

図 8 講演会前後のアンケートの質問「うつ病は治療できる病気である」の回答の比較 (n=192)

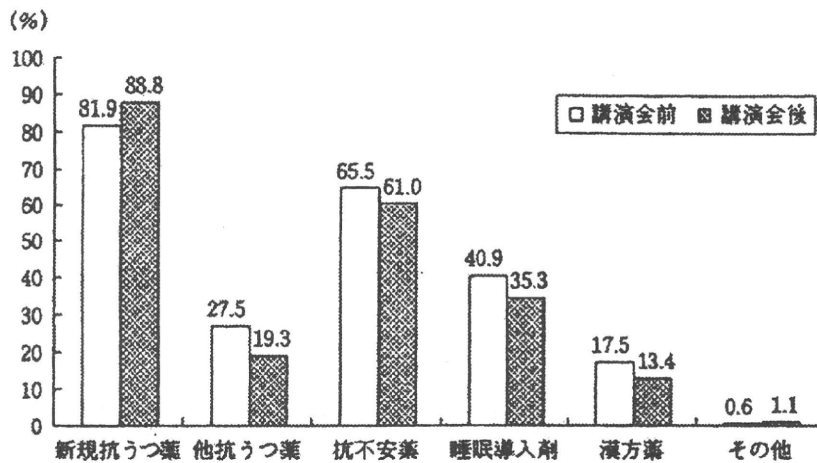


図 9 講演会前後のアンケートの質問「うつ病と思われる患者さんにどのような薬剤を使いますか？」(複数回答可)の回答の比較 (n=192)

り、講演会後には98.4%の医師が同様の認識を持っていると回答した(図8)。

講演会前に調査したうつ病患者に対する薬物療法の内訳(複数回答可)では、81.9%の医師が新規抗うつ薬を、27.5%の医師が他の抗うつ薬を処方すると回答した。講演会後は88.8%の医師が新規抗うつ薬を、19.3%の医師が他の抗うつ薬を処方すると回答した(図9)。

3. 講演会の感想及び講演会後の診療実態

講演会で参考になったこと(複数回答可)として、約7割の医師が「診断」、「治療」に関する内容が参考になったと回答した。さらに、48.9%の医師が「専門医への紹介のタイミング」に関する内容が参考になったと回答した(図10)。

また、このような講演会に今後も参加したいと

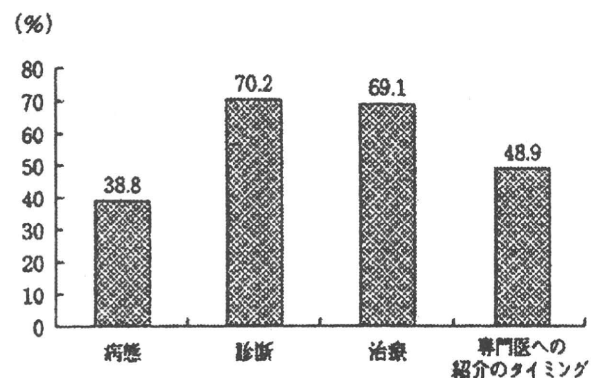


図 10 講演会後のアンケートの質問「講演会で参考になったことは何ですか？」(複数回答可)の回答 (n=188)

答えた医師は97.9%であった(図11)。

講演会後に84.4%の医師が「うつ病の治療に積極的になった」(図12)、97.4%の医師が「診療の

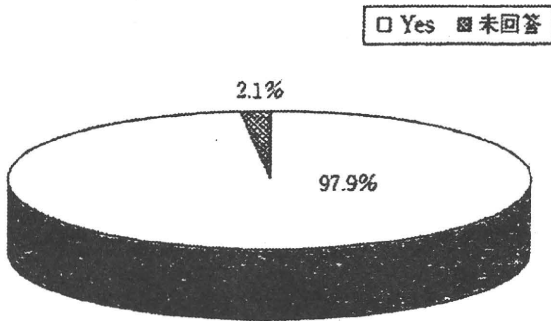


図 11 講演会後のアンケートの質問「このような講演会には今後も参加いただけますか?」の回答 (n=192)

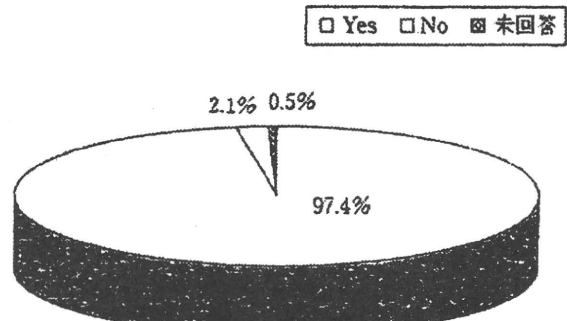


図 13 講演会後のアンケートの質問「診療のなかでうつ病治療の必要性を感じた」の回答 (n=192)

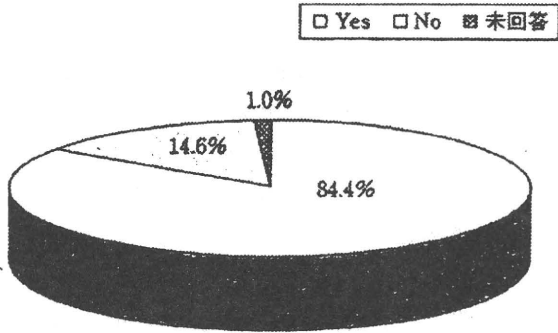


図 12 講演会後のアンケートの質問「講演会後、うつ病の診断治療に積極的になった」の回答 (n=192)

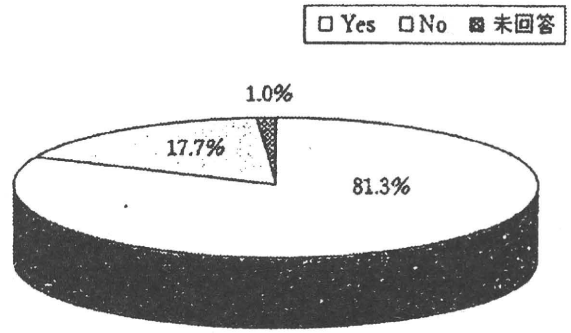


図 14 講演会後のアンケートの質問「患者さんの病態を違う方向からとらえるようになった」の回答 (n=192)

なかでうつ病治療の必要性を感じた」と回答した(図13)。「患者さんの病態を違う方向からとらえるようになった」と答えた医師は81.3%であった(図14)。

講演会後(2-4週の期間)に患者さんのことで専門医と連絡を実際に取り合ったと回答した医師は20.3%であり、「今後連絡を取ろうと思う」と答えた70.3%を合計すると、90.6%の医師が専門医と連絡を取った、あるいは取る意志があることが示された(図15)。

考 察

本調査結果より、KOPNDAの講演会に参加したプライマリケア医の少なくとも一部は、すでにある程度うつ病診療の経験があり、精神科医と連携しながら治療をした経験があることが示された。賛否両論あろうが、うつ病診療に関心のないプラ

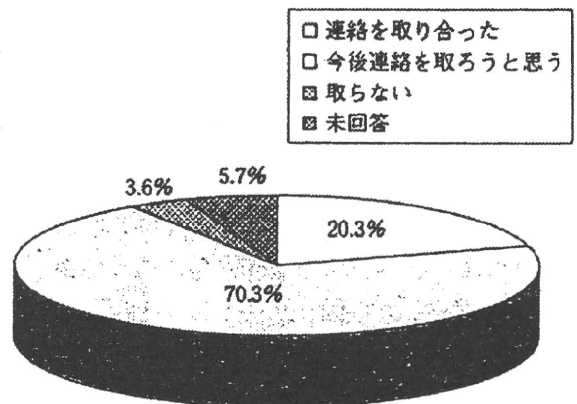


図 15 講演会後のアンケートの質問「講演会後、患者さんのことで専門医と連絡を取り合ったことがありましたか?」の回答 (n=192)

