

閉症の症状も、そのように程度が強いものから弱いものまで連続して存在すると考えられる。さらにまた、自閉症の症状のなかには、それぞれ独立して遺伝するものがあるとも考えられるようになってきている。こうした最近の考え方によるならば、自閉症の症状の一部だけが家族に伝わる、しかも、その程度が異なる、という状況が生じることは理解できることであろう。アスペルガー症候群では、そうした傾向が認められやすいといえる。

診断

DSM-IVによるアスペルガー症候群(障害)の診断基準を表1に示す。DSM-IVでは、アスペルガー症候群の診断基準は、自閉症の診断基準からコミュニケーション行動の障害を除いただけとでもいえるものとなっている。したがって、診断基準を機械的に当てはめるならば、高機能自閉症とアスペルガー症候群の診断は、端的にいうならば、自閉症の診断に当てはまるもので、知能は正常だが言葉の遅れがあるものが高機能自閉症で、知能が正常で言葉の遅れがないもの(3歳までに2語文が出現)がアスペルガー症候群と判断される、ということになる。

しかし、アスペルガー症候群における言葉の発達の基準は、軽度の遅れ*3まで含まれているものとなっているため、実際には判断に迷うことも少なくない。

*3 軽度の遅れ
ことばの発達は、90% tileの達成年齢を基準として評価されるのが一般的である。始語の1歳6カ月、二語文の3歳がそれに相当するが、これは正常範囲上限といえるものであり、軽度の遅れが含まれている可能性が高い。

表1 アスペルガー障害の診断基準(DSM-IV, 1994)

- A. 社会的な交流活動の質的障害で、以下の項目のうち少なくとも2項目に該当**
- (1) 相手の目を見つめる、表情、姿勢、身振りなどの社会的交流を調整するような非言語的な対人行動をとることの著明な障害。
 - (2) 発達段階に応じた適切な友人関係がもてない。
 - (3) 他の人と喜びや関心を共有したり、一緒に1つのことをやり遂げようとしたりすることをしない(例えば、自分が関心をもった物を相手に示したり、持ってきたり、指さしたりしない)。
 - (4) 社会的あるいは情緒的な結びつきが乏しい。
-
- B. 限定された行動、関心、活動の常同的反復で、以下の項目のうち少なくとも1項目に該当**
- (1) 常同的で限定された興味に没頭する。興味の程度が対象が異常である。
 - (2) 特異で効率が悪い決まり切ったやり方や儀式的な方法に非常に固執する。
 - (3) 常同的で反復する型にはまった動作(例えば、手や指をひらひらさせたりくねらせたりする、あるいは、全身の複雑な動き、など)。
 - (4) 物の一部分に対する持続的なこだわり。
-
- C. 社会的、学業上、あるいは、職業上、臨床的に明らかに支障をきたすほどの障害があること。**
-
- D. 言語面で臨床的に問題になるほどの遅れを認めない(例えば、1語文が2歳までに出現し、2語文以上による対話が3歳までに出現する)。**
-
- E. 認知発達には臨床問題になるような遅れを認めない。また、日常生活習慣の獲得や適応行動(社会性を除く)、周囲の事物に対する関心は年齢相当である。**
-
- F. 他の広汎性発達障害や精神分裂病によるものではない。**

言葉の発達経過で判断できないときには、その他の特徴から判断することになる。典型的な場合、高機能自閉症は一方的な対人行動が強く、どこかに「自閉症」らしさがみられることが多く、アスペルガー症候群では、会話も普通に行い、一見、特に問題がないようにみえることが多い。

ただし、後述するように、アスペルガー症候群と高機能自閉症を厳密に鑑別する必要はないとする立場も少なくなく、実際、両者の特徴が混在する、あるいは、どちらにも決めかねる状態像を示す子どもはいるものである。そのようなときには、どちらの診断名もつけず、自閉性障害として、その児の特徴を整理して対応を考えていく、ということでもよいように思われる。どうしてもどちらかの診断名をつける必要がある場合は、中間型であるということを理解しているという前提のもとで、よりどちらの傾向が強いかということで、強いほうの診断名をとりあえずつけておく、ということでもよいかもしれない。表2の臨床特徴のなかで、アスペルガー症候群に比較的認められやすい項目が多いほど、アスペルガー症候群としての傾向が大きいと判断してよいであろう。

基本症状

アスペルガー症候群にみられやすい特徴を表2に示した。ただし、この表に示されている特徴は、高機能自閉症でも同様に認めることが多いものである。

アスペルガー症候群の子どもでは、小さいときから大人との会話を好む傾向が認められることが多い。大人は、自分に合わせてくれ、コミュニケーションが取りやすいと彼らも感じているからかもしれない。

マイペースで、一見、自分勝手な行動が目立ちながらも、運動会などの行事には幼児期より普通に参加することが多い。この点は、年少児期はつい動いてしまうために行事活動からはずれやすくなる注意欠陥/多動性障害(ADHD)と異なる点である。

相手がどう感じるかを考えることが苦手なため、言い方が直截的になりやすかったり、自分のやりたいことを主張するだけになったり、ほかに興味がでると遊びの途中でも平気で1人抜けてしまったりするので、自分勝手、わがままとみられていることも多い。また、議論になると、「ああ言えばこう言う」式で応答するため、周囲の人から敬遠されたり、嫌がられることも少なくない。ときに、素直でないと受け止められ、学校で担任と感情的に対立してしまうこともある。

コミュニケーションにおいては、年齢にそぐわない難しい表現、特に漢字表現を好むことが多い。また、完全な文章あるいはていねいな文章で話すことも少なくない。彼ら自身、言葉を省略されると、省略されたところを推測することが苦手なため、完全な文章のほうが理解しやすく、自分自身も同様な表現を使うようになるのかもしれない。

遊びでは、幼児期はごっこ遊びをすることも少ないが、単調な遊びの反復を示すこともある。成長するにつれ、物語*4を想像でつくることを好むこともあるが、多くは同じような内容の繰り返しのパターンのものである。

アスペルガー症候群の基本症状は、大人になってもそのまま持続するのがほとんどである。周囲からの助言・指導や生活体験の積み重ねにより、自分の弱点を

*4 物語

・いわゆるお話を書いたり、ストーリーのあるマンガを画いたりすることも珍しくない。しかし、同じ内容、展開の繰り返しであることが多い。

表2 アスペルガー症候群にみられやすい特徴

1. 社会的行動の特徴

- ①大人との会話を好む。
- ②行事としての集団行動は可能なことが多い(練習は嫌うことが多い)。
- ③初対面の人でも平気で話しかけていく。
- ④相手の気持ち・状況を考えないマイペースな言動が目立つ。
- ⑤直截的な言い方が多い。
- ⑥自分の考えを押し通し、自己主張が強いとみられやすい。
- ⑦自分の考えを主張する必要がない場面での日常会話は普通にやりとりできることが多い*。
- ⑧友達と一緒に遊ぶが、飽きたりほかに興味が移ると、途中でも平気で抜けてしまう。
- ⑨友だちを遊びに誘う*こともあるが、自分がやりたい遊びを主張する

2. コミュニケーション行動の特徴

- ①難しいことばや漢字表現、英語表現などを好む。
- ②表情の表出は普通に可能なことが多い。
- ③プロソディ表出の障害はないか、軽い*。
- ④反響言語はみられない*。
- ⑤冗談・比喩はわかることが多い*が、皮肉の理解は困難。
- ⑥言葉を表面的に受け取りやすく、言外の意味を理解しにくい。
- ⑦代名詞の理解が困難なことがある。
- ⑧人の顔の区別が難しいことが多い。

3. 想像的活動性の特徴

- ①ストーリーのあるマンガや物語をつくる*が、パターンの多いことが多い。

4. 活動範囲と興味の対象の著明な限定

- ①融通性のない考え方や行動。
- ②自分が納得した規則は、いつでも誰にでも守ることを要求する。

5. その他(基本症状以外)

