

地域支援心理研究センター 公開シンポジウム（第9回）

基調講演「発達障害の診断と治療」

－ 児童精神科臨床の現場から －

講師：大阪市立総合医療センター児童青年精神科

／現：地方独立行政法人 大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 総括産業医

豊永 公司

皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介にあずかりました豊永と申します。本日はよろしくお祈りいたします。

私は平成11年から今の病院で仕事をしています。青年期を含めて精神科の臨床医として子どもたちに関わっています。今日は自分の臨床の現場から見えてきたことを、お話することしかできません。それと、一般的な発達障害についての講義を少し入れながらお話させていただきたいと思っております。どうぞよろしくお祈りいたします。

本日のお話の内容ですが、まず発達障害の定義について、それと発達障害の診断・分類について、それから広汎性発達障害、自閉性障害の歴史と疫学について、それと当院の外来患者の中での発達障害の子どもたちがどのくらいいるかという統計をご披露させていただいて、発達障害の診断基準、成因、臨床について、講義と、日ごろ私が病院で仕事をしています患者さんとご家族から学んだことを中心にお話させていただきたいと思っております。それから治療・援助、特に病院での治療。そういう順番でお話をします。

発達障害とは

DSM-IV-TR診断カテゴリー1. 通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害のうち

- (精神遅滞)
 - 学習障害
 - 運動能力障害(発達性協調運動障害)
 - コミュニケーション障害
 - 広汎性発達障害
 - (注意欠陥および破壊的行動障害のうち注意欠陥多動性障害)
 - (チック障害)
- をいう

発達障害とは。DSM-IV-TR。これはアメリカ精神医学会の診断基準ですが、いま日本で一番使われている精神科の診断分類です。DSM-Vが今年5月にアメリカでは出ているんですが、まだ日本語版が出ていないので、DSM-IV-TRに即して今日は説明をさせていただくということです。その中の「診断カテゴリー1、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」という項目がありまして、そのうちの精神遅滞と学習障害、運動能力障害、発達性協調運動障害とも言います。コミュニケーション障害、これは言語面の発達障害というものです。それから広汎性発達障害、ADHD、チック障害。チック障害というのは狭い意味では発達障害とは少し違うと思うんですが、発達障害関連として今は分類されています。このあたりが、発達障害或いは発達障害関連領域として考えられています。このうち今日は、広汎性発達障害に関して、

私自身がどう対応してどう考えているかについてお話をさせて頂きたいと思っています。

発達障害の診断

子供を正しく理解し、適切な治療援助の方針を立てるために行なう

- 問診(本人, 家族)(発達, 愛着面を中心に)
- 対話と行動の観察
- 心理検査(新版K式発達検査, WISC-IV等の知能検査)
- 診断ツール(スクリーニング尺度, 診断尺度)
- 医学的検査(脳波, CT, MRI, 染色体検査)

発達障害の診断。子どもを正しく理解し、適切な治療援助の方針を立てるために診断というのは行います。まず問診ですね。これはご家族を中心にお話を聞く。うちの病院ではあらかじめ問診票をお渡しをしておいて、初診が始まる前に書いていただいて、それを見ながら診察をすすめるという形にしています。問診の内容としては、発達面、愛着面を中心に問診をすることが大切だと思います。あと、これは診察室の中に限定されますが、会話、子どもたちと会話をする。子どもと親とが会話をしている、その観察。それから、おもちゃとかが置いてありますので、どういうふうにおもちゃに近づいていくか、扱うかとか、そういうふうな観察ですね。

それから心理検査。私自身は非常に単純に、新版K式発達検査かWISC-IVの知能検査、どちらかでやってます。K式は大体6~7歳ぐらいまでの子どもを対象に、それ以上はWISC-IVをやってます。

問診と観察と心理検査、これが診断のための3点セットです。その他補助的なものとして診断ツールですね。スクリーニング尺度、診断尺度。これはADHDの場合にはスケールがありますから、それを使うことにしていますが、それ以外では私はほぼ使

いません。後は医学的検査です。脳波、発達障害の場合にはてんかんが合併している場合がありますので、そのための検査。CTとかMRIとか染色体検査は器質的障害の診断や除外診断のために必要な場合行います。

広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorders)の診断分類(DSM-IV-TR)

- 自閉性障害
- レット障害
最重度精神遅滞, てんかん, 手のみ行動(すべて女児)
- 小児期崩壊性障害
正常発達から児童期に折れ線発症する
- アスペルガー障害
言語の障害が軽微
- 特定不能の広汎性発達障害(PDDNOS)
診断基準を満たさない

広汎性発達障害の診断分類ですが、DSM-IV-TRによると広汎性発達障害に含まれるものは自閉性障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、それから特定不能の広汎性発達障害。特定不能の広汎性発達障害はPDDNOSといいますけれど、これは自閉性障害の診断基準を満たさないけれども、自閉性障害の症状特徴をもっているときに診断するものです。今日はこのうちで、自閉性障害とアスペルガー障害と特定不能の広汎性発達障害についてお話をすることになります。

自閉性障害の歴史

- 1943年 Leo Kannerが早期幼児自閉症を報告
- 1944年 Hans Aspergerが自閉性精神病質を報告
- 1960年代後半 生来の発達障害とされた
- 1980年代 アスペルガー障害の再発見
- 1990年代 高機能群が注目される
- 1996年 Lona Wing 自閉症スペクトラム障害の概念
定型発達児(者)との連続性

