

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
金生由紀子, 宮倉久里江	児童・青年期	上島国利, 松永寿人, 多賀千明, 中川彰子, 飯倉康郎, 宮倉久里江	エキスパートによる強迫性障害 (OCD) 治療ブック	星和書店	東京	2010	137-146
金生由紀子	チック障害	宮本信也、生田憲正	子どもの身体表現性障害と摂食障害	中山書店	東京	2010	211-222
金生由紀子	チック・Tourette症候群	飯田順三	脳とこころのプライマリケア4 子どもの発達と行動	シナジー	東京	2010	323-334
金生由紀子	広汎性発達障害とチック障害	市川宏伸	精神科臨床リュミエール19 広汎性発達障害・自閉症へのアプローチ	中山書店	東京	2010	102-109
飯田順三	広汎性発達障害と統合失調症	市川宏伸	専門医のための精神科臨床リュミエール19 広汎性発達障害・自閉症へのアプローチ	中山書店	東京	2010	76-81
飯田順三	ADHDと不安障害	松本英夫、傳田健三	子どもの心の診療シリーズ4 子どもの不安障害と抑うつ	中山書店	東京	2010	108-115
飯田順三	母子関係からみた心の発達	飯田順三	脳とこころのプライマリケア4 子どもの発達と行動	シナジー	東京	2010	15-23
飯田順三	統合失調症	飯田順三	脳とこころのプライマリケア4 子どもの発達と行動	シナジー	東京	2010	523-531
太田昌孝	認知の発達	飯田順三	脳とこころのプライマリーケア4 子どもの発達と行動	シナジー	東京	2010	24-35
金生由紀子	Gilles de la Tourette症候群をめぐる最近の話題	鈴木則宏, 祖父江元, 荒木信夫, 宇川義一, 川原信隆	Annual Review神経2011	中外医学社	東京	2011	268-277
金生由紀子	チック症候群	笠井清澄, 村井俊哉, 三村将, 岡本泰昌, 大島紀人	精神科研修ノート	株式会社診断と治療	東京		印刷中

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	トウ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・トウレット障害	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	小児のトウレット障害（2） その併存症	小児の精神と神経	48(4)	318-325	2008
Sawada M, Negoro H, Iida J, Kishimoto T	Pervasive developmental disorder with attention deficit hyperactivity disorder-like symptoms and mismatch negativity	Psychiatry Clin Neurosci.	62(4)	479-481	2008
太田豊作、根來秀樹、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
星加明徳	小児のトウレット障害(1) その歴史と臨床像	小児の精神と神経	48(4)	309-317	2008
Kano Y, Ohta M, Nagai Y, Seahlill L	Association between Tourette syndrome and comorbidities in Japan.	Brain Dev.	32	201-207	2009

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
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	111(7)	810-815	2009
金生由紀子	トウレット障害—強迫性と衝動性—	分子精神医学	9(2)	213-215	2009
金生由紀子	発達障害	児童青年精神医学とその近接領域	50周年記念特集号	130-136	2009
飯田順三	広汎性発達障害と児童思春期統合失調症	児童青年精神医学とその近接領域	50巻3号	273-278	2009
根來秀樹 飯田順三	衝動性と攻撃性の生物学	児童青年精神医学とその近接領域	50巻4号	418-422	2009
飯田順三	ADHDの神経生物学的病態と衝動性との関連について	分子精神医学	9巻4号	18-22	2009
太田豊作 飯田順三ら	年長同胞が幼児期の年少広汎性発達障害児に及ぼす影響	児童青年精神医学とその近接領域	50巻3号	318-324	2009
太田昌孝	高機能自閉症	小児内科	41(増刊)	782-787	2009
太田昌孝	自閉症と緊張病(カタトニア)	臨床精神医学	38(6)	805-811	2009
太田昌孝	子どもの問題行動(小児精神疾患)一自閉症とADHDと関連して一	子どもと発育発達	7(3)	154-158	2009
太田昌孝	微細脳機能障害Minimal Brain Dysfunction(MBD)の概念の変遷とその衰退—現在と未来に問いかけるもの—	小児の精神と神経	49(3)	187-194	2009
Kano Y, Kono T, Shishikura K, Konno C, Kuwabara H, Ohta M, do Rosario MC	Obsessive Compulsive Symptom Dimensions in Japanese Tourette Syndrome subjects.	CNS Spectr.	15(5)	296-303	2010
菊池なつみ,野中舞子,河野稔明,桑原齊,島田隆史,金生由紀子	トウレット症候群に関する情緒障害通級指導学級担当教諭の認識および経験	児童青年精神医学とその近接領域	51(5)	539-549	2010
金生由紀子	トウレット障害	日本小児科学会雑誌	114(1)	1673-1680	2010

