

〈総説〉

## 注意欠陥／多動性障害の評価に関する諸問題

田 卷 義 孝\*, 堀 田 千 絵\*\*, 加 藤 美 朗\*\*

### Issues and problems related to the assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder

Yoshitaka Tamaki, Chie Hotta and Yoshiro Kato

**要旨：**本稿では、注意欠陥／多動性障害としての注意及び／または多動－衝動性に関する評価に係る変遷について論述した。DSM-Ⅲ（APA, 1980）に登載された注意欠陥障害という用語は、多動を含むが、注意の障害が主体であることを明らかにした。その結果、活動性から注意の問題に関心は移った。DSM-Ⅲ-R（APA, 1987）で提唱された注意欠陥／多動性障害は診断を一定程度進歩させたが、注意の障害に係る臨床像は複合的である。そこで、注意の障害による特性を中核症状（注意の障害、多動、衝動性）、下位分類（混合型、不注意優勢障害、多動－衝動性優勢障害）、併存症（発達性協調運動障害、破壊的行動障害）、合併症（トゥレット障害、強迫性障害、不安障害）に分けて述べた。

**Abstract：** An overview of assessments due to attention and/or hyperactivity-impulsive problems as in attention-deficit/hyperactivity disorder is presented. The term *attention-deficit disorder* of the new DSM-Ⅲ disorder (APA, 1980) was used to indicate that attention deficit was a primary issue but hyperactivity was also a factor. Consequently, the focus shifted from activity troubles to attention problems. Although the term *attention-deficit/hyperactivity disorder* proposed on the DSM-Ⅲ-R (APA, 1984) has made a significant advance of the diagnosis, the clinical pictures of disturbance in attention are complex. The characteristics of attention disturbance can be thus divided into four contents: the main symptoms, the subgroups, the comorbidity, and the complications of attention-deficit/hyperactivity disorder.

**Key words：** 注意欠陥障害 Attention-deficit disorder (ADD) 注意欠陥／多動性障害 Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) 発達性協調運動障害 developmental coordination disorder (DCD) 破壊的行動障害 disruptive behavior disorder (DBD) トウレット障害 Tourette disorder

---

受付日 2016. 4. 11 / 掲載決定日 2016. 9. 27

\* 関西福祉科学大学 教育学部 教授

\*\* 関西福祉科学大学 教育学部 准教授

## I 注意欠陥／多動性障害研究小史

本稿の目的は、注意欠陥／多動性障害の概念や症状、関連障害に係る理解の深化により、この障害をもつ子どもへの教育対応に資することにある。そこで、医学界の多動についての認識が変わり、注意欠陥／多動性障害の主症状は多動性でなく、注意の障害と衝動性であると認識されるようになった経緯から述べることにする。

注意欠陥／多動性障害(略記: ADHD)に関する第 1 報は、1845 年に出版されたドイツの小児科医 Heinrich Hoffman による童話「だらしのないピーター」*Der Strüwelpeter* であり、衝動的で多動な 3 人の子どもが描写されていた(Resnick, 2000)。当時のヨーロッパでは、拒否的、干渉的、溺愛的、支配的な保護者に育てられた子どもは反抗的、神経症的、依存的、情緒不安定となり、適応障害を示すことが多いと理解されていた。この例に、道徳的抑制の欠如がある。その一方で、エコモノ脳炎後遺症(別名: 脳損傷行動症候群)という環境要因の関与を示唆する概念が提唱された。そして、19 世紀末から 20 世紀初頭に報告された先天性語盲(現在では発達性語盲)などと共に、1940～1950 年代にエコモノ脳炎後遺症は脳損傷児の先行概念となった。

既に報告したように(田巻ら, 2015)、脳損傷児の概念は微細脳損傷／微細脳障害に継承された。この経緯の中で微細脳障害の主症状の 1 つである多動性が注目され、多動症候群(別名: 多動児症候群: Laufer & Denhoff, 1957; O'Malley & Eisenberg, 1973)が提唱された。多動症候群は圧倒的に男子が多いといわれ、就学した頃から多動が顕著になり、片時もじっとしていないし、静かにしていなければならないときに騒がしく、問題児として処遇されるようになったと保護者はしばしば回顧した。学校や家庭などの 2 つ以上の生活場面で多動を示せば、広汎性多動症候群と呼ばれた(Sandberg et al.,

1978)。知的障害や自閉性障害を伴わずに、主症状が多動性であれば発達性多動症と呼称された(Bakwin & Bakwin, 1966)。なお、多動が学業に影響を及ぼすことは気づかれていた。この場合、アメリカの小児科医は多動性学習行動障害という用語を使用した(Sandoval et al., 1976)。

また、多動を示す子どもは微細脳損傷概念との関連性もあり、ソフトな神経学的徴候、感覚異常、脳波異常を示すことが報告された(Anderson, 1963; Klinkerfuss et al., 1965)。つまり、多動の背景機序に“微細な”脳の器質性損傷があることが示唆されたが、多動症候群、広汎性多動症候群、発達性多動症などの概念の主眼は、疑わしい脳損傷のことよりも臨床的に問題となる現象を記述することにあつた(Werry, 1968)。

アメリカやカナダで多動は hyperactivity、イギリスでは hyperkinesis と表記される傾向がある。Hyperkinesis は過動性や運動過剰(症)とでも訳すべきであるが、慣習に従って多動とした。実は、用語が異なれば、多動性概念の理解も異なる(British Medical Journal, 1975)。たとえば、1930 年代のアメリカやカナダで、多動とこれに関連する行動障害に薬物療法が有効であると報告されたこと(Bradley, 1937; Bradley & Bowen, 1940; Molitch & Eccles, 1937)が契機になって研究が進歩し、1960～1970 年代に小児科医が診断して中枢刺激薬を処方したといわれている。このことは、保護者や教師、医師が直面する小児期と青年期における最も一般的な神経行動障害は多動性障害であると認識されるようになったことを示唆する。一方、イギリスでは、落ちつきのなさや多動は攻撃性を含む反社会的行動に伴う症状であり、反社会的行動の主因は幼児期の養育の失敗や家庭環境の破綻であると理解されていた(Rutter, 1971)。また、イギリスの研究者は精神療法や心理療法を重視してきたが、アメリカでは薬物療法が優先される(Safer & Krager, 1988)ことに批判的

で、多動性概念を継承した注意の障害の有病率が児童年齢人口で10～20%と高率であると報告されたこと (Shaywitz & Shaywitz, 1987) に懐疑的であったといわれている。

## 1 多動に関する認識の変化

微細脳損傷概念を継承した微細脳障害は恣意的かつ安易に診断されるようになり、その診断の信頼性、分析的妥当性や臨床的妥当性が問題になった (田巻ら, 2015)。この結果、微細脳障害概念は1970年代の英語圏で放棄された。微細脳障害の後継概念として教育界では学習障害が提唱され (Kirk, 1963)、医学界では多動症候群、広汎性多動症候群、発達性多動症などがあった。DSM-III (APA, 1980) で微細脳障害概念は学習障害と行動障害に分割されたが、行動障害として注意欠陥障害が登載された。つまり、医学界の後継概念はいずれも注意の障害との関わりに乏しかったが、主症状は注意の障害であることが宣言された。これは、次に述べる報告によって多動に関する認識が改められたためである。

- 多動は、12～18歳頃 (Laufer & Denhoff, 1957)、8～21歳頃 (Menkes et al., 1967) に消失する。このため、多動を重視することは根拠に乏しいと主張された (Cromwell et al., 1963; Werry & Sprague, 1970)。
- 思春期頃に多動が軽快したり消失したりしても、注意の障害や衝動性がそれ以降も存続する (Douglas, 1972)。このことは、コホート研究 (追跡調査) によって確かめられている (Weiss & Hechtman, 1986)。
- 微細脳障害をもつ子どもの適応障害は認知障害や不器用などによるものと考えられ、多動を重視すべきでないと考えられた (Wender, 1971, 1973)。
- 多動をもつ子どもにみられる学習遅延と問題行動は注意の障害や衝動性に起因することが報告された (Douglas, 1983, 1988)。
- DSM-II (APA, 1964) で、思春期頃に多

動はみられなくなることは述べられていた。

ともかく1960年代までに微細脳障害と診断され、多動であった子どもが、10年余を経て思春期を迎えて多動から寡動に転じたことを多くの臨床医や施設関係者は実感したことだろう。この実感があったからこそ、DSM-IIIの注意欠陥障害という呼称が許容され、確立されたように思われる。その際、全ての精神疾患を精神障害と表記するというDSM-IIIの編集方針により、注意欠陥症候群などではなく、注意欠陥障害 *attention-deficit disorder* という類語反復 *tautology* になった。そして、DSM-IIIの発表前に提唱された多動症候群、広汎性多動症候群、発達性多動症などは注意欠陥障害に統一された。それでも、DSM-IV (APA, 1994) と DSM-5 (APA, 2013) で、注意欠陥／多動性障害に関する大項目 (臨床単位の上位に位置するもの) と臨床単位の名称や概念、診断基準などが変更されている。このことは、注意の障害と多動性のどちらが主症状であるか、それとも双方が主症状であるかについて学界の見解は定まっていなかったことを意味する。なお、臨床単位という用語は、精神医学領域において臨床経験に基づいて一定の精神症状が揃っていることから疾患とみなされるものをいう。この場合、診断の根拠となる病理所見は明確でないことが多い。

話題は少し拡散したが、思春期頃に多動が軽快したり消失したりすることに関係して、注意欠陥／多動性障害は子どもの時代の障害であると捉えられることがある。しかし、これは誤解である。思春期頃に多動が軽快か消失しても、成人期に至っても注意欠陥／多動性障害は寛解しないことが多い (Gittelman et al., 1985; Weiss & Hechtman, 1986)。そこで、DSM-IIIで、成人期の注意欠陥／多動性障害は残遺型に区分された。残遺型という用語は、部分的に軽快しているが、症状発現が存続していることをいう。DSM-IV-TRの「特定の文化、年齢、性別に関する特徴」の項で、小児期後期か青年期早期までに過剰な粗大運動 (例、むやみに走

る、高い所へ登る、座ってられない)が少なくなる一方、多動の症状はそわそわする感じといった内的な感情に変わり、自発的な運動の機会を制限して遊びや仕事(例、デスクワーク)を避けるようになると記述された。そして、青年や成人の場合、診断基準を完全に満たさなくても部分寛解として診断することは許容された。DSM-5では、不注意の診断基準、多動性及び衝動性のそれぞれの診断基準は10項目中の少なくとも5項目を満たせば、青年期後期(17歳以上)と成人期の注意欠陥/多動性障害を診断できるようになった(注、12歳までの子どもを診断する場合、それぞれ同一項目を用いて少なくとも6項目に該当することが基準とされている)。

小児期の既往なしに、成人期になって注意欠陥/多動性障害と診断された症例は報告されていない。このことは、注意欠陥/多動性障害と診断された子どもは青年期や成人期でも同様に診断される蓋然性があることを示す。すなわち、小児期に注意欠陥/多動性障害と診断された症例の50~80%は青年期や成人期でも注意欠陥/多動性障害と診断されている(Barkley et al., 1990; Gittelman et al., 1985)。なお、Resnick (2000)、Weiss (1992)、Wender (2001)が成人期の症状や行動の特徴などを紹介している。

## 2 DSMの改訂に伴った注意の障害と関連障害の変遷

DSM-IIIで注意の障害が注目されるようになったことを踏まえて、DSMの改訂に伴った注意の障害と関連障害の変遷などを表1に示し、それらの概要を次に述べる。

### (1) DSM-I、DSM-IIと行動障害

DSM-I (APA, 1952)では微細脳損傷と多動症候群、DSM-II (APA, 1968)では小児・青年期の多動反応がそれぞれ掲載された(Resnick, 2000)。これらの内、小児・青年期の多動反応は、多動で落ちつきのなさ、注意散漫

(注意集中の短縮)が幼児期から顕著になるが、多動で落ちつきのないことは思春期頃に消失することをいった。

### (2) DSM-IIIと注意欠陥障害

DSM-III (APA, 1980)で、小児・青年期の多動反応(DSM-II)は注意欠陥障害に名称変更され、この大項目と同じ名称の臨床単位が掲載された。また、多動を伴うのもの、多動を伴わないもの、残遺型という3つの下位分類が設けられた(Lahey et al., 1987)。

DSM-IIIの改訂作業にあたって、注意欠陥障害の下位分類の設定に際して実証的データは乏しかったといわれている(山崎, 2000)。そこで、下位分類の妥当性と有用性に関して大規模な実態調査が実施された。この結果、多動よりも攻撃性の方が問題であることが明確になった(Hinshaw, 1987; Loney, 1983; Loney & Milich, 1982; Milich & Loney, 1979; Paternite & Loney, 1980)。そこで、行為障害という大項目と臨床単位が新たに掲載された。この下位分類は、①社会性の低い攻撃型、②社会性の低い非攻撃型、③社会性の高い攻撃型、④社会性の高い非攻撃型、⑤非定型型に区分された。これらの内、②項はほぼ単独で、教護・触法行為に相当しない問題行動(他人の権利を侵さない程度の不服従や反抗、敵意、拒絶)を行うことを意味する。また、③項はいわゆる集団非行に相当する。夜間のゲームセンターや公園などでの自然発生的な遊び仲間の中で、子どもは教護・触法行為の多くを学習し、教護・触法行為を集団で遂行することを意味する。

アメリカでの6年間の追跡調査(August & Holmes, 1984)によれば、社会性の低い攻撃型、社会性の低い非攻撃型、学習障害を併存する非定型型の3群の内、社会性の低い攻撃型が顕著な問題行動を示すことが明らかになった。

### (3) DSM-III-Rと注意欠陥/多動性障害

DSM-III-R (APA, 1987)では、注意欠陥障害が注意欠陥/多動性障害に名称変更されただけでなく、破壊的行動障害という大項目のもと

表1 DSMにおける注意と多動性の障害に関する概念の変遷と ICD-10 の多動性障害

マニュアル	大項目	臨床単位	下位分類
DSM- I		微細脳損傷 多動症候群	
DSM- II		小児・青年期の多動反応	
DSM- III	注意欠陥障害（第1軸）	注意欠陥障害	多動を伴う注意欠陥障害 多動を伴わない注意欠陥障害 残遺型
	行為障害（第2軸）	行為障害	社会性の低い攻撃型 社会性の低い非攻撃型 社会性の高い攻撃型 社会性の低い非攻撃型 非定型型
DSM- III- R	破壊的行動障害 （第2軸）	注意欠陥／多動性障害	（不注意－多動群） （多動－衝動群）
		行為障害	集団型 単独攻撃型 分離不能型
		反抗挑戦性障害	
DSM- IV DSM- IV- TR	注意欠陥及び破壊的行動 障害（第1軸）	注意欠陥／多動性障害	混合型 不注意優勢型 多動性－衝動性優勢型 特定不能の注意欠陥／多動性障害
		行為障害	
		反抗挑戦性障害	
		特定不能の破壊的行動障害	
DSM- 5	注意欠陥／多動性障害	注意欠陥／多動性障害	混合して存在 不注意優勢に存在 多動－衝動性優勢に存在
		他の特定される注意欠陥／多動性 障害	
		特定不能の注意欠陥／多動性障害	
ICD- 10	多動性障害	活動性及び注意の障害 多動性行為障害 他の多動性障害 多動性障害、特定不能	
	行為障害	家庭限局性行為障害 非社会性（非社会化型）行為障害 社会性（社会化型）行為障害 反抗挑戦障害 他の行為障害 行為障害、特定不能	

