

成人発達障害者におけるコーピング、自尊感情、 精神的健康との関連

A Relationship among coping, self-esteem, and mental health in adults with developmental disorders

宮岡 佳子¹⁾²⁾

¹⁾跡見学園女子大学 心理学部

²⁾医療法人社団大坪会 小石川東京病院

Yoshiko Miyaoka¹⁾²⁾

¹⁾Faculty of Psychology, Atomi University.

²⁾Koishikawa Tokyo Hospital

要 約

<問題と目的>近年成人発達障害が増加している。成人発達障害者は、小児とは異なった形で症状や生活上の困難を有している。本研究では成人発達障害のコーピングに焦点を当て、自尊感情と精神的健康との関連を調べる。<方法>精神科医療機関通院中の発達障害と診断のついた成人患者74名に質問紙調査を行った。質問紙は以下のように構成。①フェイスシート。②発達障害に関する項目。③GCQ (General Coping Questionnaire) 特性版 (佐々木ら、2002) : コーピングを「感情表出」、「情緒的サポート希求」、「認知的再解釈」、「問題解決」で測定。④ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版 (桜井、2000) : 自尊感情を測定。⑤日本語版GHQ12 (General Health Questionnaire 12) (中川・大坊、2013) : 軽度精神障害をスクリーニングする尺度。点数が高いほど精神的不健康である。<結果>平均年齢33.9歳、男女比は2.5 : 1であった。自己申告の発達障害の疾患から、ASD (autism spectrum disorder) 群54%、ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) 群23%、ASDとADHD併存群18%、分からない5%に分類された。GCQを説明変数、自尊感情とGHQを基準変数とする重回帰分析を行った結果、情緒的サポート希求と認知的再解釈コーピングは自尊感情に、感情表出コーピングはGHQにそれぞれ正の影響を与えていた。性別と疾患分類を2要因とする分散分析の結果、ASDとADHD併存群は、ASD群、ADHD群よりも自尊感情が低いことが示された。<考察>自尊感情、GHQで示される精神的不健康は、発達障害の二次的問題とみなせる。コーピングにより、二次的問題が軽減あるいは悪化することが示された。

【Key words】 発達障害、成人、コーピング、自尊感情、精神的健康

I 問題と目的

小児の発達障害が着目されたのは、1980年代以降である。発達障害の診断がつく小児が増加するにつれ、成人にも発達障害も増加した。小児期に診断のついたケースが成人になっても生活の支障をきたす場合のほか、小児期には診断がつけられず、大人になってから診断がつくケースが増加している（本田，2021）。

発達障害の診断学的位置づけをみると、米国精神医学会の操作的診断基準であるDSM-5では、神経発達症群に含まれている（American Psychiatric Association (APA), 2013）。この群には、知的能力障害群も入っている。それ以外の疾患では、コミュニケーション症群、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、限局性学習症、運動症群、他の神経発達症群がある。このうち、精神科で治療をする成人発達障害のほとんどは、自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder：以下ASD）と注意欠如多動症（attention deficit/hyperactivity disorder：以下ADHD）である。少数だが、限局性学習障害も見られる。

DSM-5におけるASDの症状には、社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応の障害がある、行動や興味が限定され反復的な様式がある、症状は小児期からあることが挙げられている。しかしながら、小児期に、社会的な要求が本人の能力の限界を超えなければ完全には明らかにならないこともある、対応の仕方を学ぶことで隠されている場合があるという注釈がある。小児期には症状が目立たず、成人期になって診断がつく発達障害者は、このようなケースである。

DSM-5におけるADHDには、不注意に基にする症状、多動性および衝動性を基にする症状があり、これらは12歳以前からあること、不注意症状または多動性および衝動性の症状は2つ以上の状況でおきていることが診断項目に挙げられている。状況の例として、家庭、学校、職場、友人や親せきといる時等がある。ASD、ADHDともに、症状により、社会、学業、職業等の機能に支障をきたしていることも診断の条件となっている。

疫学的には、ASDの有病率は1%であり、増加している。増加の原因として、診断基準の拡大、認知度の高まり、真の患者数の増加が考えられる（APA, 2013）。日本で20～75歳を対象とした疫学調査では、成人のASDは5.1%と高い値を示した（Umeda et al., 2021）。男女比は、おおよそ2～5：1で男性に多い（Lai et al., 2015）。Uedaら（2021）の日本の成人ASDの男女比は、2.2である。

