

図2 PDDにおけるOCDスペクトラム

(文献20: 岡田 俊: 広汎性発達障害における強迫症状、強迫性障害の研究, 10: 27-38, 2009.)

ii) Aripiprazole

Aripiprazoleについては、成人のPDDを対象としたDBPC試験は行われていない。Marcusら<sup>14)</sup>は、6～17歳(24%が13歳以上)の自閉性障害218例を対象とした8週のDBPC試験を行い、Aripiprazole群では興奮性、CGI、常同行為、多動、不適切な言語、強迫症状が有意に改善したと報告した。

Owenら<sup>21)</sup>は、6～17歳の自閉性障害例を対象とした8週のdouble-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group studyを行い、aripiprazole群(47例)は、プラセボ群(51例)と比較していろいろ、CGIが有意に改善したと報告した。Chingら<sup>4)</sup>は、前述した2つの研究について検証し、ASDの子どもいろいろ、多動、常同行為の治療に有効だったが、副作用については体重増加(プラセボ群と比較してaripiprazole群は平均1.13kgの増加を認めた)、鎮静、流涎、振戦に注意を払う必要があると結論づけている。

iii) Olanzapine

Olanzapineについては、成人のPDDを対象としたDBPC試験は報告されていない。成人を含むPDD 8例を対象とした非盲検試験で、易怒性、攻撃性、自傷行為、いろいろ、多動、抑うつ、対人的疎通性が改善されたと報告されている<sup>22)</sup>。児童・思春期のPDDを対象としたDBPC試験で

は、olanzapine群で攻撃性、易刺激性、強迫症状の改善は認めず、CGIのみ有意な改善が認められた<sup>7)</sup>。

岡田<sup>20)</sup>は、PDDに併存している強迫症状に対する薬物療法、CBTの有効性を示すエビデンスについて展望し、その病態上の相違を検討している。DBPC試験ではSSRIやrisperidoneの有効性が認められているが、SSRIはOCD単独例より有効性が低く、risperidoneの有効性が顕著だったと報告している。さらにHollanderら<sup>8)</sup>のOCDSDでいうと、PDDに併存する強迫症状、とりわけ常同性は強迫性よりも衝動性としての位置づけに近く、皮質レベルよりも、基底核などの皮質下領域の中で衝動制御に関わる脳領域の機能障害が関与することが示唆される。PDDにおける強迫症状は、強迫性よりも衝動性に近い位置づけを持つとはいえ、治療反応性において、SSRIよりもrisperidoneの方が明らかな反応を示していることも、本知見を支持すると考察を加えている(図2)。

3. OCDを併存した思春期・成人期のASDに対する認知行動療法(CBT)

Russellら<sup>23)</sup>の高機能PDDの成人24例(男:女=21:3)に対する非盲検試験によると、通常治療に比べCBT群では有意な改善がみられたが、40%がCBTに反応しなかった。Andersonら<sup>1)</sup>は、

CBTをアスペルガー症候群に適応する際の工夫や留意点として、①思考が視覚優位という観点から文字で書かれたり視覚に訴える素材を多く活用すること、②感情の教育をより重視すること、③字義通りの固い思考スタイルの観点から比喩や抽象的な概念の使用を回避すること、④通常のCBTよりもより多くの指示的なアプローチを慎重に行うこと、⑤スキルの般化を改善するための試みとして家族や鍵となる共同治療者が関わるようにすることをあげている。中川<sup>10)</sup>は、OCDにPDDが併存している可能性のある患者の治療では、薬物療法やCBTを施行して強迫症状を軽減させようとしても成功することは少なく、発達の問題を有しているかどうかを治療の早期に見極め、適切な環境調整（例えば、複数の物の同時処理を避ける、わかりやすく仕事内容を提示する）や症状の成り立ちや機序を図式化したり、課題を数値化や記号化するなど視覚的に示すように留意していると述べている。

#### IV. 社交不安障害 (SAD) を併存した思春期・成人期の ASD に対する包括的治療

##### 1. PDD と SAD の併存をめぐる

SAD の人は自分が恐れている対人関係状況に入る可能性があると感じ、そうした状況を感じて、そうした状況避けようとする。やむをえずそうした状況に入らなくてはならない時は、非常に強い苦痛を感じるようになる。児童・思春期の ASD における不安に関する研究から、PDD と SAD との併存が問題として浮かびあがってくることを先に述べた。SAD としばしば重なり合う状態で社交不安症状を有する患者の鑑別診断を要するものを図3に示した。全般性の SAD では、ひきこもった生活となることもあり対人交流が著しく制限されるため、思春期に達成されるべき発達課題が達成されず、後の社会生活に問題が生じてくることになる。さらに、SAD が先行して発症し、後にうつ病やアルコール関連障害といった他の精神障害を併存するようになり、重症化していくといわれている。わが国では「ひきこもり」が1つのトピックになっており、2010年5月に厚生労働省から「ひ

きこもりの評価・支援に関するガイドライン」が公表された<sup>11)</sup>。ガイドラインではひきこもりと関連の深い精神障害の主なものとしては、PDD、OCD を含む不安障害、身体表現性障害、適応障害、パーソナリティ障害、統合失調症などをあげている。近藤ら<sup>12)</sup>は、全国5カ所の精神保健福祉センター・こころの健康センターにおけるひきこもり相談（来談者）の診断について報告している。184例のうち情報不足のため診断が保留になった35例を除いた149例の精神医学的診断を検討した結果、PDD や ADHD、精神遅滞といった発達障害が含まれる「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」が54例、「不安障害」が45例、「パーソナリティ障害」が32例、「気分障害」が26例、「統合失調症および他の精神病性障害」が18例という順で多かった。ひきこもり患者の中には軽度の知的障害や ASD など発達障害の問題を抱える人が少なくないこと、「不安障害」の中では SAD が26例、OCD が11例の順で多いことなどがわかってきている。ASD の人では、他者の意図や会話の理解、状況理解の苦手さや極端な言語表出の苦手さのために、周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、不器用さのために一定の課題の遂行ができないといった問題を生じやすく、学校や職場で不適応を繰り返した結果、漠然とした違和感や不適応感を抱きやすくなり、被害関係念慮や社交恐怖が生じることがある。対人場面における不安や困難に対して適切な支援が得られない場合には、初めて体験する場面や予期せぬ出来事に対する抵抗感がさらに強まり、現在の生活パターンに固執したり、今後の生活について考えることを回避したりするようになる。また、ASD 生来的な過敏さやこだわりの強さに、自意識の高まりや自立・分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状が形成され、介入が困難になる例もある<sup>13)</sup>。

##### 2. SAD を併存した思春期・成人期の ASD に対する包括的治療

Mululo ら<sup>10)</sup>による SAD についてのレビューでは、SAD と PDD が併存している症例への治療に

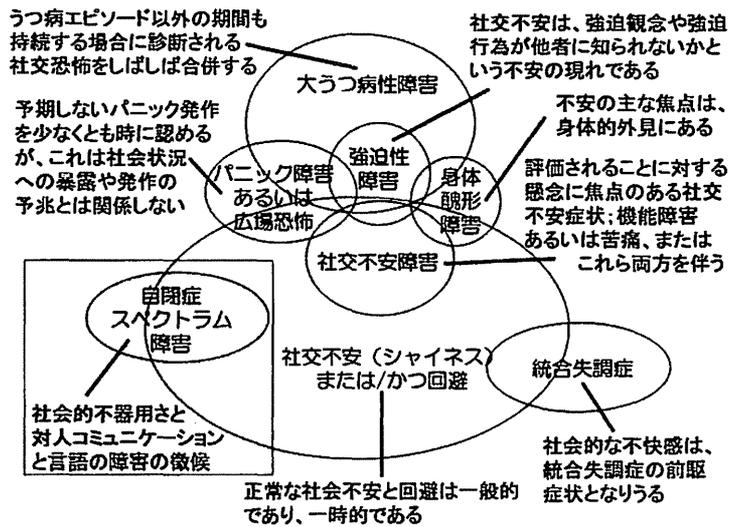


図3 社交不安障害としばしば重なり合う状態で、社交不安症状を有する患者の鑑別診断を要すると考えられるもの  
 (文献25: Stein, M.B., Stein, D.J.: Social anxiety disorder. Lancet, 371: 1115-1125, 2008.)

