通じての育て直しにあるとあってよいであろう。少年の年齢や特性に応じて、食生活や生活リズムといった基本的な生活習慣を育成し、社会で適応的に生活を維持していくために重要と考えられる学習・勤労習慣の育成、教科教育の補修、職業教育・資格取得などが実施される。現代の民主主義・自由主義の日本においては、究極的には、自他の尊厳や自由と権利とを損傷しない行動をとる構えと力をもった自己を育成し、他者と気持ちや考えをやり取りして、相互的な信頼協力関係を作り、維持することができることが目標となっていると考える。では、その目標をどのように達成しようとしているのかを考えてみたい。

##### ①集団処遇（仲間との関係）

少年院は分類処遇制度をとっていて、行為障害のある少年がより多く含まれると考えられる長期処遇の少年院は、生活訓練課程（G）、職業能力開発課程（V）、教科教育課程（E）、特殊教育課程（H）、医療措置課程（P、M）の教育課程がある。医療少年院は別として、その中で特に行為障害のある少年が編入される可能性が高いのは、「著しい性格の偏りがあり、反社会的な行動傾向が顕著であるため、治療的な指導及び心身の訓練を特に必要とする者」（G1）およ

び「非行の重大性等により、少年の持つ問題性が極めて複雑・深刻であるため、その矯正と社会復帰を図る上で特別の処遇を必要とする者」(G3)であろう。

家庭裁判所で少年院送致の審判決定がなされた場合、当該少年についての最初の処遇指針を作成し、行き先の少年院を決定するのは、少年鑑別所であるが、DSMによる行為障害の概念が入ってくる以前から、「集団処遇に適さない者」が、非行性が高く、処遇が困難であるものとして、G1あるいはG3課程のある少年院に送致され、その他の少年が集団処遇を前提とする教科教育や職業訓練課程のある少年院に分類収容されていた。

集団を組める非行少年か、あるいは単独行動の非行少年かによって、非行の性質がかなり異なること、大きなトラブルがなく共同生活を営めるかどうか、社会内で適応的に生活できるかどうかの、素朴であるだけにかえって理にかなった、働きかけのための分類であると考えられる。

集団処遇中心の少年院では、寮編成や、寮集会、役割活動といった、集団の中で自分の位置を見つけ、コミュニケーションを図り、責任を果たしていくということが矯正教育の中核をなすと言っても過言ではない。いくら規律の厳しい、行動制限の設定された少年院とはいえ、24時間中職員が目目を光らせていられるわけではない。そうすると、彼らの生活の場である寮で、被害者にも加害者にもなることなく、安心し、落ち着いて生活できるかどうか少年院での矯正教育が有効か否かの最初の関門になる。入院している非行少年たちは、社会内で生活をしているときは、生活は不規則で、無責任、自己中心的で強いもの勝ちの犯罪や暴力にどっぷりつかっていた生き方をしてきた。その彼らが集団で生活をするのであるから、放置すれば、反社会的・向犯罪的集団になっていく危険性が高いことは想像にかたくない。責任ある行動が認められ、報われる生活体験ができるような集団をどのように作り、維持するのが最大のポイントとなる。いくつかの有効な方法があるが、それは驚くようなことではない。ごく普通の当たり前の生活基盤を作ることである。

##### 1) 日課と行事

まず、日課がある。朝きちんと起きて、三食きちんと食べて、昼間は学習なり勤労なりに力をそそぎ、夜はきちんと寝るというそれだけのことである。予測可能な日常生活は、退屈と感じられることもありうるが、反面人間に安心感という基盤を与える。われわれの日常生活も実際には同じことの繰り返しを中心に成り立っているのではあるまいか？1年間の少年院生活でかなりの成長を遂げたある非行少年が、「毎日同じことの繰り返しのに不思議ですね」という感想を述べたことがある。あるいは、ある重大犯罪を起こした非行少年が、「毎日会社行ってる親父がちっぽけでつまらない男に見えて、自分は強くて金回りのいい暴力団に憧れたけれど、今思うと「普通」の生活ができるということが一番大切なんですね」と述懐していたことを思い出す。非行少年の多くは、当たり前の生活に不満を感じ、刺激的でセンセーショナルな暮らしを求めて反社会的な生活や行動に入っていく。一見些細に思える「普通の暮らし」を寮生活で体験することは実際には非常に重要なことである。

