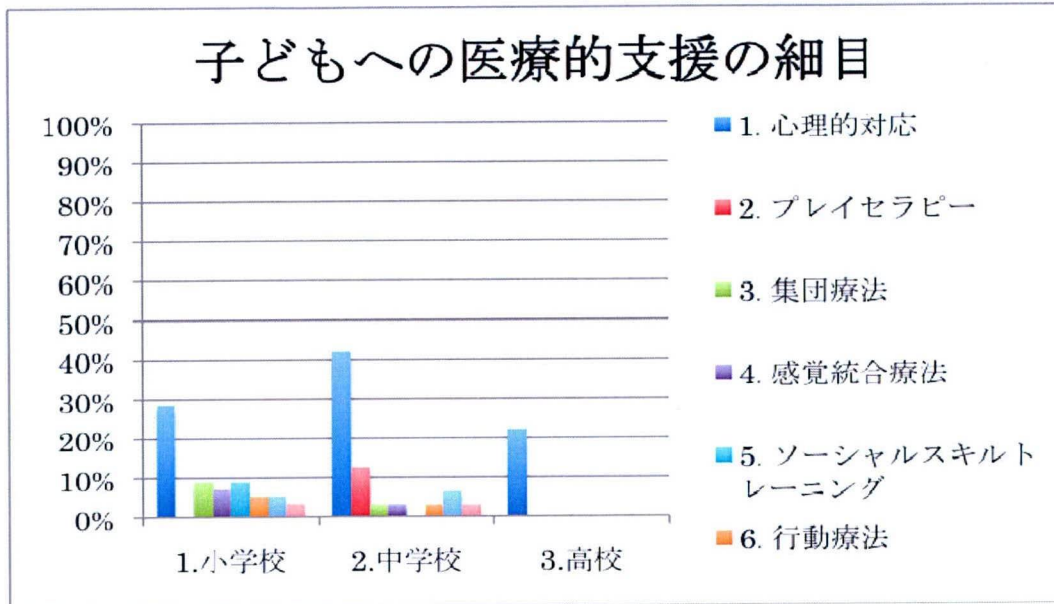
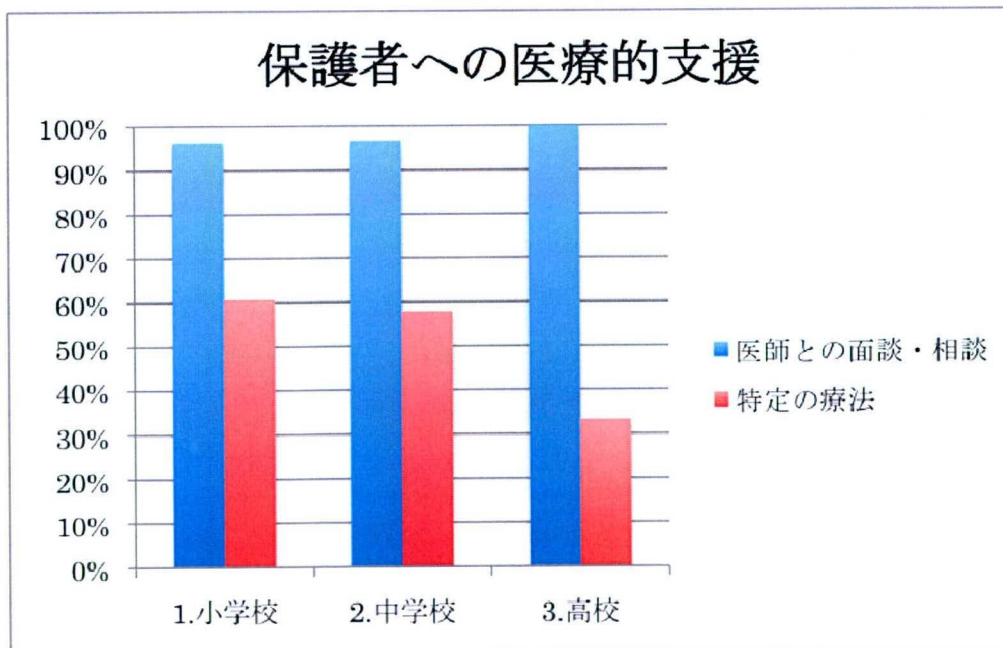


図 16 特定の療法の内訳



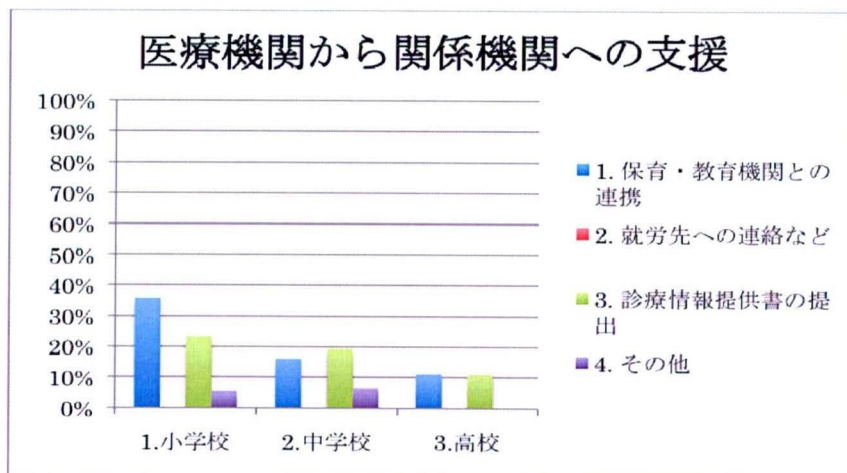
これらは薬物療法以外のメニューの乏しさが浮き彫りにしています。その一方で図 17 に示したように、医師との面談は、保護者にとっては、支援と受けとめられています。なお、その内容は育児に対する助言や心理的対応です。

図 17 親の医療的支援



求められるはずの連携は図 18 に示したように、実際には行われにくいことがわかります。つまり連携支援はごく稀な実情といえます。なお、保育・教育連携は当然加齢とともに減少し、結局家族内での孤軍奮闘が求められてしまうようです。

