

している。なお、不登校はこの3グループのいずれか一つに定めがたい複雑な問題行動であり、自己へ向かう攻撃性、家族に向かう攻撃性、学校・社会へ向かう攻撃性のうちの複数が重なった特徴をもつと同時に、攻撃性そのものが直接的に表現されるだけでなく、自らを駄目にすることで親や社会に抗議しているような受動攻撃的な表現も加味されている。

思春期の子どもが表す心の症状と疾患は以上のように多彩であり、そのうえ症状はきわめて流動的で、症状の深刻度が必ずしも疾患の重篤度と一致しないという特徴がある。このため思春期のこころの疾患は、病名からだけではなかなかその実態を把握しがたく、治療の展望も得がたい。たとえば不潔恐怖を主症状とする強迫性障害の中学生といっても、その内容は千差万別であり、健康度の高い神経症水準の自我機能をもつ子どもの比較的治療に反応しやすい強迫(A)、母親を巻き込み奴隷のように縛る反面で外界には臆病で過敏な子どもの強迫(B)、社会には警戒心が強く回避的な注意欠陥/多動性障害の子どもが高い衝動性とともを示す強迫症状(C)、被害妄想や幻聴を持ち確認とやり直しの儀式が執拗で、行動が著しく遅くなる子どもの強迫(D)などのさまざまな病態が存在する。これらをバランスよく評価し、合理的に治療へつなげていくためには、症状や疾患概念を超えて精神疾患を整理する独自の視点が思春期の子どもの診療では、とくに必要である。

図はそのような考えかたの一つを示したもので、疾患を病態水準、すなわち病気の子どもの人格の統合水準を評価して神経症水準、境界水準、精神病水準に3分類する「病態水準軸」と、その子どもが発達障害という体質的特質をもっているか否かから発達障害がないもの、軽度発達障害をもつもの、典型的発達障害のものに3分類する「発達障害軸」の関連によって評価しようとするものである。ちなみに、上記の強迫

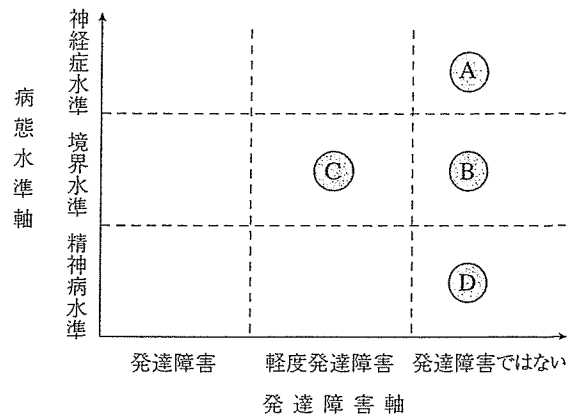


図 思春期精神疾患の評価図

性障害の4種類の病態を図に書き込んでみたくて参照されたい。

おわりに

最後に、思春期の精神疾患に対する治療における、次のような基本姿勢を呈示してまとめたい。

①思春期の子どもに対する治療介入は成人に比べ非言語的交流が中心となる。それ以前の年代に比べて言語能力を大人並みに獲得してきた思春期の子どもも、思春期に高まる両価性のために、しばしば言語的交流はいたずらに緊張を高めたり、治療を破壊しようとする気持ちを刺激することがある。したがって思春期でも、遊びをはじめとする非言語的な治療技法を積極的に取り入れて、言語的交流の要素を少しずつ増加させていくといった工夫が必要となる。

②思春期の子どもの治療においては、親の支持機能を引き出し、親を支えることをつねに心がけていなければならない。あくまでそれを前提としたうえで、子どものこころを踏みにじることから抜け出せない虐待的な親との治療における関係の特殊性、例外性が慎重に検討されなければならない。

③医師のみならずすべての治療スタッフは、各職種の医療活動を通じて、思春期患児の高

まった両価性（依存と反撥）に対して、「受容」と「制限」を処方しながら、子どもに伴走する存在となる。

④思春期発達における仲間集団の意義、とくに社会への橋渡し役の意義は非常に大きい。思春期患児の仲間集団の形成とその活動を支え治療的に利用することがしばしば必要になる。

⑤思春期治療にかかわるすべての治療スタッフは、他職種と連携して子どもの問題解決と発達を息長く待てる柔軟さと適度な楽観主義が求められる。そして同時に、子どもの病態水準の動きを見逃すことなく評価し続ける静かな目をもっていなければならない。思春期の子どもの治療者は、この矛盾を抱えて動じない覚悟をしばしば試されるのである。

●文 献

- 1) Mahler MS, Pine F, Bergman A: The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books Inc., New York 1975, 高橋雅士, 織田正美, 浜畑 紀・訳: 乳幼児の心理的誕生 母子共生と個体化. 黎明書房, 名古屋, 1981
- 2) Blos P: On Adolescence A Psychoanalytic Interpretation. The Free Press, New York, London, 1962, 野沢栄司・訳: 青年期の精神医学. 誠信書房, 東京, 1971
- 3) 齊藤万比古: 思春期の仲間集団体験における“いじめ”. 思春期青年期精神医学 11 (2): 107-114, 2001

著者連絡先

〒272-0827 千葉県市川市国府台 1-7-3
国立精神・神経センター精神保健研究所
齊藤万比古

第14回日本シェーグレン症候群研究会のお知らせ

会 期 2005年9月16日(金曜)～17日(土曜)
会 場 千葉市文化センター(〒260-0013 千葉市中央区中央2-5-1)
特別講演 「免疫記憶と疾患制御」
徳久剛史(千葉大学大学院医学研究院免疫アレルギー学講座)
イブニングセミナー 「自然免疫と自己免疫疾患」
三宅健介(東京大学医科学研究所感染免疫部門)
シンポジウム 「シェーグレン症候群の自然経過—小児から成人まで—」
演題締切 平成17年5月30日(月曜)
参加費 13,000円(懇親会費込み)

事務局 〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1
千葉大学大学院医学研究院小児病態学 富板美奈子
TEL 043-226-2144 FAX 043-226-2145
e-mail: tomiita@faculty.chiba-u.jp

思春期の病態理解

齊藤万比古*

I アドレッセンスについて

アドレッセンスの子どもや青年の心の治療に関わることを、アドレッセンスの人間特有な扱いにくさや交流の難しさから嫌う専門家が多数存在する一方で、このようなとらえ難さがあるからこそアドレッセンス治療に強い関心を持つ専門家も少なくない。この魅力でもあり欠点でもあるアドレッセンスの心性の矛盾した側面は、そのままアドレッセンスに発現する精神疾患の病態のとらえ難さに通じる要因となっている。この点に関して Masterson は、(a) 青年の精神症状は曖昧で明確になりにくい、(b) ある疾患概念から別の疾患概念に移行しやすい、(c) 病像が精神病理の結果だったのか、単にアドレッセンスの問題が誇張されていたか後にならないとわからない、(d) アドレッセンスの精神症状は多くの場合、ごくありふれた一過性のものである、という4点の特徴をあげて解説している (Masterson, 1967)。換言すれば、アドレッセンスの精神病理は非常に流動的で重症度に変化しやすく、症状は存在する

精神疾患の結果と必ずしも言えず、アドレッセンス発達の諸段階の特徴を反映した一過性・反応性の現象か精神疾患によるものかは経過を追わないと確定できないということになる。40年ほど以前の Masterson のこのような示唆は、現在の精神医学においてもそのまま通用するものである。本文はこうしたアドレッセンス、特にその入り口にあたる10歳から15歳までの時期に子どもの精神病理を形成する諸要因について考察することを目的としており、まずその心の世界の発達段階特有な特徴に触れ、次いで代表的な精神疾患の思春期的意味を考えてみたい。

