

発達障害のある人々の心の健康を育てるために

～ 豊かな人生のための心の健康予防 ～

講師 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
一般社団法人 発達障害専門センター

神 尾 陽 子 先 生

2019 年 7 月 13 日(土)、和歌山県 JA ビルにて講演会を開催致しました。講師には、神尾 陽子先生をお招きし、「発達障害のある人々の心の健康を育てるために～豊かな人生のための心の健康予防～」というテーマでご講演いただきました。

第 1 部講演は以下の通りです。

まず、発達障害支援の考え方の変化についてです。発達障害のある人々は地域の約 10%になるので、専門機関だけでは難しく、医療・教育・福祉が連携して地域全体で対応することが大切です。発達障害のある人は集団生活において個別的なアセスメントに基づいた支援が必要です。また、ライフステージによって変わる支援ニーズを捉えて対応することが必要です。専門機関は飽和状態で、専門機関と専門機関でなくてもできることの役割分担が求められます。発達障害は本人、家族、学校、職場で気づき、発達障害専門医療機関が診断します。保育所や学校などの身近な場所で行動観察からアセスメントし、保護者と共有し、専門的なアドバイスを受けるメリットを知ってもらってから専門機関を紹介します。専門的な支援を受けつつ一般的な場所で教育を受けますが、支援を完全に分けず連携することが大切です。また、専門家が生活の場へアウトリーチすることが望ましいと考えます。

最近の発達障害の理解の変化としては、適切に学習すれば能力として身についたり経験値が増えたりし、うまく切り抜けるための行動は学習できるということです。また、発達障害とは別に、不安症やうつなど併存しやすいメンタルの問題のために QOL に影響がでることも多いということです。

心の健康について年代別に説明します。

まず乳児期です。1 歳半で見つけ、2 歳からが早期支援です。ただし、一部の ASD (自閉スペクトラム症) のある子どもは脳が大きくなるのが早く、2 歳頃にスピードが減退します。H24 年の改定で母子手帳の 1 歳時の項目に「指差しの追従」が追加されました。1 歳できていないと ASD とは言えませんが、何らかの社会性の問題を疑い、丁寧に見たり関わりを見直したりする予防的な意味があります。早期兆候としては過剰な泣き、哺乳や嘔食、睡眠の問題もありますが、ASD の場合は感覚過敏と関連していることがあります。何に過敏かを丁寧に聞くことが育児支援でもあり、育児相談の場で発達の問題に気付くこと

にもなります。

母親の脳は、子どもの笑っている顔を見ると快を経験したときに出る報酬系が活性化しますが、泣いている顔を見ると高度な精神作業をするときに使う前頭葉や頭頂葉が活性化します。見たり聞いたり触ったりして感覚野も活発になります。ASD の場合は目が合いにくく母親を見て笑わないことがあるので、報酬系が活発化することが少ないです。そして、過敏ですぐ泣くということであれば、ずっと頭が働いており疲れるので、サポートすることが必要です。

育児がうまくいかないと母親が非難されることがありますが、発達障害や気質の問題があります。気質は生物学的基盤を背景にもち、経験や環境との相互作用によって変わりつつパーソナリティが形成され、メンタルヘルスに影響します。気質は負の情動性が高いこと、高潮性が高いこと、自己制御の低さの三つの因子にわかれています。発達障害の有無に関わらず、気質が極端に強いこともあります。発達障害のある子どもが極端な気質を持つことも多いので、どんな気質があるのかを見てほしいです。

次に幼児期です。診断前支援は増えてきましたが、保護者にとって必要な見通しが充分ではないことがあります。保護者は支援が必要な理由と目標を持っておくことが大切です。支援は与えられるだけではなく選ぶことが理想で、保護者と医療と福祉が協働して意思決定することが満足度に繋がります。

保護者に向けて伝えたいことは、保護者自身の気持ちを無視しなくて良いこと、怒りは子どもではなく ASD に向けること、子どもの進歩を共有すること、他の保護者と出会って話すことです。発達障害にしばしば見られる関係性の問題をアタッチメントの問題と捉える風潮がありますが、実際はアタッチメントに問題のない場合が多いです。きょうだいに向けては、ASD のあるきょうだいに対してありのままに感じて良いこと、保護者と特別な時間を持つても良いこと、ネガティブな気持ちを話しても良いこと、きょうだいと一緒にできることを見つけることです。祖父母に向けては、孫にできることは多くありますが親の判断を尊重すること、孫と過ごす時間は思いつきではなく続けられる方法です。

