

思春期高機能広汎性発達障害者の学校不適応について

漆 畑 輝 映*・加 藤 義 男**

(2003年3月20日受理)

Terue URUSHIHATA and Yoshio KATOU

The Case Report on the Maladjustment in the School for
High Functioning Individuals with Pervasive Developmental
Disorders in Adolescence

I はじめに

この小論の目的は、近年わが国の教育や医療の現場で注目されつつある高機能広汎性発達障害者のいわゆる不適応について、事例報告を通して実態の一部を明らかにし、討論を加えることにある。

広汎性発達障害は約1%の罹病率を有し、その約半数である0.5%程度が知的障害を伴わない高機能群と言われており(杉山, 2002)⁽¹⁾、これまで想定された以上にその存在の多さが指摘されるようになってきている。ところで高橋(2000)⁽²⁾は自験例70名を通して高機能自閉症児の学校生活の調査を行っており、そのうちの95.7%が幼児期に診断を受けた者であり、全体としての学校適応は良好であったと述べている。また杉山・辻井(2001)⁽³⁾は広汎性発達障害の調査(1995年・61名, 2000年・136名)の結果をもとに、いずれの調査においても障害児療育を早期に受けた者の方が受けなかった者よりもより良い適応であることを示している。

このように幼児期に発見され、適切な早期対応がなされて適応の良好な者がいる一方で、幼児期ないしは学童期に発見されずに思春期以降になってはじめて不適応を起こしてから受診に至る高機能群のケースが存在する。小枝(2002)⁽⁴⁾は、心身症や学校不適応といった心身の不適応行動と発達障害との関係について考察する中で、はじめは不適応行動として目に留まるが、背景に発達障害が存在している事例を報告している。また杉山(2002)⁽¹⁾は高機能広汎性発達障害の児童のうち、不適応が続くグループでは将来的に強迫性障害や不登校、身体化障害などの精神的合併症を生じる症例が少ないことを指摘している。さらに、杉山・辻井(2001)⁽³⁾も知的に高いことが必ずしも良い適応を保障する訳ではないことを示唆している。高機能広汎性発達障害者の思春期以降の不適応と精神的、身体的症状形成の問題は、高機能広汎性発達障害の出現頻度から考えると、今後ますます重要な臨床課題になることが予測される。

臨床現場に身をおく我々にとって、この種の問題を看過することはできない。今回、我々が経験した3事例はいずれも高機能広汎性発達障害という一次的な生物学的障害に加えて、障害の早期発見や

*岩手県立南光病院。岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究協力者

**岩手大学教育学部附属教育実践総合センター

早期対応の遅れというハンディを抱え、さらに二次的な行動的及び情緒的障害を合併した状態ではじめて受診、相談に至ったケースであり、すべてが中学生という思春期にあった。全員が小学校の6年間を通常学級に在籍し、卒業後も中学校の通常学級で過ごしていたが、その途中で不適応を起こした。とりわけ学校生活の中で不適応行動が出現した。本人や家族の抱える問題は複雑化する傾向にあり、かつ特有の困難性を伴うものであった。

我々はこの3事例の報告を通して、思春期の高機能広汎性発達障害者の臨床上の問題と不適応の背景にある要因の分析を行ないつつ、今後の課題について検討したい。なお、これらの事例についてはプライバシーや匿名性に細心の注意を払うために、事実を歪めない程度の変更を加えていることをお断りしておく。またこの小論における高機能広汎性発達障害とは広汎性発達障害のうち正常知能を有する者（IQ \geq 85）とし、診断基準はDSM-IVに従っている。

II 事例

1. 事例A 中学1年、男性、高機能自閉症、(抑うつ状態、不眠症、保健室登校)

【主 訴】「AD/HDかどうかを確認したい」(家族)。「体調が悪い」(本人)。

【紹介経路】在籍校の養護教諭からの紹介。

【家族構成】父親(36歳)、母親(37歳)、本人、妹(小学3年)の4人。

【生育歴・既往歴】

出生時体重3,010g、在胎36週で、正常分娩にて出生。出生時の特記事項はない。1歳6カ月のときにはしかにかかり、高熱を出したことがあった。3歳児健診のときに言葉の遅れと不器用さを指摘された。この頃、同年齢の子どもとの交流に乏しく、一人遊びが多く、いつも走っている感じだった。視線はあまり合わず、指さし行動もほとんどなかった。特定の物音を恐がって耳を塞いだりしていた。回転する物に関心があって、回して遊んだり、長い物を振って眺めていた。保育園は3年間過ごした。運動会ではただ走ればよいという感じで、横を向いたり、後ろを振り返ったりしながら走っていて、競争する気持ちがないようだった。運動も不器用で、体操は苦手だった。鉄棒や飛び箱はできず、絵も描けなかった。しかし、お遊戯などは皆とやろうとしていた。保育園の先生からは自閉症ではないかと言われたことがあった。年長組のときに就学児相談会の養護学校の先生から専門病院を受診するようにすすめられたことがあったが受診には至らなかった。

