

の2つがより有効に実施されるという見通しが持てるか否かをポイントとする。

薬物療法については、おそらく治験的意味合いであろうが、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という報告¹⁾や、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の報告²⁰⁾がある。

筆者は、まず環境調整としての保育士の力に期待したい。保育士は保護者のこれまでの子育てに対する頑張りや評価し、園におけるささやかな子どもの成長をともに喜ぶための情報伝達を心がけるとよい。DuPaulら⁸⁾は、保育士の介入方法として、行動療法的介入方法を推奨しているが、同時にこうした介入は、「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し、マニュアル的対応に陥らないように注意を喚起している。

次に保護者への働きかけとして、ペアレント・トレーニングも有効である。大隈ら¹⁰⁾は、3歳から12歳までのADHDと診断された子どもたちを対象に親訓練(お母さんの学習室)を行っている。10回1セッションとした講義とグループミーティングを併用し、子どもの特性に応じて具体的な取り組みを学ぶものである。わが国には、このほか上林¹²⁾や岩坂ら¹³⁾などによるペアレント・トレーニングの実践報告がある。ペアレント・トレーニングが有用な子どもの年齢については、Barkley³⁾は、2～11歳が適切であろうと述べており、大隈らの実践と重なる。実施に際しての留意点として、Chronisら⁹⁾が、こうした保護者への行動療法は、訓練過程、保護者の精神病理、家族環境などと、幼児に素行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述べる。van der Oord, S.ら²⁵⁾も、ADHDと反抗挑戦性障害や素行障害を重ね持つ子どもの保護者は、外部からは、なかなかストレスを被っていると思われにくい点を指摘している。しかし、Pattersonら¹⁹⁾は、

ADHDと反抗挑戦性障害や素行障害を重ね持つ子どもの保護者に対してペアレント・トレーニングの有用性を報告している。おそらくペアレント・トレーニングは、親が自らにある過剰なストレスに向き合い、克服する取り組みということだけでなく、同じストレスを抱えたピアメンバー同士による日常生活への創造的な取り組みが、結果的に保護者の心理的改善をもたらす場合もあると思われる。もちろん、状況によっては、保護者への積極的な個人精神療法が求められることもある。

そのためこの時期における、保健福祉と保育教育においての、人的資源の増強、専門的研修の強化といった人材保障と育成が大きな課題となる。

2. 学齢期の子どもへの支援

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する。この時期は、薬物療法の試みと、学校と家庭における学習と行動統制の強化が図られる。

薬物療法に関しては、本誌でも多くの視点から検討されるので省くが、わが国で使用可能な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の適切な使い分けが今後の課題となるであろう。ただし、薬物療法に対する保護者の抵抗感を医療者は把握しておく必要がある。田中²⁶⁾が実施した保護者へのアンケート調査では、わが子へ薬物を使用することに対して、抵抗がある保護者は38%、抵抗がない保護者は26%であった。さらに子どもの年齢によって検討すると、わが子が小学生の場合、抵抗があるが48%で中学生になると33%、高校生になると26%と成長につれて抵抗感が減退していく。診断がついたあとの治療内容を保護者と検討するうえで、こうした保護者感情を知っておくことは大切であろう。

教育現場では、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、指名される前に質問に答える、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ふという障害特性がよく認められる。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、学習に取り組めず投げやりになる、といった状況に追い詰められやすい。

DuPaulら⁸⁾は、教師に対して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、1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、といった調整方法を提案している。同時に保育士への助言同様に、「介入方法を選ぶ際は、子どものニーズをなによりも優先する」、「介入方法は個別に作成」し、「画一的なアプローチは取ってはいけない」と述べる。その支援の成果を判定するうえで、有用となるのがADHD-RSという評価スケールで、現在邦訳され標準化の作業が進んでいる⁹⁾。DuPaulら⁸⁾は、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」ことだと強調している。つまり、問題行動を減らそうとするとそばかりが目立ち、結局叱責や罰を与え続けてしまうが、厳しい対応が奏効するには、褒められる達成感といった正の強化が豊かになければならない。具体的な対応は山下²⁰⁾が非常に参考となる。

ADHDと慢性的な学習不振や学習障害の重なりは、20~40%程度認められるが、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2つが併存している、という3つのタイプがあり、それぞれに当然対応が異なる⁹⁾。ここでは、特に②を対象にした関わりを紹介しておく。

DuPaulら⁸⁾は、学生同士による学び合い(Peer Tutoring)として、2人で協力して学習活動を行い、1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た。この指導法は、ADHDのある生徒の注意集中力を増強することが知られている。Greenwoodら⁹⁾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 tutor-

ing)を提唱した。こうした取り組みは、学習への積極的な取り組みを作り出すように思われる。

いうまでもないことであるが、現状の特別支援教育をさらに進めた学校教育の強化は、発達段階にいる子どもたちにとって、待ってはられない状況にある。ここでも人的配置や少人数クラスの導入など、抜本的改革を急ぐ必要がある。子どもたちへの先行投資こそが国の役割であろう。

Ⅲ. 思春期の子どもと保護者への支援

一般に、思春期の子どもたちは大人への異議申し立てを実行する。これまで認められ、褒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、規律やルールに対する反発は強く、時に学習不振から意欲の低下、無気力を示しやすくなる。当然、ADHDのある子どもたちは、こうした負の様相を強く示しやすい可能性がある。成長とともに、ADHDの主症状である多動性は影を潜めるが、思春期心性も加わり、衝動性や集中困難が強く認められることも少なくない。そのため疾風怒濤と呼ばれるこの時期には、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」⁹⁾。

有効な支援に、1対1のコーチングにより、思春期の子どもが自分で選んだ目標を達成できるような働きかけが提案される。その子の主体性を尊重し、同時に、コーチする人を人生のモデルとして提供するもので、学童期に欠落した親友体験のやり直しの意味も含め、成長目標となるモデル(Role Model)の登場を期待している。

思春期では、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求められる。

Barkleyら²¹⁾は、ADHDと反抗挑戦性障害のある12~18歳の子ども61家族を対象に、行動マネー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したと報告している。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が改善された。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、現実問題としての関係性の修復の難しさも露呈された。そうすると、本人および家族への個別的な支持的療法も必要となる。

学校関係者は、「思春期以降の言動は自己責任」という視点から、「わがまま、勝手」と決めつけてしまいやすいため、特性から生じた二次的問題と理解してもらうことを期待したい。

2008年度の高等学校等進学者は92.8%であるが、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る。川俣¹³⁾は、ADHDのある生徒への高校支援は、ADHDの症状への対応以上に、「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あると述べた。特に川俣が強調した登校し続けるという生活の保障には、成長目標となるモデル(Role Model)が必須となる。

子どもたちが主体的に生きるためには、この社会あるいは、この国に生まれてきてよかったという実感をいかに提供するにかかるといえる。経済的不安、就労処遇の問題など、生活そのものの不安定さは、脆弱なADHDの子どもにもっとも大きな負荷となる。いつの時からでも人生はやり直しができる、という保障感を、社会が提示し続ける必要がある。

IV. 青年期以降の支援

青年期以降は、不注意と衝動性に加え、二次的問題が最大の焦点となる。よく知られているのは、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、整理整頓ができない、忘れっぽい、計画自体を失敗しやすい、モノをなくしやすい、計画の変更ができない、時間の管理ができない、などである。こうした言動は、当然、社会や職場からの信用を失いやすく、失敗感、達成感のなさから様々な精神障害を派生させることになる。

Barkley⁴⁾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う。一般に多動性は減少しても、不注意と衝動性は持続する。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よう。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の改善に向かう。

Biedermanら⁵⁾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(素行障害、反抗挑戦性障害、反社会性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は、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が認められた。素行障害との関連では、Laheyら¹⁴⁾が、ADHDに素行障害を併存しているケースは、ADHDのみのケースよりも反社会的な障害、うつ病、物質乱用が高く発生することを認め、さらにADHDに素行障害が共存している子どもの母親は、ADHDのみの子どもの母親よりも素行障害、物質乱用、子ども時代の多動などの精神病理的課題を高率に持つことを報告している。こうした所見は、ADHDと素行障害を重ね持つADHDでは、生物学的に別の背景から成立する障害である可能性も示唆される。その意味で、多動性障害と、多動性素行障害という別々の病理学的疾患単位を表すICD-10の分類体系を支持する研究者もいる。

また、ADHDと診断された青年の精神科的共存障害に注目したGreydanus¹⁰⁾は、1人の青年になにかしら1つの精神科的共存障害を認める場合が44%、2つ以上が32%、そして3つ以上が11%に認められたことを報告した。

