

Ⅱ 二次的な障害の概念整理（医学における定義より）

発達障害とその二次障害・併存症
— 支援と留意事項 —

1. はじめに

二次障害・併存症は、発達障害のある子供の大部分にみられるもので、その認知と的確な対応は支援に際して欠かせないことがらであり、なかでも二次障害は教育的支援と大きく関わっている。特別支援教育が提唱されてから20年になろうとしている現在、発達障害のある子供への支援が一定の成果を上げつつある。今後、発達障害のある子供への教育的支援が一層充実するためには、二次障害・併存症の的確な理解とそれに基づいた適切な支援を行うことが欠かせない。

我が国の公式な診断システムであるICD-10（世界保健機構，2005）は、心理的発達の障害について：1）つねに乳児期か児童期の発症、2）中枢神経系の生物学的成熟に強く関係する機能の発達の障害あるいは遅れ、3）多くの精神障害を特徴づける傾向のある軽快や再発のない安定した経過、と定義している。この定義の2）にあるように、発達障害の原因は脳機能の障害によるもので生物学的なものである。このことは、発達障害のある子供は、自らの意思でその行動や認知の特性を容易に変えられるものではないことを示している。

しかし、発達障害そのものの状態像は容易に変わらなくても、高い学習能力を持つ発達期の子供は、適応的行動など様々な生活機能を学習し身につけていくことが可能である。適切な発達障害教育は、この学習の可能性を十分に活かし、障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服することを可能にする。

一方、学校や家庭で不適切な対応を受けたり適切な支援を受けたりできない発達期の子供は望ましくない方向への学習をすることになる。すなわち、自分自身や周囲の人たちへの否定的な心理的反応が学習され定着してしまうことになる。こうなると、子供それぞれが本来持っている発達の可能性を活かせず生活機能が低下し、自分と周囲の人たちへの攻撃性が強くなる。そして望ましくない精神状態に陥り、一部は精神障害を併存するようになる。これが二次障害及び併存症である（齊藤，2009）。

二次障害の予防と対処は発達障害教育における重要なポイントであることは、国立特別支援教育総合研究所の研究において文部科学省（2004）や笹森（2012）が指摘しているところである。その後から現在までに、二次障害・併存症についての知見がさらに積み上げられてきている。これらの知見を踏まえることにより、発達障害のある子供の支援に際して、よりの確に二次障害・併存症を踏まえた教育的支援を行うことが可能となっている。

本論文では、この二次障害について、関連した概念である併存症を含め、発達障害のある子供の支援に際してどのように把握して対応するのか、さらに、二次障害や併存症に関連が深い愛着の障害について述べる。

なお、本章の発達障害は、学習障害（以下、「LD」という）、注意欠如多動性障害（以下、「ADHD」という）、自閉症スペクトラム障害（以下、「ASD」という）を中心に述べる。

2. 二次障害と併存症、関連障害

(1) 二次障害・併存症等とは

先述のように発達障害のある子供への教育的支援において二次障害・併存症への対応が非常に重要なことであり、特別支援教育関係者はもちろん、発達障害のある子供の支援にあたる福祉、医療関係者の間に知られてきている。「二次障害」という用語は、発達障害のある子供の支援にあたる実践の中で広く使われるようになってきた実践的な用語である。このような経過から「二次障害」は様々な関連領域の関係者により様々な意味で用いられ、厳密な定義は存在しない。このことは、「二次障害」という用語の意味の多様性と意味が伸び縮みする柔軟性をもたらし、実践の場で使いやすく有用性が高いことにつながっている。一方、「併存症」は医療関係者で使われることの多い用語であり、「二次障害」よりも限定された意味を持ち、二次障害と重複する意味持つことと、それとは別の意味を持つこともある用語である。

発達障害の「二次障害」と「併存症」に関する概念・定義について普遍的なものはないが、以下に、一般的によく用いられている意味を述べる。

①二次障害

二次障害という用語は、その中に「障害」を含んでいる。しかし、この場合の「障害」は教育や福祉の領域、及び障害者基本法などで用いられる「障害 (disability)」や医学的診断名に用いられる「障害 (disorder)」など、一般的にしばしば用いられる「障害」とは意味するところが異なっている。それら一般的に用いられる「障害」の意味とは異なり、「障害」に伴って様々な生活機能が低下した状態という意味で用いられている。

医療の分野では医学的に診断される状態としての「障害 (disorder)」を意味して「二次障害」が使われることもあるが、教育分野で使われる場合はそれに限定されず、より広い意味で用いられる。全般的な支援を考慮すると、広い意味で用いられる「二次障害」の用語は、汎用性があり実践的に有用であると考えられる。本報告書では広い意味で「二次障害」の用語を用いる。

概ね次のような意味で「二次障害」が用いられている。

- ア 発達障害のある子供に、その元来の生物学的な特性とは別に付加的に生じるもので、生活機能が様々な面において様々な程度で障害された状態を意味する。
- イ これには、適切な対応がなされれば達成できるはずの発達段階に至らないことが含まれる。
- ウ その原因は、発達障害のある子供が、周囲からの否定的な言動などによって自己に否定的な経験をすることである。すなわち心理・環境的な要因によって起きる。
- エ 個々の子供に発達障害が存在することと二次障害が起きることには因果関係がある。