なお、本文で「アドレッセンス」という表記を採用している理由は、adolescence にあたる日本語には「思春期」「青年期」「青春期」などの用語があり、そのいずれも確定した訳語としての地位を占めていないためである。アドレッセンスとは10歳過ぎから25歳過ぎまでの約15年間を指して呼ぶ用語と理解でき、Blos (1962) はこの期間を表1に示したような5期に分類しているが、筆者はそのやや細分化しすぎている観のある Blos

Some Aspects for Understanding Psychopathology in Preadolescence and Early Adolescence

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

表1 思春期の諸相

筆者の分類	Blos (1962) の相期分類	年代
前期アドレッセンス	Preadolescence	10 歳～15 歳
	Early Adolescence	
中期アドレッセンス	Adolescence Proper	16 歳～20 歳
	Late Adolescence	
後期アドレッセンス	Postadolescence	21 歳～(25 歳)

の相期分類を約5年間ごとに「前期アドレッセンス」「中期アドレッセンス」「後期アドレッセンス」の3期に組み替えて本文で用いていきたい。前期アドレッセンスとした10歳過ぎから15歳までという約5年間は、人生の中でも幼児期と並んで、わずかな年月の間に劇的な心的世界の展開を遂げる時期にあたる。この前期アドレッセンスにおける心的発達の発達課題は、要約すれば「母親像からの分離」であるといつてよいだろう。アドレッセンスが「両親像からの分離」と「自分探し・自分作り」という二大目標を達成して世界へと旅立つための準備期間であると考えれば、前期アドレッセンスの約5年間は主として両親像、とりわけ母親像からの分離に取り組むことになり、それに続く15歳過ぎから20歳過ぎくらいまでの中期アドレッセンスには自己の独自性と独立性の確立が目標となり、20歳過ぎから25歳前後までの後期アドレッセンスには実社会における社会的活動の予行演習を通じて独立した生き方の経験を積み、25歳過ぎのどこかでアドレッセンスを脱していくと考えられている。表1でアドレッセンスの終了年齢である25歳に小括弧をつけて記載したのは、アドレッセンスの出口に当たる年齢の幅が大きく、「25歳過ぎから30歳頃までに」としかいえないからである。思春期心性とは成人の心の構造物の一つとして生涯にわたって存在し続け、事あれば頭をもたげようとするものである。その意味では、アドレッセンスの出口は“open ended”と表現したほうが適切なのかもしれない。

II 前期アドレッセンスの心的世界の特徴

母親像からの分離を確立しようとする前期アドレッセンスの子どもの心性を鮮やかに特徴づけているのは、第1に幼児期の心性が部分的に再現している（すなわち部分的退行が生じている）ということにある。

この年代の子どもをとらえがたいと感じる

のは、年齢相応の大人びた言動と幼児的な甘えの欲求や自己中心性が当然のように同居し、大きななりをした幼児と言いたくなるような矛盾した言動をたれながすといった特徴が色濃く見て取れるからではないだろうか。この退行により顕在化してくる幼児期心性とは主として2歳から3歳過ぎ頃の心性、すなわちFreudのいう肛門期心性、Mahler (1975) のいう分離—個体化過程の“rapprochement subphase”の心性である。この心性を中心に、さらに4歳から6歳にかけてのエディプス期的心性や、0歳から1歳過ぎくらいまでの口唇期的心性も混入してくると考えてよいだろう。このrapprochement 的心性の特徴をあげれば、自分の願望や衝動へのコントロールをめぐる、そして母親への愛着をめぐる矛盾した願望の両価性にある。さらに、口唇期心性はミルクを求める欲求と関連した貪欲さの出現と、その出現に対する過剰な恐れが思春期心性に混入してくることで気づかれ、エディプス期心性は母親への愛着の増大に関連して目立ってくる父親に対する回避傾向として現れる。アドレッセンス前半期の心性の第2の特徴といってもよい極めて高い両価性の存在はこうした退行的心性の結果と言ってもよいと思われる。

この年代の心性の第3の特徴は、こうした発達退行が親と同じ迫力や体力を持つようになって経験せねばならないということの危機性にある。大半の子どもの場合には、親子の関係性が大きな崩れを示すことなくアドレッセンス前半期を通過していくことができ、その間に親に支えられながら

親離れを果たすという矛盾に満ちた発達課題に取り組んでいる。その間、親もまた子どもが向け続ける両価性によく耐え、両親像からの独立に向けた子どもの心的発達を支えているのである。しかし、もしも環境要因として親子の関係性における不均衡が存在する場合、例えばアドレッセンス前半期の男子でエディプスの父親像が存在しない、女子で支配的でない受容的母親像が存在しない家族状況にあるとすれば、それはこの年代の子どもを悪循環的に幼児期心性のよりいっそう優勢な状況に追い詰めていく可能性がある。あるいはまた、幼児期心性が優勢なまま「潜在期」と呼ばれる小学校低学年を過ごした子ども、すなわち幼児期におけるある種の重要な葛藤がまったく未解決のまま潜在期の日々を過ごしてきた子ども（例えば被虐待児）の場合には、親と同等の力を持って圧倒的に優勢な幼児期心性を抱えるという親子の関係性の前期アドレッセンス特有な変化により、際立った破壊的状況と直面させられることになる。

第4の特徴としてあげるべきは、前期アドレッセンスの子どもは幼児と異なり、その10年におよぶ中枢神経系の発達と社会的経験の積み重ねから、外界の支持機能を親離れの支えに利用するという能力を獲得しているということである。親から離れ始めるとき、子どもは必然的に親から見捨てられ、無力なまま世界に孤立しているという思い（すなわち「見捨てられ抑うつ」[Masterson, 1972]）を持つものである。これに対抗する手段として前期アドレッセンスの子どもは、“gang”と呼ばれる一体感を追求する画一的仲間集団や、“chum”と呼ばれる理想化した親子関係を外在化した、あるいは異性との恋愛の模擬体験のような親友関係に入れ込んだり、学校での勉強やスポーツ、あるいは芸術活動などで周囲から認められたり、教師との親子関係にも似た強い情緒的結びつきを求めるのである（保坂, 2000; 齊藤, 2001）。しかし、この外界での関係性を利用して親離れに耐えるという方策は文字通り諸刃の剣であり、必然的により多くの支援を求める外界への「過剰適

応」を強化することになる。この過剰適応という姿勢は、社会的失敗への感受性を過度に高めるため、しばしば外界での些細な失敗の過大評価を生むことになり、驚くほど決定的な挫折となって大人たちを驚かせることが多い。こうした前期アドレッセンスの子どもの過敏性や脆弱性は大きな個人差があるものの、この発達段階特有な共通の心性でもあることを忘れてはならないだろう。

そして第5の特徴としてアドレッセンスの子どもや青年に特異的な自己愛性をあげておきたい。Blos (1967) が、Mahler の幼児期における分離—個体化理論を継承して「第二の個体化過程 (second individuation process)」と呼んだ前期アドレッセンスの母親離れに始まる子どもの自立過程は、自らの存在を自ら支えて生きることができるといふ最終目標を目指した発達過程に他ならない。しかし、その課題を達成するまでの過程はけっしてなだらかで容易な道ではない。その達成まで続く、相対的に過敏で傷つきやすい心を支える機能を担うのが、相対的に高まった自己愛性である。アドレッセンスの年代で自己愛性が最も高まり顕在化するのは16歳以降の中期アドレッセンスと筆者が呼んだ5年間であるが、10歳過ぎのある時点でアドレッセンスが開始したとき、おそらくそれと機を一にして、子どもの自己愛性は潜在期の水準から亢進し始める。前期アドレッセンスを通じた親離れの進行により促進される仲間集団への入れ込みは、当初メンバーの質が同一であることによる一体感に支えられた孤立感の防衛という意義が大きいのに対し、徐々に仲間のある種の資質を理想として同一化しようとする結びつきへと発展していく。このような前期アドレッセンスの仲間集団の発達を支えているものの一つが高まりつつある自己愛である。この前期アドレッセンスにおける自己愛性は、ヨチヨチ歩きの幼児が母親からはなれて探索行動に没頭しているときの万能感に根ざしたものであり、幼児が親から離れすぎたことや親の不在に気づいた際の無力感や落ち込みと同じように、前期アドレッセンスの子ど

