

対人暴力の予防に有効な介入とは？ —精神医学の観点から—

精神科医 加 来 洋 一
長崎こども・女性・障害者支援センター

What is Effective Intervention to Prevent Interpersonal Violence? From a Psychiatric Perspective

Yoichi Kaku, MD, PhD.

Nagasaki Support Center for Children, Women and People with Disabilities

私の専門は家族療法ですが、さまざまな家族と関わる中で、虐待、DVといった家族内での暴力にであってききました。また私が勤めている精神科病院^{*1}には、対人暴力の再発を防ぐ専門の病棟（医療観察病棟と呼ばれる）がありまして、そこで仕事での仕事を通じて対人暴力の評価と予防というのが学問的な専門性をもっていることを知りました。

今日は私の経験に基づいて、精神科の臨床的な観点から、対人暴力の評価と予防、それに関わる生育環境について、話をさせて頂こうと思います。

(*1山口県立こころの医療センター 平成31年2月当時)

1. 講演の目的

講演の目的

- 対人暴力のリスク評価のツールの理論と構造を基に、再加害行為の予防的介入の可能性をめぐる試論
- リスクとは「ラベル」「先入観」ではなく、再び加害者にしないための共有すべき目標
 - * 過去の静的要因は変えられないけれど...
- 注意事項
- リスク評価のツールの紹介ではありません
- リスク評価のツールを使用するには正式なトレーニングを受ける必要があります

今日の講演の中で、対人暴力のリスク評価のツールについて説明します。これらのツールは統計的なエビデンスに裏打ちされたもので、このツールの評価項目をもとに、対人暴力の予防的介入について考えていこうとするものです。

まずリスクという用語についてですが、「あの患者は対人暴力のリスクがある」という表現を使った場合、そういうラベルを患者に貼っていいのか、或は、リスクが内在する患者を退院させて大丈夫なのか、言われてしまいそうです。しかし、これから説明していきますが、リスクはラベルでも内在するものでもありません。

2. 講演の構成

講演の構成

- 構造化された環境での対人暴力の防止プログラム
- 対人暴力のリスク評価の理論と構造
- 心的外傷関連の条件とリスク評価の関連の仮説設定
- 仮説に基づく介入の実践と可能性

まず医療観察病棟で使われている対人暴力のリスク評価の理論と構造を説明します。次に私の本来の担当である児童思春期外来での経験と対人暴力のリスク評価の関連についてお話しします。

3. 医療観察病棟：構造化された治療環境

医療観察病棟：構造化された治療環境

- 医療観察法:心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律
- 心神喪失又は心神耗弱の状態(精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態)で、重大な他害行為(殺人、放火、強盗、強姦性交等、強制わいせつ、傷害)を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度(厚生労働省HP)
- 適切な医療とは？
 - 再発・再犯防止のためのプログラム
 - 内省中心型:内省プログラム CBT SMARPP
 - 技能獲得型:SST アンガーマネジメント
 - 充実した余暇活動

医療観察病棟という医療観察法に基づく病棟は表3に記載してありますように、精神疾患の症状によって重大な刑事事件、殺人、他害（換言すれば重篤な対人暴力と

いうこと) などをおこしてしまった方を専門的に治療する病棟です。池田小学校事件を主なきっかけに、法律が制定されて、全国に800床ちかくあって、公立の病院に設置されています。

この病棟では2年前後の入院期間内に、精神疾患の再発防止と対人暴力の防止の二つの目的に対象者^{*2}は様々な治療プログラムを受けることになります。この講演のテーマである対人暴力の防止のためのリスク評価は入院時から一定期間を開けて複数回、実施されます(「リスクはラベルでも内在するものでもありません」を思い出してください)。治療プログラムの中で、対人暴力の防止に直接関連するのは内省プログラム、アンガーマネジメント、余暇活動でしょう。

内省プログラムは、自分が起こした対人暴力を単に精神症状としてではなく、ライフストーリー上のある種の帰結として理解するために実施されます。医療観察病棟の従事者は、対象者の多くがライフストーリーのなかで虐待や不適切な養育環境を経験しているという印象をもつようです。アンガーマネジメントが必要になるのも、後で述べるように養育環境に由来する感情コントロールの困難があるからでしょう。

SMARPPはアルコールなど物質依存の治療プログラムで、ご存知のように物質依存と対人暴力は密接に関連していますが、この講演では言及していません。

構造化された充実した余暇も再犯、つまり対人暴力の防止により影響がある因子としてエビデンスがでています。

(*2医療観察病棟では入院患者のことを対象者と呼称している)

4. 医療観察病棟：臨床的印象

医療観察病棟：臨床的印象

- ・ 不適切な養育環境で育った対象者が多い
- ・ 入院して(ほぼ)初めて安全な環境を経験した対象者がいる
- ・ 安全な環境で始めから安心できるとは限らない
- ・ 加害者・被害者関係が再現されることがある

多くの対象者がこの医療観察病棟での2年間の入院の前に、安全な環境で暮らした経験が乏しいわけです。ですからこの2年間の間に、治療プログラムに加えて、安全且つ安心な環境が保証されることは、対人暴力の予防に有効なのではないかと思えます。

これまで何度も暴力、家庭内暴力、いろんな暴力を繰り返した対象者でも、医療観察病棟という安全な環境に

いると暴力が起きにくくなっていきます。しかし安全な環境で生活を始めて、初めから安心できるとは限りません。虐待を受けた子どもたちは、安全であるはずの家庭が安心できる場所ではない経験をしているので、安全と安心が結びつかない、逆に安心できる場所で情緒的に不安定になることもあります。対象者も最初はもう敵意のむき出しであったりしますが、それが長い時間をかけてスタッフと信頼関係ができてくる。2年間の入院期間もそのためには長いとは言えない時もあります。

