

## 成人発達障害の治療—主治医の立場から—

鷲塚 伸介

信州大学医学部精神医学教室

(2023年3月29日受付)

**要旨：**発達障害の対応には、患者が不得手とする点を本人の努力で克服させようとするアプローチと、不得手な点を別の形で補完させようとする2つのアプローチの仕方が考えられる。発達特性は生来のものであるため、前者のやり方だけでは限界があることが多い。後者については、職場の関係者などによく相談し調整する必要がある。

これらの点を踏まえたうえで、一般的的精神科医療機関での成人発達障害患者の治療について概説した。治療を始める前に、患者の発達特性を的確にアセスメントして、本人および関係者にフィードバックしておくことが重要である。

その後、心理社会的治療と薬物療法を組み合わせる治療が行われる。心理社会的治療において、通常は支持的療法がおこなわれるが、発達障害患者に対してはそれだけでは不十分であり、治療効果を上げるための工夫が必要となる。また、薬物療法についてはその適用が限定される。注意欠如・多動症（ADHD）に対する治療薬だけが保険適用がある。自閉スペクトラム症については、その中核症状に対して適用承認された治療薬は存在しない。そうであれば、処方目的を明確にし、それに沿った薬剤選択や処方量の調整が必要となる。

(日職災医誌, 71:101—104, 2023)

### —キーワード—

発達障害, 自閉スペクトラム症, 注意欠如・多動症

### はじめに

発達障害の治療において、特に成人例に対して通常の精神科診療とは異なる枠組み、時間、特別な治療プログラム等を実践している医療機関はごく限られている。都市部ならいざしらず、地方ではほぼ皆無といっても過言ではない。精神科では、初診こそ30分から1時間前後の時間はかけるものの、再診例については1人の患者に20分も時間を使えたら良い方であろう。精神科の敷居が下がったこととカバーする領域が広がり、患者は増え続ける一方の状況で、発達障害だからといって、特別な医療を实践することなど普通に考えると無理だというのが、臨床現場の現実であろう。さらに現在の精神科医療の主体が薬物療法であることは否定できないが、発達障害の場合、注意欠如・多動症（attention deficit hyperactivity disorder: ADHD）にこそ有効なものが複数登場してきているが、自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder: ASD）患者の中核症状に有効な薬物はいまだ開発されていない。こういった精神科臨床の現状をまずおさえておく必要がある。そのなかで、では、成人の発達障

害に対して、ごく一般的な精神科医療機関では何ができるのか、実際に何をしているのかを、筆者が行っている診療の一端を紹介することで、理解の一助にいただければと思う。

### 成人発達障害の診断

思春期までに発達障害の診断がついており、成人年齢に達したために治療を移行する形で児童精神科や小児科から紹介されてくる患者もいるが、本人も周囲も障害に気付くことなく成人に達し、例えば職場不適應という形で精神科医の前に現れるケースも少なくない。筆者が勤務する大学病院では、このような患者が直接受診してくることもあるが、前医で適応障害やうつ病、不安障害などの診断がつけられ、定型的な治療を行っても改善に乏しいことから紹介されてくることも多い。これを言い換えると、これらの患者が最初に精神科を受診する際には、心理的負荷による二次障害としてのうつ、不安、強迫等が症状の前景にたっていることが特徴で、どの症状が目立つかで診断が変動する。二次障害ではなく、統合失調症や双極性障害が併発しており、それが治療抵抗性であ

る場合に発達障害が基底にあることに気付かれる場合もあるが、多くは前者である。

発達障害を見逃さないためには、いずれにしても現病歴だけでなく成育歴、生活歴を十分に聴取することで発達障害を鑑別にあげ、各種心理検査の結果も踏まえて診断が確定されることになる。しかし、子どもの発達障害例と異なる点として、成人の場合はほとんど本人一人で受診するため、当事者が発達特性について無自覚でいる場合は、必要な情報が聴取できない場合もある。AQ (autism spectrum quotient)、ASRS (adult ADHD self-report scale) など ASD や ADHD に対するスクリーニングテストがあり、産業精神保健の現場での使用も増えているが、これも患者が症状に無自覚でいる場合、カットオフポイントを下回ることも珍しくはないので、この得点だけで発達特性の有無を判断することはできない。心理検査の結果は、あくまで参考データとして取り扱う注意深さが求められることは強調しておきたい。最近では発達障害に関する啓発活動の拡がりから、最初から発達障害を自ら疑って、あるいは疑われて受診するケースも増加しているが、産業現場で発達障害が濃厚に疑われても、上記の理由から診察の場では主治医が鑑別診断にあげないことすら起こりうる。職域と主治医の間の連携を、個人情報保護や本人の意向を尊重しつつも、どのように密にしていくかが初診の段階から重要である。