オ 医療分野の一部には、二次障害と併存症と同義とする考え方がある。

カ 本報告書では、後で詳述するように併存症は医学的診断のつく状態とし、二次障害と同義とはしない。

以上のことを基に「二次障害」をまとめると以下のようなになる。

- ・「二次障害」は、発達障害児・者に起きる心理的な反応である。発達障害があることで、家庭や学校などの子供を取り巻く周囲から不適切な対応を受けることに起因する心理的な反応で、子供の生活機能に悪影響を与える望ましくない状態。
- ・適切な指導・支援を受けられないことによって発達障害のある子供の内面に起きる様々な心理的な葛藤が含まれる。
- ・二次障害が起きる主な原因は、発達障害による社会適応上／学習上の困難が引き金となり、家庭や学校等の子供を取り巻く環境から不適切な対応を受けたり、必要な支援・配慮を受けられなかったりすることである。
- ・すなわち、発達障害の存在が二次障害が起きる発端の原因であり、二次障害と発達障害の間には因果関係がある。
- ・一部に併存症を含む。二次障害とされる状態には、様々な特性や程度のものが包含され、その一部は医学的に精神障害等として診断される状態が含まれ、これは併存症（後述）に該当する。
- ・発達障害のある子供が心理的に大きく傷つく（時に身体的に傷つくこともある）ような言動を周囲の大人もしくは子供が能動的に行ったことが原因になることがある。比較的、二次障害の存在に気づかれやすい。
- ・子供が、発達障害の存在に気づかれていないか、発達障害の存在に気づかれていても、適切な対応が理解されていないか、その必要性が十分に理解され実施されていないことが原因になっている。
- ・適切な支援が受けられず、支援があれば達成可能である発達段階を達成できないことも二次障害である。ただ、この二次障害の認知には適切な支援・配慮を受けられた場合に到達できる子供の状態の的確な推定が必要である。そのためには、支援者の方に十分な知識と想像力が必要になるため、二次障害として認知されることが難しいことがある。
- ・現在でも、このような発達段階未達という二次障害の存在が気づかれることは少なく、この二次障害への支援は十分とは言えない。しかし発達障害のある子供が、自らの可能性を最大限に発揮して充実した生活を送るためには、個々の子供にとって必要な支援が的確に気づかれて把握され、十分に行われることが今後の重要な課題である。

②併存症

現在、概ね次のような意味で「併存症」が用いられている。

ア 発達障害のある子供に併存する医学的に診断が可能な状態である。

イ 二次障害と併存症は、それぞれの一部は重複する。

ウ 併存症には、心理・環境的な要因によって起きるものと、発達障害と関連する生物学的な要因で起きるものがある。

エ 本論文では、心理・環境的な要因によって起きるものを「併存症 A」と呼び、生物学的な要因で起きるものを「併存症 B」と呼ぶ。

オ 発達障害の存在と併存症には、因果関係がある場合（その多くは心理・環境的要因によるもので併存症 A）と、因果関係がない場合（その多くは生物学的な要因によるもので併存症 B）とがある。

カ 以上のように、二次障害と併存症が同義で用いられることもあるが、その場合には医学的診断の有無や生物学的な発現機序が不明確になるため、本論文では二次障害と併存症を同義とはしない。

以上のことを基に「併存症」をまとめると以下ようになる。

- ・「併存症」は、医学的に診断されるもしくは診断が可能な、発達障害に併存する精神疾患及び身体疾患を意味する。
- ・併存症には、心理・環境的な要因によって起きるもの（併存症 A）と、発達障害と関連する生物学的な要因で起きるもの（併存症 B）とがある。
- ・併存症 A は二次障害でもある。二次障害の状態が非常に重くなると医学的診断がついているか、もしくは医学的診断に該当する状態（未診断であっても）になる。例えば、二次障害で気分が落ち込んでも、その状態は軽度な状態であれば二次障害といえるが併存症ではない。しかし、その状態が重くなりうつ病と診断がつく状態になると、二次障害であると同時に併存症でもある。
- ・併存症 B は、個々の子供にみられる併存する発達障害（例えば ASD と ADHD）の発現機序には共通する生物学的基盤の存在、例えば共通する関連遺伝子が存在するものである（Faraone と Larsson, 2019）。これはいわゆる二次障害ではない。
- ・ただし、これらは明確に区分できるとは限らない。発達障害にはスペクトラム性があり、同様に二次障害と併存症にもスペクトラム性があり、状態像の変化には連続性がある。
- ・併存症は医学的診断がある、という意味では比較的明確な区分が可能であるとはいえ、診断自体がスペクトラム性の影響を受ける。
- ・併存症 A と併存症 B は発現の機序が異なっており、望ましい対応には共通したものが多い。一方、それぞれに応じて異なる対応が望ましい場合もある。
- ・発達障害である ASD と LD、ADHD が相互に併存する形の併存症がしばしばみられる（Schaffer, J ら, 2009 ; Faraone と Larsson, 2019 ; Patil, V ら, 2019. ; 平井 清, 細井 創, 2010）。

- ・このような併存症において、1つの発達障害の特性が二次的にもう1つの発達障害の状態を引き起こすことがある。例えば、ADHDによる不注意のために苦手な特定の学習領域の学習が阻害されてLDと診断される状態になったり、ASDによくみられる特異な認知様式によって特定領域の学習が困難になりLDと診断される状態になったりすることがある。
- ・ASDには知的障害がしばしば併存する。両者の発現に関連する遺伝子には共通する者が多いことがわかってきている。

③二次障害と併存症の関係

先述したように、二次障害と併存症はその一部は重複するが、一部は異なる。二次障害と併存症の異同について以下にまとめる。また、二次障害と併存症の関係を図Ⅱ-2-1に示す。

- ア 二次障害は、発達障害があることに伴う様々な困難さと周囲の人たちの対応との相互作用によって起きるもので、発達障害の存在と二次障害が起きることには因果関係が存在する。
- イ 併存症は医学的診断がなされているか、もしくは医学的診断に該当する状態（未診断であっても）である。
- ウ 二次障害と併存症は重複する場合と、重複しない場合がある。
- エ 二次障害のうちの状態像が相対的に軽度なものは、医学的な診断に該当しない状態であり、併存症と重複しない。
- オ 二次障害のうちの状態像が相対的に重篤なものは、医学的診断を受けているか、もしくは医学的診断に該当する状態（未診断であっても）であり、この場合、二次障害と併存症は重複する。=> 併存症 A
- カ 併存症には共通する生物学的基盤に基づいて発現するものがあり、これは二次障害とは呼ばれず、二次障害と併存症は重複しない。=> 併存症 B

