

- tal disorder can evolve into ADHD: Case illustrations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 525-534.
- Filipek P. A., Semrud-Clikeman M., Steingard R. J., Renshaw P. F., Kennedy D. N., & Biederman, J. 1997. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, Mar., 48 (3), 589-601.
- Furman L. 2005 What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? *Journal of child neurology*, 20, 994-1003.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Molloy, E., & Castellanos, F. X. 2001 Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 33-49.
- Gilbert, D. L. & Lipps, T. D. 2005 Tourette's syndrome. *Current Treatment Options in Neurology*, 7, 211-219.
- Goldstein, S. & Schwabach, A. J. 2004 The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 329-339.
- Greydanus, D. E. 2005 Pharmacologic treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Indian Journal of Pediatrics*, 72, 953-960.
- Hawi, Z., Segurado, R., Conroy, J., Sheehan, K., Lowe, N., Kirley, A., Shields, D., Fitzgerald, M., Gallagher, L., & Gill, M. 2005 Preferential transmission of paternal alleles at risk genes in attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Human Genetics*, 77, 958-965.
- Hill, J. C. & Schoener, E. P. 1996 Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1143-1146.
- Hvolby, A., Jorgensen, J. L., & Bilenberg, N. 2005 Sleeping disorders can imitate attention deficit/hyperactivity disorder. *Ugeskrift for Laeger*, 167, 3893-3894.
- Karande, S. 2005 Attention deficit hyperactivity disorder: A review for family physicians. *Indian Journal of Medical Sciences*, 5, 546-555.
- 木野内由美子・越川直枝・石井桂子・竹下利枝子・加藤優子・田中康雄 2007 AD/HD から広汎性発達障害へ診断変更に至った症例に関する一考察—児童相談での医学診断の課題と展望. 児童青年精神医学とその近接領域, 483, 44-35.
- 小石誠二 2006 ADHDの治療薬と副作用. そだちの科学, 6, 24-30.
- Konofal, E. 2005 Restless legs syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Neurology*, 58, 341-342.

- order. *Annals of Neurology*, 58, 341-342.
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., & Rutter, M. 2001 Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 513-528.
- Lahey, B. B., McBurnett, K., & Loeber, R. 2000 Are attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder? In Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. M. (Eds.) *Handbook of developmental psychopathology*, 2nd ed. Kluwer/Plenum Publishers, pp. 431-446.
- Langley, K., Rice, F., van den Bree, M. B., & Thapar, A. 2005 Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. *A Review Minerva Pediatrica*, 57, 359-371.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C., & Arcangeli, F. 2006 Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 42-47.
- MTA Cooperative Group 2004 National institute of mental health multimodal treatment study of ADHD follow-up: Changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics*, 113, 762-769.
- 日本精神神経学会・精神科用語検討委員会 2009 精神神経学用語集 改訂6版. 新興医学出版社.
- 大隅絃子・伊藤啓介 (監修) 2005 肥前方式親訓練プログラム: ADHDをもつ子どものお母さんの学習室. 二瓶社.
- Roeyers, H., Keymeulen, H., & Buysse, A. 1998 Differentiating attention-deficit/hyperactivity disorder from pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 565-571.
- Rutter, M. 2001 Child psychiatry in the era following sequencing the genome. In Levy, F., & Hay, A. D. (Eds.) *Attention, genes and ADHD*. Brunner-Routledge.
- 齋藤万比古 2005 注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の診断・治療ガイドラインについて. 精神神経学雑誌, 107, 167-179.
- 田中晴美 1995 胎児性アルコール症候群. カレントテラピー, 13, 118-121.
- 田中康雄 2004a 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. 思春期青年期精神医学, 14, 101-111.
- 田中康雄 2004b 注意欠陥/多動性障害の地域治療. 支援システム: それぞれの立場における対応策について. (主任研究者: 齋藤万比古) 注意欠陥/多動性障害の総合的研究評価と臨床的実証研究. 厚生労働省精神/神経疾患研究委託費.

- 田中康雄 2006a 学校との連携 改訂版注意欠陥/多動性障害. 齋藤万比古・渡部京太 (編) 改訂版注意欠陥/多動性障害: AD/HD の診断・治療ガイドライン. じほう, pp. 144-148.
- 田中康雄 2006b 地域連携システム・親の会・自助組織等. 齋藤万比古・渡部京太 (編) 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療のガイドライン (改訂版). じほう, pp. 149-152.
- 田中康雄 2006c ADHDの明日を信じて. *そだちの科学*, 6, 2-9.
- 田中康雄 2008 軽度発達障害——繋がりがあって生きる. 金剛出版.
- Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K., & Harrington, R. 1999 Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 105-111.
- Thapar, A., O'Donovan M., & Owen M. J. 2005 The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Human molecular genetics*, 15, R275-82.
- US FDA 2005 <http://www.fda.gov/cder/drug/ advisory/atomoxetine.htm>. [Atomoxetine と自殺の危険性について警告している]
- van den Bergh, B. R., Mennes, M., Stevens, V., van der Meere, J., Borger, N., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. 2005 ADHD deficit as measured in adolescent boys with a continuous performance task is related to antenatal maternal anxiety. *Pediatric Research*, 59, 78-82.
- Wang, B., Wang, Y., Zhou, R., Li, J., Qian, Q., Yang, L., Guan, L., & Faraone, S. V. 2006 Possible association of the alpha-2A adrenergic receptor gene (ADRA2A) with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 141, 130-134.
- Weiss, M., & Murray, C. 2003 Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 715-722.
- Wender, P. 1995 *Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford University Press. (福島章, 延与和子 (訳) 成人期の ADHD. 新曜社.)
- Wohl, M., Purper-Ouakil, D., Mouren, M. C., Ades, J., & Gorwood, P. 2005 Meta-analysis of candidate genes in attention-deficit hyperactivity. *Encephale*, 31, 437-447.
- World Health Organization 1993 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. WHO, Geneva. (中根允文・岡崎祐士・藤原妙子 (訳) ICD-10 精神および行動の障害——DCR 研究用診断基準. 医

学書院.)

- 山下裕史朗 2005 ニューヨーク州立大バップロー校における ADHD の子どもと家族に対する包括的治療. *日本小児科学雑誌*, 109, 1301-1307.
- Yoshida, Y. & Uchiyama, T. 2004 The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). *European Children and Adolescent Psychiatry*, 13, 307-314.
- Zametkin, A., Nordahl, T., & Gross, M., et al. 1990 Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323, 1361-1366.

