

ADHD(注意欠陥／多動性障害)の臨床心理 -概要-

鶴田 一郎

(広島国際大学心理科学部臨床心理学科)

【要旨】 通常学校(小学校・中学校・高等学校)の現場の教師と話していて、最近、例外なく話題に上るのが、発達障害のある児童・生徒についてである。その教師たちは、筆者に臨床心理学の視点からの専門的アドバイスを求めてくる。そのニーズに応えることが本稿の目的の一つである。

発達障害は、大きく知的障害のグループと自閉症を中核とするグループに分けられる。後者の自閉症を中核とするグループの3/4は知的障害を伴うタイプである。これを単に「自閉症」と呼んだり、提唱者の名前を付けてカナー型自閉症と呼ぶ。一方、自閉症を中核とするグループの残りの1/4は知的障害を伴わない或は軽い知的障害があるタイプである。知的障害を伴うタイプの発達障害児は、通常、特別支援学校(知的障害)や通常学校の特殊学級(固定式)に所属しているため、一般の教師が担当になることは少ないが、通常学校の通常学級や小中の特殊学級(通級式)の担任で問題となるのは、知的障害を伴わない或は軽い知的障害がある発達障害児である。具体的には、アスペルガー症候群、高機能自閉症、LD(学習障害)、ADHD(注意欠陥／多動性障害)などである。

この内、本稿では、ADHD(注意欠陥／多動性障害)を扱った。その際、今回は初回につき、全体のイントロダクションとして、ADHDの概要について次の順に述べた。すなわち、Ⅰ. ADHDの言葉の意味、Ⅱ. ADHDの原因・出現率・経過・予後、Ⅲ. ADHDの「3つの中核的障害」と「二次的障害」、Ⅳ. ADHD児者のライフステージ、である。その結果、児童・生徒、個人々への発達の視点の重要性は言うまでもなく、更に学校・家庭・地域社会など、いわゆるADHDの児童・生徒を取り巻く「環境」と、当該児童・生徒の相互作用(adjustment)に焦点を当てる重要性、特に二次的障害への対応の重要性が再認識された。

はじめに—問題の所在—

通常学校(小学校・中学校・高等学校)の現場の教師と話していて、最近、例外なく話題に上るのが、発達障害のある児童・生徒のことについてである。それらの教師の人たちは、筆者に臨床心理学の視点からの専門的アドバイスを求めてくる。それをまとめると、①学校での支援の方法、②家庭への支援の方法、③家庭と学校の連携について、④学校外での支援について、になる。

発達障害は、大きく知的障害のグループと自閉症を中核とするグループに分けられる。後者の自閉症を中核とするグループの3/4は知的障害を伴うタイプである。これを単に「自閉症」と呼んだり、提唱者の名前を付けてカナー型自閉症と呼ぶ。一方、自閉症を中核とするグループの残りの1/4は知的障害を伴わない或は軽い知的障害があるタイプである。知的障害を伴うタイプの発達障害児は、通常、特別支援学校(知的障害)や通常学校の特殊学級(固定式)に所属しているため、一般の教師が担当になることは少ないが、通常学校の通常学級や小中の特殊学級(通級式)の担任で問題と

なるのは、知的障害を伴わない或は軽い知的障害がある発達障害児である。具体的には、アスペルガー症候群、高機能自閉症、LD(学習障害)、ADHD(注意欠陥/多動性障害)などである。

この内、本稿では、ADHD(注意欠陥/多動性障害)を扱う。その際、現場の教師のニーズから、①学校での支援の方法、②家庭への支援の方法、③家庭と学校の連携、④学校外での支援、について順次検討していく予定であるが、紙幅の関係から、一回に一テーマずつ進んでいく。但し、今回は初回につき、全体のイントロダクションとして、ADHDの概要について次の順に述べる。すなわち、I. ADHDの言葉の意味、II. ADHDの原因・出現率・経過・予後、III. ADHDの「3つの中核的障害」と「二次的障害」、IV. ADHD児者のライフステージ、である。