④二次障害と併存症 A、併存症 B への対応

- ア 二次障害と併存症 A の発現機序は概ね共通しているが、これらと併存症 B は発現の機序が異なっており、それぞれに応じた望ましい対応がある。
- イ 二次障害と併存症 A は、その発現要因として環境的な要因が大きく関与しているため、子供の環境の適切化や心的外傷を癒やす働きかけが重要である一方、併存症 B では子供のあるがままの存在を尊重しつつスモール・ステップで心理的・行動的変容を図っていくことが重要である。
- ウ 臨床的・実践的にみると、二次障害及び併存症 A と併存症 B の状態像が類似している場合があり、また併存症 A と併存症 B の両者が重複していることも少なくない。幼少期からの生活環境や教育環境、併存症の状態像の経緯などの情報を総合的に検

- 討することで、それぞれがどの程度関与しているのかを推定することが可能になる。
- エ 例えば、個々の発達障害相互の併存（例えば、ADHD と LD、ADHD と 自閉症、自閉症 と LD の併存）には、発現に関わる多数の遺伝子に共通するものがあることのような生物学的に共通する発現要因の存在が報告されている。この場合は併存症 B である。一方で、ADHD による不注意が特定の認知機能の発達に影響して LD が発現することがあることも報告されており、この場合は ADHD の存在が LD の発現要因になっており因果関係が存在し、併存症 A となる。これらは複雑に相互に関係している場合も多く、明確な区分は困難であることが少なくない。
- オ 明確な区分が困難な場合が少なくないとはいえ、発達障害のある個々の子供に対する的確な支援を考える際には、二次障害と併存症 A、併存症 B のそれぞれについて考慮することが適切な対応のためには望ましい。

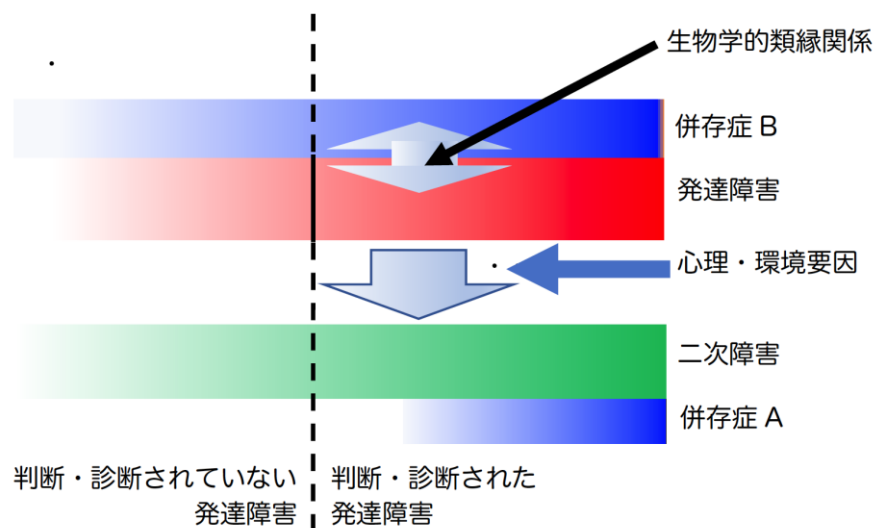


図 II-2-1 二次障害と併存症の関係の模式図

発達障害と二次障害、併存症の状態像はスペクトラム性を有している。ここでの発達障害は教育的に判断されたか医学的に診断された状態とする。

二次障害は、発達障害のある子供が否定的な経験を積み重ねるという心理・環境的要因によって起きるもので、概ね発達障害の程度が重い方が二次障害も重くなる傾向がある。併存症は医学的に診断のつく状態である。

併存症 A は二次障害と共存するもので、二次障害の状態像が重篤になって医学的診断がつかものである。併存症 B は、二次障害とは関係なく、主に発達障害と生物学的に共通する機序によって発現する障害である。

（２）二次障害・併存症の状態像と発現機序

①内向性問題・障害と外向性問題・障害

二次障害の状態として、自己評価の低下や自己嫌悪など主に自己に否定的な心理・行動の状態になる内向性問題・障害（内在化問題もしくは内在化障害と言われることもある＊注１）と、反抗的な言動など他者に攻撃的な心理・行動の状態になる外向性問題・障害（外在化問題もしくは外在化障害とも言われる＊注２）がある。これらの用語は様々に用いられているが、ここでは原則として次のように定義する；内向性問題（internalizing problems）及び外向性問題（externalizing problems）は医学的診断に該当しないものを指し、内向性障害（internalizing disorders）及び外向性障害（externalizing disorders）はうつ病や反抗挑発症などの医学的診断に該当するものを指す。

内向性問題と外向性問題は必ずしも固定的なものではなく相互に排他的なものではない。内向性問題は、発達障害のある子供のほとんどにみられるものであるが、反抗的な言動などがあってすぐに周囲の人に気づかれる外向性問題に比べ、周囲の人たちに気づかれにくい。内向性問題の状態が重篤化し、不登校や引きこもりとして表面化したり、内向性障害になると、ようやく周囲の人に気づかれるようになったり、なお気づかれないことが少なくない。ほとんどの発達障害のある子供に内向性問題があるため、外向性問題がみられる子供には同時に内向性問題が存在している。発達障害のある子供への支援に際して留意すべき重要なことは、内向性問題の存在が、反抗的な言動などがあってすぐに周囲の人に気づかれやすい外向性問題・障害の陰に隠れて見過ごされてしまい、二次障害のある子供の状態像を一層悪化させてしまうリスクが大きいことである。内向性問題と外向性問題・障害は相互に関係し影響し合うので、内向性問題・障害を適切に支援して改善させると、外向性問題・障害も改善することが多い。このことも、内向性問題にできるだけ早期から気づき、適切に対応することが重要であることを示している。

＊注１：「内在化」は精神分析学で用いられてきた用語で、超自我である社会的規範や倫理的な考えなどが、成長の過程で自己のものになって一体化することである。この「内在化」との混同を避けるため「内向性」を用いる。英語では精神分析的な「内在化」も「内向性」も internalizing である。内向性行動（internalizing behavior）として使われることが多いが、内向性問題（internalizing problem）としても用いられる。