- ①注意欠陥/多動性障害と同様の行動特徴(多動、注意力障害など)を示すことが少なくない。
- ②不器用なことが多い。
- ③被害的な言動が多い。
- ④文字が乱雑、あるいは、漢字が覚えられないことがある。
- ⑤WISC知能検査で言語性知能が有意に高い*ことが多い。
- ⑥家族に同じ特徴をもつ人が多い。

*：高機能自閉症よりもアスペルガー症候群にみられやすい特徴。

*5 職場で問題

注意されると叱責されると受け止めやすく、同僚・上司とトラブルになりやすい。上司にも対等な口をきき、「素直に」話を聞けないと受け取られ、職場を辞めやすい。職を何か所も転々とする、ということも珍しくない。

補助するやり方を自分なりに工夫、学習していると、一見、問題がよくなったようにみえることもあるが、基本的特性は変化していないと考えたほうがよいであろう。精神障害の合併もなく成人になった場合でも、上司にも態度を変えない、直截的言動、人づき合いの悪い行動などにより、職場で問題*5とされることもある。能力的に高く、そのことを評価されて成長した場合、研究者など、自分のペースで自分のやりたいことをやっていることで評価される仕事で大きな成果をだす場合もある。

表3 アスペルガー症候群の合併症

身体面	チック障害、単純性肥満、神経性無食欲症
発達面	発達性協調運動障害(不器用)、学習障害(漢字書字や英単語綴りの障害)
行動面	音に対する不安行動(騒々しい音への恐怖感)、パニック行動、被害的言動、暴力、行為障害
精神面	適応障害(不登校)、強迫性障害、気分障害、被害念慮・被害妄想、幻聴

合併症

アスペルガー症候群にみられることのある合併症を表3に示した。

身体面では、**神経性無食欲症**を生じることがあることが注目されるようになってきている。自閉症児も、ストレスに対して拒食反応を示すことがあることは知られているが、アスペルガー症候群では、固執性が体重に向かい、通常の神経性無食欲症と同様の状態像を示すようになるものと思われる。逆に、神経性無食欲症の患者で固執性が強く、小さいときからマイペースさを認めるときには、アスペルガー症候群が背景にある可能性も考えるべきであろう。

発達面では、漢字の書字障害や英単語の綴り障害が認められることがある。正確な頻度は不明であるが、自験例では少なくとも10%前後に漢字書字障害*6を認めている。

行動面では、騒々しい音が嫌い*7なことが多く、そのために、騒々しい場を嫌がる、そうした場(教室)などに入れない、風が強い日は外出できない(風の音に対する恐怖感のために)などの問題行動を認めることがある。自分では普通に行っていると思っている言動に対して、周囲から注意、叱責されることが少なくないこともあり、被害的な受け止め方をしやすいことも知られている。もともと被害的な感情で爆発しやすくなっているため、ちょっとした周囲の言動に反応して暴力的になることもある。

精神面では、強迫性障害、うつ、被害念慮などを発展させることも少なくない。被害念慮は、ときに、妄想となり、被害的内容の幻聴まで体験することもある。発達障害の診療経験が乏しい精神科に相談すると、統合失調症と診断されることもある。

アスペルガー症候群と他の発達障害

●高機能自閉症との関係

知能障害のない自閉症である高機能自閉症 (high-functioning autism : HFA) とアスペルガー症候群を厳密に区別するかどうかについては、まだ意見の一致がみられていない。しかし、自閉性障害の特徴をもつ状態は、それぞれ独立したまったく別の障害単位ではなく、お互いに連続性があるとする考え方もあり、両者を厳密に区別する必要はない、とする考え方が多くなってきている。

*6 漢字書字障害

・未公表データである。小学校の漢字書字の評価を行うと、意外に多く認められる。乱雑だが形が合っているものを正解としても10%前後に漢字を書けない患児が認められる。今後の検討課題と思われる。

*7 音への敏感さ

・騒々しさを嫌うのは、アスペルガー症候群に限らず、自閉症、高機能自閉症にも認められる。この敏感さのためか、乳児や小さい子どもを嫌がることも珍しくない。

●注意欠陥/多動性障害(ADHD)との関係

年少児期にADHDと診断され、思春期前後にアスペルガー症候群と診断名が変更されることがある。アスペルガー症候群のなかには、年少時期に多動が目立ち、一見、ADHDと同様の症状を示す子ども達がいることが知られるようになってきている。アスペルガー症候群についてよく知られていなかった以前、会話も普通にする多動なアスペルガー症候群児が自閉性障害とは思われず、ADHDと診断されてきたものと思われる。DSM-IVの診断体系では、アスペルガー症候群と診断される場合には、ADHDの診断はつけないことになっているので、アスペルガー症候群に診断が変更された場合には、ADHDの診断名は消えることになる。この点については、両者を併記してもよいのではという考え方もあり、今後の検討課題となっている。

●学習障害との関係

アスペルガー症候群や高機能自閉症児のなかに、漢字の書字障害や英単語の綴り障害、さらには、計算障害を示す子どもがまれに認められることがある。これらの学習技能の習得障害は、認められない子どものほうが多いので、アスペルガー症候群で説明するよりは合併症としてとらえたほうが適切と思われる。したがって、文字や数量学習に特別の困難がみられた場合には、アスペルガー症候群や高機能自閉症があっても、学習障害を合併しているとしてもよいのではないかと考えられる。同様に、今後の検討課題と思われる。なお、話し言葉の問題や推論の障害は自閉性障害の特性で説明できるので、そうした問題に対しては学習障害とする必要はないであろう。

アスペルガー症候群の思春期問題

アスペルガー症候群では、思春期前後になると、人の生死に関わる話題(死ぬとは?、殺したらどうなる?など)、神秘的話題(神、占いなど)や哲学的話題(宇宙の果てには何がある?など)について、いろいろ話してることが多くなる。この状況は、彼らが、いわゆる同一性*8の拡散(同一性意識が揺らぎ、きわめて不安定な精神状態)状況にあることを思わせるものである。

思春期になると、成長・発達の経過としてメタ認知能力が進み、自分自身を客観的にみつめることが、それまでよりはできるようになってくる。そうした状況で、彼らは、自分がほかのみんなとはなにか違うということに気づくようになってくる。しかし、彼らは、なにがどう違うのかを自分だけで理解することは困難である。なぜならば、彼らは、自分の特性をもって生まれているのであり、小さいころから自分ではそれが普通だと思って生活してきており、そうでない状態を自ら意識することがうまくできないからである。こうした状況は、彼らに同じ仲間集団からの疎外感を感じさせ、集団同一性の動揺を生じさせることになる。

集団同一性とは、自分と同年代の集団の中に自分はある、そこからはずれていないという思いである。このみんなと同じであるという思いは、特に、思春期の子ども達に安心感を与え、子ども達の心の不安定さを支えてくれるものである。

集団同一性が動揺することは、アスペルガー症候群のある子ども達の心をきわ

*8 同一性

・Eriksonが述べた概念であり、アイデンティティと、そのままよばれることもある。自己に関するさまざまな属性(性、職業、自己自身など)に関して自他の違いが分かり、他と違う自分を受容していく過程が同一性確立といわれる。

めて不安定なものとする。自分は何なのか？、自分はどのような存在なのか？ と、自分自身について考え込むようになり、自己の存在、ひいては、人としての存在、生死の問題に考えが進んでいくものと思われる。また、集団同一性の拡散や失敗体験の積み重ねから、自信喪失、自己卑下、希死念慮(死にたいという思い)、引きこもりなどの問題も生じやすくなってくる。

思春期におけるこうした心の不安定さを理解し、支援していくことが非常に重要なこととなっていく。

対応

●留意点(表4)

