

親の注意欠如・多動症的行動特性と親子関係との関連

—精神科外来成人うつ病患者を対象とした検討—

齊 藤 彩
佐 藤 みのり
坂 田 侑 奈

要旨

注意欠如・多動症（ADHD）をもつ親は、子どもの養育における困難に直面しやすいことが指摘されている。成人期のADHDとうつ病はしばしば併存しうるが、親のうつ病もまた、子どもの養育における困難に関連することが示唆されている。本研究では、精神科外来の成人うつ病患者とその子ども57組を対象に、親の注意欠如・多動症的行動特性（ADHD特性）と親子関係との関連について実証的検討を行った。分析の結果、父親のADHD特性の高さがポジティブな親子関係の少なさに関連を示す一方で、母親のADHD特性と親子関係との関連は見られなかった。うつ病に加え、顕著に高いADHD特性をもつ父親の子どもは、親への親密的開示、愛情、親からの承認における問題を抱えやすいことが示された。父親のADHD特性とポジティブな親子関係との負の関連は、うつ病の父親の中でもうつ症状が低い場合に確認された。うつ病をもつ親の養育をサポートする上では、親のADHD特性にも着目し、特にADHD特性が高い父親が子どもとの間にポジティブな親子関係を構築するための支援や介入を充実させることの重要性が示唆された。

問題

注意欠如・多動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: 以下ADHD）は、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力および／または多動性、衝動性を特徴とする発達障害である。DSM-5（American Psychiatric Association, 2013）においては、神経発達障害群（Neurodevelopmental Disorders）に位置づけられ、有病率は子どもの5%、成人の2.5%とされている。ADHDの診断には、症状が12歳以前から見られることが必要であるが、ADHDは子どもに限って見られる障害ではなく、成人期以降にまで少なからず症状が継続するケースも珍しくはない（Biederman, Petty, Clarke, Lomedico, & Faraone, 2011; Faraone, Biederman, & Mick, 2006）。DSM-5（American Psychiatric Association, 2013）において、成人期のADHDの診断基準が示されたこともあり、成人期のADHDへの関心は一層の高まりを見せているといえる。

ADHDをもつ成人が直面しやすい社会生活上の困難の一つとして、家庭生活における不適応の問題が挙げられる。ADHDをもつ成人の中には、結婚して家庭をもつ人々も決して少なくはないが、夫婦関係や家族機能における問題を抱えやすいことが指摘されている（Eakin et al., 2004）。また、子どもの養育にお

けるさまざまな困難に直面しやすく、子どもに対して不適切な養育行動や養育態度をとるリスクが高いことが報告されている (Friedrich, Moning, Weiss, & Schlarb, 2017; Johnston, Mash, Miller, & Ninowski, 2012; Murray & Johnston, 2006)。具体的には、親の ADHD の症状は、家庭における無秩序さや混乱の多さ、子どもの行動をモニタリングする力の低さ、子どもの養育に関する問題に効果的に対処する力の低さ、しつけにおける一貫性のなさや過剰な反応などに関連することが指摘されている (Johnston et al., 2012)。ADHD をもつ親が子どもを養育する上での困難を軽減していくために、また ADHD をもつ親とその子どもが良好な親子関係を構築していくために、適切な支援を行うことは重要な課題であるといえる。

近年、ADHD をカテゴリカルな障害として捉えるだけではなく、不注意および多動性・衝動性といった ADHD の主症状を連続体として捉えることができるとの認識が広がってきた (Levy, Hay, McStephen, Wood, & Waldman, 1997; Lubke, Hudziak, Derks, van Binsterveldt, & Boomsma, 2009)。ADHD の診断の有無だけでなく、不注意や多動性・衝動性という行動特性の程度を連続体として捉える見解への支持は、より優勢となっている (McLennan, 2016)。すなわち、ADHD の診断には至らないながらも、注意欠如・多動症的行動特性 (以下、ADHD 特性) の高さをもつ人々が存在しているといえる。ADHD 特性を含む発達障害特性の高さをもつ成人の特徴として、コミュニケーションの困難、家事や仕事の遂行の困難などと並び、子どもの養育における困難が挙げられる。子どもを養育することは、子どもの状態や反応に合わせて段取りを組んで作業をしたり、即座に判断して行動したりする必要があるため、発達障害特性が高い人々にとっては、家事や仕事以上の困難となる場合がある (野村, 2014)。ADHD 特性の高さと子どもの養育における困難との関連について、例えば Park, Hudec, & Johnston (2017) のメタ分析では、効果量は大きくはないものの、親の ADHD 特性の高さはポジティブな養育行動の少なさに関連することを報告している。また、Mazursky-Horowitz et al. (2015) は、母親の ADHD 特性の高さとネガティブな養育行動の多さとの関連を示し、その関連を媒介する一因が感情調節の困難にあることを明らかにしている。その他にも、親の ADHD あるいは ADHD 特性の高さが、家族間の葛藤の多さや凝集性の低さ、また子どもの養育におけるさまざまな困難と関連することが示唆されている (Agha, Zammit, Thapar, & Langley, 2013; Banks, Ninowski, Mash, & Semple, 2008; Biederman, Faraone, & Monuteaux, 2002)。本邦においても、限られた数ではあるものの、親の発達障害特性の高さと不適切な養育との関連について明らかにした実証研究が見られる (e.g., Fujiwara, Kasahara, Tsujii, & Okuyama, 2014; Tachibana et al., 2017)。ADHD 特性が高い母親は育児困難度が高いことや (武市・脇口, 2004)、母親の ADHD 特性の高さが感情調節の困難を媒介して子どもへの肯定的働きかけの少なさや叱責の多さに関連することも報告されている (佐藤・金澤, 2018)。さらに、齊藤・坂田 (2017) は、大学生を対象とした調査において、親の ADHD 特性の高さが、ポジティブな親子関係の少なさならびにネガティブな親子関係の多さに関連を示し、子どもの精神的健康の低下へとつながる関連メカニズムを示している。

