

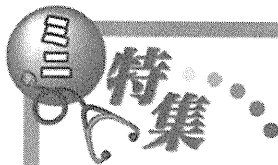
心的外傷関連障害

大阪府こころの健康総合センター

亀岡 智美

小児科臨床 別刷

64 : 2011-5



7. 心的外傷関連障害

大阪府こころの健康総合センター かめわかさとみ
亀岡智美



KEY WORDS 心的外傷

子どものトラウマ

PTSD

TF-CBT

認知行動療法



Satomi Kameoka

I. 心的外傷とは

心的外傷とは、「本来個人が持っている能力では対処できないような外的なできごとを体験した時に被るストレス」を意味する。一般的なストレスとは異なり、非可逆性を伴ったものであるとされている。身体外傷にたとえると、機能の回復が困難な外傷、あるいは、機能が回復しても瘢痕など外傷の痕跡がいつまでも残る程度のものに相当すると考えられる。

個人の対処能力に差異があるため、心的外傷の範囲は相対的なものにならざるを得ないが、米国精神医学会の PTSD 診断基準¹⁾ A 項目 (DSM-IV) では、「(1) 危うく死ぬまたは重傷を負うようなできごとを1度以上体験、または目撃した。(2) 強い恐怖や無力

感または戦慄などの反応を示す。子どもの場合は、まとまりのない興奮した行動として表出されることもある。」と規定されている(表1)。さらに、子どもでは、年齢不相応な性的体験は、心的外傷体験にあたりとされている。

心的外傷の原因となるようなできごとの例を表2に示す。もちろん、心的外傷を体験した子どもたちのすべてが病理的になるわけではない。その一方で、臨床的には、DSM-IVのA項目に厳密には合致しなくとも、さまざまな精神医学的症状が認められるために、治療の対象となる症例も少なくない。

表1 心的外傷後ストレス障害 (PTSD : Posttraumatic Stress Disorder) 診断基準¹⁾

- A. 患者は、以下の2つがともに認められる外傷的なできごとに曝露されたことがある。
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うようなできごとを、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、患者が体験し、目撃し、または直面した。
 - (2) 患者の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
注：子どもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。
- B. 外傷的なできごとが、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験されつづけている。
- (1) できごとの反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心象、思考または知覚を含む。
注：小さい子どもの場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返す頃がある。
 - (2) できごとについての反復的な夢。
注：子どもの場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。
 - (3) 外傷的なできごとが再び起こっているかのように行動したり、感じたりする。
注：小さい子どもの場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
 - (4) 外傷的なできごとの1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
 - (5) 外傷的なできごとの1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合の生理学的反応性。
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される（外傷以前には存在していなかった）、外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。
- (1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。
 - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
 - (3) 外傷の重要な側面の想起不能。
 - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
 - (5) 他の人から孤立している、あるいは疎遠になっているという感覚。
 - (6) 感情の範囲の縮小。
 - (7) 未来が短縮した感覚。
- D. (外傷以前には存在していなかった) 持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠困難または睡眠維持の困難。
 - (2) 易刺激性または怒りの爆発。
 - (3) 集中困難。
 - (4) 過度の警戒心。
 - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1カ月以上。
- F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

II. 子どもの心的外傷の疫学

最近の報告では、子ども期に何らかの心的外傷を体験する頻度は、従来考えられていた以上に多いことが判明している。欧米のいく

つかの疫学調査では、一般人口における子どもの心的外傷の体験率は、おおむね40%~80%となっている²⁾。たとえば、米国48州の18歳以上の native speaker を対象とした調査において40%が13歳以前に1つ以上、米

表2 心的外傷の原因となるようなできごと

- 戦争・人為災害・自然災害およびそれに関連した身体的外傷
- 子どもの虐待
- 暴力や犯罪被害：通り魔・誘拐・監禁・リンチ・暴力の目撃 など
- 交通事故：自動車・鉄道・飛行機事故 など
- レイプなどの性被害・年齢不相応な性的体験への曝露 など
- 重い病気・やけど・骨髄移植 など
- 家族や友人の死の直接的な体験、その他の喪失体験 など

国ノースカロライナ州の地方都市で68%が16歳までに1つ以上、ナイロビ・ケニア・ケープタウン・南アフリカの10年生の80%以上が1つ以上の心的外傷を体験しているとされている。DSM-IVのA項目に合致する心的外傷体験に限定しても、14~24歳の男性26%、女性17.7%が該当したという報告もある³⁾。わが国ではこのような疫学調査は多くないが、Mizutaら⁴⁾によると、阪神地区の女子大学卒業生(18~29歳)を対象とした調査で、自然災害を除いた上でも、小学校時代に40.8%、中学高校時代に50.6%が何らかの心的外傷を体験していたと報告されている¹³⁾。

このように、当然のことながら地域差は大きいのであるが、心的外傷は、身体外傷と同様に、子ども期には決して稀なできごとではないことがわかる。子どもに関わるすべての臨床場面で、心的外傷とそれによって引き起こされるさまざまな病態を、適切に評価しケアすることが必要である。

Ⅲ. 心的外傷によるさまざまな病態

心的外傷は、子どもの感情面・認知面・行動面にさまざまな影響を与える⁵⁾⁶⁾。しかし、心的外傷を体験した子どもは、たいていは自分に何が起こったのかを適切に理解することができずに混乱していることが多いため、自ら苦痛を訴えない場合もある。また、心的外傷によるさまざまな病態は、非特異的なものもあり、発達障害やその他の病態によるもの

と判別しがたいこともある。それだけに、心的外傷によって起こるさまざまな病態をよく知っておくことが重要である。

1. 不安・恐怖症状

心的外傷は、たとえ子ども虐待のように日常生活において繰り返されるものであったとしても、子どもにとっては、突然のできごととして体験される。このため、子どもの安全感は著しく損なわれ、強い不安や恐怖を引き起こす。分離不安や暗闇を怖がったり、心的外傷に関連した状況(人・場所・物など)を怖がることもある。また、心的外傷以前に獲得していた生活習慣の退行(夜尿など)が認められることもある。

2. 再体験・侵入症状(フラッシュバック)

著しい恐怖を伴う心的外傷の記憶は、通常の処理がなされず、非常に鮮明で断片的な外傷性の記憶となることがある。外傷性の記憶は、しばしば子どもの意思とは無関係に、現在の生活にフラッシュバックや悪夢として侵入してくる。これらの再体験は、あたかも今またそのできごとを体験しているかのような苦痛や身体の生理的反応(動悸、過呼吸など)を引き起こす。子どもの場合は、心的外傷に関連した遊びへの没入やはっきりした内容のない恐ろしい夢として表出される場合もある。

3. 覚醒亢進症状

著しい恐怖や不安を感じた子どもは、過剰

に警戒的になり、周囲の人の些細なしぐさや行為に敏感に反応するようになる。終始このような状態が続くと、子どもは落ち着きをなくし、多動で注意散漫になり、いつもイライラして痙攣を起こしやすくなる。また、睡眠障害が認められることもある。これらの症状は、注意欠如多動性障害（ADHD）の行動特性と判別しがたいこともある。

