

注意欠陥・多動症児に対する P-F スタディからとらえた 主張性に関する研究

梅原 碧^{†1} 近喰 ふじ子^{†2, 3, 4} 都築 智子^{†3} 山田 和孝^{†4} 福井 至^{†1, 2}

(令和2年12月10日査読受理日)

The study regarding aggression in P-F study to Neurodevelopmental Disorders.

Umehara, Midori^{†1} Konjiki, Fujiko^{†2, 3, 4} Tsuzuki Tomoko^{†3}
Yamada Kazutaka^{†4} Fukui Itaru^{†1, 2}

(Accepted for publication 10 December, 2020)

要約

総務省の報告書によると、通級指導を受けている神経発達症児は2014年度から2017年度にかけて約6.1倍に増加している。このように増加傾向にある神経発達症児の中でも、第一診断名が注意欠陥・多動症（以下、ADHDとする）と診断された子どもたちは、自らが他者を身体的、言語的に攻撃し、他者からの非難などに反応し、攻撃的になる傾向が強く、トラブルが繰り返されるとConnerらが記載している。そこで、今回、神経発達症児のコミュニケーション能力を理解することを目的に、神経発達症児と健常児を対象にP-Fスタディを実施した。その結果、判定不能とされるU反応は子ども自身の語彙力の不足や文章の理解力の低下から生じている問題であり、国語力と日本語の問題であることが理解できた。

Abstract

Recently, children who were diagnosed neurodevelopmental disorder increase. The children's mothers complain of children's learning skills and that children have trouble with friends. The extraggression of children like this leads to the problem of communication and cognition. And the children's anger will persist. Children will grow with dissatisfaction and they will be capable of any antisocial behavior. So, we examined the children's P-F study who had neurodevelopmental disorder. And we want to understand why the children who had neurodevelopmental disorder were easy to get angry. As a result, U score that was undeterminable was arising from vocabulary deficiency and low understanding of sentence. That is to say, the problem was verbal aptitude.

キーワード：P-Fスタディ、神経発達症、攻撃性

Key words: P-F study, Neurodevelopmental disorder, Aggression

1. はじめに

総務省の報告書によると、通級指導を受けている神経発達症児は2014年度から2017年度にかけて約6.1倍に増加している¹⁾。増加傾向にある神経発達症児の中でも、第一診断名が注意欠陥・多動症（以下、ADHDとする）と診断された子どもたちは、自らが他者を身体的、言語的に攻撃し、他者からの非難などに反応し、攻撃的になる傾向が強く、トラブルが繰り返されるとConnerらが記載している²⁾。このようにクラス仲間との喧嘩が絶えず、母子の激しいやり取りを目にすることも、決して少なくはない。

しかし、以上のような子どもたちも、中学生から高校生へと成長するに従い、仲間との喧嘩やトラブルは減少し、学校生活への適応行動もこなせている姿に、発達のダイナミクスを実感する。では、この発達の変化は何によるものであろうかと考えると、言語の発達やコミュニケーション能力の発達に他ならないのではないかと推察される。そこで、筆者らはこの両発達を理解するためにも神経発達症児に対し、P-Fスタディ³⁾を施行することで以上の点を明らかにしたいと考えた。

ところで、P-Fスタディは、欲求不満場面における自己主張を捉えた質問紙で、友人や家族に対する不満への場面（言語や態度など）の特徴を分析するものであり^{3,4,5)}、U反応、集団一致度（Group Conformity Rating, 以下、GCRという）、主張性（他責・自責・無責）や超自我因子、反応転移などの指標がある。ここでは、今回の対象児において大きな特徴の見られたU反応とGCRのみの検討としたので報告する。