平均2年の入院期間をかけて、いろんな治療プログラムを受け、安全且つ安心できる環境で生活するという医療観察病棟を経て退院された方の再犯率はものすごく低いですね。

5. 対人暴力のリスク評価

対人暴力のリスク評価

- ・ 司法精神医学のなかで研究・実践
- ・ 日本では医療観察法の施行から普及
- ・ 数理保険的な評価尺度
- ・ 静的なデータがほとんどで動的データ(将来に向けて変化しうるデータ)を使っていない
- ・ 保護要因の評価がされない
- ・ 構造化された専門的判断: Structured Professional Judgment(SPJ)
- ・ 動的データを使う
- ・ 保護要因を評価する

ただ、やはり、対象者を再び加害者にしないためには対人暴力のリスクの評価は必要です。これは最初にこの病棟に従事した時にはまだ、私自身もリスクという表現が対象者に貼るラベル、或は対象者に内在するものという誤解があったため、戸惑いもありました。そもそもリスク評価という概念に接したのも初めてでしたし、「リスクのある患者(対象者)」という見方にも抵抗がありました。

おそらく殆どの精神科医にとって、対人暴力のリスク評価というのは精神医学の中で触れる機会はなく、医療観察病棟に従事しない限り、必要になることはないでしょう。むしろリスク評価を保安処分的な発想として批判する精神科医もいますが、これからの説明をきいていただければそれが誤解だということはわかっていたかと思うます。

数理保険的(統計的と言い換えることもできます)なリスク評価というのは例えば、ある共通項をもっているメンバーからなる集団Aがあって、別にその共通項をもたないメンバーからなるどう程度の集団Bがあったとします。この二つの集団を追跡していくと、集団Aのなかで対人暴力を起こしたメンバーの数が、集団Bのなかで対人暴力を起こしたメンバーの数より偶然以上に多い

(統計的に有意に差があった)ことがわかったとします。そうすると集団Aのメンバーの共通項は、対人暴力と関連するという結論になるのが、数理保険的なリスク評価の発想です。集団Aの中で対人暴力を起こしたメンバー割合が計算できるわけですから、同じ共通項をもつ他の集団であれば、ほぼ同じ割合でメンバーが対人暴力を起こすと予想できるわけです。この共通項は集団Aの過去から現在にかけての数(データ)に依るという点では、変化のしようがないデータに基づく因子、すなわち静的な因子とみなされます。個々のメンバーが対人暴力をおこす可能性(リスクとも換言できる)の評価や予防の方法(保護要因)は直接にはつながりません。

この講演のテーマ「対人暴力の予防に有効な介入とは？」にそうと、数理保険的なリスク評価では、「有効な介入」には隔たりがあります。しかし統計的な手法で、対人暴力に影響する因子(具体的には後で説明します)が同定されたことで、これから説明する個別の対人暴力の評価が可能になりましたし、何より対人暴力の予防に有意に有効な因子(保護因子)も同定された意義は大きいですね。

6. 構造化された専門的評価

構造化された専門的判断:SPJ

- HCR-20
 - 長期的な対人暴力のリスク評価
 - 過去・現在の情報の比重が高い
 - 保護要因を評価しない
 - 精神疾患はリスクのひとつ
- SAPROF
 - (主に)過去6か月の情報を基に評価
 - 現在・未来の情報の比重が高い
 - 保護要因の評価が中心
- START
 - 過去3か月の情報を基に評価
 - 保護要因とリスクを同等にあつかう
 - 精神疾患を有している人が対象

対人暴力のリスクの個別評価の手法は、「構造化された専門的判断(以下、SPJ)」と一般には呼ばれています。医療観察病棟でも対象者の対人暴力のリスク評価のためにSPJが使用されています。対象者が受ける治療プログラムも統計的に有意な保護因子を強化する目的で実施されているわけです。日本の医療観察病棟、或は司法領域で使われている主なSPJには、HCR-20、SAPROF、STARTの3種類があります(私は前の版のHCR-20の研修と、STARTの簡略された研修を受けています。SPJは規定された研修を受講しないと使うことはできません)。

HCR-20というのは海外で医療だけでなく司法の領域でも使われていたもので、年単位のリスク評価です。対象者(以後も講演の流れにそって対象者という用語を使いますが、SPJの使用は医療観察病棟に限定されるわけではありませんし、聞かれている皆さんにとっては対人暴

力を起こした人一般として理解していただけたと思います)の過去や現在の対人暴力の情報の項目が多いのが特徴で、保護因子はほとんど評価していません。「主な精神疾患(いわゆる内因性の精神疾患で、パーソナリティ障害には別に項目がもうけられています)」というのは、現在は精神症状がない安定した状態であっても、項目の一つにあげられています。臨床的には、精神疾患をもった人は被害者になることも多いのですが、統計的にはか対人暴力に関連する項目になっています。私がHCR-20の研修を受けた時に、発達障害の項目がないことを講師に質問したところ、統計的に対人暴力とは関連しないから、という回答でした。

SAPROFというのは、だいたい6ヵ月間隔でリスクを評価します。これの項目をあとでお見せしますが、保護的要因の評価が中心です。SAPROFの方があとで開発されたものです。リスクだけでなく、保護的要因の評価が再犯の防止に必要だということで、なかなか興味深いものです。どんなことが保護的要因になるかということは加害者を支援するうえで何が必要かを考えるうえで参考になります。

