

場合がある。この場合には、スーパーバイザーと問題を解決する必要がある。

原則 3：介入は家族の間の責任ある行動が促され、無責任な行動が減るように計画される

MST は児童に責任ある行動を促すことに焦点をおいている。また、一方で、児童の行動を管理するために、生態系の他の協力者に積極的な役割を担わせて児童の能力を促進することがある。養育者が責任をもって行動するには、児童の問題行動を支えてしまっている自分たちの行動を修正しなければならないし、保護的要因につながるような行動を増やす必要もある。例えば、両親の児童に対する監督能力の問題が、親の物質使用の問題を改善することで変化し、結果的に、児童に対する管理技術能力が高まる場合がある。

原則 4：介入は現在に焦点を当て、行動志向型とし、具体的で明確な問題を標的にする

原則 4 では、標的にする行動を明確に定め、行動と行動上の変化の測定方法を定めて、行動に焦点をおいた確実な介入方法を用いることが強調される。明確な定義を用いることで、治療者、家族、他の参加者がその介入が実施されているかどうか、機能しているかどうかを正確に知ることができる。もし、介入で期待された結果が得られないならば、治療者は速やかに決断し、新たな方向性を導かなければならない。

原則 5：介入は、同定された問題を維持している複数のシステム内あるいはシステム間でみられる一連の行動を標的にする

システム理論では、行動は相互作用の連続体の要素とみなされる。一連の行動を同定し、変化させることで、結果的に人は行動を変えることができるとされる。重要なことは、これらの一連の行動が家族内でのちょっとしたやりとりの中にも認められることである（例えば、威圧的な口論など）。このような場合でも、治療者は、人間関係における変化が、問題行動を変えるための鍵となることを忘れてはならない。

原則 6：介入が発達上適切であり、児童の発達上のニーズを満たしている

この原則の基本的な点は、介入は児童の発達上のニーズに歩調を合わせるべきだということである。しかし、発達上の適正さというは、個人が何を認知的に対処しているかということだけでなく、治療過程において親子が発達上どのような段階にあるのかにも関係している。例えば、ある親が住居を見つけるのに困っており、また、それを一人で行うのに十分な経験がないとする。ここで治療者は、その親は、エンパワメントの発達過程において初期の段階にあることを認識する。このため、治療者は親に不動産業者への電話のかけ方や訪問の仕方も実演しなければならない場合がある。このように、MST は養育者も含めて生態系における全ての人の発達上のニーズに歩調を合わせて介入し、その場合には、介入対象者が必要としている知識、技術、支援を提供する必要がある。

原則 7：介入は家族が毎日あるいは毎週努力するように計画される

これは一連の課題を達成し、成功するために全ての参加者が守らなければならない原則である。毎日毎日課題を達成することで、目標指向的に行動変化を行うやり方が次第に家族のスタイルとなっていく。治療上必要な課題が出されるが、これは治療に対する家族の姿勢について貴重な情報を提供してくれる。

原則 8：介入効果は複数の視点から継続的に評価され、治療者は結果が成功するまで障壁を克服する責任を負っている

それぞれの介入では全ての参加者が進展状況と成功の度合いをモニターできるように計画する必要がある。治療者は、参加者と一緒に介入方法を計画し、その効果を継続的に評価し、その介入の妥当性を参加者に伝える。効果は介入に関わった参加者からの観察とフィードバックからも評価される。

#### IV. 行為障害の治療

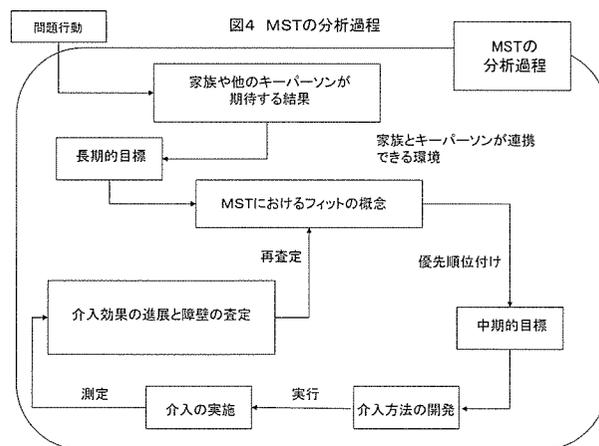
もし、介入で期待されたような行動上の変化がみられない場合は、治療者は障壁を同定し、その障壁を乗り越えるための戦略を参加者と一緒に計画しなければならない責任がある。

原則9：介入は、治療の般化を促進し、治療による変化が長期的に維持されるよう計画される。これによって、養育者は家族のニーズを複数のシステムの中で処理できるようになる

治療の般化というのは、治療者がいなくても養育者がひとりで介入し、児童の行動を自然の生態系の中で継続的に管理できるようになることを意味する。治療者が治療を終結し家族の元を離れるためには、養育者に、児童や家族の日々の問題を解決する何らかの道具を提供しなければならない。標準的な児童の心理療法では、治療者と児童の関係が最も重要である。これに対し、MSTでは、親と児童の関係が治療者と児童の関係よりも優先される。親は児童に必要とされる治療に対処できるよう知識と技術を教育される。親は治療の最中、あるいは治療の終了後も、治療者なしの状況で介入できるよう教育されなければならない。

#### 分析過程

これまで述べてきた9つの治療原則に従い、MSTでは図4のような分析過程を経る。最初に、養育者、児童、教師、保護観察官、他の関係機関、公式記録等の複数の情報から問題行動を同定することから始める。



治療者は変化のための標的を確定し、ベースラインとして問題行動の現在のレベルを測定する。次に、児童の自然の生態系の中でキーパーソンを同定し、治療の参加者として要請を行う。それぞれの人に面接し、問題に対する見解を得る。彼らの持っているストレングスを同定し、成功するためにはどのような変化が必要であるかについて決定する。

これらの情報は、治療の長期的目標を達成させるのに利用され、キーパーソンに協力を促すようにする。長期的目標によってMST治療の展望や終結点が決定される。長期的目標が達成されたとき、治療は終了する。長期的目標は治療の時間的制約からも現実的なものでなければならない。さらに、目標はキーパーソンが目標を達成したかどうか判断できるように具体的で測定可能なものでなければならない。その後の介入は焦点を絞って実施するため、長期的目標の少なくとも一つが有効である必要がある。

分析過程の次の段階としては、どれが優先的に必要とされる相互作用あるいは関係の変化なのかを順位付けすることである。これは、児童の自然の生態系の環境内で生じる問題行動のフィットを同定

することで行われる。

例えば、児童が家庭内で怒りの爆発について問題を抱えているとすると、治療者はそれぞれのシステムからの情報を考慮し、観察から家族のこの問題に関する知識や能力を把握し、「フィット・サークル」に怒りの爆発に至る要因を可能な限り記録する。例えば、治療者は次のようなフィット要因を決定するとする。(1) 児童は欲求不満の管理能力が乏しい、(2) 親子が相互作用の中で互いにエスカレートしている(例えば、一連の威圧的な相互作用)、(3) 爆発に対する親の管理能力が問題を悪化させている、(4) 学校での児童の問題に親が頭を悩ませていると、学校はその親に頻繁に連絡をする。これによって親子間の葛藤が高まり、爆発をエスカレートさせることになる。

