

の内容に実態を明らかにすると共に、相談事例の変遷を検討する。具体的検討内容は以下の2点である。

1. 「まほろば」における研修講座の内容にチック・トゥレット症候群についての言及があり、啓発的なものになっているかを検討する

2. 開設以来のチック・トゥレット症候群についての相談支援の事例を抽出して、相談者の支援と治療の現状とニーズとを把握する。

チック・トゥレット症候群の事例の抽出

平成 14 年 10 月からの全事例の相談票をチェックし、チック・トゥレット症候群についてなんらかの記載のある例を抽出した。チック・トゥレット症候群の診断は相談者がいずれかの医療機関で診断を受けており、自主申告した事例に限った。ただし、チックだけの診断名を申告している場合には、記載の中に声が出ることを心配しているなどがあり、チック様の声が相談票に記載されていればトゥレット症候群の診断とした。ニーズや併存症は相談票の記載に従って、相談者が申告により判断した。

その事例を以下の 4 群に分類した。第 4 群に属する事例はこの解析の対象から外した。

1. トウレット症候群の相談が主訴あるいはこの診断名を挙げている場合 (DX1)
2. チックが主訴 (DX2)
3. チックが相談に付随的に触れられ、現在もある場合 (DX3)
4. チックの既往 (現在は無い) (DX4)

チックとトゥレット症候群の事例は、相談票からでは両者を区別することはしばしば困難がともなった。そこで、ここではチック・トゥレット症候群と一括して表記することにした。トゥレット症候群あるいはチックを区別しなければならぬときのみに単独名で表記した。

倫理的考慮

相談の匿名性を遵守する。発表に対しては、個人が特定できないように配慮する。

C. 研究結果

研修における啓発活動

「まほろば」の研修講座には専門家研修と一般（啓発）研修があり、開所以来、年間 10 日から 12 日行われていた。年度別にチック・トゥレット症候群について触れた内容があるかをチェックした。

平成 14 年から平成 16 年にはチック・トゥレット症候群に触れた研修講座は一つもなかった。

平成 17 年度の一般研修「自閉症・学習障害・注意欠陥多動性障害」の講座の中でトゥレット症候群は運動で定義される発達障害であると紹介されている。

平成 18 年度では、一般研修「発達障害児・者支援の最新情報」の講座で前年度と同様に触れられている。新たに、専門研修講座において「発達障害と神経症状との関連～チック・トゥレット・強迫性障害～」と題しての専門的な研修講座が行われた。

平成 19 年度、平成 20 年度は、一般研修においてトゥレット症候群は運動の領域で定義される発達障害であることを含めた発達障害概論は引き続き行われた。専門研修として、チック・トゥレット・強迫性障害と題した研修講座が引き続き行われた。

チック・トゥレット症候群の事例検討

事例の年次出現

年次別にチック・トゥレット症候群の事例を見ると、平成 14 年度と平成 15 年度では 1 事例も相談に上がってこなかった。事例の既往歴の欄にも現れていなかった。

平成 16 年度よりチック・トゥレット症候群を主訴としたり、付随的な相談としたりする事例が現れ始めた（表-2）。相談票の既往歴の欄でもチックの既往がチェックされ始めていた。平成 17 年から平成 19 年かけてチック・トゥレット症候群の事例は 2 から 5 名程度と推移した。しかし、平成 20 年度は年度の前半期のみで既に 5 名となっていた。

チック・トゥレット症候群の相談実人数の割合を見ると、全体で 0.67% となっていた。これに対して、発達障害者支援法で診断名が明記されている学習障害（LD）が全体として 1.17% を占めていた。

事例の特徴

この事例は全体で 18 名となり、匿名相談が 2 名あり、残りの 16 名は全て男であった。この 16 名の年齢は平均 17 歳（SD=8.9、最小 3 歳最大 35 歳）であった。

この事例について年齢帯別に主なる相談内容をみている（表-3）。乳幼児期はいじめ、育児の困難をあげており、児童期になると学校生活の困難やパニックを挙げており、チック自身についての相談があがっていた。青年期になると強迫症状、不登校、暴力などが挙げられていた。成人期では家庭での対処、発達障害であるか、遺伝するか、薬はあるか、トゥレット症候群への対処、将来についてどう考えたらよいかなど多彩なニーズが示されていた。

