

2-vi. 心の問題を抱えやすい発達障害

岡 琢哉

国立精神・神経医療研究センター，発達障害クリニック

神尾 陽子

お茶の水女子大学，一般社団法人 発達障害専門センター，発達障害クリニック

1. 発達障害という用語について

自閉症やその他の発達障害は、世界的ムーブメントによって国、自治体レベルの施策がすすみ、わが国でも認知度は高い。今日では、発達障害は脳科学やゲノム研究がすすみ、生物学的基盤が明らかにされつつあり、一つの症候群として医学的体系に位置付けられるようになったが、当初は医学的概念ではなかった。最初に、時代によって変遷がある発達障害という用語や概念について、簡単に整理しておく。

元来は、発達障害という用語は、知的障害、脳性麻痺、てんかん、視覚障害、聴覚障害も含む広い概念として、1960年代から米国で政策用語として用いられていた⁴⁾。日本でこの用語が定着する発端は、時代が下って平成16年に成立した発達障害者支援法（平成28年一部改正）の策定と言える。同法第二条では、発達障害に含められる診断名として、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（ADHD）などが示され、その他にも、脳機能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（トゥレット症候群、チック、吃音症）が「発達障害」の範囲とされている⁶⁾。

一方、今日の医学的診断で「発達障害」にあたるのは、2013年に改訂された米国精神医学協会（American Psychiatric Association（APA）が作成した精神疾患の分類と診断の手引の第5版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition：DSM-5）⁵⁾の中の「神経発達症群」である。2019年に改訂された国際保健機構（World Health Organization：WHO）作成の疾病及び関連保健問題の国際統計分類の第11版（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision：ICD-11）もほぼ同じ方向に沿って改訂されている。この中には、知的能力障害、コミュニケーション障害群、自閉スペクトラム症（ASD）、注意欠如・多動症（ADHD）、限局性学習症（LD）、運動症群などが含まれ、本邦ではすでに定着している「発達障害」とほぼ同義となった。

個々の神経発達症は、いずれも発達期に非定型な脳の発達が始まっていること、臨床的な経過、よくみられる合併症状が似ていること、認知や情動処理の特性が似ていること、バイオマーカーや発症

リスク（ゲノム、環境、気質）に共通点があること、男性に多いなど共通点が多い。また、複数の神経発達症がしばしば合併するため、個々のケースの臨床プロフィールは非常に多様で、かつ発達とともに現れ方は変化する。発達障害の病因やメカニズムはまだ解明されていないものの、今日の診断基準は臨床的および神経生物学的なエビデンスにもとづいて、治療に役立たせる目的を主として作られている次善の策であり、絶対的な基準ではないことに留意されたい。

2. 発達障害かそうでないのかを決める境界線はあるのか

精神医学の診断は、一般医学同様、2つの異なる方法を組み合わせて行う。一つは、診断基準に合致する状態を障害とし、基準に満たない状態を非罹患として2分する方法（カテゴリー的なアプローチ）である。もう一つの方法は、正常状態と病理的状态は連続すると想定して定量的に測る方法（ディメンショナルなアプローチ）である。精神疾患の診断においては、従来、カテゴリー的な罹患か非罹患かという診断分類が主であったが、近年、発達障害を含む精神疾患において症状分布、遺伝要因、病態生理学および認知心理学的所見における「連続性」が明らかになってきた。さらに診断カテゴリー自体が、大多数において合併することもわかってきたため、診断カテゴリー間の境界もこれまで考えられていたほど頑丈なものではないことも認識されるようになった。こうした背景があって、連続体（スペクトラム）としての病態理解が浸透してきたのである。