＊注２：「外在化」は精神分析学で用いられてきた用語で、防衛機制の一つとされ、葛藤や苦悩などの心理的な問題を自己の内面にだけ留めていることから、自己の外の問題として理解して自己に向かう攻撃性を減らし、内面の心理的安定を獲得していく防衛機制である。うつ病の認知行動療法などにも応用され、強い自責感や自己評価の低下を改善させることにつながる心理的過程と考えられている。この意味での「外在化」は、様々な「内向性」問題の改善につながるものである。例えば ADHD の子供は、ルールを守れないことを内在化して自己と一体化して捉えていることが多く、このことが自己評価を低下させて二次障害を重くしている。しかし、思春期頃に ADHD の診断を受けることで、例えばルールを守れないことを ADHD の症状として自分とは別個のものとして外在化することができれば、心理的により安定して二次障害の軽度化につながる。このように「外在化」は二次障害への対応に役立つ重要な心理機制の一つである。

②二次障害・併存症の発現機序

発達障害のある子供は、障害による様々な困難を抱えており、しかもその困難さを自分自身がうまくコントロールできないという経験が積み重なって自己に否定的な気持ちを持つようになる。例えばLDのために読みに困難のある子供の場合、同輩の子供達のように教科書や板書が読めず、しかも一生懸命努力してもなかなか読めるようにならないという失敗体験が積み重なり、そんな自分が嫌になって自己に否定的な気持ちが生じる。ADHDのある子供では、不注意のために授業の内容が頭に入らず、多動性のために、自分では授業中は静かに座って授業を受けたいと思っけていても、どうしてもじっとしていられず立ち歩いたり私語をしたりしてしまい、さらには衝動性によって友達とのトラブルなどをしばしば経験する。これらの経験の積み重なりによって自分が嫌になって自己に否定的な気持ちが生じる。これらは、障害によって自分の思うような行動をとれない自分に対するもどかしさやイライラ感が積み重なるという子供の内面に起きる心理的反応である（図Ⅱ-2-2の最上段）。

上記のような行動特性に対しては、保護者や教師など周囲の大人から注意・叱責を受けることになり、同輩の子供たちからバカにされたりいじめを受けたりすることにつながるが多い。これらの周囲の人たちによる不適切な対応を受けることや不都合な状況に陥ることで、自己に否定的になる心理的反応が強くなる。それに加えて、自分の気持ちを理解せずにな否定的な対応をする周囲の人たちへの反感や怒りの感情という心理的反応が起きてくる。

これらの心理的反応には、否定的な感情・攻撃性が自己の内面に向かう内向性反応と、それが周囲の人たちに向かう外向性反応がある（図Ⅱ-2-2の2段目）。この心理的反応の段階では、内向性反応と外向性反応の両者とも、変化は子供の心の中に留まっているので、周囲の人たちにはほとんど気づかれない。

そのような気持ちや障害による様々な困難に対して適切な配慮・支援がされず、様々な行動に対して注意・叱責がなされると、自分でも何とか改善しようと試みても、障害によるものであるため自分ではコントロールが困難である。このため、自己への否定的な感情が一層強まり、さらに心理的に不安定な状態になってきて、周囲の人たちにも気づかれることが多くなってくる。特に図Ⅱ-2-2の3段目右の枠内に示したような外向性問題が気づかれる。一方で内向性問題は、不登校や引きこもりがあると気づかれるものの、全般的に支援の必要性が気づかれにくい傾向がある。外向性問題も、その存在は気づかれるものの、その背景にある内向性問題を含めた適切な指導の必要性に気づかれないことが少なくない。そればかりか、発達障害のある子供へのしつけ不足や性格等のためと誤解され、注意や叱責という不適切な対応を受け、これがさらに当該の子供の内向性問題と外向性問題を大きくするという悪循環に陥ることが少なくない。

内向性問題と外向性問題は次のようにまとめられる。内向性問題（internalizing problems）は、心理的な内向性反応が表情や態度、行動として外面に表れたもので、他者

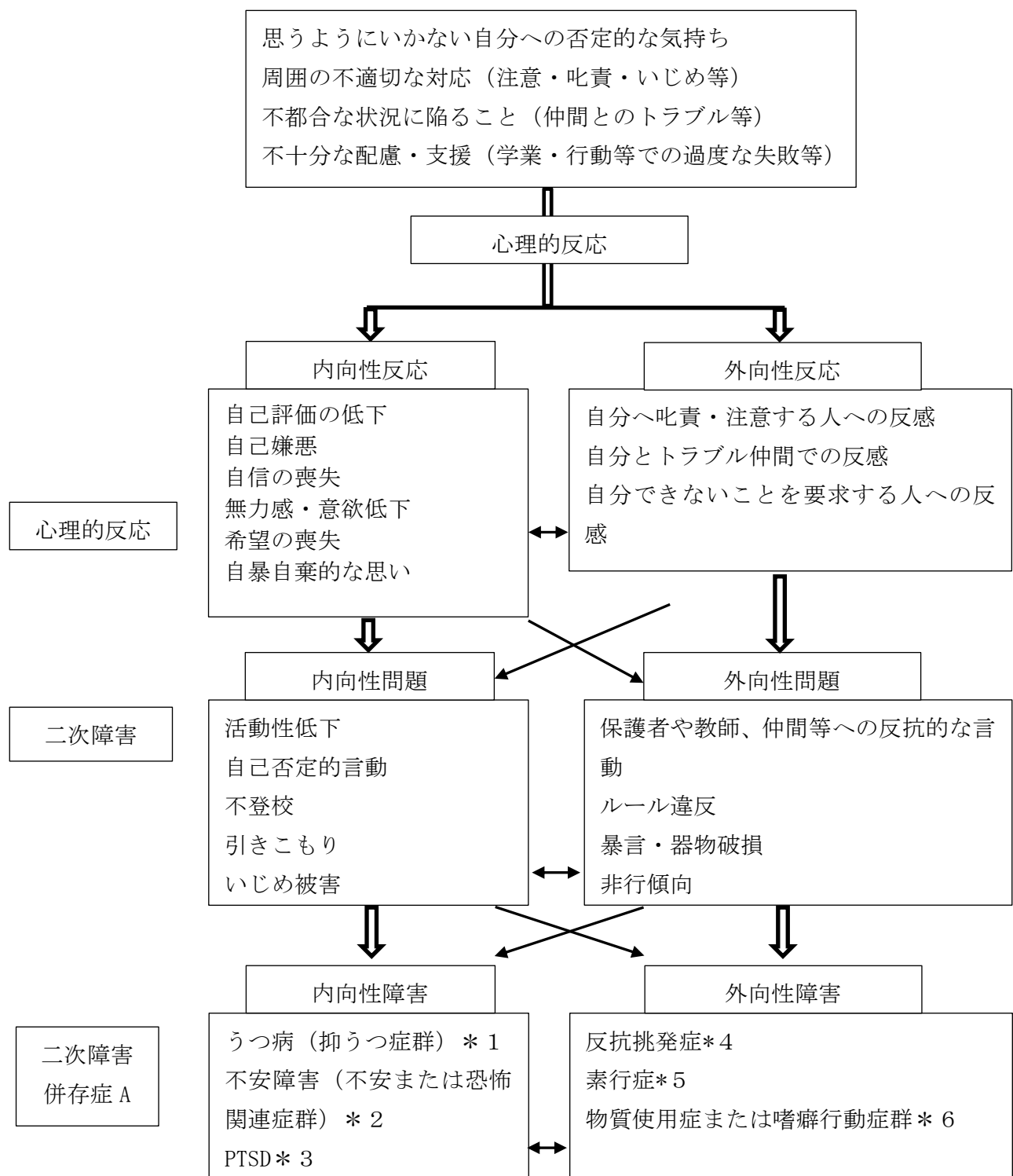
にも分かるものである。外向性問題（externalizing problems）は、心理的な外向性反応が表情や態度、行動として外面に表れたもので、しばしば周囲の人達に否定的な影響を与えるものである。