就学前に ASD の特性が強い場合、学齢期に情緒の問題のリスクが高まるので、幼児期に気付いて対応し、学校へ引き継いで情報を活かしてもらうことが大切です。

ASD の不安は二次障害で説明できないものもあります。一部の ASD のある子どもは、不安や恐怖に関係のある扁桃体が急速に大きくなります。幼児期は不安やうつという症状がまだ出ていません。不安やうつが出る前から脳が定型ではない発達をしているのであれば、それは二次障害とは言えません。環境やストレスの誘因がなければならぬという問題ではなく、常にリスクがあるということです。

第 2 部講演は以下の通りです。

学童期についてです。問題行動は無くすという視点ではなく、何を問題と捉えているか考え、その行動の意味を理解することが重要です。問題行動は、本人の特性、健康状況や環境などを前提として現れる現象なので、背後には何があるのか考えることがアセスメントであり支援のヒントになります。この行動にはこう対応すれば良いという一対一の正解はなく、同じ行動でも子どもや環境により対応が違います。

子どもは自ら悩みを話さず、大人は子どもの行動の一面しか見えていないことがあります。不登校になる前に SOS が出ているので敏感になることが必要です。定期健診時にメンタルのことも確認できると良いでしょう。特別支援学校以外に精神科の学校医がいないことは課題だと思っています。校内で心の健康を予防することで、「こういうときは医療機関の利用が適切」という知識にもなります。学校は予防から支援まで連続的アプローチが自然にできる場であり、学校に期待される役割は大きいです。

発達障害のある子どもの不安や悩みは気付かれにくく、言語能力が未熟であったり、伝えようとしなか

ったり、独特な表現で周りに伝わらないと諦めたりします。不安は行動化や身体化するので、その変化を通して気付く必要があります。子どもの頃のメンタルの問題は成人後の社会的機能に影響を与えるので、子どもには回復する力がありますが放置はせずに回復を支えることが大切です。

感覚の問題は診断基準に入り注目されるようになりました。感覚過敏は努力で克服できるものではありません。その場面を避けるしかないのは困るので、音に関してはイヤーマフやノイズキャンセルなど合う物を試すのも良いと思います。少しでも緩和して参加できる場面が増えることは生活を豊かにします。ASDのある子どもが学校で不安や恐怖を感じるのは、感覚過敏と関係することが多いです。不安と恐怖の違いは、不安はその対象を頭に持っており持続していますが、恐怖は具体的なものに暴露したときに物凄く怖くなり、無くなるとスッと引くので、周りも忘れてしまいやすいものです。恐怖に基づく行動のある人は、情緒の制御が悪いということなので無視はしないことです。

京都府の小学校が授業で実施しているメンタルヘルス予防プログラムについてです。認知行動療法を基に、問題解決、社会的スキル、心理教育やリラクゼーションなどの要素を含みます。中でも認知再構成が認知行動療法の肝です。行動を変えるためには間違っただけで学習した認知のパターンをリセットし、新しく適応的なパターンを作ることです。学校で行なう場合、よくある状況を例として取り上げて学べるためスキルとして獲得でき、症状を減らすだけではなく、今は症状がなくてもどういうスキルが役立つのかを学べます。将来心の問題に出会ったとき、こういう方法で乗り越えられるということや、相談しても良いということも含めて教えるとレジリエンスが高くなります。プログラムの内容は漫画にしており、登場人物に自分を投影して疑似体験し、自分の気持ちをことばで言う練習をします。予備的研究では、学年が低いほど、事前の自己効力感が低いほど、自己効力感の伸びが大きく、ASD特性の高い子どももそうでない子どもも自己効力感が増しました。

通級利用中の診断のある子どもに対しては、不安なことを具体物にするために名前を付け、できごとと考えと気持ちを切り分けて考えることをしました。先生は積極性が出たことを褒めてくれ、保護者は子どもが自分から話してくれることが増えたと喜んでくれました。

ASDで不安が強い子どもには、個別的に認知行動療法を実施します。それでも不安が強い場合には抗不安薬を使います。どちらか一つを使うより、二つ一緒に使うほうが良い人も多いです。子どもの場合、余程ひどくなければ先に薬を使うより認知行動療法をしてから適宜薬を使うことが望ましいです。

思春期では事例の紹介があり、青年・成人期に移ります。学童期に良かった支援が成人期になっても良いということはなく、変わっていきます。その人がどうなったら良いかという姿を本人も含めて家族と支援者で共有し、自信に繋がることやその人によって活動が広がることなどを見つけていきます。そのためには子どもの頃のアセスメントではなく、定期的にアセスメントしていくことが必要です。