ADHDの有病率では、小児は約5%であり、成人では2.5%であった（Simon et al., 2009）。前述の日本での疫学調査では、成人のADHDは8.2%と高い値を示した（Umeda et al., 2021）。小児の男女比は、おおよそ2：1で男児に多い（Kok et al., 2016）。成人では、女性の比率が増え、性差がなくなるという報告がある（Resnick, 2000）。Umedaら（2021）の日本の疫学調査では、男女比は1.6：1であり、Resnick（2000）の見解に一致している。

症状では、小児と成人では現れ方が異なってくる。この違いは、通常の発達過程も関わっている。大人になるに従い、対人面による配慮やルールを守る等統制のとれた

行動がとれていき、社会的に好ましい方向へ行動が収束されていく。小児期よりも、成人期のほうが定型発達者とのずれを見出しにくくなる(本田, 2021)。ASDでは、言語の発達が良好な場合は、成人期では、相互的対人関係の異常を観察するのが難しくなるほど改善することもある。一方、限局した興味や行動の異常は、表れ方自体、小児期は異なるものの、持続していくことが多い(本田, 2021)。ADHDも、成長につれ、軽症になっていく。特に、多動や衝動性は、中学以降になると目立たなくなる。一方、不注意は持続しやすく、大人になって不適応等大きな支障をきたすことも少なくない(伊東, 2021)。

男女別においても、症状に差があると言われている。ASDの女性では、自閉的行動特徴が目立たない傾向がある(神尾, 2009)。また、表情変化がスムーズで、会話もできるように見える女性は、発達障害と気づかれにくい印象があるという(太田, 2021)。一方、女性は、男性に比べて、引っ込み思案として許容される文化的側面が絡んでいる可能性もあり、どこまでが症状自体の性差なのかは判断が難しいとする意見もある(金生, 2012)。

発達障害では、発達障害特有の症状により、様々な心理的問題を生じる。これを二次的問題や二次障害と呼ぶ。発生しやすいものとして、ひきこもり、不適応、身体症状(頭痛、腹痛、動悸、嘔気等)、自己評価の低下、うつ症状、不安症状、適応障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD)などがある(本田, 2013; 柏, 2020)。発達障害には、精神疾患の併存症も多いが、中には二次障害ととらえられるものもある。

日本の成人発達障害の疫学調査(Umeda, 2021)では、発症リスクの高い精神疾患として、感情障害、不安障害、薬物乱用がある。その他、ひきこもり、インターネット依存、希死念慮のリスクも高い。

ところで、Lazarus & Folkman (1984)は、ストレスの起きる一連の過程を示したストレスモデルを提唱した。(1) ストレッサー(ストレス因)、(2) 認知的評定、(3) 対処行動(コーピング)、(4) ストレス反応という過程である(島津, 2002)。ストレッサーとストレス反応の間に、認知的評定、対処行動が介在することで、単なるストレッサーの強弱でストレス反応が決まるのでない。いかにストレッサーを認知するか(認知的評定)、いかにストレッサーに対し対処するか(対処行動)で、ストレス反応を悪化させたり、軽減させたりするとした。対処行動(coping behavior)はコーピングとも呼ぶ。肯定的(適応的)な対処行動もあれば、否定的(不適応的、回避的)なものもある(Vanden-Bos(ed), 2007)。

そこで本研究では、2次障害の一つである、自己評価の低下、神経症性障害を取り上げ、コーピングとの関連を調べることにした。

II 方法

1. 調査手続き

関東圏内のA病院精神科に通院中の成人発達障害の患者に対して、質問紙調査を行った。A病院精神科は、成人発達障害の専門外来と専門デイケアを設置しており、成人発達障害の患者が多数通院している。調査期間は2020年9月~12月であった。

