

## 成人の発達障害

米田 衆介

**抄録** この数年、成人の発達障害に注目が集まっている。成人の発達障害者は決して少なくはない。しかし、その中の大多数が未診断のまま生活している。

粗大な脳器質性の障害をとまなわれない発達障害では、その病理は正常との連続性の中にあるが、量的な偏りが一定の水準を超えると、それは現実の日常生活の中では質的に明白な障害となる。当事者自身の特性としての偏りと、環境との関係でのあらわれを区別することは、理論的にも現実的にも容易ではないが、適切な支援を計画するためには、本質的な特性の把握を可能な限り試みるのが重要である。最小限、自閉症圏としての特性、多動性障害としての特性、全般的な知能の水準の3つの指標に注意する必要がある。

発達障害者への支援としては、自分の特性を理解して上手に使えるようにすることが大切だが、このような支援はデイケアなどの集団を利用しなければ困難な場合がある。

精神科臨床サービス 9:512-515, 2009

キーワード：発達障害、成人、アスペルガー障害、アセスメント、デイケア

### はじめに

発達障害という言葉が精神科の臨床でよく聞かれるようになって久しいが、成人の発達障害が一般の精神医療の中で注目されるようになったのは、ついこの数年であるように思われる。もともと発達障害という用語は、精神発達遅滞・小児てんかん・脳性麻痺などの障害を意味するものだったが、多動症や自閉症がこれに含まれるようになり、さらにアスペルガー障害をはじめとする知的に遅れのない広汎性発達障害や、特異的発達障害としての学習障害が含まれるようになったという歴史的経緯がある。そして最近になって、これらの障害を持つ成人の生きづらさや、他の精神疾患との合併が注目されるようになったのである。拙

論では、成人発達障害をみるポイントを簡単にまとめ、治療については紙幅の関係もあり若干ふれるにとどめる。

### I. 「大人の発達障害なんているんですか？」

数年前まで、こういう質問を受けて驚かされるのが時々あった。さすがに、最近ではそういうこともなくなった。発達期に明らかになる脳機能の障害である以上は、生涯にわたって持続すると考えるのが自然であるし、実際にもその通りである。

広汎性発達障害の有病率が約2%、多動性障害(ADHD)の有病率が約3~5%、特異的発達障害としての学習障害が約1~2%として、単純に加算はできないとしても、それだけの率で成人にも発達障害があると考えなくてはならない。この計算から簡単にわかることだが、相当多数の成人発達障害者が未診断のまま暮らしていることにな

る。実際、他の疾患の合併がない限り、成人で多動性障害だけがある場合は医療機関を受診することは少ないと思われる。また、特異的発達障害としての学習障害も同様である。

広汎性発達障害では、成人期まで不適応が持続するケースが多いと推測されるが、この場合でさえ困難を抱えながら、なんとか適応しているケースはある。たとえば、この分野の臨床医の間ではすでによく知られたことであるが、医療機関を受診した自閉症児の両親のどちらか、または両方が、成人広汎性発達障害であることはまれではない。その観察から、広汎性発達障害に関しても、少なからず未診断で適応しているケースがあることがわかる。

ただし、これらの適応している成人発達障害者に何も問題がないと考えてはならない。臨床的に診断される成人発達障害者の多くは、抑うつを伴う適応障害など、他の精神障害を合併しており、時には急性一過性精神病性障害の状態を示すこともある。また、境界性人格障害や回避性人格障害などに、少なくとも外見上は該当する状態を示すこともまれではない。

逆に、これらの精神障害のどれかであると診断されているケースの中に、成人の発達障害が潜在的に含まれている可能性は高い。実際に、医療機関で気分障害として治療を受けたが改善しないために、主治医が発達障害を疑って専門の医療機関を紹介してくれたというケースが増えてきている。また、「ひきこもり」として治療されているケースの中に、多数の発達障害者が含まれているという話はすでに有名である。

## Ⅱ. 正常からの偏りとしての発達障害

成人の患者さんによく聞かれるのが、「発達障害って病気なんですか？」という質問である。こういう時には、巨人症という病気が、原因のわからなかった過去には「身長」という量的な基準で定義されていたことの例から、「身長が180cmなら、背が高くって便利だねですまされるけど、身長260cmだったら、とても普通の生活や仕事は

