科目5
精神疾患の基礎知識

講義２－３

発達障害

発達障害

ICD-10	DSM-5 神経発達症／神経発達障害群
F80　会話および言語の特異的発達障害	コミュニケーション症群
F81　学力の特異的発達障害	限局性学習症
F82　運動能力の特異的発達障害	運動症群
F83　混合性特異的発達障害	
F84　広汎性発達障害	自閉スペクトラム症（ASD）
F90　多動性障害	注意欠如多動症（ADHD）

・これまで アスペルガー症候群、高機能自閉症、小児自閉症、カナー型自閉症等様々な診断カテゴリーで記述されていたものを、DSM-5で、「自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害」の診断名に統合。

・ICD-10とDSM-5の診断名は、完全に対応しているわけではない。

発達障害の特徴

- 生来的なもの…原因は未だ特定されていない。
  →何らかの先天的な脳機能障害と推測＝小児期に発症
  ※しつけや愛情不足、本人の努力不足が原因ではない。
  ※特定の食品・成分・ワクチンが要因とはならない。

診断　※診断を確定できる特定の検査はない。

- 診察、同年代との比較、両親や関係者への問診、スクリーニング質問紙、心理検査等による総合的評価が必要。
- 診断されない→支援・治療されない→成長につれて重度な問題が生じるリスクが高まる（例：不登校、ひきこもり、ニート）。
  ※ニートの23.2%に発達障害または疑いあり（厚生労働省調査）

支援・治療　※「治す」ではなく症状への対処法や技能を学ぶ。

- 場合によっては症状軽減のための治療薬もあり。
- 強みを探し活かす＋年齢相応の水準から遅れている技能の向上。
- 障害特性をふまえ、本人の混乱を招かないような環境調整を行う。
- 親や家族等が発達障害に適応していくことも重要
  …多くの技能を学び、同じような境遇の他の親達と連携することが役立つ。

自閉スペクトラム症
(ASD:Autism Spectrum Disorder)

＊ICD-10では 広汎性発達障害(PDD : Pervasive Developmental Disorders) とされる

- 有病率:5歳で約 2.75～3.22%とばらつきあり　男>女
- リスク因子
  - ▷ 高齢出産
  - ▷ 低出生体重
  - ▷ 妊娠中の母親のバルプロ酸内服
  - ▷ 家族歴(ASDの約15%に遺伝的素因あり)
- 併存症
  - ▷ ADHD (20～50%、臨床例では30～80%？)
  - ▷ 他の神経発達症
  - ▷ 不安症、抑うつ障害
    (ASDの中核症状であるコミュニケーション障害やこだわりや
    感覚過敏等による不適応から派生する 二次障害のことも多い)
  - ▷ 摂食障害(背景にASDがある症例が18%)

ASDの診断

A:社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害

1. 社会的・情緒的な相互関係の障害
2. 他者との交流に用いられる非言語的コミュニケーションの障害
3. 年齢相応の対人関係性の発達や維持の障害

以下2つ以上

B:限定された反復する様式の行動、興味、活動

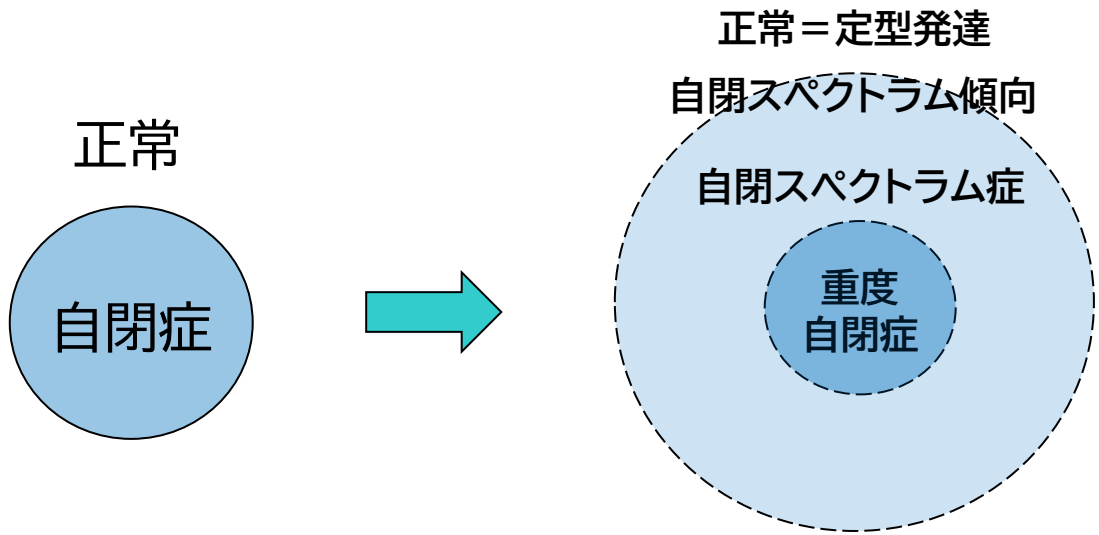
1. 常同的で反復的な運動動作や物体の使用あるいは話し方
2. 同一性へのこだわり、日常動作への融通のきかない執着、
   言語・非言語上の儀式的な行動パターン
3. 集中度・焦点付けが異常に強くて限定的であり、固定された興味
4. 感覚の敏感性・鈍感性or感覚に関する環境への普通以上の関心

