# 非合法薬物使用を経験したADHD思春期男子の事例における一考察

## ― Multidimensional Family Therapy適用の試み ―

桜 井 美 加※

### Ⅰ．はじめに

思春期の子どもが，非合法薬物使用を経験した際，誰がどのようにして介入を行うことが，迅速かつ効果的だろうか。非合法薬物使用を経験した中学生は，氷山の一角とは言われているものの，日本ではおよそ１％である。薬物乱用防止に向けたプログラムが文部科学省の奨励より学校現場で実施されるようになり，生涯経験率は減少傾向にある一方で，定時制高校では薬物乱用が７％と増加しており，地域や学校によって差が見られることが指摘されている（嶋根，2009）。非合法薬物に対する意識やイメージが思春期の子どもたちの中で変化し，ファッション感覚で関心を持つ可能性があるとの報告もあり（河田，2001），子どもたちが興味本位で非合法薬物を試すことにつながる可能性も増してきている。したがって非合法薬物使用の問題への対応や介入における臨床心理士の役割は大きい。本稿では，筆者がアメリカでセラピストとしてかかわった，薬物使用で観察保護下にあった思春期男子の事例をとりあげ考察を加えることで，日本において似たような状況が発生した時に，どのような心理的アプローチが可能で，それはどのような効果が期待されるのかについて，検討することとする。尚，日本では非合法薬物を使用したり依存することを「薬物乱用」と呼ぶが（嶋根，2009），本研究ではアメリカの先行研究を中心にとりあげて行うことから，“illicit drug use or abuse”を「非合法薬物使用または依存」と訳し，用いることとする。

本研究でアメリカにおける事例を取り上げる理由は次のとおりである。Bachman, Malley & Johnson（1984）は，社会文化的な視点，例えば薬物が入手可能かどうか，薬物を使用するような環境としてのプレッシャーがあるかどうかは，思春期の子どもの非合法薬物使用の開始時期や使用人口の比率に影響を与えると述べている。アメリカの2002年のNSDUH（National Survey on Drug Use and Health）における調査では，68,126名の12歳から17歳まで

※総合福祉学部 准教授

の調査対象者のうち，11.6%が調査時期より６カ月以内に非合法薬物を使用したとの報告がある。日本はアメリカと比較すると薬物入手やピアプレッシャー[注1)]による薬物使用はわずかである（嶋根，2009）。しかし，アメリカでは，好奇心やピアプレッシャーより，たとえ数回非合法薬物を使用しても，そこから薬物依存へと移行し，成人になっても慢性的に依存し続けることはさほど多くないことが報告されている（Newcomb,1995）。その理由のひとつとして挙げられるのが，好奇心による薬物使用であっても，見すごさずに即座に介入するシステムが，アメリカ社会に存在するからである。本研究でとりあげる事例も，数回の好奇心による非合法薬物使用に際し，即座に観察保護下におかれカウンセリングをリファーされたケースである。そのため，日本の思春期の子どもを取り巻く環境とは異なっても，非合法薬物使用ののちの心理的介入の在り方をわが国でも検討する上で大いに学ぶところはあると考える。

本研究では，クライエントへの心理的介入の在り方において，二つの観点に着目する。第一に，思春期男子のクライエントをめぐる家族に対するアプローチである。本稿では，Multidimensional Family Therapyの適用について検討する。Multidimensional Family Therapy（以下，MDFTとする）は，各ケースに沿って必要とされるニーズに沿った形で多様な技法を組み合わせる折衷的心理療法の一種であり，発達的理論をベースとした思春期の非合法ドラッグ使用やそれに関連する行動の問題への多元的治療方法を指す（Liddle, Dakof & Diamond, 1991）。またMDFTは家族成員間の相互作用だけでなく，家族と家族がかかわる社会との相互作用，特にピアとの関係に焦点を当ててアプローチするところが特徴としてあげられる（Liddle, 1996）。

MDFTは４つの相互独立的なアプローチから成る心理療法モデルであり，思春期の子ども，保護者，家族成員間での相互作用，家族外の成員における４つのモジュール[注2)]から構成されている。MDFTの構造について図１に，また各モジュールにおけるアプローチにつ