STARTというのは3ヵ月評価。上二つに比べたら、今、ここの危機に対応するような評価尺度です。私も簡略化された研修を受けたのですが、記入するのにも結構時間がかかる30項目あり、精神科の臨床現場で、どのようなケースに使うかを考える必要があります。使い方としては例えば、措置入院の患者(精神症状による対人暴力が理由で、行政による判断で入院となった患者)について、入院してから3ヶ月毎のSTARTの評価を病院や地域の支援者で、共同で行うこととも考えられます。再び措置入院にならないために患者にどんな支援が要するのか、地域にもどってどんな状態になったら対人暴力のリスクが高くなっているのか、それを下げるにはどうしたらいいのか、これらのことを医療と地域で共有するためのツールとして使うわけです。

7. HCR-20: の評価項目

HCR-20: 評価項目(1)

- ヒストリカル項目(H:過去)
 - 1)過去の暴力
 - 2)最初に暴力を行った時の年齢が低い
 - 3)関係の不安定性(親密なパートナー)
 - 4)雇用問題
 - 5)物質使用の問題
 - 6)主要精神疾患
 - 7)サイコパシー
 - 8)早期の不応
 - 9)人格障害
 - 10)過去の監督の失敗

ここからはHCR-20、SAPROFで、対象者を評価する因子について紹介していきます。まずHCR-20ですが、ほぼリスク因子だけを評価し、過去（ヒストリカル項目）、現在（クリニカル項目）、未来（リスク・マネジメント項目）という時間軸にそって評価していきます。過去、現在ともに静的な因子として項目があげられています。精神医学の領域でいうと、「主要精神疾患」とは、統合失調症等の疾患を有する群を統計的にみると対人暴力が幾らか多く起きているという程度のことで、個々人の対人暴力のリスクを言っているわけではありません。パーソナリティー障害も同様の統計的な評価に基づくもので、反社会性パーソナリティー障害、境界型パーソナリティー障害があがっています。

「最初に暴力を行った年齢が低い」という項目には、後で「SPJでの生育環境に位置付け」という中間的なまとめで言及します。

サイコパシーというのは日本ではフィクションの世界ですが、欧米では非常に研究が進んでいます。刑務所なんかでもサイコパシーについては、これは見つける方法があって、ちゃんとトレーニングはいるのですが、そういうことでサイコパシーがいないかどうか確認します。日本でもやがては、こうした尺度をきちんと使って、診断する時代がくるかと思うのです。

HCR-20: 評価項目 (2)

- クリニカル項目 (C: 現在)
- 1) 洞察の欠如
- 2) 否定的態度
- 3) 主要精神疾患の活発な症状
- 4) 衝動性
- 5) 治療に反応しない
- リスク・マネジメント (R: 未来)
- 1) 計画が実行可能性を欠く
- 2) 不安定化要因への暴露
- 3) 個人的支援の欠如
- 4) 治療的試みに対する遵守性の欠如
- 5) ストレス

大切なのは未来（リスク・マネジメント項目）ですね。これをなんとかすれば再犯を防ぐことができるかもしれないから、約2年間の入院経過の中でリスク・マネジメントの下位5項目を少なくする手段を、司法との協働作業で（直接的には保護観察所と）考えていくことになる。

8. SAPROF : 評価項目

SAPROF: 評価項目 (1)

- 内的項目
- 1. 知能
- 2. 幼年期の安全な愛着(アタッチメント)形成
- 3. 共感性
- 4. 対処能力
- 5. セルフコントロール
- 動機付け項目
- 6. 仕事
- 7. 余暇活動
- 8. 金銭管理
- 9. 治療への動機付け

SAPROFもHCR-20（現行の前の版）と同じく、全項目について0, 1, 2で点数をつける。画期的だなと思ったのは、幼年期の安全な愛着があると、保護因子として強いということです。みなさんも経験があるように、暴力を起こす方の生育環境というのはなかなか厳しいものが多いのではないのでしょうか。サンプル分は統計的な裏打ちがされていますから、みなさんの臨床的な感触が証明された形で使われています。

共感性というのはなかなか定義しがたいものがありますけど、人の気持ちを理解することです。共感性の形成には、当然ですけど、小さい頃からの親子関係がすごく影響してきます。それは直感的には当然のことですけど、最近になってようやくデータの裏付けられてきた。

我々が直感的に思っていることが統計的に裏付けされて、さらに実証されていく。これがこれからの対人暴力の評価の基本なのかなと思います。共感性とアタッチメント形成には、あとで説明しますが、介入できるかもしれない。仮に過去の養育環境がどんなに悲惨なものであっても、今、できることがあるのです。

余暇活動は、再犯防止に必要です。だから退院後の生活もなるべく具体的なものを決めておかないと、余暇がうまく過ごせないと対人暴力のリスクがあがるということです。入院中に充実した余暇を楽しんでもらって、退院しても余暇生活を楽しめるようにしていくことが必要になります。

SAPROF:評価項目(2)

- 10. 権威に対する姿勢
- 11. 人生の目標
- 12. 服薬
- 外的項目
- 13. ソーシャルネットワーク
- 14. 親密な関係
- 15. 専門的ケア
- 16. 生活環境
- 17. 外部からの監督

この表にある親密な関係、これはいわゆるパートナーとの安定した関係ができるかということ。これもやっぱり、当たり前ですけど、小さい頃からの親子関係がどうしても影響してきます。過去は変えられないけれど、現在の介入によって安定した親密な関係ができるかもしれません。