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
金生由紀子	チック障害.	日本臨牀	68(1)	114-118	2010
Negoro H, Sawada M, Iida J, Ota T, Tanaka S, Kishimoto T	Prefrontal Dysfunction in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder as Measured by Near-Infrared Spectroscopy	Child Psychiatry Hum Dev.	41	193-203	2010
Sawada M, Iida J, Ota T, Negoro H, Tanaka S, Sadamatsu M, Kishimoto T	Effects of osmotic-release methylphenidate in attention-deficit/ hyperactivity disorder as measured by event-related potentials.	Psychiatry Clin Neurosci.	64	491-498	2010
澤田将幸,木村豪 太田豊作,岸本直子,池下克美,法山良信,定松美幸,飯田順三,岸本年史	措置入院を契機に診断および告知に至った強迫性障害を伴うアスペルガー症候群の成人例	臨床精神医学	39(9)	1179-1185	2010
太田豊作,飯田順三	併存障害を伴うADHDへのストラテラの使用経験	現代のエスプリ	513(4)	182-191	2010
飯田順三	精神科後期研修で何を学ぶか?児童思春期精神医学	精神科	16(4)	311-314	2010
澤田将幸,飯田順三	Methylphenidate乱用	Schizophrenia Frontier	11(2)	34-38	2010
相原加苗,城島哲子,飯田順三,岸本年史	虐待の実態と評価	精神科	17(1)	24-29	2010
根來秀樹,飯田順三,澤田将幸,太田豊作,岸本年史	発達障害の精神生理から何がどこまでわかるか?	日本生物学的精神医学会誌	21(2)	77-81	2010
太田昌孝	自閉症(ASD)のカタトニア	かがやき	6	47-49	2010
太田昌孝	自閉症のStage IVはどんな特徴を持っているか・Piagetの直感的思考の時期と関連して—	太田ステージ研究会会誌	20	2-10	2010
Sato W, Uono S, Okada T, Toichi M	Impairment of unconscious, but not conscious, gaze-triggered attention orienting in Asperger's disorder.	Res Autism Spectr Disord.	4	782-786	2010

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
岡田俊	成人期 AD/HD の診断と治療.	児童青年精神医学 とその近接領域	51(2)	77-85	2010
木村記子, 岡田俊	ADHDとてんかんの併存例における診断と治療	児童青年精神医学 とその近接領域	51(2)	148-163	2010
岡田俊	ADHDの神経生物学：最新の知見	精神科治療学	25(6)	735-740	2010
岡田俊	自閉症スペクトラムにおける対人関係障害とその生物学的基盤	精神科治療学	25(12)	1591-1595	2010
岡田俊	広汎性発達障害とパーソナリティ障害—その病理と治療—	精神科	17(5)	480-484	2010
岡田俊	若年周期精神病の臨床像と神経生物学的病態	日本生物学的精神医学会誌	21(3)	199-203	2010
岡田俊	身体治療場面における広汎性発達障害のある患者への対応	心身医学	50(9)	863-868	2010
木村記子, 岡田俊	児童期における摂食障害	精神医学	52(5)	467-475	2010
岡田俊	ADHD治療ガイドラインにおけるatomoxetineの位置づけ	脳21	13(2)	80-88	2010
岡田俊	広汎性発達障害に対する薬物療法	発達障害医学の進歩	22	21-28	2010
岡田俊	児童青年期双極性障害に併存する注意欠陥/多動性障害に対する中枢神経刺激薬の使用	臨床精神薬理	13	927-932	2010
岡田俊	ADHDにおけるドパミン神経活動の異常と神経精神薬理学	現代のエスプリ	513	117-123	2010
荒田美影、星加明徳、海老原亜貴子	トウレット障害と広汎性発達障害の併存例の臨床的研究	小児の精神と神経	50(3)	269-281	2010
海老原亜貴子、星加明徳、荒田美影	トウレット障害における服薬の必要性と重症度についての臨床的研究	東京医科大学雑誌	68(2)	217-224	2010
野中舞子,河野稔明,菊池なつみ,桑原斉,島田隆史,金生由紀子	トウレット症候群に関する教員の認識及び経験—特別支援学級と通常学級の比較—	児童青年精神医学とその近接領域	52(1)	61-73	2011