フィット要因が包括的に同定された後に、治療者と治療チームはどの要因が問題行動の駆動力となっているのかを決定する。これらの要因は変化のための標的と捉え、その変化が中期的な目標となる。例えば、児童の爆発に対して親が意図せずに強化をおこなっていると、それは問題を維持している中心的な要因とみなされる。次に、治療的な注意点として、親子の相互作用に焦点が注がれる。例えば、爆発に対する親自身の管理能力を変えることが中期的な目標になり、それがやがて長期的な目標において期待されている変化につながる。もし、怒りの爆発が親の効果的な行動管理で改善されたとした場合、もはや他のフィット要因に注意を払う必要がない可能性もある。しかし、学校での問題を解決するには長期的目標の他の要素も考慮する必要がある。

介入は全ての参加者と共同で実施されるが、参加者は進捗状況をモニターし、治療者と養育者にフィードバックをする。介入過程を通して、治療者と養育者は、目標を現実の結果と比べ、どの程度成功したかを測定する。仮に成功が得られなかった場合、治療者と参加者は治療目標を達成するために何が障壁であるかを同定する。その後、行動が自然の生態系内でどの程度「フィット」しているかが検討される。そして、この分析過程が再び毎週繰り返される。この構造化された分析過程は長期的目標が達成されるまで続けられる。治療の最後に、治療者と家族は長期的目標が達成されたかどうか確認し合う。治療を通じて、治療者は家族ができるだけ単独で問題を処理できるように支援し、相互の変化を支える自然発生的なシステムを構築することになる。

## おわりに

米国においては、MSTのセラピストとスーパーバイザーに対する研修が定期的に行われているが、実際の研修では、本稿で紹介したような理論の講義をベースに、研修者が積極的にロールプレイを用いて実演しスキルを習得している。また、参加者の6割以上はソーシャルワーカーであり、9割以上を女性が占めていたが、その技術レベルはきわめて高く、行動療法、認知行動療法、家族療法の基礎は全員修得していることが推測された。

本法でMSTを導入する際の課題のひとつには、このようなロールプレイを中心とした実習に対応できる素養をもった人材をどれだけ確保できるのかという問題が挙げられるよう。また、MSTでは独自の評価尺度を用いて、セラピストはクライアントから、スーパーバイザーはセラピストから、コンサルタントはスーパーバイザーから評価を受けることになっており、その結果がMSTサービスに報告されて治療の質が管理されるシステムが確立している。これは、治療の質を維持するために大変重要なシステムに違いないものの、本邦でのMST導入の際には言葉の壁から大きな障壁となることが予想される。

しかし、MSTのような体系的で治療効果が証明された治療技法を同様の問題を抱えた本邦の児童に導入していく価値が大きいことに異論を挟む余地はなく、ここに挙げた障壁もMSTの原則通り、

#### IV. 行為障害の治療

やがて克服されなければならないであろう。

## b) 施設内における性非行少年への治療教育

大阪大学大学院人間科学研究科 藤岡淳子  
大阪府立修徳学院 浅野恭子

### はじめに

非行少年への施設内における治療教育の柱として、筆者は以下の三点を考えている：1) 治療教育的環境、すなわち愛情としつけが与えられる生活、協力的関係を体験でき、責任ある行動が報われる生活環境を作り、育ちなおしを体験すること、2) そこに特定の行動変化のために認知行動療法的アプローチによるプログラム、特にグループプログラムを組み込むこと、3) そして同時に、帰っていく生活環境を作るために保護者その他の人々に働きかけること、である。本稿では、平成17年度・18年度に、ある児童自立支援施設（A学院と呼ぶ）において実施した、男女の性非行行動を変化させることを目標とする治療教育について報告する。

#### (1) 性加害少年に対する治療教育プログラムの試み

##### 1) 治療教育環境の整備について

A学院では、院内における児童同士のわいせつ事犯が生じたことから、施設内で「性教育」を実施することとし、筆者が職員研修講師として招かれた。筆者は、既にある少年院において、高校生相当年齢以降の性加害少年たちに対しワークブックを用いた治療教育を実践したことがあったが（藤岡，2006）、本分担研究の一環として、A学院において中学生年齢の少年たちに対し、同様の枠組みで性加害少年治療教育プログラムを試行することとを提案した。開始前は、中学生には難しいのではないかと、性加害行動に焦点をあてるのは福祉施設である児童自立支援施設としては不適切なのではないかといった懸念も聞かれたが、被害者を減らすための試みは真剣に取り組むべき課題であることから、積極的に取り組むこととなった。

A学院では、基盤となる寮生活は安定しており、「生活を通じての教育」が実践されていた。性非行行動の変化に焦点をあてた新たなプログラムを施設全体の処遇の中的に的確に位置づけるため、プログラムについての説明と職員研修を繰り返し、試行に向けての施設全体の合意を徐々に形成した。またA学院および児相の関係職員に対しては、プログラム開始前、中間期、修了後に報告会を実施した。

##### 2) 性加害行動変化のための治療教育プログラム

###### ①実施のための準備

並行して、A学院の所属する地方公共団体の児童相談所におかれていた「性非行研究プロジェクトチーム」と連携し、筆者がA学院とA児相の無給非常勤嘱託職員の委嘱を受けることで、三者でチームを形成し、具体的準備にあたった。治療担当者の研修を実施し、少年院で使用したワークブックを中学生にも理解しやすいよう三者チームで改訂し、他生に性非行の治療教育を受けていることが露見しないよう、寮担当者とも相談の上、教材の管理、自習時間の確保等の手段についても綿密に立案した。

グループ治療を実施する合意は得られなかったため、個別指導とし、4名の性加害少年に対し、4名の職員（筆者らおよび児相心理職2名）が個別面接によって指導を行い、指導後、4名でグループ・スーパービジョンを行った。対象少年は、性加害行動が問題となり、ワークブックを読んで宿題ができる程度の学力を有し、生活が安定している少年の中か

#### IV. 行為障害の治療

ら、各寮から1名という条件で、A学院と児相が協議の上選定した。これらの準備に約3ヶ月を費やした上で、平成17年7月～概ね18年3月にかけて、できるだけ定期的に月2回、1時間半の面接を20～20数回継続した。

##### ②プログラムの内容

プログラムの内容に関しては、藤岡（2006）を参照されたい。簡単に述べると、本プログラムは、ワークブックを読み、課題を行い、その課題について面接者と話し合うことによって、性加害や虐待・被害、責任等について教え、考えさせていく。まず、性加害行動が放置すると再発する危険性が高いことを教え、これまでの生活を振り返り、面接者と分かち合いながら、信頼・協働関係を構築し、かつ変化への動機づけを行う。変化への動機付けができてきたところで、過去に行った性加害行動や性加害ファンタジーについて開示し、犯行にいたる過程を認識していく。ついで本人の被虐待あるいは被害体験について振り返り、気持ちを動かしていく。その上で、被害者について教え、最終的に、自身の犯行にいたる警告サイクルと犯罪サイクルを明らかにした上で、自ら介入プランを作成する。同時に、自他の気持ちに気づくこと、性犯罪を可能にする向犯罪的な認知を修正し、言葉によるコミュニケーションの力を育成して、自信をつけさせていくことを狙いとしている。