はふれられていないが、わが国ではYanoら<sup>35)</sup>がPDD-NOSにSADを併存した19歳男性の症例を報告している。その男性は、11歳時に学校での不適応行動を主訴に初診し、PDD-NOSと診断された。19歳時に他者とのアイ・コンタクトの恐怖を主訴に再び受診した。さらに男性はこれらの視線恐怖は中学校の頃に出現し徐々に悪くなっていること、そして彼は自分の視線に対する恐怖(自己視線恐怖)の徴候はないことを語った。この症例の他者視線恐怖は、自分が注目されるかもしれない状況での過剰な緊張と、そのような事態の到来に対する予期不安が高まって外出できなくなっている状況と考えられるだろう。男性はPDD-NOSにSADを併存した状態と診断され、fluvoxamineの投薬が開始され、100mgまで増量された。治療開始から5ヵ月後には、男性は仕事を探すぐらいまで改善したと報告されている。SADの薬物療法については、SSRIではfluvoxamine, paroxetine, sertraline, escitalopram, セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)ではvenlafaxineで大規模なコントロール研究が行われ、その有効性と忍容性が確認されている<sup>25)</sup>。メタ解析によるSSRIのSADに対するnumber needed to treat

(NNT)は3.7と報告されており、その有用性は高いといわれている<sup>31)</sup>。また、CBTの有効性も報告されている。Yanoら<sup>35)</sup>の報告は、PDD-NOSにSADが併存した症例に薬物療法が効果的であったことを示しているが、一方で通常の治療や支援に反応しにくい場合もあるだろう。そのような場合には、背景に発達障害の存在を疑ってみることが必要になる。思春期や成人期にひきこもりの問題を抱えた人の中には、SADといった不安障害の背景にPDDを基盤に持っている場合がある。

【ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン】では、ひきこもりの人を多軸的に評価すること、すなわち第1にひきこもりの背景精神障害の診断をすること、第2に発達障害の診断の有無を検討すること、第3にパーソナリティ傾向の評価を行うこと、また治療については、画一的に社会参加や就労を目標とするだけではなく、①個人的支援段階、②中間的・過渡的集団との再会段階、③社会参加の施行段階という一貫した包括的な支援体制の必要性を指摘しており、ひきこもりの評価・治療の指針を示している<sup>11)</sup>。

## V. おわりに—ASD の治療の目標—

ASD の治療の目標は、地域社会でもっとうまく生活できるように生活の質 (QOL) を高め、社会的自立をめざすことである。英国自閉症協会<sup>30)</sup>は、ASD の人を支援する基本的な枠組みとして重要な① 'Structure : 構造を明確にすること' の 'S', ② 'Positive (approach and expectations) : 肯定的な対応と適切な期待' の 'P', ③ 'Empathy : 独特の理解の方法への共感' の 'E', ④ 'Low arousal : 興奮やストレスを招かない環境を作ること' の 'L', ⑤ 'Links : 家庭や地域資源との連携' の 'L' という頭文字をとって 'SPELL' とまとめている。構造とは状況の意味や見通しであり、それを理解しやすくすることが構造 (明確) 化であり、構造 (明確) 化や視覚化は見通しを持ちやすくしコミュニケーションを改善する。構造 (明確) 化によって、メッセージの重要な構成要素である「いつ」「どこで」「なにを」「どれだけ」「どんなやり方で」「いつまで (おわり)」「終わったら次はどうなる」を理解しやすくするのだが、このような構造 (明確) 化を診療に取り入れていくことが重要であることを忘れてはならない。

### 文 献

- 1) Anderson, S., Morris, J. : Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behav. Cogn. Psychother.*, 34 : 293-303, 2006.
- 2) Bejerot, S. : An autistic dimension : a proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism*, 11 : 101-110, 2007.
- 3) Buchsbaum, M.S., Hollander, E., Haznedar, M.M. et al. : Effect of fluoxetine on regional cerebral metabolism in autistic spectrum disorders : a pilot study. *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, 4 : 119-125, 2001.
- 4) Ching, H., Pringsheim, T. : Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst. Rev.*, 5 : CD009043, 2012.
- 5) Gordon, C.T., State, R.C., Nelson, J.E. et al. : A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50 : 441-447, 1993.
- 6) Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P. et al. : Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9 : 35, 2009.
- 7) Hollander, E., Wasserman, S., Swanson, E.N. et al. : A double-blind placebo-controlled pilot study of olanzapine in childhood/adolescent pervasive developmental disorder. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 16 : 541-548, 2006.
- 8) Hollander, E., Kim, S., Khanna, S. et al. : Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders : diagnostic and dimensional issues. *CNS Spectr.*, 12 (2 Suppl. 3) : 5-13, 2007.
- 9) 岩佐光章 : 自閉性スペクトラムの「固執」と「強迫」との関係. *精神科治療学*, 25 : 1613-1618, 2010.
- 10) Jesner, O.S., Aref-Adib, M., Coren, E. : Risperidone for autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 1 : CD005040, 2007.
- 11) 厚生労働省科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 : ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システム構築に関する研究 (主任研究者 齊藤万比古) 平成19~21年度総合研究報告書, 2010. [http://www.ncgmkohndai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm\\_hikikomori.pdf](http://www.ncgmkohndai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf)
- 12) 近藤直司, 清田吉和, 北端裕司 他 : 思春期のひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究. 厚生労働省科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システム構築に関する研究 (主任研究者 齊藤万比古)」平成21年度総括・分担研究報告書. 67-86, 2010.
- 13) 近藤直司 : 青年期のひきこもり問題と ASD. 成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル (神尾陽子 編), pp.51. 医学書院, 東京, 2012.
- 14) Marcus, R.N., Owen, R., Kamen, L. et al. : A placebo-controlled, fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 48 : 1110-1119, 2009.
- 15) McCracken, J.T., McGough, J., Shah, B. et al. ; Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network : Risperidone in children

- with autism and serious behavioral problems. *N. Engl. J. Med.*, 347 : 314-321, 2002.
- 16) McDougle, C.J., Naylor, S.T., Cohen, D.J. et al. : A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53 : 1001-1008, 1996.
  - 17) McDougle, C.J., Hormes, J.P., Carlson, D.C. et al. : A double-blind, placebo-controlled study of risperidone in adults with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55 : 633-641, 1998.
  - 18) Mululo, S.C., Menezes, G.B., Vigne, P. et al. : A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 34 : 92-100, 2012.
  - 19) 中川彰子 : 今, 何が問題になっているのか. *臨床精神医学*, 41 : 5-11, 2012.
  - 20) 岡田 俊 : 広汎性発達障害における強迫症状・強迫性障害の研究. 10 : 27-38, 2009.
  - 21) Owen, R., Sikich, L., Marcus, R.N. et al. : Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics*, 124 : 1533-1540, 2009.
  - 22) Potenza, M.N., Holmes, J.P., Kaner, S.J. et al. : Olanzapine treatment of children, adolescents, and adults with pervasive developmental disorders : an open-label pilot study. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 19 : 37-44, 1999.
  - 23) Russell, A.J., Mataix-Cols, D., Anson, M.A. et al. : Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder in people with autism spectrum disorders—a pilot study. *Psychother. Psychosom.*, 78 : 59-61, 2009.
  - 24) Shea, S., Turgay, A., Carroll, A. et al. : Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*, 114 : e634-e641, 2004.
  - 25) Stein, M.B., Stein, D.J. : Social anxiety disorder. *Lancet*, 371 : 1115-1125, 2008.
  - 26) The National Autism Association : SPELL (<http://www.autism.org.uk/living-with-autism/strategies-and-approaches/spell.aspx>)
  - 27) 十一元三 : 広汎性発達障害と不安障害. 子どもの心の診療シリーズ4 子どもの不安障害と抑うつ (総編集 齊藤万比古, 責任編集 松本英夫, 傳田建三). pp.98-107. 中山書店, 東京, 2010.
  - 28) 十一元三 : 広汎性発達障害における強迫関連現象. *児童青年精神医学とその近接領域*, 47 : 127-134, 2006.
  - 29) Tsai, L.Y. : Autistic disorder. In : *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, Third Edition* (eds. by Wiener, J.M., Dulcan, M.K.), pp.261-315, American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, D.C., 2004.
  - 30) 内田志保, 杉山登志郎 : 高機能広汎性発達障害の児童青年に認められた併存症としての強迫性障害に関する検討. *小児の精神と神経*, 48 : 49-58, 2008.
  - 31) van der Linden, G.J., Stein, D.J., van Balkom, A.J. : The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia) : a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 15 (Suppl. 2) : S15-S23, 2000.
  - 32) White, S.W., Oswald, D., Ollendick, T. et al. : Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clin. Psychol. Rev.*, 29 : 216-229, 2009.
  - 33) Williams, K., Wheeler, D.M., Silove, N. et al. : Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst. Rev.*, 8 : CD004677, 2010.
  - 34) 山下陽子 : 広汎性発達障害を伴う強迫性障害の特徴についての研究. *精神神経誌*, 112 : 853-866, 2010.
  - 35) Yano, H., Matsumoto, H. : A case of pervasive developmental disorder complicated by social anxiety disorder responding well to fluvoxamine therapy. *Tokai J. Exp. Clin. Med.*, 36 : 44-46, 2011.

