

第15回公開シンポジウム
「AD/HDをめぐる問題」

心の発達研究委員会 企画

東 洋	東京大学名誉教授	小林 登	国立小児病院名誉院長
大野 澄子	日赤医療センター	長田 久雄	桜美林大学大学院教授
柿沼 美紀	日本獣医畜産大学教授	上林 靖子	中央大学文学部教授
丹羽 洋子	育児文化研究所長	森 玲子	精神障害共同作業所アリス

開催日時 平成14年6月8日(土) 13:30~16:30

場 所 安田生命ホール(新宿)

司 会 上林 靖子 (中央大学文学部 教授)
演 者 斎藤万比古 (国立精神・神経センター国府台病院 心理・指導部長)
宮尾 益知 (国立成育医療センター発達心理科 医長)
高山 恵子 (NPO法人えじそんくらぶ 代表)

～AD/HDを持つ子の理解と支援～

上林 靖子

AD/HDは集中力の欠如、多動性、衝動性などを特徴とした行動の障害です。これは神経生物学的な障害であり、行動の抑制をつかさどる脳の領域に何らかの機能不全があるものと考えられています。

欧米でのこれまでの調査では、出現率は学齢児の3～7%と高く、そのうえ反抗的で挑戦的な行動、ひいては反社会的行動などの破壊的行動障害や、不安・抑うつ、その他の精神医学的障害を2次的に伴うことが少なくないことが知られています。

しばしば、この障害は本人がやる気がないとか、しつけの誤りなどとして親が非難され、見過ごされ、放置されています。AD/HDを持つことによるもっとも有害な影響は、自己評価を損ない自尊心を培えないことにあります。これらの子どもの障害を理解し、適切に支援することで、これらの有害な影響を予防し、これらの子ども達の豊かな才能を開花することができるのです。

わが国では、1998年来、AD/HDについての社会的関心が高まってきているところです。しかしまだまだこれらの子どもが理解され、適切なケアを受けているとは言い難い側面もあります。この領域の第一線で活躍している方々のご協力を得て、現在の到達点と今後の課題を考えるシンポジウムにしたいと考えています。

ADHDをめぐる問題

齋藤万比古 国立精神・神経センター国府台病院心理・指導部長

私は児童精神科医として、ADHDを全体像として捉え、その子供になにが起きるか、その治療的援助として何が考えられるか、ということについて話を進めることにする。

ADHDの診断基準

この特徴をもっている子どもは古くから知られていたが、その基準がでたのは米国精神医学会による1980年のDSM-Ⅲが最初で、注意欠損障害と訳されている。この最新版がDSM-Ⅳでここでは注意欠損多動性障害という言葉が使われている。これは不注意症状(図1)、多動性・衝動性症状(図2)の各々のリストであるが、(図3)で示すようにこの2領域のリストのそれぞれから、6項目以上、かつ半年以上持続していることがADHD診断の条件である。

ADHDの病歴(図4)

DSMでは混合型、不注意優勢型、多動性-衝動性優勢型の3型に分類している。ただ多動性-衝動性は年齢とともに緩和する傾向があるので、不注意優勢型はしばしば混合型の年長児の多動性-衝動性が消えた子供達を内包している可能性があり、明確に区切られる下位分類であるかどうかについては異論もある。

ADHDの構造(図5)

子どもは遺伝的、生来的な人格の特徴をその核になる部分に持ち、そのまわりに主症状が存在しているが、その主症状のまわりには他に二つの層が取り巻いている。ある種の学習障害的な症状はそれでありこれを一次性併存障害とよぶことにする。また、米国では双極性気分障害、日本では躁鬱病と呼ばれる病気が合併しやすいとされ、これも一次性併存障害として考えたい。一番外側にあるものが二次性併存障害で、例えば自信のなさなど、子どもの成長過程での経験がもたらしたものである。この三層はひとつの球体として見えるものであり、周りの人はその全体を受け止め反応し、その反応が子どもに影響を与えるという相互作用を繰り返しながら子どもの人格は作られていき、10代後半にそれが完成すると考えられる。

併存障害の分類

これは多様であり、私の対象とした125人の子どもから15種以上拾えた。医療機関で受診したADHDの7、8割に何らかの併存障害が出現している。これを4型に分類する。行動障害群：半数ほどに見られるもので、反抗挑戦障害と行為障害がある。大半は前者であり行為障害は10%にとどまる。