質問紙は以下の内容を含む。

- (1) フェイスシート：年齢、性別、婚姻状況、同居家族の有無、職業を問う。
- (2) 発達障害に関する項目：発達障害の病名、デイケア通所歴。発達障害の病名は、ASD圏（自閉スペクトラム症、アスペルガー障害、広汎性発達障害）、ADHD圏（注意欠如多動症、注意欠陥多動性障害）、ASD圏とADHD圏両方を持つ、その他の発達障害の項目から回答させた。
- (3) GCQ（General Coping Questionnaire）特性版（佐々木ら，2002）：ストレスサーに対して一般的にどのような対処方法をとるかを問う。コーピングを「感情表出」、「情緒的サポート希求」、「認知的再解釈」、「問題解決」に分け、それぞれ8項目4つの下位尺度よりなる。32項目。十分な妥当性と信頼性を有している（佐々木ら，2002）。
- (4) ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版（桜井，2000）：Rosenberg（1965）が開発した自尊感情尺度の日本語版である。自尊感情とは自己の能力や価値についての評価的な感情や感覚のことである。10項目。十分な妥当性と信頼性を有している（桜井，2000）。
- (5) 日本語版GHQ12（General Health Questionnaire 12）（中川・大坊，2013）：Goldberg（1972）が開発したGeneral Health Questionnaire（精神健康調査票）は、軽度精神障害をスクリーニングする尺度として広く用いられている。もとは、60項目の尺度であるが、その後30項目～12項目まで各種の項目版が作成された。本研究では、対象者の負担を軽減するため、最も少ない12項目版を用い

た。12項目に短縮しても、十分な妥当性、信頼性が確認された（中川・大坊，2013）。

2. 倫理的配慮

協力をえられた外来担当医師を通じ、成人発達障害の患者に説明文書付きの質問紙を渡した。また、A精神科病院のデイケア通所中の患者に対して、研究者が文書と口頭で研究の説明を行い、質問紙を配付した。説明文書には、研究目的、研究内容、倫理的配慮等を記載した。質問紙は無記名で回答し、返却をもって対象者が調査への同意をしたとみなした。本研究は、公益財団法人神経研究所倫理審査委員会にて承認を得た（研究申請番号：196号-2）。

3. 分析方法

人口統計学的項目と発達障害に関する項目について、1変量の χ^2 検定を行った。GCQ、自尊感情尺度、GHQについて、相関分析、重回帰分析を行った。これら3つの尺度得点を従属変数とし、性別、発達障害の病名別の2要因の分散分析を行った。統計ソフトは、IBM SPSS statistics 27を用いた。

Ⅲ 結果

1. 対象者の背景

男女合わせて、74名からの回答を得た。男性は53名、女性は21名であり、男女比は2.5：1であった。

対象者の背景を表1に示す。人口統計学的項目では、年齢は、20歳～60歳に分布し、平均は33.9歳（SD=10.9）であった。現在結婚していない者63名（86%）、

表1 対象者の背景 (N=74)

		年齢					X ² 検定
		平均33.9歳 (SD±10.9) (20歳~60歳)					P
性別	男性	女性					<0.001
	53 (72%)	21 (28%)					
婚姻状況	結婚していない	結婚している					<0.001
	63 (86%)	10 (14%)					
同居の有無	1人暮らし	家族と同居					0.75
	28 (39%)	43 (61%)					
仕事	フルタイム	アルバイト	就労関連福祉施設	無職(主婦・主夫を含む)	学生	その他	<0.001
	32 (43%)	11(15%)	7 (9%)	13 (18%)	7 (9%)	4 (5%)	
疾患名	ASD	ADHD	ASD/ADHD併存	分からない			<0.001
(注1)	40 (54%)	17 (23%)	13 (18%)	4 (5%)			
デイケア通所歴	デイケア通所中	過去にデイケア通所	デイケア通所なし				0.51
	33 (45%)	16 (22%)	24 (33%)				

(注1) 発達障害者の自己申告による

ASD: autism spectrum disorder, ADHD: attention deficit hyperactivity disorder

している者10名 (14%) であり、X²検定で有意に結婚していない者が多かった。一人暮らしは28名 (39%)、家族と同居は43名 (61%) であった。仕事に関しては、フルタイム勤務32名 (43%)、アルバイト11名 (15%) であった。就労関連福祉施設 (就労移行支援施設、就労継続支援施設A型、B型等) 通所は7名 (9%)、無職 (主婦や主夫を含む) は13名 (18%)、学生は7名 (9%)、その他 (フリーランス等) は4名 (5%) であった。フルタイムが最も多く、X²検定で有意差が見られた。

