

Ⅱ．分担研究報告

4. 親に対する集団精神療法を通じた養育態度の変化 に関する予備的研究

研究分担者 渡部京太

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

親に対する集団精神療法を通じた養育態度の変化に関する予備的研究

研究分担者 渡部京太

国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科 医長

研究要旨

本研究は児童期からかんしゃく、興奮、ひきこもりといった情緒的問題や攻撃的問題行動を示し、診療を開始してから青年期まで達した広汎性発達障害（PDD）の子ども、およびその親への集団精神療法（親の会）の取り組みについて振り返り、不適応状態の PDD の子どもの対応に悩む親の養育態度の変化を検討した。親の会は4ヶ月に1回と頻度は多くないものの、重ねるにつれて、「自分の子どもの経過や最近の状況」を語ることから、「子どもへの対処の仕方」「社会福祉のサービスや就労支援」といった情報の交換、さらに「親自身の問題」へと深まっていった。また、改善に向かいつつある子どもの親がリーダーシップを発揮するようになり、そのような親の発言内容、例えば「子どもだけではなく親自身の人生を大切にすることも必要」「ある年齢に達したら、子どもにひとり暮らしの経験をさせることは必要」は、親の会に参加しているメンバーの共通認識となりつつあった。親の会では、「他の患者（人）が良くなるのをみて、自分もという希望を持つ」「自分一人が悩んでいるのではない」「情報の交換」「他の患者（人）を助けて、自分が役に立っている」「人のまねをしながら自分の行動を考える」「対人関係から学ぶ」「語ることによって重荷を下ろす」といったことが、サポートになっているのではないかと考えられ、親のレジリエンスを高め、そのことは子どもとの関係修復にも役立っていると思われた。

A. 研究目的

思春期・青年期と呼ばれる10歳代から20歳代の初期にかけての10数年間は、子ども型の精神障害の発現が徐々に少なくなり、成人型の障害が増加してくる時期である。また、一般的に精神障害への親和性、あるいは脆弱性が増加する時期でもあるとされている。広汎性発達障害（PDD）や注意欠如・多動性障害（ADHD）といった発

達障害の子どもがさまざまな不適応を発現しやすい時期は、10歳から17歳ぐらいまでの思春期といえるであろう。PDDの子どもが社会生活上の不適応やトラブルを生じやすい理由として、彼らが他者の気持ちを理解しにくいという特性があげられることが多い。

このような特性が形成される背景には主として「心の理論」と Baron-Cohen が呼ん

だ認知機能の形成不全、もしくは形成遅延があるとされている。「心の理論」は、ほとんどの健常児では4歳までには獲得される機能であるといわれている。

一方、PDDの子どもでは、どんなに知能が高くても10歳前後以降(HappeとFrithによれば、9歳から14歳)でないと獲得されない。思春期という年代に至った健常な子どもの隠語やほのめかしに満ちた仲間内のコミュニケーション、本音と建て前の使い分け、阿吽の呼吸で実行する小さなルール違反などは、PDDの子どもにとって理解の外にある「謎にあふれた世界」である。

これらの状況は健常な子どもにとっては自然と察知できるものであるが、PDDの子どもが状況に巻き込まれ当事者となった時には、不安や困惑状態、恐怖や抑うつ、あるいは反対に強い好奇心や過覚醒状態を惹起し、一種独特の混乱状態に陥ることがある。PDDの子どもが同世代の仲間集団から孤立し不安や抑うつを強めていくと、ひきこもりや社会的問題行動へと発展していくことにもつながるといわれている。

研究分担者は、思春期のPDDの子どもの成長にとって、同世代の仲間集団の中に受け入れられ認められる体験がとても重要だと感じている。PDDの子どもに関わる大人がコーチの役割を果たし、仲間集団との間を調整し、同年代の集団活動が無理な場合では、小集団や代理の仲間と一緒に行動をするといった適切な支援を提供する必要がある。

研究分担者の勤務する病院診療科では、15歳までに初診した患者であれば、18歳以降の年齢になっても診療を続けることができ、成人までの経過を追跡することができ

る。本研究では、児童期からかんしゃく、興奮、ひきこもりといった情緒的問題や攻撃的問題行動を呈し診療を開始してから青年期まで達したPDDの子ども、およびその親への集団精神療法を通しての取り組みについて述べる。

B. 研究方法

青年期に達したPDDの子ども、およびその親への集団精神療法の取り組みを振り返り、不適応状態のPDDの子どもの対応に悩む親の養育態度の変化を検討した。

(倫理面への配慮)

本研究にあたり、個人情報管理を厳重に行い、対象者の不利益がないように配慮した。

C. 研究結果

1. 思春期のひきこもりや発達障害の患者を対象にした集団精神療法とその親の会

研究分担者が取り組んでいる思春期のひきこもりや発達障害の患者を対象にした集団精神療法とその親の会の取り組みについて、3症例を中心に報告する。3症例の経過については、表1に示した。