I. ADHDの言葉の意味

ADHD(注意欠陥/多動性障害)は次の言葉の頭文字をとったものである。すなわち、A=Attention(注意)、D=Deficit(欠陥)、H=Hyperactivity(多動性)、D=Disorder(障害)である。

細かく言えば、Attentionは「注意を向ける」という意味である。Deficitは「欠損、不足」という意味である。要するにAttention Deficitで注意力が不足している状態を指している。よく誤解されることだが、「注意欠陥」と言うと、注意力が欠如していると思われがちであるが、正確には「注意力が低下している状態」「不注意なこと」を指している。

次にHyperactivityだが、Hyperは「超過、過度に、非常な」という意味で、activityは「活動、活動性」という意味なので、合わせて「多動性」ということになる。

最後にDisorderだが、障害と日本語に翻訳されている言葉はたくさんあるけれども、Disorderは、Disは「反対の、逆の」という意味であるので、order(要求)に応えられていない状態、つまり心身の機能が何らかの原因によって不調に陥っているという意味である。

またDisorderには、「一時的な」「部分的な」というニュアンスも含まれている。したがって、ADHDは障害の程度が進まない、悪くならないという意味で「非進行性」であり、また障害は「注意力」と「多動性」という限定された部分に現れるということで、発達障害(Developmental Disorder)の分類では「発達の部分的障害」というカテゴリーに入れられているのである。

参考として、この節の最後に、アメリカ精神医学会が出している『DSM-IV(精神疾患の分類と診断の手引き 第4版)』(1995)によるADHDの診断基準を列挙しておく。

■ 注意欠陥/多動性障害 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

A. (1)か(2)のどちらか：

- (1) 以下の不注意の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6ヵ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの：

不注意

- (a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす。
- (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。

- (c) 直接話しかけられた時にしばしば聞いていないように見える。
 - (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない(反抗的な行動または指示を理解できないためではなく)。
 - (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
 - (f) (学業や宿題のような)精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
 - (g) (例えばおもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など)課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
 - (h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
 - (i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。
- (2) 以下の**多動性—衝動性**の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6ヵ月以上持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない。

多動性

- (a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。
- (j) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- (k) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高いところに上ったりする(青年または成人では落着かない感じの自覚のみに限られるかも知れない)。
- (l) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- (m) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。
- (n) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

- (g) しばしば質問が終わる前にだし抜けに答えてしまう。
- (h) しばしば順番を待つことが困難である。
- (i) しばしば他人を妨害し、邪魔する(例えば、会話やゲームに干渉する)。

- B. 多動性—衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こしている。
- C. これらの症状による障害が2つ以上の状況において(例えば、学校[または仕事]と家庭)に存在する。
- D. 社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい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。
- E. その症状は広汎性発達障害、精神分裂病(統合失調症)、またはその他の精神病的障害の経過中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、または人格障害)ではうまく説明されない。

II. ADHDの原因・出現率・経過・予後

① 原因

ADHDの原因は、はっきりしていない。特に医学的には「原因不明」とされているが、次の5つの要因説がある(作田 2000)。

(a)遺伝学的要因説

双子の研究によると、その発達の過程において、遺伝的要素が強いとされる一卵性双生児の方が、環境的要因が強いとされる二卵性双生児よりも、ADHDの一致率が高いことがわかっている。

また、ADHD児をきょうだいにもつ子どもが、ADHDをもつ危険性は、一般集団の2倍とする報告もある。さらに、きょうだい二人がADHDである場合、一方が主に多動の障害をもっていると、他方は主に注意の障害をもっていることがある。

(b)脳損傷説

ADHDの子どもの一部は胎生期に中枢神経系(Central Nervous System : CNS)に微細なわずかな脳損傷を受けているのではないかと長い間推測されてきた。しかし、ADHDの子どもの大半は、このCNSに顕著な構造上の欠陥をもっていない。したがって、CNSの構造(しくみ)の問題ではなく、機能(はたらき)の問題と考えられている。