適切な配慮・支援がなく不適切な対応が続けられた場合、さらに状態像が悪化して、医学的診断基準を満たす併存症 A になる。内向性障害としては、うつ病、不安障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などがある。うつ病は内向性障害の中でも多いもので、非常に強く落ち込んだ気持ちになる抑うつ気分や、何のきっかけがなくても非常に悲しい気分になる悲哀感、頭が働かなくなり身体が重くて思うように動かない精神運動抑制、物事が全て悪い方に動くと思信すること、実際にはあまり関係のないことを含めて自分の責任と感じる自責感、不眠、食欲低下などの症状を示す。外向性障害としては、保護者や教師等の周囲の大人に強い反抗的な言動を示す反抗挑戦症や、その程度がさらに強くなって脅迫や威嚇、強盗、器物破壊、外傷を与えるような暴力等の症状を示す素行症、非合法薬物を使用する物質使用症等がある。このような状態像は、思春期頃から非行に繋がり、さらには触法行為に至ることがある。発達障害の二次障害の程度が重く、内向性障害もしくは／及び外向性障害がある可能性が考えられたら、保護者と十分に話し合いをし、医療機関を受診して連携することが重要である。

図Ⅱ－2－2 に示したように、自己に否定的な感情や攻撃性が内面に向かう内向性反応は内向性問題・内向性障害へと進むことが多く、自己に否定的な感情や攻撃性が外面の周囲の人たちに向かう外向性反応は外向性問題・外向性障害へと進むことが多いが、相互に関連があって影響し合うことも多い。

発達障害のある子供の支援に際しては、心理的反応の段階で子供の困難さに気づくのは難しいとしても、内向性問題と外向性問題の起きる二次障害の段階のできるだけ早期に子供の困難さに気づき、適切な支援を受けさせることが重要である。これができれば、内向性問題と外向性問題の軽度化につながり、長期的には発達障害のある子供が二次障害をほとんど克服できる可能性が高い。これができれば、医学的診断ができる併存症 A に至ることを予防できる。