第1例

Aは、長期間入院治療を行った20代前半の高機能自閉性障害である。Aが入院治療を行うことになったのは、かんしゃくを起こした時に家族をひどく負傷させるという事態のためだった。Aは幼い頃からこだわりが強く、激しいかんしゃくを起こした。

小学校高学年になった頃には対人関係の過敏さや被害感はさらに強まり、暴力行為が増え、あるクリニックでは統合失調症と

診断された。「このまま A のかんしゃくによって家族が殺されるのを待つか」、それとも「家族で A を殺して一家心中しようか」という心境にまで家族が追いこまれていた中で A が家族を負傷させる事態が起き、家族は A をとても恐れた。入院後の A は誰も理解をしてくれないという不安や動悸などの身体症状を看護師に頻繁に訴えた。しかしすぐに対処してもらえず「ちょっと待っていてください」と伝えられただけで、「どうして苦しいのにすぐに対処してもらえないのか？ばかにされている」と不穏になり、身体拘束を要することが多かった。

非定型抗精神病薬を中心に炭酸リチウムやバルプロ酸ナトリウムといった気分安定薬、頓服として抗精神病薬が併用され、日増しに投薬量は増えていった。A は病院内学級を利用し卒業後高校に進学を決めたが、両親は A を恐れ、やむを得ず病棟から通学し家庭復帰をめざすことにした。ところが高校でもかんしゃくを起し、まもなく退学になった。A が退院するためには、かんしゃくを減らすことと、対人関係のスキルを向上させることが必要になった。そこで企画されたのが『慢性疲労に悩む若者の会』という集団療法である²⁾。

会の対象は通院中の 16~25 歳の長期に渡るひきこもり状態、慢性的な社会不適合状態にある患者で、PDD や ADHD といった発達障害、気分障害、統合失調症といった診断が多い。

スタッフは研究分担者を含めて児童精神医 2 名、精神保健福祉士 (PSW)、心理士各 1 名が参加している。会は週 1 回 1 時間で、自由連想的な方式で進めるスロウ・オープン・グループである。会を長期に休む

ようになり、状態が改善して会に参加しなくなったりした場合には、会のコンダクター (リーダー) をつとめる児童精神科医が面接を行い、メンバーを追加するようにしている。毎回男子と女子の患者が 5、6 名ずつ参加している。また、親の会を年に 3 回、1 月、4 月、9 月に行っている。子ども本人が会に出ていなくても、子どもが会に参加しなくなっても、親は参加可能としている。親の会には、前記のスタッフと毎回 10 名程度の親が参加している。なお『慢性疲労に悩む若者の会』と親の会は別の日に行っている。親の会でも特に話し合いのテーマは定めずに自由連想的な方式で進めているが、親が自分の子どもの経過や最近の状況を語り、徐々に子どもへの対処の仕方、そして社会福祉のサービスや就労支援などの情報についての話題に展開していき、そして親の会の後半では親自身の問題が語られるようになる。これまでに親の会は 15 回開催されている。

会に参加当初の A は、過去にいじめにあった話、理解してもらえずに暴力をふるってしまったこと、自分が描いている漫画の話を一方的にした。他のメンバーは最年少の A の発言を「しようがないな」という顔をしながら聞いていて、A は会に受けいられているようだった。徐々に A は会の中で穏やかに話すようになり、他のメンバーの話もよく聞き、冷静に観察している様子がみられた。会に参加して半年後には A のかんしゃくは減り、家族との外出ができるようになり、一人暮らしを始める練習を開始した。その後も一人暮らしを始める不安から 2 回飛び降りることがあったが、会への参加から 3 年で一人暮らしを開始した。

A は地域のヘルパーの支援を受けながら、ひどいかんしゃく、興奮を起こさずにひとり暮らしを続けている。その後 A はアニメの影響から“ニュー・ハーフ”に強い興味を持つようになり、生活費を調整して小遣いをためながらアニメのイベントに参加したり、“ニュー・ハーフ”の聖地を訪れるようになった。そして、A は“ニュー・ハーフ”をめざすと言いだし、女装して通院するようになった。A に関わる治療スタッフはもちろん A の行動を戒める注意を繰り返した。A はスタッフの介入にいらだつことはあったが、行動をエスカレートさせることはなく、むしろ会のメンバーが A の行動を心配する発言を聞き入れているようだった。A は就職支援のプログラムに毎日通い、就職をめざして面接試験を受けるようになっている。

第 2 例

B も会に最初から参加していた。B は中学 2 年で担任が変わってから、その担任が今までの担任と違って親身に接してくれないと反発しかんしゃくを起こすようになり、不登校となった。精神科を受診したところアスペルガー障害と診断された。高校は単位制高校に進学し、教師から認められ順調に通学した。さらに「自分のように対人関係に困っている子どもを支援する仕事につきたい」と大学に進学し、一人暮らしを始めた。B が 19 歳の時に紹介されて受診した。