4. 解離症状

心的外傷によって引き起こされる感情があまりにも強すぎる場合は、子どもは自己防御の手段として解離のメカニズムを使う。たとえば、心的外傷を体験している間、恐怖や痛みを感じない（感情・身体感覚の解離）、記憶がない（健忘）、自分の魂が身体から抜け出て自分を見ている（離人）などである。これらの解離症状は、心的外傷体験の最中に、苦痛を回避するための防衛手段と考えられているが、その後の生活において、些細なストレスや葛藤状態で再現しやすく、子どもの生活の一貫性を損なう原因となることもある。

5. 回避・麻痺症状

心的外傷と関連した活動・場所・人などを避けようとしている子どもも多い。これらの回避症状は、苦痛な感情や記憶を避ける手段としては有効かもしれないが、同時に生き生きとした感情が失われ（感情の麻痺）、自分の将来が連続しているという感覚を喪失してしまうこともある（未来の短縮）。これらの症状は、子どもの自発的な訴えとして表出されることは少ないため、見過ごされることが多いが、具体的に質問してみると、「大人になった自分がどうなっているか考えられない」などと答える子どもは少なくない。また、心的外傷以前に有していた関心や興味が減退したり、それまでの対人関係から退却し、不登校やひきこもり状態に陥る場合もある。

6. 怒り・抑うつ症状

心的外傷は不当で理不尽な体験でもあるため、子どもは、強い怒りの感情を抱くようになる。また、本来ならばあるべきものを失ってしまったという喪失体験は、さまざまな抑うつ症状につながる。しかし、これらの内的体験は、周囲から気づかれにくく過小評価されることも少なくない。家庭内子ども虐待ケースでは、あからさまに無視されたり否定されたりすることもある。このように、怒りや抑うつ症状などが周囲から共感されずに放置されると、子どもは、感情を適切に制御することができなくなる。結果的に、感情が移り変わりやすく、ほんの些細なストレスや否定的な感情に耐えられず、暴発させてしまうようになる。

7. 自尊心の低下と自責感

不当で理不尽な心的外傷を体験すると、子どもたちはその理由を探そうとするが、当然のことながら正当な理由は見つからない。このような場合、「自分が悪かったからだ」「自分が恥ずかしい存在だからだ」というような自責感や恥の感情を抱くことが多い。また、自分の能力では対処できない圧倒的なできごとを体験すると、「自分は無力だ」という誤ったとらえ方をしてしまう場合も多く、意欲の低下や自棄的態度につながることも少なくない。

8. 行動上の問題

不当で理不尽なできごとに対する怒りの感情は、不従順な行動や暴力行為として表出されることがある。これらの行動が、悪循環の末に、物質乱用や反社会的逸脱行動に発展することもある。また、怒りが子ども自身に向けられ、自傷行為や自殺企図として表出されることもある。自傷行為や物質乱用は、解離状態や回避・麻痺症状に伴って認められることもある。これらは、心的外傷体験とは全く異なった脈絡で起こることもあるため、子ども自身に起因する問題行動と誤認されること

が少なくない。

9. 対人関係上の問題

安全感や信頼感を損なう心的外傷体験は、その後の対人関係全般に影響を及ぼす。低い自尊心しか持てない子どもは、健康な友人関係の中に参加することを躊躇するようになり、自ら危険な対人関係に足を踏み入れやすい。未来への連続性が断ち切られた（未来の短縮感）子どもの行動は、刹那的であり危険を顧みないものになってしまう。

10. 身体面や社会適応上の問題

心的外傷を体験した子どもたちは、先述のようなさまざまな症状や問題のために、生きていく上で多くの困難を抱えることになる。成人に至るまでに、長期欠席や重篤な経済問題、職業問題に苦しむようになり、社会生活機能が障害されることが報告されている。また、肝硬変・慢性閉塞性肺疾患・冠動脈疾患・自己免疫疾患など、身体疾患のリスクが高まることも報告されている¹³⁾。

IV. 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断

前項で述べたように、心的外傷と関連する病態は広範囲に及ぶ。精神医学的診断はそれぞれの症状によってなされるが、ありうる診断としては、PTSDを始め、気分障害、不安障害、解離（転換）性障害、素行障害、物質乱用・依存など広範囲が網羅され、さらに、これらの病態の併存率も高いと言われている。ここでは、主に、成人と同様の基準で診断が可能であるとされている、おおむね8歳以上の子どものPTSD診断について述べる^{7)~10)}。

1. 心的外傷体験の評価と症状の同定

身体外傷と同様に、心的外傷においても、傷の原因や程度を適切に評価することが治療の第一歩である。いつ、どこで、どのような心的外傷を体験したのか、その後子どもはど

のような症状や行動を示しているのか、ということは重要な情報である。身体外傷であれば、おおよその受傷状況を聴取すれば、診察や検査によって傷の程度を把握することができる。しかし、心的外傷は目で見ることのできない傷である。その上、類似の体験であっても、個々に受傷の仕方が異なるため、体験内容やその後の症状についてできるだけ詳細な情報を得ることが望ましい。家族や関係機関から情報が得られる場合には、子ども本人の診察前にできるだけ収集するようにする。これは、子ども本人の診察時に、不用意な対応によってさらなる苦痛を子どもに与えるのを避けるためでもある。

2. 子どもの診察

通常の小児精神科臨床と同様に、本人からも心的外傷体験とその後の症状について聴取することが必要である。心的外傷体験については、子どもが周囲の大人に体験内容をありのまま話さない傾向があることや、周囲の大人が子どもの体験や反応を過小評価する傾向があることが指摘されているからである。子どもの発達段階に応じて、安心できる場を提供し、支持的・非誘導的に聴取すべきであるということは言うまでもない。不安・恐怖や自責感、回避症状が強い場合には、子どもが語りたがらない場合もある。このような場合は、無理強いせず、後述する心理教育や話すことが治療につながることを様々な手段で伝えつつ、子どものペースを尊重する。

また、最近の欧米のPTSD治療ガイドラインでは、症状を聴取する際には、子どもの自発的な訴えのみを聴取するのではなく、個々のPTSD症状の有無を具体的に聴取していくことが推奨されている^{7)~10)}。いくつかの質問紙などの評価尺度が、わが国でも利用可能である¹¹⁾¹²⁾。このようにして、PTSDの診断項目（A. 心的外傷体験、B. 再体験症状、C. 回避麻痺症状、D. 覚醒亢進症

表3 TF-CBTの構成要素⁵⁾⁶⁾

P : psychoeducation	(心理教育)
parenting treatment	(養育者のスキル)
R : relaxation	(リラクゼーション)
A : affective expression and modulation	(感情表現と調節)
C : cognitive coping and processing	(認知の修正)
T : trauma narrative	(トラウマ物語作り)
I : in vivo mastery of trauma reminders	(実生活内のリマインダーの統制)
C : conjoint child-parent sessions	(親子合同セッション)
E : enhancing future safety and development	(将来の安全感と発達の強化)