匿名者の相談は、トゥレット症候群のために活動に参加できない、年金申請ができるかどうかなどのニーズとして示されていた。

事例の記載の中から併存症を拾い上げてみた（表-4）。広汎性発達障害（PDD）又は自閉症圏障害（ASD）が 18 名中 10 名（55.6%）と最も多く、トゥレット症候群のみ即ち合併症がない事例が 4 名（22.2%）と続いていた。1 名が

精神遅滞であり、不詳が 3 名となっていた。

D. 考察

研修講座のチック・トゥレット症候群は発達障害一類型である明確に示した一般講座とチック・トゥレット症候群と強迫症状に絞った専門講座が始まると共にチック・トゥレット症候群の事例が徐々に増えはじめた。相談者にとっては相談窓口としての場が得られることになった。「まほろば」の支援員にとってはわかりにくい症状を有しているこの障害の事例に対して、障害についての認識と理解が深まり、相談への対処が改善されてきているという効果も上がっているといえる。

発達障害者支援法では障害の診断名について、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」としている（<http://law.e.go.jp/htmldata/H16/H16HO167.html>）。「まほろば」の相談においては、チック・トゥレット症候群はこの法で明示されている学習障害（LD）について頻度の高い発達障害となっていた。

トゥレット症候群は児童青年人口の約 1% 見込まれ、適切な支援・相談を受けられていない人はかなりの数に上ることが予測される。それにしては、チック・トゥレット症候群の知名度は低く、心因性の障害であるとの旧来の考え方が流布しており、最近のチック・トゥレット症候群の研究に見合った適切に理解されていないことが想定される。この障害の治療と本態についての研究は未だ充分とは言えないが、薬物療法に認知行動療法的な心理療法を組みあわせることにより相当程度に症状緩和することが可能

になってきている。このような研究の成果を適切に享受する機会を提供することの発達支援障害者センターの役割は大きいものがある。

併存症としては ASD の事例が多く、次いで単独事例となっていた。ASD について、チック・トゥレット症候群の合併の頻度は 6% 程度と言われており、一般人口におけるより出現頻度は高いと推計されている。ASD にチック・トゥレット症候群が合併すると症状が複雑になり対処しにくいことが予想される。

相談ニーズについてみると、幼児期はチック・トゥレット症候群のために健康に育って行くかどうかについての悩みである。学童期は学校での生活のしにくさやいじめの問題があがってきている。青年期では暴力や強迫症状への対処があがってきている。成人期になるとチック・トゥレット症候群のための生活の全般的ににくさや遺伝の問題があがってきている。年齢とともにチック・トゥレット症候群をもつ本人と家族をはじめとする関係者の相談ニーズは変化している。しかしながら、当事者の状態の見方がわからず、家族を含めた混乱が見て取れる。ASD との併存がより症状を複雑にしてとらえにくくしている可能性がある。ASD とチック・トゥレット症候群の合併についてきちっと把握することは ASD の症状理解と治療についても一つの糸口を与えるかも知れない。

E. 結論

「まほろば」ではチック・トゥレット症候群の啓発活動により、相談件数が増えつつある。これは、「まほろば」が相談や治療の場がなく悩んでいた当事者と家族および関係者の悩みを受け止め治療・支援の道を開いてきた結果だと言えよう。チック・トゥレット症候群を啓発し、きちんと受け止めることも発達障害者支援セン

ターの重要な役割であると考えられる。

参考文献

金生由紀子: チック障害・トゥレット障害. 精神科治療学, 23(増刊号): 223-228, 2008.