に、注意欠陥／多動性障害、行為障害、反抗挑戦性障害という3つの臨床単位が記載された。つまり、注意欠陥／多動性障害と破壊的行動障害の併存が注目されて、社会的により大きな影響を及ぼすと想定されたものが上位概念（大項

目）に据えられたのだろう。

特記すべきことは、多動と衝動性を臨床的に分けることはむずかしく、多動と衝動性を区分する理論的な根拠に乏しいと考えられたことである。この結果、注意の障害と多動、衝動性は

一括して扱われた。それゆえ、多動を伴わない不注意な子どもであっても、多動と診断される傾向が強められた。また、特定不能の注意欠陥／多動性障害という下位分類が加えられた。しかし、特定不能の注意欠陥／多動性障害に係る診断基準は定められていない。このため、DSM-Ⅲに比して DSM-Ⅲ-R の診断基準は包括的になり (Lahey et al., 1990)、過剰診断の可能性が危惧されることになった。なお、改訂作業での意見対立を踏まえて、注意欠陥／多動性障害は、不注意－多動群 (衝動性を伴わない)、多動－衝動性群 (注意の障害を伴わない) に細分することも可能であるとされた。

#### (4) DSM-Ⅳ、DSM-Ⅳ-TR と注意欠陥／多動性障害

DSM-Ⅳ (APA, 1994) の大項目は注意欠陥及び破壊的行動障害に変更された。この理由は、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは破壊的行動障害を併発すると誤解されることを避けるためである。また、注意欠陥／多動性障害の下位分類が再び設けられ、混合型、不注意優勢型、多動性－衝動性優勢型、特定不能の注意欠陥／多動性障害に区分された。この理由は、DSM-Ⅳの改訂作業のための研究調査において、多動で不注意な群、多動を伴わない不注意な群に類別できることが明確になったためである (Barkley et al., 1992; Carlson, 1986; Goodyear & Hynd, 1992; Lahey et al., 1988; Shaffer et al., 1989)。いいかえれば、多動で不注意な子どもは保護者や周囲の人々に気づかれ、注意欠陥／多動性障害と診断されて適切な教育対応や支援を受けることができる。一方、多動を伴わない不注意な子どもは気づかれずに放置されることが多い (Solden, 1995)。そこで、放置による危険性を避けるために、多動を伴わないが、注意の障害を示すサブグループ (不注意優勢型) が必要であると認識されるようになったのだろう。

他の特徴に、広汎性多動性障害に関して異論はあるが (Schachar et al., 1981)、これに準拠

して、6 ヶ月以上にわたって 2 つ以上の独立した状況 (例. 家庭、学校、病院、他の公共の場) で多動や衝動性を示すことが診断基準に明記されたことがある。また、除外規定が設定されたこともある。すなわち、広汎性発達障害、統合失調症、他の精神障害 (例. 気分障害、不安障害、解離性障害、人格障害) に共存するか、これらの障害から派生する注意の障害、多動や衝動性は注意欠陥／多動性障害と診断されないことになった。

また、DSM-Ⅳ-TR (APA, 2000) が発行された。DSM-Ⅳ-TR は、DSM-Ⅳに記載されている解説の内、主に関連する検査所見、有病率、経過などの項目が新しい知見を加えて大幅に改訂されたもの (解説改訂版) で、DSM-Ⅳの注意欠陥／多動性障害に係る大項目や臨床単位の名称や概念などは変更されていない。

#### (5) DSM-5 と注意欠陥／多動性障害

DSM-Ⅲの革新性は DSM-Ⅳに継承されたが、DSM-5 (APA, 2013) では総じて後退したように思われる。これに関する考察は既に報告したので (田巻ら, 2014, 2016 a)、本稿では注意欠陥／多動性障害について DSM-5 で変更された要点だけを述べる。

第 1 点は、注意欠陥／多動性障害などの属するカテゴリが神経発達障害に変更され、神経発達障害に位置づけられた 9 つの臨床単位は互いに併存関係にあると主張されたことである。つまり、DSM-Ⅳでは注意欠陥／多動性障害の除外規定に自閉性障害が含まれており、注意欠陥／多動性障害と診断された子どもに対人関係のトラブルがみられたとしても、注意欠陥／多動性障害と自閉性障害の二重診断を受けることはなかった。実は、のちに注意欠陥／多動性障害と診断されることになる乳幼児が対人関係の障害などを示すことは報告されている (Clark et al., 1999)。それにも拘わらず、DSM-Ⅳで除外規定が定められた事由は、注意欠陥／多動性障害でみられる対人関係の障害は自閉性障害の場合と質的なレベルで違いがあり、注意欠陥／多

動性障害と自閉性障害はそれぞれ独自性があると考察されたためである（田巻ら，2016 b）。それが、研究と臨床の確かな根拠に基づかずに、注意欠陥／多動性障害と自閉性障害は併存関係にあるという DSM-5 の提言は教育界の混乱をもたらすだけである（田巻ら，2016 a）。

自閉性障害と全く関わりはないが、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは自己の流儀や理解にこだわる傾向があり、他の子どもに、がんこ、横柄、いばると評価され、魅力的でないと思われて拒否されることがある（Mendelson et al., 1971； Stewart et al., 1973）。このため、注意の障害と衝動性に不器用も加わって適応障害をひき起こすことがあると認識されるようになった。この場合、“がんこ”に他人の意見を聞こうとせず、頑なに自分の考えや態度などを守ること（大辞林，三省堂刊）という含意は乏しい。注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは身の周りの世界を文字どおり“白か黒か”で理解しようとして、妥協する（理解を改める）ことは困難であるといわれている（Selikowitz, 1995）。

第2点は、他の特定される注意欠陥／多動性障害という新たな臨床単位が設けられ、注意欠陥／多動性障害における診断年齢の上限が7歳（DSM-IV）から12歳（DSM-5）に引き上げられたことである。診断年齢の上限の延長は、多動性や衝動性、注意の障害をもたらす他の医学・生物学的疾患との混同をきたして、注意欠陥／多動性障害の過剰診断・過剰治療を招くことが危惧されている（Frances, 2013）。

第3点は、DSM-5を読み込めば、注意欠陥／多動性障害と反抗挑戦性障害、行為障害（破壊的行動障害）が併存する蓋然性のあることはわかるが、注意欠陥／多動性障害の大項目から破壊的行動障害が削除されたことである。そして、破壊的行動障害はDSM-5で新しく設けられたカテゴリ（破壊的行動・衝動制御・行為障害）に移行された。このことに、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは破壊的行動障害を伴う

というスティグマの付与を免れることができるという利点がある。その一方で、反抗や乱暴をやめない子どもに育てたという保護者の苦悩や自責の念に対して適切な支援・援助ができないという問題を招来することが考えられる（田巻ら，2016 a）。

### 3 DSM-IVとICD-10における診断基準の相違

注意欠陥／多動性障害に係るDSM-IVとICD-10のそれぞれの診断基準に少なからず違いがある。この遠因の1つに、DSM-IV（APA, 1994）は主にアメリカとカナダの精神科医、ICD-10（WHO, 1990）は主にイギリスの精神科医が作成に関わったといわれていることがある。DSM-IVとICD-10の診断基準は次の3点で異なる。なお、DSM-IIIの革新性がDSM-5でも保持されているとはいえないので、DSM-IVとICD-10の対比を試みた。

第1に、ICD-10の大項目は、注意欠陥及び破壊的行動障害（DSM-IV）ではなく、多動性障害であることがある。それにも拘わらず、ICD-10に登載された精神・行動障害の特徴と診断のためのガイドラインを記載した「ICD-10精神及び行動の障害分類」（WHO, 1992：以下、ガイドライン）において、まだ受けいられてない心理学的過程の知識を内包させる（つまり、DSMと共通の診断基準を作成する）という意図のもとに、情緒不安定になったり、何かに没頭したりして、夢想的で無表情な子どもを多動性障害と捉えることは可能であると解説されている。いいかえれば、ICD-10の多動性障害はDSM-IVの注意の障害を含むことが明記されている。

第2に、DSM-IVで、不注意優勢型、多動性－衝動性優勢型、混合型という下位分類が提唱されていることがある。一方、ガイドライン（1992）では下位分類は提唱されていない。不注意、多動、衝動性のそれぞれの診断基準に該当しなければ、活動性及び注意の障害（ICD-10の臨床単位）の診断はできない。

第 3 に、饒舌という診断項目 (行動特性) は、DSM-IV では多動性の診断基準、ICD-10 では衝動性の診断基準として定められていることがある。また、それぞれの診断基準を構成する診断項目の内容は DSM-IV よりも ICD-10 の方が厳密である。

これらは、①DSM-IV の診断基準を用いれば、不注意優勢型や多動性-衝動性優勢型が診断できること、②ICD-10 の診断基準は、より重度な子ども (例、DSM-IV による混合型) の診断に適していることを意味する (Tripp et al., 1999)。そこで、どちらの診断基準がより適切であるかということが問題になろう。これに関して、注意欠陥/多動性障害の主症状は行動抑制力や衝動性抑制力の欠如であるという Barkley (1995) の見解に従えば、不注意と多動と衝動性の診断基準を設定している ICD-10 が推薦されることになる。しかし、この前提である R. A. Barkley の解釈に問題があると考えられる。すなわち、不注意優勢型 (DSM-IV) は少なくとも衝動性抑制力の欠如に起因することになるが、不注意優勢型において衝動性の抑制が不十分であることは実証されていない。また、ICD-10 の衝動性の診断項目には饒舌なことを含むという問題があり、ICD と DSM の優劣は私には判断できない。あるいは、過小評価 (偽陰性) を避けるという観点から、ICD-10 の厳密な診断基準よりも DSM-IV の診断基準の方が望ましいといわれているが (Munden & Arcelus, 1999)、過小評価と過剰評価は表裏一体の関係にある。DSM の他の推薦事由に、研究領域では DSM が圧倒的に使用されているので、患者の均質性が保たれやすいことがある。

次に、注意欠陥/多動性障害の過小診断、過剰診断に伴う問題について考察する。

### (1) 過小診断による問題

過小評価 (偽陰性) によって注意欠陥/多動性障害を見逃せば、無用な叱責や侮蔑が与えられるか、無視される闇の世界、または考えがまとまらずに混乱し、注意の集中を持続できない

状態に子どもを置き去りにすることが懸念される。放置されることによる危険性に次の 3 つがある。

第 1 の危険性は、注意の障害が学習遅延をひき起こすことである。第 2 の危険性は、情緒不安定となり、些細なことでパニックに陥るが、やがて特別な理由もなく機嫌がよくなることである。このことは、注意欠陥/多動性障害をもつ子どもを叱っても効果がなく、喜びを感じる能力が低いようにみえるといわれていることと符合する。第 3 の危険性は、対人関係をうまく築いたり保ったりできずに、学校や職場で孤立し疎外されることである。また、周囲の期待が低いことも関わって自己評価が低くなり、自我の確立を巡って葛藤を生じて抑鬱に陥ったり、反抗挑戦性障害や行為障害をひき起こしたりすることがある。いずれも注意欠陥/多動性障害をもつ子どもにみられる特別な教育ニーズであり、適切な教育対応を必要とする。

### (2) 過剰診断による問題

過剰診断 (偽陽性) による問題に次のようなことがある。つまり、緩やかであるが単一の価値基準で律せられる我が国の社会風潮の中にあつて疎外され、自分探しを模索している子ども、学校という集団生活に内在する規範や規律から逸脱した子どもは、DSM-IV や ICD-10 の診断基準と照合され、注意欠陥/多動性障害という診断を受ける。ときに、違和や異質を呈する子どもは反抗挑戦性障害や行為障害と診断される。自己の一部がネガティブに評価されたことで、自己の全てが否定されているように感じさせたりする。

ここで述べたいことは、その子どもに負わせた注意欠陥/多動性障害が過剰診断になっていないかを考えることである。実は、注意欠陥/多動性障害の原因は解明されていないので、診断の適否は誰にもわからない。それにも拘わらず、診断の妥当性 (過剰診断のこと) を問題視していることは、授業を妨げ、友だちと諍いを起こし、教師にとって扱いに困る子どもである



ので、教師としての体面を保つために診断が利用されることを避けるためである。率直に言えば、某教師から「子どもが勉強できなくても私は困らない。しかし、授業が妨害されるので私は困っている」と相談されたことがある。残念なことに、困っている現状を少しでも改めるために、診断の有無に拘わらず、その教師がどのように状況を捉えて何をすればよいかということではなかった。いいかえれば、学校の在り方に応じて逸脱や違和の析出度が異なり、過剰診断の誘発要因として作用していることが懸念される。また、個別に対応すれば、短時間であるが子どもは課題に集中できたことがあるはずだと言っても、「集団に適応できないことが問題だ」と教師は冷ややかに断言した。障害をもつ者を能力や適性で劣っていると捉えて、子どもに多くを期待していない。一人の子どもの発達可能性の開花は日々の小さな成功（達成感）を積みあげた所産である。

注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは、常に新しい体験を求め、周囲に目を配り、好奇心に満ちた子どもと理解すべきである (Jensen et al., 1997)。このような特性は農耕民族では個人不適応や集団不適応をもたらして、自己評価を低下させる一因になる。しかも、その子どもは他人の評価に過敏であるがゆえに苦しめられ、傷つけられている。あるいは、友だちと自分はどこか違うと違和感をもち、自己を過大に評価して尊大に振るまえば、挫折感を実感する機会が増えてさらに苦しめられるだろう (Fowler, 1990)。このようにして低下した自己評価を高めさせる (自己評価を回復させる) 対処法などは後述する。

## II 注意欠陥／多動性障害の定義と症状、下位分類

注意欠陥／多動性障害の有病率は、アメリカの小学校児童年齢人口の3～5% (APA, 1994; Barkley, 1998)、3～11% (Zametkin et al., 1998) と報告されている。また、1980年代に報告さ

れた疫学研究に基づいて、注意の障害だけをもつ子どもは1～1.5%、多動を伴う注意の障害をもつ子どもは6～17%と報告されている (Schachar, 1991)。

