

treatment. It is difficult to make an accurate diagnosis of ODD, given problems in judging the presence of specific symptoms and with diagnostic criteria. The diagnosis of ODD is often made after questioning the people around patients concerning the presence or absence of oppositional defiant behaviors. Answers given by those with a non-medical background concerning such behaviors may vary unless a clear standard for the judgment is provided. The presence, therefore, of a concrete and readily understandable evaluation scale is expected to considerably reduce this variation. If such a scale is incorporated in a self-answered questionnaire, it will also be useful for screening prior to diagnosis.

Scales such as the Child Behavior Checklist (CBCL) [1], the Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (DBD-RS) [4], the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) [6] and the Inattention/Overactive with Aggression Conners' Rating Scale (IOWA-Conners) [11] have all been used as such self-answered evaluation scales. CBCL and IOWA-Conners had an insufficient number of items and used rather ambiguous terms (e.g. "defiant") for the evaluation of oppositional defiant tendency. The DBD-RS simply lists the DSM-IV diagnostic criteria of ODD. The ECBI and the IOWA-Conners include ADHD symptoms, so the children with ADHD and ODD will appear to score more highly. Due to these inaccuracies, we attempted to prepare an evaluation scale for ODD that uses specific terms, is easy to use and will be able to serve as a supplementary tool for the diagnosis of ODD.

Subjects and methods

Subjects

The subjects used for the statistical analysis were all previously untreated patients from 6 to 15 years old, diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or ODD, and brought to our hospitals between December 2000 and March 2002. We excluded children with major sensorimotor handicaps, psychosis, autism, or an estimated Full Scale IQ less than 70. There were 140 potential subjects of whom 102 (72.9%) agreed to participate in our research. Ninety-eight (91 boys, 7 girls), i.e., 96.1% of those agreeing to participate, completed surveys. The mean age was 9.3 years old (SD = 2.6). Thirty-one (30 boys, 1 girl) were diagnosed with ADHD alone, 58 (53 boys, 5 girls) with both ADHD and ODD, and 9 (8 boys, 1 girl) with ODD alone. The patients with ADHD alone were regarded as the ADHD group and those with ADHD and ODD were regarded as the ADHD/ODD group. The small number of patients with ODD alone were excluded from the statistical analysis. Normal controls (NC) were 1,628 students with no history of developmental or behavioral disorders at two el-

ementary schools and two junior high schools in a city and its suburbs. The parents of 1,402 children (690 boys, 712 girls), i.e., 86.1% of the NC, agreed to participate in our research and completed surveys. The mean age of the children was 9.5 years old (SD = 2.5, range 6–15). All subjects and controls were middle-class Japanese and their economic status almost homogeneous. Their demographic variables are shown in Table 1. The objectives of the study were explained in writing to the parents or guardians of the subjects and controls, and their consent was obtained.

Diagnoses were based on DSM-IV [2] and an unpublished Japanese version of the structured interview by Berkley et al. [4], translated by the Japanese National Center of Neurology and Psychiatry. Diagnosticians were blind to the scale results.

Development of the scale

The parents or guardians of the 54 ODD patients who were brought to the Shinshu University Hospital between April 1998 and November 2000 were interviewed to find out in which situations symptoms of ODD were observed. These patients were unrelated to the 98 subjects discussed above and were used purely for producing the scale. The top three situations where oppositional behavior was observed by interviewees for each item of the DSM-IV ODD criteria were chosen. After deletion of resembling items, a pilot scale with 19 items for the assessment of ODD (Oppositional Defiant Behavior Inventory pilot version, p-ODBI) was prepared (Table 2).

Measures

For statistical analysis, the p-ODBI and the DBD-RS were given to the parents or guardians of the ADHD and ADHD/ODD group subjects and to those of the NC. The

Table 1 Demographic variables of all subjects and controls

	ADHD group (n = 31) Mean (SD)	ADHD/ODD group (n = 58) Mean (SD)	ODD group (n = 9) Mean (SD)	NC (n = 1402) Mean (SD)
Age	9.0 (2.6)	9.3 (2.6)	9.9 (3.1)	9.5 (2.5)
% male	96.8	91.4	88.9	49.2
DBDRS-ADHD	26.5 (10.2)	29.2 (9.7)	16.0 (7.8) ^{a, b}	5.7 (4.6) ^c
DBDRS-ODD	6.9 (2.6)	13.1 (5.3) ^d	10.4 (4.6)	3.0 (3.3) ^c

ADHD attention deficit hyperactivity disorder; ODD oppositional defiant disorder; NC normal control; DBDRS-ADHD ADHD part of the disruptive behavior disorder rating scale; DBDRS-ODD ODD part of the disruptive behavior disorder rating scale
^a vs ADHD group at $p < 0.01$; ^b vs ADHD/ODD group at $P < 0.001$; ^c vs ADHD, ADHD/ODD and ODD group at $P < 0.0001$; ^d vs ADHD group at $p < 0.0001$

Table 2 Items adopted in Oppositional Defiant Behavior Inventory pilot version

1. Has temper tantrums when things do not go as he/she wishes.
2. Talks back when he/she is warned.
3. Does not obey adults.
4. Deliberately does things that others dislike.
5. Blames his/her failure on someone else.
6. Misinterprets words or situations and becomes sulky
7. Does mean things to siblings and friends.
8. Talks back when his/her thoughts or behavior are rejected.
9. Does not keep promises or obey rules.
10. Makes fools of siblings and friends.
11. Feels inferior and gets annoyed.
12. Gets upset when warned.
13. Has temper tantrums when treated unkindly.
14. Insists on his/her demands being accepted.
15. Interrupts others.
16. Does not apologize when he/she is at fault.
17. Gets annoyed when things do not go as he/she wishes.
18. Gets upset when things are not to his/her liking.
19. Grumbles at people.

DBD-RS is composed of the 41 DSM-IV diagnostic criteria for ADHD, ODD, and CD. The items were worded as closely as possible to the DSM-IV wordings, using the rating scale format. Each item is rated on a 4-point scale ranging from "0" (not at all) to "3" (very much). In this research, parts of ADHD (DBDRS-ADHD) and ODD (DBDRS-ODD) were used. The p-ODBI was given to the parents or guardians of all subjects twice before the beginning of treatment to examine the test-retest reliability. The interval between the test and the retest was 2–4 weeks. These questionnaires were completed at the outpatient clinic.

2.1 Statistical analyses

Comparison of each item between the subjects and the NC and item-total correlations

For the statistical analysis, 186 children (twice the number of the subjects) who were matched in gender and age were selected from the 1,402 NCs (matched NC). Each item of the p-ODBI was compared between the ADHD, the ADHD/ODD and the matched NC groups by the Kruskal-Wallis test. Item and total test score correlation for each subject was also examined using this test. The Oppositional Defiant Behavior Inventory (ODBI) was completed by adopting primarily the items showing statistically significant differences and high item-total correlations. The examination of the *reliability* and *validity* below used this ODBI. Each item was rated on a 4-point scale ranging from "0" (rarely) to "3" (always).

Reliability

The internal consistency and test-retest reliability were examined. The internal consistency was evaluated by calculating Cronbach's α coefficient from the ODBI scores of both groups of patients. The test-retest reliability was evaluated according to the correlation between the ODBI scores of both tests (test and retest) by the Pearson correlation coefficient.

Validity

Concurrent validity and divergent validity were evaluated. Concurrent validity was evaluated according to the correlation of the ODBI score with the number of items that matched the DSM-IV diagnostic criteria of ODD (DSMIV-ODD) and with the DBDRS-ODD.

The divergent validity was evaluated by comparing the ODBI scores among the ADHD/ODD, ADHD and NC groups by the one-way ANOVA. The Bonferoni/Dunn procedure was carried out as a post hoc test.

Two-tailed tests of significance were used and the level of significance was set at $p = 0.05$. All data were analyzed with the SPSS 10.0-Windows version.

