

## 総 説

### 行為障害 - 症例と考察 -

住 谷 さつき, 上 岡 千 世, 谷 口 隆 英, 永 峰 勲, 大 森 哲 郎

徳島大学医学部神経精神医学教室

(平成12年9月7日受付)

行為障害は、反社会的行動を反復的かつ持続的に行う子どもに付けられる疾患名であるが、こうした症例が医療機関を訪れることは非常にまれである。今回、行為障害が疑われて入院した1症例に遭遇したので、これを紹介するとともに、行為障害の病因、治療、予後などの最近の報告について考察する。行為障害は、生物学的要因の強い者と、環境要因や心理的要因の強い者に分けて考える必要がある。生物学的要因としては、注意欠陥/多動性障害(AD/HD)との関連が注目されており、年少時にAD/HDであった子どもは、成長して反抗挑戦性障害や行為障害を併発し、大人になって非社会性人格障害へ発展するリスクが高いと言われている。こうした子どもは、何らかの脳器質性障害に伴う衝動性や攻撃性を持つと考えられ、心理的アプローチだけでは改善が難しく、時には薬物治療も必要となる。今後、行為障害に医療機関が積極的に介入する事が重要になってくると考えられる。

#### はじめに

行為障害とは1980年、米国精神医学会の精神障害の診断・統計マニュアル第3版(DSM III)により採用された概念であるが、一般精神科医にとっては関与する機会の少ない障害であった。社会的には反社会的な行動を起こす少年として、主に司法関係者や教育関係者がかかわることが多く、医療の役割が明確にされていなかった領域である。近年、神戸の連続児童殺傷事件を起こした少年の診断名として採用されたことで、社会に広く知られるようになり、最近も、西鉄高速バス乗取り事件を起こした少年の、精神科病院入院時の診断が行為障害であったことから、一般の関心が寄せられるようになっていく。しかし、社会がこれらの事件における特殊な行動を、行為障害全体をあらわすととらえることは適切な対

応の妨げとなる。今後、各種相談機関や医療機関が関与する機会が増加すると予想される。今回、行為障害が疑われて当科に検査入院した症例を紹介しながら、行為障害の診断、病因、治療、予後などの最近の知見について考察したい。

#### 行為障害の概念と診断

行為障害とは、他者の基本的人権を侵害するような、または、年齢相応な社会的規範や規則を破るような行動パターンが繰り返し持続的にみられるもの<sup>1)</sup>で、攻撃性と反社会性によって特徴づけられる。医療の立場からは、この反復性と一定期間以上の持続性が診断上重要となる。行為障害と非行が同じ意味に用いられることがあるが、非行と行為障害は同一のものではない。非行は司法の立場から、行為障害は医療の立場からの概念であり、例えば、行為障害であっても触法行為に及ばなければ非行とはみなされないし、一度きりの触法行為は非行であっても行為障害ではない。行為障害は精神科医療の対象である。

行為障害の診断基準を表1 aに示す。これは世界保健機構(WHO)が定めた国際疾病分類第十回改訂版精神および行動の障害研究用診断基準(以下ICD 10:DCR)に記載されているものである。表1 bに示した、米国精神医学会の精神障害の診断・統計マニュアル第4版(以下DSM IV)においても診断基準はほぼ同じで<sup>2)</sup>、ICD 10:DCRに示される症状のうち、(1)から(8)に挙げられているものを、反抗挑戦性障害として別に分類している点が異なる。ICD 10:DCRでは、反抗挑戦性障害は行為障害の4つの亜型分類のひとつとして位置づけられている。これ以外の亜型分類としては、家庭内に限られる行為障害、非社会性行為障害、社会性行為障害の3型が挙げられている。表2に行為障害の診断の歴

史を示したが、新しい概念であるために、改訂ごとに詳細になっていることがわかる<sup>14)</sup>。

しかし、ここで問題となるのは、行為障害という概念は症候論にすぎないということである。診断は、反社会的な行動をどれだけの期間、いくつ起こしたかによってなされるため、個別の対応の重要な疾患にも関わらず実際の疾患が見えてこない。発症年齢や重症度を特定することにより、ある程度それぞれの症例の位置づけが行えるようになっているが、病因や予後についての言及はなく、このため具体的にどのように対応したら良いかの指針が示されない。行為障害にもいろいろなタイプがある。個々の症例にはそれぞれ異なった成因があり、また対応の仕方もそれぞれで異なってくると思われる。

以下に、我々の経験した症例を呈示する。尚、プライバシー保護のため、論旨に影響のない範囲で、本人と特定できる情報を修正した。

## 症 例

16歳，男子，高校生

【主訴】反復する反社会的行動。

【家族歴】特記事項なし。

【生育歴】

両親，弟の4人家族の中で育った。父親は地方公務員，母親は個人病院の看護婦で，両親とも働いていたため，両親の留守中は同じ敷地内にある祖父母宅で過ごした。乳児期の発達障害は特になかった。幼児期は他の子どもとあまり遊ばなかったり，呼んでも返事をしないなど，社会性の遅れが認められた。1歳下の弟は活発で友達も多く勉強もよくできたため，両親ははっきり口に出さないものの，常に本人と弟を比較していたという。母親は勝ち気で教育に熱心であったが，父親はおとなしい性格で影の薄い存在だった。しかし両親の養育態度は過干渉，過保護ということも放任ということもなく，家族の愛情は人並みに受けて育った。小学生の頃は，授業中ぼんやりしていることが多く，注意力，集中力のなさをたびたび担任教師に指摘されていた。友達と関わるのが少なく，一人で遊び，不注意な失敗が多かった。