情操教育や余暇の活用にも関わってくるが、規則正しい日々の暮らしに加えて重要なものが、季節折々の「行事」やレクリエーション活動である。情操教育とはいうものの、おそらくはそんな大上段に振りかぶったものではない。毎日の平凡な暮らしの中で、季節ごとの風の変化、植物の移り変わり、名月といった自然の風物の繊細な移り変わりに気づき、それを愛でる心も大切なものである。少年院で行われる、観桜会、盆踊り、収穫祭、クリ

スマス会などの四季折々の行事は、五感を使って、命と世界とを体感する機会となりうる。運動会、文化祭、演劇祭、意見発表会、誕生会などのレクリエーションは、単調な日常生活に変化を与えると同時に、寮生たちが力を合わせて一つのものを作り上げていく機会と体験とを与えてくれる。単独処遇中心の少年院とは言っても、それは夜間の居室は一人部屋であるというだけで、昼間の教育活動は基本的に集団で実施されるし、個人の成長を促進する上で集団の果たす役割は大きいことに変わりはない。

## 2) 処遇段階と寮編成、役割活動、集会

少年院では、段階別処遇が行われている。入院時には全員が二級下という処遇段階に編入され、目標の達成に応じて、二級上、一級下、一級上と進級し、一級上になると仮退院が申請される。生活をする寮も、新入期（二級下）、中間期（二級上・一級下）、出院準備期（一級上）と変化する。処遇段階に応じた色違いの名札をつけることによって、その少年がどの処遇段階にいるかが一目瞭然となるようになっている。

新入期には、考査寮と呼ばれる寮の個室で生活をする。その間に、少年は少年院での生活についてのオリエンテーションを受け、職員は、個別面接や書類の精査によって、一人一人に応じた個別的処遇計画をたてる。処遇段階ごとの個別的な教育目標と、その目標を達成するための方法が記載される。この個別的処遇計画は、それに応じて、定期的に少年の「成績」が評価され、かつ仮退院の時期を決めていく重要な指針となる。また入院時のアセスメントに応じて、これから一番長い期間を生活することになる中間期寮が決められる。どの寮に編入するか、そして寮内でどのような部屋割りをするかは、自浄力の高い集団を維持するためには大切なポイントとなる。一級上になると、出院準備寮と呼ばれる、より自主的行動が求められる寮に移り、作業や活動の場も構外や院外が多くなる。

寮生活では、さまざまな集会と役割活動が実施される。集会のやり方や内容については、少年や少年院そして寮の教官の特性に応じてさまざまであるが、寮内での生活についての話合いや、一人一人の生活をみなで点検する集会などがある。集団の力は、そこで生活しているメンバーへの影響力が良くも悪しくも非常に大きいので、どのように集会を運営できるかは、職員の力量が如実に表れる場面である。役割活動もそれを通じて、責任を果たすということや、協力関係の作り方、コミュニティへの貢献と自分の居場所作りを実体験することができる貴重な機会を提供する。集団で生活をしていれば当然、葛藤や紛争が生じてくるが、解決の方法として、強制や暴力ではなく、合意と協働を身につけていくことは、適応的な社会生活を維持する上で不可欠な要素であり、また自分と同年代、同じ立場の他生の行動を見習い、あるいは自分の行動が他生から認められることは、実力と自信とをつけていく上で、大人が果たすことのできない育ちの場を提供しうる。

## ②寮担任・個別担任、その他職員との関係（おとなあるいは権威との関係）

### 1) 寮担任

子ども同士の関係同様、大人あるいは権威を代表する職員との関係も重要な処遇促進要因である。少年院では、寮担任として、寮ごとに数名の職員が集団を作り、寮生の指導に一致団結してあたる。寮の先生が交代で寮に泊り込んでの当直を行うわけである。

少年院での生活指導は夜間の寮生活の指導が最大のポイントであるといっても過言がないほど、当直勤務は重要な位置を占める。単に、寮に泊ればよいというわけではない。夕方、職業訓練や教科教育を終了し、寮に戻ると、それからが寮での生活指導となる。食卓の準