Results

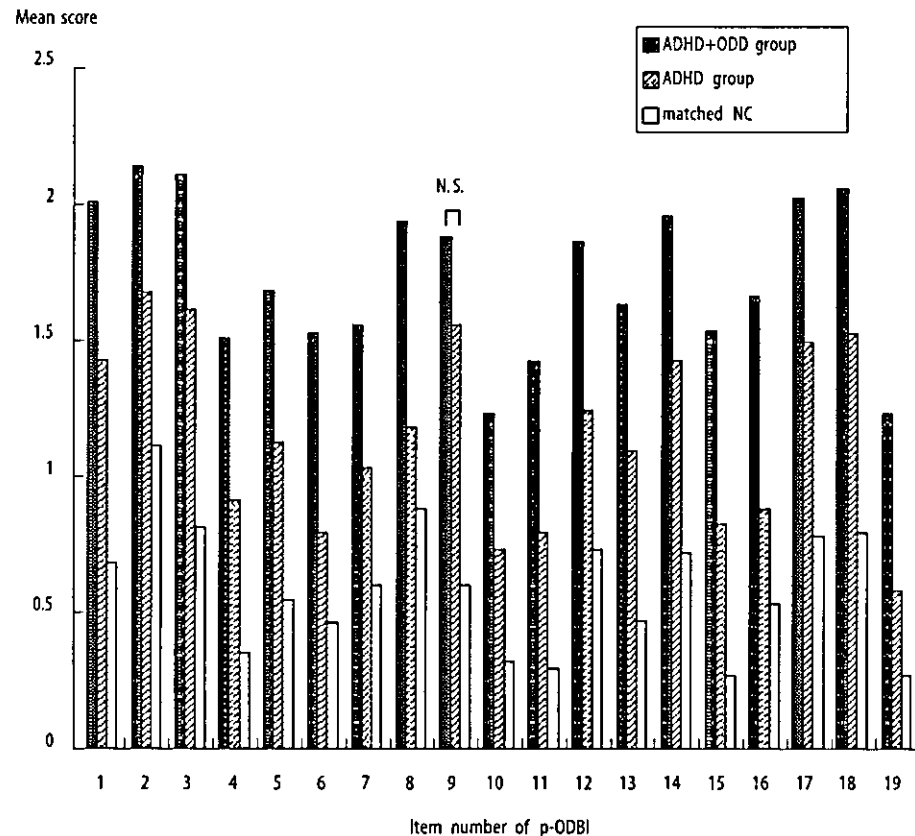
2.1 Comparison of each item between the subjects and NC and item-total correlations

The mean score for each item across all the groups is shown in Fig. 1. The mean score for each item and the total score differed significantly between the ADHD/ODD group and the NC at $p < 0.0001$. The mean score for each item (other than number 9 "does not keep promises or obey rules") and the total score for each subject differed significantly between the ADHD/ODD and ADHD groups ($p < 0.01$ – 0.0001). All items showed significant correlation between the total scores ($r = 0.50$ – 0.76 , $p < 0.0001$). Therefore, item number 9 was removed from the p-ODBI and the final ODBI was created. An English translation of the ODBI is provided at the end of this text.

2.2 Reliability

With regard to internal consistency, Cronbach's α coefficient of the ODBI score was 0.925. As far as test-retest reliability was concerned, the mean ODBI score was 29.0 (SD = 12.6) on the first test and 25.8 (SD = 13.1) on the second. The two values were correlated with a correlation coefficient of 0.820 ($p < 0.0001$). Each item of the ODBI was also correlated between the test and retest ($r = 0.54$ – 0.80 , $p < 0.0001$).

Fig. 1 The mean score for each item of the Oppositional Defiant Behavior Inventory pilot version (p-ODBI) across all the groups (ADHD attention deficit hyperactivity disorder; ODD oppositional defiant disorder; matched NC matched normal control; NS not significant)



Validity

Concurrent validity was as follows: both ODBI scores (test-retest) were correlated with DSM-IV-ODD ($r = 0.660, 0.659$, respectively, $p < 0.0001$) and with DB-DRS-ODD ($r = 0.725, 0.654$, respectively, $p < 0.0001$).

Divergent validity was shown as follows: the mean ODBI score was 20.5 ($SD = 10.2$) in the ADHD group, 33.3 ($SD = 11.6$) in the ADHD/ODD group and 10.7 ($SD = 8.5$) in the NC group. On the one-way ANOVA, the differences among these three values were significant ($F = 145.7, p < 0.0001$) and the Bonferoni/Dunn test also showed that the differences among the groups were significant ($p < 0.0001$).

Discussion

This study was carried out to develop an evaluation scale useful as a supplementary tool for the diagnosis of ODD. Particular attention was paid to the following two points in the preparation of this scale. First, judgments must be easy to make even by non-professional parents or guardians of patients. For this purpose, the questions were made specific and based on the answers from the

interviewed parents or guardians. Secondly, questions concerning the frequency must be easy to answer. According to the DSM-IV diagnostic criteria of ODD, whether particular oppositional defiant behaviors are observed "frequently" or not is questioned, but answers to these questions are expected to vary among individuals depending on their interpretations of the frequency terms. Angold and Costello [3] reported on the frequency of the occurrence of ODD behaviors in the general population with a view to establishing empirical frequency cut-offs for the evaluation of ODD. They regarded that it was "often" when each of four ODD behaviors was observed more than twice a week. This scale requires answers according to the four levels of "rarely", "sometimes", "often", and "always", and specific descriptions of frequency based on the study of Angold et al., i. e., "once a month or less", "about once a week", "two to three times a week", and "four times a week or more", are attached to the above abstract descriptions to facilitate the judgment.

In this study, the reliability and validity of the ODBI was examined statistically. Since internal consistency is usually considered to be present when the coefficient is 0.7 or above, ODBI was confirmed to be sufficiently reliable from this viewpoint. The correlation coefficient be-

tween the results on both ODBI scores was also high, indicating that the scale has test-retest reliability.

Although the ODBI score tended to decrease slightly on the second test, the difference was not significant and probably due to the fact that consultation with the physician causes changes in the attitude of the patients and the manner of acceptance of the symptoms by the patients' families. The concurrent validity of this scale, evaluated according to its correlation with the DSMIV-ODD and the DBDRS-ODD, is considered to be satisfactory. Its divergent validity was confirmed on the basis of the differences in the score compared with the ADHD group and controls. Therefore, this scale was confirmed to be appropriate for the measurement of the oppositional defiant tendency.

It would be interesting to determine what the factor structure of this measure is and to know whether the factor structure is similar for boys and girls and whether problems with mood and temper versus noncompliance constitute different factors. Moreover, a better-differentiated factor structure could be helpful in determining

whether there are subgroups within the ODD group. The comparison of each item between the subjects and the NC group suggests that oppositional defiant behaviors in children diagnosed with ODD do not have qualitative but rather quantitative differences from normal children and that the children with ADHD alone were more oppositional than normal children but less than those with both ADHD and ODD. This paper, however, aimed to clarify the reliability and validity of the ODBI. These interesting points would be the targets of future research.

The concurrent use of this scale with clinical examination is expected to increase the accuracy of the diagnosis of ODD. We will further evaluate its usefulness as a scale for the screening of ODD and the evaluation of the severity and therapeutic effects of ODD.

Acknowledgements We wish to express our gratitude to Dr Kurita, Tokyo University School of Medicine, and Dr Miyake, National Institute of Mental Health for their valuable comments regarding the statistical analysis and to Airee Suetsugu and Jayne Simons of Okada Eye Clinic, Yokohama, Japan for the proofreading of this manuscript.

Oppositional Defiant Behavior Inventory

Child's name _____ Age _____ y. o. Gender (M/F) _____

Today's date ____/____/____

Your name _____ Relationship to child _____

This questionnaire asks you about the behavior of your child during the past 6 months.
How often have you observed the following behavior? Check the most appropriate number.

	Rarely once a month or less	Sometimes once a week	Often 2-3 times a week	Always 4 times a week or more
1. Has temper tantrums when things do not go as he/she wishes.	0	1	2	3
2. Talks back when he/she is warned.	0	1	2	3
3. Does not obey adults.	0	1	2	3
4. Deliberately does things that others dislike.	0	1	2	3
5. Blames his/her failure on someone else.	0	1	2	3
6. Misinterprets words or situations and becomes sulky.	0	1	2	3
7. Does mean things to siblings and friends.	0	1	2	3
8. Talks back when his/her thoughts or behavior are denied.	0	1	2	3
9. Makes fools of siblings and friends.	0	1	2	3
10. Feels inferior and gets annoyed.	0	1	2	3
11. Gets upset when warned.	0	1	2	3
12. Has temper tantrums when treated unkindly.	0	1	2	3
13. Insists on his/her demands being accepted.	0	1	2	3
14. Interrupts others.	0	1	2	3
15. Does not apologize when he/she is to blame.	0	1	2	3
16. Gets annoyed when things do not go as he/she wishes.	0	1	2	3
17. Gets upset when things are not to his/her liking.	0	1	2	3
18. Grumbles at people.	0	1	2	3