B は順調に単位を取得していたが、大学 2 年の時に学園祭の実行委員になった際に、他の実行委員（特に女子）から悪口をいわれているような気がして不安や疎外感が強まった。研究分担者と相談して、B は実行

委員をやめることにした。B は同世代の仲間とつきあっていく不安やめざしていた子どもを支援する仕事への適正の乏しさを話し、抑うつも強まった。しばらくして B は大学をやめ、アルバイトで学費を貯めながら通信制大学に通った。そのような時期に B は会に参加するようになった。

B は会に参加するにあたって、「同世代の仲間といっても緊張しないようにいられたらいい。それと就職をどうしたらいいか考えていきたい」と語った。B は会であまり発言することはなかったが、休まずに参加し、会が終わると PSW と就職の相談をするようになった。実際は就職のことだけではなく、好意を持った会の女性メンバーとどのように親しくなったらいいのかといったことを研究分担者には内緒で相談していたようである。内緒でというのは、会の中ではメンバー同士の男女交際は禁止というルールがあったからである。

大学卒業がみえてきた B は精神保健福祉手帳を取得し、障害者枠で事務職を得た。ジョブ・コーチの支援を受けながら B は事務職を続けており、まじめに仕事をこなす B は職場での信用も厚くなっている。B は会ではあまり発言しなかったが、会への帰属意識は高く、年休や長期休暇の時には会に参加し、自分の近況をメンバーに報告している。

第 3 例

C も会に最初から参加していた。C の両親は不仲で離婚し、幼稚園や学校ではいじめにあい、小学 3 年秋から不登校になった。小学 4 年時、当科を受診し神経圏内の不登校と診断された。不登校は中学になって

も続いたが、教育相談機関の適応指導教室には通っていた。中学3年時には仲のよい友達ができ学校に登校するようになった。しかし、高校入学後再び不登校となると、不潔恐怖が強まって、執拗に部屋のごみや髪の毛を掃除したり、手洗いをしきりにしたりするようになった。また、母親に部屋がきれいになったかを確認し、納得がいかないと母親に暴力をふるうようになった。そしてCは高校を中退し、ひきこもるようになった。

研究分担者はひきこもりが遷延化してきた頃に、Cの主治医になった。Cの強迫症状、母親への巻き込み、暴力をふるうことが悪化し、入院となった。入院を機に改めて生育歴を聴取したり、また入院中のCの他者との関わりの持ちにくさや一方的な発言から強迫性障害にPDDが併存していると考えられた。Cは退院後、会に参加したがアルバイトは強迫症状のために続かず、母親への暴力も悪化したため、母親は家をでて別々に暮らし始めた。Cは会に参加しなくなり、ひきこもるようになった。そのため、母親に保健所に相談に行ってもらい、母親、保健所と研究分担者で対応を協議した。結果、母親によるCへの生活費の仕送りをCが“死なない程度に”減らしてもらい、Cが病院あるいは保健所に相談するように働きかけていった。

会の開始から4年後にCは再び通院を開始し、会に参加するようになった。メンバーはひきこぶりに会に参加したCを暖かく迎え、Cは一人暮らしを始めたAの変貌に驚き、強迫症状に対する薬物療法を積極的に求めるようになった。Cは地域の生活支援センターのPSWの支援を受けながら、

生活しやすいひとり暮らしのアパートを借りて引っ越し、就労に向けての活動を始めた。

2. 子どもの変化、そして親の養育態度の変化

A、B、Cの3例の受診後の親の養育態度の変化をまとめたものが、表2である。

Aの母親は、Aのかんしゃくや興奮をおちつかせることができず、かえってAを興奮させてしまい、一緒に大騒ぎをしてしまうことを繰り返していた。Aの両親は、改善しないAの攻撃的な問題行動を思いつめ、Aを殺して一家心中するか、Aから殺されるのを待つかという状況にまで追い込まれていた。その後、Aが家族を傷つけることがあって、Aの両親はAと会うこともひどく恐れるようになった。

Aの母親は、Aと同じくPDDと診断できるであろう。Aの母親は、Aのかんしゃくや興奮、家族を負傷させるほどの突発的なかんしゃくをひどく恐れ、Aと会うと余裕がなくなり、慌ててしまうことが多かった。Aの母親は、精神科のクリニックで通院治療を受けていて、うつ状態と診断されていたが、おそらく外傷後ストレス障害(PTSD)に近い状態と考えられる。

Aの父親も循環器疾患を発症し、すっかり体力に自信がなくなってしまった。Aの入院中の面会では看護者がいないと会うことができなかつたし、Aの高校入試の際にもかんしゃくが起こった場合を想定して筆者が付き添いをしなければならなかつた。