## 成人期 ADHD における併存と鑑別

渡部 京太\*

抄録：注意欠如・多動性障害（ADHD）は、成人期においても併存障害が多く存在する。ADHD の診断基準、ADHD の子どもの前方視的経過追跡調査から、成人期に ADHD を診断する際に鑑別すべき疾患として、広汎性発達障害（PDD）、統合失調症、気分障害、不安障害、解離性障害、物質乱用、反社会性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害が挙げられる。成人期 ADHD の診断においては、児童期からの症状の連続性と他疾患の鑑別、併存の有無の判断が重要であり、可能な限り児童期からの生育歴の問診が必要になる。ADHD そのものの特徴は成人になっても残っている一方で、表面に現れる症状は児童期に比べると目立たなくなっている症例は多く、気分障害、不安障害、そしてパーソナリティ障害といった疾患の背景にある ADHD は覆い隠され、注意深く観察しないと認めにくいということが起こりえる。通常の治療や支援に反応しにくい場合には、発達障害の存在を疑ってみることが必要になる。精神科治療学 28(2) : 147-154, 2013

**Key words :** *adult attention-deficit/hyperactive disorder (adult ADHD), pervasive developmental disorder (PDD), depression, bipolar disorder, borderline personality disorder (BPD)*

### I. はじめに

注意欠如・多動性障害（ADHD）や広汎性発達障害（PDD）といった発達障害は、児童精神医学だけでなく成人の精神医学を巻き込んで、精神科医療の視点を大きく変化させてきている。また、児童精神医学の領域では、気分障害、なかでも気分障害における双極性（bipolarity）が注目を集めるようになってきており、子どもの双極性障害と発達障害の併存や鑑別も高い関心を持たれる

ようになってきている。発達障害、双極性（bipolarity）の概念はともに生物学的素因への注目という1980年代以降の精神医学の潮流の中で力を持ち始めた新たな診断の視点と考えられる<sup>15)</sup>。ところが実際に、ADHD、PDDといった発達障害の診断は、成人になってからの受診では幼少期の頃の様子がはっきりせず、診断に迷うことが多い。本稿では、成人期 ADHD に併存している精神疾患と鑑別すべき精神疾患について述べる。

### II. 成人期の ADHD において鑑別すべき精神疾患

#### 1. ADHD の診断基準から

DSM-IV-TR における ADHD の診断基準では、項目 E に「広汎性発達障害、統合失調症、またはその他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患（例：気分障害、不安障

Comorbidity and differential diagnosis in adults with ADHD.

\*国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科  
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

Kyota Watanabe, M.D.: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba, 272-8516 Japan.

害、解離性障害、またはパーソナリティ障害)ではうまく説明されない」と記載されている<sup>2)</sup>。

DSM-5のドラフトでは、17歳以上では診断に必要な項目数を減少させるかどうかを検討されたが現状では見送られる公算であり、症状が出現する年齢は7歳以前から12歳以前に上げられる予定である。その他、成人期において診断基準に該当しなくなった例については治療ではなく部分寛解という概念を導入すること、自閉症スペクトラム障害(ASD)との併存を認めることが提案されている。項目Eに、「その症状は統合失調症、またはその他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患(例えば、気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害)ではうまく説明されない」と記載されている<sup>3)</sup>。

Barkleyら<sup>4)</sup>は、DSM-5に向けて成人のADHDの診断基準を提案している(表1)。その項目Dに「その症状は広汎性発達障害、統合失調症、あるいは他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、また他の精神疾患(例:気分障害、不安障害、解離性障害、パーソナリティ障害)ではうまく説明されない」と記載されている。

これらの診断基準から、鑑別すべき疾患は、PDD、統合失調症、またはその他の精神病性障害、気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害ということになるだろう。

## 2. 米国を中心とした長期予後調査研究から

ADHDの長期予後研究、すなわちADHDは成人期までどれだけの比率で継続している障害であるのかという問いに答える研究の一つであるBarkleyらのMilwaukee study、特に2回目となった2002年の報告によれば、平均21歳時にADHD群の親の評価で58~68%が診断基準を満たし、症状が持続していると答えていることを示した<sup>5)</sup>。また、大うつ病の発現率や物質関連障害の発現率、さらには反社会性パーソナリティ障害、受動攻撃性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害といったパーソナリティ障害の発現率が対照群より有意に高いことを示した。

Biedermanら<sup>6)</sup>は、ADHD児の10年にわたる前向き追跡研究を報告している。DSM-III-Rで診断

表1 Barkleyらによって提案された成人期ADHDの診断基準(文献8に基づいて作成)

- A) 以下の症状のうち6つが少なくとも6ヵ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で発達の水準に相応しないもの。
- 1) しばしば外からの刺激や関係のない思考によって容易に気が散ってしまう。
  - 2) しばしば衝動的に意思決定を行う。
  - 3) しばしばそうすべき時に作業やふるまいを中断することが困難である。
  - 4) しばしば、計画や課題を、注意して指示を読んだり聞いたりすることなく始める。
  - 5) 彼あるいは彼女は、他者との約束や契約を守ることがしばしば不十分である。
  - 6) しばしば適切な順番や順序で物事を行うことが困難である。
  - 7) しばしば自動車を他の人よりも非常に速く運転する可能性がある(行き過ぎたスピード違反)。  
【運転経験のない成人のための代替症状: しばしば余暇活動や楽しい物事に静かに取り組むことが困難である】
  - 8) 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。
  - 9) 課題や活動を計画することがしばしば困難である。
- (下線はDSM-IV-TRの項目と同じ)
- A. 障害を引き起こす症状のいくつかは児童期から思春期の間に存在していた(16歳以前)。
  - B. 症状からくる障害のいくつかは2つ以上の状況(例: 仕事、教育的活動、家庭生活、地域社会の行事、社会関係)において存在する。
  - C. これらは社会的、学業的、家庭的(デート、結婚、または同棲、経済、運転、子育て)など、職業的、もしくは地域社会的機能において、臨床的に有意な障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。
  - D. その症状は広汎性発達障害、統合失調症、あるいは他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、また他の精神疾患(例: 気分障害、不安障害、解離性障害、パーソナリティ障害)ではうまく説明されない。

をした6~18歳のADHD男児140名と対照群120名を10年追跡し、再評価時の平均年齢は22歳だった。再評価時には、major psychopathology(気分障害、双極性障害、精神病状態)、不安障害、反

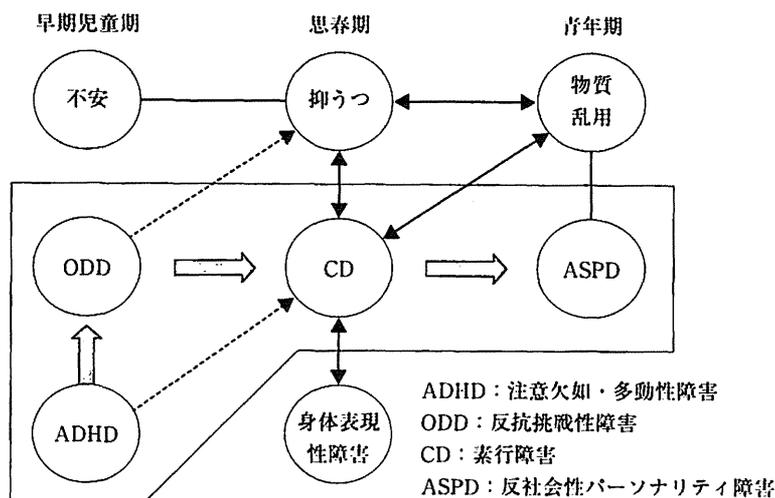


図1 破壊的行動障害と合併症の発達上の連続性（文献14を一部改変）

社会的障害（素行障害（CD）、反抗挑戦性障害（ODD）、反社会性パーソナリティ障害）、発達障害（排泄、言語、チック障害）、物質依存障害（アルコール、薬物、ニコチン依存）を認めた。青年期のADHD者では対照群と比較すると前述した障害の生涯有病率は有意に高く、ハザード比とハザード比信頼区間は、major psychopathology 6.1 (3.5-10.7)、不安障害 2.2 (1.5-3.2)、反社会的障害 5.9 (3.9-8.8)、発達障害 2.5 (1.7-3.6)、物質依存障害 2.0 (1.3-3.0) だったと報告している。