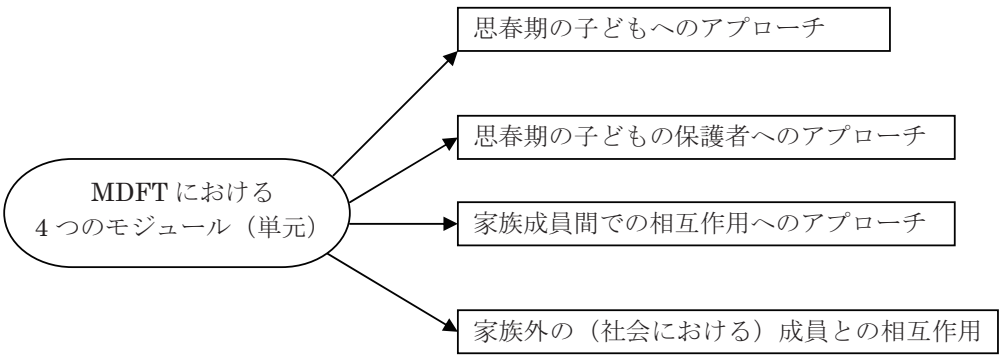



**図１　Multidimensional Family Therapy（MDFT）の構造**

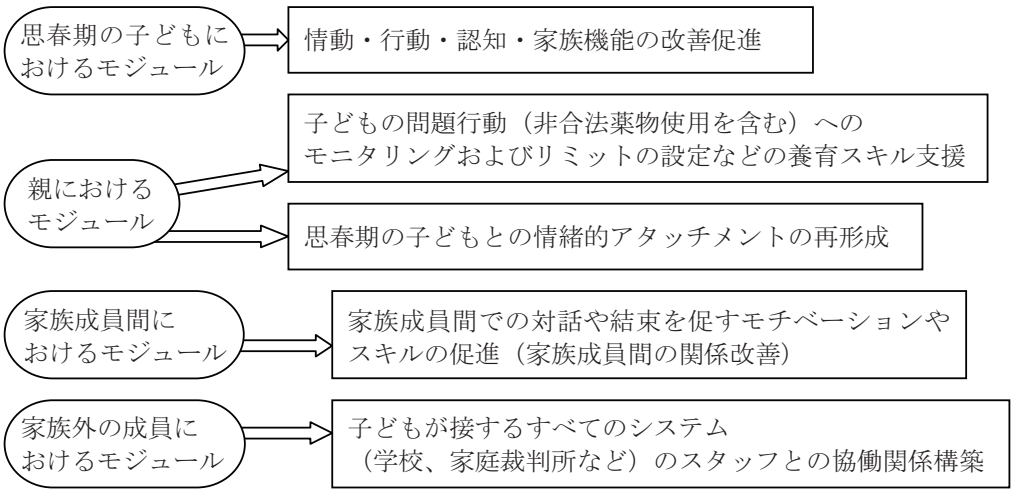



**図２　MDFTの４つのモジュールにおけるアプローチ**

いては図２に示す。思春期の子どもへのモジュールでは，クライエントである思春期の子どもとの治療同盟を強固にするため，両親との治療関係とは分けて臨み，子どもの情動，行動，認知および家族の４つの機能へのアプローチを行う。親へのモジュールでは，子どもの行動に対するモニタリングやリミットの設定，思春期の子どもとの情緒的アタッチメントの再形成，家族以外の場で子どもの人生が開けるような活動の参加が増えるような働きかけを親ができるように，親の養育スキルを支援するアプローチである。

家族成員間におけるモジュールでは，家族がより適応的な方法で家族成員間の対話を活き返らせるためのモチベーションやスキル，経験を発展させるようなアプローチを行う。そして，家族成員間の関係が改善されるように促す。

家族外の成員のモジュールでは，思春期の子どもが接するすべてのシステム，例えば学校，家庭裁判所，リクリエーション施設などでコラボレーティブな関係を設立することである。思春期の子どもや家族がアセスメントを受け，面接は家族成員および家族外の人たち，例えば教員，観察保護司などの間で情報が共有されることで，その子どもにとって核となる発達的な課題に向き合うことができるようになる。本研究では，両親間でのDVや離婚，親の精神疾患の罹患などによりダメージを受けた家族に対して，MDFTを用いてどのようなアプローチが可能であるかについて考察することとする。

第二に，非合法薬物使用と共存する他のメンタルヘルスの問題である。Hawkins, et al.（1992）は薬物への好奇心や使用頻度が高まる個人のリスクファクターとして，攻撃性，衝動性，ADHD，行為障害を挙げている。ADHDの発症の原因は未だ不明であり，よって治療結果も一定していないのが現状である。しかし少なくともADHDが大脳中枢神経の障

害であること，薬物療法や心理的サポートによる介入に対しては治療効果が見られることが報告されている（Wender et al.,1985）。ADHDと診断された思春期の子どもは非行，低い自尊心，ドラッグ依存の傾向が示唆されている。またコカイン依存の大人の患者のうち35%は幼少期にADHDと診断されているとの報告がある（Rounsaville et al.,1991）。よって本研究では，ADHDとConduct Disorder（以下，CDとする）の診断を受けている思春期男子の事例において，薬物使用のリスクファクターとしてのADHDの症状に対して，どのような心理的アプローチが適切であるかについて検討する。尚，本事例は中断ケースであるため，アプローチの効果の検討に加え，失敗事例から筆者であるセラピストがどのようなことを学び，今後どのような配慮をもって臨むことが望ましいかについても併せて検討し，考察を加えることを目的とする。

## Ⅱ．事例概要：

クライエント：A，14歳，男児，中学２年生

家族構成：母親40歳，Aの２人家族。実父（42歳）は同じ町に住んでいるが，母親と離婚し，22歳の女性と再婚している。

主訴：薬物（コカイン）の好奇心による使用のため保護観察下である。ADHD，行為障害と小児科医から診断され，リタリンを処方されている。母親も情緒不安定なため，サポートが必要である（DSS（Department of Social Services）[注3]のソーシャルワーカーからの情報）。

リファーの経緯：Aは数名のギャング仲間とのコカイン使用が学校側に見つかり，DSSにその旨報告され，DSSはAとAの保護者である母親にカウンセリングを受けるように勧めた。筆者が勤めていたBクリニックでは，DSSからケースの依頼を受け，訪問カウンセリングを行っていたため，AのケースがDSSを通してリファーされた。その際DSSはFamily Therapy[注4]をオーダーしている。

治療構造：Aへの個人面接およびAの母親に対して並行面接が，筆者ひとりのセラピストにより行われた。その他に，クライエントはsubstance abuse counselor（非合法ドラッグ依存のケースを専門に扱うカウンセラー）と週１回，観察保護を受けていたので保護司との面接を２週間に１回受けていた。Thとのカウンセリングは，週１回，50分，無料。Aの家族はひとり親で生活保護を受給しており，かつAが18歳以下の為，Medicareという医療保険が適用され，カウンセリングは無料であった。