彼らは、一般に、言われた言葉をそのまま表面的に受け取り、省略された部分を読み取ることが苦手である。そこで、言葉の省略をせずに完全な文章で話す、主語と目的語をできるだけ省かない、ということが大切である。彼らは、また、代名詞の理解が困難である。代名詞は、同じ言葉が状況によりさすものが違うため、状況理解が不良な彼らは代名詞の理解が難しいのである。代名詞を使用するときには、名詞とともに、「それ」ではなく「そのコップ」というように話すとよい。

アスペルガー症候群の子どもは、「だめ」「違ってる」「おかしい」などの否定的用語に敏感で、自分が非難されたと受けとめやすい。そこで、同じ内容をできるだけ肯定的表現で言うようにするとよい。大きな声や命令形も、それだけで怒られたと感じることがあり、避けたほうがよい。「～しなさい」を「～しよう」と変えるだけでも、子どもの受け取る印象はだいぶ変わってくる。

アスペルガー症候群というより広汎性発達障害児全般で、理屈でなく、その子にだけ通用することば(キーワード*)があることがある。例えば、自動車が好き

*9 キーワード

・「社長」ということばがキーワードの患児もいた。「社長さんならそんなことしない」と言うと、必ず止めるというものであった。こちらからの指示にあっさり従ったときに、こちらが言ったことばのなかにキーワードが隠れていることもある。

表4 アスペルガー症候群児への対応上の留意点

1. 言葉に関する配慮

- ①表面的意味理解の可能性を忘れずに。
- ②省略・比喩・冗談・皮肉的表現を避ける。
- ③具体的表現・用語、完全な文章で話す。
- ④主語と目的語を省略せずに話す。
- ⑤代名詞は指示する名詞とともに。
- ⑥肯定的表現・用語で話す。
- ⑦大声、命令形は避ける。
- ⑧キーワードをみつける努力を。

2. 状況の説明に関する配慮

- ①その場の状況を言葉で説明。
- ②「言わなくてもわかるだろう」と思われることでも、そのつど説明。
- ③日程・予定を具体的に経時的に説明。

3. パニックに対して

- ①子どもの感情の言語化。
- ②場所の移動後、そっとしておく。

なある自閉症児で、「スピード違反」と言われると、自分が今やっていることがよくないことで止めなければいけない、ということを理解し、すぐに止めるようになった児がいる。キーワードをみつけると、その子への対応が行いやすくなるので、日常生活のなかで意識してみつめるようにするとよい。

彼らは、状況の理解が苦手である。状況は、場としてそこにあるが、映画の字幕のように、その場を説明してくれるものがそこに示されていることはなく、自分で推測しなければいけないものである。しかし、アスペルガー症候群の子ども達は、直接示されていない事柄を推測することが苦手なため、そうした状況理解も不良となりやすくなる。そこで、できるだけ状況を言葉で具体的に説明してあげる、という対応が有用なことが多い。

『常識がわからない』と非難されることもあるが、「常識」といわれるものは、誰でも知っているものと考えられているので、その都度、わざわざ説明されないことが多い。結局、そこに示されることがないので、アスペルガー症候群の子どもは、そのことに気がつかないことになる。当たり前と思われることでも、意識して説明するようにするとよいであろう。

パニックに対しては、直ちに、そして、できれば起こりそうなときに、子どもの気持ちを言葉で言ってあげるようにするとよい。「イライラするんだよね」「気持ちが落ち着かないかな」などである。子どもは、自分のことをわかってくれていると感じ取れると、早い段階であれば、それだけで少し落ち着くことがある。その後、その場から違う場に本人を移動させ、あとは落ち着くまでそっとしておく、というのが基本となる。

●問題行動に対して

アスペルガー症候群で問題とされる行動の主なものは、こだわり、融通性のなさを背景とした被害的言動とそれに伴う攻撃的な行動である。そうした行動を変容させる基本を表5に示した。

基本的な流れは次のようである。子どもの気持ちを言葉で表現し、次に、子どもの取った行動を言語化する。『そんなに悔しかったから、大きな声を出してしまったのかな』などである。次いで、『でも、大きな声は出さないほうがいいよね』などのように、常識的な事柄として、どのようだったらよかったのかを示す。さらに、問題行動を起こしたときのような気持ちになったとき、どのようにしたら

表5 問題行動変容の基本

1. 行動の言語化
①子どもの感情への共感：感情の言語化
②子どもの行動への共感的理解：行動の言語化
2. 適切な代替行動の習得
①よくないことの常識的な指摘
②代替行動の提唱
③代替行動の訓練

よいか、適切な行動を教え、指導していく。

認知行動療法の応用として、子どものとっている誤った行動をストーリー（ソーシャル・ストーリー^{*10}）にして文章で読ませたり、マンガで見せたりする方法も有効なことがある。

*10 ソーシャルストーリー

・ 患児がトラブルを起こした状況を、お話にして読み聞かせる、本人の読みさせる、マンガにして見せる、などの方法により、自分が行った状況を俯瞰させ、客観的に問題点と適切な対応法に気づかせる、という手法である。

*11 障害への気づき

・ 患児の家には、保護者が買ったアスペルガー症候群に関する本が多く、その本を患児が目にする事から、自分の問題に気づく場合も少なくない。

*12 障害告知

・ 子どもから自己の障害について、尋ねてくることもある。子どもに自己の特性を理解させることは必要と考えている臨床医は少なくない。ただし、いつ説明するかについては、『状態が落ち着いているときに』、『トラブルが生じたときに』など、研究者間でも意見の一致をみていない。

*13 常識的表現

・ 常識的な表現方法で言うことで、『患児がやったことがよくない』と言わずに、『よくなかった』ことを伝えられるので、患児は自分が非難されたと感じずに済み、比較的受け入れやすい。

●子どもへの障害告知

アスペルガー症候群の子どもは、思春期前後になると、自分が周囲のみんなと違う存在であることを自覚するようになる^{*11}。子どもが自分自身を受け入れられるように支援することはきわめて重要である。診断名自体よりも、子どもが理解できる範囲で子どもの状態像・特性とそれをカバーするやり方を説明^{*12}するのがよい。「誰にでも得手不得手があり、あなたはこういうことが苦手な性質なので、こうしたらいい」といったかたちで説明していくとよいであろう。診断名については、子どもから聞かれたときには、正直に話すのが原則である。

●周囲の子どもの理解の促進

学校では、他児からの理解を深めることも考えなければならない。高機能自閉症やアスペルガー症候群の子どもは特に理解されにくいので、学校と保護者とで、なにをどこまでどのように他児へ伝えるかをよく相談しておく^{*13}とよい。基本は本人への説明と同じで、誰にでも得手不得手があるという文脈で説明する。さらに、その子への接し方をほかの子へ教えることが望ましい。表3の内容を、ほかの子どもが理解できる表現で簡単に説明するとよい。

●同一性拡散への対応

アスペルガー症候群の子どもは、自分がみんなと違うことの自覚により、同一性課題の達成が困難になりやすく、思春期で人の生き死に関する話題がでやすくなる。まれに、殺すなどの表現が聴かれることもある。こうしたことばに対しては、まず、本人の言うことを頭ごなしに否定したり注意したりせずに黙って聴いてあげるのがよい。相槌は、「あなたはそう思うんだ」など、子どもの側の考え方であることを示す表現にする。そして、一通り子どもが話し終わったら、常識的な内容を一般的表現^{*13}で返す。「そうね、でも、人を叩くことはしないものなんだよ」という具合である。あとは、この繰り返しになる。しばらく時間がかかるが、子どもの気持ちの安定とともにこうした表現が聴かれなくなることが多い。

●薬物療法

薬物療法は、基本的には対症療法である。こだわりに対しては、選択的セロトニン再取込み阻害薬（SSRI）、リスペリドンなどが使用される。こだわりを背景としたパニック行動、攻撃性に対しても有効なことがある。その他、てんかん、チック、不安、抑うつなど、症状に応じた薬物が使用される。