†1 東京家政大学人文学部心理カウンセリング学科

†2 東京家政大学大学院人間生活学総合研究科 臨床心理学専攻

†3 みさと健和病院・クリニック

†4 やまだ子どもクリニック

2. 対象と方法

(1) 対象

A クリニック小児科と B クリニック小児科のいずれかを受診している ADHD 児 44 名（小学生 28 名，中学生 16 名）と健常児 58 名（小学生 35 名，中学生 23 名）の合計 102 名で，平均年齢は，ADHD 児では 11.52 ± 2.31 歳，健常児では 10.98 ± 2.47 歳であった．なお，ADHD 児 44 名のうち，小学生 12 名と中学生 7 名は ASD，小学生 1 名は気分変調症，肥満症の併存があり，中学生 1 名は起立性調節障害の併存があり，中学生 1 名は過敏性腸症候群の併存があった（表 1）．

表 1 ADHD 児，健常児の学校種別とその頻度

	ADHD 児	ADHD ASD	ADHD 気分変調症 肥満症	ADHD 過敏性腸症候群	ADHD 起立性調節障害	健常児
小学生	15名 (68.18%)	12名 (63.16%)	1名			35名 (60.34%)
中学生	7名 (31.82%)	7名 (36.84%)		1名	1名	23名 (39.66%)
合計	22名	19名	1名	1名	1名	58名
平均年齢	11.24 ± 2.41 歳	11.89 ± 2.13 歳	—	—	—	10.98 ± 2.47 歳

n=102

(2) 方法

P-F スタディを実施するに際し，母親と子どもに質問紙の書き方などを説明し，この場所での記載の可否を確認し，今，記載出来ない子どもは自宅に記載し，次回の受診の際に持参することを伝えた．そして，この場所で出来る子どもには「あなたの答えを吹き出しの中に書いて出して下さい」と伝えた．この際，母親に対しては強制ではないことや協力出来ない場合であっても不利益は発生しないことを伝えた．

調査結果は統計的に処理し，個人情報に厳重に調査者らが管理するため，個人情報は守られることを口頭で伝えた．

さらに，調査の主旨を記載した用紙を渡し，同意の得られた母親には署名をもらった．

なお，P-F スタディの判定に際しては臨床心理士 2 名でおこない，統計解析には t 検定，二要因の分散分析を用いた．

(3) 質問紙

「P-F スタディ」

この質問紙は個人のフラストレーション場面における自己主張や意思表示の仕方をとらえる質問紙であり，不満に対する言葉の使い方や表出する行動などを総合的にとらえ，子どもの理解や，何故，子どもがクラスメートとトラブルを起こすのかに対する理解につなげることを目的とした．

質問紙には 24 個の会話場面が描画として描かれており，左の人物が発した言葉に対し，右の人物がそれを受け，それに対する返答を言葉として吹き出しの中に記載する質問紙である．以下，今回，著者らが着目した反応について述べる．