##### ③プログラムの評価と考察

再非行率については、今後の追跡調査を待たねばならないし、しかも厳密な無作為割付による効果評価研究ではないので、プログラムが再非効率を低下させたか否かについては確かなことは言えない。ただし、全員が寮生活には支障なく、あるいはむしろさらに充実した生活をおくっていると評価されつつ課題を含めてワークブックを最後までやりとおし、プログラム以外では困難であった事件の詳細について言葉にすることができ、自己の警告サイクルと犯行サイクル、そして自分なりの介入プランを作成できた。自らの被害体験の振り返りと被害者への共感は、かならずしも十全とは言えなかったが、犯行についての説明・再犯防止の責任を果たそうとする心構えは形成された。しかし、謝罪・賠償責任については、まったく不十分なままである。プログラム前後に、J-SOAP IIと「僕のチャレンジ」、バウム・テスト、TATによって行った評価によれば、再犯罪のリスクは低減し、自己の形成と対人関係の発達が促進され、本人たちの参加への満足度も高かったことが認められた。

A学院および児相の心理職員にとっても、9ヶ月間にわたって継続的に面接を続け、ワークブックとスーパービジョン、そして組織全体の支援によって、ぶれることなく「性非行行動」を変化させるための働きかけを行ったことにより貴重な経験と自信を得ることができた。職員により温度差はあるが、組織全体として、この取り組みを継続することとなり、翌年度も同様の枠組みで継続されており、施設全体の中に位置づけられるプログラムとしての承認を得たと考える。

##### 3) 保護者への働きかけ

少年院におけるプログラムとの最大の違いは、本試行では保護者への働きかけを充実させることができたことである。対象少年がより年少であり、また児童福祉の枠組みの中にある児童自立支援施設での試行であること、そしてA学院とA児相との連携が密であったことから、それが可能になった。対象児童候補を選定した段階から、従前からその少年を担当している児相のケースワーカーが保護者に対してプログラムの説明と参加への同意をとる作業

を行い、その後、A 学院職員が本人への説明と参加の同意をとるとともに、事情があつて来所できなかった 1 名を除いて、プログラムの開始後まもなくと修了直前に、面接者その他の担当者から保護者への説明、連携・協力依頼を行った。

保護者はプログラムに積極的・協力的であり、さまざまな懸念や心配を相談してくることが見られ、またこちらとしても治療教育に役立つ情報を得ることができ、何より A 学院を出て、自宅に戻った際の介入プランの実行についての説明と協力を依頼できたことが大きい。修了前の本人・保護者・担当者の面談においては、本人のサイクルおよび介入プランを保護者に提示し、協力を依頼することで、保護者への教育的働きかけや、本人と保護者のコミュニケーションの改善を図ることができた。

プログラム修了後すぐに出院した 2 名に対しては、1, 3, 6, 9, 12 ヶ月後に本人と保護者に対し、手紙とチェックリストでアフターケアを実施している。こうしたアフターケアの枠組みをきちんと作り、本人と保護者にも説明し、同意を得ておくことで、児相のケースワーカーからの働きかけもより効果的に実施できると考えている。

## (2) 女子非行少年に対するグループワークの試み

性非行と言えば、男子の加害行動もさることながら、少女の性逸脱行動を中心とする非行も重要な問題である。男子性加害少年へのプログラムを試行した翌年度、女子を対象にグループによる治療教育を試行することができた。ここでも、グループワークに関する説明と職員研修を繰り返し、施設全体特に女子寮担当職員の理解と同意を得ることにまず努めた。

男子の性非行と女子の性非行とは、前者が性加害行為を主とするのに対し、後者は売春などの「被害的」性非行を主とすることから、どのようなグループの内容にするのかに関して適切な方向性を見出すために、本分担研究の一環として、まずは女子の性非行を中心とした非行行動の実態と性被害体験に関する調査を実施した。

### 1) 女子非行少年の非行行動と性被害体験に関する実態調査から

女子非行少年・児童の非行行動と性被害に関する調査を、女子少年院 2 庁 (N=126 名) 及び児童自立支援施設 5 庁 (N=71 名) の総計 N=197 名 (年齢レンジ 12-21 歳:平均 16 歳) に対し、任意回答で調査協力を依頼し、各施設で集団実施の上、無記名で封筒に入れ封をして提出する方式で回答を回収した。

①少女の性非行は、売春などの受動的性非行が大多数を占めるが、少数ながら性加害行為を行っている者もいて、両者は性非行の機制も異なることから、治療教育のターゲットも異なる、②強姦被害体験率 63%など性被害体験は非常に多く、かつ性被害体験が自傷経験および孤独感の強さと関連がある③物質乱用も広範に見られ、かつ物質乱用と性問題行動には関連があるといった結果から (藤岡・寺村, 2006)、女子の性非行に関しては、まずは多数派である受動的性非行に留まる者に対し、①売春による利得追求の背景にある孤独感や自己評価の低さもターゲットにすること、②被害体験を扱うこと、③物質乱用や自己を傷つける体験も扱うことを目標にグループを行うこととした。

### 2) グループの枠組み

夏休み期間を利用し、1 日 2 セッション (午前、午後に各 90 分のセッション) を計 6 日間行った。参加メンバーは、受動的性非行のある者から各寮の担当者が選定し、個別面接で参加への同意を得て、14 ~ 15 歳の 6 名が参加した。大人は、グループリーダーとして筆者と当該

施設の心理職、およびガーディアン・エンジェルと呼ぶ当該施設保健師、性教育講師、親グループ主宰者、当該施設退院生の4名で、全員女性である。グループ前後に評価表を実施した。またメンバーは、毎回日誌および特定の宿題を課された。

### 3) グループの経過

#### 第1回～第3回：マイ・ライフ（人生を振り返る）

秘密保持の原則とその限界などについて説明した後、「ブラインド・ウォーク」などのアクティビティによってグループのまとまりを作り、雰囲気明るくした後、「私が10歳だったころ（目を閉じ、教示に応じて想起していくワーク）」および課題として出されていた「マイライフ（楽しかったこと、嫌だったこと、混乱したことをシートに記載し、皆に話す）」などを題材に、これまでの体験を共有した。

家族や友達との楽しかったたくさんのことと同時に、両親の離婚、DV、親との葛藤および身体虐待被害、性被害などの被害体験がなまなましく語られた。その中で、「(ひどい目にあったのは)自分ひとりではない」というつながりを持ち始める。

#### 第4回～第6回：変化の目標となる行動を再評価する

小学校高学年から中学生時代にかけて、「楽しかったこと」として圧倒的に「非行体験（遊び、自由、非行）」が多くなる。嫌だったことも、暴力被害、鑑別所に入れられたことなど非行がらみがほとんどである。情報提供として、ガーディアン・エンジェルのうちの保健師および性教育講師から、薬害・性教育に関する講義を行い、「女神の天秤（非行行動の短期的・長期的メリットとデメリットを再評価するワーク）」を実施する。「欲しいものが手に入る、何でもできる、金ガッポ、楽しい、友達ができる、もてる、色気で人を操れる」等々「今楽しいこと」はたくさんあるものの、「施設に入る、おいていかれる、友達減る、変な目で見られる、迷惑かかっている」等々「将来嫌なこと」も多いことを確認する。そうはいうものの、あるいはそれだけに、「家出も飲酒・喫煙も、セックスも水商売も大人になれば問題ない」という主張がなされ、雰囲気は重苦しいものとなった。