[叢書 実証にもとづく臨床心理学]
発達障害の臨床心理学

2010年1月15日 初版

[検印廃止]

編者 東條吉邦・大六一志・丹野義彦
発行所 財団法人 東京大学出版会

代表者 長谷川寿一
113-8654 東京都文京区本郷7-3-1 東大構内
<http://www.utp.or.jp/>
電話 03-3811-8814 Fax 03-3812-6958
振替 00160-6-59964

印刷所 株式会社理想社
製本所 矢嶋製本株式会社

©2010 Tejo, Y., Dairoku, H., & Tanno, Y., Editors
ISBN 978-4-13-011125-6 Printed in Japan

〔国〕日本複写権センター委託出版物
本書の全部または一部を無断で複写複製（コピー）することは、著作権法上の例外を除き、禁じられています。本書からの複写を希望される場合は、日本複写権センター（03-3401-2882）にご連絡ください。

日常診療で出会う

発達障害の みかた

[都立梅ヶ丘病院院長] 市川宏伸

編集

[都立大塚病院児童精神科医長] 鈴木俊介

中外医学社

表 20 注意欠如多動性障害の診断基準 (DSM-IV-TR)¹⁾

- A. (1)か(2)のどちらか
- (1)以下の不注意の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6カ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの:
 <不注意>
- (a)学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な間違いをする。
 - (b)課題または遊びの活動で注意を集中し続けることがしばしば困難である。
 - (c)直接話しかけられた時にしばしば聞いていないように見える。
 - (d)しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない (反抗的な行動、または指示を理解できないためではなく)。
 - (e)課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
 - (f)(学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
 - (g)課題や活動に必要なもの (例: おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具) をしばしばなくしてしまう。
 - (h)しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。
 - (i)しばしば日々の活動で忘れっぽい。
- (2)以下の多動性-衝動性の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6カ月以上持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない:
- <多動性>
- (a)しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。
 - (b)しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況を離れる。
 - (c)しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする (青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)。
 - (d)しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
 - (e)しばしば “じっとしていない” またはまるで “エンジンで動かされるように” 行動する。
 - (f)しばしばしゃべりすぎる。
- <衝動性>
- (g)しばしば質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまう。
 - (h)しばしば順番を待つことが困難である。
 - (i)しばしば他人を妨害し、邪魔する (例: 会話やゲームに干渉する)。

3 注意欠如多動性障害 (ADHD)

A 注意欠如多動性障害 (ADHD) とは

不注意、多動、衝動性を主症状とする注意欠如多動性障害 (以下 ADHD) は、その診断基準と名称をめぐり、めまぐるしく変遷してきた。それはまさに、この障害がもつ難しさを物語っているように思われる。本論では、できる限り医学的知見に沿って、この障害について述べる。

1. 診断基準

DSM-IV-TR¹⁾ による診断基準項目を表 20 に示す。ここに示した多動性、衝動性または不注意の症状のいくつかが 7 歳未満に、2 つ以上の状況において存在することが重要ポイントである。つまり特定の場所に限定して認められる、年齢が高くなってから急に認められる、という類のものではない。さらに症状の程度が生活面、学業面、職業面において大きな躰きになること、すなわち日常生活を送る上での困り感、生きにくさという感覚を自覚している必要がある。

現時点では、ADHD を検出できる生物学的指標や、診断テストは存在しない。あくまでも面接から得る情報と診察室での行動観察や、養育者から聴き取った生育歴、保育・教育の関係者から聴取した集団場面での行動特徴などを、数回にわたり聴き取り検討し、総合的に評価して診断する。前述したように、困り感、生きにくさの自覚というきわめて主観的な判断によるため、診察する医師の判断にどうしても幅が生じる。子どもあるいは養育者、関係者もつ困り感、生きにくさという感覚を自覚するためには、医療者側も、子どもの生活に目を向ける必要性があり、場面を変え時間をかけて、あるいは実際に子どもものの日常の現場に足を運び、行動確認する必要がある。

2 有病率と性差

DSM-IV-TR では、ADHD の有病率（あるいは発症確認率）を学齢期の子どものも 3 ～ 7 % としているが、母集団の取り方などによって変動することもある。性差については、DSM-IV-TR では、病型により異なるがおよそ 2 : 1 から 9 : 1 と男児優勢としている。

成人における有病率（発症率）についての報告は学齢期以上に不足しており、DSM-IV-TR では言及を避けている。2 ～ 7 % 程度あるいは、4.8 % という数値が成人の有病率として報告されている。成人の性差についての報告も少なく、1994 年の米国立精神衛生研究所（NIMH）での専門家会議で限りなく 1 : 1 に近づくと報告がある。

3 予後

長期予後についての充実した報告も少ない。以前は成長に伴い症状が消失して 30 %、症状継続 40 ～ 60 %、他の精神科的共存症状など、事態が悪化している状態と評価できるものが 10 ～ 30 % といわれていたが、最近では、青年期以降も 70 ～ 85 % は ADHD の診断がはずせないという報告もある。

4 成因

医学（神経生物学的）モデルにより解明したいという願いは、さまざまな内的・外的要因の関与の検討を生んできた。しかし、残念ながら原因の特定は困難で、多様な可能性を抽出している段階に留まっている。

生物学的研究からは、画像診断的に尾状核、前頭前部、脳梁、小脳の異常が指摘され、前頭前部-線条体神経回路の機能障害、実行機能の障害といった事柄が注目されている。遺伝学的研究では、家族内発現の調査や双生児研究などの遺伝的要因や、DRD-4 レゼプター遺伝子、ドーパミントランスポーター遺伝子の関与が示唆されている。

最近、妊娠中のタバコやアルコールの摂取との影響が注目されている。妊娠中の喫煙と ADHD の関連では、ADHD のある子どもは出生が喫煙群では

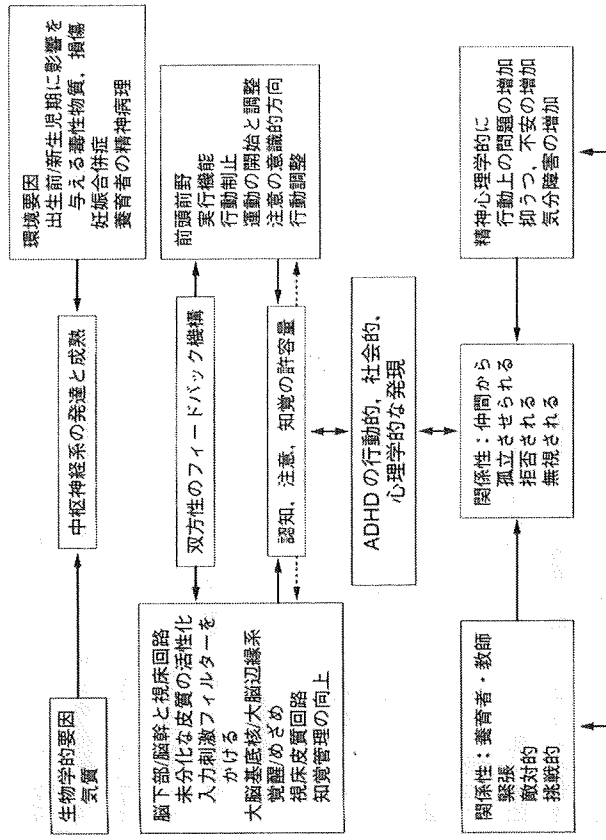


図 12 ADHD の相互作用モデル

非喫煙群の 2 倍という報告もある。アルコールの影響は、胎児性アルコール症候群、アルコール関連神経発達障害という診断名が知られており、本邦では、これらアルコール関連障害の 73 % に ADHD 症状を認めたという報告もある。

発現機序については、図 12 のような bio-psycho-socio-ecological disorder という視点で考えることが妥当といえよう。

5 合併症状と鑑別診断

合併症としては、発達性言語障害、発達性協調運動障害、学習障害といった発達障害群、反抗挑戦性障害や行為障害といった“DBD マーチ”を示す破壊的行動障害群、あるいは不登校や引きこもりなどのいわゆる適応障害や不安障害、気分障害といった情緒的障害群、チックや吃音、夜尿などの排泄

