

第2章 特別支援教育の精神医学的基礎

緒方 明

(熊本大学教育学部)

1. 診断学

診断は客観的であるエビデンス（証拠）を集積してなされる。しかし、最終的にはそれらのエビデンスで「病名」を診断することには困難を伴う。例えば、「高血圧」と診断するには、血圧140mmHgを基準として、それ以上を「高血圧」、それ以下を「正常」とする。だが、140mmHgで「正常」と「異常」を区分する基準にすることには問題がある。

人体の血圧はなだらか分布をする「ディメンジョン・モデル」にある。しかし140mmHgで操作的に恣意的に血圧を「正常」と「異常」に区分する「カテゴリー・モデル」そのものに問題がある。それは人体の血圧のなだらかな分布を無視した診断学だからである。

このように血圧のように身体医学の診断学にすら問題があるのに、精神医学の診断学にはさらに疑義が残る。たとえば「多動」という症状を、どの程度の「動き」の多さにより「正常」とするか「異常」とするかは言うまでもない。しかし、「高血圧」を140mmHgで操作的に診断するように、「多動」も症状の項目を設定して何項目以上あれば「異常」であり、それ以下であれば「正常」であるとする操作的診断法を用いるしか、臨床的にはわかりやすい「診断」をする方法はない。

その代表的な診断基準が、米国精神医学会のDSM - IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disease)である。これはWHO (World Health Organization)のICD - 10 (International Classification of Disease)の症状を記述する非操作的診断基準とは対極の位置にある。日本の精神医学の診断学では学術的にはICD - 10が用いられているが、臨床的にはDSM - IVが用いられていることが多い。ICD - 10は「ディメンジョン・モデル」に、DSM - IVは「カテゴリー・モデル」にそれぞれ基盤があるが、実践的には非専門家にも理解しやすいDSM - IVが用いられているのが現状である。その理由は、患者様やその家族にもDSM - IVが理解されやすいこと、インフォームド・コンセントを得やすいこと、教師などの非医療関係者の判断基準にも分りやすいことなどがある。

2. 特別支援教育と診断学

特別支援教育に主に関係しているのは、非医療職である教師である。上記の専門的な精神医学の診断学にも、ICD - 10とDSM - IVの異なった2つの立場があるように、教師にはDSM - IVの方が分りやすい。

教師は医師ではないので「診断」はできないが、「判断」はDSM - IVを用いることによって可能になる。「カテゴリー・モデル」に基盤を置くDSM - IVが有用であり、「ディメンジョン・モデル」に軸足を置くICD - 10よりも実践的に使うことができる。

教師は児童・生徒の行動の観察には豊かな経験があり、DSM - IVを用いることにより、「診断」ではないが「判断」をすることができる。そして教育の現場では「診断」は無理に必要ではなく、「判断」があれば十分に教育実践をおこなうことができる。

3. 軽度発達障害

「軽度発達障害」とは、杉山によって2000年に提唱された用語である。その際に杉山は(1) ADHD、(2) LD、(3)高機能自閉症（アスペルガー症候群）、(4)軽度知的障害、(5)発達性協調運動障害の5つの疾患を「軽度発達障害」と総称することを提唱していた。ところが、いつの間にか現在では、5つの疾患の中で前者の3つ疾患の ADHD、LD、高機能自閉症（アスペルガー症候群）を「軽度発達障害」と呼称するようになってしまった。

ここで留意しなければならないのは、「軽度発達障害」とは、杉山が個人的に総称した5疾患のうち3疾患にしか過ぎず、しかも「医学的造語」であることである。「軽度発達障害」という概念や診断基準は、前述した ICD -10にも DSM -IVにもない。それらの2つの診断基準では、高機能自閉症（アスペルガー症候群）は「発達障害」の概念に入るが、ADHD や LD の2つは「発達障害」の概念には含まれていない。

したがって「軽度発達障害」という用語を用いるならば、「いわゆる軽度発達障害」とか「杉山の提唱する軽度発達障害」などの使い方をしなければならない。

さて、つぎから、「いわゆる軽度発達障害」である ADHD、LD、広汎性発達障害（高機能自閉症・アスペルガー症候群）などの疾患について述べることにする。

4. ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder : 注意欠陥・多動性障害)

(1) 診断基準：DSM-IVでは、①不注意優勢型、②多動性—衝動性優勢型、③混合型の3つ亜型がある。診断基準では、不注意には9つの項目があり、そのうちで6つが6ヶ月以上続いたものを不注意として診断するとしている。多動性—衝動性にも9つの項目があり、不注意と同様に、そのうちで6つが6ヶ月以上続くことが診断基準とされている。このように前述した「カテゴリー・モデル」を採用している。

不注意の下位9項目は、学業における不注意、課題の持続困難、話を聞いていない、指示に従えない、活動を順序立てることの困難、精神的努力が持続しない、紛失、注意がそらされる、毎日の活動をわすれる、などである。