表2 前期アドレッセンスの精神症状と精神疾患

	症状の種類 (具体例)	代表的な疾患
1.	不定愁訴, 身体疾患の増悪 (腹痛, 気管支喘息 etc)	身体表現性障害, 心身症
2.	不安・恐怖 (分離不安, 予期不安, パニック発作 etc)	全般性不安障害, パニック障害, PTSD
3.	対人恐怖 (不登校・ひきこもり, 視線恐怖 etc)	社会不安障害, 妄想性障害
4.	強迫症状 (不潔恐怖, 洗手強迫, 確認強迫 etc)	強迫性障害
5.	転換・解離症状	転換性障害, 解離性障害
6.	抑うつ症状 (無気力, 悲哀, 自己否定, 自殺願望 etc)	大うつ病性障害, 気分変調性障害
7.	問題行動	
	a. 自己に向かう攻撃性 (自傷行為, 拒食, 過食 etc)	摂食障害, 境界例
	b. 家族に向かう攻撃性 (反抗, 家庭内暴力 etc)	反抗挑戦性障害, 境界例
	c. 社会へ向かう攻撃性 (反抗, 非行, 少年犯罪 etc)	反抗挑戦性障害, 行為障害
8.	精神病症状 (自我障害, 幻覚・妄想, 躁状態 etc)	統合失調症, 双極性気分障害

も仲間集団における孤立や失敗によって自己愛を傷つけられると、無力感や空虚感と共に分離不安が急激に高まって、母親の元に駆けもどり、家庭にひきこもろうとする。すなわち、外界で傷ついた自己愛を母親との一体感に基づく幼児的な自己愛性に退行して防衛しようとするのである。これに対して中期アドレッセンスの自己愛性は、より母親から分離した状況で発現するものであり、自己の独立性が完全なものであるか否かという点をめぐる過敏性として現れるという特徴があり、当然ながら自己愛を傷つけられそうな危機に対しては自己へひきこもることで対処しようとする。

Ⅲ 思春期の心の障害について

表2に示したリストは前期アドレッセンスの子どもに見出すことが多い精神症状と精神疾患である。もともと幼児期から前期アドレッセンスまでの子どもは、ストレスの増大による内的葛藤の高まりを言語 (すなわち精神症状) より、身体の生理的変化 (すなわち身体症状) や行動 (すなわち問題行動) を通じて表現する傾向がある。子どもが内面で増大する違和感や進行している危機を、最も敏感に、そして最も早期に表現するのは腹痛、頭痛、めまい、嘔気といった不定愁訴であり、以前から持っていた機能性の疾患やアレルギー疾患の唐突な増悪である。問題行動もまたしばしば精

神疾患の重要なサインであり、心を病む子どもの救難信号である。問題行動は表2で示したような攻撃性の方向による3種類のグループに分けている。その第1グループは「自己へ向かう攻撃性」と理解できるもので、手首自傷、薬物乱用、拒食、過食、女子の性非行などがこれに含まれる。この自己へ向かう攻撃性もたまたま問題行動は、いずれも自己破壊的行動と理解できる一方で、快感を追求してやまない耽溺的、依存的な側面を併せ持っているところに特徴がある。前期アドレッセンスの境界例は、この年代特有な母親離れによって刺激された孤立感や空虚感が常軌を逸して高まってしまう病態に対する診断概念 (DSM-IVでは採用されていない) であり、上記のいずれの自己破壊行動にも親和性が高く、またそれらの行動に対して耽溺的・依存的になりやすい (Masterson, 1972)。第2グループの問題行動は「家族に向かう攻撃性」と呼べるもので、子どもから家族への反抗や家庭内暴力がこれにあたる。家庭内暴力は単独に生じているもの、不登校に伴うもの、強迫儀式への巻き込みから始まるもの、精神病症状を伴うものなどがある。いずれにしても家庭内暴力は、前期アドレッセンスに生じる母親との退行した共生関係において亢進した両価性が原動力であると思われる。また、親や外界の権威的人物に対する前期アドレッセンスの反抗も両価性の命ずる

ままた甘えたり逆らったりをくりかえして内的な危機を大人にアピールしている姿と理解できる側面を持っている。境界例はこの分野での問題行動にも親和性が高い。第3グループの問題行動は「学校・社会へ向かう攻撃性」と呼ぶべきもので、これは学校および地域社会の特定の人物や状況に対する反抗や、それがもっと拡大した非行、あるいは少年犯罪を意味している。なお、不登校はこの3グループのいずれか一つに定めがたい複雑な問題行動であり、自己へ向かう攻撃性、家族に向かう攻撃性、学校・社会へ向かう攻撃性のうちの複数が重なり合った特徴を持つと同時に、攻撃性が直接的に表現されるだけでなく、自らを駄目にすることで親や社会に抗議するといった受動攻撃的な表現も加わってくる。

前期アドレッセンスに見出すことのできる精神症状には、さまざまな不安や恐怖、強迫症状、転換・解離症状、抑うつ症状、精神病症状などが代表的なものといえよう。この年代の不安・恐怖は表2に示したような予期不安、分離不安、パニック発作などが一般的であり、母親像からの分離をめぐる直接的な恐れや、自立的であることに過剰適応気味な失敗や恥をかくことにまつわる予期不安などが代表的なものである。対人恐怖の傾向はこの年代では社会恐怖の主症状である過度の内気さとして見出すことはあるが、自己視線恐怖や自己臭恐怖などは中期アドレッセンスほど一般的ではない。強迫症状も前期アドレッセンスの開始と共によく出会うことになる症状だが、思春期の強迫症状の多くは母親を「清め」の儀式に巻き込んだ不潔恐怖である。転換症状とは心の葛藤が身体症状に置き換えられたと理解できる「身体疾患なき身体症状」であり、朦朧状態や記憶喪失などの解離症状とともに、以前はヒステリー症状と一括りにされていたものである。抑うつ症状は、無気力になる、悲哀感が増し涙もろくなる、希望を失う、死にたくなるといった症状であり、思春期でもけっして稀なものではない。さらに精神病症状であるが、急性の精神運動興奮状態や錯乱状態

のような激しい表現も含まれるが、自分の考えが他者へ漏れていく、自分の思考や行動が他者にコントロールされているといった自我障害も、幻聴や被害妄想などとともに前期アドレッセンスを通じて徐々に発現が増加してくる精神病症状の一種である。

こうした諸症状に対する精神医学的診断は、ICD-10によるにしろDSM-IVによるにしろ、症状の組み合わせがある疾患概念の診断基準に当てはまった場合に下されるものとされている。しかし、疾患の診断名だけでは治療に結びつく十分な情報とはいいがたい。そこで、例えばDSM-IVは、5軸にわたる多軸診断によって個々の患者の特性を具体的に描き出そうと工夫している。さらに、アドレッセンスの子どもの病態を理解するうえで特に留意すべき点は、Mastersonが指摘したようなアドレッセンスにおける疾患の流動性である。同じ不潔恐怖を呈しながら、ある子どもは強迫性障害を克服して健康な青年へと育っていくのに、別の子どもは長く母親を巻き込んだ強迫症状にいつまでもこだわって、家庭内暴力的な自己中心性を発揮しながら家庭にひきこもり続ける。中には、やがて幻覚や妄想を顕在化させ統合失調症であることが明らかになる者もいる。このような事態を、前期アドレッセンス段階では症状や疾患がまだ十分に区別されない原始性にとどまっているという観点、一定の症状の背景で病態の深さが変化していくという観点の両者からとらえ、注意深く経過を追跡し、折々に再評価・再診断をくりかえすという姿勢が求められるところである。