中学校卒業後は、病棟での管理医は成人の精神科病棟の精神科医がつとめ、研究分担者がAの個人精神療法および『慢性疲労

に悩む若者の会』を担当し、PSW が親ガイダンス、A の日常生活の支援を担当することとした。A の高校中退、特別支援学校高等部の退学を通して、治療チームはA の治療目標の設定変更をせざるを得なくなった。成人の精神科病棟や高校での学校生活を通して学業や同年代との対人関係のスキルを身につけていくということから、自律した日常生活を送るためのスキルを身につけることへと目標を切り替えた。

精神科病棟での集団生活においても、A は他の入院患者や治療スタッフとのちょっとした言葉のやりとりから生じるトラブルやかんしゃくが続いており、かえって単身生活をした方がA は好きなアニメを鑑賞できたり自由に過ごせてかんしゃくが減るのではないかと研究分担者をはじめとする治療チームのスタッフは感じるようになったためである。

PSW が中心となり A の単身生活の準備をしている間に、2 度 A が飛び降り負傷することがあった。A の両親は、A の単身生活については協力的であったものの、A が両親の家を訪れることはひどく恐れていた。親の会は平日夜に開催しているが、A の両親は仕事もあってなかなか参加できない状況である。A の単身生活が始まってからは、月に数回、週末は両親で A の様子を見に行っているようである。徐々にではあるが、両親の A に対する恐れは減ってきているのかもしれない。

B はある地方都市から上京し、大学生活を開始し、研究分担者が治療に関わるようになった。B の両親は B の障害について十分に受け入れており、B 自身もどのように社会に適応していくかについて非常に意識

が高かった。B と両親は地方都市にあるサッカーチームの熱烈なサポーターであり、B はアルバイトで貯めたお金を使って地方都市で行われるホームゲームを観戦したり、逆に両親が上京し一緒にアウェーゲームを観戦し、その観戦ついでに B の生活の状況を把握していた。B の母親は親の会に毎回上京して参加している。B の母親は親の会の中心的な役割を果たしており、その“肝っ玉母さん”のような発言―「困った時には主治医や PSW に相談をして、それに沿って考えていくのがいいでしょう」「子どもが何か問題を起こしても、親が引き受けないとしようがないでしょう」―は、親の会に参加している親にとっては大きな支えになっているようである。

C は巻き込み強迫が悪化し、家庭内暴力、ひきこもりが長期化しつつあるところで、研究分担者は治療に関わるようになった。入院治療や会での C の様子を見て、C の他者との関わりの持ちにくさや一方的な発言から強迫性障害に PDD が併存していると考えるようになった。その後 C は通院せずにひきこもり、母親への暴力が悪化していった。研究分担者は、母親に C には PDD という診断が妥当と説明していった。C の母親は、C が「不登校になったのは親のせいだ」と頑なで絶対に譲らないこと、C が自分のやり方にこだわり周囲の意見をいっさい取り入れないこと、急な変更には極端に弱く融通が利かないこと、そして対人関係が広がっていかないといった特徴から、その説明を受け入れていった。

ある時、確認行為から C は興奮し、翌日出勤できないほどに母親を殴ったことがあった。緊急に受診した母親は、C の強迫症

状や暴力行為、そしてCの症状につき合わされて暴力をふるわれているのでは自分の人生はいったい何だったのかと涙ながらに語った。研究分担者は母親が家を出てCとは別に暮らすことを提案した。母親は提案を受け入れ、別居が始まった。その後は、母親、保健所と研究分担者で面接を行い、治療を組み立てていった。ある親の会で、Cの母親は「自分ももう少しで定年退職になるので、Cには自分で人生を切り開いてほしい。親の不仲が原因で病気になったと責められ続けて、献身的でないといけないと思っていました。先生から、『20歳過ぎまで育てれば、親の責任は果たしたでしょう』と言われて楽になりました」と語った。親の会に出席していたメンバーはCの母親の決断、そして強い覚悟に驚く一方で、「子どもだけではなく親自身の人生を大切にすることも必要」「ある年齢に達したら、子どもにひとり暮らしの経験をさせることは必要」と語り、これらは親の会に参加しているメンバーの共通認識となりつつある。母親は、Cが就労に向けて活動し始めたことを喜んでいるが、暴力をふるわれたことを思い出してしまうため会うことは恐いと話している。

D. 考察—『慢性疲労に悩む若者の会』や『親の会』から見えてくること—

これまで示したように、PDDの子どもは他のメンバーの話をよく聞き、観察していること、相手の気持ちに共感する力もたくさん持っていること、そして「自分のことをわかってもらいたい」という熱烈な気持ちを持っていることがわかるだろう。ヤ一ロム³⁾は、集団精神療法の何が治療的に

働くかをまとめている(表3)。

メンバーの変化にはおそらく、①他の患者にわかってもらえたこと、②自分一人が悩んでいるのではないこと、③人のふりを見て自分の問題について学ぶこと、④具体的な説明や示唆を受けることといったことが、治療的に作用していたのだと考えられる。集団精神療法はスタッフの関わりにより安心できる場を提供することで、メンバーが結果として他者との関係を壊してしまうかんしゃくに自分を任せないで、対人関係のスキルを身につけることができたり、その人が持っている健康的な部分を発揮できるようになることにつながったと研究分担者は認識している。PDDなど発達障害を持った人の支援では、その人が持っているよいところ(長所、特技、そしてそれをどのように生かせばいいのか)を見つけ出し、あげることが大切だと感じるようになってきている。