発達障害に関する項目では、自己申告の形で発達障害の具体的病名を回答してもらった。その結果、ASD群、ADHD群、ASDとADHDの併存群 (以後、ASD/ADHDと表記)、(発達障害ではあるが具体的病名は) 分からないの4群に分類された。ASD群40名 (54%)、ADHD群17名 (23%)、ASD

/ADHD群13名 (18%)、分からない4名 (5%) であった。ASD群が最も多く、X²検定で有意差が見られた。発達障害の主病名がASD、ADHD以外の者はいなかった。ただし、併存の発達障害に学習障害があると回答した者が2名 (いずれもADHD) いた。

2. 各尺度の相関分析

GCQ、自尊感情、GHQの各尺度の平均値を表2に示した。これらの尺度得点、年齢でPearsonの相関分析をおこなった。結果を表3に示す。

年齢はいずれの尺度とも有意な相関は見られなかった。コーピング (GCQ) では、「感情表出」がGHQと弱い正の相関がみられた ($r=.266, P<.05$)。なお、GHQは点数が高いほど精神的に不健康であることを示す。「情緒的サポート希求」は、「認知的再解釈」と自尊感情との間に弱い正の

表2 尺度得点の平均値 (N=74)

	平均値	標準偏差
GCQ		
感情表出	20.68	5.37
情緒的サポート希求	18.39	6.46
認知的再解釈	20.08	5.80
問題解決	21.74	5.09
自尊感情	21.97	5.87
GHQ	29.53	6.35

GCQ: General Health Questionnaire

GHQ: General Health Questionnaire

(点数が高いほど精神的に不健康)

相関がみられた ($r=.301, P<.01$: $r=.348, P<.001$)。認知的再解釈はさらに、問題解決、自尊感情の間に比較的強い正の相関 ($r=.447, P<.01$: $r=.460, P<.01$) がみられ、GHQとの間に弱い負の相関が見られた ($r=-.318, P<.01$)。問題解決はさらに、自尊感情との間に比較的強い正の相関がみられた ($r=.407, P<.01$)。自尊感情とGHQの間に比較的強い負の相関があった ($r=-.533, P<.01$)。

3. コーピングを説明変数とした重回帰分析

自尊感情と、精神的健康 (GHQ) にコーピング (GCQ) が与える影響を調べるために、GCQの4つの下位尺度を説明変数とした重回帰分析をそれぞれ行った。自尊感情を基準変数とした重回帰分析では、 R^2 は0.297で有意であった。4つの下位尺度うち、「情緒的サポート希求」「認知的再解釈」のコーピングが自尊感情に有意な正の影響を与えていた ($\beta=.232, \beta=.289, P<.05$)。GHQを基準変数とした重回帰分析では、 R^2 は0.169で有意であった。4つの下位尺度うち、「感情表出」のコーピングがGHQに有意な正の影響を与えていた ($\beta=.268, P<.05$)。なお、GHQは点数が高いほど精神的に不健康であることを示す。

4. コーピング (GCQ)、自尊感情、精神的健康 (GHQ) についての性別、疾患別の2要因の分散分析

性別 (男女) の2群、ASD、ADHD、ASD/ADHD群の3群を2要因として、コーピング (GCQ)、自尊感情、精神的健康

表3 コーピング、自尊感情、精神的不健康の相関分析 (N=74)

	年齢	コーピング (GCQ)				自尊感情	GHQ
		感情表出	情緒的サポート希求	認知的再解釈	問題解決		
年齢	1	-0.077	-0.218	0.029	-0.025	-0.070	0.048
感情表出		1	0.203	-0.088	0.090	0.026	0.266 *
情緒的サポート希求			1	0.301 **	0.200	0.348 **	-0.133
認知的再解釈				1	0.477 **	0.460 **	-0.318 **
問題解決					1	0.407 **	-0.139
自尊感情						1	-0.533 **
GHQ							1