状)を確認していく(表1)。

さらに、心的外傷体験をめぐる子どもの主観的体験を共有しておくことも、その後の治療のために有用である。子どもはそのできごとの原因をどのように考えているのか、自責的な傾向はどの程度なのかということや、そのできごとについての周囲の反応はどうだったか、子どもの話を信じてくれたか、子どもは支えられたと感じているか、などは、その後の治療の組み立てを考える上でも必要な情報である。

3. 保護者の心理的評価

子どもの心的外傷体験は、保護者にとって大きなストレスとなる。また、保護者も子どもとともに心的外傷を体験している場合もある。通常の状態においても、保護者の反応や態度が子どもの心理面に大きな影響を及ぼすことが知られているが、子どもの心的外傷体験に関する保護者のストレスや苦悩は、子どものPTSD発症の予測因子の1つに挙げられるほど重要な要素である^{7)~10)}。よって、保護者の心的外傷関連症状の評価は必要不可欠なものである。保護者に対しても、子どもの評価の時と同様に、子どもの心的外傷についての主観的体験(子どもの体験が明らかになった時どのように感じたか、どのよう

に反応したかなど)や、保護者自身が周囲のサポートを得られているかどうかなども含めて確認することが有用である。

V. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)の治療

心的外傷を体験した子どもとその家族への治療の原則は、安心感の保障と自己コントロール力の回復である。基本姿勢は通常の小児精神科臨床と同様であるが、傷ついている子どもと家族をさらに傷つけないように配慮する必要がある。

ここでは、最近欧米のPTSD治療ガイドラインで、推奨されている治療法を紹介する^{7)~10)}。

1. 薬物療法

欧米のガイドラインでは、PTSD治療の第一選択は、後述する認知行動療法であるとされている。しかし、薬物療法は、心的外傷体験後の子どもの症状が重篤なために、すぐには認知行動療法に導入できない場合、あるいは、認知行動療法にアクセスが困難な場合などには、第一選択となりうるとされている。

症状を同定し薬物を選択し処方する過程は、通常の臨床と同様であるが、開始前に通常よりも丁寧な説明と心的外傷についての心

理教育（後述）を行うことが必要である。服薬をしなければならないことで、子どもや保護者の罪障感を高めてしまう場合もあるからである。当然のことながら、子どものPTSDに適応が認可されている薬剤は皆無であるため、この点についても、子どもと保護者に同意を得る必要がある。

これらの条件を踏まえた上で、欧米のガイドラインで第1に推奨されているのは、SSRIである。SSRIにもっとも反応しやすい症状は、覚醒亢進症状であるといわれているが、不安症状・気分障害・再体験症状など、広範囲な症状を示す子どもたちへの処方も推奨されている。症状が重篤な場合には、非定型抗精神病薬も検討されるが、ベンゾジアゼピン系薬剤は、PTSD症状への効果が実証されていない。

2. 認知行動療法

欧米では、PTSD症状をはじめとする心的外傷関連症状の改善に最も効果が実証されているのは、TF-CBT（トラウマ焦点化認知行動療法）⁵⁾である。TF-CBTは、外傷性の記憶を適切に処理し、本来の機能を取り戻すための治療プログラムであると考えられている。TF-CBTの基本的な共通要素は、表3に示す通り、「PRACTICE」の頭文字で表される。プログラムの中核的な要素は、安全な環境において、段階的にトラウマ記憶に向き合い、それを再構成することによって、非機能的な認知を修正することである。子どもの場合はその前段階として、心理教育やストレス・マネジメント、問題解決や感情表出、ものごとのとらえ方についての学習など、教育的な要素にも力点が置かれている。また、保護者（虐待ケースの場合は非虐待親）の参加が治療効果に良い影響を与えることも報告されている⁸⁾。

TF-CBTの各要素の中で、一般臨床において最も取り入れやすい要素は、心理教育で

ある。心的外傷を体験した子どもの多くは、何が起こったのかがわからず混乱しているため、正しい情報を伝えることが必要である。また、心的外傷が決して稀なできごとではないことや、心的外傷後に起こりやすい反応や症状について説明し、これらが心的外傷に反応して当然起こってくる反応であることを伝えることも重要である。また、これらの反応や症状への対処法を教えたり、一緒に考えたりすることは、子どもの自己回復力を高め、自責感や無力感を軽減することにつながる。このような心理教育の要素は、治療の経過のどの段階でも繰り返し実施することが有効であると言われている。この際、あらかじめ作成された冊子などを見ながら、子どもや保護者と対話形式で説明すると効果的である（「こころとからだのケア～こころが傷ついたときのために」⁶⁾参照）とされている。

おわりに

子ども期の心的外傷体験は、決して稀なできごとではなく、このような体験を乗り越えて、健康に成長する子どもも多く存在する。しかし、その一方で、逆境的な環境で心的外傷体験が累積し、成人するまでには社会生活機能が障害され、心身の健康を損なってしまいう子どもたちがいることも看過できない^{13)~15)}。臨床場面で子どもに関わるさまざまな人たちが、「心的外傷」の視点をもって子どもたちに接することが求められている。

この論文は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業H20-子ども一般-006主任研究者：奥山真紀子）、ならびに、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業H22-精神一般-004主任研究者：齊藤万比古）により助成された。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th

- edition, Text Revision, APA, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 柴矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版, 医学書院, 2004)
- 2) Koenen KC, Roberts AL et al : The epidemiology of early childhood trauma. In Lanius RA, Vermetten E, Pain C : The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. Cambridge University Press, New York, 2010
 - 3) Fairbank JA and Fairbank DW : Epidemiology of Child Traumatic Stress. *Current Psychiatry Reports* 11 : 289~295, 2009
 - 4) Mizuta I, Ikuno T et al : The prevalence of traumatic events in young Japanese women. *J Trauma Stress* 18(1) : 33~37, 2005
 - 5) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E : Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006
 - 6) 亀岡智美他 : 子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成22年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業)「子どもの心の診療に関する診療体制確保, 専門的人材育成に関する研究 (主任研究者: 奥山真紀子)」報告書, 2011
 - 7) 亀岡智美他 : 子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成21年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業)「子どもの心の診療に関する診療体制確保, 専門的人材育成に関する研究 (主任研究者: 奥山真紀子)」報告書, 2010
 - 8) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, Berliner L : Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed : *Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2009
 - 9) National Institute for Health and Clinical Excellence : The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care, 2005
<http://www.nice.org.uk>
 - 10) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry : Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder, 2009
<http://www.aacap.org>
 - 11) Asukai N, Kato H, Kawamura N et al : Reliability and Validity of Japanese- Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J) : For studies on different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 190 : 175~182, 2002
 - 12) Briere J : Trauma Symptom Inventory Professional Manual. Odessa FL : Psychological Assessment Resources, 1995 (西澤 哲訳: 子ども用トラウマ症状チェックリスト (TSCC) 専門家のためのマニュアル, 金剛出版, 2009)
 - 13) Felitti VJ, Anda RF et al : The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J of Preventive Medicine* 14 : 245~258, 1998
 - 14) Massie, H & Szajnborgm NM : *Lives across time/growing up : Paths to emotional health and emotional illness from birth to age 30 in 76 people*. 2nd edn. London, Karnac, 2008
 - 15) Sroufe LA, Egeland B, Carlson E et al : *The development of the person : The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press, New York, 2005

