

【寄稿】

発達障害における三次障害

原 田 剛 志

キーワード：発達障害、三次障害、ASD、自閉スペクトラム症

1. はじめに

近年、発達障害はマスコミでも大きく取り上げられ、社会的にも注目されるトピックとなっている。子どもをもつ保護者の関心も大きく寄せられ、早期発見・早期療育という言葉もよく耳にする。このように発達障害が早期に発見され、療育されるようになってきている一方、大人になるまで病院受診や支援の経験なく、大学生や社会人など成人となって引きこもりや精神症状などの問題を抱えて来院される方も少なくない。さらには不適切な支援助言によってさらに状況が困難になってから受診に至るケースも少なくない。

本稿では、筆者のこれまでの臨床現場での経験をもとに、今まで使われてきている一次障害、二次障害をさらに詳しく説明し、三次障害の概念を加えることで、発達障害の症状の展開を細分化し理解しやすく整理する。

2. 発達障害の誤解されやすさ

主な発達障害として注意欠如多動症（ADHD）、限局性学習症（LD/SLD）と自閉スペクトラム症（ASD）が挙げられる。

ADHD は多動、不注意、衝動性という目に見えてわかりやすい不適応行動を特徴とする。そ

のため、ASD の特性による空気の読めなさが立ち歩きという多動症状に繋がっている場合であってもADHD と誤解されることが多い。また、ADHD は成長に伴う脳機能の問題でなく、わがまま、愛情不足、反抗期と誤解されたり、いわゆる“やる気の問題”と言われるようなモチベーションなどの意思の問題と誤解されたりすることもある。LD である読み書き障害では、算数障害も努力不足、やる気の問題とみなされ、学業が複雑になればなるほど、本人の問題とされ、取り残されやすい。ASD は、Wing の三徴といわれる社会性の障害、コミュニケーションの障害、イメージーションの障害と、感覚過敏が主な発達特性として観察される。ここでいう社会性の障害とは、常識が使えない、人より物に関心があるなどのこと、コミュニケーションの障害とは字義通りの理解や自己流の意味理解から言葉が対人交流としての使用にならないなどのこと、イメージーションの障害とは相手の意図、思い、雰囲気など「見えないものがわからない」ことをそれぞれ指している。メタ認知と心の理論の弱さから以上のような特性を持ち、それがこだわりやしつこさ、自己中心的な行動として表出される。時間的展開としては思春期で周囲がそれらを出来るようになった後も残存するためわがまま、愛情不足、反抗期などと誤解されることがしばしばみられる。このように発

Tsuyoshi Harada : 医療法人悠志会 パークサイドこころの発達クリニック

達障害はともすれば本人や家族の努力不足やわがままと誤解を受けやすいことをまずは念頭においてほしい。特にそれは成長に伴い評価が厳しくなればなるほど誤解を生みやすくなる場合もある。

3. 発達障害では何が起きているのか

さて、これら発達障害の時間的展開を階層的に見ていくと、一次障害とは「脳機能の違いによる差異」を指す。生物学的差異でいえば「脳機能の違い」であり、ASD でいえば想像力の困難や感覚の過敏さ、ADHD でいえば実行機能や報酬系の問題、LD でいえば音韻理解の難しさなど生まれ持った脳機能の特性のことである。またその特性による「能力の高さ低さ」は「コミュニティが要求するものへの応答性という、生物学的差異がコミュニティに投影された社会的差異」と言える。

次に、二次障害は「症状展開のダイナミクス」を指す。本人特性と環境とのミスマッチつまり一次障害によって起こる社会との摩擦が症状に出てくるまでのすべての段階を含む。具体的には、機能の差を持つ脳が社会との折合いの悪さを体験する時に起きる「感覚」である。例えば、自分が要求水準に達していないことに自覚的であれば「疎外感」や「不安」、その感覚に未自覚で不適切な形で表出するのであれば「被害感」や「パニック」など①「周囲とは違うことの違和感」となる。また、前述したような形のない「感覚」が目に見える症状として結晶化したものが②「症状化」である。症状化は例えば内在化すると「うつ」「パニック障害」「身体化」などとなり、外在化すると「不適応」「不登校」「薬物乱用」などとなる。以上を二次障害と言う。

ここまでが一般的にいわれている一次障害、二次障害を詳細に細分化したものである。

このように発達障害では、成長が部分的に取り残されるために環境に適応が困難となり更には二次障害を呈していくが、その基盤にある脳機能の偏りについて気が付かれにくいいため、様々な間違っただけ対応を受けることが少なくない。

4. 三次障害

発達障害が二次障害まで展開し周囲がその不適応に気が付かれるようになると相談機関、医療機関、カウンセラー、産業医などへ相談を勧められる。妥当な対応であれば発達障害特性や二次障害への助言、投薬などで症状や困難の減少がみられていくが、不十分な対応であれば、発達障害の存在を理解されず、うつ病、躁うつ病など表出している二次症状だけ取り上げられた誤診と服薬、休職、入院治療、リワークなどを通して症状の重篤化や遷延休職期間の延伸などの「相談したがゆえに新しい困難の積み上げ」が起こってくる。結果、長期間にわたる症状の固定化や状況の改善がないことによる失職、離婚、家庭崩壊、引きこもり、ごみ屋敷などに至ることも珍しくない。