* $P<0.05$, ** $P<0.01$

GCQ: General Health Questionnaire, GHQ: General Health Questionnaire (点数が高いほど精神的に不健康)

表4 コーピング (GCQ) の重回帰分析 (基準変数: 自尊感情) (N=74)

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>P</i>
説明変数	コーピング (GCQ)				
	感情表出	-0.036	0.117	-0.033	0.758
	情緒的サポート希求	0.214	0.101	0.232	0.038
	認知的再解釈	0.300	0.127	0.289	0.021
	問題解決	0.238	0.138	0.207	0.090
	R^2	0.297**			
基準変数: 自尊感情					

B: 非標準偏回帰係数, *SE*: standard error, β : 標準偏回帰係数

R^2 : 決定係数, **: $P < 0.01$

GCQ: General coping Questionnaire

GHQ: General Health Questionnaire (点数が高いほど精神的に不健康)

表5 コーピング (GCQ) の重回帰分析 (基準変数: GHQ) (N=74)

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>P</i>
説明変数	コーピング (GCQ)				
	感情表出	0.317	0.137	0.268	0.024
	情緒的サポート希求	-0.105	0.117	-0.108	0.371
	認知的再解釈	-0.272	0.144	-0.250	0.064
	問題解決	-0.029	0.158	-0.024	0.854
	R^2	0.169*			
基準変数: GHQ					

B: 非標準偏回帰係数, *SE*: standard error, β : 標準偏回帰係数

R^2 : 決定係数, **: $P < 0.01$

GCQ: General coping Questionnaire

GHQ: General Health Questionnaire (点数が高いほど精神的に不健康)

(GHQ) の分散分析を行った。自分が発達障害の内喉の病名が分からないと回答した4名を除き、70名で分析を行った。この結果を表6に示す。

性別の主効果は有意ではなかった。交互作用も有意ではなかった。疾患別の主効果は、自尊感情で有意であった ($F(2, 63) = 5.633, P < .01$)。多重比較 (Tukey) を行った結果、ASD群はASD/ADHD群より

も有意に自尊感情が高く ($P < .01$)、ADHD群も同様にASD/ADHD群よりも有意に自尊感情が高かった ($P < .01$)。

IV 考察

1. 対象者の人口統計学的特徴と発達障害の特徴

本研究の男女比は2.5:1であり、男性に多かった。発達障害の男女比は2~5:

表6 コーピング、自尊感情、GHQの性別、疾患別2元配置分散分析結果 (N=70)

コーピング(注1)	性別		男性		女性		主効果		相互作用	P				
	疾患別(注1)	性別	ASD	ADHD	ASD/ADHD	ADHD	ASD/ADHD	性別			P	疾患別	P	多重比較(Tukey)
コーピング(GCQ)														
感情表出	20.32 (5.68)	18.50 (4.34)	21.5 (6.33)	22.00 (2.00)	20.78 (3.99)	22.80 (6.54)	20.78 (3.99)	22.80 (6.54)	1.30	0.258	0.85	0.433	0.03	0.968
情緒的サポート希求	17.53 (6.90)	19.25 (6.80)	16.00 (6.89)	20.00 (7.35)	22.11 (3.52)	18.80 (7.19)	22.11 (3.52)	18.80 (7.19)	2.00	0.163	0.92	0.405	0.01	0.995
認知的再解釈	19.97 (6.19)	22.50 (4.99)	16.25 (6.54)	21.50 (4.28)	21.44 (5.70)	18.20 (3.96)	21.44 (5.70)	18.20 (3.96)	0.23	0.632	2.50	0.090	0.32	0.729
問題解決	21.24 (5.27)	22.88 (4.32)	18.88 (5.33)	23.83 (2.32)	22.78 (4.60)	22.20 (7.60)	22.78 (4.60)	22.20 (7.60)	1.72	0.195	0.82	0.446	0.49	0.615
自尊感情	22.56 (5.04)	25.25 (5.01)	16.57 (3.60)	23.33 (5.43)	21.89 (5.570)	17.17 (4.13)	21.89 (5.570)	17.17 (4.13)	0.06	0.805	5.63	0.006	0.95	0.391
GHQ	29.06 (5.68)	26.75 (6.45)	33.29 (6.16)	29.17 (7.81)	29.44 (5.34)	34.40 (10.74)	29.44 (5.34)	34.40 (10.74)	0.48	0.489	3.04	0.055	0.83	0.828