すなわち、この時期の治療は、①二次的問題を抱きつつもあくまでもADHDの症状特性から生きにくさを感じているものと、②二次的問題が最大のテーマとなっている場合に分けて標的的症状を明確にした支援の提供が求められる。

①では表面にある二次的問題に配慮しつつも、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社会的支援が求められる。就労に至る過程では、職業との相性や仕事に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。当然就労後も、仕事上の優先順位や時間管理への助言、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よう。そして、こうした日々の生活支援は、確実に身につくまで、丁寧に継続し続ける必要がある。

②の二次的問題が大きな課題となった場合は、狭義の医療的治療（薬物・精神療法）をより積極的に検討し、場合によっては福祉・司法的支援も求められる。

成人期に至ると、支援する人たちが子ども時代に比べ圧倒的に少なくなる。少ない人的資源に加え、今のところわが国では薬物療法も使えないという医学的課題に早急に対応することが求められる。そのうえで、日々の生活を保障する社会的受け皿が求められる。

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」という Rutter²¹⁾の言葉を引用するまでもなく、ADHDが示す混沌とした病理性に医学的な対応は苦慮している状況である。

しかし、ひとたび視線を ADHD から『その人』へと移動させると、急に視界が広がるように思われる。ADHD に対しては、「臨床とは、『どうしてそうなったのか』の検討の営み」¹⁶⁾と「診断が必要なあらゆることを知りつくそうとする終わりのない努力」²⁷⁾を続けられることが求められる。また生活への視点からは社会からのケアの充実を期待して待つだけでなく、われわれが社会をケアする責任をも持つ必要性があることを指摘しておきたい。

個々に問い続ける姿勢と社会と支え合い続ける姿勢があるかぎり、途切れない支援は構築される。

附 記

本論文は、平成19～21年度厚生労働科学研究補助金・こころの健康科学研究事業（主任研究者：奥山真紀子）の助成、および文部科学省による平成19～21年度特別教育研究経費（プロジェクト代表者：田中康雄）の助成を受けた成果の一部である。

文 献

- 1) Barkley, R.A.: The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27; 336-341, 1988.
- 2) Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D. et al.: A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 60; 450-462, 1992.
- 3) Barkley, R.A.: *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training* (2ed ed.). The Guilford Press, New York, 1997.
- 4) Barkley, R.A.: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder—A handbook for diagnosis and treatment* (3rd.). The Guilford Press, New York, 2006.
- 5) Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E. et al.: Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol. Med.*, 36; 167-179, 2006.
- 6) Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A. et al.: Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, 7; 1-27, 2004.
- 7) DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. et al.: *ADHD Rating SCALE-IV: Checklist, norms, and clinical intervention*. Guilford Press, New York and London, 1998. (市川宏伸, 田中康雄監修: 診断・対応のためのADHD評価スケール ADHD-RS【DSM準拠】チェックリスト—標準値とその臨床的解釈. 明石書店, 東京, 2008.)
- 8) DuPaul, G.J. and Stoner, G.: *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (2ed ed.). Guilford Press, New York, 2003.

- (田中康雄監修, 森田由美訳: 学校のなかのADHDアセスメント・介入方法の理論と実践. 明石書店, 東京, 2005.)
- 9) Greenwood, C.R., Maheady, L. and Delquadri, J.: Classwide peer tutoring programs. In: (eds.), Shinn, M.R., Walker, H.M. and Stoner, G. *Interventions for Academic and Behavior Problems, II: Preventive and remedial approaches*, National Association of School Psychology, Bethesda, MD, p.611-649, 2002.
 - 10) Greydanus, D.E.: Pharmacologic treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Indian J. Pediatr.*, 72; 953-960, 2005.
 - 11) 岩坂英巳, 井潤知美, 中田洋二郎: AD/HDのペアレント・トレーニングガイドブック—家庭と医療機関・学校をつなぐ架け橋—. じほう, 東京, 2004.
 - 12) 上林靖子監修: ペアレント・トレーニング—発達障害の子の育て方がわかる! 講談社, 東京, 2009.
 - 13) 川俣智路: 登校し続けることができる高校へ—『教育困難校』の実践から. *こころの科学*, 145号; 29-34, 2009.
 - 14) Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K. et al.: Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27; 163-170, 1988.
 - 15) 村瀬嘉代子: ADHDとよばれる人々と出会うとき. *そだちの科学*, 6号; 98-100, 2006.
 - 16) 村田豊久: 落ち着きのない子どもたちとの治療的かわりから考えたこと. *そだちの科学*, 6号; 95-97, 2006.
 - 17) Nock, M.: Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10; 1-28, 2003.
 - 18) 大隈絃子, 伊藤啓介監修: 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, 大阪, 2005.
 - 19) Patterson, G.R., DeGarmo, D.S. and Knutson, N.: Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Dev. Psychopathol.*, 12; 91-106, 2000.
 - 20) Posner, K.: ADHD in preschool children. In: (ed.), Brown, T.E. *ADHD—comorbidities: handbook for ADHD complications in children and adults*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, D.C., p.37-53, 2009.
 - 21) Rutter, M.: Child psychiatry in the era following sequencing the genome. In: (eds.), Levy, F. and Hay, A.D. *Attention, Genes and ADHD*, Brunner-Routledge, USA and Canada, p.225-248, 2001.
 - 22) 齊藤万比古, 渡部京太(編集): 第3版 注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京, 2008.
 - 23) Smith, B.H., Barkley, R.A. and Shapiro, C.J.: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: (eds.), Mash, E.J. and Barkley, R.A. *Assessment of Childhood Disorders*, 4th ed. The Guilford Press, London, p.53-131, 2007.
 - 24) 田中康雄: ADHDの心理・社会的治療. *児童青年精神医学とその近接領域*, 51; 120-132, 2010.
 - 25) van der Oord, S., Prins, P.J., Oosterlaan, J. et al.: The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. *Behav. Res. Ther.*, 44; 1585-1595, 2006.
 - 26) Wigal, T., Greenhill, L., Chuang, S. et al.: Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45; 1294-1303, 2006.
 - 27) 山下格: 誤診のおこるとき—精神科診断の宿命と使命. みすず書房, 東京, 2009.
 - 28) 山下裕史朗: ニューヨーク州立大バッファロー校における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, 2005.

ADHD 概念の変遷と今後の展望

田中 康雄*

抄録：1902年、「道徳的統制の異常な欠如 (abnormal defect of moral control)」を報告した Still, G.F. の指摘を掘り起こし、代表的な研究者の提言を軸に ADHD と称される状態における歴史を概観した。そのうえで、現在われわれが対峙する ADHD と呼ばれる事態は、Still, G.F. が原因として指摘した、1) 生来的あるいは乳児期早期の病気による発達上の障害と、2) 後天的な障害により、獲得された能力の損失に包括されることを指摘し、ADHD は bio-psycho-socio-ecological disorder という視点で考えるべきであると主張した。さらに求められる学際的アプローチの意義と困難さについて述べ、最後にこの課題に対する臨床家としての構えについて、忸怩たる思いを込めた。

精神科治療学 25(6) ; 709-717, 2010

Key words : *abnormal defect of moral control, minimal brain damage, minimal brain dysfunction, bio-psycho-socio-ecological disorder, ADHD*

I. はじめに

わが国における、注意欠如・多動性障害（以下 ADHD）における歴史的展望は、すでに上林¹⁷⁾の優れた総説が本誌17巻1号（2002年1月発行）に掲載されており、本論を展開するうえでも参考にさせていただいた。しかし、上林論文から8年を経過して、改めて「わが国における本障害の臨床の混沌」はより一層、強まってきつつあると思われる。その広汎さと複雑さが今回の特集を編む意

味でもある。

ADHD と称される状態における歴史を概観し今後の展望を見渡すことで、当事者と関係者にとって益ある支援へ近づくことを願っている。

II. 歴史的変遷

ADHD とは、DSM-IV-TR⁶⁾における「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」に分類される。症状の柱としての多動性、衝動性、不注意は、一般に子どもたちにも日常的に認められるものであるがゆえに、時と場所を選ばず、ある年齢になってから出現するものでもなく、その言動が社会的、学業的、職業的機能に大きな影を落とすほどの「特異的症狀」であることを条件としている。

しかし、こうした子どもの言動は、当然かなり以前から気づかれていたはずである。なかでも1844年に精神科医である Hoffman, H.¹⁶⁾が3歳に

A historical review and future perspective on ADHD.

*北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター

〔〒060-0811 北海道札幌市北区北11条西7丁目〕

Yasuo Tanaka, M.D., Ph.D.: Research & Clinical Center for Child Development, Faculty of Education, Hokkaido University, Nishi 7, Kita 11, Kita-ku, Sapporo-shi, Hokkaido, 060-0811 Japan.