太田昌孝 改訂版 発達障害児の心と行動 放送大学教育振興会 2006

Robertson MM The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome. Part 1: the epidemiological and prevalence studies J Psychosom Res. 65(5):461-72. 2008

Zafeiriou DI, Ververi A, Vargiami E.: Childhood autism and associated comorbidities. Brain Dev. 29(5):257-72. 2007

G. 研究発表

1. 論文発表

太田昌孝 発達障害の医療とは何か 山崎晃資・宮崎英憲・須田初枝編著 発達障害の基本的理解 金子書房 pp148-161,2008、

太田昌孝 自閉症とてんかん かがやき 4 号 48-53,2008、

Yu X, Lv X, Ohta M, Takahashi S: Japan-China comparative research related to early detection of children with autism: Development of early autism diagnostic and identification systems adapted to china The Japanese Journal of Special Education 45(6) 501-511 2008、

太田昌孝: 提言 経験を共有し、連携を深め、特別支援の質を高めるには LD&ADHD 6(4) 6-7 2008

2. 学会発表

太田昌孝 (司会) シンポジウム 発達支援セ

ンターにおける連携機能の問題点と展望—学童
期の発達障害児に焦点をあてて— 第 19 回太
田ステージ研究会 北トピア 2009 年 1 月 24
日

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし

表-1

埼玉県発達障害者支援センター「まほろば」の概略

主たる業務と目的

自閉症などの発達障害を持つ人たちが豊かな生活ができることを考えています。

自閉症などの発達障害を持つ人々を支援する人を支援することで、自閉症などの発達障害を持つ方々を幅広く支援できるシステムの構築を考えています。

活動の内容

I. 相談支援

1. 自閉症などの発達障害児(者)及びその家族、支援者に対する相談支援

(1) 面接相談(要:予約)、電話相談
(月～金 9:00～12:00・13:00～16:00)

(2) e-mail相談

2. 自閉症などの発達障害児(者)の発達支援

(1) 面接相談(要:予約、継続支援は電話・E-mail相談も可)

(2) 内容:療育及び生活における個別支援プランの検討と支援計画作成の援助

3. 自閉症などの発達障害者等に対する就労支援

(1) カウンセリングモデル支援 面接相談(要:予約、継続支援は電話・E-mail相談も可)

(2) 機関連携:障害者職業センター、市町村就労支援センター、学校、企業、ハローワーク連携

II. 啓発と研修

1. 専門家研修

2. 一般(啓発)研修

3. 地域機関に対する巡回指導

職員

常勤職員 4名

非常勤心理 1名(週1回)、2名(週2回)

非常勤医師 1名(月1回)

表-2

チック・トゥレット症候群の事例の年次分布

年度	H16*	H17	H18	H19	H20**)	合計
1. TS(DX1)	1	0	2	3	4	10
2. TIC(DX2)	1	1	0	0	0	2
3. TICは付随的(DX3)	1	1	3	0	1	6
合計	3	2	5	3	5	18
TS相談実数%	0.61	0.41	0.85	0.45	1.15	0.67
LD相談実数%	0.41	1.03	1.53	1.93	0.46	1.17
	*) 10月～、**) ～9月					
	TS:トゥレット症候群、LD:学習障害					

表-3

チック・トゥレット症候群事例の年齢帯別主訴とニーズ

乳・幼児期(0～6歳)		件数
2名	いじめ	1
	育児	1
児童期(7～12歳)		
3名	学校生活	2
	パニック	1
	チック	1
青年期(13～18歳)		
3名	強迫症状	2
	不登校、暴力	1
成人期(19歳以上)		
7名	家族の関わり方	2
	発達障害であるか	2
	遺伝と薬	1
	将来について	1
	TSへの対処	1
年齢不明		
2名	TSのため活動に参加できない	1
	TSの年金申請について	1

表-4 チック・トゥレット症候群の併存症

	不詳	TS単独	ASD	MR	計
1. TS(DX1)	1	4	4	1	10
2. TIC(DX2)	1	0	1	0	2
3. TICは付随的(DX3)	1	0	5	0	6
計	3	4	10	1	18

TS:トゥレット症候群、ASD: 自閉症圏障害、MR:精神遅滞

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
平成 20 年度 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版 社名	出版地	出版年	ページ
太田昌孝	発達障害の医療 とは何か	山崎晃資・宮 崎英憲・須田 初枝編著	発達障 害の基本的 理解	金子 書房	東京都	2008	148・ 161
上床輝久、 岡田 俊	トゥレット障害 のコプロラリア にみる強迫性と 衝動性	OCD研究会編 (代表 大野 裕、上島国 利)	強迫性障 害の研究 9 巻	星和 書店	東京都	2008	45・50