性比に関して、Barkley (1998) は男子優位 (男：女=6：1) と推定している。この推定には、多動は男子に多いことに加えて、理由は不明であるが不注意優勢型は女子優位であり (Solden, 1995)、女子に多い不注意優勢型は気づかれにくいことが関係している。

### 1 注意欠陥／多動性障害の定義

DSM-III (APA, 1980) で注意障害概念が提唱されたことを考慮すれば、DSMに基づいて注意欠陥／多動性障害を定義することができる。この例に、「注意持続の欠如もしくは、その子どもの年齢や発達水準に期待されるよりも深刻な多動性や衝動性、あるいはその両方が特徴である」 (Sadock & Sadock, Eds., 井上・四宮監訳, 2004, pp.1312-1320) がある。

念のために述べるが、注意欠陥／多動性障害は“均質的な” (ほぼ一様な症状を呈して、共通する原因による) 臨床単位でなく、①単独で発現したり、②知的障害に合併したり、③他の医学・生物学的な疾患にみられたりする包括的な臨床単位である (Schachar, 1991)。つまり、「経験的に、注意の障害はさまざまな障害に共通してみられる症状であるという考えが認識されていない」 (Rutter, 1982) といわれている。たとえば、③項の例に、甲状腺機能低下症は注意の障害、甲状腺機能亢進症は精神運動興奮や焦燥感などを惹起することがある (水野, 1993)。また、気管支喘息 (アレルギー体質) に伴う喘息発作の重積や体調不良が焦燥感やイライラ感の傾向を強めさせることもあるだろう。このような原因疾患に伴う神経系障害が注意欠陥／多動性障害と類似した症状をもたらす可能性があることを理解しておくべきである。

## 2 注意欠陥／多動性障害の症状

注意欠陥／多動性障害の症状は、次の 4 群に類別することができる。

- 中核症状：注意の障害、多動、衝動性
- 併存症：学習障害（読字障害や書字障害）、発達性協調運動障害、破壊的行動障害
- 合併症状：トゥレット障害、強迫性障害、不安障害など
- 二次性症状：学習遅延、不適切な交友関係など

遺伝学からの借用であるが“表現度”の違いや“多面発現”がみられることに加えて、多動や衝動性、不器用、自己評価の低下などが影響を及ぼし、注意欠陥／多動性障害と診断される子どもの症状は実に多彩であり、その障害程度は一定していない。

たとえば、アメリカで注意欠陥／多動性障害をもつ子どもの学業に関する問題は、学業で能力不足の者 90%、規定の成績に達しない者 90%、読字障害 20%、書字障害か綴字障害 60%、中途退学 30%、4 年制大学での学位取得率 5% と報告されたことである (Munden & Arcelus, 1999)。これらの学業に関する調査結果は、学習障害との併存率よりも高率であることから、たび重なる失敗経験により、課題や作業に取り組む意欲が低下したことによる二次性の学習遅延について考慮する必要があることを明示している。

また、発達性協調運動障害に併存することがある。この場合、子ども自身は稚拙な協調運動（不器用であること）に気づいて自己評価を低下させ、あきらめたり、どうでもいいと投げやりになったりして、注意の障害や衝動性を呈することが考えられる。

## 3 注意の障害（不注意）

注意の障害と一言で述べても、課題にとりかかれない（焦点を定められない）、違った課題に取り組めない（選択できない）、こだわる（注意を移せない）、あきる（注意を持続できな

い）、注意がそれる（気を紛らわすものに抵抗できない）といったようにさまざまに表現される。すなわち、①注意の分散、②注意の集中、③注意の持続の内、どの障害を指すかは明らかでない。①項は複数の情報を同時に処理すること、②項は特定の情報に対する注意を高める一方、不必要な注意を抑制すること、③項は長い時間にわたって注意を集中することをいう。本稿では、このような多様な症状を、注意の障害ないし不注意と表記している。なお、不注意という用語を、ほんやりして課題にとりかかれない特定の状態（不注意優勢型）を表すために使用している場合があることを断っておきたい。

Wender & Shader（文元・永田訳, 1995）は、注意の障害を次の 5 点に要約している。

- 注意を持続させることが困難である。このため、やり始めた課題や作業を最後まで終えることができない。あるいは、計画的に課題に取り組むことができない。
- 焦点を絞り、選択的に（すなわち集中的に）注意を維持することができない。
- 言いつけられたことをしばしば忘れる。
- ひどく気が散りやすく、注意の集中を欠き、または神経過敏である。すなわち、このような子どもはそわそわとして落ちつきがなく、あることをしていたと思うとすぐ別のことを始める。
- 非構造的な状況下にある場合、やり始めた課題や作業が自主的な機能や行動を必要とする場合、注意の障害はさらに悪化する。保護者や教師は口をそろえて、その子が遊ぶときも勉強するときも 1 つのことをやり通せないと訴える。たとえば、彼／彼女の好きな 30 分のテレビ番組でさえ、最後まで座って視聴することができない。

### (1) 注意の喚起性と固執性

我々が生活する環境は膨大な刺激に満ちあふれている。多くの情報を同時に処理し、その情報処理の矛盾する結果によって動けなくなるこ

とを避けるために、正確な選択が必要となる。選択は、入力と出力の2つのレベルで行われている。ここで問題になるのは、入力を選択（つまり、選択的注意）である。選択的注意は、適切な反応を導く一方、目標となる（外界の）刺激や対象をきわだたせて、弁別性の低い地に対する図となるようにする働きがある（Kinsbourne, 河内訳, 1998）。いいかえれば、選択的注意には、喚起性、固執性（または固着性）という2つの側面がある（西谷, 1979）。

注意の喚起性は、注意の転導性という別名で呼ばれることがある。すなわち、外界の刺激や対象に対して注意を向けることをいう。たとえば、部屋に誰かが入ってきたときに、その人に気づいて注意を向けることが該当する。これが障害されれば、注意を向けている刺激や対象から注意を解放して、他の刺激や対象に注意を移すことができなくなる。

注意の固執性は、特定の刺激や対象に対して注意を持続し続けることをいう。この障害によって、異なった2つ以上の概念表象に注意を分散することができなくなる。概念表象という用語は特定の感覚モダリティに依存しない抽象的な表象の形式をいう。

表2に示すように、普通の子どもは注意の喚起性も固執性も高い状態にある。しかし、注意の喚起性と固執性は相反する性質を示して、①注意の喚起性は低いが高固執性が高い場合も、②喚起性が高く固執性が低い場合もある。①項の注意の喚起性は低いが高固執性が高い状態は、注意の減退と呼ばれている。一方、②項の注意の喚起性は高いが高固執性が低い状態は、注意の散漫と称されている。さらに、③注意の喚起性も固執性も低い状態を、注

意の低下という。①項と②項は（注意欠陥／多動性障害の下位分類である）多動性－衝動性優性型、③項は不注意優勢型でみられる。

#### 4 多動

多動とは、年齢相当の正常な基準よりも日常的な運動活動量が著しく多いことを意味する（Werry, 1968）。しかし後述するように、著しく多いと判断することは極めてむずかしい（Schain, 1977）。別の観点から述べれば、多動は、①徘徊、②移動性多動（別名、離席性多動）、③静坐不能（アカンジア）の3つに類別されている。これらの内、②項と③項が注意欠陥／多動性障害の中核症状としての多動である。②項はDSM-IV-TRに記載された粗大運動と同義であり、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもにみられる典型的な多動をいう。③項はエコモノ脳炎後遺症の症状として報告されたが、青年期や成人期に特徴的な多動性である。本稿では、多動という表記を主に②項の意味で用いている。

##### (1) 徘徊

徘徊は、通常、あてもなく、あちこちを歩きまわることを行い、アルツハイマ病において、焦燥と共に長期間にわたって認められる症状である。徘徊には事故に遭遇する恐れもあり、事故を防ぐために1日中の付き添いも必要となるため、介助者を含む家族に大きな負担をかける。第三者にとって徘徊の目的は理解しがたいことも多いが、用事があって忙しい、過去に長く居住していた家に帰る、職場に行く、トイレを探しているなど、当事者にはそれなりの理由があることが多い。あるいは、場所の見当識障害のために自宅の場所を思いだせないか、現在の居場所などを認識できないことが徘徊の原因であることも考えられる。

後者の稀な事例に、強直間代発作の発作後もうろうろ状態（通常、5～15分程度）がある。某小学校の「終わりの会」において子どもが強直間代発作をひき起こしたが、何事もなく発作が

表2 注意の障害の類型 [西谷 (1979) からの作図]

	正常	注意の減退	注意の散漫	注意の低下
喚起性	高い	低い	高い	低い
固着性	高い	高い	低い	低い
備考		多動性－衝動性優性型		不注意優性型

終了し、通常の清明な意識状態に戻ったようにみえたので、帰り支度をしている子どもに注意を与えて帰宅させた。しかし、その日の夕方に保護者から子どもが帰っていないという連絡があった。担任などが総出で近辺を探索したが、20 時過ぎに 40km ほど離れた警察から子どもを保護しているという連絡が入った。たまたま、子どもが清明な意識状態にあるようにみえても、発作後もうろう状態 (三好, 1994) によって場所の見当識障害を起こしていた。校門を出ても通学路がわからずに徘徊したのである。このときの基本的な対応は、発作終了から 15 分程度、子どもから担任が目を見離さないことである。

注意欠陥／多動性障害は場所の見当識障害を起こさないで、徘徊はみられない。それでも、子どもが徘徊を示せば神経内科や神経科の受診を勧めて、医師の助言や指示に従うべきである。徘徊に関して、教師ができることは限られている (注. 上記の発作後もうろう状態に伴う稀な事例を除く)。

## (2) 移動性多動

注意欠陥／多動性障害において、多動といえば移動性多動を指す。この典型例は、着席して授業を受けることができずに離席して教室内外を歩きまわったり、立ったり座ったり、高所に登ったりすることである。

移動性多動は、①状況性多動、②全般性多動に大別されている (Schachar, 1991)。①項は、特定の状況に限定された多動である。特に学校でめだち、学習遅延を伴うことが多い。②項の軽症型と捉えることもできるが、主として反応性の障害であり、社会的・経済的に不利な条件にある子どもに生じやすい。一方、②項は 2 つ以上の状況でみられる多動である。念のために述べるが、DSM-IV の診断基準を用いる場合、1 つの場面 (状況) だけで観察される多動は“多動”と診断されない。

一部の子どもがなぜ多動であるのかについて、O'Malley & Eisenberg (1973) は次のよう

に考察している。すなわち、普通の子どもは合目的的に振るまうことを学習するが、多動な子どもはそれを学習できない。たとえば、疲れているときや、教会に無理に連れて行かれたときや、観劇などの保護者の活動に無理に参加させられたときに、普通の子どもであっても多動になることがある。すなわち、興味がなく面白くないような状況では、多動でまとまりのない行動を示す。それでも、普通の子どもは 6~7 歳頃までにその状況にあわせて興味を見つけ、我慢できるようになる。しかし、多動といわれる子どもはこの柔軟性に欠け、我慢することができない。たとえば、普通の子どもが興味に欠けるテレビを見ている、これから面白くなるだろうという期待をもって見続けることができる。一方、多動な子どもは“今”面白くなければ見続けられないことがある。このことは、欲求不満耐性の低さが多動の根底にあることを示唆する。

また、多動な子どもは常に活動性が亢進した状態にあることを予想させるが、ほぼ正常範囲の活動性であることも、活動性が低いことも、活動性が変動する (多動であったり、寡動であったりする) こともある。つまり、多動な子どもであっても常に多動であるわけではなく、基本的に状況依存的である。たとえば、担任が替われば多動が目立たなくなると (目立つようになる) ことがある。あるいは、むやみに動かなくなっても、友だちが騒げば一緒になって騒ぐことがある (中根, 1996)。また、本人が興味・関心をもつ課題に取り組んでいるときや個別的に対応されるときは落ちついた素直な態度をとることができる。特に、周囲の間違った対応が多動を強化していることに留意する必要がある。たとえば、教室から逃げだした子どもは教師の目の届く場所に居ることが多い。教室に戻すために教師が子どもを追いかければ、教師に追いかけるように逃げる傾向がある。この場合、子どもを追跡すること (つまり、教師を“独占”できること) が強化刺激として機能

していることが考えられる。一例を挙げれば、教室から A 児が出ていき、板書をしている教師の目端に A 児の居場所が見えた。A 児を教室に戻さなければと思っていたときに、他の子どもが出来事を起こしたので、その対応に追われて、グラウンドの片隅に居る A 児のことは忘れた。騒ぎが収まって安堵したときに A 児のことを思いだして、グラウンドを見渡したが A 児は居なかった。教師が困ったなと思った瞬間、いつの間にか A 児は教室に戻っていて自分の席に座っていることに気づいたのである。

### (3) 静坐不能

静坐不能は、椅子に座っていても、膝をゆすったり、太股を触ったりして、身体のどこかを絶えず“そわそわ”や“もぞもぞ”と動かすことをいう。この落ちつきのなさは保護者や教師を悩ませるものでないが、子ども自身が椅子に座るのを避けたり、嫌ったりすることがある。また、落ちつきがない（落ちつかない）と同級生から中傷されたり、いじめたりすることもあるだろう。

この種の多動は英語で *fidgety* と表記されている。前述したように、注意欠陥／多動性障害（特に、多動性－衝動性優勢型）と診断された子どもの 50～80% が青年や成人になれば、もぞもぞ、ごそごそと表現される多動を示すようになる。たとえば、長時間のデスクワークを強いられたときに、成人患者の多くは緊張を自覚するといわれている。そこで、緊張感を解放するために、もぞもぞと動いたりボールペンをもて遊んだりするだけでなく、いくつかのことを同時に行ったり、別のことを唐突に始めたりすることがある（Resnick, 2000）。このため、デスクワークを避けたり、嫌ったりする傾向がある。

### (4) 加齢に伴う変化

Barkley (1995) は、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは行動を抑制する能力が遅れて発達すると述べている。いいかえれば、注意の障害は、子どもの行動抑制力ないし衝動性抑制力

の発達の遅れに起因すると考察している。これにより、思春期頃に移動性多動が軽快したり消失したりすることは理解できる。しかし、成人患者の多くは *fidgety* 型の多動を示すことが報告されているので、R. A. Barkley の指摘した行動抑制力や衝動性抑制力の発達が遅れていることだけでは、注意の障害について説明できない。

## 5 衝動性

衝動性は、気がつけば行動してしまっている（瞬間に支配されている）ことをいう。すなわち、“今、何をすればよいか、どうすればよいか”を考えずに、その子どもは思いついたまま行動することに不器用も加わり、ちぐはぐな動きになる。たとえば、思い通りにならないことがあれば、他の子どもを叩いたり突き飛ばしたりする。つまり、ソーシャルスキルを獲得していないわけではないが、このスキルを適応する間もなく、思いついたまま動くことによって友だちと諍いをひき起こす。特に、衝動性を示す子どもは騒ぎの渦中に居ることから、その子どもをトラブルメーカーとみなすことは間違っている。むしろ、好奇心に満ちて、周囲に気を配る子どもである（Jensen et al., 1997）。