さらに前期アドレッセンスの病態理解にあたって忘れてならない点は、さまざまな精神疾患の背景要因を評価していくと稀ならず浮かび上がってくる軽度発達障害の存在である。反抗挑戦性障害や行為障害を呈したり、強迫症状に縛られたり、受動攻撃的な頑固さで不登校を続ける前期アドレッセンスの子どもが、衝動性や多動に由来する不適応行動を幼い時期から叱責され続けるという成育史をもっており、アドレッセンスに入る頃には

自尊心は修復困難なほど傷つき低下しているといった背景が明らかになる場合がある。あるいは、中学生になる頃から周囲のからかいや無視にたいして非常に被害的になり刃物を準備して復讐の準備を行ったり、あるいは低学年の子どもや幼児に性的な関心を持って接近するといった問題行動を繰り返す前期アドレッセンスの子どもに、奇妙なこだわりや他者の感情への無関心のために小学校入学後まもなくから孤立し、級友のからかいの対象であり続けた過去が明らかになる場合もある。こうした状態の起源を説明できる有力な観点が、前者は注意欠陥/多動性障害 (ADHD)、後者は広汎性発達障害 (PDD) の子どもではなかろうかという発達障害の関与を想定することである。ADHD, PDD, あるいは境界知能児のような軽度発達障害の子どもは、アドレッセンスを通じて独特な発達課題を持っており、特に前期アドレッセンスにおいて仲間集団との関係が形成しにくいこと、自尊心の低さが適切な自己像の形成を阻害する傾向があることなどの理由で、親からの分離と個体化に重大な問題が生じやすいというリスクを持っている。そこで、前期アドレッセンスの子どもの精神疾患を評価する際には、軽度発達障害が背景に存在するか否かという点の査定を必ず意識しなければならない。

おわりに

以上、前期アドレッセンス (10歳～15歳) の子どもの心の発達とその病理について解説してきたが、この年代特有な心の在り様をいささかなり

とも伝えることに成功しているとしたら幸いである。この年代の子どもを治療することの魅力は、子どもから大人へと向かう心のダイナミックな展開点で示す症状の多様性と、意外なほど回復しやすい反面、表面的な重症度がその判断の基準となりにくいという症状の流動性に取り組むことにあるのではないだろうか。加えて、一筋縄ではいかない前期アドレッセンスの子どもたちの両価性を、辛うじて支えることに成功した際に私たちが感じる心の弾む思いは、この年代の子どもの治療に関わる者のみが知る手応えといつてよいだろう。

文献

- Blos P (1962) On Adolescence: A psychoanalytic interpretation. The Free Press, New York, London. (野沢栄司訳 (1971) 青年期の精神医学. 誠信書房.)
- Blos P (1967) The second individuation process of adolescence. In: The Psychoanalytic Study of the Child 22. International Universities Press, New York, pp.162-186.
- 保坂亨 (2000) 学校を欠席する子どもたち—長期欠席・不登校から学校教育を考える. 東京大学出版会.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York. (高橋雅士, 織田正美, 浜畑紀訳 (1981) 乳幼児の心理的誕生—母子矯正と個体化. 黎明書房.)
- Masterson JF (1967) The Psychiatric Dilemma of Adolescence. Brunner/Mazel, New York.
- Masterson JF (1972) Treatment of the Borderline Adolescent: A developmental approach. John Wiley & Sons, New York. (成田善弘, 笠原嘉訳 (1979) 青年期境界例の治療. 金剛出版.)
- 齊藤万比古 (2001) 思春期の仲間集団体験における“いじめ”. 思春期青年期精神医学, 11; 107-114.

ADHDの長期転帰

渡部京太

国立精神・神経センター国府台病院児童精神科

齊藤万比古

国立精神・神経センター精神保健研究所

はじめに

注意欠陥／多動性障害（以下ADHDと略す）は、不注意、多動、衝動性という主症状だけで成立している疾患ではなく、多数の併存障害を併せ持つものが多い疾患とされ、併存障害の存在はADHDの状態像をさまざまに修飾する。そしてADHDは、反抗挑戦性障害（ODD）や行為障害（CD）といった「行動障害」、不安障害、気分障害といった「情緒障害」の併存が多いといわれている。さらに、欧米で行われたADHDの子どもの予後調査から、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り、さらに青年期後期、成人期にかけて反社会的な行動化を伴う人格障害へと展開する可能性が高い疾患ともいわれている。

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、治療的介入も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が知られつつある。

本稿では、ADHDの子どもの青年期・成人期における経過と予後、ADHDの青年・成人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と思う。

ADHD児の青年期・成人期における症状の推移と経過・予後

米国精神医学会の診断基準であるDSM-IV-TRには、ほとんどの者では症状（特に運動面の多動性）は青年期後期から成人期に減弱するが、少数の者で成人期中期までADHDの症状をすべて満たすことがあること、

不注意優性型の多くは児童期後半になるまでに受診すること、ODD、CDを併存する子どもはなかでも多動性・衝動性優勢型と混合型に多いことが記載されている。

ウェイスらは、四つの前方視的な予後調査であるモントリオール・スタデイ、ニューヨーク・スタデイ、ミルウォキー・スタデイ、ビーダーマン・スタデイ（ビーダーマン・スタデイのみが青年期までの調査）について、青年期、成人期のADHDの予後をまとめている。

(1) 青年期における症状の推移と経過・予後

① 学業成績・四つの調査では、一三〜一八歳の年齢で学業成績は低く、教育の到達度が低いという結果だった。

② 精神状態・四つの調査では、ADHD群

は併存障害が多いという結果で（ADHD群五〇％vs対照群二〇％）、反抗挑戦性障害（以下ODDと略す）、行為障害（以下CDと略す）、大うつ病、物質乱用、不安障害、学習障害が多くみられた。

③反社会性人格障害・行為障害・四つの調査では、CDあるいは反社会性人格障害に発症するリスクが示された。ニューヨーク・スタデイでは、ADHD症状が青年期まで持続することは反社会性人格障害と薬物乱用に発症することと高い関連を示していた。反社会性人格障害のリスクは、ADHD群は二二～四〇％（対照群一～八％）だった。反社会性人格障害に発症するリスクは、ODDあるいはCDを併存している、ADHDの症状が青年期まで持続していたり、反社会的な家系の者に最も高かった。

④大うつ病・ビーターマン・スタデイでは、ADHD群は青年期中期において大うつ病に発症するリスクがあることを示したが、モントリオール・スタデイ、ニューヨーク・スタデイでは青年期後期において大うつ病のリスクではないという結果だった。

⑤交通事故・モントリオール・スタデイ、ミルウォォキー・スタデイでは、青年期後期のADHD群は交通事故や身体の損傷が多いという結果だった。

⑥犯罪・ニューヨーク・スタデイでは、平均年齢一八歳において、逮捕（ADHD群三九％vs対照群二〇％）、有罪判決（ADHD群二八％vs対照群一一％）、拘留（ADHD群九％vs対照群一％）という結果だった。

⑦家族要因・ミルウォォキー・スタデイとビーターマン・スタデイでは、ADHDの家族は不安定で、離婚率が高く、転居や転職が多いこと、父親に反社会性障害が多いという結果だった。