これらの二次障害が発現に至る過程を模式化したものを図Ⅱ－2－2 に示した。



図Ⅱ－２－２ 発達障害のある子供に二次障害として内向性症と外向性障害が発現する主な機序

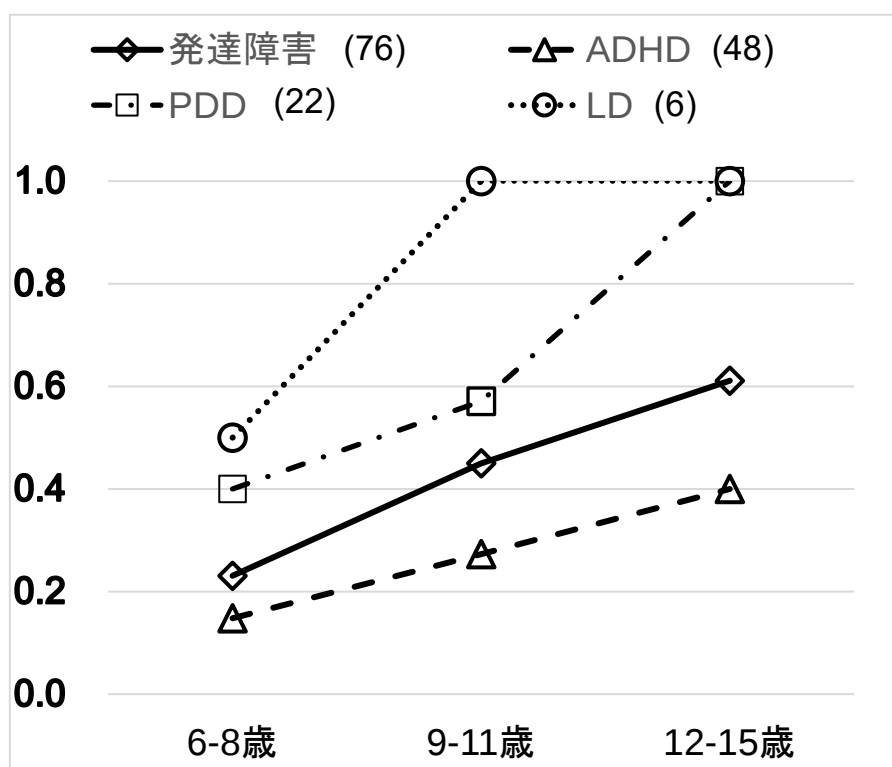
注：

- *1 うつ病；気分が深く沈む抑うつ状態や、強い自責感、悲観的な思考、意欲低下、思うように頭が働かず身体が動かない精神運動抑制、自殺したい思いと時にその試み、などを症状とする疾患。心理・環境的要因が関係することが多いが、症状の発現には生物学的な要因も存在する。
 - *2 不安障害；対象がはっきりしない不安症状や対象が比較的限定され明確な恐怖症状を示す一群の疾患群。主に心理・環境的な要因によって起きる。
 - *3 PTSD；心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder）の略。命が脅かされるような、もしくはそれと同等な強い心理的な外傷体験（戦争や災害の体験など）により、その体験が終了した後も長期的に心理的に不安定な状態になる疾患。何となく不安になりやすく怒りっぽくなったり不眠になりやすかったりする。心的外傷に関連したりそれを思い起こさせたりするような事象や環境に大きなショックを感じ、フラッシュバックや悪夢を体験することが多い。このため、心的外傷に関連する環境や事象を避ける。
 - *4 反抗挑発症（反抗挑戦性障害）；保護者や教師、上級生などの自分より権威のある人に故意に強く反抗し、すぐ怒り、頑固で気難しく、乱暴な言葉で相手を傷つけるような発言をし、規則を破る、などの症状を示す。
 - *5 素行症（行為障害）；他者に著名な攻撃的行動を示し、他者の基本的人権や安全を故意に毀損しようとする。これには、他者への脅迫・威嚇、身体的暴力（しばしばナイフなどの武器を使用）、強盗、ゆすり、性的暴行、器物破損、放火、などの症状を示す。
 - *6 物質使用症または嗜癖行動症群；麻薬や覚醒剤などの使用を禁止されている物質や、アルコール、精神安定剤などの薬物を不適切に長期間にわたって服用し、しばしば自分の意思でコントロールできない状態になる疾患群。
-

③併存症の加齢変化

二次障害・併存症は否定的な経験を積み重ねることで重篤化し、その割合が増加することから、一般的に加齢に伴って増加・重篤化するとされている。二次障害はその境界が決めにくいことなどによって、筆者が検索した範囲では加齢に関する統計学的な報告はなかった。医学的な診断のつく二次障害（併存症 A）については、6 歳から 15 歳までの発達障害のある子供における二次障害の割合が報告されている（宮ら、2016）。これは、富山大学附属病院小児科外来を 2010 年 4 月～2015 年 9 月に新規受診し DSM-IV に基づいて発達障害又は知的障害と診断された 6～15 歳の子供 95 人（男 81 人、女 14 人、ただし発達障害のみでは 76 人）について後方視的に検討したものである。二次障害（併存症）として診断された疾患は、反抗挑戦性障害、素行障害、不安障害、適応障害、強迫障害、気分障害、パーソナリティ障害であった。この研究結果に基づいて、図Ⅱ-2-3 に発達障害と診断された子供における二次障害の割合を年代別にグラフにして加齢変化を示した。

発達障害全体(ADHD+PDD+LD)でみると、6～8 歳における 20.5%から 9～11 歳で 40%、12～15 歳では 61.5%と、加齢に伴って二次障害（併存症 A）が増加している。この年齢群と二次障害の有無については χ^2 二乗検定により統計学的な有意差がみられた。LD は例数が極めて少ないのでデータとしての信頼性が不十分である。PDD はやや例数が少ない(22 人)が、12-15 歳では全ての子供に二次障害（併存症 A）が見られており、二次障害（併存症 A）の発現する割合が高い。



図Ⅱ－2－3 発達障害の二次障害（併存症）の発現割合の加齢と関係した変化

注：

発達障害（注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害、学習障害）と診断された子供における二次障害（併存症Aに該当）（反抗挑戦性障害、素行障害、不安障害、適応障害、強迫性障害、気分障害、パーソナリティ障害）が存在した割合の加齢変化。凡例のカッコ内の数値は各発達障害の調査対象数。

（宮 一志，田仲 千秋，田中 朋美．（2016）．学齢期発達障害・知的障害の二次障害合併の検討．とやま発達福祉学年報，7，23-27．の表1，表2，表3，表5を基に図を作成）

3. 二次障害・併存症が発現する割合

（1）二次障害の発現割合

二次障害は状態像にはスペクトラム性があり、その有無の線引きは困難であるため、その発現する割合を調べるのは難しい。何らかの支援を必要とする二次障害を全て含めると、発達障害のある子供のほとんどに二次障害が起きていると考えられる。その中で、発現率について比較的多くの報告がなされているものが、不登校といじめの加害・被害の発現割合である。

①不登校

発達障害のある子供では不登校になっている児童生徒が多いことが報告されており、特に ASD についての報告が多い。不登校者に占める発達障害全体に関する報告では 15～52.2%と多い。ASD のある子供では、1.3%と低い報告があるものの多くは 10%以上で 43.5%に至る割合が報告されている。ADHD については、2.9～11%、LD では 28.6%と報告されている（加茂ら，2009）。同じ報告で、発達障害のある子供における不登校の割合は、発達障害全体として 12.2～33%、ASD（高機能 ASD に限定されているものを含む）については 2.8～44.3%、ADHD では 10～26.9%、LD については 5～57.9%と報告されている。

②いじめ

いじめは重大な教育的な課題であるが、発達障害のある子供はいじめを受けることが多いことが知られている。発達障害のある子供はいじめ被害を受ける割合が高く（Weiss と Fardella，2018）、定型発達児の 2～4 倍とされている。いじめ加害の割合については、ADHD のある子供はいじめ加害の割合が定型発達児よりも高く、ASD のある子供では少ないとされている。知的障害を伴わない高機能 ASD の子供では非常に高いいじめ被害の割合が報告されており、小学 2 年までに約 60%がいじめを受けており、特にウィングの積極奇異型では 93%がいじめを受けていたと報告されている（多田ら，1998）。