小学校はすべての学年が1学級しかない小規模校だった。1学級の人数も10人程度であり、皆と一緒にやっていた。教科学習の成績は良い方で、国語や算数など80点以上を取ることは少なくなかった。

中学校は地元のいくつかの小学校の生徒と一緒に、全校生徒も1学級あたりの人数も増えることとなった。今度は学年2学級となり、1学級あたりの人数は40人となった。

【現 病 歴】

中学校に進学後、勉強の進度がはやくなり、追いつけなくなった。勉強を嫌がるようになった。同級生に「変だ」と言われて、からかわれることも多くなった。中1の5月頃から学校へ行くのを嫌がるようになり、保健室へ行くことが多くなった。頭痛や吐き気などの体調不良をその頃から訴えるようになった。保健室の先生や学級担任の先生はAのことを理解してくれる先生であり、Aとその両親の話をよく聞いてくれた。そこで当機関を紹介され、6月の受診に至った。

【検 査】

(1) 脳波検査 正常範囲内。特記事項なし。

(2) 心理検査

① WISC-Ⅲ；言語性IQ99，動作性IQ94，全検査IQ96。

所見；知的には標準レベル。IQの数値上の偏りは見られないものの，群指数では「注意記憶」，「処理速度」が境界レベルにあった。下位検査項目では「符号」が評価点4と最も低かった。このように全体的にはアンバランスな傾向が見られた。

② ベンダー・ゲシュタルト・テスト；コピッツ法1点，所要時間4分33秒。

所見；知覚-運動機能の問題は指摘されなかった。個別化された場面での注意集中力も認められた。しかし情緒不安定，不安，退行，逃避，臆病を示唆する情緒的指標がいくつか観察された。

③ SCT（中学生用）

所見；6つの文章を完成させるのが精一杯だった。勉強に対する意欲の低下，他人からの否定的な言葉に対する拒絶感，被害感，圧迫感が綴られた。

【治療・相談の経過の概要】

初診時にAは吐き気，腹痛，頭痛，下痢症状を訴えた。特に学校にいる午前中にその症状がひどくなるようだった。睡眠障害もあり，夜中と朝早くに目が覚めてしまい，一度起きると眠れなくなるようだった。食欲もないということだった。外見は青白い表情であり，細身であった。「僕は本当に学校に行きたくない」，「最近忘れっぽくて覚えられない」と声に力のない話し方だった。座って話し続けるのもやっとなという感じであり，だるそうにしていた。話すときにしばしば吃ってしまい，自信のなさが伝わってきた。少し話を続けると疲れてしまつて脇のベッドに横になって話をすることもあった。

保健室では毎日2～3時間は過ごしているようだった。理科と社会の教科は好きであるが，数学の計算や国語の漢字練習が面倒くさいと話していた。家に帰るとぐたーと横になることが多く，たまにゲームで遊んだりすることはあるようだった。関心は読書，電気製品，交通道路などであり，行きたい場所へはどうしても行ってしまわなければならないと話していた。

抑うつ状態や身体症状を認めたため，抗うつ薬，睡眠薬を処方し，薬によって精神面と身体面の回復をまずは図ることとなった。その後，3回の治療・相談の機会があったが，身体症状はいくらか軽減されたが，精神症状を含む全体的な状況に大きな改善は見られなかった。周りが気になって仕方のないことやそうなるとパニックのようになってしまうということを訴えることもあった。対人恐怖と情動不安定があり，また自分を責めてしまうこともしばしばあると言っていた。

本人への個別的な治療，相談には一定の限度があり，根本的には学校内の環境調整がより重要と考えられた。保健室登校は続けつつ，自習室での個別的な指導も検討すること，養護教諭と学級担任の先生にAの障害とその他の合併している精神・身体症状について正しく理解してもらいながら無理のない登校や環境の整備をすすめることを家族にアドバイスした。

2. 事例B 中学2年，男性，PDDNOS。（衝動的・攻撃的行動）

【主 訴】「学校で友達に怪我を負わせた」（家族）。「特にない」（本人）。

【紹介経路】学級担任からの紹介。

【家族構成】父親（47歳），母親（46歳），兄（高2），本人の4人。

【生育歴・既往歴】

正常分娩にて出生。出生時の特記事項はない。手のかからないおとなしい乳児期を過ごした。1歳頃に熱性けいれんを2～3度起こすが，その後は起きなかった。1歳6カ月健診時に多動と言葉の遅