その場の教師が気づかない程度の子どもの小さな諍いに衝動性を示す子どもは気づき、気づけば直ちに小さな諍いに飛んで行く。しかし、諍いを収拾できずに“火に油を注ぐ”かのよう（争っている子どもを小突いたりして）諍いを大きくする。そうなれば、教師も諍いに気づくが、衝動性を示す子どもは諍いの渦中に必ず見られることになる。

Wender & Shader (文元・永田訳, 1995) は、衝動性に関わる行動を次の 5 点に要約している。

- 適度な成績を取るための相応な努力をせず、学業を怠ける。
- 授業中に、しばしば順番を無視して発言したり、音をたてて騒いだりする。

- 他の子どもの活動や会話を妨害したり、邪魔したりする。
- ゲームや集団活動の際に、自分の順番を待つことができない。
- しばしば他の子どもとけんかする。けんかの原因は、サディスティックや意地悪でも、友だちと競っていることでもない。注意欠陥／多動性障害をもつ子どもの欲求不満耐性が低下していることに由来する。

衝動性の症状は加齢に伴って変化する。幼児期か小児期早期では失禁として発現する場合もある。小学校に入学すれば、周囲の意向と関係なく、本質的に自分の関心事に向かって突進するようになる。その行動を周囲の意向と関連づけてみれば、周囲の意向に反していることが多い。このような傾向をもつ子どもは待たされることが苦手である。

**6 注意欠陥／多動性障害の下位分類**

DSM-IV (APA, 1994) で、混合型、不注意優勢型、多動性－衝動性優勢型、特定不能の注意欠陥／多動性障害という 4 つの下位分類が提唱された。DSM-5 では、これらの下位分類は、混合型、不注意優勢型、多動性－衝動性優勢型と呼称されなくなった。

DSM-IV に基づいた下位分類別の頻度は、カナダ・トロントの診療所で注意欠陥／多動性障害と診断された子どもの場合 (3～17 歳、100 人：Lalonde et al., 1998)、混合型 78%、不注意優勢型 15%、多動性－衝動性優勢型 7% と報告された。学校に通学する子どもを教師が判別した場合 (3～18 歳、3006 人)、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは全体の 15.8% であったが、下位分類別の頻度は混合型 23%、

不注意優勢型 62%、多動性－衝動性優勢型 15% と報告された (Nolan et al., 2001)。調査方法が異なれば、結果は異なったが (混合型、不注意優勢型の頻度の違い)、どちらの報告が注意欠陥／多動性障害の実態に迫っているかは私には判断できない。また、7 歳までに我が子の障害に保護者が気づいた頻度は下位分類によって異なる。すなわち、混合型は 18%、不注意優勢型は 43%、多動性－衝動性優勢型はほぼ 100% と報告された (Applegate et al., 1997)。この結果は、小児期早期に保護者が気づく注意欠陥／多動性障害は多動性－衝動性優勢型にほぼ限られるが、小児期後半では混合型が多くなるという見解 (Barkley, 1988) を支持している。

次に、下位分類ごとの特徴を述べる (McBurnett, 1999；他)。その概要を表 3 に示す。

**(1) 混合型**

混合型は、注意欠陥／多動性障害の中核症状 (注意の障害、多動、衝動性) を呈するものをいう。つまり、不注意優勢型と多動性－衝動性優勢型の 2 つの特徴を有する。

**(2) 不注意優勢型**

不注意優勢型は注意散漫であるが、多動でない。いいかえれば、ほんやりとしていることが多く、白昼夢にふけている子ども day dreamer と形容される。この病態は不注意と表現される。すなわち、こうしたらすっきりすると思いつつも実行に移せない。やりかけた作業に飽きやすく、他のことに気が散るために整理整頓ができないし、忘れ物も多い (Solden, 1995)。また、学習すべきことを理解して記憶し、学ぶために努力することができない。この

表 3 注意欠陥／多動性障害の下位分類 (混合型、不注意優勢型、多動性－衝動性優勢型) の特徴

下位分類	注意の障害	多動・衝動性	問題行動	学習遅延
混合型	+ (注意の減退、注意の散漫)	+	+ (破壊的行動障害)	+
不注意優勢型	+ (注意の低下)			+
多動性－衝動性優勢型		+	+ (破壊的行動障害)	

ため、潜在的な学習能力があるにも拘わらず、学ぶ能力に乏しいと間違って評価されやすく、学習遅延を呈することが多い。

ともかく、他人に迷惑をかけないし、攻撃性に乏しいために周囲の人々から拒否されにくい。しかし、注意の集中が持続しないことから、友だちと遊べないので孤立しやすい。特に内向的な性格であれば、ますます孤立する。ときに我慢できないほどの孤独感に襲われることを本人は自覚しているが、周囲に気づかれていない。なお、精神医学領域では、白昼夢という用語は覚醒しているが願望充足の空想にふけることをいう（濱田，1998）。

### (3) 多動性－衝動性優勢型

多動性－衝動性優性型の場合、多動と衝動性（わがまま、欲求不満耐性の低さ）に自己評価の低下などが加わって適応障害をひき起こすことがある。すなわち、がまんできずに後先を考えずに行動する。ときには怒り、暴れる。また、ある状況や刺激に対して我々は何らかの意味を見出そうとするあまり、多動性－衝動性優勢型の子どもが他人を非難することを側聞すれば、その子どもは“反省”していないし、他人の評価を気にかけないと思ひ込む。しかし、普通の子どもの同じように、多動性－衝動性優勢型の子どもは過敏で、傷つきやすいのである。不注意優勢型と異なり、我慢できないことがあれば発散するタイプであるということができる。このため、周囲の人々から拒否されることが多い。自己評価を低下させるような経験がたび重なれば、その子どもはあきらめて自暴自虐的になり、問題行動（反抗挑戦性障害、行為障害）を起こしやすくなることが考えられる。

### (4) 特定不能の注意欠陥／多動性障害

特定不能の注意欠陥／多動性障害（DSM-IV）は、ICD-10では「他の多動性障害」（その臨床単位に含まれるが、診断基準に合致しないもの）、「多動性障害、特定不能」（その臨床単位に含まれるが、原因や症状に関する情報不足などのために明確に診断できないもの）に分けら

れている。DSM-IVでの特定不能の注意欠陥／多動性障害は「他の多動性障害」に相当する。次に、DSM-IVに記載されている例示を述べる。

○その症状や機能障害は「注意欠陥／多動性障害、不注意優勢型」の診断基準を満たすが、発病年齢が7歳以上である者（注. 不注意優勢型の診断年齢の上限は7歳）

○不注意を伴い、明らかな行動特性（ぼんやりしていること、白昼夢、活動性の低下）を呈するが、不注意優勢型の診断基準を完全に満たさない者

特定不能の注意欠陥／多動性障害と診断されたことで、注意欠陥／多動性障害の場合と同等の教育・療育・医療サービスを受けられないことがあれば問題である。特定できなくても注意欠陥／多動性障害であることに変わりはない。それゆえ、個別教育計画を作成して、特別な教育ニーズに応じた教育が提供されなければならないことはいうまでもない。

## Ⅲ 注意欠陥／多動性障害の併存症

### 1 発達性協調運動障害

発達性協調運動障害（略記. DCD）は、次のように定義することができる。

発達性協調運動障害は、IQ や身体的体格は正常か正常以上でありながら、通常の神経学的徴候によらずに協調運動の発達が著しく障害されているために、学業成績や日常生活がかなり妨害されていることをいう [APA (1994) を参考]。

発達性協調運動障害の先行研究は、1900年代初頭にイギリスで提唱された不器用子ども症候群である。また、エコモノ脳炎後遺症の症状の1つに不器用であることがある。この概念は脳損傷児を経て微細脳損傷／微細脳障害に継承されたが、微細脳障害概念は学習障害と行動障害に分割された。それゆえ、発達性協調運動障害は学習障害や注意欠陥／多動性障害の併存症であるとみなされている（Cantell et al., 1994； Dewey & Wall, 1997； Kadesjo & Gillberg,

1998; Losse et al., 1991; Rounsounis et al., 1987; Snow et al., 1988)。注意欠陥／多動性障害との併存関係に限定すれば、発達性協調運動障害をもつ子どもの約半数は注意欠陥／多動性障害を併存すると報告されている (Fox & Lent, 1996; Kadesjo & Gillberg, 1999)。たとえば、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもが転んだり、物にぶつかったり、鋏で紙をうまく切れなかったりすることがある。それでも、発達性協調運動障害を併存するためではなく、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは不注意や衝動性によって不器用な様相を呈することによるという意見もある (Cermak et al., 2002)。

発達性協調運動障害の類語に、不器用子ども症候群 (Abbie, et al., 1978; Arnheim & Sinclair, 1975; Cratty, 1994; Geuze & Kalverboer, 1990; Gubbay, 1975; Hall, 1988; Illingworth, 1963; Larkin & Hoare, 1992; Orton, 1937; Polatajko, 1999) 以外にも、発達性失行症 (Cermak, 1985; De Ajuriaguerra & Stambak, 1969; Denckla, 1984; Denckla & Roeltgen, 1992; Dewey, 1995; Miyahara & Mobs, 1995)、発達性失行失認症 (Walton et al., 1962)、発達性失行失認性運動失調 (Gubbay, 1975)、微細脳性麻痺 (Kong, 1963) などがあり、発達性協調運動障害概念の普及を妨げていた。そこで、1994年に国際コンセンサス会議 (カナダ・オンタリオ州) が開催されて用語に関する合意が形成され、発達性協調運動障害に統一された (Polatajko et al., 1995)。この用語採用の事由は、未だ明らかでない障害の原因に言及していないこと、DSM-III-R で採用されていることである。その際、不器用 *clumsiness*、生理的な運動下手 *physical awkwardness* という用語は簡潔で記述的であるが、侮蔑的な意味を含むために使用すべきでないといわれていた (Henderson & Hall, 1982; Polatajko, 1999; Taylor & McKinlay, 1979)。しかし、本稿では現象記述的な用語や歴史用語 (診断名) として不器用という用語を使用していることを断っておきたい。

次に、不器用子ども症候群の定義を述べる。すなわち、不器用子ども症候群の除外規定が定められているが、この除外規定は発達性協調運動障害にも適用されている。

不器用子ども症候群は、正常な身長・体重・骨格などと知能を有する一方、目的をもった技能的な運動障害を呈する。この障害は、一般的な神経学的徴候に起因するものではない。それゆえ、この除外規定に、失行症、不随意運動、虚弱、感覚喪失、脳性麻痺がある (Gubbay, 1989)。

また、発達性協調運動障害の特徴を述べる。

第 1 の特徴は、発達性協調運動障害に係る理解の欠如や不足により、子ども自身はやり遂げることを望み、努力しているにも拘わらず、「やればできるのに、やろうとしない」「やる気、根性を示せ」「体育と体育教師をバカにしている」などと叱責され罵倒されることが多いことである。

第 2 の特徴は、細かな作業を要する学習活動をうまくできないために教師から“なまけ者”と評価されたり、スポーツやゲームを苦手とすることが多いために友だちから中傷されたり、疎外されたりすることが多いことである (Causgrove-Dunn & Watkinson, 2002)。

第 3 の特徴に、たび重なる劣等感や挫折により、その子どもは自己評価を低下させて、いじけたり、かんしゃくを起こしたり、他人の要求や規則を無視したりするといった適応障害をひき起こすようになるといわれている。

第 4 の特徴に、発達性協調運動障害に特徴的な運動障害は観察されていないことがある。すなわち、協調運動、粗大運動や微細運動が全体的に障害されるわけではない。いいかえれば、ほぼ全ての運動や動作の遂行が妨げられていることはない。できないことは多いが、できることもある。たとえば、鋏は使えないが、ジグゾ・パズルに熱中できる。

第 5 の特徴に、スポーツの簡単なルールがわからないことがある。たとえば、野球において



打者走者は1塁に向かって走ることが理解できないといわれている。

さらに、発達性協調運動障害の症状は、次に述べるように年齢層によって異なる。

幼児期、小児期早期の症状は、這う、座る、立つ、歩くなどが遅れることである。

小児期早期以降では、粗大運動（例. 走る、片足で立つ、三輪車に乗る、投げる、蹴る）や、手指の巧緻性を要する微細運動（例. 紐を結ぶ、ボタンをはめる、ファスナをしめる、縫う、線を引く、なぞる、絵を描く、文字を書く）の障害が目立つようになる。このような動作に関わっていない手足に連合運動などが出現することがある。また、歩行が不安定になって自分の足を踏んだり、他の子どもを避けて通ろうとしてぶつかったり、物を掴めずにすぐに落としたりすることが多い。なお、連合運動は協調運動（ないし共同運動）と同義的に扱われることが多いが、随意運動に伴って生じる正常で不随意性の滑らかな運動をいう。この例に、歩行中の上肢の振りがある。

青年期、成人期では、書字感覚不全や変換運動障害を示したり、スポーツが苦手であったりする。これらの症状に加えて、スポーツが苦手であることから、社会適応が妨げられることが多い（Losse et al., 1991）。書字感覚不全は、手掌などに書かれた文字や図を認識する能力が妨げられていることをいう。変換運動障害（別名. 拮抗反応反復不全症）は協調運動障害の1つで、身体の一部のすばやい交代運動（例. 童謡「キラキラ星」での両肘関節の動きとしての回内運動、回外運動）が円滑にできないこという。

アメリカにおいて、発達性協調運動障害の有病率は学童の約5%と推定されている。また、男子優位（男：女=2~4:1）という報告が多いが、男子の運動遂行は女子の場合よりも詳しく調べられていることによるアーチファクトの可能性もある（Sadock & Sadock, Eds., 井上・四宮監訳, 2004, pp.1279-1282）。我が国の有病

率は不明である。

## 2 破壊的行動障害

破壊的行動障害（略記. DBD）は、反抗挑戦性障害（略記. ODD）、行為障害（略記. CD）をいい、成人期の障害である反社会性人格障害（略記. APD）を含む。反抗挑戦性障害や行為障害、注意欠陥／多動性障害、学習障害はそれぞれ独立した臨床単位であるにも拘わらず、注意欠陥／多動性障害や学習障害をもつ子どもは反抗挑戦性障害や行為障害と診断されることがある（Loney & Milich, 1982）。たとえば、注意欠陥／多動性障害と診断された子どもを対象とした4年間の追跡調査によれば、65%が反抗挑戦性障害、22%が行為障害を併存したことが報告されている。行為障害の場合、社会適応の障害や薬物乱用を示すことが多い（Biederman et al., 1996 b）。破壊的行動障害の原因が解明されていない現状では、思春期以降の行為障害に対して有効な治療法はないといわれている。診断と治療は医師の責務であるが、破壊的行動障害マーチ（Abikoff et al., 2002；詳細は後述）に陥らないように予防に努める必要がある。その予防法は、端的に言えば、傷つき、低下した自己評価を回復させるということになる。たとえば、注意欠陥／多動性障害や学習障害をもつ子どもの自立にとって必要なことは、「障害のことをカミングアウトしなかった人々を含めて、自分には障害があることから目を逸らさず、自分に正直」（Brown, 2000）なことであるといわれている。