齊藤ら<sup>18)</sup>は、ADHDの子どもの攻撃性が外在化され悪循環した場合、ADHDを起点として加齢とともにODD→CD→反社会性パーソナリティ障害へと変遷する経過をDBD (destructive behavior disorder) マーチと呼ぶことを提案した。その一方で、ADHDの子どもには攻撃性が内在化し、非社会的な方向に向かう展開がある。Loeberら<sup>19)</sup>は、DBDマーチの進行に伴う情緒面の障害にもふれ、ODDの出現時期である早期児童期に不安が現れやすく、思春期には抑うつに変化していくこと、CDはこの抑うつおよび身体表現性障害に結びつきやすいこと、抑うつとCDの双方が物質乱用と結びつきやすいことなどを指摘している（図1）。これらの考え方は、ODDやCDに不安や抑うつといった感情、そして不安障害やうつ

病性障害が伴いやすいということだけでなく、不安障害やうつ病性障害などがODDやCDと診断されるような問題行動の主たる発現要因になっている場合もあることを示唆している。

ADHDの子どもの前方視的経過追跡調査から、ADHDの子どもが成人した際に診断される可能性の高い精神疾患として、反社会性パーソナリティ障害、物質乱用、不安障害、気分障害、境界性パーソナリティ障害などが挙げられるだろう。

### 3. わが国における成人期ADHDの臨床研究

朝倉ら<sup>4)</sup>は、大学病院児童精神科外来を「自分はADHDではないか」という主訴で受診した成人15例（男性7例、女性8例）を検討している。15例の年齢は21歳から44歳で、平均年齢は30.1歳だった。現在の職業は会社員7例、大学生2例、大学院生2例、フリーター2例、主婦2例で、明らかな社会的不適応を起こしている症例は認められなかった。DSM-IVの診断基準に基づいて診断したところ15例のうち5例がADHDと診断され、全例が不注意優勢型であった。ADHD診断保留群とカテゴリー化されたのは3例で、これらはいつからADHD症状が存在したのかという情報が得られなかった対象である。その時点で症状を評価すると、3例とも不注意優勢型に相当した。それ

以外の非 ADHD 群 7 例の診断は、アスペルガー障害 4 例、境界性パーソナリティ障害 1 例、回避性パーソナリティ障害 1 例、統合失調症質パーソナリティ障害 1 例だったと報告している。

さらに、朝倉<sup>9)</sup>は診療所における成人期 ADHD 47 例（男性 25 例、女性 22 例）について検討している。初診時の年齢は 18 歳から 49 歳で、20 歳台が全体の半数近くだった。フリーターやアルバイトを含めた定職に就いていない症例は全体の 43% だった。サブタイプについては、不注意優勢型 29 例（男性 11 例、女性 18 例）、混合型 18 例（男性 14 例、女性 4 例）だった。併存障害については、47 例中 29 例（61.7%）に認められ、大うつ病 8 例、病的賭博 8 例、神経症性障害 7 例、双極 II 型障害 4 例、パーソナリティ障害 3 例、アルコール依存症 2 例、CD 2 例、軽度精神遅滞 2 例（重複あり）で、各種依存症の割合が多いのは病的賭博のリハビリ施設と提携しているためだと考察を加えている。また、朝倉は、調査時点では ADHD 症状を満たすが過去の情報が不十分であったり ADHD の診断閾値に達しないために診断保留になった一群と、ADHD 以外の診断がついたり精神医学的診断のつかなかった一群が存在したと報告している。ADHD と診断されなかった一群の診断は、PDD 6 例、病的賭博 3 例、統合失調症 2 例、うつ病 2 例、睡眠障害 1 例、診断がつかなかった症例は 5 例だった。

Barkley<sup>7)</sup>は、ADHD を主訴としてクリニックを受診した成人症例について、「成人まで追跡された ADHD と比較すると、反抗、素行、反社会的問題は少なく、障害のレベルは軽く、知的に高く、達成したスキルを持ち、高い教育を受けている」とまとめている。朝倉は大学病院、そして病的賭博のリハビリテーション施設と提携している診療所における成人期 ADHD の臨床像を報告しているが、診療場面というバイアスによって成人期 ADHD の臨床像は違ってくるようである。

### Ⅲ. 成人期の ADHD と 鑑別しなければならない疾患

山田ら<sup>20)</sup>は、成人期の ADHD を診断するにあたり、鑑別診断や併存障害として特に問題となる

ものに、気分障害（うつ病性障害、気分変調症、双極性障害）、不安障害、物質依存・乱用、パーソナリティ障害が報告されているが、これらの鑑別、併存の問題は、その時の症状を横断的に観察した時には問題となるが、生育歴を丁寧に問診し縦断的に観察し、発症、もしくは増悪起点を把握できれば、鑑別、併存の判断はさほど苦慮する問題ではないと述べている。子どもにおいても成人においても、鑑別診断や併存障害の判断が必要になるのは、次のような理由のためである。例えばうつ病や躁状態が ADHD に併存している時にはうつ病や躁状態の治療が優先され、うつ病や躁状態が改善したところで ADHD を評価し、必要があれば治療に進むことになるし、また ADHD と PDD が併存している場合には、まずは PDD に対する治療構造を構築していく必要があるためである。

Murphy ら<sup>8)</sup>は、Barkley の ADHD の教科書の中で成人期 ADHD の診断・評価過程を示している（図 2）。この成人期 ADHD の診断・評価過程は、とても有用であると思われ、この診断・評価過程に沿って鑑別診断について述べていく。まず、判断しなければならぬのは、Murphy らの診断・評価過程では挙がっていないが PDD ということになるだろう。

#### 1. 広汎性発達障害 (PDD)

ADHD は、PDD との併存が多いこと、そして鑑別が難しいことが知られている。ICD-10 と DSM-IV-TR では、PDD と診断された患者にみられる ADHD 症状は PDD の部分症状として PDD 診断が ADHD 診断よりも優先されており、原則的に ADHD と PDD の併存を認めていないと規定されている。ところが、ADHD と PDD の併存の頻度は低いものではなく、ADHD と PDD の鑑別に迷う症例も多い。齊藤らによる第 3 版ガイドラインでは ADHD、PDD の併存を否定せず、両者を視野に入れた介入が有効なケースもあることを認め、一方で、一方の障害を診断したなら、他方の障害の存在について常に慎重に評価し続けるという対応を推奨している<sup>18)</sup>。発達早期の情報が得られない時には表 2 に示した対応を行い、ADHD と PDD の鑑別や併存を検討していく<sup>17)</sup>。