⑧青年期にADHDの症状はどのくらい持続するのか？四つの調査では、ADHDの症状は、青年期早期までで七一～八五％、青年期後期までで三一％持続すること、そしてADHDの症状の持続は、CDや反社会性人格障害の併存を多くすることと関連を示していた。

ビーターマンらは、ADHDの子ども一二人で、四年以上にわたり症状評価を五回行い、年齢による変化をみている。寛解を診断的寛解（DSM-III-RのADHD診断基準の一四項目中八項目未満）、症状的寛解（五項目未満）、機能的寛解（機能の全体的評定尺度〔Global Assessment of Functioning Scale: GAF尺度〕が六〇以上）に分けると、ADHD群では一九歳までに三八％がすべての診断基準を満たし、七二％が診断に必要な症

状の三分の一以上を満たし、九〇％が社会生活上の困難を抱えていたとしている。また、主症状のうち多動性は九～一一歳、衝動性は一二～一四歳に診断的寛解になるが、不注意は二〇歳以上の時点でも持続していることが多かったと報告している。

その他にビーターマンらは、六～一七歳のADHD一四〇人、対照群一二〇名を四年後に再調査し、八五％が症状を持ち続け、一五％は寛解していたと報告している。寛解群を一二歳以前の二〇人と以降の九人に分け、持続群、対象群で比較すると、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。このような報告から、反社会性、気分障害、不安障害といった併存障害の存在がADHDの子どもの予後に影響を及ぼすことが浮かびあがってくる。

なお、米国児童青年精神医学会のプラクティス・パラメーターでは、青年期のADHDの病像の特徴を、「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ぶさが増える。さらに、ODD、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。

(2) 成人期における症状の推移と経過・予後

① 学歴…モントリオール・スタデイ、ニューヨーク・スタデイ、ミルウォォキー・スタデイの三つの調査では、ADHD群は成人期において対照群と比較すると二、三年学歴は短いという結果だった。

② 職業歴…三つの調査では、ADHD群は二四、二五歳にかけて有意に職業の成功が少ないという結果だった。学歴は低いにもかかわらず、現在の就職率あるいは年間の収入については差は認められなかった。

③ 人格障害…三つの調査では、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。すなわちモントリオール・スタデイ（ADHD群二三% vs 対照群二%）、ニューヨーク・スタデイ（ADHD群二一% vs 対照群二%）、ミルウォォキー・スタデイ（ADHD群二一% vs 対照群四%）という結果だった。ミルウォォキー・スタデイでは、ADHD群の人格障害のリスクを、受動・攻撃的人格障害（ADHD群一九% vs 対照群八%）、境界性人格障害（ADHD群一四% vs 対照群二%）、演技性人格障害（ADHD群一四% vs 対照群〇%）、自己愛人格障害（ADHD群五% vs 対照群〇%）とあげている。

④ 気分障害…モントリオール・スタデイ、ニューヨーク・スタデイでは、ADHD群は二四、二五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。一方ミルウォォキー・スタデイでは、ADHD群の二七%に大うつ病を認めた（対照群二二%）。

⑤ 物質使用障害…モントリオール・スタデイでは、ADHD群と対照群の間で有意差は認められなかったが、ADHD群ではヘロインの使用や薬物売買が多い傾向を認めた。ニューヨーク・スタデイでは、ADHD群の一六%に物質使用を認めた（対照群は四%）。一致した結果はミルウォォキー・スタデイで得られ、コカイン（ADHD群三七% vs

対照群一八%）、アンフェタミン（ADHD群二九% vs 対照群八%）使用のリスクが増加する。

⑥ 性的行動…ミルウォォキー・スタデイでは、ADHD群の二〇%に性的行動の問題が認められ（対照群は二・四%）、初交年齢も対照群よりも低く、パートナー数も多く、産児制限をする機会も少ない。性行為感染症の感染率は高いといわれている。

⑦ 成人期におけるADHDの予後…ニューヨーク・スタデイでは成人期でもADHD群の四一%、モントリオール・スタデイでは六六%がADHDの症状が持続していると報告されている。ミルウォォキー・スタデイでは、平均二一歳の時にセルフレポートで二%が症状が持続しているが、親の評価では五八〜六八%に及ぶと報告されている。

米国児童青年精神医学会のプラクティス・パラメーターでは、ADHDの成人に物質乱用、不安障害、反社会性人格障害、気分変調性障害、気分循環性障害の明らかに高い併存がみられたと記載され、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、自己愛性人格障害が浮かびあがってくる。さらにプラク

ティス・パラメーターでは、成人のADHDの病像の特徴を、「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おこす。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。キャントウェルはADHDの長期予後について、

①青年期までにADHDの症状が消失してしまうものが約三〇%、

②青年期までADHDの症状が持続し、生活上さまざまな困難を示しているものが約四〇%、

③ADHDの症状の持続に加えて、さらに深刻な併存障害を持つようになるものが三〇%、と報告している。

また、マヌツァとクラインは、「二〇歳代半ばに对照群と比較すると、学校教育や職業の地位は低く、低い自己評価や社会技能の不十分さに苦しみ続け、反社会性人格障害や物質使用障害を示すようになる。実際はほとんどが就職し、高い教育を受けたり専門職に就く者もいる。ADHDの三分の二は成人期には精神疾患を示さない」とまとめている。

成人のADHDの概念

米国精神医学会の診断基準における成人のADHD概念の変遷について、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た。DSM-IV-TRでは、すべての基準を満たす成人のADHD (Adult ADHD) が本文中に初めて記載された。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。

成人の注意欠陥障害 (ADD) の診断基準のひとつに、ハロウエルとレイティーが作成したものがある(表1)。これは成人の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ものである。

表1の二〇項目のうち一五項目以上を認めることと、児童期にADD、ADHDが存在

表1 成人の注意欠陥障害 (ADD) の診断基準
(ハロウエルとレイティーによる)

- 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秩序だ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。

したことから成人のADD、ADHDと診断される。成人のADHDの行動特性は、ハロウェルとレイティの診断基準からよく理解できると思われる。

またバークレーは、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、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いう違いがみられると報告している。

わが国におけるADHD児の予後調査

わが国では、ADHDの子どもの前方視的な予後調査は行われておらず、予後調査の報告も少ない。われわれは、一九九九年一月から二〇〇一年六月までに国立精神・神経センター国府台病院児童精神科および同精神保健研究所、信州大学医学部附属病院子どもこころ診療部、奈良県立医科大学精神科を受診・来談し、DSM-IVの診断基準に準拠してADHDと診断された子ども一二五名(男一〇三名、女二二名)の、およそ三年後のA

DHDの症状、併存障害の有無、適応状況を評価する機会を得た。調査への協力が得られたのは、男六一名、女一〇名、計七二名(診断面接を行った一二五名の五六・八%)だった。

その調査の結果は、以下のようにまとめることができる。

① 診断面接時にADHDに広汎性発達障害(PDD)が併存していると考えられた症例は四名で、今回新たにPDDと診断がなされたものは二一名に達した。すなわち対象の六・四%がおよそ三年後にPDD症状を顕在化させていたこと、

② 今回調査時にPDDと診断がなされた一五名を除いた五六名のADHDの病型の推移は、ADHD症状が寛解したものは一六・一%で、残りの八三・九%はADHD症状が持続していること、

③ 今回調査時に併存障害を認めなかったものは一〇名(男八名、女二名)で、八一・八%に併存障害を認めたこと、

④ 今回調査時にODD、CDなどの「行動障害群」が二三名(男一七名、女六名・四一・八%)みられたこと、そして反社会性人格障害や物質使用障害、触法行為をしたものはみられなかったこと、