図 18 他機関との連携

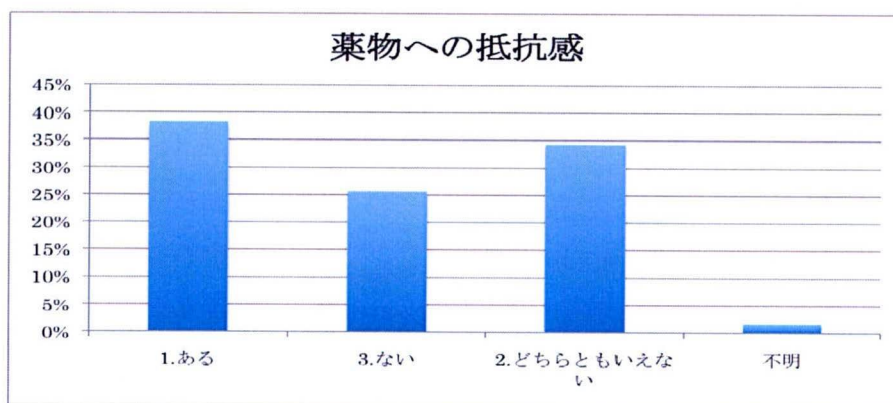


h. 医療機関に期待する治療・支援

図 19 に示したように、家族が抱く薬への抵抗感は少なくありません。しかし、子どもの年齢上昇によってその抵抗感は減少していきます。

これは、それだけ親のわが子への対応の難しさ、あるいは子どもにより豊かな生活を営んで欲しいという親の願いからかもしれません。

図 19 親の薬物への抵抗感



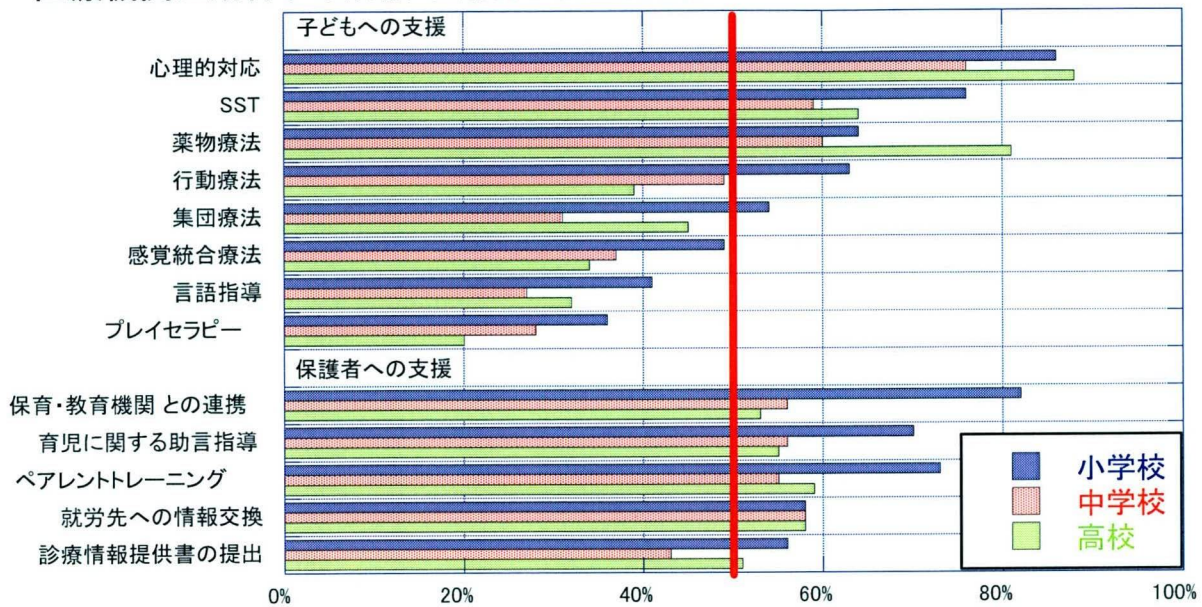
最後に図 20 として、親が期待する医療機関における治療と支援内容を示します。

それによると、親が医療に期待している支援とは、どの年代の子どもに対しても心理的対応をとても求めており、その一方で特に高校生になると心理と、さらに薬物への期待の伸びが著しいことがわかります。

これは、

図 20 親が期待する医療機関における治療と支援内容

医療機関に期待する治療・支援(学校区分別)



以上のように、親にとっても、薬物に次ぐ子どもへの治療手法を欲しているといえます。そして医療側にとっても薬物療法を車の後輪とすれば、前輪に該当するような効果のある何か欲しいということが浮上しているといえます。

さらに、子どものライフステージを見越した支援の構築、あるいは次の年代を視野に入れた支援を準備しておく必要があるようです。

3. ADHD の総合的治療

1) 治療の基盤

ADHD の治療は、症状の優先度に従って実施するのが現実的である、と Smith や Barkley ら (2007) もいっています。というのも、ADHD 自体が非常に特異性をもった症候群である、今必要な対策は、その時々で異なると理解できるからです。ひとつとして同じタイプであるとは言い難く、あとで触れるように、さまざまな障害が併存することもあります。

また、ADHD のある子どもへの治療手技は非常にたくさん提案されてはいますが、その効果が正しく立証されているとも言い難く、Smith や Barkley ら (2007) は、現在実施されている治療法のなかにも、有効でないものもあると述べています。

そうした玉石混濁のなかで、Smith や Barkley ら (2007) は、親への関わり (育児助言やペアレント・トレーニング)、教師の関わり (学校・教室での工夫)、薬物療法の3つは最重要でかつ効果的であると述べ、この3つの合わせ技が良い結果を生むと強調しました。

つまり、ADHD の総合的治療を考えると、実は2で述べた、現在の日本の医療機関が重視してかつ採用している治療方法と重なり、さらに親が医療機関に期待している治療・支援方法とも重なっているわけです。

ポイントは、ライフステージや状態にあわせた支援方法の構築で、例えば Smith や Barkley ら (2007) は、

- ①ADHD が単独で認められる子どもには薬物療法と教室における行動介入が有効である
- ②反抗的態度が認められる場合は、子どもをよい方向へ導くために、認知行動療法やペアレント・トレーニングが有効である
- ③十代の葛藤の強い思春期青年期の子どもと親には、家族療法を用いて、行動の問題解決療法に力点を置くこと
などと述べています。

さらに ADHD のある子は、仲間との折り合いがうまくいかないことがあるので、個人・集団での SST が有効ですが、その場合の SST も子どもたちの実生活に密着した方法がよいとも述べています。また、SST や集団精神療法などのグループ活動を実施する場合は、攻撃性の高い子どもと低い子どもを一緒のグループに入れると逸脱行動が目立つので十分集団構造を検討するように注意を呼びかけています。

そのうえで、治療は多面的な視点が必要で、そうすることで相乗効果が期待できるとも述べています。

そして、治療を開始するときには、「すべてをよい方へ向けよう」とか、「もっとも困難な状況から着手しよう」とは試みないよう、喚起しています。

まず、こうした事柄を基盤にしておくといよいでしょう。

2) ライフステージごとの支援と対応

a. 就学前の子どもと親への援助

①就学前という早い時期から特性に気づき、適切な対応をすることは重要ですが、診断を急ぐ必要はありません。

Posner (2009) は、幼児期に ADHD 症状が認められた子どもの 45%が小児期後期までその特性を維持していると報告していますが、逆に言えば、55%は消失軽減してしまうということです。しかし、その一方で McGee, Rら(1991)は、就学前の児童で多動傾向を示したのは子ども全体の2%程度であったと報告していますが、その後12年間の追跡調査を行ったところ、15歳で症状が消失していたのは25%に過ぎなかったと報告しています。いわゆる3/4が症状を持続しているという報告です。

1歳半、3歳児健診のころは、この健診時期をほとんど問題なく通過していることが少なくありませんし、経験的にも、歩き始めが1歳前と早く、言葉の出始めがやや遅いが3歳の健診では逆に「おしゃべり」と判断されやすい程度で、健診や簡単な相談から ADHD を疑うことは困難でもあります。

しかし、後に母親にこの時期を振り返ってもらうと、よく泣いて、なだめることが難しい、なかなか夜に寝付いてくれずに苦労したといった、非定型的な特徴が語られることがあります。親にとっては、育てにくさを感じさせやすい子どもといえます。おそらく母親は、この子の育てにくさはどこからきているのだろうと、内心親としての自分を責める心情を持ちながら、一喜一憂していると思います。確定診断を急ぐ必要はありませんが、加齢によって必ず消失軽減するともいえず本人も周囲も困っていることが予測されます。

つまり、「早い時期から特性に気づく」ことが最初の一步で、この時期は保健師が自宅訪問して通常の生活場面の養育状況を観察し、誰が育てても難しさを感じる「確かに育てにくい子ども」であることを実感として共有する必要が在ります。そのうえで、親は子育てに多大なエネルギーを要する状況にいることを労い、子育て相談を兼ねた適切なレスパイトや育児休暇を勧め、親の姿勢としては「ほどほどの親」で十分であることを伝えるとよいと思います。

次の幼稚園・保育園時代になると、ADHDの3つの主症状が、もっとも顕著に認められる時期でもあります。親は、保育士や他の養育者からの頻回な指摘や注意という周囲からの批判に晒され、孤立無援感を抱きやすくなっているか、わが子の行動を、他の子どもたちと比較して事の重大さに気づき動揺していることが少なくありません。

現在わが国で使用できる薬物療法は、就学後からですので、この時点では保育士の支援が急務です。保育士は親のこれまでの子育てを責めずに、養育の大変さを労い、適切なレスパイト・育児休暇を勧め、ささやかな子どもの成長を共に喜ぶための情報伝達を心がけるとよいでしょう。ここでも、医療機関への早急な診断・相談の勧めには慎重さが必要です。この時期を急かせる必要はありません。子どもが幼い場合であればあるほど、子に在るかもしれない障害を明確にするための行動は、親にとって極めて大きな決心が求められます。その思いに至るまで支え続ける人として子どもの育ちを丁寧に伝え続ける保育士に期待しています。

これらは、日常で保障できる安心と安全の護り人という位置づけでの提案です。

②就学前の専門的対応

臨床的には、薬物療法についての検討がなされています。

例えば Barkley (1988) は、2.5～4 歳の ADHD と診断された子ども 27 人を対象に中枢神経刺激薬の効果を検討したところ、行動面での改善を認めたことを報告しています。

Zito, J. M. ら (2000) は、4 つの年齢層 (2-4、5-9、10-14 と 15-19 歳) の子ども達に対する薬物使用の程度を調べたところ、2-4 歳の幼児の 1% 以上に中枢神経刺激薬が処方されていたと報告していますが、わが国では、この時期の使用は認められていません。