9. SPJ: 保護要因とリスクの関係

SPJ: 保護要因とリスクの関係

- 独立した保護要因が常習的犯行のリスクを減らすのか？
- 保護要因はリスク要因がないことと同じなのか？
- 保護要因とリスク軽減に直接の関連があるのか、リスク要因と相互作用があるのか？
- もしそうなら、どのように相互作用が働いているのか？保護要因はどのようなグループまたはサブグループに属するのが妥当なのか？

* 日本精神神経学会HPで「再犯予測について」というタイトルのレビューが閲覧可能です。

そもそも保護要因とリスクとはどのような関係にあるのか。

保護要因はリスク要因がないことと同じか？これは違うと思います。家庭環境においても、かなり厳しい環境^{*3}でも、保護要因とリスク要因は並列するというのが臨床的印象です。

おなじ項目では。ここは専門的な項目なので省略しますが、もし、もうちょっとご関心があるようでしたら、日本精神神経学会ホームページで「再犯予測について」というタイトルのレビューが閲覧可能です。非常に統計的なレビューです。保護要因とリスク要因についてもわかると思います。

(*3CAE (Child Adversity Experience) が後の心身の機能に否定的な影響を及ぼすというデータが蓄積されています。)

10. 構造化された専門的判断 (SPJ) の構造

構造化された専門的判断(SPJ)の構造

時制	動的/静的データ	例	リスク要因	保護的要因
過去	静的	過去の暴力・関係の不安定性・監督の失敗 幼年期の愛着形成	○	○
現在	動的	洞察の欠如・否定的態度 権威に対する姿勢・対処能力・セルフコントロール	○	○
未来	静的	知能		○
	動的	計画の実行可能性・不安定化要因への暴露 人生の目標	○	○

少しずつ臨床的な話にはっていきます。

過去の暴力、関係性の不安定性、監督の失敗、これは過去におこったことであり、変えようのないことで静的なデータであり、これらはリスクとして評価されます。

ところが、幼年期の愛着形成は静的で保護的要因ですけど、幼年期以降の愛着の再形成は実際には可能です。今日は虐待の話がメインではないのですが、児童養護施設に預けられたお子さんが、最初は全然愛着形成ができていなかったのに、担当の職員と愛着形成ができるプロセスを見たことがあります。幼年期を過ぎてからの愛着の再形成が保護要因の強化につながるというデータはないにしても、この再形成は試みる価値のある介入だと思います。

洞察の欠如、否定的な態度は現在のリスク要因、権威に対する姿勢、対処能力、セルフコントロールは現在の保護要因、いずれの動的なもので、医療観察病棟でいえば介入によって変化可能な要因です。医療観察病棟でもリスク要因を減らし保護要因を強化することで、最初職員全員を敵にまわしていたような方が2年間かけて共同で治療できるようになり外泊できるようになることがあります。

これが対人暴力一般に汎化できるのなら、現在と未来の動的な要因に対して、暴力の予防に有効な介入ができるかもしれない。

11. SPJでの生育環境の位置づけ

SPJでの生育環境の位置づけ

- 心的外傷(生育史上の)はSPJにおけるリスクではない
- 心的外傷を経験しやすい生育環境はリスクの増加や保護要因の減少と関連している可能性がある
- HCR-20
- 2) 最初に暴力を行った時の年齢が低い
- SAPROF
- 2. 幼年期の安全な愛着(アタッチメント)形成
- 3. 共感性(メンタライゼーション)
- 14. 親密な関係
- 生育環境は静的要因だが影響は動的要因では？

ここで中間的なまとめになりますけども、みていただいたように、生育史上の心的外傷はSPJにおけるリスクにはあたっていません。ただ、心的外傷を経験しやすい生育環境はリスクの増加や保護要因の減少と関連している可能性があります。

HCR-20やSAPROFでも低年齢児の暴力というには虐待との関係でおきやすいことですし、SAPROFのアタッチメント、共感性(メンタライゼーション)、親密な関係も、環境の影響をすごく受けます。

メンタライゼーションというのは最近日本でも紹介される概念で、他者や自分の感情、思考を表象化する能力、自分の感情、思考を現実と区別することができる能力と大雑把にまとめることができます。それができないと、他者の感情、思考がわからない、或は自分と他者の感情、思考の区別がつかないことになります。

メンタライゼーションの形成にはやっぱり小さい頃の養育者との関係が重要で、養育者が子どもの感情をくみとって、反応することで、感情、思考が表象化されて子どもの中に蓄積されていく。当たり前といえば当たり前ですけど、ようやく最近になって、実際の母子の観察などからも実証されてきました。

私も司法関連の仕事で暴力の加害者になった少年と面接をすると、メンタライゼーションのできないお子さんであることが多いなと思います。反省することは反省するんですね。いろんな人から教わって。でも、いろいろ聞いてみると、被害者の気持ちが全然わかっていない。

これらは生育環境ですから静的要因ですけども、介入によって変えられるものがある。その点についてはこれからお話します。

12. 虐待の影響

虐待の影響(1)

- 過覚醒
- 警戒態勢
- 自分を守るための攻撃
- 例: サバンナの野生動物「いつ敵に襲われるか」
- 情動調節の困難
- 怒りの激しい表出
- 高すぎるテンション
- 衝動コントロールの困難
- 暴力への親和性
- 支配/被支配の対人関係
- 弱い者への支配・威嚇・攻撃

16

ここからは、児童思春期外来での経験と対人暴力のリスク評価の関連についてです。

過覚醒というのは、親がいつ何をするかわからないから常に警戒する。警戒モード、戦闘態勢。刺激が入ると徹底的に抵抗する。自分を守るための攻撃なのですが、これが被害者を加害者にしてしまうこともある。過覚醒のスイッチが入ると、子どもにとってはサバンナと一緒に、家庭はいつ敵に襲われるかわからない場所となる。