以下，Aの会話は「　」，Aの母親の会話は＜　　＞，父親の会話は{　　}，セラピストの会話は『　　』で示す。

**面接経過：**

第１期：××年６月～××年10月（Aの暴力に対する心理教育的介入およびMDFTの試み）

Bクリニックではカウンセリング開始からアセスメントを４週間かけて行い，治療計画書をクリニックに提出することになっていた。ThはAのアセスメントを行うために母親との面接をまず行った。Aは家庭内では特に問題は見られないとのことであった。しかし，学校ではクラスメートに対して暴力をふるったり暴言を吐いて威嚇した。学校外では，ギャンググループのリーダー格であるとのことで，放課後は頻繁に繁華街をうろついていた。カウンセリングについても＜「俺には必要ない」と言いきっていたから，面接には来ないかもしれませんよ＞と母親は述べていた。母親はひとしきりAについてのThからの質問に答えると，自分の過去について語り始めた。母親は結婚してからしばらくは元夫との生活を楽しんでいた。Aの出産時にはAに元夫と同じ名前をつけたり，７年間ほどは母親にとって楽しい結婚生活であったようである。ところが，父親は母親を毎日のように殴るようになった。それでもDVが始まってから３年間は，元夫のことを愛し，Aの養育のこともあったため母親は我慢していた。しかし，Aの父親は浮気を始め，３年前に家から出て行ってしまった。その直後，母親は摂食障害になり，毎日コーヒーや紅茶は飲むものの，食事を受けつけなくなり，鬱状態もあり，１か月ほど入院を余儀なくされた。入院中に病院のセラピストよりカウンセリングを受け，「これからは女性としてではなく，Aの母親として自分が元気になってAを育てていこう」と思い直した。しかし，Aの母親は，元夫のことを恋しく思い，未だにふっきれないでいること，その元夫が若い女性と結婚をし同じ町に住んでいることについて苦々しい気持ちでいることを，ため息交じりに話すことが多かった。

一方母親はAを懸命に躾けようとしていた。特に「宿題をやっているかどうか」といった学習面には強い関心を払っていた。Aの母親とAの関係は非常に親密であり，Thの目前でもハグしあうなど，お互いがふたりだけの家族として懸命に支えあっているようであった。

Aはカウンセリングの予約をきちんと守った。Aが学校から帰ると個人面接を受け，その面接が終了するころに母親が仕事から帰り，Thとの母親面接に応じた。Aは，Thが日本人であり，英語に訛りがあるといった通常は外国人カウンセラーのハンディキャップがかえって新鮮におもしろく映ったようである。「自分の話したいことなら話すけど，質問されるのは嫌だ。おれが仕切る。」と息巻いていた。そこでThがひたすら傾聴する態度を示すと，少し安心したのか，「おれは学校の教員が嫌いだ。信用できない。クラスメートと喧嘩しても，俺の言い分を聞かず相手の言い分を聞く。なぜだかわかるか？それは俺が喧嘩が強くて，いつもあいつらをぶちのめすことができるからだ」と言った。Thがそれに対して，『仮に教員がフェアにジャッジしてくれなかったとして，それで自分より力の弱いクラスメートをはりたおしていいということにならないのではないか。教員は色々な人がいるし，君が教員に対

して「こうすべきだ」とコントロールできるものではないと思う。でも君のその誰よりも強い腕力をどのように使うかは，君しか決められない。コントロールするのかしないのか，コントロールできるのかできないのかも，君自身の力に頼るしかないんだよ。』とAを諭すようにThの気持ちを伝えてみると，妙に神妙な表情を示した。そのようなことを大人から言われたことがないというのである。その喧嘩の件についてThが母親に確かめると「ああ，教員が悪いんだ。公平に扱わないからAが悪者にされた。」とAと全く同じような見方，価値観を持ってしまっていることがわかった。そこでThは今度はAの学校の担任教諭とコンサルテーションを行った。担任教諭はThに対して「あなたはAがADHDと診断されているのを本気で信じるのか？私は単にAがわがままでクラスメートに対して暴力をふるっているとしか思えない。私の指示にも従わない」と少し厳しい口調で述べた。ThはAがADHDと小児科医によって診断されていること，他者への暴力が衝動性の高さによることもあるため，人によってはコントロールが難しいこともあると伝えた。ThはAの暴力行為については母親も担任教諭も的確に理解していると思うことができなかった。そこでA個人に対する心理教育に力を入れることにした。Thは繰り返し，Anger ManagementをAに対して行った。「相手（教員）が間違っていると思っても，声を荒げたりせずに，自分の考えについて話し，相手とコミュニケーションをとること。もし相手に十分自分の気持ちが伝わっていないとしても，それで自分が否定されてしまったと思わないようにすること。ちょっと待って，その場を物理的に離れ，後の心理面接でその時の状況をThに聞いてもらおうと心の中で願うこと，そしてともかくしばらく待つようにすること。」と心理教育の一貫としてセルフコントロールを教えた。特に「腕力をふるわずにしばらく待ってみる」ことのアプローチについては，ADHDの症状である衝動性のコントロールの困難さもあり，Aにとってチャレンジングなことであった。しかしThは，Aに対して引き続き上述したアプローチを行った。

この時AはThのそのような心理教育について嫌がる素振りを見せなかった。おそらく「大人から優しく熱心に諭される」といった経験があまりなかったのであろう。物珍しい新奇な体験をしていると，半ばおもしろがってThとの面接でのやりとりやAnger Managementについての心理教育を受け止めていた。

**第２期：××年11月～××年12月（父親によるMDFT参加への試み）**

Aは父親との交流について切望していた。Thとの信頼関係が少しずつ築かれ安定してくると，父親のことをしきりに語った。家族で祝う感謝祭やクリスマスなどに「面会に来る」といってはすぐ約束を破ってしまう父親に対してとても失望しつつ，それを実の父親にぶつけるということもなかったようである。Thは母親に，Aの父親と一度話し合い，Aと過ごす時間を増やしてほしいと話してみたいと申し出た。すると母親は＜行ってもいいけど，あの