下位分類別の併存率に関して、混合型では反抗挑戦性障害85%、行為障害8%、不注意優勢型では反抗挑戦性障害33%、行為障害0%、多動性-衝動性優勢型では反抗挑戦性障害100%、行為障害57%と報告された（Lalonde et al., 1998）。特に、不注意優勢型での併存率が低いことは、この下位分類は女子が多く、抑圧や絶望を生じやすいが、攻撃性に乏しいと解釈されている（Brown et al., 1991）ことが関係し

ている。

注意欠陥／多動性障害や学習障害と破壊的行動障害の併存は神経生物学的要因に帰せられる (Sadock & Sadock, Eds., 井上・四宮 監訳, 2004, pp.1321-1329)。神経生物学的要因という用語が具体的に何を意味するかは、注意欠陥／多動性障害や学習障害の原因が特定されていないこともあって不明である。つまり、注意欠陥／多動性障害や学習障害、破壊的行動障害の間に共通の原因が認められるか否かが検討されている (Hinshaw, 1987)。その一方で、児童虐待やネグレクトを受けた子ども、劣悪な環境で育った子ども、アルコール依存症や薬物乱用などの保護者に育てられた子どもが破壊的行動障害をひき起こすことがある。つまり、注意欠陥／多動性障害や学習障害と診断された子どもの場合と、そうでない子どもの場合で、破壊的行動障害をもたらす要因が異なることを明記しておきたい。

反抗挑戦性障害の特徴は教護・触法行為を含まないことである。一方、行為障害は教護・触法行為を含む。それゆえ、反抗挑戦性障害は行為障害の前駆症状とみなされ、不服従や反抗、敵意、拒絶の程度は他人の権利を深刻に侵すほどひどくない。いいかえれば、行為障害は司法行政的な用語である非行に相当し、人や動物に対する攻撃性、他人の所有物の破損、虚言、盗み、重大な規則違反に細分されている (APA, 1994)。

これらの既往をもつ子どもが成人すれば、反社会性人格障害を示すことがある。すなわち、「反抗挑戦性障害→行為障害→反社会性人格障害」の順に症状は変化する。この変化は、アレルギー体質にある乳児が成長するにつれて症状が異なって発現すること (乳児期のアトピー性皮膚炎→小児期のアレルギー性気管支炎→思春期以降のアレルギー性鼻炎) に倣って、破壊的行動障害マーチ (Abikoff et al., 2002) と呼ばれている。念のために述べるが、反抗挑戦性障害と行為障害の二重診断を受ける子どもも、反社会性人格

障害は成人期の障害であるので反社会性人格障害と診断される子どもも存在しない。

なお、教護も触法行為も児童相談所が管轄するが、教護は家出などや法律に抵触しない程度の逸脱行為、触法行為は法律に抵触して、児童相談所に警察から通告されるものをいう。少年法に基づく司法関係機関では、逸脱行為は虞犯 (将来、罪を犯す恐れがあると判断されるもの)、触法行為は犯罪行為と呼ばれている。また、犯罪行為者は犯罪少年と触法少年に分けられる。犯罪少年は 14 歳 (刑事責任年齢) 以上、20 歳未満の者をいう一方、触法少年は 14 歳未満で、刑法上の責任を問われない者をいう。現在では、おおむね 12 歳以上であれば、児童相談所長か知事が送致すれば家庭裁判所で審判され、家庭裁判所が必要と認めれば第 4 種少年院 (少年院法第 4 条) に送致されることもある。

付言すれば、DSM-5 の翻訳本 (高橋・大野 監訳, 2014) で「Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders」は「秩序破壊的・衝動制御・素行障害群」と訳出されている。しかし、本稿では「破壊的行動・衝動制御・行為障害群」とした。つまり、disruptive という用語に“行動”を加えて意識した。この事由は、秩序破壊的が 1960 年代末から 1970 年代初頭の学園紛争で社会の耳目を集めた事柄を連想させるためである。“秩序破壊”となるような障害であるわけではない。また、conduct disorder は (これまでと同じく) 行為障害と訳した。この理由は既に述べたが (田巻ら, 2016 a)、素行という用語に“素行が悪い” (大辞林, 三省堂刊) という用例があるためである。ネガティブなステレオタイプを含意する用語を使用することにより、行為障害 (素行障害) をもつ子どもに対して本人の人格を不当に貶めるようなステイグマが付与される恐れがないとは限らない。その可能性の排除にできる限り努めることが我々に課せられていると考える。なお、attention deficit は注意欠如と訳されている。欠陥 (十全ナラヌコト: 新編大言海, 富山房刊) と

いう用語を避けるのであれば、欠如の語義（新編大言海、富山房刊）からみれば不適切で、注意欠性とでも表記することが考えられる。

### (1) 反抗挑戦性障害

反抗挑戦性障害の定義は、次の通りである。

反抗挑戦性障害は、他者、特に権威ある人物に対する反抗や敵対といったことが持続することをいう（Eddy, 2006；語尾を追記）。

反抗挑戦性障害は一般に9～10歳以下の子どもにみられ、非服従的で挑戦的な行動を特徴とする。この内容と程度は小児期のいたずらと比べれば悪質であるが、行為障害の場合よりも軽度である。すなわち、6ヵ月以上にわたって集団生活のルールや大人の権威に抵抗し、対人関係を対立状態にもちこみ、過度の不服従や反抗によって他人を故意にいらだたせる。また、欲求不満耐性が低く、すぐに感情を爆発させて怒りっぽく、他人の迷惑を考えずに行動し、自己の失敗を他人のせいにして非難することがある（大熊，1994）。特に、過干渉の母に反抗する傾向が強い。しかし、反抗挑戦性障害と診断された幼児が常に反抗し、乱暴であることはない。たとえば、初診面接において、落ちついた態度で医師や心理判定員の指示に従ったり、恥ずかしがって保護者にしがみつき、ほとんど喋らなかつたりすることがある（Eddy, 2006）。

反抗挑戦性障害の有病率は、2～16%と推定されている。また、女子よりも男子に多い。男子は、より敵対的、より持続的な反抗挑戦性障害を示す傾向が強い。女子の場合、行為障害にもあてはまるが、関係性攻撃を示す傾向がある（Crick & Grotpeter, 1995）。関係性攻撃は、主として親密な関係にある者に対して、いじめたり、脅迫したり、威嚇したりするように暴力（物理的強制力）をふるわずに危害を加えることをいう。

### (2) 行為障害

行為 conduct という用語は「倫理の原則に従って判断される」（ランダムハウス英和大辞典、小学館刊）という意味をもつ。行為障害は、次

のように定義されている。

行為障害は、明らかに他者の権利を損なったり、家庭、学校、及び／またはコミュニティの正当なルールを軽視したりするといったことが持続することをいう（Eddy, 2006；語尾を追記）。

行為障害は小児期と青年期にあらわれやすく、反抗挑戦性障害に比して、より重度の精神医学的な障害である。この基本的な特徴は、他人の人権、年齢相応の社会規範を侵害するような反復的・持続的な行動を示すことである。行為障害の具体例に、6ヵ月以上にわたって、他人を攻撃し、攻撃的に反応し、いばり、おどかし、威嚇し、けんかをし、武器を使って暴行し、危害を加え、人や動物を虐待し、公然と盗み、性的行為を強いることがある。また、夜遅くまでうろつき、外泊し、放火し、個人や公共の器物を破損し、他人の家に侵入し、嘘をつき、だまし、盗み、万引きをする。さらに、社会のルールや規則を公然と無視するか拒否し、学校の無断欠席や職場の欠勤（注. 13歳以前に学校を欠席していること）などもある（APA, 1994）。

行為障害は、次に述べる4つのサブタイプに分類されている（大熊，1994）。

- 行為障害：両親の愛情を喪失したことを子どもが感じたり、養父母への葛藤があったりするときにみられる。
- 単独の行為障害：親しい友だちがいないときにみられる。
- グループ化された行為障害：通常、怠学など問題をもつ仲間集団（非行集団）の中で反社会的行動の多くを学習し、仲間と一緒に問題行動をひき起こす。
- 反抗挑戦性障害（前出）

また、行為障害の発現時期によって小児期発病型、青年期発病型、行為障害の重症度によって軽度、中等度、重度に分類されている（APA, 1994）。

小児期発病型は、10歳以前に行為障害の診

断基準の 1 つ以上を満たすものをいう。多くの場合、男子優位で、他人に対して攻撃的で傷つけやすく、友だちとの関係が崩れやすい。また、思春期以前に行為障害として診断される(診断基準を満たす)。すなわち、行為障害の症状は持続してあらわれることが多く、反社会性人格障害に移行しやすい。

青年期発病型は、10 歳以前に行為障害がみられなかったものをいう。多くの場合、攻撃性を示さず、仲間関係はしばしば正常である。すなわち、青年期発病型の行為障害は持続しにくく、反社会性人格障害に移行しにくい。

軽度の行為障害は、行為障害の診断基準を満たしているが、他人に与える影響の程度や内容が比較的軽微とみなされるものをいう。この例に、虚言、怠学、徘徊、保護者に無断の夜間外出などがある。

中等度の行為障害は、他人に与える影響の程度や内容が軽度と重度の行為障害の間であるものをいう。この例に、被害者が居ないときに盗むこと、他人の所有物を(放火以外で)破損することなどがある。

重度の行為障害は、他人に対して相当程度の危害を加える(与える)ことをいう。たとえば、被害者の目の前で盗むこと(例、ひったくり、強奪)、性的行為を強要すること、武器を用いて他人や動物を威嚇するか危害を加えること、破壊と家屋への侵入などがある。

行為障害の有病率に関して、18 歳以下の年齢人口で男子は 6~16%、女子は 2~9% と推定されている (APA, 1994)。粗暴な行為障害は男子に多い。女子の教護・触法行為は隠蔽されなくなったことから、女子の行為障害は増加傾向にある。また、児童自立支援施設(旧称、教護院)の入所児童の内、約 80% は行為障害の診断を受けている(原田, 2001)。アメリカの疫学研究によれば(Eddy, 2006)、年齢層ごとの有病率は次のように変化する。すなわち、男子小学生の有病率は 7%、女子小学生では 2%、男子中学生では 3~16%、女子中学

生では 2~10%、男子と女子の高校生では 4~15% と報告された。

### (3) 社会性人格障害

反社会性人格障害の定義は、次の通りである。

反社会性人格障害は、青年期と成人期を通じて社会的規範に従う能力の欠如を指す。継続的な反社会的行動や犯罪行動によって特徴づけられるが、犯罪性と同義語ではない (Sadock & Sadock, Eds., 井上・四宮監訳, 2004, pp.869-873)。

前述したように、少年期後期の行為障害が持続すれば、成人期に反社会性人格障害と診断されるリスクが高くなる。このリスクは、約 40~75% と推定されている。しかし、反社会性人格障害の診断基準を満たさなければ、行為障害と診断される。すなわち、1 人の成人が反社会性人格障害と行為障害の二重診断を受けることはない。

反社会性人格障害は、犯罪にあたる反社会的行動や不法行為を示す障害である。人格障害という用語は性格の著しい偏りと定義され、本人の生き方が周囲の人々と著しく変わっているために、本人とその家族、社会が悩むことになる状態と述べることができる。それゆえ、反社会性人格障害をもつ成人が罪を犯したとしても、犯罪という結果を招来するような人格(例、暴力的な人格)であると捉えることは間違っている。また、人格の障害であるがゆえに、症状は固定的である(絶えず罪を犯すような人格である)と誤解してはならない。状況に応じて症状は変化する。

小児期後期の行為障害が成人期の反社会性人格障害に移行することから、反社会性人格障害をもつ成人は、次のような既往をもつことが多い (Eddy, 2006)。

- 行為障害は小児期発病型であること
- 多動的、衝動的、及び/または不注意な行動を示すこと(例、注意を持続できなかったり、授業中に動きまわったりするような

こと)

- 異なった種類の多くの反社会的行動を示すこと (例. 虚言、あざけり、盗み)
- 反社会的行動の頻度は高率であること (例. 頻繁にけんかをすること)
- さまざまな場面で反社会的行動を示すこと (例. 家庭、学校、地域の遊び場でケンカをすること)

反社会性人格障害の症状に、嘘をつくこと、学業や仕事を怠けること、家出、盗み、けんか、薬物乱用やアルコール依存症などが例示されている。これらの内、一部の症状は反抗挑戦性障害や行為障害でもみられたり、気分障害などを合併したりする場合もある。また、反社会性人格障害は慢性的に経過するが、30歳代までに病状は軽くなるか寛解する。特に、犯罪行為(薬物乱用を含む)の頻度は低下する(APA, 1994)。

反社会性人格障害の有病率は、男子で約3%、女子で約1%と推定されている(APA, 1994)。男子に多いことは、攻撃性の診断項目が強調されていることによる。なお、薬物乱用治療施設や刑務所などの入所者は反社会性人格障害と診断されることが多い。

#### IV 注意欠陥／多動性障害の合併症状

##### 1 トウレット障害

トウレット障害に伴う問題は、注意欠陥／多動性障害の13～54%に合併することである(Comings & Comings, 1998; Robertson, 1989)。トウレット障害(別称. ジルドウラー-トウレット症候群)は、単発性か多発性の音声チック、複雑運動チックを合併したチック障害をいい、成人期まで持続する難治性であることが多い(太田, 1998)。これらのチックは1日に何回も起こり、1年以上にわたって間歇的にあらわれる。つまり、寛解と増悪をくり返して、チックの出現部位や頻度、症状の複雑性、重症度は変動する。ただし、音声チックと運動チックは同じ時期に起こらなくても、現在はどちらか

のチックが起こっていなくてもよい。通常、音声チックは運動チックよりも遅れて発現する。

一般に、運動チックの出現年齢は2～13歳、好発年齢は7歳頃である。主に片側の顔面(例. まばたきをする、口唇をなめる、顔をしかめる)か肩胛帯・上肢(例. 肩をすぼめる)に起こるが、例外的に反対側の肩胛帯・上肢にも生じることがある。下肢に波及すれば跳躍する。また、反響動作、コプロプラキシアを示すことがある。一方、音声チックは不明瞭な叫び声から始まり、爆発的で反復的な発声をしたり、咳払いをしたり、ブツブツ言ったりすることである。ときに反復言語や反響言語を示す。11歳頃までに汚言症を併発することが多い。汚言症の頻度は30～60%程度と報告されている(太田, 1998)。周囲の人々は、汚い言葉などを言う直前に子どもが無表情になることに気づいて、違和感を感じたり驚いたりすることがある。また音声チックの発現と同じ時期かやや先行して、子どもが強迫観念を訴えることが多い。睡眠障害は10歳以降にあらわれる(瀬川, 2002)。さらに脳波異常が観察されている(Feild et al., 1966)。