#### 第7回～第12回：変化に向けて希望を持つ

ガーディアン・エンジェルであり、現在は大学生である退院生から、彼女自身の「非行への道のりと回復の過程」を語ってもらい、それを警告・非行サイクルおよび介入プランのモデルとして提示し、一人ひとりが自分のサイクルと介入プランとを作成した。並行して、「小さい頃の夢」、「私はどうなりたいか」、「三年後の私」について課題や発表を行い、非行以外の生き方、真に望む生き方に目を向けるとともに、「私の持っているもの」というワークを使ってお互いに肯定的なフィードバックを与え合い、希望を実現するために使えるリソースに焦点をあてた。一人が耳下腺炎のため第9回以降欠席となったが、その他のメンバーは、自身のサイクルとそれを変えるための介入プランについて具体的に作ることができ、メンバー間の活発な相互交流が行われて、当初視線を合わせず、発言もできなかった少女たちが、表情も明るく、積極的・前向きな発言を行うようになった。

### 4) 評価と考察

ここでも再非行率による処遇効果の評価は不可能であるが、メンバーたちからは、参加してよかったという非常に肯定的な反応とともに、あらかじめ作成した評価表およびバウムテストによる事前・事後の評価によって、不眠・抑うつ感の改善、希望の増大が認められた。本人たちの参加しての満足感も非常に高く、また寮担当者からは、「寮内生活への支障はな

かったし、むしろ生活への取り組みが前向きになり、寮担当者や保護者とのコミュニケーションが改善された」という評価を得た。

ずっと以前に「同情するなら金をくれ」というドラマのセリフが流行したことがある。少女たちの話を聞いていると、加害行動でなくとも、たとえ外からは「被害」と見られる側面が強くとも、彼女たちにとっては「非行はパワー」であることを改めて再認識する。より人生の早期に、より暴力的環境の中で生育してきた少女たちにとっては、さまざまな被害体験の中で、つまり適切なパワーを奪われた状況の中で、「非行」はパワー獲得の一手段としての側面があることは否定できない。被害者相談室に来談する被害女性たちは、ある意味で来談するだけのパワーを持っている人たちであるのかもしれない。長期的にみて非適応的である面が大きいとは言え、彼女たちからある種のパワーを再度奪うからには、より適切なパワーをもてる希望と支援、実際の効果が不可欠である。必要なのは、エンパワーであり、たんなる同情や救済は彼女たちにあらたな加害となるのではあるまいか。認知の変化と感情の変化がそろった時、行動の変化は訪れる。そして、社会的責任を果たす構え、自信、実力がそろった時、再犯をしないという変化は維持される。

同時に、腕を磨き、人とつながることによってエンパワーされる必要がある。治療教育のガイドラインを作り、治療教育およびスーパーヴィジョンとバックアップ態勢の体制を整えること、それが今喫緊の課題であると考えている。

## おわりに

当初は、少年と少女の性非行を統合的に理解し、効果的治療教育の方法を考案することは困難であると考えていた。しかし、男女の生物的・社会的違いにより、一見性非行の態様は異なるものの、どちらも対人関係における真のパワーを剥奪されている時、誤ったパワーの使い方として、「性非行」が行われていることが次第に見えてきた。したがって治療教育のポイントとなるのは、自他を傷つけるパワー乱用の手段としての非行を捨てさせ、代わりに適切なパワーを強化させることである。ここでいう適切なパワーとは、自信とコミュニケーション力である。さらに言えば、自他の気持ちに気づき、気持ちや考えを言葉でやり取りして欲求や行動を統制・調整できるといった人格の力である。これを実現するためには、グループを活用することが最適であり、治療教育的環境と適切な学びのプログラムと保護環境の調整の3つがそろえば、どの少年少女もあらたな暴力や犯罪に頼らない生き方を学びなおすことは可能であると考えている。

## 文 献

藤岡淳子(2006)『性暴力の理解と治療教育』誠信書房

藤岡淳子, 寺村堅志(2006)「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」『子どもの虐待とネグレクト』8(3), 334-342

藤岡淳子, 浅野恭子(2007 刊行予定)「被虐待体験のある非行少年への支援方法について～性非行を中心に～」『精神療法』33(2)

## V. 事 例

### 1. 虐待経験を持ち幼い頃から反社会的行動があった行為障害の男児

東京都児童相談センター 蓑和路子

#### 家族歴

同胞2人中第1子、妹あり。母方祖父母は、母が12歳時に死亡。父方祖父母は不明。母は父の激しい暴力を受け、半ば監禁状態にあったが、恐怖感が強く父の元から逃げることはできなかった。父は一時就労していたものの、ギャンブル好きで多額の借金があった。本児が2歳の時に、その借金を残して内縁関係の女性と出奔し、以来行方不明である。

#### 生育歴

妊娠40週の分娩中、心音が下がり帝王切開にて出生している。始歩は1歳1ヶ月、初語は3歳であった。父の家出後、母はその借金を返す必要に迫られ昼夜働き、帰宅は夜中となる生活であった。それでも借金を返しきれず、家には借金を取り立てる電話が頻回で、借金取りが玄関先で怒鳴ることも繰り返された。本児はそれを目撃して怯え、押入れの奥で震えていたという。母は、父の面影を児に重ねて強い怒りを感じつつ育てていた。

2歳より通った保育園では、本児は顔色が悪く痩せ気味で、服はいつも汚れているのが観察された。子どもらしい無邪気さに欠け情動の易変性があり、遊んでいても突然他の子どもに噛み付く、叩くなどの暴力があった。例えばおもちゃが手に入らないと叫び続け、一度調子が崩れると大人の声掛けがまったく入らない状態になった。さらに保育園では、肩の脱臼、臀部の痣、下肢の水疱が確認されたが、保育士が傷について問うと、母子ともにプロレスごっこの傷だと主張した。そのため保育園では虐待の確証が得られないと考え通告しなかった。

4歳頃より、時々深夜まで近所を徘徊する姿が目撃された。空腹時に近隣の商店で菓子を盗み、また遊戯王カードや文房具なども万引きするようになった。

小学校入学後は家出、外泊を繰り返し高額な商品を盗み、そしてそれを隠すための巧みな嘘もつくようになった。母は盗みに対し、激しい体罰を与えるのみで、商店に本児と謝罪に行くとか、警察に連れて行くなどの対応は行わなかった。

学校では、他児童へのちょっかいや喧嘩が頻繁で、授業中椅子を倒したり、鉛筆などを投げることもあるため、授業が成り立たないことが問題となった。

小2(7歳)時、担任教諭から、児童精神科受診を勧められた。しかし、母は学校の対応の悪さによると考え、学校を非難し従わなかった。さらに、学校から母の付き添いを要望されたが、母はそれを拒否し登校を禁止してしまった。学校は、日頃本児と妹に服装の汚れがあり、給食時に異常な食欲を示すことから母親のネグレクトを疑っていたため、この登校禁止を機に、児童相談所に二人について虐待通告した。児童相談所は調査の上、まず妹をネグレクトで、本児を非行の理由で別々に一時保護した。本児は保護時の心理面接で保護の理由を聞かれても答えず、「連れてこられた」と繰り返すのみだった。また「妹が強制送還された。虐待したと言われて、母が牢屋に連れて行かれる。(児童相談所に対して)脅迫状を書こうかと思った」と、児童相談所への恨みを語った。そして、妹の保護は本児のせいであると母に攻め立てられること、児童相談所や学校に追い詰められたと感じた母が、手首を切って自殺を図ったことも語られた。児童精神科医による面接の結果、反応性愛着障害、行為