障害といった神経性習癖群という4疾患群と、てんかんなどがある。特に発達障害群に関しては、広汎性発達障害との鑑別診断の難しさが注目されている。診断基準では、広汎性発達障害と診断される場合はADHDの診断は除外される、という規定があるが、臨床場面では、合併していると思われる場合もあり、議論の一致をみていない。木野内³⁾はADHDと当初診断された子どもが後に広汎性発達障害に診断変更された5事例を詳細に検討している。

最近注目されているのは、子どもの虐待あるいは不適切な養育態度との相互関連である。虐待がADHD的行動パターンを作り出したと思われられる場合もある。虐待が脳領域に形態的機能的変化を及ぼし、時に不可逆性を示すことも報告されてきた。

その他、ADHD的な状態像を示す可能性のあるものを列挙すると、まず知的に高い子ども (gifted child) がいる。同年代の集団行動に物足りなさを感じて、そのためじっとしていることができず、別のことを考えたりして、多動・不注意と指摘されるのである。いわゆる好奇心旺盛の活発な子どもも、状況によってはADHDと判断されることもある。フェノバルビタールを服用したあとにみられることがある多動や抗ヒスタミン剤による眠気が不注意として認識され、ADHDが疑われることもある。さらに最近では、子どもの社会性の発達の未熟さや、経験不足などと誤解されることもある。

6. 心理検査

生物学的マーカーのないADHDでは、神経心理学的検査を用いて確定診断を下すことはできない。

注意の持続力を評価する作業持続テスト (CPT) は、あくまでも注意力の傾向を知ることにとどまり、臨床的には治療効果の判定に有益となる。

認知能力テストとしてはウェクスラー検査がよく使われる。下位項目の注意記憶の指標は参考になるが、学習障害との差異が認められず、ADHDに限定した所見はない。

そもそもADHDの特性から、心理検査に取り組み姿勢が状況や環境に

よって大きく変動しやすく、結果としての成績に著しいばらつきを認めることがある。

7. 治療

ADHDにおける信頼性のある治療方法は、薬物療法、精神療法⁴⁾、認知行動療法 cognitive-behavioral therapy (CBT)、行動療法 behavioral therapy (BT)、心理・社会的支援 (サポートグループ、社会技能訓練、バイオフィードバック法、家族療法、家族教室など) などである。

a. 基本的対応

子どもの行動に注目しながら、日常的にポジティブな対話をすることが大切である。ADHD症状は、それだけ切り取ってみると、大人や周囲に対して、非常に迷惑事ではない。しかし、迷惑事である言動を指摘して「止めさせる」ことよりも、良い行動を「作り出していく」ほうが現実的である。たとえば「ちよろちよろしてはいけない」と指摘するよりも、「少しだけ、先生のほうをじっとみてね」とお願いしたほうが、笑顔で対応できる。これは子どもが良い行動を能動的に、積極的に身につける援助となる。良くない行動に関して、こちらが積極的に関与して注意を続けると、1つは「いくら注意されていても、できない」ことで自己評価を落とし、さらに注意する相手に対して決して好意的になることはなく、注意をする側も、改まらないことで、支配力が低下したような気持ちになり、関与する自信を失い、そのために、叱責もエスカレートしたり、悪感情を抱くことになりかねない。

b. 薬物療法

ADHDの第一選択剤として精神刺激薬が使用されるが、なかでももっとも一般的なのが、1975年に生産された塩酸メチルフェニデート methylphenidate hydrochloride (MPH, 商品名 Ritalin) であった。日本では、保険適応外ながらこれまで実質的に使用されてきた薬物であったが、2007年10月より正式に使用不可能となり、かわって2007年12月に長時

間持続型である MPH 徐放剤 (商品名 Concerta) が小児期における ADHD を適応疾患として日本ではじめて承認された。

MPH 徐放剤は、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いる。服薬後 1 時間以内に MPH の放出が始まり、10 時間以上持続するため、朝 1 回の服用となる。これまでの MPH との大きな違いは、この立ち上がりの緩徐さであり、やや効果が緩慢な印象を初期に感じる場合がある。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により、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る。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がよく認められる。ときに、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る。ADHD の基本症状やチック症状の悪化、人格変容、幻覚・妄想などが表面化する場合もある。

薬物の効果判定は、学校など子どもたちが日々生活を送る現場での行動評価が基本であるため、本人、養育者、関係者からの情報が求められる。

他に注目されているのが、非精神刺激薬の一つで、選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬である Atomoxetine (商品名 Strattera, 2009 年 6 月小児の ADHD 治療薬として承認された) である。すでに欧米では ADHD の子どもから大人にまで使用され MPH に匹敵する効果を実証している。作用機序については、ノルアドレナリンのシナプス終末への再取り込みの阻害、もしくは再取り込みの速度を低下させることで、シナプス間隙におけるノルアドレナリンの量を増加させ、ADHD の症状を抑制すると考えられる。副作用は、一時的な消化器症状 (消化不良、嘔気、嘔吐、食欲不振)、鎮静、疲労感、めまい、気分変動などで、MPH に比べて少ない。チック症状の悪化は認めず、薬物への依存が形成されないことが大きな利点である。MPH 同様 6 歳未満での使用は推奨されない。

他には、抗うつ薬や抗精神病薬が使用されることもある。前者はノルアド

レナリンやセロトニンなどのモノアミンの再取り込みを阻害し、シナプス間隙のモノアミン濃度を増加させることで、ADHD の症状、特に注意集中の改善をめざす。後者は、衝動性、多動性を抑制する鎮静効果を目的にしているが、いずれも報告例が少なく、治療可能性を有するという報告に留まる。日本では、ADHD のある子どもにも 2 つの薬物が治療薬として承認されたが、ADHD のある成人に対する承認薬はまだない。

c. 養育者へのアプローチ

ほとんどの養育者はこれまでの子育てに疲労困憊し、同時に上手に対応できなかつた自分を責め続けている。養育者に対して最優先するべき支援は、これまでの養育へのねぎらいと自責感情の開放である。ADHD における基礎的な情報を正しく伝えることで誤った自責感情を開放させ、新しく子どもに向き合えるよう養育者を支援する必要がある。時には、不適切な養育状況に陥っている時は、養育者の休息を促し、時には、一時的に子育て状況を回避する必要もある。医療機関だけでなく、福祉、行政機関も活用する場合もある。

家庭での関わり方については、できるだけ具体的に指示し、沢山の戦略があることを伝えて、子育てに絶望しないように応援する。

d. 関係者へのアプローチ

保育・教育関係者も子どもとの関わりで途方に暮れており、なかなかよい手立てがなく、養育者同様、疲労困憊しているか自責的、あるいは自信を失っている。

関係者が求めているものは、「今すぐできる関わり方」という即時的なものが多い。そのため教室での過ごし方についてともに考え、できることを捻出し、次に ADHD についての基礎的な学習資料を提供することが効果的となる。

e. その他

他に注目されているのが行動療法的アプローチであるが、久留米大学の夏期治療プログラム⁵⁾や、レズニック博士のDVD教材⁶⁾などがユニークな取り組みとして評価できる。

おわりに

ADHD は、表現形としては比較的均一性をもつ用語であるが、遺伝子学的には異種性といえるものである、といわれており、ADHD という境界線のあいまいな世界で区分けすることなく、個々人の心理・精神病理と、教育状況と、家族の必要性に立ち返ることが、理解と対応の王道として改めて重要となる。