自閉性障害の歴史を少し振り返ってみたいと思います。1943年にLeo Kannerというアメリカの児童精神科医が11例の子どもた

ちの症例報告をして早期幼児期自閉症と名づけました。これが世界で最初の自閉性障害の論文発表です。次の年に、オーストリアの精神科のHans Aspergerが今のアスペルガー障害のもとになります2例の患者さんの報告をしています。このときにアスペルガーは自閉性精神病質という名前をつけて報告をしています。精神病質というのは今で言うと人格障害にあたるんですが、そういうふうにあスペルガーは考えたということです。Kannerは早期の自閉症を小児の分裂病、今でいう統合失調症と考えていたようです。もう一つ。この時代は精神障害の心因論が非常に優勢だったんです。精神病性の障害を含めて、心因として何か心理的な原因があって病気になるんだという考え方が強かった。自閉症は養育上の問題で発症するのだと考えられて、母親の育て方の問題が原因で自閉症が発症すると言われてきたのですが、1960年代後半になって生来の発達の問題として発症するという考え方がやっと定着してきたのです。

アスペルガーの1944年の発表は、ずっと日の目を見ないままきていたんですが、1980年代にあスペルガー障害があらためて注目されるようになった、自閉症とよく似たような症状のこういうものがあるよということが、もう一遍世にでるかたちになったんです。1990年代になりますと、重い自閉症というのは重度の精神遅滞をとまなう場合が多くて、そういうものがセットで自閉症という概念は考えられていたんですが、そうではなくて知的な発達のレベルが高い患者さんも結構いるということが注目されるようになります。このあたりになりますと、自閉症の概念が段々広がってきたということになるわけですが、1996年にLona Wingという、イギリスの女性の精神科医が、自閉症スペクトラム障害という概念を発表した。これはどういうことかというと、

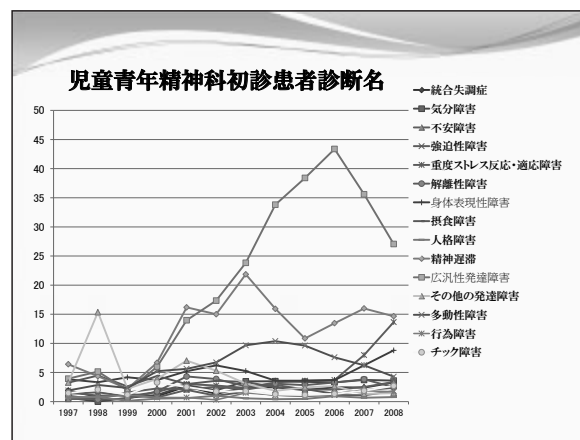
自閉症的な発達をする人が一方の極にいる。そうでない定型発達をする人が反対側の極にいる。で、一方の極と反対の極はじつはつながっていて、連続的に移行しているという、そういう概念を提唱したんです。今DSM-Vといいましたけども、そこでは広汎性発達障害という病名はなくなってます。そのかわりにAutistic Spectrum Disorderという名前になってます。Wingの言葉をそのまま取り入れてるんです、診断名が。Disorderをどう訳すかという問題で日本語版がまだ出てないようですが。Wingがスペクトラム障害という概念を提唱した。それで定型発達児（者）と自閉症的な発達児（者）との連続性を言ったということです。

広汎性発達障害の疫学

- 診断概念の確立と社会的認識の高まりなどを背景として統計調査の有病率は年々増加している(真の増加は?)
自閉性障害の有病率 0.2~0.4%
広汎性発達障害の有病率 1~2%
- 男:女=3~4:1
- 知的障害が重度になるほど自閉症の併存率は高くなる
IQ30以下では70%が自閉症を併存
- 高機能群が多い
PDD全体の3/4がIQ70以上
- 特にPDDNOS、部分的にPDDの特徴を持つ者が少なくない
- 大きな広がりを持つことが分かってきた⇒発達凸凹

その次。広汎性発達障害の疫学ですが、診断概念の確立と社会的認識の高まりですね。一般の方たちの認識の高まり。学校の先生たちの認識の高まり。それから、我々医療の領域の人間の認識も高まってきたんです。そういうのを背景として、統計調査をしてみると、有病率というのがありますが、人口当たりのその病気をもっている人の率というのがあるんですが、それが年々増加してるんです。新しい発表になるほど、有病率が高くなってます。最近の発表ですと、自閉性障害の有病率は人口当たり0.2~0.4%というふうにいわれています。広汎性発達障害の有病率。これは広汎性発達障害は自閉性障害を含む、広汎性発

達障害の方が広い概念なわけが多いのは当たり前なんですけど、有病率が1~2%というふうにいわれています。本当に増加しているんだろうか、そういう議論があるんですけど、後でもすこし言いますけど、広汎性発達障害には環境的な側面も確かにあるので、今の時代の環境的な要因が広汎性発達障害を増やす因子になっている可能性はあるなあと私は感じていまして、本当に増加しているんだろうと考えています。男女比ですが、男が3~4に対して女が1で男に多いです。あといくつか特徴があるんですけど、知的障害が重度になるほど、自閉症との併存率が高くなる。IQ30以下だと70%が自閉症を併存しているといわれます。広汎性発達障害はPDDと略しますが、PDDは自閉症よりも広い概念で考えています。知的なレベルでは高機能群が比較的多いと最近ではいわれています。PDD全体の4分の3がIQ70以上で、知的障害は70以下をいうので、知的障害をとまわらない広汎性発達障害の人は4分の3いるということです。実際にPDDNOS、自閉症の診断基準を満たさない、そういう人が多いんです。PDDNOSともいえないような、部分的に広汎性発達障害の特徴を持つ人も結構多いといわれています。そういうふうにして、広汎性発達障害は非常に大きな広がりをもつことがわかってきて、そういうものを、今の日本の発達障害の代表的な臨床家、研究者の杉山先生は発達デコボコというふうに最近では言うておられますね。障害とまでもいえないですよ。