References

1. Achenbach TM (1991) Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile. University of Vermont Department Psychiatry, Burlington
2. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV). APA, Washington DC
3. Angold A, Costello EJ (1996) Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 35:1205–1212
4. Barkley RA, Murphy KR (1998) A clinical workbook Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, 2nd edn. The Guilford Press, New York
5. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Jetton JG, Chen L, Mick E, Greene RW, Russel RL (1996) Is childhood Oppositional Defiant Disorder a precursor to adolescent Conduct Disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1193–1204
6. Eyberg SM, Robinson EA (1983) Conduct Problem Behavior: standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *J Clin Child Psychol* 11: 130–137
7. Lahey BB, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Christ MA, Green S, Russo MF, Frick PJ, Dulcan M (1990) Comparison of DSM-III and DSM-III-R diagnoses for prepubertal children: changes in prevalence and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:620–626
8. Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ, Grimm J (1992) Oppositional Defiant and Conduct Disorders: issues to be resolved by DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:539–546
9. Loeber R, Lahey BB, Thomas C (1991) Diagnostic conundrum of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *J Abnorm Psychol* 100:379–390
10. Loeber R, Green SM, Keenan K, Lahey BB (1995) Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of Conduct Disorder in a six-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:499–509
11. Loney J, Milich R (1982) Hyperactivity, inattention and aggression in clinical practice. In: Wolraich M, Routh D (eds) *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*. JAI press, Vol 3, Greenwich, CT, pp 113–147

[特集2：生き生きとした子どもを育む環境作り]

“軽度” 発達障害 —教育および医療の取り組み—

国立精神・神経センター精神保健研究所

齊藤万比古

〔抄 録〕

子どもの心の健康を考える際に、子どもの本来持つ特徴（体質・気質など）ばかりでなく、家庭環境、及び学校をはじめとする家庭外の環境の三領域に注目する必要があることは以前から指摘されてきた。近年、この子ども側の要因としての発達障害、特に軽症・高機能発達障害が、子どもの問題行動や精神疾患の背景要因として、従来考えられていたよりも広範に関与していることが明らかにされてきた。この軽症・高機能発達障害と呼ばれる発達障害には、学習障害（LD）、注意欠陥／多動性障害（ADHD）、高機能の広汎性発達障害（アスペルガー症候群を含む）、境界知能などが含まれている。軽度発達障害はその症状や問題が軽いため生来的・体質的な疾患と認知されにくく、子どもの性格の問題ないしは親のしつけの問題であるといった偏見のもとに、ある種のスティグマとなっているのが現状である。このことがこれまで軽度発達障害の子どもを適切な治療・教育から遠ざける要因となっていた可能性がある。したがって、軽度発達障害の治療・援助とはまずこのスティグマとしての側面を克服することから始まる。個々の疾患の特徴をよく理解するということは、まさにこれまでのスティグマを消していくことに寄与するとともに、適切な治療・援助が保障されることにもつながる。また、軽度発達障害の子どもに対する治療・援助を促進する作業仮説として、「二次性障害が出現する前に障害を認知し、適切な支援を提供することによって二次性障害の出現、および内在化・外在化障害への展開を阻止することができる。」という仮説を示した。

◆ *Key words*：広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害、スティグマ、治療・援助

1. はじめに

本シンポジウムのテーマである「生き生きとした子どもを育む環境作り」という観点から軽度発達障害を見るということの意義は次のようなことではないだろうか。すなわち、これまで「手のか

かる子ども、正体不明のやっかいな子ども」として、その原因をもっぱら子ども本人の資質や親のしつけに求めることで、健やかに育つための学校環境から疎外され、結果的に家庭環境からも疎外され続けてきた軽度発達障害児に、その現状を能

動的に克服できる契機を提供できる可能性が増大することに意義はあるのである。しかし現状では、「軽度発達障害」という概念を当てはめられることには、親にも子ども自身にも「普通の子ども」として扱われなくなるのではないかという大きな不安を与えることになる。したがって、早急に「軽度発達障害」の子どもが正当に理解され、発達が援助される体制作りが求められているのである。

本論では各軽度発達障害概念について説明することには深入りせず、軽度発達障害の子どもを支える環境作りに役立つ観点に焦点を当てて検討してみたい。

2. 軽度発達障害とは

軽度発達障害という概念の枠組みを筆者はこのように定義しておきたい。

軽度発達障害は次のような2領域の概念が総合されたものと考えるのが合理的と思われる。その第一の領域は、精神遅滞や自閉性障害といった中核的発達障害の軽症例、すなわち軽度精神遅滞および境界知能と、アスペルガー症候群と呼ばれている軽症高機能広汎性発達障害である。第二の領域は、その疾患全体がほぼ発達障害の軽症例と見なせるような疾患、すなわち注意欠陥／多動性障害（以下ADHD）といわゆる学習障害（以下LD）である。なおこれらの疾患概念は、「アスペルガー症候群（ローナ・ウィングの提唱した概念）」を除いて米国精神医学会の疾患分類であるDSM-IV¹⁾に従っている。なお「境界知能」は疾患概念ではなく、DSM-では「臨床的関与の対象になりうる他の状態」という上位概念に含められており、疾患もしくは障害とはいえないが、それに準じて精神医療の対象となりうる状態とされる概念である。しかし、境界知能の子どもは他の知的水準の子どもに比べ、とりわけストレスに脆弱である面があることは注目に値するものであり、筆者は「軽度発達障害」概念に含めることを

推奨したい。なお、軽度発達障害の「軽度」という用語はあくまで「発達障害」としての軽症性を意味しているにすぎず、ケースとして臨床場面に登場する際のケース性の軽さをまったく意味していないことに留意しておきたい。むしろ、軽度発達障害の子どもが示す不適応状態や併存精神疾患の複雑さあるいは深刻さは、重度の発達障害に比べはるかに重いことが多い。

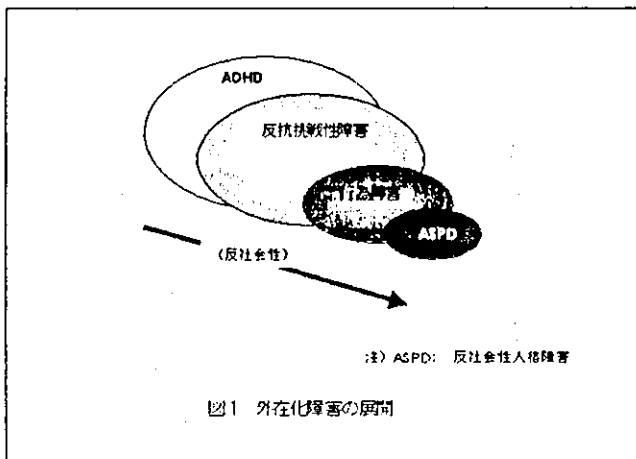
3. 軽度発達障害が問題になるとき

軽度発達障害が問題として浮かび上がる場合は、家庭であるよりは幼稚園や学校という家庭外の場合である。そしてその問題とは以下にあげるものが一般的であろう。

- ① 暴言や暴力行為（反抗ではない）が目立つ。
- ② 学業不振が著しい。
- ③ 唐突な言動や狭い関心へのこだわりが目立ち、教室で孤立している。
- ④ 反抗的な態度で授業などを妨害する。
- ⑤ 努力を放棄したシラケた姿勢が教室で目立つ。
- ⑥ 他者の言動に過敏で、興奮しやすい。
- ⑦ 神経症症状、行為障害、不登校・ひきこもり、精神病状態が出現し、学校不適応が深刻化する。

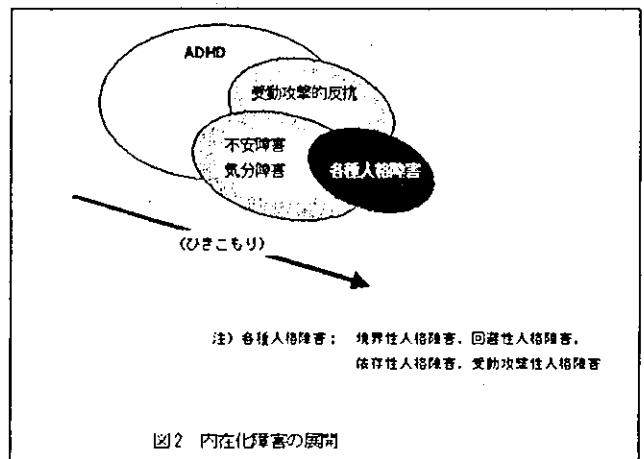
このうち①から③までの3種類の問題点は、基本的に一次的な現象すなわち各発達障害の症状そのものと考えられる問題であるのに対して、④から⑦までの4種類の問題点は軽度発達障害児が家庭や学校で過ごしている間に、そこでの対人関係の相互作用を通じて二次的に獲得したと理解すべき問題である。そして、この一次的問題と二次的問題の混合した状態像こそ個々の軽度発達障害の子どもの実際の姿である。すなわち留意すべきは、軽度発達障害の子どもは疾患そのものの傾向、個々の子どもの体質的・気質的特徴、そして環境要因の総和に規定されて二次性精神疾患へと展開していく悪循環的な展開がありうるということである。ここでそうした望ましくない展開の典型例を3種類示しておきたい。