注意欠陥/多動性障害(ADHD)

ADHDとは

ADHDは、精神年齢に比べて不適当な注意力障害、衝動性、多動性を示す行動障害である。同様の状態を示す子ども達は、以前は微細脳機能障害(minimal brain dysfunction: MBD)とよばれてきた。微細脳機能障害とは、知能障害や明らかな脳障害が証明されないにもかかわらず、脳障害児と同様の行動・認知面の特徴を示す小児の総称である。しかし、その概念の不明確さから、MBDという用語の使用には批判が多く、1980年代になり行動面の症状を示すものには注意欠陥障害、さらには注意欠陥/多動性障害、認知・学習面の症状を示すものには学習障害^{*14}などの特異的発達障害という用語が使われるようになってきたものである。

なお、注意欠陥/多動性障害という用語はDSM-IVで用いられているもので、ICD-10では多動性障害(hyperkinetic disorder)という用語が用いられている。

頻度・性差

報告によりその頻度は2~7%と幅があるが、おおよそ小児の3%前後と推定される。性差では、男児に多いのが特徴である。男女比は2~9:1と、報告により違いがあるが、3~4:1が妥当なところと考えられている。

家族(遺伝)

ADHDの子どもの父親の25%に同様の行動特徴を認めたとする報告もあり、遺伝的素因が大きいと考えられている。一方、心理社会的要因の影響も少なくないといわれており、遺伝的素因と環境要因の相互作用によりADHDの状態像が完成していくとする考え方もみられる。

診断・判断

診断は、行動面の特徴からつけられる。DSM-IVによる診断基準を表6に示す。注意力障害と多動性を併せもつ場合(混合型)と、どちらかが主症状の場合があるが、全体の85~90%は混合型である。

軽度知的発達障害(IQ50~70)の合併はあってもよいとされている。知的障害のレベルに比べ、注意力障害・多動性などが顕著な場合、両方の診断名がつけられることになる。中等度より重い知的発達障害(IQ50未満)がある場合には、ADHDとはせず、多動などは知的発達障害の症状とするのが原則である。

基本症状

基本症状は、診断基準に示されている症状ということになる。基本症状は、相手や場によってその程度が動揺^{*15}することが多い。きちんと指示を伝えてくれる相手やなにをすべきかがわかりやすい環境では、ADHD児であってもある程度落ち着いて課題に取り組めることはまれではない。つまり、学校と家庭での状況が異なることは、ADHD児では珍しくない。

*14 学習障害

- ①全般的な知能は正常、
- ②「聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する」のうち1つ以上の技能の習得や使用の障害、
- ③中枢神経系の問題が推定される、のすべてを満たすものをいう。

*15 症状の動揺性

- 状況により状態像が異なることはADHDでは珍しくない。したがって、学校と家庭で状態が違うことはあり得ることである。必ずしも、保護者が患児の状態を認識していない、ことではないことに留意する必要がある。

表6 注意欠陥・多動障害の診断基準(DSM-IV, 1994)

A. (1) か (2) があること。

(1) 以下の注意力障害を示す項目のうち、6項目以上が少なくとも6カ月以上持続しており、それは日常生活に支障をきたし、かつ、発達段階に不相応なこと。

注意力障害

- a 勉強や仕事、あるいは、他の活動時に細かい注意を払うことができなかつたり、ちょっとした誤り(careless mistakes)を起こすことが多い。
- b 課題や遊びにおいて注意を持続することが困難なことが多い。
- c 話しかけられていても聞いていないことが多い。
- d 指示を最後まで聞けず、勉強やちょっとした仕事、あるいは、職場でのやるべき仕事をやり遂げることができないことが多い(反抗や指示の理解不足のためではない)。
- e 課題や仕事をまとめることができないことが多い。
- f 持続した精神活動が必要な課題をさけたり、嫌ったり、ためらったりすることが多い(学校の授業や宿題など)。
- g 課題や他の活動に必要なものをなくすことが多い(例えば、おもちゃ、学校で必要なもの、鉛筆、本、その他の道具など)。
- h 外からの刺激ですぐに気が散りやすい。
- i その日にやることを忘れやすい。

(2) 以下の多動性や衝動性を示す項目のうち、6項目以上が少なくとも6カ月以上持続しており、それは日常生活に支障をきたし、かつ、発達段階に不相応なこと。

多動性

- a 手や足をよく動かしてそわそわしたり、椅子の上でもじもじすることが多い。
- b 教室や座っていなければいけない状況で離席することが多い。
- c してはいけない状況で走り回ったり、あちこちよじ登ったりすることが多い(思春期や成人においては、落ち着かないという主観的な感情だけのこともある)。
- d 静かに遊ぶことが苦手なことが多い。
- e 絶えず動いていたり、駆り立てられたように動くことが多い。
- f 過剰に話すことが多い。

衝動性

- g 質問が終わっていないのに答えてしまうことが多い。
- h 順番を待つことが苦手なことが多い。
- i ほかの人が行っていることを邪魔したり、無理やり入り込んだりすることが多い(例えば、ほかの人の会話やゲームに首を突っ込む、など)。

B. 障害をきたすほどの多動性-衝動性、あるいは、注意力障害の症状のいくつかは、7歳以前に出現していること。

C. 症状から生じている障害は、2カ所以上でみられること(例えば、学校(あるいは職場)と家庭、など)。

D. 社会的、学業上、あるいは、職業上、臨床的に明らかに支障をきたすほどの障害があること。

E. 広汎性発達障害、精神分裂病やその他の精神病、その他の精神疾患(気分障害、不安障害、解離性障害、人格障害、など)によるものではない。

※下位タイプ

- ・合併型(combined type)：診断基準A1とA2両方に該当するもの。
- ・注意力障害優位型(predominantly Inattentive type)：診断基準A1に該当するが、A2には該当しないもの。
- ・多動性-衝動性優位型(predominantly hyperactive-impulsive type)：診断基準A2に該当するが、A1には該当しないもの。

一般に、多動性は8～10歳、注意力障害と衝動性は10～12歳ごろになると最低限必要な自己コントロールができるようになるといわれている。しかし、これは、そうした症状がなくなる、という意味ではない。症状は残ってはいるが、必要性に応じたコントロールができるようになる、という意味である。したがって、コントロールする必要がないところ、例えば家庭などでは、あまり変化していないように感じられることも珍しくはない。

小児期にADHDと診断された子どもでは、高校生・大学生の青年期では60～80%が、成人になっても30～50%がなんらかの症状を残しているともいわれている。ただし、自分でいろいろな工夫をしながら社会生活をなんとか送っている場合が多いと思われる。社会生活で努力、苦勞をしているので、家庭では本来の状態がでやすくなるので、そうした状況を理解した対応が望まれる。大人だから、女性だから、きちんとしなければおかしい、と非難されると本人達は精神的につらくなるであろう。

合併症

身体面ではチック障害、発達面では学習障害や発達性言語障害などの合併が多い。

心理面では、常に注意、叱責を受けやすいことから、自分に向けられる言葉や態度に敏感となり、被害的になったり、自信喪失や自尊心低下などの心理特性をもちやすいとされる。そうした心性が反映するのか、自動車の運転の問題(事故)や10代の妊娠が多いことも指摘されている。

行動・精神面の問題としては、**反抗挑戦性障害**^{*16}、**行為障害**^{*17}、**適応障害**(不登校、興奮)、**不安障害**、うつ、などがみられることがある。精神行動面の合併症は、年齢があがるにつれ増加する傾向がある。そのなかでも、ADHDから反抗挑戦性障害、行為障害、そして、反社会的行動障害と、破壊的行動が年齢とともに憎悪するものを、斎藤(1999)はアレルギーマーチになぞらえて**DBDマーチ**(disruptive behavioral disorders march)とよんでいる。