これは当科の1997年から2008年までの年間の初診の患者さんのなかでの病名のうちわけをグラフにしてあります。これで見ますと、この赤い線が広汎性発達障害の線です。濃い赤、これが多動性障害の線です。このピンクは知的障害の線です。前の2つの発達障害の占める率が1999年、2000年あたりから増えてきました。2003年頃に多動性障害は横ばいになったんですが、広汎性発達障害の患者さんはどんどん増えてきた。初診の患者さんがうちの科では、年間800ないし1000人ぐらい来るんですが、2006年にはその中の43%が広汎性発達障害になりました。その後ちょっと下がってるんですが、内幕をばらしますと、段々と初診患者さんの数が増えてきて、それにともなって待ち期間が長くなってきて、4ヶ月5ヶ月待たないといけないというふうになってきたんです。そうすると急ぐ患者さんが待てなくて他所へ行ってしまふ。あんまり急がない患者さんが残るんです。あんまり急がない患者さんの中に発達障害の人が多かったんです。とりあえず診断してほしいとか、今は切迫した医療的な関わりの必要はないけれども、発達段階に応じてそのときそのときで相談をしないといけないことが出てくるだろうと。だから今のうちに医療にかかっておきたいというような人が発達障害で受診される人の中に多かったんです。そういう患者さんが残って、急が

ないといけない患者さんはこぼれてしまうので、そっちの方をきちんと診ていかないとということで、あんまり急がない患者さんだけ発達外来の枠をつくって、それ以外の並ぶ列を別につくった。2列の待ち列をつくったのがこの年です。その次の年からもう一つの待ち列、一般外来の患者さんの待ち期間は減ってきています。今でも初診患者さんの中では発達障害が一番多いです。

DSM-IV-TR299.00 自閉性障害の診断基準

A. (1), (2), (3)から合計6つ(またはそれ以上)、うち少なくとも(1)から2つ、(2)と(3)から1つずつの項目を含む。

(1) 対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる：

- (a) 目と目で見つめ合う、顔の表情、体の姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害。
- (b) 発達水準に相応した仲間関係をつくることの失敗。
- (c) 楽しみ、興味、達成感を他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如。(例：興味のある物を見せる、持って来る、指差すことの欠如)
- (d) 対人的または情緒的相互性の欠如。

(2) 以下のうち少なくとも1つによって示されるコミュニケーションの質的な障害：

- (a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如(身振りや物まねのような代わりのコミュニケーションの仕方により補おうという努力を伴わない)。
- (b) 十分会話のある者では、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害。
- (c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語。
- (d) 発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性をもった物まね遊びの欠如。

(3) 行動、興味および活動の限定された反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる：

- (a) 強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。
- (b) 特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。
- (c) 常同的で反復的な衝動的運動(例：手や指をばたばたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き)。
- (d) 物体の一部に持続的に熱中する。

B. 3歳以前に始まる、以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常：(1) 対人的相互反応、(2) 対人的コミュニケーションに用いられる言語、または(3) 象徴的または想像的遊び。

C. この障害はレット障害または小児期前壊性障害ではうまく説明されない。

またおさらいです。診断基準ですね。自閉性障害の診断基準です。Aとして「1、2、3から合計6つ、うち少なくとも1から2つ、2と3から1つずつの項目を含む」というように細かく書いてありますが、要するにこれが診断基準です。だから1、2、3から合計2つ以下であれば自閉性障害の診断基準を満たさない。そうするとPDDNOSという診断になる。で、「1、対人的相互反応における質的な障害では以下の少なくとも2つによって明らかになる」。

「目と目で見つめ合う、顔の表情、体の姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害。発達水準に相応した仲間意識を作ることの失敗。楽しみ、興味、達成感を他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如。特に興味のあるものを見せる、持って来る、指差すことの欠如。対人的または情緒的相互性の欠如」。これは非言語的な対人的コミュニケーションの障害という項目を集めてあるわけです。それから2としてまとめているのは「以下のうちすくなくとも1つによって示されるコミュニケーションの質的な障害、話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如。十分会話のある者では、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害。常同的で反復的な言語の使用または独特な言語」。発達水準に相応した変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性をもった物または遊びの欠如。言語的なコミュニケーションの障害の項目が多くあてはまります。それから3。「行動、興味および活動の限定された反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる。強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。常同的で反復的な衝動的運動。物体の一部に持続的に熱中する。」これは興味範囲の狭さとこだわり、そういう項目です。この1、2、3の診断基準を全てみたとして、しかもB、3歳より前にこういうのが起こってくる。で、他の病気では説明できないということがそろったときに自閉性障害と診断する、という取り決めです。

DSM-IV-TR299. 80アスペルガー障害の診断基準

A. 以下のうち少なくとも2つにより示される対人的相互作用の質的な障害:

- (1) 目と目で見つめ合う、顔の表情、体の姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害。
- (2) 発達水準に相応した仲間関係をつくることの失敗。
- (3) 楽しみ、興味、達成感を他人と共有することを自発的に求めることの欠如(例:他人の友達に興味のあるものを見せる、もって来る、指さす)。
- (4) 対人的または情緒的相互性の欠如。

B. 行動、興味および活動の、限定的、反復的、常同的な様式で以下の少なくとも1つによって明らかになる:

- (1) その強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の1つまたはそれ以上の興味だけに熱中すること。
- (2) 特定の、機能的でない習慣や儀式にたたくにこだわるのが明らかである。
- (3) 常同的で反復的な衝動的運動(例:手や指をばたばたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き)。
- (4) 物体の一部に持続的に熱中する。