その第一の展開は反社会的な行動が深刻化していく図1のような「外在化障害の展開 (DBD マーチ)」である。これはADHDに典型的に見られるものであるが、もちろん境界知能や軽度精神遅滞児にも高機能広汎性発達障害児にも生じうる展開である。これは、例えばADHDの半数近い子ども²⁾が反抗挑戦性障害 (ODD) を示すようになり、そのうちの大半がその段階での支援によりODDから立ち直っていくものの、一部は行為障害 (CD) と診断されるような非行を繰り返すようになっていく。このCDの子どもの多くは様々な支援により立ち直っていくが、ほんの一部とはいえ常習的に犯罪行為を行う反社会性人格障害に展開してしまう。一部とはいえADHDの子どものみで見られるこのような反社会性の深刻化していく経過をDSM-、の用語にしたがって「破壊性行動障害 (DBD) マーチ」と筆者は呼んでいる³⁾。



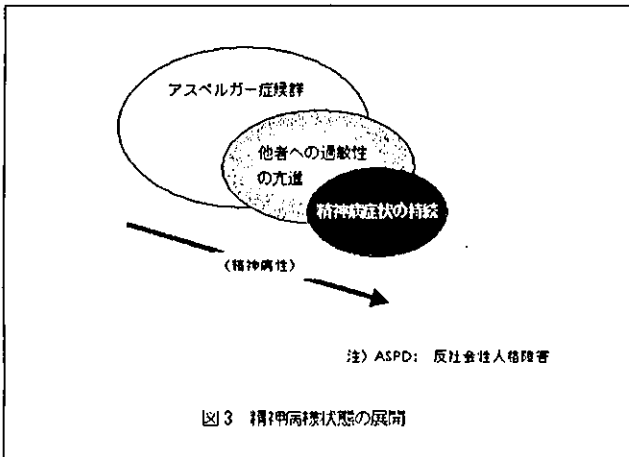
第二の展開 (図2) は、葛藤がひき起こすネガティブな感情が深刻化ないし慢性化していくもので、筆者が「内在化障害の展開」と呼んでいるものである。この展開は結果としていわゆる「ひきこもり」を生じやすいことから、軽度発達障害の子どもの一部に見られる「ひきこもりの進行」過程と理解してもよさそうである。この展開も筆者がADHDの経過から抽出したものではあるが、他の軽度発達障害でもしばしば生じる。これはA

DHDの子どもが強迫性障害や分離不安障害、あるいはうつ病性障害をはじめとする情緒的な疾患を併存障害として生じやすいこと²⁾に注目したもので、ADHDの子どものうちの一部が情緒的な疾患になったり、あるいは不従順、努力しない、動かないといった形で自分を犠牲にする受動攻撃的な反抗を示すようになり、それらの多くはそこで治療されることになるが、一部はさらに遷延して、境界性人格障害、依存性人格障害、回避性人格障害などの人格障害に展開して頑固なひきこもりを示すようになるという経過である。



第三の展開 (図3) は軽度発達障害の子どもに精神病様の症状が発現してくる展開である。アスペルガー症候群で稀ならず遭遇する経過であるが、もちろん他の軽度発達障害でも生じうる。アスペルガー症候群を例にあげると、アスペルガー症候群の子どもは思春期年代に入る10歳前後からようやく他者の固有の心に気づき始め、しばしば自分が仲間から「変人」と見なされていたり、仲間はずれにされている現実を自覚する。その結果、他者の自分への気持ちに過敏となり、しばしば対人関係における被害的な妄想的解釈をするようになる。これに広汎性発達障害者に特有とされる、過去の被害者体験のフラッシュバック的な心への侵入が加わると、激しい情緒的な反応とともに妄想的な考えを口にしたり、幻聴をはじめとする幻覚を訴えたりといった精神病様の状態像を呈する

ケースさえある。これを「精神病様状態への展開」と筆者は呼んでおきたい。この状態像が統合失調症発症を意味しているのか、それともアスペルガー症候群の子どもの一過性・反応性の精神病様状態なのかの評定は、経過を観察しながら慎重に行う必要がある。



4. 軽度発達障害に支援が必要な理由

軽度発達障害の子どもへの支援はなぜ必要なのかということ、左記のような問題点を踏まえて考えてみたい。その前提として、軽度発達障害児支援を行うことの意義に関する作業仮説を、とりあえず「二次性障害が出現する前に障害を認知し、適切な支援を提供することによって二次性障害の出現、および内在化・外在化障害への展開を阻止することができる。」と設定しておきたい。

さて支援対象としての軽度発達障害について考える前に、一般に軽度発達障害の子どもとその家族はどのような経験をしているのかを見てみたい。一般に軽度発達障害児はわがまま、自己中心、乱暴者、幼稚などと受け止められていることが多く、その親もまた甘やかした、しつけがなっていない、厳しく育てすぎた、愛情が足りないなどきわめて否定的な批判にさらされる機会が多い。そうなりやすい理由はひとえに軽度発達障害の特性や症状が外からは見えにくいことにある。こうした批判を浴びた親子は、学校にしろ地域社会にし

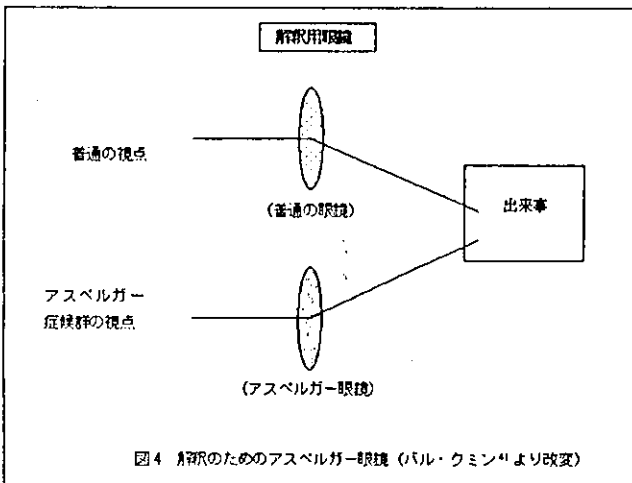
ろ、批判的な環境に対して不信を強く感じ、防衛的な敵意を増殖させつつ孤立していくことが少なくない。さらに親は、その所属する職場が子どもの問題行動について批判しているのではないかといった不信感を持って孤立したり、逆に子どもの問題をめぐる学校や地域との摩擦との直面を避けるために職場に没頭するという問題が生じやすい。こうして、家族内には相互の不信と対立の火が燃え上がっていく。

このような状況にある軽度発達障害の子どもとその親を支えて、先にあげた作業仮説に対応した支援を進めていくためには、前提として次のような発想ないし感覚を、親を含めた支援活動に参加する関係者の中で共有する必要があるのではないだろうか。それは、

- ① 軽度発達障害をスティグマとしない。
 - ② 軽度発達障害児・者は自分らしく生きる権利を持った私達の大変な隣人である。
 - ③ 軽度発達障害にはふさわしい支援や治療の方法がある。
- の三点である。

それでは軽度発達障害をスティグマとしないために、関係者はまず何をなすべきであろうか。それはまず自らが軽度発達障害についてできるだけ詳しく知ることである。知るとは何かというと、まず軽度発達障害を持つ人の苦悩とその家族の苦悩を詳しく知ること、あるいは感じることであり、次に各障害を持つ人の物事の認知の特徴、対人的なコミュニケーションの特徴などをできるだけ具体的に知ることである。このうち軽度発達障害の子どもと親の苦悩を知ることについては前記の通りであり、軽度発達障害児の認知の特徴やコミュニケーション法の特徴を知るとは、彼らが見ている世界を知ることには他ならない。しかし、軽度発達障害の子どもの発想や行動は、我々の観点や感覚にそのまま当てはめるだけではすべてを理解できるものではない。この点についてはバル・クミンら¹⁾の図4のような観点が参考に

なる。図のようにアスペルガー症候群の子どもの言動を理解するためには、一旦普通の眼鏡をはずしてアスペルガー眼鏡にかけなおし、アスペルガー症候群の子どもの物の見方、感じ方にしたがって世界を見直してみる必要がある。もちろんこれらの眼鏡のほかに、ADHD眼鏡、LD眼鏡なども必要であることはいうまでもない。こうした知るといふこと、実感するといふことを通じて得られた理解は、個々の障害や個人の特性にふさわしい支援法の工夫を促進し、軽度発達障害児・者を隣人として受け入れる社会的容量を拡大させることにつながっていく。