れを指摘されるが、要求、応答、身体の指さし行動は観察されていた。表情は乏しい感じだった。視線は合いにくく、努力してようやく合うような印象だった。兄や他の子が泣くとパニックになってしまうことがよくあった。始語は2歳6カ月頃であり、突然二語文を喋った。2歳後半から発達の遅れのある子どもの母子通所教室に1年位通い続けた。その後3年間保育園に在籍した。年少組の頃にはひらがな、カタカナをすべて読んだ。保育園では同年齢の園児とはほとんど遊ばず、一人遊びの方が多かった。年長組になり、園児に誘われれば遊べるようになったが、会話は成立しにくかった。気持ちがあまく伝えられずに自分の頭を叩いたりすることがあった。運動会やお遊戯会の練習には参加しようとしなかった。この頃に偏食は強かった。理髪は床屋でできるようになったのは5歳の頃であり、それまでは落ちて着席できず、暴れてしまって大変だった。

就学児健診では問題は指摘されず、そのまま地元小学校の通常学級に在籍した。小学校に入ると、低学年の頃は授業中の立ち歩きが目立ったが、徐々になくなっていった。反面、授業中の居眠りがしばしば見られるようになった。中学年までは成績は良かったが、高学年になるにつれて徐々に下降していった。運動は苦手であり、小学校時代、友達と一緒に遊ぶことは少なかった。特定の友達はほとんどいなかった。それでもBはあまり困った感じではなかった。運動会や発表会では皆と同様に参加できていた。家に帰るとゲームで一人で遊ぶことが多かった。

中学校へ進むと、授業中の居眠りは以前に増して多くなった。昼休みは学級で一人で過ごすことが多かった。いつも孤立した感じだった。しかし掃除などの決められた役割は真面目に取り組んでいた。部活動は運動部に所属し、休まずに練習していた。

【現病歴】

中学1年の3学期にテストで失敗して、近くにいた同級生を蹴り飛ばすことがあった。この頃から少しずつ乱暴な行動が目につくようになっていった。中学2年になると、5月に同級生の顔を殴り、6月には別の同級生に金属の筆箱を投げつけて怪我を負わせた。Bによると「気に入らないことを言われたから」が理由のようだった。このように暴力的な行動が続いたために、学級担任の教師から当機関を紹介され、同月受診に至った。

【検査】

(1) 心理検査

① WISC-Ⅲ；言語性IQ103，動作性IQ121，全検査IQ110。

所見；知的には標準上位レベルが推定されたが、言語性IQと動作性IQの差が大きく、認知能力はアンバランスであった。また群指数では「知覚統合」が優秀レベルにあったが、「注意記憶」が境界レベルにあった。

② ベンダー・ゲシュタルト・テスト；コピッツ法1点，パスカル・サッテル法30点，
所要時間1分51秒。

所見；コピッツ法，パスカル・サッテル法の得点から知覚-運動機能は正常範囲内にあることが推測された。所要時間は平均的な所要時間よりもかなり短く，注意集中困難の問題が示唆された。また描かれた図形には多くの情緒的指標が観察され，情緒不安定，逃避，不安，萎縮，欲求不満耐性の低さが推測された。

③ P-Fスタディ（児童用）

所見；GCR%（集団一致度）が平均より2標準偏差近く高い数値であり，紋切り型の過剰適応が推測された。またプロフィールからは「他罰反応」が多く，他責性，自己主張性が強いようだった。反省心のなさ，社会性の未熟さ，幼稚な攻撃性も推測された。

④ S C T (中学生用)

所見；事実を羅列するような客観的な文章が多かった。文面からはコンプレックスは感じられず、むしろ自己肥大傾向にあるようだった。友達関係については特に悩んでおらず、良い関係を保っていると自己評価していた。

【治療・相談の経過の概要】

外見上、体格は筋肉質タイプであり、背丈も高い方だった。Bの方から困っていることを訴えることはなく、聞かれたことについては短く、紋切り型に応答するという反応スタイルであった。不安や悩みがまったくないようだった。一見すると成人であればスキゾイドタイプの人格の印象を受けた。友達に対する衝動的な行動や結果として怪我をさせたことについて触れても悪いことをしたという実感に乏しいようだった。そのような行動は少しは止めようと思っているようだったが、こちらに促されたためにそのように答えた感じもあった。趣味はゲームをしたり、本を読んだりすることであった。歴史について関心があるようだったが積極的に関心のある事柄について話しかけてはこなかった。小さい頃は動物の玩具や小さなキャラクターの人形を収集したとのことだった。TV番組はあまり見ないとのことだった。高校生の兄がいるのだが、交流はあまりないようだった。運動部に所属しているが、あまり勝つことには関心がないようだった。