この薬物の有害事象を調べた研究もあります。例えば Wigal ら (2006) は、中枢神経刺激薬を服用した 3-5 歳の就学前の幼児 183 名の服用 1 年間における有害事象の発生率を検討した結果、21 名 (11%) に治療を中断するほどの有害事象が認められたと報告しています。その有害事象の内訳として 30% の保護者がわが子に感情的な爆発、睡眠障害、反復される行動や考え、イライラ感、食欲低下などを認めたと述べています。

そのため就学前の ADHD と診断された子どもへの専門的治療・支援は、あくまでも薬物療法以外の方策を中心におくべきでしょう。

すると、この時期の専門的対応は、上記の日常的支援に加えての親支援を目的とした心理・社会的介入です。

2 で示したように、今後の治療方法として期待されている、いわゆるペアレント・トレーニングが該当するでしょう。

③ペアレント・トレーニング

ペアレント・トレーニングとは、ADHD のある子どもの言動を理解し、行動療法に基づく効果的な対応を、同じ境遇にいる親たちと共に学び、話し合い、練習して、よりよい親子関係作りと、子どもの対人関係技法の向上を目指すものです。Barkley (1997) は、この方法が有用な子どもの年齢は 2～11 歳が適切であろうと述べています。

すでにいくつかの翻訳書や実践書がありますので、詳細はそれらを参照していただければと思いますが、おおよそ 10 回 1 クールとし、1 グループを親 5～6 名で構成し、1 セッションを 90 分程度にしているところが多いようです。

子どもの行動を観察の上で、①良い行動なので、今後も継続してほしい、②し続けてほしくない行動なので、止めさせたい、③危険性もあり今すぐにも禁止したい行動、と 3 つに分類して行動リストを作ります。最初は①の良い行動に注目し、子どもがその行動を示したときに、すかさず誉めることで行動の強化を図り、次第に②、③の行動に対する関わり方を学び、実践していきます。褒め方の練習に加え、親子で過ごす時間の楽しみ方、行動療法や薬物療法、学校連携のレクチャーなどを盛り込んでいるところもあります。

日常的に、ADHD のある子どもとつきあっている親は、これまで否定的あるいは行動修正にばかり熱心になりがちで、しかし一向に行動が改まらないことで親自身も自己肯定感を貶め、日々イライラしていたり、落ち込んで過ごしていることが少なくありません。

ペアレント・トレーニングにより、自然体の子どもを肯定的に注目することや、注意するときに冷静に落ち着いて穏やかに関わることで、わが子を愛おしく思えたり、関わりに自信を取りもどすことを期待しています。また同じ悩みを持つ親同士のグループなので、個人として責められ

たり、ひとりで重荷を背負うといった雰囲気は少なく、孤立しないで自助グループ独特の安心感を得ることに意義があるように思われます。

ただ、この経過中に、これまで以上に子どもの行動を見つめることで、逆にことの大変さを自覚し、ストレスが増強する場合もあるようです。

例えば、Chronis ら (2004) は、こうした親への行動療法は、経験に基づき一定の支持がなされていると評価していますが、訓練過程、親の精神病理、家族環境などと、幼児に行為障害や反抗挑戦性障害の共存の有無といった多数の因子を含めたうえで、慎重に有効性の検討を行うべきであるとも述べています。状況によっては、親への積極的な心理治療を優先するほうがよい場合もあると述べています。

④就学前の保育園・幼稚園での対応

DuPaul ら (2003) は、保育園や幼稚園での介入方法として、行動療法的介入方法を推奨しています。状況に応じて褒美を与えることで適切な言動が強化されるというものです。ただ、同時に DuPaul らはこうした介入は、「画一的な介入」ではなく、子ども一人ひとりに検討しないと効果は得にくいと、マニュアル的対応にならないように注意を呼びかけています。

b. 学齢期の子どもへの援助

学齢期になると、子どもの生活場面は拡大し、学習の躓きや友人関係における課題が浮上してきます。これまで以上に親が常に見守ることができなくなります。

この時期の援助は、薬物療法による効果を期待しながら、学校と家庭における学習と行動統制の強化を計ることにあります。特に DuPaul と Stoner (2003) は、ADHD と慢性的な学習不振や学習障害の重なりが 20～40%程度認めると報告し、①学習障害があるので、ADHD 的行動が出現する、②ADHD の主症状のために二次的に学習不振が生じる、③学習障害と ADHD の二つが併存している、という 3つのタイプでは支援方法が異なるため、それぞれの状態を把握することの重要性を指摘しています。

①薬物療法

現在 ADHD に対する薬物療法は、世界的にみても、中枢神経刺激薬と非中枢神経刺激薬の二本柱が First Line (第一選択) となっています。

Smith や Barkley ら (2007) は ADHD のある子どもへ薬物療法を行っても、少なくとも 10～25% は薬物効果が期待できない状況にあることを指摘し、さらに効果の認められた子どもでも問題がすべて解決しているわけではないと述べています。

しかし、そのうえで、彼らは薬物療法の利点として表 1 に示すような事柄を列挙しました。

さらに Smith や Barkley ら (2007) は薬物療法は単一行うのではなく、他の療法と重ねて行うことで有用性が増えると強調しました。

表1 薬物療法の利点

- ・注意の持続時間の改善
- ・衝動性の軽減
- ・課題達成が成就しやすい
- ・破壊的言動が減少する
- ・二次的な問題が整理される
- ・仲間との関係がうまくいく
- ・親や教師からの叱責が減る

ADHD と診断された小学生が受けている薬物療法の現状を調査した Rowland, A. S. ら (2002) によると、小学生 7333 人を対象に 607 人 (10%, 男児 467 人, 女児 140 人) の子どもが ADHD と診断され、434 人 (7%) が薬物療法を受けていました。つまり、ADHD と診断された子どもの 71% が薬物療法を受けていたことになります。

薬物療法の内容は、434 人中 402 人 (93%) が中枢神経刺激薬で、そのうち 9.7% の子どもが少なくとも他の薬物を 1 つ以上併用していました。中枢神経刺激薬を服用していない 32 人は、16 人が $\alpha 2$ 受容体刺激薬であるクロニジン、4 人が抗うつ薬あるいは気分安定薬を服用し、2 人は薬物内容が不明でした。

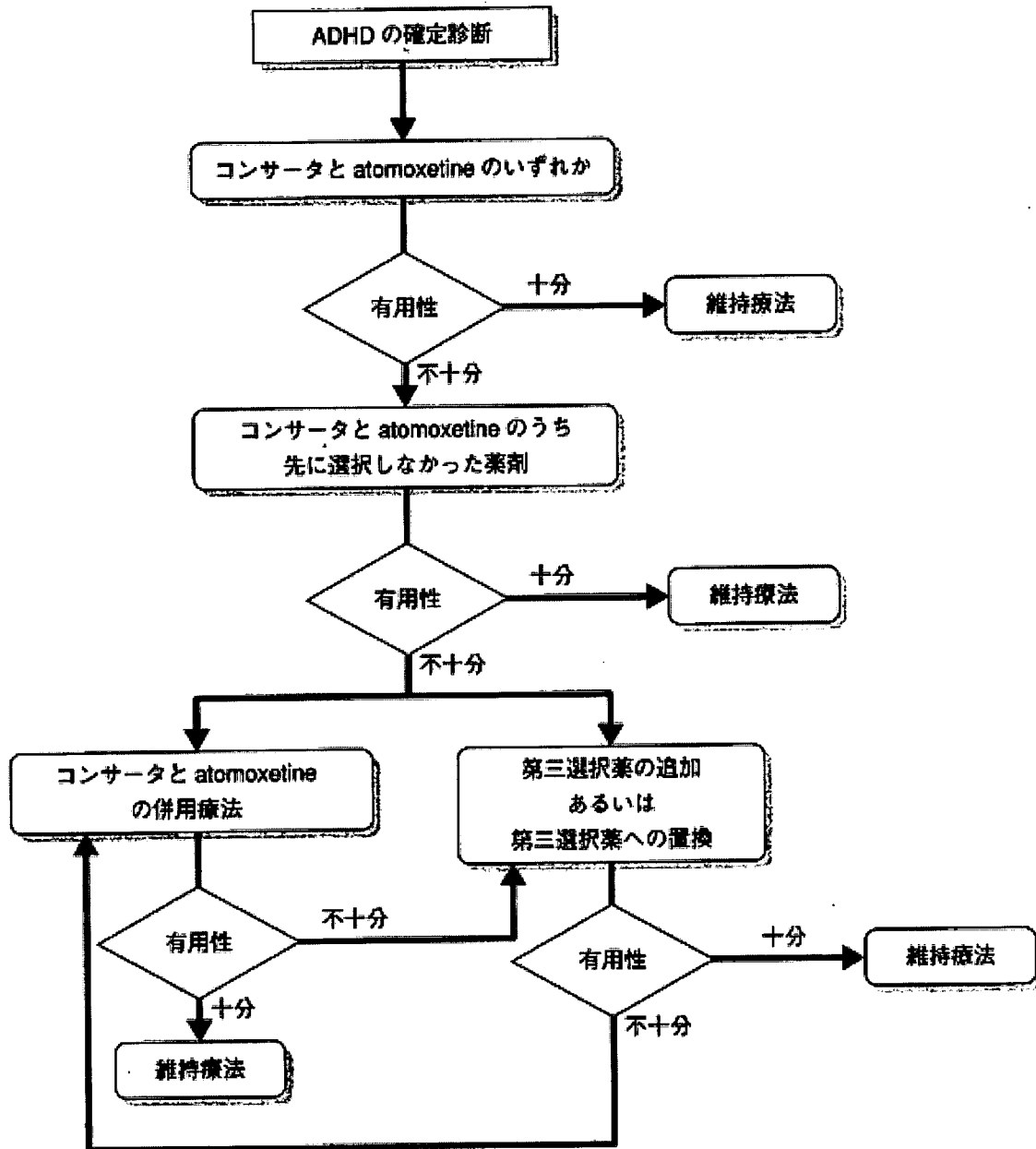
わが国でも、ようやく中枢神経刺激薬と非中枢神経刺激薬の二本柱が First Line (第一選択) として保健適応薬として処方できるようになりました。(しかし、小児に限っての認可です)