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kano Y, Ohta M, Nagai Y, Spector I, Budman C	Rage attacks and aggressive symptoms in Japanese adolescents with tourette syndrome.	CNS Spectr	13(4)	325-332	2008
金生由紀子	トゥレット症候群研究 と治療の最近の動向	児童青年精神医 学とその近接領 域	49(4)	381-387	2008
金生由紀子	チック障害・トゥレット 障害	精神科治療学	23 (増刊号)	223・228	2008
金生由紀子	Tourette 症候群	小児科臨床	61(12)	241-246	2008
金生由紀子	小児のトゥレット障害 (2) その併存症	小児の精神と神 経	48(4)	318-325	2008
Kano Y, Ohta M, Nagai Y, Scahill L	Association between Tourette syndrome and comorbidities in Japan.	Brain Dev			in press

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
平成 20 年度 研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
金生由紀子	チック障害との関連による OCD の検討	精神神経学雑誌			印刷中
金生由紀子	トゥレット障害—強迫性と衝動性—	分子精神医学			印刷中
Sawada M, Negoro H, Iida J, Kishimoto T	Pervasive developmental disorder with attention deficit hyperactivity disorder-like symptoms and mismatch negativity	Psychiatry and Clinical Neurosciences	62(4)	479-481	2008
太田豊作、根来秀樹、飯田順三、浦谷光裕、岸野加苗、岸本年史	注意欠陥/多動性障害とチック障害を併存した兄弟例	精神医学	50(4)	401-405	2008
Yu X, Lv X, Ohta M, Takahashi S	Japan-China comparative research related to early detection of children with autism: Development of early autism diagnostic and identification systems adapted to china.	The Japanese Journal of Special Education	45(6)	501-511	2008
太田昌孝	自閉症とてんかん	かがやき	4号	48-53	2008
太田昌孝	提言 経験を共有し、連携を深め、特別支援の質を高めるには	LD&ADHD	6(4)	6-7	2008
星加明德	小児のトゥレット障害(1) その歴史と臨床像	小児の精神と神経	48(4)	309-317	2008

IV. 研究成果の刊行物・別刷

太田 昌孝

1◆はじめに

医療による発達障害へののかかわりと、他の専門分野のかかわりの違いとしては、診断と薬物療法および脳機能に関する検査があげられる。発達障害全般は脳機能障害により起こされる障害であるが、それぞれの発達障害がどのような特異的な脳機能障害と対応しているかは依然としてはっきりしていない。発達障害は互いに合併したり、他の精神医学的状态が合併したりすることが多い。この合併にどのような関連性があるかもよくわかっていない。しかし、合併症の理解は発達障害のより深い理解に繋がり、適切な対応の手がかりを与えてくれる。また、薬物療法は、発達障害の個人がもつ困難な症状を緩和することにより教育的対処や社会参加の可能性を切り開く可能性を開くことになる。ここでは、発達障害の範囲について概略し、自閉症スペクトラム障害とAD/HDを中心にして、合併症と薬物療法について触れることにする。

2◆発達障害の診断と範囲

(1) 発達障害の定義

発達障害は、以下の3つの特徴をあわせもつものと考えられている。第1には、乳幼児期か小児期に始まることである。発達の遅れや偏りは小児期になっ

てから明確になることもあるが、実はそのずっと前から存在していると考えられている。第2には、中枢神経系の成熟と障害が深く関連するということである。こころの発達の遅れや偏りには生物学的要因のかかわりが大きく、親の育て方などの心理的・社会的要因はそもそもの原因ではないということである。第3には、すっかり症状がなくなったり、再発したり寛解したりするような変動を示さないということである。

(2) 発達障害の範囲

発達障害は、認知の発達の遅れや偏りで診断される場合と行動の特徴および運動の特徴で診断される場合とに大きく分けられる。認知で特徴づけられる障害としては、精神遅滞（知的障害）と学習障害がある。行動で特徴づけられる障害としては、注意欠陥／多動性障害（AD/HD）や自閉症スペクトラム障害（ASD、あるいは広汎性発達障害（PDD））がある。運動で特徴づけられる障害には、発達性協調運動障害（DCD）とトゥレット症候群（TS）がある。

