

〔展 望〕

行為障害に関する研究の動向 —関係性障害への早期支援にむけて—

筑波大学心理学研究科：本多 潤子

A review of studies in conduct disorders
For early interventions in relationship difficulties

Junko Honda

本稿は、行為障害 (conduct disorder) についての諸領域における研究を「関係性」の視点から概観し、行為障害研究の現状と今後を展望するものである。また今後の早期介入への指針、課題についても検討するものである。

1. 行為障害の歴史

行為障害の名称が疾患分類学で汎用されるようになったのは、DSM-III以降である。このDSM-IIIの疾患分類の体系は画期的なものであったが、修正すべき点も多く、DSM-III-Rでは行為障害の領域に新たに反抗挑戦障害が加えられた。またDSM-IV(1994)では、行為障害についての類型化を廃止し、10歳を区分年齢とした、小児期発症型と青年期発症型という病型を特定している。

“conduct”とはそもそも「社会における道徳的なふるまい」といった含みを持っている。したがって医学的モデルには収まりきらないものもある。また行為障害の診断基準には、他の精神疾患と異なって、社会的基準に照会した行動が列挙され、内面生活や主観的症状への言及がないことが特徴である。このように行為障害は多分に社会や他者との「関係性」に基づいて診断される疾患であるということができよう。

2. 行為障害の病因

行為障害には、個人的病理を基底にもつものと、環境からの影響による反社会的行動に終始するものがある (Richters & Cicchetti, 1993)

といわれてきた。しかしながら基本的には、行為障害は遺伝子によって直接伝達されるものではなく、発症に対する脆弱性が遺伝されると考えられている。そこで相互作用についての検討が多くなされてきた。

Crawford-Brown (1999) は、行為障害の成因を説明する新たな多元的モデルを示している。それには精神生物学的次元 (人格傾向、認知能力、神経学的素因など) とそれを基盤にした社会的次元 (親、教師、友人からの強化)、そして最後に行動を決定する心理学的次元がある。行為障害を構成する行動パターンの複合を成立させるためには、このような多層的次元とその相互作用を考える必要があるといわれている。

個体のもつ精神生物学的次元としては、まずADHD (注意欠陥多動性障害) の併発があげられる。また小児期の前頭葉外傷、実行機能の障害 (特に小児発症型で認められる)、言語スキルの低さ (青年期発症型で影響を及ぼしている) なども影響しているといわれている (Dery, Toupin, & Pauze, 1999)。またQuay (1993) は、行動抑制系よりも、報酬系が優位であることが行為障害と関係していると、言及している。

つぎに社会的次元や心理学的次元に関しては、社会的情報処理モデルの研究がある。社会的現象の符号化、解釈、目標の明確化、反応の構成、反応の決定、評価、といった過程から攻撃行動を扱っている (Crick & Dodge, 1994)。これらの段階間の相互関係は流動的であり、生物学的素因と環境からの影響、情報処理過程そのも

のバイアス、フィードバックなどの相互作用を伴っている。

また近年の双子研究 (Meyer, Rutter, & Silberg, 2000) でも遺伝的要素と環境的要素の双方が重要な役割を担っていることが示されている。

3. 注意欠陥多動性障害 (ADHD) との関連

ADHD を併発しない行為障害はまれであるという報告 (Reves, Werry, & Ellkind, 1987) がある。ADHD に顕著に認められる認知や行動の障害が行為障害の病因と密接に関わってくると考えられる。米国児童青年精神医学会の1997年の発表では、ADHD と診断されたもので反社会性障害 (行為障害, 反抗挑戦性障害, 反社会性人格障害) を有するものは、行為障害で30~50%, 反抗挑戦性障害で50%前後である。

また原田 (2002) によると、多くの疫学調査の結果では、ADHD の30~40%は反抗挑戦性障害を合併し、反抗挑戦性障害と診断された症例の25~46%は3~6年後の再調査において行為障害と診断されていた。さらにその4割は成人すると反社会性人格障害と診断されるという。

このように ADHD から、反抗挑戦性障害, 行為障害, そして反社会的人格障害と変遷していく流れを、斉藤・原田 (1999) は DBD (disruptive behavioral disorders) マーチとよんでいる。

それではなぜ ADHD と行為障害の併発率が高いのであろうか。それには、2つの論がある。まず第1には、両者が共通の症状 (攻撃性, 不服従, 破壊性) を有しているという事実に基づいて、実は単一の障害なのではないかという説である。また第2には、2つは別個の障害であるが、単一の障害によってもう一方の障害が発現する危険性が高まるという説である。現在のところ、両者の関係については、諸説あるのが現状である (Biederman, Newcorn, Sprich, & Lapey, 1991)。