トウレット障害の有病率は約4～5/10,000と推定されている(APA, 1994)。また、男子優位(男:女=1.5～3:1)である。近年、この病原遺伝子は、異論があるが18番染色体(遺伝子座 18p22.1: Donnai, 1987)に局在することが報告された。この場合、遺伝様式は常染色体優性遺伝である。しかし、男性優位であり、半数程度が注意欠陥／多動性障害に合併することなどから、ポリジーン遺伝病あるいは表現模写の可能性がある。この治療は精神療法と薬物療法(主に、三環系抗うつ薬)を併用されることが多い。

念のために述べるが、チックという用語は、本人の意思によらない突発的、非律動的、常同的で反復する筋収縮を総称する。反響動作は、他人、コマーシャルの人物や人形などの動きを“抵抗しがたく”模倣することをいう。コプロ

プラキシアは、猥褻な動作を“抵抗しがたく”反復することをいう。汚言症は、汚い言葉(例. ウンコ、バカ、死ね)や猥褻な言葉を、言っただけでいけないと思うからこそ、言ってしまうことをいう。また、トゥレット障害での反復言語は本人が発した語や音を“抵抗しがたく”反復することをいう。反響言語は、他人が言った語や文言を“抵抗しがたく”反復することをいう。

## 2 強迫性障害

強迫という用語は「自発的に繰り返される行為や想起される観念」(新井, 2002)を意味する。それゆえ、強迫性障害(略記. OCD)は、強迫観念(別名. 強迫思考)や強迫行為などの強迫症状を主症状とし、患者に強い苦痛や不安をもたらして社会活動や対人関係を著しく妨げること( Rapoport, 1991)。なお、除外規定があり、一般身体疾患における不安障害や薬物乱用などに起因するものは除かれる。

強迫観念は、患者自身の意思に反して何度も出現して精神活動を強く束縛する。この例に、不潔を恐れる不潔恐怖(例. 握手で手が汚れたと考えること)、反復する疑惑(例. 交通事故で誰かを傷つけたと心配すること)、特定の順番や対称性にこだわる欲求(例. 物が乱雑になっていた、非対称的になっていた、非対称的になっていたときの強い苦痛)、攻撃的・反道徳的な衝動(例. 赤ちゃんを窓から放り投げる、人前で猥褻な言葉を大声で叫ぶこと)、性的な空想(例. 脳裏に浮かぶ猥褻な絵)などがある(APA, 1994)。これらの観念や衝動は日常生活と遊離しているだけでなく、日常生活での心配事との関連性に乏しい。

強迫行為は、強迫観念を感じて、非合理的で馬鹿げていると思っても常同的な行動として駆りたてられるものをいう。受け入れられない観念や衝動、欲望を避けるために、無意識の機制として強迫行為が生起すると考えられている。たとえば、物に触って手が汚れたという不

潔恐怖によって皮膚が剥けるまで手を洗うことがある。また、強迫行為の遂行が妨害されれば、不安や苦痛が引き起こされる。強迫症状が重度になれば、10歳代以降に睡眠障害(例. 覚醒-睡眠リズムの乱れ)となり、不登校の原因になる(瀬川, 2002)。

成人患者の場合、強迫症状は非現実的であり、過剰な反応であることを認識しているといわれている。それにも拘わらず強迫症状に迫られ、追いつめられていることが強迫性障害の病態である。注意欠陥/多動性障害との関連性は、強迫観念によって不注意となり、読み書きや計算などの注意の持続を必要とする認知的な課題を効率的に遂行できなくなる可能性があることである。すなわち、心的外傷をこうむった人は、その記憶にまつわる痛みから逃れ、耐えがたいものから自己を防衛するために解離反応をひき起こすことがある。いいかえれば、心的外傷から派生する解離反応は注意の障害による症状と類似することがあり、解離反応と不注意による症状を混同しないように留意する必要がある(Hallowell & Ratey, 1995)。なお、10歳頃までの子どもが患者であれば、十分な認知能力を欠くために強迫症状は非現実的であると判断できないこと、強迫観念における体験内容を適切に言語表現できないことから、その子どもの言動は周囲の人々に奇異に感じられることが多い。しかし、子どもの強迫的傾向が精神科的問題として扱われることは稀である。

小児期と青年期における強迫性障害の有病率は1.9%程度であるが、僅かな患者しか精神科を受診しないとされている(Whitaker et al., 1990)、注意欠陥/多動性障害との合併率は20~40%と推定されている(新井, 2002)。青年期以降の治療法に、精神療法(主に森田療法)と薬物療法(第1選択薬はクロミプラミン)の併用、行動療法(系統的脱感作法、バイオフィードバック法)などがある。

なお、心的外傷(別称. 心的トラウマ)という用語は、極度に感情的に傷ついた出来事、許

容範囲を超えた肉体的苦痛を伴う出来事（災害を含む）などの陽性外傷、ネグレクトなどの陰性外傷（あるべきものがなかったことによる耐えがたい体験）をいう。心的外傷は強迫性障害、解離性障害、感覚の鈍麻か過覚醒、記憶のフラッシュバックなどをひき起こす。また、多くの精神疾患（例、外傷後ストレス障害）の原因となることがある。

解離反応は、解決困難な葛藤に陥ったとき、それにまつわる観念や感情を関与しない精神の部分から切り離して、自我同一性、記憶、感情、身体運動のコントロールとの間の正常な統合が全面的か部分的に失われることをいう。

森田療法とは、1920年代に森田正馬によって始められた神経症患者に対する精神療法の一技法をいう。患者は自己の症状（気分）にとらわれて何かをしようとすればするほど症状がひどくなると考えられ、症状へのとらわれを断ち切るために治そうと思わずに、自己の症状を“あるがまま”受け入れるように訓練される（西丸、1992）。

### 3 不安障害

不安（漠然とした未分化な恐れや感情）や恐怖（不安がはっきりとした外的対象と結びついたもの）をもたずに生涯を終えることのできる人間は存在しない。小学校に入学するときや病気に罹ったときなどでは誰でも不安である。これらは正常な不安であり、これを克服してそれぞれの人生が切り拓かれている。

不安障害は、たとえば恥ずかしい思いをするかも知れない状況に対する顕著で持続的な恐怖や、そのような状況に遭遇するだろうという持続的な予期不安によって、日常生活や社会生活が著しく妨げられていること、苦痛を感じていることをいう。この障害をもつ青年や成人は恐怖や予期不安は過剰で不合理であることを認識しているが、子どもの場合は認識していないこともある（APA、1994）。前述した生活の著しい障害や苦痛は発達障害をもつことなどによっ

ては説明できない場合に限られる。また、正常な不安によって生活が一過性に妨げられることは不安障害でない。しかし、強迫性障害は強迫観念（著しい不安や苦痛を生じさせる）、強迫行為（不安を和らげるために行われる）のどちらか一方、あるいは強迫観念と強迫行為がみられることから、強迫性障害は不安障害に含まれる。

幼い子どもの不安障害を診断することは困難である。確かに、幼児は泣いたり、眠れなかったり、落ちつきがなかったりして混乱状態にあることは理解できる。しかし、年長の子どもの場合と同質の不安や恐怖から派生するものであるか否かはわからない。たとえば、不機嫌さは空腹、不快、身体疾患、家族内の緊張などによることもある。また、子どもの不安障害は本人以上に家族や周囲の人々を悩ませることが多い（Hallowell、1996）。それでも、成人期の不安障害と比べれば、慢性化しにくいといわれている。すなわち、子どもの不安障害は予後良好であることが多く、寛解することがある（Barker、1955）。

ここでの問題は、心配や恐れのために、不安障害をもつ子どもであっても注意の固執性ないし注意の転導性が妨げられる可能性があることである。このため、特定の作業を続けることができなかつたりする。あるいは、落ちつきなく身体を動かしたりすることもある。治療法が異なるので、注意欠陥／多動性障害との鑑別が必要な場合もある。

一般に不安障害の有病率は4.1～6.6%と推定されている（Brawman-Mintzer & Lydiard、1996；Kessler et al.、1994）。また、カウンセリングや薬物療法（例、選択的セロトニン再吸収阻害薬）などによって治療される。子どもの場合、安心させ、恐れを感じても恥ずかしく思わなくてもよいと伝え、失敗や困難を克服するように励まし、保護者や周囲の人々に助けを求めればよいと教えることが主眼となる（Hallowell、1996）。その際、子どもが不安に圧倒され

て受け身的かつ無気力になっていけば、家族(特に母)も巻き込まれて子どもと同じような状態に陥っていることが多い。このような場合、子どもや保護者があるがままに受け入れ、批判したり叱責したりすることは避けなければならない。

注意欠陥／多動性障害の 35% (Biederman et al., 1996 a)、自閉性障害の 17~74% (Tsai, 1996) に不安障害が合併する。注意欠陥／多動性障害と不安障害の二重診断をもつ子どもの場合、中枢刺激薬の投与による寛解は 1/3 程度である。

## V 注意欠陥／多動性障害をもつ 子どもの自己評価と自己評価の回復

一般に、注意欠陥／多動性障害の予後は、併存症としての学習障害や破壊的行動障害に依存する。たとえば、青年期の学業成績は子ども時代の学校教育における適応度と関係することがある。また、保護者の反社会的行動に関わることもあるが、子どもの多動性－衝動性優性型は反抗挑戦性障害を併存するといわれている。しかし、著しい多動を伴わずに反抗するだけの子どもは落ちつきをみせると報告されている (Fischer et al., 1993)。

### 1 自己評価

自己評価(別名、自尊感情)の発達は幼児期に始まり、生涯を通じて続く連続的な過程である。個人の価値を判断する絶対的な基準は存在しないが、幼児期と小児期の体験が大きく影響している。すなわち、あるがままに保護者から受容され、自己の行為が賞賛され、肯定的に支持されて、自由に振るまうことができるという安心感のもとで、乳児は健やかに成長する。幼児期に歩いたり、遊んだり、話せたりするようになれば、保護者や周囲の大人たちの反応を気にかけるようになる。小学校に入学すれば、子どもの社会的交際範囲は広がり、友だちや教師の態度や考えに影響されるようになる (Barker,

1995)。たとえば、友だちから信頼されたり、何らかの役割や目標を努力して達成したことが認められたりすれば、その子どもの自己評価は高くなる。すなわち、自己に関わる客観的情報とその情報の主観的評価が結びついて、その子どもは高い自己評価をもつことができるようになるといわれている (遠藤, 1992)。

これらのことを前提にして、注意欠陥／多動性障害に話題を戻す。保護者は、のちに注意欠陥／多動性障害と診断される我が子の養育に難問を抱えているといわれている。胎生期に胎動が多かったと回想する保護者もいる。出生後は、神経過敏で夜泣きをしたり人見知りが激しくかったり、でたらめに這いまわり、絶えず歩きまわり、衝動的に走りだしたと思っていれば何かによじ登ったりすることがある。また、周囲から子どもを躰けてないとか、躰け方が間違っていると批判され、保護者は子育てに自信を失う。ときに、子育てを巡って家庭不和や離婚を招来することもあるだろう。ともかく、育てにくい子どもであるがゆえに子育てにおける悪循環に陥り、我が子があるがままに受容できずに、我が子の成長に心配や不安をもち、我が子の行動を肯定的に受けとめられずに、何かにつけて我が子を叱り続けたりする (Hallowell & Ratey, 1995)。

学校生活において、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは課題や作業で失敗することが多い。これには、さまざまな要因が関わっているはずである。すなわち、学習遅延の全ての原因を注意欠陥／多動性障害に求めることは間違っているが、不注意(典型的には白昼夢)、多動や衝動性により、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは教師から「ぼんやりしているし、やる気がない」とか「落ちつきがない」とか「辛抱できないし、堪えられない」と叱責され、離席などが強制的に制止される。また、友だちからも中傷され、嘲笑され、無視され、そのような友だちとの関わりを避けて孤立する。ときに、その子どもは課題や作業に失敗した原因を周囲



に求めて、周囲の反発や怒りをかかったりすることもあるだろう (Fowler, 1990)。

何度も失敗を経験し、許容範囲を超えて叱責され嘲笑をされることで、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは劣等感をもち、失望し、絶望し、あきらめて、自己を卑下するようになる。これらの徴候は、注目（認めてほしい、わかって）、要求（～してほしい、やらせて）、逃避・回避（もういや、できない、わからない）、防衛・不安（心細い、失敗したのは先生のせいだ）といった言動としてあらわれる (Brown, 2000)。極端な場合、小学2年生の子どもが「僕、死にたい」と叫んだことがある。この叫びは、保護者や教師の期待に添っていないとか、友だちと自分はどこか違うと感じることは絶望的であることを暗示している。ときに、学校生活に限界を感じて不登校になることがある。あるいは、自分は本当にダメな人間なのかという疑いに自己防衛的に反発して虚勢をはり、尊大に振るまい、横柄（自己中心的）とみなされたりする。さもなくば、同年輩の友だちから相手にされないで、幼い子どもを支配してボスになり、いばったりする。また、自尊感情（自分には価値があるという感情）を脅かすような状況が生じれば、防衛的な反応としての反抗的態度や攻撃性を示すことも考えられる。横柄、いばる、反抗や敵意などはいずれも「危険信号としての症状」(山崎, 1998)である。

また、衝動性は仲間関係のトラブルの原因となり、友だちから異質な子どもとみなされて侮蔑され、からかわれ、友だちとの交流が絶たれる。そこで、孤立を恐れて、不適切な交友関係や異性とのつきあいが始まることもある。そうすれば、非行集団の一員として、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもが盗みなどを強要されることもあるだろう。自明なことであるが、その子どもは教護・触法行為を好んで行っているわけではない。

思春期になれば、客体としての自己の認識か

ら自己不全感にとられるようになる。特に、不注意優勢型をもつ女子の場合、社会に適應するために（と述べられている）注意欠陥／多動性障害の症状を内在化し、友だちとの違和感や母との葛藤などが加わって自責的で抑圧的になり、絶望に陥って抑鬱や不安を起こすことが多いと解釈されている。男子の場合、破壊的行動障害で代表される攻撃性を示すことが多い (Brown et al., 1991)。