このようにBは共感性に乏しく、感情は平板的であり、反応の乏しさがあった。会話は展開しにくく、必要最小限の応答が中心であった。2回の相談でとりあえず終了となったが、6月の事件以降は行動的に落ち着きを見せていた。毎日学校へ通い、勉強や部活動にも取り組んでいた。学級担任の先生にはBの障害と性格及び行動特性について書面で伝えた。今後については随時希望に応じて相談を受けるが、定期的な機会は持たないこととした。また、高校進学するときには話し合いの機会を持つ必要があるだろうと伝えた。

3. 事例C 中学3年、女性、アスペルガー障害。(情緒不安定、保健室登校)

【主 訴】「情緒不安定」(家族)。

【紹介経路】在籍校の養護教諭からの紹介。

【家族構成】父親(45歳)、母親(41歳)、長女(大学生)、本人、弟(小学4年)の5人。

【生育歴・既往歴】

3,320g、満期にて出生。出生時の特記事項はない。1歳代に高熱にかかり、熱性けいれんを1度経験した。2歳半頃までは単語がなかなか出現しなかったが、その後いきなり、「あんた、だれ」という二語文が聞かれた。3歳頃に自分の意志が相手に通じないと泣いてしまうことがよくあった。相手に伝える言葉がすぐには出てこない傾向があった。幼児期は雨の音が好きで、雨が降ってくると「雨だわ」とすぐに反応し、落下する雨をしばらくの間見続けるのが好きだった。幼稚園は3年間過ごしたが、担任の先生から問題を特に指摘されることはなかった。おとなしい特定の女の子と遊ぶか、一人で静かに遊ぶことが多いようだった。

就学児健診は特に問題なく通過した。小学校のときはあまり目立つ方ではなかったが、これといった問題も特になかった。ただ一度、低学年のときに自分のお気に入りの巾着袋の紐が取れてしまったことがあり、それがショックでクラスの中で大泣きしたことがあった。友達になぐさめられても止まらなかった。友達は少ないがいたようだった。

中学校もそのまま地元の学校に進んだ。各学年2学級であった。1学級あたりの人数は35名程度であった。部活動は吹奏楽部に所属し、練習には普通に参加していた。中学2年の1学期までは特に目

立った問題はなく過ごしていた。

【現 病 歴】

中学2年の2学期以降になって情緒的に不安定となり、学校で泣くことが多くなった。学級の窓のカーテンを体に巻き付けてしばらく動かなくなったり、うずくまって膝を抱えて泣いていたりすることがあった。学校で嫌なことがあっても自発的に親に言うことはなかったし、学級担任の先生にも何も言わなかった。これは小学校の時からそうだった。どうしたの?と聞かれても「知らない」、「覚えてない」と答えてばかりいた。時には何かの拍子に学級から走って出て行ってしまいうこともあった。玄関や廊下で地団太を踏んだり、ティッシュを細かくちぎっていたりすることがあった。この頃、朝から何となく表情は暗く、朝食の時にテーブルに額をつけてしばらく動かないこともあった。そして、学級に入ることがひどく苦痛になったようで、保健室へ行くことが増えていった。3学期にはほとんど終日を保健室で過ごすこととなった。友人は少なく、同じく保健室へ通う1人の女の子と交流できる位だった。部活動も参加しなくなった。

家庭では皆で食事をとっていてもその場に入らなくなったし、居間でくつろぐことができなくなっていった。食事は皆と時間をずらしてとることが多くなった。会話がより減少していった。そのような状況の中で中学3年に進級し、間もなく受診に至った。

【検 査】

(1) 脳波検査 正常範囲内。特記事項なし。

(2) 心理検査

① WISC-Ⅲ；言語性IQ101, 動作性IQ98, 全検査IQ99。

所見；知的には標準レベルにあり、IQ間の偏りは見られなかった。しかしながら、群指数の「処理速度」は軽度遅滞レベルだった。また下位検査項目間では「符号」と「記号探し」の評価点とともに3点以下であり、全体的に見れば認知の偏りが認められた。

② ベンダー・ゲシュタルト・テスト；コピッツ法1点, パスカル・サッテル法23点, 所要時間4分12秒。

所見；知覚-運動機能は正常範囲内だった。所要時間は平均的であり、注意集中の問題もなさそうだった。他方、描かれた図形は情緒的指標が数多く観察された。不安や逃避、臆病、情緒不安定、性格の硬さ、自己中心的性格、計画性の乏しさが推測された。