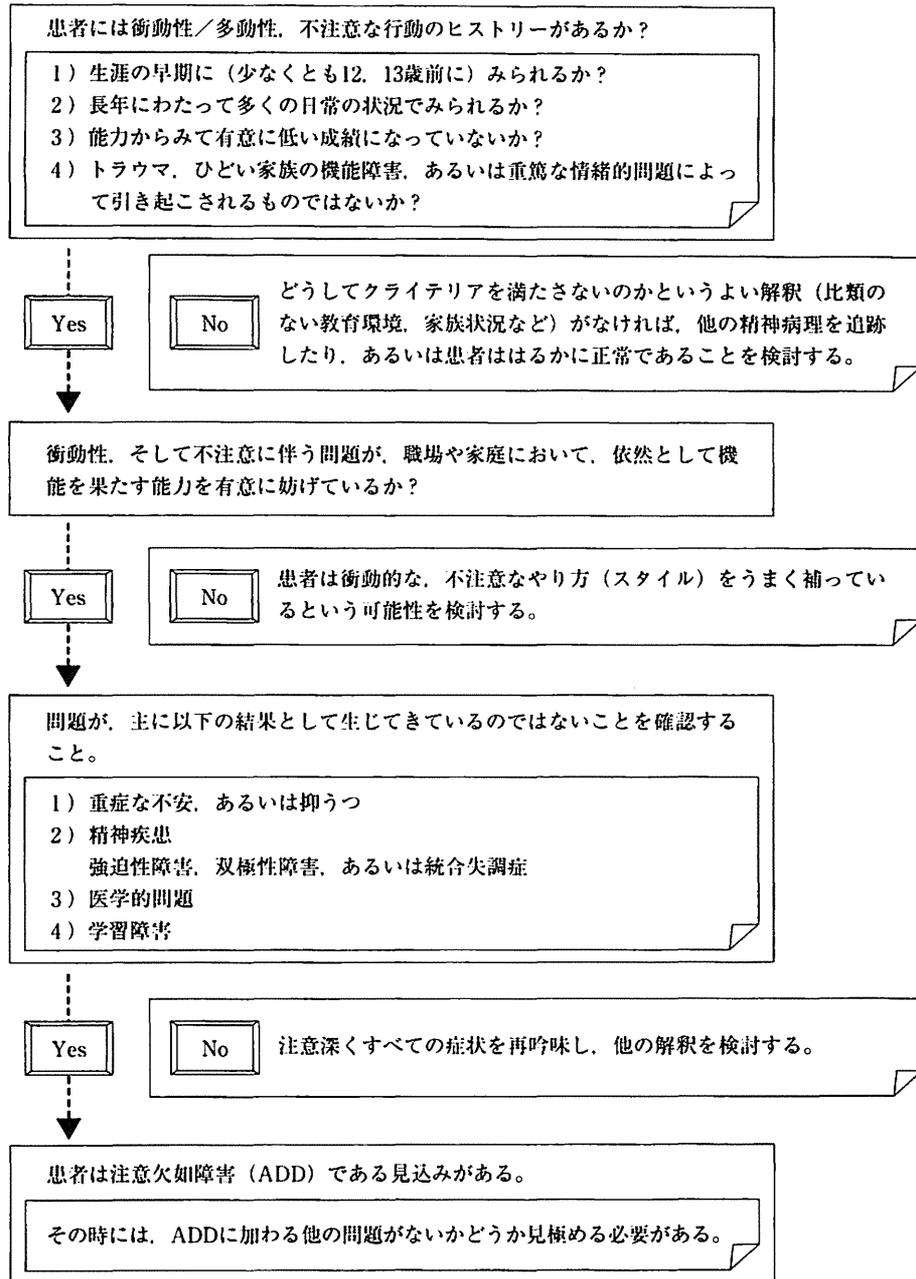


図2 成人期 ADHD の診断・評価過程（文献8を一部改変）

2. 気分障害

気分障害、特に双極性障害と ADHD は鑑別が難しい症例は少なくなく、遺伝的素因がオーバーラップしている可能性も指摘されている。成人期

の ADHD の併存障害について、米国では National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) という大規模な疫学調査が行われている<sup>19)</sup>。この調査は18～44歳までの男女3,199名を対象に行われ、

表2 発達早期の情報が得られないときの対応 (文献17のp.34, 表4-1を引用)

- 1) なるべく幼少期の情報を得られるように努力する。
  - ①母子手帳, 小学校の通知表を持ってきてもらう。(学業成績だけでなく「行いの様子」の担任の記載は役に立つ)
- 2) 診察の際に以下のことに気をつけて観察する。
  - ①単調な紋切型の口調。
  - ②視線が合いにくい。
  - ③会話が一方通行である。
  - ④他人の感情が理解しにくい。
  - ⑤自分の気持ちや感情を表現できない。
  - ⑥ユーモアや冗談が通じない。字義通りに受け取る。
  - ⑦医師の説明を十分に理解できない。
- 3) 診察の際に以下の症状の有無について質問する。
  - ①暗黙のルールが理解できない。
  - ②場の雰囲気を読めない。
  - ③細部にこだわり, 大局的な視点が抜ける。
  - ④予定の変更ができない。
  - ⑤規則に厳格である。
  - ⑥興味の偏りが著しい。
  - ⑦整理整頓が苦手で段取りが悪い。
  - ⑧スケジュール管理ができない。
  - ⑨時間の管理が下手。
  - ⑩不器用である。
  - ⑪感覚過敏がみられる。
- 4) ASD 症状を評価尺度を用いてアセスメントする。
  - ①日本自閉症協会広汎性発達障害評定尺度 (PARS) 思春期・成人期項目
  - ②自閉性スペクトル指数日本版 (AQ-J)

ADHDの有病率は4.4%であった。ADHDの47.1%に何らかの不安障害, 38.3%に何らかの気分障害, 15.2%に何らかの物質使用障害が併存していた。気分障害の中では, 大うつ病性障害は18.6%, 双極性障害は19.4%に認められた。そして成人期ADHDの多くは他の精神疾患で治療を受けていたが, ADHDについては多くが治療を受けていなかったという。うつ病による意欲の低下は周囲から不注意にみえることがある。双極Ⅱ型障害の軽躁状態は, ADHDと診断されることがある。うつ病, 双極Ⅱ型障害の軽躁状態も, それぞれのエピソードの時期を過ぎると症状が治まることが鑑別点となる。

### 3. 不安障害

全般性不安障害, 心的外傷後ストレス障害(PTSD), 強迫性障害, 社交恐怖, 分離不安障害といった不安障害との鑑別や併存を考えていく必要がある<sup>10)</sup>。ADHDと不安障害ではそれぞれや集中困難が共通してみられるが, 不安の身体症状を過剰に懸念したり心配したりすることがみられる点異なる点である<sup>11)</sup>。また, ADHDの成人では事故, 運転事故, スポーツ, 薬物乱用に関連したリスクが高いことが知られている。このことはトラウマのリスクの増加を引き起こし, ADHDの成人がトラウマにさらされることが増え, PTSDの可能性が高まるかもしれない。このことは成人期のADHDでは報告されている<sup>12)</sup>が, 子どもでは報告されておらず, ADHD患者におけるPTSDのリスクの増加は時間をかけて発展していき併存障害となっていくことを示唆しているかもしれない。

### 4. 虐待との関連をめぐって

虐待を受けた子どもは多動で衝動的である場合が多い。一方で, ADHDと診断された子どもの親が対象児に対して虐待または虐待に近い行為を行っている場合がある。また虐待とまで認識されなくても養育環境に明らかに問題があり, 反応性愛着障害と診断できる症例も多く存在する。虐待を受けた子どもは周囲の刺激に反応しやすく, 非常に落ち着きのない状態になり, 場合によってはADHDと診断されることがある<sup>10)</sup>。虐待を受けた子どもが生きのび, 不安定な感情が強まり制御できなくなっていくと, PTSD, 解離性障害, 気分障害, パニック障害といった不安障害, さらに自傷や自殺関連の問題に発展したり, 物質乱用などの病態, 境界性パーソナリティ障害といったパーソナリティの問題にも進展していく。

### 5. パーソナリティ障害や物質乱用障害

ADHDとパーソナリティ障害では衝動性, 感情の不安定性が共通しているが, 反社会性パーソナリティ障害との鑑別点としては逮捕歴などの反社会的問題行動, 境界性パーソナリティ障害との鑑別点としては頻回な自傷行為や自殺行動がみられ

ることが挙げられる<sup>11)</sup>。児童期における素行の問題の重症度は、受動-攻撃性パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害、反社会性パーソナリティ障害に対するリスクに寄与していた。境界性パーソナリティ障害か反社会性パーソナリティ障害のいずれかが存在することにより、大うつ病性障害と他の重要なパーソナリティ障害のリスクが増加するといわれている<sup>7)</sup>。素行の問題や双極性障害を持ったADHDの青年は、物質使用障害のリスクが相当に高いといわれている<sup>10)</sup>。

#### 6. 統合失調症

統合失調症の特徴は、機能低下と陽性症状、陰性症状を認めることと考えられ、症状も前駆症状、急性期症状、後遺症に分けられる。前駆症状はうつ病性障害、不安障害、ADHDの症状に類似しており、不安、落ちつきのなさ、いらだち、怒り、抑うつ、気分変動、注意集中困難といった症状がみられる。注意集中困難はADHDや統合失調症に共通にみられる症状である<sup>10)</sup>。Stahlbergら<sup>30)</sup>は、ADHDおよび/またはASDの患者241名について、ADHD患者の5%が精神病症状を伴う双極性障害であり、5%が統合失調症、その他の精神病性障害だったと報告している。Elmanら<sup>12)</sup>は、統合失調症(失調症群)と統合失調症とADHDが併存している患者(ADHD併存群)の比較では、児童期にADHDと診断された患者はその年齢で、より明白な発達の問題を持っていたことを報告している。さらにADHD併存群では失調症群と比較して、統合失調症の進行は潜行性あったが抗精神病薬への応答は乏しく、治療の一般的な転帰はよくないことを報告している。