情緒的障害群：強迫性障害や母親からの分離不安など不安障害が主たるもので、その他ストレスのような原因による適応障害、双極性気分障害などがある。私の125人では大半

が不安障害で気分障害は6%にすぎない。不登校は一般中学生（3%）より4-5倍多い。神経性習癖群：約30%に見られ、大半は夜尿、遺尿などの排泄障害であり、他にチックがある。チックの重いトゥレット障害もADHDとの関連性が指摘され、発現率は低いがこの群では最も注目すべき障害である。

発達障害群：30%に見られ大半は学習障害と運動能力障害である。書字表出障害、読字障害、算数障害がほぼ同率で出現する。またDSMでは除外するよう求められている。広汎性発達障害と鑑別困難なものが実際には少なからずある。

ADHDの経過

外在化障害の場合：攻撃性や、衝動性に対する葛藤の表現を外に向ける障害であるが、ADHDの半数近くが反抗挑戦障害になり、そのうちのごく一部が非行的行為障害的行動を示すようになり、さらにそのごく一部が常習的犯罪行為に手を染めるようになるという展開が少数ではあるが生じうる。

内在化障害の場合：葛藤が心の中へ向かい不安や落ち込み、あるいは強迫的になる等の情緒障害である。内在化する反抗もあるが、これは外へ向かう暴力ではなく、自分の生き方を駄目にするやり方で、自分に指示する大人に反抗する。これらの情緒障害は適切な援助で回復改善するが、中には境界性人格障害、解離性人格障害、依存性人格障害、受動攻撃的人格障害などの人格障害に展開し、頑固な引きこもり状態になるものが少数ではあるが存在する。

外在化障害の系列と内在化併存障害の系列は固定的なものではなく重なり合い、交換し合うことが多い。

治療

児童期ではADHDの基本症状の改善を図ることが第一である。刺激剤投与で併存障害も改善することがしばしばある。行動障害群は早期に発見し、反抗の際の援助をすることが大切である。情緒的障害は不登校、引きこもりへの親和性を念頭に置いて、インテンシブな治療が必要である。神経性習癖群は発達とともに改善するが、トゥレット障害は様々な治療を行うべきである。発達障害群は、学校との連携が支援の中心になる。広汎性発達障害と重なり合った領域では、広汎性発達障害の行動障害のための薬物療法も必要になる場合がある。

ADHDの治療は両親による援助、学校による援助、医療からの援助という全体的システムで行うべきである。医療が情報をフィードバックし、両親、学校が子どもの行動修正を行える力を付けていくことを目指すものである。通院でうまくいかない場合、入院治療も時には必要になるだろう。子どもの傷ついた自尊心、貧しい自己像を育てなおして社会的な独立を果たせるようなところまで援助していくことが、児童精神科治療であると考えている。

図 1

ADHDの診断基準(1)不注意

- 学校の勉強で、細かいところまで注意を払わなかったり、不注意な間違いをしたりする。
- 課題や遊びの活動で注意を集中しつづけることが難しい。
- 面と向かって話しかけられているのに、聞いていないように見える。
- 指示に従えず、また仕事を最後までやり遂げない。
- 課題や活動を順序立てて行うことが難しい。
- 精神的な努力を続けなければならない課題(学校での勉強や宿題など)を避ける。
- 課題や活動に必要なものをなくしてしまう。
- 気が散りやすい。
- 日々の活動で忘れっぽい。

図 2

ADHDの診断基準(2)多動性・衝動性

- 手足をそわそわ動かしたり、着席していてももじもじしたりする。
- 授業中や座っているべき時に席を離れてしまう。
- きちんとしていなければならない時に、過度に走り回ったりよじ登ったりする。
- 遊びや余暇活動におとなしく参加することが難しい。
- じっとしていない、または何かに駆り立てられるように活動する。
- 過度にしゃべる。
- 質問が終わらないうちに出し抜けに答えてしまう。
- 順番を待つのが難しい。
- 他の人がやっていることをさえぎったり、邪魔したりする。

図 3

ADHDの診断(DSM-IV)