一方、ADHD は、さまざまな精神医学的症状の併存頻度が高い障害であり (Cumyn, French, & Hechtman, 2009; Katzman, Bilkey, Chokka, Fallu, & Klassen, 2017; Kooij et al., 2012; McGough et al., 2005; Sobanski et al., 2007)、それによって社会生活上の困難さや不適応が増幅されることもある。ADHD に併存しうる精神疾患の一つとして「うつ病 (Major Depressive Disorder)」が挙げられる。うつ病は、精神活動が低下し、抑うつ気分、興味や関心の欠如、不安・焦燥、精神運動の制止あるいは激越、食欲低下、不眠などが生じ、生活上の著しい苦痛や機能障害を引き起こす精神疾患である。12カ月有病率は約7%とされ、いかなる年齢帯においても発症しうる精神疾患であるが、発症する確率は思春期以降に大きく増加する (American Psychiatric Association, 2013)。日本におけるうつ病の患者数は増加を続

けており、平成29年度の患者調査（厚生労働省，2017）では957,000人と報告されている。ADHDをもつ成人においてうつ病の併存リスクが高い一方で、成人うつ病患者におけるADHDの併存率の高さも報告されており（Bron et al., 2016）、うつ病の症状を主訴とする患者のADHD特性を評価することは重要な観点であるといえる。しかしながら、うつ病の症状を主訴として医療機関に掛かる成人の中には、背後に存在するADHD特性の高さを見落とされている場合も多く、ADHD特性の過小評価を問題視する声も上がっている（Ginsberg, Quintero, Anand, Casillas, & Upadhyaya, 2014）。

うつ病の診断を受けている成人の中にも、子どもを養育している人々は決して少なくはない。親のうつ病が子どもに及ぼす影響について、例えば、うつ病を患う親をもつ子どもは、精神的健康上の問題や家族関係の問題などを抱えやすいことが明らかとなっている（Olson, Marcus, Druss, Pincus, & Weissman, 2003）。親のうつ症状の高さは、子どもの発達におけるさまざまな適応上の問題のリスク要因となりうるということが指摘されているが（Cummings, Davies, & Campbell, 2000；菅原監訳，2006）、問題の発現メカニズムにおける一つの重要な要因として、親のうつ症状と子どもを養育する上での困難との関連が挙げられる。親のうつ症状の高さは、子どもに対するネガティブな養育行動の多さやポジティブな養育行動の少なさとの関連が示唆されていることから（Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Wilson & Durbin, 2010）、うつ病を患う親が子どもを養育する上では、親自身の養育困難を緩和し、また親子関係における問題の発現を予防するために、適切なケアやサポートを行うことが必要であると考えられる。

上述のとおり、親のADHD特性の高さならびに親のうつ症状の高さは、いずれも子どもを養育する上での困難と関連することが示されており、親子関係における問題の発現リスクを高める要因となることが想定される。しかしながら、親のADHD特性とうつ症状の両要因が親子関係に及ぼす効果については、これまでに十分な検討が行われているとは言い難い。また、母子関係だけでなく父子関係も子どもの発達において重要な役割を果たすものの（Lamb, 1975）、親子関係に関する実証研究は母子関係に焦点を当てた研究が多く、父親と母親の双方に着目した研究は不足している。うつ病に加え、ADHD特性の高さを抱える父親／母親とその子どもの親子関係について実証的に検討することで、うつ病という精神疾患ならびにADHD特性という発達障害特性の高さを併せもつ父親や母親が子どもとの良好な関係を築いていくために、有用な支援や介入のあり方を明らかにするための一助となることが期待される。また、親のADHD特性やうつ症状が親子関係の問題へとつながることで、子どもの精神的健康の問題の発現へと至ることを防ぐために、予防的観点からも重要な検討であるといえるだろう。

以上より、本研究では、うつ病の診断を受けて精神科外来に通院している成人患者とその子どもを対象として、親のADHD特性およびうつ症状と親子関係との関連について実証的検討を行った。

方法

研究参加者と手続き

関東甲信越地方に所在し、精神保健指定医が所属している総合病院内の精神科、精神科単科病院、精神科・心療内科病院またはクリニック、精神科デイケア、リワーク・デイケアの合計200施設に研究協力を依頼したところ、合計22施設より研究協力への同意が得られた。各施設の外来待合室またはデイケア控室の一角に研究参加の案内用紙および申込用紙と鍵付きの回収箱を設置し、精神保健指定医よりうつ病の診断を受けた患者ならびにその子ども（うつ病の診断を受けている当該の親と同居している中学生以上25歳