表1 歴史的変遷のまとめ

年代		
1844年	Heinrich Hoffmann:「ぎょうぎのわるいフィリップ (The Story of Fidget Phillip)」	
1902年	Still, G.F.: 道徳的統制の異常な欠如 (abnormal defect of moral control)	
1917~1918年	脳炎後行動障害 (postencephalitic behavior disorder)	
1937年	Bradley, W.: 中枢神経刺激薬 (amphetamine) の使用	
1947年	Strauss, A.A. と Lehtinen, L.E.: 脳障害児 (brain-injured child)	
1959年	Knobloch, H. と Pasamanick, B.: 微細脳損傷症候群 (syndrome of minimal brain damage)	
1962年	国際小児神経学会議: 微細脳機能障害 (minimal brain dysfunction: MBD)	Kirk, S.A.: 学習障害 (learning disabilities: LD)
1968年	DSM-II: 小児期の多動性反応 (hyperkinetic reaction of childhood)	米国の連邦教育局の障害児に関する諮問委員会がLDを定義
1975年		LDが全障害児教育法の障害カテゴリーへ (IEPの対象に)
1980年	DSM-III: 多動を伴う/多動を伴わない注意欠陥障害 (attention deficit disorder with (out) hyperactivity)	DSM-III: 特異的発達障害 (specific developmental disorders)
1987年	DSM-III-R: 注意欠陥多動性障害 (attention-deficit hyperactivity disorder)	DSM-III-R: 特異的発達障害 (specific developmental disorders)
1994年	DSM-IV: 注意欠陥多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder)	DSM-IV: 学習障害 (learning disorders)
1999年		文部省 (当時) が学習障害 (learning disabilities: LD) を定義
2000年	DSM-IV-TR: 注意欠陥多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder)	DSM-IV-TR: 学習障害 (learning disorders)
2008年	日本精神神経学会: 和名訳を注意欠如・多動性障害に変更	
20xx年	DSM-5でどうなるか?	

なるわが子への誕生日プレゼントとして自ら描き上げた絵本のなかの一編には、多くの研究者が指摘する物語がある。食卓を囲む両親とフィリップが描かれた「ぎょうぎのわるいフィリップ (The Story of Fidget Phillip)」には、椅子をグラグラ動かし続ける落ち着きのないフィリップが、食事の載っていたテーブルクロスと一緒に椅子とともに後ろに倒れてしまうという姿が描かれている。その後の両親の困惑と怒りは、われわれの臨床場面での相談内容とも重なり、まるでADHDの特異的症状を持つ子どもとその家族の日常を思わせる。こうした日常を初めて医学的に報告したのが、イギリスの小児科医、Still, G.F.であった。

ここでは、Barkley, R.A.⁸⁾が著したADHDの歴史を参考にしつつ、わが国への浸透具合を加えながら概説する(表1)。

1. Still, G.F. の報告

Still, G.F.^{26,27)}は、注意力に問題がある子どもの存在に注目し、1902年に3回にわたりLancet誌に論文「Some abnormal psychical conditions in children」を掲載した。彼は、愚行を繰り返す感情的な子どもの自験例(年齢分布が4歳8ヵ月から13歳半の20例)から以下の特徴を抽出し、「道徳的統制の異常な欠如 (abnormal defect of moral control)」と命名した。

- 1) 基本的特徴である「道徳的統制の異常な欠如」は、①環境への適切な認知、②道徳意識、③抑制しようとする意志、という3つの欠如からなる。
- 2) 性差は、15例が男児、残り5例が女児で、偶然とは呼べないほどの不均衡がある。
- 3) 道徳的統制の異常な欠如は2歳までは気づか

れることなく、3歳以降遅くとも8歳までに明らかになる。

- 4) 明らかな知的な遅れは認めない。
- 5) 子どもには以下のような状態を示す場合がある

- ・身体的な小奇形
- ・チックや微小な動き
- ・盗みなどの非行や動物虐待やきょうだいへの激しい虐待行為
- ・爆発的怒り（おそらくrage attacks）や日中の突発的な怯え（day-terrors）や衝動的な行為（例：3階から飛び降りようとする）
- ・脳炎や脳腫瘍の罹患歴

そのうえで、Still, G.F.^{26,27)}は「道徳的統制の異常な欠如」が成立するには、

- 1) 生来的あるいは乳児期早期の病気による発達上の障害
- 2) 後天的な障害により、獲得された能力の損失という2つが想定されることを指摘した。さらにStill, G.F.^{26,27)}は、改善には悲観的な姿勢を示しながら、特別な教育環境の必要性を強く強調した。

Still, G.F.^{26,27)}は、この論文で知的能力が保たれていながら存在する道徳性の欠如を強調した。医師であるStill, G.F.^{26,27)}が、あえて「道徳性 (moral)」を議論したのは、当時隆盛を極めていたDarwin, C.の影響が無視できないと思われる。Darwin, C.¹³⁾はその著「The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex」(1871)において、「いかなる動物にせよ、はっきりとした社会的本能を備えているならば、その知的能力が人間と同程度あるいは近い程度にまで発達したとしたなら、必ず道徳感覚あるいは良心を獲得するにちがいない」と述べた³⁷⁾。そこには、知的能力と道徳感覚の両立の自明さが述べられている。Still, G.F.^{26,27)}の論文が本来注目されるべき点は、そのような当時の理解のなかで、知的能力が保持されているにもかかわらず、道徳感覚、あるいは良心の欠如といった異常性についてであろう。さらに言えば、社会現象の説明として当時台頭してきた社会ダーウィニズムに対して、医学的な見地から説明しようとした論文とも読み取れる。その意味

で、Still, G.F.^{26,27)}の論文は、単に記念碑的意味以上に、当時の科学文化的背景において一定の意義を持ちながら、当時抽出された特徴と見解が、現在のADHDの抱える状況のほとんどを先取りしている点で優れていると言えよう。

2. 脳外傷症候群 (brain damage syndrome) とし ての注目

1917~1918年には、北米に蔓延したエコノモ型脳炎の快復後、落ち着きのなさ、不眠、易刺激性、注意転導、情緒障害を示す子どもたちが報告され始めた。これは脳炎後行動障害 (postencephalitic behavior disorder) と称され、以後相次いで報告が蓄積されるようになり、さらに出産時外傷や他の脳炎、鉛中毒、てんかん、頭部外傷も同様の状態を生むことが指摘され、脳外傷症候群 (brain damage syndrome) と呼ばれるようになった³⁸⁾。

一方、1937年Bradley, W.³⁹⁾は入院中の多動な子ども30人へ中枢神経刺激薬 (amphetamine) を投与して行動面と学習面において有効な結果を得た。しかし、この試みはその後追試されることなく、長く顧みられることはなかったという。なお、methylphenidateがADHDのある子どもへ使用されるようになるのは1960年代からである。

1947年Strauss, A.A.とLehtinen, L.E.²⁰⁾は「出生前、出生時あるいは出生後に、脳に損傷を受けたり、伝染病に冒されたりした子ども」を脳障害児 (brain-injured child) と定義し、器質的な損傷の後遺症として「知覚、思考および情緒的な行動の障害を1つ、または重複して示す」と述べ、特別な教育の有益性について言及した。Strauss, A.A.ら²⁰⁾の業績は、脳の微細な器質的障害のある子どもの存在に光りを当てただけでなく、治療教育の可能性を示唆した点にある。しかし、一方でStrauss, A.A.ら²⁰⁾の働きは、結果的に医学的探求と教育的関与の分岐を生み出す契機とも思われた。

3. 微細脳障害の二分化

脳障害、あるいは脳損傷は、重度であれば、脳性麻痺や知的障害などを生じさせ、軽度であれ

ば、行動異常や学習の障害を引き起こすと見なされた。その見解が1959年に Knobloch, H. と Pasamanick, B.²⁰⁾ が提唱した「minimal cerebral damage」であり、これが微細脳損傷症候群 (syndrome of minimal brain damage) と称された。その後、損傷 (damage) という用語への誤解や偏見、あるいは不可逆性というイメージなどから1962年の国際小児神経学会議で脳損傷を明確に証明できない以上、脳機能障害 (brain dysfunction) という用語に置き換えることが認められ、以後は微細脳機能障害 (minimal brain dysfunction: MBD) へ転換が生じた。

同じ1962年、アメリカの教育心理学者である Kirk, S.A.¹⁹⁾ は「文化・教育上の要因等に由来せず、脳性機能異常および (あるいは) 情緒ないし行動異常におそらく由来した言語や計算に関する学習の障害」として、初めて学習障害 (learning disabilities: LD) を定義した。1963年にはLD全米親の会が発足し、1968年には米国の連邦教育局の障害児に関する諮問委員会がLDを定義し、1975年の全障害児教育法の障害カテゴリーに組み入れられ、個別教育プログラムの公的な対象と認可された。ちなみにわが国でLDが文部省により定義されたのが1999年で、特別支援教育が制度化されたのが2007年と30年の開きを認めることになる。