できないし、病気と考えてもいいよね」というような説明をしている。

これは、正常からの量的な偏りが、生活面での質的な困難を生じるという話である。たとえば、広汎性発達障害の本質が何であるかは置くとして、広汎性発達障害としての重症度というものを考えてよいとすれば、それは最重度から正常範囲まで切れ目なく連続している。しかし、それがどこから病気であるかは、具体的な生活の中での困難さで決めるしかない。この点は、いつか発達障害の原因が明らかになったとしても、あまり変わらないであろうと思われる。

「身長220cmの場合、バスケの選手やレスラーでうまくいっているなら大丈夫だけど、競馬の騎手や宇宙飛行士になりたいなら絶望的だよね」という話もする。生き方によって、困難さは変わってくる。できれば、あえて向いていない分野を選択するのはやめた方がいい。特に広汎性発達障害では、自己モニターの障害と、こだわり症状のために、適していない進路に固執して不適応をきたすことが多いからである。

成人患者の家族から質問されるのは、「治らないのですか？」というのと、「怠けているのではないのですか？」というのがある。これらに対しては、「生まれつきの脳の障害であるから治らない、たとえ努力しても障害そのものは改善しない」と答えている。特に、右肩上がりの人生を考えている、目標の高い家族に対しては、治らないことを強調して説明する必要がある。逆に、のんびりしている家族や、悲観的になりすぎている家族や本人には、「まあ、障害は治らないけど、練習すると少し生きやすくなるから、ためしてみよう」というような説明をする。どちらも別に嘘ではない、しかし、相手を見て強調するポイントは変えた方がいいようである。

## Ⅲ. 発達障害を見立てるための3つのポイント

さて、以上述べたように、発達障害は広い範囲

を含み、環境も個人の資質もさまざまである。したがって、アスペルガー障害だからどうか、多動性障害だからどうかいえるものではない。まして、成人の発達障害であるというだけでは、どのようなサービスが必要なのかまったくわからない。それどころか、あるケースに有効な支援が、別の対象には有害であることすら珍しくない。だから、成人発達障害の分野では、アセスメントの重要性が高い。

発達障害を専門としないスタッフにとって、最小限理解する必要のある見立てのポイントのうちで、重要なものから3つの軸をあげておく。

### 1. 自閉症スペクトラムとしての特性の水準

自閉症スペクトラムの重症度という指標が存在しうると仮定した場合、その中心になるのはシングルフォーカスという特性であるように思われる。シングルフォーカスというのは、ある対象に注目すると、それ以外の事象が情報処理の対象からはずれてしまうという意味である。情報処理の過剰選択と言ってもいいだろう。このような特性があると、起こっている事実注目すると相手の感情が見えなくなったり、相手に注目すると今度は自分が見えなくなったりということが起こりうる。そうだとすれば、社会性の発達やコミュニケーションの発達に重大な障害を呈することは自明のこととして理解できる。高機能の広汎性発達障害者でもみられる、白か黒かという極端な思考の様式も、一方を考えると他方が見えなくなるという特性のあらわれと考えるとわかりやすい。このような特性が強いか弱いかによって症状の表れ方はずいぶん異なっている。重症度を4段階に分けて見てみよう。

水準3：自閉症で典型的にみられるような、こだわり（同一性保持）症状が目立ち、思考の融通の利かなさ明らかである。

水準2：こだわり症状は、せいぜい偏った趣味程度で済むので、生活上の主な困難にはならないことが多い。むしろ社会性の障害の側面が顕著であって、相手の

立場を考えない行動が多いために嫌われたり不適応を示すことが多い。

水準1：軽症であって、表面上は社会的な振る舞いが可能であるので、付き合いの浅い他人には、まじめな人などと思われる。しかし、職業などで負荷がかかると本質的な障害が露呈して、視野が狭いとか、周囲に気を配っていないと指摘されるし、本人も他者に気をつかうことに疲れてしまう。

水準0：シングルフォーカスの特性がないか、あっても平均の範囲。

### 2. 多動性障害としての特性の水準

成人発達障害では、外に見える行動の範囲では、多動そのものは見えなくなっていることが多い。成人でも持続する不注意症状には、衝動性に関連した不注意と、それ以外の不注意があるように思われるが、基本的には、多動性障害の本質とされる衝動性を軸として考えた方がわかりやすい。ただし、ここでいう衝動性というのは、「そそっかしさ」のことであって、易刺激性や攻撃性と混同してはいけない。あとになって後悔するような軽率な行動のことを、衝動的な行動という。その本質は、「さてよ、やめておこう」というような抑制作用が、その場で作動し損なうということである。たとえば、精神運動興奮で落ち着かないのは、ここでいう衝動性ではない。