未満の者)を対象として研究への参加を募った。研究への参加を希望した者に対して、後日詳細な説明を行い、あらためて研究への参加意思を確認したところ、58組の親子より研究への参加同意を取得した。研究協力家庭の親子に対して、親版と子ども版の自記入式の各質問紙を郵送により配布し、郵送により回収を行った。このうち、本研究で使用する変数の回答に欠損値が見られなかった57組の親子から得られたデータを分析の対象とした。57組の親子のうち、親の性別の内訳は男性20名・女性37名であった。すなわち、うつ病の父親とその子どもが参加した家庭が20組、うつ病の母親とその子どもが参加した家庭が37組であった。なお、57組の親子のうち、子どもの性別の内訳は男性21名・女性36名であった。質問紙に回答する子どもについては、うつ病の診断を受けている当該の親と同居している中学生以上25歳未満の者であれば、出生順位や性別等の制約は設けなかった。父親20名の平均年齢は53.95歳(標準偏差4.03)、母親37名の平均年齢は49.65歳(標準偏差4.11)、子ども57名の平均年齢は16.86歳(標準偏差2.39)であった。研究の実施に際し、お茶の水女子大学の人文科学研究の倫理審査委員会の審査・承認を受けた。

測定尺度

親のADHD特性 Adult ADHD Self-Report Scale Screener (Kessler et al., 2005) の6項目を使用した。この尺度は、ADHDの主症状である不注意と多動性・衝動性の各9項目の合計18項目から構成される Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS; Kessler et al., 2005)のうち、ADHDの診断を鋭敏に予測する6項目から構成された尺度である。ASRSは、世界保健機構(WHO)によって作成された成人期のADHDの症状を測定するための自己報告式の尺度であり、日本語版(Takeda, Tsuji, & Kurita, 2017)を含むさまざまな言語に翻訳され国際的に広く使用されている。「全くない(0点)」、「めったにない(1点)」、「時々(2点)」、「頻繁(3点)」、「非常に頻繁(4点)」の5件法で尋ね、6項目の合計得点をADHD特性の指標とした。得点が高いほど、ADHD特性が高いことを示す。本研究では、父親/母親が自分自身のADHD特性について回答した。クロンバックの α 係数は.91であった。

親のうつ症状 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977)の日本語版(島・鹿野・北村・浅井, 1985)の20項目を使用した。身体や心の状態に関する事柄の頻度について、「ない(0点)」、「週のうち1~2日(1点)」、「週のうち3~4日(2点)」、「週のうち5日以上(3点)」の4件法で尋ね、20項目の合計得点をうつ症状の指標とした。得点が高いほど、うつ症状が高いことを示す。本研究では、父親/母親が自分自身のうつ症状について回答した。クロンバックの α 係数は.85であった。

親子関係 親子関係のポジティブな側面ならびにネガティブな側面を測定するために、Network Relationships Inventory (NRI; Furman & Buhrmester, 1992)の日本語版(吉武・内海・菅原, 2014)のうち、「親密的開示」、「愛情」、「安全基地の提供」、「承認」、「葛藤」、「対立」、「非難」、「罰」の8つの下位因子の各3項目、合計24項目を使用した。「親密的開示」、「愛情」、「安全基地の提供」、「承認」の各下位尺度の合計得点を「ポジティブな親子関係」の指標として、「葛藤」、「対立」、「非難」、「罰」の各下位尺度の合計得点を「ネガティブな親子関係」の指標として算出した。「ない、またはほとんどない(1点)」から「非常によくある/非常にそうである(5点)」の5件法で尋ねた。ポジティブな親子関係は得点が高いほど親子関係のポジティブな側面が多いことを示し、ネガティブな親子関係は得点が高いほど親子関係のネガティブな側面が多いことを示す。本研究では、うつ病の診断を受けている親との関係性について、子どもが回答した。クロンバックの α 係数は、ポジティブな親子関係が.88、ネガティブな親子関係が.85であった。

結果

各変数の記述統計量

Table 1は、本研究で使用した各変数の平均値、標準偏差ならびに親の性別による t 検定の結果を示している。親のADHD特性、親のうつ症状、ポジティブな親子関係については、男性と女性の間で得点に有意な差は見られなかった。一方、ネガティブな親子関係については、うつ病の母親をもつ子どもと母親とのネガティブな親子関係得点の方が、うつ病の父親をもつ子どもと父親とのネガティブな親子関係得点と比較して、有意に得点が高いことが明らかとなった。

各変数間の相関分析

続いて、各変数間の関連を検討するために、相関分析を行った。Table 2のうち、右上が男性（父親）の得点、左下が女性（母親）の得点を示す。父親のADHD特性の高さは、ポジティブな親子関係との間に有意な負の相関を示したが、ネガティブな親子関係との間には有意な相関を示さなかった。父親のうつ症状の高さは、ポジティブな親子関係とネガティブな親子関係のいずれの得点との間にも有意な相関を示さなかった。一方、母親のADHD特性の高さは、ポジティブな親子関係とネガティブな親子関係のいずれの得点との間にも有意な相関は示さなかった。また、母親のうつ症状の高さについても、ポジティブな親子関係とネガティブな親子関係のいずれの得点との間にも、有意な相関を示さなかった。なお、父親と母親