⑤ 不安障害や気分障害などの「情緒障害群」は、今回調査時に一三名(男八名、女五

名・二三・六%)みられたこと、抑うつ気分と関連した障害は「大うつ病性障害」「特定不能のうつ病性障害」「適応障害(抑うつ気分を伴うもの・不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)」がみられ五名(八・九%)に見いだされたこと、不安障害は「恐怖症」「強迫性障害」がみられ七名(一二・五%)に見いだされたこと、さらに境界性人格障害と診断できる女二名がみられたこと、

⑥ 医師がGAF尺度を用いて評価した適応状況については、八〇%がGAF尺度六〇以上となり機能的寛解と考えられたこと、

⑦ 養育者の適応状況の評価については、九二・九%の養育者が子どもの適応状況を「適応」「やや適応」と評価していた、

わが国では榎戸がADHD二七例(男一九例、女八例)の中期的な経過を報告している。多動や衝動性による攻撃性、迷惑行為は小学校高学年では問題となっておらず、かえって友人関係、学習、不登校の問題が現れ、中学校ではそれぞれ九三・三%、八〇%、四〇%に認められたという。

恐怖症や強迫症状などの神経症性障害は小学校高学年で出現し、中学では情緒不安定や抑うつ気分などの気分障害や強迫症状が出現するという傾向がみられ、さらに軽症のCDは男二例、女一例、ODDは男五名に認めた



有斐閣 since 1877
(資格は税込)
東京神田・神保町2/Tel:03-3265-6611

http://www.yuhikaku.co.jp/
図書目録送呈

LD・ADHDの 理解と支援

学校での心理臨床活動と軽度発達障害

牟田悦子編

(有斐閣選書 一七八五円)

LDやADHDのある子どもの学びや生活を支援するうえで大切な知識と理論、支援の実際、スクールカウンセラー等の役割を解説する。

発達障害の 心理臨床

子どもと家族を支える療育支援と心理臨床的援助

田中千穂子・栗原はるみ・市川奈緒子編

(有斐閣選書 一九九五円)

わかりにくかった発達障害概念を歴史の変遷から解説し、様々な機関のサポートシステム、療育支援や心理相談のエッセンスを易しく説明。

発達心理学

キョウゴ

内田伸子編

(有斐閣選書 一八九〇円)

100個の問いを立て、関連キーワードをてがかりに見開き2頁で読み説く。手軽な辞書として、小さな概論書として、知識の整理と理解に最適。「発達心理学」の面白さと魅力を伝える。

と報告している。

われわれの中期的な事後調査の結果は、榎戸の報告とほぼ同様の結果が得られ、米国の報告と比較すると行為障害、反社会性人格障害、物質使用障害、触法行為といった反社会的な問題行動の併存は少なく、気分障害や不安障害の併存気分障害や不安障害の併存についても少ないという結果だった。

子どものADHDの展開

「外在化障害」と「内在化障害」

ADHDは生涯にわたる障害で、同時に年齢により状態像が変化していくことに留意し、ライフ・サイクル(発達・成長の軸)における発達課題を視野に入れ、継続的かつ包括的で多面的な治療的介入を必要とする。

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、そして自己評価に注意を払うことが重要であるといわれている。

ADHDの子どもは、幼児期および学童期に適切な治療・援助を受けることで、多くの場合、良好な社会適応が可能になるという経過をたどっているようであるが、ADHDには社会適応がうまくいかない子どもも少なく存在している。

その一つは、攻撃性や他の衝動をめぐる葛藤が心の外側に向かって表現される傾向が強い場合で、「外在化障害の展開」と呼ぶことのできる経過である。その経過とは、ADHDの少なからぬ数がODDに展開し、このODDの大半は援助とともに回復していくが、一部は複数の種類の非行を繰り返すCDに展開し、このCDに展開したケースのごく一部ながら反社会性人格障害に展開するケースが

出てくるというものである。これは以前から齊藤らが「破壊性行動障害(DBDマーチ)」と呼んできたものである。

二つめは、攻撃性が自己を傷つける方向へと向かう、あるいは葛藤が内なる心的苦痛として体験される方向に深刻化していく展開であり、齊藤らはこれを「ADHDの内在化障害の展開」と呼んでいる。ADHDに伴いやすい葛藤、たとえば自己評価ないし自尊心の低下が自分は悪者で無能な存在であるといった気持ちを増加させていき、不安障害や気分障害などの「内在化障害」、あるいは周囲の期待に添わず動かないこと(すなわち自分のためにすること)で反抗する受動的攻撃的な反抗を生じさせる。この両者は混ざりあい、受動的攻撃的な反抗の心性が優勢な不安障害や気分障害となつて遷延化する可能性がある。多くはここから回復していくであろう。

が、一部はやがて依存的で社会に出て行く
としない非社会的傾向を強く持った依存性人
格障害や回避性人格障害、家族にしがみつき
家族を支配しようとする空虚感の強い境界性
人格障害、社会的な活動をせず、不従順によ
って親を苛立たせ続ける受動攻撃人格障害な
どに展開していく。

「外在化障害」「内在化障害」の各展開は独
立して進行していくわけではなく、しばしば
移行が生じるようである。ここで強調してお
きたいのは、ADHDの子どもが「外在化障
害」「内在化障害」の展開を必ずたどってい
くわけではないということである。

おわりに

ADHDは、その病因、診断、治療、そし
て予後・経過についてまだまだ検討されるべ
き課題が多いといわれているため、本稿では
なるべくADHDの予後経過について具体的
な数字を記載するようにした。わが国でもA
DHD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、治療的介入も改善され
るにつれて、必ずしも深刻な展開が多いわけ
ではないことが知られつつある。

先にADHDの家族歴、そして反社会性、
気分障害、不安障害といった併存障害の存在
がADHDの子どもの予後に影響することを

述べた。さらに、ピーターマンはADHDの
予後追跡調査の結果から予後に関連する因子
をあげている。

予後良好因子として、

- ① 他の精神障害の合併がないこと
- ② 良好な知的能力があること
- ③ 学習障害の程度が軽度であること
- ④ 過去において何かを達成したことがある
こと
- ⑤ 周囲からのサポートが得られること
をあげている。

予後不良因子としては、

- ① 感情が不安定なこと
- ② 衝動性が重度であること
- ③ 度重なる失敗の経験があること
- ④ 意気消沈していること
をあげている。

ADHDの子どもにとってADHDの存在
が、「外在化障害」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、教
育、医療をはじめとしたさまざまな領域の治
療・援助者はADHD治療の早い段階から意
識しておく必要があり、適切な治療・援助を
タイミングよく、かつ必要十分に提供し、こ
のような展開を示すケースを少しでも減少さ
せることに取り組まなければならない。

【主要参考文献】

Dulcan, M. K., Dunne, J. E., Ayres, W. et al.:
Practice Parameter for the assessment and
treatment of children, adolescents, and adults
with attention-deficit/hyperactivity disorder.
*Journal of the American Academy of Child
and Adolescent Psychiatry* 36 (10 Supplement)
・ 85S-121S, 1997.

Resnick, R. J.: The hidden disorder: A clini-
cian's guide to attention deficit hyperactivity
disorder in adults. American Psychological
Association, Washington DC, 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、二〇〇三年)

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』
四〇巻、二四三—二五四頁、二〇〇〇年

齊藤万比古、渡部京太「注意欠陥／多動性障
害 (ADHD) の中長期予後についての研究」
〔厚生労働省「精神・神経疾患研究委託費」14指
—8〕『注意欠陥／多動性障害の総合的評価と臨
床的実証研究 (平成一四年度—一六年度・研究報
告書) 二一七—二三三頁、二〇〇五年

Weiss, M., Weiss, G.: Attention deficit hyper-
activity disorder. In Lewis, M. (ed): *Child and
adolescent psychiatry: A comprehensive Text-
book. Third Edition.* Lippincott Williams &
Wilkins, Philadelphia, p. 645-670, 2002.

