



小児・成人・高齢者の
発達障害における
診断・鑑別・治療

【著】佐々木 博之

熊本大学病院 神経精神科 特任助教
熊本県発達障がい医療センター長

様式だったため指摘する箇所がなかった場合、2つ目は、本当は指摘があったが保護者が覚えていない、もしくは、指摘の意味を理解できていなかった場合であり、その場合はもはやどうしようもない。3つ目は、園内でいろいろあったが保育士があえて保護者に伝えなかった場合である。4つ目に、本当は指摘されたことを自覚しているが診察室では「指摘はなかった」と否認する場合も挙がりそうだが、実はこのパターンはほとんど経験がない。学校から勧められたからという理由であまり納得せずに受診している保護者が存在しているのは事実だが、だからといって、指摘されたことを覚えていながら「なかった」と嘘を答えようとしている節はないのである。ただし、「確かに言われましたが、他の子どもそんな感じだったと思います」のように、認めたくない気持ちをとところどころに滲ませている保護者にはしばしば出会う。

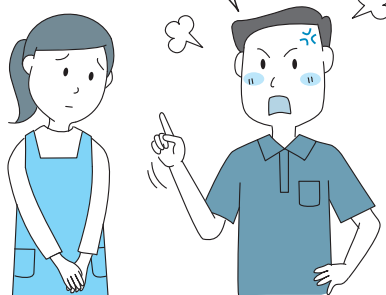
memo

保育士の負担

3つ目の「保育園内でいろいろあったが保育士があえて保護者に伝えなかった場合」について、その存在を強く感じたのは、筆者がある講演をした際の質疑応答の場であった。保育士から挙げた発言で、園児の特性に気づいて保護者に伝えたときに「うちの子に問題があると言いたいのか!」と叱責を受けることがあるとのことだった。そして、それを繰り返し経験すると、子どものためとわかっていても保護者に伝えようという気力がなくなるということであった。

保育士から保護者への指摘が滞ると結局のところ子どもが損をすることになるのだが、一方で、保育士側の思いももつともである。保育士に負担がかかることなく、保育園内で把握された患者の問題点がしっかり保護者に伝わるようなシステムづくりが必要なのかもしれない。

うちの子に問題があると言いたいのか!



年間行事(運動会、学習発表会、遠足など)

まず「発表会や運動会では、周囲の同年代と比べて、同じことを同じようにしていませんか? それとも、同年代と比べて何か気になることがありましたか?」と聴取する。このように年間行事について質問する理由は、普段と状況が違う場面における“刺激への反応”、“緊張の強さ”を把握するためである。多動・衝動が強い場合に頻出するのは、「1人だけキョロキョロして落ちつきがなかった」「途中で他のことをしはじめてしまった」「どこかに行ってしまうので、常に1人は保育士が横についている状態だった」などである。過集中や興味の偏りなどの所見では「気になったことに没頭してずっとそればかり1人で

小学校生活の3段階とその特徴

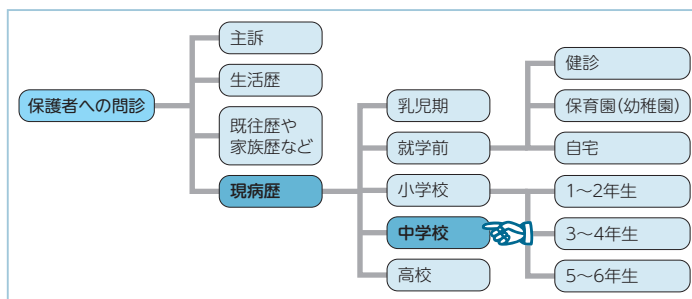
小学校は6年間あるが、筆者の場合、①小学校1～2年生、②3～4年生、③5～6年生と3段階にわけた考え方をしている。

小学校1～2年生：幼稚園や保育園から新しい環境に入ったばかりの状態であり、そういった**新しい環境、知らない人の集団への適応**を確認する。入学のスタートから小学校に通うことすらできなかったというケースは少なく、最初は通うが、その後徐々に不適応を起こすのである。次に、授業中の様子を確認し、先生や同級生との関わり方、給食や休み時間の過ごし方と、順に聴取していく。具体的には先に紹介した①～⑦の流れの通りである。小学校1～2年生は患者本人のみならず同級生も幼いため、何か問題があっても大きな支障にまで発展せずに過ごせていることも多い。