1) U 反応

U 反応とは，双方のコミュニケーションが成立していることの有無をみるものであり，成立していない場合は判定不能と判断される⁴⁾．

2) GCR

GCR とは子どもがどの程度，常識的な順応の仕方をするかを示す指標であり，通常は高低で判定する⁴⁾．

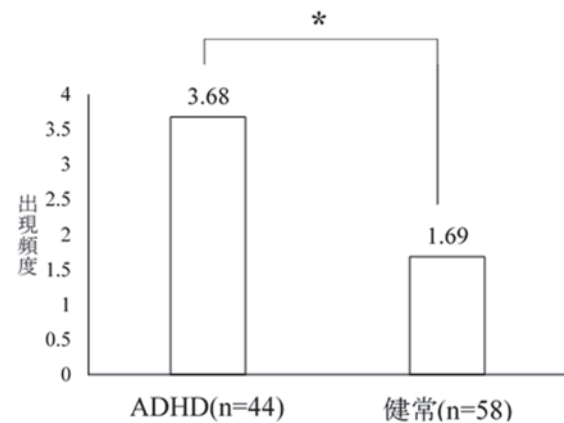
3. 結果

P-F スタディ⁵⁾を実施し，友人や家族などに対する不満への場面（言語・態度など）の特徴を分析した．

P-F スタディからの理解

(1) U 反応

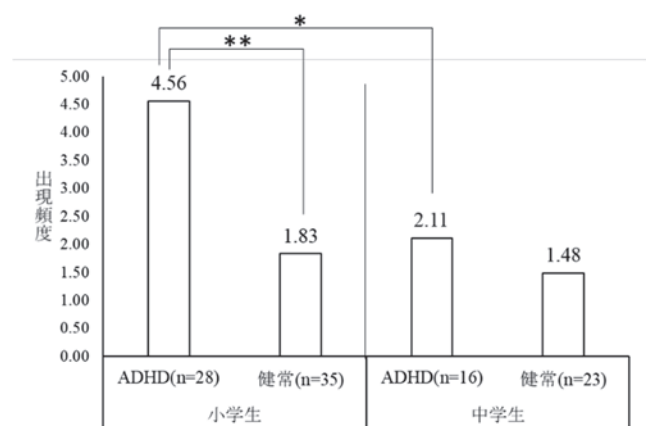
P-F スタディの描画場面の中で，U 反応がみられた場合には判定不能と評価することは先にも述べた．そこで，ADHD 児と健常児の U 反応の出現場面数を比較したところ，ADHD 児は 3.68 場面，健常児の 1.69 場面と比べて U 反応となる場面数が有意に高かった ($p < .05$) (図 1)．



* $p < .05$, $n = 102$

図 1 ADHD，健常児の U 反応場面の頻度（個）

小学生・中学生ごとと比較したところ，特に，中学生と比べ，小学生では U 反応の場面数は ADHD 児が 4.56 場面，健常児の 1.83 場面と比べ，有意に高かった ($p < .01$) (図 2)．



* $p < .05$, $n = 102$

図 2 小中学生の ADHD，健常児の U 反応の頻度（個）

ADHD 児においては，中学生に成長すると U 反応数は減少していることが分かる ($p < .05$) (図 2)．そこで，U 反応場面を引き起こしている内容を検討したところ，①言葉の意味の理解不足 (図 3，4，5)，②現場や状況の理解不足 (図 6)，③語彙不足 (図 7) があげられた．

あなたのボールを
どったりして
この小さい子は
いけないわね。

1人であんな
ていねいなお
だまのに。

16

今度こそ
 とっている
 ところを
 つかまえたぞ。

十んぞ

父が怒る

13

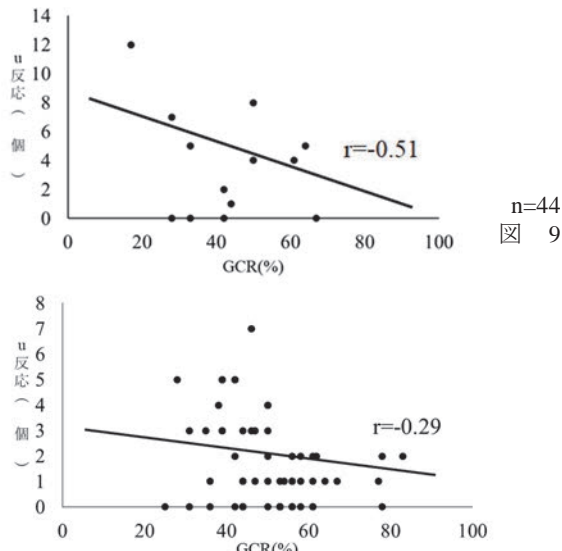
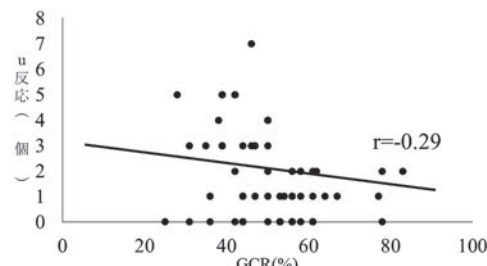
	言語の意味の 理解不足	現場や状況の 理解不足	語彙不足
小学生 (n=16)	28場面**	13場面	6場面
中学生 (n=9)	18場面	6場面	11場面
合計	46場面 (56.10%)	19場面 (23.17%)	17場面 (20.73%)