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
Kuwabara H, Kono T, Shimada T, Kano Y	Factors Affecting Clinicians' Decision as to Whether to Prescribe Psychotropic Medications or Not in Treatment of Tic Disorders.	Brain Dev.			in press
金生由紀子	併存症状—チック、トウレット、発達性協調運動障害	別冊発達31『ADHDの理解と援助』			印刷中
星加明徳、荒田美影	チックとその対応	健康教室	722	56-59	2011

III. 研究成果の刊行物・別刷

発達障害の医療とは何か

太田 昌孝

1. はじめに

医療による発達障害へのかかわりと、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、他の精神医学的状態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そ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わけられる。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と思える。診断名にあまり振り回されずに、その意味するところ、つまり子どものどういう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ことが必要である。

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ることになっている。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に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) 精神医学的状態（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”的障害をいう。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、主観的症状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的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) 強迫症状と强迫性障害

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强迫行為とは、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的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强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、一般的の强迫性障

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ったり、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、不安的や抑うつや心気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にいう。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うことができる。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つたり、不安的、抑うつ的、心気的症状があつたりする。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方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つたり、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い、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、トウレット症候群、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ある。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、心気的になったり、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）の治癒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くするためや、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とが連絡を取り合う。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人々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。薬理学的には抗ドーバ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

ど)、非定型群に分けられる。

抗精神病薬は発達障害の行動障害に対して最も使用頻度の高い薬物である。副作用については、過鎮静作用による認知機能に対する悪影響と錐体外路系の運動に対する副作用とに最も注意せねばならない。また、体重の増加なども無視できない。副作用は飲み始めてまもなくから1ヶ月以内、あるいは薬の変更があったときに起こりやすい。

認知面への悪影響としては、行動障害に対して鎮静的な作用が強い抗精神病薬を大量に使用した場合はこの危険性が高いといえる。抗精神病薬の認知機能への悪影響はその量に依存しているといえる。適切な量を用いればかえって認知・学習機能を高める可能性があり、また、年齢や診断カテゴリーによって影響の仕方がことなることが考えられる。適切な治療量は経験的であるので、その心配があれば主治医と十分な情報交換をし量の調整を図ることが望ましい。

錐体外路症状の出現は成人より子どもで頻度が高く、学童期から思春期にかけて最も高いとされている。それらの症状には、急性ジストニア、パーキンソン症状、ジスキネジア（痙攣性斜頸、顔面や頸部の攣縮、眼球反転発作など）、アカシジア（静座不能）、歯車現象（被動的に四肢を曲げたとき、がくがくと曲がる現象）などがあげられる。これらの症状の強いときにはまず抗精神病薬を減量する。抗パーキンソン薬を使用することにより症状を緩和することができる。頻度は多くないが重篤な副作用として性症候群があり、抗精神病薬服用後、比較的早期に起こる。無動緘默、筋剛直、嚥下困難、高熱、発汗、頻脈などの激しい錐体外路症状と自律神経症状を中心とした症状を呈する。抗精神病薬を即時中断するとともに、入院治療が必要である。抗精神病薬を長期服用することにより、主として口周部に生ずる不随意運動（遅発性ジスキネジア）が起こることがあり、難治性であることが多い。

2) 抗不安薬

緩和精神安定剤ともいわれ、不安・緊張・焦燥をかなり選択的に緩和する薬、主として不安障害の治療に用いられる。ベンゾジアゼピン系薬物が主流である。ベンゾジアゼピン系薬物では、その種類によって、抗不安作用のみならず、鎮静・催眠、筋弛緩、抗痙攣、抗うつなどの作用を有するので、睡眠導入薬、抗