多動—衝動性の下位9項目は、そわそわ、離席、走り回り、静かにできない、しっとできない、しゃべりすぎる、質問が終わる前にだし抜けに答える、順番を待てない、他人を妨害したり、邪魔をしたりする、などである。

(2) 予後：ADHDの経過は主に3つに区分されている。①自然治癒（1/3）18歳ぐらいまでに治癒する、②そのまま成人期へ（1/3）adult ADHD・ADD（女性）へ移行する、③行為障害（=非行）、反社会的人格障害へ（1/3）移行する。

(3) 併存障害（comorbidity）：ADHDに次の障害が併存しやすい。①学習障害（LD / Learning Disorder・後述）、②反抗挑戦性障害（ODD / Oppositional Defiant Disorder）、③行為障害（CD / Conduct Disorder）、④反社会的人格障害（APD / Antisocial Personality Disorder）、⑤その他：適応障害（心因反応）、身体表現性障害（神経症性障害）などである。なおこの併存障害の中で、ADHDは、ODD⇒CD⇒APDと経過し、DBD マーチと呼ばれている。

(4) 生物学的機序：遺伝子学的研究、生物化学的研究により、ADHDは前頭葉のドーパミントランスポーター異常やドーパミン受容体の異常などが指摘されている。

(5) 治療：①薬物治療：リタリンが主体（持続時間が約5-6時間しかないことが問題・食欲不振な

どの副作用あり)である。しかしその効果は約6割でしか認められなく、他の向精神薬の投与を必要の場合もある。②薬物・行動療法：MTA (Multimodal Treatment study of ADHD) と呼ばれる薬物療法と行動療法を併用した療法がある。③ペアレントトレーニングという親教育のプログラムが併用されることがある。

5. 学習障害 (Learning Disorder)

- (1) 診断基準：診断基準はDSM-IVを参照のこと。亜型としては、①読字障害：「読む」、②書字表出性障害：「書く」、③算数障害：「計算」の3つがある。これらの3つを総称して、「スリー・アールズ」(3R's: reading/writing/arithmetic) と呼称することがある。

ここでは3つの「学習障害」の中で、「読字障害」のDSM-IVの診断基準のみを挙げておく。それは3項目から成り立っている。A) 読みの正確さと理解力についての個別施行による標準化検査で測定された読みの到達度が、その人の生活年齢、即敵された知能、年齢相応の教育の程度に応じてききたいされるものより十分に低い。B) 基準のA)の障害が読字能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。C) 感覚器の欠陥が存在する場合、読みの困難は通常それに伴うものより過剰である。

- (2) 文部科学省の学習障害 (Learning Disability)：文部科学省の学習障害はむしろ「学習能力障害」と邦訳するのが適しているが、上記の医学的診断である「読む」、「書く」、「計算」の3つに加えて「聞く」、「話す」、「推論する」の3つの障害を入れて、合計6つの症状があげている。これは医学診断の「スリー・アールズ」とは異なり、「教育的判断」として実践的に用いられている。
- (3) 標準化 (心理) 検査：DSM-IVでは標準化検査が診断の際に必要とされている。WISC-III、K-ABCなどが現時点では本邦では用いられている。
- (4) 3つの学習障害：学習障害には、2つあることに留意する必要がある。医学的診断名である「学習障害」(Learning Disorder)と、教育的判断基準である北米で用いられる「学習障害」(Learning Disability)である。なお、英国・欧米では、重度の知的障害から軽度の障害までを含めて「学習困難」(Learning Difficulty)という用語も用いられており、いわゆる「学習障害」を意味している。
- また、1960年代にMBD (Minimal Brain Dysfunction: 微細脳機能障害) という診断名があったが、時代的変遷を経て後年にそれがADHDやLDに細分化していった。
- (5) 生物学的機序：失空間認知、ワーキングメモリー障害などが指摘されているが、学習障害の生物学的な背景はまだ解明されていない。

6. 広汎性発達障害 (PDD:Pervasive Developmental Disorder)

- (1) 診断基準：診断基準の詳細は、DSM-IVを参照すること。しかし大枠では、①対人的相互反応の質的障害、②意思伝達の質的障害、③行動・興味、活動の限定と、反復的で常道的な様式、の3つを満足することが必要とされている。さらにそれぞれに4項目の症状が「カテゴリー・モデル」として挙げられており、合計12の項目が症状としてある。

具体的には①の対人的相互反応の質的障害の4つの下位項目とは、顔の表情などの非言語的行動の著名な障害、仲間関係をつくれぬ、楽しみなどを他人と共有することの欠如、情緒的相互性の欠如、などを指している。②の下位4項目は、話し言葉の遅れ、会話の持続する能力の障害、情動的で反復的な言語、ごっこ遊びなど欠如、などである。③の下位4項目とは、常道的で限定された

興味、儀式にこだわること、常同的で反復的な衝動的運動、物体の一部への持続的な熱中、などである。

- (2) 亜型：1) 自閉性障害 (= 自閉症)、2) アスペルガー症候群、3) レット症候群や小児期崩壊性障害、4) 特定不能の広汎性障害の亜型に分類されている。広汎性発達障害は、後述する「自閉症スペクトラム」とも等価とも指摘されている。