そして特にCNSの高次機能の障害ではないかと言われている。高次機能とは、単純な反射・感覚・運動などと区別される時に使われる言葉で、思考・言語・学習・認識・企画・記憶・意志など、人間の精神活動に携わる大脳のはたらきを指す。

(c)神経化学的要因説

脳は臓器であると共に高度で精密な一つのシステムと言われている。そのシステムの活動を円滑に進めるはたらきをもつのが、神経伝達物質と呼ばれるものである。神経伝達物質は、神経細胞(ニューロン)から神経細胞(ニューロン)へと情報の橋渡しをしていく。神経伝達物質は様々なものがあるが、ADHDと特に関係する神経伝達物質はドーパミンである。ドーパミンは大脳の中の一定の領域に分布するニューロンから分泌され、特に認知(cognition)や行動(behavior)や情動(emotion)にかかわるニューロンのはたらきを調節する。

認知とは、例えば目の前に「リンゴ」があったとする。まず、それぞれ個別の「感覚」(sensation)で、赤い(視覚)、叩くとポンポンと音がする(聴覚)、よい香りがする(嗅覚)、触るとすべすべしている(触覚)、食べると甘酸っぱくて美味しい(味覚)と捉える。次に、その「感覚」をまとめて「赤くて、叩くとポンポンと音がして、よい香りがして、触るとすべすべし、食べると甘酸っぱくて美味しい」とすれば、それを「知覚」(perception)と呼ぶ。そして更に知覚の総合と経験によって判断して「目の前にあるのはリンゴだ」とわかることを「認知」と呼ぶのである。

また情動とは、ある行動を起こす原因となった強い感情のことを指す。例えば、怒りの感情のあまり人を殴ってしまった、深い悲しみのために声も出せず咽び泣くといった場合の「怒りの感情」「深い悲しみ」を指す。

話を元に戻す。ADHDの場合、上述のドーパミンが少なくなると、注意力や集中力が低下する、不注意などの症状が現れてくると考えられている(宮尾 2000)。ただし、この説が決定的なものとは

証明されていない。

(d)神経生理学的要因説

脳の成熟が遅れ、一時的に ADHD の症状が現れてくる子どももいるという説である。

(e)心理社会的要因説

精神的ストレスとなる出来事や家庭内の不安定さ、その他の不安を引き起こすような要因は、ADHD を発症させたり、永続させるとする説である。例えば、小児虐待などにより、非常に劣悪な養育環境におかれた子どもたちの中に ADHD を発症する子どもたちがいることが知られている。

② 出現率

研究により数値が異なるが、おおよそ 3~7%程度の出現率と言われている。男女比で言うと、4:1~9:1 で、圧倒的に男子(男性)に多い。わかりやすく表現すると、出現率を 5%とすれば、ある小学校のそれぞれの学年、それぞれのクラスに 40 人児童がいたとして、各クラスに 2 人の ADHD 児がいる計算になる。各学年 3 クラスとして小学校全体で、2 人/クラス×3 クラス/学年×6 学年で=36 人/校の ADHD 児がいることになる。これはもちろん計算上のことなので、地域や学校によってばらつきがあるとは思いますが、かなりの数の ADHD 児が存在するということを理解してもらいたいと思う。また、現在の日本国民の数を約 1 億 4 千万人とすれば、全国で大人も含めて ADHD の人の数が約 700 万人と計算することもできる。

③ 経過・予後

臨床心理士の活動を続けていると、ADHD を疑われるお子さんが最初に親御さんに連れられて相談に見えるのは、大まかに次の二つの時期である。

一つは 3,4 歳の頃で、主に言葉の遅れの相談として来談される場合である。もう一つは小学校入学後で、学級での落ち着きのなさ、集団行動が取れないなどの理由によって来談される場合である。