(3) 発達障害と診断基準

発達障害について、専門家によって診断名が違う、さらにはそもそも障害か否かの判断が異なるという話を聞くことがあるが、その理由のひとつには複数の診断基準の存在が関連している。発達障害の診断をめぐる混乱には、近年の発達障害の概念の広がりも関連していると思われる。発達の遅れを伴わず発達の偏りの程度が従来の典型例よりも軽くても診断される場合が増えてきている。とりわけ行動症状では、その強さはスペクトラムをつくっているので診断基準にうまく当てはまらないことが関連していると思われる。

発達障害の原因の解明や治療法の開発をめざして研究を行うためには明確な診断基準が必要であるが、こころの発達の遅れや偏りのある子どもを支援する上では必ずしも厳密な診断にこだわることはないように思える。診断名にあまり振り回されずに、その意味するところ、つまり子どものどのような点が問題かをきちんと理解することが大切になる。

3◆ 合併症（併存症）

精神医学領域での診断システムである DSM-IV-TR では、2つ以上の障害の診断基準を同時に満たしたときに合併症あるいは併存症があるという。合併症をきちんと認識しておくことは、対応上重要である。また、合併症はしばしば薬物療法の対象となる。

(1) てんかん

てんかんは、発達障害においては一般の児童より高率で合併する。発作型については、全身けいれんを伴う全般発作のみならず、意識が減損する複雑部分発作や部分発作に引き続く二次性全般化発作も見られる。その人にとって発作型はほぼ同じパターンを示すので、臨床症状をきちんと把握しておくことが大切である。てんかんがあっても社会生活上は区別する必要がないが、発作パターンの危険性が高かったり、頻度の高い発作もあるので、支援者や教師などは、その程度を、児童の主治医に親を通すなどしてきちんと聞いておく必要がある。

精神遅滞ではてんかんの合併率は15～40%程度とされており、知能機能障害が重度になると合併率は高くなっている。ASDでもてんかんの合併率は約30%と高い。知的に障害が重い方に発作の頻度が高いが、知的に高い方においてもある程度の合併のリスクをもっている。好発年齢では幼児期と思春期以降で高くなる二峰性の分布がみられる。長期的な経過を見ると、20歳半ばをすぎてもなお初発例を見ることがある。なお、ASDの下位群であるレット症候群、小児期崩壊性障害ではその合併率は極めて高い。

てんかん発作が起これば、基本的には抗てんかん薬の服用が必要となる。しかし、1回限りで終わる例も少なからずあることから、初回の発作時には、発作の型や発作の際にその個人に及ぼす危険性や脳波の所見あるいは遺伝負因などを参照にして服薬するか否かを判断してもよい。また、発達障害では成人期のいつになったら、どのような条件があれば、抗てんかん薬を中止ができるかについては、いまだエビデンスが不足しており、中止についての一般的な基準

は適応できない。抗てんかん薬の服用を始めれば通常は相当長期に服用する必要がある。発達障害における抗てんかん薬の服用の中止についての実証的な研究が望まれる。

(2) 発達障害に関連して

発達障害では、お互いに合併し合うことがかなりみられる。

1) 精神遅滞

精神遅滞の定義は、知能が平均より有意に低く、適応行動のいくつかの領域で障害があり、かつ18歳までに発症したときに診断される。知能が平均より低いということは標準化された個別の知能テストでIQが70以下であることをいう。高機能発達障害あるいは軽度発達障害とは精神遅滞が無いということでIQが70以上の場合をさすことが多い。

精神遅滞はASDにおいては、最も合併頻度の高い障害としてあげられる。典型的な自閉症では70～80%に精神遅滞が認められ、半数が中度・重度の遅滞であるとされてきた。しかし、現在では、自閉症スペクトラムの概念が導入され、その頻度は1,000人に7人以上とされている。その内、精神遅滞が合併する例は、おおよそ半数に満たないとされている。ASDの下位概念で見ると、典型的な自閉症での精神遅滞の合併率は大きく変化はないと思われる。レット症候群、小児崩壊性障害ではほとんどが精神遅滞を合併し、逆にアスペルガー症候群では、高機能群が多くなっている。非定型自閉症では、診断基準の運用の仕方と関連するが、やはり、一般には高機能群が多いといわれている。