③ SCT (中学生用)

所見；全体的に一つ一つの文章は短いものが多かった。あまり自分の内面を語っていなかった。学校で特にイライラするようだった。男の友達はいないようで、女の友達はあるようだった。家の人は「たなあげ星人」であり、先生は「しゅるいが多い」とのことだった。

④ その他の情報；検査場面ではずっと100円玉を2枚持っていた。視線を合わせることは少なかった。検査中に検査者の方に指で鉛筆の折れた芯を飛ばしたりすることがあった。会話はとりつく鳥のないような応答性の乏しい印象だったが、徐々に検査者の指示に従うようになった。反応や課題遂行のテンポは遅い方だった。

【治療・相談の経過の概要】

Cの外見は長身であり、髪は長く、顔は青白く痩せていた。質問に対してはうつむき加減が多く、答えないこともしばしばであった。特に学校生活上の問題の核心に触れるような質問だと固まってしまい、答えられなくなった。

学校では保健室に通っている、とのことだった。そこに通っている女の子の友達と少し話したり、

一緒に勉強したりするようだった。家ではピーズの手芸に凝っていて、暇な時にはそれをしていることが多いようだった。将来は花屋さんになりたいと話していた。とりあえず、抗不安薬を処方し、定期的に様子を見ていくこととなった。

学校へは通っているが、保健室登校は変わらない状況であった。保健室の先生の評価では元気のないときもあるが、まずまず落ち着いているときもあるらしかった。たまに学校を休んだりするようだった。睡眠や食欲についてはほぼ安定していた。情緒的には時折コントロールできなくなることがあり、泣いたりするようだったが、以前に比べると頻度は少なくなっていた。薬は自分から飲んでいいるが、たまに忘れることがあるようだった。行動のマイペースさがあり、自分の行動パターンが崩されることや予定の変更はかなりできないようだった。これは今始まったことではないらしかった。また最近、しばしば何度も手をよく洗う行動が見られるとのことだった。

一度、学級担任の先生と家族を交えた話し合いの機会を持った。春の高校受験に対してはそれなりに意欲を見せているようで、Cなりに頑張っているようだった。学校に通うことについては直接的に拒否することはないが、転校したい願望は持っているようだった。今後も保健室登校を続けつつ、情緒的に安心できる居場所を確保すること、勉強する意欲を持ち続けられるように支えていくことを確認し合った。また、高校進学以後も感情面でのコントロールや対人関係上の問題、マイペースな行動が課題となるだろうから、それらの点についてきちんと理解しながら関わっていくことが必要であることを伝達した。

Ⅲ 討論

1. 思春期における高機能広汎性発達障害の診断と障害特性について

今回提示した3事例はいずれも中学生という思春期の年代になってはじめて家族とともに専門機関を訪れ、治療や相談に結びついたのであるが、主訴は全員が学校生活における不適応からくる問題であった。この3事例は皆、中学校の通常学級に在籍し、標準レベルの知能水準を有していた。家族から出生時以降の生活史を丁寧に聞き取ることを通して特異的な発達の問題が明らかになった。3事例のうち2名は乳幼児健診の場において発達をチェックされており、1名はその後のフォローの場である母子通所教室に通った経験があったし、別の1名は保育園の保育士から自閉症の疑いを持たれ、さらに就学児相談会でも専門病院の受診をすすめられていた。この2名については幼児期に自閉症ないし自閉症圏障害（広汎性発達障害）の症状を満たしており、その方向での診断が妥当と考えられた。一方、残りの1名は、乳幼児健診及び就学児健診の場で問題は指摘されなかったものの、学校生活における対人関係のとり方、視覚刺激の感受性の高さ、固執性、幼少期のエピソード、面接場面での振るまいなどから総合的に判断し、不適応行動の背景にはアスペルガー障害が存在していると考えられた。

このように、広汎性発達障害を持つ人の多くが幼児期において発見され、より早期からの対応がなされている一方で（高橋，2000²⁾；杉山・辻井，2001³⁾），学校生活での不適応を主訴として専門機関を受診する者の中に高機能広汎性発達障害が含まれる可能性があることに注意を喚起したい。なぜならこの場合には、外面に現れている行動上の問題は特有の困難性があり、その困難な状況をよりの確に把握しつつ、治療や支援へと結びつけるためには、発達障害についての適切な理解と対応を抜きにすることはできないと考えるからである。

例えば、今回我々が提示した事例Aは抑うつ症状と身体症状を合併し、事例Cは情緒不安定となり、

ともに保健室登校となっているが、不適応の背景には対人関係上のストレスや高い不安が存在していた。しかしながら、自らの口で対人関係上のトラブルや状況を詳しく説明することが困難であり、聞かれても十分には答えられないことが多く、あやふやな答え方や無視ないしは無反応といった反応スタイルになりやすかった。したがって本人から問題の背景を聞き取るよりも、行動観察や家族からの聴取に多くを頼らざるを得なかった。確かに一般的に考えても、思春期の年代では内面を適切に言語化することの困難さが見られるものだが、高機能広汎性発達障害者の言語化の困難さは質的にそれとは大きく異なる。高機能広汎性発達障害者には特有の感情表現の乏しさや文脈の不適切な説明が認められ（高橋・杉山，2002⁶⁾）、アンバランスな言語能力ゆえに対人関係場面で不適応が生じやすく、心身の症状や問題行動に発展することが少なくない（神尾・十一，2000⁶⁾）。また、状況や人の認知、記憶や想起の方略の特異性も十分に推測され（Williams, 1992⁷⁾；Grandin, 2000⁸⁾）、高機能広汎性発達障害者の言語障害と認知障害は社会適応上の大きな壁となっている。

他方、事例Bについては級友に対する衝動的・攻撃的行動といった反社会的行動が認められたのだが、言語や認知の障害の他に、より中核的な問題として共感性の乏しさが強く関与していると推測される。彼はまた、自閉的で、感情が平板的であり、一見すると成人であればスキゾイド人格の印象を持ったのであるが、近年しばしば高機能広汎性発達障害と統合失調症型人格障害や統合失調質性人格障害の近縁性や異同についての議論がある（栗田・長沼・福井，2000⁹⁾；浅井・杉山，2002¹⁰⁾）。さらに、未診断、未治療の高機能広汎性発達障害がそれと気づかれずに統合失調症や統合失調症型人格障害に混在する可能性は否定できないという指摘がある（杉山，2002¹⁰⁾）。彼の場合は生活史をたどると自閉症の定型ではないものの、自閉症圏障害の発達過程を示しており、発達障害の観点からの理解が必要と考えられる。この点に関して、統合失調症型人格障害や高機能広汎性発達障害は必ずしも相互排他的な関係として扱うのではなく、診断名を併記するのが良いという意見があるが（栗田・長沼・福井，2000⁹⁾）、思春期であれば原則的に人格障害の併記はできない。いずれにせよ、対人関係、特に共感性や他者理解の乏しさは広汎性発達障害の極めて中核的な問題であり、この点が対人関係上のトラブルを引き起こす要因の一つになることに留意する必要がある。過去に広汎性発達障害、すなわち自閉症ないし自閉症圏障害の発達過程を辿った経験があるのなら、それをふまえて行動上の問題を整理することで今後の対応方法が明らかになることは少なくないと思う。

このように思春期の3事例が現わした不適応行動を、高機能広汎性発達障害の範疇でとらえなおし、意味づけすることで、より根本的な原因の解明が可能となり、問題解決及び支援方法については障害特性を十分にふまえた対応が必要であることを主張したい。

2. 二次的障害としての不適応行動について

今回我々が提示した3事例はいずれも中学校の学校生活で不適応を生じたのであるが、十一（2002）¹¹⁾は思春期の高機能自閉症者が家族とともに精神科を受診する場合に、「二次災害」としての問題行動として(1)対人回避の習癖、(2)過度の緊張に基づく不適応、(3)反社会的行動、の三点に関する相談が代表的でかつかなりの比重を占めるとし、さらに精神症状としては抑うつ症状と強迫症状の2つが合併しやすい、と述べている。この点をふまえると、事例Aには(1)と(2)の問題行動と抑うつ症状が、事例Bには(3)の問題行動が、事例Cには(1)と(2)の問題行動と強迫症状が認められており、3事例を合わせると代表的な問題行動と精神症状のすべてが出揃っていることが分かる。

3事例はいずれも級友からのいじめやからかい、意志疎通のずれなどの対人関係上の問題から不適応を生じ、身体症状や精神症状を合併したり、あるいは反社会的行動へと結びついている。杉山・辻