いずれにせよ早期に ADHD が発見されれば、その分早く援助や治療が進められ、その効果も大きいと思われる。そのような条件のもとでの経過と予後を書いてみたいと思う。ただしこれは一般的にということで、すべての ADHD 児者が、この道をたどるということではない。

まず多動性についてだが、イスに座っておられず、そこら中を動き回るというタイプの多動はかなり早くに軽快する。小学校高学年や中学校においては、ほとんど気にならなくなる。

一方、注意力や集中力の低下、注意散漫についてはかなり長く続くか、あるいは最後まで残ることが多いようである。全般に症状が軽快するのは中学校入学後ぐらいからと言われている。

この症状が軽快すると、思春期・青年期・成人期の生活は実り多いものになり、対人関係の面でも難が少なくなる。しかし、ADHD の人の大半は部分的な軽快に留まり、生活上の困難をかなり抱えてしまうケースも少なくない。また、学習面での問題は、軽快後も継続することが多いと言われている。

ADHD 児者の 15~20%では、ADHD の症状は成人まで残ると言われている。その場合は、多動性の方は緩和されるが、衝動性と事故多発傾向は継続される。学校卒業後の就職・職歴に関しては、

同等の教育を受けた健常者とはほぼ変わらない。ただし、青年期まで症状が残る人は問題行動を起こす危険性が高いとも言われている。早期発見・早期援助を強調する意味は、ここにもある。

大きく言って、ADHD 児者の将来は、本人の不応行動が持続する程度と、家族の安定の度合いによって決まってくると言われている。ADHD 児者の望ましい予後は、早期発見・早期援助を基本として、ADHD 児者の問題行動の改善と、それを受容的に受け止め、共に生きようとする家族のありかたによるのである。

Ⅲ. ADHD の「3つの中核的障害」と「二次的障害」

① ADHD の「3つの中核的障害」

(a)不注意(注意力の障害)

ADHD の3つの特徴、3つの中核的障害の第一は「不注意」ということである。これは端的に言えば、一つの事柄に注意が集中できない、気が散りやすいということである。ただし、自分が興味のあるもの、例えばテレビゲームなどには、ある程度集中できるお子さんもいる。

(b)多動性

ADHD の中核的障害の第二は「多動性」ということだが、これには二つのことを含む。

一つは「多動性」(hyperkinesis)だが、kinesis とは身体を動かす動作を現すので、例えばイスにじっと座ってられないで動き回る、教室を出てしまうなどのことを指す。これは小学校高学年から中学生くらいになると、かなり軽快すると言われている。

一方、もう一つは「多活動性」(hyperactivity)だが、これは身体の部分が細かく動くことを指す。例えば、イスには座っているが、手や足や身体のどこかがいつもモソモソ動いていて、外から見るとソワソワしているように見えることである。こちらの方は、かなりの間、成人になっても残っていくと言われている。

(c)衝動性

中核的障害の第三は「衝動性」である。これは考えないで行動してしまう、考える前に、あるいは考えた瞬間には、もう身体が動いているということである。この「衝動性」という障害のため、例えば学校の外へ飛び出していき、交通事故に遭うといった危険性がある。

② ADHD の「二次的障害」

二次的障害とは、中核的障害に対して有効な援助が行われない場合に起こってくる障害のことを指す。例えば「自尊心の低さからくる行動」「反抗」「社会的不器用さ」などである。なぜこのようなことが「二次的に」起こってくるかという点、ADHD 児者の知的レベルが概ね通常か境界上に保たれており、自分の置かれている状況がかなり理解できるからである。

しかし、トラブルが起きたり、周りの人に怒られる体験が続くと、「自分はだめな子(人)なんじゃないか」という「自尊心の低下」が起こってくる。そのような自尊心の低さから起こってくる行動としては、例えば、すぐに投げ出す・褒められても喜ばない・嘘をつく・おどける・学校を嫌がる・宿題を嫌がる・テレビ中毒・他者への攻撃などが考えられる。