図 21 は齊藤ら (2008) が治療ガイドラインで提唱した薬物療法アルゴリズムで、この時点では atomoxetine (ストラテラ) がまだ承認される以前の時でした。現在は、中枢神経刺激薬としてのコンサータと非中枢神経刺激薬のストラテラが First Line (第一選択) として、まずそのいずれかを使用し、効果判定し、有効性が不十分であれば、もう一方の薬物を使用するという方法を採用しています。

齊藤ら (2008) は、このアルゴリズムは案であり、今後コンサータとストラテラの「使用経験がわが国で蓄積し、両者の差別化が可能となるまでの暫定的な指針に留まるべきである」と述べています。

ここで述べている『第三選択剤』とはカルバマゼピンなどの気分安定剤、リスペリドンなどの抗精神病薬、SSRI を中心とした抗うつ薬などを意味しています。図 4, 5 に示した実際に医師が処方している薬物とも重なります。

図 21 ADHD 薬物療法アルゴリズム (齊藤ら 2008)



ここでは、First Line (第一選択) である中枢神経刺激薬と非中枢神経刺激薬について説明しておきます。

A) 中枢神経刺激薬

ADHDの第一選択剤として使用される中枢神経刺激薬のなかで、もっとも一般的なものが塩酸メチルフェニデート（商品名 リタリン）ですが、リタリンは、もともと、保健適応外で処方されていた薬で、現在日本ではADHDに対してリタリンは処方できません。そのかわりに2007年12月に塩酸メチルフェニデート徐放剤（商品名 コンサータ）がはじめて小児期におけるADHDを適応疾患として日本で承認されました。

コンサータは、現在18mgと27mgの錠剤があり、いずれも浸透圧を利用した放出制御システムを応用して、服薬後1時間以内に塩酸メチルフェニデートの放出が始まり、10時間以上持続するため、朝1回の服用で効果が持続するようになっています。作用機序は、シナプスに放出されたドーパミンやノルアドレナリンの再取り込みを抑制することで、脳内のドーパミン、ノルアドレナリンの濃度を上昇させることで前頭部の脳機能を賦活させ、注意集中を改善する働きがあると推定されています。副作用は、頭痛、腹痛、イライラ感、食欲不振とそれによる体重減少、入眠困難を主とする睡眠障害、社会的ひきこもりなどで、時に、めまい、不機嫌、嘔気、口渇、便秘、動悸、血圧の上昇、頻脈、皮膚の発赤、一点凝視などを認めます。ADHDの基本3症状やチック症状を悪化させたり、人格変容、幻覚・妄想などが表面化する場合があります。この薬物は小児期（原則6～18歳）のみに承認されており、成人の方へは処方できません。また、適切に診断された患者さんに対して適正に使用されるよう処方する医師、医療機関、薬局が登録制となっていて、適正流通管理体制が敷かれています。

B) 非中枢神経刺激薬

塩酸メチルフェニデートには、依存形成、乱用が危惧されていました。かわって注目されてきたのが非中枢神経刺激薬です。選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬であるAtomoxetine（ストラテラ）は2007年6月にADHD治療薬として承認申請し、2009年4月に製造販売承認されました。欧米でADHDの子どもから大人にまで使用され塩酸メチルフェニデートに匹敵する効果を認めています。

塩酸メチルフェニデートと比べて依存、乱用になりにくく、チックや不安障害などの精神科的併存障害への有効性も認められています。その一方で、ストラテラ使用後に自殺念慮が出現し自殺に至る可能性が指摘されました（US FDA, 2005）。一般に選択的セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors：SSRI）にはこの傾向が少なからず認められるため、厳重な注意が必要とします。またコンサータで期待できる即効性と異なり、ストラテラでは最大効果が得られるまで4～6週間の服用を必要とします。

齊藤ら（2008）が指摘されたように、今後両者の差別化がより臨床的に明らかになることが期待されます。同時に、2剤とも成人例での使用がまだ認められていません。ADHDは小児期に発現して消退するというものではなく、成人後も引き続き症状が持続します。そのため一刻も早く成人の方々への適切は薬物使用の認可が求められています。

②学級環境を整備して言動の修正を図ること

就学後にADHDのある子どもたちは、授業中、先生の話に集中できず大きな声をあげる、何度も離席する、指名されるまえに質問に答える、些細な事で声を荒げる、手が早く出てしまう、課題に最後まで取り組めずに投げ出してしまうという症状特性が学校に生活場面でよく認められます。

さらに小学4年生ころからは周囲から無視され、直接名指しでからかわれやすく、孤立しやすく、学習に取り組みず投げやりになる、といった状況に追いやられることも少なくありません。

教師(保育士)に対して DuPaul と Stoner (2003) は、以下のような調整方法を推奨しています(詳細は成書を参照してください)。

- ①物理的スペースを見直す(気が散りそうなものを隠すなど、身近な環境整理)
- ②活動の準備を、ひとつずつ順を追って行う(一度に説明しない)
- ③毎日のスケジュールと活動の切り替えの様子を評価して、修正を検討する
- ④多彩なカリキュラムで飽きさせない
- ⑤指示は一人ひとりに明確に与える
- ⑥支援する大人の配置数を増やす

まったくもってそのとおりで、異論はありません。同時に、『当たり前のことを、諦めずの丁寧
に指導していく』ということがポイントになるのです。

同時に、DuPaul と Stoner (2003) は、「介入方法を選ぶ際は、子どもニーズをなによりも優先する」、「介入方法は個人別に作成」し、「画一的なアプローチは取ってはいけない」と述べています。

そのうえで、介入方法は、これまで有効であると定評のあるものを優先させることで、思いつきよりもエビデンスを重視するべきであるとも述べています。次に介入した際は、その変化を評価しないとはいけません。なんとなくよい方向にいつているような『気がする』のではなく、どういった言動が減り、今どういった言動が課題になっているかを冷静に判断することです。そのひとつが、DuPaul ら (1998) が開発した ADHD-RS という評価スケールです。現在邦訳され (2008) 標準化をめざしデータを集めているところです。そして、教室での介入で大切にするのは、『子どもの破壊的行動を減らすのではなく、適切な行動の頻度や持続期間を増やす』ことだと DuPaul と Stoner (2003) は強調します。これは、どうしても減らそうとすると叱責や罰を与えやすく、正の強化が少なくなってしまうからです。厳しい対応が奏功するのは、正の強化が豊かにあるからこそ、効果を発揮すると言われています。

