ぶという体験がこれまで得られにくかったこともあり，地域社会で一緒に遊べる環境作りが求められる。本来は，子ども時間で経過していくことが重要であるが，少年団や子ども会，YMCAなどの計画的に運営されている集団場面も活用すべきである。

また，子どもが多動や粗暴といった不適切な行動を示したとき，われわれはすぐに，親子関係が円満に行われていないと想定し，親の不適切な(時には，虐待まで疑われたことすらある）育て方という結論を抱きやすい。先入観にとらわれず，軽度発達障害から導き出された行動であれば，「敵意のない攻撃性」(Kostelnikら，2002）という視点をもち，子育ての大変さを慰労するべきとなる。

就学後のもうひとつのテーマに学習能力がある。学習障害のある子どもには，個別教育計画が求められるが，教育者には常に全人的成長を期した取り組みを切望したい（黒柳，2001)。これは，他のさまざまな障害のある子どもへの基本的な向き合い方であり，また障害の有無にかかわらず全ての子どもたちに共通したまなざしである。個々の力量を査定し，自己肯定感を持たせるような声掛けで，子どもを褒めて，認めて，勇気づけてほしい（田中，2001a)。信頼できる教師の存在は，貴重な補償因子となり，将来の自己像にも発展しやすい。

学校生活が，結果主義の競争・能力社会である限り，子どもだけでなく親にとっても，有能感を維持することが困難となる。Adler A（1930）は，「学校のシステムに対して，教師に責任はありませんが，できるだけ，個人的に共感と理解を示す」重要性を説いている。これは，重要な補償因子である。

5．思春期・青年期（田中，2001c；2002）

子どもの抱える最大の課題は，性ホルモンにより規定される身体変化の受け止め，両親からの精神的離脱の企て，さらにそこに生じる喪失体験からの孤独感の受け入れである。身体的変化，親子関係の変化，心理・社会的変化の3つの変化を，自己に統合していく時期といえよう。

軽度発達障害のある子どもたちは，認知・理解力不足も伴いやすく，思春期・青年期に生じる身体的な変化を受け入れるのに多くの時間を必要とする。情緒的にも過度に混乱しやすい。親子の距離感が不安定となり，相互の精神的離脱も困難となる。親密な仲間作りが難しく，逆にいじめや仲間はずれにあい，さらなる情緒的混乱を招きやすい。この時期，親以外の信頼に足る大人が登場できるか否かは，大きな分岐点になると思われる。

中学以降の進学，就労についても不安がある。軽度発達障害のある子どもに対しては，「できないことをできないと受けとめて，配慮を求めて自立を目指す」(望月，2001）という姿勢が，改めて自分自身にある障害に向き合う時になるかもしれない。医療としても，本人への説明（告知）について，検討を加える時となる。

就労時の具体的な補償因子はジョブコーチの存在などが挙げられる。

6．マクロシステムの重要性

ライフ・サイクルを越えて必要な補償因子は，軽度発達障害に対して理解ある地域の存在であり，使える地域資源の開拓である。最終的には，国家的支援策が求められることになるが，当面，できることからはじめるという，親の会活動などの地道な働きかけで補償していくしかないように思われる。

Ⅵ おわりに

（軽度）発達障害のある子どもたちの生活環境を考えるとき，資源の有無や生活の仕方だけでなく，各地域に沿った補償因子を豊富に提供することに腐心したい。さらに危険因子を軽減することも目標に掲げたいが，なによりも「発達障害の存在イコール永続的危険因子」としてあることから脱却したい。そのためにも，私たち一人ひとりが，実は補償因子になる可能性を担っていることを，先を生きる者の責任として強調しておきたい。

文　献

Adler A (1930) The Education of Children. Gateway.（岸見一郎訳（1998）子どもの教育．一光社．）

Biederman J（2003）注意欠陥／多動性障害（AD/HD）のライフサイクル．第43回 日本児童青年精神医学会総会特別講演．

Chicchetti D, Toth SL, Maughan A (2000) An ecological-transactional model of child maltreatment. In：Sameroff AJ, Lewis M, Miller SM (Eds.): Handbook of Developmental Psychopathology (2nd ed.). Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp.689-722.

加藤正仁（2003）Ⅲ 早期対応．In：日本知的障害福祉連盟編：発達障害白書2004．日本文化科学社, pp.8-9.

厚生労働省（2001）平成13年版 厚生労働白書．ぎょうせい．

Kostelnik MJ, Whiren AP, Soderman AK et al (2002) Handling children's aggressive behavior. In：Kostelnik MJ (ed.): Guiding Children's Social Development：Theory to practice (4th ed.). Delmer, pp.356-389.

鯨岡峻（2002a）序章〈共に生きる場〉の発達臨床．In：鯨岡峻編：〈共に生きる場〉の発達臨床．ミネルヴァ書房, pp.1-28.

鯨岡峻（2002b）〈育てられる者〉から〈育てる者〉へ―関係発達の視点から．日本放送出版協会．

黒柳徹子（2001）小さいときから考えてきたこと．新潮社．

望月葉子（2001）青年期におけるカウンセリングの課題とその背景―就職に際して職業リハビリテーションの事例が示唆すること．In：日本LD学会編：LDの思春期・青年期．日本文化科学社, pp.76-90.