これらと関連して、さらに「反抗」として、癩癩・短気・怒りっぽい・悪口・他人のせいにする・妨害・挑発的な行動・意地悪・執念深いなどの行動になってしまう場合もある。

また自尊心の低下は「社会的不器用さ」に関係し、友人関係がうまく保てない・孤立・いじめの対象になる場合もある。ADHD の子どもに対する「環境調整の必要性」が叫ばれる所以である。

例えば、教室の一番前に座らせるというのは学級での環境調整の一つである。なぜなら、逆に、一番後ろだと、それより前、つまり教室の後ろから先生が立っている黒板までの全景が視線に入ってきて、過剰に感覚刺激を受けてしまう ADHD の子どもにとって苦痛以外の何ものでもないからである。このような ADHD でも許容される環境作りの視点は教育的支援を考える上で最も重要なことの一つである。

IV. ADHD 児者のライフステージ

これもあくまでも一般論としてではあるが、ADHD 児者は生涯を通じて以下のようなライフステージを辿ると言われている(森永 2000、宮尾 2000、田中 2001)。

① 乳児期(0 歳～2 歳くらい)

乳児期に ADHD を特定することは大変難しいと言われているが、将来の ADHD につながる乳児が存在することは知られている。

このような乳児の中には睡眠障害をもっている子どもがおり、睡眠が浅い、睡眠時間が短い、昼夜の逆転などが見られる。しかし、その一方で、運動発達は良く、10 ヶ月以前に歩く子どももおり、寝返りも早く、這わずに歩く乳児もいる。また、情緒面では、気難しく、よく泣き、なだめることが難しく、癩癩をよく起こしたり、抱っこを嫌がることもある。一方、乳児期は睡眠も問題なく育てやすかったが、歩き始めると同時に動きが激しくなる子どもがいる。また、対人関係が希薄であったり、人見知りをしない子どももいる。

保健所などで行われる 1 歳 6 ヶ月の乳児健診では、知的には何も問題がないのに、極端な多動や不注意の状態を示すお子さんがいる。その時の一つの指標として、「お母さんと視線があうかどうか」ということを観察したりする。この段階のお子さんでは、お母さん以外の人と必ずしも視線が合わなくても、大きな問題はないが、お母さんと視線が合わないということは、母子関係に何らかの問題があるということである。安定した母子関係は、その後の対人関係に大きな影響をもつので、一つの指標とされるのであるが、言うまでもなく、お母さんその人に養育上の落ち度があるわけではない。

② 幼児期(2 歳くらい～5 歳)

幼児期に入ると、動きは更に激しくなり、絶えず動き回り、その動きは外から見ていると、目的がないようであり、かつこちら側が予測のつかない動きをする。幼児期は、言葉を話し始める時期が遅いなど、親御さんが言葉の発達に特に関心を向ける時期であり、運動発達に比べて言葉の理解が不十分であるし、言葉の数も増えず、まとまった文章としては話すことができないなどに注意が向けられることが多い。また、情緒面には、感情の不安定さが目立ち、我慢がなく、こだわり、我

が強いように見える。したがって、相談にはじめて来談される時の相談内容は、まず言葉の遅れと落ち着きのなさである場合が多い。

このような子どもたちの中には、明らかに認知能力にバランスを欠いた幼児がいるし、それが落ち着きの無さと重なっているケースが見られる。この年齢までには、親御さんにとって、お子さんの落ち着きの無さが、現実の生活の中で困る問題となっているので、認知能力の偏り、言葉の問題、対人関係などの問題が具体的になっていく。

一方、そのようなわが子の状態を徐々に受け容れていかれる準備が始まる時期でもある。親御さんにとっては、活発で元気の良い子どもと思っていたのに、はさみが使えない、箸がもてない、スキップができないなどの問題に遭遇して、相談機関を訪れる方も多いのが幼児期以降と言える。特に、3歳児健診で、そのことを指摘されるケースもある。