まず、1) 自閉性障害の診断基準は、上記5-(1)の①の4項目から少なくとも2つ、②の4項目から少なくとも1つ、③の4項目から少なくとも1つが必要であり、さらに全体で12項目の中で、6項目が必要であるとしている。操作的な診断基準である「カテゴリー・モデル」を採用している。なお、「高機能自閉症」(HFA: High Functioning Autism)とは、1)の自閉性障害で知能が高くIQ70以上のものを指しているが、IQ70には異論があり80以上が診断基準に必要とするもの研究者もいる。

また、2)の「アスペルガー症候群」(AS: Asperger's Syndrome)とは、上記の広汎性発達障害の診断基準の①、②、③の中で、②意思伝達の質的障害がないものとしている。

「高機能自閉症」と「アスペルガー症候群」の2つを「高機能広汎性発達障害」(HFPDD: High Functioning Pervasive Developmental Disorder)と呼称する場合もある。なお、HFAとASは峻別できないという知見もある。

3)についてはここでは詳述しないが、4)特定不能の広汎性障害(PDDNOS: Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)とは、旧来から「自閉的」とか「自閉症的」とか呼称された状態を呈するものである。

- (3) 自閉症スペクトラム

ロナー・ウイングの「三つ組み」とも呼ばれているが、この「自閉症スペクトラム」という概念がDSM-IVの診断基準に大きく影響を与えた。1)社会性の障害、または人とのかかわり方の質的障害、2)コミュニケーションの質的障害(①話しことばの発信の問題、②話しことばの受信の問題、③話しことば以外のコミュニケーションの問題)、3)イマジネーションの障害、の3つを診断基準にしている。なお、このウイングの自閉症スペクトラムの概念が、DSM-IVの診断基準に大きな影響を与えた。

- (4) 合併疾患：広汎性発達障害は、ADHDやLDと合併することがある。また、発達性協調性運動障害(DCD: Developmental Coordination Disorder)、強迫性障害(Obsessive—Compulsive Disorder)、神経性拒食症(Anorexia Nervosa)、「気分障害(うつ病)」(mood disorder)などとの合併することがある。成人で単なるうつ病、強迫神経症と思われる症例で、その基盤に広汎性発達障害があり、精神医学の臨床においては合併疾患の診断は重要である。

- (5) 生物学的機序：広汎性発達障害の医学的・生物学的な研究がなされ、現在では側頭葉の辺縁系にある「扁桃体」が有力視されている。「共同注視」(Joint Attention)や「心の理論」(ToM: Theory of Mind)などとの関連も説明できる部位であり、機能的画像診断であるfMRIやPETなどでも知見が集積されつつある。脳研究では、旧来の神経心理学的研究から機能的画像診断に研究が移行しつつある。しかし、それでも「扁桃体」は単なる「仮説」にとどまっており、脳研究の複雑さを物語っている。

7. 軽度発達障害と二次障害

ADHD、LD、高機能自閉症（アスペルガー症候群）などでは、小児期から成人期までに二次障害の合併が報告されつつある。小児期には児童虐待や不登校、青年期・成人期には、ひきこもりや家族関係の歪みなどが出現することがある。しかしこれらの二次障害は稀に出現し頻度は低いものである。だが、臨床的には十分に留意が必要な疾患である。単なる「共感」、「傾聴」などでは心理療法が効果をあらわさず、SSTや薬物療法などが臨床の現場では用いられていることが多い。

8. 病名告知と障害受容

軽度発達障害は、「みえざる障害」(invisible disorder)であるため、本人と家族にとって「障害受容」をしがたい。医学の診断の場面でも保護者に「病名告知」をしても、病名を拒否したり、長時間かかかって病名を受容する例が多い。

「病名受容」をすることは、保護者にとっては「健常な子どもの喪失」を意味すると言われている。医学の現場でも、「病名告知」と「障害受容」は課題であり、困難な問題を伴っている。

特別支援教育という「教育」の現場では、「診断」でもなくとも「判断」でもいいので、なんらかのアセスメントをしなければならない。そうしなければ、IEPや教育指導が困難になるからである。しかし、病院などの医療機関や相談機関を受診しない例が多い。その結果、「診断」や「判断」をめぐる教育現場は混乱し、学校と保護者との「感情的確執」が起きていると指摘する報告者もいる。

「病名告知」や「障害受容」を円滑にすすめるためには、特別支援教育の教育現場では、学級通信などでスティグマをなくすこと、頼れる教師であること、教師に知識があること、教師に実践力があること、校内に成功例がいること、教師が障害を十分に説明できること、社会資源を紹介できること、家族アプローチができることなどが必要であり、本人・家族への「障害受容」を前向きに手助けしていく必要がある。

以上、特別支援教育の精神医学的基礎について述べてきたが、診断は単なる診断に終始しても意味がない。療育、治療、教育などの実践的な取り組みへ向かう第一歩にしかすぎないことに留意する必要がある。