備、皆での食事、集会指導、個別指導、テレビ視聴、日記記入、就寝準備をして就寝となるが、その間、一人で、20～40名程度の集団を見るわけである。少年たちが就寝した後は、全員の日記に返事を書き、行動観察記録を書き、保安巡回をする。一人一人の少年の様子や寮の雰囲気を感じることができる。

寮担任は、ベテランの先生から経験の浅い先生まで、チームを組んでおり、このチームがどれくらい信頼関係を持ち、意思の疎通ができていて、「穴」がないことが肝要である。これは寮担任の集団に限らず、少年の成長に有益な集団を作るためには、まず職員が信頼関係と協働に基づく集団を作っている必要がある。この職員集団の中で、経験の浅い職員も数々の経験を経て、熱意と技を備えた職員へと成長していくことができる。ちなみに少年の処遇に関する重要な決定は、職員で構成される処遇審査会で決定される。

少年は、大人集団の様子を非常によく見ている。大人集団の中で、強制や面従腹背、不信や無責任が横行していると、必ずその隙をついてくる。実際、子どもは、自分が体験した関係性の中で関係の持ち方を身につけていく、したがってこのことは、両親の関係、保護者と教師の関係、保護者と親戚との関係、保護者と世間との関係などが、少年に的確なモデル足りえているかどうかという問題と平行である。

## 2) 個別担任

寮担任の中から一人が個別担任として一人一人の少年につく。一人の教官が担当する少年の数は、在寮生の数にもよるが、数名程度である。個別担任は、個別的処遇計画をたて、その教育目標に応じて毎月成績評価を行い、その評価の伝達を行うための個別面接を含め、何かにつけての定期・不定期の個別面接を行う。保護者との面会・通信の様子や、寮以外での場面における様子、個別担任が当直明けで不在の際の寮生活の様子など、当該少年に関する全ての情報は個別担任に伝達される。

個別担任は、いわば少年院内における親代わりとして、少年と密接な関わりを持つ。自身の親と葛藤・不和が大きくなって少年院に入院している少年がほとんどであり、逃れようのない関係性の中で、成人（権威）との関わりをやり直すことになる。誉め、認め、助言し、時には叱り、慰め、励ます。さまざまな転移・逆転移が生じうる関係であり、そうした転移状況に適切に対処する上でも職員同士の支えあいポイントになる。

## 3) 規律と懲戒および褒章

少年院には、集団生活を維持するために数多くの規律が存在する。まず目に付くのは、今どきの日本では自衛隊以外では目にすることができなくなった、集団行動の際の号令や行進かもしれない。集団行動訓練もあるし、(男子であれば)丸刈りと、ほとんどの私物の剥奪および制服の強要が行われる。こうしたスタイルは一種のイニシエーションであろう。外の社会とは違うのだということを体感させる。これに関する賛否両論があるが、現に日本の少年院はこうしたやり方をとっている。おそらく、少年集団と職員集団との力関係をさまざまな形で明確に示すということが集団の秩序維持には有効であるという経験からこうした方法が使われてきていると考える。そして、このやり方は、多かれ少なかれ、国民から支持されているからこそ維持されているのであろう。一昔前の日本の一般社会におけるやり方を残しており、「古き良き時代」としてノスタルジアさえ感じる年長者もいるかもしれない。

規律違反行為は、その少年の非行行動を如実に反映していることが多い。したがって、

規律違反行為があったときこそ、ある意味で働きかけのチャンスである。適正な手続にのっとり懲戒審査を行い、個別担任の個別面接を中心として、多くの職員が声をかけ、話を聞き、指導する。

厳格な規律が表に出ることが多いが、実際には褒章も活用されている。毎月の「進級式」において、処遇段階があがったものは、皆の面前で院長から新しい色の名札をもらい、各種の資格を取得したもの、生活態度等が特に良好であったもの、競技等で優秀な成績を収めた個人や寮が表彰される。これらはあらたまった「儀式」と組み合わせられ、気持ちや意欲を新たに作る節目ともなる。もちろん日々の暮らしの中で、個別および寮担任および他の職員から、そして他の寮生から、承認や賞賛、感謝を受けることも大きな動機づけとなりうる。

## (2) 社会内で適応的に生活する力の育成

前節で述べたことは、あまり表面には出ないが、実際には少年院での矯正教育の中核をなす部分である。その土台の上に、公的なプログラムとして、教科教育・職業訓練、余暇の過ごし方としてのクラブ活動、体育レクリエーション活動、特定の非行行動に関連した適切な情報や考え方を教示する問題群別指導などがのってくる。これら表のプログラムについては、その内容や機能は比較的明らかであるので、紙数も尽きてきたことであり、詳細は省略する。