もう少し詳しく述べると、自尊心の低下ゆえに自分自身のよいところを見つけにくかったり、能力の偏りゆえに見通しを立てたりする意思決定が難しいなどの特徴を持っている発達障害の人の苦手さを援助することに、治療者が意識的に関わっていく必要があるのである⁴⁾。

一方親の会では、図1のような展開がみられ、徐々に親の問題が語られる時間が長くなっていった。おそらく親の会では、ヤ一ロムのまとめ(表3)を参照すると、①他の患者(人)が良くなるのをみて、自分もという希望を持つ、②自分一人が悩んでいるのではない、③情報の交換、④他の患者(人)を助けて、自分が役に立っている、⑦人のまねをしながら自分の行動を考える、

⑧対人関係から学ぶ、⑩語ることによって重荷を下ろす、といったことがサポートになっているのではないかと感じている。

レジリエンスの和訳には「回復力」「復元力」「危機耐性」「逆境を跳ね返す力」「生き抜く力」「打たれ強さ」「しなやかさ」「疾病抵抗性」「抗病力」などがあてられている。

「レジリエンスのある」子どもはリスク因子が存在するにも関わらず、良好な社会的・認知的能力を発揮することができ、「レジリエンス」のある子どもとストレスに対して脆弱な子どもを区別する主軸として、①生来の属性：気質、認知能力、自信、②家族の特質：家族の温かみ、家族間の密接さ、結束の固さ、③家族が外部からのサポートを利用可能、または活用している、があげられている⁵⁾。PDDの子ども、親への集団精神療法は、治療スタッフだけではなく、他の参加メンバーからもサポートを受けることができ、家族の温かみや結束の固さを高めたり、家族が外部のサポートを利用しやすくなる働きかけがより多く行える利点があると考えられる。

本研究の2年度目には、小学校高学年のPDDの子ども、そしてADHDの親へのガイダンスグループを開始しようと考えている。発達障害を抱えた子どもが社会生活上の不応やトラブルを生じやすい前思春期や進路を決定する青年期を乗りきるためには、親のレジリエンスを高めることが不可欠であり、それを検証することが目的である。

E. 結論

児童期からかんしゃく、興奮、ひきこもりといった情緒的問題や攻撃的問題行動を

呈し診療を開始し青年期まで達したPDD、およびその親への集団精神療法の取り組みについて振り返り、不応状態のPDDへの子どもの対応に悩む親の養育態度の変化を検討した。親の会は4ヶ月に1回と頻度は多くないものの、会を重ねるにつれて、「自分の子どもの経過や最近の状況」を語ることから、「子どもへの対処の仕方」「社会福祉のサービスや就労支援」といった情報の交換、さらに「親自身の問題」へと深まっていった。また、改善に向かいつつある子どもの親がリーダーシップを発揮するようになっていった。

そのような親の発言-例えば「子どもだけではなく親自身の人生を大切にすることも必要」「ある年齢に達したら、子どもにひとり暮らしの経験をさせることは必要」-は、親の会に参加しているメンバーの共通認識となりつつある。親の会では、「他の患者(人)が良くなるのをみて、自分もという希望を持つ」「自分一人が悩んでいるのではない」「情報の交換」「他の患者(人)を助けて、自分が役に立っている」「人のまねをしながら自分の行動を考える」「対人関係から学ぶ」「語ることによって重荷を下ろす」といったことが、サポートになっているのではないかと考えられ、親のレジリエンスを高め、そのことは子どもとの関係の修復にも役立っていると思われる。また、親が親の会に参加していない場合でも、会に参加している子どもの行動の改善に伴って親子関係の修復がみられた。

研究協力者(所属)

山本啓太, 田中徹哉, 小平雅基, 宇佐美政英, 岩垂喜貴, 齊藤万比古: 国立国際医療

参考文献

- 1) 齊藤万比古. 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート. 東京: 学習研究社, 2009.
 - 2) 渡部京太. 広汎性発達障害 (PDD) の年齢に伴う病像の変化と対応. 日本精神神経学雑誌, 印刷中.
 - 3) Yalom ID. The Theory and Practice of Group Psychotherapy . New York: Basic Books, 2005.
 - 4) 渡部京太. 【発達障害／発達特性から見えてくる臨床の工夫】反応性の不安や抑うつ. 精神科臨床サービス, 2011 ; 11 : 234-37.
 - 5) 石川 元. リジリアンス (高い韌性) - 同級生の首を切り落とした少年の事例を通して-. 総合リハビリテーション,
- F. 研究発表
 1. 論文発表
 - 1) 渡部京太. 広汎性発達障害 (PDD) の年齢に伴う病像の変化と対応. 日本精神神経学雑誌, 印刷中.
 2. 学会発表
 - 1) 渡部京太. 広汎性発達障害 (PDD) の年齢に伴う変化と対応 青年期以後の広汎性発達障害の診断と対応. 第108回日本精神神経学会総会, 札幌, 2012. 5. 24-26.
 - G. 知的財産権の出願・登録状況
 1. 特許取得 なし
 2. 実用新案登録 なし
 3. その他 なし