中田洋二郎（2002）子どもの障害をどう受容するか―家族支援と援助者の役割．大月書店．

杉山登志郎（2000）軽度発達障害．発達障害研究, 21；241-251.

田中康雄（2001a）ADHDの明日に向かって．星和書店．

田中康雄（2001b）21世紀における児童思春期の精神保健・医療―試論としてのエコロジカル成育精神保健．病院・地域精神医学, 44；481-487.

田中康雄（2001c）思春期・青年期の理解と対応（上）．発達の遅れと教育, 532；54-55.

田中康雄（2002）思春期・青年期の理解と対応（下）．発達の遅れと教育, 533；54-55.

田中康雄（2003a）ASとAD/HDの理解と対応．In：田中康雄，佐藤久夫，高山恵子：アスペルガー症候群の理解と対応―新しい障害のモデルから考える．えじそんブックレット, pp.3-31.

田中康雄（2003b）注意欠陥／多動性障害（AD/HD）のある子どもたちの，誤解されやすい言動と傷つきやすい心について．児童青年精神医科学とその近接領域, 44；128-135.

田中康雄（2003c）エコロジカル成育精神保健からみた地域連携について―子どもたちにある可能性を保障するために．精神保健研究, 49；61-66.

渡辺久子（1995）周産期とこころの曙．In：山崎晃資編：子どもの発達とその障害．放送大学教育振興会, pp.41-48.

Winnicott DW (1996) Thinking about Children. Addison-Wesley.

思春期青年期精神医学 Japanese J Adoles Psychiatry 14(2): 101-111 2004

第17回大会ワークショップ　軽度発達障害の精神療法の可能性をめぐって

日常の生きやすさの支援は，日常に棲む環境の総体にある

——ADHDのある子どもへの精神療法——

田中　康雄*

抄録：軽度発達障害のある子どもたちに対する，精神療法的対応の意義について検討するため，注意欠陥多動性障害があり，中学校入学後に逸脱行動が目立ちはじめ，二次的に行為障害を示した女子への治療状況を報告した。

女子が示した行為障害は，この子にとって生きる上での「あがき」であり，他者とのつながりを求めた結果と考えた。そのため治療者は，思春期の戸惑いのなかにいる女子が，自己に向き合う一瞬の時間を共有することに力点をおいた。

私は，注意欠陥多動性障害がある子への精神療法的接近は，特に障害の克服や解消を目指すことではなく，特性と付き合いながらおおきな躓きをすこしでも回避できるような期待をもち，その方策を伝えていくことではないだろうかと考えている。そのためには，生活のしやすさ，生き延びる力に気づかせ，信頼関係の改善を図ることに尽きると思っている。

Key words：軽度発達障害，注意欠陥多動性障害，行為障害，精神療法

はじめに

最近，児童思春期・青年期の精神医療の現場では，軽度発達障害のある子どもたちの相談件数が増えてきているようと思われる。

従来，発達障害の世界に棲む子どもたちは，小児神経科領域で検討されることが多かったと思われる。児童精神科領域にいる者たちが，そこに参入し向き合える機会が増したことの意義は，単に相談窓口の広がりだけではないと考える。個々が抱えているさまざまな困惑や悩みについて，精神療法的接近を試みる場面を設定できるようにしたことこそが，重要な事柄のように思われる。Kanner, L.[1] は，子どもの精神療法の過程を，Relief（苦悩の軽減を目標に），Relationship（良好な治療関係を築き），Release（情緒の解放を目指し），Relearn（再学習への援助を行ない），Relax（緊張・不安からの解放を行なう）と述べている。すなわちReborn（再生）の物語の創造を，ともに目指すことにあるのだろうと，私は理解している。

その意味では，軽度発達障害のある子どもたちの治療経過を提示しながら，見立てや治療内

The supports that enhance the quality of life exist in a whole system that consists of each environment that children are involved: The psychotherapeutic approach for child with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

* 北海道大学大学院教育学研究科教育臨床講座
〒060-0811　北海道札幌市北区北11条西7
Yasuo Tanaka: Human Development and Educational Practice RG, Graduate School of Education, Hokkaido University

容など，とくに精神療法的対応の意義についての検討をするという本ワークショップは，まさに精神科領域としてのユニークな試みと思われる。

しかし，一方で私は，いかなる障害にたいしても，対人援助としての精神療法的関与は，基本的事項であると自覚している。そのため，ワークショップが求めている発達障害ゆえの課題と対応策について，ある特異性を明確に抽出できうるのか，大きな不安を抱いている。自分の力量不足と重ねての報告であることも，はじめに告白しておこうと思う。

そのような言い訳をしたうえで，注意欠陥多動性障害（Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder，以下 ADHD）に行為障害が併存した中学2年生の女子との，短い関わりを報告することにしたい。

症　例

ここでは，私が実際に関わった事例を紹介する。個人情報の保護のために，ある程度事実を変更して報告させていただく。報告する症例はM子（13歳）である。

1. 外来通院の様子

M子が中学2年生の冬，3月に，当初は母親だけがわれわれの児童外来に相談にみえた。

母親の訴えは，M子が学校生活をうまく行なえず，学校側からも病院受診を勧められたというものであった。

母親の表情には明らかに不快な感情があり，相談に来ること自体気乗りしていない様子が窺えた。母親は「学校では，気の合う教師とはうまくいっているが，合わない教師にはとことん反発するので，全体的に悪く評価されがち」と簡単に説明した。