C. その障害は社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の臨床的に著しい障害を引き起こしている。

D. 臨床的に著しい言語の遅れがない(例えば、2歳までに単語を用い、3歳までにコミュニケーション的な句を用いる)。

E. 認知の発達、年齢に相応した自己管理能力、(対人関係以外の)適応行動、および小児期における環境への好奇心などについて臨床的に明らかな遅れがない。

F. 他の特定の広汎性発達障害または統合失調症の基準を満たさない。

アスペルガー障害の診断基準です。「A、以下のうちで少なくとも2つ」。これはA、Bと書いてありますが、Aが「目と目でみつめあう」とかそういうようなことで、先ほどの非言語的なコミュニケーション障害の文言がそっくりそのまま入っています。それから「B、行動、興味および活動の」。ここに入っているのは先ほどのスライドの3の興味範囲の狭さ・こだわりの項目の文言がそっくりそのまま入っています。つまり言語的なコミュニケーションの障害という項目がアスペルガーの診断基準のなかにはすっぱり全部抜けてるわけです。そのかわりにここのDの「臨床的に著しい言語の遅れがない」という項目が入っているわけです。それともう1つ、「認知の発達、年齢に相応した自己管理能力、適応行動、および小児期における環境への好奇心などについて臨床的に明らかな遅れがない。」これは知的な機能の遅れがないということです。つまり自閉性障害とアスペルガーとを比べると、アスペルガーは言語的な遅れが軽度以下であって知的な遅れがない。そういうものをアスペルガー障害と診断するという取りきめです。

自閉性障害の成因

多数の遺伝子の変異及びそれらの遺伝的素因が環境の影響を受けて発現に至る多因子遺伝モデルに従うことがほぼ明らかになった

自閉性障害の成因です。私は臨床しかしてないのでこういうことはよくわかりませんが、いろいろな人の論文によりますと、「多数の遺伝子の変異及びそれらの」、次の方が臨床的には大事です。「遺伝的素因が環境の影響を受けて発現に至る多因子遺伝モデルに従う」ということがほぼ明らかになりました。つまり、遺伝と環境との相互作用で出てくるということがここに書かれてあるということですね。実際に現場で見ていると、障害が出た子どもが来るわけですが、それを元に来ていない子どもたちのこともなんとなく想像してしまうんです。そうするとやっぱり環境が広汎性発達障害の発症を抑制することも促進することもあるなあと。もし障害が出てきた場合にも、その程度を環境が強めることも弱めることもあるなあと感じます。

臨床—その1

Wingのtriad

- **社会性の障害(最も中心の症状)**
視線を合わせない、人との交流を求めない、他者の感情に同調できない、共感ができない、場の雰囲気を読めないなどの相互的社会的交流の障害
- **コミュニケーションの障害**
言葉の著しい遅れ、オウム返し言葉、非言語的表現と理解の乏しさ、言葉の意味の字義通りの解釈、比喩や婉曲的言い回しの理解の乏しさなどの対人的意思伝達全般の障害
- **想像力の障害とそれに基づく行動の障害**
模倣や見立ての障害、ごっこ遊びの欠如、自己刺激行動への熱中、常同的儀式的行動の反復、特定の物や記号への固執、順序や配列への固執などの同一性保持行動、特定の事物のみに興味を示すなどの興味全般にわたる著しい偏り

次、臨床にうつります。先ほどのLona Wingが3兆候を大分前に発表しています。

言語的コミュニケーション、非言語的コミュニケーション、それから興味範囲の狭さとかこだわりと、今言われていることと大変近いことを言っています。DSMの診断基準の方が後から出てきたので、Wingの方が先に言っています。Wingの影響を、自閉症障害の診断基準が非常に強く受けていると言えます。Wingの3兆候は「社会性の障害」、これは非言語的コミュニケーションの障害の多くがここに入っています。Wingはこれが最も中心的な症状というふうに考えたわけです。「コミュニケーションの障害」これは言語的コミュニケーションの障害だけでなく、非言語的表現と理解の乏しさというような非言語的なコミュニケーションの障害も混じっています。それと「想像力の障害とそれに基づく行動の障害」という3つを3兆候としてあげたということです。

臨床—その2

類型

- 孤立型(人との関わりを避ける)
知覚過敏が強い
重度の知的障害を伴うことが多い
- 受動適応型(受動的に人と関わることができる)
社会適応は比較的良好
知的障害を伴う場合と伴わない場合と
- 積極奇異型(積極的に、奇異なやり方で人と関わる)
高機能群が多い
注意の障害と多動あり

臨床その2。ほかにも類型はあるんですが、この類型はよく使われます。孤立型。これは人との関わりを避けるタイプ。受動適応型。受動的に人と関わるタイプ。このタイプが社会適応は一番良いと思います。それから積極奇異型。積極的に結構奇抜なやり方で人と関わる。おもしろい子が多いですね、このタイプは。アスペルガーは積極奇異型にあてはまるようなタイプの人が多いと思います。

臨床—その3

- 3歳までに発症
20~30%が折れ線型発症
- 知覚過敏
特定の音(破裂音、噪音、擦過音)、触覚(顔に触られる、裸足で歩く、特定の服の肌触り)、視覚的刺激、口触りなどを著しく嫌う
- タイムスリップ現象(いわゆるフラッシュバック)
過去の出来事を突然想起し今のこのように扱う
- 空想の世界への没入
- 易興奮性
- こだわり(同一性保持)の強さ

臨床その3。診断基準以外の特徴のおさらいですが、3歳までに発症するんですが、Kannerのころは3歳までのどこかまでは通常の発達をしていて、ある段階でポキッと折れるような形で発達が退行してしまうという発症が自閉症の特徴といわれていたのですが、調べてみるとそういう折れ線型の発症は20~30%にとどまるといわれています。

