

○大人の ASD

- ・ 自閉症スペクトラム症（自閉症スペクトラム障害）：レオ・カナー
 - ※社会的コミュニケーションの問題
 - ※こだわりの強さと柔軟のなさ+感覚の異質性
 - 以上を中心的な症状とする発達症

 - ・ 大人の ASD の問題点
 - ※社会的コミュニケーション
 - 職場での「ハウレンソウ」が上手くいかな、対人トラブル、ひきこもりなど
 - ※こだわりの強さと柔軟性のなさ
 - ルールなどへのこだわり（対人トラブル）、臨機応変が難しい、感覚の問題など
 - ※その他
 - 自己のコントロールの困難、併存症（うつ病、不安症、精神病性障害など）

 - ・ ASD の強み
 - ※社会的コミュニケーション
 - 常識にとらわれないユニークな発想力。専門領域では話題が豊富で用語に詳しい。
 - ※現局性・反復性
 - 自分が納得したルールはきちんと守るまじめさ。自分の思いを貫く、ぶれない強さ。
 - 自分の関心があるものへの熱心さ。
 - ※感覚→視覚的記憶・認知の豊かさ、共感覚
 - ※運動→あるスポーツだけは異様に得意

 - ・ ASD 者の職場での問題
 - 社会的コミュニケーションの障害から、対人関係の問題が生じやすい。
 - 反復性・限局性の特徴から、臨機応変にできないことが多い。
 - 実行機能障害から、仕事上のミスが多い。
 - うつ病で休職となることが多い。→非定型性・難治性（必ずしも重症ではない）
 - 一般的な職場復帰プログラムが上手くいかないことが多い。

 - ・ 就労支援
 - ハードスキル（職業スキル）だけではなく、ソフトスキル（挨拶・笑顔・会話、ハウレンソウ、余暇スキル、金銭管理・適切な飲食・交通機関利用など）もサポートする。
 - 幼少期から学習システム（構造化などの手法）を継続。
 - 「この人はこれはできない」ではなく、「このような支援を行うとできる」という事を評価し、サポートする。
 - どのような支援をしたかの記録の累積が大切。支援機関が変わる時は、必ず引継ぎをする。
- ※正確な理解なしに負担をかけてはいけない ※最終的には自立して仕事ができるように

大人の ADHD について

○注意欠如・多動症（注意欠陥・多動性障害）

- ・不注意と多動性・衝動性を主症状とする。
- ・神経発達症（発達障害）。生来の脳神経発達のかたよりのひとつ。
- ・子どもで約5%の有症率。成人に至っても、50%以上は診断可能な状態として残る。
うつ病に匹敵するくらい数が多い可能性がある。
- ・男：女=2：1（成人では1.6：1）

○大人の ADHD の問題点

不注意：

- ・探し物・落とし物・失くし物・整理整頓の困難 ・仕事上のミス ・達成の困難
- ・先延ばし傾向 ・遅刻・欠席・スケジュール管理の困

多動・衝動性：

- ・無計画な性的関係 ・結婚と離婚 ・無計画な転職 ・辞職、解雇されること
- ・ネット上のトラブル、クレーマー、モンスターペアレント、DV 夫、虐待母

両方の問題

- ・対人関係の問題 ・健康状態の維持の困難 ・暴飲暴食（肥満）
- ・アルコールや薬物 ・ギャンブル ・交通事故 ・交通違反

ADHD の強み

- ・不注意→知的好奇心・探求心。大切な時に強い集中力を示す人も。
- ・多動→活動性が高い。積極的である。
- ・衝動性→ひらめきがある。発想力がすごい。決断力に優れている。

ADHD のコーチング

本人の自主性を重んじたサポート

- ・適切な目標設定と動機付けをサポート
- ・目標の細分化（スモールステップ）をサポート

本人に伝えるスキル

- ・時間と空間のマネジメント
- ・自己管理スキル（食事、睡眠、服薬等）
- ・ストレスのマネジメント、感情のコントロール

※告知により生来の特性が現状としてマイナスになっているが自分は変わっていきけるん

だという希望を持ってもらう→上手くのせていくことが大切

※支持的な精神療法を根幹として認知行動療法、コーチング、感情コントロールのトレーニング、その他、さまざまな発達症治療のエッセンスを取り入れる。

子どもの神経性障害

- ・旧来の精神科分類

外因：器質性精神障害

頭部外傷後、神経疾患・内分泌疾患・免疫性疾患などの影響

心因：神経症性障害

不安症、強迫神経症、心気神経症など

内因：内因性精神病

統合失調症、双極性障害など

※現在では「神経症」も生物学的側面が強いと考えられており、「心因」だけではないと考えられている。→「神経症（ノイローゼ）」という言葉は使用されなくなってきている。

- ・DSM-5 神経発達症群/神経発達障害群

- ・知的能力障害群（知的能力障害（知的発達症）全般的発達遅滞など）

- ・コミュニケーション症群（社会的（語用論的）コミュニケーション症など）

- ・自閉スペクトラム症（ASD） ・注意欠如・多動症（ADHD） ・限局性学習症（SLD）

- ・運動症群（発達性協調運動症（DCD）など） ・チック症群（トゥレット症など）

- ・他の神経発達症群

- ・こころの発達 五重塔モデル

こころの健康の問題

（神経症性障害、うつ病、精神病性障害など）

ストレス反応 パターンの問題

（ストレス脆弱性・過敏性・攻撃性・解離傾性など）

トラウマの影響の問題

（侵入症状・回避症状・過覚醒症状・認知の歪み）

愛着形成の問題

（安心・安全な感覚の欠如、対人関係の不安定性など）

発達症傾向の問題

（知的能力、社会性、反復性・限局性、不注意、多動性・衝動性など）



※症状は小さい時から出るものもあるが養育者との愛着形成が大事になってくる。

選択制緘黙

○場面緘黙

選択性緘黙の診断基準

- ・他の状況で話しているにも関わらず、話す事が期待されている特定の社会状況（例：学校）において話すことが一貫してできない。
- ・その障害が学業上職業上の成績、または対人コミュニケーションを妨げている。
- ・その障害の持続期間は少なくとも1ヵ月（学校の最初の1ヵ月だけに限定されない）である。
- ・話すことが出来ない事はその社会的状況が要求されている話し言葉の知識、または話すことに関する楽しさが不足している事によるものではない。
- ・その障害はコミュニケーション症、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こる物ではない

要因

遺伝要因：大きい 環境要因：発症前のトラウマ体験、少ない

- ・社会恐怖や場面緘黙の既往の家族 70%
- ・親の場面緘黙の既往：9～37%、同胞22%
- ・母親がシャイ、社会的不安が高い 38.9%

※場面緘黙の背景にある不安気質やシャイネスが遺伝する

症状の多様性：話せないことだけが問題ではない

診断する側がうつや不安の事を知らないと自閉症の併存の診断率が高くなる

発達障害と不安の両方の視点から見る

場面緘黙がある子どもの具体的な対応

1. 不安の軽減とリラックスできる環境
 - 1) 家族の正しい理解
 - 2) 教師や保育士が適切な共通理解
 - 3) 通級指導教室の利用・支援級が適切かどうかの検討
2. 自信を育む
 - ・得意分野を伸ばす
 - ・言葉の苦手さへの支援と身体の緊張の緩め方
3. 安心できるコミュニケーション：行動療法的アプローチ
4. 専門機関へ相談
 - ・児童精神科、小児科、心理相談室、教育センターなど

まとめ

現在は【かんもくネット】など情報を入手する手段も広がっているので適切な対応を早期から実施することが大切。