3～4年生：しだいに大人になってくる時期なので、1～2年生の頃のようにはいかなくなる。具体的には、自分を他者と比較する**相対評価**が始まり、何かあった場合の**遺恨**も残りやすい。いわゆる9歳の壁や小4の壁と評される類の時期である。そういった観点から、特に**同級生との関係性**については詳しく聴取する。

小学校5～6年生：小学校1～4年生に輪をかけて人間関係が難しくなる時期である。それに加えて勉強の内容も難易度が上がってくる。小学校3～4年生から登校渋りが始まり、小学校5～6年生から不登校という経過は外来診療において頻繁に出会う流れである。

中学校

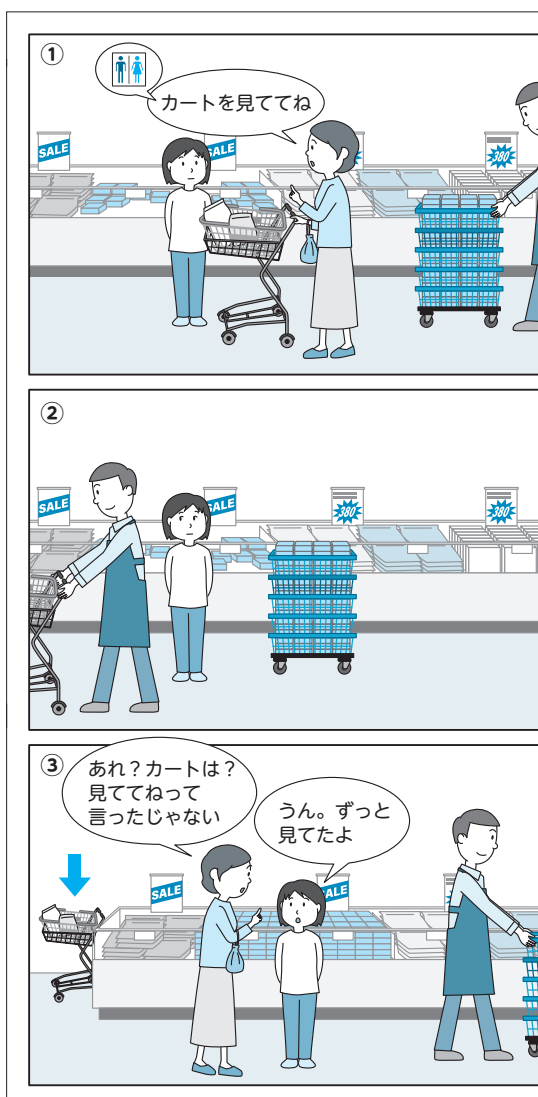


学年が上がるにつれ複雑化していった小学校であったが、そこからさらに輪をかけて複雑化するのが中学校である。小学校5～6年生で不登校となった場合でも中学校は氣を取り直して登校するケースがある。しかし、結局1～2か月(特にGW後)で再び不登校となる場合が多い。

聴取の内容は同級生や先生との対人関係、勉強、部活などだが、この時期になってくると小学校のような画一的な質問では対応しきれないため、ケースごとに困り感を抽出していく必要がある。また、この時期にはうつ病をはじめとして本格的に精神疾患が絡み出してくる時期でもあり、一部の発達障害は表現型が変わってくる。

▶ ASDとイメージング

この検査がどういったものであるかについて、前頁で「AとBの2つが提示され、その2つがどういった概念に属するものかを回答する検査」と述べたが、もう少し詳しく説明してみる。たとえば、Aを「握り寿司」、Bを「エビチリ」と提示されれば、答えは「食べ物」が正解となる。これはAという情報、Bという情報それぞれを思い浮かべ、そこから共通概念としてCというものを導き出している。いわゆる上位概念の抽出だが、これは**イメージング**を必要とする作業でもある。ここでASD≡イメージングの障害ととらえると、この検査はASDの患者の場合に低くなるという想定になる。実際、VCI(理解・単語・類似・知識・語の推理)の中で、この類似だけ点数が低いというASD症例はたまに見かける。ここで1例紹介する。