ADHDと精神病症状に関する重要な問題として、ADHDのために処方した薬物(中枢神経刺激薬)が、精神病症状を引き起こすこともあるということは忘れてはならないだろう<sup>10)</sup>。その他に鑑別しなくてはならない医学的問題として、①せん妄、②認知症、③健忘性障害、④外傷性脳損傷、⑤閉塞性睡眠時無呼吸症候群、⑥甲状腺疾患、⑦てんかんなどが挙げられている<sup>10,11)</sup>。

#### IV. おわりに

ADHDやPDDといった発達障害児においては出生直後から養育環境との相互作用を通じて、生来の発達障害の特性およびその特性からなる気質を核とした発展と修飾を加えられ、徐々に個々の発達障害児の恒常性を持ったパーソナリティと呼ぶべき特性が成立していく<sup>19)</sup>。発達障害そのものの特徴は成人になっても残っている一方で、表面に現れる症状は児童期に比べると目立たなくなっている症例は多いと考えられる。気分障害、不安障害、そしてパーソナリティ障害といった疾患の背景にあるADHDといった発達障害は覆い隠され、注意深く観察しないと認めにくいということが起こりえる。通常の治療や支援に反応しにくい場合には、発達障害を疑ってみることが必要になる。成人期ADHDの診断においては、児童期からの症状の連続性と他疾患の鑑別、併存の有無の判断が重要であり、可能な限り児童期からの生育歴の間診が必要になる<sup>21)</sup>。発達障害を疑った場合には、発達障害と関連が深い虐待などのトラウマの問題や気分変動についても縦断的な視点で観察していく必要があるだろう。

#### 文 献

- 1) Adler, L.A., Kunz, M., Chua, H.C. et al.: Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): is ADHD a vulnerability factor? *J. Atten. Disord.*, 8:11-16, 2004.
- 2) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2002.)
- 3) APA (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383>)
- 4) 朝倉新, 松本英夫, 尾中啓枝ほか: Adult AD/HDの臨床的研究—臨床的特徴と診断における問題点を中心に—。児童青年精神医学とその近接領域, 44:1-15, 2003.
- 5) 朝倉新: 思春期から成人期のADHD—診療所に

- おける Adult AD/HD の臨床について— 児童青年精神医学とその近接領域, 52; 406-410, 2011.
- 6) Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. et al.: The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 111; 279-289, 2002.
  - 7) Barkley, R.A.: *Attention-deficit hyperactive disorder*, 3rd ed. The Guilford Press, New York, 2006.
  - 8) Barkley, R.A., Murphy, K.R. and Fischer, M.: *ADHD in Adults*. The Guilford Press, New York, 2008.
  - 9) Biederman, J., Monuteaux, M.C. and Mick, E.: Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol. Med.*, 36; 167-179, 2006.
  - 10) Buitelaar, J.K., Kan, C.C. and Asherson, P.: *ADHD in Adults. Characterization, Diagnosis, and Treatment*. Cambridge University Press, New York, 2011.
  - 11) Culpepper, L. and Mattingly, G.: A practical guide to recognition and diagnosis of ADHD in Adults in the primary care setting. *Postgrad. Med.*, 120; 16-26, 2008.
  - 12) Elman, I., Sigler, M., Kronenberg, J. et al.: Characteristics of patients with schizophrenia successive to childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 35; 280-286, 1998.
  - 13) Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R. et al.: The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am. J. Psychiatry*, 163; 716-723, 2006.
  - 14) Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B. et al.: Oppositional Defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39; 1468-1484, 2000.
  - 15) 宮田善文, 加藤敏: 気分障害と ADHD—双極性 (bipolarity) および発達障害のパダライムに注目して—. *精神科治療学*, 25; 793-802, 2010.
  - 16) 根来秀樹: 落ち着きのない子どもをどのように診る—ADHD を中心に—. 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—. 医学書院, 東京, p.78-87, 2012.
  - 17) 太田豊作, 飯田順三: 診断面接の進め方. 神尾陽子編: 成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル. 医学書院, 東京, p.31-37, 2012.
  - 18) 齊藤万比古, 渡部京太編: 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.
  - 19) 齊藤万比古 (編著): 発達障害が引き起こす二次障害のケアとサポート. 学研, 東京, 2009.
  - 20) Stahlberg, O., Soderstrom, H., Rastam, M. et al.: Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J. Neural. Transm.*, 111; 891-902, 2004.
  - 21) 山田桂吾, 赤間史明, 三上克央ほか: 成人期 ADHD の診断と評価. *臨床精神薬理*, 15; 1821-1829, 2012.

**グループに求めること**  
——児童精神科病棟の子どもの変化からみえてくること——

渡部 京太

【集団精神療法】  
第29巻 2号 (2013年12月10日) 別刷

## シンポジウム

## グループに求めること ——児童精神科病棟の子どもの変化からみえてくること——

渡部 京太\*

## Key words

community meetings, conductors, childhood and adolescence, shadow groups  
コミュニティ・ミーティング、コンダクター、児童・思春期、裏グループ

## 要約

私が病棟というグループに求めていることは、仲間関係で挫折して入院してきた子どもがもう一度「グループを信頼できる」という体験をもてる環境を提供することだと思っている。入院してくる子どもの雰囲気はずいぶんと変わってきている印象がある。以前の子どもの多くは神経症圏の登校拒否児で「学校に行かなければならないけど行けない」という超自我不安に脅かされ、「葛藤」しているように見えた。一方、最近入院してきている子どもは不適切な養育環境で育ち、さらに不登校によって仲間集団の中でもまれるという「葛藤」を経験できていないことから、「欠損」という表現の方がふさわしいのかもしれない。子どもが自分を作る作業には、子どもはグループの中で大人（スタッフ）に見守られながら「からかわれ」、仲間集団でもまれる「葛藤」を体験し、「グループを信頼できる」という感覚を得ることが必要だと思う。

おばあちゃんが、「子どもをからかうと面白いね」って毎日言っていた（細野 2008）。

立場も児童精神科を統括する立場に移りつつあるところであるが、シンポジウムでは病棟ミーティングをはじめとした集団精神療法を通して見えてくる子どもの変化を報告し、「まともなことを言わない」コンダクターの私がどのように子どもに関わっているかを見直してみたいと思う。

## I. はじめに

第30回大会のテーマは「コミュニティと集団精神療法」であるが、この発表は児童精神科病棟というコミュニティからの報告である。そしてシンポジウムのテーマは「グループに何を求めるか」である。私が病棟というグループに求めていることは、仲間関係で挫折して入院してきた子どもがもう一度「グループを信頼できる」という体験をもてる環境を提供することだと思っている。私の

## II. 「グループを信頼できる」ということ

私は学生の時に国府台病院児童精神科病棟を見学を訪ねたことがあった。小学校高学年のトゥレット障害の男児と仲よくなった。中学生の子どもは、男児のチック症状を容赦なくからかってい

What is desired from groups: Understandings from the changes in children from a child and adolescent psychiatric ward

- ・ 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科（〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1）  
Kyota Watanabe, M.D., Ph.D.: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine. 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-8516, Japan

た。男児は私といることで、からかわれることは少なくなったようだった。見学の最終日に男児は「僕も中学生になったら病棟の先輩みたいなことをやってみたい」と話し、倉庫に私を連れて行き、『登校拒否大憲章』を見せてくれた。大憲章は、入院していた子どもが「登校拒否を誇りに思え」など登校拒否児の心意気を示したものだ（大上 1984）。私は、子どもが入れかわっていく病棟において子どもの作った文化が引き継がれていくことを興味深く感じた。私は出身大学の精神科に入局し児童精神医学を志すことにしたのだが、その外来にはファミコンが置いてあり、診療の合間にスタッフや子どもが過ごせる「たまり場」があった。主に不登校状態の神経症と軽度発達障害の子どもがその場を利用し始めた。しばらくすると神経症の子どもがリーダーシップを発揮し、子どもの発案によってさまざまな活動が行われ、自発的な交流の場になっていった。構造が緩やかな「たまり場」であっても子どもの自然な回復力を刺激して、セルフヘルプ的なグループを新たに作り出し、予想以上の大きな効果を生みだすことを経験した。この「たまり場」の経験は私に集団精神療法への興味を呼び起こし、また「グループを信頼できる」という感覚をもたらしたように思う。「グループを信頼できる」ということは、グループに参加しているメンバーひとりひとりを信頼できるという意味ではなく、グループが問題を解決していく力をもっており、そのグループが問題を解決していくというプロセスを信頼できるということである（相田 2006）。