子どもが遊ぶ時って、適度に興奮して適度にリラックスしているんですけど、遊ぶときに過覚醒になる子どもの場合、本人は遊んでいるつもりでも、相手にとっては暴力になることがある。そういう子どもは相手を蹴ったり、本人は「遊ぼうや」といいながら蹴りをいれたりしてしまう。過覚醒を身につけてしまうと、同年代の人と遊ぶことができなくなることがある。

情動調整も困難です。非常にテンションが高かったり、怒りの激しい表出。肯定的な感情も負担になることがある。要するに否定的な感情だけでなく、嬉しいとか楽しい、そういった感情までも負担になる。虐待という難しさですね。いいことばかりでも苦痛になるのです。

衝動のコントロールも困難になります。怒りやすいですし、支配的な人間関係にどうしても陥りやすい。虐待を受けた側が弱いものを支配攻撃する側にまわって対人暴力がおこってしまう。虐待自体では子どもは被害者ですけど、被害者が加害者にかわる素地でもある。

虐待の影響(2)

- 心的外傷(トラウマ)
- 過覚醒
- 自分を守るための攻撃 加害者になることも...
- 解離
- 感情の麻痺 健忘 知覚の変化

- 見捨てられ体験
- 親密になることへの恐怖
- 自身の無価値感

- 性的行動化

17

虐待の影響(3)

- セーフティゾーンの拡大
- セーフティゾーンが広がる
- セーフティゾーンの境界が曖昧になる

- セーフティゾーンに侵入されると...
- 過覚醒
- 焦燥 怒り 暴力 威嚇
- 麻痺(解離)
- 無抵抗 被支配的な関係

18

虐待の影響というのは必ずしも心的外傷になるとは限りませんが、やっぱり複数の心的外傷をおっているケースの方が多いと思います*4。

(*4 WHO (世界保健機関) が作成する疾患の分類の最新版である ICD-11で、複雑生 PTSD が定義されています。)

過覚醒の反対が解離です。どんなにひどい目にあっても平然としていられる。感覚が麻痺している。解離がやっかいなのは、何か危険があったときに、自分を守れなくなることがある。怖いということが分からないし、本当に身の危険が迫ると止まってしまう。

虐待の経験では見捨てられ体験を自覚することが多いですから、なかなか人と親密になれない。自分の大事な人はいつかなくなってしまいます。自身に価値がないと思ってしまう。あるいは自分を大切にできない。セルフケアができないと言い換えることもできるかも知れない。虐待を受けた子どもに「自分を大切にすることってわかる？」と尋ねると、きょとんとされることがあります。

余談ですけども、私もいろんな行政機関で虐待を受けた子どもの診察を行います。日常の中でその診察のことを絶対に思い出さないですね。たぶん、自分で身に付いたのでしょうか、心のどこかで別のところでやっている。代理受傷に対する解離のような気がします。

すごく自分のコンディションが悪いときに診察したケースというのは、夢にでてくることもあるのですが、そういう時は怖いですね。自分が影響を受けている。今日の話と直接関係ないかもしれませんが、皆さんがこれから加害者、被害者の支援をする時に、どんなに自分が自覚しても。こうした影響があることは知っておいて頂いていいと思います。

みなさんには、自分にはここまで人が入ってきても大丈夫というセーフティゾーンというものがあると思います。それは状況によって、広がったり、狭くなったりすると思います。

虐待を受けた人のセーフティゾーンはだいたい広がります。しかも境界が曖昧になる。どういうことかという、セーフティゾーンに入られるということは侵入体験になってしまう。子どもなんかでセーフティゾーンが広いと、反射的に過覚醒モードに入って相手を追い出そうと「手が出て」しまう。結果的に対人暴力がおきてしまうことになる。

セーフティゾーンの確保というのは大切です。医療観察病棟は全部個室ですし、鍵も自分でかけることができます。診察部門がたくさんあるので、治療プログラムによって使う部屋を分けることもできます。セーフティゾーンの物理的な保障というのは加害者が再犯をしないためにはすごく大切になってきます。

ネグレクトの環境で育った子どもが結果的に少年鑑別所に入るようになった事例がありました。でも、その子どもはそこには行って初めて落ち着いたというのです。少年鑑別所のものすごく狭い閉鎖空間なのですが。おそらくその子どもはそれまで過覚醒か乖離の状態でした。生活してきたかもしれない。暴力もするし自傷行為もする。各室の狭い空間のセーフティゾーンで自傷行為をしたときに痛かったというのです。だから過覚醒も解離もおきない状況をはじめ保障された。だから中ではすごく落ち着いている。なかなか実際の現場で加害者の方のセーフティゾーンを確立するというのは難しいかもしれませんが。あるいは、不用意に加害者の方のセーフティゾーンにはいると相手を刺激することがあるかもしれません。十分に注意する必要があると思います。

だから虐待を受けた子どもさんの診察の時もすごく大切なのは距離なのです。距離とむこうとの位置。事前の資料でだいたい相手のことを検討していて、相手が入ってきたときの反応をみて、距離をあげたり、縮めたり、セーフティゾーンというものはすごく注意する必要があります。

13. アタッチメントの定義

アタッチメントの定義	
アタッチメント障害	反応性アタッチメント障害 情緒的引きこもり
アタッチメント行動(-)	脱抑制型対人交流障害 無差別な社交性
系統化された アタッチメント行動 (適応的で正常範囲)	安定したアタッチメント行動 探索と安全のほどよいバランス 不安定なアタッチメント行動 回避型(感情を出さない) 抵抗型
非系統化された アタッチメント行動 (アタッチメントの問題)	アタッチメント行動のパターンが 一定しない 様々なアタッチメント行動が状況に よって出現し適応が困難