## 今後の課題

少年院での教育は、生活を通じての教育であるので、「皿洗い」のようなものである。寮の雰囲気、少年の集団や職員集団の雰囲気は、日々手入れをしていないとあっというまに崩れる。生きるためには食べる必要があり、食べたらかまめに、きれいに皿を洗っていかないと、いつの間にか汚れだらけになってしまうのである。自分の皿を自分で洗えるようになることが、少年院での教育の目標であるのかもしれない。こうした成長を支える集団と「日常生活」の維持が少年院の最大の眼目であり、これなくしては何一つなしえないが、こうした集団と日常生活の維持が比較的保てるようになってきた今こそ、プラスアルファを付け加えていくのに好適ではないかと考える。以下の3点である。

### (1) 治療共同体概念の導入

集団生活を通じての育ちなおしを一步進めて、職員一少年の上下関係が前面に出た規律ではなく、集団における仲間同士の対等で協力的な関係性をさらに強化する治療共同体をどのように作り、維持していくかを検討してもよいのではあるまいか。特に、少年院内での規律は、社会内での規律と少し時代的にずれてきている面がある。現代の日本で必要な対等な関係性を学ぶことができる理念と方法とが必要になってきていると考える。

### (2) 特定の行動変化のための介入プログラム

欧米で再犯率低下効果が実証されている特定の行動変化のためのプログラムは、導入していく必要があるだろう。性犯罪、薬物依存、発達障害などの特定の行動上の問題を有する少年たちに認知行動療法的手法をもちいて対応していくために、職員の採用・研修についても再考を要しよう。

### (3) 社会内調整の重要性

現在、日本の矯正と保護は、同じ法務省管轄とは言え、矯正局と保護局に分かれて非行少年や受刑者に対応している。施設内で学んだことを社会内に持ち帰り、社会内で順法的な少年自身の生活を打ち立てていくためには、今以上の施設内から社会内処遇への連動性が求められる。もし省庁の再編成が実施されるのであれば、矯正と保護が一つの組織となることは、非行少年の社会

#### IV. 行為障害の治療

復帰という視点から考えると最善であると筆者は考える。

## b) 医療少年院での介入

関東医療少年院 奥村雄介

### はじめに

最近の少年非行を全体的に眺めると、少子化にもかかわらず非行件数が増加しているだけでなく、粗暴・凶悪化、薬物事犯の高水準の推移、女子少年の進出、低年齢化などの傾向がみられる。このように少年非行が質・量ともにめまぐるしく変化している中で、どのような非行少年が医療少年院の対象となり、そこで、どのような治療・教育がなされているのかについて大まかな説明をする。

### 医療少年院の役割と位置付け

非行を犯した少年は少年鑑別所に收容され、家庭裁判所の審判に付される。鑑別結果と調査記録に基づき矯正教育が必要であると家庭裁判所が判断した場合には少年院に送致されるのが通例であるが、精神または身体に障害があり、専門的医療を必要とする場合には特に医療少年院に送致される。その他、一旦一般の少年院に送られ、そこで発病して医療少年院に転院する場合もある。

医療少年院は専門的医療と矯正教育の二つの役割を担う施設である。医療少年院の医療部門と教育部門は、裁判所の処遇勧告に基づいた收容期間を踏まえた上で、在院少年の男女の別、年齢差、非行の種類と程度、疾病の種類と程度などの個人差を考慮し、個々の必要性に応じた治療と教育の計画を共同で作成・実施している。收容期間は概ね1年間で、新入時教育・中間期教育・出院時教育の三つの期間に分かれている。治療・教育のターゲットとしては疾病性と非行性の二つのパラメーターがあるが、收容期間内に病気の治療が終結し、医療措置が不要となった少年は、さらなる矯正教育を受けるために一般少年院に送られる。一方、段階的教育目標をすべて達成し、社会復帰できる程度に改善・更生の進んだ少年は家族調整の上、出院（退院または仮退院）する。その場合、病気の治療がまだ不十分であれば、社会の医療機関で治療を継続することになる。特に、精神障害による自傷・他害のおそれがある場合には出院時通報により、精神保健鑑定が実施され、措置入院になることもある。