## 2 自己評価の低下と回復

子どもが周囲から受けとるメッセージは自分自身に与えるメッセージでもある。注意欠陥／多動性障害概念に対する理解の乏しさが根底にあって、保護者や教師の“こんなはずでは、…”という不協和な思いが子どもに伝わり、子どもを傷つけている。

### (1) 自己評価の低下

Fowler (1990) に基づいて、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもが自己価値を低下させる4つの要因について述べてみたい。

第1に、注意欠陥／多動性をもつ子どもは成功体験を積むことができないことがある。能力を発揮して努力し、うまくできたと実感できることが自己評価の基礎である。その子どもは、やればできると体感できる機会に乏しい。誤解されないように付言するが、注意欠陥／多動性障害の症状発現はその時々で変動するので、できないと思われている課題や作業を遂行できることがある。しかし、やり遂げたことに気づかれず、認められて誉められないので、その子どもは達成感を味わうことができない。

第2に、マイナスの評価を受けていることがある。注意欠陥／多動性障害をもつ子どもに対する教師の態度は、本当に情けない子どもで叱られても、けなされても当然であると思込むか、子どもの存在を無視するかのどちらであるといわれている。また、学級で騒ぎが起これば、注意欠陥／多動性障害にありがちなこととして騒ぎの張本人とみられる。友だちを傷つけ

れば、子どもを躰けていないと保護者は非難されるだろう。いずれにしても、絶え間のない失敗、挫折、失望によって、注意欠陥／多動性をもつ子どもの自己価値は低下している。あるいは、友だちと私はどこか違うと違和感をもち、自己を過大に評価して尊大に振るまえば、挫折感を味わう機会が増えるだろうことは既に述べた。

第 3 に、「本当はできるのに」と周囲の誤解を招くことがある。たとえば、教師がこの子は どうして決まった予定に従わないのか、こんなことがなぜできないのかといったことを何とか理解したいという気持ちから、間違った解釈を受け入れることがある。つまり、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは思い通りに行動できないことで苦しんでいるにも拘わらず、わざと指示に逆らっているとか、意固地になっていると誤解される。

第 4 に、「やっぱりできない」という現実がある。注意欠陥／多動性障害をもつ子どもであっても（これ自体、スティグマであるが）、保護者や教師に愛されたい、あるがままに受容されて喜んでもらいたいと願っているが、注意の障害、多動、衝動性に不器用が加わって保護者や教師を怒らせ、失望させることしかできない。このような失敗などの連続の中で自己価値は低下する。この背景に、幼い子どもの場合、客体としての自己を認識できないので、保護者や教師の評価に依存せざるをえないことがある。

## (2) 自己評価の回復

それでは、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもの傷つけられた自己評価を回復させるためにどうすればよいかということになるが、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもは動きまわってトラブルメーカーであるという思い込みを「常に新しい体験を求め、周囲に目をやり、好奇心に満ちた子ども」という Jensen et al. (1997) の解釈に基づいて改めるべきである。また、注意欠陥／多動性障害をもつ子どもにとって理想的

な保護者は「態度が首尾一貫して、思いやりがあり、あまり感情に浮き沈みがなく、ものに動じない親」(Fowler, 1990) であるといわれている。私も教師も親ではないが、理想的な保護者像を参考にして自戒し、子どもとの望ましい関係を修得しようと思う。これらの 2 点を前提にして、注意欠陥／多動性障害をもつ子どものセルフ・エフィカシ(自己効力感)を高めることが考えられる(Bandura, 1977; Schunk, 2003; 祐宗ら編, 1985)。この例に、標準化されたチェックリスト(例, ADHD-RS-IV 日本語版: 中田, 2003)による注意欠陥／多動性障害の重症度などの評価に加えて、標準化された心理テストを用いて対象児の発達段階や発達課題、心理特性を把握した上で、セルフ・エフィカシを高める技法(Bandura & Schunk, 1981; Dweck, 1975; Schunk, 1983, 1986, 1987; Schunk & Gunn, 1985)を組込んだ教科学習や自立活動を行うことがある。その際、教師の評価や承認による子ども自身の気づきを促すために行動療法の理論と技法を準用することが重要なポイントである。教師のこの職務を、Fowler (1990) は次のように端的に表現している。

私たちが手を貸せば、子どもは新しい自己像を築きあげることができる。励ましてもらい、誉めてもらうことで、誇りや安定感、それに“できるのだ”という気持ちをもつことができるようになる。

また、我が子が注意欠陥／多動性障害をもつことで養育に悩み、苦しみ、不安などを訴える保護者がいれば、保護者の苦悩や感情を聴くことに徹した上で、必要に応じてペアレント・トレーニング(Whitham, 1991; Ziegler & Holden, 1988)を計画して、保護者の役割を果たせるように支援・援助することが望まれる。

## 引用文献

Abbie, M. H., Douglas, H. M., Ross, K. E. 1978 The clumsy child: observations in cases referred to the gymnasium of the Adelaide Children's Hospital

- over a three-year period. *Medical Journal of Australia*, **1**, 65-69.
- Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., Martin, D., Alvir, J., March, J. S., Hinshaw, S., Vitiello, B., Newcorn, J., Greiner, A., Cantwell, D. P., Corners, C. K., Elliott, G., Greenhill, L. L., Kraemer, H., Pelham, W. E., Jr., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K., Wigal, T. 2002. Observed classroom behavior of children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, **30**, 349-359.
- American Psychiatric Association 1952 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1st ed. own.
- American Psychiatric Association 1968 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. own.
- American Psychiatric Association 1980 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. own.
- American Psychiatric Association 1987 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. revised. own.
- American Psychiatric Association 1994 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. own.
- American Psychiatric Association 2000 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., text revision. own.
- American Psychiatric Association 2013 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. own. (高橋三郎, 大野裕監訳 2014 DSM-5: 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.)
- Anderson, W. W. 1963 The hyperkinetic child: a neurological appraisal. *Neurology*, **13**, 968-973.
- 新井卓 2002 トウレット症候群 金生由紀子, 星加明德, 高木道人, 新井卓, 瀬川昌也著 トウレット症候群 (チック) - 脳と心と発達を解くひとつの鍵-. 星和書店, 89-97.
- Arnheim, D. D., Sinclair, W. A. 1975 *The clumsy child: a program of motor therapy*. Mosby Company.
- August, G. J., Holmes, C. S. 1984 Behavior and academic achievement in hyperactive subgroups and learning-disabled boys: a six-year follow-up. *American Journal of Diseases of Children*, **138**, 1025-1029.
- Bakwin, H., Bakwin, R. M. 1966 *Clinical management of behavior disorders in children*. W. B. Saunders.
- Bandura, A. 1977 Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **85**, 191-215.
- Bandura, A., Schunk, D. H. 1981 Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **41**, 586-598.
- Barker, P. 1995 *Basic child psychiatry*, 6th ed. Blackwell Science. (山中康裕, 岸本寛史監訳 1999 児童精神医学の基礎. 金剛出版.)
- Barkley, R. A. 1995 *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents*. Guilford Press. (海輪由香子訳 2000 バークレー先生の ADHD のすべて. ヴォイス.)
- Barkley, R. A. 1998 *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*, 2nd ed. Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edebrock, C. S., Samllish, L. 1990 The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I: An 8-year prospective follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 546-557.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, G., Du Paul, G. J. 1992 Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **20**, 163-188.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L., Mennin, D., Marris, A., Ouellette, C., Moore, P., Spencer, T., Norman, D., Wilens, T., Kraus, I., Perrin, J. 1996 a A prospective 4-year follow-up study of attention deficit hyperactivity and related disorders. *Archives in General Psychiatry*, **53**, 437-446.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., Greene, R. W., Russell, R. L. 1996 b Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 1193-1204.
- Bradley, W. 1937 The behavior of children receiving benzodrine. *American Journal of Psychiatry*, **94**, 577-585.
- Bradley, W., Bowen, C. 1940 School performance of children receiving amphetamine (benxedrine) sul-

- fate. *American Journal of Orthopsychiatry*, **10**, 782-788.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B. 1996 Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. *Journal of Clinical Psychiatry*, **57** (supplement 7), 3-8.
- British Medical Journal (no authors listed) 1975 Editorial. Hyperactivity in children. *British Medical Journal*, **4**, 123-124.
- Brown, D. S. 2000 *Learning a living: a guide to planning your career and finding a job for people with learning disabilities, attention deficit disorder, and dyslexia*. Woodbine House. (ニキ・リンコ訳 2003 さあ, どうやってお金を稼ごう?: LD, ADHD の人のための将来設計ガイド. 花風社.)
- Brown, R. T., Madan-Swain, A., Baldwin, K. 1991 Gender difference in a clinic-referred sample of attention-deficit-disorder children. *Child Psychiatry and Human Development*, **22**, 111-128.
- Cantell, M. H., Smyth, M. M., Ahonen, T. P. 1994 Clumsiness in adolescence: education, motor and social outcomes of motor delay detected at 5 years. *Adapted Physical Activity Quarterly*, **11**, 115-129.
- Carlson, C. L. 1986 Attention deficit disorder without hyperactivity: a review of preliminary experimental evidence. Lahey, B. B., Kazdin, A. Eds. *Advances in clinical psychology*, vol.9. Pleum Press, 153-176.
- Causgrove-Dunn, J., Watkinson, E. J. 2002 Considering motivation theory in the study of developmental coordination disorder. Cermak, S. A., Larkin, D. Eds. *Developmental coordination disorder*. Thomas Learning, 185-199.
- Cermak, S. A. 1985 Developmental dyspraxia. Roy, A. Ed. *Neuropsychological studies of apraxia and related disorders*. North-Holland, 225-248.
- Cermak, S. A., Gubbay, S. S., Larkin, D. 2002 What is developmental coordination disorder? Cermak, S. A., Larkin, D. Eds. *Developmental coordination disorder*. Delmar Thomas Learning, 2-22.
- Clark, T., Feehan, C., Tinline, C., Vostanis, P. 1999 Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **8**, 50-55.
- Comings, D. E., Comings, B. G. 1998 Tourette's syndrome and attention deficit disorder. Leckman, F., Cohen, D. J. Eds. *Tourette's syndrome — tic, obsessions, compulsion; developmental psychology and care*. John Wiley & Sons, 119-135.
- Cratty, B. J. 1994 *Clumsy child syndromes: description, evaluation and remediation*. Harwood Academic Publishers.
- Crick, N. R., Grotpeter, J. K. 1995 Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, **66**, 710-722.
- Cromwell, R., Baumeister, A., Hawkins, W. 1963 Research on activity level. Ellis, N. R. Ed. *Handbook of mental deficiency*. McGraw-Hill, 632-663.
- De Ajuriaguerra, J., Stambak, M. 1969 Developmental dyspraxia and psychomotor disorders. Vinken, P. J., Bruyn, G. W. Eds. *Handbook of clinical neurology*, vol.4: *Disorders of speech perception and symbolic behavior*. North-Holland, 443-464.
- Denckla, M. B. 1984 Developmental dyspraxia: the clumsy child. Levine, M. D., Satz, P. Eds. *Middle childhood: development and dysfunction*. North-Holland, 455-476.
- Denckla, M. B., Roeltgen, D. P. 1992 Disorders of motor function and control. Rapin, I., Segalowitz, S. J. Eds. *Handbook of neuropsychology*, vol.6: *Child neuropsychology*. North-Holland, 455-476.
- Dewey, D. 1995 What is developmental dyspraxia? *Brain and Cognition*, **29**, 254-274.
- Dewey, D., Wall, K. 1997 Praxis and memory deficits in language impaired children. *Developmental Neuropsychology*, **10**, 265-284.
- Donnai, D. 1987 Gene location in Tourette syndrome. *Lancet*, **i**, 627.
- Douglas, V. 1972 Stop, look, and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, **4**, 259-282.
- Douglas, V. 1983 Attention and cognitive problems. Rutter, M. Ed. *Developmental neuropsychiatry*. Guilford Press, 280-329.
- Douglas, V. 1988 Cognitive deficits in children with attention deficits disorder with hyperactivity. Bloomingdale, L. M., Sergeant, J. Eds. *Attention deficit disorder — criteria, cognition, intervention*. Pergamon Press, 65-81.
- Dweck, C. S. 1975 The role of expectation and attribution in the achievement of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **25**, 674-685.
- Eddy, J. M. 2006 *Conduct disorders: the latest as-*

- assessment and treatment strategies*, 4th ed. Compact Clinicals.
- 遠藤辰雄 1992 セルフ・エスティーム研究の視座. 遠藤辰雄, 井上祥治, 蘭千尋編 セルフ・エスティームの心理学-自己価値の探求. ナカニシヤ出版, 8-23.
- Feild, J. R., Corbon, K. B., Goldstein, N. P., Klass, D. W. 1966 Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology*, **16**, 453-461.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, K. E., Smallish, L. 1993 The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **32**, 324-332.
- Fowler, M. 1990 *Maybe you know my kid: a parents' guide to identifying, understanding, and helping your child with attention-deficit hyperactivity disorder*, 3rd ed. Carol Publishing Group. (沢木昇訳 1999 手のつけられない子 それは ADHD のせいだった. 扶桑社.)
- Fox, A. M., Lent, B. 1996 Clumsy children: primer on developmental coordination disorder. *Canadian Family Physician*, **42**, 1965-1971.
- Frances, A. 2013 *Essentials of psychiatric diagnosis: responding to the challenge of DSM-5*. Guilford Press. (大野裕, 中川敦夫, 柳沢圭子訳 2014 精神疾患診断のエッセンス: DSM-5 の上手な使い方. 金剛出版.)
- Geuze, R. H., Kalverboer, A. F. 1990 Inconsistency and adaptation in timing of clumsy disorders. *Journal of Human Movement Studies*, **13**, 421-432.
- Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R., Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. I: Psychiatric status. *Achieves of General Psychiatry*, **42**, 937-947.
- Goodyear, P., Hynd, G. 1992 Attention deficit disorder with (ADD/H) without (ADD/WO) hyperactivity: behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*, **21**, 273-304.
- Gubbay, S. S. 1975 *The clumsy child: a study in developmental apraxic and agnosic ataxia*. W. B. Saunders.
- Gubbay, S. S. 1989 The clumsy child. *Modern Medicine of Australia*, November, 14-19.
- Hall, D. M. 1988 Clumsy children. *British Medical Journal*, **296**, 375-376.
- Hallowell, E. 1996 *When you worry about the child you love: emotional and learning problems in children*. Diane Publishing. (堤理華訳 2000 子どもはなぜ親の言うことを聞かないのか. 原書房.)
- Hallowell, E., Ratey, J. J. 1995 *Driven to distraction: recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood*. Simon & Schuster. (司馬理英子訳 1998 へんてこな贈り物: 誤解されやすいあなたに-注意欠陥・多動性障害のつきあい方. インターメディアカル.)
- 原田謙 2001 AD/HD と反抗挑戦性障害・行為障害. *精神科治療学雑誌*, **17**, 171-178.
- Henderson, S. E., Hall, D. M. 1982 Concomitants of clumsiness in young schoolchildren. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **24**, 448-460.
- Hinshaw, S. P. 1987 On the distinction between attention deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, **101**, 443-463.
- Illingworth, R. S. 1963 The clumsy child. Bax, M., MacKeith, R. Eds. *Minimal cerebral dysfunction*. London: Heinemann Medical (Little Club Clinics in Developmental Medicine, No.10), 26-27.
- Kadesjo, B., Gillberg, C. 1998 Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **12**, 796-804.
- Kadesjo, B., Gillberg, C. 1999 Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-old children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **38**, 820-828.
- Kessler, R. C., McGonagls, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S. 1994 Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Achieves in General Psychiatry*, **51**, 8-19.
- Kinsbourne, M., 河内十郎訳 1998 注意の神経心理学. Zaidel, D. W., Ed., 河内十郎監訳 神経心理学-その歴史と臨床の現状-. 産業図書, 129-153.
- Kirk, S. A. 1963 Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. *Proceedings of the Annual Meeting Conference on Exploration into the Problems of Perceptually Handicapped Child*, vol.1, 1-7.
- Klinkerfuss, G. H., Lange, P. H., Weinberg, W. A.,

