

多動児—AD/HD で何がわかったか

講師：杉山信作
(広島市児童療育指導センター センター長)

みなさん、こんにちは。日曜日の暑い一日、長い研修ご苦労様です。私は長年、広島市愛育園というところで、情緒障害の子どもたちの臨床に携わってまいりました。この数年は発達障害の子どもたちの臨床にも責任を負うことになり、週一日は3歳の子どもたちと遊ぶという、そんな仕事をしております。臨床の最前線と大学とか教育や研究の場をつなぐことができれば私の責めも果たせるかと思いながらやってまいりました。

では、私が頂戴しましたテーマですが、落ち着きのない子、あるいは、まとまりのない子、がさつな子どもということでお話をします。その中の一部の子どもたちが ADHD と言われるカテゴリーに入るわけですが、今日は、そういった子どもたちの状況とか、成人像をお伝えして、それからこの問題をどのように考えたらいいんだろうとか、この議論は100年来続いておりまして、少し振り返ながらお話したいと思います。

ADHD に近い言葉として出てきましたのが80年のDSMのⅢにおけるA. D. D. という概念です。その時にですね、落ち着きのなさ、あるいは気の散りやすさといったことを考えるときに、生得的にその子がもって生まれた自然として認めるべきものと、それから内外の環境つまり脳の条件や対人関係に重点をおく、そういう病理に根ざす、なんらかの訳のあるものをまずは整理しております。で、今日は訳のあるものが話題になるわけですが、訳のあるものの中にも、不安性駆動 anxiety driveness と器質性駆動 organic driveness を見分けることが大切になってくるかと思えます。注意の転導性が当初は注目されてきました。

気が散りやすく、じっとしてられない、落ち着きのない子

- 自然なものとのワケのあるもの
 - ◆ 気質特性(生来性の個性)のいろいろ
 - ◆ 子どもは白紙で生まれてくるわけではない
 - ◆ Difficult Child・Slow Starter・Easy Child
- 不安性駆動と器質性駆動
 - ◆ 対人関係Anxietyにもとづくもの
 - ◆ 脳の生理的な働きに根ざすもの
- 刺激との結合度：転導性と固執性

図1

図1のように図を選別する、そして地からの刺激をフィードバックし抑制するという機能がうまくいっていないところを私なりに絵にしてみました。刺激との結合度という意味においてはいずれも非常に強い刺激結合性を持っているわけですが、1つのものから注意が離せない、そういうものが固執性になるだろうかと思います。転導性と固執性は同居することもあるかと思います。1980年に登場しましたDSM-IIIの中で、図1のように、不安に操られる落ち着きのなさに対して、poorly organizedと書いてありますが、not goal-directed ということ志向性、あるいは何かを実行するためのまとまりのなさ、そういったニュアンスをオーガニックな多動性として区別しています。これは養護施設なんかでよくお目にかかる、ネグレクトiddyな子どもたちの示す人懐っこさとか無差別的な愛着やしがみつくとは別のもので、そういったニュアンスの落ち着きのなさを関与しながら自らの反応から見分けなければなりません。そういう対人関係の文脈からは理解しにくいものを一応分けて、ここに注目してA. D. D. という概念が提出されました。

で振り返ってみますと、今でこそ耳慣れたものにはなってきたんですけども、この概念は目まぐるしく変遷を重ねております。DSM-III-Rが87年に出され、そこでADHDと修正されています。94年のDSM-IVではAD/HD、ここand/orが変っています。さらに、ADに注目した一群がおそらく、近々、分離されるのではないかと、そんな雰囲気がございます。A. D. D. の当時、この問題を“のび太・ジャイアン症候群”(司馬理英子)、子どもたちのあの漫画になぞらえて賞用されたんですけど、当時すでに、のび太君、いじめっ子ジャイアン(多動・衝動)から常に逃げ回わり、ドラえもんのを助けを借りないとやっていけない、“のび太君”タイプの注意機能障害が示唆されています。というように、この概念は事象の一部を切り出すのみで、今後もなお変遷を続けるものと思われる。

当初は多動性で注目しておりましたが、やがて注意転導性に目が行き、そして抑制欠如とか企画調整の困難ということから、実行記憶の障害もしくは実行機能の障害といった説明がされるようになりました。いずれもこれは説明のための概念で、現象面の記述に神経心理学的説明概念を駆使し、解釈が加えられるようになってきました。これは、60年代に一度MBDというボーダーライン、もしくは移行概念として、障害の連続性上に定位され、完成された概念であろうと思います。つまり知的障害、脳性麻痺、てんかん、自閉症といったものとの連続体の中間に、移行形として認識されております。それに対して、学習障害とか協調運動のぎこちなさ、LDとかCDといった問題を分離しましてこの概念が出てきております。ただ、AD/HDというのはアメリカのDSMの考えでして、世界的には、WHOのICDは多動性障害という言葉で、この問題を分類しております。