### 最近の医療少年院の入院患者にみられる傾向

すでに冒頭で述べたように、全体的に見ると非行少年の質が変化しており、従来的一般少年院での処遇のやり方では対応しきれなくなっている。中でも精神的・肉体的に未成熟でバランスが悪く、環境の変化に対する順応力に欠け、集団生活で不適応を起こして医療少年院に送られてくるケースが増加している。

最近、医療少年院に入院してくる非行少年の傾向として次の四つが挙げられる。

- ①精神障害の増加：10年以上前は入院患者の40%程度を精神障害が占めていたが、最近では半数を越え、現在では70%近くに達している。
- ②女子少年の増加：女子少年はかつて入院患者の25%程度であったが、最近では40%を越えることもある。
- ③凶悪犯の増加：殺人・放火・強盗などの凶悪犯は、かつて入院患者の数%に過ぎなかったが、最近では10%を越え、20%近くに達することもある。
- ④自傷・自殺企図の増加：具体的な数字を提示することはできないが、臨床的な印象では対人的

な暴力・攻撃行為と比較し、自己破壊的な傾向が目立っている。

以上の数字は医療少年院におけるそれぞれの増加傾向をグローバルに示したものであるが、少年非行全体の変化をある程度反映していると言えよう。

### 医療少年院における治療・教育

非行性と疾病性という二重の問題を抱えている少年に対する働きかけの要は医療と教育の緊密かつバランスの取れた連携である。一般の病院医療と異なり、治療の対象が少年院に収容されている非行少年であるため、最前線で非行少年と生活をともにしているのは医療スタッフではなく教官であり、医療はその立会いのもとで行われる。個々の少年の問題性に応じて医療と教育がそれぞれの役割を分担することになる。以下、精神障害を有する入院患者に限定して論を進めていく。

表Ⅰのように治療・教育の対象となる精神障害は大きく二つの群に分けられる。表Ⅱは診断、症状および治療の観点から見た医療と教育の役割分担である。狭義の精神障害については医療サイドが主導権を持って介入し、広義の精神障害については教育サイドが主体となり、医療サイドは側面から支えている。また、症状という観点から見ると精神症状と身体症状は医療が対応し、行動症状は教育が対応している。さらに治療といった観点から見ると薬物療法と精神療法は医療が担当し、認知療法、行動療法および環境療法は教育が担当していると言うことができる。特に行動症状が前面に出ている広義の精神障害に対しては、原則的に医療は矯正教育を側面から援護・補佐し、患者の神経症的な葛藤が言語化され、治療動機が芽生えた時点で精神療法に導入するといった手順を踏むことが多い。この場合、薬物療法は患者の主観的な苦痛を軽減すると同時に、興奮を抑え、攻撃性を緩和することによって矯正教育を効果的に行うための補助的な手段となる。その他、家族が協力的であれば家族療法的アプローチもかなり有効な手段になり得る。

ところで行為障害は、行動症状のみで診断される精神障害である。したがって行動症状のみであれば、保安や管理的な面を優先せざるをえない。医療介入の契機となるのは、矯正教育の枠の中でみられる行動症状から身体症状や精神症状への症状変遷(syndrome shift)である。身体症状や精神症状への医療的な対応によって患者の苦痛が軽減すると、信頼感が芽生え、治療関係が構築されていく。ある程度、知能が高く、神経症的葛藤を言語化できる患者の場合は、内省・洞察を目指す精神療法に導入することができる。治療経過中、激しい行動化が頻発したり、悪性の退行状態に陥ったりすることがある。行動化による弊害を最小限に抑え、悪性の退行をいかに食い止めるかが治療のポイントである。非行少年の多くは被虐待歴があり、解離症状を中心としたPTSD様症状がしばしば観察される。

非行少年の大半は行為障害に該当しているが、現状では行為障害という診断名のみで医療少年院送致になることは稀である。医療少年院の対象となる行為障害は、非行の重大性などにより、問題性が極めて深刻・複雑であるため、その矯正と社会復帰を図る上で特別の処遇を要し、かつ、その背後に発達障害や何らかの狭義の精神障害が疑われる場合に限定されている。つまり、医療少年院で治療されるのは行為障害の最も重症な事例の一部に過ぎない。したがって、少年矯正全体からみれば、ほとんどの行為障害は一般少年院でもっぱら教官によって処遇されており、医療的な関与は非常に手薄であるといわざるを得ない。