AD/HDにおいては、症状が強く十分に診断基準を満たせば、精神遅滞があった場合でもAD/HDの診断がつけられる。

学習障害への精神遅滞の合併は、DSM-IV-TRとICD-10の基準とで少し異なっている。すなわち、ICD-10の基準では精神遅滞があればこの診断はつけられないことになっている。これは、文部科学省の定義とも一致している。これに対して、DSM-IV-TRの診断基準ではこの点を明確にしておらず、精神遅滞があっても全般的知能に対して学習能力が著しく低いときにも適応される。

2) ASDと注意欠陥/多動性障害 (AD/HD)

ASDの場合では、DSM-IV-TRの診断基準ではAD/HDより自閉症の診断が優先される取り決めになっている。しかし、最近になり、高機能自閉症やアスペルガー症候群が注目されるようになるとともに、AD/HDの診断を満たす例が少なからず認められるようになり、そのような例ではAD/HDの合併と考えるのが妥当であると考えられるようになってきている。経過とともにAD/HDの診断からASDの診断が可能になる例やその逆の例が存在するので、今後診断基準のあり方についての検討も必要になってこよう。

3) 学習障害 (LD)

従来から、学習障害とAD/HDの合併は30～60%程度あるとされている。ASDでは定型的な学習障害をはじめ、特定できないさまざまな認知に障害をともなう。アスペルガー症候群を認知的側面から見ると非言語性学習障害に相応することが示唆されている。また、自閉症において意味的語用論的障害を示すことがある。これらの障害はICD-10やDSM-IV-TRの診断基準にはない。

4) トウレット症候群 (TS)

トウレット症候群は、多様性の運動チックとひとつ以上の音声チックが1年以上続くもので、18歳以前に発症する。その重症度は個々の人によって大きく異なる。コプロラリア(汚言症)は20%前後に出現する。トウレット症候群の経過は6歳から7歳位で発症し、最悪の時期が10代である。20歳をすぎると軽快することが多い。

最もよく見られる合併症としては、AD/HDと強迫症状がある。トウレット症候群に伴う強迫行為は典型的な強迫性障害におけるものと若干内容的に異なり、洗浄強迫は少なく、対称性や位置に関する強迫が多くみられる。接触強迫も出現しやすく、ASDでは女性の膝に触るなどの行動が強まったり、新たに出現したりして、“異常な性的接近行動”と間違えられることもある。ASDではトウレット症候群が合併すると攻撃行動、強迫行動などが増強したり、行動症状が全般的に重症化することがある。

5) 発達性協調運動障害 (DCD)

不器用症候群ともよばれ、麻痺などはないが手先や身のこなしなどの運動機能が全般的知的能力に比べて著しく稚拙な障害である。どの発達障害ともかなりの程度で合併する。DSM-IV-TR では ASD の診断が優先される取り決めになっているが、アスペルガー症候群おける不器用さの合併はかなり高頻度であるといわれている。

(3) 精神医学的状态 (狭義)

1) 気分障害

気分障害とは躁とうつとで特徴づけられる“気分”の障害をいう。必ず躁状態があるわけではなく、うつ状態のみを示すことが圧倒的に多い。一般には、気分障害の発症は10代から認められはじめ、おおよそ30歳中ごろまで上昇し、それ以降減少に向かうとされている。発達障害における気分障害の出現頻度は十分にわかっていないが、主観的症狀の表現が困難であるので、うつ状態では不機嫌や焦燥感が伴うことを考慮して、異常行動が強くなったり、増強したりする場合にはうつ状態を疑うことも必要である。成人期後期から老人期にかけてうつ状態の出現頻度が高くなる可能性が予想される。また、とりわけ高機能発達障害者では一般の成人と同様にうつ状態と関連した自殺についても考慮せねばならないだろう。

2) 強迫症状と強迫性障害

自我異質性（ばかばかしいが繰り返しをやらざるを得ない、思わざるを得ない状態）が基本的症状である。ASDでは、強迫症状と類似した反復症状や儀式的行動が多い。同じ場所にものを置いたり、同じことを繰り返したりするこだわり行動と強迫行為とは、内的世界に踏みこんで鑑別診断をすることになるので、境をつけることが困難なことがしばしばある。しかし、高機能ASDでは、年齢にともない彼らの独特な訴え方ではあるが自我異質性を訴えることができるようになり強迫性障害の診断が可能になる。