Table 1 各変数の平均値と標準偏差

| | 平均値 (標準偏差) | | | t 値 |
|------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------|
| | 全体 ($N = 57$) | 父親 ($n = 20$) | 母親 ($n = 37$) | |
| 親のADHD特性 | 8.49 (5.84) | 7.90 (5.44) | 8.81 (6.10) | -9.0 |
| 親のうつ症状 | 30.18 (9.11) | 28.80 (9.47) | 30.92 (8.95) | -.84 |
| ポジティブな親子関係 | 31.53 (8.25) | 29.95 (8.70) | 32.38 (7.99) | -1.49 |
| ネガティブな親子関係 | 18.28 (6.90) | 15.75 (6.15) | 19.65 (6.97) | -2.01 * |

* $p < .05$

ポジティブな親子関係、ネガティブな親子関係の各得点は、子どもが父親/母親との親子関係について回答した値を示す

Table 2 各変数間の相関係数

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------|------|------|---------|-------|
| 1 親のADHD特性 | | -.03 | -.64 ** | -.32 |
| 2 親のうつ症状 | .26 | | .08 | .15 |
| 3 ポジティブな親子関係 | -.13 | .12 | | .54 * |
| 4 ネガティブな親子関係 | -.15 | -.04 | .41 * | |

* $p < .05$, ** $p < .01$

右上が父親の値, 左下が母親の値を示す

の双方において、ポジティブな親子関係とネガティブな親子関係との間には有意な正の相関が見られた。

父子間のポジティブな親子関係に関する重回帰分析

相関分析の結果、父親のADHD特性と父子間のポジティブな親子関係との間に有意な負の相関が見られたことを踏まえ、父子間のポジティブな親子関係を従属変数とする重回帰分析を行った。独立変数には、父親のADHD特性に加え、父親の年齢、子どもの年齢、子どもの性別、父親のうつ症状を加えた。子どもの性別は、男性=1、女性=2として分析を行った。その結果、父親のADHD特性のみが父子間のポジティブな親子関係との間に有意な関連を示し ($\beta = -.48, p < .05$)、父親のADHD特性の高さが、父子間のポジティブな親子関係の少なさに関連することが示された ($F(5, 14) = 3.99, p < .05; R^2 = .59$) (Table 3)。

ADHD臨床相当群の父親の親子関係に関する検討

相関分析および重回帰分析により、父親のADHD特性の高さがポジティブな親子関係の少なさに関連する結果が示されたことを踏まえ、ADHD特性が顕著に高い「ADHD臨床相当群」に該当する父親と、それ以外の「非臨床相当群」の父親との間で、ポジティブな親子関係に関する比較検討を行った。ADHD臨床相当群の父親が、ポジティブな親子関係に含まれるどのような側面における問題を抱えやすいのかを具体的に明らかにするために、ADHD臨床相当群の父親と非臨床相当群の父親との間で、ポジティブな親子関係の「親密的開示」、「愛情」、「安全基地の提供」、「承認」の4つの下位尺度得点を *t* 検定により比較した。本研究においてADHD特性の測定に用いたASRS Short Screener (Kessler et al., 2005) に定められている算出方法でカットオフ以上のADHD特性の高さを示した者を、本研究における「ADHD臨床相当群」と定義したところ、20名の父親のうち4名がADHD臨床相当群に該当した。ADHD特性の平均値(標準偏差)は、ADHD臨床相当群が15.50(2.89)、非臨床相当群が5.38(1.86)であった。*t* 検定の結果、「親密的開示」、「愛情」、「承認」の3つの下位尺度得点について、ADHD臨床相当群の父親が、非臨床相当群の父親と比べて有意に低いことが明らかとなった (Table 4)。

父親のADHD特性およびうつ症状とポジティブな親子関係との関連に関する検討

父親のADHD特性の高さと父子間のポジティブな親子関係の少なさとの関連を、父親のうつ症状の程

Table 3 父子間のポジティブな親子関係を従属変数とする重回帰分析

| | B | SE B | β |
|-----------|------|------|---------|
| 父親の年齢 | -.98 | .59 | -.46 |
| 子どもの年齢 | -.08 | .80 | -.03 |
| 子どもの性別 | -.50 | 3.40 | -.03 |
| 父親のADHD特性 | -.76 | .32 | -.48 * |
| 父親のうつ症状 | -.04 | .19 | -.05 |
| R^2 | | .59 | |

* $p < .05$

Table 4 父子間のポジティブな親子関係の下位尺度得点の比較

| | 平均值(標準偏差) | | <i>t</i> 値 |
|---------|------------------------------|----------------------------|------------|
| | ADHD臨床相当群 (<i>n</i> = 4) | 非臨床相当群 (<i>n</i> = 16) | |
| 親密的開示 | 0.50 (1.00) | 6.88 (3.42) | 6.43 ** |
| 愛情 | 6.25 (2.87) | 9.81 (1.60) | 3.40 ** |
| 安全基地の提供 | 7.25 (3.95) | 8.19 (2.04) | .46 |
| 承認 | 4.50 (1.29) | 7.94 (2.72) | 2.42 * |