障害の診断と、多動性障害の疑いが指摘された。

### 児童養護施設での生活

この一時保護を経て、小4までの2年間を児童養護施設で生活した。入所後すぐに他児からお金を盗むことや、近隣の商店からカード、菓子、文房具などを万引きすることが始まり、理由を聞かれると「欲しいと我慢できない」と話した。また、学校に行き渋ることが多く、職員の促しに反発し、時には怒って包丁を振り回して威嚇し、職員数人によって取り押さえられることもあった。登校しても、授業中机にうつ伏し、注意を受けると机を蹴り倒し教室を飛び出す状態であった。様々な働きかけにも関わらず、半年ほどでまったく登校しなくなった。施設内では、年下の子どもに支配的に振る舞い、理由なく威圧した。また、無断で外出し、無賃乗車、盗みを繰り返した末、遠方で見つかリ連れ戻されることがあった。

このような状態に対し、施設と児童相談所はできる限りの支援を行った。施設では、ケースカンファレンスを繰り返し行い、本児の逸脱行動の意味を考え職員が一致した対応をできるように意見交換を行う時間を設けた。注意や叱責よりも誉めることを多用することで子どもの良い行動を引き出すことを目指すペアレントトレーニングを職員が学び、養育技術の向上を図った。施設心理職員は、定期的に心理セラピーを行い、本児が肯定的な対人関係築くことができるよう働きかけた。児童相談所職員は訪問と面接を継続し、本児が施設での生活をがんばれるよう意識付けと励ましを行った。さらに、児童精神科医は、怒りの制御を治療目標とし薬物療法を始めている。夏休みには、児童相談所の情緒障害児に対する宿泊治療プログラムも利用した。学校も施設と話し合いを重ねる中で本児への理解を深め、担任教諭が勉強の負担を軽減したり個別指導の時間を多く設けるようにした。

このような働きかけにより、本児も学校への拒否感が緩和して落ち着いて過ごせるようになるなど、徐々に怒りの程度が軽減してきた。ただし、母を慕う気持ちは強く、母が学校行事に来ることができないと、その直後はひどく暴れることは続いていた。

### 家庭復帰

小4の冬になると、児童福祉司の継続指導により、母は虐待を行った事実と自らの本児に対する怒りを認めることができるようになった。そして、母は夜間の仕事をやめて日中のみ仕事をするようにしたので養育する準備ができたとし、引取りを要求した。児童相談所は自宅への外泊を認め、母子関係と、外泊前後の本児の状態が安定していることを確認した後、家庭復帰を拒否した妹は児童養護施設に残し、本児のみを家庭引取りとした。

施設退所後数ヶ月は、学校にも順調に通い母の状態も落ち着いていた。しかしその後児童福祉司が電話や訪問しても母子が不在のことが多く、連絡がとれない状態となった。

小5の秋、路上で自転車の横領、近所の本屋から十数冊の本を盗み中古店に売って、金を得ることを繰り返したことが発覚し、本児は警察から児童相談所に身柄通告された。保護して調査すると、母は再び夜の仕事に戻っており、帰宅は23時を過ぎるなど子どもの養育が適切に行われていないが明らかとなった。保護に対して、本児は激しく抵抗し、また母と引き離すつもりかと児童相談所を攻撃した。保護所では、常にイライラし、職員には反抗的な態度で、他児童を威圧した。本児の非行が年齢を経るごとに劣悪化し、再犯を予防することが極めて困難であると児童相談所は判断し、自立支援施設の入所を決定した。

## 児童自立支援施設

課題とその枠組みが明瞭な児童自立支援施設の生活の中で、徐々に行動は落ち着き穏やかにすごせるようになった。年長時の多い集団では、本児は極めて従順であったため、トラブルをおこすことは少なかった。自立支援施設内の学校では、小学生は数人であったため個別対応となり、勉強の取り組みもよかった。中学卒業まで児童自立支援施設にいることを児童相談所は勧めたが、入所後1年間安定している本児をみて、母は中学卒業まで施設入所を続けさせるのはかわいそうだと主張し、引き取ることを希望した。一方本児は、精神科医との面接の際、言葉では「こんなところに入るのは嫌だからもう盗みはしない」と言うが、盗みに関する罪悪感には極めて乏しかった。それについて母は、父親が借金をつくり責任をとらずに行方不明になっているので、それを幼少時から見ている本児は、人の金を使うことへの罪悪感が全くないのだと思うと話し、本児の罪を父のせいにする考え方を示した。母の他罰的な傾向は治らず、本児に対する社会規範の指導が不十分であるとして家庭復帰は時期尚早との意見もあった。しかし、児童相談所に母子で通所し、社会規範に関する認知の修正を行うような指導を受けることを約束し退所となった。

## 家庭復帰

退所後しばらくは登校し、18時の門限も守っていた。しかしほどなくして、母は数ヶ月前に知り合った男性の元に外泊することが多くなった。母が長期に家を留守にすると、本児は学校を欠席することが増えた。また、中学の同級生から数万円を脅し取る、DVDを友人の家から盗むなどを繰り返していることが判明した。担任教諭が家庭訪問したところ、半年位家賃を滞納していること、部屋の中は散乱して足の踏み場もない状態であることが確認された。問題を感じた学校は頻回の家庭訪問で本児と母を説得し、警察に同行して事情聴取と指導を受けさせた。しかし、その後も安定した登校とはならず、盗みや恐喝が繰り返された。この頃になると、母は本児の状態が父に酷似していると強い憎悪と拒否を示した。本児は面接では、わざとおちゃらけて見せ表面的な会話しかしなかった。しかし時折、「あの人(母)は家なんかいないよ」と母に見捨てられた強い孤独を示すこともあった。中2に進級した頃、児童福祉司が家庭訪問したところ家は不良仲間の溜まり場と化し、部屋の中は酒の空き缶、煙草の吸殻などが散乱していた。さらに、その不良グループは振込み詐欺を行っていることが警察の調べで明らかとなり、リーダー格の男児は少年院に措置され、本児は児童相談所に一時保護となった。

## 検査所見

神経所見：ソフトサイン陽性

心理検査： WISC - III : IQ86 VIQ86 PIQ89

検査：脳波では年齢に比し、徐波が多い。

## まとめ

本児は乳幼児期から家庭内暴力を目撃、母からの身体的虐待及び心理的虐待を受けて育った。虐待の背景には、借金を残し失踪した父に対する母の怒りや恨みが父親似である本児に向けられたことが挙げられる。このため、本児は基本的信頼感を獲得できず、この過酷な養育環境の中から逃げるように幼児期から非行を行っている。関係機関は、本児の母への強い思慕に圧倒され母の養育能力の不足を軽視してしまった。母は父への怒りと憎悪を本児にぶつけるのみで本児の倫理観を育てようとはせ

## V. 事例

ず、最終的には本児から逃げてしまい、本児は非行集団に所属して孤独を癒す結果となった。要するに、非行の抑止力の一つとなる十分な養育環境を整えることができないまま、非行がエスカレートしてしまった症例である。

本児は児童養護施設、児童自立支援施設などの適切な養育環境の中にあれば、一定の発達を促すことができた。現在は中学生であり、発達的には肉体的及び精神的に社会的な自立へと経過する重要な時期にある。さらに、14歳は反社会性を最も受け入れやすい年齢である。この時期に、社会的に自立できる能力を適切な養育環境下で十分に育むことが大変重要である。母親の養育能力の改善は極めて困難であると予測され、児童自立支援施設退所後も児童養護施設あるいは自立援助ホームを利用し、健全な意味での社会的自立につなげることが、本児の更生に必要である。