5. 軽度発達障害児の治療・援助とは何か

軽度発達障害の治療・援助を組み立てる際には、①各障害の特性に応じた治療法・援助法を選択する、②エンパワメントされた親は最も力強い援助者になる、③複数の人や機関が連携すると困難に立ち向かう知恵と勇気がわいてくるという三点を基本的な心得とすべきではないだろうか。このうち各疾患の特性に応じた治療・援助ということについて、ADHDとアスペルガー症候群の支援法からその雰囲気の一部を示してみたい。

ADHDの子どもが「不注意」という症状を克服して学習や学校生活に参加できるように援助するには、どのような教室の環境設定や介入法を工夫する必要があるだろう。その一端を示すと、A

DHD児にはできるだけ教師の目の前の席を指定し、窓際、最後部、廊下側の席は避けること、机や教壇の側板などADHD児の目につきやすい場所にわかりやすく図表化されたスケジュール表を張ること、ADHD児の注意を喚起する信号や、注意を集中できたり衝動をコントロールできたときに賞賛を伝える二人だけの合図を決めることなどである。

また、アスペルガー症候群の症状のうち「社会的コミュニケーションの障害」に対して、英国の自閉症専門教師達が一般の教師に推奨した対処法のリストを示してみたい⁴⁾。

- ① 言葉を簡潔にする。
- ② 一度に一つの指示を与えるようにする。
- ③ 表情や動作は単純明快にする。
- ④ アスペルガー症候群の子どもに回答する時間を与える。
- ⑤ アスペルガー症候群の子どもの理解を助けるために、視覚的なヒントを付け加えるようにする。
- ⑥ コミュニケーションを図ろうとするアスペルガー症候群の子どもの試みに敏感になる。
- ⑦ アスペルガー症候群の子どもがコミュニケーションを持ちたいと思うような状況を作る。

同じように、アスペルガー症候群の「社会的相互作用の障害」について推奨された対処法のリストは以下のようなものであった⁴⁾。

- ① 他者（特に同年代の子ども達）の近くにいると、アスペルガー症候群の子どもは脅威を感じる可能性があることを理解する。
- ② アスペルガー症候群の子どもが一人であることを認める。
- ③ アスペルガー症候群の子どもに人との交流を發展させようとするときには、子どものペースに合わせる。そのためには「(発達段階上の)レベルを下げる」必要がある。
- ④ アスペルガー症候群の子どもが社交上の何が

好きで何が嫌いかを見きわめ、その情報は活動計画を立てる際に利用する。

- ⑤ アスペルガー症候群の子どもは、よく知っている人との交流のほうがしやすいので、まずあなたに馴染むための時間を与える。もちろん、頻繁な職員の交替によって、アスペルガー症候群の子どもを混乱させるようなことは避ける。

こうした各疾患の特性によく調和した治療・援助法が最も合理的なものであり、最も治療効果があがるであろうことは容易に推測できる。

さらに、軽度発達障害の治療・援助法とは、ADHDを例にとれば、薬物療法、ペアレント・トレーニング、学校での行動修正、地域における親の会活動やボランティアによる学習支援、そしてさらに併存障害のための治療など多彩な治療や援助を密接に組み合わせたものとならねばならない²⁾。もちろんそうした援助を提供するのは一機関に限定されることはほとんどなく、複数の機関が連携して関わることで初めて実現するものであるといえよう。おそらく、こうした多くの機関や関係者の介入を統合したところに、理想とすべき治療・支援システムはあるように思われる。まさに軽度発達障害の子どもたちを支える環境とはこのようなものなのである。

6. おわりに

以上軽度発達障害の治療・支援について述べてきたが、そのまとめとしてバル・クミンの以下の指摘をあげておきたい。クミンはアスペルガー症候群の子どもに関わる専門家の資質として、落ち着いていること (calm)、前向きであること (positive)、そして首尾一貫していること (consistent) の三点をあげている。これらはADHDをはじめ他の軽度発達障害との関わりにおいても必要な資質ないし心得であることはいうまでもない。別の言い方をすれば、個々の子どもの特性を理解した介入を工夫することができるとともに、変化を性急に求めるような焦りから自由で、前進

の功績はすべて子どもや親にあると思えるような専門家こそ、軽度発達障害の子どもの支援には欠かせない人材である。

【文献】

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. APA, Washington DC, 1994. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳: DSM-、精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院、東京, 1995)
- 2) 上林靖子, 齊藤万比古, 北 道子編: 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京, 2003.
- 3) 齊藤万比古: 注意欠陥/多動性障害 (ADHD) とその併存障害—人格発達上のリスクファクターとしてのADHD—. 小児の精神と神経 40 (4): 243-254, 2000.
- 4) Cumin, V., Leach, J. & Stevenson, G.: Asperger Syndrome A Practical Guide for Teachers. David Fulton Publishers, London, 1998. (齊藤万比古監訳にて中央法規出版より刊行準備中)

Mild and High-functioning Developmental Disorders — As an object of treatment and support from child and adolescent psychiatry and education —

National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

Kazuhiko Saito

[Abstract]

In Japan, mild and high-functioning developmental disorders, such as Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Asperger's Disorder, Learning Disorders and so on, attract much more attention of practitioners being engaged in child and adolescent mental health than before. It is, however, still difficult in school to intervene in problem behaviors of children with mild and high-functioning developmental disorders because to have them is accepted as stigma in Japanese society, so it has to be begun from removing the stigma to support children with those disorders and their parents. I show, in this paper, a working assumption for practitioners to participate in treatment and support for those disorders. The assumption is that noticing those disorders early enough and also providing adequate support can prevent developing secondarily gained mental disorders which are called as comorbidity.

Key words : pervasive developmental disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder, stigma, treatment and support

成人における ADD, ADHD の精神病理

渡部 京太* 齊藤 万比古**

抄録：1990年代に行われた注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の子どもの予後追跡調査から成人期にも症状が持続し、社会適応に影響を与えることが明らかにされ、また ADHD は多彩な併存障害を示すことが知られている。ADHD の子どもが成人した際に出会う可能性の高い精神疾患として、物質乱用、不安障害、気分障害、反社会性人格障害、境界性人格障害が挙げられる。ADHD の子どもが攻撃性を外在化し最終的に反社会性人格障害に至る展開と、逆に攻撃性を内在化し葛藤に満ちた親子関係を生じたり、不安、抑うつ、ひきこもりを示す非社会的方向への展開があり、これらの展開は相互に移行を生じる。ここでは父親、その子どもが ADHD という家族の治療経過を呈示し、親の ADHD の問題が育児困難を生じたり親としての機能を果たせなくなり、親が子どもを虐待する危険性を高めるなど子どもの発達に大きな影響を与えることを示した。 精神科治療学 19(4); 425-432, 2004

Key words : *attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), comorbidity, personality disorder, externalizing disorder, internalizing disorder*

I. はじめに

注意欠陥障害 (以下 ADD)、注意欠陥/多動性障害 (以下 ADHD) は、現在のところ遺伝子の問題から心理社会的要因までの様々な発現要因の結果である脳機能障害を背景として生じる、不注意、多動、衝動性を主症状とする症候群と考えられる。Barkley²⁾は「ADHD はワーキングメモリー、行動

抑制、動機づけの調整、行動統制からなる実行機能の障害である」と述べているが、ADHD の症状は年齢とともに環境と相互に作用しながら形を変えていく。最近では成人の ADHD についての総論¹⁾が紹介されたり翻訳書^{10, 12, 20)}が出版され、その概念が広く知られるようになった。実際に「自分は ADHD ではないか」という主訴で受診する成人が増えているといわれている。筆者は積極的に成人の ADHD の診療をしているわけではないが、子どもの ADHD の診療をしているとその親が不注意などの ADHD 的な傾向があることに気づく時がある。ADHD には家族集積性があり、親の ADHD の問題は育児困難や結婚の破綻など社会生活上の困難を生じ、それは子どもの発達に大きな影響を及ぼすことになるだろう。本稿では、成人の ADHD が抱える困難な問題と、ADHD の子どもが人格障害へと展開していく経過とそれに関与する諸要因について考察してみたい。

On psychopathology of attention deficit disorder, attention deficit/hyperactivity disorder in adulthood.

*国立精神・神経センター国府台病院児童精神科
〔〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1〕

Kyota Watanabe, M.D.: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba, 272-8516 Japan.