聞き出すなかで明らかになったことは，M子が学校生活になじめていないこと，時に下級生や上級生と口論になったり，授業を抜け出してしまうことで，自宅では深夜に無断外出しては遊び歩き，時に警察に補導されることもあるということであった。また，こうした状況に対して，母親が緊急性と途方にくれた感じを抱いていないような様子が，話の内容と比べて，非常にアンバランスな印象を，私に抱かせた。

母親の語る家族歴によると，両親はM子が1歳の時に離婚し，その後母親は祖父が経営していたコンビニ店を受け継ぎ生計を立て，現在に至っているという。M子の実父は元来神経質で，あまり家にはいなかったという。現在の養父はM子が5歳のときに再婚して土建業を営んでいる。きょうだいは，中学卒業後フリーターをしている4歳上の兄と，高校進学後にすぐに退学した2歳上の姉がいる。小学3年生の弟は，現在の義父と母との間に生まれた子で，M子はこの弟をやさしく面倒みているという。

母親の話では，M子はきょうだいのなかで，もっとも親思いで優しい気持ちをもち，なんでもよく話してくれるという。義父は仕事のないときはパチンコに行っていることが多く，母は家から離れたコンビニ店で終日働き詰めであるという。自然と子どもたちに手が回ることは少なく，変則的な家庭生活環境が営まれていると思われた。

次の外来面接には，母親に連れられてM子も受診した。

母親からの情報によるM子の生育暦は，妊娠37週目に2,780gで生まれたが，羊水感染症のため出生後1カ月ほど入院していたという。

乳幼児期の様子であるが，母親によると初期の運動発達や言葉に関する心配はなかったという。利き手は右で，食事に対してはやや偏食気味であったという。小さいころから人見知りは少ないほうで，誰かれかまわず寄っていったという。一方で，母親はまとわりつかれたということに「あまり覚えがない」と話された。M子が1歳のころ，離婚されたことを考えると，なかなか育児に集中できなかった可能性があるように思われた。M子のことでは，新しいお

もちゃでも，ひとたび気に入らないと全く手にとることもしないという気難しさが，ともかく印象深かったという。

保育園には，5歳から喜んで通っていたという。ただお世辞にも機敏な子ではなく，不器用さが目立つ子で，子ども同士の場面では乱暴なところも見られたという。女の子であったにもかかわらず，よく転んだり，子ども同士でよくたたき合ったりと，生傷が絶えない子であったという。

小学校に入学後，1，2年生の頃は，とてもおとなしく，担任の先生にべったりだったという。子ども同士の輪に入れないためか，よく同級生からはいじめられたり，からかわれたりしていたという。3年生の頃から学習への取り組みがうまくいかず。成績はふるわなかったという。

生活場面での忘れ物については，低学年時は母親が手助けし，学年があがると手助けを拒否するようになり，次第に生活全体が投げやりになっていったという。

小学4年生になると周囲から「暗い子」といわれ周囲から浮いてきたらしい。しかし，M子自身は，このころから周囲に強くでる（乱暴にあるいは大声で対応する）と相手がひるむということを学び，「これでもういじめられないと思えた。ほっとしたと同時に，いじめられないためには，いつも強気で攻めつづけないといけないと思い，いじめや嫌がらせをするようになった」という。6年生の通知票は全教科オール2，行動評価は「明朗・快活」に○がついているが，校内活動では，全般的に理解力は高いが，集中するのに時間がかかる，友人とは感情的になりやすく，よく衝突する，感情の起伏も目立ち，気持ちの浮き沈みが激しい，などと評価されていた。

中学では1年生の時から目立つ子で，学校では友達とうまくいかず，別な中学校の生徒や高校中退した子どもたちと遊び歩くようになったという。学校では教師を呼び捨てにしては，なれなれしく話しかけ，同級生や下級生とは口論，ときに乱暴な態度を示すこともあった。髪を染める，化粧して登校しては指導教師から注意され続けていたという。

面接でM子は，中学校について「よく話を聞いてくれる先生も何人かいた。でもその先生は校長や教頭から文句を言われて，もう私と話をしてはいけないといわれたようだ」と述べ，学校への不信感をあらわにしていた。

しかし，現状は何度指導されても校則違反し，強く注意する教師の揚げ足取りをしては，ひんしゅくを買い続けていたようである。自宅や友人宅で飲酒，喫煙，無断外泊による性行為なども認められていた。

中学1年生の通知票はオール2の成績，校内での態度は「時と場所に無関係に大声で話し，授業に集中することはなく，休み時間との区別がない」と評価され「教師の指導に一切従わないことが問題である」と記載されていた。一方で，小学時代から欠席の少ない子で，中学でも年間10日前後であった。ただし，中学では遅刻が目立ち，1年生の段階で年間30日以上は遅刻登校であった。