イマリケア医への啓発を推し進める際には、講演会という形式には(受講するという自発的な行動

が必要となり) 限界があると考え。このため、講演会以外の啓発媒体 (e-mail, インターネット, CD-ROM, DVD, 紙媒体, その他) の活用も並行して進めていくことが必要であろう。

うつ病患者の初診診療科として、約6割を超える患者が内科を受診、続いて婦人科、脳神経外科、精神科と続くとする報告もある⁹⁾。自殺者の半数以上が、自殺を実行する1ヶ月以内に何らかの身体症状を訴えて精神科以外の医療機関を受診しているという報告もあることから⁹⁾、精神科以外の医師がこのような知識を持って診療にあたるのが、うつ病の早期発見や自殺のリスク軽減につながることで期待できる。

今回の講演会前のアンケート調査では、うつ病の診断方法を、「知っている」と答えた医師は約2割程度、「ある程度知っている」と答えた医師は約7割程度と、程度の差こそあれ、アンケート回答者の多くがうつ病の診断法に関して何らかの知識を有していることが確認できた。ただし、「講演会で参考になったことは何ですか？」の回答に、「診断」と答えた医師が7割にも達した結果が示しているように、当該講演会受講者の診断法に関する関心の高さは明らかであった。今後、開催する講演会の性質・目的によっては、プライマリケア医に対しても、うつ病の異種性、注意すべき鑑別診断、うつ病の慣用診断と操作的診断の差異やそれぞれの使用上の利点・欠点・注意点、その他、うつ病診断に関する種々の情報も提供していくことを検討すべきである。

大半のプライマリケア医に、「うつ病は治療できる病気」という意識が根付いており、今回の講演会後には、さらに多くのプライマリケア医が「うつ病は治療できる病気」と回答していた。一般に、専門医はもちろんプライマリケア医においても、治療抵抗性あるいは遷延性のうつ病患者が存在することは認識されていると考える。ただ、少なくとも半数以上のうつ病患者に抗うつ薬が奏効する事実や、精神療法が更にその治療効果を高めることを改めて周知していく必要があると考える。うつ病の治療に必要な基本的メニューは、①休養、②薬物療法、③支持的精神療法であるとされる²⁾。この治療に関する基本的な知識をより多

くのプライマリケア医に普及させることが重要である。

うつ病患者に対する処方薬剤として、プライマリケア医の少なくとも8割から9割が抗うつ薬を処方すると答えた。抗不安薬や睡眠導入剤のみの治療で、うつ病の症状が改善することもあるが、一方で症状が遷延化する場合もある²⁾。一方、抗うつ薬による自殺企図のリスク³⁾や、抗不安薬の依存性¹⁾の問題もあることから、患者さんや家族に対してはもちろん、プライマリケア医に対しても、これらの問題 (向精神薬による有害事象) を十分かつ誤解がないように説明することが重要である。

抗うつ薬、とりわけ選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) を代表とする新規抗うつ薬に比較的多く認められる有害事象のひとつに activation syndrome (賦活症候群) があり、時として自殺関連事象に発展することがある¹⁰⁾。臨床実地において、特に小児・若年者に対して抗うつ薬治療を選択する場合には、少量より投与開始し、初回投与後は、より短期間 (例えば1週間以内) の診察を心がけて、特に2ヶ月以内は注意が必要であろう。Activation syndromeが生じた場合には、薬物を減量ないし中止したり (すでに長期間服用している場合には中止後症候群¹¹⁾に注意)、軽度の場合には気分安定薬 (mood stabilizer) や抗不安薬の併用が考えられる。また、診断の再考 (双極性障害、人格障害等の可能性の検討) も必要である。

今回のアンケート調査で明らかになったように、少なくとも、うつ病診療に関心の高いプライマリケア医の多くは、精神科医との連携の必要性をすでに認識している。平成19年に政府が策定した自殺総合対策大綱を踏まえ、平成20年の診療報酬改定で厚生労働省は、自殺防止の観点から、内科などの受診者のなかからうつ病が疑われる患者さんを精神科医に紹介することを評価する方針を示した。より多くのプライマリケア医にうつ病診療に関する知識と同時に精神科医等の専門医へ紹介する適切なタイミングを啓発していくことが重要である。

今回のアンケート調査で、受講者にとって参考

になったこととして、約半数の医師が「専門医への紹介のタイミング」と回答し、約9割の医師が「(講演会后) 専門医と連絡を取り合った」または「今後連絡を取ろうと思う」と答えている。これは、当該講演会の大きな成果だと考えられる。なお、講演会そのものが、プライマリケア医と精神科医との診療連携のきっかけにもなり得る。今後、各地域において、プライマリケア医と精神科医の連携をとりやすくするために、わかりやすく実効性を伴った医療連携システムの構築が望まれる。

謝

辞

本報告にあたり、各講演会で講師を務めて頂いた先生方、調査にご協力頂いた先生方に厚く御礼申し上げます。本調査は、グラクソ・スミスクライン株式会社協賛のもと実施した。

(平成20年9月4日 受理)

文 献

- 1) 井上猛：不安障害の薬物治療の最前線，日本薬理学雑誌，125：297-300，2005.
- 2) 神庭重信：困ったときに紹介できる「顔の見える連携」を，Japan Medicine，No.1240：30，2008.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：平成17年 人口動態統計（確定数）の概況第14表 主な死因別にみた都道府県（15大都市再掲）別死亡数・死亡率（人口10万対），2005.
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：平成18年 人口動態統計（確定数）の概況第14表 主な死因別にみた都道府県（16大都市再掲）別死亡数・死亡率（人口10万対），2006.
- 5) 厚生労働省：医薬品・医療機器等安全性情報 No.222，2006.
- 6) 三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療，心身医学，42：585-591，2002.
- 7) 尾鷲登志美，大坪天平：Activation Syndromeと自殺関連行動，臨床精神医学，36(増刊号)：92-97，2007.
- 8) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント，医学書院，東京，2006.
- 9) 高橋祥友：プライマリケアにおける自殺予防の基礎知識，日本医事新報，No.4347：57-62，2007.
- 10) 辻敏一郎，田島治：抗うつ薬による賦活症候群(activation syndrome)と自殺関連現象，精神科，10：2-9，2007.
- 11) World Health Organization：Preventing Suicide：A Resource for General Physicians. WHO/MNH/MBD/00.1，World Health Organization，Geneva，2000.

〈教育講演〉

青木 省三*

思春期面接の基本と進め方**

児童青年精神医学とその近接領域 49(4); 414—416 (2008)

I. はじめに

私の日常診療を振り返ってみると、以下のよ
うな流れであることが多いように思う。

- 1) 出会うとき：子どもを、自分の考えを持ち、
自分の責任で生きる一人の人間として捉え
る。子どもも大人や家族も同じ重みで出会
う。
- 2) 話を促すとき：「話せることだけを話して
ください」と話す。「具体的に話さなくても
よいけれど、困ったことがありますか」と
たずねることもある。重荷にならないよう
に、かといっていくらかは話すきっかけを
作るように心がける。そして子どもの話す
ことをきちんと聞く。
- 3) 困ったことがある場合は、「それに対して自
分はどうしようと思っているか」と考えを
たずねる。具体的なものであれば、解決す
る「作戦」を一緒に練る。
- 4) 困ったという自覚がない場合は、毎日の生
活などを尋ねる。起きてから、寝るまでを
聞いていると、困っていることがぼんやり
と見えてくる。
- 5) いずれにしても、子どもの生活や暮らしを
具体的に知ることは大切である。特に、子
どもの楽しみを知ることは大切である。
- 6) 子どもは、それまでの少ない経験から推測
し、否定的な自己像や将来像を持っている
ことが多い。それをどう肯定的なものに変

えるか、あるいは、どう否定的な思い込み
に気づくようにしていくかが鍵となる。

- 7) そのために、子どもが利用できる社会資源
を探す。場合によっては、一緒に探す。探
すことも、行動のひとつである。
- 8) そして、現実社会の中に一步を踏み出して
何かを体験し、それについて一緒に考える
ということを繰り返す。
- 9) その中で、少しでも肯定的なイメージが育
まれることを願いながら。

実際は、このように単純化できる面接ばかり
ではない。面接はさまざまな方向に流れていく。
しかし、この予期せぬ方向と戦い中で力をつけ
ていくしかないのである。

II. 症例と若干の考察

Aさん 中学2年生の女子。

不登校状態のAさんは、初診時に、「困って
いることは」と尋ねると、「母親は、私が『いい子』
にしていなければ気にいらぬ。そんな母親が
嫌だ」と話した。母親に対しての批判的なこ
とばが話し続けられたので、少し不思議な気がし
た。後で母親は、「最近、この子は何もしゃべら
なくなってしまったのです」と話した。きちん
とした母親であったが、立派過ぎてAさんは苦
しいのかなと思った。

しかし、次の受診時の、待合室での二人の
様子は印象的であった。Aさんが、母親に、べ
ったりともたれかかって寝ているのである。そ
れは、Aさんの年齢としてはいくらか不自然に
見えるくらいだった。

診察室のAさんと待合室のAさんは、どちら

*川崎医科大学精神科学教室

**2007年10月30日、岩手県民会館において開催された第48回
日本児童青年精神医学会総会教育講演である。

も今のAさんであり、母親への依存と独立をまさに体現しているように思った。

ごく日常的な例であるが、少なくとも、子どもを診察室・面接室の言動だけで理解してはならないと改めて考えさせられた。診察室・面接室の言動は、子どもの一面であって、子どものすべてではない。物理的にも、心理的にも、母親と少し離れた「場」を提供し、周囲から見れば意外な側面を引き出す力を診察室や面接室は持っているのである。

このようなAさんに対して、母親に対する気持ち、思い切って話してみたらと言ってみたが、「そんなことできない。『わがまま』と言って叱られる」とAさんは答えた。

母親には、「Aさんが、家に引きこもって、親とも口をきかない状態などになり、大変、苦労したと思う」と労った。そうすると、母親は、「Aなりに、私に気を使っていたのはわかっていただけだけど……」と少し涙を流し、でも「私がしっかり躰ないととて、どうしてもきちんとするように求めてしまった」と話した。母親にもそれなりの事情があり、苦労していたのが分かった。

やがて、Aさんは母親に、直接、批判的なことを話しはじめ、母親も「この頃はいろいろと『お母さんは……』と厳しく非難するようになりました」と述べるようになった。「お母さんも大変ですね」と言うと、「でも、Aが少し変わってきたなと思うとうれしい」と述べた。やがて、Aさんは、学校や勉強への態度を少しずつ変えていき、学校に行きはじめた。

ここで大切と思ったのは、子どもだけでなく、親の苦労を労うことである。子どもが親を批判すると、治療者もいくらか同じように親を見やすい傾向がある。しかし、子どもの親への批判はこれも一面であって、子どもの親への思いのすべてではない。子どもの非難や不満の背景には、親への愛情が潜んでいることが少なくない。親の子どもに対する感情も同様である。だからこそ、子どもと同様に、親も労うことが大切になる。

更に大切なのは、治療者の助言をふと受け入れて子どもが行動に移したとき、親がそれに耳を傾けるという、よき受け皿になってもらうことである。Aさんの場合であれば、思い切って話してみても、「そんなわがままなことを言うてはダメ。我慢しなさい」と答えてしまったとすれば、Aさんは、治療者と母親に、それぞれの腕を反対方向に引っ張られるような状況になったであろう。治療者の投げた球を、母親がきちんと受けとめることによって、治療者の球がより生きてくる。逆に母親の投げた球を、きちんと治療者が受け取らなければならない場合もある。親が治療の協力者になるというのは、それぞれの意図をキャッチし、それを生かすような関係が成立することなのだと思う。

Bさん 浪人2年目の男性。

「希死念慮、リストカット、大量服薬など」「境界性人格障害」「中3の時に、1年間、激しい『いじめ』を受けた」と紹介状に記されていた。斜に構えた感じのBさんと、父親が診察室に現れた。「普段は、ボーっとしているんです」「何を見てもピンとこない。喜怒哀楽がない」というような、離人とも解離とも言えるような症状が認められた。

「ボーっとした感じが晴れることは」とたずねると、「海辺にいるときと、本屋にいるときが、少し楽……」と述べた。何か話したそうだった。私はBさんの目をしっかりと見て、「Bさんは、何か本当に困っていることがあるのではないか。もしよかったら教えてくれないか」とたずねた。Bさんは、しばらく私を見つめて、「少し話が長くなってもいいですか……」と話した。中学生までは優秀な成績、ある出来事から不登校になった経緯の詳細だった。

長い話を聞き終わった後で、私は「君は、もうこれから先どうにもならないと思っているの」とたずねた。「いろいろと考えたけど、目指していた大学には入れそうにないし。他の仕事は考えたことないし。いつも、あれこれ考えて、何でこんなことになったのだろうと思ったら、

ポーっとしてくる」とBさんは答えた。

これからの現実的な道を共に考えることが大切と感じ、少し間をおいてBさんに、「しかし、君の人生はまだまだこれから。道を切り開く作戦を練ろう」と提案した。Bさんは不思議そうな顔で、しかし「はい」と答えた。「今のままでBさんが入れる、好きな勉強ができそうな大学はないか。進路相談できる人はいないだろうか」と尋ねた。Bさんの口からいくつかの大学の名前が上がり、高校の先生の名前が一人上がった。

自分の夢や理想と現実の乖離がしだいに大きくなり、もうどうしようもないと諦めている。それを何とか変えたいと思った。そのためには、本人だけでなく、家族、特に父親の理解が必要であった。

父親には以下のように説明した。「Bさんは、いろいろと考え、どうしたらよいか苦しんでおられます。今は勉強などは考えず、今のご本人には（おそらく家族にも）不本意かもしれないけれど、まず大学に入学するのは、どうでしょうか。今のままでは、本人は考えすぎて、より深い苦しみの中に入り込むことになるでしょう。思い切って、大学に入りそこから考えてみませんか？」

「理想から出発するのではなく、現実から出発する。しかし、理想は手放さない」という考えに、「それが、一番、現実的です。とにかく今の状態をぬけださないと」と父親も理解を示した。

症状の背景には、何らかの現実的な困難な状況があることが多く、それをきちんと尋ねることが大切である。困っていることは、自分の心の中に閉じ込めておけばおくほど、諦めに、そして絶望に変わっていく。困っていることを、どこかで、誰かに話すことが必要になる。

そしてBさんの父親も、Aさんの母親のように、治療者の提案を理解し、受けとめてくれた。

その後は、現実的な進路などの話を数回した。高校の先生の反応は予想外によく、かなり「レベルを落とした（本人と家族から見れば）大学」への進学が決まり、進学していった。初診以降、

精神症状は、少なくとも私にはまったく語られない。客観的にも、将来の不安以外は認められなかった。大学入学後は、アルバイトやサークル活動を楽しみ、元気になっていった。

この2症例を通して、以下のようなことが大切と改めて感じた。

- ①子どもを診察室・面接室の言動だけで理解してはならないこと。
- ②子どもだけでなく、親の苦労を労うことの大切さ。
- ③治療者の助言をふと受け入れて子どもが行動に移したとき、親にそれを受けとめてもらうこと。
- ④子どもの現実的な道を共に考えること、即ち「作戦を練る」ことの大切さ。
- ⑤子どもには、何らかの現実的な困難な状況があることが多く、それをきちんと尋ねることが大切であること、などである。

III. おわりに

治療者は子どもと家族を、できるだけ細やかに観察し理解しようとしているが、同様にあるいはそれ以上に、子どもと家族は治療者を観察し理解しようとしているのを忘れてはならない。子どもと家族の観察と理解は、しばしば治療者を上回る。

治療者が自身の言動を客観的に見ることはなかなか難しいが、治療者自身が、子どもにとって大人のモデルであることを自覚しておくことは大切である。疲れきり、人生に悲観したように見える治療者の向こうに、子どもが生きていく希望を見出していくことはできないのである。もしあるとすれば、自分と同様に人生の苦しみの中に生きている治療者の中に、疲労や悲観だけでなく、「それでも人生には、よいことや楽しいこともある」という「人生に対する楽観さや肯定的態度」を感じるからではないだろうか。それこそが、青年に治療的なものとなるのではないかと思いつきながら、またその難しさをつくづく感じながら、日々の臨床を行なっている。

思春期における広汎性発達障害

——外来診療から

はじめに

思春期になって心身の不調を呈し精神科を受診する広汎性発達障害の子どもたちを診ているうちに、その症状や特徴と言われているものは重要なものであると思うが、子どもを理解し援助する際には、一面を強調して捉えたり、時には誤解を招いたりしやすいのではないかと思うようになった。

たとえば、アメリカ精神医学会の診断基準第四版(DSM-IV-TR)の自閉性障害の項目、「発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗」「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」「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」などを見ると、「失敗」「欠如」「障害」という言葉が続いている。

どのような障害であろうと、当の本人にと

っては、生きる苦しみや悩みとして体験される。それに診断基準だから当然ではあるが、

子どもの「願い」や「思い」、「希望」や「可能性」は出てこない。

しかし、子どもであろうと大人であろうと、広汎性発達障害であろうとなかろうと、臨床においては、相手が意思や思いや考えをもった一人の人間として出会うことが大切である。

本稿では、思春期における広汎性発達障害を、子どもの側に視点を移し、子どもの側から考えてみたいと思う。

なお以下に記す子どもたちは特定の人物ではなく、私のさまざまな記憶をもとに、創作したものであることをはじめにお断りしておきたい。

こだわり

○こだわりとは、「変えたいと思うが、変わるのが怖い」ということではないか

中学生のA君は母親によると、小学校低学年までは思ったことをはっきりと言う、伸び伸びとした子どもであった。中学年からおとなしく控えめになり、中学校に入学後、少しはしゃいだようになって、中一の冬くらいから学校に行かなくなった。「同級生がこそこそと自分のことを言っている、自分のことを嫌だと思っているような気がして行けない」と述べ、母親の話では、「中学校に入り、クラスの役員に立候補したりして、驚いた。少し張り切っているなーと思っていたら、そのうち学校に行かなくなった」ということであった。

A君は自分から友だちに話しかけることはなく、休み時間も一人で過ごすことが多かった。言葉遣いも、A君独特の表現が認められた。学校の規則は絶対なもので、無遅刻、無欠席。宿題をいかげんに提出したことはなく、ほとんど寝る時間がないくらいやっていった。昔の出来事のさまざまなシーンをはつきりと思い出し、あの時、こうしていたらなどとボーッと考えていることがあり、学校に行かなくなった頃から、日常生活の入浴や食事などに長い時間がかかるようになっていた。これらを、社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害やこだわりなどと捉えることはできた。

しかし同時に、A君にはA君なりの意思や気持ち動いており、それがA君の人生を変化させているようにも感じた。A君に、「中学校に入って、君は少しがんばろうと思ったのかね」と尋ねてみた。A君は「ちよつと目立ちたくなくて、はしやぎました。時々、目立ちたくないので」と答えた。どうもA君には目立ちたくなるときに、目立ちたくなるときがあるらしい。

最後に「A君、君はこれからどうしたいの？」と尋ねると、「目立たず……普通に……ゆっくりと生きていきたい」と、一言一言を区切ってかみしめるように述べた。A君

の人生の軌跡を思うと、A君の苦労の中から生まれた確かな言葉で、私には説得力があった。「A君は頑張つて疲れたのだな、大変だったのだろうか」と思った。

自分を変えたいという思い

A君の変化を、場の雰囲気や人の気持ちを読めず、場にそぐわない行動を繰り返していると見ることはできる。「伸び伸び」も「目立ちたくなくなる」もA君の場の雰囲気の読めなさに由来し、結果として浮き上がって孤立したと考えることもできる。ウイングの積極・奇異型と受身型を行き来しているようにも見える。

しかし同時にそれは、A君の側から見れば、自分を変えたいと思い、自分なりにやってみるが、うまくいかずあきらめるということとを繰り返しているということではないかと思つた。「目立ちたくなくなる」という言葉の中に、A君なりの「自分を変えたい」という主体的、能動的な思いを感じることが大切と思うのである。そしてA君の思いが少しでも奇異なもの、浮き上がったものとならないように、周囲の人間ができることはないかと考える必要がある。A君には、まずは学校の担任教師の定期的な家庭訪問を依頼した。そして、保健室への登校へと誘い、教師との一対

一の関係から、少人数の同級生との関係へとつないでいくように試みた。

A君のように、一見「変化に抵抗する」ように見える子どもたちのなかに、「自分を変えたい」という気持ちが潜んでいるケースは少なくないように思う。子どもたちの頑なに生き方を変えないように見える姿勢のために、内なる気持ちを見落としてはならない。

思春期の子どもたち出会うとき、彼らの中に、自分で気づいているかどうか別にして、変わりたいという気持ちのどこかにある、と思いつながら接することが大切ではないかと思う。

社会性の障害

○社会性の障害とは、「友だちをつくるのが苦手で、悩み苦しんでいる」ということではないか

B君は高校生。「学校で、みんなが自分のほうを見て、自分のことを言っているような気がする。教室に入るのが怖い」という主訴で、相談にやってきた。中学校に入ってから、「春になると自分を明るくして、皆と仲良くしようと思う。そうしたら、何人か友だちができて始め、いろいろと話しかけられるようになる。その時、どのように答えたらよい

かわからず、やがて友だちが離れていく」ということであった。母親には、「受け答えがわからない。どうしたらいいの？」と繰り返し尋ねていた。

B君は成績が良かったので、小学校までは皆の中に混じっているように見えたが、実際に友だちと一緒に遊ぶことはなかったという。B君はきわめてマイナーなロックグループが好きでそのファンクラブに入っていたが、B君と同じ趣味をもつ同級生はいなかった。B君は「中学生時代から、自分は人に合わせてきた。皆が楽しいと思う話題を楽しいとは思わないが、合わせてワーツとやっていった。しかし、自分ほしだいに合わせるのがしんどくなった。中学二年生のころから、同級生が悪口を言っているように思うようになった」という。実際、同級生たちが賑やかに話し、笑っている時、話していることの意味がよくわからないことがあり、一緒に笑えないことが多かった。

B君の対人関係の悩みを、具体的に記してみる。

- ・ 自分のおもしろいと思うことと、友だちがおもしろいと思うことが違う。
- ・ 自分が興味をもっていることを話すと、友だちがあまりおもしろくなさそうにする。

・ 友だちが笑うだろうと思うところで笑っているが、本当はおもしろくない。

・ 友だちに話しかけられたとき、どのように答えたらいいかわからない。

・ 距離感がつかめない（すごく近くなるか、遠くに離れてしまうか……）。

B君は「自分を明るくして、友だちをつくりたい」と思い、行動に移していた。しかし、友だちができたとき、友だちとの話が続かないこと、楽しく話せないことに苦しみ、やがて変えるのをあきらめていった。私はB君に、「人付き合いが、君を苦しめていると思う」と話し、「人付き合いの練習をしよう。まずは、友だちが好きな番組や歌を調べてみないか」と提案した。「受け答えがわからない」というB君の悩みには、友だちの話しかけに具体的にどのように答えるかを話しあうこととした。