人，絶対約束を守らないよ。仮に会ってくれたとしても，何も話さないよ＞と言った。Thが電話をして，面接の予約時に行くと，町でお店を営んでいた父親はThを迎えいれてくれた。父親はAと同じようなリアクション＜外国人女性の英語が訛ったカウンセラーは珍しい＞を隠さなかったが，Thの『Aは父親との交流を求めている。お父さんがそれに対して応じてあげると，Aは情緒が安定し自分に自信をもったり，学校生活などにも意欲的になると思う。コカインへの好奇心も薄れるかもしれない。』と伝えた。すると{ああ，できるだけそうしようとは思っているけど，店が忙しくてね。}と言った。まだ若い20代のような雰囲気を持った父親は，自分の欲望を満たすことで精いっぱいといった様子であった。しかし，なおもThが『あなたはAにとってたった一人の父親なのだ。Thは見てのとおり，女性で，Aにとっての良き男性モデルにはなれないのである。しかし思春期真っただ中にいるAにとって必要なのは，男性モデルであり，父親なのだ。』と伝えた。すると父親はまんざらでもない表情をした。その１週間後，Aの父親はAとの面会を始め，約束を守るようになった。Thは自分の働き掛けに父親が応じてくれたことが嬉しかった。しかし母親は自分がいくら電話しても聞き入れてくれなかったAとの面会に，Thがたった１回面接しただけで応じたことに，疎外感といら立ちを感じていたようであった。折しもクリスマスのころであり，母親面接ではAの話より，パートナーのいないクリスマスをどのように過ごそうかという話題にすり替わってしまった。Aの母親は工場で物を作る仕事をしていた。毎日の単調な生活の中で，母親自身がいかに楽しみを見つけ，心の支えとなるべきものを見出していくかということについて，面接の中で十分に母親が語ることができるように心を砕くことに，Thは思いが至らなかった。

**第３期：××＋１年１月～××＋１年２月（ケース中断に至る経過）**

年が明けThはAの保護司と面接を行い，保護司からカウンセリングの進行状況について尋ねられた。Aはコカインに手をつけることはなかったが，相変わらず喧嘩が絶えなかったのである。ThはMDFTを本ケースに適用していること，家族成員間でよい意味での相互作用が起こるように父親に働きかけ，父親との面会がスムーズにいっていると報告した。またAの暴力が止まらないことへの対応として，Anger Managementにおける心理教育と並行して行動療法のトークンエコノミーの方法を適用してみることを提案した。Thはその頃ADHDと診断された子どものクライエントに対してはほぼ全ケースにトークンエコノミーを適用し，多くのADHDの子どもに治療効果が見られたからである。しかしAはトークンエコノミーを嫌がった。よい行いにはご褒美，不適切な行いには罰という考え方が馴染まなかったようである。Aの母親も＜Aはこんなものにのせられないよ＞とふんと笑った。それでもThが母親に対して「観察保護司とこのトークンエコノミーの方法を進めていくという方針で，

了解を得ている。これまでのAへの心理教育と親面接以外にあらたなアプローチを試みてみたい。協力してもらえないだろうか。」と言った。しかし母親はThがこの言葉を権威を使って言ったと思ったようである。この面接を機に，母親はカウンセリングの予約を守らなくなった。それに伴いAもカウンセリングを受けることを拒み，本ケースはこのまま中断となった。

観察保護司の話しによると，本ケースは別のクリニックにDSSからリファーされ，一旦面接は開始されたものの，Aが面接の予約を守らなかったためすぐに中断になったという。その後のフォローアップについては不明である。

## Ⅲ．考察

### 1．Multidimensional Family Therapy（MDFT）適用の観点から

本論文ではAと家族へのMDFT適用にあたり，４つのモジュールにおける各リスクファクターを明らかにすることで（図３に示す），それぞれのモジュールについてどのようなアプローチを行い，どのような効果が見られたかについてまず表１に示す。筆者は親の不仲や離婚などの理由により，家族が別居したり物理的に離れていても，子どもへのアプローチのために親が力を合わせることは可能ではないかと考えていた。子どもは意図的にトラブルを起こすことで，父親の関心を自分に引き付けることができ，ひいては父親と母親の不仲が改善されるのではないかと期待することがある。家族の機能において家族成員間で相互に依存し合っているということは，システムの一部が変更すればダメージを受けたり他の部分にもインパクトを与える。MDFTの家族成員間のモジュールにおける介入の特徴としてあげられるのは，両親と情緒的なつながりを再度経験すること（ここではリコネクションと呼ぶ）