DuPaul と Stoner (2003) には、学校での介入方法がさらに詳細に述べられていますので、ぜひ参考にしてほしいと思います。

③仲間による指導 (Peer Tutoring)

DuPaul ら (2003) は、学生同士による学びあい (Peer Tutoring) として、二人で協力して学習活動を行い、一人が相手に対して援助、指導、フィードバックを与える指導法を提唱しました。この指導法により、ADHD のある生徒の注意集中力が増加することが知られています。Greenwood ら (2002) は ADHD のある生徒を含む一般学級を対象としたクラス規模での仲間による指導 (Class wide peer tutoring) を提唱しています。これは、1) クラスを2つに分けて、2) ペアを作り、3) 順番に相手を指導し、4) 指導する生徒には、教師からの学習内容のメモが渡されており、5) 正解すれば、褒められてポイントが与えられ、6) 間違いはすぐに修正され、正解への機会が与えられ、7) 教師は各ペアを観察し、手順通りに出来ているペアにはボーナス点を与え、8) 修了するごとにポイントを計算する、という手順を踏む行動療法的アプローチをとっています。DuPaul ら (1998) は、18名の ADHD のある生徒にこの方法を実践したところ、規則を守らないといった言動が減少し、学習に積極的な取り組みを示し、数学と書字の成績が向上したと報告して

います。また、この方法で ADHD のある生徒が 4 倍近く、学習の取り組みに積極的になったという報告もあります。

c. 思春期の子どもと親への援助

一般に中学後期から高校生になると、子どもたちは大人への異議申し立てを実行します。当然、ADHD のある子どもたちも、大人と衝突しやすくなります。

しかし、これまで認められ、誉められることが少なく、集団場面から外されるような経験が多い子どもほど、規律やルールに対して反発を示します。また学習不振から意欲の低下、無気力を示しやすくなります。この頃、ADHD の主症状である多動性は影を潜めますが、思春期心性も加わり、衝動性や集中困難が強く認められます。

DuPaul と Stoner (2003) は、この時期には、これまで述べてきたような対応だけではうまくいかず「注意が必要である」と述べてます。

そこで有効な支援は、一対一でコーチングを行うこと、青少年が自分で選んだ目標を達成できるような支援であるといえます。つまり主体性を尊重し、同時に、コーチす人を人生のモデルとして提供するわけです。学童期に欠落した親友体験のやり直しの意味で、塾や家庭教師、新任の教師といった成長目標となるモデル (Role Model) の登場も期待したいのです。

この頃は、自尊感情の低下、抑うつ気分として認められる情緒的問題や、かんしゃく、怒り、暴力、非行等の二次的問題への対応も必要になります。薬物療法に加え、本人および家族への個別的な支持的精神療法も必要になるでしょう。

Barkley ら (1992) は、ADHD と反抗挑戦性障害のある 12-18 歳の子どもの 61 家族を対象にして、行動マネジメントトレーニングに 20 家族、問題解決およびコミュニケーション訓練に 21 家族、さらに構造的家族療法に 20 家族と、ランダムに配置して実践したところ、この 3 つの取り組みすべてで家庭内の口論や対立が軽減することが示されたと報告しました。特に、子どもの学校での適応と、内在化および外在化した症状の改善が報告されました。しかし、直接的な観察では対立場面の改善効果は乏しく、一部の母親には、子どもの行動に対する誤った思い込みが悪化した点も指摘されるなど、関係性の修復の難しさも明らかになりました。

学校関係者に期待したいことは、特性から生じた二次的問題との理解を示し、安易に「わがまま、勝手」と決めつけないことです。

さりげなく、心配しているというサインを出すことと、次のステップについての相談を具体的にを行うことです。就労か進学かは、なかなか決めがたく悩ましいところです。実際に高校は、こうした者達の手厚い支援の最後の砦であります。ADHD と診断された高校生の 25% は正規に卒業できないという報告もあります。最近注目される高校支援の一つの柱として、継続的な検討が求められます。

川俣 (2009) は、ADHD にある生徒への高校の支援について「登校し続けるための支援、学習支援、進路指導」といった校内生活の保障と出口に向けての励ましを学校機能が持つべきで、ADHD 自体への支援ではないと看破しました。特に川俣が強調した登校し続けるという共有した生活の保障は、まさに成長目標となるモデル (Role Model) を呈示し続けることになるという意味でひじょうに大きな指摘であると思います。

こうした子ども自身の成長を教師と家族が共に認め合い、進路について共に検討しあうことが、この時期に求められています。

d. 青年期以降の援助

この時期以降は、不注意と衝動性に加え、二次的問題が最大の焦点になります。よく知られているのは、日常生活では仕事が長く続かない、精神的な不調感を訴えやすい、アルコールその他の薬物を濫用しやすい、整理整頓が出来ない、忘れっぽい、計画自体を失敗しやすい、ものを無くしやすい、計画の変更が出来ない、時間の管理が出来ない、などです。こうした言動は、当然、大人社会からの信用を失いやすく、失敗感、達成感のなさから気分障害や不安障害に似た状態を示します。

Barkley (2006) によれば、小児期に ADHD と診断された子どもの 78% が、青年期に至っても症状が継続しているといわれます。一般に多動性は減少しますが、不注意と衝動性は持続するようです。この時期に適切な支援が行われないと高校中退あるいは大学生活での失敗などが予測されます。支援の対象は、ADHD の中核症状だけでなく、共存する障害や生活課題であるといつてよいでしょう。

小児からの追跡調査でも、18〜45%あるいは20〜45%に窃盗、家宅侵入、暴力、放火といった反社会的行動が認められるとされています。ADHD と診断された青年の精神科的共存障害に注目した Greydanus (2005) も、一人の青年になにかしら一つの精神科的共存障害を認める場合が 44%、二つ以上が 32%、三つ以上が 11%あることを報告しています。

Biederman ら (2006) の ADHD と診断された子どもの 10 年後の予後調査によれば、10 年後に、気分障害や統合失調症といった精神障害、不安障害、反社会的障害（行為障害、反抗挑戦性障害、反社会的パーソナリティ障害）、発達障害（排泄障害、言語障害、チック障害）、物質使用障害（アルコール、薬物、たばこ等）を呈した子どもたちが、コントロール群に比し ADHD 群で 2 倍から 3 倍以上の高い出現率を認めたといえます。

すなわち、この時期の治療は、二次的問題を抱きつつ ADHD の症状特性から生きにくさを感じているものと、二次的問題が最大のテーマとなっている場合に分けて検討して、標的症狀を明確にして対応することです。

前者は、表面にある二次的問題に配慮しつつ、ギリギリまで取り組もうとしない傾向、不満耐性の低さ、気分の不安定感、挫折感、自尊心の低さといった影の特性に留意して、本人に適切な職業選択と一緒に検討するといったソーシャルサポートを提供します。就労に至る過程では、職業との相性や仕事が失敗しないように適宜相談に乗ってくれる人、仕事に就いてからも随時助言してもらえる人といった、ライフサポーター、ジョブコーチに期待したいと思います。当然就労後も、仕事上の優先順位や時間管理へ助言、予定の書き出し方から実行に移す指導、達成レベルの確認などで動機づけを落とさない支援といった生活アドバイザー的働きかけが求められます。生活支援は、確実に身に付くまで、丁寧に継続しなければなりません。

後者の二次的問題が一次化した場合は、狭義の医療的治療（薬物精神療法）をより積極的に検討し、場合によっては司法的支援も求められるかもしれません。

実際に成人期は、子ども時代よりも支援する人たちが圧倒的に少なくなり、薬物療法も使えな

いという手詰まり感が否めません。今後、より事例を蓄積して、課題への対応策を構築していく必要があります。

3) 二次障害/併存障害と治療について

ADHD のある方々への共存障害の治療は、Brown (2009) の編著による「ADHD Comorbidities :Handbook for ADHD complications in children and adults (2009) がもっとも包括的に記述されている。また Pliszka(2009)による「Treating ADHD and Comorbid Disorders」は治療アルゴリズムを臨床的に提唱していることで有用なものである。

ここでは ADHD に認められる併存障害群を行動障害群、情緒障害群、神経性習癖群、発達障害群の4つに大別して検討します(齋藤, 2005)。

a.行動障害群

ここで有名なのは、一部が反抗挑戦性障害(Oppositional Defiant Disorder ; ODD)に至り、その一部が行為障害(Conduct Disorder ; CD)に移行し、成人にいたり反社会的パーソナリティ障害(Antisocial Personality Disorder ; APD)に結実する、という破壊的行動障害マーチ(Disruptive Behavior Disorders March : DBD マーチ)です(齋藤, 2005)。