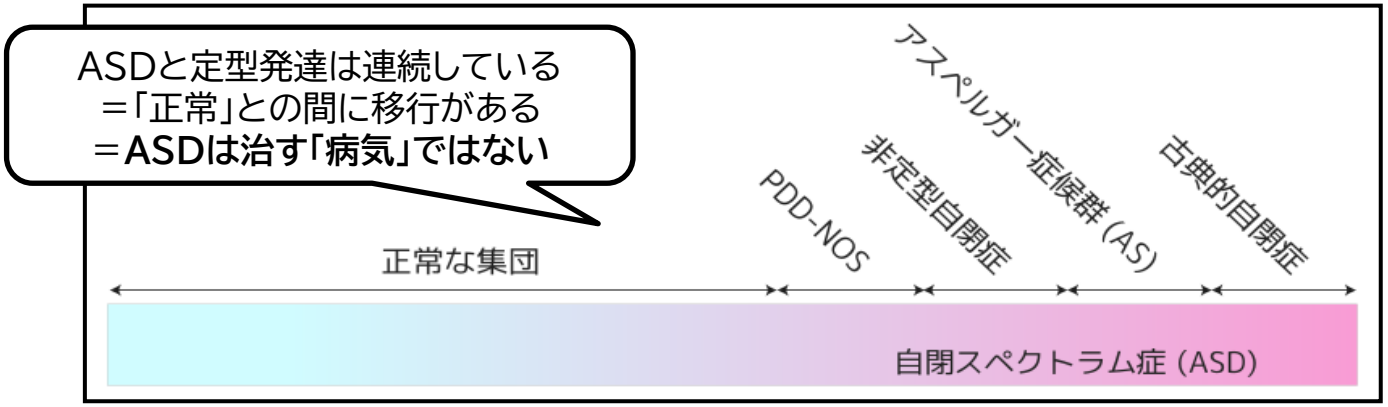
C:症状は発達早期に必ず出現(※後になって明確になるものもある)。

D:症状は社会や職業、他の重要な機能に重大な障害を引き起こしている。

DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き　を参考に作成

概念の変化





※スペクトラム＝連続体：症状には多様性があり、連続体として重なり合うという考え方

注意欠如多動症
(ADHD:Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

- 精神年齢に比し不適当な注意力障害・多動性・衝動性
  (過去6ヶ月の症状で亜型分類→不注意or多動・衝動優勢型)
- 成長するにつれて行動調節が可能となって行く場合が多い。
  (3分の2は 成人後も症状残存)
- 有病率:一般人口の3～7%(10～20%との報告もあり)
- リスク因子
  - ▹ 男性(男:女＝2～10:1) ▹ 妊娠中の母親の飲酒
  - ▹ 低出生体重(特に1360g以下で発症リスクが2～3倍)
  - ▹ 家族歴(一卵性双生児の55～92%が一致して発症)
- 併存症

▹ 不安症(25～33%) ▹ ASD(50%～)←DSM-5で併存が認められた
▹ 学習症(20～60%) ▹ チック症(30～50%) ▹ 抑うつ障害(3～75%)
▹ 双極性障害(10～20%) ▹ 反抗挑戦性障害・行為障害(50～60%)

ADHDの診断

- 不注意症状と多動・衝動性症状の各々において少なくとも6つ存在
- 6ヶ月以上持続する症状が12歳未満で存在症状は2つ以上の状況で認められる(学校、家庭、職場、家族や友人といる場面など)。
- 症状による明らかな社会的、学業的、職業的機能障害or低下