【現病歴】

X 3年5月頃（中学2年生時）より，非行グループに誘われ万引きや窃盗をするようになり，夜遅く外出し帰宅しないこともあった。グループのなかでの立場は弱く，金品を要求されたり殴られることなどがあった。X

2年9月から12月頃，一時期不登校となり家庭内でガラスを割る，家具を壊すなどの破壊行為がみられ，親によく嘘をつくようになった。X 1年4月，地元の公立高校に進学した。高校生になってからは，自分の言いなりになる仲間ができ，しばしば万引きをしたり自転車やバイクを盗み警察に補導された。また深夜徘徊，無断外泊もあった。犯罪や残虐性のあるビデオに関心があり，熱心に見ていたという。自分で洗剤や火薬を集めて爆発物を作ろうとしたり，カルト教団を作ろうと友達を誘ったこともあった。X年2月頃期末試験が近くなり，日頃の成績の悪さから留年する事を恐れたため，期末試験の日に無差別殺人を行う，といった内容の脅迫文を学校に送り，警察に注意された。反社会的行動がためらいなく繰り返されるため，X年3月15日検査目的で入院となった。

【入院後経過】

入院中は頻回に面談を行いながら検査を進めた。本人以外にも両親，祖父母と面談し生育歴や性格傾向について聴取した。本人は，病棟での生活ぶりや心理テストの結果が自分の将来に影響すると考えたためか，入院当初緊張が強く，主治医やスタッフに自分をよく見せようとするところがあった。2週間をすぎる頃から，病棟の生活にも馴染み，自分の気持ちや悩みについて語るようになった。「友達も家族も誰も信用していない」「小さい頃から親や先生からは叱られてばかりだった。学校でも友達にバカにされた」「中学の時は誘われて非行グループに入り行動を共にした。抜きたいけれど抜けられない状態だった」「自分は何をやってもダメな人間だ」など，本人の口からは強い自己否定と他人に対する不信感に満ちた話が聞かれた。4週間後，予定していた検査が終了したため，X年4月10日退院となった。

【検査所見】

脳波は9～10Hzの年齢的にはやや遅いα波が後頭部優位にみられた。また異常波として6Hz棘波の短時間の群発が頭頂部から後頭部にかけて出現していた。脳CT，脳MRI，脳血流シンチでは特に異常はみられなかった。

また，各種心理検査を行った。Bender-Gestalt Testでは器質性疾患の特徴は見られなかった。ふるえが特徴として挙げられたが，これは過度の緊張，攻撃性の抑制，計画性のなさを示唆すると考えられた。知能検査（WISC III）では，全知能指数は82（言語性知能指数84 動作性知能指数83）で，正常域下限であった。言語性能力と動作性能力の間に差は見られなかったものの，

表 1 a 行為障害の診断基準 (ICD 10 : DCR)<sup>3)</sup>

## F 91 行為障害

G 1 他者の基本的権利を侵害するような、または年齢相応の社会的規範や規則を破るような、行動パターンが繰り返し持続的にみられるもので、少なくとも6カ月間持続し、その間に以下の症状のうちいくつかが存在すること。

- 1) その小児の発達水準にしては、あまりにも頻繁で激しい癇癪がある。
- 2) 大人とよく口論する。
- 3) 大人の要求やルールを、積極的に否定したり拒絶したりすることが多い。
- 4) 明らかに故意に、よく他人を苛立たせるようなことをする。
- 5) 自分の間違いや失敗を他人のせいにすることが多い。
- 6) 短気なことが多く、他人に対してすぐ苛々する。
- 7) よく怒ったり腹を立てたりする。
- 8) 意地が悪く、執念深いことが多い。
- 9) ものを手に入れたり好意を得るため、または義務から逃れるために、よく嘘をついたり約束を破ったりする。
- 10) 頻繁に自分からけんかを始めることが多い(兄弟げんかは含まない)。
- 11) 他人に大きなけがをさせる可能性のある、武器を使用したことがある(例; パット、れんが、割れたピン、ナイフ、銃)。
- 12) 親から禁止されているにもかかわらず、しばしば、暗くなっても帰宅しない(13歳以前に始まるもの)。
- 13) 他人への身体的残虐行為(例; 被害者を縛りあげたり切傷したり、やけどさせたりなど)。
- 14) 動物への身体的残虐行為
- 15) 他人の所有物を故意に破壊(放火によるのではなく)
- 16) 深刻な被害をもたらす恐れをとまなう、またはそれを意図した故意の放火
- 17) 家庭内または家庭以外で被害者とは直面しないようにして、高価なものを盗む(例; 万引き、住居侵入、偽造)
- 18) 13歳以前に始まる頻繁な怠学
- 19) 親または親代わりの人の家から少なくとも2回家出したことがある、また1回だけでも一晩以上いなくなったことがある(身体的・性的虐待を避けるためではない)
- 20) 被害者と直面するような犯罪(ひったくり、ゆすり、強盗を含む)
- 21) 性的行為を強要する。
- 22) 他人を頻繁にいじめ(つまり、持続的に威嚇・拷問・妨害を含めて、故意に他人に苦痛や傷害を負わせる)。
- 23) 他人の家、建物、または車に押し入る。

G 2 非社会的な人格障害、精神分裂病、躁病エピソード、うつ病エピソード、広汎性発達障害、または多動性障害の診断基準を満たさないこと。(情緒障害の基準を満たす場合は、行為と情緒の混合性障害と診断せよ)。