この時期に大切なのは、親御さん、主としてお母さんとの1対1のかかわりである。時には抱きしめたり、向かい合ったりして、子どもに「この人は自分の母親なのだ」と十分に認識させる機会をもち、子どもの不適切な行動には適度な抑制を加え、言葉かけを多くする必要がある時期である。ただし、「だめ!」「～しなさい!」だけのかかわりでは、そのような言葉が子どもにとっての過剰な刺激となり、かえって本人を興奮させ混乱させるおそれもある。逆に言えば、お子さんが4歳、5歳から適切な援助、例えばスキンシップと褒めることを中心に母子関係を築いていくことを行えば、その後の不適応行動もかなり押さえられる。

③ 学童期(6歳～12歳)

小学校入学直後は、どのお子さんも、席についたと思うとすぐに席を離れる、全校集会でもじもじしている、頭の中に浮かんだことをすぐしゃべる、ノートや鉛筆などの学習に必要な物をなくす、約束をすぐ忘れるなど、落ち着きのないものである。けれども、小学校に入学してしばらくすれば、クラスの中で自分のイスに座って先生の話を書くことができるようになっていく。

しかし、ADHDの子どもの中には、ちょっとした物音が気になって集中できない、感情のコントロールができず、自分の席を離れたり、奇声を上げたり、勝手な行動をして、クラスのトラブルメーカーになってしまう子どももいる。このような子どもたちには、大勢の子どもがいる教室は刺激が強すぎる場合があり、「人間にとって一番の刺激は他の人である」という言葉もあるように、少人数で授業を行うクラスでの学習が望ましいと考えられる。さらに小学校中学年(3,4年生)になると、よく物忘れをする、整理整頓ができない、遅刻が多い、勉強についていけないなどの自分の状態を本人がかなり気つき始める。ということで、子どもは様々な場面で有能感が持ちにくく、自尊心が育ちにくい時でもある。

学校でのクラスへの適応に問題をもつ場合、しばしば親御さんから聞くのは、担任の先生から「親の躰が悪いのでは」と言われたショックだったということである。人の話を聞いていないかのような行動をとっていても、的確な答えが返ってくると、けっして知的には低くはないし、周囲の人たちは混乱してしまう。そこで先生は親御さんに「親の躰が悪いのでは」と言ってしまうのではないかと思われるのである。

また担任の先生だけでなく、クラスの友達も同じである。学年が進むに連れて、「おかしな子」とレッテルを貼られた ADHD 児は徐々に周りに対して攻撃的になり、衝動的に暴力を振るうこともあり、「問題児」のレッテルが更に強くなってしまふ。しかし、すべての ADHD 児が同じ経過をたどるわけではもちろんない。年齢が進むにしたがって、行動がコントロールされるようになることも少なくない。

④ 思春期・青年期(13 歳～20 歳くらい)

知的に低くなかった ADHD 児も、小学校中学年(3、4 年生)ころまでに、落ち着きのなさがコントロールされないと、それぞれのバラバラにもっていた記憶・知識・思考をまとめる力が伸び悩み、思春期には、境界領域知能、あるいは軽度の知的発達障害の症状を示す傾向がある。例えば、一度に 2 つ以上のことができない、他のことに興味がいくと、今まで何をしていたかを忘れてしまう、人の話を黙って聞いていられない、順序立てて話しができないなどである。このような行動があるために、なかなか友達との関係もうまくいかず、そのことで自尊心が傷つけられたり、親御さんからも、なかなか精神的独立がはかれず、その焦りから、学校を退学していく人もいる。

したがって、幼児期・児童期に見られたのとは異なる問題行動も目に付いてくる場合がある。例えば、性的な問題、暴力、非行、万引き、薬物などの非・反社会的行動を行ってしまう人の頻度が高くなるという報告もあるが、あまり一般化しない方がよいかと思う。

このことよりもむしろ心配なのは、友人ができず、孤立し、そして自尊心が低下し、「自分はだめだ」と思うてしまうことである。この時期は進学や就職などの問題で、それだけでなく悩む時代である。その際の心構えとしては、受け入れてもらえそうな学校や事業所を探すということも大切であるが、何より、その子、その人にあった進路を本人の意志を主体として、自己決定してもらうことである。これは、その後の定着率ともかかわる。