てんかん薬などとしても使用されるものもある。

副作用は、眠気、ふらつき、脱力感などがあり、重篤な副作用は稀である。特にベンゾジアゼピン系薬物は、過量服用時の致命率が低く、安全度が高い。他方、長期漫然服薬になりやすく、数ヶ月以上の連用で精神的・身体的依存を生じうる。また、乱用も問題になる。重い精神遅滞を合併する ASD に対して単剤で使用すると、かえって興奮を増したり、錯乱状態を引き起こしやすいので注意を要する。

3) 抗うつ薬

病的うつ状態を改善する薬の総称で、原発（内因）性うつ病と持続性の各種うつ状態の治療薬である。三環系、四環系、モノアミン酸化阻害薬などの種類があるが、最近は、セロトニンの調整作用の強い薬物である選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）が注目されている。また、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）も登場している。SSRI は、うつ病以外に、強迫症状や強迫性障害などに対しても有効である。アスペルガー症候群における強迫様症状を弱めることもある。

副作用としては口渴、腹部膨満感、頭痛、過鎮静、だるさなどは比較的多く見られる。三環系などでは、頻度は高くないが、心筋障害が最も重要な副作用である。とりわけ、SSRI や SNRI では、子どもにおいて、自殺衝動を高めることがあるので注意が必要である。

4) 気分安定薬

躁病や躁うつ病などの気分の周期的高揚の治療に用いられる薬物である。発達障害では周期的な増動状態や不機嫌状態あるいは強い攻撃行動などに用いられることがある。炭酸リチウムを中心とするが、抗てんかん薬として使われるカルバマゼピンやバルプロ酸なども比較的多く用いられる。炭酸リチウムの副作用には、腎毒性や振戦や困惑などの中枢神経症状などがある。また、嘔気、嘔吐、味の好みの変化、口渴、下痢などの副作用もある。炭酸リチウムの作用域と副作用域の差が少なく、とりわけは血中濃度のモニタリングが重要である。

5) 中枢刺激薬

中枢神経系に対して刺激的あるいは賦活的に働く薬物である。臨床的には使われている代表的なものにメチルフェニデートがあり、AD/HDの症状（多動、注意障害、衝動性）の減弱に対して有効性が高い。重い精神遅滞をもち多動性が目立つ場合には、メチルフェニデートの使用により多動がひどくなったり、興奮したり、情緒的に不安定になるリスクが高いと考えられるのでこの薬物の使用は控えた方がよい。

副作用としては、食欲不振、体重減少、入眠困難や不眠、頭痛、腹痛などが主なものである。チック症や常同行動を誘発したり、増悪させたりすることもあるので注意を要する。精神的依存性があるが、子どもではその危険は少ないといわれている。しかし、この薬物に対する依存に関する長期的な副作用については確実なデーターはなく、長期使用の安全性については、意見がわかれている。

メチルフェニデートの商品名であるリタリンは乱用と安易な適応外使用が問題となり、2008年より、リタリンの適応はナルコレプシーのみとされ、AD/HDへの適応外使用はまったく許されなくなった。これに変わり、登録された医療機関で登録医の処方箋により、登録された薬局で処方を受けることにより、メチルフェニデートの徐放薬であるコンサータ（商品名）が、18歳未満の子どもについてAD/HDの診断に限って使用できるようになった。刺激薬以外であるが、海外でAD/HDの症状に対して有効とされている選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬であるアトモキセチンが治験中である。

6) 睡眠薬

不眠の治療に用いられる薬物である。ベンゾジアゼピン誘導体が主流であるが、古典的鎮静薬、新しいタイプの非ベンゾジアゼピン系薬物などがある。生物学的半減期と就眠困難型、早期覚醒型など不眠のタイプによって薬物の選択が異なる。過鎮静（高用量）、健忘（まれにせん妄）、連用中止後の反跳性不眠（特に短期型）、持ち越し効果・連用中の蓄積（特に長期型）に注意する必要がある。長期漫然投与で依存者をつくらないことが重要である。