図 22 は、Pliszka(2009)による攻撃性をもつ ADHD の子どもへの治療アルゴリズムです。

b.情緒障害群

齋藤(2005)の区分による二つめの併存障害群である情緒障害には、不安障害、気分障害あるいは双極性障害、強迫性障害との関連が認められています。そのなかでも最近では、不安障害、気分障害あるいは双極性障害への関心が高いようです。

図 23 は、併存障害として2つの診断を考えるべきか、どちらかがもう一方の障害をあるかのように見せる状態を示したものです(Pliszka, 2009)。

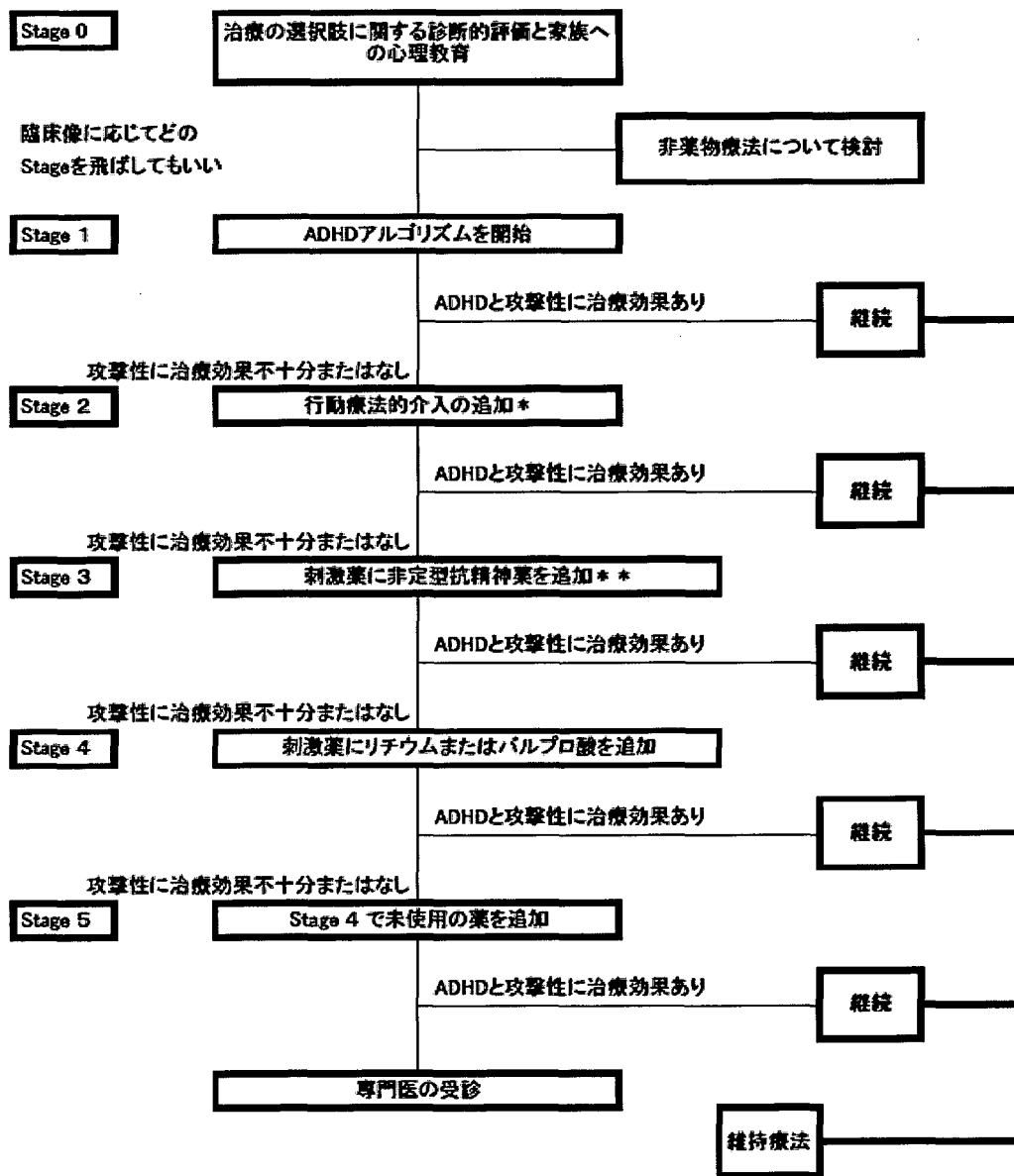
そのうえで図 24 は、現在 ADHD の薬物治療を受けていない子どもに、双極性障害がある場合の治療決定樹を示したものです(Pliszka, 2009)。

そして図 25 は、現在 ADHD の薬物治療を受けている子どもに、双極性障害がある場合の治療決定樹です(Pliszka, 2009)。

図 26 は ADHD と双極性障害のある子どもに対する治療アルゴリズムで、図 27 は ADHD と併存する大うつ病性障害の薬物治療アルゴリズムです(Pliszka, 2009)。

図 28 は、不安障害を併存する ADHD の治療アルゴリズムを示しました。

図 22 攻撃性の併存がみられる ADHD の薬物療法アルゴリズム (Pliszka, 2009)



* 不適切な反応の後では、どのStageでも、行動療法の妥当性を評価する

** もし本人や他者にとって切迫した悪い兆しがあれば、行動療法とともに非定型抗精神病薬を開始する

図 23 ADHD と抑うつ障害の診断の考え方 (Pliszka, 2009)

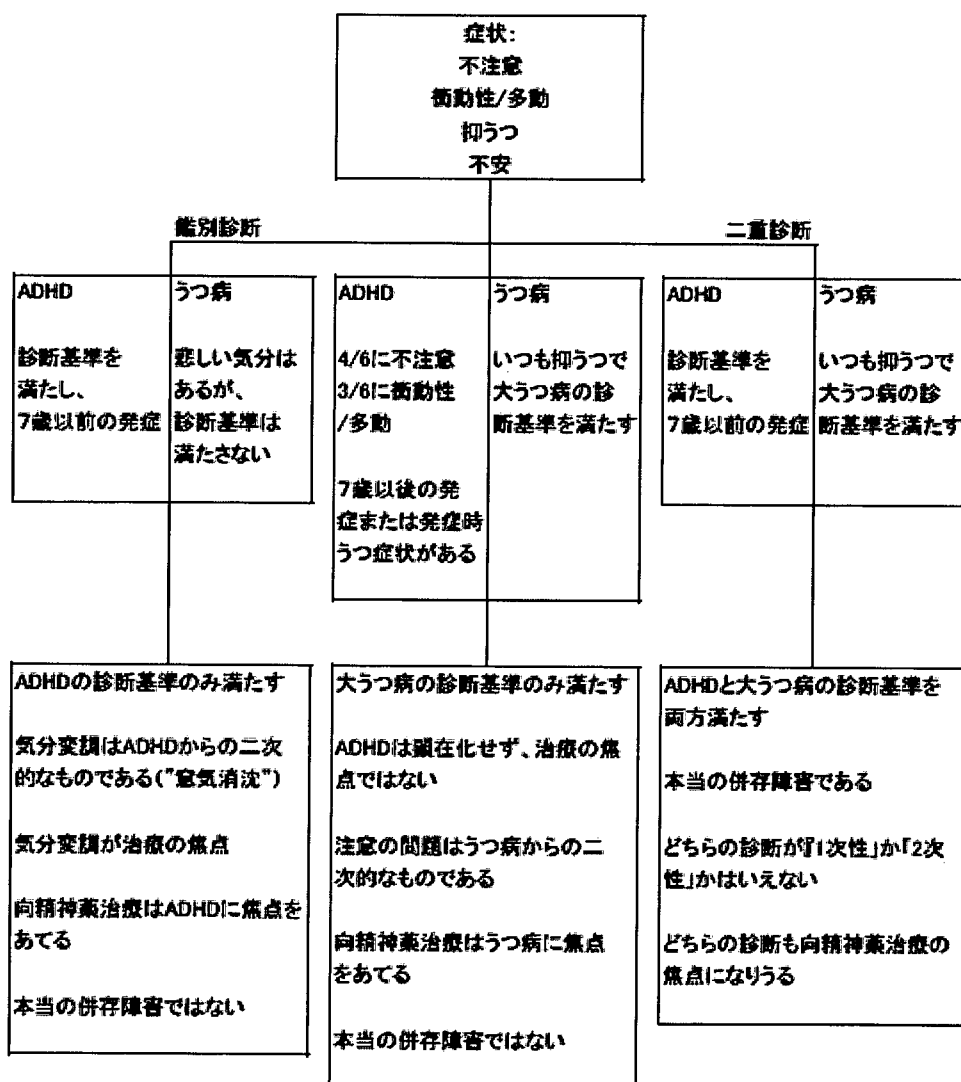


図 24 ADHD の薬物治療を受けていない子どもに、双極性障害がある場合の治療決定樹 (Pliszka, 2009)