M子が初めて来院した面接日に，中学2年生の2学期早々に深夜徘徊で補導され，以後しばらく自宅謹慎していたことが明らかになった。母親が最初に相談に来られたときには，話されていないことであった。また，この謹慎は母親自身が判断したものであった。しかし，この謹慎中にもM子は数名の友人と遊び歩き，2年生の秋，10月に友人3名（全員中学2年生の女子）と深夜に無免許運転し，重傷ひき逃げ事件を起こし保護されていたこともわかった。児童相談所の一時保護を経て，学校は登校禁止となった。その後に，児童相談所の職員と学校側から，われわれの児童外来を受診するようにいわれていたことが，M子の話から明らかになった。

こうした出来事をあまり悪びれずに話しつづけるM子のとなりで，母親はやや困惑した表

情で寄り添っていた。しかし，ひき逃げ事件の話になるとM子は，明るく笑いながらも大粒の涙をこぼしていた。

私が尋ねる日々の生活の様子について，M子はつまらなそうに答えていた。次第に椅子から立ち上がり，診察室をうろうろしはじめた。「あ〜，退屈」と大声で独り言をいっては，診察室においてあるペンやハンコ，おもちゃなどを関心なさげに触り始めた。次第に母親に「まだなの？」とかける声も大きくなり，母が代わってする説明にもやたらと口をはさみ，落ち着きない様子が窺えた。

さらに，M子の様子を探るために，今後の生活についていっしょに考えるために，しばらく外来通院してもらえないかと依頼したところ，M子は「退屈していたから，いいよ」と返答した。しかし，登校禁止中で自宅謹慎中にもかかわらず，M子は友人との深夜徘徊を繰り返し，友達を呼び出してはリンチまがいのことをしてしまうということが続いた。

数回の通院で，私は，M子には，軽度発達障害，おそらくADHDという診断がつき，現状はそこから生じた二次的障害としての行為障害と診断できるのではないだろうかと予測していた。ただ，日々の生活の様子などを細かく見ていきながら，可能な範囲で心理検査を行ない，結論を下したいと考えていた。警察の少年課と児童相談所とも検討し，入院の方向性が支持された。さらに，登校禁止が続くことで高校進学についても困難さが生じてしまうことを危惧し，病院に付属する院内学級の活用を考えた。

M子と母親に入院の相談をしたところ，本人は「楽しそう」と拒否を示さず，母親も院内学級の活用を希望したため，入院することが決定した。

2. 初回入院の様子

入院生活は，中学3年生の春，4月にM子本人の承諾のもとに開始された。

入院当日の最初の病棟面接で，唐突にM子は，義父がM子や姉の部屋に入ってきては一緒に寝ようとする，姉の胸をさわろうとしたり，キスしようとするということを語った。私は，義父による性的虐待の可能性を疑った。しかし，これまでの外来通院中の様子からは，明らかな乖離症状や転換症状といったものは認められず，自宅での様子からも，過覚醒，自傷行為，自殺企図なども全く認められなかった。しかし，確かに年齢不相応の性的言動や性的な行動化，自尊感情の低下，友達関係からの孤立などは存在していたため，性的虐待の可能性を完全に否定せずに見ていこうと判断した。

面接では，母親がコンビニ店の仕事のため朝まで帰宅できないことが多く，家事はきょうだいが当番制で行なうことになっているが，実際にはそれぞればらばらに勝手に食事していることが話された。私が「大変だね」とM子にいうと，「うちはお母さんが働かないといけないし，仕方ないよ」と返答された。義父については「ひまなときはパチンコばかりしているけれど，母さんが選んだ人だから，仕方ない」と事実を淡々と受け入れているような様子が窺え，M子には，外来でみた奔放さとは対照的な受動的な面，あるいは「どうしようもないことは，どうしようもない」といった諦念さが見られた。

4月早々から始まった院内学級は，担任の若い女性教師と早い時期に意気投合し，非常に楽しそうに通学する様子が確認できた。

日々の病棟生活は，病室のベッド周りにものが散乱し，ベッド上にもものがあふれ，ときどきM子はベッド下で寝るなど，とてもだらしなさそうに見えた。大声でホールを走り回ったり，看護師のあとをぴったりとついて回り，一方的に話しかける。若い看護師には，恋人がいるのかといった質問などを浴びせ，からかうこともあり，病棟スタッフからは早々に嫌がられてしまった。

さらに，面会にきた姉からタバコを貰い受け，トイレで喫煙してしまうといった行動が発覚した。

こうしたベッド周りの整理整頓，看護師との関わりや，喫煙の件などについては，その日のうちに個別に面接して注意すると，真顔で素直に謝ることができるが，翌日には同じ言動を繰り返した。

入院直後にとったWISC－IIIは2時間以上要した（図1）。担当した心理士の報告では，M子は検査直前から緊張した様子で腹痛を訴えていた。心理士が学業成績とは無関係であることを伝えると，ほっとした表情に戻り，腹痛が収まったという。普段の生活ぶりからは窺えないような緊張・不安の高さがあったように思われる。

検査中は，すぐにスリッパを脱ぎ，椅子の上で膝を抱え座り，ときどきストップウォッチを触りながら答えるなど，和らいだ雰囲気に見えたという。終始質問には投げやりになることもなく協力的な態度であったという。

