

---

# 第1のステップ 正しく知る

## 発達障害について勉強する

発達障害を診断治療していくにあたり、正しい知識を得ることが大前提になります。ロールプレイングゲームでも行き当たりばったりに攻略することはできません。まず、全体像をしっかり把握してから、順番にミッションをクリアしていくことが大切です。

そして、何のために診断するのか、ということも臨床家は自身に問いかけねばなりません。

社会で発達障害の人が生きやすくするために、専門家は診断し治療していくのではないのでしょうか。

発達障害を理解するにあたっては、現在知られている発達障害の症状や全体像はもちろん、これまでの歴史、社会的背景もしっかり知っておく必要があります。

それでは以下に詳しく述べていきましょう。

### そもそも発達障害とは何なのか

発達障害とは「親の育て方によらない生まれつきの生物学的な脳の機能不全を基盤とした、発達の遅れではなく発達に顕著な偏りを有しているために、社会で生き辛さを抱えている人」をさしています。

長いですね。わかりやすく説明しましょう。ここでのポイントは3つです。

- ① 生まれつきの生物学的脳の脆弱性を有する（ゆえにアレルギー性疾患などの合併も多い）
- ② 発達の遅れではなく偏り

もちろん遅れを合併していることもありますが、基本的には偏りです。

---

偏りとは何でしょうか。それはできることとできないことの落差が激しいということですよ

③ 社会で生き辛さを抱えている

そして、上記①と②の特性を有していても、理解され社会で適応されているのならばあえて発達障害の病名をつける必要はないということです。つまり、①と②の段階では『発達凸凹』ということになります(杉山登志郎. 発達障害のいま. 講談社, 2011).

そこに、③の生き辛さ、つまり「適応不全」を抱えていることで、発達障害と診断することができるのです。

正常と発達障害の線引きをどこでとるか、と聞かれることが多いのですが、それはわからないのです。

症状がたくさんあっても、社会機能上問題をきたしていなければ、発達障害と診断することはできません。発達特性を持っていることと発達障害であるということは同じ意味ではないのです。

発達凸凹+二次障害=発達障害  
でしたが

言い換えれば  
発達特性+社会機能障害=発達障害  
と言えるかもしれません

つまり、発達特性を持っている人が必ずしも発達障害と診断しなければならない、ということではないのです。

ただ、発達特性にせよ発達障害にせよ双方に共通していることはあります。それは、どちらも自己理解と、自助努力と、周囲からの理解と、具体的な支援策・対応策の実行が必要である、ということです。

発達障害，発達特性，定型発達，それらを明確に区別することは難しい。

ただし，自己理解と自助努力と周囲からの理解と具体的な支援策・対応策の実行は全ての人にとって必要なことである。

## 具体的な発達障害の症状はどんなものがあるのか。発達障害とはどのように分類できるのか

シンプルにまとめてみましょう。

発達障害はこの3パターンです。

- ① ADHD 注意欠如・多動症
- ② ASD 自閉スペクトラム症
- ③ ①と②の合併

アメリカ精神医学会による操作的診断基準，DSM-IVでは①と②の合併は認められていませんでした。

しかし，実際の臨床現場においては，双方の特性を持つ患者さんが多数いることはよく知られていた事実です。

ADHDにおける注意の限局や，ASDにおける興味の限局など，細かい症状として見分ける方法も論議されたことはありましたが，それよりも具体的な対応について考えていくほうが具体的かつ建設的です。

そのような臨床的な流れから，昨年改訂されたDSM-5において，ADHDとASDの合併を認めることになりました。

より実際の臨床，社会状況に即したことになり，これは歓迎すべきことですね。

①はさらに3つの「現在の状態」に分けられます。

不注意優勢，多動衝動，混合

---

また後ほど詳しく述べていきますね。

②に関しては、DSM-IVにおいては広汎性発達障害としてその基、さまざまな下位分類がなされていました。

アスペルガー障害や、特定不能の広汎性発達障害など。

それがDSM-5において、下位分類がなくなりました。

他にも発達障害のカテゴリーに入るものとして学習障害もありますが、子どもの場合大きな問題になります。もちろん大人についても問題は持続しますが、やはり基本はADHDとASDへの対応となるので、あえて大人の発達障害の書籍としては割愛させていただきます。

まとめるとこうなります。

#### 発達障害

- ・ ADHD 不注意優勢  
多動衝動優勢  
混合
- ・ ASD
- ・ ADHDとASDの混合

#### ① ADHDについて

①は3つの状態に分けられます。

不注意優勢、多動衝動、混合

DSM-IVまでは、不注意優勢型、多動性衝動性優勢型、混合型という3分類でした。

DSM-5になって、分類は変わらないものの、「サブタイプ: 下位分類」から、「current presentation (現在の状態像)」に変更されました。

DSM-IVでは「サブタイプ」が型として固定されているかのような印象を与えていました。しかし実際には成長に伴い多動が落ち着き、混合型から不注意優勢型に移行する人もいます。つまり、状態像は変化するということで、DSM-5ではより実際の臨床像を反映した分類となったといえます。

不注意というのは、忘れ物が多い、興味・注意が散漫である、などです。具体的には、片付けられない、ぼーっとしている、部屋が乱雑、大切なところが抜けている、ケアレスミスが多い、などです。

これは、脳機能の選択的機能、選択的統御の処理がうまくいかないことによります。

選択的統御というのは、たくさんの中から何が大事で何は大事でないかを判断して選別する機能です。この機能が上手く働かないと、たくさんの中から優先順位をつけて取り組むことが苦手になります。例えば、ある作業中にどこかで音が聞こえると、すぐそちらに気をとられる。どうでもいいことは忘れないのに、大事なものを忘れてしまうというようなことになります。

診察室の場面でよく見られるのは、診察中に外で救急車の音や気になることがあるとすぐに気を取られ、場合によっては窓まで見に行ってしまう。診察机の上にある自分の興味引かれるものを触ってしまう、などがあります。

## ② ASD について

社会的なコミュニケーション障害と、興味の限局が主徴として認められます。後ほど詳しく書きますが、おとなの ASD 診療において臨床問題となるのは「知的障害のない ASD」がほとんどでしょう。

なぜなら、知的障害のある ASD は、大人になるまでにスクリーニングは終わってしまっているからです。

社会的なコミュニケーション障害としては、空気の読めない会話であったり、診察室で抽象的な質問に答えられない、こちらの質問の意図がわからない、双方向のコミュニケーション、会話のキャッチボールができないなどがあげられます。

また興味の限局というのは、「こだわり行動」と言い換えることができます。興味が限局しているから、自分の狭い興味の範疇で行動していると非常に安心感を覚え、そこから抜けられなくなる。つまり、自分のテリトリー外のことになると途端に強い不安を覚えるのです。

診察時に見られる特徴としては、医師の些細な言葉にひっかかってしつこく