教育プログラムについては、非行の原因を取り除き、心身ともに健全な少年として社会復帰できる

ように次のような具体的な内容できめ細かく指導が行われている。

- ①日常生活に関する指導，交換日記，面接などによる健全な生活習慣形成のための個別指導
- ②薬物乱用，性的な逸脱行為，家族間葛藤，不良交友など，それぞれの問題性の解明と解決を図るために編成された問題別グループワーク
- ③課題図書やビデオ視聴などによる追体験を通じた情操教育
- ④農園芸，陶芸，版画などの作業
- ⑤映画鑑賞，ゲーム大会，クリスマス会，盆踊り大会などのレクリエーション活動
- ⑥洋裁，手工芸などの職業指導
- ⑦中学未修了者への教科教育
- ⑧体操，球技などの保健体育指導

以上を要約すると医療サイドは Problem Oriented System（問題志向システム：その都度，発生した具体的な問題に焦点を当てて正しい方向に導いていく方式）に従って『症状（または主訴）』を取り扱うのに対し，教育サイドは教育理念に基づき、『症状』が繰り広げられている舞台である『患者』の生活環境を整備し，社会に適合する方向に導いていく。非行少年は教官の指導・助言のもとに規律正しい集団生活をする中で社会規範を身につけ，自己価値感情を高め，セルフコントロールを学んでいくのである。

表Ⅰ 狭義の精神障害と広義の精神障害

狭義の精神障害	広義の精神障害
内因性精神病（統合失調症など）薬物性精神病（覚せい剤，シンナーなど）器質性精神病（頭部外傷，脳腫瘍など）	人格障害，行為障害 適応障害，神経症 ASD，PTSD

表Ⅱ 医療と教育の役割分担

	医療	教育
診断	狭義の精神障害	広義の精神障害
主症状	精神症状 身体症状	行動症状
治療	薬物療法 精神療法	認知療法 行動療法 環境療法

## 8. モデル的取り組み

### a) マルチシステムックセラピー：Multisystemic therapy (MST)

国立精神・神経センター精神保健研究所 吉川和男

#### はじめに

行為障害の発症要因には、気質、遺伝、知的能力、社会性認知の欠如、家庭環境、交友関係、貧困、犯罪発生率の高い地域への居住、暴力的文化など複合的な要因が関与している。このため、行為障害の治療においては単一のプロセスのみに焦点をおいた治療技法には限界がある。また、施設主体型の治療では、家庭環境、交友関係、地域社会における要因への介入には限界が多く、児童が家庭や地域社会に戻った際に、同様の問題が再発したり、治療の中断が問題となる。

米国サウスカロライナ医科大学精神医学行動科学部門のスコット・ヘンゲラー教授らが開発した Multisystemic therapy (MST) は、これらの問題点を克服している治療技法の一つとして世界各国で注目を集めている。この治療技法は米国国立精神保健研究所 NIMH や国立薬物乱用研究所 NIDA に助成された厳密な科学的研究の結果、臨床的に複雑な問題を抱えた児童や多様なニーズを有する家族に対して、臨床的に有効でかつ費用効果が明らかな手法であることが示されている。例えば、慢性の暴力的な少年犯罪者に対する無作為割付試験において、MST は若年者の問題行動や両親の精神症状を有意に減少させ、家族機能を改善し、受刑や精神病院への入院を 50 から 80% まで有意に減少させ、犯罪活動や再逮捕を 26 から 70% まで減少させたことが報告されている。

米国における MST の成功には二つの特徴が大きく関係している。第 1 は、MST が青少年の深刻な臨床的問題の決定因子を直接扱うことであり、MST の介入では個々の青少年の鍵となる問題点や青少年を取り巻く鍵となるシステム（家族、学校、友人、近隣）に焦点を当てる。第 2 に、介入が生態学的に妥当性のある方法で提供されることであり、問題が生じている家庭や学校、友人、隣人のいる場所で直接提供されることである。また、介入は家族の構成員やそれぞれの現場で鍵となる人物（教師、カウンセラー、校長等）から十分な協力を得た上で計画される。青少年の生態系の限られた局面（例えば、個人のみ、学校のみ、家族のみ、友人のみ）に焦点をおいた治療や単一の場所（学校、地域のレクリエーションセンター、治療者のオフィス）で行われた治療、あるいは制限的な場所（居住治療施設、援護寮、精神病院）で提供された治療は深刻な臨床的な問題を解決するのに限界があるのは、我々も日々の臨床活動の中で実感しているところであろう。本稿では MST の治療原則を中心にその概要を紹介し、本邦における実行可能性についても簡単に論じたい。