罹患しているかどうかだけのカテゴリー分類の限界として、診断基準に完全に合致しない**診断閾下の人々の臨床ニーズ**に対応しきれない点が挙げられる。特に、発達障害においては、生涯、症状は持続するものの、症状の程度は発達段階において変わるので、就学までは症状程度は閾下だったのが、就学後、環境の変化によって症状が顕在化し、診断基準に合致するようになる、つまり、発達障害と診断されなかった子どもが学齢期になって診断されるようになるということも実際に起きている。たとえば、自閉スペクトラム症の症状を多く持っているが、学年が上がるまではなんとか適応できていた子どもを想定する。発達障害の症状ゆえの、その子どもが抱えている困難感を理解してもらえず、自力で適応の努力を続けてきたが、学年が上がるにつれて負わされる周囲からの要請の負担にやがて耐えられなくなり、不安症状やうつ症状が現れることで、不登校になってしまう可能性がある。そうしたケースの場合、診断基準に満たないからといって、支援が必要なかったと考えるより、支援の開始が遅かったということもできる。臨床的に重要なのは、その子どもの生活機能がうまくいっているかどうか、であり、診断がつくかどうかではない。発達障害の特性が実際に生活機能に支障をきたすかどうか、その程度に関しては、診断以外に、子どもの年齢、性、認知水準や言語能力、メンタルヘルス、身体的健康、性格特徴、その子どもが受けている支援や治療、家庭の状況、家族関係など多数の要因が影響する。メンタルヘルスの専門家や発達障害の専門家だけでなく、子どもが長い時間を過ごす学校教師も診断の有無にとらわれない、特性の強さに気づきを高め、発達障害の理解ではなく、その子どもの抱える困難さの理解を深めてほしいと希望する。今日、社会問題となっている「大人の発達障害」の人々の多くは、幼少期には特に問題行動をするわけでもなく、親や学校教師から発達の支援ニーズを理解されてこなかった人々である。彼らが成人して社会に出た途端、周囲の環境が大きく変わり、周囲から期待され、引き受けるべき責任が負担となり、たちまち混乱に陥ってうつ病を発症する事態になって初めて、ずっと抱えていた発達障害の特性に気づかれる。診断されてから初め

て支援や治療を受けるというのでは、その人にとっての問題が起きてからの事後的対応となり、医療機関は原則、事後的対応しかできないので、もっと重要な予防的な支援は問題が発生する前、学校や家庭で積極的に行う必要があると思われる。

3. 発達障害の特性を持つ診断閾下の子どもたち

このようなスペクトラム（連続体）としての発達障害の理解は、今日の「診断」にも影響を及ぼしている。DSM-5は、それまでの自閉性障害やアスペルガー障害などのサブカテゴリーを包含する大カテゴリー、広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders：PDD）の代わりに、自閉スペクトラム症（ASD）を採用した。ASDは、対人コミュニケーションおよび対人的相互交流の障害（対人・情緒的な相互性の障害、非言語的コミュニケーション行動の障害、仲間関係を築くこと、維持することの障害）というA領域の障害と、行動、興味、活動の限局的、反復的な様式（常同反復的行動パターン、儀式、限局的興味、感覚過敏／鈍麻、異常な感覚的興味）というB領域の症状を合わせ持つことが診断の必要条件とされている。ASDはその名前の通り、スペクトラムであるという新たな認識に基づいて、改訂の際にPDDからASDに変更された。その根拠として、自閉性障害とアスペルガー障害を区別する妥当性の根拠が薄かったこと、ASD症状は臨床群だけでなく、一般母集団においても連続的に分布するという複数の研究結果が示されたことによる。

その根拠の一つとして、しばしば引用されるのが、**図1**に示した、日本の6歳から15歳の大規模児童集団におけるデータである（Kamio et al., 2013）。これは、日本全国の小中学校通常学級に通う一般児童生徒22,529人を対象に、65項目から成る親評定の質問紙SRS（Social Responsiveness