●文献

- 1) American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington DC: APA; 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸, 訳. DSM-IV. 精神疾患の分類と診断の手引き. 東京: 医学書院; 1995).
- 2) Ellison A. An overview of childhood and adolescent ADHD: Understanding the complexities of development into the adult years. In: Goldstein S, Ellison A, editors. Clinician's Guide to Adult ADHD assessment and intervention. New York, London: Academic Press; 2002. p.1-23.
- 3) 木野内由美子, 越川直枝, 他. AD/HD から広汎性発達障害へ診断変更に至った症例に関する一考察—児童相談所での医学診断の課題と展望—. 児童青年精神医学とその近接領域. 2007; 48: 344-52.
- 4) 田中康雄. 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—. 思春期青年期精神医学. 2004; 14: 101-11.
- 5) 山下裕史朗. ADHDをもつ子どもへの夏期治療プログラム. そだちの科学. 2006; 6: 49-55.
- 6) ロバートJレズニック. 思春期の ADHD に対する認知行動療法—子どもと親への実践的アプローチ (DVD教材). 東京: JIP 日本心理療法研究所; 2006. <田中康雄>

3 注意欠如多動性障害 (ADHD)

B Parent Training

米国では ADHD (注意欠如多動性障害) への包括的治療の二本の柱として、薬物療法に並んで行動療法が重要視されているが、なかでも PT は、行

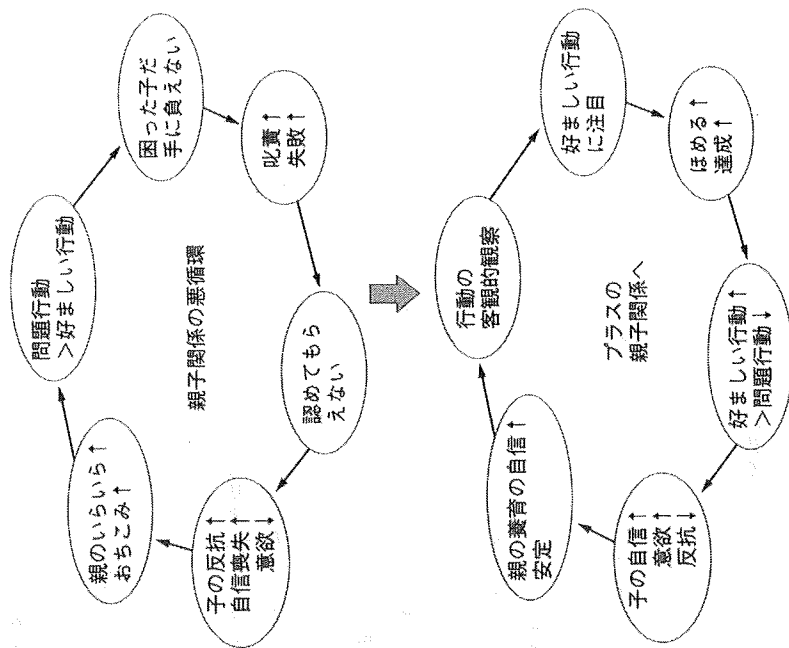


図13 親子関係の悪循環

日常診療で出会う発達障害のみかた ©

発行 2009年8月1日 初版1刷

編集者 市川宏伸
鈴村俊介

発行者 株式会社 中外医学社
代表取締役 青木 滋

〒162-0805 東京都新宿区矢来町62
電 話 (03) 3268-2701(代)
振替口座 00190-1-98814番

印刷・製本/三和印刷 <MM・TM>
ISBN978-4-498-14510-8 Printed in Japan

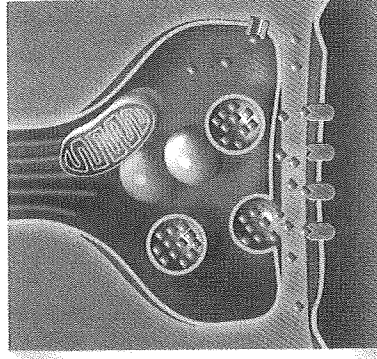
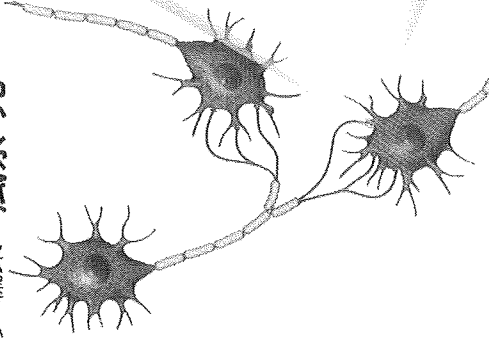
JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられます。
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構
(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.
or.jp) の許諾を得てください。

よくわかる 精神科薬物 ハンドブック

監修・編集 風祭元

帝京大学名誉教授 / 元東京都立松沢病院院長



10 小児・青年期の行動異常

田中 康雄

定義と特徴

行動異常という用語について、明確に定義して分類しているものはない。ここでは牛島（1996）の提案をもとに小児・青年期における行動異常を提示する（表1）。そのうえで、すでに本書で述べられている項目を取りのぞくと、破壊的行動障害と食行動の障害、そして睡眠行動の障害とその他のチェックが残る。本項では、これらについて述べる。

行動異常のアセスメント

ここでは、それぞれの行動の異常から想定すべき障害名を羅列して紹介しておく。それぞれの診断名のもつ詳細な特性については、DSM-IV-TR、あるいはICD-10などの公的な診断基準に当たっていただきたい。

破壊的行動障害

暴言・暴力、器物破壊といった対象破壊的行動や自傷等の自己破壊的行動は、小児・青年期において、さまざまな背景から生じやすい。

異常体験などから結果的に自傷他害に至るということであれば、統合失調症を第一に想定すべきであり、強い絶望感や希死念慮を背景にした破壊的行動であれば、気分障害をまっさ

DSM-IV-TR

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition text revision (精神疾患の診断・統計マニュアル第4版の解説改訂版)の頭文字を取ったものである。米国精神医学

会が診断指針として刊行した診断基準であり、1952年に初版が出版され、わが国の精神科病名の名称変更などを契機に2004年に新訂版が出版された。

トレス耐性が低く、他者との葛藤状況で適切な対処行動がとれないことがある。

学校でのスポーツ行事については、水泳の際に監視を強化する必要があるが、その他のスポーツについては、剣道や柔道などのココンタクト・スポーツや長距離走などの耐久スポーツを含め、避けるべき合理的な理由はない。

成人の場合

成人の場合、てんかんをもつ人は、就労の困難さ、社会的偏見、支援体制の欠如など、多くの心理社会的問題に直面する。薬物治療によっててんかん発作が抑制されても、長期にわたる規則的な通院や服薬が必要となり、仕事上あるいは日常生活上の制約を受ける。難治の発作をもつ例では、さらに繰り返し発作に無力感、絶望感のため、抑うつ的なこととなることもある。時間をかけて患者の訴えに傾聴し、必要な指導と援助を行うべきである⁵。

おわりに

てんかんの治療はとかく発作のみが注目され、患者のもつ心理的、精神的苦悩に目が向けられない傾向がある。てんかんの診療にあたる医師は、患者の置かれている心理的・社会的状況を理解し、精神面への援助と生活の質を高める指導を提供する必要がある⁶。

文献

1. Browne TR, Holmes GL. *Handbook of Epilepsy*. 3rd ed., Lippincott, Philadelphia, 2004. (松浦雅人訳。てんかんハンドブック。メテイカル・サイエンス・インターナショナル、東京、2004.)
2. 井上有史. 成人てんかんにおける薬物療法ガイドライン. てんかん研究 2005; 23: 249-253.
3. 葉子直, 菅るめ子, 田中正樹, 和田一丸. てんかんをもつ妊娠可能年齢の女性に対する治療ガイドライン. てんかん研究 2007; 25: 27-31.
4. 松浦雅人. 成人てんかんの精神医学的合併症に關する診断・治療ガイドライン. てんかん研究 2006; 24: 74-77.
5. 松浦雅人, 原惠子 (編). てんかん診療のクリニカルエクスチジョン194. 診断と治療社. 東京, 2009.
6. 松浦雅人 (編). てんかん—その精神症状と行動. 新興医学出版社. 東京, 2004.