ASDやAD/HDやトゥレット症候群における強迫症状には、一般の強迫性障

害とは異なり、禁じられているとはわかりつつも気になることを実際に言ってしまうたり、行ってしまったりするという共通点がみられることがあり、衝動性の統制の問題が大きいように思われる。しかしながら、こだわり行動と強迫症状とは認知能力が低くなればなるほど区別がつけがたくなる。

強迫症状や反復症状は思春期ころには徐々に強くなり、改善しにくい症状である。成人期前期を越えて、持続する場合が多い。

3) 適応障害または心因反応

ストレスに対する過剰な反応であり、不安的や抑うつ的や心氣的などの症状が比較的長期に続くものをさす。外傷後ストレス障害 (PTSD) はストレス体験が強烈で、その出来事を再体験する症状が出現するときという。知的水準の低い ASD 児者は環境の変化に敏感であることが多く、不安になったり当惑したり興奮したりすることがある。これらは広い意味で心因反応といえることができる。高機能 ASD をもつ人々では、独特な価値観があったり、対人関係が奇妙であったりして、相手に受け入れられなかったり、拒否されたり、いじめられたりする。そのために心因反応を起こしやすい。この傾向は、とりわけ思春期で目立ってくる。

行動的には自傷や攻撃行動をおこしたり、精神運動興奮あるいは“パニック”状態を呈したりする。その裏には、彼ら独特の価値観や心的状態があったり、不安的、抑うつ的、心氣的の症状があったりする。また、強迫様症状の増悪などで示されることがある。さらにはいじめられ体験は PTSD の要因となることもある。

4) 統合失調症および幻覚妄想状態など

現在では ASD と統合失調症とは別な障害であると考えられている。アスペルガー症候群や高機能自閉症では奇異な考えや論理展開などのために妄想様の症状を呈することがあったり、思考の飛躍やまとまりのなさを呈したりすることがある。このような症状を彼らのもともとの奇妙な自己中心的な思考の延長上にある優格観念で説明することもでき得るが、統合失調症やその関連の人格障害における思考障害、妄想などとの区別が問われるところである。

最近では、高機能 ASD は、シゾイドパーソナリティ障害や失調症型パーソナリティ障害さらには統合失調症との境目を広げて診断される傾向があるようである。統合失調症で発達の経過をきちんと検討することが大切であり、アスペルガー症候群に関連しそうな発達上の出来事だけを聴取して安易に診断変更することは望ましくないだろう。今後、検討せねばならない課題である。

5) カタトニア

カタトニアとは、次第に行動が遅くなり、姿勢が行動の途中で固まってしまう、自発的意志が失ったかのようにみえる状態である。カタトニアは10歳ごろから発症がみられ、15～19歳に発症頻度のピークとなる。カタトニアには突然と起こる場合と徐々に起こる場合がある。また、統合失調症、強迫性障害、トゥレット症候群、気分障害（とくに抑うつ状態）などの障害が合併する場合におこったり、ASDの思春期の症状として出現する場合もある。薬物療法としては、さまざまな向精神薬が使われているが、抗精神病薬とベンゾジアゼピンの併用が良いことがある。

6) 行為障害、反抗挑戦性障害

前者は、他人の基本的な人権や社会的常識や規範に対する、反復的持続的に侵害する行動であり、後者は権威的な人物に対する、拒否的、挑戦的、不従順で表される行動である。AD/HDの経過の中でこれらの障害が明らかになっていくことがあるが、必ずしもAD/HDから進行していくわけではない。

(4) 診断が特定できない行動障害の合併

これらの行動障害には、年齢的な特徴が見られる。低年齢では、多動、感覚の異常、極端な偏食、睡眠障害などが目立つ。年長になると、“パニック”（かんしゃく発作）、強迫様症状、自傷行為、他害が目立つ。“パニック”は、きっかけがよくわからないとも多いが、こだわりが周りから破られたり、急激な予定の変更などがきっかけとなることが多い。突然と昔のいじめなどの不快な体験を思い出してパニックになることもなる。このような現象はフラッシュバックと呼ばれている。