### 障害の告知

治療の前提として、特に発達障害例については、障害について、何を、どのように説明するのが非常に重要である。発達障害という「告知」だけをされても、それでは患者の生きづらさの解決にはつながらない。患者や周囲の関係者にとっては、「ではどうしたらいいのかが問題なのである。生来のもので一生変わらない（治らない）」という説明だけでは、絶望感を募らせるだけになることもありえる。また、患者を取り巻く人たちにとっては、「どうせ治らないのだから何をしても無駄」という結論にもなりかねず、ある種の免責感情から、必要な支援や配慮が受けられなくなる可能性も生じよう。

発達障害者は、認知（この場合、知覚・理解・記憶・推論・問題解決等を含んだ概念と定義する）の各領域における得意・不得意のばらつきの差が大きい人（こういう人を最近では「発達凸凹の人」と呼ぶことがある）ともいえるが、言い換えれば「普通」以上に能力が高い部分を持つ人も少なくない。しかし、その人の得意な部分が生かせず、不得意な部分を使って生きていくことを強いられる環境におき、その結果として何らかの不適応が生じているときに、発達障害という診断がつくことになることを丁寧に説明することがまず必要である。職場なり家庭なりでの患者の不適応状態を改善するには、その人の「何が凸で何が凹なのか」が認識できなければ対策の

たてようがなく、適切な治療も支援も行えない。筆者の施設では、発達障害が疑われる成人例には WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale — 4th edition) という知能検査を実施しているが、それは「発達凸凹」が一部分ではあるが数値化されて示されることも施行理由の一つである。患者に検査結果を説明する際には、不得手な部分とともに、能力の高い部分（標準的な力がある部分としか言えない場合もあるが）もあることを明確に示すように説明をしている。さらに本人の同意を得てではあるが家族をはじめとした支援者や、状況が許せば職場の関係者にも同席してもらって説明を行い、本人がどういう障害でどのような強みと弱みがあるのかを共有する。これによって本人は初めて自身の「発達凸凹」を認識し、真の意味で障害を受容する準備ができるようになる。また、この作業が丁寧にやられず、この後に述べる心理社会的治療の意図するところが本人にも周囲にも伝わらず治療が難渋する。この障害の告知と説明には初診時と同じくらいの時間をかけているが、前述したように1人の患者に多大な時間をさけない一般的な精神科臨床の場では、時間をかけて行うのはここまでであり、筆者の場合これ以降の診察時間は基本的に10分程度である。なお、福祉や行政機関の支援も必要と考えられる場合は、この時点で当院の精神保健福祉士に紹介し、そこを通じて関係各所との連携がとれるようにしておく。

### 成人発達障害の治療

#### (1) 心理社会的治療

発達障害者へのアプローチとして、2つのアプローチが考えられる。発達凸凹の凹を平均値、いわゆる「普通」に近づけようとする方法と、発達特性における凹の部分の不得手であることを認めてそれを補完する手段を考える方法である。前者を能力の底上げを目指すことから「ボトムアップ式アプローチ」、後者は現状を把握してできることとできないことを検討することから「トップダウン式アプローチ」と本田はよんだ<sup>1)</sup>。生来の障害であり脳の機能障害である発達障害は幼少時期から「ボトムアップ式アプローチ」をとられ、それがうまくいかないまま大人になり不適応を起こすに至っている。成人発達障害への治療的アプローチは、基本的には「トップダウン式アプローチ」が望ましい。その一環として、必要であると考えられ、また現実的に可能なことであれば、職場と連携して本人の「凹」が目立たなくて済むような環境調整を行うこともある。

筆者の外来では、前回の診察以降に起こった、患者にとって困った出来事を1つだけあげてもらい、そのときのエピソードとそれに関する患者の思いを聞くことを主に行っている。現実的にどのような対処が良かったのかを一緒に考えるのだが、筆者は本人の発達特性を踏まえ、

例えばできないことを無理にさせようとするのではなく、どのような工夫をすれば不得手な能力をなるべく使わずに対処できるか、などといった視点での考えを伝えている。ただし、それを押し付けることはせず、筆者の意見も聞いたうえで患者が決めたことは支持しておく。そして、それを実行してどうなったかを次回の受診のときに聞くだけである。これでも10分程度という診察時間では慌ただしい。それが好ましい結果となれば、患者には成功体験として残り、将来同様のことが起きたときに失敗体験を繰り返さないで済むことになる。うまくいかなかった場合は、何がその原因なのかを検討し、別の策を試すことになる。生活の場を実験場と捉えて一緒に試行錯誤するわけであるが、筆者はこれを「治療同盟」とよんでいる。

ただ、職場ではいかに本人に発達特性上の障害があるといえども、どうしてもそのルールに合わせなければならぬことは起こりうるし、社会人として不適切な行動は当然許されない。そういう場合は、どのようにしたら許容範囲内に収まるのかを考え、ときには筆者がそのように診察室内で見本をみせてそのとおりに患者にやってもらおうようなこともしている。短時間での実践練習ということになるので、筆者はこれを「SSTもどき」と自称しているが、それでもうまくいかない場合、配置転換が困難であれば転職を検討することもある。