表 1 3 症例の経過

| | A君 | B君 | C君 |
|-----------|---|--|--|
| 診断 | 自閉性障害 | アスペルガー障害 | PDDNOS |
| IQ | VIQ=90,PIQ=89 FIQ=88 | VIQ=92,PIQ=88 FIQ=90 | VIQ=90,PIQ=57 FIQ=70 |
| 幼稚園 | 多動、集団行動ができない。 ひどい手洗い。 | 多動、常同的な遊び 「青い車が好き」 療育に通所。 | 身体が小さく、いじめられた。 両親が不仲で、離婚。 |
| 小学校 | ひどいかんしゃく。 家、学校から飛び出す。 被害的な言動。 失敗すると自傷。 他児への暴力。 小学4年時、統合失調症を疑われる。 その後、自閉性障害と診断される。 アニメ、イラストを描くことに没頭。 『改造A君』を描き始める。 | 教師にめぐまれ、学校での大きな問題行動はなかった。 近所の子どもを叩く。 | ひとりで遊ぶことが多く、自己中心的な遊びが多い。 小学3年秋から不登校。 小学4年時、神経症圏内の不登校と診断される。 |
| 中学校 | 情緒学級に通学。 かんしゃくは続く。 中学2年時、かんしゃくを起こし、手にしていた包丁が家族の胸に刺さり、警察を経て入院となる。 (入院治療5年間) 病院内学級を卒業。 | 中学2年時、担任が変わり、その担任がこれまでの担任と違い、親身に接してくれないと反発、ストーカー行為、かんしゃく(暴力)、不登校。 アスペルガー障害と診断。 | 中学は不登校。 教育相談機関の適応指導教室に通所。 中学3年時、仲のよい友達ができ、登校再開。 |
| 高校 その後 | 病院から高校に通学。 かんしゃくを起こし、退学。 <u>会に参加。</u> | 単位制高校に進学。 サッカーに打ち込む。 「対人関係に悩む子どもに接する仕事をしたい」 大学に進学。 大学2年時、文化祭の実行委員となるが、被害関係念慮が出現。 大学を退学し、通信制大学に入学。 <u>会に参加。</u> | 高校進学後、まもなく不登校。強迫症状(手洗い、確認)と母親への暴力が悪化。 サッカーへの没頭。 母親への暴力が悪化し、入院。 退院後アルバイトなどをする。 <u>会に参加。</u> |

表 2 3 症例の親の養育態度の変化

| | A君 | B君 | C君 |
|-------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 家族 | 父親、母親、兄。 長期入院。 後に単身生活を開始。 | 父親、母親、兄。 上京し単身生活。 | 両親は離婚。 母親と同居。 |
| 家族の態度 | 両親ともAを恐れる。 兄はAに対し激しい敵意。 | Bの障害を十分に受容。 | 親の離婚がCを不幸にしたと自責的。 Cの強迫症状にまきこまれている。 |
| 健康状態 | 父：体力に自信を失う。 母：うつ状態で治療中。 | 特記事項なし。 | 特記事項なし。 |
| 会への参加 | 数回の参加のみ。 | 毎回、欠かさず参加。 | 毎回、欠かさず参加。 |
| 関係の変化 | Aを恐れているが、 徐々に面会はできるようになった。 | 相互に交流あり。 | 暴力を契機に別居。 Cの自立を経済的に支援している。 |
| 主な支援 | 就労移行支援 ヘルパーによる生活支援 | 就労移行支援 障害者雇用 | 保健所 生活支援センター |

表 3 集団精神療法の何が治療的に働くのか

- ①他の患者が良くなるのをみて、自分もという希望を持つ
- ②自分一人が悩んでいるのではない
- ③情報の交換
- ④他の患者を助けて、自分が役に立っている
- ⑤自分の家族の中で体験したことの繰り返し
- ⑥人付き合いが上手になる
- ⑦人のまねをしながら自分の行動を考える
- ⑧対人関係から学ぶ
- ⑨グループがばらばらにならないこと
- ⑩語ることによって重荷を下ろす
- ⑪究極的には人は自分一人で現実に対決し、責任をとる