発症年齢を特定しておくことが勧められる。

小児期発症型: 10歳以前に行為の問題が少なくとも一つは発症

青年期発症型: 10歳以前には行為の問題なし

## 亜型分類

F 91 0 家庭内に限られる[家庭内限局性]行為障害

- A. 行為障害(F 91)の全般基準を満たすこと。
- B. F 91の基準G 1の症状のうち3項以上が存在し、その3項は項目(9)-(23)であること。
- C. 項目(9)-(23)のうち、少なくとも1項は6カ月以上存在すること。
- D. 行為の障害は、家庭内のみに限られていること。

F 91 1 非社会性[非社会化型][グループ化されない]行為障害

- A. 行為障害(F 91)の全般基準を満たすこと。
- B. F 91の基準G 1の症状のうち3項以上が存在し、その3項は項目(9)-(23)であること。
- C. 項目(9)-(23)のうち、少なくとも1項は6カ月以上存在すること。
- D. 同世代の者との交友関係が明らかに乏しいこと。それは、孤立する・拒絶される・人望がない・長続きする親友がいないなどからわかる。

F 91 2 社会性[社会化型][グループ化された]行為障害

- A. 行為障害(F 91)の全般基準を満たすこと。
- B. F 91の基準G 1の症状のうち3項以上が存在し、その3項は項目(9)-(23)であること。
- C. 項目(9)-(23)のうち、少なくとも1項は6カ月以上存在すること。
- D. 行為の障害は、家庭外または家庭内の状況のいずれも含む。
- E. 同世代の者との交友関係は正常範囲である。

F 91 4 反抗挑戦性障害

- A. 行為障害(F 91)の全般基準を満たすこと。
- B. F 91の基準G 1の症状のうち4項以上が存在するが、(9)-(23)からは2項目を超えないこと。
- C. 基準Bの症状により適応が障害され、発達段階に不釣り合いであること。
- D. 少なくとも4項の症状が6カ月以上存続していること。

表 1 b 行為障害の診断基準 (DSM-IV)

- A. 他者の基本的権利または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の3つ (またはそれ以上) が過去12カ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6カ月の間に存在したことによって明らかとなる。
- 人や動物に対する攻撃性
- 1) しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。
  - 2) しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめる。
  - 3) 他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある (例えば、バット、煉瓦、割れた瓶、小刀、銃)。
  - 4) 人に対して身体的に残酷であったことがある。
  - 5) 動物に対して身体的に残酷であったことがある。
  - 6) 被害者に面と向かって行う盗みをしたことがある (例えば、背後から襲う強盗、ひったくり、強奪、武器を使つての強盗)。
  - 7) 性行為を強いたことがある。
- 所有者の破壊
- 8) 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。
  - 9) 故意に他人の所有物を破壊したことがある (放火による以外で)。
- 嘘をつくことや窃盗
- 10) 他人の住居、建造物または車に侵入したことがある。
  - 11) 物や好意を得たり、または義務をのがれるためしばしば嘘をつく (すなわち、他人を“だます”)。
  - 12) 被害者と面と向かうことなく、多少価値のある物品を盗んだことがある (例: 万引き、ただし破壊や侵入のないもの、偽造)。
- 重大な規則違反
- 13) 13歳未満ではじまり、親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する。
  - 14) 親または親代わりの家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった (または長期にわたって家に帰らないことが1回)。
  - 15) 13歳未満からはじまり、しばしば学校を怠ける。
- B. この行動の障害が社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。
- C. そのものが18歳以上の場合、反社会性人格障害の基準を満たさない。
- 発症年齢に基づいてタイプを特定せよ:
- 小児期発症型: 10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準の少なくとも1つが発症。
- 青年期発症型: 10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準は全く認められない。
- 重症度を特定せよ:
- 軽症: 行為の問題があったとしても、診断を下すのに必要である項目数以上に余分はほとんどなく、および行為の問題が他人に比較的に軽微な害しか与えていない (例: 嘘をつく、怠学、許しを得ずに夜も外出する)。
- 中等度: 行為の問題の数及び他者への影響が軽症と重症の間である (例: 被害者に面と向かうことなく盗みをする、破壊行為)。
- 重症: 診断を下すのに必要な項目数以上に多数の行為の問題があるか、または行為の問題が他者に対し相当な危害を与えている (例: 性行為の強制、身体的残酷さ、武器の使用、被害者の面前での盗み、破壊と侵入)。

表 2 行為障害の診断の歴史

1980年	DSM IIIで成人であれば人格障害と診断される偏った諸行動に対して行為障害という疾患名が付けられた。攻撃型か非攻撃型か、社会化型か非社会化型かの組み合わせで4型に分けられていた。
1987年	DSM III Rでは、13項目の症状が挙げられ集団型と単独行動型の2型に分けられた。
1992年	ICD 10で「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」のなかに行為障害が挙げられ、23項目の症状が示された。また発症年齢の特定を勧め、亜型分類としては主に <ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭内に限られる行為障害、</li> <li>・非社会化型行為障害</li> <li>・社会化型行為障害</li> <li>・反抗挑戦障害</li> </ul> の4型があげられた。さらに重症度が予後判断の指標として記載されている。
1994年	DSM IVで、行為障害は「通常幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害」の項で「注意欠陥および破壊的行動障害」の中に位置づけられている。15項目の症状が挙げられ、これは <ol style="list-style-type: none"> <li>①人や動物に対する攻撃的な行動</li> <li>②所有物の破壊</li> <li>③嘘をつくことや窃盗</li> <li>④重大な規則違反</li> </ol> の4本の柱に分かれている。さらに発症年齢と重症度を特定するように求めている。ICD 10と異なり反抗挑戦性障害を別に分類している。