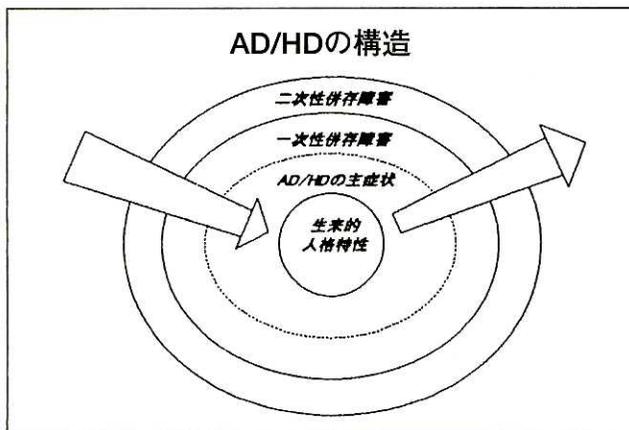
- 「不注意」and/or「多動性・衝動性」の項目6個以上が、6ヶ月以上持続している。
- 症状のいくつかは障害をもたらすほどの強さで、7歳未満に存在していた。
- 症状による障害は2つ以上の状況において、明らかに存在する。
- 症状は広汎性発達障害や分裂病など他の疾患によるものではない。

図 4

ADHDの病型(DSM-IV)

- 混合型
過去6ヶ月間、「不注意」及び「多動性-衝動性」の基準を満たしている。
- 不注意優勢型
過去6ヶ月間、「不注意」の基準だけを満たしている。
- 多動性-衝動性優勢型
過去6ヶ月間、「多動性-衝動性」の基準だけを満たしている。

図 5



ADHDをめぐる問題

自分をコントロールできない子どもたち —脳から見た心・心から見た脳—

宮尾益知 国立成育医療センター発達心理科医長

発達障害は主に児童精神として、主に精神科の疾患として取り扱われてきました。

私は、発達障害や学童の心の問題に取り組む神経内科医の立場から、認知という観点を中心に、ADHDその他についてお話ししたいと思います。

人間の一生を考えてみると、人生は通常8段階に年代区分される(1)。各年代には課題と危機があり、それをうまく超えて次のステップに行けるか否かが、その子どものその後を決めると言われています。

まず10ヶ月までの時期に母子関係が形成され、目の前にいなくても大丈夫という基本的な信頼感が育ちます。基本的信頼感が育っていないと思春期に問題が起ってきます。

3歳頃になると、自分の足でどこにでも出かけて行くことが出来るようになります。そうすると社会的な存在としての自分と、自分の好きなことをやりたい自分という、相反するものが出てきます。葛藤を経験します。自我を確かめ作り上げようとするこの時期には、自分でしたいことをするのは当然であり、それをコントロールしようとする親との間のこの時期にADHDを診断するのは難しい。

4歳頃になると「自律性」が出てきます。「よい社会性をもった存在となるため、他の人の存在を認める」や「集団の中で自分がどう振る舞えばよいのか(ソーシャルスキル)」を会得する時期であります。自分の行動が周囲にこのような影響を与えるから、それに合わせて自分を抑えなければいけないという、自己コントロールが出てくる最初の時期です。したがって、ADHDの診断は最低でも4歳になってからすべきであり、薬物治療については5歳以降に行うのが原則です。自律性の発達は女兒に早く、男児に遅く、一般に女兒及び女性の方がレベルが高いと言われています。

「ソーシャルスキル」とは、「よい社会性を持つために身につけておくべき技術」です。他の人の存在を認める、周囲に対して自分を変える、他の人の態度や表情から感情を読み取る、友情の確立などの能力が必要です。他の人の態度や表情から感情を読み取る能力は非言語性の能力ですが、この能力に問題があると、自分がその場所でどう振る舞えばよいのかわからない。ADHDの子どもでは問題があることの多い能力です。

学校に入るところになると、学習していくための基礎的な能力(学習レディネス)が問題となります。習う内容に対して一定の注意ができる。自分の必要なものを選び出し、それについて注意する。そのような能力が必要です。ADHDではここに少し問題があると言われています。言われた内容が理解でき、書かれた内容が読め、書き写すことができ、抽象