話題をMBDに戻すと、1960年代は、MBDへの批判が相次ぎ、多動などの症状を呈する子どもたちのなかで、認められるべき神経性病変がないのに、MBDの徴候だけを示す事例が増えてきた。そのなかでも Chess, S.¹⁰⁾ は36人の自験例である多動児から①男女比は4:1で男児優位、②そのほとんどが6歳前に受診、③学習困難と反抗挑戦的な言動、④衝動的、攻撃的な言動、を見出した。Chess, S.¹⁰⁾ の優れたところは、①障害の定義として過剰な活動性を強調した、②親や教師からの主観的報告以上に客観的所見を重視した、③子どもの問題を親の責任としない、④多動症候群を脳外傷症候群から分離させた、という4点である。ここにおいて、損傷 (damage) の有無を問うことがなくなった。

これを受け入れるように、1968年にアメリカ精

神医学協会による診断基準第2版 (DSM-II)²⁾ に登場した小児期の多動性反応 (hyperkinetic reaction of childhood) では、「この障害は、特に若年の子どもでは過活動、落ち着きのなさ、転導性、集中時間の短いことを特徴とし、通常その行動は思春期に減じる」と良性的なものに見なし、「この行動が、器質的な脳の損傷によって引き起こされているときは、精神疾患ではなく適切な器質的な脳症候群として診断されるべき」として脳損傷が除外された。

Barkley, R.A.⁸⁾ は、1902年の Still, G.F. の黎明期を別格にし、脳炎後遺症が猛威を振るい始めた1920年から1950年を脳外傷の時代とし、1960年をMBDの衰退から多動性症候群の台頭の時期と呼んでいる。

1970年代になると、わが国でも Peters, J.E. ら²¹⁾ のMBDを純粹多動型、純粹学習障害型、混合型と3つのタイプに分けた考え方や Arnold, L.E.⁷⁾ のMBDと多動、学習障害の重なりとの関係などが広く受け入れられ、この折衷型から、ADD、ADHDへと関心の重点移動がなされようとしていく。その背景には、1980年代に日本児童青年精神医学会で何度か議論され続けた学習障害を、最終的にはどう捉えたらよいかという戸惑いが、最後まで残っていたように思われる。そのなかで「検査、診断、投薬のほかに、子どもへの適切な指導方法と取り扱い方を考えることの重要性」を強調した花田¹⁰⁾ と、「教育と医学 (療) との両域にわたる学際的問題として、この障害の研究と対応との強化を育みたい」と締めくくった牧田²²⁾ は、ともに学習障害のある子どもへの支援に求められる教育との連携の必要性に触れていた点で強調しておきたい。

4. DSMの登場と変遷

1968年のDSM-II²⁾ から12年後、1980年のDSM-III³⁾ では小児期における多動性反応は、多動を伴う/多動を伴わない注意欠陥障害 (attention deficit disorder with (out) hyperactivity) と名称変更された。すなわち多動から注意障害へ重点移動されたことになる。

この展開を支持したものとして、多動性より

も、注意の持続と衝動性の制御の欠如が子どもたちの中心課題であると主張した Douglas, V.I.¹²⁾が挙げられる。そこには、注意の持続の程度が Continuous Performance Test (CPT) により客観的に評価でき、薬物療法の効果判定などにも使用できるという優位性がある。また、臨床的にも、成長とともに行動面の多動さは影を潜めるが不注意傾向や衝動性は成長後も継続して認められるという予後調査も後押していると思われる。1987年の DSM-III-R¹⁾では、注意欠陥多動性障害 (attention-deficit hyperactivity disorder) と分類不能の注意欠陥多動性障害へと変化した。DSM-III と異なる点は、不注意、衝動性、多動性を特に区別しないで14項目からなる症状リストを用いてそのうち8項目以上をカットオフとしたことと、症状程度を「発達年齢にふさわしくないほど」の逸脱と規定した点であろう。しかし、単に14項目から8項目以上ということで、DSM-III よりも広く捉えてしまう傾向となったことは否めない。

DSM-IV⁹⁾が発表されたのは、1994年で、ここに至り不注意9項目から6つ以上、多動性6つ、衝動性3つの9項目から6つ以上となり、その傾向から不注意優勢型、多動性-衝動性優勢型、混合型という3つのサブタイプに分類した。現在われわれが臨床的に活用する診断基準は2000年にテキスト改訂された DSM-IV-TR⁶⁾である。改訂された内容は診断的特徴の記載にサブタイプの違いを明確にしたことと、疫学的データや関連する特徴や成人の ADHD についての新たな情報を附記したことである。今後発表される DSM-5 については、本特集でも別に述べられる。

DSM の変遷により生じた課題は、診断の焦点が医学的原因から行動面の評価に移行したことで、単一の問題から症候群として理解することになったことであろう。1つの例として ADHD の有病率が国によって異なることが指摘される。あるいは診断する医師や研究者によって差があることも指摘される。

わが国の事情は、表1に示したように、アメリカに30年遅れて1999年に学習障害が教育用語として定義された。MBD 当時から現在に至るわが国の学会事情の推移としては、日本児童青年精神医

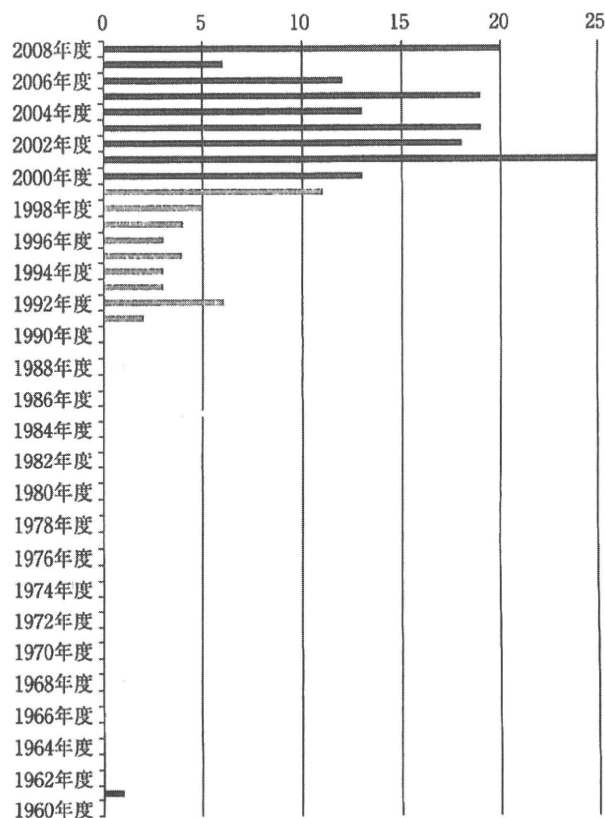


図1 日本児童青年精神医学会総会で発表された ADHD 関連演題数の推移 (文献34より)

学会の学会誌に掲載された論文と総会演題等を過去48年にわたり調べたものがある³⁴⁾。それによると、ADHD 関連演題は1999年以降多少の変動を示しながらも急増していることがわかる(図1)。研究事情としては、ADHD を巡っての診断と治療ガイドライン作りが継続されている。2003年に初版¹⁸⁾が刊行され、2006年に第2版²⁴⁾が改訂出版となり現在は2008年にさらに改訂された第3版²⁵⁾を使用することができる。さらに2008年には日本精神神経学会が ADHD の和名を「注意欠如・多動性障害」と改変した。

Ⅲ. 今後の展望

ADHD の登場以前からの歴史的変遷を概括し、現在までの流れを述べた。これは過去を振り返ることだけでなく、取りこぼしてきた点にもさらに留意する契機となったように思われる。また、日本児童青年精神医学会で議論されてきた48

年間を振り返った田中³⁴⁾は、最近の ADHD の傾向を抽出している。それはそのまま ADHD が抱える現在の課題でもあり、解決に向けて努力をするべき事柄であると思われる。

まず、改めて ADHD と称される事態は、複層的な状態であり、その整理が求められる。そうすることで、広汎性発達障害との鑑別あるいは異同、重複の問題や他の併存障害あるいは二次障害と呼ばれる事態が整理されると思われるが、そこには bio-psycho-socio-ecological disorder という視点³⁵⁾が不可欠である。