下位能力に大きな偏りがあった。言語性では「知識」や「単語」の評価点が低いのに「理解」が高く、動作性では「配列」「積木」の評価点は高いが「完成」「記号」が低かった。状況判断力や推察力があるものの、機械的処理は不器用であり、視覚-運動協応のぎこちなさが目立った。これらのことから、思考レベルでは年齢相応以上に理解しているが、不器用さが先立ち、それを表現することに困難があると推察された。質問紙法による人格検査（Y-G 性格検査）では、肯定的な自己を表出し、臨床場面での自己評価の低さを否定する結果となった。これに対し、投影法による人格検査（Rorschach Test）では、生物運動反応や人間運動反応が全く認められず、無生物運動反応が標準以上に出現していた。このことは、強い葛藤や衝動の存在と、それらを認知したり統制できないことを示しており、総合的には人格統合水準が病的レベルを示した。本人の強い自己否定についても内面に根ざしたのではなく、自意識の強さの裏返し表現ではないかと考えられた。

#### 【診断】

ICD 10：DCR の診断基準で全般基準が該当し、診断に必要な23項目のうち6項目が当てはまったため、行為障害と診断した。発症年齢は青年期発症型とする。重症度については、被害者に面と向かうことなく盗みや脅迫をしていることから、中等度の範囲にあると考えた。本人は反社会的行為を行うときに、グループや友達と共に行うこともあるが、集団に対する帰属意識はなく、むしろ友達に対して不信感が強い。幼い頃から対人関係がうまくいかなかったことから考えても、集団に左右されて行動しているのではなく、個人で行動していると判断したため、亜型分類については非社会性行為障害とした。注意欠陥/多動性障害（以下 AD/HD）の合併については、家族からの情報では、幼児期、学童期に著しく注意散漫であったことが窺われた。多動性、衝動性が明らかでないため、ICD 10：DCR では、多動性障害の閾値以下にある状態とされるが、DSM IV では、AD/HD（不注意優勢型）と思われる。

#### 【症例の考察】

この症例は、年少時から AD/HD があったと思われる。脳波異常があり、心理テストの内容からも、何らかの生物学的要因の存在を疑わせる。また心理学的要因、環境的要因として、幼児期より周りから否定的に取り扱われたこと、いじめられたことがあり、さらに中学生になって、不良仲間との交流が始まったことがあげられる。

これらの要因を基盤として、14歳のころから行為障害が顕在化した。脅迫文は空想的な内容で、実際に他人を攻撃する意志はなかったと思われる。ただ、間接的にせよ人を威嚇し、自分の要求を通そうとする心理には、攻撃性や衝動性が隠れている。また、窃盗を抵抗無く行い、しばしば嘘をつくことから人格の障害が疑われる。いじめられたり暴力を振るわれることへの恐怖感から、自分自身の攻撃性は暴力行為として顕在化していないが、状況によりこれが触発される懸念がある。また、知力や集中力のなさには自分で気づいており、強い劣等感と、いつかそれを大逆転できるという尊大さの両極端の感情を持ち、常に葛藤しているように思われた。現実には満たされない願望を、空想の世界で充足する傾向が見られた。

この症例は生物学的要因が強く、情緒的介入だけでは改善が難しいと思われる。今後の反社会的行動を防止するためには、ある程度管理され厳正で公平な統率のなかで継続的に支援を受けられる環境を作ることが大切である。性格を変えることはできなくても、社会で容認されるやり方や、自己の感情や行動のコントロールの仕方に気づかせることが必要と思われ、さらに周りの人間が常に患児に関心を持ち、相談できる態勢を維持しておくことが重要であると思われた。このため、長期休暇の時には家族と共に外来受診して近況を知らせるよう指導した。家族にも、これから定期的に、また長期に精神科外来を受診して経過観察する事の必要性を説明した。

#### 病 因

現在、行為障害の病因としては生物学的要因、心理的要因、環境的要因に分けて考えられている（表3）

表3 行為障害の病因

・生物学的要因	AD/HD との関連。脳の形態学的異常、機能的異常。遺伝的背景。
・心理学的要因	親や大人社会に対する不信感、敵意。心理的葛藤。欲求不満。低い自己評価。孤独感。現実逃避。ストレスに対する耐性のなさ。罪悪感の乏しさ。自分自身の問題意識の欠如。
・環境的要因	不適切な親の養育態度（拒絶、無視、虐待、溺愛、厳しいつけ、一貫しない取り扱いなど）。早期からの施設生活。不良仲間との交流。教師の無理解。いじめ。

生物学的要因としては、特に AD/HD との関連が注目されている<sup>5,9)</sup>。AD/HD は注意力障害と衝動性多動性を特徴とする症候群で、かつては微細脳機能障害 (MBD) と言われていたものに相当すると考えてよい。これは行動面の特徴から定義された症候群であり、周産期障害や遺伝的要因が関係していると言われていたが、半数は原因が特定できない。最近では、神経化学的にはモノアミン代謝障害、神経生理学的には大脳辺縁系の機能不全などを焦点とした研究がなされている<sup>9,10)</sup>。治療としては、methylphenidate, carbamazepine を中心とした薬物治療と共に、養育環境、教育環境の調整を行う<sup>9)</sup>。幼児期に AD/HD が見られた子どもは、発達に伴い、学童期には反抗挑戦性障害、思春期に行為障害、成人になって非社会性人格障害へと発展するリスクが高いと言われていたが、これは、もともとの生物学的要因に加えて、周囲から否定的に扱われることで二次的な情緒障害 (低い自己イメージと劣等感) を起こしてくることも要因となる (図 1)。Biedermann ら<sup>6)</sup>によると、AD/HD と行為障害の併発率は50~60%と言われている。また、Szatmari ら<sup>7)</sup>は AD/HD と行為障害の重複診断率は約40%であるとしている。Barkley<sup>8)</sup>は AD/HD と反抗挑戦性障害の併発率は54~67%、行為障害の併発率は児童