#### MST の理論的概念

図 1 に MST の理論的概念を図式化した。Bronfenbrenner の社会生態系理論に基づき、児童を取り巻く様々なシステムが示されている。児童は中心におり、次の円周に同胞、家族、友人、近隣、学校、治療機関、地域社会と続く。児童に、より近いシステムが児童の行動に相対的に大きな力と影響を及ぼしていると考えられる。例えば、家族は一日 24 時間、週に 7 日間児童に影響を及ぼす。家族ほどではないにしても児童は友人や他の社会のシステムと日々接触をもつ。友人は児童が年を経るごとに強く影響を及ぼすようになり、非行少年との関わりが思春期における反社会的行動の強い予測因子となる。学校というシステムの影響も強いが、週末や夕方以降、休日、夏休みの間などは影響を与えない。同様に考えていくと児童の居住する地域社会の特性などからも影響を受けるが、家族や友人が強い影響をもたらしていることに変わりはない。こうしてみると治療機関は児童からかなり離れ

たところに位置しているのが分かる。治療機関と児童の関係は自然発生の種々のシステムとの関係と比べるとその影響は限られている。このようなことから MST モデルは治療機関の治療者と児童との関係だけで臨床的効果を得るには必ずしも十分ではないと考えられている。もちろん治療者が児童と良好な関係を築けないと言うことではない。ただ、MST においては治療の中心的な役割を養育者にもたせるべきであると考えられている。養育者は児童の生態系の中で管理者の役割を果たす。このように MST の治療の主な目的は、自然の生態系において、児童や青年の向社会的行動を支持したり、強化したりするような多面的、複層的な環境の発達を促すことにある。

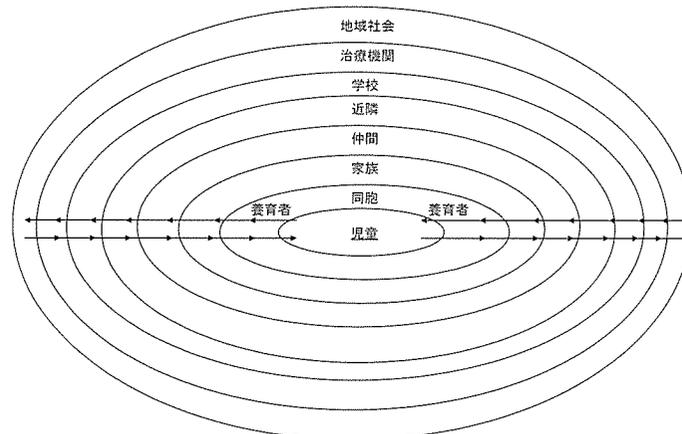


図1 児童を取り巻くシステムによる生態環境

## MST の 9 つの原則

原則 1 : アセスメントの主な目的は、同定された問題と広範なシステム環境の間にあるフィットを理解することである

この原則が示すように、アセスメントは治療の一つの過程になる。MST のアセスメントでは同定された問題行動に関係する要因を児童の社会の生態系の中に見出す姿勢が求められる。この要因を MST ではフィットと呼ぶ。それぞれのシステム内（例えば、児童、家族、学校、友人、近隣等）でストレンクス（長所）とニーズ（短所）のアセスメントを最初の治療ステップとして実施し、問題を維持している主要因についてある仮説を導き出すようにする。

家族: \_\_\_\_\_ 治療者: \_\_\_\_\_ 日付: 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