本稿では、暫定的に第2の説にたつて、ADHD 児に行為障害が発現する危険性を抑制する要因について検討したい。

ADHD には1次的併存障害と2次的併存障害

があるといわれている (斉藤, 2000)。1次的併存障害とは、ADHD 児の生来的な別側面を示している精神疾患である。また2次的併存障害とは、生来的ではなく ADHD 児が経験しやすい特有な発達過程の中で形成されてきた精神疾患のことである。この1次的併存障害には、発達障害, 2次的併存障害には、行動障害や情緒的障害などがあげられている。

行為障害の併発は2次的併存障害であると考えられることができる。ADHD は広範な精神障害を併発することが明らかにされているが、行為障害の併発は最も早くから研究されてきており、最も高い併発率を示している。

宮本 (2000) は、行為障害を合併した ADHD 児では、家族との愛着形成がうまくいっていないケースが多いことを指摘している。特に虐待あるいは類似の状況がある場合には、暴力モデルが身近にあるだけに、行為障害を合併しやすいという。また最近の生理学的研究 (Steiner & Dunne, 1997) では、長期的な虐待によって、その心的外傷が生物学的な変化を来していると考えられる根拠がいくつかの研究によって示されている。それは、海馬の体積減少, コルチゾールの低値と感情的な麻痺, コルチゾールの高値とフラッシュバック, 自律神経系の反応性の欠如と持続性遷延性などである。いずれも過酷な虐待との間に相関があることが確認されている。このように環境要因によって、生理学的な要因にまでも影響が及んでいることも示されている。

Maziade, Caron, Cote, Merette, Bernier, Laplante, Boutin, & Thivierge (1990) は、7歳児に難しい気質と評価された子どもを思春期まで追跡した調査で、親の監督機能がうまく働かない家庭で育ったものに、反抗挑戦性障害を発症したものが多く指摘している。このような結果から養育環境の影響が大きいことが示唆される。

ADHD 児の親は、幼児期から家庭のみならず保育園や学校で次々にトラブルが生じ、過度の不安や自責感を感じやすい。周囲から「しつけ不足」とか「愛情不足」などと誤解を受けやす

い。このようなことから ADHD 児の家族は関係構築のニーズが高いといえる。

杉山 (2002) は、虐待と ADHD とは相互に絡み合うことが多いことを指摘している。虐待の後遺症として多動性行動障害があらわれる一方で、ADHD の基盤を抱えている児童は「扱いにくい子」であり、虐待の危険因子となるのである。臨床的には、ADHD をもつ児童が虐待環境で育ったと考えられる例に遭遇することが多いということである。このように医学領域では、虐待と ADHD は鑑別診断を行うよりも、しばしば一緒に生じる合併症として対応されてきている。

また早期に発症する行為障害と父親との愛着との関係も指摘されている。そして、夫婦関係と行為障害との間にも相関がある (DeKlyen, Speltz, & Greenberg, 1998)。父親のネガティブな関わり (厳しさ、身体的な折檻など) も、ポジティブな関わり (関与、暖かさ、安定した愛着など) も行為障害の早期発症と関係していることが示されている。そこで母親だけではなく、父親もしくは夫婦関係を支援するシステムが必要であると思われる。

4. 行為障害の治療法

行為障害の治療に関しては、これまで認知療法、精神力動アプローチ、薬物療法、集団療法、行動療法、親訓練を含む家族療法、など様々な治療法が試みられている。しかしいずれも思春期における重症の行為障害に対しては、単独で有効性が確認されていない (Steiner, 1997)。行為障害治療の有効性の低さは、子どもが成長するにつれ、人格が固定化して、問題行動に変化が生じにくくなるからであるといわれている。そして「可逆性のある」反抗挑戦性障害の段階までの治療の重要性が強調されている。

行為障害は、遺伝負因をはじめとする生物学的要因のほか、親の養育態度や友人関係など環境要因の影響をうけて進行していく。そこでこうした過程に介入していくには、適切な環境調整がきわめて重要となるとと思われる。子どもだけでなく、その家族、学校への介入を包括

的に行っていくことで効果があがる。

まず家庭には、不適切な養育によって、問題行動がエスカレートすることを避けるための養育トレーニングや、家族システムの変化を目的とした家族療法的な介入を行うことが必要である。両親に、ADHD 特有の気質を説明することが必要である。母親は子どもをわがままであると理解し、それは自分の子育てが失敗したせいだと思こんでいることが多い。そのような罪悪感を開放し、子どもへの陰性感情を減少させる必要がある。反抗的な ADHD の子どもに対しては、穏やかに指示を繰り返す、相手の土俵にのらないことが大切であることなどを伝えることが必要である。