⑤ 成人期(20 歳くらい以降)

乳児期から思春期・青年期までの ADHD を成人期にまで持ち越していても、知的に問題がなく、暖かいサポート的な家庭環境で育った人は、成人すると、おおむね多動がおさまリ、行動パターンも安定して、自分の好きなあるいは得意な道を生かして社会で活躍されるようになる。

しかし、その一方で、大人になるにつれ、破壊的な行動や多動など目に見える症状は消えるが、注意力や集中力の低下、不注意の状態は、そのまま残る人もいる。そのため周囲からは障害だとわかりにくいのが成人期の ADHD の難しいところである。「片付けられない症候群」などと呼ばれる成人の ADHD 者が、その典型である。子どもの ADHD に対しては国を挙げての研究や対策が急ピッチで進められている反面、成人の ADHD は「だらしがない人」「やる気がない人」と不名誉なレッテルを貼られたままほっておかれ、長年の自責の念からうつ病や薬物依存などの二次的障害に陥るケースが少なくない(ウエンダー, P. H. 2002)。

例えば、子どもの頃に顕著だった多動などは消えても、注意力の障害が残っている成人の ADHD 者にとって、「生き辛さ」は却って倍化する。人との会話、読書などに集中できず、物忘れが多く、

問題解決の道筋や時間配分が苦手なため、適当に要領よく物事が進められないこともある。しかし、外見からは「障害」には見えないために、周囲の人から「やる気がない」「だらしない」「いい加減」という一方的な非難を浴びせられる。その結果、自分を蔑み、自尊心や他者への信頼感が著しく低下して、うつ病などの深刻な心の病を併発することもある。以上のような問題も現実には指摘されており、視野に含めた方が現実的であると考えるのである(レズニック, R. J. 2003)。

ただし、繰り返しになるが、ADHDであろうとなかろうと、人間一人一人は独自の成長発達、そして人生を歩んで行くのであるから、「ADHDは〜だ」とあまり定式化してかかわるのはマイナスになるかと考えられるのである。

おわりに—まとめにかえて—

本稿では、本研究全体のイントロダクションとして、ADHDの概要について、I. ADHDの言葉の意味、II. ADHDの原因・出現率・経過・予後、III. ADHDの「3つの中核的障害」と「二次的障害」、IV. ADHD児者のライフステージ、と述べた。その結果、児童・生徒、個人々人への発達の視点の重要性は言うまでもなく、更に学校・家庭・地域社会など、いわゆるADHDの児童・生徒を取り巻く「環境」と、当該児童・生徒の相互作用(adjustment)に焦点を当てる重要性、特に二次的障害への対応の重要性が再認識された。なお、今後の課題としては、ADHDの児童・生徒に関する、①学校での支援の方法、②家庭への支援の方法、③家庭と学校の連携、④学校外での支援、について順次考察していきたい。

【文献】

- アメリカ精神医学会(1995)『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き(第4版)』(高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳)医学書院。
- 宮尾益知(2000)『自分をコントロールできない子どもたち——注意欠陥/多動性障害(ADHD)とは何か?』講談社。
- 森永良子(2000)「落ちつきのない子どもへの心理的援助」『教育と医学』第48巻第1号(通巻第559号)、58頁～65頁。
- レズニック, R. J. (2003)『成人のADHD——臨床ガイドブック』(大賀健太郎・霜山孝子監訳、紅葉誠一訳)東京書籍。
- 作田勉(2000)「注意欠陥/多動性障害(ADHD)」『教育と医学』第48巻第1号(通巻第559号)、10頁～19頁。
- 田中康雄(2001)『ADHDの明日に向かって——認めあい・支えあい・赦しあうネットワークをめざして』星和書店。
- ウェンダー, P. H. (2002)『成人期のADHD——病理と治療』(福島章・延与和子訳)新曜社。