その後、私は国府台病院に勤務するようになり、病棟ミーティングと称したコミュニティ・ミーティングを始めた。児童精神科病棟は小学生高学年から中学生を対象とした開放病棟で、小学校、中学校の病院内学級が併設されている。病棟の子どもの7割は不登校の問題があり、入院しながら病院内学級に通学するという、いわば全寮制の学校のような入院生活を送っている。病棟には、病棟ミーティング以外にもスタッフが参加する構造化されたさまざまな活動集団療法が行われている。

もちろんであるが、スタッフの目が届かないところで子どもが集まる裏グループも存在している。

この数年に限っても入院してくる子どもの雰囲気はずいぶんと変わってきている印象がある。ひとつは子どもの中で不登校であることの葛藤が少なくなってきたということがある。さらに、家族機能が崩壊した家庭で育った子ども、注意欠如・多動性障害（ADHD）や広汎性発達障害（PDD）、境界知能といった軽度発達障害の子ども、長期に及ぶひきこもりのために対人関係のスキルの未熟さが目立つ子どもの入院が増え、入院待機者のために1人あたりの入院日数もずいぶんと短くなってきており、仲間集団を形成することが以前よりも困難になってきていることがある。子どもの変化は、①リーダーシップを発揮し大人（治療スタッフ）に対決を挑むような迫力を持った子どもが減ってきていること、言いかえると素直、従順に見える子どもが増えたと言えるかもしれない、②子どもは大人との交渉のやり方をほとんど知らず、大人から何か言われると「どうせ自分のことをわかってくれない」とすねることはなく、むしろ「何を言っても無駄」と初めから期待はしないというように大人に頼ってこなくなっている、③自分のよいところを見つけだされることをひっそりと待っている子どもが増えてきている、というようにまとめることができるかもしれない。リーダーシップを発揮しスタッフに対決を挑むような迫力を持った子どもが減ってきていて、子どものグループが形成されにくくなり、子どもの自主性だけに任せておけないような状況になってきている。今年度から児童精神科病棟では、①児童ミーティングのやり方を変える、②中学3年男子のミーティングを開始するという新たな試みを始めた。児童ミーティングは、病棟行事の役割を決める、ルールを確認し決めるという目的で、主に子どもが司会をして行われるミーティングである。児童ミーティングはこれまでは月1回行われてきたが、月2回1回30分とし、病棟にその日勤務しているスタッフはなるべく参加し、子どもに話し合いのやり方を教えるように働きかける

ように心がけてもらった。というのは、スタッフの助言がないとなかなか進行していかないのである。そして、児童ミーティングでの話し合いのプロセスや決定したことをホワイトボードに書き残し、病棟ホールに掲示するようにした。中学3年男子ミーティングは、児童精神科医2名が参加し中学3年男子と話し合い、上級生の役割の確認、病棟文化の継承を目的に行われている。

【登校拒否大憲章】を作った子どもの多くは神経症圏の登校拒否児だった。「学校に行かなければならないけど行けない」という強い超自我不安に脅かされ、「葛藤」し悩み入院に至ったと考えられる。一方、最近入院してきている子どもは不適切な養育環境で育ち、さらに不登校によって仲間集団の中でもまれるという「葛藤」を経験できていないことから、「欠損」という表現の方がふさわしいのかもしれない。

### Ⅲ. 病棟ミーティングを通してみえてくる子どもの変化

#### ① 病棟ミーティングの構造

病棟ミーティングは週1度、1回45分の設定で病棟のホールで椅子を円く並べて行っており、45分のうち40分はテーマを特に定めず自由連想的な方式で進め、残り5分は病棟からの連絡事項を伝えるという構成である。椅子の円には入らずに、ホールのソファに座っていて発言する子どももいる。入院している参加可能な患者（基本的に自由参加）、治療スタッフとしてコンダクター（以下、Condと略す）は筆者、臨床心理士2名、児童精神科医師2～3名、当日出勤している看護スタッフ1～2名である。病棟ミーティング終了後に、参加スタッフで15分のレビューを行っている。レビューの時には、その日のミーティングの雰囲気や短い言葉でまとめ、タイトルをつけるようにしている。

#### ② 最近の病棟ミーティングを通してみえてくる子どもの変化

例年、秋になると「子ども vs スタッフ（大人）」のサッカー大会が開催されるのが常であった。今年度はスポーツをする子どもが少なく、サッカー大会の開催が危ぶまれる状況だった。Condがある秋の病棟ミーティングで、「ゲーム大会を許可するから。ゲーム大会で勝った人には賞品も出すから」と懇願してサッカー大会の実施にたどりついた。サッカー大会の結果は、4対0で大人の勝利に終わった。子どもは「卓球大会だったら大人に勝てるかもしれない」と、「子ども vs 大人」の卓球大会を企画しようとしたが、師長は子どもが作成した企画書のあまりの整わなさにあきれ企画書は受理されずに、そのまま開催されることはなかった。筆者は「しょうがない男子だ」と思いながら、否定しているばかりではどうにもならないだろうと思い、中学生男子グループの2学期終了時の打ちあげで行われた焼き肉大会に差し入れをしたり、中学3年男子が企画して行われたゲーム大会の賞品を差し入れしたりした。ゲーム大会の賞品は1位とそれ以外には相当の格差をつけた。ゲーム大会は下級生が優勝し、中学3年男子は「1位の賞品がなんであんなにいいんだ」と話し、筆者は「だったらどうして1位を目指さないのか」と逆につっこみを入れたいくなるような気持ちになった。結局、「ワタナベノミクス：（註：安倍晋三第96代内閣総理大臣が第2次政権で掲げた金融緩和政策の「アベノミクス」とかけた）」はなんの効果もなかった。その後、中学3年男子はだんだんと病棟ミーティングに参加なくなり、加えて中学3年は公立高校入試を前にして早々と単位制や通信制高校への進学を決めていき、退院していった。病棟では、下級生の人数が増え、次第に発言力も増していき、残った中学3年は下級生に注意できず、看護スタッフに「下級生を注意してくれ」と頼みこむ始末だった。普段の病棟は21時の消灯以降も23時まではホールで話をしたり、図書室で勉強することは許可していた。21時以降の

ホールでは中学3年女子のAさんの周囲に下級生男子が集まり楽しそうに話をしていました。Aさんの両親は、父親が母親に暴力をふるい、母親はアルコール症となって、母子が分離できない状態になり、Aさんは長期の不登校となっていた。Aさんはどうせ何をしてしても無駄と院内学級にも登校せず、高校にも行かないと宣言していた。受験を控えたB君、C君などの中学3年男子は、Aさんや下級生男子を苦々しく思っているようだった。

卒業まであと1ヶ月という頃に、仲間集団の中に入れて進路について家族ともめていた中学3年や退院した中学3年のあとに新たに入院してきた子どもが連続して無断離院をすることがあった。その日の病棟医は、「21時消灯」「17時から閉鎖病棟」「勉強したい人のみ夜間の図書室の利用を認める」からなる「非常事態宣言」を発令した。

### ③ 冬のある病棟ミーティング

#### 1) 病棟ミーティング (X回)

「非常事態宣言」直後のミーティングは、筆者は学会のために不在だった。多くの子どもが参加し、その回では病棟ルールの変更が話題になった。中学3年男子が「これまで図書室を使っていなかった下級生が図書室にくるようになってにぎやかになった」と発言すると、下級生男子は「中学3年優先といっても勉強していない」、さらに中学3年男子は「俺たちは学校に行き勉強している。ルールは来年の3年が決めればいい」と発言した。そのような応酬の中で中学2年のW君（不登校）が下級生を代表して、「入院の目標は交友関係を広げることだから、話をするのが大切なので話す場所がほしい。学校に行けなくて悩んで入院してきている。学校に行かなくてはいけないと思っても行けない」と発言し、下級生男子はAさんをかばっているようだった。W君の発言に対して、B君（不登校）は、「ほんとは俺達がいけななきゃいけない。注意できない俺達がいけない」と語った。C君（不登校）は「世の中いろんな人がいるのだから、苦手な人ともつきあい方、折り合いのつけ方を学ぶのも入院していることの意味

だと思う」と語ったが、C君は受験前から軽躁状態で、なんとなく浮ついているように聞こえたという。レビューではX回のタイトルは「中学3年の自覚」となった。

#### 2) 病棟ミーティング (X+1回)

ミーティングの前に、子どもは要望書を師長に手渡した。筆者は師長から「子ども達は病棟ミーティングで話し合いたいようです」と手渡された。Condがミーティングでその要望書を読み上げると、グループの円の外にいた子どもが集まり始めた。Condは読み上げながら、おそらくAさんと中学3年の女子Dさん（不登校）が書いたのだろうと思った（要望書の内容は表1に示した）。Dさんの母親は双極性障害で感情の起伏が激しく、Dさんの誕生のために自分の人生はだいなしになったと感じていて、Dさんの成長には一切手を貸そうとはしなかった。Condは、図書室は23時まで勉強したい人は使用してもいいが中学3年を優先することを明確化し、「非常事態宣言」が発令される前の病棟では何が起こっていたのかを子どもに問いかけ、「中学3年は受験が大変になってきて、下級生が元気になってきてパワーバランスが崩れたのか」と伝えたが、子どもからははっき