予後不良因子としては、

- ①行為障害の合併
- ②学習障害の合併
- ③低い知能水準
- ④子ども虐待環境
- ⑤精神障害の保護者

などがあげられている(WHO, 1992)。

対応

ADHDの最終状況を決めるのは、行動・精神面の合併症の有無とその程度である。ADHD児の治療(対応)の最終目的は、行動・精神面の合併症の予防といえるであろう。目の前で子どもや家族が苦しんでいる問題の改善を図ることは当然ではあるが、それに対応が終わるわけではない。当面の問題の改善は、行動・精神面の合併症予防につながる方向で検討されるべきなのである。

*16 反抗挑戦性障害

大人や権威、社会に対して、反発、反抗、挑発的な言動を取るが、直接的な暴力などの実害はないが、あっても、きわめて軽く一過性のものである。

*17 行為障害

暴力、器物破壊、窃盗、社会規範を守らないなど、人や社会に直接的な被害を及ぼす行為を反復するものをいう。反抗挑戦性障害、行為障害とも、ADHD児が不適切な対応を繰り返されているときに生じやすいと考えられている。

具体的には、子どもに対しては、

- ①破壊的行動のコントロール
- ②情緒の安定化
- ③発達支援
- ④学習支援
- ⑤他の合併症への対応

保護者に対しては、

- ①ADHD児の養育支援

などが行われる。これらの目標達成のために用いられる治療方法としては、薬物療法、行動変容技法、環境調整、治療教育、ソーシャルスキルトレーニング、心理療法などがある。

●破壊的行動のコントロール

* 18 破壊的行動

・多動、衝動的行動、攻撃的行動など、本人よりも周囲の人や社会が困るような行動をいう。

破壊的行動*18のコントロールは、薬物療法、環境調整、行動変容技法で行われる。薬物療法では、わが国では、メチルフェニデート (methylphenidate) が用いられることが多い。有効率は約70%とされる。薬物は、子どものために使うのであり、子どもを扱いやすくするために使うものではない。そのため、学校が休みの日は休薬するのが一般的な使用方法である。

環境調整では、学習環境の単純化(余分な物を置かない、静かな環境など)、必要刺激の強調化(板書の色分け、重要部分のマークなど)、教示・指示の明快化(1度に1つの内容、余分なことを言わないなど)、活動エネルギーの発散(学習・作業の合間の適度な運動など)、問題行動の合法化(一定時間ごとに用事を言いつけて子どもを動かす一離席の合法化など)などを行う。

* 19 行動変容技法

・行動科学の理論に基づいて、行動の変化を促す技法である。原因よりも、問題とされる行動を持続させている要因に注目し、その要因を操作することで行動を変化させようとするものである。

●保護者の養育支援

保護者への対応では、ADHDの症状特性、経過、患児が示す行動の意味、患児への対応姿勢の基本(上述の環境調整・行動変容技法*19と同様)などの説明を行う。

【参考文献】

- 1) WHO:The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders -Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, 1992 (融道男, 中根允文, 小見山実, 監訳:ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン, 医学書院, 1993).
- 2) American Psychiatric Association:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed (DSM-IV), American Psychiatric Association, 1994.

【アスペルガー症候群】

- 3) Khouzam HR, et al:Asperger's disorder:a review of its diagnosis and treatment. Comprehensive Psychiatry, 45:184-191, 2004.
- 4) Gadow K, et al:Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. J Autism Develop Dis, 34:379-93, 2004.
- 5) Volkmar FR, et al:Autism. Lancet, 362 (9390) :1133-1141, 2003.
- 6) Bailey A, et al:Autism: the phenotype in relatives. J Autism Dev Disord, 28:369-392, 1998.
- 7) Wing L:Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med, 11:115, 1981.
- 8) Asperger H:Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. Arch Psychiat Nervenkrank, 117:73, 1944.
- 9) Autism Behaviour Types Are Not Genetically Linked. <http://i-newswire.com/goprint45128.html>
- 10) Autism is 'two separate illnesses' http://observer.guardian.co.uk/uk_news/story/0,6903,915133,00.html

【ADHD】

- 11) AD/HDの診断・治療研究会編:注意欠陥/多動性障害—AD/HDの診断・治療ガイドライン, じほう, 2003.
- 12) Biederman J:Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. Biological Psychiatry 57 :1215-20, 2005.
- 13) Spencer T, et al:Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 9:77-97, 2000.
- 14) 齊藤万比古:反抗挑戦性障害. 精神科治療学, 14:153-159, 1999.
- 15) McCracken JT:Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder II :Neuropsychiatric Aspects, Coffey E and Brumback RA ed:Textbook of Pediatric Neuropsychiatry, 483-501, American Psychiatric Press, 1998.
- 16) 文部科学省:小・中学校におけるLD(学習障害), ADHD(注意欠陥/多動性障害), 高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン(試案). http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/01/04013002.htm

子どもの診察・診断の仕方

齊藤万比古

はじめに：子どもの心の医療とは

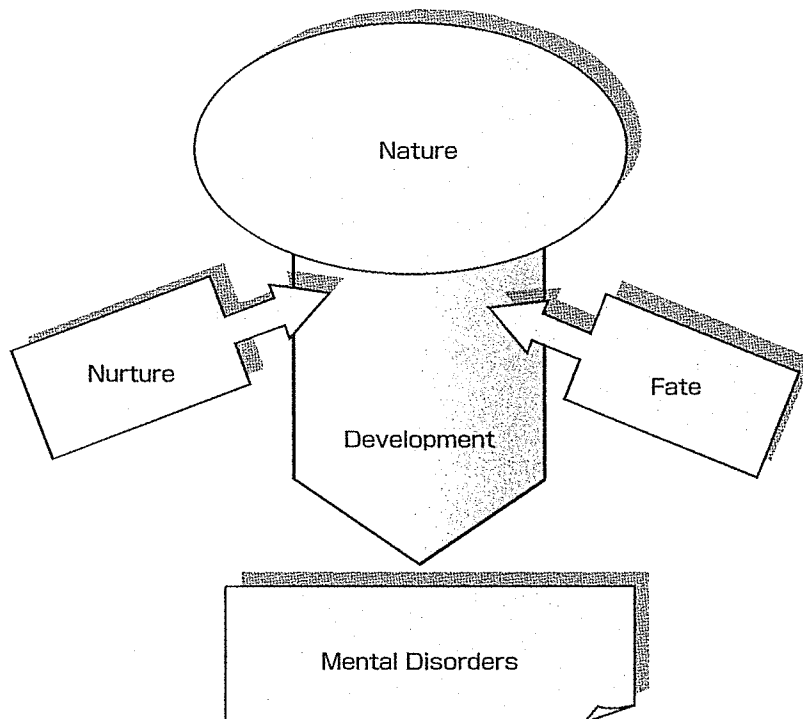
近年、児童期および思春期の子どものメンタル・ヘルスへの社会的関心が高まっており、全国の児童・思春期精神科医療機関の受診者はめざましい増加を示していると考えられる。しかし、そのような社会的ニーズの高まりに対して、専門的にこの分野の医療に携わろうとする精神科医や小児科医の数はまだまだ少数であり、この分野の外来機能を開設する医療機関は公立病院や大学附属病院を中心に徐々に増加しつつあるとはいえ、専門の入院機能を有する病院は全国20カ所程度にとどまっている。そのような現状に対して現在、なんらかの対応をしようとする行政的取り組みがようやく始動しはじめたところである。