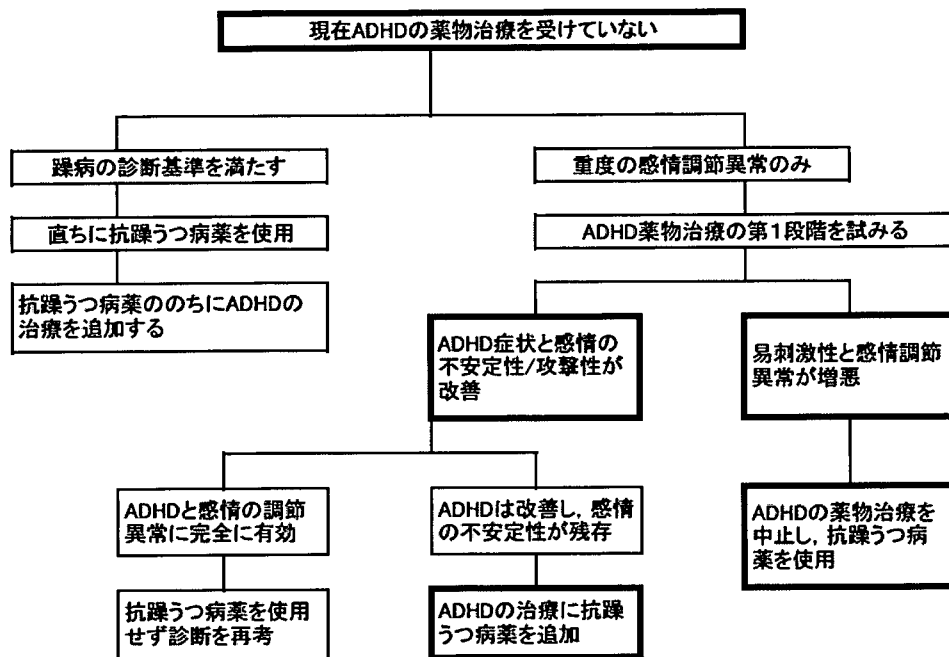


図 25 ADHD の薬物治療を受けている子どもに、双極性障害がある場合の治療決定樹 (Pliszka, 2009)

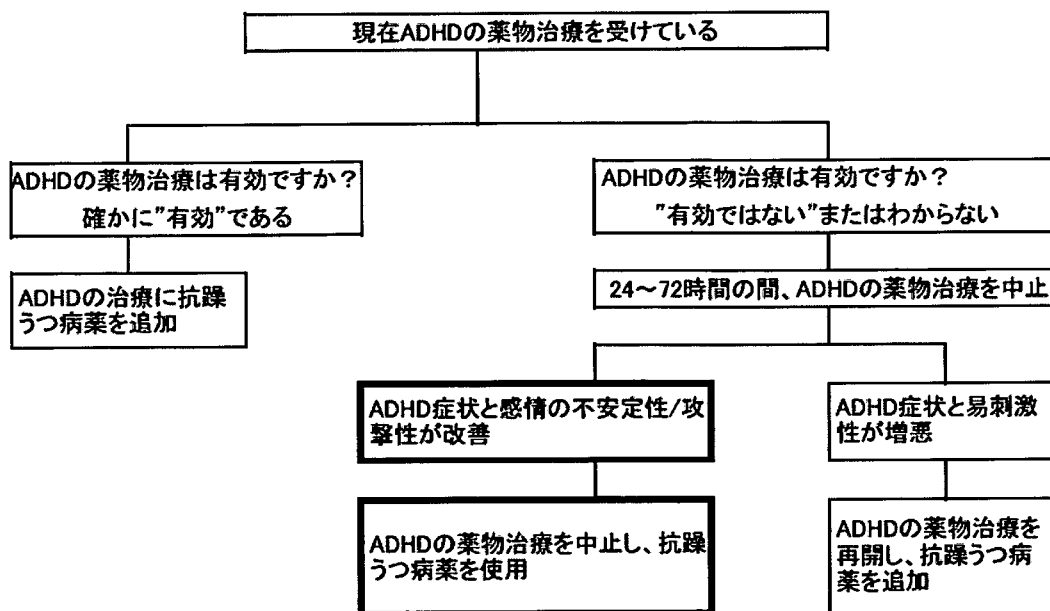
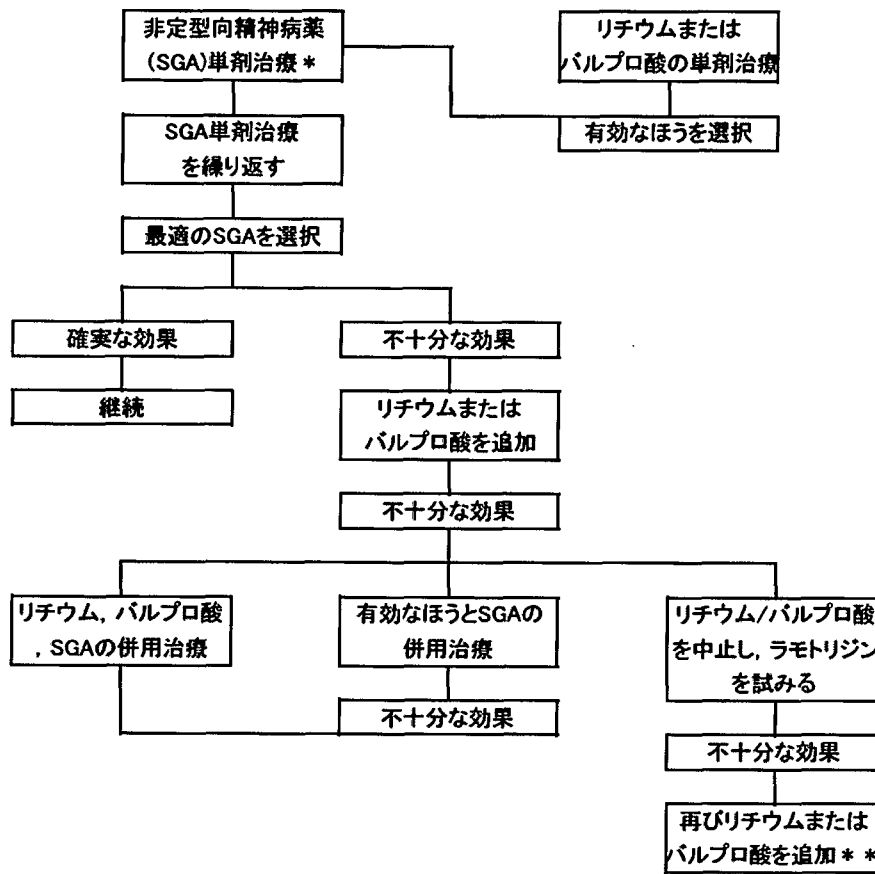


図 26 ADHD と双極性障害のある子どもに対する治療アルゴリズム (Pliszka, 2009)



*リスペリドン、クエチアピン、アリピプラゾールは初回投与に、オランザピン、ziprasidoneは2番目に考慮すべきである。

**バルプロ酸とラモトリジンの併用には特に注意を要する。

図 27 ADHD と併存する大うつ病性障害の薬物治療アルゴリズム (Pliszka, 2009)