未診断のケースでは、発達障害という要素がないままアイデンティティを持っていることを理解します。アイデンティティは周りからどう見られ、どういう経験をしたかで作られます。「大変だった」という話が出たら、具体的にどう克服しようとし、それがうまくいったのかうまくいかなかったのかを聞きます。現在の発達障害やメンタルの状態だけではわからないことがあります。支援には時間が掛かるとして対応します。青年期以降に初めて診断されるケースは家族も葛藤を抱えています。家族の理解を得られることは大事なので、子どもの診断と同じように情報を伝えます。

発達障害の比率は男性のほうが多いと言われていますが、自ら助けを求める人は女性が多いです。発達障害診断閾下の成人女性は、発達障害診断閾下の男性よりQOLが低く、診断のある人と同じくらいQOLが低いこともわかっています。

発達障害の特性は特殊な一部の人たちだけではなく、一割程度はそのためだけに困っており、私たちも少しは持っています。問題が起きてからではなく、乳児から高齢者の生活場面どこにでも対応できるような仕組みが必要です。早期から支援すると社会参加の鍵になります。発達障害を治すということではなく、発達障害は心の健康を考える上でいろんなことを考え直すきっかけになります。発達障害のある人は心の健康の問題を持ちやすいですが、発達障害のない人も持ちやすいです。地域にできることは、発達障害のある人もない人も心の健康の問題を自分で予防できることはしようということです。専門機関は少ないですが「ここからは専門機関へ」ということが早い段階でわかり、「何でも専門機関へ」ということから変わっていくのではないかと思います。

[質疑応答]

■アタッチメントの本来の意味について

アタッチメントは Bowlby が第二次世界大戦後に孤児になった子どもたちを見て提唱しました。Bowlby の対象は虐待とは違います。動物は危機的状況において安心できる対象、母親的な養育をする人のところに行くと安心します。例えば、知らない人が来たときに子どもは母親を見たり母親に隠れたりします。そのときに立ち上がるシステムがアタッチメントです。愛情という意味はなく、くっついて安心するということです。Bowlby は 2 歳までは安心できる人が必要と言いました。アタッチメントはその人の安全基地であり、人生を通して大事です。親以外にも家族、恋人、配偶者や仲間などの複数から成り立ち、母親はその一部です。関係性がうまくいかないのは、遺伝的要因や環境もあります。母親でなくても皆でサポートし、アタッチメントを築いていけるような子どもに育てることが大切です。「ASD は母親との愛着関係が遅れたために不安が強くなり分離不安になり不登校になるのでは」という質問もありましたが、因果関係は科学的に証明されていません。困難なことがいくつかあるということと、因果関係をつけて説明することは違います。不安症は二次障害ではなく、神経生物学的要因に関係があります。

■鹿児島県の支援について

鹿児島県の療育センターのクリニックも何年待ちにもなっていました。そこで診断前支援というシステムで支援を広めるため、学校、保育所や支援事業所などのアセスメントを沿えた紹介状のあるケースを診るということをしました。支援者と繋がれるように、紹介状に学校の先生の印を求め、クリニックのレポートは学校で使わざるを得ないという仕組みを作ったことで広まりました。また、アウトリーチ部門も作っています。予算は多くないですが広げており、良いシステムなので参考にしてほしいと思います。

■診断の閾下と発達障害の疑いの違いについて

「未診断」は診断に該当するのに診断されていないときに使います。「疑い」は診断が確定に至らないときに使いますが、疑いのままということはあまりありません。疑いがあればさらに検査するというのが一般的です。「閾下」は、診断基準には合いませんが特性が強い場合に使います。特性はあり支援が必要なのは事実です。ASD にエビデンスのある支援は、診断のある人を対象にした研究で確認されており、閾下の人は対象にしていません。今後閾下の人に合うというエビデンスを作っていくといけません。

■特別支援学校以外に学校医はいないことについて 心理士を有効活用できないか

心理士の活躍に期待しています。公認心理師ができたので考え方が標準的になれば良いと思います。

神尾先生には、大変お忙しい中和歌山までお越しいただき感謝しております。約3時間半にわたるご講演と聴講者の皆様からのご質問にも丁寧にお答えいただきました。本当にありがとうございました。

末筆になりましたが、神尾先生のますますのご活躍を心よりお祈り申し上げます。