そして子ども自身には、問題解決スキル訓練など認知行動療法的な介入が適している。ADHD の子どもは、状況認知が悪く、相手の立場にたてずに、気持ちが悪く理解できないことが多い。このため相手の言動を曲解してしまうことがある。こうした場面では、冷静になるのを待って、その場面を振り返って誤解を訂正する認知的な関わりが求められる。Fonagy (1998) は、行為障害への進行が懸念される子どもに対する精神療法的アプローチを開始した時期とその有効性を 9 歳前後で検定し、有意差があることを報告している。この結果は、有効な早期介入を実施するためには 9 歳が重要な臨界点であることを示唆している。

また学校では、学習の遅れを減らすための配慮や子どもの自己肯定感を高めることを目的にした介入を行うことが求められる。そして学校のスタッフに、ADHD 児であるという共通認識を持たせて、不用意な叱責を減らす必要がある。さらにそれぞれの子どもにあわせた適切な役割を与える事などによって自己評価を向上させる工夫が必要である。

つぎに、親子関係への介入についての研究を紹介する。近年、行為障害の研究に最も時間をかけている精神力動理論家は、愛着理論家である。愛着理論の基本的な主張は、乳児期の母子関係による安全と統制の感覚が、生涯にわたる自己観や他者観、自己と他者の関係についての

認知的・感情的な枠組みを築いているということである。

行為障害の子どもの母親はほとんどすべて不安定な愛着を示している。また、行為障害を併発していない ADHD の子どもをもつ10人中6人の母親も、不安定な愛着を示している (Crowell & Feldman, 1988)。

「扱いにくい子ども」とされる重度の睡眠障害のある乳児の母親20人のうち、ひとりも安定型に分類された母親はいなかった (Benoit, Zeanah, Boucher, & Minde, 1992)。こうした悪循環を形成してゆく母子双方の特徴として、子どもの側には生来的な気質の問題 (育てにくさ) があり、母親の側には、子どもの信号を適切に読みとり、応答するという、情緒応答性・感受性の問題があると考えられる。

反抗挑戦性障害や行為障害の治療では、親子間にある葛藤の緩和のために親のカウンセリングが欠かせない (斉藤・原田, 1999) という。ADHD を合併している場合には、幼児期以来の子どもの発達経過と問題点を ADHD の観点からとらえ直し、子どもの衝動性や不適応行動を体質的な特徴として理解することができるように援助する必要がある。子どもの問題イメージを修正し、再構築することで初めて子どもとの関係を見直すことができ、また現在の子どもの問題と冷静に向き合うことができるようになる。

親子関係が深刻化してゆく悪循環に対する早期介入の目標・技法として、Fonagy (1998) は、早期からの母親への養育訓練、安全愛着の形成を促進すること、母親の内省機能を高めることの3点をあげている。こうした指針に基づいた介入を関係性に焦点をあてた介入、関係性指向の介入という。

実際のワシントン大学での養育指導では、乳児の状態、乳児の行動、乳児の合図、乳児の状態の調整、適切な授乳の方法などがあげられている。養育訓練を行ったグループの方が、通常の身体的な養育訓練のみを指導したグループに比べて、母親の応答性が高く、母子の波長があっていたということが報告されている。

行為障害の進行を予防するための養育訓練も、

基本的には、同様の方針に基づいて実施されている。問題行動に目をむけるだけでなく、その意味や、そのときの子どもの気持ちに目を向けるように働きかける。そのことによって、子どもからおくられてくる合図や信号を適切に読みとり、応答する親の機能を高めていくことができるのである。

また反抗挑戦性障害の併存する ADHD とそうでない ADHD にどのような病体の違いがあるのかを明らかにした調査研究の結果を検討した研究がある (斉藤, 2000)。家庭生活への適応という面では、父親との関係の問題に両群間の差は見られないが、母親との関係では、反抗挑戦性障害併存群の方が単独群よりも暴力的で、反抗的であり、明らかに両面的であった。幼児期以来の一貫した両面的な母子関係が、反抗挑戦性障害併存群では続いている可能性がある。生育歴でも反抗挑戦性障害併存群の方が、乳幼児期から親離れに葛藤が顕在的で、乱暴な扱いにくい傾向のあるものが多いことが示されている。

このように幼児期の母子関係において、母親から「扱いにくい子」と認知されることが反抗挑戦性障害の併存と関係していることが示唆された。情緒面で分離不安として表現される両面性と、行動面での対象支配的な方向へと向かう衝動性が高くなるのである。杉山 (2002) は、操作的に診断された ADHD の中には、幼い時期の過干渉に対する反抗や被虐待体験を主たる要因とするものも含まれるのではないかと指摘している。少なくとも生物学的要因と愛着障害のような両面性を過度に強めるような心理社会的要因が多重的に重なりあう ADHD 症例が存在すると考えられている。この2つの要因以外にも多くの心理社会的要因が ADHD には関与しており、それらが生物学的な要因に勝るともおとらぬ影響を及ぼしてると考えることができる。