ただ，検査中に外を走る車に気をとられる場面が目立ち，動作性の検査項目中は終始検査と無関係なおしゃべりが目立っていたという。

結果は，全検査IQが92と正常域である。言語性IQが100，動作性IQが85とバランスが悪く，それぞれの下位項目にも多少のばらつきが認められた。

特徴として，注意，集中が困難で長期および短期記憶の維持が芳しくなく，視覚情報処理が全体に苦手なところが窺えた。これらはM子の日常をある程度説明できるものであった。一方で，理解の高さなど，社会的に望ましく周囲から期待される行動や考えは得意なほうで，隠された能力を知ることもできた。

この時点で，母親と病棟スタッフにM子の見立てを伝えた。M子の養育歴と病棟生活態度，心理検査などから総合して，M子にはADHDが基盤にあると判断した。現在問題視されている逸脱行動は，診断的には行為障害が併存していると判断されるが，本人なりに生きていくための対処行動であろうと思われた。すなわちM子の行為障害の意味は，ADHDによるさまざまな生活の躓きから，自己評価が低下していくなかで獲得した，M子なりの自己表現，あるいは「あがき」であろうと捉えた。

M子の言動を，ADHDメガネ[2]で見直してみた。

M子の誰かれかまわず示されるなれなれしさは，ADHDのある子どもによく見られる「他人への無防備さ」であろう。こうした無防備さは，結果的に周囲に利用されやすい状況を作りやすいことも少なくない。

次に，ADHDのある子どもたちが示す日常の無頓着さ，整理整頓などの管理能力の躓きは，

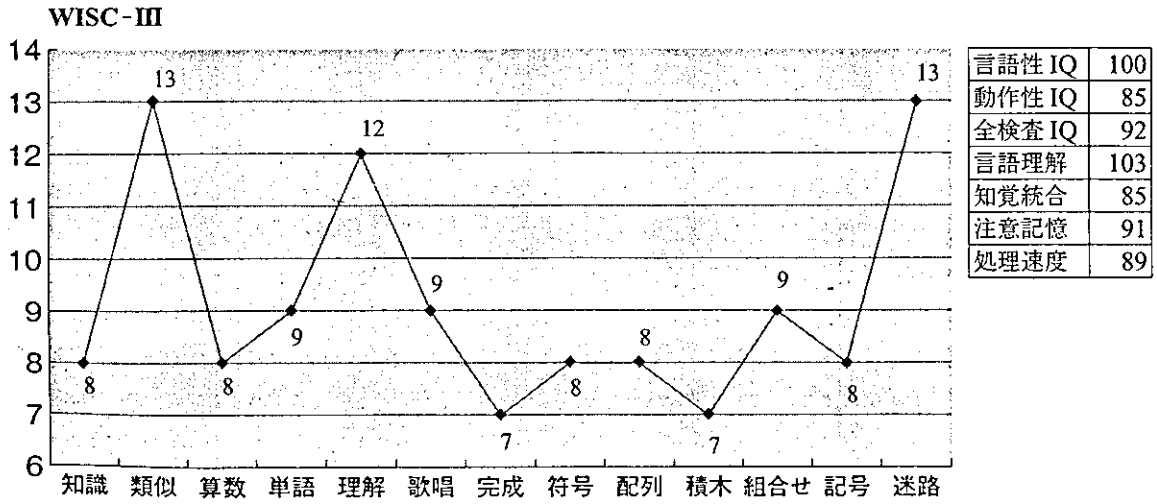

図1　M子のWISC-IIIの結果

年齢からするとだらしない人として低く評価されやすい。さらに往々にして，これらの特徴のある子どもたちは，多弁にあるいは一生懸命に（それがときには頑固に自己主張すると捉えられてしまいやすいが）話を進めていくため，周囲から浮きやすく疎まれやすいこともある。話は正論のときも多いが，行動がついていかないために，「能弁だが言行不一致」の人とみられ，これも低い人物評価を招きやすい。ひらめきで判断しやすく，注意もそれやすいので，人の話に中途半端に関わり，場に合わせて言葉を拾い集めることができず，結果的に周囲からの反感を買うやりとりになりやすい。

このように，前景に認められる症状は，M子にあると想定したADHD特有のもので，M子が故意に努力も配慮もせずに示した自己中心的な行動ではないと判断したい。

先の「現状を淡々と受け入れる姿勢」は，周囲に働きかけることへのあきらめだけではなく，M子自身にも向けられていると思われる。この内面にある自暴自棄さが逸脱行動に結びつきやすく，結果としての行為障害になると判断した。

こうしたM子を説明する仮説は，母親にも病棟スタッフにも受け入れやすいものであったようだ。そのため今後の治療目標をM子の行動統制として，結果として良く評価される状況作りに置いた。

そのため，悪いことは悪いと伝えながらも，単なる注意や指摘にとどめず，もっと良い面を見てもらえるよう，具体的な行動のとり方を伝えていくことを目指した。入院中は病棟スタッフと，外泊中は母親と，相談しながら行動を決めることを重視した。内容は，毎日の予定表をたてながら，見通しをもった生活をすることで，あとの後悔が減るのではないかと考え，時間管理や行動決定，1日の振り返りなど，全体の生活支援を一緒に考えることとした。