少し用語の説明をしておきます。アタッチメントというのは一般用語になっているようです。成人のアタッチメントとか、アタッチメントが人生をかえるみたいなのとか、ちょっと乱用されている感じもします。

アタッチメントの本来の意味は「約5歳までの子どもが養育者と見知らぬ環境にいったときに、養育者に安心と心地よさを求める」。それが本来の意味です。3歳くらいの女の子とお母さんがドアを開けて初めての場所に来たとしましょう、その子はびっくりしてお母さんの後ろに隠れると思います。それからお母さんを見て、お母さんがにっこり笑ったら、子どもは「ここは安全なんだ」と思って周囲を見回すかもしれないし、またお母さんを見てお母さんがにっこりしたら、今度はお母さんの後ろから出て探索行動に移る。それがアタッチメント行動の定義に基づく行動の例です。

日本でなぜか愛情の愛がついているのですが、愛とは関係がありません。むしろ、本学会のテーマである安全と結びついている言葉ですね。

アタッチメントに関する病理というのは精神医学的には現在二つの診断名が定義されています*5。反応性アタッチメント障害とってアタッチメント形成ができていないから全然探索行動ができない。要するに人と関わりをもたないし、一見、自閉症みたいな感じで情緒的な引きこもりを呈することがある。

逆に、危険がわからない。そうなるとう無差別的な社交性がでてくる。初対面なのにわっ~と抱きついたり。ここに脱抑制型対人交流障害の子どもがはいたら、見知らぬ皆さんに握手を求めたり抱きついたりする。誰でもいいということですね。

(*5アメリカ精神医学学会が作成している精神疾患の診断基準(DSM-5)による定義)

例えば、里親と子どものマッチングをみる時、初対面で子どもがいきなり里親になじむと、実は脱抑制型対人交流障害だったということもありうる。結果的にはその子どもにとっては心地よさを求めるのは初対面の見知ら

ぬだれでもいいということですから。

アタッチメントの問題は何かという時に、アタッチメント障害、アタッチメントがまったく形成されないということは、疫学的にもかなり少ないみたいです。よく日本で言われるのは、アタッチメント行動はとるのだけでも不安定なもの。例えば、子どもが本当は助けてほしいのだけど、お母さんが手を差し伸べたときに反抗的だとか、お母さんがいても助けを求めない。これらは実は正常範囲内のアタッチメント行動のこともある。

一番問題なのは、アタッチメント行動のパターンが一定しない無方向型。保護者に安全を求めるかと思えば、手を払いのけたり、あるいは無視したり。まとまりのないのが一番問題だとされていますし、SAPROFではこれを問題視しているのではないかと思います。

アタッチメント評価というのは実際には5歳までのリアルタイムで評価すべきですから、5歳以降でアタッチメント不幸だよねとか、成人の人に小さい頃を回想してもらうとかでは、評価は難しいです。

なんとなくわかって頂けたと思うのですが、アタッチメントというのは要するに、安全に対する感受性です。これができていないと、危険な領域に近づく。再他害行為であったり、被害にあったりする。感覚的に理解して頂けたらと思います。

14. 臨床上の困難

臨床上の困難
<ul style="list-style-type: none"> ・ 定量化・定性化の困難 ・ アタッチメント(愛着) ・ 例:SPP AAI ・ メンタライゼーション ・ 精神分析と実証的データの統合 ・ エビデンスのある治療の普及 ・ 心的外傷 ・ 持続性エクスポージャー療法 ・ EMDR® ・ トラウマ焦点化認知行動療法

臨床困難なことは、要するに、アタッチメントにしても、メンタライゼーションにしても、定量化、定性化が実際にはできない。

アタッチメントについては子どもに対するSPPとか、AAI、アダルト・アタッチメント・インタビューとって、構造化された明瞭化する方法もあるのですが、これもちゃんとしたトレーニングが必要です。

臨床的には、アタッチメントとメンタライゼーションというのは、こちらの印象で評価して、それを統計的裏付けのあるSPJにあてはめていく。これが現時点で可能な対人暴力とアタッチメントとメンタライゼーションの関連をさぐる方法かも知れません。あとは対人暴力の予

防として、アタッチメントとメンタライゼーションの治療ができるかですね。

心的外傷のエビデンスがある治療法はこの3つになると思います。私は、持続性エクスポージャー療法とEMDRの研修を受けています。ただ、それができる治療者というのは非常に少ないというのが現状です。これは、今後の精神科というか、行政的にも課題になると思います。

15. TIC：米国での取り組み

TIC:日本と米国

- 米国
- 1960年代から現在までトラウマケアの研究・実践の歴史を有している（ベトナム戦争から中東での戦争まで）
- 国家規模でトラウマケアにとりくむ組織ができつつある
- TICを組織単位で導入するための研修パッケージが提供できる
- 日本
- TICの研修が開催される（児童福祉・矯正）
- PTSDの治療と支援の研修（国立精神・神経医療センター）
- こどもとPTSDが現時点では対象？

話がいきなり飛ぶのですが、アメリカではトラウマのケアというのは国の事業になっています。ご存知のかたもおられると思います。これにはベトナム戦争が大きいようです。帰還兵のトラウマケアから始まって、国をあげてトラウマに取り組むことになった。

TIC:米国での取り組み(1)