* $p < .05$, ** $p < .01$

度が調整するかを確認するために、階層的重回帰分析による調整効果の検討を行った。分析においては、父子間のポジティブな親子関係を従属変数とし、Step 1で父親のADHD特性および父親のうつ症状、Step 2で父親のADHD特性と父親のうつ症状の交互作用項を独立変数として加えた。なお、多重共線性の問題を回避するために、父親のADHD特性と父親のうつ症状の各得点は、平均值からの偏差に変換した上で分析に使用した (Aiken & West, 1991)。分析の結果、父親のADHD特性の有意な主効果 ($\beta = -.89$, $p < .01$) に加え、父親のADHD特性と父親のうつ症状との有意な交互作用 ($\beta = -.55$, $p < .05$) が確認された ($F(3, 16) = 4.18$, $p < .05$; $R^2 = .44$) (Table 5)。交互作用項が有意であったため、Aiken & West (1991) の手法に基づいて、独立変数の各得点に $\pm 1SD$ の値をそれぞれ代入し、父子間のポジティブな親子関係に対する父親のADHD特性の単回帰直線を求める単純傾斜分析を行った。その結果、父親のうつ症状が低い場合には、父親のADHD特性の高さが父子間のポジティブな親子関係に対して負の関連を示した ($\beta = -1.74$, $p < .05$)。一方、父親のうつ症状が高い場合には、父親のADHD特性から父子間のポジティブな親子関係に対しての有意な関連は見られなかった ($\beta = .55$, *n.s.*) (Figure 1)。

考察

本研究は、うつ病の診断を受けて精神科外来に通院している成人患者とその子どもを対象とした質問紙調査により、親のADHD特性およびうつ症状と親子関係との関連について実証的に明らかにすることを目的として行われた。

はじめに、各変数における性差について、親のADHD特性、親のうつ症状、ポジティブな親子関係については、男女間の得点に有意な性差は見られなかった。一方、ネガティブな親子関係については男女間の得点に有意な性差が見られ、うつ病の母親をもつ子どもが回答した得点の方が、うつ病の父親をもつ子どもが回答した得点よりも有意に高いことが示された。本研究では、1人の子どもが父親と母親の両者との関係について回答したわけではなく、うつ病の父親について回答した子どもとうつ病の母親について回答した子どもはそれぞれ異なる家庭の子どもであるため、父子関係と母子関係を一概には比較することは難しい。しかしながら、うつ病の母親と子どもの母子間のネガティブな親子関係得点の方が高かった一因として、父親と比べて母親の方が子どもとコミュニケーションをとる機会が多いことが挙げられるだろう。本研究における子どもの対象年齢は中学生から25歳までという幅があったが、例えば本邦の中学生を対象とした調査では、子どもの性別や会話の内容を問わず一貫して、父親との会話量に比べて母親との会

Table 5 父親のADHD特性およびうつ症状と父子間のポジティブな親子関係に関する階層的重回帰分析

| | B | SE B | β | R^2 | ΔR^2 |
|---------------------|-------|------|---------|-------|--------------|
| Step 1 | | | | .28 | |
| 父親のADHD特性 | -1.68 | .48 | -.89 ** | | |
| 父親のうつ症状 | .06 | .17 | .07 | | |
| Step 2 | | | | .44 | .16 * |
| 父親のADHD特性 × 父親のうつ症状 | .17 | .08 | .55 * | | |

* $p < .05$, ** $p < .01$

各値は、最終ステップ (Step 2) での値を示す

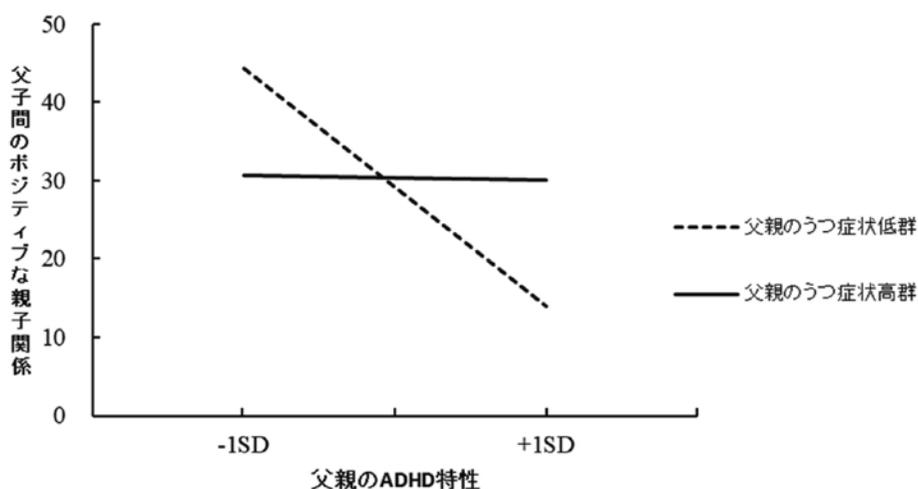


Figure 1 父親のADHD特性および父親のうつ症状と父子間のポジティブな親子関係についての単純傾斜分析

話量の方が多いことが報告されている (厚生労働省, 2016)。また、本邦の中高生の保護者を対象とした調査でも、子どもとのコミュニケーションの時間は、父親と比べて母親の方が多い傾向にあることが示されている (株式会社三菱総合研究所, 2010)。父子間よりも母子間の方がコミュニケーションの機会が多いからこそ、葛藤や対立をはじめとするネガティブな親子関係も生じやすいことが想定されるが、父子関係と母子関係の比較については、今後さらなる検討が必要であるだろう。