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

誌上発表

児童・思春期の集団精神療法を考える
 ——国府台病院児童精神科の取り組み——

渡部 京太* 岩垂 喜貴* 青木 桃子* 木沢 由紀子* 中里 容子*
 大西 豊史** 黒江 美穂子*** 永田 真由****

Key words

group psychotherapy with children and adolescents, active group therapy (AGT),
 conductor, co-conductor, play
 集団精神療法、活動集団療法、コンダクター、コ・コンダクター、“遊び”

要約

本稿は第28回大会に向けて企画したワークショップの内容をまとめたものである。児童精神科で行われている集団精神療法の持つ機能は、①「定点観測」としての機能（子どもの変化や成長を定期的に見守る）、②「つなぎ」としての機能（入院と外来の治療、病棟と病院内学級の間をつなぎ子どもに居場所を提供する）、③「伝える」ことを経験する機能（グループで相手に気持ちを伝え、そして伝えることによって起こる反応を経験する。病棟でのグループは上級生から下級生へと病棟の文化（活動やルール）を引き継ぐことにつながる）、④「子どもを見つけ出してあげる」機能（治療者がグループを通して子どもよいところを見つけ出してあげることは言うまでもない。治療者はグループの外にいる子どもにも目配りしたり、目の前のグループだけではなく子どもが形成している裏グループや病棟全体の動きにも思いをめぐらせる必要がある）があると考えている。

I. はじめに

この原稿は、第28回京都大会に向けて企画したワークショップの内容をまとめたものである。ワークショップは東日本大震災のために、渡部、中

里以外の発表者は京都入りできず、結局企画を取り下げることになった。藤大会会長を始めとする大会実行委員の方には大変ご迷惑をおかけした。ところが、第28回大会編集委員会のお勧めをいただき、企画をまとめることにした。ワークショップでは、それぞれが立ち上げたグループの活動を

Some considerations on group psychotherapy with children and adolescents: A report from the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital

* 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科（〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1）

Kyota Watanabe, MD, Yoshitaka Iwadare, MD, Momoko Aoki, MD, Yukiko Kizawa, Yoko Nakasato: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine. 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-8516, Japan

** 特別・特定医療法人群馬会群馬病院（〒370-3516 群馬県高崎市稲荷台町136）

Toyoshi Onishi, MD: Gunma Hospital. 136 Tohkadai-machi, Takasaki, Gunma, 370-3516, Japan

*** 神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科（〒232-8555 神奈川県横浜市南区六ツ川2-138-4）

Mihoko Kuroe, MD: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kanagawa Children's Medical Center. 2-138-4 Mutsugawa, Minami-ku, Yokohama, Kanagawa, 232-8555, Japan

**** 山口大学大学院医学研究科高次脳機能病態学分野（〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1）

Mayu Nagata, MD: Division of Neuropsychiatry, Department of Neuroscience, Yamaguchi University Graduate School of Medicine. 1-1-1 Minami-Kogushi, Ube, Yamaguchi, 755-8505, Japan

表1 国府台病院児童精神科で行われているさまざまな集団精神療法

	病棟ミーティング	日本文化研究会	やまとなでしこ	やせがまんたいかい	蛍の会	慢性疲労に悩む若者の会
外来/入院	入院	入院および外来	入院	入院	外来	外来
メンバー	入院児	病院内学級に入級している中学生男児	中学生女児	摂食障害女児	広汎性発達障害男児	16~25歳のひきこもり患者
参加スタッフ	医師、看護師 心理士、PSW	医師（1名）	医師（1名）、 看護師（1名） 心理士（1名）	医師（1名） 看護師（1名） 心理士（1名）	医師（2名）	医師（2名） 心理士（1名） PSW（1名）
頻度・時間	週1回/45分	週1回/60分	週1回/60分	週1回/45分	週1回/60分	週1回/60分
種類	大グループ	活動	活動	小グループ	活動（ゲーム）	小グループ

発表し、病棟のコミュニティ・ミーティング（病棟ミーティング）の1セッションをシナリオにしてロールプレイを行い検討しようと考えていたが、この原稿では渡部がワークショップの目的と児童精神科の治療構造について、それぞれがグループの概略を述べ（表1にグループの構造を示す）、そして中里が「子どもの集団精神療法に参加して感じたこと」を記すこととする。

II. ワークショップの目的と児童精神科の治療構造（渡部）

当科は45床の児童精神科病棟があり、前思春期の子どもを中心に入院治療を行っており、病院内学級（情緒学級）が併設されている。当科では外来、入院の設定でさまざまな活動集団療法や言葉を媒介とした集団精神療法が行われている。筆者は当科に赴任2年後から週1回の病棟ミーティングを開始した。病棟ミーティングには、レジデント（後期臨床研修医）、心理士、看護師、精神保健福祉士が参加している。病棟ミーティングが始まった後に、レジデントが企画したいくつかの活動集団療法が開始されるようになった。活動集団療法はかつてレクリエーションと表現され、単なる“遊び”と軽んじられているところもあると思われるが、このワークショップを通して、当科で行われている集団精神療法の活動を報告し、前思春期の子どもへの集団精神療法のあり方やレジデントの研修に与えた影響などについて考えることが目的だった。当科では神経症圏内の不登校児を対象に比較的長期の入院治療を行うことが可能だった

が、最近では神経性無食欲症（AN）、注意欠如・多動性障害（ADHD）、広汎性発達障害（PDD）といった子どもの受診、入院が増加し、病床の回転を早くする必要がでてきた。そのため、入院治療と外来治療をつなぐ場が必要となってきた。入院治療を行っている子どもの多くは病院内学級を利用しているため、病院内学級の部活動という形を借りて、いくつかの活動集団療法が開始された（『日本文化研究会（日文研）』と『やまとなでしこ（女子部）』）。AN児は長期間の入院治療を必要とし、病棟ではAN児だけでまとまり、お互いの体重増加やカロリー制限を気にして、女児の仲間集団にとけこみにくいという特徴があった。そこでAN児をまとめて裏グループを作ろうと開始されたのが『やせがまんたいかい』である。外来で不適応状態に陥った中学生のPDDを集めてゲームをするたまり場が『蛍の会』である。当科では初診を中学3年までとしているが、その後も診療を継続している。義務教育を終了すると、地域の教育相談機関や児童相談所は利用できなくなり、当科でも入院治療を行えなくなる。成人の精神科病棟で治療を行うことになるが、短期間の入院治療しかできない現状がある。当科では義務教育を終了した子どもを対象とした集団精神療法には、神経症圏内のひきこもり患者を対象とした週1日の思春期デイケアとPDD、統合失調症、気分障害やパーソナリティ障害の患者を対象とした『慢性疲労に悩む若者の会』がある。入院している子どもが『同人誌』を作る活動を行った永田は、集団精神療法が児童精神科の研修において残したインパクトを報告する。