①自分の子どもの経過や最近の状況



②子どもへの対処の仕方

「困った時には主治医やPSWに相談をして、
それに沿って考えていくのがいいでしょう」
「子どもが何か問題を起こしても、
親が引き受けないとしようがないでしょう」



③社会福祉のサービスや就労支援などの情報



④親自身の問題

参加している親の共通認識
「子どもだけではなく、
親自身の人生を大切にすることも必要」
「ある年齢に達したら、
子どもにひとり暮らしの経験をさせることは必要」

図1 親の会で話される内容の変化

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| | 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|---|-------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------|-----|------|---------|
| 1 | 山下裕史朗 | 注意欠陥/多動性障害 | 大関武彦, 古川漸, 横田俊一郎, 水口雅ほか(編) | 今日の小児治療指針(第15版) | 医学書院 | 東京 | 2012 | 673-75 |
| 2 | 渡部京太 | 乱暴な子どもをどう診るか | 青木省三, 村上伸治(編) | 専門医から学ぶ 児童・青年期患者の診方と対応(精神科臨床エキスパート) | 医学書院 | 東京 | 2012 | 139-50 |
| 3 | 渡部京太, 青木桃子 | 子どものひきこもり(不登校)の精神医学的診断・評価 | 齊藤万比古(編) | ひきこもりに出会ったら-こころの医療と支援- | 中外医学社 | 東京 | 2012 | 29-57 |
| 4 | 渡部京太 | 乳幼児における臨床的なアセスメント | ウィーナー・ダルカン編著, 齊藤万比古, 生地新総監訳 | 児童青年精神医学大事典 | 西村書店 | 新潟 | 2012 | 71-83 |
| 5 | 渡部京太, 黒江美穂子 | 各年代から見たOCDの特徴 思春期(小学校後期-中学校) | 齊藤万比古, 金生由紀子(編) | 子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン | 星和書店 | 東京 | 2012 | 37-43 |
| 6 | 渡部京太, 黒江美穂子 | 治療と支援 入院治療 | 齊藤万比古, 金生由紀子(編) | 子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン | 星和書店 | 東京 | 2012 | 243-52 |
| 7 | 渡部京太, 森岡由起子 | 集団療法 | 山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三(編) | 現代 児童青年精神医学(改訂第2版) | 永井書店 | 大阪 | 2012 | 597-602 |

雑誌

| | 著者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|--|--|---------------------|-------|--------|------|
| 1 | 佐久間隆介, 軍司敦子, 後藤隆章, 北 洋輔, 小池敏英, 加我牧子, 稲垣真澄 | 二次元尺度化による行動解析を用いた発達障害児におけるソーシャルスキルトレーニングの有効性評価 | 脳と発達 | 44 | 320-26 | 2012 |
| 2 | 鈴木浩太, 北 洋輔, 井上祐紀, 加我牧子, 三砂ちづる, 竹原健二, 稲垣真澄 | 豊かな出産体験が母親の養育態度と学童期における子どもの行動に与える影響 | 脳と発達 | 44 | 368-73 | 2012 |
| 3 | 稲垣真澄, 太田英伸 | ADHDの診断と治療に求められるバイオマーカーとは: Status quo & Potentialities | 臨床精神薬理 | 15(6) | 883-88 | 2012 |
| 4 | Kawatani M, Hiratani M, Kometani H, Nakai A, Tsukahara H, Tomoda A, Mayumi M, Ohsima Y | Focal EEG abnormalities might reflect neuropathological characteristics of pervasive developmental disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder | Brain & Development | 34 | 723-30 | 2012 |

| | 著者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|----|--|---|--|-------------|---------|-----------|
| 5 | Ishitobi M, Hiratani M, Kosaka H, Takahashi T, | Switching to aripiprazole in subjects with pervasive developmental disorders showing tolerability issues with risperidone | Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry | 37 | 128-31 | 2012 |
| 6 | 平谷美智夫 | 小児・思春期最新マニュアル 4章 よくみられる疾患・見逃せない疾患の診療学習障害 | 別冊 日本医師会雑誌 | 141巻特別号(1)号 | S251-52 | 2012.6.15 |
| 7 | 大石敬子, 原 恵子, 平谷美智夫 | 発達性読み書き障害 (dyslexia) 10事例の音韻障害の検討 | 小児の精神と神経 | 第52巻第3号 | 209-22 | 2012 |
| 8 | 山下裕史朗 | 特集一 小児診療のピットフォール II 所見の診かと対応 落ち着きがない | 臨床と研究 | 89(5) | 619-23 | 2012.5 |
| 9 | 山下裕史朗 | 特集クローズアップ発達障害 IV発達障害への支援 1.療育のとらえ 1) ADHDへの支援活動 | 小児内科 | 44(5) | 759-63 | 2012 |
| 10 | 山下裕史朗 | 特集2「第7回生涯研修セミナーから」 4. 学童期発達障害児の問題点と医学的対応・教育との連携 | 日本小児科医学会会報 | 43 | 136-38 | 2012 |
| 11 | 渡部京太 | 【精神科医の多剤併用・大量処方を考えるI】 児童精神医学における多剤併用療法の問題点 | 精神科治療学 | 27 | 37-45 | 2012 |
| 12 | 渡部京太 | 【現代思春期・青年期論2012】 不登校にみる最近の子どもたち | 精神療法 | 38 | 172-78 | 2012 |
| 13 | 渡部京太 | 【ADHDの薬物療法の最適化】ADHDの併存障害や発達段階に応じた薬物選択のエビデンスと実際 | 臨床精神薬理 | 15 | 889-98 | 2012 |
| 14 | 松田久実, 宇佐美政英, 岩垂善貴, 小平雅基, 渡部京太, 青木桃子, 勝見千晶, 牧野和紀, 飯島崇乃子, 佐々木祥乃, 田中宏美, 田中徹哉, 原田真生子, 齊藤 | 国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科における子どものこころのケア活動 | 臨床精神医学 | 41 | 1129-35 | 2012 |