井(2001)³⁾は高機能広汎性発達障害者の多くが学校生活でいじめを体験しているという調査データを提示しており、このことは我々の臨床経験からも一致している。前思春期ないし思春期の頃に知的レベルの高い高機能広汎性発達障害者の多くは他者の視点のある程度獲得できるようになり、内省力もより深まるようになるため、対人関係上のトラブルでかなり傷つきやすくなる。その葛藤やストレスが内面的な方向へ向かうと事例Aや事例Cのように対人回避傾向やひきこもりが生じ、場合によっては被害感を強め、対人恐怖を示したり、自己不全感や無能力感を伴う抑うつ症状や強迫症状へと発展することがあるだろう。逆にそれが外面的な方向へ向かうと事例Bのように他者への共感性を欠いた、他害などの反社会的行動へとつながる恐れも否定はできない。後者の場合、全体としてはかなり少数ではあるが、非常に短絡的で突発的な行動につながる可能性がある(藤川, 2002)³⁾。

さらに、杉山(2002)⁴⁾が提示した思春期高機能広汎性発達障害者の6名全員が学校生活などの不適応により、一種の心因反応として注察感、幻聴、妄想などの精神病症状を発現させている。事例Aは治療や相談の経過の中で被害感や対人恐怖を強めたのであるが、これが昂じれば精神病症状に発展する可能性は否定できないだろう。幸い、抗うつ薬などで薬物療法を行ないつつも、学級担任と養護教諭が自閉症についての理解があったため、保健室登校での個別的な配慮をすすめることができた。

十一(2002)⁵⁾はシンプルな対人関係の場に移すことで問題行動が完全に沈静化するケースが多いことを指摘している。確かに、薬物療法や個人面接のみではあまり状態が好転しない場合もあり、このような環境調整によって複雑で厳しい対人刺激を回避させ、安心できる居場所を確保することは重要な対処方法の一つと考えられる。

3. 学校教育における思春期以降の対応について

思春期は周知のように精神的にも身体的にも質的に大きな変化が起こる時期である。そのために様々な行動上の問題が起きやすくなる。一例を挙げれば、不登校の数は中学生の方が小学生よりも出現率が明らかに高くなる(平成13年度の文部科学省の調査;小学生0.36%,中学生2.87%)。このことは、中学生になると個人の内面生活が大きく変化すること、対人関係における同性及び異性関係が複雑になりやすいことなどを示唆している。また、環境的にも中学校は小学校と異なり教科担任制が導入されるなど、学校生活上の違いが大きいことは今更指摘するまでもない。この点に関して、広汎性発達障害はその障害の特性から環境の変化に弱く、敏感であり、見通しの持てない初めての経験に対する不安が高く、普段と同じ行動パターンを維持しようとする傾向が強い。これは経験的にみて、知能の程度にあまり関係のない特性と考えられる。

以上を考え合わせると、年齢的に思春期に入ろうとする高機能広汎性発達障害者は一般よりも精神的、身体的及び環境の変化による不適応のリスクはかなり高いと言って間違いはない。とりわけ通常学級に在籍する場合に、適切な理解者が不在であればその可能性は高くなる。

我々が提示した3事例はその事実を如実に示している。特に、事例Aが典型的と思われるのだが、彼の場合、小学校と違い中学校では1学級の人数が4倍に膨れ上がり、勉強の進度についていけず成績は低下し、級友からいじめやかからかいを受けるようになり、身体的、精神的症状が出現し、中学校に在籍しておおよそ2, 3カ月の間に不適応を起こした。ここでは、不適応を起こす要因として考えられる、(1)クラスのサイズの問題、(2)学習能力の問題、(3)対人関係上のトラブルの問題について取り上げながら要望を述べたい。

第一点目のクラスのサイズの問題であるが、クラスのサイズが大きければ大きいほど対人刺激が過剰になり、対人関係に困難を抱える高機能広汎性発達障害者にとって負担は大きくなる。また、教科

担任制であるために学級担任は一日のうちのわずかな時間しかクラスを観察することができないし、生徒一人一人とのコミュニケーションは少なくなってしまうため問題の発見は遅れやすい。このことをもっと責任を持って自覚する必要がある。

第二点目の学習能力については、変化に敏感で柔軟性に欠けることが多い高機能広汎性発達障害者は、教科を教える教師によって教え方が異なることで戸惑うことも多いだろう。また、広汎性発達障害の障害特性として注意を向けることの困難さがあるため、何かに気をとられたり、空想してしまう間にノートに書き留められなかったりして、重要な内容を逃してしまうことがあると推測される。さらに認知面の偏りがあるために、学習内容自体が高度になるにつれて成績が低下していく場合もあるかもしれない。このように学業不振の原因は複数あると推測される。そこで個人の学習特性に即した教授法の工夫や教材開発など、より創造的で積極的な学習上の対応が望まれる。