筆者は、児童精神科で行われている集団精神療法の持つ機能は、①「定点観測」としての機能（グループは同じ時刻に始まり同じ場所で行われる。子どもの変化や成長を定期的に見守ることができる）、②「つなぎ」としての機能（入院と外来の治療、病棟と病院内学級の間をつなぎ子どもに居場所を提供する）、③「伝える」ことを経験する機能（グループで相手に気持ちを伝え、そして伝えることによって起こる反応を経験することができる。病棟ミーティングで入院・退院者を伝えることはバウンダリーを守ることにつながる。さらにグループでの話し合いは上級生から下級生へと病棟の文化（活動やルール）を引き継いでいくことにつながる）、④「子どもを見つけ出してあげる」機能（治療者がグループを通して子どもの持っているよいところを見つけ出してあげることは言うまでもない。病棟ミーティングではグループの輪の中に入らないでコンダクターから見えない輪の外のソファにいる子どもや、輪の外から発言する子どももいる。治療者は輪の外にいる子どもにも目配りしたり、目の前のグループだけではなく子どもが形成している裏グループや病棟全体の動きにも思いをめぐらせる必要がある）ということがあると考えている。

Ⅲ. それぞれの活動の報告

① 『日本文化研究会（日文研）』の活動（大西）

入院している子どもはサッカーなどの運動を活発に行っているが、運動が得意な子どもばかりではなく、子どもからゲームやアニメ、鉄道といった遊びの活動を行う要望が強くなっていた。こうした活動を通して集団で目標に取り組む体験ができる試みが『日文研』としてX-1年から開始され、その後筆者が受け継いだ。

X+1年の活動には、中学3年11人と中学2年4人が参加した。映画作成、アニメ鑑賞会、秋葉原探訪、クリスマス会でのダンスの発表を行った。

アニメ鑑賞会は、夏休み直前の休日にひとつのアニメ・シリーズを1日かけて見ることに決定、決行された。暑い最中、クーラーなしで窓を開けたりしながら「暑い!!」と言いつつアニメを見続け、男児らしい一体感を感じたイベントとなった。クリスマス会の企画では、部長A君と書記B君の交流がみられた。Aは被害的になりやすく、統率力は乏しかった。Bはリーダー的存在だが、積極的にはリーダー役を引き受けなかった。Aが、アニメのダンスをクリスマスのおし物として提案した。メンバーからは反対意見も出たが、Aは一步も引かず企画が通った。その後、舞台壇上での並び方についてメンバーでもめたが、Bは「Aが一番頑張ってきたから」と、前列中央をAに譲るよう働きかけた。Aは努力する姿が評価されるというこれまでにない経験をした。自分の意見を主張するだけのことが多かったBだが、Bには他者を尊重する心の芽生えを感じた。

筆者は、メンバーが好きなことを行い肯定感を持てるような環境を設定し、集団で活動する喜びや「お互いに支え合っている」という感覚を持つことをめざした活動に関わった。子どもは複数のグループを経験し、『日文研』はその成長や変化を表現できる場であり、目的を達成するために活動する前思春期男児としてのプライドを与えたと考える。

② 『やまとなでしこ』の活動（青木）

「部活動がしたい!」との声があがり、X年に女子部が発足した。X+1年の主なメンバーは、中学3年4名、中学2年3名、小学5年1名だった。中学3年のPDD児が「女子部も映画を作りたい」と言ひだし、映画を制作することになった。ところが、皆どこか他人事のように本当に映画が作れるのだろうか?と危ぶまれた。そこで、しばらくは手芸やスポーツやイラスト、DVD鑑賞会を行った。活動を通じ、徐々に女子トークができるようになっていった。秋のトリムバレー大会で子どもが試し撮りをしたところ、コメントつきで生き生きした様子が映し出され、クリスマス会で

上映することにした。これが好評を博し、皆の自信につながり、3月の送別会に向けて本格的に映画作りを進めることになった。「当直明けの医師がネームプレートを失くした」という病院物のストーリーで、脚本、絵コンテはPDD児が担当し、ADHD児は男性医師に出演依頼をし、皆で配役を分担し、進めていった。撮影現場は思いのほかまとまりをみせ、白衣を着て女医役を演じる者、演技指導する者、撮影する者、音響を考える者、と楽しげであった。送別会で上映し、好評を博した。個々の変化としては、PDD児は中学3年としてまとめようとする様子が見られるようになった。ADHD児は、自分の要求が通らないと当初自傷がみられたが、徐々に周りにあわせられるようになった。AN児は、映画に出演する前には経鼻チューブも抜け、演技を楽しく行うようになった。当初は映画作りができるか危ぶまれたが、子どももスタッフも一緒に楽しむなかで、映画作りができ、その中で子どもの成長を感じることができた。

③ 『やせがまんたいかい』の活動 (木沢)

当科入院中のAN児を対象としたグループの立ち上げから現在までコ・コンダクターとして関わる機会を持つことができた。そもそもANを対象とした力動的なグループは成立しにくいという先入見があり、実際には始めるまではどのような展開になるか予想がつかなかった。しかし、これまでのところ「思いのほかやれている」という印象を抱いている。おそらく、10代前半のANの柔軟さと種々のグループが根付いている当科の病棟文化に助けられているように思う。

当初筆者はAN児のグループでは、病気に焦点を当てて話を進めた方がよいのか、むしろそれ以外の話をした方がよいのか、と妙に力が入っていたが、今はもっと気楽にのぞんでいる。病棟で浮きがちな彼女たちにとって、グループで病棟の仲間やスタッフのうわさ話など思うままに話すことも、時に退院が決まったメンバーから“主治医攻略法”を聞き出して共有することも、同じように

意味があると思うからである。特に、唯一男性のコンダクターを相手に辛辣なツッコミを入れたり煙たがったりするやりとりは、メンバーが団結して楽しんでいるようにさえ見える。そして、コ・コンダクターとしての筆者は、コンダクターとメンバーを仲介し、それぞれの話を膨らませたりプレーキをかける中間的な役割を引き受けながら、コンダクターが不在時のグループの雰囲気の違いを感じて、密かに楽しむ余裕も出てきている。このようなAN児にふれるにつれ、グループがAN児に保証された居場所として感じられ、いずれ病棟内外の仲間集団へと踏み出すための橋渡しの場として機能できたらよいと考えている。

④ 『蛍の会』の活動 (岩垂)

病院は精神科主体から身体科主体の総合病院へと様変わりしつつある。病院の改築工事のためグラウンドが使用できなくなり、子どもの居場所が少なくなった。このような背景から筆者は子どもの「たまり場」としての役割を期待して中学生男児を対象に携帯ゲームを行うグループ『蛍の会』を開始した。会には5、6名の男児が常に参加し、そのほとんどはPDDと診断されていた。当初はそれぞれの患児が無言でそれぞれのゲームをする様子が目立ったが、しばらくするとスタッフを媒介として多人数参加型のゲームを行うようになり、1年ほど経過すると子どもだけで、カードゲームを行うようになった。会の参加を通して次の社会参加へとステップアップしていく子どもがいる一方で、次の段階に進めない子どももいた。開始から1年を経過してもほぼ全ての参加児童が互いに名前を知らず、知ろうともしなかった。しかしながら、会が終了した後も病院のロビーに残って互いにゲームをしたり、言語による交流がほとんどないながらも新規に参加する子どもに対してゲームに誘ったりするような気遣いをするなどが印象に残った。あまり親密になりすぎない人間関係の距離感がこの会に参加する児童には心地良いよいようにも思えた。今回、PDD児が多く参加し、会に参加できた要因として、i) 時間

・場所が構造化されていること、ii) 具体的にやること(ゲーム)があること、iii) 会話が重要でなく、親密なコミュニケーションが不要であることがその理由であると考えられた。

⑤ コ・コンダクターの立場から『慢性疲労に悩む若者の会』をみると(黒江)

筆者は児童精神科研修中の2年間に、義務教育年代以降の外来患者の集団精神療法にコ・コンダクターとして参加した。コンダクターは当科医長で、多くのメンバーの外来主治医でもある。

参加当初は初対面のメンバーの中でグループの話題や単語の意味すら分からず、筆者は緊張し息をひそめて様子を窺うばかりであった。まるでボールがどンドンパスされていくのを呆然と見ているようだった。その後、秋葉原探訪などのイベントを通しメンバーとの共同作業や体験を共有することで、徐々に仲間に入っていける感覚、その中で少しずつ自由に動ける感覚が芽生えていった。むさくるしい男子メンバーが多い中、女性である筆者は居心地の悪さを感じつつもグループに参加し続け、彼らがバイトや一人暮らしなど社会と向き合っていく話に耳を傾けた。徐々に女子メンバーも増え、グループでの話に自分の過去や現在、将来に対しての肯定感やユーモアが生まれていった。筆者は毎週のグループを楽しみに待ち、グループで自然に言いたいことが湧きあがってきたり、独りであるメンバーに声をかけるなど輪に誘ってみるようになった。

こうしてグループの一員としての実感が生まれた頃、研修が終了し筆者の異動が決まった。メンバーは別れの寂しさを口々に述べ、筆者も「これから行く先にはグループがあるのかな?」と想いをはせつつ、送別会が催された。各々立派な抱負を述べた後、メンバー発案の花束が贈られた。筆者はメンバーの行動の自発性・社会性を感じると共に、グループの各メンバーは自分のペースで歩き続けているのだから自分も新たな所で頑張ろう、グループはこれからも変わらず営み続け自分を見守ってくれるのだろう、とグループを卒業してゆ

くメンバーのような気持ちになった。

振り返ると、ここぞという時に言葉を使ってぐっと手を差し伸べ抱えていくコンダクターの姿勢を傍でじっと見ていただけのようにも思う。その体験はおそらく各メンバーにもあてはまり、彼らの自我促進的な行動変化にもつながっていったと思われる。時にはメンバー、時にはスタッフとして様々なことを感じ捉えていくうちにグループの中で自由に動けるようになる感覚、またコンダクターとメンバーをつなぐ役割として、コ・コンダクターを体験した。

⑥ 子どものグループとの出会い——集団精神療法はレジデントの研修に何かインパクトを残したか——(永田)

病棟に関わり始めた当初、筆者は子どもたちの自然発生的なグループにかかわる上で少なからず困難を感じた。これはこの年代に特有のグループ・コンシャスな心性に伴う仲間から排除されることへの恐れに似たものであると同時に、筆者自身が新しい職場で感じた、受け入れられるだろうかという不安にも似ていたかもしれない。このようななかで出会った、絵を描くことで他児との交流をはかろうとしたPDDの娘の入院治療を経て、子どもたちが互いに直接的に関わらずとも仲間としての一体感を得られる場として同人誌の作成を試みた。

作成にあたっては入院児童45名のうち有志の5名と筆者からなる委員会が運営し、委員を含む15名が作品を投稿した。委員会は週一回開催し、概ね30分間で予め用意した議題を話し合い、決定事項はポスター形式で掲示した。参加者は期間内に各々が作品を制作し投稿した。委員が表立って活動することは少なく、約2か月の活動期間は子どもたちがそれぞれの距離感を保った状態で経過したが、互いの作品には高い関心を示した。

不登校を経験し、自己表現の機会が乏しかった子どもたちにとって、同人誌という一つの舞台は彼らの自己肯定感を支える一助となったと考えられる。委員会の運営などグループの構造化は十分

とはいえなかったが、このような構造の曖昧さは、集団化しにくい文化的活動を好む子どもたちが、それぞれの距離感を保ったままでグループに参加することを容易にしたかもしれない。また、本来は複数のスタッフの参加による多層的な評価や指導が必要と考えられるが、今回筆者自身も興味のある分野に“遊び”の感覚で参加したことで、より子どもと一体感をもって過ごすことができ、グループという視点だからこそ見えてくる個々の葛藤や抱える課題に、より近くでふれることができた。さらに、時には積極的に介入し子どもたちをリードするといった、コンダクターとしてグループに参加するうえでの責任を経験する機会となった。

⑦ 子どもの集団精神療法に参加して感じたこと (中里)

コンダクターが不在だった病棟ミーティングの時に、所在なさ気に代理を務めるコ・コンダクターを見かねてか、ふだんはグループの輪に入らない中学生男児が場をもりあげようとする。コンダクターが不在だった『慢性疲労に悩む若者の会』では、数人のひきこもりのメンバーがバイトを始めてみると言いだし、コンダクターが知らない間にアルバイトを始め、翌週参加したコンダクターに報告して驚かせる。筆者は、2つの臨床素材から、父親の出張中に少し背伸びをして家の手伝いをしたり、親が予想もしていなかったことをやってみせ、誇らし気な顔をしていたであろう自分の子どもの頃を思い出した。グループでは、家庭や学校などメンバーの背景にある日常が映し出されているような場面が出現する。子どもが現在進行形で日々成長し、発達課題に取り組む姿が、リアルにグループの中で見えてくる。人の成長を、近くで見ることができると驚きや、子どものグループにはあると思う。筆者は子どもの成長していく姿を見ていると、子どもの治療では“遊び”、特に集団での“遊び”は大切であると感じている。「放っておいても子どもは遊ぶではないか？」と思われるかもしれないが、やはり常にグループに

何が起きているのか考え続けている治療者がいることが大きな違いであると思う。一定の構造の中で子ども、そしてグループの成長を見守り、治療者は子どもと一緒に考えたり喜んだり悲しんだりすることで、子どもの対人交流を補強する役割を果たせたらよいと思う。

最後に子どものグループの中で使われる言葉についてふれたい。子どもでは言葉を媒介としたグループであっても、そこには“遊び”の要素が大きな位置を占めている。黒江が述べているように、子どもが使う言葉は、時に大人にわかりにくかったり、その言葉の意味よりも音としての響きや語感のおもしろさが重要になる場面がある。子どもは、言葉をボールのように使い、メンバーに向けてパスし、グループの中ではパスまわしが始まる。パスまわしの“遊び”やスポーツをしているような感覚を経験するのが子どものグループの特徴であるかもしれない。そうかと思うと、子どもは大人が驚くほど真剣に言葉で議論することもある。パスはあらぬ方向へいったり、とんでもない強いパスがまわってくるかもしれない。治療者はパスまわしの“遊び”に加わったり、強いパスをうまく受けるタフさも必要になるだろう。子どものグループをコンダクトする治療者の態度として、“遊び”と“真剣勝負”の間をなんとか行き来すること、そしてとんでもない方向へ行ってしまったボールを探しに行き行って拾ってきてパスまわしに戻すことが必要なのかもしれないと感じている。