表1 小児・青年期に見られやすい行動異常 (牛島, 1996をもとに作成)

大項目	中項目	一例
精神病的行動障害	精神病性、緊張病性、ヒステリー性	精神病性、緊張病性、ヒステリー性
	昏迷	うつ病性、緊張病性、ヒステリー性
破壊的行動障害	対人破壊的行動	暴力、けんか、家庭内暴力、いじめ
	自己破壊的行動	自殺、自傷、薬物乱用
	パニック	興奮、自傷、他害など
	衝動抑制の障害	間欠性爆発性障害、窃盗癖、放火癖、病的賭博、抜毛など
関係性の障害	対人関係の障害	対人緊張、虚言、異性選好
	社会的関係の障害	不登校、ひきこもり
欲動の障害	食行動の障害	拒食、過食、異食、反芻
	睡眠行動の障害	不眠、過眠、睡眠障害、かなしばり、概日睡眠リズム障害
その他	チック	運動性、音声、トゥレット障害

きに疑う必要がある。

次に検討するべき点は、いわゆる発達障害圏と被虐待体験による破壊的行動と、反抗挑戦性障害や業行障害と呼ばれる障害群であろう。

反抗挑戦性障害 oppositional defiant disorder (以下 ODD) や業行障害 conduct disorder (以下 CD) という名称は、DSM-III から採用され、DSM-IV-TR へと引き継がれてきた概念である。もう一方の診断基準である ICD-10 では、CD を「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」というカテゴリーのなかに多動性障害、そのほかの情緒の障害、そのほかの社会的機能の障害などとともに位置づけ、ODD を CD の下位群の1つに位置づけている。

DSM-IV-TR に準拠すると、CD は「嘘、窃盗、危険物の所持、放火、家出、性的行為の強要、頻回ないじめ、他人の家や車に押し入る」といった他人、動物への攻撃性、所有物への破壊、嘘や窃盗、重大な規則違反や怠学といった、他者の基本的な権または年齢相応の主要な社会的規範や規則等の侵害を、6 か月以上反復・持続することから定義される。

一方で ODD は「かんしゃく、口論、規則への抵抗拒否、故意に相手をいらだたせる、不作法な振る舞い、頻回な怒りや腹立ち、意地悪、執念深さ」といった拒絶的、反抗的、挑発的な行動が6 か月以上持続するが、CD に見られるような他者の基本的権利をひどく侵害する行為を認めないことを基

本的病像とする。

さらに発達障害圏で破壊的行動を示すとすれば、知られていないところでは、対人関係障害、コミュニケーションの置きなどを特徴とする広汎性発達障害のある小児・青年期に見られるパニック(激しい興奮状態)と不注意、衝動性、多動性を主症状とする注意欠如・多動性障害 attention deficit hyperactivity disorder (以下 ADHD) のある小児・青年期が示す衝動的行動(言葉よりも手や口が早いということ)で結果的に暴力・暴言を示す)である。特に ADHD と CD と ODD の関係では、一般的には ADHD に見られる併存障害として三者の関係が議論され、ADHD の一部が ODD に移行し、その一部が CD となり、そのほんの一部が反社会性人格障害となる、という指摘もある。

被虐待体験から生じる破壊的行動は、人間関係における強い不信感情、裏切られ感などを背景にしたなかで生じる自暴自棄的な暴力であり、特に生きていること自体の不条理や無価値感、無気力感といった自己評価の極端な低下を認める。

自傷他害時の記憶がまったく欠落している、あるいは人格変容と思われる異常な言動を認める場合は、解離性障害を疑う必要がある。これは被虐待体験やいじめなどの否定的生活体験が影響することによって生じやすいと考えられており、意識、記憶、同一性、または知覚などの機能障害が突然あるいは徐々に生じるものである。DSM-IV-TR によれば、情報想起の障害としての解離性健忘、生活の場からの突然の予期せぬ放浪といった解離性逃走、2 つ以上の上のはっきりと他と区別できる人格が登場する解離性同一性障害(あるいは多重人格障害)、精神あるいは身体から浮遊している感覚と現実検討が同居する離人症性障害に下位分類される。

DSM-IV-TR では、どこにも分類されない衝動抑制の障害という項目を設けており、そのなかで小児、青年期に認められやすいものとして、抵抗しきれない攻撃的衝動によりひどい暴力や所有物を破壊する間欠性爆発性障害、モノを盗もうという衝動に抵抗できず盗み癖、放火を抑制できない放火癖、ギャンブルが止められない病的賭博、自ら頭髮、眉毛、

まつげなどを抜く抜毛症などがある。また日常によく見かける行動の異常として、爪かみ、指しゃぶりなどもある。

食行動の障害

小児に見られる食行動の異常としては、本来食べられない絵の具や石膏、毛や布を食べる異食症や、一度食べたものを戻し口にため込み咀嚼を繰り返すという反拗性障害が知られている。

思春期前後から認められる食行動の異常としては体重の増加を過剰に恐れ、節食や絶食や過剰な運動を行うものや、むちゃ食いのあと自己誘発性嘔吐や下剤乱用などで強制排出を試みる神経性無食欲症やむちゃ食いと強制排出を主とする神経性大食症といった摂食障害がよく知られている。

こうした食にまつわる行動異常は、食事場面を共有したり食卓を囲むことで家族から気づかれるか、極端な体重の減少などから周囲から心配され受診することが少なくない。

異食症は、精神遅滞や広汎性発達障害に合併しやすく、反拗症もまれではあるが発達障害との関連が指摘されている。

睡眠行動の障害

睡眠発作
耐え難い眠気に襲われ数分から数十分で寝てしまうこと。

情動脱力発作
カタレプシーとも呼ぶ。突然、驚くといった急激な情動をきっかけに全身が脱力する。軽度では下あごが下がり、ひどいときには椅子から頭れ落ちる。

入眠幻覚
眠り際に生じる、部屋に誰か入ってくる、誰かに触られるといった不快で不安な現象感のある幻覚。

睡眠麻痺
いわゆる金縛り状態のこと。覚醒と睡眠の移行期に生じる全身の脱力感。

不眠の悩みは、精神科領域では非常に会おう頻度が高い。日常生活のストレスや不安、あるいは気分障害や統合失調症の一症状として認められる。

小児・青年期として気をつける過眠のなかには、①日中の強い眠気と睡眠発作、②情動脱力発作、③入眠幻覚、④睡眠麻痺を4主徴とするナルコレプシー、ナルコレプシー同様に日中の強い眠気を訴えるが情動脱力発作等を認めない特発性過眠症、あるいは数日前後の過度の眠気のエピソードが周期的に反復する反復性過眠症がある。これらは中枢性過眠症と総称される。