さらに第三点目の対人関係上のトラブルについてであるが、Wing (1996)¹⁰⁾は広汎性発達障害を対人関係のタイプごとに「孤立群」、「受動群」、「積極・奇異群」、「形式ばった大仰な群」に分類している。いずれのタイプもそれぞれの特徴を持っており、それぞれのタイプを理解した上での対応が本来は必要と思われる。それらの中で、対人関係上のトラブルを引き起こしやすいのは「積極・奇異群」、いじめの標的にされやすいのは「孤立群」や「受動群」と経験的に指摘できる。前者は相手の受け入れ状況とは関係なく、一方的に自分の関心に基づく話しをしたり、自己中心的な行動をしてしまうために摩擦が生じやすい。後者はいわゆる弱い者いじめの標的になりやすい。したがって、このような対人関係の傾向を予め認識し、トラブルの発生に予防的に対処することが必要と考える。

ところで文部科学省は平成14年10月、「今後の特別支援教育の在り方について（中間まとめ）」を公表した。その中で特別支援教育の対象としてLD（学習障害）、AD/HD（注意欠陥・多動性障害）とともに高機能自閉症を含めている。小中学校の在り方として教職員の理解の促進、学校組織として一体的に取り組むことを確保する対応体制の構築、支援計画の作成による関係機関との円滑な連携、などの特別支援教育体制の確立の必要性を論じ、さらに特別支援教育コーディネータ（仮称）の配置を提言している。

高機能広汎性発達障害者の不適応を予防し、学校生活を豊かなものとし、将来の可能性を広げるためにも、個別の支援計画の作成と教職員全体の共通理解と一貫性のある対応、学校内に発達障害に理解のあるキーパーソンとしての教師の存在、関係機関との連携がぜひとも必要と考える。また小中学校だけに限定せず、高等学校や大学といった高等教育機関においても発達障害に対する理解の促進を切望したい。今後の文部科学省や学校教育の動向を注意深く見つめながら、関係機関に従事している我々の臨床実践を積み重ねて行きたい。

IV まとめ

思春期高機能広汎性発達障害者の学校生活の中で生じた不適応について事例検討を通して討論を加えた。思春期の心と体の発達の变化をふまつつも、不適応の背景にある広汎性発達障害の早期の把握と的確な理解、その障害特性をふまえた上での対応は極めて重要な点であり、また不適応行動の発生を予測し、予防的に対処することの必要性について言及した。さらに豊かな学校生活を送るための留意点や要望についても触れた。

【文 献】

- (1) 杉山登志郎 (2002) : Asperger 症候群と高機能広汎性発達障害. 精神医学, 44(4), 368-379.
- (2) 高橋脩 (2000) : 通常学級に在籍する高機能自閉症児の学校生活. 発達障害研究, 21(4), 252-261.
- (3) 杉山登志郎, 辻井正次 (2001) : 高機能広汎性発達障害. 児童青年精神医学とその近接領域, 42(2), 114-123.
- (4) 小枝達也 (2002) : 心身の不適応行動の背景にある発達障害. 発達障害研究, 23(4), 258-266.
- (5) 高橋美枝, 杉山登志郎 (2002) : 文章を用いた心理化課題の発達の検討 - 高機能広汎性発達障害児と健常児の比較 -. 発達障害研究, 24(1), 56-66.
- (6) 神尾陽子, 十一元三 (2000) : 高機能自閉症の言語 - Wechsler 知能検査所見による分析 -. 児童青年精神医学とその近接領域, 41(1), 32-43.
- (7) Williams D (1992) : Noboy nowhere. (河野万里子訳 (1993) : 自閉症だったわたしへ. 新潮社)
- (8) Grandin T (2000) : 自閉症の体験世界 (レッドフォード賀代子, 杉山登志郎訳). 発達障害研究, 21(4), 279-283.
- (9) 栗田広, 長沼洋一, 福井里江 (2000) : 高機能広汎性発達障害をめぐって (総論). 臨床精神医学, 29(5), 473-478.
- (10) 浅井朋子, 杉山登志郎 (2002) : アスペルガー症候群の診断と治療. 臨床精神医学, 31(9), 1047-1055.
- (11) 杉山登志郎 (2002) : 高機能広汎性発達障害における統合失調症様状態の病理. 小児の精神と神経, 42(3), 201-210.
- (12) 十一元三 (2002) : 自閉性障害の診断と治療. 臨床精神医学, 31(9), 1035-1046.
- (13) 藤川洋子 (2002) : 「非行」は語る - 家裁調査官の事例ファイル -. 新潮社.
- (14) Wing L (1996) : The Autistic Spectrum-A guide for parents and professionals. (久保絃章, 佐々木正美, 清水康夫監訳 (1998) : 自閉症スペクトル - 親と専門家のためのガイドブッカー. 東京書籍)