（２）併存症の発現割合

発達障害における併存症の発現割合についての報告では、併存症 A と併存症 B を分けて報告しているものはなく、併存症全体として調査がなされている。

Hossain らによる最新の総説によると、ASD の併存症としては ADHD が 25.7～28%、うつ病が 4～18%で気分障害としては 4.4～28.6%、統合失調症は定型発達者では約 1%であるのに対して 4～11.8%、強迫性障害が 17.4～24%、社会不安障害が 16.6～29%、特異的恐怖症が 6～31%、全般性不安症が 15.4～26%と報告されており、これらの併存症と関連して自殺を考えたことのある発達障害のある人が 10.9～50%で、自殺者の 7.3～15%が ASD 者であると報告している（Hossain, Khan, Sultana, McKyer ら，2020）。

ADHD については、LD との併存が多く 8～76%でメタ分析によると平均して 45.1%であったと報告されている（DuPaul, Gormley and Laracy, 2013）。ADHD の併存症の特徴は反社会的な傾向もしくは行為を示す反抗挑戦性障害と素行障害が多いことであり、素行障害は 3.5～10%で反抗挑戦性障害は 30～50%と報告されている（Gnanavel, Sharma, Kaushal, and Hussain, 2019）。この総説による併存症の発現割合は、ASD が 59%、LD が 10～92%、チック障害が 55%、うつ病が 12～50%、双極性障害が 5～47%、不安障害が 15～35%であった。

LD の併存症については、ADHD との併存が多く特に不注意優勢型の ADHD が多いとされ LD のある子供の 20～49%にみられるとされている（Germano, Gagliano, and Curatolo, 2010）。

ASD との併存症は 6～30%とされ (Hendren, R.L., L. Haft, S.L., Black, J.M., White, N.C. and Hoefft, F., 2018)、うつ病は 6.81～32.65% (Hendren, Haft, Black, White and Hoefft, 2018)、不安障害は加齢に伴って増加するがどの年代においても定型発達者よりも発達障害者で高く、しばしば自傷行為と関連すると報告されている (Moss, Emerson, Kiernan ら, 2000)。

4. 二次障害への気づきと対応

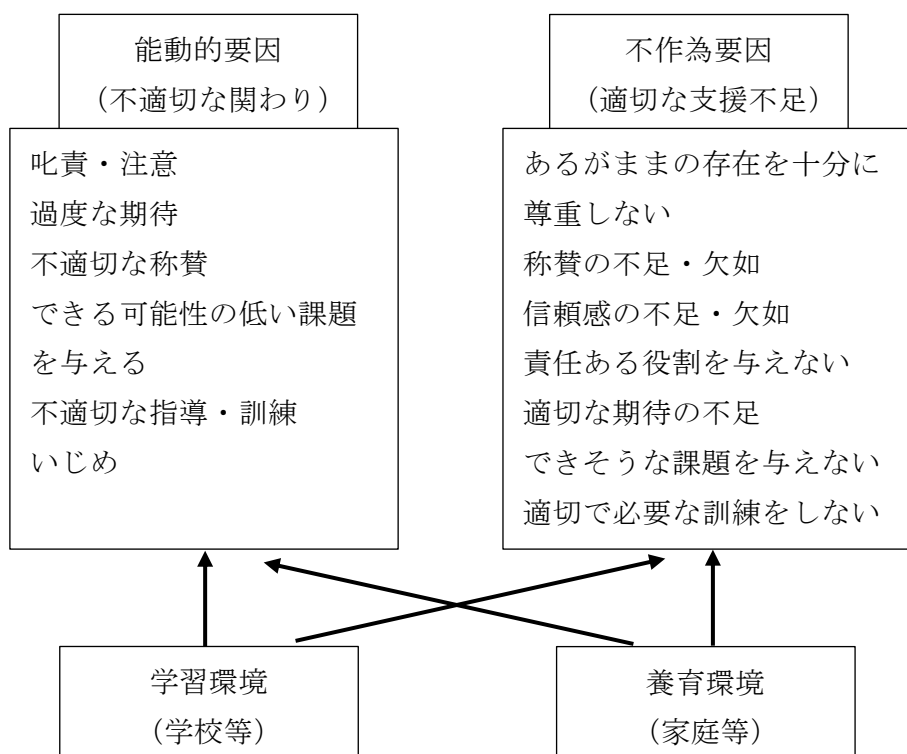
(1) 二次障害への気づき

二次障害への対応では、その他の障害と同様に、できるだけ早く適切な支援を開始することが重要である。そのためには、できるだけ早く二次障害の存在に気づき、その状態を的確に把握することが必要である。しかし、二次障害には気づかれやすいものと、気づかれにくいものがある。先述したように、外向性問題・障害は気づかれやすいが、内向性問題・障害は気づかれにくい。もう一つ、二次障害を引き起こす要因によっても、気づかれやすさと気づかれにくさの違いがある。

①能動的要因と不作為要因（気づかれやすい要因と気づかれにくい要因）

二次障害の原因となる要因には、子供の保護者や教師、仲間等によって能動的・意図的に行われることが原因になるものと、周囲の人達が必要なあるいは望ましい支援・配慮に気づかずにいることが二次障害の原因となる場合がある。筆者は前者を「能動的要因」と呼び、後者を「不作為要因」と呼ぶ。

能動的要因については、近年の特別支援教育の進展に伴い教師に気づかれることが多くなっており、対応がなされることが多くなってきている。一方で、不作為要因は「なされない支援」といえるものであり、現在でも十分に気づかれず把握されていないことが多い。このため、必要な対応がなされておらず、今後の課題となっている。なお、能動的要因も気づかれやすいとはいえ、これら能動的要因と不作為要因の両者において主要な環境は、家庭での養育環境と学校での学習環境である。これらにおけるそれぞれの要因を模式図にしたものを図Ⅱ-3-1に示す。能動的要因も気づかれやすいとはいえ、「不適切な称賛」や「過度な期待」、「できる可能性の低い課題を与える」などは気づかれにくいことが多い。