さらに睡眠中に突然叫び声や悲鳴を上げ、周囲が起こそうとしても起きず、翌日ほとんど覚えていないという激しい夜泣き（夜驚症）、寝ほけとも呼ばれる睡眠中の歩き回り（睡眠時遊行症）、さらに睡眠リズムの乱れによる概日リズム睡眠

眠障害なども、睡眠に関連する行動異常といえよう。

チック

DSM-IV-TRでは、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声をチックと呼ぶ。肩をすくめる、首を動かすなどは単純性運動性チック、手を振る、飛び上がる、触れる、においをかぐなどは複雑性運動性チック、咳払い、鼻をならすのを単純性音声チック、単語や言葉、時に汚言を話すのを複雑性音声チックと分類し、複雑性の運動性チックと音声チックが重なる重症のチックをトゥレット障害と称する。

薬物治療の基本

小児期における薬物療法の特徴は、そもそもの開始時点で子ども本人が治療を希望する前に、上記の行動異常に悩み、心配する家族、特に親からの要請から始まりやすい、ということがある。次に、①薬物療法の安全性の未確立、②いわゆる適応外使用が多い、③子ども本人への説明が不足しがちである、④という問題も大きい。現状は、明確に診断がついた（標的的症状が明確になった）ことで、薬物療法が開始されるが、15歳未満での使用については知見がなく、厚生労働省によって認可されているのは、自閉症に対するピモジド（オラーラプ[®]）、ADHDに対するメチルフェニデート徐放剤（コンサータ[®]）とアトモセチン（ストラテラ[®]）、不眠症にときに使用されるニトラゼパム（ベンザリン[®]、ネルボン[®]）のみである。表2に現時点で効果が期待できる薬物を示す。

その他の対応法

小児・青年期の行動異常は、薬物療法以前あるいは同時期に環境調整を行うことが必須である。あるいは一過性チックや指しゃぶりなどのように、ある程度の時間の経過を我慢して待つことで自然に消退するものもある。

よく使われる対応法には、言語的なあるいはプレイや箱庭

コンサータ[®]

血中濃度の変動を押さええるために放出制御型の徐放錠となっており、1日1回朝の服用で12時間効果が持続する。この薬物は、適切に診断された患者に対して適正に使用されるよう処方する医師、医療機関、薬局が登録制になっており、適正流通管理体制が敷かれている。

ストラテラ[®]

脳内の前頭前野でのノルアドレナリンの再取り込みを阻害する非精神刺激薬で、コンサータ[®]同様小児（6歳以上～18歳未満）のADHD治療薬である。コンサータ[®]との違いは、上記の作用機序のほかに、投与開始2週間程度から穏やかに効果が現れ、6～8週間で安定した効果が得られることと、登録制の適正流通管理体制を敷いていない点である。

チックに対する注意

コンサータ[®]は、運動性チック、トゥレット障害またはその既往歴・家族歴のある患者には禁忌となっている。

表2 病態・障害によく使用される薬物 (瀬川, 阿部, 細金などを参照)

	効果の期待される薬物
1) 破壊的行動障害	
注意欠如・多動性障害	現在小児期において認可されているのは、精神刺激薬でメチルフェニデート徐放薬のコンサータ®と、選択的ノルアドレナリン再取り組み阻害薬のアトモセチン (ストラテラ®) の2つである
反抗挑戦性障害、業行障害	上記に準じる。特に定型あるいは非定型抗精神病薬や気分安定薬が使用される
広汎性発達障害を基盤としたパニック症状	行動面では定型、非定型抗精神病薬が使用される。強迫的行為や気分不安定には選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (以下SSRI) が好まれ、多動・不注意傾向には精神刺激薬が使用されることもある
視覚待経験をもつ方のフラッシュバック、パニックや解離性障害	通覚醒、興奮、不眠や不安焦燥、抑うつには抗不安薬やSSRIが、三環系抗うつ薬は睡眠障害や遺尿に効果的で、フラッシュバックなどには少量の非定型抗精神病薬や抗てんかん薬が使用される
間欠性爆発性障害	定型あるいは非定型抗精神病薬や気分安定薬が使用されやすい
2) 食行動の障害	
異食症	背景障害への対応
反復性障害	対症的に逆流性食道炎への対応など
摂食障害	心理・行動療法が中心。時にSSRIや非定型抗精神病薬が使用される
3) 睡眠行動の障害	
不眠症	一過性の不眠には薬物を用いない。症状がひどく、持続される場合は抗不安薬を用いる
ナルコレプシー	入眠時幻覚や睡眠障害には入眠導入剤や非定型抗精神病薬が、睡眠障害にはSSRIが、日中の眠気には精神刺激薬が使われる
特発性過眠症	精神刺激薬
反復性過眠症	抗てんかん、気分安定薬
概日リズム睡眠障害	高照度光療法
4) その他	
チック	薬物療法で症状を完全に消滅させることは難しい 日常生活に支障を求まず場合は、抗精神病薬が用いられる ADHDにチックが合併する場合もまれでないが、精神刺激薬はチック症状を悪化させる場合があるので、留意する

などを使用しての広義の精神療法(心理療法)、認知行動療法、親指導あるいはペアレント・トレーニング、保育・教育現場との連絡連携などがある。

対応の注意点

児童精神科領域では、なにかしらの課題をもった子どもたちは、自ら内面を語る、あるいは自発的に悩みを相談するということが極めて少ない。多くは、親や関係者によって気づ

かれて受診することになる。そのため、診断・治療に対しては、精神医学的評価をいかにていねいに蒐集するかが決め手となる。子どもの発達歴や周囲の評価、特に保育士や教師といった子どもの日常をもとにする専門職の情報、参考になることが多い。問題とされる「行動異常」が診察室で確認できないことも少なくないため、子どもの生活場を直に観察する、時には行動評価などを一定程度の評価を得ている評価票などで客観的な評価を行う必要もある。夜間の睡眠障害の確認のために、短期間の行動観察入院などにも必要になることもある。

小児・青年期の行動異常は、機能的障害や器質的障害などから生じる場合もあるだろうが、単純に環境要因から一過性に出現する場合も少なくない。

なぜその行動が選択されたのか、あるいはその言動の裏に隠れた真意にいかにか近づけることができるか、という発達精神病理学的接近をおろそかにしてはいけない。仮定した診断に常に疑い、時間の経過も加味しながら、慎重に検討していくべきである。

文献

1. 牛島定信. 現代の精神医学における行動障害の意義. 臨床精神医学 1996; 25:761-765.
2. 阿部隆明. 子どもの精神医者とくすり. こころの科学 2009; 143: 98-105.
3. 瀬川裕平, 北島剛司, 阿部 保, 第6章 睡眠障害の薬物療法. 精神疾患の薬物療法ガイド, 初版, 稲田俊也(編), 墨村書店, 東京, 2008; 81-99.
4. 細金泰彦. 第8章 児童思春期における精神科薬物療法. 精神疾患の薬物療法ガイド, 初版, 稲田俊也(編), 墨村書店, 東京, 2008; 113-135.
5. American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington D.C., 2000 (高橋三郎, 大野裕, 柴本俊幸(訳) DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 新訂版, 医学書院, 東京, 2003).
6. 藤 道男, 中根允文, 小島山美(訳). ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993.