また私との面接でも，思いや考えを一度外に出してまとめ直しをすることと，あとで振り返ることができるよう，ノートを介しての面接に変更した。

入院1カ月後の5月から，朝に私がノートを渡し，夕方の面接までに考えをまとめて書いておくように指示し，夕方そこに記載された内容を話題にする面接を提案した。しかし，M子がノートに書いた中身を面接中に見ないでほしいと希望したため，ノートの受け渡しと，短い会話で面接は終了し，ノートは結果的に交換日記のような形式に変更された。

通常の会話では，大声で，短い言葉でふざけた様子で話をするM子であったが，ノートには，自分は勉強ができない，どうしたらよいのだろう，とか，将来のことを真剣に考えようとしても，別なことを思うと忘れてしまうこともあることや，ここに入院したことで友達に忘れられてしまわないか，とか，ひき逃げしてしまった人のお見舞いに行きたいけれど行けないのがつらいといった心情が綴られていた。日々のおしゃべりについては，自分は沈黙が苦手で息苦しくなってしまうからとも書かれていた。

病棟生活は相変わらず整理整頓がなされず，だらしない様子に変化はなかった。病棟スタッフの毎日の関わりは，実際目に見える効果を示さず，スタッフのなかにも徒労感が生まれ始め，結果的にM子の評価を低く見積もったり，入院生活の意味合いを疑問視する話も出てきた。

6月には，高校2年生のアスペルガー障害と診断されたS君に突然殴られるということが生じた。S君が突然に興奮して看護師を叩こうとしたときに，「やばくねえ」と言ったことで突然矛先が変わったようであった。直後の面接では「マジ腹立つ，もう退院する」と言っていたが，翌日の面接では「私がからかったせいだから，私が悪い」とノートに記されていた。こうした軌道修正ができる能力は，良い面として周囲に伝わりにくく，結果として評価を引き上げることが難しいという状況が見て取れた。私は，これでは日々の日常生活は誤解ばかりで浮かばれないだろうなと強く感じた。

週末に行なう外泊では，毎回，性的逸脱行動に走らないように自宅で過ごすこと，社会ルールからも，当然喫煙・飲酒をしないようにと注意事項を伝え，ノートに書いて持たせ続けた。帰院時には，M子は必ず注意事項に返事を記してたが，当初は「○○のこと，守ってください」という私の言葉に，「守りました」という返事を書いていたが，次第に「守ってみせよう！」とか「守れたぞ！！」と表現されていった。

並行して，日々の面接時に渡されるノートには，看護師へ感謝の言葉や病棟生活上の不満などを冷静に綴るようになった。時には「本当に甘える人がいない」といった心情をふと漏らすこともあった。感謝の言葉を述べた看護師には，このころから挑発的な行動を示すようになっていった。病棟をわざと抜けだそうとしたり，看護師の私的なことを尋ねたりした。M子なりの接近法，親愛の情の示し方ではあるのだろうが，看護師もとまどいがちになるなど，周りで見ていても不器用なほどの言動であった。

さらに，時に示すなれなれしい（ため口をたたく）態度は，生意気と判断され一部の看護師から責められることもあった。

M子は，気の毒なほどの不器用さを次第にあらわにしていった。

一方で，頑張って前向きなコメントを書きつづけた週末外泊も，姉に深夜のドライブやシンナー遊びに誘われ，断ることができずに「最悪な外泊」として戻ってきたことがあった。外泊の失敗を後悔して面接中に泣きじゃくるM子に，どうして断れなかったのかと尋ねたところ「お姉ちゃんも高校中退して寂しいんだよ，私は入院できているからいいけど」と語り，いまさらながらM子にある，まず何を置いても相手を重視するという対処行動に驚いた。同時にそこに潜む自己価値観の低さにも。

8月になると，M子の学校の同級生Y子が不登校のため入院してきた。M子の動揺は著しく，Y子を従わせようとしたり，Y子と対等に仲良く振る舞ったりしていたが，次第に院内学級の登校時間をずらしたり，退院したいとホールで叫び始めた。

一方で，面接ノートには，Y子にふれた内容は一切なく，高校への希望や，交通事故の処遇を巡る警察や家庭裁判所の判断への不安などが綴られていた。

病棟生活は，Y子と張り合うM子の動きが明らかになっていった。これまでの病棟生活の評価から看護師のM子への風当たりは強く，次第に感情的に衝突することも目立ってきた。さらに，病棟内での喫煙が発覚するなど，わざわざ評価を貶めるようなことが続いていった。結果的に，M子は退院を強く求めはじめ，病棟生活の拒否感を強めていった。

10月になると，M子の病棟での自己主張はエスカレートしていった。病棟での居場所を見失っているように見えた。面接ノートには，病棟生活の不満と，頑張って勉強して高校に行き医者になりたいと書かれるなど，私への失望と理想化が交錯していた。

病棟生活では，Y子から離れ，看護師とも距離を置き，毎日の生活指導もルーズになり，病棟行事である朝の会合への欠席も目立ち，どんどんと孤立していった。

退院の希望と同時に，まるで新しい居場所を確保するかのように，M子は強く中学復帰，高校進学を希望しはじめた。親と中学校の校長，教頭との協議が増え，中学復帰，高校進学の話が現実的になると，M子に対してこれまでの評価の積み重ねが話題になり，面接は緊迫した様相を呈していった。この緊張感に耐えきれないかのようにM子は週末外泊時，友人宅で飲酒して緊急帰院したこともあった。