上段：平均値、下段：標準偏差 注1：発達障害者の自己申告による

GCQ: General coping Questionnaire, GHQ: General Health Questionnaire (点数が高いほど精神的に不健康)

ASD: autism spectrum disorder, ADHD: attention deficit hyperactivity disorder, ASD/ADHD: ASDとADHDの併存

1という先行研究にも合致した(Lai et al., 2015; Kok et al., 2016)。仕事では、職業と持っている者は約半数おり、フルタイムの者も全体の43%を占めている。フルタイムの職は得て、表面的な社会機能はある程度保たれている。しかし、仕事をするうえで、発達障害による様々な問題をかかえていると推測できる。今回は、障害者雇用については回答を求めなかったので詳細は分からないが、フルタイム勤務と回答した者の中には、障害者雇用で働いている者も含まれていると考えられる。

発達障害の病名の分類では、ASD54%、ADHD23%、ASDとADHDの併存が18%という結果であった。Umedaら(2021)の日本でのスクリーニング方式の疫学調査では、成人ASDは5.1%、成人ADHDは8.2%といずれも高い値を示しているが、ADHDの頻度が高い。本研究では、ASDのほうがADHDよりも多かった。Umedaらの研究は地域を対象とした疫学調査であり、治療をしていない者も含まれる。一方、本研究は医療機関に通院中の者を対象としており、その違いが反映されている可能性がある。ASDのほうがADHDよりも、周囲あるいは本人が困難さを自覚し、医療機関での治療を求めるのかもしれない。

ASDとADHDの併存群は18%であった。DSM-5 (APA, 2013)の前の版であるDSM-IV (APA, 1994)では、広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorder)という診断名で、自閉性障害(Autistic Disorder)と著しい言語の遅れのないアスペルガー障害(Asperger's Disorder)が区別されていた。さらに、広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害(attention-deficit/hyperac-

tivity disorder)の併存と言う診断を付けることは出来なかった。DSM-5への改訂に際し、①自閉性障害とアスペルガー障害の名称がなくなり、自閉スペクトラム症(autistic spectrum disorder: ASD)という一つの診断名にまとめられたことと、②ASDとADHDの併存が認められるようになったことが大きな変更点であった。ただ、DSM-5以前より、臨床現場では、併存があることは知られていた。Goldsteinら(2004)によれば、広汎性発達障害の74%はADHDの診断基準を満たすと報告しており、日本でも、アスペルガー障害の85%、自閉性障害の58%がADHDの診断基準を満たすとされていた(Yoshida & Uchiyama, 2004)。ASDとADHDの合併例では、両方の特徴を併せもつ。例えば、ASDよりも柔軟さがあるが、典型的なADHDに比べれば、粘着的な傾向があるという(米田, 2013)。

デイケアに現在あるいは過去に通所歴のある者が67%を占めていたのは、対象となった医療機関が成人発達障害専門のデイケアを併設していること、質問紙の配付が外来だけでなく、デイケアでも質問紙を配付したことも関係している。

2. コーピングが自尊感情と精神的健康に与える影響

コーピング尺度であるGCQの各下位尺度「感情表出」、「情緒的サポート希求」、「認知的再解釈」、「問題解決」を説明変数とし、基準変数を自尊感情とGHQとして重回帰分析を行った。「感情表出」はその時の気持ちを表情や態度に表すコーピングであり、「情緒的サポート希求」は人と

のかかわりの中で自分の気持ちを落ち着かせようとするコーピング、「認知的再解釈」は自分にとって+のを探そうとするコーピング、「問題解決」は問題を何とか解決しようとするコーピングである（佐々木・山崎，2004）。「情緒的サポート希求」「認知的再解釈」のコーピングは自尊感情に有意な正の影響を与えていた（ $\beta = .232$, $\beta = .289$, $P < .05$ ）。「感情表出」のコーピングはGHQに有意な正の影響を与えていた（ $\beta = .268$, $P < .05$ ）。つまり、認知的再解釈のコーピングは自尊感情を高め、感情表出のコーピングは精神的健康度を減少させることが示された。