的な思考がある程度できるという能力の中の、部分的に問題が起こっているものは、ある意味では学習障害と呼ばれていますが、学習障害は学習面の障害と、ADHDは行動面の障害と考えられ見る方向が違ふということです。その後小学校3、4年生という時期は暗示にかかりやすい時期であり、自分がどういう大人になるかということを考える時期であり、自分がよい人間であるということを手の中に入れて、成功体験を持つ時期です。ADHDの子どもでは、それ以前に「おまえはダメだ」と言われ続けていたために、小学校3、4年生を過ぎると、自己イメージがきちんと持てなくなるという問題が生ずることがあります。そのような意味で非常に大事な時期でもあります。

思春期は、体のエネルギーや性的エネルギーが最も増大する時期であり、自我同一性を獲得し、友達関係を確立する時期であり、親からの精神的な分離（世代間境界）をしていく時期です。男児では、父子の繋がりが強いのが正常な形（性同一性）ですが、母子の繋がりが非常に強い場合は、子どもの独立が損なわれる問題が生ずることがあります。

次に、我々の所への来院者の実際の疾患を（2）に、これら学習障害および近縁疾患の問題について（3）に示します。「多動」で来院した中には、その子自体は正常の範囲だが家庭が厳しいため、あるいは子どもがまだ自分の行動を律するレベルに達していないために、多動と思われているケースもあります。

「落ち着きのない子ども」を別の観点から考えると、「個性であるところの抑制系の発達が不十分」と言え、注意欠陥／多動性障害とは（4）に示すような特徴があります。ADHDの頻度は（5）に示すとおり、家族性に発症する傾向があり、一親等以内で頻度が高い。男性のADHDでは成功者が少なくありませんが、女性では「きちんとしていなければいけない」と成育過程で言われることが多く、それが心のキズ（トラウマ）となることもあります。多動、衝動が強いタイプは男児に多く、女児では多動がなく、不注意のみでADDが多く通常は分かり難い。大人になるとほぼ同数になると言われています。

次に、認知の立場からADHDとは何かについて述べていきます。

我々は、日常、過去の経験と現在の目の事象とを頭の中に思い浮かべつつ、次の行動を行います。例えばある目的地に行こうという時は、家を出てあの道を通るのが近いと、まず目的を憶えます。そこに行くにはあの道路を通っていくが、そこにはいつも犬がいる。犬は時々鎖を放たれていて噛み付く。噛み付かれると痛い。だから噛み付かれないようにしようと考えながらその場所を通ります。それを言語的に考えるものが音韻ループ、犬に噛まれている自分を視覚的に憶えるのが視覚化パットです。その場所を過ぎればそのことは忘れてしまうことから頭の中の白板と言われます。この理解、推論、計画を行っているトータルなシステムをワーキングメモリ、実行機能と言います。ワーキングメモリは前頭葉に関係があり、ドーパミンが関与していると考えられており、ADHDではこの障害が想定されています。ADHDでは言語的なワーキングメモリが小さいと言われています。我々は、年号など意味の無い数字を憶えるときにこじつけで憶えることがありますが、その場合は短期記憶のワーキングメモリを使わずに長期記憶の中に貯蔵している。車の運転

など、体で覚えるという記憶も、ワーキングメモリを介さない。つまり、こじつけで憶えたり体で覚えるなどの方法を活かせば、ADHDの人はワーキングメモリのボリュームを増やすことができます。ADHDの人は思ったことをすぐ口に出す特徴がありますが、これも言わないと次のものが入らないという、ワーキングメモリの容量の小ささに原因しています。

我々は車を運転しながら音楽は聞けます。音楽と視空間は別々のシステムだからです。しかし、昨日見た映画の情景を頭の中に思い浮かべながら運転は出来ない。視空間の同じシステムに昨日の映画が入ってくれば目の前の景色が見えず、運転を間違え事故を起こすこととなります。ADHDではそれと同様のことが起こっています。ADHDでは主に言語系に問題があり、そのために順序よく物事を進めるのが難しい。

例えばほうれん草のバター炒めをする時は、最初にバターを入れ、次にほうれん草を入れ、塩を入れて・・・と、前にうまくいった分量と要領についてのメモを、通常頭の中に入れておきますが、ADHDの人では、主に言語的に書かれているそれが頭の中に浮かんでくると、目の前にあるものが何が何だか分からなくなることが起こります。逆に言えば、メモを目の前に貼っておけば問題は起こらずにすむというわけです。これはドーパミンと関係しているのではないか、機能低下が起こっているのではないか、特に前頭連合野に問題があるのではないか、基底核、小脳にも障害があるのではないか、それが運動の不器用さにも繋がるのではないかと、認知心理学では言われています。