**国立精神・神経センター精神保健研究所
Kazuhiko Saito, M.D.: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

II. 成人の ADD, ADHD の 病像の特徴について

1. 成人の ADHD の概念

DSM-IVでは、不注意と多動、衝動性のどちらの症状も一定数以上該当するものを ADHD と診断するようになった。そして青年や成人で一部の症状が持続するものは、ADHD 部分寛解とするように求めている。DSM-IV-TR では、すべての基準を満たす成人の ADHD が本文中に初めて記載された⁹⁾。成人の ADHD は、ADHD の症状を持つ成人、あるいは子どもの ADHD の症状が成人後も持続している状態と定義されるようになってきている。

成人の ADHD の診断基準には、Ward ら¹⁰⁾の作成した Wender-Utah 大学診断基準がある。児童期に ADHD が存在したことのほかに、成人になっても注意集中困難と過活動が持続していて、感情の易変性、かんしゃく、課題完遂不能と無秩序、ストレスへの耐性欠如、衝動性のうち二つ以上が存在していることを挙げている。その他に患者本人が児童期を回想して記入する Utah 大学式評価尺度と、親が記入する Conner の教師用小児行動評価尺度を改変した行動評価尺度を行う。気分障害、統合失調症、分裂感情障害、分裂病型人格障害、境界性人格障害、反社会性人格障害の存在が除外された後に ADHD と診断される。

2. 成人の ADHD の病像の特徴

その他に Hallowell と Rateley の成人の ADD の診断基準があるが、成人の ADD, ADHD の症状をすべて列挙することに重点をおいて作成された¹⁰⁾。①(実際の成果にもかかわらず)実力を発揮できていない、目標を達成できないという感覚。②秩序立った行動をとれない。③物事を先延ばしにする。あるいはいつも取りかかりが遅れる。④多くの計画を同時に進めるが、大部分は最後までやり遂げられない。⑤頭に浮かんできたことを話のタイミングや状況を考えずに口に出してしまう。⑥頻繁に強い刺激を求める。⑦退屈な状態に我慢できない。⑧すぐに気が散る、注意の集中が難しい、読書や会話の最中にほかのことを考え、上の

空になる。⑨しばしば創造性や直感、高い知性を示す。⑩決められたやり方、適切な手順を守ることが困難。⑪気が短く、ストレスや欲求不満に耐えられない。⑫金銭の使い方、計画の変更、新しい企画や職業を選択する際の衝動性。⑬不必要な心配を際限なくする。自分から心配の種をあれこれ探す傾向。実際の危険に対しては注意を払わなかったり軽視したりする。⑭心許ない不安定感。⑮気分が変わりやすい。特に他人と別れた時や仕事から離れた時に気分が不安定になる。⑯心が落ちつかない感じ(じっとしているといらいらしてくる)。⑰嗜癖の傾向(アルコールなどの物質である場合とギャンブル、ショッピングなどの活動である場合がある)。⑱慢性的な自尊心の低さ。⑲不正確な自己認識。⑳ADD, 躁うつ病, うつ病, 物質乱用, その他の衝動制御の障害または気分障害の家族歴。以上の20項目のうち15項目以上を認めることと、児童期に ADD, ADHD が存在したことから成人の ADD, ADHD と診断される。成人の ADD, ADHD の行動特性は、Hallowell と Rateley の成人の ADD の診断基準からよく理解できると思われる。

米国児童青年精神医学会の Practice Parameters では、青年期の ADHD の特徴を、「過活動よりもむしろ落ちつきがない。青年期における不注意、衝動統制やまとめる能力の不十分さ、優先順位を守ることや問題を解決する方法が乏しいなどの障害は、学業成績の低下、低い自己評価、乏しい仲間関係、一貫性のない職業歴に結果として終わる。仲間の影響が強まり大人の監督が少なくなるため、年齢とともに危険な衝動や判断のまずさが増える。さらに、反抗挑戦性障害(以下、ODD)、行為障害(以下、CD)が併存するリスクが高まる。また、ADHD の青年は自殺や自殺未遂、事故死が多い傾向を示している。中枢刺激薬は、青年期の ADHD 患者の認知、行動の治療において効果はあるが、小学生と比べると効果は少ないといわれている。さらに青年期には中枢刺激薬の悪用のリスクが高まる」とまとめている。さらに成人の ADHD の特徴を、「不注意や衝動のなりゆきは、学歴、職業、社会的関係での機能と密接な関係があり、ゆゆしき結果を引き起こす。結婚の破綻は増える。学歴

が低くなることと職業の不安定さのため、社会経済的地位は低下する。衝動や考えをまとめられないことは、育児の技量を障害する」とまとめている⁷⁾。

成人の ADHD の社会生活で困難な問題となるのは、配偶者との関係と育児である^{9,12,17)}。どちらかあるいは両方が ADHD であると夫婦関係が悪化し、やがて険悪な状況に至る可能性がある。相手の非言語的なサインを見逃したり誤解した結果、相手の怒りが爆発し、激しい気分変動が引き起こされる可能性がある。このような感情の爆発は夫婦関係の発展や存続にとって大きな障害となり、家庭内暴力につながることもある。ADHD のパートナーがいる人がよく訴えることの一つにだらしがないということがある。行動を整理できず、その結果、夫婦や家族関係にも影響が出てくる。育児については、親が ADHD である場合、ADHD の子どもに必要な以上に自分を重ね合わせてしまい、ある時はきつい態度で接したかと思うと次は一転して甘い態度で接し、一貫していないことが生じ、子育ての方針をめぐって夫婦間で争いになることも多いといわれている。また ADHD の子どもは difficult child とみなされやすく、反抗的な態度が目立つようになると親から虐待を受けるおそれも出てくる。

3. 子どもの ADHD の経過と予後について

1990年代に行われた ADHD の子どもの予後追跡調査から、青年期、成人期にも症状が持続し、社会適応に影響を与えることが明らかになってきている。また、ADHD は多彩な併存障害を示すことが知られている。Weiss ら¹⁹⁾は、3つの前方視的な予後調査、Montreal Study (Weiss, Hechtman, 1971, 1979, 1993), New York Study (Gittelman, Mannuzza, Klein ら, 1989, 1993, 1998), Milwaukee Study (Barkley, Fischer ら, 1990) から、成人の ADHD の経過をまとめている。

①人格障害：3つの調査では、ADHD は子どもが反社会性人格障害に発展していくリスクであるという結果だった。Montreal Study (ADHD 群 23% vs 対照群 2%), New York Study (ADHD 群 12~18% vs 対照群 2~3%), Milwaukee Study (ADHD 群 21% vs 対照群 4%) という結果だっ

た。Milwaukee Study では、ADHD 群の人格障害のリスクを、受動-攻撃的人格障害 (ADHD 群 19% vs 対照群 8%), 境界性人格障害 (ADHD 群 14% vs 対照群 2%), 演技性人格障害 (ADHD 群 14% vs 対照群 0%), 自己愛性人格障害 (ADHD 群 5% vs 対照群 0%) と挙げている。Fossati ら⁸⁾は成人の境界性人格障害の診断と子どもの ADHD の病歴との関連を調べるために、境界性人格障害群 (42名)、境界性人格障害以外のクラスター B 人格障害群 (94名)、クラスター B 人格障害以外のクラスター A 人格障害あるいはクラスター C 人格障害群 (38名)、人格障害のない群 (不安障害, 気分障害, 摂食障害などからなる 69名)、そして精神科受診歴のない対照群 (201名) に Wender Utah Rating Scale (Wender-Utah 成人 ADHD 評価スケール: WURS) を後方視的に評価した。境界性人格障害群はその他 3 群と比較して WURS の評価得点は有意に高く、この結果は反社会性人格障害、性別、入院の状態や DSM の第 I 軸疾患のような交絡因子をコントロールしても有意であったと報告している。この結果は成人の境界性人格障害と子どもの ADHD の病歴との関連の仮説を支持していると述べている。

②気分障害：Montreal Study, New York Study では、ADHD 群は 24, 25 歳において対照群と比較して大うつ病が多いという結果は得られなかった。一方 Milwaukee Study では、ADHD 群の 27% に大うつ病を認めた (対照群 12%)。

③物質使用障害：New York Study では、ADHD 群の 12~16% に物質使用を認めた (対照群は 4%)。Milwaukee Study では、コカイン (ADHD 群 37% vs 対照群 18%), アンフェタミン (ADHD 群 29% vs 対照群 8%) 使用のリスクが増加する。