次は知覚過敏です。一番よくあるのは音に対する聴覚過敏ですね。ある種の音に対してすごく怖がって、いやがって耳をふさいでパニックになったりという子は、割合います。音だけではなくて触覚、砂を裸足で歩くときの感触がダメとか、水に触ったらダメとかそういうような過敏な子どももいますね。口ざわりなどすごく敏感で、偏食の強さとかはそれに基づくものも結構多いかなと感じます。それからタイムスリップ現象。いわゆるフラッシュバックというのですが、過去の出来事、何年も前の出来事が突然頭に浮かんでくる、それを今起こったことのように感じてしまうというのがタイムスリップ現象といわれるものです。それから空想の世界への没入。これは幼児期にしばしばありますね。大きくなってからもそういうのを持ち越してる子どもたちがときどきいます。それから易興奮性。興奮しやすいところがあるという特徴をもった人が結構いますね。それからこだわりの

強さですね。

臨床—その4

- パニックの分類
 - 易興奮性による睡眠障害を伴うもの
 - 同一性保持に抵触するもの
 - 過敏性に抵触するもの

臨床その4。パニックになる子が結構いますが、そのパニックになる原因の分類です。特徴としての易興奮性がある、それによるパニック。それは睡眠障害を伴うことが多いです。あとはこだわりの強さですね。典型的には幼稚園に行きはじめると、家から幼稚園までの道は複数経路があるわけですが、一つの経路だけにこだわってしまうということで特徴的にでてきますが、違う道を行こうとするとすごく抵抗して泣き喚いてしまうというようなことがちょこちょこあります。そういう同一性保持に抵触してパニックになるタイプ。それから過敏性。代表的なものは聴覚過敏に抵触してパニックになるタイプ。この3つのパニックがあります。

臨床—その5

- 適切な家庭での養育、療育により、長じるに連れ基本的には問題が軽減していく
- 定型発達児に比べ、愛着形成が困難、かつ遅れる
小学校低学年までに甘えさせることによって愛着形成を図ること、褒めることによって良い自己評価を育てることが大切
- 幼児期にこだわりの強さが問題になることがある
我慢できる範囲で我慢させる
- 小学校低学年で言葉が発達し、コミュニケーション力が向上する
発達に伴い自己主張が強くなり聞きわけがなくなる等の問題が出てくる
- 小学校高学年でコミュニケーション力、社会性が向上する
随伴して反抗期が強く出現することもある
- 思春期に入り更に活動的になる
性的問題行動や衝動行為、興奮し易さなどの出現もある
- 成人期は安定していく
併存症が出現する

臨床その5。臨床経験の中で、これは私が日ごろ病院で仕事をしていて学んだことをまとめました。適切な家庭での養育、療

育により、長じるに連れて基本的には問題が軽減していきます。定型発達児に比べますと、母親との愛着の形成がなかなかむずかしく、遅れてきます。通常子どもが母親に甘えるというのは0歳からでてくるんですが、PDDの子どもはお母さんに対する甘えがでてきにくく、でも多くは遅れてでてきます、そして不十分です。2～3歳、4～5歳で初めてでてくることもあるんですが、そのときに十分甘えさせるということが非常に大切になってきます。小学校低学年までに愛着形成を親子の間でしっかりはかるということ。それともう一つ、これも小学校低学年までにとと思うんですが、褒めるということ。この子たちは基本的に自尊心がもちにくく、自己評価が低いです。それがほど良いアイデンティティの形成にも影響してきますので、自尊心を育てることが非常に大切になってくると思います。幼児期のこだわりの強さが問題になることがあります、それに対しての対応の仕方としては我慢できる範囲で我慢させることというふうに私はいつもお母さんには言っています。とことん我慢させたらいいというわけではなくて、子どもが精神的に不安定になったり泣き喚いたりしたらそれは限度を超えているので、それまでの範囲でできる範囲で我慢させましょうと。我慢できる範囲は必ず今年よりも来年、来年よりも再来年と広がっていきます。我慢が段々できるようになってそれにつれて耐性がついてくる、というふうに長い目でみていきましょうと言っています。それから小学校低学年で言葉がぐんと伸びる子がおります。言語的なコミュニケーション力が向上するということですが、別の面から見ると、そういう発達にもなって自己主張が強くなって聞き分けがなくなってしまうという問題がでてきます。発達の多面性というふうに理解をしていただくべきだと思います。

都合の悪い発達の部分だけ消しましょうというわけにはいきません。発達してくるといろんな面が出てきますので、それらの面と自分自身がつきあっていけるようになることが大切になってくると思います。小学校高学年になりますとさらにコミュニケーション力と社会性が向上してきますが、それにもなって反抗期が強くなることもある。それも避けられません。思春期に入りますと、さらに活動的になり、性的な問題行動とか衝動的な行動とか興奮しやすさが強くなるということもあります。併存症が段々でてくるようにもなります。成人期には基本的には安定していきますが、併存症に対応することが必要になってくる場合があります。ただ成人期になっても就労であったりとか対人関係上の問題で悩んでいる人は多いと思います。

臨床—その6 二次障害と併存症

- 出生～
知的障害
- 幼児期～
(注意欠陥多動性障害)、てんかん(10～30%)(10歳代が最多)
- 幼児期、児童期～
チック、トゥレット障害、選択性緘黙
- 児童期、青年期～
不登校、学習障害、強迫性障害、素行障害(犯罪に至るもの)、神経性無食欲症、解離性障害
- 青年期～
気分障害(うつ病)、幻覚妄想状態、統合失調症