また Fonagy, Target, Steele, Steele, Leigh, Levingson, & Kennedy (1997) は、早期の愛着とのちの犯罪との関係についてのモデルを提示している。特定の愛着表象の内的作業モデル

は青年期に、より一般化された関係へと拡大し、社会的機関への愛着や絆も語られるようになる。社会的機関（学校や仕事など）に対する愛着が希薄な子どもは、物質乱用や犯罪歴のリスクが高い。Fonagy は、安定した早期の愛着は、他者の精神状態への気づきを増し、またこの精神化は、邪悪な行為を抑制し、関係性の構築を促進すると述べている。このような研究からも、親子関係家族全体への支援が行為障害の予防につながることを示唆されている。

結 語

近年、近年行為障害についての研究は進歩してきているものの、その因果関係や維持過程は明らかになっていない部分も多い。症例研究だけではなく、縦断的な実証研究もさらに進められていく必要があるだろう。また ADHD 児のような危険因子の高い子どもに関しては、乳幼児期からの家族への介入が必要であり、行為障害の予防を早期に行うことが求められる。

多忙な小児科外来で、家族状況や、両親の生育歴、子どもへの対応の仕方を丁寧に聞くことは現実的に難しく、ハイリスク家庭を支援していく専門家や連携システムが求められるだろう。ハイリスク児への介入だけではなく、家族全体への介入が行為障害の予防につながるのではないかと思われる。

引用文献

- Benoit, D., Zeanah, C. H., Boucher, C., & Minde, K. 1992 sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 31, 86-93.
- Biederman, J., Newcorn, J., Sprich, S., & Lapey, K. 1991 Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Crawford-Brown, C. 1999 The impact of parenting on conduct disorder in Jamaican male adolescents. *Adolescence*, 34, 417-436.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. 1994 A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crowell, J. A., & Feldman, S. S. 1988 Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and Developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 52, 857-865.
- DeKlyen, M., Speltz, M. L., & Greenberg, M. T. 1998 Fathering and early onset conduct problems: positive and negative parenting, father-son attachment, and the marital context. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 3-21.
- Dery, M., Toupin, J., & Pauze, R. 1999 neuropsychological characteristics of adolescents with conduct disorder: association with attention deficit-hyperactivity and aggression. *Journal of Abnormal Psychology*, 27, 225-236.
- Fonagy, P. 1998 Prevention; the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant mental Health Journal*, 19, 124-150.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Levingson, A., & Kennedy, R. 1997 Crime and attachment: Morality and disruptive behavior, borderline personality, crime, and their relationships to security of attachment. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 223-274). New York: Guilford Press.
- 原田 謙 2002 ADHD／非行・暴力・犯罪への親和性－反抗挑戦性障害・行為障害を含むスペクトル 現代のエスプリ, 414, 163-171.
- 小林聡幸 2001 行為障害の病理と病因 臨床精神医学, 30, 585-592.
- Maziade, M., Caron, C., Cote, R., Merette, C., Bernier, H., Laplante, B., Boutin, P., & Thivierge, J. 1990 Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments

- at age 7. *American Journal of Psychiatry*, **147**, 1531-1536.
- Meyer, J. M., Rutter, M., & Silberg, J. L. 2000 Familial aggregation for conduct disorder symptomatology: the role of genes, marital discord, and family adaptability. *Psychological Medicine*, **30**, 750-774.
- 宮本信也 2000 注意欠陥・多動障害 小児の精神と神経, **40**, 255-264.
- 野村俊明・奥村雄介 1999 行為障害と少年非行 精神科治療学, **14**, 147-152.
- Quay, H. C. 1993 The psychobiology of under-socialized aggressive conduct disorder: a theoretical perspective. *Developmental Psychopathology*, **5**, 165-180.
- Reves, J. C., Werry, J. E., & Ellkind, D. J. 1987 Attention deficit, conduct, oppositional, anxiety disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 144-155.
- Richters, J. E. & Cicchetti, D. 1993 Mark Twain meets DSM-III-R: conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction. *Developmental Psychopathology*, **5**, 5-29.
- 斎藤万比古 2000 注意欠陥・多動性障害 (ADHD) とその併存障害 小児の精神と神経, **40**, 243-254.
- 斎藤万比古・原田 謙 1999 反抗挑戦性障害 精神科治療学, **14**, 153-159.
- Steiner, H. 1997 Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of American and Academic Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 122-139.
- Steiner, H., & Dunne, J. E. 1997 Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of American and Academic Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 1482-1485.
- 杉山登志郎 2002 鑑別診断 小児科診療, **6**, 965-968.