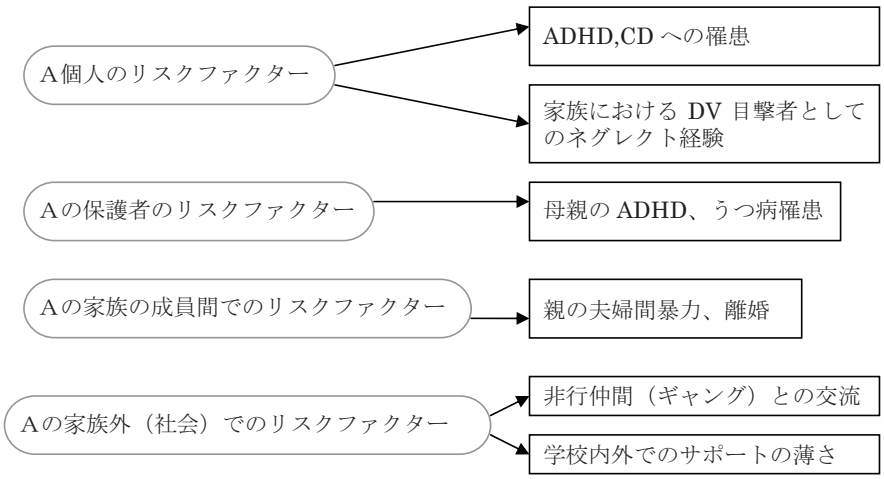



**図３　Ａの４次元におけるリスクファクター**

**表１　Aと家族に対するMDFTへの適用と効果**

| 4次元のモジュール | アプローチの内容 | 活用したカウンセリングスキル | アプローチの結果 | 考えられる理由 |
|---|---|---|---|---|
| 思春期の子どもにおけるモジュール | 情動・行動・認知面へのアプローチ | Aに対するAnger Managementなどの心理教育 | A個人に対する心理教育のみでは情動面に変化が見られない | ADHDやCDなどの二重診断による衝動性の高さ |
| | 家族機能 | Aの母親への心理的サポート | Aと母親の数カ月の面接継続のモチベーション維持，向上 | Aの母親がパートナーがわりのように自分に寄り添い共感しながら受容してくれる相手をセラピストに求めた |
| 親におけるモジュール | Aの問題行動へのモニタリングおよびリミット設定 | Aの問題行動に対する母親によるトークンエコノミーの実施 | Aの母親によるトークンエコノミー実施の拒否 | Aの母親自身がADHDで辛抱強く行動療法を行うことに苦手意識があった |
| | Aとの情緒的アタッチメントの再形成 | 父親との定期的な面接および交流の開始のための働きかけ | Aが父親との定期的な交流に満足した | Aが切実に求めても得られなかった父親との交流がセラピストという第三者による介入で実現した |
| 家族成員間におけるモジュール | 家族成員間での対話や結束を促すモチベーションやスキルの促進 | 父親との定期的な面接および交流の開始のための働きかけ | Aが父親との定期的な交流に満足したが，父母がAのために協力し合うなどの行為は見られなかった | Aと父親の交流は促進されたが母親は孤立してしまったため，すべての家族成員間において良好な人間関係が構築されなかった |
| 家族外の成員におけるモジュール | 子どもが接するすべてのシステム（学校，家庭裁判所など）のスタッフとの協働関係構築 | 観察保護司との面談２回（Aの非合法薬物使用および学校での暴力行為についての情報交換，コンサルテーション） | Aの非合法薬物使用については効果が見られたが，学校での暴力行為は止まなかった | 学校の教員との情報交換やAをめぐる理解のあり方が一致せず協働関係がうまく機能しなかった |

が中心的な核である。またリコネクションが起これば親から子どもへの躾の問題がうまくいく場合も多い（Liddle, 1996）。本事例では，父親とAとの情緒的リコネクションについては，セラピストが父親に働きかけることである程度達成された。Aが父親と週末やクリスマスを過ごす嬉しさをセラピストに隠さずに話したことからも，Aにとって父親の存在は大きく，だからこそ父親が家出したことによる喪失感は大きく，それを埋め合わせたいと願う気持ちは強かったのであろうと推察される。

親へのモジュールでは，Aの感情や行動がより適切にコントロールされるようにトークンエコノミーの適用を試みたが，母親は拒絶した。母親自身が幼少期ADHDであったため，AのADHDの症状についてはやむえおえないこととして理解し受け止めることはできたよ

うである。しかしADHD傾向があるAの母親は，トークンエコノミーのシステムについて知的に理解はできても，チャートを作成し，毎日Aの行動をモニタリングし，賞罰を与えることを継続的に行うという忍耐と努力が求められることは苦手意識が強かったのであろうと思われる。またトークンエコノミーのための親子の話し合いは，これまで母親の愚痴を友だちのように聴いて慰める役割をとっていたAとの関係が逆転してしまうことを指し，そのような親子の役割が変化してしまうことを恐れ避けた可能性が推察される。これらのことから，クライエントの課題にアプローチする親の養育スキルについて，親子関係に性急な変化を起こすことが予測される場合は，Thはとりあえずトークンエコノミーの適用は保留しておくなど，慎重な配慮が必要であったと思われる。

Schmidt,Liddle&Dakof（1996）は，親へのモジュールにおいて，思春期の子どもと情緒的なアタッチメントを再形成し，子どもの不適切な行動に対するリミットの設定を行うと同時に，家庭以外の場所での様々な活動を奨励するようなかかわりが必要であるとしている。AやAの母親が家庭の外に自分の興味や関心を拡げ活躍する場を得ようという意欲は，Thが関わった時はほとんど見られなかった。しかしもう少しThの関わりが継続し，AとAの母親の家族成員外の人間関係構築に対する意欲が高まるまで待つことができれば，そもそもは好奇心旺盛な二人には多様な可能性が拡がったのではないかと思われる。Hogue,et al（1996）は，親役割から離れたところの親自身の個人的な資質が開発されることが，効果的な養育スキルを高めるにあたり貢献することがあると述べている。特に躾の一環として行われるリミットの設定は，親子間にある程度の適切な距離感と同時に親の心の中に良い意味での権威が育っていることが求められる。本事例ではAの母親は結婚後DVの被害，摂食障害，うつ病など精神疾患に罹患しており，パートナーや親しい同性の友人との交流に欠け，孤立し，自信喪失していた。そのようなことから，トークンエコノミー等の養育スキルを育むようにThがかかわる前に，まずは母親の孤独感や自尊感情の低さの問題について対応すべきであったと思われる。