併存症についてのまとめですが、二次障害と併存症とは区別がはっきりしないところがありますので、一緒にここでは書いています。出生時から出てくる併存症としては知的障害がありますが、必ず出てくるわけではないです。幼児期から出てくるものは多動ですね。広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害、いわゆるADHDが両方あるという子どもたちはときどきいます。この場合は両方の手当てをしていかないといけないというふうになりますね。それから、てんかんの合併が10%から30%ありま

す。てんかんの初めての発作が出てくる年齢は、幼児期から成人期まで結構幅があつていつ出てくるかわかりません。10歳代が一番多いといわれています。それから、幼児期、児童期から出てくる併存症としてはチック、トゥレット障害。トゥレット障害というのはチックの重いタイプです。選択性緘黙、これもときどき出てきます。うちの科である年の初診患者さんの統計で、診断名として選択性緘黙の子どもが8人いました。ベースに何があるかということで見ると、4人が広汎性発達障害と診断できました。残りのうちの2人は広汎性発達障害の疑いの診断でした。疑いまで合わせると、8人の選択性緘黙のうち6人が広汎性発達障害をベースにもっていました。児童期、青年期からでてくる二次障害、併存症としましては当然不登校があります。学校に適応しにくくなって不登校になります。知能検査とか発達検査をしますと得意なところと苦手なところの差が大きい子が非常に多いです。ほぼ全員です。先に言いました発達デコボコそのものです。それにもなって当然学習障害がでてくるわけで、丁度低いところにあたるようなところに関係する勉強は苦手。そういうことで学習障害、正確にそれを学習障害というかどうかは問題があると思いますけれど、学習障害的なところがでてきます。それから強迫性障害、素行障害。家の金や他人のものをとったり、性的問題行動などの行動上の問題として素行障害が出てくる場合があります。神経性無食欲症いわゆる拒食症が出てくることもあります。男の子の神経性無食欲症の中に広汎性発達障害がベースにある子が結構おります。神経性無食欲症はほとんど女の子ですが、たまにある男の子の神経性無食欲症は広汎性発達障害がベースにある子がほとんどです。併存症とは少し違いますが、広汎性発達障害の程度が軽い場合に、

発達の問題はあるが広汎性発達障害といえるかどうか微妙なところという子がときどきいるんですが、そういう子の中に不安が強い子が多いです。そういう子がきた場合に診断するときに悩むんですが、広汎性発達障害とまでは診断ができなくて不安が前面にでて、対人的な不安が強いとか、学校場面で不安が強いということは多いんです。つまり、不安障害という診断がつくが広汎性発達障害というまでの診断はできないというような子がときどきいます。それから解離性障害。これは思春期以降に出てくることがありますね。ある時間帯に自分が何しているか覚えていないというのが解離症状の特徴ですが、広汎性発達障害の子の経過の中でもそういう子がときどきでてきます。

青年期以降に出てくる併存症としましてはうつ病、躁うつ病、幻覚性妄想状態、統合失調症などがあります。

治療、援助—その1

- 幼児期
1歳6カ月児健診、3歳児健診による早期発見と早期療育(個別、集団) TEACCHプログラム等の構造化療法、絵カードコミュニケーションシステム
幼稚園、保育所で集団への適応力が伸びる
- 学童期
個別、集団心理療法の継続
学校では必要に応じて特別支援教育(特別支援学級に籍だけおく場合もある)
子どもの特徴を理解した上で集団適応、対人適応を目指して具体的指示
対人面での介入など必要に応じた個別対応。子どもへの影響は大きい、学校、教師により対応に差がある
- 発達相談
愛着、コミュニケーションを中心に発達段階に即したアドバイス

治療、援助その1です。幼児期に1歳6ヶ月児検診、3歳児検診でチェックされて、早期発見されて早期療育につながる。個別、集団と両方あるのですが、個別、集団療法、知覚的な刺激を利用してTEACCHプログラムとか絵カードコミュニケーションシステムを利用するということがやっていますが、日本ではこの数十年で早期発見、早期療育のシステムが定着をしまして、うまくいっていると思います。私の印象とし

ては激しい自閉症の子は段々減ってきたなと感じます。適切な早期療育によって自閉性障害の軽症化が起きていると思います。

学童期になりますと、治療、援助としては、幼児期からの個別、集団心理療法の継続。学校でも特別支援教育というのを平成19年に文科省が公式にうち出して、システムもできました。それを利用するということが非常に大切になってきます。特別支援教育というのは、一人ひとりの子どもの特徴をしっかりと理解した上で対人適応、集団適応を目指して具体的に指示をするなどを中心にしてやっていく。対人面で例えばトラブルした場合に先生が間にはいるとか、子どもの気持ちを落ち着けるためにクールダウンする場所につれてあげるとか、必要な時に個別対応をするということがこれの基本だと思います。これは子どもに対する良い影響は大きいと思います。けれどもどうも現時点での印象を言いますと、病院にやってくる子どもたちのお母さんが自分の学校の担任の先生とか、子どもにかかわってくれる先生とかの話を教えてくれるんですが、学校と先生によって対応にすごく差があります。ある学年ですごく落ち着いていたのに、学年が変わって先生やクラスが変わって対処が変わったとたんに調子が悪くなるとか、あるいは逆のパターンの両方がありますね。

発達相談。これは各地域の保健所であったり保健センターであったり活発にされてると思います。

治療、援助—その2

- 発達障害者支援センター
本人、親の相談、支援(就労も含めて)、情報
- 自助グループ
アスペルガー症候群を対象
- 得意な分野を活かした適所での適応を目標にする