## 2. 広汎性発達障害を併存障害にもつ行為障害事例の入院治療

日本医科大学精神医学教室 成重竜一郎

### 症例)

初診時 15 歳 男児

#### 【主訴】

家庭内暴力，不登校

#### 【家族歴・発達歴・生活歴】

同胞二人の第二子長男として出生し，上には3歳違いの姉がいる。両親とも大学卒で，父親は公務員，母親は専業主婦である。3歳時より私立幼稚園に通園し，小学校は公立小学校に進学したが，小学校5年生時に父親の転勤に伴い転居したため，別の公立小学校に転校した。中学校は中学受験をし，進学校である中高一貫の私立中学校に入学した。初診時は中学校3年在学中であった。

定額3ヶ月，はいはい7ヶ月，始歩11ヶ月で乳児期に身体的な発達に問題はなかった。どちらかというとおとなしく手のかからない子であり，人見知り，後追いは目立たなかった。1歳以降は一人遊びが多く，積み木を並べたり積み上げたりすることや，パズルを好んだ。テレビは好きで，特に好きなアニメのビデオを見させておけばおとなしくすごしており，本人自身も繰り返し気に入ったビデオを見ることを望んだ。ただしテレビを見て動作の真似をすることは少なく，ごっこ遊びも5歳頃までは好んでやることはなかった。始語は1歳6ヶ月，二語文は2歳3ヶ月で，言葉の増え具合には問題なかった。幼稚園に入園した際には当初登園を渋ることが多かったが3ヶ月ほどで慣れ，積極的に他児と関わることは少なかったものの，他児に誘われて一緒に遊んではいた。頑固さ，融通の利かなさは目立ち，急な変化があるとうまく動けない傾向はあった。幼稚園では行動面での逸脱はほとんどなかったが，一度幼稚園の年長の頃，自分の思った通りにならなかったためにその日の日課を拒否し，母親が幼稚園に呼び出されたことがあった。

小学校低学年の頃は大きな問題はなく，消極的ながら同級生との交流もあり，何人かの親しい友人に誘われて一緒に遊ぶことが多かった。学校ではおとなしく，授業中もまじめに取り組み，学習面での成績は小学校を通じて上位だった。本人自身も勉強には自信を持っていた。小学校高学年頃から軍用機に特別強い興味を持つようになり，軍用機に関する雑誌，図鑑，写真集等を買って読みあさっては細かいスペックを暗記し，また軍用機のプラモデル作りやゲームにも熱中していた。小学校5年生に進級する際に転居に伴い転校したが，転校後なかなかクラスになじめず，一部の同級生から『おたくっばい』とからかわれたこともあり，登校前に頭痛，腹痛等を訴えて登校を渋ることもあった。

#### 【現病歴】

X-2年4月，私立中学に入学後，教室内では目立たないが何事もまじめに取り組むため同級生からも信頼され，2年生の1学期には学級委員も務めた。ただし同級生や担任教師からは機転が利かない，融通が利かない面があるという評価はされていた。成績は辛うじて上位3分の1以内を維持していたが，成績は思うように伸びなかった。特に英語は他の教科と比べても成績が悪く，本人自身も苦手意識が強くなっていた。そのためX-1年3月，1年生の3学期より英語の試験の前日から当日にかけてはいらいらした様子や身体的な不調を訴えるようになっていた。

X-1年6月，1学期の中間試験でそれまでも自信のなかった英語で悪い点数を取った後，特に英語の授業がある日を中心に登校しぶりが出現するようになった。この頃より母親に対して異常にべたべたすることが増え，夜母親のベッドにもぐりこんでくるようなことがある一方で，母親に対して無理

## V. 事例

な要求をし、受け入れられないとかんしゃくを起こすことが少しずつ認められるようになった。X-1年7月、英語の期末試験の前夜に自宅で激しく興奮し、英語のノートや教科書を窓から投げ捨ててしまうことがあった。結局翌日の英語の期末試験は欠席し、その後完全に不登校となった。不登校となった後生活は昼夜逆転し、好きな戦闘機のゲームに没頭してほぼ一日を過ごすようになった。『同級生に会うのが怖い』と日中外出することはほとんどなかった。

X年3月、父が仕事の都合で単身赴任することとなり、その頃から母親に対する攻撃的行動はよりエスカレートしていった。ゲームやプラモデルを買いたいと母親に頻繁にお金を要求し、受け入れられないと母親に対して激しい暴力をふるい、家の中の物を投げたり壊したりすることも多くなった。お金に関しては母親の財布から勝手にお金を抜き出して欲しいものを買うために使うこともあった。また母親の些細ないい間違いや聞き間違いなどにも過敏に反応してそれを責め、やはり母親に対する暴言や暴力につながった。興奮した際には決まって『お前のせいで俺はこうなった』、『俺の人生をどうしてくれるんだ』と母親を激しく責めた。ただし父親が帰宅しているときには比較的攻撃的な行動は少なく、攻撃性が父親に向くことは稀であった。

X年5月より母親のみ息子の暴力について精神科で相談をしていたが、本人の暴力が悪化していくため担当医の勧めにより入院を決意、本人も父親の強い説得により来院し、X年8月2日医療保護入院となった。

### 【入院時の様子】

来院時は担当医に対しても拒絶的で投げやりな態度やいい加減な返答が目立ったが、担当医が入院を本人に言い渡すと一転して泣き出し、母親に対して『見捨てないで』とすがりついた。ただし病棟職員数名が病棟から迎えに来ると全く反抗することなく素直に応じ、入院後は一時的に個室施設となったものの個室で特に何か訴えるわけでもなくおとなしくすごした。

### 【検査所見】

WISC-III FIQ=104, VIQ=100, PIQ=107

脳波検査 正常脳波

### 【診断】

DSM-IV-TRの行為障害の診断基準中、他人への脅迫・威嚇、身体的暴力、所有物の破壊、窃盗の4項目を認め、10歳以前には症状が認められていなかったため、『312.82 行為障害、青年期発症型』と診断される。ただし行為の対象が母親に限局しているため、ICD-10では『F91.0 家庭限局性行為障害』にあたる。

加えて幼少期には人見知りや後追いの弱さ、真似の少なさで示されるように他者への興味が乏しく、学童期以降も対人関係は受動的であり、社会性の問題が認められた。また固執傾向、融通の利かなさも強く認められていた。DSM-IV-TRでは自閉性障害と診断できるほどではないが、その傾向は認められ、『299.80 特定不能の広汎性発達障害』と診断される。ICD-10では『F84.1 非定型自閉症』にあたる。

### 【入院後経過】

sodium valproate 800 mgの内服を開始したが、入院直後より職員や担当医に対して攻撃的な言動を見せることもなかった。指示には素直に従い、むしろ初めはおどおどした様子が強く認められた。入院前の暴力に関して振り返らせると、『もう絶対しないと決めました』と深く反省をし、入院治療に関してもあたかも自分で希望して入院したかのように積極的に受け入れた。入院後1週間で個室施設は終了として一般病室に移ったが、他者に対する攻撃的な言動は全く認められなかった。入院後2