発達障害の二次的問題には、自己評価の低下、うつ症状、不安症状、適応障害などがあげられている（本田，2013；柏，2020）。自尊感情の低下も、自己評価の低下と関連している。GHQは軽度精神障害のスクリーニング検査に用いられる。この「軽度」とは病態水準のことで軽度精神障害とは神経症圏の疾患を指す。12項目の内容は集中力の低下、不眠、抑うつ気分、楽しみの軽減、自信喪失などの質問からなる。質問項目も発達障害の二次的問題できたしやすい内容である。したがってGHQは、発達障害者の二次的問題としての精神的な健康度を反映しているとみなすことができる。感情表出のコーピングは、精神的な健康を促進させるコーピングといえる。

3. 性別、疾患別の2要因の分散分析からみたコーピング、自尊感情、精神的健康
性別（男女）の2群、ASD、ADHD、ASD/ADHD群の3群を2要因として、コーピング、自尊感情、精神的健康の分散分析を

行った。コーピング、自尊感情、精神的健康に男女で有意差は認められなかった。自尊感情が発達障害の3群において、有意差がみられた。ASD/ADHD併存群は、ASD群およびADHD群よりも、有意に自尊感情が低かった。ASD/ADHDを併存することは、多くの症状を持つことで、仕事、日常生活、対人関係でより困難を抱えやすく、失敗体験が多くなる可能性がある。このことから、自尊感情が低下するのではないだろうか。成人におけるASDとADHDの併存については、まだ研究も少ない。今後知見を集積することが望まれる。

4. 総合的考察

発達障害者において、自尊感情の低下、精神的健康度の減少は二次的問題とみなすことができる。本研究から、コーピングにより、自尊感情、精神的健康度が変化したということは、コーピングについてより自覚し、適切なコーピングを取ることで、二次的問題が軽減する可能性が示唆される。近年、成人発達障害の支援に集団療法が注目され、デイケア等で発達障害の専門プログラムを施行する施設が増加している（横井，2020）。また発達障害専門プログラムのマニュアルも出版されている（加藤，2017）。このプログラムの中には、「ストレスについて」の回があり、ストレスへの対処法としてコーピングを学習する。今後、コーピングについての心理教育を、集団療法のみならず、個人精神療法においても、活用することが有益と考える。

V 本研究の限界

統計的解析を行うにあたり対象者が74名

と少なく、1施設のデータであるため、発達障害を代表したサンプルではない。ASD、ADHD、ASDとADHDの併存の3群で分類したが、患者の自己申告に基づくもので、臨床的に正しい診断名でない場合もある。今後多くの症例を集め検討することが望まれる。

VI 結論

精神科医療機関に通院中の成人発達障害者74名(男性53名、女性21名、平均年齢33.9歳)に質問紙調査を行い、統計的に分析を行った。自己申告による発達障害の疾患分類では、ASD54%、ADHD23%、ASDとADHDの併存18%であった。コーピングを測定するGCQを説明変数、自尊感情ならびに精神的不健康度を測定するGHQを基準変数とする重回帰分析を行った。その結果、情緒的サポート希求と認知的再解釈コーピングは自尊感情に正の影響を与え、感情表出コーピングは精神的不健康に正の影響を与えていた。性別と疾患分類を2要因とする分散分析の結果、自尊感情は、ASDとADHDの併存群は、ASD群、ADHD群よりも低いことが示された。自尊感情、精神的不健康は、発達障害の2次的問題とみなせる。コーピングスタイルにより、二次的問題が軽減あるいは悪化することが示された。コーピングスタイルについての心理教育を行うことで、成人発達障害者の精神的健康に寄与する可能性が示唆される。

本研究は令和2年度跡見学園女子大学特別研究助成を得て行われた。内容の一部は、第117回日本精神神経学会学術集会(令和3年、京都市)で発表した。

利益相反(COI) : なし

文献

- American Psychiatric Association. (1994). Quick Reference to the Diagnostic Criteria form DSM-IV. American Psychiatric Association. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(1995). DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition. American Psychiatric Association. 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.]
- Goldberg D.P. (1972). The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Oxford University Press.
- Goldstein S. & Schwebach A.J. (2004). The comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: results of a retrospective chart review. *Journal of Autism Developmental Disorder* 34, 329-339.
- 本田秀夫. (2013). 自閉スペクトラム10人に1人が抱える「生きづらさ」の正体, ソフトバンク新書219, ソフトバンククリエイティブ.
- 本田秀夫(2021). 子供から大人へ-症候は変遷するのか? 加藤進昌・太田晴久(編) 発達障害の患者学治す医療から治し支える医療へ. アドスリー. Pp 49-55.