それから発達障害者支援センターですね。これは本人、親の両方の相談を受けてくれる。就労もふくめて支援してくれる、情報提供してくれるということで利用価値があります。大阪府の支援センターの愛称は「アクトおおさか」です。大阪市の支援センターの愛称は「エルムおおさか」です。どちらもよくやっていただいていると思います。それから自助グループ、これは最近では聞きませんが、以前はアスペルガー障害の患者さんを対象にしたものがありました。けどなかなか運営がむずかしいようで、続けてやってるといふ話は残念ながらあまり聞かないです。

この子たちは苦手な分野も多いけれど得意な分野も多いです。そういう得意なところを活かした適所での適応を目標にするとよい。例を言いますといろんなことを一遍に処理しないといかんという、複数の刺激を同時に処理するのはこの子たちは苦手です。けれど、一つのことをきっちり時間かけてやって、次これを時間かけてやるというように一つずつ順番にやっていくという作業をさせると、私たちよりずっときっちりできる人も多いです。なのでそういう得意なところを活かせる職場に就職して、うまくいってる人も結構おられます。

発達障害の子どもたちに対する治療とか援助は社会全体でやっていかないといけない問題だと思います。その中で病院の役割

というのは限定されているのですが、そこから見えてきたものをすこしお話しさせていただきます。

医療機関における治療—その1

外来治療

- 知的、情緒(愛着、感情)、言語、対人関係能力の発達レベルの評価
- それに応じた親へのアドバイス(親の障害受容が問題になることがある)
- 過敏性、こだわりの強さ、パニック、情緒不安定、不眠に対する薬物療法
- 精神療法
- 二次障害と併存症に対する治療(薬物療法、精神療法)
- 進路のアドバイス(支援学級、支援学校、大学進学、就労(療育手帳、精神障害者保健福祉手帳取得を含めて))

外来治療。まず知的、情緒的、これは愛着と感情の両方ですが、あと言語、対人関係能力の発達レベルをそのときそのときできちんと評価をしていきましょと。子どもは段々発達していきますから、常に現在進行形なんです。それをちゃんとその時、その時で見立てていかないといけないと思います。それに応じた親に対するアドバイスをするということが大事になってきますが、ときどき親御さん自身の障害の受容がむずかしい。子どもの障害を受容することがむずかしいことが問題になることがあります。

過敏性とかこだわりの強さとかパニックとか情緒不安定とか不眠に対する薬物療法。子どもたちに対しては大人の患者さんよりも薬を使う率は低いです。過敏性とかこだわりの強さとかパニックとか情緒不安定に対しては第一選択の治療法ではないです。第一選択は環境調整、それがうまくいかない場合にはじめて薬を使うということが必要になってきます。不眠に関しては次の日の活動に影響するので薬を使った方がよい場合もあると思います。

それから精神療法。それから二次障害と併存症に対する治療。これは精神療法と薬物療法と両方あると思います。

進路のアドバイスを求められることが、節目節目で非常に多いです。支援学級に入れようかどうしようか、支援学校に行かそうか普通の地域の学校に行かそうか、大学進学をどうしたらいいか、専門学校の方がいいとか、仕事がなかなか見つからんけどどうしたらいいかというようなアドバイスを求められることが多いです。療育手帳とか精神障害者保健福祉手帳とかを取らせて、障害者枠で就労を探すというアドバイスをすることもあります。

本人、親、学校とか地域の、本人に関わる大人を支えるポイントとして、私が感じていることをいくつかあげてみます。まず愛着形成をしっかりと作らせるために十分甘えさせる。これは親に対してです。自尊心を育てるために褒めたおせと、これは私は親と学校の先生に対してよく言っています。

こだわりとかの、ある状況での不安に対しては、我慢できる範囲で我慢させる。無理させる必要はないです。我慢できる範囲は年々広がっていくよと、だからそれでいいんですよということです。その時できることをできる範囲でやったらいい。先程も言いましたが、できることは段々増えていくわけですから、その積み重ねで長い目で見ていただくということが必要です。もう一つ、子どもたちは学校とか家も含めてきちんとはなかなかできませんが、適応しようと思って精一杯頑張ってる子が非常に多いと思います。だからそれ以上に頑張ったら、もうあかんとなってつぶれてしまいます。なので、子どもたちは一生懸命頑張ってやってるんだということを、ちゃんと理解してやる必要があると思います。この子どもたちは、大人もふくめてですが、環境に自分を合わせるということが苦手なので、環境を合わせてあげることも大事です。同じ年齢の標準的なレベルに比べてできない

ことわからないことは多いです。それに対してどう対応するか。親はしばしば叱ります。でもそうじゃないんです。わからんのやから教えてあげなあかん。叱るというのはちょっと違うでしょうということです。

医療機関における治療—その2

薬物療法について

- 大人に比べ子どもは薬物療法を行う割合は低く(外来患者全体の約50%), 比較的少量の場合が多い
- ピモジド, 非定型精神薬(リスペリドン, アリピプラゾール, ケチアピン, オランザピン, ペロスピロン等), 多動性障害治療薬(メチルフェニデート, アトモキセチン)
- SSRI(フルボキサミン, パロキセチン, セルトラリン)(こだわり, 強迫に対して)
- クロニジン, バルプロ酸
- 睡眠薬(不眠に対して)
- 二次障害, 併存症に対しては標的症に対して選択

その2。薬物療法についてですが、まずは環境調整です。その次に一つの選択ということになります。しかも必要最小限に使うということを念頭におくべきだと思います。現実には、大人に比べて子どもは薬物療法を行う割合は少ないです。通常は外来の患者さん全体の50%以下です。大人の場合には病院に来たら心理療法に全面的に紹介する以外はほとんど薬を使いますよね。子どもの場合はその割合は少なく、しかも比較的少量の薬を使う場合が多いです。薬の名前をあげていますが、ピモジドというのは商品名オーラップという薬ですが、今日本で自閉症に対して、正式に厚労省から承認されているのは、これだけです。実際には他の薬の方をよく使うんですけど、他の薬は自閉症の適応がとれてないです。適応外使用をしているということです。しかし、適正に使うと効果がある場合が多いので、実際には使ってます。特に子どもの場合全般にそうなんですけど、病名に対してでなく、この症状に対してこの薬を使いましょうということで薬を選ぶことが多いです。