事例12

14歳女性(ASD)。ある日、母親と一緒にショッピングモールに買い物に出かけた。買い物中、母親は「トイレに行ってくるから、ちょっとこれ見ててね」とショッピングカート置いてトイレに向かった。トイレから戻るとショッピングカートが元の場所からなくなっており、探すとフロアの端に寄せてあった。どうも店員が商品の陳列をするのに邪魔だったため移動したようだった。母親が女の子に「見ててねって言ったじゃない」と言うと、この女の子は「うん、ずっと見てたよ」と答えた(図3)。

図3 「見ててね」

薬物療法

②自閉スペクトラム症 (ASD)

ASDの薬物療法：易刺激性の軽減

ASDに対して保険適用がある薬剤はリスパダール®とアリピプラゾールである。両方とも“易刺激性の軽減”として認められており、ASD自体を治療しているわけではない。では、易刺激性の軽減とはどのような効果だろうか。筆者なりのとらえ方を図1に提示する。

図1は、授業中に突然大きな音がしたときの生徒2人(A：健常者、B：ASD患者)の様子である。ASDではない人であっても授業中に突然大きな音がしたらビックリするし、不快である。ASDの人は急なことや大きな音を苦手とする傾向があるので、なおのことだろう。そのため図1のA(健常者)では突然の大きな音から受け取るストレス度合いが10なのに対して、B(ASD患者)では25と倍以上のストレスを受けているのである。つまり、ASD患者は容易に刺激されやすい。これが易刺激性である。そして、CはBの人

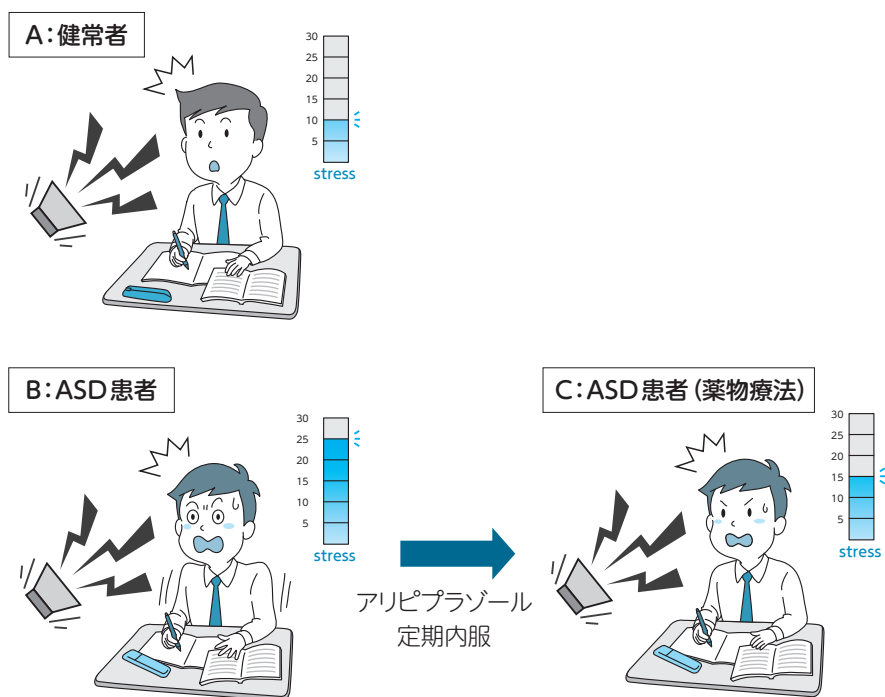


図1 易刺激性の軽減

以上は筆者の想像の域を出ないが、少なくともDMDDが多くの問題を孕んでいるのは事実であろう。今後も議論の積み重ねが必要な概念である。

子どものうつ病

筆者が児童思春期医療に携わりはじめて間もない頃、著名な先生方が以下のような旨の発言をされていた。

A 先生

子どものうつ病は見逃されている

B 先生

子どもにうつ病はほとんど存在しない

両者は対極に位置するような内容なので、若手の頃の筆者としては、いったいどちらなの？ と疑問に思ったものである。そして、うつ病の診断基準を丸暗記した状態で児童思春期外来を始めると、暗い表情で「勉強にやる気が出ない」「人に会いたくない」「朝起きられない」「夜眠れない」「もう死にたい」と述べる子どもばかりに会い、むしろうつ病ばかりなんじゃないの？ と考えたものである。