IV. 研究成果の刊行物・別刷

注意欠陥/多動性障害

attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

山下裕史朗 久留米大学准教授・小児科学

● 病態

注意欠陥(注意欠如)/多動性障害(ADHD)の中核症状は、不注意、多動・衝動性である。症状は、学校や家庭など複数の場面で日常生活に支障をきたすほど重症(機能障害の存在)であり、いくつかの症状は幼児期から一貫して認められる。DSM-IV-TRの操作的診断基準に基づき、詳細な生育歴、家族歴、

現在の生活環境聴取、行動チェックリストや行動観察によって総合的に診断する。目的をもった一連の行動を円滑に行う実行機能や、報酬獲得のために行動調整を行う脳機能に問題があるとされている。反抗挑戦性障害、行為(素行)障害などの行動障害、学習障害や発達性協調運動障害などの発達障害、うつ病、不安障害などの情緒障害、夜尿症やチック障害、睡眠障害などさまざまな併存症をもつことが多い。鑑別疾患としては、広汎性発達障害、児童虐待、てんかん、脳変性疾患などがある。診断・治療ガイドラインが小児科医(宮島祐, 他編:小児科医のための注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン。中央法規出版, 2007), 児童精神科医(齋藤万比古, 他編:注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン。じほう, 2008)両者から出版されている。

● 治療方針

ADHDをもつ子どもの治療目標は、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・スポーツでの機能障害をできるだけ最小にして、適応能力を最大にすることである。治療目標達成には、学校や家庭での対応が重要で、教育との連携、環境調整指導や親ガイダンスが欠かせない。

有効な治療法には、心理社会的治療法と薬物療法およびその併用療法がある。

㊦ 心理社会的療法

1. 環境調整 子どもの不適切な行動が起こりにくいように、教師からの距離、気になる掲示物の排除、板書の文字や量、学用品の置き場の工夫など教室内の物理的環境要因、個別指示や視覚的支援の工夫、困った行動の予測・支援、ほかの教師や家庭との共通理解、クラスメイトの対応法など人的な環境要因をチェックし、修正する。指示を出す前に名前を呼ぶ、否定形(～してはいけない)ではなく肯定形(～しなさい)の指示、一度に1つの具体的指示など、学校や家庭での適切な指示の仕方を指導する。スモールステップの教育で

自信をつけさせる。

2. 行動療法 ペアレントトレーニングは、親がADHDをもつ子どもへの理解を深めて、親子間の悪循環を減らし、よりよい日常生活を送ることができるように具体的対応方法を身につけるためのプログラムである。子どもの行動を増やしたい行動、減らしたい行動、すぐやめるべき行動に分けて、ほめることでよい注目を与える、好ましくない行動に対しては無視(ほめるために待つ)、やめるべき行動に対しては限界設定とタイムアウトなどのテクニックを教える。トークンシステムは、適切な行動に随伴して、シールやスタンプやポイントなどのトークン(ごほうび)がもらえ、それを集めると好きなものや活動と交換できるシステムである。トークンポイント表は、好ましい行動が増えたことを視覚的に示し、積み重ねによってトークンがもらえることで達成感をもたせることができる。許しがたい行動の場合は、ポイントを減点する。

学校への治療介入できわめて重要で有効な方法は、デイリーレポートカード(daily report card: DRC)である。DRCは、子どもの教室での問題点を同定し、モニターし、行動を変える効果的な方法であり、親と教師のコミュニケーションを高める手段でもある。DRC作成方法は、くるめSTPのホームページ(<http://www.kurume-stp.org/>)からダウンロード可能である。

㊦ 薬物療法

上記の心理社会的療法をまず数か月行っても効果がない場合や機能全体的評定(GAF)尺度が50以下、すなわち攻撃行動、不登校、その他の反社会的行動などの重大な症状が現れている場合に薬物療法を考える。現在わが国で使用可能な薬剤は、長時間作用型のメチルフェニデート製剤のコンサータと選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬のストラテラの2種類である。いずれも6歳以上18歳未満のADHD症例の第1選択薬として使用可能である。それぞれの薬剤の特性を十分理