医療機関における治療—その3

入院治療

● パターン1

広汎性発達障害としての過敏性、不安の強さ、或いは強迫性障害、幻覚妄想状態などの併存症の治療のための入院

● パターン2

養育上の問題がベースにあり、情緒、行動面の問題が大きくなり入院を要する(児相、家児相からの紹介が多い。家庭からだけでなく、一時保護所、児童養護施設からの入院もしばしば。)

病院での治療、その3ですが、入院治療。初診外来患者の中で広汎性発達障害の患者さんの占める比率は第1位です。入院治療の場合には病院によって違うと思いますが、当科は総合病院の中の子どもの精神科なので、入院治療の患者さんのなかで広汎性発達障害の子どもが占める比率は第2位です。第1位は神経性無食欲症です。広汎性発達障害の子どもの入院治療にいたる経過として2つのパターンがあると思います。パターン1、広汎性発達障害による過敏性、不安の強さ、多動、対人的な不適応、あるいは強迫性障害、幻覚妄想状態などの併存症の治療のための入院。これは広汎性発達障害そのものにもとづく状態や併存症の治療をするという入院治療というものです。それからパターン2、広汎性発達障害がベースにあって、その上に不適切な養育という養育上の問題が上乘せられて、その結果として情緒的な或いは、行動面の問題が大きくなってきて入院を要するというものです。児童相談所とか市役所、区役所の家庭児童相談室とうちの科は最近よく連携していますが、そこからの紹介がこのパターンが多いです。家で養育がむずかしいということで、養育者の依頼あるいは不幸にして虐待があってそのために一時保護されたり、施設に入ったりしてそこからの依頼で入院治療するということもあります。2つのパターンのうち、パターン2の方が年々すこし

ずつ増えてきていると感じています。

医療機関における治療—その5

入院治療の特徴

- 治療目標、治療期間を設定してそれに取り組む
- 1日24時間の観察で患児への理解が深まる
- 家族(母親)と距離を置くことでお互いに問題を整理し易くなる
- 家族(母親)と定期的に面会することで向き合うことができる
- 患児同士の集団生活で対人関係スキルの向上が図れる
- 医師、看護師、臨床心理士、PSW等の専門家集団の受容、承認と指導的関わりによる情緒、行動の安定、自尊心の育み
- 院内学級への登校による学業の保証
- 原籍校、相談・福祉機関、家庭、医療機関の連携が密に図れる

病院での治療、その5。入院治療の特徴いくつか。これはうちの病院で入院してもらった場合の入院治療の特徴と理解をしていただいております。まず、治療目標、治療期間を設定してそれに取り組むというかたちで子どもに対して入院治療の動機付けをします。1日24時間、看護師が観察、対応しますので、子どもたちへの理解と対応が通院に比べると深まります。家族特に母親との距離が近くて煮詰まっていたり、それで調子が悪くなっているという場合がしばしばありますので、距離をおくことによってお互いに問題を整理しやすくなります。それから家族と、定期的に面会することでお互いにきちんと向き合うことができます。子どもたち同士、うちはベッドが22ありましてほぼ常に満床状態で20から22名の子どもたちが一緒に病棟の中で生活しているんですが、その子どもたち同士の集団生活の中で対人スキルの向上を図ることができます。医師、看護師、臨床心理士、それからうちは科専従の精神保健福祉士が1人おりますので、専門家集団、その中で子どもを受容する、認めてあげることをベースに子ども達と関わることによって情緒、行動が安定していく、自尊心を育てていくことができているであろうと思われれます。小児科系の入院患者に対して小中学校の院内学級がありますので、そこに登校してもらうこ

とによって学業の保障ができますが、1日6時間授業のうち4時間分ぐらい、3分の2ぐらいの学力のカバーができるかなと思っています。あとは原籍校、相談機関、福祉機関、家庭、医療機関との連携。関係機関に来てもらって、子どもについてこれからどうするか、あるいは退院に向けてどうしたらよいか、退院した後どうするかというようなことを会議を開いて、ということ科としては大体週に2～3回は会議を開いています。そういうふうに連携を密に図ることができるということが、入院治療の特徴の一つとして言えるかと思います。

医療機関における治療—その4

入院診断名

- PDD(アスペルガー症候群, 自閉性障害を含む)
- (PDD)+統合失調症, 幻覚妄想状態
- (PDD)+うつ状態, うつ病
- (PDD)+強迫性障害
- (PDD)+神経性無食欲症
- (PDD)+被虐待
- (PDD)+家庭内暴力/逸脱行動/多動/引きこもり
- (PDD)+身体合併症(飛び降りによる骨折, 肥満による糖尿病等) など

広汎性発達障害関連の入院診療となる診断名ですが、広汎性発達障害そのもので入院をする。あるいはそれがベースにあって、病気を併存して実際には併存症の治療のために入院する場合。広汎性発達障害の治療とそれ以外の入院が必要になった状況への両方の対応をしないといけないのが虐待、家庭内暴力、逸脱行為、引きこもり。それ以外では広汎性発達障害の子どもが、たとえば飛び降りて骨折したというような身体的なことで入院を依頼されることもあります。

というようなことで、最後は病院での治療の考え方と現状をお伝えしまして終わらせていただきます。ありがとうございました。