自己コントロールの能力（6）はいつ頃備わるか。

視覚的なワーキングメモリは比較的年齢が低い時期に備わります。聴覚的なワーキングメモリは10歳位、感情を内に秘める能力も10歳位で備わります。思考実験や時間感覚もワーキングメモリの中に入りますが、これらを考えると10歳くらいに一つの壁があります。小学校3、4年生くらいから勉強が難しくなり次のステップに行けない、行動の抑制が出来ないというのは、ここに起因します。現在はこれらに関するいくつかの検査が可能になり、我々の所では成人や10歳以上の人については検査をやりながら診断を考えています。

ADDあるいはADHDについては、いくつかのタイプがあるのではないかとされています。以下は、注意をした時どこの血流が減少するかで見る脳の検査により、エーメンがタイプ分けしたものです。典型的なADHD（7）。不注意型（8）。過集中型（9）。これは自閉的なところとかなり重なり、セロトニン系が関与しているのではないかと考えられています。ダンプ症候群（10）は、北欧における Gillberg という人が1995年に言い出した概念ですが、ADHDで不器用があり、そのうちのかなりの部分に自閉的なものがあるという概念である。日本でもこのタイプがあり、リタリンを使うと逆にこだわりが強くなる。このタイプは、セロトニン系の薬を使うといい方向に向かいます。側頭葉型（11）は、学習困難を合併するタイプ。辺縁系型（12）は、鬱と合併するタイプ。「火の輪」型（13）は「キレル」タイプ。計算などをすると頭の血流が全部増え、活動が過剰になり

ます。このタイプは、バルプロ酸、カルバマゼピン、リスペリドンなどの薬が効くと言われADHDと自閉症は全く異なる疾患のようですが、似ているところは沢山あります。

ADHDが自閉症とどこが違うのかというのは、これからの問題です。自閉症の場合は、全体でなく部分を見てしまう。人の心が読めない。音韻ループのワーキングメモリが低い。実行機能に問題がある。それらは明らかになっていますが、この辺りはADHDでも問題があります。自閉症では感覚過敏があり、どちらも複数の情報が処理できない。聴覚的言語処理が悪く、視覚的処理が良いのも似ている。ただ自閉症の場合は、2つのことを同時に行くと、1つしか出来ないが、ADHDでは、2つが混乱して分らなくなるというのが大きな違いであると考えられます。しかし心理テストでも同じ様に見えますし、きちんと分けられるような検査が必要であると思います。

ADHDの人に対しては、自信を持たせること、適切な援助を与えることが必要です。親に求められることは、ADHDについて理解し、子どもにソーシャルスキルを会得させること。教師は「問題行動とは何か」を理解することが、特に大事です。

薬物治療としては、通常は中枢神経刺激剤、ドーパミンを増やすリタリンを使いますが、この薬は効果が4時間位と短い。同様の薬であるペモリンは効果が長く持続しますが、肝臓障害を起こすことがあります。思春期の人には、セロトニンを増やす働きあるSSRIの併用が有効です。朝リタリン、夕方SSRIという組み合わせで効果を上げています。副作用としてチックが出る場合はクロニジンを使います。爆発が起こるような人では、カルバマゼピン、バルプロ酸を使います。

最後に、ADHDと向き合うについては、自分の診断を受け入れ、どういうことで出来ないのかを理解し、そのために何をすれば良いのかを考えることが大事です。

(1)

発達の課題と危機

- 人生の8段階：
 - 乳児期、2～3歳、4～5歳、6～11歳、12～18歳、成人早期、中年期、老年期。
- 課題と危機
 - 各年代には課題と危機があり、うまく越えられた時、次の年代を生きてゆける能力が備わる。
- キーエイジ
 - 身につけるためには、さまざまな関門があり、関門のある年齢をキーエイジという。
(EH Erikson)

(2)