- O'Leary, J. L. 1965 Electroencephalographic abnormalities of children with hyperkinetic behavior. *Neurology*, **15**, 883-891.
- Kong, E. 1963 Minimal cerebral palsy: the importance of its recognition. Bax, M., MacKeith, R. Eds. *Minimal brain dysfunction*. Heinemann Medical (Little Club Clinics in Developmental Medicine, No.10), 29-31.
- Jensen, P., Mrazek, D., Knapp, P., Steinberg, L., Pfeffer, C., Schowalter, J., Shapito, T. 1997 Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 1672-1679.
- Lahey, B. B., Schaugency, E. A., Hynd, G. W., Carlson, C. L., Nieves, N. 1987 Attention deficit disorder with and without hyperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **26**, 718-723.
- Lahey, B. B., Pelham W. E., Schaugency, E. A., Atkins, M. S., Murrphy, H. A., Hynd, G., Russo, M., Hartdagen, S., Lorys-Vernon, A. 1988 Dimensions and types of attention deficit disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **27**, 330-335.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., Green, S., Russo, M. F., Frick, P. J., Dulcan, M. 1990 Comparison of DSM-III and DSM-III-R diagnoses for prepubertal children: changes in prevalence and validity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 620-626.
- Lalonde, J., Turgay, A., Hudson, J. L. 1998 Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic. *Canadian Journal of Psychiatry*, **43**, 623-628.
- Larkin, D., Hoare, D. 1992 The movement approach: a window to understanding the clumsy child. Summers, J. J. Ed. *Approaches to the study of motor control and learning*. Elsevier, 413-439.
- Laufer, M. W., Denhoff, E. 1957 Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, **50**, 463-474.
- Loney, J. 1983 Research diagnostic criteria for childhood hyperactivity. Guze, S. B., Earles, F. J., Barrett, J. E. Eds. *Childhood psychopathology and development*. Raven Press, 109-137.
- Loney, J., Milich, R. 1982 Hyperactivity, inattention, and aggression in clinical practice. Wolraich, M., Routh, D. Eds. *Advances in developmental and behavioral pediatrics: a research annual*, vol.3. JAI Press, 113-147.
- Losse, A., Henderson, S. E., Elliman, D., Hall, D., Knight, E., Jongmans, M. 1991 Clumsiness in children — do they grow out of it? A 10-year follow-up study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **33**, 55-68.
- Mendelson, W., Johnson, N., Stewart, M. 1971 Hyperactive children as teenagers: a follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **153**, 273-279.
- Menkes, M. M., Rowe, J. S., Menkes, J. H. 1967 A twenty-five years follow-up study on the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics*, **39**, 393-399.
- Milich, R., Loney, J. 1979 The role of hyperactive and aggressive symptomatology in predicting adolescent outcome among hyperactive children. *Journal of Pediatric Psychology*, **4**, 93-112.
- Miyahara, M., Mobs, I. 1995 Developmental dyspraxia and developmental coordination disorder. *Neuropsychology Review*, **5**, 245-268.
- 水野美邦 1996 内科疾患に伴う神経系障害. 水野美邦編 神経内科ハンドブック, 第2版: 鑑別診断と治療. 医学書院, 617-652.
- 三好功峰 1994 精神医学における症状. (2) 主要症候群. 三好功峰, 藤縄昭編 精神医学, 第2版. 医学書院, 23-32.
- Molitch, M., Eccles, A. K. 1937 Effect of benzedrine sulphate on intelligence scores of children. *American Journal of Psychiatry*, **94**, 587-590.
- Munden, A., Arcelus, J. 1999 *The ADHD handbook: a guide for parents and professionals on attention deficit/hyperactivity disorder*. Jessica Kingsley Publishers. (紅葉誠一訳 2000 ADHD 注意欠陥・多動性障害—親と専門家のためのガイドブック. 東京書籍.)
- 中根 晃 1996 学習障害と多動性障害. 中根 晃, 佐藤泰三編 児童精神科の実地臨床. 金剛出版, 24-34.
- 中田洋二郎 2003 標準化された評価尺度の利用. AD/HD の診断・治療研究会. 上林靖子, 齊藤万比古, 北道子編 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン. (榊じょう, 46

- 59.
- 西丸四方 1992 精神医学入門. 南山堂.
- 西谷三四郎 1979 精神の生理と病理. 福村出版.
- Nolan, E. E., Gadow, K. D., Sprafkin, J. 2001 Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40**, 241-249.
- O'Malley, J., Eisenberg, L. 1973 *The hyperkinetic syndrome: minimal cerebral dysfunction*. Grune & Stratton.
- 大熊輝雄 1994 現在臨床精神医学, 改訂第5版. 金原出版.
- 太田昌孝 1998 チック・Tourette 症候群. 松下正明総編集 臨床精神医学講座, 第11巻: 児童青年期精神障害. 中山書店, 155-163.
- Orton, S. T. 1937 *Reading, writing, and speech problems in children*. W. W. Norton.
- Paternite, C., Loney, J. 1980 Childhood hyperkinesis: relationship between symptomatology and home environment. Whalen, C. K., Henker, B. Eds. *Hyperactive children: the social ecology of identification and treatment*. Academic Press, 105-141.
- Polatajko, H. J. 1999 Developmental coordination disorder (DCD): alias the clumsy child syndrome. Whitmore, K., Hart, H., Willems, G. Eds. *A neurodevelopmental approach to specific learning disorders*. *Clinics in developmental medicine*, No.2. Mac Keith Press, 119-133.
- Polatajko, H. J., Fox, A. M., Missiuna, C. 1995 An international consensus on children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, **62**, 3-6.
- Rapoport, J. L. 1991 *The boy who couldn't stop washing. The experience and treatment of obsessive-compulsive disorder*. Penguin. (中島苑子, 木島由里子訳 1996 手を洗うのが止められない: 強迫性障害. 晶文社.)
- Resnick, R. P. 2000 *The hidden disorder: a clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults*. American Psychological Association. (紅葉誠一訳 2003 成人の ADHD-臨床ガイドブック. 東京書籍.)
- Rounssounis, S. H., Gaussen, T. H., Stratton, P. 1987 A 2-year follow-up study of children with motor coordination problems identified at school entry age. *Child Care, Health and Development*, **13**, 377-391.
- Rutter, M. 1971 Parent-child separation: psychological effect on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **12**, 233-260.
- Rutter, M. 1982 Syndromes attributed to "minimal brain dysfunction" in childhood. *Journal of Psychiatry*, **139**, 21-33.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Eds., 井上令一, 四宮滋子監訳 2004 カプラン臨床精神医学テキスト: DSM-IV-TR 診断基準の臨床への展開. 医学書店エムワイダブリュー.
- Safer, D. J., Krager, J. M. 1988 A survey of mediation treatment for hyperactive/inattentive students. *American Journal of Medical Association*, **260**, 2256-2258.
- Sandberg, S. T., Rutter, M., Taylor, E. 1978 Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **20**, 279-299.
- Sandoval, J., Lemberg, N. M., Yandell, W. 1976 Current medical practice and hyperactive children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **46**, 323-334.
- Schachar, R. 1991 Childhood hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **32**, 155-191.
- Schachar, R., Rutter, M., Smith, A. 1981 The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **22**, 375-392.
- Schain, R. J. 1977 *Neurology of childhood learning disorders*, 2nd ed. Williams & Wilkins. (斎藤義夫, 池田由紀江, 小山望, 園山繁樹訳 1984 学習障害児の教育と医学. 金子書房.)
- Schunk, D. H. 1983 Enhancing self-efficacy and achievement through rewards and goals: motivation and informational effects. *Journal of Educational Research*, **78**, 29-34.
- Schunk, D. H. 1986 Verbalization and children's self-regulated learning. *Contemporary Educational Psychology*, **11**, 347-369.
- Schunk, D. H. 1987 Peer models and children's behavioral change. *Educational Psychology Review*, **57**, 149-174.
- Schunk, D. H. 2003 Self-efficacy for reading and writing: influence of modeling, goal setting, and self-evaluation. *Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties*, **19**, 159-172.
- Schunk, D. H., Gunn, T. P. 1985 Modeled importance

- of task strategies and achievement belief: effects on self-efficacy and skill development. *Journal of Early Adolescent*, **5**, 511-518.
- 瀬川昌也 2002 ジル・ド・ラ・トウレット症候群. 金生由紀子, 星加明德, 高木道人, 新井卓, 瀬川昌也著 トウレット症候群(チック)-脳と心と発達を解くひとつの鍵. 星和書店, 99-111.
- Selikowitz, M. 1995 *All about A. D. D.: understanding attention deficit disorder*. Oxford University Press. (中根晃, 山田佐登留訳 2000 ADHDの子どもたち. 金剛出版.)
- Shaffer, D., Campbell M., Cantwell, D., Bradley, S., Carlson, G., Cohen, D., Denckla, M., Frances, A., Garfinkel, B., Klein, R., Pincus, H., Spitzer, R. L., Volkmar, F., Widiger, T. 1989 Child and adolescent psychiatric disorders in DSM-IV: issues facing the work group. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **28**, 830-835.
- Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A. 1987 Attention deficit disorder: current perspectives. *Pediatric Neurology*, **3**, 129-135.
- Snow, J. H., Blondis, T., Brady, L. 1988 Motor and sensory abilities with normal and academically at-risk children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, **3**, 227-238.
- Solden, S. 1995 *Women with attention deficit disorder: embrace your differences and transform your life*. Underwood Books. (ニキ・リンコ訳 2000 片づけられない女たち. WAVE 出版.)
- Stewart, M., Mendelson, W. B., Johnson, N. E. 1973 Hyperactive children as adolescents: how they describe themselves. *Child Psychiatry and Human Development*, **4**, 3-11.
- 祐宗省三, 原野広太郎, 柏木恵子, 春木豊編 1985 社会的学習理論の新展開. 金子書房.
- 田巻義孝, 堀田千絵, 加藤美朗 2014 知的障害, 自閉性障害と DSM-5. *人間環境学研究*, **12**, 153-159.
- 田巻義孝, 加藤美朗, 宮地弘一郎 2015 学習障害概念の変遷について. *人間学研究*, **13**, 1-12.
- 田巻義孝, 堀田千絵, 加藤美朗 2016 a 精神障害の診断と統計マニュアル (DSM) の改訂について. *関西福祉科学大学紀要*, **19**, 37-58.
- 田巻義孝, 加藤美朗, 堀田千絵, 宮地弘一郎 2016 b 自閉性障害, アスペルガ障害と関連障害. *人間学研究*, **14**, 43-62.
- Taylor, D. C., McKinlay, I. A. 1979 What kind of thing is 'being clumsy'? *Child: Care, Health and Development*, **5**, 167-175.
- Tripp, G., Luk, S. L., Schaughency, E. A., Singh, R. 1999 DSM-IV and ICD-10: a comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **38**, 156-164.
- Tsai, L. Y. 1996 Brief Report. Comorbid psychiatric disorder of autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **26**, 159-163.
- 山崎晃資 1998 児童青年期障害の診断と治療. 松下正明総編集 臨床精神障害講座、第11巻: 児童期精神医学. 中山書店, 15-26.
- 山崎晃資 2000 ADHD (注意欠陥多動性障害) の概念. *精神療法*, **26**, 227-237.
- Walton, J. N., Ellis, E., Court, S. D. 1962 Clumsy child: developmental apraxia and agnosia. *Brain*, **85**, 603-612.
- Weiss, G., Hechtman, L. 1986 *Hyperactive children grown up: empirical findings and theoretical consideration*. Guilford Press.
- Weiss, L. 1992 *Attention deficit disorder in adults*. Taylor Trade Publishing. (ニキ・リンコ訳 2001 片づかない! 見つからない! 間に合わない!. WAVE 出版.)
- Wender, P. H. 1971 *Minimal brain dysfunction*. John Wiley & Sons.
- Wender, P. H. 1973 Minimal brain dysfunction in childhood: diagnosis and management. *Pediatric Clinics of North America*, **20**, 187-202.
- Wender, P. H. 2001 *ADHD: attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults*. Oxford University Press. (福島章, 延与和子訳 2002 成人期の ADHD-病理と治療. 新曜社.)
- Wender, P. H., Shader, R. I., 文元秀雄, 永田貴美子訳 1995 小児および成人における注意欠陥/多動性障害の診断と治療. Shader, R. I., Ed., 井上令一, 四宮滋子監訳 精神科治療マニュアル. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 204-219.
- Werry, J. S. 1968 Developmental hyperactivity. *Pediatric Clinics of North America*, **14**, 581-599.
- Werry, J. S., Sparague, R. L. 1970 Hyperactivity. Costello, C. G. Ed. *Symptoms of psychopathology*. John Wiley & Sons, 397-417.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L.,



- Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braiman, S., Dolinsky, A. 1990 Uncommon troubles in young people : prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, **47**, 487-496.
- Whitham, C. 1991 Win the whining war and other skirmishes : a family peace plan. Perspective Publishing. (上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 井濶知美, 北道子訳 2002 読んで学べる ADHD のペアレントトレーニング-むずかしい子にやさしい子育て. 明石書店.)
- WHO 1990 *The international statistical classification of diseases and related health problems*. 10 th revision. own.
- WHO 1992 *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. own. (融道男, 中根允文, 小宮山実監訳 1993 ICD-10 精神および行動の障害 : 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院.)
- Zametkin, A., Ernst, M., Silver, R. 1998 Laboratory and diagnostic testing in child and adolescent psychiatry : a review of the past 10 years. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, **37**, 464-472.
- Ziegler, R., Holden, L. 1988 Family therapy for learning disabled and attention-deficit disordered children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **58**, 196-210.