(わたなべ・きょうた／精神医学)
(やいとう・かずひ／精神医学)

II・ADHDにどう対応するか

ADHDをもつ子どもへの 夏期治療プログラム

山下裕史朗

久留米大学医学部小児科

夏期治療プログラムとの出会い

ADHDをもつ子どもの治療目標は、診断基準にあげてある一八項目の症状を単に除去するといった単純なものではない。おとな（教師や親）や子ども（友達や兄弟）との人間関係、学校や遊び、スポーツでの行動機能障害をできるだけ最小に、適応能力を最大にすることが治療の目標である。

ADHDへの社会的認識が高まるにつれ、軽度発達障害の子どもたちを多く診察している特定の医療機関、医師への受診が増え、対応しきれない状況となっている。

ADHDの子どもたちが将来成功するかは、

- ①保護者が効果的なペアレンティングスキルを用いているか、
- ②ほかの子やおとなとの円滑な人間関係、
- ③学業成績、

の三つの因子に左右されるが、病院での治療では、このような問題に対応できにくい。どうしても薬物治療が中心となってしまふ。

数年前、大病院でのADHD診療に閉塞感を感じていた私がたまたま出会ったのが、ニューヨーク州立大学バッファロー校、子ども家庭センターのホームページ (<http://wings.buffalo.edu/adhd/>)であった。私が特

に関心を持ったのが、バッファロー校でのADHDをもつ子どもと家族への包括的治療法、とりわけ夏期治療プログラム (Summer Treatment Program: STP) であつた。⁽¹⁾⁽²⁾

ぜひ、見学に行きたいと思い、センター長であり、心理学科教授であるペラム教授 (Pelham, W. E.) にメールを送った。幸い、日本小児科学会研究基金によるイーライリリ―海外研修フェローシップを受けることもでき、ニューヨーク州立大学バッファロー校で二〇〇三年夏に五週間研修を受ける機会を得た。

バッファローの 夏期治療プログラム

STPは、ADHDをもつ子どもたちのための集中治療プログラムであり、すでに二五年の歴史がある。現在、北米の二〇校ほどの大学でバッファロー校をモデルにSTPが行われている。STPには、①治療、②研究、③教育の大きな三つの機能があり、参加した子どもたちにエビデンスにもとづく効果的な治療法を提供するだけでなく、行動療法、薬物療法、両者の併用療法の効果検証など、ADHDの理解に貢献する莫大な研究が行われてきた。さらに、STPにカウンセラーとし

て参加した学生の多くが、健康科学や教育の分野で専門家として指導的立場になっていて、学生の臨床教育の場としても最適である。

このような実績を受け、バッファロー校のSTPは、一九九三年「子どもと家族の精神健康サービス提供のモデルプログラム」に米国心理学会から指定され、世界最大のADHDサポート団体であるチャド(CHADD: Children and Adults with ADD, www.chadd.org)でも「革新的プログラム賞」を受賞している。NIH(国立衛生研究所)の臨床研究でSTPが使われていることから、科学的評価に耐えられるプログラムとして定評を得ている。

STPの一般目標は、以下の六つである。

- ① 問題解決スキルやほかの子とうまくやっていけるという自覚を育てる
- ② 学習スキルや学業成績を改善する。
- ③ 指示に従う、課題を遂行できる、おとなの要求に応じるなどの能力を育てる。
- ④ 日々の生活(対人的、スポーツや学習場面など)で必要な能力を伸ばすことによってセルフエスティームを高める。
- ⑤ 子どものポジティブな変化を維持・強化するための方法を保護者に教える。
- ⑥ 薬物が子どもの学習や社会的機能におよ

ぼす効果を自然な状況で評価する。

バッファローのSTPは夏期休暇中八週間、子どもたちは月曜日から金曜日まで日帰り、大学キャンパス内の子ども家庭センターに通う。各自の行動や学業上の困難に応じた治療が提供される。医師(発達小児科医と児童精神科医)や心理士スタッフ、看護師の指導のもと、カウンセラー(訓練を受けた学生)が中心となって治療を行う。

五〜一五歳の子どもたちは同年齢の子ども一二名のグループに属し、毎日九時間を学習センターやレクリエーション活動で過ごし、グループとして行動すること、友達づくり、おとなとの適切なかわり方を学ぶ。一日のスケジュール例を表1に示す。各グループには健常児ボランティアも数名含まれる。

子どもたちは三時間を学習センターで教師、補助教師と過ごし、行動変容プログラム(Behavior modification program)は終日行われる。

学習センターでの活動は、

- ① 個別学習(算数、国語のプリント課題)、
 - ② 友達とペアになって教えあうピアチュータリング(Peer tutoring)、
 - ③ コンピュータを用いた個別学習、
- の三つのパートに分かれており、それぞれ後述するポイントシステムで行動や学習が評価

表1 夏期治療プログラムの1日のスケジュール例(バッファロー)

時間	活動	時間	活動
7:30-8:00	到着	12:15-13:15	バスケット試合
8:00-8:15	ソーシャルスキルトレーニング	13:15-13:25	移動・トイレ
8:15-9:15	サッカースキルトレーニング	13:25-14:25	その他のゲーム(ソフトボール)
9:15-9:25	移動・トイレ	14:25-14:35	移動・トイレ
9:25-11:35	学習センター(個人、ピアチュータリング、コンピュータ室)	14:35-15:35	水泳
11:35-11:45	移動・トイレ	15:35-15:45	移動・トイレ
11:45-12:00	昼食	15:45-16:45	美術
12:00-12:15	自由時間	16:45-17:00	自由時間
		17:00-17:30	下校

される。以上が二時間で、一時間は美術教室で個別あるいは小グループで作品を完成する。そのほかの時間は、スポーツスキルの少人数でのトレーニングや、スポーツの試合、グループでの問題解決トレーニング、ソーシ

ヤルスキルトレーニングなどを行う。

スタッフの指導のもと、各グループ五名のカウンセラーが子どもに少人数指導する。また、保護者もクラス別に夜間におこなわれる週一回のペアレントトレーニングにSTPスタート数カ月前から参加し、八週間のSTP期間中も継続する。

STPで用いられる主な手法

ポイントシステム

STPでは、子どもが適切な行動をとると報酬としてポイント（またはトークン）がもらえ、不適切な行動の場合は、ポイントを失う。このトークンシステムは、子どもの行動改善に多大なしかも即効的効果が示されている。

子どもがポイントを獲得できるのは、

- ① ルールを守る、
- ② スポーツ中の態度が良い、
- ③ 悪い行動をしなかった場合のボーナスポイント、
- ④ 質問に注意を払い正確に答える、
- ⑤ 要求や命令に従う、
- ⑥ 仲間を助ける、
- ⑦ 仲間と一緒にものを使う、
- ⑧ グループ討論で積極的に発言する、

⑨ 挑発や侮辱を無視する、

などである。逆に、ポイントを失うのは、①⑧項目の違反や他人を攻撃、物を破壊する、盗み、妨害する、不平を言う、ほかの子の名前を呼ぶ、からかう、ののしる、うそをつく、許可なしに場所を離れるなどである。子どもが獲得したポイントによって金曜日のお楽しみ遠足への参加権や「優等生」という名誉を得ることができ。

カウンセラーは、各自がポイントを獲得もしくは失うと即座に子どもに伝える。五名のカウンセラーのうち一名は、ほかの四名のカウンセラーが与える、もしくは減点する項目とポイントのポイントシートにたえず記録する。