本当に「ひとり」が好きなのか

思春期まで大きな問題や出来事がなく辿り着き、その後に来訪をされた子どもを診ていると、A君やB君のように、「周りの人が自分のことをヒソヒソと話している」などと関係念慮・被害念慮などを述べる人が多い。時には妄想に近い場合もある。その背景には、「心の理論」の課題を通過して、人の心

がいくらか理解できはじめたが、同時にまだ充分に場の雰囲気や暗黙のルールが読めず、同級生の中で浮き上がったたり、孤立したりしてしまいがちというところもある。人の心が理解でき始めたときの苦しみと考えることができる。

ここで視点を子どもの側に移してみよう。一見、子どもたちは「ひとり」が好きなように見えるし、現実に「ひとり」でいるのが好き。友だちは嫌だ」と述べる子どももいる。実際に家庭に引きこもっている子どもは、友だちが来るのを嫌がったりする。しかしその当の子どもが、たとえば、友だちのたくさん出てくるアニメや小説を書いていたりするのである。彼らは本音を隠しているのではなく、自分の本音に気づいていないことが多い。

「みんなの中に入るのが怖い」と述べた子どもは、教室には入らなくなったが、学校の少人数の部屋になると、あるいは一対一になるとよく話す子どもになるのであった。そして「みんなが楽しそうにしているところに行くと、淋しくなる」と孤独感を述べた。集団への恐怖と、集団に入れない淋しさと、その奥に潜む集団に入りたいという気持ちを感じた。

人と仲良くしたいと強く願っている子ども

もいる。「自分の好きなことは言わないで、友だちの考えることと少し違うことを話す。そうすると友だちがおもしろがって、ウケル。それが楽しい」と、友人集団に過剰に適応しようとした高校生もいた。ただ、ウケルことは、子どもにとつてはとてもうれしいことであることが多く、特定の言動を固定させ、繰り返しさせることにつながりやすいので、そのプラスとマイナスに留意しておきたい。

人を求める気持ち

これまでも多くの臨床家や研究者が広汎性発達障害の子どもたちの中に、人を求める気持ちが生え、そして発達することに気づき、報告している。高橋は広汎性発達障害の愛着の発達段階を五段階に分け、混沌、道具、快適の段階を経て依存、自立の段階に至ることを、また、小林は子どもの中に接近・回避の葛藤があることを指摘し、接近欲求をとらえることの大切さを指摘している。杉山は、積極的な養育者への接近が学童期などに遅れて現れてくることを、また、滝川も関係発達（社会性の発達）に遅れがあり、愛着行動が失調しやすく、接近と回避とが葛藤的に混じり合った混乱した愛着行動になることを指摘している。

思春期の子どもたちに出会うとき、「彼らは友だちと仲良くしたいと思っているが、うまくいかずに困っている」と考えたかどうか。彼らの対人希求性に注目し、それをそつと応援するような姿勢が必要になると思うのである。

人を求める気持ちが見えようと見えまいと、子どもたちはどこかで人を求めている、友だちと仲良くなることを求めている、大人と親しくなることを求めていると思いがながら、子どもたちの出会い、その応援を考えることが必要なのではないかと思う。

ただ、子どもたちへの強引な接近は不安を喚起しやすい。子どもに直接に会うことを求めない家庭訪問などの、非侵襲的な接近が求められる。子どもの環境が少しでも援助的となるように調整することは重要である。

また、人と仲良くしたいという気持ちは、時にはストーカー的な人への接近となつて現れることもあるので、人付き合いのマナーやルールを教えることも大切となるのは言うまでもない。「僕があなたを傷つけてしまったのではないか。ごめんなさい」と繰り返し電話していた高校生は、「そのようなことをすると、君がおかしいと思われるよ」と友人に助言され、はじめてブレイキをかけることができた。

コミュニケーションの障害

○コミュニケーションの障害とは、「自分の思いを言葉にすることや、人の言葉を理解するのに苦労している」ということではないか

三〇年近く前、言葉の遅れをもち、時に突発的な乱暴をする幼児に出会った。その子どもは、お母さんが大好きだったが、その気持ちをうまく表現できず、気持ちがすれ違っているようであった。三歳を過ぎたころだろうか。その子どもが「お母さん」という言葉を話し始め、そのときから、氷が解けるように、子どもはおだやかに、母親に甘えるようになったのだ。「お母さん」という言葉が甘え・甘えられるという関係を確かなものにしたのである。もちろん下地として母親が子どもに愛情を注いでいたということがあった。ただ、言葉が母子の関係をよりいっそう親密なものとする、大切なツールであることを実感した。

養護学校小学部中学年の自閉症のC君は、注意が持続できず、落ち着きがなく、些細なことでも、パニックとなり荒れていた。言葉はほとんど出ず、自分の要求に周りが気づかないと怒りを爆発させた。音にも敏感であった。人を見ても視線が定まらず、人と物の区

別がついていないようであった。興奮したとき、抱っこすると足をバタバタさせて余計に暴れた。

言葉を育むために言語療法が始められた。

当初は、なかなか課題に注意が集中せず、すぐに椅子から立ち上がった。そのようなC君の注意をひきつけ、ひらがなの文字を一字一字を読むことから言語療法は始まった。周囲からの刺激を減らし、C君の興味あるもので注意を引き付け、できたことをきちんと褒めた。言語療法は楽しい遊びであり、時にはきっぱりとした禁止や注意を通してルールを学ぶことでもあった。言語療法室でも壁に頭をぶつけるとぶつけるという自傷や、時には振り払うような動作で治療者を叩くということもあったが、言語療法はゆっくりと着実に名詞、動詞と進み、やがて二語文になった。二年近くの時間を要したが、その結果C君は、自分の言葉で（時には過剰なほどに）要求ができるようになり、パニックはほとんど出なくなったのである。治療者の技術と熱意、そして親の愛情と粘り強さがこのような経過をもたらしたのである。質の高い言語療法は、同時に精神療法でもあると納得した。

言葉は役に立つツール

さて、話を戻そう。思春期においては、一

方向的な話、まずはそれを大切にしたい。そして一方的な話に合いの手を入れる。「それは何?」「これは何?」と質問してみる。教えてもらおうという感じである。そこに子どもたちの意外な世界が広がってくることもある。

まずは、自分の理解したことを、相手に伝えて確かめる。「あなたの話したことを、私はこのように理解したけれど、どのくらい、当たっていますか?」と尋ねたり、「そうすると、こういうことで君は困っているということだね」などと要約して伝え返してみる。

もちろん、紙に要点を箇条書きにしてもよい。それが、言葉のキャッチボールの始まりである。子どもの言葉を、まずきちんと受け止めて、伝え返す。好き嫌い、やりたい・やりたくないなどのイエス・ノーの意思表示も苦手な場合が多いから、二択、三択で①したい、②したくない、③どちらとも言えない、から選んでもらってもよい。それが言葉になればなおのことよい。

同時に、自分の話したことを、相手がどの程度、理解しているか確かめることも大切である。「私の話したことが、どのくらいわかりますか?」「何%わかりますか?」などと尋ねる。点数や%で尋ねると、はっきりとした数字が返ってくる人が多い。

「私には、まだ充分にわからないことがあるのだけれど、〇〇について教えてもらえますか?」と尋ねたり、「助けて」というサインを送ろう」と話すこともある。

少しでも快適に生きるために、嫌なことをさけるために、言葉が役に立つツールであることを実感してもらいたい。言葉は日常生活を快適にするツールなのである。言葉の実効性を実感するといってもよい。

敏感すぎるほどの反応

子どもは環境に反応してはいないか

高校生D君は、パニック障害、過呼吸症候群ということで受診した。小六の頃より、クラスで先生が怒りそうなときに、「皆が叱られてしまうのではないか」と心配になり、ドキドキするようになった。中三の時、クラスが荒れ、再びドキドキすることがあった。高校に入学後、教室の中で他人からどう思われているかとか、自分が昔、失敗したこととかを思い出して、ドキドキするようになった。ドキドキすると過呼吸となり、手足がしびれるようになった。「教室がざわざわしていると、しだいに誰かが叱られるのではないかと恐くなる。そのため、保健室でほとんどの時間を過ごすようになった」と述べた。