- トラウマ:全米トラウマインフォームドケアセンター(NCTIC)
- トラウマ:人々の対処能力を凌駕する過酷な出来事
- トラウマは身体的、精神的、社会的そしてスピリチュアルな生活状態に否定的な影響を及ぼす
- 医療、福祉、司法など支援を受けている人々は生活史のなかで様々なトラウマをおっている
- 支援する側も利用者のトラウマの影響を受けている
- トラウマは神経学的なレベルでストレス対処能力を低下させている
- トラウマをおった人々は回復するレジリエンスをもっている

どういうことかという、上の表のまんなかのあたりに、医療、福祉、司法などの支援を受けている人々の中には生活史のなかで様々なトラウマをおっているという箇所がある。それを無視して支援してもうまくいかないということです。今日の講演には、いろんな領域から来られていますけども、ご自身が支援に関わった中に、確かにトラウマをまった人がいたかもしれない、そんな思いをされた方も多いと思います。

TICというのはトラウマ・インフォームド・ケアの略

です。日本でもちょっとずつ紹介されています。主に児童福祉や精神科の領域です。アメリカでやっているのは組織への介入で、組織全体にTICを浸透させる。日本では理念とか概念とか徐々に、児童福祉や精神科領域で広がりつつある。心理や看護の雑誌で特集が組まれたり、児童相談所で研修が開かれたりしている。

TIC:米国での取り組み(2)

- 医療・司法におけるTICの成果の例(NCTIC)
- ミシガン州高度保安医療病院
- 拘束 56% 減少
- 隔離 37% 減少
- 職員の外傷 40% 減少
- 生活史のトラウマに由来する過覚醒や衝動コントロールの困難が背景？

TICについては興味深いデータがあって、これはアメリカのトラウマ・インフォームド・ケアのホームページからとったものです。アメリカのミシガン州、高度保安医療院。要するにかなりやばいことをやった人たちが、入院している精神科の病院だと思おうのですが。そこで、TICを実践したところ、拘束が半分以上減って、隔離が4割くらい減っている。職員のケガも40%減ったという。こういうデータがあるようです。

要するに、今日のテーマである対人暴力の減少に成功したわけです。ホームページを読んでいて印象的だったのは、TICの一つに、患者さんの後ろに立たない。これって要するにセーフティゾーンを守って、相手を安心させる。前にも述べたようにセーフティゾーンに入るといきなり手が出る子どももいる。だから、そういった配慮をすることで、ここまで対人暴力を減少させることができる。

なかなか今の精神科の病院でも興奮だとか衝動性が果たして精神症状なのか、それとも過覚醒なのか、というのはなかなか区別がつかないんですけど、そういうトラウマに対する認識度が上がれば、期待できるかも知れない。

16. トラウマの分類とTIC

トラウマの分類とTIC	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 単回性のトラウマ ・ 事故・犯罪・自然災害 ・ PTSDなどの心的外傷に起因する精神疾患の治療 ・ 平均的な家族背景が前提 ・ 狭義のTIC: 精神科医療 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活史のなかのトラウマ ・ ネグレクト 虐待 DV ・ 適応的でない対人関係 解離 過覚醒 ・ 「複雑な」家族背景 ・ TIC: 福祉・司法、矯正・教育・医療 	

これ一般的な話ですが、トラウマといっても、今日、辻大会長が言われたように、生活の中にトラウマがでてくることは結構あります。事故、犯罪、自然災害。こういった単回性のトラウマは治療で対応できる。TICで目指すのは生育史上のもっと複雑なトラウマとその広汎な影響を、支援する組織全体で対応していくことです。

17. 加害者の臨床的評価

加害者の臨床的評価		
保護的要因 動的: ケアへの反応性	心的外傷を含む環境の 影響	リスク
	幼年期の安全な愛着 (アタッチメント)形成	
	共感性 メンタライゼーション	
	セルフコントロール	
	感情のコントロール	
	過覚醒	
	加害者像の取り入れ	
	セルフケア	

包括的(生活上の)/単回性のトラウマケアはどの領域に有効?

以下に架空の事例で対人暴力と心的外傷を受けやすい虐待など不適切な養育環境のつながりを描いてみたいと思います。

【ケース1】ある性加害行為を繰り返す少年がいました。年下の子どもに性的な接触を強要する。反省もするし、年下の子どもに近づかないように努力もする。それでも数ヶ月すると同様のことが起こってしまう。そのため施設に入ることになり、家族についても詳しい調査が行われた。その結果、子どもが小さい頃から保護者が側にも見知らぬ人にニコニコしながら抱きついていったことがわかった。それと保護者がまだ小さい子どもの前で性交渉をしていたこともわかった。

施設に入ってからは担当者と時間はかかったが安定した信頼関係ができてきた。当初はどの施設職員にも同じ

関わりだったのが、だんだん担当者が特別な存在になっていった。その時期から性交渉の目撃をトラウマとしてケアを開始して、それが終わってからは、性加害行為は起きなくなった。

トラウマケアをする時には必ず、本人の保護要因を強化します。本人がどんな人間になりたいとか、どういう人の強い面を取り入れたいか。その少年はすぐにその担当者をあげました。担当者がその子どものアタッチメントの対象となることでトラウマのケアができたわけです。どんなに悲惨な生育環境で育ってもアタッチメントの再形成、要するに保護要因を作る可能性があるわけです。

【ケース2】両親が精神疾患をもって非常に不安定な環境で育った成人の女性がいました。職場や交際相手から暴力を受けても何事もなかったように関係を続ける、「自分を大切にする」ことが実感できない生活をしていました。ただ小学校中学年まで一緒に住んでいた母方の叔母が健康度の高い人で、この叔母が子ども時代のその女性をとっても大切にしていました。