このような支援者からの不適切な助言や診断などから生まれるさらなる困難を視覚化するためにこれらの困難を発達障害における三次障害と提唱したい。

5. 症例

症例1 20代女性

出生時は40W3000gと問題なし。幼稚園の集団の中でも自由時間は一人遊びが多く、ブロックや折り紙など好きな遊びだと何時間でも続けられた。他児とあまり話をせず、いつも一人でいることから母親が幼稚園の先生に発達の問題があるのではと相談すると「あなたはこの子にレットルを貼ろうとするの?」と言われ、それ以上相談にはならなかった。

小学校でも、友人関係の広がりが見られず、授業参観、運動会などの行事でもお友達と話をすることがなく、昼休みも図書室で本を読んで過ごす。4年生の頃に母が担任に再度「お友達がいないようで心配している」と相談するが、「勉強についていけているので大丈夫です」と言われた。中学校でも部活には所属せず、グループ活動でも自分だけ一人残されてもあまり気にする様子もなく登

校していた。高校・大学と黙々と勉強することで卒業し、一般企業へ就職。事務職として採用されるが、挨拶をしない、メールの内容が失礼、電話対応ができていないなどと上司から注意を受けるが、なかなか改善せずさらに頼まれた仕事も自己判断で処理、困っても誰にも聞けずにそのままにしてしまうなどの行動から「社会人失格」と上司から強く叱責され、朝起きられなくなって出社できなくなった。

A 心療内科クリニックで「ひどいパワハラのためにうつになった」と訴え、抗うつ薬が処方されたが、主治医の上司からの聞き取りで職務上の指導であり現実にはパワハラは存在しなかったため、精神病性うつ病または統合失調症として抗うつ薬に加え抗精神病薬も処方された。休職し、服薬とリワークを行い、うつ症状の消退がみられたため復職。会社の方針で同じ部署に復帰したが、すぐに不調が出現し休職。その後も何度も不調、休職を繰り返したため、就業規則上の病欠を超えたため退職となった。現在は通院しながら自宅で引きこもって生活している。

症例 2 30 代男性

36W2800 g で出生。幼稚園ではリーダーを任されることも多く、人前での発表、行動等もみんなの見本として頼られる存在であった。小学校では真面目で優等生。静かなお友達同士で過ごしている事が多かった。勉強が良くでき、中高一貫の学校へ進学。課題が多くなると忘れ物やミスが出てくることもあり、忘れ物やミスを過度に気にするようになる時期もあった。優秀な成績で大学へ進学。大学では興味のある分野の研究に没頭し、教授からの評価も高かった。友人関係においても特定の友人と休暇を楽しむこともあった。大学卒業後一般企業へ就職。多忙な企業で、通常の仕事に加え、顧客管理、顧客とのやり取りなど全ての事を個人に任され、業務が増えるにつれてミスが多くなっていた。多忙になるにつれてミスも増えていき、不安で眠れず、食欲もなくなりB 心療内科を受診。うつ病の診断を受けて服薬を始めるが、

昼夜を問わず顧客に電話を掛ける、夜中まで眠れずに仕事続ける等の症状が出る。その後、一気に気分が落ち込み動けなくなり退職を余儀なくされた。状況を改善しようとC クリニックを受診すると、ASD の診断を受け、特性理解に努めたのち、再就職を果たした。

症例 1 は、支援者たるべき周囲の人間から繰り返しミスリードを受けたところが着目すべき点である。1 回目は幼少期に母親が心配し相談したにもかかわらず、おそらく発達障害に対する偏見を持ち、理解のない幼稚園教諭から否認された。2 回目は、知能が高く、大きなトラブルを起こさなかったため集団からの孤立など自閉特性をうかがわせる状況があったにもかかわらず「勉強が出来るから大丈夫」と4年生の担任が取り上げなかったものである。3 回目は、病院で診察を受けた際に特性からくる自己流の理解に基づいた行動特性を了解不可能性として、対人接触の悪さや表情の硬さをプレコックス感として、被害的な受け止め方を妄想と受け止められ精神病圏内の患者として扱われた点である。

症例 2 は、几帳面さや興味の偏りが仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面さやごまかしができない点を下田の執着気質と病院で理解され、抗うつ薬の投与を受けたが、うつ病ではなかったため薬剤性の躁転を展開し退職にまで発展したケースである。これらの性質は、執着気質ともいえるが、ASD の典型パターンでもある。本症例は、ASD の疲弊と考えるべき症例であった。そのためこのケースでは、転院後ASD 特性についての生きやすくするための助言や支えが十分にあったため、社会への再参加が可能となった。

6. 現状での問題点

今回のケースでは、お母さんを安心させようとして「大丈夫ですよ」と安易に声をかける「善意による支援助言」や「この子にレッテルを貼るなんて」といった声かけのような「無自覚の偏見」

など「発達特性に対する理解の乏しさ」や、医療や教育などの専門家が「何が起きているか判断ができない」「対処法を知らない」ことにより、三次障害が起きていると考えられる。

そのため、全国の相談員及び、医療従事者に、発達特性とそれに関連して起るトラブルを正しく理解し、適切な対処方法を助言できる最低限の知識を身に着けることが早急に求められる。

【文献】

American Psychiatric Association(2013):
Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders, 5th ed.(DSM-5). APA:Washington
DC.

本田秀夫 (2017) : 大人になった発達障害. 認知神経学Vol.19 No.1, 33-39.

井上正彦 (2010) : 二次障害を有する自閉症スペクトラム児に対する支援システム. 脳と発達42, 209-212

玉田有 (2018) : 執着性各論 (下田光造) の構成過程に関する考察—森田正馬による精神病質論と比較して—. 精神神経学雑誌120, 11-24.