当初、A. D. D. は行為障害とか不安障害と並ぶ形で分類されています。そして、多動性のあるものとなないものに区別されています。それから、DSM-III-Rでは、その上位概念にDisruptive Behavior Disorderを置き、そのもとにADHDがあり、Conduct DisorderとODD(反抗・挑戦的障害; 腕白小学生のために作られたような用語ですが、それにしても凄いな言葉ですね)と並列的に包含されています。DSM-IVになりましてDisruptive Behavior Disorderという概念の中にAD/HDをうまく分類しきれなくなり、AD&DBD(注意欠陥および破壊的行動障害)、これも凄いな言葉ですね。このなかに行為障害(非行)それからODDが仲良く並んでいます。AD/HDという言葉が広まっているのはアメリカと日本ではないかと思えます。

ADHDの子どもさんに会われたことがあり、おおよそのことはもうご承知ということでお話させていただいておりますが、DSM-IVにはAD/HDというためにはいくつかの約束事がありまして、操作診断というんですけど、どこどこに何項目以上該当する症状があればそういうことができるという取り決めがあります。そう決めることには最小限、共通言語という意義がある。私の言うADHDとあなたの言うADHDの対象の一致性は随分上がってきます。しかし、診断としてはどうでしょう。チェック数の6つと7つの差、6つと5つの差ということは非常に恣意的であります。項目の重みも項目への該当度もどうみても恣意的です。そういう意味では症状限界はやはりまだまだ曖昧であると思えます。それからPDD(広汎性発達障害)とか統合失調症(分裂病)を除外

する約束になっておりますが疑問が残ります。ICDでは知的障害に伴う多動性といったものも挙げてありますけれども、それも除外されています。無理して症候単位に分けるものですから、随伴性の障害が数多く出てくるというのがAD/HDの概念化の結果、限界であろうかと思えます。

中枢神経系に何かあるらしいということについては、かなりの証拠が挙げられております。MRIによる計測とか、放射性的同位元素を使い、体への侵襲のない形で、脳の代謝活性を画像化するということがさかんに行われているんですが、どうやら右大脳基底核や小脳虫部と右脳の前頭葉から前頭前野あたりの神経回路の機能に何かあるのではないかということが言われております。それから、家族研究もずいぶん進んでおりまして、遺伝性ですけれども一卵性双生児での一致率が50-80%くらい、それから、親にADHDがある場合、57%の子どもに浸透性が認められています。子どもにADHDがある場合、母親に15-20%、父親に25-30%くらいADHDが認められます。

現象を捉え計測するという点ではかなり精緻になってきたと思えます。そしてそれに対するいろいろなセオリーが提出され、この100年でかなり確かな仮説になってきたと思えます。しかしながら、個人差なのか、その病理性や過程性は未だはっきりしておりません。当初いわれたほど、自然軽快はなくて、思春期・青年期と接合する知見はまだ少ないんですけど、いろんな障害が残っておりまして、お薬の継続が望まれるケースも少なくないと言われはじめております。しかし、色々な文献に当たってみまして、研究者によるバイアスがあまりにも大きくなって、その研究者の所属する場の特性もあろうかと思えます。サンプリングの偏りもあり、数字の幅やバラツキに今一つ信じきれないといったところがあります。確かに障害ではあるけれども、それはバリエーション(個性差)ではないだろうかという気もします。中にはけが人が出るほどの激しい衝動性・攻撃性の子どももいます。症状の程度はいろいろですけども、本当にそれが疾患として単位をなすのであろうかということはまだ議論の途上であるかと思えます。DSMとかICDの分類にああいった形で載りますと、自明のようにいわれるところがあり、いささか気になるところです。