子どもの心の医療を考えると、わが国における精神疾患に対する特有なステイグマの感覚が依然として社会に存在することを考慮しないわけにはいかない。すなわち、子どもの精神疾患を心配する親は、子どもを受診させる際に、精神科病院よりは精神科クリニックを、精神科よりは小児科ないし心療内科を選択する可能性が高いのである。したがって、この分野のプライマリ・ケア医は精神科医であるよりは小児科医であり、精神科医のなかでいえば病院勤務医よりはクリニックの医師が担う可能性が高い。したがって、この分野の基本的な診断・評価基準や治療体系の標準的情報をプライマリ・ケア医がもつことは必須であるといわなければならない。筆者は本書の目標がそのような標準的な情報をプライマリ・ケア医に提供することにあると理解したうえで、本章では子どもの精神疾患に関連した症状の聴取と評価について述べるとともに、診断・評価の結果を治療につなげる基準を示すことを目指したい。

子どもの精神科的診察

子どもの精神疾患の診察にあたり心得ていなければならないことは、それが決して単一の要因だけで発現してくるものではないということである。子どもが精神疾患を顕在化させるまでに、おおむね次のような要因が関与していると考えられることは合理的であろう(図1)。第1の要因は体質や気質とよばれるような、人生の最早期に受けた脳の損傷を含めた子ども自身のもって生まれた資質(nature)であり、第2の要因は養育環境とその経過、あるいは養育者の資質(nurture)であり、第3の要因は時間経過、すなわち発達の経過によって獲得していくもの(development)であり、そして最後にどのような人間と出会い、どのような経験することになるかといったその子どものもつある種の「運」(fate)である。これらの要因の文字通り「不運な」組合せを背負った子どもとその親がさまざまな心の問題を抱

図1 子供の精神疾患発現に關与する諸要因

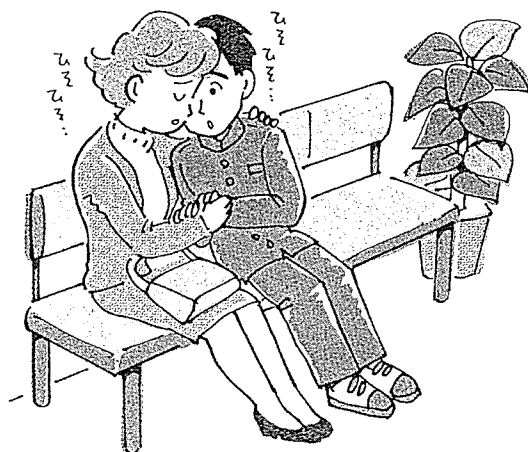


えて医療機関を受診してくるのであり、医師は初診時とそれに続く数回の診察において、まずはその生々しい断面を目の当たりにすることになる。

以下ではそのような子どもと親に対する精神科的診察における心得について述べてみたい。ここでいう診察の心得とはあくまで子どもに対する児童精神科医の姿勢を伝えようとするものであり、その点では筆者の子どもに対する感覚や考え方という限界のなかでの論述となることをお断りしておきたい。

待合室での親と子どもの姿の観察から診察はすでに始まっている

初診時に患児の名前を呼び、患児と親が診察室に入ってくる。初診時の診察はそこから始まるのではなく、待合室での親子の相互交流の観察から、すでに初診時診察は始まっていると考えるべきである。待合室での親子の座る位置、子ども



待合室での観察から、初診時診察は始まっている。

の親への関わり方、それへの親の反応、子どもが示す他の子どもや親への関心、それが他の親子に迷惑になった際の親による制止の仕方などは、親子の相互関係をより日常に近い姿で表したものであり、診察室の中ではなかなかみせてくれない貴重な情報を提供してくれる。例えば、過剰に親にくっついていて中学生と、その子どもを抱きかかえるように密着してい

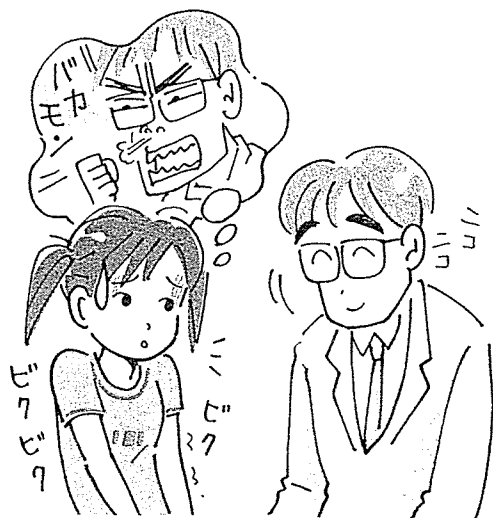
る母親，そっぽを向いて離れて座っている親子，話しかける母親に激しい言葉を返している子ども，それをなだめようと幼児に話すように中学生に話しかけている母親，他の子どもの持っている玩具を奪い合っている小学校低学年の子どもをまったく制止しない母親，逆に周囲が気まずくなるほど激しく叱りつける母親など，いずれも診察室で聴き取る親からの情報や子どもの訴えの裏に流れるものを明らかにしてくれる重要な資料である。たとえ初診時にはその意味を明確に理解できなくても，その情報は記載しておくべきである。

子どもと同じ目線で子どもの訴える状況を見直してみよう

診察室において子どもと親を同席させて面接するか，別々に面接するかは，児童精神科医にとって迷うところである。必ず子どもから面接すべきであるとする意見もあり，主人公はあくまで子どもであることを示すためという意味では合理的にも思えるが，筆者はあまりそれにこだわる必要はないと考えている。多くの場合，子ども自身がどちらがよいかを態度で示してくれるものであり，絶対に親から離れまいとしている子どもを無理やり引き離す必要はない。逆に，親が子どもから離れまいとする姿勢を見せる場合，いずれ子どもと2人で話すことのできる段階に至るまで，まずは同席面接から始めることでよい場合が多い。同席面接において大切なことは，そのような親子それぞれの分離をめぐる基本姿勢や相互作用に医師が敏感であるべきということであり，親に話しかけているときでもそれは子どもへのメッセージとなっていることを常に意識しているということである。同席面接であろうと，また，子どもだけの面接であろうと，医師は子どもの訴えを子どもの身の丈に合わせて理解しようとする姿勢をもっていなければならない。その点で特に意識していなければならないのは，思春期の子どもの対人関係において際立つ「両価性」*1である。初診時は当然のこととして，初期の診察で子どもは医師に助けてほしいという思いとともに，医師に叱責され罰せられるのではないかと，自己の主体性を奪われるのではないかとという恐れを強く抱いており，医師に対してはむしろ援助はいらぬという意思表示をしたり，挑戦的な態度で診察での会話を拒んだり無愛想な態度をとったりするものである。思春期の子どもの診療にあたらうとする医師は，このような子どもの表面的な構えに対応して，額面どおり受け取って腹を立てたり，子どもに擦り寄っておもねようとしてはならない。医師は子どもの表現の後ろにある，状況をどうとらえてよいかわからないという困惑，経験不足ゆえの早すぎる絶望，あるいは警戒とともにある救済への熱望といった本当の気持ちにアンテナを向けるつもりで，静かに子どもと親の話に耳を傾ける姿勢を保つことが大切である。そしてそのなかで感じた親と子どもの困惑

用語アラカルト

- *1 両価性 (ambivalence)
・人物や物などのひとつの対象に愛着と反発，快と不快など矛盾した正反対の感情を抱くことをいう。



子どもは医師に助けてほしいと思うとともに，叱責され罰せられるのではないかとするような思いを抱いていることがある(両価性)。

について、医師は自分が感じ取ったところをあまり鋭くなり過ぎない簡潔な表現で返しておきたい。それはときには言葉ではなく、ただ深くうなづくことで表すこともできるが、例えば不登校を主訴として受診した親子の話を聞いて「お母さんはこのまま学校へずっと行けなくなるのではと心配だったのですね。でもAさん、君はそんなことはわかっている、教室に入るとどうしても頭が痛くなってどうしようもなかったんだよね」と返すように、生じていることを客観的に整理して表してみることでよいだろう。逆に最も避けなければならないことは、医師が事態の表面的な現象だけに反応して、道徳的な説教をすることである。子どもが困惑しているのは、よくないとわかっているのにそうしなければいけない自分の気持ちであり、そもそもそんな事情を他人がわかってくれるはずがないという孤立感に対してなのである。ともあれ受診する親についてきたこと自体が子どもの救済を求める気持ちの表れであることを忘れずに、医師はこのヤマアラシカハリネズミのように警戒と恐れで針を逆立てた子どものありようをそのまま受容することが、治療的な出会いの第一歩である。