次に、各変数間の相関分析を行ったところ、父親のADHD特性の高さはポジティブな親子関係の少なさに関連を示した。父親のうつ病は、ポジティブな養育行動の減少およびネガティブな養育行動の増加に関連することが示されているが (Wilson & Durbin, 2010)、うつ病に加えADHD特性の高さを併せ持つ父親については、特に子どもとの間にポジティブな親子関係を構築する上での困難に直面しやすいことが示唆されたといえる。父親の不注意や衝動性の高さは、子どもの養育における感情的で厳しすぎる過剰反応 (overactivity) や一貫性がなくなすがままにしてしまう緩さ (laxness) に関連することが示されている (Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek, & Friedman, 2003)。父親が、うつ病に加え、このようなADHDの症状に起因する養育行動の特徴を示すことで、子どもは父親との間にポジティブな父子関係を構築しづらい状況にある可能性が考えられるだろう。一方、母親のADHD特性の高さは、親子関係との間に有意な

関連を示さなかった。van Steijn, Oerlemans, van Aken, Buitelaar, & Rommelse (2013) は、母親の ADHD 特性は親子関係に関連を示さず、父親の ADHD 特性の高さのみが親子間の葛藤解決の少なさに関連することを明らかにしており、本研究とも類似する結果であると考えられる。母親と比べて父親の ADHD 特性の高さは、親子関係に影響を及ぼしやすい可能性が考えられるため、ADHD 特性の高さをもつ父親およびその子どもに対しては、良好な親子関係の構築に向けた適切な支援を行うことが特に求められているといえるだろう。また、重回帰分析により、父親の ADHD 特性の高さからポジティブな親子関係の少なさへの関連は、父親の年齢やうつ症状の程度、子どもの年齢および性別という他の要因を考慮した上でもなお、示されるものであることが明らかとなった。うつ病に加え、ADHD 特性の高さをもつ父親に対しては、父親自身の年齢やその時々うつ症状の重症度、また子どもの年齢や性別を問わず、子どもとの間にポジティブな関係を構築していくために必要な支援や介入を検討することが必要であるだろう。

ADHD 特性が顕著に高い ADHD 臨床相当群に関する分析の結果からは、ADHD 臨床相当群に該当する父親は、ポジティブな親子関係のうち、親密的開示、愛情、承認の各側面における困難に直面しやすいことが明らかとなった。うつ病に加え、顕著な ADHD 特性の高さを抱える父親に対して、子どもは自分自身の経験や個人的な感情などを開示しづらく、好意的な感情を抱きにくいことが示された。また、そのような父親から、ほめられたり認められたりする機会が少ないと子どもが感じていることが示唆されたといえる。立花 (2018) は、ADHD 特性が高い親は、子どもに対してその場で気まぐれに対応してしまうために一貫した子育ての対応を取り難いことや、衝動的・感情的に叱ってしまいがちであること、また子どもに対して感情を爆発させてしまうことがあることなどを指摘している。また、父親の ADHD 特性の高さは、子どもがネガティブな感情を示した際のサポート的な応答の少なさおよび非サポート的な応答の多さを予測することも示されている (Mokrova, O'Brien, Calkins, & Keane, 2010)。親子の関わりにおいてこのような特徴を示す父親に対して、子どもは自分自身について親密に開示することに抵抗が芽生えたり、愛情を抱きづらいこと、またそのような父親からほめられたり認められたりする機会が少ないと実感していることが想定される。特に、「親密的開示」における ADHD 臨床相当群と非臨床相当群の得点差は顕著である。親密的開示の各項目では、他者に知られたくないことや秘密、個人的な感情などを、子どもが親にどれだけ話しているかを測定している。相手の話を最後まで聞けずに途中で発言してしまったり、他者との共同作業や議論の際に感情的になりやすいといった成人期の ADHD の特徴が (村上, 2017)、子どもが自分自身に関して父親に開示する上での妨げとなっていることが、この顕著な得点差の一因であるかもしれない。ADHD 特性が顕著に高い父親を対象に、不注意や多動性・衝動性といった症状と上手く向き合いながら、子どもとの間にポジティブで良好な関係を築いていくためのトレーニングの機会を設けたり、子どもとの接し方の参考となるような資料の提供などを充実させていくことが必要であると考えられるだろう。

一方、父親の ADHD 特性およびうつ症状とポジティブな親子関係に関する検討では、父親のうつ症状による調整効果が見られ、うつ病の父親の中でもうつ症状が低い場合にのみ、父親の ADHD 特性が高いほど父子間のポジティブな親子関係が少ないという関連が見られることが明らかとなった。ADHD 特性の高さとポジティブな親子関係の少なさとの関連が、うつ病の父親の中でもうつ症状が高い場合には見られなかった一因として、深刻なうつ症状が ADHD 特性の高さや ADHD 特性に基づく問題の顕在化を抑制している可能性が考えられる。うつ症状は、時に併存する他の症状を隠してしまう (マスクしてしまう) ことがありうる (McIntosh et al., 2009)。成人期の ADHD の症状は、他の精神疾患の症状に包含されやすく、うつ病などの併存精神疾患の存在が ADHD の症状をマスクすることによって、成人期の ADHD の