期で20~40%であり、思春期には44~50%になると報告している。我が国では、AD/HD や行為障害を持つ子どもがあまり医療機関を訪れないため報告例が少ないが、斎藤ら<sup>11)</sup>によると、AD/HD と診断された子どもの69%が反抗挑戦性障害を合併しており、反抗挑戦性障害の子どもの62%が AD/HD であったという。これに先立ち、1960年にドイツの児童精神医学者の Lempp は、胎生期6~7カ月から生後1年の間に脳に加わった侵襲が、性格や行動に変化を起こすことを指摘し、これを「早幼期脳障害」と呼んだ。この障害の行動特性として、感情が不安定で注意力や集中力がない、衝動性、対人距離の喪失、危険に対する恐怖心の欠如などが挙げられている。これは AD/HD の概念につながるものであり、こうした周産期周辺の脳の器質的障害が、問題行動の生物学的要因となることを示している。

心理学的要因としては、疾風怒濤といわれる思春期の自我確立過程における、大人社会への不信、反発、敵意がある。この心理的葛藤の強い時期に、欲求不満やストレスに対する耐性の低さから容易に反社会的行為を犯し、そのことで自己の存在意味を明確にすることがある。また学業が不振であったり、幼い頃から大人を困らせる行動がある子どもは、周囲から常に否定的に扱われる傾向があり、大人にとって扱いやすい良い子たちと比較され、「自分はどうせ何をしててもダメだ」という強い自己否定感を持ちながら、一方でそうした自分を作ったのは大人社会であるといった他罰的感情に陥り易く、復讐の意味から反社会的な行動を起こすようになる。こうした行為がさらに社会から拒絶され否定され、益々自己評価を低くするという悪循環に陥る。しかし一方で誰かが自分を認めてくれること、自分が生まれてきた価値を実感する事を求めている。また現代の子どもの一般的特徴として、身体的、性的には早熟であるが、心身のアンバランスが強く、情緒不安定で依存心が強く、自己自立が遅れていることが指摘されている<sup>12)</sup>。このため、欲求不満や不安を衝動的な攻撃や他人への暴力で解消しようとしたり、自暴自棄になり薬物乱用などの自己破壊的行為に走るといった短絡的な行動が見られる。

環境要因としては、親の拒絶や虐待、母性的養育の欠如、早期からの施設生活などが挙げられる。乳幼児期から養育者に虐待されたり拒否されることで、早期の人間関係が形成されずに成長した子どもは、対人不信感が強く大人や社会への敵意が強い。また、両親が揃って一見普通の家庭環境であっても、制限や要求の多い養育、感

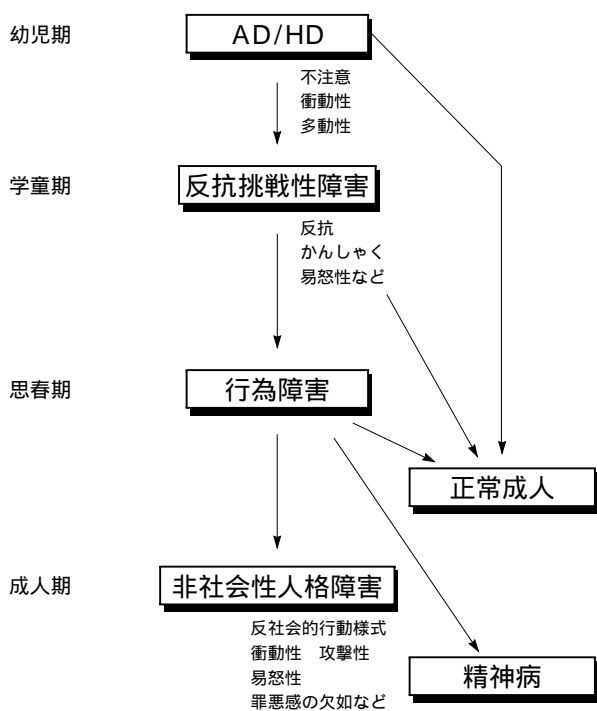


図1 行為障害と関連疾患の関係

情的な一貫しない取り扱い、不十分なしつけなどは子どもを不安にさせる。また、学校での無理解やいじめ、不良仲間との交流など、家庭以外での対人関係や社会的関係の障害も行為障害の環境要因となる。実際、激しい衝動性や攻撃性を持っていたとしても、それを行動化するには周りの人間関係がブレーキにもアクセルにもなる。自分に関心を持ち、助けてくれようとする人の存在は行動化を抑制するが、同じように反社会的行動を行う仲間が存在は、自己の行動を正当化し罪悪感を麻痺させる。また、最近はこうした心理的要因や環境要因が明白でない、表面的には普通以上に適応的な子どもが、はっきりした動機も罪障感もなく反社会的行動を起こす傾向が見られる<sup>13)</sup>。ストレスを自覚せず身体化する心身症の子どもが増加しているのと同様に、言語化できない悩みや困難を行動化するものと見られる。

これらの要因は互いに連続性もあり、それぞれが複雑に絡みあい、さらに何らかのきっかけを得て行為障害として顕在化してくるものと考えられる。生物学的要因があるからといって必ずしも行為障害を発症するわけではない。またどんなに劣悪な養育環境におかれても問題なく成長する子どももいる。これらの病因はリスクファクターとしてとらえるべきである。