2つめは、治療戦略としての教育等との連携、つまり学際的アプローチである。

以下にこの2つについて述べる。なお、ADHD のある成人の方々への生活支援については、急務であるが、それだけに大きな課題であり、中途半端に触れることを避ける。

1. Still, G.F. への回帰から ADHD の本質へ近づく

Still, G.F.^{26,27)}が抽出した「道徳的統制の異常な欠如」は、現在の ADHD の姿と課題を先取していた。Still, G.F.が想定した原因の1つである生来的あるいは乳児期早期の病気による発達上の障害とは、今で言うところの高次脳機能障害と呼べよう。相原³⁾も発達障害を高次脳機能障害として認知することを提唱している。さらにその障害の要因に遺伝的な要素と周産期から乳児期早期の課題を想定することができる。

ADHD における遺伝的要素としては、0.76 という高い遺伝率を背景とした分子遺伝学の研究がある。特にドーパミントランスポーター (dopamine transporter : DAT) 遺伝子の検討が進んでいる。例えば Hawi, Z.ら¹⁵⁾は、現在 DAT1, DBH, DRD4, DRD5, といった候補遺伝子と ADHD との結びつきの可能性を指摘した。さらにセロトニントランスポーター (serotonin transporter : SLC6A4) やセロトニン受容体遺伝子 (serotonin (5HT) type-1B receptors : 5HT1B) の関係³⁶⁾やノルアドレナリンに関連した α -2A 交感神経受容体遺伝子 (alpha-2A adrenergic receptor gene : ADRA2A) などの遺伝子研究も検討されている³⁹⁾。

周産期から乳児期早期の課題としては、Knobloch, H. と Pasamanick, B.²⁰⁾による周産期の課題について、その後 van den Bergh, B.R.ら³⁸⁾が胎生期の母親の不安との関係を指摘し、Langley, K.ら²¹⁾は妊娠中の喫煙群では非喫煙群と比較して ADHD のある子どもの出生数が2倍を示すという傾向を見出している。さらに Strauss, A.A.ら²⁹⁾が指摘した脳損傷児は、再度大きく注目され、1991年の全米の障害児教育法改正案には脳外傷という項目が新設され認められた。

また、Still, G.F.^{26,27)}が想定した2つめの原因である後天的な障害により、獲得された能力の損失とは、成長過程における頭部外傷が第一であるが、さらに養育面の課題も含むことが可能であろう。そこには、最近広く議論されている虐待、不適切な関わり環境が想定される。竹下²⁹⁾は、1960～70年代に子ども時代を送った大人に刷り込まれた「無意識の偏った子育て」の世代間伝達による子どもが、過剰診断あるいは障害と付けざるを得ない軽度の偏りを持つこともあり、境界領域にいる子どもたちとして登場する可能性に言及した。Still, G.F.^{26,27)}との関連で述べると、この「無意識の偏った子育て」は、その時代に通用する「道徳感覚」を伝達する役割を持っているとも言える。無意識の偏った子育てを指摘した竹下²⁹⁾も、「このような子育ては、決して該当する親や祖父母の責任ではない」と強調し、支援する社会システムの必要性を言及する。

かつて「道徳的統制の異常な欠如」の原因として Still, G.F.^{26,27)}が指摘した方向性は、その後多くの研究者、臨床家により踏襲され、より明確になる一方で、拡張・拡散しつつもあると言える。筆者は、ADHD と呼ばれる事態は、きわめて多様かつ相互的な関与により成立するもので、bio-psycho-socio-ecological disorder という視点で考えるべきである³⁹⁾。

2. 学際的アプローチの構築の困難さ

Still, G.F.^{26,27)}は、当時の子どもたちの改善に悲観的な姿勢を示しながらも、特別な教育環境の必要性を強く強調していた。上林¹⁷⁾も1990年代に入って医療の場に持ち出された ADHD に関連する

障害に対して、臨床家にとって挑戦しがいのある事態と述べ「医療の役割を明確にするとともに、家族・地域・教育との連携のもとに展開するメンタルヘルスの一つのモデルとなる」ことを期待していた。

それから8年、われわれは上林¹⁷⁾の期待に答えるだけの展開を成し遂げたであろうか。いや、100年前に Still, G.F.^{26,27)}が強調した必要性に答えたであろうか。

これまで筆者も、子ども本人、養育者、現場にいる関係者が手を携えて支えあう、地域連携の存在価値を強く支持し、連携による包括的支援を検討してきた。その結果として「複数の者（機関）が、対等な立場での対応を求めて、同じ目的を持ち、連絡をとりながら、協力しあい、それぞれの者（機関の専門性）の役割を遂行する、対等に近い関係が生じた時点で、多くの課題は消滅する」と「連携」を定義し³⁰⁾、ADHDのある子どもに気づいた人の動きと関係者の役割を検討した^{31,32)}。以来多職種とともに関わりを続けているが、連携でつながる仲間は、それぞれが差異性を持つ仲間であることを理解しあうことが必要不可欠である。ADHDのある子どもへの「支えあい」は、子どもを真ん中において、養育者も関係者も対等に支えあうことを目標にしているが、現状は大きな相違がある。子どもに向き合う以前に、学際的アプローチを構築するわれわれの差違性に、どれほど気づくことができるかが大きな課題である。また、当事者である子どもは、いずれ成長し成人になる。成人後の支援も不可欠となる。

こうした生涯にわたる学際的アプローチを、最近筆者はノットワーキングと呼んでいる。これは、山住とエンゲストロームら⁴¹⁾に依拠している。彼らは、こうした繋がりを、自由度を高め臨機応変に柔軟に活動の糸を結び合わせ、ほどこき、ふたたび結び合わせるというようなイメージから「ノットワーキング (Knotworking)」と呼んだ。Not Workingではなく、knot (結び目)、すなわち結び目作りのことである。ライフステージごとに、求められる支援は異なる。当然登場する関係者も入れ替わる。その都度、臨機応援に柔軟に必要なに応じた関係者と結び目を作り続けることが求

められる³³⁾。

IV. おわりに

Still, G.F.^{26,27)}の指摘の鋭さは、おそらく子どもの様子をつぶさに見続けた結果である。DSMが登場して以来、症状の有無に目を向けがちになりやすい臨床姿勢を振り返る必要がある。

例えば、「症状を羅列的に取り上げ、それらの障害がすぐさま脳機能の障害と短絡的に結びつけられている」状況を批判した山口⁴⁰⁾は、「子どもの示す障害を発達過程の中に正しく位置づけ」て「なぜできないのか、どのようにできないのか」を知ることの重要性を示唆した。

時代がどのように移り変わろうと、個として抱える生きづらさに直面している当事者の存在を無視してはいけない。ならば、ADHDという診断それ自体の存在に疑問を投げかけ、単純化したアプローチに警鐘を鳴らし、ADHDという境界線の曖昧な世界で分けすることなく、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べきという Furman, L.¹³⁾の指摘に、臨床家はどう向き合うべきだろうか。筆者は忸怩たる思いを持って自問し続けたい。

文 献

- 1) 相原正男: 高次脳機能障害としての発達障害. 原仁編: 発達障害医学の進歩16, 診断と治療社, 東京, p.1-9, 2004.
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd ed. APA, Washington, D.C., 1968.
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. APA, Washington, D.C., 1980.
- 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., Rev. APA, Washington, D.C., 1987.
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. APA, Washington, D.C., 1994.
- 6) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision. APA, Washington, D.C., 2000.
- 7) Arnold, L.E.: Minimal brain dysfunction: a hy-