思春期の子どもへのモジュールでは，個人面接における心理教育のみでは，クライエントの認知，行動，情緒面でほとんど改善が見られなかった。衝動性の高いADHD思春期の子どもに対するアプローチは，認知の変容にアプローチするよりも，まずは行動にアプローチすることで，ある程度効果がみられる。また行動が改善することにより周囲との対人関係が良好になり情動面が安定することもよく見られる（桜井，2003）。しかし，行動療法のトークンエコノミーについては，母親の協力が欠かせないため，母親がトークンエコノミーに賛同しなかった本ケースでは，それを適用することはできなかった。このような困難事例は家族成員外との関係モジュールにおいて，学校の教員や保護司と細やかなコミュニケーションのやりとりや意志の疎通が行われネットワークを拡げていたら，Th自身の力量不足や経

験不足ということだけで面接中断に至らなかったであろうと思われる。実際には，Thは学校の担任教諭にAについて十分な理解が得られるように継続的なかかわりをするところまで配慮が及ばなかった。また，Thが常勤セラピストとして数ケースしか経験していなかったことに加え，MDFTの全体像を俯瞰してのアプローチという視点が十分でなかったことが，本事例においてMDFTの効果が見られなかった原因と思われる。

MDFTは，非合法薬物の使用というチャレンジングな課題を抱えた思春期の子どもへの心理的介入として，有効な方法であったことが本事例において一部認められたものの，セラピスト一人によるアプローチより，複数のスタッフによるチームワークの重要性が示された。これら４つのすべてのモジュールにおけるアプローチが連動して行われることで，MDFT摘要の効果が高まるであろうことが予測される。

## ２．非合法薬物使用する子どもの親への心理的介入の難しさ

非合法薬物使用・依存の思春期の子どもの親は，往々にして自律心と依存をマネージすることが困難である場合が多く（Kolb and Shapiro, 1982），また子どものニーズをくみ取りそれに応答することも困難である（Shapiro & Freedman, 1987）。Aの母親はAを情緒的に依存させるようなところが見られた。しかし一方でKaufman &Kaufmann（1979）が危惧するような，母親がAに対してやや過保護的に接していたのに比べ，父親はほとんど接触を持たないなどの，適度な境界線が見られず，Aは両親との距離のアンバランスさにとまどいや不安が生じていたと思われる。このような親との関係から，Aは人に対してどのような距離感が安全で安心できるのか，という感覚を発達させる上で混乱があったことが推測される。カウンセリング開始当初は，母親との間で築いていた情緒的な交流が，女性セラピストとの間でもそのまま汎化して生じていたように思われる。そしてそれはAにとってはなじみ深い経験であるがために，それほど違和感を覚えることではなかったのであろう。一方でDVの被害者である母親を可哀そうに思い，父親が家を出て行った後は，Aはパートナー替わりのように母親を守ろうとしていた。したがってAが子どもとして安心して親に依存することは困難であったと思われる。Meeks（1988）は薬物依存の子どもは他者に依存することが難しいと指摘しているが，Mickay, J. R., Murphy, R. T., Rivinus, T. R. & Maisto, S. A.（1991）は，薬物依存の子どもが，その子どもにとって信頼できる大人（例えばカウンセラー）に頼ることが，カウンセリングによって安心してできるようになることが望ましいとしている。そうすれば父親が家を出たことの悲しみを打ち明け慰めを大人から得る等，子どもとしての役割を十分に経験することができたかもしれない。本事例では，Thはある程度は面接の中でAが父親との接触を増やしたいと願う気持ちを傾聴し，またその実現に向けて働きかけることはできた。

しかし，Aと距離をとっていた父親との関係が回復したことは，母親にある種の疎外感を

生んだ可能性は考えられる。Aが父親に呼ばれてクリスマスを過ごしたとき，母親は自分はひとりであるという感覚を覚え，Aに対して「自分から離れないでほしい」という気持ちが強くなり，それはそのような新しいことを設定したセラピストに対して「余計なことをされた」というネガティブな感情が強まったことが考えられる。

ここでもしセラピストが母親に対して，A以外に情緒的な交流を持ち，それで自分のこころが満たされるようなあらたな友人（それはとりあえず同性の友人であってもよかったはずである）を作るように促したり，新しい興味や関心を引き出しその活動に参加し，人との出会いを求めることができるようにと手厚くサポートしていれば，過剰に相互に依存し合っているような，Aとの不適切な距離感にからめとられることはなかったのではないかと思われる。

Stoker&Swadi（1990）は薬物を一度も使用したことのない思春期の子どもと比較して薬物を使用した経験のある子どもの親は，家族の成員間で力を合わせたりお互いのニーズを満たす為に柔軟になったりすることに問題が見られると指摘している。父親から母親への暴力を目撃して育ったAにとって，母親は守らなければいけない存在として目に映り，早い段階から親子の役割逆転が起こっていたと思われる。従ってAは親に適度に依存し，安心して依存できるからこそ自然に身につくであろう自律性が身につかず，暴力をコントロールできずにクラスメートとトラブルを起こし，相手を負傷させるほどの衝動性に身を任せたふるまいをしてしまったのであろうと思われる。

このように，非合法薬物使用がたとえ好奇心からであったとしても，それを使用するギャング仲間との関係を持つにいたった背景として，幼少期からの親子役割逆転とそれに伴う適度な依存と自律心の育成の困難をあげることができる。これらの家族成員間の問題は根深く，すぐには解決できないことも多々あるであろう。またアプローチをするにしても，時間をかけて段階的に行うことで，あまり家族成員を脅かさないようにするという気配りもセラピストには求められることが，本研究の失敗事例から学ぶことができた。