診断が困難化する可能性が指摘されている (Kooij et al., 2012; 岡田, 2015)。うつ症状がより深刻な父親においては、たとえ ADHD 特性の高さを併せ持っている場合でも、うつ症状によって ADHD 特性がある程度マスクされ、ADHD 特性の高さに起因する親子関係上の問題を子どもが認知することが抑えられている可能性がある。それとは逆に、うつ病の中でもうつ症状が軽度である父親においては、ADHD 特性の高さも持ち合わせている場合、父親の ADHD 特性の高さに起因するさまざまな困難が表立って顕在化しやすく、父子関係における問題を子どもが捉えやすいとも考えられる。一方、うつ病と ADHD 特性の高さの双方を抱える父親をもつ子どもの中でも、特に父親のうつ症状の重症度が高い場合には、そのような父親を気遣い、ポジティブな父子関係を築こうと子どもが努めている可能性も考えられるだろう。障害や慢性的な疾患、精神保健上の問題をもつ家族に対する過剰なケアを負担している18歳未満の子どもは「ヤングケアラー (young carer)」と呼ばれ (Becker, 2000)、うつ病や ADHD をもつ親の子どもの中にも少なからず存在している。深刻なうつ症状と ADHD 特性の高さを抱える父親をもつ子どもの中には、自分自身が父親のケアを担う中で、何とか父親との間にポジティブな関係を保とうと意図して心掛けているケースもあるかもしれない。家庭内で子どもが置かれている状況をはじめ、各家庭のより詳細な様子を考慮に加えたさらなる検討が必要である。うつ病と ADHD 特性の高さの双方を父親がもつ場合、父親のうつ症状が軽度だからといって親子関係に関するケアやサポートを軽視することなく、寧ろより一層の注意を払って、親子関係に対する支援や介入を行っていくことが重要であるだろう。

本研究の限界点と今後の課題として、第一に、研究参加者の数が少ない点が挙げられる。本研究で得られた知見の一般化可能性については、研究参加者の数を増やした上で、さらなる検討が必要であるだろう。特に、ADHD 臨床相当群と非臨床相当群の比較に関しては、研究参加者の数が少なく、親子の性別の組み合わせに関する検討を行うことができなかったため、追加での検討が必要である。例えば、本研究では「親密的開示」の得点において、ADHD 臨床相当群の父親と非臨床相当群の父親との間で顕著な得点差が見られたが、親子間の親密性は親子の性別の組み合わせにより異なる (水本, 2018) との報告もあるため、研究参加者の数を増やし、親子の性別の組み合わせも踏まえたさらなる検討が求められるだろう。第二に、親子関係の限られた側面のみに着目している点が挙げられる。本研究では、ポジティブな親子関係とネガティブな親子関係という2要因を扱ったが、「親子関係」の中にはきわめて多様な側面が含まれており、より詳細に検討することが必要である。例えば、本研究において、ポジティブな親子関係とネガティブな親子関係の間には有意な正の相関が得られており、ポジティブな親子関係が多いとネガティブな親子関係も多いことが示されたが、そこには親子のコミュニケーションの頻度などが関連していることが考えられる。今後は、親子のコミュニケーションの頻度や満足度、また家庭の雰囲気や家族の凝集性など、親子をはじめ家族の多様な側面を含めた検討を重ねていくことが求められるだろう。また、本研究では子どもが評定した親子関係得点を分析に用いたが、子どもの認知と親の認知には少なからず差異があると考えられる。今後は、親が認知する親子関係についても検討を行うべきであるだろう。第三に、その他の併存疾患や問題の影響を検討できていない点が挙げられる。成人期の ADHD に併存することの多い併存疾患は、うつ病に限らず多岐にわたっており (McGough et al., 2005)、複数の併存疾患をもつ可能性も高い (Fayyad et al., 2007)。併存症状の有無、種類、重症度、治療の状況などは、親子関係に何らかの影響を与えていることが予想される。親の ADHD 特性が養育や親子関係に与える影響については、親だけでなく子どもの障害や疾患、家庭環境、社会文化的側面などさまざまな要因が想定されており (Johnston & Chronis-Tuscano, 2017)、このような多様な要因の影響を考慮した検討を行うことが必要であるだろう。今後、親の発達障害特性や精神疾患と親子関係に関するさらなる実証研究が蓄積され、親子双方に対

して有用な支援や介入の実現へと繋がっていくことが望まれる。

引用文献

- Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD?. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22*, 369-377.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interaction*. California: Sage.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J., & Semple, D. L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies, 17*, 28-43.
- Becker, S. (2000). *Young carers*. In M. Davies, (Ed.), *The Blackwell encyclopedia of social work* (p. 378). Oxford: Blackwell.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine, 32*, 817-827.
- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 150-155.
- Bron, T. I., Bijlenga, D., Verduijn, J., Penninx, B. W., Beekman, A. T., & Kooij, J. S. (2016). Prevalence of ADHD symptoms across clinical stages of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 197*, 29-35.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York: Guilford press.
(カミングス, E. M.・ディヴィーズ, P. T.・キャンベル, S. B. 菅原ますみ (監訳) (2006). 発達精神病理学—子どもの精神病理の発達と家族関係— ミネルヴァ書房)
- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 673-683.
- Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B., & Looper, K. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders, 8*, 1-10.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine, 36*, 159-165.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lepine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry, 190*, 402-409.
- Friedrich, A., Moning, J., Weiss, J., & Schlarb, A. A. (2017). The effects of parental ADHD symptoms on parenting behaviors. *Health, 9*, 1054-1074.
- Fujiwara, T., Kasahara, M., Tsujii, H., & Okuyama, M. (2014). Association of maternal developmental disorder traits with child mistreatment: a prospective study in Japan. *Child Abuse and Neglect, 38*, 1283-1289.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development, 63*, 103-115.

- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, *16*. doi:10.4088/pcc.13r01600.
- Harvey, E., Danforth, J. S., McKee, T. E., Ulaszek, W. R., & Friedman, J. L. (2003). Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, *7*, 31-42.
- Johnston, C., & Chronis-Tuscano, A. (2017). Parental ADHD: relations to parenting, child behavior, and treatment outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*, 411-413.
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, *32*, 215-228.
- 株式会社三菱総合研究所 (2010). 「子どもの生活習慣づくりに関する家庭や企業の認識度及び課題分析調査」報告書
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, *17*, 302. doi: 10.1186/s12888-017-1463-3
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M.J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, *35*, 245-256.
- Kooij, J. S., Huss, M., Asherson, P., Akehurst, R., Beusterien, K., French, A., Sasané, R., & Hodgkins, P. (2012). Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *16*(5_suppl), 3S-19S.
- 厚生労働省 (2016). 第14回21世紀出生児縦断調査 (平成13年出生児) 及び第5回21世紀出生児縦断調査 (平成22年出生児) の結果
- 厚生労働省 (2017). 平成29年患者調査 (疾病分類篇)
- Lamb, M. E. (1975). Fathers: forgotten contributors to child development. *Human Development*, *18*, 245-266.
- Levy, F., Hay, D. A., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 737-744.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *20*, 561-592.
- Lubke, G. H., Hudziak, J. J., Derks, E. M., van Bijsterveldt, T. C., & Boomsma, D. I. (2009). Maternal ratings of attention problems in ADHD: Evidence for the existence of a continuum. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*, 1085-1093.
- Mazursky-Horowitz, H., Felton, J. W., MacPherson, L., Ehrlich, K. B., Cassidy, J., Lejuez, C. W., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*, 121-131.
- McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1621-1627.
- McIntosh, D., Kutcher, S., Binder, C., Levitt, A., Fallu, A., & Rosenbluth, M. (2009). Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *5*, 137-150.
- McLennan, J. D. (2016). Understanding attention deficit hyperactivity disorder as a continuum. *Canadian Family Physician*, *62*, 979-982.

- 水本深喜 (2018). 青年期後期の子の親との関係. *教育心理学研究*, *66*, 111-126.
- Mokrova, I., O'Brien, M., Calkins, S., & Keane, S. (2010). Parental ADHD symptomology and ineffective parenting: the connecting link of home chaos. *Parenting: Science and Practice*, *10*, 119-135.
- 村上佳津美 (2017). 注意欠如・多動症 (ADHD) 特性の理解. *心身医学*, *57*, 27-38.
- Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 52-61.
- 野村和代 (2014). 発達障害特性をもつ親への支援. *臨床心理学*, *14*, 646-650.
- 岡田俊 (2015). 成人期 ADHD と気分障害・不安症の併存. *精神神経学雑誌*, *117*, 768-774.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Pincus, H. A., & Weissman, M. M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care*, *41*, 716-721.
- Park, J. L., Hudec, K. L., & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *56*, 25-39.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.
- 齊藤彩・坂田侑奈 (2017). 両親の注意欠如／多動傾向と大学生の精神的健康との関連—世代間伝達と親子関係の観点からの検討— *人間文化創成科学論叢*, *19*, 165-173.
- 佐藤佑貴・金澤潤一郎 (2018). 母親の ADHD 症状と養育スタイルの関連—感情調節困難に注目して— *発達心理学研究*, *29*, 105-113.
- 島悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘 (1985). 新しい抑うつ性の自己評価尺度について. *精神医学*, *27*, 717-723.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A., & Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *257*, 371-377.
- 立花良之 (2018). 育児困難と母親の発達障害. 神尾陽子 (企画) 最新醫學別冊診断と治療のABC 130 (pp. 123-129) 最新医学社
- Tachibana, Y., Takehara, K., Kakee, N., Mikami, M., Inoue, E., Mori, R., Ota, E., Koizumi, T., Okuyama, M., & Kubo, T. (2017). Maternal impulse control disability and developmental disorder traits are risk factors for child maltreatment. *Scientific Reports*, *7*, 15565.
- Takeda, T., Tsuji, Y., & Kurita, H. (2017). Psychometric properties of the Japanese version of the adult attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) self-report scale (ASRS-J) and its short scale in accordance with DSM-5 diagnostic criteria. *Research in Developmental Disabilities*, *63*, 59-66.
- 武市知己・脇口宏 (2004). 自己チェックリストからみた母親の持つ不注意, 多動／衝動性と育児困難との関連. *小児の精神と神経*, *44*, 161-168.
- van Steijn, D. J., Oerlemans, A. M., van Aken, M. A., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2013). Match or mismatch? Influence of parental and offspring ASD and ADHD symptoms on the parent-child relationship. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*, 1935-1945.
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 167-180.
- 吉武直美・内海緒香・菅原ますみ (2014). 成人期の対人ネットワークの質の検討—日本語版 Network Relationships Inventory を用いて— *日本心理学会第78回大会発表論文集*, 107.