Category	小学生 (n=16)	中学生 (n=9)	高校生 (n=10)
言語の意味の理解不足	77.78%	21.43%	39.29%
現場や状況の理解不足	36.11%	64.29%	16.67%
語彙不足	16.67%	39.29%	77.78%

(81)

(2) GCR

GCR は対象児がどの程度、集団の中で常識的な順応の仕方が行えるのかをみるための指標である。今回、対象児 102 名の GCR の平均値は $48.78 \pm 13.50\%$ であった。また、GCR と U 反応との関連性を検討したところ、健常児の相関係数は $r = -0.29$ であったのに対し、ADHD 児の相関係数は $r = -0.51$ であった。すなわち、集団の中でうまく適応できている子どもは U 反応数が少なく、特に ADHD 児では $r = 0.51$ とやや強い相関がみられたことから、ADHD 児は健常児と比べて明らかに集団内での行動から逸脱する傾向が高いことが推察された（図 9、図 10）。

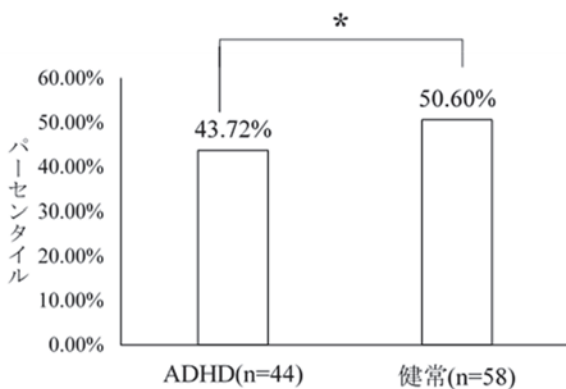
n=44
図 9

ADHD 児の GCR（集団一致度）と U 反応の散布図

n=58

図 10 健常児の GCR（集団一致度）と U 反応の散布図

そこで、今回の対象児を ADHD 児、健常児の 2 群に分類し、各群の GCR の頻度をみると、健常児は 50.60% であるのに対し、ADHD 児では 43.72% であり、ADHD 児は健常児よりも周囲と協調性をもって行動出来ず、主張性や意思表示が集団の中で目立ち易くなってしまうという特徴が明らかにされた ($p < .05$)（図 11）。



n=102

図 11 ADHD、健常児の GCR（集団一致度）の値 (%)

4. 考察

(1) 攻撃性について

近年の P-F スタディを用いた検討では、鈴木による大学生を対象とした内心での反応内容と言語表出された反応内容との検討⁶⁾や、武田による児童期の抑うつ傾向の高さと P-F スタディとの関連の検討⁷⁾、津田らによる高機能広汎性発達障害の幼稚園児や小学生を対象とした P-F スタディの検討⁸⁾などが行われている。津田は、言語能力が平均レベルもしくはそれ以上ある場合には、習得知識によって集団と一致した反応をすることが出来ると述べているものの、P-F スタディの U 反応や GCR 反応から ADHD 児と健常児の特徴を検討した報告はみられない。

筆者らは怒り易さや衝突などを攻撃性としてひとまとめに考えたが、松本は不快な刺激を受けて他の有機体を身体的、精神的に傷つけようとする行為であり、攻撃し易い性格、態度などを含む統合された価値・信念体系のシステムとしての持続的な内的準備状態を攻撃性と定義している⁹⁾。さらに、Hecker らは攻撃的な行動や言動の背景には慢性的な高い怒りが存在すると述べている¹⁰⁾。八島は怒りを伴う子どもの攻撃性について、情緒的制御、すなわち衝動のコントロールとの関連を指摘し、情緒的制御の獲得が遅れることで、子どもは自己防衛行動として攻撃性を表出すると述べている¹¹⁾。いずれにしても、瞬間的に生じた一回限りのものではなく、持続的で内的な準備状態の存在が重要であることが分かる。すなわち、攻撃性が発起するには十分な準備状態があったと考えられる。