これ以上，不安定な環境に置くことで，さらに孤立させ自暴自棄にさせないために，まず冬休みの間だけでも退院して，自宅学習と規則正しい生活に努力して中学復帰さらには高校進学といった状況に向き合えるかどうか試してみようと相談した。

M子は冬休みの間，塾に通うことを決め，12月に退院した。

私は担当医として，さらに病棟責任医として，十分にその役割が果たせていないことを知っていた。M子に対してやれたことは，面接時のノートの交換と，外泊時に外泊中に毎日開いて読めるよう日付けつきの手紙を手渡しつづけること，時間のあるときに一緒に病棟の外に散歩に出かけることくらいであった。病棟スタッフには，早い時期にM子にある病理性を説明したこと以外，特により理解を深めてもらう対応ができていなかった。

私は改めて思春期病棟の運営の困難さに直面していた。

3. 2回目の入院の様子

M子は，12月に退院後，すぐに塾に通いはじめた。夜は母親との約束で近くのホテルに母親と一緒に寝泊まりすることにした。姉との関係や他の友人との関係を考慮しての母親の判断であった。

冬休みの間M子は，塾に熱心に通い，自宅の生活も安定し，無断外泊，深夜徘徊はまったくなくなった。しかし，この間数回の話し合いをもっても，中学への復帰を学校側は認めないという態度を崩さなかった。M子が高校に進学するためには，3年生の3学期，残りの時間を病院に入院して院内学級で過ごすことがもっとも近道であるということになり，年が明けた1月にM子は病棟に戻ってきた。

今回の入院は，院内学級に通うことと，週末外泊時に塾を活用することを計画した。M子にとって，塾の存在は非常に大きく，通うことでずいぶんと励まされるという。学校と違って，M子の価値観を保障し，いろいろな生き方があることを指し示してくれているという。病棟での私との面接は従来どおりとしたが，病棟スタッフの関与は必要最低限として，生活の多くを自己管理下にした。さらに，高校受験が終了し，院内学級の卒業式である3月15日には必ず退院すると，期日（ゴール）を明らかにしての入院生活とした。

2度目の入院から，M子は週2回の面接を，面接ノートを使わず，言葉のやりとりで行ないたいと希望した。高校という直前のことが明確になったためか，面接では，勉強の仕方や，将来の夢などが語られることが増えてきた。ある時M子は，自分が首謀したとみなされているリンチ事件について，「あの事件は，私は現場にいっていない」と告白した。「自分がやったと言わないと，友人が退学させられる。自分はどうなってもよいが友人が可哀想になって。それに，どうせ私は信用されていないから」という理由で，警察にうその供述をしたと，静かに補足した。さらに「どうして自分はついつい道を踏み外してしまうのだろう，先生は考えてから行動しなさいというけれど，私もこれでも考えて行動しているんだよね。でもしくじっちゃう，何が悪いのだろう。私がバカだからだろうか？」と自分の足元に目を落とし，涙ぐんだ。

私は，M子の今後を考えて，高校進学が決まり次第，本人に診断を伝えこれからの生活に役立ててほしいと感じ，母親に本人への説明について相談し，合意を得ることができた。

2月，M子はある高校説明会に行き，校長先生の話に感銘を受けたといって戻ってきた。「なんとなく私のことをわかってくれそうな気がした」ということらしい。小規模高校であり，以前に私も学校訪問したり，在学生のことで情報交換したことのある高校で，校長とも面識もあった。簡単に生徒を見捨てず暖かく，深い懐をもって対応してくれたという印象があった。なによりもM子の印象を大切にしようと思った。

院内学級の卒業式が迫っていた。数回の練習では不快な表情をしていたが，当日たったひとりの卒業式では，母と一緒に明るい表情で涙を流していた。すっきりした表情で，M子は約束どおりその日に退院した。

M子は外来通院については否定的で，病院

といったん縁を切りたいという意思表示をしていた。学習に関しても，大学を希望していることと，本人の支えとなっている塾も活用しながら，頑張りたいということになった。

退院直後の最初の外来が最後の外来になった。私は，M子に対して，高校生活を楽しく過ごし，将来の夢が現実に近づくように祈っていると伝えた。そして入院生活も含めて病院が関与した理由は，補導されたり事故をおこしたためではなく，M子にあるADHDという，発達のアンバランスさ，そして時に非常に生きにくさにつながりやすい障害について説明した。M子のこれまでの関わりから，他人を思いやるやさしい気持ちがある点と，もっと上手に気持ちが伝えられるようになれることを信じていることを話し，当面は頼れる人をたくさん確保するようにと伝えた。

実は担当医である私が，その2カ月後に職場を辞めることから，継続的な対応策が打ち出せないこともあり，ここでいったんの終了とした。

おわりにかえて――ささやかな省察

考察とよべるような，立派なことは書けない。私にとって，M子との関わりは「行き当たりばったりの，出たとこ勝負」の精神療法的関与であったと思う。

しかし，注意欠陥多動性障害がある子への精神療法的アプローチといっても特に障害の克服や解消を目指すことではなく，私はその子が自らの特性と付き合いながら，おおきな躓きをすこしでも回避できるような，人としての成長を期待して付き合っていきたいと思っている。