発達精神病理学
子どもは、しばしば発達という時間的経過のなかで病態が変化していくため、発達に合った精神病理学的理解が求められる。

よくわかる せいしんかやくぶつ 精神科薬物ハンドブック

2009年12月30日 第1版第1刷発行 監修・編集 風祭 元 かざまつり はじめ

発行者 有賀 洋文

発行所 株式会社照林社

〒112-0002

東京都文京区小石川2丁目3-23

電話 03-3815-4921 (編集)

03-5689-7377 (営業)

<http://www.shorinsha.co.jp/>

印刷所 共同印刷株式会社

- 本書に掲載された著作物(記事・写真・イラスト等)の翻訳・複写・転載・データベースへの取り込み、および送信に関する許諾権は、照林社が保有します。
- 本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を複写される場合は、事前
に許諾を受けてください。
- 万一、落丁・乱丁などの不良品がございましたら、「制作部」までにお送りください。送料小社負担
にて良品とお取り替えます (制作部 ☎0120-87-1174)。

検印省略 (定価はカバーに表示してあります)

ISBN978-4-7965-2211-3

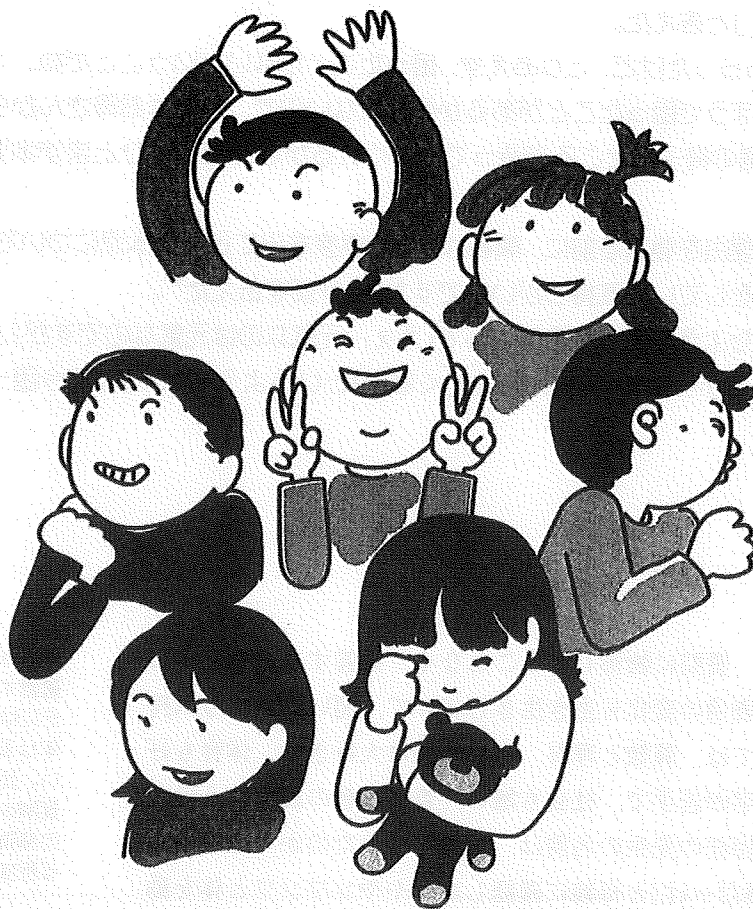
©Hajime Kazamatsuri/2009/Printed in Japan

発達障害 ケースブック

〔編集〕

市川宏伸
内山登紀夫

東京都立梅ヶ丘病院院長
福島大学大学院人間発達文化研究科教授



診断と治療社

ADHD と学校支援

初診時——受診理由

母親と一緒に小柄な少年が診察室へ入る。椅子を勧め、筆者はカルテで確認した少年の名を呼ぶ。

「健太君だね。こんにちは。僕は田中といいます。健太君は、何年生かな？」^{*)}

本児は、元気に「4年生！」と答える^{**}。

次に筆者は、「今日は健太君は、どうしてここにきたのかな？」と尋ねる^{**}。すると本児は母親のほうをみて「さあ」と首をかしげる。同席している母親が「あまり説明せずに連れてきました」とちょっと困った表情で言葉をさはむ^{**}。

しかし、診察医としては、そもそもの受診理由を尋ねないと始まらない。筆者は、とりあえず、日常の様子をいくつか質問する^{**}。

学校は楽しいか、好きな教科はあるか、嫌いな教科は何か、担任の先生の名前や性別は、その先生は優しいか、よい先生か、友だちとうまくやれているか、学校生活で困ったことはないか、家では何をして遊ぶか、お父さんやお母さんはどういった感じの人が、下の妹とは仲がよいか、などである。

ひと通り尋ねたあとで、再度「学校や家で生活していて困ったことはないかな」と尋ねる。本児は、元気に明るく「ない！」と答えた。

「いろいろ教えてもらったけど、とりあえず、困ったことがないということだね。わかったよ。もしかしたらお母さんのほうで困ったことがあるかもしれないので、今度はお母さんから話を聞かぬ。その間、さっきの待合室の椅子のところで待っていてくれるかな」と伝え、ひとまず本児に診察室から出てもらった^{**}。

母親に改めて受診理由を尋ねる前に、筆者は、今診察室を出て行った本児について「元気で、ハキハキした子ですね。話をしている気持ちがいいですね」と評価を伝えた^{**}。

母親は、少し照れたような困った表情をして「ええ、元気なのは元気なのですが」といってから、「4年生の2学期になってから毎朝『学校に行きたくない』というようになって」と今困っていることを語り出した^{**}。

行動特徴

元気に診察室に入り、質問に物怖じすることなく、返答する。やや早口で、大声で話をする。表情の変化も生き生きとしていて、聞いていても気持ちがよい。勉強については、算数と理科、特に実験は大好きで、体育も好きだという。国語は漢字が苦手、社会も嫌い、音楽は皆の前で歌うのが好きじゃないという。担任の先生の名前は、緊張していたのか、生来かわからないが、「あっ、誰だっけ」と母親に確認した。ややソワソワと体を動

*)

筆者は自己紹介のあと、学年を確認するようにしている。カルテには、年齢は書いてあるが学年は基本的に記載されていない。比較的答えやすいであろう質問の返答の仕方から、子どもの緊張感や、対応する意欲がある程度わかる。

かしたり、手にした漫画本をパラパラと読みながら返答するため、母親に漫画を取り上げられた。笑いながら、母親に甘えるように漫画を取り返そうとする。筆者がいることを一瞬忘れていたかのような態度でもあった。

漫画やゲームのことで筆者が少し知っているように返答すると、「じゃこれは」とどンドンと話を広げていく。今日初めて会ったとは思えないほど話が弾む。

家では妹とけんかをすることが多く、ちょっとしたことで衝突してしまうという。「でもいつも僕が勝つけど」と多少負けん気のあるところをみせて、すぐに母親にたしなめられる。母親が、「まだ5歳の子にムキになってしまうんです」と困った表情をしている隣で、「絶対負けない!」といい放つ。

機転が利くようなところと、即決即断といった会話のリズムを認めるが、全体にソワソワと落ち着きを欠くところが目立った。気持ちがつかみにくいことはなく、どちらかという思いが顔に全部出てしまうタイプ、といえる。

家族歴

父親は母親の2歳年上で、子どもの養育は、ほぼ母親まかせであるという。5年後に妹が生まれ、現在4人家族である。母親も父親も実家は遠く、1年に一度帰省するかどうかといった状況であるという⁹⁾。

発症経緯

今困っているのは、「学校へ行きたがらない」ということであることを確認した上で、今までの育ちの様子を筆者は尋ねた。

それによると、本児は妊娠37週目に普通分娩で生まれた。母親が29歳のときの初めての子どもであった。

妊娠中に特に母親の体には問題は生じなかった。また妊娠中の飲酒、喫煙¹⁰⁾はない。定頸は4ヶ月で順調に育ち、歩き始めは1歳の誕生日だったという。言葉がやや遅く、出始めたときは、構音がはっきりしなかったという。

1. 歩き始め

歩き始めてから、母親の制止を振り切って走り出すことが目立つようになり、スーパーでは迷子になりやすく、路上では二度ほど自転車に衝突したという。初めての男の子ということで「男の子っていうのは、みなこんな風にチョロチョロしているものだ」と思っていたという。ときどき父親に愚痴っても「俺も小さい頃は、落ち着きがないってよくいわれた¹¹⁾」と聞いていたので、「そんなものかな」と思っていたという¹²⁾。

2. 幼稚園

4歳で幼稚園に行ってから、言葉よりも手が出てしまい、周囲の子どもにけがをさせたり、泣かせたりとトラブルが絶えないことや、運動会で列からはみ出して走り回ったときは、「これは大変」と思ったが、2年目には、

*2

気持ちのコントロールがとりにくい子どもは、えてして声の大きさもうまくコントロールできないことが多い。注意欠如・多動性障害(ADHD)が疑われる子どもの場合、早口だったり、大声で話すことが少なくない。また年齢が低い子どもでは他人に対しても物怖じせず、にこやかに対応してくれる。

*3

来院する理由に対してどういった説明を受けているかを確認することで、どこまで尋ねることができるかを確認する。まだまだ手探りの感じである。

*4

通常、低年齢の子どもの場合は、初診時に自ら悩みを抱え、相談したい内容をもって診察室に来ることは少ない。

*5

日常の様子を想像するために尋ねる。ADHDタイプの子どもの場合には、時に親しんだ担任の名前を忘れていたこともある。小学3年生以降になると、学習がうまくいっていないこともあり、科目の好き嫌いを聞いておくとのちの心理検査と重ねて判断できる場合がある。ここで言う質問と返答を通して、少しでも「よい関係」を築くため、返答を繰り返したり、ゲームや漫画についてはわかる範囲で「ああ、あの漫画ね」、「そのゲームって難しいの」など尋ね、少し話を広げるようにしている。これは単に筆者がこの方面が好きだから、だけではなく、関係性をつけるためである。

*6

相談内容を筆者はあまり最初から子どもに聞かせないようにしている。受診の説明もしにくかったことを考えると、「いいにくい」面があったからであり、診察室でも聞かせたくない内容かもしれない。時には、母親と話を始める前に「お子さんが一緒でもよいですか」と確認をとることもある。

*7

診察室の相談内容は、深刻で否定的な話題になりやすい。しかし、せっかく来てくれた少年の「よいところ」を相談前に一つ二つは感想として述べておく。

*8

これが、当面の主訴である。同



列を乱すこともなくなり、友だちとも、けっこう仲良くやれるようなところもあって、少し安心したという。保育士からは、「小学校にいけば、また成長するので、大丈夫ですよ」といわれた。しかし、参観のたびに安心したり、ハラハラしたりと、「毎日、どうして」という思いばかりが募り「正直心が安定した日はなかった」という。

3. 小学校

小学校に入学してからは、ほぼ毎日鉛筆と消しゴムを失くして帰ってくる。叱ってもそのときだけの「ごめんなさい」で、「こっち(母親)のほうが、もういい」と思うようになったという。学校からのお知らせの紙は、鞆にあれば母親が取り出して確認できるが、もち帰ってこない日も少なくなかった。「今から思えば、本当に忘れものが多くて、ずっと怒ってばかり」いたという。それでも参観日に行くと、ちゃんと前を見て授業を受けているので、「幼稚園時代からみたら、本当に成長したな」と感激したという。一方で、突発的な行動はときどきあったようで、一度はハサミで前の席に座っていた女の子の髪を切ってしまい、親子で謝りに行ったこともあった。

2年生までの女性の担任は、「お母さん、健太君は、寂しがっているのではないのでしょうか、わざと悪いことをして注目^{*13}を引こうとしているようです。妹さんにお母さんがとられたと思っているのではないのでしょうか」といわれてから、「相談したくないって思ってしまった。今までも折りに触れ「もっと愛情もって接してあげてください」といわれ続け、でも私は、愛情もって接してきました。たぶん下の子のほうがかわいそうなくらい、健太に手をかけています」と診察室で涙をみせた^{*14}。

4. 運動面

運動面の発達はよく、基本的にすばしっこく、自転車も補助輪を付けずに就学前には乗れた。今は少年野球に頑張っているという。ただ、いつも集合時間に間に合わないことで監督にたると叱られてしまうという。

5. 学習面

学習は、本児のいうように、暗記物が苦手で、3年生からは漢字の読み書きにつまずきが出てきたという。テストはよいときと悪いときがあり、うっかりミスが多い。一度、テストの裏面に目を通さずに表だけやって提出したこともある。気がせいしているのか、ときどき文字が抜けて回答することもある。

本児のことを相談できるようになったのは、小学3年生になって担任が今の小林先生という男性の先生になってからだという。小林先生は、本児が忘れないようにと、大切な行事などのお知らせは自宅にファックスしてくれた。それでも小林先生の「お母さん、一度、健太君の学校生活のつまずきについて、専門機関に相談にいきませんか」という誘いだけでは、納得できないでいた^{*15}。

「4年生になって、今まで頑張ってきた健太君も、本当に疲れ切ってしまったのでしょね」という筆者の言葉に、母親は「そうだと思います」と静か

時に、ではどうしたら学校へ行けるようになるか、ということを目指してではなく、何が登校をしにくくしているのか、という問いを立てて、これまでの発達と生活の様子を尋ねる。

*9

家での様子、登場していない父親の雰囲気、帰宅してからのかわり合い、妹の様子など一家団欒の様子を思い浮かべながら聞いていく。

*10

妊娠中の飲酒や喫煙が、時に子どもの発達に影響を与える場合がある¹⁾。

1) 田中康雄：軽度発達障害。繋がりあって生きる、p65、金剛出版、東京、2008

*11

このような表現をされる父親は少なくないように思われる。本来男の子とはそのような傾向を示しやすいため、この言葉だけで父親にもADHD傾向があると早合点しないことが大切である。

*12

聞くほどに大変な様子がうかがえたときには「なかなか大変でしたね」、「休まらなかったのではないですか」とねぎらいの言葉を軽く添える。

*13

子どもの様々な思いのある言動を単に「注目を引きかかっている」と理解せず、言動の意味を探してほしい。

*14

発達障害に関しては一般に理解が進んだようにみえても、まだまだこうした愛情不足、かわり不足、という評価を、親、特に母親は受けやすい。配慮を要する。

*15

医療相談機関が数ヶ月から数年待ちという話も聞くが、一方で、周囲の勧めがあっても受診までたどり着くのに、ある程度の時間を要することもある。周囲が焦らず、よい関係性を維持しつつ、時期を待つのがよいだろうと思う。

case
8