正の強化子としては、上記のポイントだけでなく、毎日の連絡カード（デイリーレポートカード）が良いときに保護者が家庭で与えるごほうび、スタッフや保護者の褒め言葉、みんなの前での賞賛など社会的な強化子も用いる。

タイムアウト

ADHDの子どもには基本的には、正の強化子を用いる方法が望ましいが、適切な言葉による叱責、特権の剥奪、タイムアウトなどによる慎重な罰は、ADHDの子どもへの効

果的介入に必要との報告がある⁽³⁾。

タイムアウトは、最低一〇分間、決められた場所に一人で座っていなければならない。その時間は、正の強化子は与えられない。しかし、一〇分のタイムアウトが課せられても、素直に従っていけば、五分に短縮される。罰を与えられても、自分で良い行動に修正できればタイムアウトの時間を短縮されるというのが、STPのタイムアウトの特徴である。

友達関係改善のための介入

朝の会やスポーツの試合前に各グループで短時間のソーシャルスキルトレーニングが行われる。カウンセラーによるロールプレイ（良い例、悪い例）から、何が良かったか、悪かったかを子どもたちに考えさせる。

スポーツスキルのトレーニング

小グループでのスポーツやゲームスキルの集中的なコーチングやゲーム実践が一日三時間おこなわれる。

ADHDの子どもたちはゲームのルールを守れない、運動が苦手な子が多い。そのため、学校で友達に拒絶され、セルフエスティームが下がる。毎日、一つのスポーツ試合が年齢に応じた小グループでのスポーツスキル

トレーニングにあてられる。もちろんこの時もポイントシステムが用いられている。

たとえば、「今のプレーは、なぜルール違反？」「今、どちらが勝っている？」などの注意質問が、カウンセラーから個人に急に向けられる。他児のプレーに注意しつつちゃんと答えることができればポイントが加点される。スポーツは、年齢に応じてキックベースボール、サッカー、ソフトボール、バスケットボール、水泳などから選択される。

デイリーレポートカード

STPの一日がどうであったか家庭との連絡に用いるDRC (Daily Report Card) は、ADHDの子どもの治療にもっともよく用いられる効果的方法である。

STPでは、目標行動(ターゲット)へびア・ADHDの子どもに特徴的かつもっとも困っている問題行動)と、目標到達基準(通常80%)が最初の一週間で決められ、順次改訂されていく。目標行動は、教室とレクリエーション活動の両方から通常三〜六個選ばれる。目標行動によくとりあげられる問題行動は、友達の名前を呼ぶ・からかう、意図的な攻撃、スポーツルールを守らない、質問に正確に答えない、活動ルールを破る、言葉による悪口、非服従、不満・不平を言う、タイ

ムアウトを守らない、いばる、うそをつく、わざと幼稚な行動をとるなどである。

DRCは保護者にSTPの治療効果のフィードバックを毎日与えるもので、コミュニケーションの良い手段でもある。DRCの一例を表2に示す。その日のDRCの結果によって家庭でごほうびを与えるシステム(Home Reward System)をペARENTトレーニングで保護者は勉強する。DRCは、毎朝子どもに手渡され、子どもが自分で管理し、各活動のはじめにカウンセラーに渡される。時間の終わりにカウンセラーは各自のDRCに個々の目標が達成されたら「はい」、されなかったら「いいえ」に○をつけ、子どもに返す。

表2 デイリーレポートカードの1例

午前中の「はい」の数、タイムアウトの有無でお昼の自由時間をもらえる。達成できていないときは、担当カウンセラーと反省の話し合いをする。午後も同様に帰りの自由時間をもらえる。

子どもの名前 () 年 月 日						
目標行動	午前			午後		
クラスルール違反 (2つ以下)	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
3つの課題を終了かつ80%以上の正解率	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
不満を述べる (4回以下)	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
指示に従わない (5回以下)	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
友達を意図的に攻撃 (3回以下)	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
「はい」の総数 () 「いいえ」の総数 () パーセント ()%						
教師のイニシャル ()						
コメント:						

午前中の「はい」の数が七五%以上でタイムアウトの延長もなければ、一五分間のお昼休みがもらえる。帰りも同様で、午後に上記基準を満たせば帰りの一五分間遊べる。保護者が迎えにきて、DRCの結果についてカウンセラーがフィードバックするが、DRCの結果が悪くても、カウンセラーも保護者もネ

ガティブなコメントを言わない。事実のみを伝え、「明日はがんばろうね」と励ます。

ADHDの治療効果評価の手段としてもDRCは簡単で有用な方法であり、日本の学校でも使える簡単な方法である。DRCを学校でスタートする場合の資料をペラム教授ご好意により日本語版使用許可を得たので、久留米大学小児科のホームページからダウンロードしていただきたい (<http://moon.med.kurume-u.ac.jp/med/ped>)。

個別プログラム

STPの標準的な介入方法でうまくいかない場合、スタッフは、問題行動の機能的分析をおこない、個別プログラムを考える。個別プログラムは従来の方法を修正したもの、もしくは、まったく新しい方法を用いることもある。

ペアレントトレーニング

子どもたちだけでなく、保護者も行動変容プログラムをいかに家庭で実践するかを週一回、一二回の夜間ペアレントトレーニング(P.T)で学ぶ。同じクラスの保護者別のグループごとにP.Tは行われる。保護者が参加しやすいように、本人および兄弟児への託児ケアが提供される。

バッファローでのペアレントトレーニングは、カナダ・マクマスター大学のカニンハム博士のコープ(Community Parent Education Program:COPE)を用いている。コーププログラムは、個別ではなく、大きな保護者グループを対象にして、問題解決法をロールプレーなどの技法を用いて、校区ごとに行うもので、ドロップアウトが少ない安価で最も効果的なペアレントトレーニング⁽⁴⁾と言われている方法である。

フォローアップ

バッファロー校心理学部の大学院レベルの学生が担当する。STPに参加した子どもの学校との連携・介入、ペアレントトレーニングの継続、必要あれば薬物治療、時には土曜日の子どもへの治療プログラム(二週間に一回)が必要なものもある。

フォローアップペアレントトレーニングは、二週間か一カ月に一回、個人もしくはグループで行われる。学校への介入はフォローアップ治療の一環として行われ、年間八〜十二回の直接訪問または電話での連絡による。

日本で初めてのSTPの試み

二〇〇五年夏、米国以外では初のSTPを

久留米市立金丸小学校で二週間行った。スタッフは、米国でSTP指導をしている二名の専門家、久留米大学小児科医師四名、臨床心理士六名、心理・教育学部学生一七名、久留米市内外の一般および特別支援教育教諭一〇名など総勢約四〇名である。久留米市教育委員会⁽⁵⁾の全面的な協力のもと、二六名の軽度発達障害をもつ子どもたち(年齢六〜一二歳)が参加した。うち、二一名はADHDをもつ子、ほかの五名はADHDの症状もあわせもつ高機能自閉症児である。小学校一〜三年までの低学年と四年生から中学一年までの高学年の二クラスに分かれた。期間は、米国の五〜八週間に比べて二週間と短期間である(スタッフが長期休暇をとりにくい現状と子どもたちの夏期休暇が短いため)。

STPの半年前から、バッファローのSTPマニユアルの翻訳を始め、学生カウンセラーと定期的研修会、STP直前には米国スタッフによるスタッフ研修会を五日間行った。プログラムは、できるだけSTPマニユアルに忠実に行ったが、わが国に合わない点はバッファロースタッフの了承のもと修正した。

アメリカのSTPの手法が果たして日本のADHDの子どもたちに通用するのか、不安の中で始まったSTPであった。実際、初日にタイムアウトを受ける子どもが続出し、先