また Barkley²⁾は、成人になって初めて医療機関を受診した ADHD (Adult ADHD 群) と、児童期に ADHD と診断された症例を成人期までフォローアップしたもの (フォローアップ群) を比較して、以下の結果を報告している。Adult ADHD 群は、フォローアップ群と比較して不安障害がより重症であるが、知的で高学歴である。一方、フォローアップ群は、Adult ADHD 群と比較して ODD, CD, 反社会性人格障害の合併が多いと報告してい

る。以上のような記述から、ADHDの子どもが成人した際に会う可能性の高い精神疾患として、物質乱用、不安障害、気分障害といったDSMの第I軸疾患に加え、反社会性人格障害、境界性人格障害、自己愛性人格障害といった第II軸疾患が浮かび上がってくる。

④成人期におけるADHDの予後：New York Studyでは、ADHD群の4～11%は成人期でもDSM-IIIの診断基準を満たしていた。Montreal Studyでは、66%がADHDの症状が持続していると報告されている。Milwaukee Studyでは、平均21歳の時にADHD群のセルフレポートで2%が診断基準を満たしているが、親の評価で症状が持続しているのは58～68%に及ぶと報告している。

4. 成人のADHDの男女差について

ADHDの女性は男性よりも症状が少なく反抗も少ないといわれている。この点を考慮し、成人男性、成人女性、子ども診断のカットオフ・ポイントが同じでよいのかという点について議論は続いている。

子どものADHDの男女比は、2：1～10：1とされている¹⁸⁾。一方、成人のADHDの男女比は2：1、もしくはほぼ同数であるといわれている。年齢に伴って男女比が変化する可能性の一つは、ADHDの子どもが成人になると注意力の障害が問題となり、そして注意力の障害は女性にとって大きな困難となるので、男女比が1：1に近づくといわれている。もう一つの可能性は以下のように考えられている。成人は自ら受診するが、子どもは医療機関を紹介されて受診する。ODD、CDといった破壊性行動障害を併存している子どもはもはや援助を求めないが、不注意の問題は個人に主観的な苦悩を引き起こす。このように紹介されて受診する偏りが、成人になるとADHDの女性が増えることと関係しているといわれている。

Biedermanら⁹⁾は、ADHDの女兒ではADHDのない女兒よりも気分障害、不安障害、行為障害の併存が多くADHDの男児と類似した割合で認められること、ADHD男児の先行研究と同様に多領域にわたる機能障害を認めることを報告している。またBiederman⁹⁾はADHDは男児よりも女兒で家

族集積性を認められることを報告している。ADHDの女性は、児童期、成人期を通して、ADHDでない女性に比べて抑うつや不安が現れやすいとされている。Brownら⁶⁾は、女性は社会に適応するためにADHDの症状を内在化して不安や自尊心の低さという形で表出するが、男性は攻撃性や多動という形で外在化するという仮説を唱えている。

またADHDの女性は、ADHDでない対照群と比較すると性的に活発になる時期が早く、男性は逆に遅くなるということ、ADHDの女性は10歳代での妊娠率が高いという報告がある¹²⁾。青年期のADHDの女性では自尊心の低下、同じ年齢の女性とどこか違うという違和感、母親との葛藤が問題となることが多く、青年期以降のADHDの治療では心理・社会的アプローチを積極的に行っていく必要がある可能性を示唆している。

III. 成人のADD, ADHDの精神病理

1. 子どものADHDの展開—外在化障害と内在化障害—

田中¹⁵⁾は、ADHDの子どもの課題が発達段階に沿って変遷していくことに留意すべきことを指摘している。特に学童前期まではADHDの多動性、衝動性、不注意といった基本症状に重点が置かれるが、以後は二次的な情緒、行動上の問題へと重点が変化していくこと、そして自己評価の低下に注意を払うことが重要であると述べている。DSM-IVでは、ADHDはODD、CDとともに破壊性行動障害(disruptive behavior disorder：以下DBD)という上位概念にまとめられた。齊藤ら¹³⁾は、ADHDの子どもの攻撃性が外在化され悪循環した場合、ADHDを起点として、加齢とともにDBD内の診断名が変遷していき、反社会性人格障害に至るというODD中核群の経過をDBDマーチと呼んだ。その一方で、齊藤¹⁴⁾はADHDの子どもには攻撃性が内在化し、非社会的な方向に向かう展開があることを指摘している。不安障害、気分障害、ODDといったDSM-IVの第I軸疾患を併存障害として示すことから始まり、不安や抑うつ症状を伴って不登校や家庭にひきこもる方向への非社会的動きが中心である。外在化障害のODDと内在化障害のODDはニュアンスを異にして、直接的

な攻撃行動よりは母親へのしがみつきとコントロールの手段としての反抗であったり、親への介入への受動攻撃的な不従順が優勢な反抗である。葛藤に満ちた親子関係とひきこもりに向かう非社会性が長く持続する場合には、徐々にこうした非社会性や、両個性の強い親子関係や、受動攻撃的な姿勢が人格構造に組み込まれていき、回避性人格障害、依存性人格障害、強迫性人格障害、境界性人格障害、受動-攻撃的人格障害などの人格障害へと展開することが考えられる。

2. 症例

子どものADHDの診療をしていると、その親が不注意などのADHD的な傾向があることに気づく時がある。ADHDには家族集積性があり、親のADHDの問題は育児困難や結婚の破綻など社会生活上の困難を生じ、それは子どもの発達に影響を及ぼすことをこれまで筆者は強調してきた。ここでは、初診時小学2年生の男児Aを呈示し、Aとその家族の混乱について考察を加えたいと思う。

Aは授業中に落ちつきがなく教室を飛び出してしまう、人の話を全く聞いていなかったり授業を集中して受けられない、大人の要求することや規則に従うことに反抗したり拒否する、自分の思った通りにならないと友達を叩いてしまう、忘れ物が多い、片づけができないということを主訴に児童精神科を受診した。Aの母親は、ミルクの飲みこみが悪く授乳に時間がかかり、ふだんはおとなしいのに空腹になると激しく泣くAを少し育てにくいと感じていた。Aは幼稚園では保育にべたべたとして甘えん坊といわれていたという。小学校入学後は落ちついて過ごしていたが、2年生になった頃から落ちつきがない行動や自分の好きなことはまわりにおかまいなく熱中し、注意されると反抗的になることが目立つようになっていった。母親はAが2歳の頃に強迫神経症の診断で精神科クリニックで数ヶ月治療を受けたことがあった。几帳面でしなければならないことがいくつか重なると余裕がなくなってしまうところがみられた。母親がAに要求することの水準は高く、Aができないと叱責することが多かった。初診医はAをADHD(混合型)、ODDと診断し、Aに薬物療法(meth-

ylphenidateを5~15mg)と両親への発達のガイダンスを行い、次第にAの問題行動は落ちついていった。Aの父親は両親ガイダンスの予約時間を忘れて来院しなかったり、間違えて別の時間に来院することがたびたびあった。父親は「自分が小学生の頃は、Aよりも落ちつきがなく忘れ物も多く怒られてばかりいた」と語り、実際に児童期から多動、不注意の症状を認め、現在でも不注意の症状は持続していた。また父親は不機嫌に怒りっぽく、感情的に混乱しやすかった。初診医はAの父親をADHD(不注意優勢型)と考え、受診を勧め、Aの治療とは別に父親と面接し、余裕がすぐになくなってしまふAの母親を支えてもらうように働きかけた。多動を認めた5歳年下の弟Bも後に受診し、ADHD(多動-衝動優勢型)と診断されている。Aの治療が始まって2年経過して初診医は転動になった。筆者がAとB、Aの父親の主治医となり、初診医の治療構造を継続することにしたが、父親は面接を忘れてしまうことが多かった。筆者が治療を引き継いだ3ヵ月後にAの母方祖母が脑梗塞で倒れ痴呆症状が出現するようになった。Aの母親は介護で余裕がなくなり、母親に反抗的な態度をとるAを叱責することが増えていった。Aは自宅からお金を持ち出す、店のレジの前であかさまに万引きをする、学校では友達にしつこくつきまとい叩くことが増えていった。Aは診察の時にはうつむき硬い表情で一言も話さなかった。主治医は硬い表情のAから両親に甘えたくても受け入れてもらえないあきらめのような感情を感じた。主治医はAとお金を持ち出さない、万引きをしないという約束をして行動評価表を作ったりもしてみたが、Aのお金の持ち出しや万引きは続いた。面接でAは一言も話さず、両親は「都合の悪いことは黙っていればいいと思っている。黙っていて怒られることをやり過ごせば、あとはケロッとしている。こんな子どもはいらない」と非難し続け、主治医は何もできずに強い無力感に襲われた。その後母親はAに食事を数日間与えず、父親はAをあざができるほど叩くことがあった。母親はAをこのまま虐待し続けてしまいそうだと感じて児童相談所に相談し、Aは一時保護された。その後主治医はAの症状の観察と治療の立て直しを