### ３．非合法薬物使用とADHDの二重診断へのアプローチ

Lynskey & Hall（2001）は，ADHDもしくはCDと診断されている思春期の子どもが非合法薬物を使用する可能性は大きいと述べており，ドラッグを使用しないように注意深くモニターされるべきであるとしている（Biederman, Wilens, Mick, Faraone, Weber, Curtis, Thornell, Pfister, Jetton & Soriano, 1997）。さらに子どもがADHDもしくはCDと診断されている場合は，親がうつ病や不安障害に罹患しやすいと言われている（Lahe, et al., 1988; Nigg & Hinshaw, 1998）。ADHDの治療の為薬物療法を受けていたAにとって，保護者からのトークンエコノミー等を用いた働きかけは治療効果を高める上で重要であった。しかしADHDと診断さ

れた子どもの親もまた，幼少期ADHDであることが多いことが示唆されている。親自身がADHDである場合，治療計画をセラピストとたてても，現実場面で一貫性をもって子どもに適切で効果的な養育スキルを適用することが難しい。またセラピストが親面接で養育スキルについて話し合う機会を持っても，注意深く聞いていなかったりすることがある（Weiss et al., 2000）。このようなことからADHDと診断されている親は，ADHDの子どもに対する適切な養育が困難であることが推察される。

セラピストはAに対してanger managementを心理教育の一環として行った。しかしADHDの衝動性と暴力で相手に優位に立つことによって自尊心を守ろうとするパターンが強固に形成されており，暴力のセルフコントロールを体得するにいたらなかった。DVの被害者であった母親を暴力から守ることのできなかったAの悲しみと怒りは，DVの加害者である父親に向けることはせず，弱者に向けることでカタルシスを感じていたことも推察される。しかし「自分の暴力をコントロールできるのは自分しかいない」という，クライエント自身の心の中に良い意味での権威とそれに伴う自律心を育てようとするセラピストの語りに耳を傾けていたこともあった。セラピストはAが両親や父親の再婚相手など，少なくとも家族に対しては思いやりを示すところもあると感じていたため，共感性の育成という点もアプローチに含めるなどの配慮をすべきであったと思われる。

本事例ではThはAの心理的葛藤や親子関係の調節に焦点を当て，非合法薬物使用については面接で扱わなかった。それはあくまでもAがドラッグ依存治療専門のカウンセラーによるカウンセリングが並行的に行われていたからである。しかし一人のセラピストがすべての症状についてカウンセリングを行うためには，例えばADHDの症状である不注意，多動，衝動性以外に薬物使用に対する“craving”「乾き」に対するコントロールの治療も必要である。セラピストが心理的にどのようにその問題についてアプローチすることが望ましいかについては，未だ日本における研究においては明らかにされていないことが多い。今後思春期の子どもに対する薬物依存防止，介入のあり方を考えていくためにも，これらの専門的なカウンセリング技術に関する研究が望まれている。

## ４．おわりにー今後の展望ー

Balley（1991）は，非合法薬物使用に至る背景として，家庭，学校，地域のおもに３つの領域において，思春期の子どもの複合的な問題が見られるとしている。それらの問題とは，医学的，心理的，社会的，学校に関連する学習や行動の問題である。本事例も，Aは学校では暴力をふるい，地域ではギャング仲間と行動を共にし，家庭ではDVの目撃者としてネグレクトの被害を受けていた。ADHDによる衝動性はAのセルフコントロール能力を低下させており，それに対する心理的介入は困難を極めた。さらに親がADHDのようなメンタル

ヘルスの問題を抱えていたり，養育スキル育成のモチベーションが低い場合は，MDFTのような家族へのカウンセリングを適用しても効果が示されるのは難しいことがわかった。

このような困難事例の場合はケースが中断することも多いため，Bailey（1989）の示す３つの領域について，学校の教員，観察保護司，家族担当のセラピスト，substance abuse counselorによる治療チームを結成し，コラボレーションが行われることでMDFTの効果がより高まることが推測される。さらに，MDFTの面接でクライエントとその家族のために，子どもへの非合法薬物使用をはじめとする非行に対するモニタリング，一貫性をもった明確なリミットの設定を行うことを可能にする養育スキルの育成，良いピアとのかかわりや学校での学習活動の奨励，問題解決スキルの向上，ポジティブなコミュニティへの参加などについて十分に扱われることが肝要である（Hankins et al.,1992）。これらのMDFTに加えた非合法薬物使用に対する保護因子が活性化するようなチームの支援による思春期の子どもへの心理的効果については，日本においてはまだ十分に検討されているとはいいがたい。複数事例による検討や質的研究などにより，よりよい心理的介入を目指した実践的研究が望まれる。今後の課題としたい。

**注釈：**

注１）ピアプレッシャーとは，子どもが周囲の知人（ピア）からある行動をとるように直接的に強く誘われた時に経験する心理的反応を指す。

注２）“module”とは特定の学科の学習単位と訳すが（リーダーズ英和辞典，1990）本稿では単位をモジュールと呼び使用することとする。

注３）DSSとはアメリカの州立の児童福祉課を指す。日本の児童相談所と機能や役割をほぼ同じくする公的機関であり，ケースワーカーがカウンセリングの派遣サービス，クライエントのニーズを聞き，調整などの役割を受け持っている。

注４）DSSからオーダーされる“Family Therapy”とは，必ずしも厳密な意味での「家族療法」を指さない。クライエント個人に加え，家族へのアプローチも含めた治療構造を指して“Family Therapy”と使用される。

**引用文献**

Bachman, J. G., O'Malley, P. M. & Johnson, L. D. 1984 Drug use among young adults: the impact of role status and social environment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 629-645.