子どもを、ミクロの原因と結果という因果関係で捉えようとするのをやめて、距離を置いた視点で、マクロの原因と結果と捉えるときに見えてくるものがある。D君は、クラスのいつ叱られるかもしれないというピリピリとした雰囲気に対応していたのであり、D君自身が叱られるということを心配していたのではない。

前述したA君の小学校中学年での変化は、算数などの勉強が難しくなったことも関係していたが、一番の変化は、担任教師ではないかと考えられた。一、二年の担任教師はのんびりゆったりタイプだったという。小さなことを叱らずに、子どもたちをほめ、クラスはにぎやかであったという。三年の担任ははじめでよい先生ではあったが、子どものしつけには厳しいほうで、A君に直接ではないが、同級生をよく叱っていたという。クラスの雰

囲気はシーンとして、皆騒がなくなった。A君も同時におとなしくなり、そのまま数年、おとなしくしていたのである。D君もA君もクラスの雰囲気の変化に、他の同級生以上に反応していたものと考えられる。

これは担任教師個人の責任ではない。たとえばD君の担任もA君の担任もよい先生であった。あえて言えば、一人の教師がみることができると子ども数の限界を感じる。補助的な教師が配置されるなど、もっと充実されるべきではないかと思う。複数で子どもを見るようになる、教師がゆとりをもって、冷静に子どもに対応できるように。マンパワーは、教育の質を向上させる不可欠な要素である。

空気に反応するように、広汎性発達障害の子どもたちは、自分の環境に反応しているのではないかと思う。雰囲気への敏感さとても

言うのだろうか。少なくともピリピリした、トゲトゲしい雰囲気、急に変化するような雰囲気に、敏感に反応しているように思う。逆に安心できる穏やかな雰囲気は子どもを落ち着かせる。安心できる雰囲気を提供することが大切となる。

ある時「私はまっすぐに生きるのだ」と言い、同級生から浮き上がってしまった子どももほろが問題なのか、その他の子どもたちのほうが問題なのか、わからなくなり、私のほうが本当に考え込んでしまった。同級生とうまく付き合えるようになってほしい。清水のいう「おおよそ」を少しずつ理解できるようにになり、人と折り合いをつけられるようになってほしい。そのためにはどうしたらよいのだろうかと考えた。

一方で、「まっすぐに生きようとした」子

どもは、たしかに場の雰囲気を読めないかもしれないが、しかし誰よりも「真つ当な意見」を述べているのである。周囲が「真つ当な意見」にきちんと耳を傾けることも大切ではないかと思つた。

広汎性発達障害の子どもの「真つ当な意見」や視点の異なつた意見に感心させられ、救われることが、しばしばある。彼らの基本的に根源的な言葉は、人生や社会の問題の本質をつくことがある。「人はなぜ嘘をつくのですか?」と私に尋ねた子どもの言葉が、今も心から離れない。広汎性発達障害の子どもたちは、しばしば私に人生の本質的な事柄について問い、教えてくれる。

おわりに

Normalization に関して、二つの言葉を思ひ出す。

一つの Forced Normalization (強制正常化) とは、「てんかん」の治療の際に、脳波は正常となり「てんかん発作」が起こらなくなった時、逆に精神症状が出現してくる現象を言う。てんかん発作という脳の過剰な興奮を沈静させることが、精神症状の悪化をもたらすというこの現象は、てんかん発作自体にも脳の興奮を軽減させるプラスの側面があることを教えてくれる。無理に抑え込もうとす

ると、どこかにひずみがでるといふことでもあるのだろう。

もう一つの Normalization (ノーマライゼイション) とは、一九六〇年代後半、デンマークのバンク・ミケルセンによって提唱された概念で、障害者を特別な人と見るのではなく、障害者が社会の中でふつうの生活が送れるような条件を整えるべきで、ともに生きる社会こそがノーマル(当たり前)だという考え方をいう。見誤ってはならない重要なことは、それが、一昔前の「白人が黒人を社会に受け入れる」というような発想ではなく、さまざまの人が当たり前前に生きていける社会を考えていたということである。

前者はてんかん治療の際に重要なものであるし、後者は児童や成人の知的障害や精神障害の福祉において重要なものである。異なつた領域で使われている言葉であるが、私には二つの Normalization から、いろいろと考えさせられることがある。

私たちの子どもへの援助は Forced Normalization になつてはいないだろうか。すなわち、過剰に社会への適応を強いてはいないか、過剰によい子を求めていないだろうか、と考える必要がある。それは、時には子どもの生き生きとした喜びや楽しみ、そして主体性や能動性を育むことを損なつてしまふ。い

くらか偏りがあるとしても、子どもの伸びやかさを損なわない、そんな柔らかな成長・発達の援助こそが、さまざまな人が当たり前前に生きていくという本来の意味での Normalization に求められているのではないかと思うのである。

広汎性発達障害であろうとなかろうと、子どもは、そして人は、自身を肯定し、自信と誇りをもって生きたいと願っているし、私たちの治療や援助もそのような方向に向けたものになるようにと思つている。

〔参考文献〕

- 高橋脩「自閉症と ADHD の愛着の発達について」『そだちの科学』七号、六六―七二頁、二〇〇六年
- 小林隆児「よくわかる自閉症―「関係発達」からのアプローチ」法研、二〇〇八年
- 杉山登志郎「発達障害の子どもたち」講談社現代新書、二〇〇七年
- 滝川一廣「愛着の障害とそのケア」『そだちの科学』七号、一一―一七頁、二〇〇六年
- 清水将之「子どもの精神医学ハンドブック」日本評論社、二〇〇八年
- 青木省三「精神科臨床ノート」日本評論社、二〇〇七年

(あおき・しょうせう／精神医学)

成人期臨床における広汎性発達障害を考えるにあたって

青木 省三

Key Words

pervasive developmental disorder, adulthood, situation dependency

1 はじめに

成人を対象とした一般臨床において、統合失調症、気分障害、強迫性障害、不安障害、摂食障害などと診断される人の背景に、アスペルガー症候群をはじめとする広汎性発達障害やその疑わしきものがあるのに気づくことがある。広汎性発達障害の症状や特徴を通してみると、一見関係のないように見える日々の言動が、初めてつながったものとして理解できることが少なくない。いまや一般臨床は、発達という視点抜きには行えないという印象を多くの臨床家が抱いており、治療や援助にも新たな工夫が求められているように思う。

実際、従来の精神障害と広汎性発達障害の関係が、併存なのか発展なのか、あるいは鑑別なのかと考えると難しい。また成人の場合は乳幼児期の発達歴が不明であったり、親の記憶や陳述も不確かであったりするので、現症だけで広汎性発達障害と診断していいのかという問題もある。最近では、一部で過剰診断と考えられるような事態も生じてきている。

以下にいくつか、日々の臨床において感じている印象を記し、特集の序としたいと思う。

2 成人期に顕在化してくる広汎性発達障害について

幼小児期から学童期にかけて、特別な「問題」に気づかれることなく、青年期・成人期に至った、微かな(ときには明らかな)広汎性発達障害を持つ人たちは、生得的な広汎性発達障害的な特質と、養育やその後の環境や本人なりの対処行動との相互作用によって自己を形づくっていく。その相互作用の中で、広汎性発達障害の特質のある面が際立ってきたり、独特の考え方や生き方が形作られていることが多いように思う。それは、その人たちの、人生観や信念、ライフスタイルや個性、時には病前性格といってもよく、彼らを支えもするが、同時に生きづらくさせるものともなる¹⁾。