目的に児童精神科の病棟に3ヵ月間の入院治療を行うことにした。病棟でのAは、外来での一言も話さない態度とは全く違い、主治医を見かけるとベタベタと抱きついてきた。同室の患者からカードゲームのカードを盗むことがあったが、主治医がAに同室者のカードがなくなったことを伝えると、Aは「部屋に落ちていたから僕がもらったの」と話し、素直にカードを返してきた。主治医は、Aは治療スタッフの関心を引きたいために盗みをしていると感じた。主治医は治療の立て直しを行い、Aには薬物調整(methylphenidateからhaloperidol, risperidoneなどの抗精神病薬, lithium carbonateなどのmood stabilizersの併用に切りかえている)を行い、別の治療者に2週に1回のプレイを含めた個人精神療法を依頼した。両親にはAの発達のガイダンスや問題行動への対処の仕方を相談することを続けた。退院後Aの両親に対する反抗的な態度は変わらず、父親は感情的にAを叩いて叱り続けることが続き、再度児童相談所に一時保護された。両親は「もうこの子どもはいらない。養護施設で育ててもらいたい」と話した。主治医はAの一時保護中も親ガイダンスとAのプレイを2週に1回継続することにした。母親の強硬な態度は次第に軟化していったが、父親はAを叩いたことも忘れてしまったかのように無関心な態度であった。そして両親面接では、母親は「子育てに余裕がなくてAには厳しく接しすぎたかもしれない。AにはADHDという病気があるかもしれないが、問題行動が起こってきているのは父親が感情的になって叩いてしまったり、そうかと思うと全く関わろうとしなかったり一貫してないからではないか。母親自身が子育てに余裕がなくなってしまうのも、父親が子育てに協力してくれないからではないか」と語った。父親は「Aの行動をみていると、自分が小さい頃に怒られたことを思い出す。いらだったりみじめな気持ちになり、Aを見境なく叱りつけてしまったり、無視して母親に任せっきりにしてしまった」と語った。両親面接のテーマは、Aの反抗的な行動へ対処する方法から夫婦が協力して子どもの養育にどのように関わっていくかに移ってきている。その後Aは自宅へ戻り、親への反抗的な態度は少なくなり

あきらめたような抑うつも減ってきている。そして両親にはADHDのペアレント・トレーニングに参加してもらうことを検討しているが、今後も児童相談所(一時保護などの危機介入)や学校との連携を必要とすると思われる。Aは初診時にはADHD(混合型)、ODD、入院時にはADHD(混合型)、CD、適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)と診断された。AはDBDマーチのODDからCDへ展開しかけていた症例で、ADHDとODDを合併したODDの中核群とみなすことができるだろう。Aの問題行動が目立つようになっていった背景には、祖母の病気をきっかけに強迫的な母親はAを叱責することが多くなった。ADHDの父親は祖母の介護問題の解決策を計画できず、余裕をなくした母親を援助できなかった。親の叱責がAの反抗的な感情を刺激し、それに反応した親がさらに強く叱責するという悪循環が生じ、両親は親としての機能を失いAを身体的に虐待するようになっていった。Aは家庭では父親を回避し、母親に甘えと攻撃の入り混じった両価的な感情を向けるようになっていった。このAの展開で見られるように、外在化障害と内在化障害の各展開は独立して進行していくものではなくしばしば相互に移行が生じるようである。そしてADHDの存在が、外在化および内在化障害の展開を通じて人格障害にまで至る可能性を少なからず高める要因となっていることを、ADHD治療の早い段階からさまざまな領域の治療・援助者は意識しておく必要があると思われる¹⁴⁾。また、Biedermanら³⁾は、6~17歳のADHD140名を、対照群、およびそれぞれの第1親等者を含め4年後に再調査し、85%が症状を持ち続け、15%は寛解していたと報告している。寛解群を12歳以前の10人とそれ以降の9人に分け、持続群、対照群と比較すると、初診時の認知能力や学習障害の程度、治療内容で有意差はなく、持続を予測する因子としては、ADHDの家族歴、心理社会的逆境(特に父親の精神病理、家族内葛藤)、反社会性、気分障害、不安障害の併存であったと報告している。実際にAのようにADHDの子どもの家族には多くの問題を抱えていることが多く、親が子どもを虐待することにつながっていく可能性もある。治療者が治療を始めるにあたって、ど

のくらい親が親としての機能を果たしているかを評価することと、子どもと親、そして両親間の感情のすりあわせができるように働きかけることは重要であると思われる。

IV. おわりに

ADHD のもっとも深刻な併存障害として、反社会性人格障害との親和性を指摘する研究が米国を中心に多数みられる。わが国でも ADHD の治療経験が増し、疾患の同定と治療開始の時期が早まり、治療的介入が改善されるにつれて、ADHD の展開は多様であり、必ずしも深刻な展開が多いわけではないことは知られつつあるが、まだ前方視的な子どもの追跡調査は報告されていない。ADHD は、その病因、診断、治療、そして経過予後についてまだまだ検討されるべき課題が多い障害である。今後、子ども、青年、成人にあった治療プログラムの確立を模索していく必要があると思われる。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR). APA, Washington, D.C., 2000. (高橋三郎, 大野裕, 柴矢俊幸訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002.)
- 2) Barkley, R.A. : Attention-deficit hyperactivity disorder, 2nd ed. The Guilford Press, New York, 1998.
- 3) Biederman, J., Faraone, S.V., Milberger, S. et al. : Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence. Result from a four-year prospective follow-up study. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 35; 343-351, 1996.
- 4) Biederman, J. : New data on ADD and girls. Attention, 4; 38-40, 1998.
- 5) Biederman, J., Faraone, S.V. and Mick, E. : Clinical correlates of ADHD in female : findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 38; 966-975, 1999.
- 6) Brown, R.T., Madan-Swain, A. and Baldwin, K. : Gender differences in a clinic-referred sample of attention-deficit-disordered children. Child. Psychiatry Hum. Dev., 22; 111-128, 1991.
- 7) Dulcan, M.K., Dunne, J.E., Ayres, W. et al. : Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 36 (10Supplement); 85S-121S, 1997.
- 8) Fossati, A., Novella, L., Donati, D. et al. : History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder : A controlled study. Comprehensive Psychiatry, 43; 369-377, 2002.
- 9) Goldstein, S. and Ellison, A.T. : Clinician's guide to adult ADHD. Assessment and Intervention. Academic Press, San Diego, 2002.
- 10) Hollowell, E. and Rateley, J.J. : Driven to Distraction : Recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood. Simon & Schuster, New York, 1994. (司馬理恵子訳 : へんてこな贈り物. インターメディアカル, 東京, 1998.)
- 11) 中根晃 : AD/HD の青年期・成人期. 精神科治療学, 17; 51-58, 2002.
- 12) Resnick, R.J. : The hidden disorder. A clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults. American Psychological Association, Washington, D.C., 2000. (紅葉誠一訳, 大賀健太郎, 霜山孝子監訳 : 成人の ADHD 臨床ガイドブック. 東京書籍, 東京, 2003.)
- 13) 齊藤万比古, 原田謙 : 反抗挑戦性障害. 精神科治療学, 14; 153-159, 1999.
- 14) 齊藤万比古 : 注意欠陥/多動性障害 (ADHD) とその併存障害—人格発達上のリスク・ファクターとしての ADHD—. 小児の精神と神経, 40; 243-254, 2000.
- 15) 田中康雄 : 注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の診断と治療. 臨床精神医学, 31; 1057-1065, 2002.
- 16) Ward, M.F., Wender, P.H., Reimherr, F.W. et al. : The Wender Utah Rating Scale : An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. Am. J. Psychiatry, 150; 855-890, 1993.
- 17) Weiss, M., Hechtman, L., Weiss, G. et al. : ADHD in parents. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 39; 1059-106, 2000.
- 18) Weiss, M., Hechtman, L. and Weiss, G. : ADIID in adulthood. A guide to current theory, diagnosis, and treatment. The Johns Hopkins University

Press, Baltimore, 2000.

- 19) Weiss, M. and Weiss, G. : Attention deficit hyperactivity disorder. In : (ed.), Lewis, M. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive Textbook, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p.645-670, 2002.
- 20) Wender, P.H. : Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Oxford University Press, New York, 1995. (福島章, 延与和子訳: 成人期の ADHD 病理と治療. 新曜社, 東京, 2002.)