システム内のストレンクス(長所)	システム内のニーズ(短所)
<b>個人</b> 独立を希望 真面目で自立している 親しみやすく礼儀正しい 明朗 サッカーが趣味 兄弟の面倒見が良い <b>家族</b> 父親が定職に就いている 交通手段として車がある 両親は共に子供に愛情がある 祖母や親戚が協力可能 <b>学校</b> 学校と両親との関係が良好 児童は宿題をよくする 教師を信頼している <b>仲間</b> 学校で同社会的な児童が居る <b>地域社会</b> 近所にはコミュニティセンターがある 近所の人々が子供たちを見ている	<b>個人</b> 向社会的活動が限定 遊遊 衝動 ADHDの行動問題（不注意、衝動的） <b>家族</b> 経済的に厳しい 夫婦間のコミュニケーションの問題 両親の協力が不足 <b>学校</b> 教師が苦手 行動上の問題（不注意、おしゃべり） <b>仲間</b> 同社会的な友人との接触 <b>地域社会</b> 高い犯罪率と薬物乱用率 地域での暴力

図2 ストレンクスとニーズのサマリー

#### IV. 行為障害の治療

図2にストレンクスとニーズのサマリーを示した。ストレンクスとニーズは児童が生活している様々なシステムについて評価される。このような評価を行うためには家族や教師、地域社会の協力者と面接を行う必要がある。治療が始まるとニーズ側の要因が介入の標的となり、ストレンクス側の要因は変化を助けるために用いられる。例えば、放課後に課外活動（地域社会のストレンクス）がある場合、それは親の監督不足（家族のニーズ）を部分的に補う形で利用できる。治療者は親とストレンクスを利用し、親が児童を放課後の課外活動に通わせるようにすることで、そのニーズを満たすようにする。治療が進展すると、表のストレンクス側の項目が増加し、ニーズ側の項目は減っていくことになる。

図3 フィット・サークル

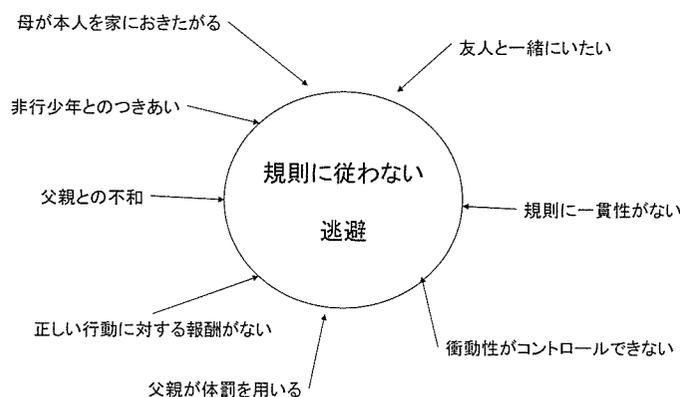


図3はフィット・サークルと呼ばれ、フィットのアセスメントの構成を示している。同定された問題行動（例えば、規則に従わない、逃避）が円の中に描かれる。円中の行動のフィットの要因をアセスメントするため、治療者は複数の情報に基づいて、行動の要因に対する仮説を立てる。要因は児童を取り巻く様々なシステムの中にも存在するし（例えば、両親、同胞、学校、友人、近所など）、また児童の性質の中にも存在する（例えば、うつ病症状など）。次に、治療者は同定された問題のフィット要因を支持する事実を書き入れる。これらは直接の観察や児童の社会生態系内のキーパーソンからの情報に基づいている。

フィット要因は、問題を解決するために介入するターゲットとなるため、MSTにおいては非常に重要である。さらに、治療が進展すると治療者は家族とその生態系を理解ようになるため、フィット要因の図式も変化することになる。このため、治療者は毎週変化を記録し、同定された問題の要因を理解しなければならない。治療過程で環境が変わり、フィット要因の図の意味する内容も変わってくる（例えば、祖母の様態が悪化し、働いている母親が児童の放課後の監督を手伝えなくなるといったこと）。このような場合、治療者は新しいフィット要因の相互の影響を考慮し、どの要因に優先して介入するかを決定しなければならない。

原則2：治療的な関わりでは良い部分を強調し、システムのストレンクスを変化のための「てこ」として利用する

この原則では、治療においてはストレンクスに焦点をおいて、これを活用することが強調されている。そのために、行動の変化に利用可能なストレンクスをシステム内に同定することが必要である。例えば、「母親はボーダーラインだから、子供が問題を起こしても仕方がない」といったような親に対する否定的な見方をして、電話での連絡を回避するなど家族に対して否定的な行動をとってしまう