身体症状、精神症状、問題行動の3領域にバランスよく注目しよう

受診してきた子どものさまざまな精神疾患によって現れる症状はきわめて多彩である(表1)。すでにさまざまな教科書が記載しているように、子どもはその未熟さゆえに心の問題を身体症状や問題行動で表すことが多い。ところが医師は、身体的に表現された症状についてはそれが「身体疾患か否か」にだけ関心を集中しがちであり、検査結果になにも異常値を見いだせない場合には、「異常はありません」といつてそこで終わりにしてしまうことが少なくない。また、問題行動に

表1 児童思春期の心の問題に関連する主な症状

1	不定愁訴	(頭痛, 腹痛, めまい, 嘔気 etc)
	身体疾患増悪	(アトピー性皮膚炎, 気管支喘息 etc)
2	不安・恐怖	(分離不安, 予期不安, パニック発作 etc)
3	対人恐怖	(過度の内気, 視線恐怖, 自己視線恐怖 etc)
4	強迫症状	(不潔恐怖, 洗手強迫, 確認強迫 etc)
5	転換・解離症状	(不全麻痺, もうろう状態, 記憶障害 etc)
6	抑うつ症状	(無気力, 悲哀, 自己否定, 自殺願望 etc)
7	神経性習癖	(チック, 遺尿・遺糞, 抜毛, 夜驚 etc)
8	問題行動	
	a 自己に向う攻撃性	(自傷行為, 拒食, 過食 etc)
	b 家族に向う攻撃性	(反抗, 家庭内暴力 etc)
	c 社会へ向う攻撃性	(反抗, 非行, 少年犯罪 etc)
9	精神病症状	(自我障害, 幻覚・妄想, 躁状態 etc)
10	発達上の問題	(言語の遅れ, 社会性の遅れ, 学習能力の遅れ etc)

対しては、そもそもそのような問題は医療の対象ではないと片付けてしまいがちである。しかし、児童期および思春期の子どもにおいては、そのいずれもが心の問題を表現する、精神症状となんら遜色のない重要な精神医学的症候でありうる。子どもの診療に際して、医師は身体症状、問題行動、精神症状の3領域に偏りのない関心をはらって症状や問題点を聞き取ることを常に心がけたいものである。同時に、心の問題が身体症状で表現されることを意識するあまり、重篤な身体疾患をメンタルなものとして見逃す可能性に対しても注意深くなければならない。不定愁訴と受け取りやすい曖昧な身体症状や、転換症状としか思えない疾病利得の明らかな身体症状が、実は重大な身体疾患であったと気づくのに、しばらく時間がかかった経験を筆者はもっている。

子どもの訴えの「わざとらしさ」に傷つかない度量をもとう

子どもの精神科的診療を行っていると、しばしば子どもの訴えが非常にわざとらしく感じるときがある。特に転換症状を含む身体症状や解離症状を訴える子どもにそのような感覚を医師はもちやすいようである。子どもが身体症状を訴えたり、もうろう状態に陥ったり、別人格が現れたりする際に、観察者である医師やコメディカル・スタッフにはそれが意図的につくり出された詐病的な症状のように感じられてならないときがある。そのようなケースではきまって大人は、子どもの万能感に巻き込まれコントロールされることの不快さを強く感じ、子どもの症状の架空性・虚偽性を暴く衝動を抑えがたくなるものである。しかし、このような症状の訴え方をする子どもに幸せな子どもは存在せず、こうした不器用な症状形成によってしかその不幸さを表現できない人格形成上の偏りにこそ事態の深刻さはある。子どもの診察にあたる医師は、こうした子どもの未熟な万能感に翻弄されることに傷つかない度量と、子どものわざとらしさに隠された心理的苦痛を感知し共感できるセンスが求められている。

子どもの発達段階を常に考慮しよう

子どもの心の問題を診断し、治療・援助に取り組もうとする際に忘れてならないことは、子どもの発達段階に応じて疾患の病像とそれに対応する治療技法が異なるということである。幼児期には精神症状は未分化であり、微妙な症状の違いを見いだすことは難しく、不安や気分の落ち込みは、いつまでも駄々をこねて母親につきまとうといった形をとりやすい。幼児期から「お腹が痛い」などの身体的愁訴は存在するが、これが最も盛んに現れるのは学童期から思春期年代にかけてである。幼児の漠然とした不調は親を非常に不安にさせるので、治療はまず親の不安を支えることから始めることになる。親の不安を受容しながら経過をしばらく見守りつつ、専門医への紹介を含め、どの程度の治療がこの「親子」に必要なかを判断すべきである。学童期および思春期にあたる小中学生になると、心の問題を反映した症状は非常に多彩になる。そのため、見いだした症状の組合せから幼児期に比較しかなり明確に診断できるようになる。しかし、成人のそれと異なり、子どもの精神医学的症候や疾患は非常に流動的で変化しやすいものであり、児童思春期に比較的軽微な症状であった子どもが十代を通過して、なおも社会的ひき

こもりを続けていたり、精神病発症に至ったりということも珍しくない一方で、深刻な症状を示して重篤な疾患への展開が心配された多くの子どもが精神的に健康な成人に成長していることを心得ておきたい。

発達障害の可能性に目を向けよう

幼児の心の問題で医師が最も出会う機会の多いものは情緒的な問題の相談ではなく、発達の遅れや偏りから発達障害に属する諸障害を心配した受診である。精神遅滞、自閉症、多動性障害などの可能性を心配した親や、幼稚園などで発達障害の可能性を指摘された親の受診である。この場合、精神発達を評価する心理検査を行う心理技術者がいない医療機関は、診断および療育の機会に速やかに結びつけるために、専門機関（地域の療育センターや教育センター、児童相談所、児童精神科医や小児神経科医がいる医療機関など）を紹介することが望ましい。しかし、学童期および思春期にいたると、プライマリ・ケア医が発達障害と出会う機会は、発達障害の有無の判断を直接求められるケースよりは、子どものさまざまな心の問題の背景に発達障害が存在しており、医師が能動的にその発見に努めなければ見過ごされてしまうといったケースが圧倒的に多くなる。ここで注目している発達障害とは、表2に示した一覧のうち小児自閉症（F84.0）や中等度以上の重篤な精神遅滞（F71～F73）のような典型的な発達障害のことではなく、多動性障害（F90）や非定型自閉症（F84.1）およびアスペルガー症候群（F84.5）などの、いわゆる「軽度発達障害」のほうである。この軽度発達障害の「軽度」という修飾語は、あくまで精神発達の遅れや偏りが軽いという意味で用いられているのであり、本人の情緒や周囲に与える影響の深刻度、すなわち事例性が軽いという意味ではないことに留意する必要がある。むしろ実際には、軽度発達障害のほうが高

表2 発達障害に属する主な疾患(ICD-10)

F7	精神遅滞	Mental Retardation
F70	軽度精神遅滞	Mild Mental Retardation
F71	中等度精神遅滞	Moderate Mental Retardation
F72	重度精神遅滞	Severe Mental Retardation
F73	最重度精神遅滞	Profound Mental Retardation
F80	会話および言語の特異的発達障害	Specific Developmental Disorders of Speech and Language
F81	学力(学習能力)の特異的発達障害	Specific Developmental Disorders of Scholastic Skills
F82	運動機能の特異的発達障害	Specific Developmental Disorder of Motor Function
F84	広汎性発達障害	Pervasive Developmental Disorders
F84.0	小児自閉症	Childhood autism
F84.1	非定型自閉症	Atypical autism
F84.5	アスペルガー症候群	Asperger's syndrome
F90	多動性障害	Hyperkinetic Disorders