(2) 神経発達症児に多く生じる理由

では、何故、神経発達症児に多く生じるのかについて考えてみたい。言語はコミュニケーションの重要な手段である。コミュニケーションの手段には言語以外にも、ジェスチャー、指差し、発声や音声、絵などが含まれている。このようなコミュニケーションは、1. 伝達系と 2. 共感系に分かれ、前者は人に対して要求するもので、後者はここるところを通わせるものとして理解されている¹²⁾。

1) 伝達系について

伝達系は言葉の発達であり、母子健康手帳には必ず、言葉の発達を記載する項目が必須となっている。また、乳幼児健康診査においても詳細に、言葉の発達のチェックを受けるなど、子どもの成長・発達にとっては欠かせない重要な情報源となっている。これらを通じて、言葉の発達の評価がおこなわれている。すなわち、語彙の広がり、機能的広がり、会話をすすめる能力、文法の使用能力などである。例えば、「会話にならない」ことを主訴で受診した場合は語彙の広がりの不十分さや、現場や状況の理解不足が原因であると評価できる。また、記憶や想像に問題があれば、学習能力が疑われる。ADHD の子どもは「会話にならない」話し方になる。それは ADHD 特有の主語を飛ばし、述語から話し出す特徴によるものである。この場合には語彙の広がりというよりも、自分の言いたい事を先に言葉にする傾向がみられるからである。

このように考えてくると、言葉の役割とは何かという大きなテーマに突き当たる。それは、象徴機能の発達ができているかである。つまり、ないものを思い浮かべて反応することが可能であるか、ないかである。宮尾は言葉の役割について、幼児期や学童期にはコミュニケーションの道具であった言葉、その言葉を使って自己の感情をコントロールし、行動を調整し、成長に従って理解や思考の場面での役割も増加していくと述べている¹²⁾。ADHD の怒りや攻撃

性によるトラブルはコミュニケーションの道具である言葉の発達が十分でないことが、感情のコントロールが上手くできないことへとつながり、生じていると考えられる。

2) 共感系について

中野は神経発達症児が他の子どもたちや家族の中でのきょうだいたちとの攻撃性の問題が進行することについて、Mahler の発達理論から考察している¹³⁾。3～18 カ月の「共生期」は子どもを外界の刺激から守り、情緒的な交流を行う時期で、子どもは守られることで自我境界を設け、現実を知覚するようになる¹³⁾。このように、1歳半までには自我境界、欲求不満耐性や衝動のコントロールなどが内在化され、母親のイメージを子どものこころの中に維持し続けていけるようになるというものである。そのため、この「共生期」の形成が不十分だと、欲求不満耐性の低下を引き起こし、衝動のコントロールが内在化されずに行動化されてしまうのである。神経発達症児の怒り易さはこの「共生期」の頃から始まっていると考えられる。それ故に、母親と子どもとの関わり方と子どもの攻撃性については、母親が子どもに対して怒り感情を頻繁に表出し続けることも、子どもの攻撃性を高くさせていることにつながっているとの山内の報告も参考になると考えられる¹⁴⁾。さらに、Storr は子どもの正常な攻撃性の発達には、安心して攻撃をぶつけられる大人の存在との信頼関係の構築が重要であるとも報告している¹⁵⁾。

3) まとめ

このように、衝動のコントロールが内在化されていない中で、自らのこころの内面で沸き起こる衝動的な欲求と周囲からの力による欲求のズレや中断が起こると、こころの内面に不満や怒りを生じさせ、やがては攻撃性を発揮することに繋がると想定された。すなわち、言葉の発達の問題や、コミュニケーションの問題から起きたイライラが内在化され、その蓄積がちょっとした刺激を発端として、怒りや爆発となってしまうことが考えられる。