Bailey, G. W. 1989 Current perspectives on substance abuse in youth. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 28, 151-162.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thronell, A., Pfister, K., Jetton, J. G. & Soriano, J. 1997 Is ADHD a Risk Factor for Psychoactive Substance Use Disorders? Findings From a Four-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry,* 36, 21-29.

Havick, O. E. & VandenBos, G. R. 1996 Limitation of manualized psychotherapy for everyday clinical practice. *Clinical Psychology:Science and Practice*, 3, 264-267.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. 1992 Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin,* 112, 64-105.

Hoggue, A., Liddle, H. A. & Rowe, C. 1996 Treatment adherence process research in family therapy: A

rationale and some practical guidelines. *Psychotherapy*, 33, 332-345.
Kaufman, E. & Kaufman, P. 1979 From a psychodynamic orientation to a structural family therapy approach in the treatment of drug dependency. In:Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, eds, E. Kaufman & P. Kaufmann. New York:Gardner Press, pp. 43-54.
河田史宝　2001　中学生の喫煙，飲酒経験と薬物に対するイメージ－薬物乱用防止教育のあり方を探る－　金沢大学研究紀要44, 135-139
Kolb, J. E. & Shapiro, E. R. 1982 Management of separation issues with the family of the hospitalized adolescent. In:Adolescent Psychiatry:Developmental and Clinical Studeis, Vol. X, eds. S. C. Feinstein et al. Chicago:University of Chicago Press. pp. 343-359.
Lahey, B. B., Piacentrini, J. C., Mcburnett, K., Stone, P., Hartdagen, S. & Hynd, G. 1988 Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry,* 27, 163-170.
Liddle, H. A., Dakof, G. A. & Diamond, G. S. 1991 Adolescent substance abuse : Multidimensional family therapy in action. In E. Kaufman & P. Kaufman（Eds.), Family Therapy approaches with drug and alcohol problems（2nd ed., pp. 120-171）. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
Liddle, H. A. 1996 Family-based treatment for adolescent problem behaviors: Overview of contemporary developments and introduction to the special section. *Journal of Family Psychology,* 10, 3-11.
Lynskey, M. T. & Hall, W. 2001 Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders : is there a casual link? *Addiction,* 96, 815-822.
松田徳一郎監修　1990　リーダーズ英和辞典　研究社
McKay, J. R., Murphy, R. T., Rivinus, T. R. &Maisto, S. A. 1991 Family Dysfunction and Alcohol and Drug Use in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 30, 6, Nov. 967-972.
Meeks, J. E. 1988 Adolescent chemical dependency. In:Adolescent Psychiatry:Developmental and Clinical Studies, Vol. 15, ed. S. Festein. Chicago:University of Chicago Press, pp. 509-521.
Newcomb, M. D. 1995 Identifying high-risk youth:Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In E. Rahdert & D. Czechowicz（Eds.), *Adolescence drug abuse:Clinical assessment and therapeutic interventions*（NIDA Research Monogragh 156, pp. 7-38）. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
Nigg, J. T. & Hinshaw, S. P. 1998 Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology Psychiatry* 39, 145-159.
Rounsaville, B., Anton, S., Carroll, K., Budde, D., Prushoff, B. & Gawin, F. 1991 Psychiatric diagnosis of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*（48), 43-50.
桜井美加　2003　ADHD児の攻撃行動に対する多面的アプローチの効用　心理臨床学研究20,（6), 533-545.
Schmid, S. E., Liddle, H. A. & Dakof, G. A. 1996 Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology,* 10, 12-27.
Shapiro, E. R. & Freedman, J. 1987 Family dynamics of adolescent sucide. In:Psychiatry:Developmental and Clinical Studies, Vol. 14. ed. S. C. Feinstein. Chicago : University of Chicago Press, pp. 191-207.
嶋根卓也　2009　思春期における薬物乱用の実態とその予防　小児科, Vol. 50, No. 11, 1923-1929.
Substance Abuse and Mental Health Administration 2003 Results from the 2002 national survey on drug use and health :National findings（NHSDA Series H-22, DHHS Publication No. SMA 03-3836）. Rockville, MD ; Substance Abuse and Mental Health Administration, Office of Applied Studies.
Stocker, A. & Swadi, H. 1990 Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug Alcohol Depend.*,（25), 293-297.
Weiss, M., Hechtman, L. & Weiss, G. 2000 ADHD in parents. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 39, 1059-1061.
Wender, P. H., Reimher, F. W. & Wood, D. R. 1985 A controlled study of methlphnidate in the treatment of minimal brain dysfunction in adults. *American Journal of Psychiatry*. 142, 547-552.

# A Case Study of Multidimensional Family Therapy with Adolescent who Diagnosed as ADHD with Illicit Drug Use.

Mika SAKURAI

The purpose of this article examined the effects of multidimensional family therapy with adolescent boy who was diagnosed as ADHD/CD and had used illicit drug（cocaine）. The multiple dimensional family therapy has four interdependent therapeutic module such as the adolescent module, the parent module, the family interaction module, the extra familial module, and four dimensions such as affective, behavioral, and cognitive of adolescent and family functioning. The client and his mother initially were very cooperative with multidimensional family therapy. The therapist provided anger management the client in order to control his aggressive behavior towards his classmates while his mother was consulted and provided emotional support by the therapist. The therapist also contacted his father in order to reconnect the client emotionally. Although his father started to communicate with the client, his mother was not happy because of feeling isolation from them. Once the therapist attempted to utilized behavior therapy in order to help the client to control his violent behavior, he and his mother refused the treatment. The perspectives and the meaning of multiple dimensional family therapy and the treatment of dual diagnosis such as ADHD were further discussed.