不注意

・不注意から起こる間違い
・注意の持続困難
・指示に従えず物事の遂行不能
・順序立てることが困難
・精神的努力の持続を要する課題を避ける、または嫌う。
・必要なものを失くす。
・すぐに気が散る。
・日々の活動を忘れる。

多動性と衝動性

・動きに落ち着きがない。
・着席していられない。
・不適切な状況で走り回る、高所へ登る。
・静かにしていられない。
・いつも動き回っている。
・喋り過ぎる。
・出し抜いて答え始める。
・自分の順番を待つことが困難。
・他人を妨害し邪魔する。

DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き　を参考に作成

ASD・ADHDの支援と治療

- 作業療法、行動療法、社会生活技能訓練、認知行動療法等
- 唯一の方法がある訳ではない→各々に合わせたアプローチ
- 症状への対処に焦点を当てて問題となる症状を改善
- 大きな問題なく社会生活を送れる工夫法を知って実践

  例：構造化・組織化した決まり事を作る、指示の確認
- 薬物療法

ASD　▹社会的コミュニケーションの障害、限局した興味と反復行動、感覚過敏・鈍麻といった、中核症状を治す薬物はない。

▹ASDに伴う易刺激性に対してﾘｽﾍﾟﾘﾄﾞﾝ、ｱﾘﾋﾟﾌﾟﾗｿﾞｰﾙ

ADHD ▹ﾒﾁﾙﾌｪﾆﾃﾞｰﾄ、ｱﾄﾓｷｾﾁﾝ、ｸﾞｱﾝﾌｧｼﾝ、ﾘｽﾃﾞｷｻﾝﾌｪﾀﾐﾝ

▹注意の持続時間や遂行機能の向上、衝動的行動の抑制

▹7～8割の症例で反応あり。

- 併存症の治療→併存症の改善がASD・ADHDの治療にも役立つ。

発達障害児者の予後

- 社会的コミュニケーションの障害、興味の限局やこだわり、感覚過敏もしくは鈍麻、注意力障害、多動、衝動性等の発達特性（しばしば知的能力の遅れも伴う）は、自他共にさまざまな軋轢を生じやすく、幼少時からの親子関係や、学校生活、仕事や家事等の日常生活に、慢性的な困難を抱えてしまう。
- 精神発達上の問題を含め、抑うつ障害、不安症、不登校、ひきこもり、反社会的行動その他の二次障害につながる場合もある。
- 発達特性の正しい理解や、それに即した環境設定、接し方、必要に応じた服薬等により、本人や家族のQOLは大いに改善される可能性がある。

発達障害児者の予後

- 乳幼児健診における指摘や学校・職場での気づき等、できるだけ早期の発見と適切な対処・必要時の医療が、予後の改善につながる。

例）場の空気が読めず相手の気持ちに配慮しない言動が目立ち、想定外のことがあるとかんしゃくを起こしたり衝動的に他児を叩いたりする児童を、「自己中心的な乱暴者」かつ「育てにくいやっかいな子」とみなして叱って育てる。

→「発達障害」として理解し、ルールを教えたり前もって予定を知らせたりする等、特性に応じた対応をし、得意なことをほめて活躍の場を作る等の配慮も行う。

⇒ 本人の不適応や保護者の自責感等が軽減され、精神発達（育ち）も促進される。

まとめ

- 発達障害は、何らかの先天的な脳機能障害による生来的なものと推察されているが、原因が未だに特定されていない。
- いわゆる健常者と発達障害者とを線引きして考えるのではなく、スペクトラム概念の考え方が主流になってきている。
- 発達特性によって、親子関係、学校生活、仕事や家事等の日常生活に、慢性的な困難を生ずる場合が少なくなく、精神発達上の問題を含め、抑うつ障害、不安症、不登校、ひきこもり等の二次障害を引き起こす場合もある。
- 症状軽減・緩和のための治療薬がある場合もあるが、支援・治療の主体は、「治す」よりも症状への対処法や技能を学ぶものである。発達特性の正しい理解や、本人の混乱を招かないような環境調整、接し方等によって、本人や家族のQOLの改善が期待できる。
- 乳幼児健診や学校・職場での気づき等による早期の発見と適切な対処が重要である。

ご視聴ありがとうございました。

続いて、

【講義２－４】依存症の動画をご覧ください。