とりわけ ASD の人では、自己の身体感覚に敏感であったり、鈍感であったりすることはよく知られている。さらには、自分の身体の些細な異常に過度にこだわり、心氣的になったり、心気妄想的になったりすることもある。

また、発達障害の人が、いじめられたり、だまされたりする被害者となることも少なくない。高機能自閉症とりわけアスペルガー症候群の個人では反社会的行動が少なからず見られるが、この障害を特徴づけるものではない。

4◆発達障害の薬物療法

(1) 薬物療法の原則

発達障害の薬物療法は、障害（疾病）の治療を目的とするのではなく、基本的には精神症状および異常行動を軽減させたり、消失させたりする対症療法である。それ故に、薬物療法が対象とする精神症状や異常行動を明確にしておかねばならない。薬物がねらいとする症状や行動を標的症状と呼ぶ。

発達障害において異常行動は環境や教育プログラムなどの周りの働きかけにより影響を受けるので、これらの要因を変えることによって気分の改善が起こったり、異常行動が減弱したりすることも多々ある。したがって、環境要因を考慮することなく、学校や施設などの管理をしやすいためや、単に行動を抑え込むという観点からの薬物使用は避けるべきである。また、発達障害児者は自らの体の状態に対する感受性が低かったり、変調を表現することが困難であるので、関係者の副作用についての留意は一層に重要である。

薬物療法にあたっては、標的症状やその副作用のことを含めたインフォームドコンセント（検査や治療の際に、説明して同意を得てから医療行為を開始すること）はとりわけ重要である。また、子ども自身にも、可能な限り納得がいく説明が必要となる。

(2) 薬物療法の留意点

薬物療法における一般的留意点は、第1には、薬物療法を受ける発達障害児の家族や療育・教育担当者などは、薬物療法の内容、標的症状、期待される効果、対処が必要な副作用と対策について十分に理解しておくことである。第2

には服薬は指示通りにして、勝手に中断しない。服薬が不規則になった場合には、そのことおよびその理由を医師などにきちんと伝えることである。第3には、強い副作用と思われることが起った場合には、早急に医師などに連絡する。このことは、服薬開始まもなくの時点で強調される。第4には、子どもの行動は場面によって大きく異なるので、薬物療法の的確な評価のために主な活動の場面における情報を総合する必要がある。家族また可能な限り子ども自身の了解を得た上で、療育・教育機関などと医師などが連絡を取り合う。第5には、薬物療法開始後の子どもの状態の変化には、薬物のみでなく他の働きかけや環境の変化なども影響することを念頭におくことである。

(3) 向精神薬の作用と副作用の概略

向精神薬とは、血液脳関門を通過して中枢神経系に対する選択的に作用することによって、主として認知、情意機能および行動に特徴的に作用する薬物の総称であり、主として精神科で使われる薬物である。向精神薬は、作用機序や対象となる障害や標的とする症状の特徴により、①抗精神病薬、②抗不安薬、③抗うつ薬、④気分安定薬、⑤中枢刺激薬、⑥睡眠薬、⑦抗けいれん薬 ⑧その他、の8つの種類に分けられる。ここでは、向精神薬の種類別にその特徴と一般的な適応症と副作用などについて、発達障害と関連させつつ概略する。詳しくは文献としてあげた成書などを参考にされたい。また、薬物に対する作用は個人により異なるので、特定の個人においての薬物療法の疑問については、基本的には保護義務者あるいは本人の了承の上で主治医に問い合わせるべきである。

1) 抗精神病薬

強力安定剤とも呼ばれており、統合失調症を中心とする急性・慢性の精神病的状態（精神運動興奮・昏迷・幻覚・妄想など）への治療薬である。薬理的には抗ドーパミン作用が中心である。これらの薬物の基本的な化学構造にはいくつかの種類があり、フェノチアジン系、ブチロフェノン系などが代表的なものである。臨床的には高力価群（ハロペリドール、ピモジドなど）、鎮静作用の強い低力価群（クロルプロマジン、プロペリシアジン、レボメプロマジンな