表1 子どもが書いた要望書の内容

- ・23時消灯にしてください。
- ・カードゲームをやる時間があるんだったら、勉強でもすれば？（特に受験生）。
- ・受験のために先週から21時から中学3年を優先するのは別にいいんですけど、勉強しているのが2、3人って、どうなんですか？
- ・他の学年を追い出してくせに本当に勉強する気があんのかよ。
- ・そろそろ受験も終わると思うので、下級生も図書館を使ってもいいと思います。
- ・受験が大変なのはわかりますが、下級生の居場所について責め立てすぎではないでしょうか？

Condは「下線つき」はAさん、「下線点線つき」はDさんの発言と感じた。

りした反応は返ってこなかった。さらにCondが「『子ども vs 大人スタッフのサッカー大会』をして雌雄を決し、病棟のルールを元にもどすのはどうか」と提案すると、中学3年男子は「いいねー」、下級生男子は「上手な奴がいるから、今度は大人に勝てるかも」と話し、中学生女子は「なんで男子の対決で決定されるのか?」と不服そうだった。

X+1回のミーティングのレビューでは、中学2年を中心とした下級生が成長してきているのはもちろんであるが、中学3年男子も成長してきているということが話題になった。それは、中学3年男子はCondがいる「表舞台」で発言できる一方、下級生はCondがない「裏舞台」では発言できるもののCondがいる「表舞台」では発言できないということから見てとれた。X+1回のタイトルは「W君 vs W (Condのイニシャル)」となった。

ミーティング終了後、受験のためミーティングに出席できなかったC君が師長に「中学3年がない時にルールを変えるのはおかしい」と話し、臨時のミーティングを開催することを要求した。そして、要望書を書いたと思われるAさんに「学校に行っていないやつに勉強をしていないと言われたくない。男子としゃべっていて、お前は水商売しかできない」と言い、Aさんが泣き出してしまった。師長のとりなしでAさんは泣き止み、翌日に臨時のミーティングが行われることが決まった。

臨時のミーティングでは、Dさんは「お互いにお話しあえばいいのではないか」と話してミーティングをリードし、「中学3年が優先で、お願いされたら譲ったらいい」ということになった。

#### ④ 2回の病棟ミーティングについての考察

中学3年の子どもにとって、進路を決め、卒業・退院していく秋から冬にかけての時期は、不安が強まり煮つまりやすい。ふつうは家族がこうした状況を受けとめるものであるが、入院治療を必要とする子どもではその親の役割の一部をスタッフや子ども同士で引き受けている。子どもは、

「裏グループ」や夜の「裏舞台」での話し合いや活動を通して「グループを信頼できる」という体験を積み重ねて成長してきていることがうかがえた。冬には中学3年の退院が増えたためその存在感がさらに希薄になり、下級生の発言力が増した。新たに子どもがばたばたと入院し、仲間集団に入っていない中学3年や新入院患者が連続して無断離院し、病棟には「非常事態宣言」が発令された。病棟ミーティングでは、Condの「サッカー大会で雌雄を決して病棟のルールを元に戻そう」という「からかい」に、子どもはまんまと乗っかって(正確には乗っからないで)、「裏舞台」で活発に話し合いをしたり、臨時の児童ミーティングを開いたりした。臨時のミーティングでは、リーダーシップを発揮できていなかった中学3年の子どもがリードして図書室使用のルールに折り合いをつけた。X回、X+1回、臨時のミーティングの経過は、このようにまとめられるだろう。

ある研究会に提出した時に、①Condの子どものからかうようなアプローチが特徴的、②かつての病棟ミーティングのCo-Condから「病棟ミーティングが病棟で行われているグループの中心になっている」「病棟ミーティングは「表舞台」で、病棟には主治医の面接やその他にも子どものグループ＝「裏舞台」がいっぱいある」というコメントをもらった。このふたつを軸に考察する。

「からかう」という言葉を辞書でひくと、「①相手が困ったり怒ったりするようなことをしておもしろがる。揶揄(やゆ)する。②負けまいとして張り合う。争う。また、葛藤する。」と書かれている。興味深いのは、「からかう」が「葛藤すること」と関係があるということである。スーパービジョンのために録音おこしをしていると子どもを相手にまともなことをほとんど話していない自分に気づき恥ずかしくなってしまうのだが、子どもを「からかい」、まともなことを言わないCondは、子どもの目にはどのように映るのであるか? 子どもには、お説教されない、価値を押しつけられない、率直な反応が返ってくると感じられるかもしれない。大人から説教されて正論ばか

り言われると、子どもは押しつけられたと感じたり、反発したり、うのみにするということがおこるだろう。「お説教」されないと、子どもは別のやり方を考えるようになるかもしれない。また、子どもは「君の言っていることは正しい・間違っている」という大人の評価には敏感なため、「お説教」されないことで何でも話せる、かっこよく話さなくてもわかってもらえると感じるかもしれない。Condの率直な反応に、子どもは「うざい」「むかつく」「ずるい」と言うことが多いが、子どもは怒られるというおののきを感じてはいないだろう。グループでのCondの「からかい」に、中学3年の子どもが「あいつ (Cond) は、いつもあーなんだよ」と反応すれば、「空気が読めない」と言われているPDDの子どもにも「からかっている」というのは伝わっているようである。このようなやりとりを通して、病棟に長期間入院している子どもや年長の子どもから後輩にCondのミーティングのやり方が伝わっていったのかもしれない。このような形で病棟のグループの文化はできていくと思われる。

## ⑤ まとめ

私が児童精神科病棟というグループに求めていることは、仲間関係で挫折して入院してきた子どもがもう一度「グループを信頼できる」という体験をもてる環境を提供することである。

卒業までのAさん、Dさんの経過についてふれておく。Aさんは、主治医との面接で進路の話について話すことを避けていたが、C君との一件の後は具体的に話せるようになった。女子グループの打ちあげ(筆者はチーズフォンデュを行うために差し入れをすることになった)の後、Aさんから「打ちあげがとても楽しかった」と感謝された。これまでAさんから話しかけられることはなかったのだが、筆者が(すごく楽しかった?)と尋ねるとAさんは涙ぐみながらうなずいた。C君から非難された時にAさんはよく無断離院をしなかったと思うが、おそらく下級生や中学生女子との仲間意識が無断離院せずに病棟に踏みとどまら

せたのではないかと思う。また、Dさんは筆者が入院中の個人精神療法を担当していた。卒業間近の面接でDさんは「何人かの中学3年が退院していった。この先連絡をとらない子もいるなと思った。むなしいと思った。同級生が「病棟は、みんな「家族みたいなもの」だから」と言っていた。私は性格が悪いかもしれないけど、こういうところで生活する人はそういうことを言うのだと思った。でも、外泊から戻ると安心するし、逆に焦りや恐怖もある。「家族みたいなもの」というのは、仲間意識みたいなものかなーと思った」と語った。入院治療を通して、Aさん、そしてDさんは、「家族みたいなもの」「仲間意識みたいなもの」を新たに経験したといえるかもしれない。筆者は、この「家族みたいなもの」「仲間意識みたいなもの」という経験は「グループを信頼できる」という経験をしないと得られないと考えている。

「欠損」状態で育ってきて入院治療を必要とする子どもには、①安心できる暖かみのある環境を提供し、子どもの中にすでにある健康な部分ややさしい部分を育てる、②一貫性のある大人が持続的に関わり、養育の不十分さのために学習していないこと、例えば家族、社会、生き物、世界についての現実的な知識の獲得を援助する、といった「欠損」を補うマネジメントが必要になる。さらに、子どもが自分を作る作業には、子どもはグループの中で大人(スタッフ)に見守られながら「からかわれ」、仲間集団でもまれる「葛藤」を体験し、「グループを信頼できる」という感覚を得ることが必要だと思う。

## 謝辞

スーパーバイザーとしてご指導いただいている鈴木純一先生に深く感謝申し上げます。また、本稿は2012年11月に東京で開催された小寺グループ理論セミナーに提出したケースを基にしました。討論していただいた先生方に感謝申し上げます。