学習障害および近縁疾患

- 学習障害
 - 読字障害、書字障害、計算障害
- 非言語性学習障害
- 発達性協調運動障害
- コミュニケーション障害
- 注意欠陥／多動性障害
- 軽度精神遅滞、境界知能
- 広汎性発達障害
 - (高機能自閉症、アスペルガー症候群)

(3)

学習障害近縁疾患の問題

- 行動の問題
 - 多動と衝動
- 学習の問題
 - 注意と記憶→読み、書き、算数
- 情緒の問題
 - 感情のコントロール、こだわり
- 運動の問題
 - 不器用

(4)

注意欠陥／多動性障害(DSM-IV)

- 不注意
- 多動性
- 衝動性
 - 7才未満に存在し、障害を引き起こす
 - 社会的、学業的、職業的機能の著しい障害
 - 広汎性発達障害、精神分裂病、鬱病など除く

(5)

ADHD：頻度および遺伝的事項

- 就学年齢に達した児童の2～5%がADDに罹患していると推測され、半数が診断目的で病院に紹介されている。
- ADDは家族性に発生する傾向があり、一親等以内で頻度が高い。
- 多動的で衝動的なADHDは男児に多く、女児の約3倍の頻度で認められる。

(6)

自己をコントロールする能力の障害(脱抑制)

- 長期的にみて自分の得になるような行動がとれる能力
- 1. 視覚系WM：視覚イメージ(2から4歳で完成)
- 2. 聴覚系WM：内的言語(9から11歳で成熟)
- 3. 「感情」を内に秘める力(8から11歳で成熟)
- 4. 遂行機能：思考実験(9から14歳で成熟)
- 5. 時間感覚：瞬間瞬間と時間の予測
WM：ワーキングメモリー

(7)

ADD：6のタイプ

- 典型的ADD
 - 集中困難、気の散りやすさ、
 - 整理整頓・時間管理の困難
 - 多動、落ち着きのなさ
 - 衝動性
 - 集中時：前頭葉皮質の活動低下
 - 男児に多い
 - リタリンが有効

(8)

ADD：6のタイプ

- 不注意型ADD
 - 集中困難、ものぐさ、
 - 動作の鈍さ、
 - 意欲の低さ、退屈
 - 集中時：前前頭葉皮質の外側で活動が低下
 - 女兒に多い
 - リタリンが有効

(9)

ADD：6のタイプ

- 過集中型ADD (DAMP)
 - 注意の切り替え困難、
 - いやな考え、困った行動にとらわれる
 - しつこさ、心配症、融通が利かない
 - あまのじゃく、よく議論をふっかける
 - 前帯状回の活動過多
 - 集中時：前前頭葉皮質下面、外側面活動低下
 - アルコール依存患者の子どもや孫(アダルトチルドレン)
 - SNRI、SSRIが有効

(10)

DAMP症候群

(Deficits In Attention, Motor Control and Perception)

- 北欧における概念 (Gillberg 1995)
- ADHD + DCD (発達性協調運動障害)
- 注意および運動制御・知覚の障害
- 精神遅滞は除外する
- 頻度は4～7%
- 重症では、2/3は自閉症的、1/3はアスペルガー症候群

(11)

ADD：6のタイプ

- 側頭葉型ADD
 - 集中困難、いらだちやすい、攻撃性
 - 不吉な発想、機嫌が变りやすい
 - 学習困難、無愛想、衝動性
 - 側頭葉の活動低下
 - 集中時：前前頭葉皮質下面、外側面活動低下
 - テグレトール+アリセプト、ピラセタム

(12)

ADD：6のタイプ

- 辺縁系型ADD
 - 集中困難、低レベルのうつ状態が慢性的
 - マイナス思考、悲観的解釈
 - エネルギー不足、「希望がない」
 - 「自分には価値がない」
 - 深部辺縁系で過剰活動と前前頭葉皮質下面、外側面活動低下
 - ADD+うつ状態？
 - トフラニール

(13)

ADD：6のタイプ

- 「火の輪」型ADD
 - 集中困難、極端な気の散りやすさ
 - 怒り、いらだちやすさ、感覚過敏
 - 不機嫌、多弁、極端な反抗
 - 大脳皮質全域(両頭頂葉、両側頭葉、両前前頭葉皮質、帯状回)に活動過剰
 - とくに困難な患者
 - テグレトール→リスパダール