週間目の母親との面会時も特に攻撃的な様子を見せることもなく、入院後3週間で行った自宅外泊も父親と一緒にいたこともあったが全く攻撃的な様子を見せることもなかった。X年9月、本人及び母親の希望により3年生の2学期にあわせて病棟より登校を再開することとなったが、登校することの不安を強く訴えるため、paroxetine 20 mgを追加し、それにより何とか登校することができた。しかし2学期の中間試験を前に再び興奮状態を呈し、結局試験は受けられなかった。本人は『もしできなかったらと思うと怖い』、『もし悪い点数を取ったら同級生にどう思われるか』と試験を受ける不安を訴え、試験の点数だけで判断はされないことを話しても、『せめて70点はとらないといけない』と試験の点数に対して強くこだわりを見せた。2学期の期末試験でも同様の状態を呈したため、学校側は高校への進学も考えてくれたもののこのまま続けていくのは困難と判断し、高校はチャレンジ・スクールへの進学を勧めた。それに対して本人は『先が見えないのが不安』と原籍校から離れることに強く抵抗を示した。しかし両親からの強い説得によりしぶしぶチャレンジ・スクールを受験して合格、合格後は一転して『この学校が僕には一番合っている』と言い、前向きな様子を見せた。高校が決まったのを機にX+1年3月28日軽快退院となった。退院後は順調に登校しており、家庭内での攻撃的な行動も認められておらず、薬物治療も終了となっている。

### 3. 注意欠陥 / 多動性障害を併存障害にもつ行為障害事例の外来治療

信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部 原田 謙

#### 症例

H 初診時 13 歳，中学 2 年生 男

#### 【主 訴】

周りの人間とうまくいかない、不登校

#### 【家族歴】

父 (42) 会社員，母 (38) パートタイマー，兄 (16) 高校生との 4 人家族。両親はスパルタ主義で手をあげることもあった。

#### 【性 格】

怒りっぽい(本人述)。やりたいままに動く。時間が守れなかったり、話をしても黙ってしまう。人懐っこい、素直 (母述)。

#### 【生活歴・現病歴】

妊娠・分娩に異常無し。満期正常産。言語、運動発達にも異常を指摘されたこともない。一人歩きできるようになった時から、じっと座っていることはなく、常に動き回っている子であった。小さい頃から我慢ができない子だった。小学校入学後は忘れ物、なくしものが群を抜いて多かった。提出物もほとんど出さなかった。しかし、担任が優しく大きな問題にはならなかったという。“戦い”に強い興味を持ち、「勝負したい」「人を殺したい」「自衛隊に入りたい」と言っていた。小学 1 年の頃、蟻を殺しては、その数をメモしていた。小学 3 年の頃、万引きも発覚している。小学 5 年では教室の窓ガラスを全部割るという事件を起こした。

中学校入学後は、担任が厳しく、授業中出歩く、よそ見をする、お喋り、忘れ物やなくしもの、決められた提出物を出さない、制服を着て行かないなどを厳しく指導された。中学 2 年になると、茶髪、喫煙、友人や教師への威嚇、度重なる授業妨害が問題にされた。クラスも荒れ出し父母会でも問題になった。担任と H の信頼関係は完全に崩れ、他のクラスメートからも距離を取られていた。次第に「学校へ行きたくない」と言うようになり、5 月の連休明けから不登校となった。

両親は、小さい頃から落ち着きがなかったこともあり、診断と治療を求めて、子どものこころ診療部を受診した。

#### 治療経過

##### 第 1 期 治療導入と不登校期 (X 年 6 月～X + 1 年 3 月)

初診時の H は受診にはさほど抵抗を示しているようには見えなかった。時折笑顔も見せながら、問われたことにはきちんと答え、威圧感や攻撃性は感じられなかった。病歴から ADHD の併存が疑われたため、その精査について提案すると「あぁいいよ」とあっさり承諾した。総じて言葉数は少なく、自分の思いは十分に表現できない印象を受けた。ただ担任の話になると目つきが変わり「あいつはぜってえゆるせねえ」と強い口調になった。

1 ヶ月後の再診で、検査結果を説明した。『VIQ=80, PIQ=100, FIQ=90。言語的な概念化、表現能力が低い。感情をうまく表現するのが苦手なために建設的に問題解決ができていく。情報処理は継時処理型でできそうなものに対しては要求水準が高いが、満たされないとすぐに諦めたり、反抗的に処理する。集中力はアンバランス。衝動統制が悪い。(検査報告より抜粋)』脳波・MRI 検査上は異常なかつ

た。半構造化面接では、ADHD の全項目、反抗挑戦性障害の 5 項目を満たし、広汎性発達障害の項目は満たさなかった。心理検査、チェックリストや診察結果も合わせて ADHD に反抗挑戦性障害が併存していると診断した。担任の先生との関わり方を含め、今後のあり方を一緒に考えることを改めて提示。さらに ADHD に対する Methylphenidate の効果と副作用を説明し服薬を勧めたところ、母子ともに同意したため投薬を開始した (20mg/day)。

通院は月 1 回としたが、3 回目の受診時には薬の効果が報告された。母子に対しこれまでの取り組みを評価し、継続した内服・通院を勧めた。けれども、服薬はすぐに滞り、母親のみの受診が続いた。端から見ると、内服は効果があるように見えるが、本人は飲むことに反発しているとのことであった。夏休み中に塾もやめ、昼間は寝て、夜ゲームセンターへ外出する生活となった。

9 月には担任に来院してもらった。学校での様子を聞くと、授業にでないで校内を徘徊したり、タバコを吸うなど反抗的な様子は変わっていない。学校としては授業参加や規則を守ることなど少しずつ働きかけて行きたいと考えているとのことであった。担任の先生には発達障害という観点から H の特徴を説明した上で、以下の提案をした。

- ・ H が心を寄せている先生を中心にかわりを深めてもらう。
- ・ 反抗的言動の後で気持ちを話し合う
- ・ 校内に居場所を作る
- ・ 乱暴や反抗は、その時に短く叱る
- ・ 規則違反については“〇〇したら××する”というルールを H に分かりやすい形で提示する
- ・ 対応は一貫性を持たせ例外を作らない
- ・ 係りでも先生の手伝いでも役割を与えて達成感を味わえる工夫をする

H は面接室では穏やかな表情を見せた。学校に行かない日のほうが落ち着いているとのことであった。反抗的な行動 (喫煙、金髪・ピアス・夜の外出・大型店で悪ふざけなど) は止まらなかった。H からはそうした話は出なかったので直面化はせず。母親には苦勞をねぎらい、いけないことはいけないと繰り返すことを勧めた。担任に協力を求めたものの学校側の強硬な姿勢は変わらず、H はますます態度を硬化させ、登校する気配のないまま、3 年に進級した。

## 第 2 期 再登校と同時にトラブルが再発した時期 (X + 1 年 4 月～ 8 月)

X + 1 年 (中学 3 年) 4 月、H は髪を染め直し登校するようになった。高圧的だった担任は学年の担当から外れた。

修学旅行は無事参加したが、その直後、一人のクラスメートを呼び出して、殴る蹴るの暴行を加えた。すぐに問題にされ指導を受けたが、そのことを悪いと思わず、「周りには誰もいなかった」「蹴った覚えはない」「じゃれていただけ」と悪びれなかった。反省文を書きなさいと言ったらラップの歌詞を書いた。

その事もあり、新担任に来院してもらった。前担任に話したことと同じことを話し、ぜひ実行してくれと話した。また、単純に内省を求めても難しいので、“どうして殴るようなことになったのか” “相手はそのときどんな風感じたか” “次に同じ様な事が起こったらどうしたらいいのか “を一緒に考えてほしいとお願いした。