このように考えてくると、ADHD 児はその特性から、様々な状況においてルールによる制御がうまく機能せず、内的な欲求や外的な刺激に対する衝動性の抑制機構に不全があるために¹⁶⁾、他者に対する攻撃的な認知や他者に対する欲求不満によって引き起こされた怒り感情が外界へ向き易い傾向があるのではないかと考えられる。さらに、今回の調査からも、ADHD 児は現場や状況の理解不足、語彙不足よりも言葉の意味の理解不足が多く見受けられたことから、相手からの言葉が理解出来ず、相手からも何を言っているのか分からないという理由で、お互いが不満や怒りをさらに助長し、トラブルが起きやすいのではないかと推察された。

4) 今後の課題

今回の調査は対象児が 102 名と少数であったことから、今後は対象児を増やし、より明らかにしていきたいと考えている。

謝辞

本研究は、第 36 回日本小児心身医学会で発表したものの一部であり、その内容に加筆修正したものであることを付

記致します。また、当日、コメントをいただいた先生方をはじめ、本研究にご協力いただいた方々に深謝申し上げます。

付記

なお、本研究は、対象者に研究の主旨を文書で説明し、対象者から同意を得た場合は署名をもらった上で、ヘルシンキ宣言に従って実施した。また、日本小児心身医学会の定める COI に関する開示事項はなかったことを記載します。

5. 文献

- 1) 総務省 (2017) . 発達障害者支援に関する行政評価・監視＜結果に基づく勧告＞ 総務省行政評価局
- 2) Conner, D. F., Chartier, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychiatry*, 67, 1044-1051.
- 3) 林勝造 (2007) . P-F スタディ解説 2006 年版 三京房
- 4) 秦一士 (2007) . 新訂 P-F スタディの理論と実際 北大路書房
- 5) 秦一士 (2010) . P-F スタディアセスメント要領 北大路書房
- 6) 鈴木常元 (2012) . 怒りの表出と PF スタディにおける言語反応 駒澤大学心理学論集, 14, 13-18.
- 7) 武田 (六角) 洋子 (2000) . 児童期抑うつの特徴に関する一考察：攻撃性を手がかりに 発達心理学研究, 11, 1-11.
- 8) 津田芳見・橋本俊顕・森健治・西村美緒・福本 礼・藤井笑子・高原光恵 (2009) . 脳と発達, 41, 420-425.
- 9) 松本篤史 (1999) . 攻撃性, 臨床心理学辞典 恩田 彰・伊藤隆二 (編) 149, 八千代出版
- 10) Hacker, M.H.L., & Lunde, D.T. (1985) . On the diagnosis and treatment of chronically hostile individuals. In M.A. Chesney, & R.H. Rosenman (eds), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp.227-240). New York: Hemisphere-McGraw.
- 11) 八島美菜子 (2002) . 攻撃性と発達 山崎勝之・島井哲志 (編) 攻撃性の行動科学：発達・教育編 ナカニシヤ出版
- 12) 宮尾益知 (2008) . 障害児の言語性 (ことば) について 宮尾益知・近喰ふじ子 (監修) 障害児の理解と支援—臨床の現場へ (pp.103-107) 駿河台出版社
- 13) 中野三津子 (2008) . 神経発達症の精神的問題 宮尾益知・近喰ふじ子 (監修) 障害児の理解と支援—臨床の現場へ (pp. 119-135) 駿河台出版社
- 14) 山内星子 (2009) . 母親の怒り特性が幼児の怒り特性に与える影響—媒介変数としての感情会話に着目して 発達研究, 23, 175-188.
- 15) Storr, A. (1968) . *Human aggression*. Middlesex, UK: Penguin Press.
- 16) 柳澤正義・衛藤義勝・五十嵐隆 (2005) (編) . 先端医療シリーズ 34 小児科の新しい流れ 先端医療技術研究所