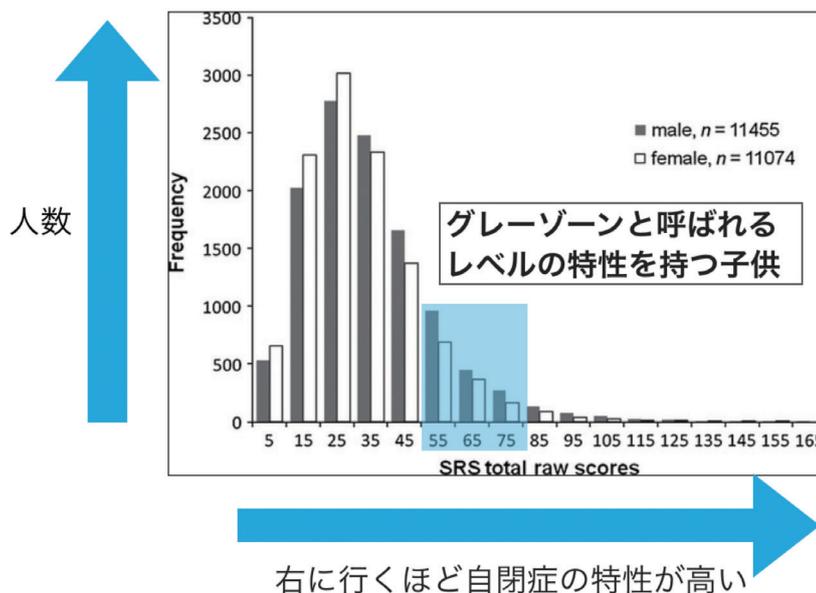


図1 ASD症状の一般児童集団における連続分布
Kamio et al. (2013) より引用改変

Scale：対人応答性尺度）（Constantino et al., 2012）を用いて対人コミュニケーション症状を中心とするASD症状の分布を調べて得られた。図1に示されるように、一般児童集団の中に、横軸に現されるASD症状（SRS得点）は大多数のASD症状をほとんど持たない児童（おそらく定型発達児）から、ASD症状を強く有するごく少数の児童（おそらくASD診断に合致）まで、正規分布に似た形の分布を示すことがわかる。そしてその2群を区別するギャップは存在せず、グレーゾーンと呼ばれることのある、「診断基準には完全に一致」しない「診断閾下」の多数の児童が存在することがわかる。診断閾下の児童は、大多数の定型発達児と比べるとASD症状を多く呈するが、診断に至る児童と比べると典型的なASD像を示さないため、ニーズが見逃されやすい一群である。

メンタルヘルスの観点から強調しておかなくてはならないのは、発達障害の診断閾下の子どもたちの支援ニーズは、発達障害に限定せず、メンタルヘルス全般にかかわるものだけということである。スウェーデンの双生児研究によって、ASD特性を強く持つが診断閾下に相当する子どもは、症状程度に応じたメンタルヘルスのリスクを持つことが明らかになった（Lundström et al., 2011）。それによると、ASD群はASD症状のない群よりも高いリスクを示すだけでなく、ASD診断には満たない診断閾下群もその特性の程度に応じて、うつ病、ADHD、行為障害、薬物乱用、自殺行動に対して、ASD症状のない群よりも有意にリスクが増大することが報告された。また、森脇と神尾（2013）は日本全国の小中学生のデータに基づいて、ASD特性が高い児童は情緒や行動の問題といった全般的なメンタルヘルスの問題を多く持ちやすいことを示した。診断閾値以上の児童はメンタルヘルスの問題のリスクが最も大きかったが、診断閾下に相当すると思われるASD特性の高い児童は、ASD特性の少ない児童と比べてはるかにメンタルヘルスのリスクが高かった。また、Saitoら（2017）は、地域の5歳児を調べ、診断と無関係にASD特性が高いと、就学後の7歳の時点で友人関係の問題や情緒の問題をより多く持つリスクがあることを示した。これらの研究から、診断の有無にかかわらず、ASDなど発達障害の特性が高い子どもには、メンタルヘルスの観点から予防的ケアが大切で、問題が深刻になる前に気づき、環境の見直しなど生活場面で解決できる支援をすることが重要であると言える。

4. さいごに

メンタルヘルスの観点から子どものすこやかな成長を支援するためには、幼児期に健診などの機会にスクリーニングすることによりアセスメント可能な発達障害の特性を適切に把握することが重要である。そこから得られる情報は、その子どもの発達支援ニーズを知り、毎日の適応状況を改善するための環境の調整を行うのに役に立つだけでなく、長期的に安定したメンタルヘルスを維持して成長するのを支え、メンタルヘルスの問題のリスクを下げることに役立つものであることを強調しておきたい。

文献

Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2). 神尾陽子監訳・編著（2017）日本版SRS-2対人応答性尺度 マニュアルー児童版・幼児版尺度換算表付一。日本文化科学社。

- Kamio Y et al.(2013). Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22,529 Japanese schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 128(1): 45-53.
- 神尾陽子 (2018). グレーゾーンという診断閾下. 神尾陽子 (編), 発達障害 診断と治療のABC, 東京: 最新医学社, pp.53-54.
- Lundström, S., Chang, Z., Kerekes, N., Gumpert, C.H., Råstam, M., Gillberg, C., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H. (2011). Autistic-like traits and their association with mental health problems in two nationwide twin cohorts of children and adults. *Psychological Medicine*, 41: 2423-2433.
- 森脇愛子, 神尾陽子 (2013) . 我が国の小・中学校通常学級に在籍する一般児童・生徒における自閉症的行動特性と合併精神症状との関連. *自閉症スペクトラム研究*, 10 (1), 11-17.
- 日本精神神経学会 (日本語版用語監修), 高橋三郎, 大野裕 (監訳) (2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書 (American Psychiatric Association. 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.), Washington, D.C.).
- Saito A, Stickey A, Haraguchi H, Takahashi, H, Ishitobi M, Kamio Y (2017). Association between Autistic Traits in Preschool Children and Later Emotional/Behavioral Outcomes. *J Aut Dev Disord*, 47(11): 3333-3346.