- draulic parfait model. *Dis. Nerv. Syst.*, 37;171-173, 1976.
- 8) Barkley, R.A.: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment (3rd)*. The Guilford Press, New York, 2006.
 - 9) Bradley, W.: The behavior of children receiving Benzadrine. *Am. J. Psychiatry*, 94;577-585, 1937.
 - 10) Chess, S.: Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *N.Y. State J. Med.*, 60;2379-2385, 1960.
 - 11) Darwin, C.: *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*. John Murray, London, 1871.
 - 12) Douglas, V.I.: Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Can. J. Behav. Sci.*, 4;259-282, 1972.
 - 13) Furman, L.: What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? *J. Child Neurol.*, 20;994-1003, 2005.
 - 14) 花田雅憲: 学習障害と児童青年精神科医療. 児童精神医学とその近接領域, 24;179-185, 1983.
 - 15) Hawi, Z., Segurado, R., Conroy, J. et al.: Preferential transmission of paternal alleles at risk genes in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am. J. Hum. Genet.*, 77;958-965, 2005.
 - 16) Hoffman, H.: *Der Struwwelpeter*. Pestalozzi-Verlag, Erlangen, Germany, 1865.
 - 17) 上林靖子: AD/HD: その歴史的展望. 精神科治療学, 17;5-13, 2002.
 - 18) 上林靖子, 北道子, 齊藤万比古編: 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.
 - 19) Kirk, S.A.: *Educating exceptional children*. Houghton Mifflin, Boston, 1962.
 - 20) Knobloch, H. and Pasamanick, B.: Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. *J. Am. Med. Assoc.*, 18;1384-1387, 1959.
 - 21) Langley, K., Rice, F., van den Bree, M.B. et al.: Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatr.*, 57;359-371, 2005.
 - 22) 牧田清志: 学習障害に対する児童精神科医の構え. 児童精神医学とその近接領域, 26;219-234, 1985.
 - 23) Peters, J.E., Davis, J.S., Goolsby, C.M. et al.: *Physician's Handbook Screening for MBD*. CIBA Medical Horizons, New York, 1973.
 - 24) 齊藤万比古, 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, 東京, 2006.
 - 25) 齊藤万比古, 渡部京太編: 第3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, 東京, 2008.
 - 26) Still, G.F.: Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, i;1008-1012, 1077-1082, 1163-1168, 1902.
 - 27) Still, G.F.: Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *J. Atten. Disord.*, 10;126-136, 2006.
 - 28) Strauss, A.A. and Lehtinen, L.E.: *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child*. Grune & Stratton, London, 1947.
 - 29) 竹下研三: 発達障害医療がはたす役割—わが国の歴史を振り返って. 小児科診療, 4;541-548, 2010.
 - 30) 田中康雄: 地域連携システム・親の会・自助組織等. 齊藤万比古, 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, 東京, p.149-152, 2006.
 - 31) 田中康雄: 学校との連携. 齊藤万比古, 渡部京太編: 第3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, 東京, p.163-167, 2008.
 - 32) 田中康雄: 地域連携システム・親の会・自助組織等. 齊藤万比古, 渡部京太編: 第3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, 東京, p.168-171, 2008.
 - 33) 田中康雄: 紡いでいく連携—ネットワークングからネットワークングへ. *こころの科学*, 145;55-58, 2009.
 - 34) 田中康雄: AD/HD 50年の流れと将来の展望. 児童青年精神医学とその近接領域, 50;137-144, 2009.
 - 35) 田中康雄: 注意欠陥・多動性障害 (ADHD) 研究の現在. 東條吉邦, 大六一志, 丹羽義彦編: 発達障害の臨床心理学, 東京大学出版会, 東京, p.87-109, 2010.
 - 36) Thapar, A., O'Donovan, M. and Owen, M.J.: The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Hum. Mol. Genet.*, 14;R275-R282, 2005.
 - 37) 内井惣七: *ダーウィンの思想—人間と動物のあいだ*. 岩波新書, 東京, 2009.
 - 38) van den Bergh, B.R., Mennes, M., Stevens, V. et al.: ADHD deficit as measured in adolescent

- boys with a continuous performance task is related to antenatal maternal anxiety. *Pediatr. Res.*, 59; 78-82, 2005.
- 39) Wang, B., Wang, Y., Zhou, R. et al.: Possible association of the alpha-2A adrenergic receptor gene (ADRA2A) with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.*, 141B; 130-134, 2006.
- 40) 山口俊郎: 学習障害, ことに「不器用な子」について—発達の見点から—. *児童精神医学とその近接領域*, 26; 251-265, 1985.
- 41) 山住勝広, エンゲストローム, Y.編: ノットワーキング—結び合う人間活動の創造へ. 新曜社, 東京, 2008.

第7回(2010年)「精神科治療学賞」のお知らせ

精神科治療学では2010年(第25巻)に掲載される研究報告, 臨床経験, 総説の中から原則として最優秀賞1編, 優秀賞1~3編を選び, 第7回「精神科治療学賞」を贈ります。本誌編集委員会が選考します。選考にあたっては原著性を重視します。2011年3月に本誌上にて発表する予定です。受賞者には授賞式にて正賞(賞状)と副賞(賞金)が贈られ, 編集委員と懇談いただけます。皆様のご投稿をお待ちしております。

最優秀賞…1編

- ・正賞(賞状と額)
- ・副賞①(賞金20万円)
- ・副賞②(「精神科治療学」1年分進呈)

優秀賞…1~3編

- ・正賞(賞状と額)
- ・副賞(賞金10万円)

「精神科治療学」編集委員会
株式会社 星和書店

特集：ADHD(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)をめぐって

田中 康雄*

ADHDの心理・社会的治療

児童青年精神医学とその近接領域 51(2); 120-132 (2010)

本論では、ADHDの薬物療法以外の心理・社会的治療について検討した。

まずわれわれが2007年に実施した医療と家族へのアンケート調査から、ADHDのある方への医療側の治療体制は7割が薬物治療、育児助言、保育教育連携、心理的対応で、薬物治療とペアレントトレーニングでは7割以上が有効感を持ち、ペアレントトレーニング、集団療法、SSTを今後取り入れたい治療手技として高い期待度を示した。また家族は、子どもへの支援として心理的対応やSSTが薬物療法に並び期待し、保護者への支援としては、保育・教育機関との連携や育児助言、ペアレントトレーニングを期待していた。

筆者は、発達障害を危惧している親への心理・社会的対応の前提として最初の出会いの重要性について触れた。

次に保育・教育との連携として、われわれの2001年の調査結果を示した。それによると親は関係機関と良好な連携が取れているとは評価しておらず、一方、関係機関は親と比較的良好な連携が取れていると評価しがちで、さらに、関係機関どうしても、双方にそれほど良好な連携が取れているとは評価していなかったという結果を得た。こうした連携の難しさを前提にしての筆者の経験を述べた。

最後にわが国の課題として、本人への説明、高等学校や大学・専門学校での理解と対応、併存あるいは共存する障害への対応の3点について簡単に述べた。

Key words : ADHD, parents, psychosocial treatment, teacher, working together

I. はじめに

ADHDの診断・治療指針に関する研究会(2008)によるADHDの治療ガイドラインでは、「治療・支援は、臨床像に応じて親ガイダンス、学校との連携、子どもとの面接、薬物療法を組み合わせること」を治療の「基本キット」と称している。

本論では、薬物療法以外の心理・社会的治療について検討するが、「経験を踏まえて」という編集委員会の趣旨に出来るだけ沿うために、己が成してきたことを中心に述べたので、心理・

社会的治療を成立するための土壌作りに力点を置くことになったことを、あらかじめ伝えておきたい。

II. 医療側が提供している実践

(川俣ら, 2008, 2009a)

われわれは、2007年に児童青年精神医学会、小児精神神経学会の名簿に掲載されている医師を対象として、ADHDの治療に関する質問紙調査を行った。質問項目は専門、年齢、医師歴、所属機関の種類、現在行っている治療手技、治療への満足度、治療内容の説明度、今後取り入れたい治療手技、使用している薬物などについてであり、全国434名の医師から回答をいただくことができた。

*北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター

e-mail: c-first@wc4.so-net.ne.jp

そのうち、本論に関係する心理・社会的治療に関する回答を列挙すると

- 1) 図1に示したように、採用している治療手技のうち、7割が薬物治療、育児助言、保育教育連携、心理的対応を行っており、他の治療手技と比較して有意に多く選択されている。
- 2) 採用している治療手技における医師の有効感については、薬物治療とペアレントトレーニングでは7割以上が有効と感じており、他の治療手技と比較して有意に有効感が高いが、育児助言、心理的対応、診断情報の提供は有効感が低く、採用率は高くないがペアレントトレーニング、行動療法、SST、集団療法、感覚統合療法などは有効感が高い(図2)。
- 3) 現在取り入れているが、今後取り入れたい治療手技としては、ペアレントトレーニングが他のどの治療手技と比べても有意に期待度が高く、集団療法、SSTも期待度は高く、他の治療手技と比べて有意な差が見られた(図3)。

日々の臨床場面では、ADHDに対して薬物療法、親ガイダンス(育児に関する助言)、学校との連携(保育・教育機関との連携)、子どもとの面接(心理的対応)が実践されていることが明らかで、ADHDの診断・治療指針に関する研究会(2008)の治療の基本キットと一致している。しかし、その一方で、親ガイダンスや心理的対応には十分な有効感が感じられず、そのためペアレントトレーニング、集団療法、SSTといった親ガイダンスと子どもへの心理・社会的治療に対して、技術的に一定の完成をもっている手技に高い期待を持っていることが窺える。

Ⅲ. 家族が期待している治療内容

(久蔵ら, 2008, 2009)

われわれは上記の調査と同時進行に、ADHD支援団体であるNPO法人えじそんくらぶの協力のもと、子どもの年齢、診断の有無、現在および過去におけるADHD支援、医療支援への

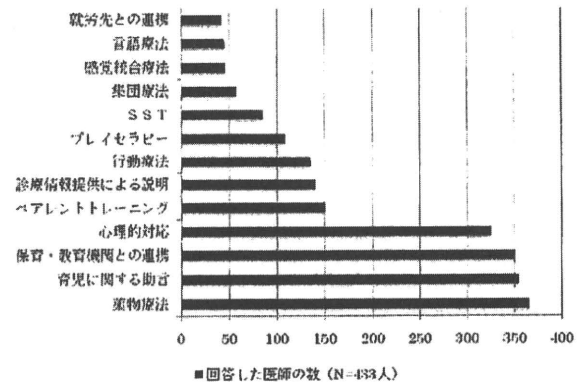


図1 採用している治療手技

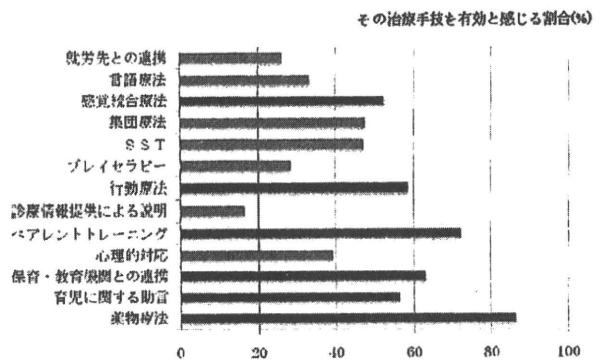


図2 採用した治療手技を有効だと感じる割合

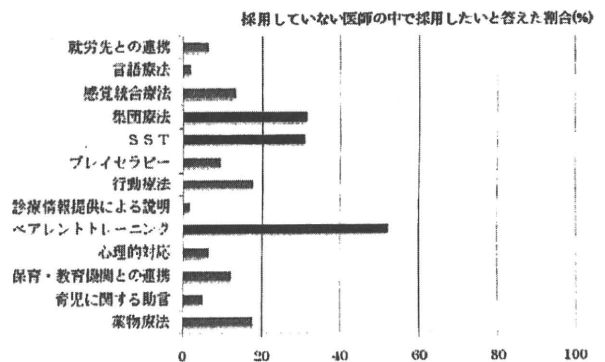


図3 今後採用したい治療手技

満足度、治療内容の説明度、今後期待する治療、使用している薬物、診療への行動などについてのアンケート調査を会員約1180名へ送付し、238名からの回答を得た。

こちらにも本論に関係する心理・社会的治療に関する回答を列挙すると

- 1) 子どもの状態に気づきを感じてから医療機関に連絡するまでの期間は、平均12~24か月を要している。
- 2) 支援先は医療機関が中心で、そこにおける

支援内容は薬物が中心であるが、保護者にとって医師との面談や育児助言は、60%の保護者が支援を受けていると実感している。

3) 保護者が期待する治療・支援では、子どもへの支援では心理的対応やSSTが薬物療法に並び期待されており、保護者への支援としては、保育・教育機関との連携や育児助言、ペアレントトレーニングが期待されていた(図4)。

上述した医療側が提供している実際と齟齬がないように思われ、ここでもADHDの診断・治療指針に関する研究会(2008)の治療の基本キットが支持されているといえよう。

IV. 親への心理・社会的対応

「そんな診断があるのですか。私の育て方のせいではなかったのですね」

これは、筆者がADHDと診断した子どもの母親にADHDの説明をしたときの母親のことばである。もう10年以上も前になるが、筆者は、この母親のことばから、母親は、子どもの現す言動の全ての責任を背負わされる傾向にあることを学んだ。いわゆる表面的にわかりにくい障害の場合、うまくできないことを、その人にある障害のためと周囲は考えにくく、本人の努力不足か親の養育不足と誤解しやすい。特に、ADHDという行動上に大きな特徴を示す場合は、比較的誤解されやすい傾向にある。

受診前から親は、わが子の育てにくさに困惑し、親としての役割をきちんと遂行していないのではないかと自責的になっていたり、もしかしたらわが子になにかしらの課題があるのではないだろうか悩み、そう思うこと自体が親として失格ではないだろうかとまた悩む、親はその果てに、診断や相談を求める。

われわれの調査でも、幼児期あるいは就学前後に発達障害と診断された親の多くは、実は3歳前後から「うちの子はどこか違う」と感じており、内心なにかしらの発達の躓きを心配していたことがわかっている。しかし、その心配か

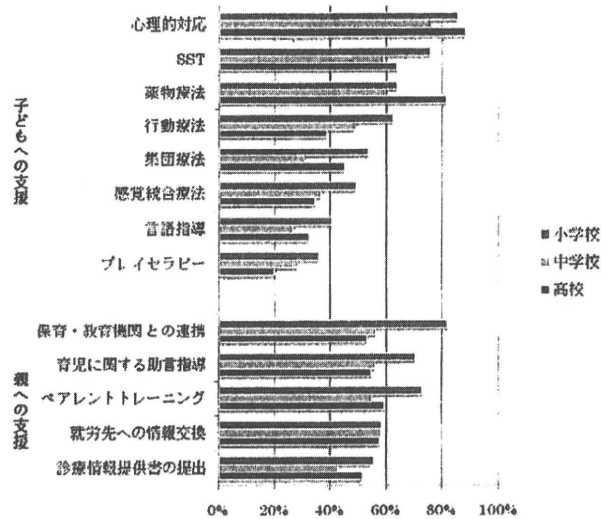


図4 保護者が医療機関に期待する治療・支援(学校区分別)

ら明確にしたいという状況に進むには、ある程度の時間がかかるのだ。上述した調査でも、気づきを感じてから医療機関に連絡するまでの期間に平均12~24カ月を必要としていた。

筆者は、発達障害を危惧している親への心理・社会的対応とは、最初の出会からの配慮が必要であると思う。

筆者の初回面接では、低年齢の子どもの場合は初診時に自ら相談したい内容を明確にもって診察室に来ることは少ない(田中, 2009a)ため、簡単な質問のあとで親との面接へと移ることが多い。その際には、子どもに診察室から出て待合室で待ってもらうように御願います。その後の相談内容が、深刻な否定的な話題になりやすいため、今診察室を出て行った子どもについて「元気で、はきはきした子ですね。話を聞いて気持ちがいいですね」というように、子どもの「良いところ」を、相談前にひとつふたつは感想で述べておくようにしている(田中, 2009a)。

そのうえで、親から相談になるが、そのときも、親から語られる情報と並行して、親はどのような経緯で受診したのか、受診に対する気持ちはどうだろうか、親の精神衛生はどうだろうかなどに注意して聞き取り、最終的に今日どこまでのまとめを伝えるべきかを見当づけるよ

うにしている。例えば、いくつかの医療機関を経由してきたのか、自分なりに本などを読んで学習されているのか、周囲の勧めにより渋々なのか、家族全体の協力関係はどうか、親自身が精神的に追い詰められていないか、関係機関との信頼関係はどうかなどを評価する。

どんなに正しい事柄であっても、時期によっては、相手に届かないこともある。情報を整理してもっとも伝えやすいこと、あるいは最初に知っておいて欲しいことなどを検討する。最初のことばとして、筆者は、これまでの親の子育てに「今までの話を聞いたら、大変な状況が続くなか、お母さん、よくここまで頑張ってきてきましたね」と労うことを最優先にしている。そのうえで、親の困っている状況と、おそらく子どもも困っていることを推察して、多少の時間を掛けて整理していくことを伝えるようにしている。

数回の診察と諸検査を総合して、子どもへ一定の判断をすることになる。筆者は、ADHDと診断がつく場合であっても、診断名だけが強調されることのないように、子どもの行動特性を具体的に示しながら説明し、「子どもを良い方向にむける方法は必ずある」という思いで、診断名とかかわり方をペアにして提示するようにしている（田中，2008a）。杉山（2009）も、診断とは診断名と同時に治療の方法を伝えることが要請される、と述べている。筆者は、基本的には親が元気なら子どもも元気という信念を持っているので、わが子にかかわる新しい方策が見つかり、新たな勇気がわいてくるような励ましを心がけ、希望を伝えたいと思っている。

親が抱えている悩みは、お片付けができない、言うことをきかない、あるいは話を最後まできかないで取り組んでしまう、生活のリズムが安定せず時間管理がうまくいかない、生活の次の準備に取りかかれないなど子どもの日常生活全般に関するものである。親は、日々一生懸命に指導、指示を行うも日常生活がまったく改善されないために、徒労感や怒りといった感情を抱くようになる。そのため叱責が増えることで子

どもの自己評価は低下し、親はイライラし養育に対する自信を失う。こうした親と子どもの悪循環を「プラスの親子関係」に転換することを目指すのが、多くの医療関係者が期待するペアレントトレーニングである。

筆者も、ペアレントトレーニングとは、基本的には子どもとの関係が悪化しているなかで傷ついている親に、よい関係を築くための具体的な対処方法を身につけることだと理解している。さらに、小集団で行うため、孤独な取り組みになりやすく、うまくいかないときは同じ悩みを持つ親同士で励ましあえ、うまくいったときは共に喜びあうことができる、という良さがあるように思われる。ペアレントトレーニングの有益性は多くの文献で支持されている（例えば、Sonuga-Barke et al., 2001）が、Chronisら（2004）は、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述べている。

わが国のペアレントトレーニングについては、岩坂ら（2008）や上林（2009）の報告が参考になるが、岩坂ら（2008）らが述べているように、運営方法やスタッフ養成といった基礎的段階に課題があることが日本の実情でもある。

V. 保育・教育との連携

ADHDのある子どもが保育・教育の現場に進むことで、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大きく浮上してくる。これまで親とわが子という二者関係での対応だったのが、保育・教育関係者と周囲のお友達とその家族という三項関係へと移動していく。

子どもにとっては、叱責する人が増え、衝突する子どもたちも増していく。上手に理解されないと、ただの乱暴者と評価され、その結果子どもの自尊感情が傷ついていく。親も多くの大人たちから養育を批判されたり、子どもの言動の責任を問われ続ける。ADHDと診断されたわ

が子とのかかわりを漫画仕立てで紹介した、かなしろ (2009) は、保育園での生活の様子をのぞき穴で見て、わが子の傍若無人ぶりに思わず「ぶっちゃけ親子で消えてしまいたいです」という母親の台詞を書いている。実際、保育園・幼稚園、あるいは小学校という集団生活で、それまで日々「手がかかるけど、こんなものかな」と思っていたわが子の様子が、他の子どもたちと異なることにショックを受ける親も少なくない。

ある母親は、自宅の電話のナンバーディスプレイに学校と表示されただけで、またうちの子が問題を起こしての苦情の電話なのだと即決し、気が重くなるという。

われわれは2001年に、ADHDのある子どもたちの自助あるいは支援グループに対して、連携の現状と課題を調査した (田中, 2004)。485名の回答を得たが、本論と関連する部分として以下の2つを挙げておきたい。

1. こうしたグループへの参加状況は、過半数の親が積極的に参加しており、消極的な参加の約半数は保育・教育関係者であった。一方、グループへの満足度に関しては、親は満足と不満に2極化され、消極的な参加が過半数を超える保育・教育関係者は満足度が高く、親

の満足度との間で有意な差を認めた。

2. 連携の認識あるいは相互の信頼とよんでもよいかもしれない、連携がうまくいっているように思われる、思われないという評価に関しては、図5に示したように、親は関係機関と良好な連携が取れているとは評価していないことがわかる。一方、関係機関は親と比較的良好な連携が取れていると評価しがちで、さらに、関係機関どうしでは、双方にそれほど良好な連携が取れているとは評価していなかったという結果を得た。ここから他職種と異なる立場同士の連携の難しさが読みとれる (田中, 2008b)。

田中 (2008b) は、こうした内在する困難性を承知したうえで、「連携とは、複数の者 (機関) が、対等な立場に位置した上で、同じ目的を持ち、連絡をとりながら、協力し合い、それぞれの者 (機関の専門性) の役割を遂行すること」と定義した。そのためには、まずなによりも互いの専門性を尊重し、役割分担を明確にする必要がある。互いの職場、職業を自分の目で確認しておく必要がある。すなわち現場の動きを体験することである。特に筆者は、必要に応じて現場に足を運ぶ、直にあって顔を繋ぐことが大切であると思っている。

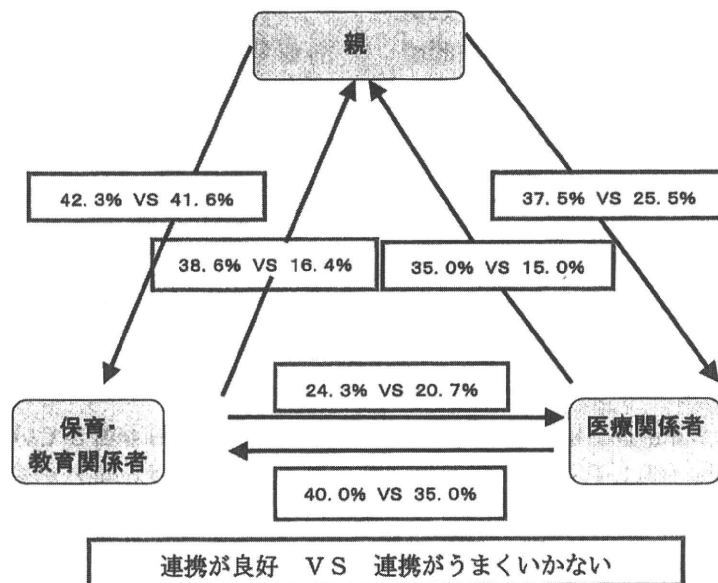


図5 連携の認識の差違

次に、それぞれの異職種の間が常に共通言語で話が出来ないといけない。ことばは誤解を解き、理解を深める役割ももつが、誤解や壁を作る危険性もある。そのため各々の現場でしか通用しない言葉を使用し続けては、世界は広がらない。常に日常の生活の視点で会話をすることが求められる。

最後に、保育・教育と連携するときを感じるのは、それぞれの立場が組織的にも社会的にも、職務上のヒエラルキーがあるということである。定義とした「対等な立場に位置した上」とは、この子どもと家族へ果たす責任において、という意味でもあり、職務上のヒエラルキーを前提としたうえで、それぞれが果たす責任を対等に持つ、という意味でもある。筆者は、異職種との出会いでは、職種を越えた大変さを互いに慰労する必要もあると思っている。そのため出来る限り、お互いが批判しあうことをせず、「大変だね、ご苦労様」と声をかけあうべきで、そこからお互いの支え合い、お互い様という共生する社会が生まれると信じている。

特別に配慮の必要な子どもたちがいるクラスを訪問してみると、実際に担当教師がひとりで学級運営していくことには、非常な難しさがあることが一目瞭然となる。クラスあるいは学校という社会は、個々の存在を、集団の支え合い、認めあいという力が包み込むことで、安定させている。決して個々の存在だけを課題として解決すれば解消する問題ではない。しかし、ADHDのある生徒は、ある場面ではひじょうに良い面を示し、別な場面では周囲を困らせる言動を示すため、この子自身が困っているとは理解されがたく、生徒が直接叱責を受け続けるか、

親が批判されることにもなりかねない。あるいは、こうした言動の背景にADHDが隠れているのではと気づく教員は、すみやかに確定診断を受けることを親に勧めることになりやすい。その一方で、親は、上述したように、わが子への心配を、医学的に明らかにしたいという状況へ進むには、ある程度の時間を要する、あるいはある程度の事実を伝えられていても、しばらくは留保したいという気持ちをもっている場合もある。あるいは、それらを承知したうえで、保育・教育へ特別な配慮ある専門的指導を希望される場合もある。

図6は、筆者が、それぞれの立場からの話を聞き、直接現場に足を運び感じてきた、子どもを中心にしたうえでのそれぞれの認識と要求のズレである(田中, 2008c)。

これの保育・教育関係者と親の、それぞれが一生懸命だからこそ生まれる齟齬を、医療機関が介入することで修復できないだろうかと考え、実践してきたことを図7(田中, 2008b)に示す。

介入する医療機関として、筆者は、親に対して、これまでの養育の歴史への「労い」をもっと重要なものと考え、伝える。「難しい子育てを要求されるこの子とのかかわりを、よくここまで頑張って続けられたものです」と、出来るだけ素直に評価するべきである。時に大声で叱ることがあっても、場合によって叩くことがあったとしても、それはこの子との関係性のなかで、やるだけやったなかで「有効かつ最善の」解決策の1つであったと理解する。そのうえで、今後「より役立つかわり」を一緒に考えてみませんかと提案する。注意すべき点は、「労う

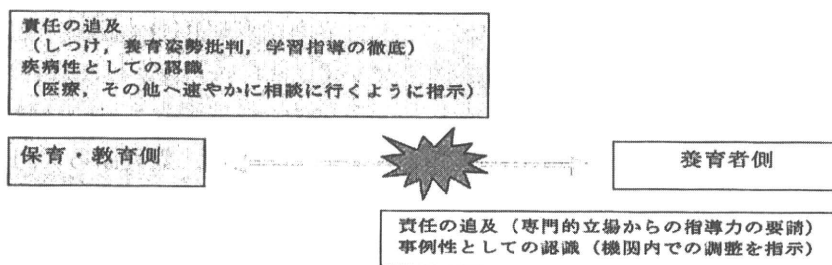


図6 それぞれの認識と要求