水準3：いつもバタバタして、他人にも落ち着きがないといわれる。毎日のように物をなくす。約束の時間などは守れる方が珍しい。バッグの中で財布や鍵が見つからず、持ち物を全部出して調べるなど日常的にある。

水準2：ちょっと見たところでは多動に見えないが、そそっかしく判断して後悔することが多い。物をなくすことは多くはないが、ふっとその辺に置きっぱなしにするので、何でもかんでも持ち歩いたり、チェーンなどで繋いだり、財布や

鍵などを置く場所を決めたりしている。時々約束を忘れるなどして、うっかり者と他人にも思われる。

水準1：他人からは、多動には見えない。しかし、段取りが苦手で、結果的に「だらしない」と他人に言われないうちにしている。うっかりしないように十分に気をつけているので、かえって慎重になりすぎて「昼行灯」になってしまうことがある。約束の時間は、ぎりぎりに飛び出して間に合う、または心配で1時間も前に到着して待っている。

水準0：衝動性や不注意がないか、あっても平均の範囲。

### 3. 全般的な知的機能と知的代償の余地の水準

全般的な知的機能の水準は、行動に大きな影響がある。知的な能力が高ければ、強い力を使って弱いところを代償する余力が大きい。たとえば、言語的な能力の高さがあれば、数多くの規則を操って適切な行動を導き出すことができる場合もあるし、視空間的な能力の高さがあれば、問題を視覚化して表象することによって問題を解決できる場合もある。それに対して、知的に低いことは代償を困難にする。その場合には、いたずらに無理な訓練を行うより、残された能力を有効に活用するためにも、生活の場での直接的な支援を含む環境調整の方に、より大きな比重を置かなくてはならない。適切な環境を得ることさえできれば、知的に遅れのある自閉症の方が、知的に高いアスペルガー者よりも、かえってよい社会適応を示すことは何ら珍しいことではない。

水準3：知的に非常に高い。一般的な知能検査でIQ 115以上、代償の余地がある。

水準2：知的に普通域である。IQ 85~114、ある程度代償の余地がある。

水準1：知的に境界域である。IQ 84~70、知的な代償の余地が少ない。

水準0：知的に遅れがある範囲、高機能発達障害ではない。IQ 70未満。

## Ⅳ. 成人発達障害の治療にむけて

残念ながら、発達障害そのものは今のところ治療できない。強いて言えば、生活しやすくするための支援が、そのまま治療ということになる。一部の症状には薬物療法が有効である。その他には、合併する精神症状の治療を行う。

生活しやすくするための支援の最大のものは、成人発達障害者自身が、自分の特性を理解して上手に使えるようにすることである。自分という道具の使い方を知るといってもよい。そのためには、どんなときに失敗して、どんなときにうまくいったかを面接で話し合う必要がある。そして、目の前の問題解決の中で特性を確かめていくのがよい。

しかし、面接の範囲では、自分の特性を知ることにも限界がある。そこで筆者の診療所では、知的に遅れのないアスペルガー障害のみを対象として成人の精神科デイケアを実施し、能率よく自分自身を知ることができるように工夫している。特に、アスペルガー障害を含む広汎性発達障害者の場合、自分の欠点はわからなくとも、他人の欠点はわかるので、集団場面の中で他人の行動から、ひるがえって自分の問題に気づくこともある。また、SSTなどの治療を行う場合にも、デイケアなどの仕組みの中で行う方が、単独で行うよりも利点が多い。

成人発達障害の治療に関しては、デイケアの活用の仕方や自助グループの問題を含め、多くの課題が存在するが紙幅が尽きたので、詳細は別の機会に譲りたい。なお末筆ながら、本稿の成人発達障害の見立てについては、平成19年度地域生活支援事業の助成による成人発達障害臨床研究会編「医療機関で用いる個別評価方法の開発」(<http://myoujinshita.jp/add/index.html>)に基づいていることを付記し関係者の方々に感謝の意を表したい。