い事例性を示す傾向があることを医師は知っておきたい。いずれにしても、さまざまな症候の背景に発達障害が疑われる子どもを速やかに専門機関での評価に結びつけることがプライマリ・ケア医には求められている。

家族や学校など環境についての評価をしよう

子どもの心の問題を子ども自身の個人的問題として理解するだけでは、なかなか症状の改善も不応状態の解決も得られないことが多い。そこで、心身にわたるさまざまな個性をもった子どもと子どもを取り巻く環境(家族や学校社会)とを、互いに複雑に影響しあいながら展開する1つのシステムとしてとらえ、心の問題は子どもと環境の相互作用あるいは関係性の問題として発現していると理解することを推奨したい。学校は親に代わる大人がおり、同年代の仲間関係があり、学業やスポーツ・芸術などの活動があることによって、子どもを力強く支えるサポーターであると同時に、それらの存在自体が大きなストレス源ともなっている。家族もまた、子どもにとって不可欠なサポーターであるだけでなく、過干渉によって子どもの主体性を拘束したり、家庭的危機の発生によって支持能力を衰退させたり、さまざまな形の虐待を通じて子どもの心をふみにじっていたりと、子どもに対する大きなストレス源にもなりうる。一般に、このような環境と子どもの間の「支持」と「ストレス」の関係は、学校でのストレスが強まれば家族の支持に支えられ、家族由来のストレスが強まれば友人関係の親密さに支えられるといった具合に、質・量ともに均衡がとれているものである。子どもが心の問題を発現しているという事態はまさにこの均衡が崩れている状態であり、医師は学校関係者や親の、子どもの心の問題に心ならずも関与してしまったという困惑に共感しつつ、環境要因の改善に穏やかに、しかし、確実に取り組んでいく必要がある。

エピソード

14歳、中学3年女子のAさんは不登校と不潔恐怖を主訴として両親に連れられ児童精神科を受診した。Aさんは両親に挟まれて身を硬くして座っており、医師の質問には木で鼻をくくったような素っ気ない投げやりな返答しかせず、相談を続ける意志の有無を尋ねると即座に「ありません」と答えて両親を慌てさせた。主治医は居心地の悪い気分を感じつつも、一方ではAさんのこのような姿勢の後から、医師がどのような反応をするかを窺うような強い緊張感が伝わってくるのを感じ取っていた。そこで医師はAさんに質問するのをやめ、また親がこれ以上Aさんに関する情報(ほとんどは不登校や不潔恐怖、あるいは日常生活をめぐるAさんにとって批判的としかいえない情報)を話し続ける事を中止させた。そしてその代わりに、医師のこれまでの臨床経験から不潔恐怖はかなり苦しい体験であること、母親を巻き込めば巻き込むほど母親へ苛立ちをぶつける機会が多くなり、周りからはどう見えようとAさん自身は非常に困っていると思うこと、このような症状はAさんの年代の子どもによくあらわれること、それを克服した先輩がすでにたくさんいることなどを、できるだけ静かな口調で、しかもAさんへとも両親へともつかぬ話しかたになるよう心がけて話した。Aさんは、ときにいら立ちながらも耳を傾けている様子であったので、さらに治療と一緒に一歩一歩確かめあいながら歩いていくもので、魔法のような万能的なものではないこと、しかしこの事態を超えていくためには、治療なしで焦っているよりは楽であろうということを話して初診の診療を終えた。この初診時面接で医師は、思春期ケースでは面接はいつでもその回で終わりにしてしまうかもしれないという「一回性」を意識していた。たとえ次回以降来院しないことになっても、初回で聞いた医師の言葉や医師の態度から伝わってきた自分の問題の解決可能性を希望として、その後の人生を生きていける可能性があるからである。実際にAさんは2回目以降は通院を拒んで、不登校のまま中学校年代を終えている。次にAさんが医師の前に現れたのは実に18歳の時であった。それ以降、Aさんは治療へ熱心に参加し、21歳の誕生日近くには強迫症状にさほど邪魔されずに社会参加できるようになっていた。

子どもの示す症状

表1に示したリストは児童思春期の子どもに見いだすことが多い精神医学的な症状である。すでに触れたように、幼児期から中学生くらいまでの子どもは、ストレスの増大による内的葛藤の高まりを言語(精神症状)よりは、身体の生理的变化(身体症状)や行動(問題行動)を通じて表現する傾向がある。子どもが内面で増大する違和感や進行している危機を、最も敏感に、そして最も早期に表現するのは腹痛、頭痛、めまい、嘔気といった不定愁訴であり、また、以前からもっていた機能性の疾患やアレルギー疾患の増悪である。

問題行動もまた、しばしば精神疾患の重要なサインであり、心を病む子どもの救難信号である。問題行動は攻撃性の方向によって表1に示したような3種類に分類すると理解しやすい。第1の「自己へ向かう攻撃性」は手首自傷、薬物乱用、拒食、過食、女子の性非行などで、いずれも自己破壊的行動の側面が明らかである一方で、そのような行動に伴う快感を追求してやまない耽溺的、依存的な側面を併せもっているところに特徴がある。もちろん、ここでいう自傷行為と強い抑うつ気分¹に裏打ちされた本格的な自殺行動とは区別されなければならない。この自殺行動は、手首自傷などとは次元を異にする決定的な自己破壊衝動であり、うつ病エピソードに伴う抑うつ症状と評価すべき症状である。第2の「家族に向かう攻撃性」は子どもから家族への反抗や家庭内暴力がこれにあたる。家庭内暴力は単独に生じているもの、非行に伴うもの、不登校に伴うもの、強迫儀式への巻き込みから始まるもの、精神病症状を伴うものなどに分類して対応すべきである。第3の「学校・社会へ向かう攻撃性」は学校および地域社会の特定の人物や状況に対する反抗、より犯罪行為に近づいた非行、少年犯罪などを大きく含んでいる。なお、攻撃性はいつも直接的に表現されるわけではなく、自らを社会的に葬ることで親や社会に抗議するといった受動攻撃的^{*2}な表現を選ぶ子どもも少なくない。

*2 受動攻撃的(passive-aggressive)

・権威への反発の手段として、指示を無視したり、わざと引き伸ばしたり、努力を放棄したりといった姿勢を示すこと。あるいはそうした人格傾向を意味する。

ポイント	<p>問題行動は攻撃性の方向によって以下のように分けられる。</p> <p>①自己に向かう攻撃性(自傷行為、拒食、過食、……)</p> <p>②家族に向かう攻撃性(反抗、家庭内暴力、……)</p> <p>③社会へ向かう攻撃性(反抗、非行、少年犯罪、……)</p>
------	---

問題行動の特異な領域として児童思春期に現れる神経性習癖がある。神経性習癖にはチックや遺尿・遺糞、夜驚のように、身体諸機能の発達不全と理解できるもの、抜毛のような衝動性の問題とされるもの、頭を壁に打ちつける、こぶしを自分の口に突っ込むといった反復的な常同行動の3種類がある。

児童思春期に見いだす精神症状は、さまざまな不安や恐怖、強迫症状、転換・解離症状、抑うつ症状、精神病症状などきわめて多彩である。この年代の不安・恐怖は表1に示したように、母親像からの分離をめぐる分離不安や、自立的であることに入れ込み過ぎ、失敗や恥に過敏になっている予期不安などが代表的なものである。対人恐怖的な傾向は、幼い年代では過度の内気さとして現れるのが普通であり、社会的な場面での緘黙はその最も深刻な症状といえよう。中学生および高校生年代には他者の視線への過敏性が高まり、視線恐怖が生じやすくなる。