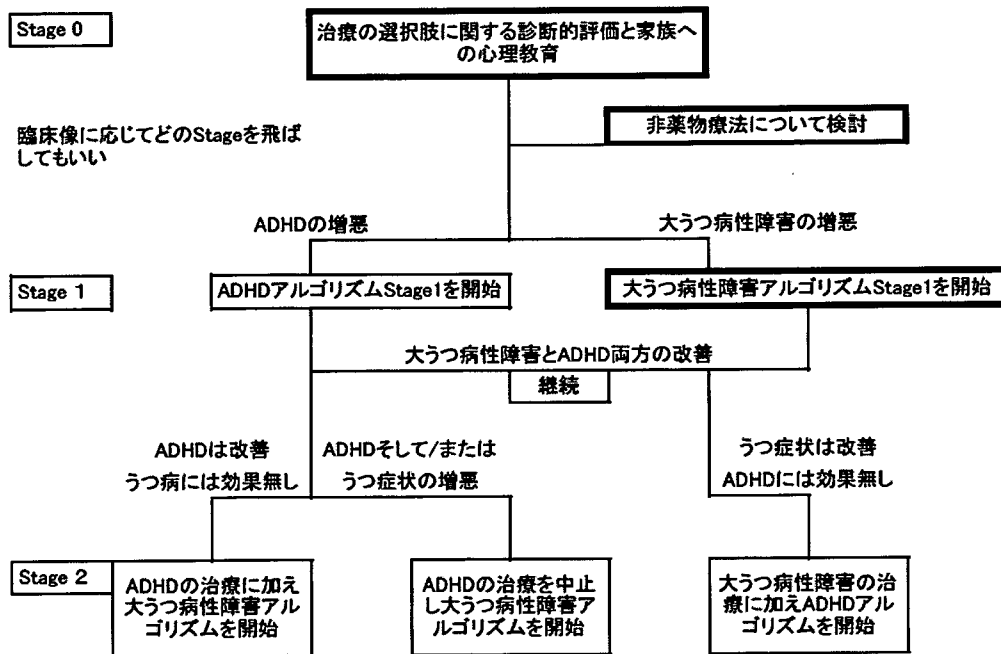
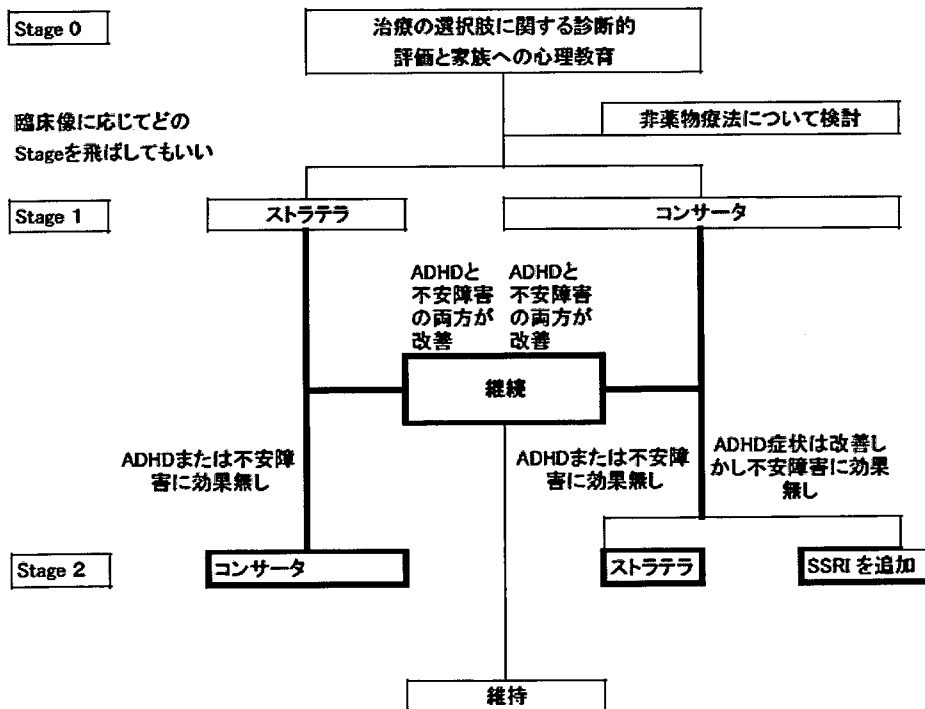


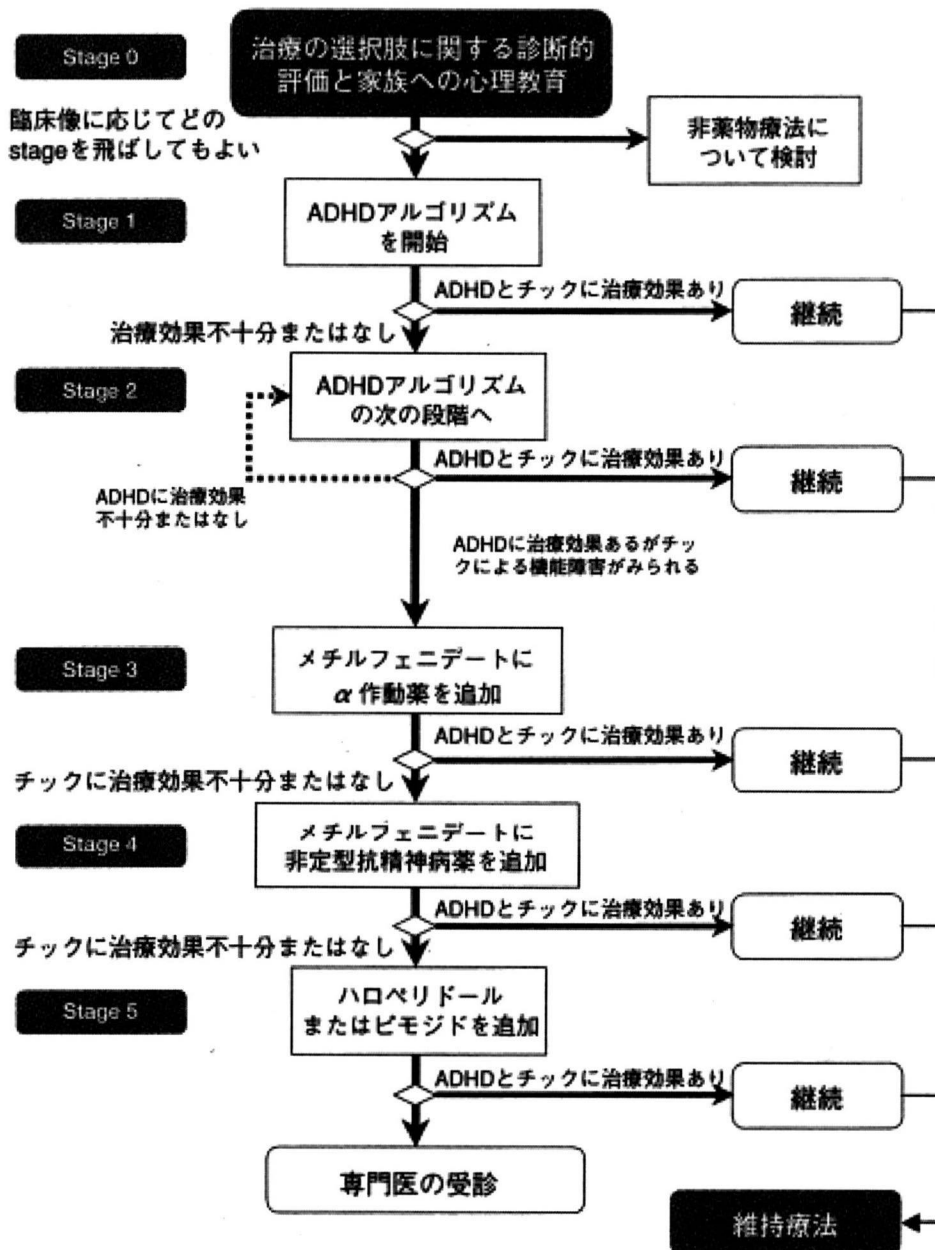
図 28 不安障害を併存する ADHD の治療アルゴリズム



c. 神経性習癖群

神経性習癖群としては、トゥレット障害を含むチックの併存がよく認められます (Gilbert DL ら, 2005)。

図 29 ADHD の薬物療法アルゴリズム (チック障害の併存の見られる場合) (細金, 2008)



他に、睡眠障害が共存するという報告もあり、Hvolby ら(2005)によると ADHD のある子どもの50%以上に睡眠障害が認められるといます。Konofal ら(2005)は、ADHD と診断された子どものなかに、レストレスレッグ症候群 (ムズムズ脚症候群) を 44%認めました。その機序は不明で、レストレスレッグ症候群から生じる睡眠障害が日中の不注意や落ち着きのなさといった ADHD 症状