IV. おわりに

私たちがワークショップを企画した理由のひとつは、当科での研修を終えるレジデントの“卒業”というしめくくりをしたいという気持ちがあった。それぞれが研修のまとめをしようという思いで発表の準備に取りかかっていたと思う。ワークショップは大震災の津波で一気に流されてしまい、もりあがっていた思いは拍子抜けしてしまっているかもしれない。討論もないまま掲載されることに

はたれ流しという感じもあるかもしれない（でも放射能汚染水よりはいいか？）。研修を終えた発表者はもうすでに新天地で始動している。それぞれの活動をまた吟味して、今後も学会の発表につ

なげていけるように考察を深めていきたいと考えている。ワークショップが行われれば、浅田護先生、河合健彦先生にコメントをいただく予定だった。今後、何かの機会にご討論いただけたらと思う。

ABSTRACT

**Some considerations on group psychotherapy with children and adolescents:
A report from the Department of Child and Adolescent Psychiatry,
Kohnodai Hospital**

Kyota Watanabe, MD* Yoshitaka Iwadare, MD* Momoko Aoki, MD*
Yukiko Kizawa* Yoko Nakasato* Toyoshi Onishi, MD** Mihoko Kuroe, MD***
Mayu Nagata, MD****

Key words: group psychotherapy with children and adolescents, active group therapy (AGT),
conductor, co-conductor, play

This paper summarizes the contents of a workshop that was scheduled to be held at the 28th conference of the JAGP. At the Department of Child and Adolescent Psychiatry, we have come to believe that there are four functions of group psychotherapy: 1) a function as a place for “fixed point observations,” with therapists regularly observing the change and growth of children; 2) a function as a “connecting link” between inpatient and outpatient treatment, as well as the psychiatric ward and hospital school. It offers an *ibasho*, or “place to be,” for children; 3) a function as a place for experiencing communication. In the groups, the children can communicate with each other and experience receiving feedback from others. In addition, in a group for inpatients, the culture of the ward is passed along from older to younger patients; 4) a function as a place to discover. Needless to say, therapists discover children’s strength throughout group psychotherapy. Therapists need to pay special attention not only to the children participating in the groups and to the groups in which the therapists participate, but also to the private groups and dynamics formed in the whole ward.

J. Jpn. Assoc. Group Psychother. 27:287-293, 2011

* Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

** Gunma Hospital

*** Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kanagawa Children’s Medical Center

**** Division of Neuropsychiatry, Department of Neuroscience, Yamaguchi University Graduate School of Medicine

〈ワークショップ3〉

児童青年期における司法精神医学をめぐる諸問題

司会 奥村 雄介（府中刑務所医療部長）

藤川 洋子（京都ノートルダム女子大学心理学研究科）

シンポジスト

- WS3-1. 心的外傷体験を抱える非行少年たちの回復を支えるために
吉永 千恵子（東京少年鑑別所医務課）
- WS3-2. 非行女子少年における違法薬物使用の実態
—女子少年院での関わりから—
有賀 道生（(独) 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所）
- WS3-3. 発達障害を抱えた非行少年への少年院における矯正の実際
—性加害矯正を中心に—
梶屋 二郎（神奈川医療少年院医務課）
- WS3-4. 触法行為等を起こした高機能広汎性発達障害児者の地域移行に向けた支援のあり方について
大塚 俊弘（長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター）

2010. 10. 30. 前橋商工会議所

われるだけの人間関係構築力を持たないため、単独犯での非行が多いこと」、「障害を抱えている少年が多いため、矯正教育に配慮を要すること」、「障害を抱えている少年が多いため、就労や帰住に難渋する少年が多いこと」などが挙げられる。また非行内容の特徴としては性非行、その中でも強姦を除く強制わいせつ、痴漢、下着盗などが多いことが挙げられる。

世界的にエビデンスが得られている非行化のリスク因子はさまざま有るが、例えば「貧困」、「虐待を含む親の不適切な養育」、「崩壊家庭」、「被いじめ体験」等の因子は、一般の少年院の対象少年にも当てはまる傾向が強い。それらに加えて、筆者の勤務する神奈川医療少年院のような特殊教育課程の対象少年においては「低学力」、「低IQ」、「適切な支援を受けていない発達障害」の各リスク因子も当てはまる傾向が強いと言える。

WS3-3. 発達障害を抱えた非行少年への少年院における矯正の実際 —性加害矯正などを中心に—

梶屋 二郎

神奈川医療少年院医務課

I. 少年院とその対象少年について

少年院は、家庭裁判所から保護処分として送致された少年に対し、社会不適應の原因を除去し、健全な育成を図ることを目的として矯正教育を行う法務省所管の施設であり、全国に52施設が運営されている。その中で筆者の勤務する神奈川医療少年院は、男子の特殊教育課程を担う全国に3庁ある少年院の一つとなっている。特殊教育課程とは、非行少年が家庭裁判所によって少年院送致が決定される際に勧告される処遇課程の一つで、「知的障害、またはそれに準じた指導が必要な少年」と「情緒未成熟等により社会不適應が著しい少年」を対象としている。従って対象少年の中に知的障害あるいは自閉症スペクトラム障害などの発達障害を抱えている者が多い（対象少年の知的水準もさまざまである）。対象少年の特徴としては「不良集団に加

II. 発達障害と非行について

発達障害者の非行について大規模かつ正確な疫学研究は世界的にもまだ無いと言え、本邦においても発達障害と非行に関する大規模な疫学調査は行われていない。いくつかの司法施設での小規模調査の結果からは一部の発達障害と非行との関連が示唆されている。ただし、本邦における小規模調査はスクリーニング検査を用いたものがほとんどで、本来スクリーニング検査は確定診断に用いてはならず、従ってそれらの調査における診断は確定的とは言えないことを考慮しなければならない。それらの調査の知見をまとめると、「犯罪や非行全体群における発達障害が疑われる者の割合は一般人口での発達障害有病率と比して低いとするデータもやや高いとするデータも存在する」、「深刻な事件、不可解な事件、精神障害が疑われる事件などに絞る形で調査を行うと、発達障害が疑われる者の割合は一般人口での発達障害有病率と比して高くなる結果が多い」ことが示唆されている。また、齊藤らは疫学上のデータから、注意欠如多動性障害から反抗挑戦性障害、素行障害、反社

会性人格障害へと進行する一群の存在を破壊的行動障害マーチとして指摘している。こういった検討結果から、発達障害の一次障害そのものが直接的に非行に至りやすいとは結論することは出来ないし、そういった報告も行われてはいない。無論、発達障害者が一次障害として抱える独特の認知・思考パターン・行動パターンが犯罪・非行の惹起やその内容に影響することは疑う余地は無いものの、むしろ発達障害への無理解から生じる周囲の不適切な対応や支援の不足が二次障害を引き起こし、そのことが外在化症状としての犯罪・非行を惹起している面も多分に含まれていると思われる。従って発達障害を抱える非行少年の矯正を検討する際には「一次障害へのケア」、「既存の二次障害へのケア」、そして「今後の新たな二次障害の発生を防ぐ環境調整などのケア」の三点を念頭に置きながら矯正プログラムを整えていく必要がある。