ADHDをめぐる問題

高山恵子 NPO法人えじそんくらぶ代表

障害とは何か

私はADHDの関係者の支援団体の立場から考えていくことにする。まず障害とは何かというところから見ていこう。ADHDの最後のDは disorder のDで、ある種の機能の調子がわるい、つまり変調の状態といえる。ADHDの場合は不注意、多動、衝動性がうまく機能しないということだ。もう一つ、ハンデキャップも障害であるが、これは日常生活の支障（社会的不利）であり、この二つの障害を理解することが大切である。ある程度多動、不注意、衝動性があっても日常生活に支障を来たさないレベルなら、それは個性、性格として捉えられる。ADHDを持つ人が日常生活で困らないように具体的にサポートすることを、私は異文化理解という角度から考えたい。

ADHDの理解と支援

支援の第1歩はどんな Disorder であるかを理解することである。その上で個人の異なるハンデキャップ、家族、学校の状態、今までの体験など、多くの角度から見た支援を考えなければならない。それが出来たとき、ADHDは個性になり、更に才能になることもある。たとえば、1つのことに集中できない時にひらめき、衝動性はうまく使えば行動力になる。また多動性は雄弁であり、エネルギーと言え。発明王エジソンにちなんで名づけられたえじそんくらぶはADHDをプラスのイメージで紹介しようとする支援団体である。

パークレー博士によると、ADHDは実行機能が働かない機能障害であり、それはワーキングメモリー、作業記憶の障害ではないかという仮説である。これからしようと思うこと、しなければならない作業の内容を覚えている記憶が弱いから授業中にすぐ気がそれる。その時ぼんと肩を叩けば集中出来ることもあるが、このことを理解していないために叱責し、二次的情緒障害を引き起こすことが時としてある。ADHDの子どもは意思を強く持てない、計画を立てられない、立てた計画が維持出来ない、そして中止出来ない。これらは集中力、ワーキングメモリー、行動の監視、修正調節と関係する。自己チェックがうまくいかない障害である。医療と連携しながら自立を視野に入れたサポートが必要である。そのためには、本人がADHDであるということを受容することが重要である。

ADHDの告知

ADHDをプラスのイメージで受け入れることができれば、治療の半分がすんだと言えないだろうか。皆と違う自分、皆と同じにはなれない自分を受け入れることが自立のために大切だと思われる。「違っている」ということで、自尊心が下がらなければ、二次的情緒障害を減らすことができる。この意味でも自分を大切にしようと思う気持ちを育ててあげ

ることが大切である。えじそんくらぶではADHDと診断され、薬物治療を実施し、ある程度の障害受容が出来た人、あるいはしながら、という人達に職業カウンセリングを行っている。自分に合った職業を選ぶことが自立に一番大切である。そのために自分はどのようなことが不得意で、どのようなことが得意なのか、つまり本人の自己受容が大切である。

親へのサポート

本人が障害受容することは大切であるが、子どもが小さければまず親が自分の子どもの障害を受容することが大切になる。そのときに正確で豊富な情報が必要である。日本では「障害」という言葉の印象が暗く、重い情報が先行しやすいので、えじそんくらぶではプラスのイメージで紹介したいと心がけている。ADHDを持つ子どもだけをケアしても十分ではないケースが多い。つまり「家族」の中で考えなければならない問題が多いのである。そこでペアレント・トレーニングも重要であると考え。親が変わると子どもが変わるケースはたくさんある。親の会も大切であるし学校医療との連携も必要である。文部科学省で特別支援教育の導入を本格的に考えようとしているが、ここで重要なことは立派な個別学習プログラムを与えられたとしても、そのために子どもがクラスの中で孤立したり、いじめられたりすれば、それは本当の支援にはならないということである。学校は特別支援教育を考えるだけでは不十分で、「少し違った子どもを受け入れる」という周りの子どもに対する教育も必要である。つまりこれは異文化理解の問題といえないだろうか。私達は一見同じような肌の色、髪の毛を持ち、皆が同じ、というスタートポイントに立つので、少しでもみんなと同じでない子をいじめる、ということになるのである。障害ではなく異文化として考えると、ADHDとノンADHDその二つの文化を知った人が、コーディネーターをするということでお互いよい関係を築く、これが本当にADHDの人をサポートすることになるのではないかと思う。