ADHDの青年期・成人像

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 残存 30~80% (青年期>成人期) ■ 改善 30% 増悪群 10~30% ■ 成人 (運転免許更新時)の有病率
=4.7% (HD=2.5, AD=1.3, MX=0.9)
(Barkley) ■ へんてこな贈り物、片づけられない女たち ■ 反社会行動 25~48% <ul style="list-style-type: none"> ◆ 警官や法廷 18(5)% ◆ 身体的加害 20(5) (対照群) ■ 交通事故 (自動車事故が有意に多い) <ul style="list-style-type: none"> ◆ 免許の停止~取り消し 42(20)% ◆ 轢き逃げへの巻き込まれ 14(2) ■ 薬物嗜癖(乱用) 12~32% ■ 外在化障害→ODD→反社会性人格障害
20~25% | <ul style="list-style-type: none"> ■ 留年・退学・学業不振・転居・転職・衝動買い・ギャンブル ■ 好奇心・旺盛なチャレンジ・斬新な発想・疲れを知らないバイタリティ ■ パートナーとの関係こじれやすい、75%に
対人関係の問題 ■ 子育ての困難 (子どもがADHDだと更に) ■ 子どもの時から失敗続き、意気消沈、自己評価が低い、不機嫌、易怒的、感情混乱しやすい ■ 内在化障害→気分障害・不安障害・回避性人格障害・依存性人格障害・境界性人格障害 ■ 予後因子：IQ、重症度、併存障害
：家族成因の情緒的安定度
×子どもの攻撃性 |
|---|--|

図2

成人像ですが、3割から8割くらいは、青年期にも問題を残し、約3分の1は改善を得ているというデータがあります。それから、ある運転免許センターでの資料によりますと、免許更新時の成人のこの問題の有病率は4.7%とされており、そもそもADHDは3~5%くらい、新しい研究のなかには3~7%という数字も見られ、ものすごい数字になっています。それから、警察や法廷のやっかいになる人が18%、身体的な加害者になってしまうケースが20%くらいあり、対象群に比べ有意に多いという報告もあります。あるいは、事故も非常に多い。免許停止とか取り消しが42%。それから事故にもあいやすい。ひき逃げに巻き込まれる率は対象群の7倍で14%。それから、薬物乱用に至るのが30%くらいという文献もあります。よい方向にいけば、非常に好奇心旺盛なチャレンジ精神、斬新な発想、疲れを知らないバイタリティということになりますが、うまくいかないときには留年とか、転職・転居、パートナーとの関係のこじれなど、自分の個性を十分に生かせない。そして夫婦関係、友人関係の困難に加えて、子育ての困難。ましてやそのこどもにADHDが現れると大変なことになります。長年の失敗続きで、自己評価が低く、感情的に混乱しやすいということで、内在化群は色々な情緒障害を抱えるということになるようです。

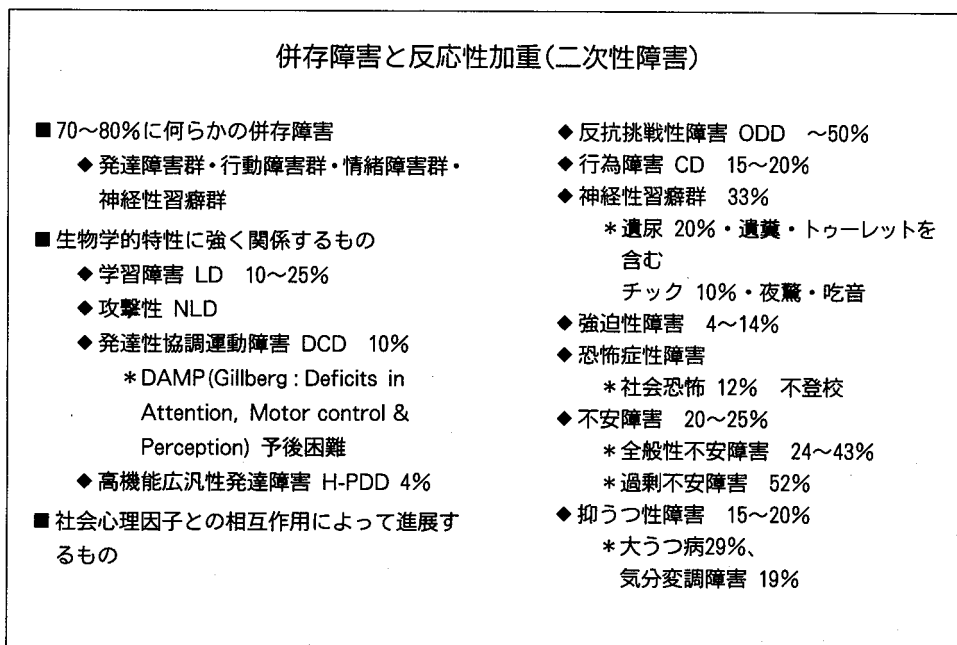


図3

欧米のデータでは、ODDを通して外在化障害に発展していくケースが非常にたくさん報告されていますが、これもサンプリングの偏りがあるかも知れません。内在化群の中には色々な問題を併存しているケースが沢山あるということが分かってきております。学習障害が25%。先ほどの柴先生のクリニックではアスペルガー-ばつかりなってしまうたまにはADHDを診たいといったことを学会でおっしゃっていましたが、実はPDDやMRによるものが意外に多く、また、残ってゆくのではないかと思います。チックとか神経性習癖群が3分の1。それから外国の文献ではうつが非常に多いんですけど、日本ではそれほどでもありません。一方、強迫性障害が日本では非常に多いけど、外国の文献ではあまりみられません。心理臨床の対象として援助を求めて来られる方の中には、こういったADHDやHF-PDDの問題が併存する率は高いのではないのでしょうか。一番話したかったの