そのため、成人期に顕在化してくる広汎性発達障害を理解するには、生得的な要因が強いと考えられる広汎性発達障害の特質だけから理解するのも、後天的な環境要因だけから理解するのも、不十分でかつ誤解を招きやすい。生得的な要因と後天的な要因の相互作用の中で、障害の特質と性格・個性が分かち難いものになっているのである。

例をあげる。

1)ある女性は、自分の好きな男性のタイプは、「外見がかっこよくて、明るい人であり、そのような人は内面もよい」と述べた。彼女には外見と内面は一致するという信念があり、外見に納得がいけない人は、どんなに勧められても好きになれなかった。

2)別のある女性は「笑わない、無口で、神経質な男性がよい」と述べ、その理由として、「いつも笑っている人は自分を笑っているような気がする。よく話をする人は、ときどき何を話しているかよくわからなくなる。神経質な人は繰り返し手を洗ったりするのできれい好きな気がする」と述べた。いずれも本人なりに「根拠のある信念」であった。

3)ある女性は、家の中を片づけることができず、「ゴミ屋敷」と呼ばれていた。医療スタッフや保健師が家を訪れ、片づけようとしたが、女性は頑なに断った。たずねてみると、一つ一つの物は、スーパーのチラシで買った特価品であり、彼女にとっては「宝の山」であることがわかった。周りの人にとっては「ゴミ」でも、彼女にとっては「宝」、価値観が異なっていたのであった。

一般に広汎性発達障害の特質は、心理的、環境的な負荷が加わったときに際立ちやすい。すなわち、危機的なとき、緊張したときなどに、広汎性発達障害らしく感じるように感じている。例えば、こだわり、強迫傾向などは、その人を苦しめる症状であると同時に、その人たちを保護する役割も持っているためではないだろうか。だからこそ、不安や緊張そして危機などの際に、その人の中にある広汎性発達障害的側面が際立ってくるのである。

また、心理的、社会的なサポートを失う、仕事内容が複雑に変化し負荷が増加する、過剰な刺激や情報にさらされるなどの、環境の変化(進級や進学、就職や転職、仕事内容の変化、一人暮らし、恋愛など)を契機として、従来の精神障害という表現型で発症することが多いように思う。

3 場面性、状況反応性、時間性について

国際疾病分類第10版に「程度の差はあるが、これらの質的な異常は、あらゆる状況においてその患者個人の機能に広汎に認められる特徴である」と記してあるように、典型的な広汎性発達障害の特徴は、いつでも、どこでも、認められると考えられやすい。しかし、成人期の場合、広汎性発達障害らしさは、変化や新規な場面で、瞬間的に、チャンネルが切り替わるように、あたかも傷口が開くように現れてくることもあり、場面性、状況反応性、時間性が認められることが少なくない。

表情や雰囲気は、場面や状況や時間によって異なることが多い。診察室では硬く拒否的・防衛的な表情や雰囲気で、とりつく島がないように感じる場合でも、意外に家では表情が異なることがある。診察時、親や配偶者などに「今(診察室)はかなり緊張しておられるご様子ですか?家ではずいぶんと違っておられるのですか?」などとたずねる必要がある。そうすると成人期の患者では、家や異なった場面では、笑顔や笑い声が出ている場合が少なからずある。学校の教師に同様の質問をすると、教師が笑顔や笑い声に気づいていることもある。逆に診察室では全く自然で問題がないように見える患者が、学校場面では同級生から浮き上がる言動を繰り返すなどの、広汎性発達障害の特徴を呈している場合もある。アスペルガー症候群らしい雰囲気や言動は、診察室などの緊張場面、特に初診時などに出現しやすく、新しい場面や人に慣れた頃から、薄らいでいく傾向がある。

いくつか例をあげてみよう。

1)ある高校生が診察室で不安になり過呼吸を起こし、診察台に横になっていた。横になって苦しんでいる最中に、一瞬動きが止まり、診察台のシーツのしわをピッと伸ばしきれいにしてから、再び苦しみはじめたのであった(時間性、瞬間性)。

2)ある中学生は、初診時、私の前でほとんど黙っていたが、私が緊急の電話でやむをえず席を離れた瞬間、机の上にあったサインペンを取り上げ、「(この芯は)0.1ミリかな、0.2ミリかな…」といい、「0.1ミリだね」というような会話をその女性と母親の間で交わしたのであった。陪席していた医師がそれを見て「不思議ですね…」ともらした(状況反応性、瞬間性)。

3)20代の女性は、「死にたい」という希死念慮を述べていたが、「あなたのような場合、いろいろな毎日の生活の疲れがたまっても、『死にたい』という気持ちにさせていることがあるけれど、何か無理して頑張っていないかなー」と私がいうと、その瞬間、その女性と母親が顔を見合わせて破顔一笑し、「私、お母さんに全部やってもらっています。これ以上、してもらうことはありません」と述べた。女性も母親も私のことばを字義とおりに捉え、反応していた。いずれにしても私の一言が沈うつな診察の流れを変え、彼女の口から「死にたい」ということばが出なくなったのである(状況反応性、瞬間性)。

4)小学5年より教室の中で話さなくなった男子は、些細なことで同級生に怒ったり、暴力を振るったりするようになった。彼は同級生との人間関係を強く拒否しているかのように見えたが、意外なことに同級生が話しかけたことには短くではあるが答えていた。彼が自分の方から話しかけることはなかったのに、中学1年の「山の学校」のキャンプファイヤーのときには、突然、「マイクを持って司会を始め、一方的に指示を出すような司会ではあったが、終わりまで話し続けたのであった。それ以前にも新規な場面で、突然、不思議な行動を瞬間的にとるということが数回あった(状況反応性、時間性、瞬間性)。

5)ある高校生の男子は、小学校低学年までは「思ったことをはっきりという、伸び伸びした子ども」であったが、小学3年からおとなしく控えめとなり、中学校に入学後、再び活動的になり、その後中学1年の3学期から、学校に行

かなくなった。「同級生がこそこそと自分のことをいっている、自分のことを嫌だと思われているような気がして行けない」という関係念慮を主訴としたが、診察の途中で「中学校に入って、君は少し頑張ろうと思ったのかね」とたずねたところ、「ちょっと目立ちたくなくて、はしゃぎました。ときどき、目立ちたくなるのです」と答えた。そして、「これからどうしたいの?」という質問に、「目立たず、…普通に、…ゆっくりと生きていきたい」と述べた。同時に、彼が教室や担任教師の雰囲気敏感に反応し、変化していることがわかった(長い期間での時間性、状況反応性)。

4 診断と援助をめぐる

診断に際しては、個々の症例において、従来の精神障害の診断とともに、広汎性発達障害的要素がどの程度認められるかというような評価を、丁寧に行っていくことが大切になるのではないかと思う。また、生得的な広汎性発達障害の要因がどのくらいで、後天的な環境要因がどのくらいという比率を、おおよそにでも判断することが必要になる。

また、米国精神医学会のDSM-IV-TRの自閉性障害の項目、「発達の水準に相応した仲間関係をつくることの失敗」「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」「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」などを見ると、「失敗」「欠如」「障害」ということばが続いている。診断基準であるからしかたがないことかもしれないが、そこに、その人の「願い」や「思い」、「希望」や「可能性」は出てこない。しかし、実際には、多くの広汎性発達障害の人の中に人を求める気持ちや自分を変えたいという気持ち、さらには人とコミュニケーションを持ちたいという気持ちが、大きいかわ小さいかわ、意識されているかどうか、適切な形かどうかは別として、存在することに気づくのである。「一

人がいいです」といていた青年が、ふとしたことを契機に、「職場や学校に行き始める」ことも稀ではない。

社会性の障害とは、「友達を作りたいのだが、うまく作れず、悩み苦しんでいる」と考えた方が、コミュニケーションの障害とは、「自分の思いを表現したいのだが、うまくことばにならず苦しんでいる」と考えた方が、こだわりとか想像力の障害とは、「自分を変えたいと思うが、変わるのが怖い」と考えた方が、広汎性発達障害を持つ人たちの気持ちに近いのではないかと思うときがしばしばある²⁾。