図Ⅱ－3－1 能動的要因と不作為要因

(2) 二次障害への対応

二次障害、ひいては併存症 A の予防と改善には、できるだけ早期に二次障害の存在に気づき、二次障害の発現に至る子供の心理を推測して理解し、それらに応じて適切な対応をすることが必要である。併存症があると考えられる場合には、医療機関と連携し、心理・環境的な原因による併存症 A と生物学的な原因による併存症 B をできるだけ弁別して対応することが望まれる。

上記の能動性要因のような外部からの影響がなくても、発達障害が存在すること自体が子供の心理に否定的な影響を与えることで起きる。その程度は様々であるが、発達障害のある子供のほとんどが自己に否定的な感情・考えを持っている。この早期の段階で、上記の不作為要因に留意して適切な支援が開始されれば、まずは二次障害の悪化を防ぎ、長期的には二次障害の克服が可能となる。

このような早期から存在する二次障害は、子供の表情や態度、行動に明らかに表現されないため、支援に関わる人を含めて周囲の人が気づくことは非常に困難である。この事実を踏まえると、発達障害が疑われる子供を見たら、「二次障害、少なくとも初期の軽度のもの」が存在していることを仮定し、そのことを念頭において子供に接し観察することが望ましい。そこで見えてきた子供の感じている様々な障害による困難さと自己への否定的感情・考えを十分に理解し、共感することが必要である。このような理解・共感、子供が

持っている孤立感や自己への否定感を軽減し改善する。

次いで、不作為要因を改善していくことが必要である。例えば、子供に関わる人たちが「あるがままの存在を十分に尊重し」むやみに定型発達児のようになってほしいとの気持ちを持たないことが望ましい。これは何の指導・訓練を行わないことを意味しない。発達障害のある子供の「あるがまま」を尊重し活かしつつ、定型発達児たちと相互に折り合って生活できるよう社会性を身につけられるよう指導・支援をすることが望まれる。図Ⅱ-3-1 に挙げられていることを実際に行うのは簡単ではないが、これらのことで支援がなされれば、自己への否定的な気持ちが軽減されて二次障害の軽度化さらにはその克服が可能になる。本人の長所を見出し称賛することで肯定的に自分をみる気持ちを育てることができれば、子供の内面から二次障害の軽減・克服を図ることができる。学業を含め何かを達成することに困難の多い発達障害の子供を信頼し何かを任せることはリスクに思われることが多いが、本人の長所を活かし、任せる課題を適切に選択して目標を限定し、本人が信頼感と「任されている」と感じられる役割を与えることが望まれる。このことを含め、本人が可能と考えられる課題を与えるなどをし、それを含めて本人が他者から期待されていることが実感できるような支援も重要である。

能動的要因には気づかれやすい事柄もあるが、「褒めることが大事」とよく言われることから、子供の状況は心理をよく考えずに褒め「不適切な称賛」をしてしまうことや、「本人の将来のため」を考えて子供が頑張ることなどを「過度に期待」し「できる可能性の低い課題を与える」ことなどは、しばしば気づかれないで行われている。これらを含めて、発達障害のある個々の子供の心理や状況を的確に把握して、能動的要因を避けるよう支援することが重要である。

文 献

- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., and Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for Assessment and Treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 43-51.
- Faraone, S. V. and Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24, 562-575.
- Germano E, Gagliano A, Curatolo P. (2010). Comorbidity of ADHD and dyslexia. *Dev Neuropsychol*, 35, 475-93.
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P. and Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*, 7, 2420-2426.
- Hendren, R. L., L. Haft, S. L., Black, J. M., White, N. C. and Hoeft, F. (2018). Recognizing Psychiatric Comorbidity with Reading Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 101.
- 平井 清, 細井 創. (2010). 発達障害—自閉症スペクトラム障害と注意欠陥／多動性障害を中心に. *京府医大誌*, 119, 389-396.

- Hossain, M.M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E.L.J., Ahmed, H.U., Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 287, 1-14.
- 加茂 聡, 東條 吉邦. 発達障害と不登校の関連と支援に関する現状と課題. 茨城大学教育学部紀要, 59, 137-160.
- Maag, J.W. and Reid, R. (2006). Depression Among Students with Learning Disabilities: Assessing the Risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 3-10.
- 宮 一志, 田仲 千秋, 田中 朋美. (2016). 学齢期発達障害・知的障害の二次障害合併の検討. とやま発達福祉学年報, 7, 23-27.
- 文部科学省 (2004). 小・中学校における LD (学習障害), ADHD (注意欠陥／多動性障害), 高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン (試案), 第 4 部・第 5 部.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., et al. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 17, 452-456.
- Peggy J. Schaffer, Jason C. Travers and Jamie Harnik. (2009). Academic Achievement and Strategy Instruction to Support the Learning of Children With High-Functioning Autism. *Beyond Behavior*, 18, 3-9..
- Sahu, A., Patil, V., Sagar, R. and Bhargava, R. (2019). Psychiatric Comorbidities in Children with Specific Learning Disorder-Mixed Type: A Crosssectional Study. *J Neurosci Rural Pract*, 10(4): 617-622.
- 齊藤 万比古 (2009). 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート. 株 学研教育出版.
- 世界保健機構. (2005). ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 融道男, 小見山 実, 大久保 善朗, 中根 充文, 他, 医学書院.
- 多田早織, 杉山登志郎, 西沢めぐ美, 辻井正次. (1998). 高機能 広汎性発達障害の児童・青年に対するいじめの臨床的検討. 小児の精神と神経, 38, 195-204.
- 特別支援教育総合研究所 (2012). 問題と背景. 平成 22～23 年度 (専門研究 B)「発達障害と情緒障害の関連と教育的支援に関する研究—二次障害の予防的対応を考えるために—」.
- Weiss, J.A. and Fardella, M.A. (2018). Victimization and Perpetration Experience of Adults With Autism. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 203, 1-10.