Ⅲ. 触法発達障害者の矯正・処遇について

Wing や Mills らは自閉症スペクトラム障害者の触法において「社会的な孤立が大きな誘発因子になっている」と指摘し、その矯正にあたっては「単に罰するだけという処遇は触法行為を継続させてしまう最も強い永続因子となる」と指摘している。触法発達障害者の矯正・処遇においては社会的に孤立せずに継続的な支援を受けられる体制を構築していく必要がある。刑罰・懲罰として矯正施設に入れただけでは何の再犯・再非行防止にもならないばかりかリスクを高めてしまう。英国自閉症協会は自閉症スペクトラム障害者への支援の基本理念として SPELL (Structure: 構造化, Positive: 肯定, Empathy: 共感, Low arousal: 興奮させない, Links: 連携) を挙げているが、筆者はこの理念は自閉症スペクトラム以外の発達障害者にも十分に適応できると考えるし、当然、触法発達障害者への支援にも適応できるとも考えている。そのような考えに基づき、筆者の勤務する神奈川医療少年院においても、可能な範囲で SPELL を意識した上で矯正教育を行っている。

発達障害者の特性や能力は個人個人でさまざまであり、その特性や能力を心理検査・行動観察・面接などで十分にアセスメントし、一人一人に最も適した構造化やプログラムを検討していく。一定の汎用プログラムの構築も必要ではあるが、個々人の特性を考慮せずに適合しない汎用プログラムを押し付けることは、逆に再犯・再非行リスクを高める結果となりかねないため、注意が必要である。正確かつ詳細なアセスメントを元に、まずは対象少年が最も落ち着いて、生活・思考などを行うことのできる環境やプログラムの構造化を検討する。そして対象少年一人一人で異なっている認知や思考の「ズレ」、障害を抱えてきたことで味わってきた辛さ、等を理解・共感し、対象少年を否定的に捉えるのではなく長所を探しながら肯定的に接していく。そうすることで信頼関係を構築しながら、矯正教育を行っていくことが大切である。そして対象少年にかかわる福祉・教育・医療の各機関やコミュニティと連携を深め、対象少年が少年院を退院した後に社会的孤立をせずに継続的な支援を受けられる体制を構築していかなければならない。この一連の流れのどこが欠けても、再犯・再非行の防止効果は大きく毀損すると考えている。

Ⅳ. 性加害について

性加害は被害者心身への悪影響が甚大であり、しばしば重い心的外傷が後遺するという極めて深刻な加害行為である。再加害リスクが高いことが問題視されることも多い。従って如何に性犯罪の再犯を防ぐかは重大な社会的課題にもなっている。海外の知見でも適切な性加害修正プログラムの実施で再犯率が有意に低下することが明らかになっている。本邦では社会的耳目を集めた性犯罪を契機に性加害修正の必要性が叫ばれ、2005年に法務省は本格的な性加害修正プログラムの研究・整備に着手した。そして翌2006年に「刑事施設及び受刑者の処遇に関する法律」が施行されるのにあわせ、刑務所など複数の刑事施設において成人の性犯罪者に対し全

国で統一的な性加害修正プログラムが開始されている。

一方で少年の場合、基本的に本邦では少年法に基づき、非行少年は刑罰でなく保護の観点から矯正処遇されている。日本で非行少年の施設内処遇の一翼を担っているのは少年院であるが、少年院は再非行防止教育がその設置主旨の一つであったため、従前より集団指導と個人指導を織り交ぜた再非行防止プログラムを行ってきた。従って性加害修正プログラムの取り組み開始も刑事施設より早い。しかし本邦の少年院では伝統的に各少年院がそれぞれ独自のプログラムを実施してきたため、標準化されたプログラムが無いのが実情である。このことは少年院の多様な教育を生み出している長所ともなってきたが、各少年院でプログラム水準のばらつきを生み出すデメリットにもなってきた。筆者が勤務する神奈川医療少年院は前述のように知的障害を抱える少年と情緒的未成熟少年（自閉症スペクトラムを抱えた少年が多い）が収容されており、性加害少年が他の少年院に比して多いのが特徴の一つとなっている。そのため性加害修正プログラムへの取り組みも早期から行われてきた。性加害修正プログラムについては世界的にもまだ標準化されておらず試行錯誤が続いている段階である。従って本稿では少年の性加害修正プログラムの一例として当院で行われているものを紹介したい。

V. 性加害と発達障害

性加害を繰り返す場合、定型発達であった加害者でも、性や性行動だけでなく、異性を含む他者に対する認知までもが歪んでいくケースが多い。一方、発達障害を抱える少年の場合、その生来持つ独特の認知・思考パターン・行動パターンのズレが性加害に結びついてしまったり、累犯につながってしまうことも多い。Hare, Millsらが英国イングランドの高度保安病院を対象に行った調査によると入院患者の内では自閉症スペクトラム障害者の割合は2.37%であり、その内で対象行為が性犯罪で有ったケースは

3.3%であった。日本では熊上、十一、藤川ら各氏が触法自閉症スペクトラム障害少年に性非行が多いことを指摘しているし、筆者の勤務する神奈川医療少年院でも非行内容として性非行が多い。つまり英国での調査結果は予想されたものよりも低く、このことから自閉症スペクトラム者の性犯罪は高度保安病院に入るような強姦等の性犯罪よりも下着盗や痴漢行為、強姦目的でない強制わいせつなどの性犯罪が多いことを示唆している。この示唆は神奈川医療少年院における性非行類型とも矛盾しない。つまり性的な興味の対象が「性行為をしたい」というものでなく、陰部などの身体の一部や下着などに限局していたり、「抱きつきたい、触りたい」と限局していたりするケースが多く見られ、その結果の性非行であるため強姦などの性非行に至らないことも多いのである。アダルトビデオやインターネットの虚偽あるいは誇張された内容を鵜呑みにしてしまい、類似した性行動を行って非行にいたるケースも多い。発達障害を抱える性非行少年の性加害修正を試みる場合、こういった定型発達の性非行少年とは違った特異性に配慮を行わなければならない。発達障害者の独特の認知のズレを修正することは容易でなく、大幅な修正は困難と言わざるをえないが、現在、世界的に有効とされるような性加害修正プログラムはそれなりに強力な認知修正を試みるため、発達障害を抱える少年にも一定程度有効である可能性がある。こういった視点から筆者の勤務する神奈川医療少年院では発達障害を抱えた性非行少年にも性加害修正プログラムを実施している。それを紹介したい。

VI. 性加害修正の世界的潮流

現在、世界的に性加害修正に治療技法として認知行動療法が取り入れられているが、この流れは1980年代のリラプス・プリベンション・モデルの導入にさかのぼる。リラプス・プリベンションは物質依存の治療技法であったが性加害修正に応用され、その有効性から性加害修正に広く採用されるようになった。リラプス・プリ