はこの辺なんです、もう時間がきてしまいました。

多動性とか転導性が環境を荒らし、その環境の悪化がさらに主体を荒ませる。主体と環境の関係がますます悪化し、まずい循環を繰り返して行って、問題や障害を引き起こす。この悪循環をたつということが ADHD の臨床の治療の中では非常に大切なテーマになると思います。ADHD そのものは、多くは、元気な坊やねで済むケースなんです、彼らの自己像がだんだんと荒んでいかにように長期的に見守っていくことが重要なんじゃないかと思ひます。

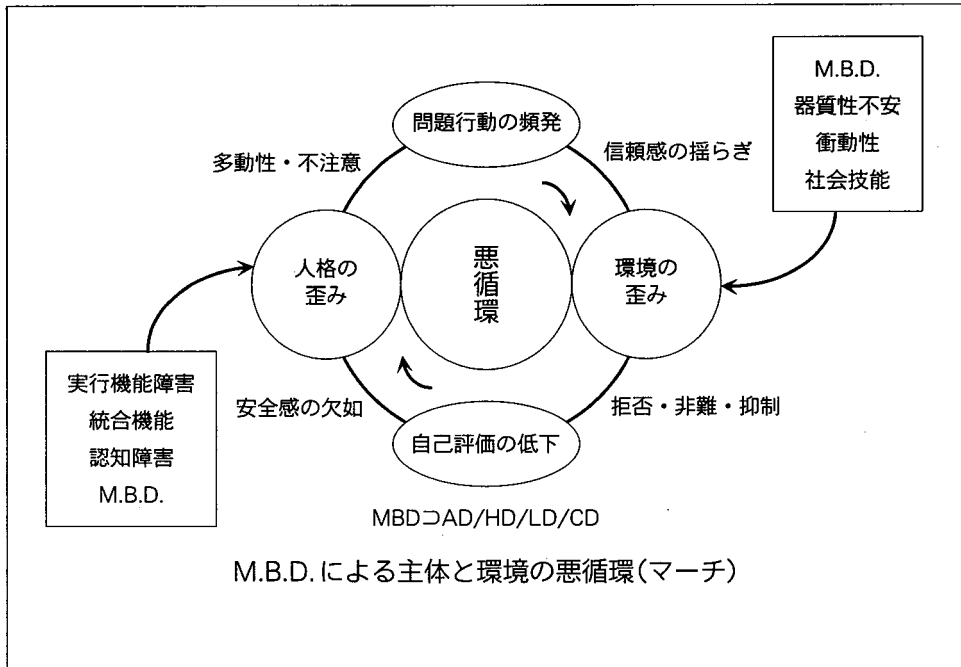


図4

それを図示(図4)すると、パーソナリティを歪めることのないようにすることです。非常に騒々しいし、近寄ってくると避けたいようなことを繰り返して叱られ、環境を歪め、そしてそれがセルフ・エスティームを貶め、さらにまた問題行動になってゆく。そして、その問題行動に対して干渉し歪みをつのらせるといった悪循環を断ってあげるのが心理臨床の大切な仕事になると思います。よい体験の蓄積、セルフ・イメージの修復のための色々な工夫が必要になります。目前の対応、これは飛ばしますが、苦手なところを補って伸ばしていくということです。大事なのはしっかり誉めることで、なまじの誉め方ではなく、全身で誉めるということが大事かと思ひます。トークンエコノミーとかごほうびの上手な利用、レスポンス・コスト、イエローカードの利用などそういったものと組み合わせながら、やっていくことです。もともとそんなに複雑な機軸の拗れがあるわけはありません。ただ、我々のもとには、その発展を容易にはくいとめられなかったケースが残りました。反応過程があることは確かですが、これらを本当に二次障害と言ってよいのか、併存障害としておいた方がよいのか、まだよくわかりません。早期発見や予防という短絡にも疑問があります。それから、今日はお薬の話はしませんが、ある種の精神刺激剤や抗うつ剤が効きます。それを上手に利用していくということと、ゆっくり子どもの問題を理解し、見守ることが大切だろうかと思ひます。私からの話題の提供は以上です。ありがとうございました。