面接で H は介入を拒絶するように不機嫌になった。暴力事件については「俺が話しかけるとビビるから殴った」「先生とか騒ぎすぎ」とうそぶいた。こうした共感性の乏しさは H の特徴であった。話の最中は笑顔もなく不機嫌で、さも嫌そうな顔をしているため、強く言えば治療構造そのものが崩

## V. 事例

れるような危うさを主治医は感じた。母親も「家では真剣な話にならない。『うるせえ』というだけ」と嘆いた。6月にHと殴られた子とその親が話し合いをもち、Hも一応謝った。それで7月から登校を再開することになった。

しかし、夏になると行動はエスカレートした。夜な夜な仲間と夜遅くまで騒いだ。無免許でバイクを乗り回したりもした。昼夜も逆転して再び学校に行かなくなった。面接で「このままだとどうなると思う？」と直面化しても「別に」と言うのみで、今の状態とその結果起こってくるのが結び付かないようであった。そうしたHは親とも担任とも主治医ともつながっていない印象であった。8月、廃工場を溜り場にしていて警察に補導された。主治医は両親に対して、これまで通り、枠付けを試みて押し返すこと。薬をきちんと内服すること。場合によっては、児童自立支援施設の利用も考慮すべきかもしれないと話した。そうした話をしながら、主治医は無力感を感じざるを得なかった。この時点で診断をADHD＋行為障害に変更した。衝動性・攻撃性に対する効果を考えRisperidon 1mg 1x 眠前を追加した。

### 第3期 高校進学から少年院入所まで (X+1年9月～X+2年8月)

補導された後の反省文では「気持ちも新たにやり直したい」と書いたが、謹慎が解けて再登校した日に下級生を“しめた”。母親には「無力感を感じると思うが、繰り返しにめげないでこれまでと同じように会話を重ね、是々非々で望むように」と話した。担任からは「きちんと薬を飲む」「補導されないよう行動を自粛する」ということを目標として提示された。面接では素っ気ない表情と会話が繰り返され、筆者の無力感も増大した。

しかし、兄からも“指導”してもらったことと、T高校の体験入学をしたこともあって、Hは夜出歩かなくなった。彼女が毎朝家に寄ってくれるようになって学校へも行くようになった。周囲が「Methylphenidateを飲んでると落ち着いて行動できる」と評価し、Hも渋々内服するようになった。時折思いが通らないと不機嫌になって暴れるというエピソードもあったが、普段は自分を抑えようと努力しているさまが見て取れた。

年が明け、HはT高校に合格した。母親にはこれでHの問題が解決したわけではなく、高校は高校で大変だと思うが、その都度話し合って行きましようかと伝えた。けれども、入学式直後に以前の仲間とバイク盗の現行犯で逮捕され鑑別所に入った。筆者も高校では何かは起こるだろうとは思っていたが、こんなにも早く、しかも重大な事件を起こすとは思わなかった。5月の面接では、さすがに少し照れたような、ばつの悪そうな顔をして外来を訪れ「鑑別所は地獄だった」と語った。

鑑別所ではかなり頑張ったようで、Hは保護監察処分になった。順守事項は、夜遊びをしない、盗まない、悪い友達と付き合わないなどであった。バイトも始めた。しかし、すぐに生活は元に戻り、仲間と夜遊び歩くようになった。つくづく懲りない子だった。はじめは保護司に対して寄せていた信頼も、「偉そうな態度」ゆえに無くなってしまった。筆者は精神療法的な面接に、認知行動療法的要素を取り入れ、問題行動の前後にどういう状況があったのかを本人に記録してくるよう伝えた。

こうした中、再び8月末にバイク盗を行い逮捕された。その後、審判でHの少年院入所が決まった。筆者はやはり、こうした行動は変化が難しいということを痛感させられ、落胆した。

### 第4期 少年院退院後から現在 (X+3年10月～)

少年院入所1年2ヶ月後に母親から電話があった。少年院から出所したHが筆者に相談したいと言っているのだという。1年ぶりに会ったHは、成長著しかった。見違えるように引き締まった表

情をし、受け答えがしっかりし、態度も落ち着いていた。Hは「T高校は来春から行こうと思う。それまでにヘルパーの資格を取って将来的には福祉の仕事に就きたい。でも物を失くしたり忘れたりが多く、自分がコントロールできないから薬を飲みたい」と語った。

母親によれば、今は落ち着いていて、何も問題は無い。バイトにも行っているとのことであった。筆者は高校生年代であるし、依存の心配もあるため薬は適応ではないと考えたが、Hのたつての希望であるため、高校卒業までに必ず薬を止めることを前提に methylphenidate の処方再開した。そして、今度こそ立ち直れようと、ねぎらいと励ましの言葉をかけた。

平成X+4年2月、Hはホームヘルパーの資格を取得したと笑顔で語った。母親によれば、今度は生活も乱れない。家に帰ってきて言葉数も多く、よく話してくれる。仕事で信頼されているのも励みになっているみたい。疲れて寝てしまうので、夜遊びに行くことなんか考えもしないとのことであった。4月からの高校の勉強になじめるかが1つのポイントだと思われたため、無理せず徐々にやっといこうと母子に告げた。

## 考 察

自分の非力さによるところが大きいと思われるが、Hに対して支援を行う上で困難を感じたのは主に以下の3つであった。

1つ目はHと“つながっている”感覚が持てなかったことである。

Hは学校での問題行動、担任への反発、そして登校拒否という問題を抱えて筆者の外来を受診した。しかし、Hは心を開けなかった。これには、「大人への怒り」「罰」への反発そして「精神科への抵抗」という3つの要因が影響していたと思われる。

最近Hが語ったことによると、彼は厳しい両親や高圧的に怒る担任に強い憤りを抱いていた。行為障害は、その憤りが招いたものと考えられる。けれども結果として彼は病院に連れてこられた。Hはそれを“罰”と受けとったのではないであろうか？さらに筆者は親子に発達障害という診断を告げた。彼は病院に来るたびに“自分は障害児”という認識を深め抵抗を感じていたと推測される。

今にして思えば、Hに対して、受診に対する態度や筆者が感じた抵抗、“罰”と感じているか否かについて、もう少し率直に問いかけたほうがよかったかもしれない。いずれにしても、これらの要因から、筆者はHと“つながっている”感覚がなかなか持てなかった。

2つ目は、発達障害故の面接の深まらなさである。これには「言語能力の低さ」、「認知の歪み」や「不注意」が関連していたと思われる。

Hは何を聞いても「別に」とか「わからない」と答えることが多く、返答は単語か単文で、やり取りは単調であった。状況の説明や心情の表現も乏しかった。痛めつけてきた相手に「話しかけたらビビったから殴った」という論理展開はどこかで認知が歪んでいるとしか考えられなかったし、随所に不注意さが認められた。これらの問題が具体的な事実を取り上げることを困難にし、面接の深まらなさを助長していた。

3つ目は、問題行動の取り扱いの難しさである。

こうした子ども達への支援の理想的な展開としては、信頼関係を築いた上で問題行動に共同して向かうというものである。Hとつながれなかった筆者は、次の段階である反抗や反社会的行動に焦点づけるという作業に取り組むことができなかった。だから、Hの問題行動は軽減せず、結局少年院に入るという展開となった。

また学校側は、反抗・反社会的行動の背後に存在する怒りや、基底に存在する発達障害という視点