私は，児童精神科医療の師から，「もっとも大切なことは，子どもとの関係性の構築で，これに9割がかかっている」と教えられていた。不肖の弟子は，以来子どもとの関係性，安全と信頼の構築に心を砕いてきた[3]。

発達障害のある子どもに対しても，その教えは変わらずに私の治療的接近の中心を占めている。生活のしやすさ，生き延びる力に気づかせ，信頼関係の改善を図ることに尽きる，ということである。唯一異なるとすれば，誤解から積み重ねられた「自己評価の傷つき」にどのような手当てがあるかということであろう。

しかし，実際にはこのテーマは難しいように思われる，私も今回報告しているように，その点では大きく躓いている。多くの取り上げるべき話題を見落としているだけでなく，なによりも病棟スタッフとともに治療構造を構築できえなかった後悔が残る。

病棟空間でこのような子どもたちを，丁寧に傷つけないように見守ることは本当に難しい。結局，私は，M子に対して病棟を治療の場としては提示できなかった。私の力量不足を一時棚上げして言わせてもらえば，根気よく長い目

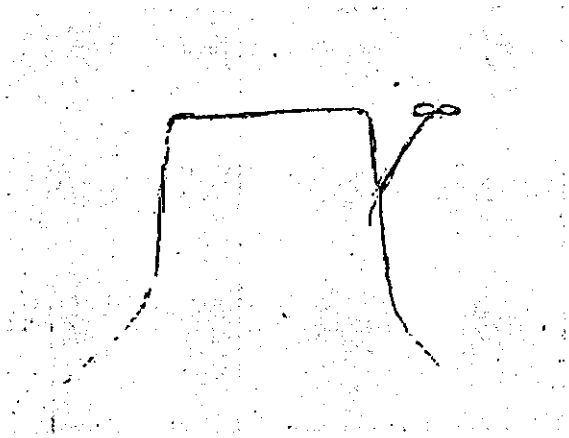

図2 M子のバウムテスト

図3 M子の風景構成法

で安定した評価を伝え続ける面での難しさを，この障害は持ち得ているようにも思われる。

最後に，入院当初に児童相談所からいただいたバウムテストのコピーと，高校が決まったころの風景構成法を示しておく（**図2，3**）。

私はこのバウムテストをはじめてみたとき，正規の成長を自ら閉ざすという強い絶望感と挫折感を感じつつも，ささやかな，ほんとうにささやかながらも，未来を信じようとして芽吹いた双葉に賭けたいと思った。風景構成法に描かれた中央の大木と，家の前を元気に走る抜ける子どもに，さらなる期待も抱いている。

治療経過を振り返ると，己の不備と力不足があからさまであるが，やはりM子を終始支えていたのは，明らかに母親であり，数名の教師，そして塾の先生であったと強く確信している。

治療者は，こうした他者の存在から勇気づけられることと，思春期にある子どもたちと一緒に，すったもんだしながらも，互いの自己に向き合う一瞬の時間をささやかにでも共有できたことに，大きな喜びを感じるものである。本論の「日常の生きやすさの支援は，日常に棲む環境の総体にある」とは，これら日常にある他者に向けた心からの畏敬の念からきている。

その一方で，「他人の身を兼ねられるものなら兼ねたい，しかし兼ねることのかなわぬ根本的な悲哀と同情」を意味する「かなし」と常に向き合っていかねばならないわけでもある。このとき，「かなし」は，「悲し」であり「哀し」でありながら，「愛し（かなし）」でもある[4]ということに，治療者としての希望を持ち続けたいと思う。

文　献

1) Kanner L：Child Psychiatry（4th）. Charles C Thomas Publisher, Illinois. 1972.（黒丸正四郎・牧田清志共訳：カナー児童精神医学第2版．医学書院，東京，1974.）
2) 田中康雄：ADHDの明日に向かって第2版増補．星和書店，東京，2004.
3) 田中康雄・太田充子・毛利義臣ほか：“独り芝居”を続けた登校拒否の1例―フィナーレ創作法による治療的接近―．児童青年精神医学とその近接領域，31(4)：284－292，1990.
4) 成田善弘：精神療法家の仕事．金剛出版，東京，2003.

THE SUPPORTS THAT ENHANCE THE QUALITY OF LIFE EXIST IN A WHOLE SYSTEM THAT CONSISTS OF EACH ENVIRONMENT THAT CHILDREN ARE INVOLVED: THE PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH FOR CHILD WITH ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

YASUO TANAKA
(Hokkaido University)

Abstract : This article presented a case study of a female with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) to discuss the importance of psychotherapy for the children with mild developmental disorder. The client started showing behavioral problems and then developed conduct disorder as a secondary disorder in addition to ADHD after she became a junior high school student.

The symptoms of conduct disorder represented her agony to live with ADHD and were considered as an outcome of her trial to build relationships with others. The psychotherapy focused on making her share her difficulties to deal with herself and identity confusion that she had as adolescent.

Instead of decreasing the symptoms of this disorder, it is believed that psychotherapeutic approach for children with ADHD should focus on helping clients believe that they could have better life dealing with the characteristics of ADHD. Next, therapist should inform how they could have better life, empower them, and share the tips to establish better relationships with others.

Key words : *mild developmental disorder, attention deficit/ hyperactivity disorder, conduct disorder, psychotherapeutic approach*