そう考えると、従来の精神障害の診断という枠に加えて、発達の問題がどの程度認められるか、そして健康なところがどの程度認められるか、などを判断するというような、これまで以上に多面的な理解と、個々に即したきめ細やかな援助が求められているのではないかと考える。

文献

- 1) 青木省三：成人期における広汎性発達障害への理解と援助. *そだちの科学* 8：47-54, 2007
- 2) 青木省三：思春期における広汎性発達障害. *そだちの科学* 11：112-118, 2008

* * *

特集 精神科診断と分類について—ICD-11の課題—

F7 : 精神遅滞(知的障害), F8 : 心理的
発達の障害, F9 : 小児期および青年期に
通常発症する行動および情緒の障害*● 青木省三** / 村上伸治** / 松下兼宗** / 笹江岳児**
宮崎哲治** / 鷺田健二** / 渡邊史恵** / 和辻大樹****Key Words** : diagnosis, mental retardation, developmental disorder, behavioural disorders, emotional disorders

はじめに

診断は、診断それ自体が独立してあるものではない。とくに児童青年期においては、診断は、その後の治療、たとえば薬物の投与につながっていき、療育手帳や特別児童扶養手当などの子どもや家族を支える福祉サービスにつながっていき、特別支援教育という教育サービスへもつながっていき、大きな広がりをもったものである。しかし、「(サービスを受けるために)診断してもらってきなさい」、「きちん診断してもらって、お薬を出してもらったらどうですか」というような助言を受けての受診が増加してくると、誰のための、何のための診断なのか、と考えてしまうことがある。

本稿では、「F7 : 精神遅滞(知的障害), F8 : 心理的発達の障害, F9 : 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に関してのICD-11の課題について述べるのが筆者の責務であるが、世界や日本の現状や研究を広く理解し総論的に記すということは、筆者の手を超えたも

のである。ここでは主として日常臨床においてICD-10を用いて診断を行う中で感じた、素朴な疑問とこれまでのいくつかの研究を中心に記したいと思う。

なお、読者の先生方には、ICD-11の作成に向けて、現在のICD-10の疑問点、またICD-11に向けての要望を、ICD-11委員会(飯森眞喜雄委員長)によって開設された「ICD-11に向けて」(<http://icd11mental.com/>)にご意見をお寄せいただくように、ぜひともお願いしたい。

F7, F8, F9というカテゴリーを
超えた全体の問題

F7, F8, F9というカテゴリーの中の問題を考える以前に、ICD-11においてカテゴリーをどのように構成するかという全体の問題がある。

①精神疾患の分類方法については、現在議論されている新しい分類方法として、問題を内的ないし主観的に体験される症状として表出する内面化障害(internalizing disorders)と、問題を外的世界において行動として表出させる外面化障害(externalizing disorders)とに大別するという案が提唱されている¹⁾²⁾。その分類においては、多動性障害(hyperkinetic disorders, DSM-IVでは注意欠陥/多動性障害(attention deficit hyper-

* F7 : mental retardation, F8 : disorders of psychological development, F9 : behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence.

** Shozo AOKI, M.D., Shinji MURAKAMI, M.D., Kanemune MATSUSHITA, M.D., Gakuji SASAE, M.D., Tetsuji MIYAZAKI, M.D., Kenji WASHIDA, M.D., Fumie WATANABE, M.D. & Taiki WANI, M.D.: 川崎医科大学精神科学教室[〒701-0192 岡山県倉敷市松島577]; Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School, Kurashiki, Okayama 701-0192, Japan.

active disorders ; AD/HD)], 行為障害などは、外面化障害に含まれることになるといわれている。そうすると、F7, F8, F9というカテゴリーの中の問題ではなく、カテゴリーの立て直しや組み換えを考える必要が出てくる。しかし、臨床的には、内面化と外面化と考えられる症状は、その比率は別としても、1人の患者に同時に認めることが多く、またカテゴリーとしても広い範囲のものを捉えてしまう懸念がある。

②DSM-Vでは、パーソナリティ障害、精神遅滞(知的障害)と同様に、第II軸に発達の問題を含めていこうという意見がある。たしかに精神障害と発達の問題は、同列に議論できないところがある。両者の合併は多く、発達の問題が基本にあり、その上に従来の精神障害が生ずる可能性がある。発達の問題と従来の精神障害とを異なった次元で捉え、両者を評価していくという視点が臨床的には求められているように思う。

③アスペルガー症候群と統合失調質パーソナリティ障害、さらには統合失調質(schizoid)には、類似点が多い³⁾⁴⁾。ICD-10の統合失調質パーソナリティ障害の中の項目、「(f)ほとんどいつも孤立した活動を好んで選ぶこと」、「(h)親密な友人や信頼できる人間関係をもたず(またはたった一人だけ)、またそれを望みもしないこと」などは、アスペルガー症候群の「相互的な社会関係とコミュニケーションのパターンにおける質的障害」と非常に似ている。実際、アスペルガー症候群と他のパーソナリティ障害との鑑別もしばしば困難である。発達の問題と性格の問題は、明確に区別できないものであり、広汎性発達障害とパーソナリティ障害の関係をあらためて見直す必要がある。

F7, F8, F9という カテゴリーの間での問題

発達障害という用語は、発達の遅れと偏りを総称したものとして、日常臨床においては、広汎性発達障害だけでなく、多動性障害を含んで用いられることも多く、精神遅滞(知的障害)をも含んで、広い意味で用いられることも少なくない。

滝川⁵⁾は、精神発達の構造を大きく2つの発達軸から捉えた。1つの軸は、周りの世界を知ることの育ち、すなわち「認識(理解)の発達」であり、

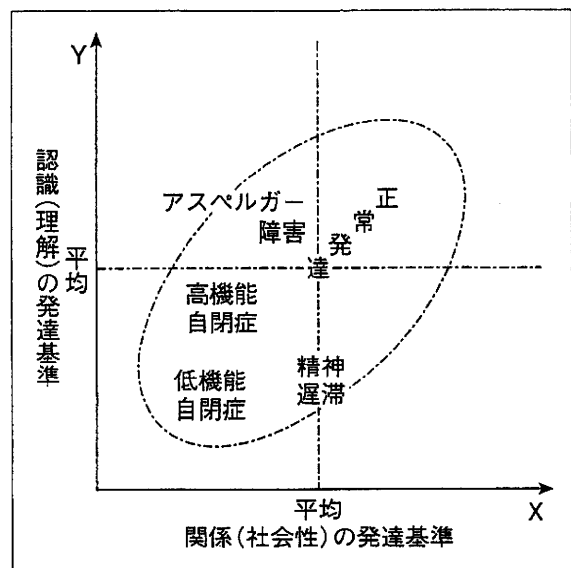


図1 正常発達と発達障害の連続性(文献⁵⁾より)

もう1つの軸は、世界とかかわることの育ち、「関係性(社会性)の発達」(図1)としている。滝川の主旨は、「正常発達」と「発達障害」とは、なんらかの異常性の有無によって分かたれる異質なものでなく、連続性をもった相対的な発達の個体差のあらわれであることを説明することにあるのだが、われわれが発達障害と呼んでいるのは、この図での右上1/4を除いた残り3/4すべてということになる。

また、2005年に施行された発達障害者支援法では、発達障害は「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」としている。

このような「広い意味での発達障害」という視点から考えると、精神遅滞(知的障害)は、認識(認知など)に関する個々の能力にばらつきのない全般的な遅れと捉え、広汎性発達障害は個々の能力にばらつきがあるものと考えてもよいかもしれない。多動性障害は、注意力に関する発達の障害と捉えられるので、F9よりもF8に入れるべきかもしれない。

多動性障害と広汎性発達障害の 合併、併存

ICD-10では、多動性障害の鑑別診断の所で、