## 治 療

行為障害を医療機関で治療することは、薬物療法の他に精神療法、行動療法、家族療法など多角的なアプローチができて効果的だと思われるが、実際は治療の導入が困難であることが多い。子ども自身に問題意識がないため、治療機関を訪れず、親だけが相談に来ることもある。家族もよほどのことがない限り、これは教育や心理の問題で医療の対象でないと考える傾向があり、家庭や学校でどうしても対応できないときに、初めて病院を訪れる。外来治療では治療関係が維持されにくい場合、入院も考慮されるべきである。薬物を用いて行為障害を治療することは、一般に理解が得られにくいのが、薬物を適切に使用することで心理的アプローチも行いやすくなり、何より子ども自身が楽になると思われる。また、問題行動が精神病発病の前駆症状であることがあり、医療機関への関わりをためらうと治療の導入がおくれ、改善が難しくなることがある。

## 薬物治療

AD/HDを伴う年少児(6~12歳頃)の衝動的攻撃性に対してはmethylphenidateが有効である<sup>9,12,14,17)</sup>。覚醒度を上げることで集中力が高まり衝動性が軽減する。ただし長期の使用には慎重な姿勢が望まれる(学校に行く日の朝一回のみの服用にする)。一般に、多動性のある子どもは、親のしつけが悪いとか本人のわがままだと認識されがちで、薬物治療の有効性が証明されているにも関わらず、医療機関への受診を遅らせているのが現状である。早期の薬物治療が、こうした子どもの二次的情緒障害を予防することへの社会の理解が求められる。児童期、青年期の衝動性、攻撃性に対しては気分安定薬と抗精神病薬が適応となる。具体的にはlithium carbamate sodium valproate carbamazepine haloperidol levomepromazineなどが一般的に用いられる。爆発的な性格を帯びた衝動的な攻撃性を軽減するには、carbamazepineが有効と言われる<sup>12)</sup>。またsodium valproateとlithium carbamateの併用が気分の安定に最も有効という報告もある<sup>18)</sup>。

## 入院治療

行為障害を外来で治療する事には限界がある。子ども自身に治療を求める姿勢がないため、たとえ親に説得されて外来を訪れてもなかなか治療関係ができないし、外来での診察時間内で本当の自分を見せることは少ないだろう。行為障害の子どもを長期に入院させて治療している施設がある<sup>19)</sup>。この施設では学校が併設されているので、病院から学校に通いながら治療を受けることができる。入院の目的は、子ども自身に衝動性や攻撃性の抑止力を体得させることであり、梓づけされた治療環境という外的抑止力が働く中で、本人自身の内的抑止力を育てるものである。入院治療のメリットとして、スタッフ間で統一した対応ができることも挙げられる。木村ら<sup>19)</sup>によると、この施設での精神療法的関わりの注意点として、問題行動に対して注意したり叱ったりするときは行為のみに対して行い、そこに至った感情に対しては自己で言語化させる。年齢なりに健康な感情の部分に着目する。問題行動を起こしてしまいそうな前兆に着目させ、子どもなりの予防的対応ができるようにしていく。欲求不満場面での具体的対処行動を教えていく。あくまでも大人の役割モデルとしてかわり、決して解りすぎないようにする。入院による閉塞感を健康な形で発散させるような心がける。自己充足感を高められるよう援助する。集団の刺激から離れ自分を見つめる時間を作ることで感情コントロールを身につけさせる。これらが具体的に挙げら

れており、これは入院治療のみならず、行為障害の子どもと関わるときの基本姿勢として学ぶべき点が多い。またこの施設では「行為障害クリティカルパス」を作製し、1年間のプログラムに従って治療、評価していくことで統一した対応ができるようにするという試みが始められている。

心理社会的治療

行為障害の心理的要因や環境的要因に重点を置き、本人や家族を社会の中で治療していく方法である。特に家族療法は重要と言われている<sup>20)</sup>。本人に治療の意志がなく、治療関係が成立しにくい場合、まず家族に働きかけ、家族を心理的に支援し、家族の持つ力を引き出し、家族全体が立ち直るように援助する。行為障害に対する家族の理解を助け、日常の養育態度や親子関係に助言を与え、本人の心的環境に改善をもたらすことを目的とする。

予 後

行為障害の子どもが成人後も反社会的行動を繰り返すかどうかという問題については、多くの報告がある<sup>21-24)</sup>。一般に発症年齢が低いほど、また重症型ほど予後は不良である<sup>25)</sup>(表4)。ICD 10では、問題行動の数と他人への影響から重症度を特定しているが、思春期ごろの発症で症状が軽度であれば予後は良好であり、幼児期から攻撃性と暴力が見られるものは予後不良である。また、AD/HDの合併はそうでないものより予後不良であり、これは生物学的要因のあるものは改善が難しいことを示唆している。一方、生育環境、教育環境の整っていないものや、対人関係の乏しいものも予後不良であり<sup>21)</sup>、環境要因の調整により改善する余地があることを示している。

行為障害は社会的には非行少年ととらえられやすいが、少年非行の分類として広く知られているものにWeinerの4類型がある<sup>26)</sup>。これは、少年非行を集団型、人格型、神経症型、精神病型に分けるものである。集団型は非行

集団への帰属意識から非行を行うもので、多くは一過性である。大人になればそれぞれ愛する者や守る者ができてきて、自分なりに人生設計をし、自然に健常化してくる。神経症型は心理的葛藤や欲求不満の代理症状として非行を行うもので、問題行動が周囲への自己アピールやSOSであることが多い。問題行動に至った心理的背景を推測し、支持的受容的に接することで改善が期待される。これに対し、人格型は自己の欲求充足のために非行を行うもので、衝動性、攻撃性、情性欠如などの性格の歪みがみられ、将来非社会性人格障害に発展する可能性が高い。また精神病型は精神疾患を持つものが、その症状により非行を行うものとされる。