しかし、この子たちも入院してしまえば、朝からすっきり起きて朝食を食べ、午後からはスタッフと楽しそうにレクリエーションに参加しているのである。そうすると、うつ病って入院ただけでこんなに良くなるんだっけ？ とまた疑問が増えるのである。

しかし、よくよく観察してみると、元気になっている子どもがいる一方で、入院前よりは楽になっているが、それでもいろいろと症状が残存してキツそうにしている子どもがいることにも気づくのである。そうなると、やっぱりうつ病っぽい子も中にはいる気がする、となり、「いったいどちらなの？」に逆戻りしてしまう。

ここで2つの症例を提示する。

事例22

13歳男性。保育園では言葉の遅れを指摘され、うまく関われないもどかしさから他児に噛みついてしまうこともあった。行事では固まってしまう参加できないことが多かった。小学校では冗談を真に受けて怒るため、同級生とのトラブルが多かった。同級生と興味対象が合わなかったが、自分の興味のある分野を一方的に話し続けるため浮いてしまう傾向にあった。小学校高学年になると同級生との不仲を理由に登校渋りが増え、中学校に入ると半分以上登校できない状態となった。自宅ではイライラが目立ち、勉強に意欲がわかず、夜眠れない日も増えた。「死にたい」と述べることも増えたため、心配した母親に連れられて当院を受診した。

このタイプのストレスを岡野憲一郎先生は著書の中で、「関係性のストレス」と呼んでいる³⁾。対人関係から生じる慢性的なストレス状況のことである。先ほど「発達障害の患者は生きづらさを抱えている率が高い」と記述したが、これに解離スペクトラム(図2)という考え方と、岡野先生が述べている「関係性のストレス」を組み合わせると、筆者の考えは以下になる。

〈解離に対する筆者の考え〉

発達障害の患者は社会生活において慢性的な対人ストレスに悩まされることが多く、そのストレスは小児期の性的虐待ほど重篤なストレスではないものの、解離を生じる程度には重いストレスである。そのため、解離スペクトラムの浅い段階にある解離性健忘や変換症などを呈しやすい。

筆者が若手の頃に国内留学していた東京都立小児総合医療センターでは、研修の締めくくりの通過儀礼として、“日本児童青年精神医学会総会において何かしら学会発表をすること”が課せられた(現在もあるのかどうかはわからないが)。そこで筆者は、「発達障害の方は解離を起こしやすいのかもしれない」という趣旨の学会発表をしたのだが、そのときの考察が上記である。若手の頃の自分がどれほど濃密な研修をさせて頂いていたかが、ここからも実感できる。

解離性同一症

事例27

14歳男性。ある日、救急病院から「急遽で申し訳ないが、患者を診察してほしい」と筆者の外来に依頼がきた。紐をつかって自分の体を柱に括りつけているところを両親が発見し、びっくりした両親に連れられて救急病院を受診した患者とのことであった。筆者の外来ではまず「どうして自分を柱に括りつけたのか？」と聞いてみた。すると、「勝手にゲームセンターでお小遣いを使っちゃうから」と述べた。さらに「お金を勝手に使うな」とメモを置いておいたが効果がなかったことも教えてくれた。主人格とは別の人格が出てきて勝手に行動してしまうので困り果てた結果、自分の体を柱に括りつけたのである。要するに、解離性同一症の患者であった。

事情がわかったところで、次に解離を起こすに至ったストレス因を検索してみた。両親ともに教育関係の仕事をしている比較的裕福な家庭であった。虐待とは無縁であり、むしろ過保護と言えるくらいに大切に育てられていた。しかし、教育関係の仕事をしている両親だけに勉強に関しては比較的厳しかった。そして、この患者は軽度の限局性学習症(SLD)を有していた。ポイントは、SLDが軽度という点である。軽度の場合、なんと