この女性は年の離れた弟の世話もしていた。それは負担だったけれども、すごく愛情をもって弟を育てていたのです。この女性がうつ状態になって混乱した時に、交際相手に怪我を負わせてしまった（これは過覚醒による暴力だったと推定されます）。入院して、叔母から受けた安心や心地よさの体験を思い出して強化したり、弟を見つめていた自分の慈愛に満ちた眼差しを、想像の中で自分に向けたりすることで、うつ状態から回復していった。退院したからは安全ではない人間関係をつくらずに、生活を続けることができている。どんなに生育環境がリスク要因に満ちていても、保護要因を探す、或は作り出すことで対人暴力が予防できる可能性を少しでも広げていくことができるかも知れません。

次に、共感性、或はメンタライゼーションについてです。暴力を受けた被害者の気持ちが本当に理解できなくて、相手がどんなに傷ついているとかがわからない。これでは暴力の抑止は難しく、これはリスク要因になります。メンタライゼーションの獲得には精神分析の領域からの研究があり、保護要因として期待できるかも知れません。

暴力というのはセルフコントロールの失敗とも言える。その背景には、感情のコントロールの困難、過覚醒、あと加害者の取入れなどが考えられる。詳細は割愛しますが、こういったリスク要因に対しても保護要因を強化したり、開発する、動的なものにしていく必要があります。

医療観察病棟ではセーフティゾーンを守るということと、本人が一番落ち着ける時間と場所を確保することで

すね。例えば、それは職員と何気ない会話をする時間と空間。そういった体験も保護要因に使える可能性があります。その場面を思い出したりとか。だからセーフティゾーンを保証して、過覚醒も解離もおきない状態で対象者と関わることができる。こういう保護要因も対人暴力の予防に有効な可能性があると思います。

言ってみればTICの考え方の基づいて対象者に関わることで、対人暴力の再発を減らすことを目指すのだけでも、そのためには何がトラウマや不適切な養育環境の影響かを評価しておく必要があるということです。

セルフケアは、トラウマのケアをすることによって改善することがあります。アタッチメントの話のように、セルフケアは要するに安心と心地よさの感覚ですから、それがわからない人でも、約2年間の入院のなかで、安全で心地よい環境を体験していいんだということを実感することで、セルフケアの能力が向上しているのではないか、と思うこともあります。

18. トラウマケアの可能性と限界

トラウマケアの可能性と限界(1)

- 心的外傷の治療の対象
- 単回性のトラウマ
- 包括的(生活史上の)トラウマ
- 心的外傷のケアで期待できるのは？
- 心的外傷に由来すると推定される行動の減少
- 自分を守ることができる/危険に近づかない
- 加害者・被害者の人間関係にならない
- 心的外傷のケアをしても静的要因として残るものは？
- アタッチメントの問題
- メンタライゼーションの問題
- 衝動コントロールの問題

TICで期待できるのは、これまで述べてきたように、トラウマに由来する加害行為や過覚醒、セルフケアです。

トラウマケアをしても残る可能性のあるリスク要因としてはメンタライゼーション、衝動コントロール、アタッチメントの再形成があげられる。これらが静的なリスク要因として残るのか、動的な保護要因によって軽減されるのかはまだわからないことが多いと思います。

トラウマケアの可能性と限界(2)

- 現在の環境が安全である？
- 現在の環境で安心できる？
- ケアする側との安定した関係が持続できている？
- セーフティゾーンが物理的に確保できている？
- フラッシュバックや過覚醒に対応可能な環境？

* 医療観察病棟はこの条件を満たしている

TICを実践するためには、少なくともこれだけの条件がいります。安全と安心の保障、ケアする側との安定した関係、セーフティゾーンの確保、トラウマケアをおこなうと出現しやすくなるフラッシュバックや過覚醒に対応できる環境などです。

医療観察病棟はこの条件をほぼ満たしているので、対人暴力の防止に有効ですし、本講演のテーマである「対人暴力の予防に有効な介入とは？」という問いへの一つの回答になっていると思います。

19. まとめ

まとめ

- 構造化された専門的判断(SPJ)は心的外傷を経験しやすい環境と対人暴力の関連を示唆している
- その関連はリスクだけでなく保護的要因、或は動的要因の同定・拡張にも及んでいる
- アタッチメント、メンタライゼーションは客観的な定量化は困難だが、加害者の理解に有用な概念である
- 心的外傷の治療を含むトラウマインフォームドケア(TIC)は対人暴力を予防する可能性をもっている

被害者が加害者にならないために...

1) そろそろまとめですが、構造化された専門的判断(SPJ)は心的外傷を経験しやすい環境と対人暴力の関連を示唆している。

トラウマ自体はリスクではないのですが、それを起こしやすい環境は、アタッチメント、メンタライゼーション、いろんなところで影響を与えるわけです。

2) その影響はリスク要因だけでなく保護要因の評価、或いは静的か動的か、動的であるならどう介入したら、対人暴力のリスクを減らせるかという発想にもつながるわけです。

3) アタッチメント、メンタライゼーションは客観的な定量化はできないし、今のところ臨床家の印象でしかないのですが、加害者を理解するには有用な概念で

す。そしてそれが再形成されれば、対人暴力の予防の保護要因にもなりうることを説明してみました。

4) 心的外傷の治療を含むTIC、トラウマ・インフォームド・ケアは、米国では暴力の減少例もあり、対人暴力を予防する可能性をもっている。

何をお伝えしたいかという、被害者が加害者にならないために、そのために何ができるかということをお話にも一緒に考えて頂きたいと思ひますし、試論として、こういう話をさせて頂きました。ほぼ時間だと思ひます。ここで終わらせて頂きたいと思ひます。