藤岡<sup>27)</sup>は多くの非行少年と関わった経験から、Weinerの4類型に基づいて非行の鑑別とそれぞれへの対応の仕方を的確に示している。その内容を簡単にまとめたのが表5である。この分類と対応は行為障害に当てはめても有用である。これに沿って行為障害の予後や治療について考察すると、思春期に発症した環境要因や心理的要因の強い行為障害は集団型や神経症型に相当し、心理的アプローチや環境調整で改善が可能であり、心理社会的治療が重要になってくる。予後も薬物乱用などにかかわらない限り良好であろう。成長と共に自分で気づき治っていく健康な部分があるため、問題行動に至った心理を理解し教育指導することが効果的になる。これに対し小児期に発症し重症型の行為障害は、何らかの脳の機能異常を伴っていることが多く、衝動性、攻撃性、情緒不安定といった人格の異常が背景に存在するため心理的アプローチだけでは改善が難しい。薬物治療が併用されるが、治療の導入は難しく、予後も不良である。受容的に温かく見守り、子どもの気持ちに共感してやるという方法は、主に心理的要因や環境要因が作用して行為障害を発症している場合、非常に効果的と思われるが、生物学的要因が強く人格の障害がある子どもには、かえって不安を引き起こすといわれている<sup>27)</sup>。情緒的介入は、個々の症例で十分検討を重ねて慎重に行うべきである。また精神病型に相当する行為障害については、精神科的疾患分類を用いて診断し、早期治療する事が優先される。中田<sup>28)</sup>は、精神分裂病の感情障害によって著明な情性欠如や背徳性が出現することがあり、これは明白な精神分裂病の出現以前に徐々に現れ精神病質の段階にとどまっているという見方をしている。問題行動が精神分裂病発病の前兆である場合、周囲が心理的な原因を探したり理解しようと努力しているうちに症状が進行し、治療開始が遅れる

表4 行為障害の発症年齢と成人後の非社会性人格障害への移行率<sup>25)</sup>

重症度 発症年齢	軽 症	中等症	重 症
6歳以前	3.2%	24%	71%
6～12歳	1.9%	16%	53%
12歳以降	0.9%	10%	48%



表5 Weinerの非行の4類型と対応<sup>26,27)</sup>

	特 徴	対 応
集 団 型	主に思春期に集団で非行を行うもので集団への帰属意識が強い。多くは一過性である。個人としては性格の歪みは大きくない。	大人になるに従って将来の健全な社会的生活の必要を感じることができるので、発達の時期を見て自我の確立ができるように援助する。今の自分を変えて成長しようとする意欲を尊重し手を貸しすぎず側面からの援助をしてやる。予後は良好。
人 格 型	自己中心的で自己の欲求を通すために人を操作しようとする。失敗すると人のせいにする。情性欠如、衝動性攻撃性があるが、顕在化されないことも多い。自分が変わる必要を感じない。	愛情を持って理解しようと許容的に接することはむしろ不安を引き起こす。接触しようと近づきすぎると反対に操作されることになる。知能の高いものでは大人の前では決して本当の自分を見せない。必要以上の情緒的介入は禁忌となる。厳正だが公正な統率が効果的になる。自分を変えるのではなくやり方を変えるように指導する。社会で容認されるやり方の方が自分の欲求をうまく満たせて得なことを教える。将来非社会性人格障害への発展や移行が高率で予後は不良である。
神 経 症 型	心理的な葛藤や欲求不満の代理行為として非行を行う。人間関係への欲求が強く、非行が周囲へ助けを求める手段であることもある。	受容的に接し、問題行動で伝えようとした裏にある欲求に注目する。問題意識を持たせ自らを変えていく必要に気づかせる。治療関係が作りやすく、予後良好。
精 神 病 型	精神分裂病をはじめとする精神疾患の症状のために非行を行うものである。	精神科医の診察を受け、なるべく早く治療を受けられるようにする。精神分裂病の典型的症状が現れる前に感情障害によって著明な情性欠如や背徳性を示すことがある。

という弊害が生ずる。早期治療が予後を良好にし、その後の人生の質を左右する事になる。

行為障害は病因の特定が難しいことから、親の育てかたや教師の関わりかたなど、環境要因や心理的要因ばかりが論議的となりがちである。しかし、生物学的な脆弱性を持って生まれ、年少時から問題行動の絶えない子どもは、医療機関で継続的に経過観察する必要がある。慢性的に反社会的行動をためらいなく行う子どもに対し、教育機関や司法機関のように一定期間しか関わりを持たない機構では対応しにくい面があり、リスクの高い子どもには定期的に長期に経過観察できるシステムが必要である。たとえ高いリスクを持っていても実際に攻撃的行動を起こす前に周囲にそうした認識があるかないかで危険率は変わってくる。

## おわりに

行為障害は、症候論で構成された概念であり、病因も予後も異なる症例が雑多に混在している診断名である。診断は簡単であっても、個々の症例への対応は複雑で困

難なことが多い。ある症例に効果的であったアプローチが、別の症例では反治療的であることもありうる。しかし、薬物治療を併用しながら精神療法を行い、また家族への支援を発達段階にあわせて行うことで、青年期や成人になってからの反社会的行動をある程度予防することが期待できる。行為障害の子どもたちが医療機関に足を運ぶことは難しいが、医療がこうした疾患に積極的に関わっていくことは、家庭、教育機関、司法機関の連携を密にして個々の症例に円滑な対応をしていくうえで重要であると考えられる。

## 文 献

- 1) World Health Organization: The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research, World Health Organization, Geneva, 1993; 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子( 訳 ): ICD 10精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準, 医学書院, 東京, 1994, pp171-175
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and

- Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC., 1994
- 3 ) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC., 1980
- 4 ) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised. American Psychiatric Association, Washington, DC., 1987
- 5 ) 上林靖子 : 行為障害 - 注意欠陥 / 多動性障害の併存症として - . 精神科治療学 ,14( 2 ) : 135 140 ,1999
- 6 ) Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., et al. : Further evidence for family-genetic risk factor in attention-deficit hyperkinetic disorder. J. Arch. Gen. Psychiatry., 49 : 728 738 ,1992
- 7 ) Szatmari, P., Boyle, M., and Offerd, D.R. : ADDH and conduct disorder : degree of diagnostic overlap and differences among correlates. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 28 : 865 872 ,1989
- 8 ) Barkley, R.A. : Comorbid Disorders, Social Relations and Subtyping. in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, a Hand book for Diagnosis and Treatment 2nd edition., The Guilford Press, N.Y., 1998 pp .139 163
- 9 ) 市橋秀夫, 渡辺昭彦 : 多動性障害と関連障害の予防 . 精神科治療学 ,10( 4 ) : 385 394 ,1995
- 10 ) 森田展彰, 佐藤親次, 桑原寿美, 中村俊規 他 : 精神医学的観点からみた非行 . 臨床精神医学 ,124 ( 11 ) : 1413 1425 ,1995
- 11 ) 斎藤万比古, 山崎透, 奥村直史, 佐藤至子 他 : 児童思春期に不適応的行動・情緒障害を示す - 発達周辺領域の病態等に関する研究 - . 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」5 公 5 , 児童・思春期における行動・情緒障害の病態及び治療に関する研究 . 平成 7 年度研究報告書 .1996 pp .105 115
- 12 ) 猪股丈二 : 行為障害の薬物療法 . 精神科治療学 ,14 ( 2 ) : 169 174 ,1999
- 13 ) 井原京子 : 少年非行の現状と対策 . 臨床精神医学 ,12( 5 ) : 541 548 ,1993
- 14 ) Matier, K., Halperin, J.M., Sharma, V., Newcorn, J.F. et al. : Methylphenidate response in aggressive and nonaggressive ADHD children : Distinctions on laboratory measures of symptoms. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 31 : 219 ,1992
- 15 ) Barkley, R.A., McMurry, M.B., Edelblock, C., and Robbins, K. : The response of aggressive and nonaggressive ADHD children to two doses of methylphenidate. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 28 : 873 881 ,1989
- 16 ) Kaplan, S.L., Busner, J., Kupietz, S., Wassermann, E., et al. : Effects of methylphenidate on adolescents with aggressive conduct disorder and ADHD : A preliminary report. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29 : 719 ,1990
- 17 ) Newcorn, J.H., Halperin, J.M. : Comorbidity among disruptive behavior disorders. Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am., 32 : 227 252 ,1994
- 18 ) Freeman, M.P., Stoll, A.L. : Mood Stabilizer combinations : A review of safety and efficacy. Am. J. Psychiatry ,155 : 12 21 ,1998
- 19 ) 木村義則, 清水將之 : 行為障害の入院治療 . 臨床精神医学 2( 3 ) : 271 275 ,2000
- 20 ) 石川義博 : 行為障害の心理社会的治療 . 精神科治療学 ,14( 2 ) : 161 168 ,1999
- 21 ) 佐藤泰三 : 行為障害の予後 . 精神科治療学 ,14( 2 ) : 175 179 ,1999
- 22 ) Myers, M.G., Stewart, D.G. and Brown, S.A. : Progressive from conduct disorder to anti social personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. Am. J. Psychiatry ,155 : 479 485 ,1998
- 23 ) Satterfield, J.H., Schell, A. : A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys : Adolescent and adult criminality. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 36 : 1726 1735 ,1997
- 24 ) 坂口正道 : 成人期精神障害との関連 - 人格障害・精神病質を中心に - . 精神科治療学 ,14( 2 ) : 141 145 ,1999
- 25 ) Robins, N.L. : Conduct disorder. J. Child Psychol. Psychiatry 32 : 193 212 ,1991
- 26 ) Weiner, I. : Psychological disturbance in adolescence . 2nd ed. chap 8 Delinquent behavior. Wiley, NY ,1992
- 27 ) 藤岡淳子 : ロールシャッハテストによる行為障害のアセスメントと処遇計画の策定 . 思春期青年期精神医学 7 : 13 20 ,1997
- 28 ) 中田修 : 分裂病の殺人者に見られた著明な情性欠如 .

精神鑑定と供述心理, 中田修(編), 金剛出版, 東京, 1997, pp. 67-80

## *Conduct disorder ; a case report and a brief review*

*Satsuki Sumitani, Chise Ueoka, Takahide Taniguchi, Isao Nagamine, and Tetsuro Ohmori*

*Department of Neuropsychiatry, The University of Tokushima School of Medicine, Tokushima, Japan*

### SUMMARY

Conduct disorder is characterized by repeated and continual antisocial behavior by children and adolescents. In this article we report a patient of this disorder who was referred to our hospital for psychiatric evaluation and briefly summarize the present understanding of the cause, treatment and prognosis of this disorder. The cause of conduct disorder consists of three major factors ; biological, environmental and mental factors. Conduct disorder may have a relation to attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). Children with AD/HD tend to develop oppositional defiant disorder or conduct disorder in adolescents stage and then antisocial personality in adult stage. It is often difficult to improve symptoms of conduct disorder only with psychological treatment. Pharmacological treatment must be considered in some cases to ameliorate impulsiveness and aggression that may have organic origin. Early psychiatric intervention may be helpful in the treatment of conduct disorder.

Key words : conduct disorder, attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD), oppositional defiant disorder, antisocial personality disorder, pharmacological treatment