- 伊東若子 (2021). 注意欠如・多動性障害 (ADHD) をもう一度考える. 加藤進昌・太田晴久 (編) 発達障害の患者学 治す医療から治し支える医療へ. アドスリー. Pp41-48.
- 神尾洋子、(2009)、ライフステージに応じた支援の意義と、それを阻むもの (特集-発達障害者支援のこれから). 精神科治療学, 24, 1191-1195.
- 金生由紀子 (2012). 女性の自閉症スペクトラム障害の診断において、男性の自閉症スペクトラム障害と違うと思うところ (特集 発達障害とジェンダー). *Asp Heart*, 10, 38-43.
- 柏 淳. (2020). 成人期発達障害診断の現在地と課題. 岩波明 (監修). おとなの発達障害 診断・治療・支援の最前線, 光文社新書1084. 光文社. Pp67-95.
- 加藤進昌 (監修). (2017). 大人の自閉スペクトラム症のためのコミュニケーション・トレーニングマニュアル. 星和書店.
- Kok F.M., Groen Y., Fuermaier A.B.M., Tucha O. (2016). Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review. *Plos one*, 11 (11) e0165119.
- Lai M.C., Lombardo M.V., Auyeung B., Chakrabarti C., Baron-Cohen S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 11-24.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984) Stress, appraisal and coping. Springer Publishing.
- 中川泰彬・大坊郁夫. (2013). 日本語版 GHQ精神健康調査票手引き (増補版). 日本文化科学社.
- 太田晴久 (2021). 診断をめぐる-過剰診断、二次障害、併存. 加藤進昌・太田晴久 (編) 発達障害の患者学 治す医療から治し支える医療へ. アドスリー, Pp25-32.
- Resnick R.J. (2000). The hidden disorder: A clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults. American Psychological Association.
- 大賀健太郎・桐山孝子 (監訳) (2003) 成人のADHD臨床ガイドブック. 東京書籍.
- Rosenberg M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press.
- 桜井茂男. (2000). ローゼンバーグ自尊心尺度日本語版の検討. 発達臨床心理学研究, 12, 65-71.
- 佐々木恵・山崎勝之. (2002). コーピング尺度 (GCQ) 特性版の作成および信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 49, 399-408.
- 佐々木恵・山崎勝之. (2004). General Coping Questionnaire (GCQ) 特性版. パブリックヘルスリサーチセンター (編). ストレススケールガイドブック. 実務教育出版. Pp192-196.
- 島津明人. (2002). 心理学的ストレスモデルの概要とその構成要因. 小杉正太郎 (編著). ストレス心理学. 川嶋書店. Pp31-58.

- Simon V., Czobor P., Bálint S., Mészáros A., Bitter I.(2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 13, 9-11.
- Umeda M., Shimoda H., Miyamoto K., Ishikawa H., Tachimori H., Takeshima T., Kawakami. (2021). Comorbidity and sociodemographic characteristics of adult autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: epidemiological investigation in the World Mental Health Japan 2nd Survey. *International Journal of Development Disabilities*, 67: 58-66.
- VandenBos (ed) (2007). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychology Association. 繁榊算男、四本裕子 (監訳) (2013). *APA心理学大辞典*. 培風館.
- 横井英樹. (2020). 地域での発達障害支援の取り組み—全国の様相. *心と社会*, 179, 98-103.
- 米田衆介 (2013). 自閉スペクトラム障害とADHD両方の特徴を有する成人例. *精神科治療学*, 28, 178-184.
- Yoshida Y. & Uchiyama T. (2004). The clinical necessity for assessing Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (AD/HD) systems in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). *European Child Adolescent Psychiatry*, 13, 317-314.