## (2) 薬物療法

発達障害患者に対して薬物療法が考慮される場合とは、以下の4つが考えられる。1)発達特性そのものによる困り感を軽減させるため。これには、ADHDの不注視・多動・衝動性の軽減があげられる。2)発達特性により生じやすい症状を軽減させるため。これについては、興奮やイライラを軽減させたり、不安を和らげることが該当する。3)二次的に生じた障害の治療のため。発達障害者は、抑うつ症状や過度の不安、不眠に苛まれることは珍しくなく、強迫やパニック症状などを呈する患者も少なくない。うつ病や不安障害の診断が併存する場合、薬物療法の導入が検討される。4)併発する精神障害の治療のため。統合失調症や双極性障害などの併発も臨床的にはまれではなく、その場合はこれら精神障害に対する薬物療法は必須である。

個々の薬物療法の実際は成書に譲るが、発達障害そのものに効果のあるのはADHDの治療薬のみである。したがって薬物療法の導入のタイミングや薬剤の選択、用量、そして本人や家族への説明は、何を目的に薬を使う

のかによって変わってくる。処方には的確な診断と薬物を使うことの明確な目的意識が重要であり、しかもいったん投与したら、注意深く経過を観察し、効果が乏しければ漫然と投与せずに処方中止を決断するなど、継続の可否については常に検討する必要がある。そして、薬物療法が奏功したときにも注意すべき点がある。それは、薬物の内服によって患者の社会適応度が上がり、患者のできることが増えて来たときに喜びすぎないこと、さらにいえば周囲の期待値が上がったことによって患者に頑張らせすぎないようにすることである。このことは薬物療法に限らず、発達障害治療全般について言えることでもある。本田は、ASDの患者は「こだわり」の特性も相まって、自分でノルマを勝手に作って、それを過剰に頑張っていることがあり、このことを「過剰なノルマ化」と呼んだ。そして、「過剰なノルマ化」が増幅すると、それまでになかった「強迫」を引き起こしたり、意欲低下を経て「うつ」になる可能性を指摘している<sup>2)</sup>。患者が「会社では普通に振舞うことを頑張りだした」とき、治療者はこのようなことが起こりうることに注意して経過を追う必要がある。

## おわりに

一般的な精神科医療機関における、成人発達障害患者の治療の一端を紹介した。発達特性を踏まえると、会話や説明の仕方、さらには家族支援などにも通常の精神科診療とは異なる注意が必要となることも多い。これらについては別稿<sup>3)</sup>にまとめたので興味があればそちらも参照してほしい。

[COI開示] 本論文に関して開示すべきCOI状態はない

## 文 献

- 1) 本田秀夫：発達障害 生きづらさを抱える少数派の「種族」たち。東京、SB新書、2018, pp 160—161.
- 2) 本田秀夫：自閉スペクトラム症の理解と支援。東京、星和書店、2017, pp 68.
- 3) 鷲塚伸介：発達障害の治療、療育、連携のマネジメント。成人期—患者および家族に対する助言と支援。精神科 42(6)：2023。印刷中。

別刷請求先 〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1  
信州大学医学部精神医学教室  
鷲塚 伸介

## Reprint request:

Shinsuke Washizuka  
Department of Psychiatry, Shinshu University School of  
Medicine, 3-1-1, Asahi, Matsumoto, 390-8621, Japan

## **Treatment of Adult Developmental Disorder—From the Perspective of the Attending Physician—**

Shinsuke Washizuka

Department of Psychiatry, Shinshu University School of Medicine

There are two possible ways to deal with developmental disorders: the approach of trying to overcome the patient's weaknesses through their own efforts, and the approach of trying to complement the weaknesses in a different way. Since developmental traits are innate, the former approach alone often has limitations. Regarding the latter, it is necessary to consult and coordinate with the people concerned in the workplace.

Based on these points, I outlined the treatment of adults with developmental disorders at general psychiatric institutions. Before starting treatment, it is important to accurately assess the patient's developmental characteristics and provide feedback to the patient and those involved.

Treatment then involves a combination of psychosocial and pharmacological treatments. In psychosocial treatment, supportive psychotherapy is usually performed, but it is not enough for patients with developmental disorders, and it is necessary to devise ways to improve the therapeutic effect. In addition, the application of drug therapy is limited. Only medications for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are covered by insurance. There are no approved therapeutic drugs for the core symptoms of autism spectrum disorders. If so, it is necessary to clarify the purpose of prescription and to select drugs and adjust the dosage accordingly.

(JJOMT, 71: 101—104, 2023)

### **—Key words—**

developmental disorders, autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder