

情緒障害の概念に見られる臨床的意義

村中智彦*

(平成29年2月27日受付；平成29年4月18日受理)

要 旨

本稿では、情緒障害の概念、定義、症状、学校教育における位置づけと変遷について文献的検討を行った。最初に、情緒障害に関連する強度行動障害、情緒・行動障害（EBD）、社会性・情緒・行動困難（SEBD）の概念を整理した。米国の障害者教育改善法における情緒障害の定義は、学習上の困難、対人関係の構築や維持の困難、不適切な行動や感情で構成されており、EBDやSEBDに見られる症状と近似することを指摘した。我が国の情緒障害の定義では、情緒の現れ方の歪曲が過度に発現、正常からの逸脱、不適応状態や不適応行動の定着が要点であった。しかし、これらの基準は可変的な性質を有しており、その症状が子どもの社会生活での困難を生じさせているかどうか支援対象として判断するための基準となることを指摘した。情緒障害の概念に見られる臨床的意義として、スペクトラムの概念に基づく子どもとの同質性や強み（strength）に着目することで症状の理解が促される可能性を示唆した。情緒障害の概念が残ることによって、DSM-5の診断基準に依らない学校現場で多様な困難を示している子どもを支援対象にできること、支援にあたっては子どもの社会生活での適応状態を高める視点が重要であることを示唆した。

KEY WORDS

emotional disturbance 情緒障害, concept 概念, clinical significance 臨床的意義, support 支援

1 はじめに

子どもの障害に対する診断名は支援を検討する上で貴重な情報の一つとなるが、本稿で取り上げる情緒障害という診断名は存在しない。情緒障害では、近接する自閉症スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害（Autistic Spectrum Disorder, 以下、ASD）や知的能力障害（もしくは知的発達障害）（Intellectual Disability, 以下、ID）等の他障害種と比べて、障害の概念に見られる性質や位置づけが異なる。現在、特別支援教育の理念が浸透し、インクルーシブ教育システムの具現化が進んで約10年が経過したが、診断名として扱われない情緒障害の用語は現在も教育や福祉を中心とした分野で使用されている。一例を挙げると、自閉症・情緒障害特別支援学級は、小・中学校に置かれる特別支援学級の名称として現在も使用されている。診断名とは別次元として捉えられる情緒障害の概念にどのような臨床的意義を見出せるのか、その本質や支援対象、症状や困難をどのように捉えればよいのか。将来的には、DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 以下、DSM-5）^⑥による限局性学習症・限局性学習障害（Specific Learning Disorder, 以下、SLD）、注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, 以下、ADHD）、ASDをはじめとする発達障害（以下、SLD等発達障害）に近接する症候群の診断基準が今よりも明確となりカテゴリが細分化されることで、情緒障害の概念は消失する可能性もあるように考えられる。こうした動向を踏まえて、本稿では、情緒障害とその関連用語、定義、症状、福祉行政や学校教育における位置づけと変遷を概観し、情緒障害の概念に見られる臨床的意義と、その症状を示す子どもへの支援に向けて大切な視点について文献的に検討することを目的とした。

2 情緒障害の概念と症状

2. 1 情緒障害とその関連用語

我々は心の状態を表す感情や気分（feeling, mood）といった用語を日常でよく使用する。感情や気分が落ち込んだり変動が大きかったりすると、情緒不安定と表現することがある。周りの人は、他者のそわそわして落ち着かなかつたり不機嫌になって当たり散らしたりする行動を外から観察して、情緒不安定と評価することもある。ただし、こ

*臨床・健康教育学系

した日常会話で、情緒や情動 (emotion, affection) に障害を付加して情緒障害と呼ぶことは希であろう。

教育、福祉分野で使用される専門用語としての情緒障害はemotional disturbanceの訳語である (以下、ED)。我が国において本概念が提示された当時、情緒に付加されるdisturbanceは、混乱や妨害、不安や心配を意味することから、障害ではなく情緒混乱が適切であるという指摘があった⁽³¹⁾⁽⁸⁾。関連して、主に教育分野で一般的に使用される障害 (disabilities) は、能力低下または日常動作の不自由さといった生活上の概念で規定される用語として使用され、主に医療分野で使用される障害 (disorder) は臨床的に明らかに認められる症状や行動の変化を指し、その根底には特定の原因が想定されている⁽¹²⁾。このように使用文脈の違いによって障害に該当する原語は使い分けられるが、訳語ではdisturbance, disabilities, disorderのいずれも障害と訳される。また、EDに使用されるdisturbanceは、医療用語として患者の可変する状態を表す意識障害 (disturbance of consciousness)、記憶障害 (disturbance of memory)、睡眠障害 (sleep disturbances) で使用されることから、固定的ではなく可変的な状態を表す障害を表す概念と考えられる。

EDの関連用語として、主に米国で使用される行動障害 (behavior disorder) があり、EDと行動障害では状態像に重複する部分が認められる⁽¹⁵⁾。小野 (2016)⁽⁴⁰⁾は、行動障害について、社会生活及び人間関係や心身の健康に問題を引き起こし継続する逸脱行動 (不適応行動) と定義し、加えて、ASD, ID, ADHDやそれらの二次的障害として生じやすい反抗挑戦症/反抗挑戦性障害 (Oppositional Defiant Disorder, 以下、ODD) とした幅広い障害種の子どもに認められると述べている。行動障害は、1985年頃から我が国独自に使用され始めた強度行動障害の概念に影響を与えた。強度行動障害とは知的障害関連施設において利用者の激しい問題行動 (problem behavior) や行動問題 (challenging behavior) へのラベリングである⁽³⁶⁾⁽⁴⁰⁾。福祉行政に由来する強度行動障害は、施設現場での深刻な問題行動を示す利用者への危急な支援要請やニーズに基づく概念といえる。

米国の学術雑誌では、情緒と行動障害、情緒あるいは行動障害 (Emotional and/or Behavioral Disorders/Disturbance, 以下、EBD) の用語が多く使用される⁽³¹⁾⁽³⁹⁾。EBD児の多くが、多様かつ複雑に絡み合った情緒面や行動面の幅広い症状を示す実態を踏まえたもので、EBDはEDを包括する概念と考えられる。実際、Adamson and Wachsmuth (2014)⁽¹⁾は、EBD生徒を対象として直接観察によるデータを収集した実証研究をレビューし、EBD生徒では攻撃や不適切な会話などの逸脱行動、離席や徘徊などの課題に従事しない行動、教師や生徒の相互交渉での困難やそれらの併存が幅広く認められたことを報告している。Landrum, Tankersley, and Kauffman (2003)⁽²⁸⁾は、EBD児の特徴について、①過剰な攻撃や教室内での逸脱行動を示し、引っ込み思案や指示に応じないといった不適切行動を高い確率で示すこと (それに反して適切な行動の確率が低い)、②学業不振や課題への注意の不足などの学習面での困難を示すこと、③社会的スキルや言語能力の仲間や大人との社会的な困難を抱えることの3つを指摘している。また、英国ではEBDよりもさらに包括的な社会性、情緒、行動困難 (Social, Emotional and Behavioral Difficulties, 以下、SEBD) の用語が使用される。SEBDとは、社会性、情緒や行動が彼ら自身や家族の成長発達を妨げるほどの標準から大きく逸脱している状態と定義される⁽¹⁰⁾⁽⁴²⁾。Adamson and WachsmuthやLandrum et al. が報告するEBD児の相互交渉や社会的スキル困難に関連して、社会性を加えた概念である点が特徴的である。

2. 2 EDの定義

我が国のインクルーシブ教育システムを構築する上で米国のそれはモデルの一つとされる。米国のシステム構築を支える法律であり指針となる障害者教育改善法 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, Pub.L.108-446.)⁽¹⁷⁾の施行規則において、EDは障害種の一つに位置づけられている。EDのサービス対象者はSLD、言語障害、IDに次いで4番目に多い⁽⁶⁰⁾。モデルとなる米国でEDが障害種の一つに位置づけられている事実は、我が国におけるEDの捉え方にも影響を与えるであろう。障害者教育改善法によるEDは、子どもの教育上の遂行に影響を及ぼす(A)~(E)のうち、1つもしくは2つ以上の特徴を長期間かつ際立って示すことと定義されている。(A)知能、感覚、健康要因では説明できない学習上の困難、(B)仲間や教師との満足な対人関係の構築や維持の困難、(C)通常的环境下での不適切な行動や不適切な感情、(D)幸せでないことや抑鬱の慢性化、(E)身体症状または恐れを発現させる傾向は個人的な問題または学校での問題と関連している⁽⁵⁸⁾。(A)学習上の困難、(B)対人関係の構築や維持の困難、(C)不適切な行動や感情の3つは、先に述べたEBDやSEBDの状態像と重なる。また、SLD等発達障害児やその疑いのある子どもが学校場面で示す行動面や学習面の困難とも類似したものである。

我が国におけるEDの定義について、出典時期の早いものから順に、昌子 (1978)⁽⁵¹⁾は情緒の現れ方の歪曲が起こり、それが一般の人たちより強度と頻度が高く、かつひどい不適応が起こっている状態と述べている。内山 (1979)⁽⁵⁴⁾は不安、恐れ、あるいは敵意など種々の情緒が何らかの原因によって過度に発現して本来の正常な機能を逸脱し、その結果、各種の不適応行動が発生・定着し、時には特定の症状が発現した状態としている。上出

(1983)⁽¹⁸⁾はEDと呼ぶ場合、個人の情緒反応あるいは行動を総合的に見て、環境への不適応反応が激しく、社会生活に支障を来し、しかもその状態がある期間持続していると述べている。これらをまとめると、EDの状態とは情緒の現れ方の歪曲が過度に発現、正常からの逸脱、不適応行動の定着が要点となる。内山のみEDの原因に触れているが、何らかの原因という曖昧な言及に留まっており、EDが特定の原因に依らない定義であることがわかる。EDは、IDやASDのような他の障害種と同様に、その症状をもたらす原因に関係なく、似通った行動異常や病態や症状を示す一群へのラベリングといえる。ただし、IDやASDと異なり、EDの診断基準は見当たらない。また、心理的な要因の一つである対人関係を主とするという指摘があり⁽²³⁾⁽⁴⁶⁾、現在EDの枠組みに位置づけられる選択性緘黙や不登校の要因が対人関係を中心とすることに関連していると考えられる。現在の学校教育の定義では、状況に合わない感情・気分が持続し、不適切な行動が引き起こされ、それらを自分の意思ではコントロールできないことが継続し、学校生活や社会生活に適応できなくなる状態を指すこと、こうした状態が一過性でなく定着し繰り返されることが特徴とされている⁽³⁵⁾。この定義は、昌子、内山、上出の定義を包括したもので、学校生活や社会生活での不適切な行動や適応できない状態の定着が要点とされている。

問題となるのは情緒の現れ方の歪曲、正常からの逸脱、適応・不適応の線引きであろう。歪曲や適応・不適応の基準は多分に社会的な性質をもち、時代や世代の文化や価値観または社会的通念によっても左右され、時や所によっても異なる⁽¹³⁾。診断基準がなく、その定義が立場によっても異なるEDでは、子どもの置かれた生活環境によって判断基準が変化し、生活環境との相互作用によっても左右される。正常範囲とED児として支援対象となる子どもとの境界をどこでつけるのか、誰がどのような手順で決定するのかが問題となる。支援対象としての判断基準の決め手は、情緒の歪曲の過度や不適応反応によって社会生活に支障を来しているかどうか⁽¹⁸⁾、社会生活での困難によって本人が日常的に生きづらさを抱えているかどうか⁽¹⁸⁾が要点となるが、社会生活での困難が主観的である点も課題として残される。

2. 3 ED児に見られる症状

上述したように、ED児として支援対象となる判断基準が曖昧で立場によっても異なるが、どのような症状が見られるのであろうか。ED児の教育への関心が高まった当時の1970年代、内山・上出・高野（編）（1979）⁽⁵⁵⁾では、治療対象児として吃音・緘黙、習癖異常、神経症、心身症の4つの症例が取り上げられていた。また、教育関係者による全国情緒障害教育研究会（編）（1983）⁽⁶¹⁾では、自閉、登校拒否、習癖異常、緘黙の4つが紹介されている。いずれも緘黙を取り上げ、教育関係者では自閉と登校拒否が特徴で、この2つは現在も学校現場の課題であることに変わりはない。

杉山（1996）⁽⁴⁶⁾はED児に見られる具体的な問題について、以下の①～⑭に類型化している。①食事の問題（過食、拒食、偏食、異食など）、②睡眠の問題（不眠、不規則な睡眠習慣など）、③排泄の問題（夜尿、失禁など）、④性的問題（性への関心や対象の問題など）、⑤神経性習癖（チック、髪いじり、爪かみなど）、⑥対人関係の問題（引っ込み思案、孤立、不人気、いじめなど）、⑦学業不振（全般性学業不振、特定教科不振など）、⑧不登校、⑨反社会的傾向（虚言癖、粗暴行為、攻撃傾向など）、⑩非行や不良行為（怠学、窃盗、暴走行為など）、⑪情緒不安定（多動、興奮傾向、癇癪など）、⑫言語の問題（吃音、言語発達遅滞など）、⑬緘黙、⑭無気力を挙げている。これらの類型は現在の学校教育での指針となる文部科学省（2013）⁽³⁴⁾のED児に見られる障害の状態として取り上げられている。EDでは、他障害種に比べてその症状や状態像が非常に幅広いことがわかる。情緒の現れ方の歪曲が見られ、行動異常の程度が高いと、EDの問題として扱うことにされている。ただし、⑫言語の問題である吃音では、流暢に話せない程度が過度で正常から大きく逸脱していることからEDとして捉えることができるが、DSM-5では小児期発症流暢性（吃音）／小児期発症流暢性障害（吃音）となり、EDとして支援対象とすることの必要性に異論はあると考えられる。

米国のEBDや英国のSEBDの概念に見られるように、EDやその周辺にある子どもが不適切行動、学習困難、社会的スキル困難といった幅広い症状を示すことを裏付ける知見が報告されている。Mattison（2015）⁽³¹⁾は、ED、SLD、言語障害、他健康障害を併存する182名の中高生徒の個人記録を調べ、43%の生徒がEDやADHD、SLDの症状を併存すること、明確な分類困難なケースが多いことを報告している。学業成績との関連について、EBD生徒は数学、読みの理解、語彙、書き言語の学業不振や幅広い欠如を示すといわれる⁽⁴⁾。Lane, Barton-Arwood, Nelson, and Wehby（2008）⁽²⁹⁾は、固定式特別学級に在籍する42名のEBDを対象に、小学校と中等学校の学業成績を比較した結果、小学校児童と中等学校生徒の両方とも、読み、算数・数学、書き言語の領域で通常の25%以下の達成状況に留まっており、算数・数学では中等学校で小学校よりも低く、読みの流暢性では中学校で小学校よりも高い傾向を示すことを報告した。こうしたEDの幅広い症状は、現在研究が盛んに行われているSLD等発達障害児の行動面や学習面での課題に重なる部分が多い。杉山（1996）⁽⁴⁶⁾の14類型に見られる症状は、ADHD児やSLD児の症状と密接に関連し

ていたり、それらが発端となる合併症状（二次的障害）と捉えることができる。例えば、SLDが発端となって杉山の⑦学業不振や⑭無気力が生じたり、ADHDがベースとなり⑥対人関係の問題、⑧不登校、⑨反社会的傾向、⑩非行や不良行為、⑪情緒不安定が生じたりする事例は臨床的によく見られる。つまり、SLD等発達障害の診断基準や要因が明確でなかった従来では、彼らの一部がEDの枠組みで捉えられていた可能性が指摘できる。

3 EDの福祉行政及び学校教育における位置づけ

次に、EDの福祉行政や学校教育における位置づけ、自閉症や選択性緘黙との関連を中心に整理する。

3. 1 情緒障害児短期治療施設との関連

我が国においてEDの用語は福祉行政主導で使用され始めた⁽³⁾。公式に使われたのは、旧厚生省が管轄し1961年児童福祉法改正で規定された情緒障害児短期治療施設への名称であった。当時の入所対象者となるED児とは、家庭、学校、近隣での人間関係の歪みによって感情生活に支障を来し、社会的適応が困難になった児童、例えば登校拒否、緘黙、ひっこみ思案等の非社会的問題を有する児童、反抗、怠学、金品持ち出し等の反社会的問題を有する児童、どもり、夜尿、チックなどの神経性習癖を有する児童であった。精神薄弱や精神病に代表される脳器質障害を持つ児童と自閉症及び自閉的傾向を有する児童は最初から除外されていた。当時より自閉症児で脳の機能的もしくは器質的障害に起因するてんかん発作が生じることが少なくなく（特に重度IDを伴う思春期以降）、自閉症は脳機能障害が疑われることから⁽³⁾⁽¹⁸⁾、厚生省は自閉症をEDに含めない立場であったと考えられる。

当施設の近年の状況について、厚生労働省（2014）の児童養護施設入所児童等調査の結果（平成25年2月1日現在）より、当施設の入所児童は全体で1,235人であった⁽²⁴⁾。委託経路では「家庭から」が76.0%と最も多く、在所期間の平均は2.1年であった。入所児年齢では中学校41.4%が最も多く、次いで小学校高学年32.7%であった。放任・怠だ、虐待・酷使、棄児、養育拒否の合計は50.0%となり、被虐待児が半数となっている。心身の状況では「障害等あり」の割合が72.9%と高く、その内訳は広汎性発達障害29.7%、ADHD19.7%、ID14.0%となっている（診断名であるのかの質問様式や回答方法は不明）。こうした実態を裏付けるように、高田（2014）⁽⁵²⁾は心理職の立場から、入所児の約3割で広汎性発達障害が疑われること、2割弱でADHDが疑われる可能性について言及している。木村・鈴木（2016）⁽²²⁾の調査では、入所児童の33%でADHDの診断があること、そのうち70%でASDやODDの併存や合併症状が認められることを報告している。また、被虐待児について、杉山（2007）は、あいち小児センターによる診療の症例として、広汎性発達障害が全体の24%、ADHDが20%となり、軽度発達障害が被虐待のリスク要因となると述べている。EDや行動障害を示す児童の虐待リスクが高い調査結果も報告されているが⁽⁴⁸⁾、現時点では発達障害と虐待との顕著な相関は認められず、障害のあることが虐待を受ける直接的要因ではないという見解が一般的である⁽³⁷⁾。しかしながら、結果として、虐待児のなかにED、PDDやADHD等の発達障害の症状を占める児童が含まれていること、虐待に随伴してEDや行動障害に近い症状を示す児童が潜在的に含まれていることが懸念される。

3. 2 自閉症との関連

厚生省に対して、旧文部省は自閉症をEDに含める方針を示した。厚生省と文部省における自閉症の位置づけの違いには、当時の自閉症の原因論が混迷していたことが関係している。現在DSM-5により自閉症はASDに診断名が変更され、加えてASDは脳機能障害であることの知見が数多く報告されているが、1950～1970年代では、現在では否定されている親の育て方の不味さ（極度な両親の冷淡さ）があるという心因論とそれに基づく療育が優勢であった⁽⁵⁷⁾。また、文部省では従来の知的障害教育で培われた指導では十分に対応できない自閉症児への教育の場の整備が急務な課題であった⁽¹⁴⁾。1960年代、親の会や教師を中心に自閉症児に対する特別な教育の場の要求が高まり、こうした機運のなかで東京や大阪に情緒障害学級が設置された⁽⁵³⁾⁽⁵⁹⁾。1969年、東京都杉並区立堀之内小学校に、日本で初めての情緒障害特殊学級が設置され、在籍児童のほとんどが自閉症児であった。杉並区が東京都特殊教育推進地区の指定を受けており、区立済美教育研究所に近く交通機関に恵まれていたことが理由であった。

文部省が1967年に行った「児童生徒の心身障害に関する調査」において、EDの障害カテゴリが初めて設けられ、そのカテゴリに自閉症が含まれていた。1978年の文部省通知「軽度心身障害児に対する学校教育の在り方」では、情緒障害者について、「自閉、登校拒否、習癖の異常などのため社会的適応性の著しい者、いわゆる情緒障害者については必要に応じて情緒障害者のための特殊学級を設けて教育するか又は通常の学級において留意して指導すること」と明記されている。1979年文部省による「情緒障害児指導事例集－自閉児を中心として－」⁽³³⁾では、「EDは英語で言えば、emotional disturbanceであり、情緒の混乱、乱れと訳すべきである。…（中略）…EDという用語を現象ある

いは事実として使う使い方があってよい…(中略)…すなわち、人間らしい情緒が欠けているとか、他の人と情感の交流がもてない子どもがいるならば、それをEDと呼んでもよいのではないか…(中略)…自閉症というのはまさに、EDというのに当たっている。自閉症は他の人との関係、特に情緒的なつながりがもてないことが最大の特徴だからである」と述べられている。

自閉症は米国の精神科医Kanner(1943)によって、情動的接触における自閉的混乱(autistic disturbance of affective contact)として初めて報告されたが、その後Kanner(1949)⁽²¹⁾は自閉症を早期幼年自閉症と呼び、最も早い幼年期に始まる精神病の一つと捉えていた。その原因について、普通なら誰もが持つことができる人々との情動的接触が生来的に形成できず、機械的人間関係、凝り固まった考え方、両親の温かみの欠如が自閉症の原因であろうと述べられている。Mahler(1952)⁽²⁰⁾は、精神分析学の立場から、生来的に自閉症児は母親と無生物との違いがわからないために感情的な結びつきができず、外界の刺激や情緒的反応を受け入れなくなると述べている。Ruttenberg(1971)⁽⁴³⁾は、自閉症は一次的自律性自我機能に影響する情緒発達の障害であり、対象関係機能の発達は困難でフロイトによる性的発達段階の進展が妨げられていると述べている。こうした当時の研究報告から、自閉症が情緒混乱や情緒発達の遅れや障害に基づく障害であり、EDとして位置づけられる流れは自然であったと考えられる。

1993年より情緒障害通級指導教室が制度化された。通室児は通常の学級に在籍し、特定の学習や対人関係や集団活動への適応に困難を示す軽度発達障害児であった。そして、2006年4月の文科省通知「通級による指導の対象とすることが適当な自閉症者、情緒障害者、学習障害者又は注意欠陥多動性障害者に該当する児童生徒について」では、情緒障害者の対象変更がなされた。それまで情緒障害者として、自閉症等及び主として心理的な要因による選択性緘黙等の2つの障害種が対象とされていたが、自閉症が脳機能障害に基づく発達障害であることが確かとなり、自閉症と情緒障害者の原因や効果的な指導法は異なるため、自閉症等の者を独立し、前者を自閉症者、後者を情緒障害者とされた。2009年2月の文科省通知では、情緒障害者特別支援学級における障害種の明確化がなされ、情緒障害者が自閉症・情緒障害者になり、前者は自閉症又はそれに類するもので他人との意思疎通及び対人関係の形成が困難である程度の者、後者は主として心理的な要因による選択性かん黙等がある者で社会生活への適応が困難である程度の者とされた。

2016年6月、文部科学省より公表された特別支援教育資料(平成27年度)⁽³⁵⁾では、小学校の自閉症・情緒障害特別支援学級は15,571学級、児童数は64,385名である。小学校の自閉症・情緒障害特別支援学級において、全ての障害種に占める割合は学級で41.7%、児童数で46.1%を占め、中学校でも近似した値となっており、IDの次に多い。また、通級による指導を受けている児童生徒数では、障害種であるEDは小学校で8,863人(11.0%)で、言語障害(43.2%)や自閉症(14.9%)に次いで多い。現在、学校教育におけるED児への指導の場は、自閉症・情緒障害特別支援学級、通常の学級と通級指導教室が中心となり、子どもの障害の状態や支援ニーズに応じて幅広く柔軟に用意されている⁽³⁴⁾。加えて、特別支援学校も指導の場の一つであろう。熊地・佐藤・斎藤・武田(2012)⁽²⁶⁾は、全国の知的障害者を主とする特別支援学校600校を対象に調査を行い、45%の学校で知的発達に遅れない発達障害児が在籍していること、その多くが小・中学校や高等学校からの転入学で、その理由が学業不振・学習困難で1/3を占め、不適応や不登校・引きこもり、いじめを合わせたものが3割を超えている実態を報告しており、これらの問題はEDの状態像とも重なる。また、特別支援学校の高等部や病弱特別支援学校では従来より不登校やその近接にある不適応、適応障害を示す児童生徒への対応は急務な課題の一つとなっている⁽⁸⁾⁽⁴⁹⁾。EDの症状を示す児童生徒が通常の学校だけでなく、特別支援学校にも在籍し、ED児への教育は全ての学校種で実施されていると捉えることができる。

3. 3 選択性緘黙との関連

選択性緘黙(Selective Mutism, 以下, SM)は、2009年2月の文科省通知より、主として心理的な要因による社会生活への適応が困難である程度の者としてEDの枠組みに残された。SMは明確な一次障害がなく、ほぼ正常な言語能力を持ちながら特定の状況で話せない子どもを総称したもので、その程度は様々であるが、全く話せない全緘黙は希で大部分が部分緘黙や学校緘黙である⁽²⁾。選択性と場面のどちらの用語が適切かの議論は現在も続いている。DSM-3-Rまでの定義では子どもが意図的に発話を拒否するという仮説に基づきelective mutismの名称が使用されていたが、DSM-4以降、子どもが特定の場面に遭遇したときに発話が抑制されるという特徴が強調され、selective mutismに改められた⁽⁵⁾⁽⁴⁵⁾。DSM-3-Rまでのelectiveでは子どもが特定の場面で意図的に話さないことを選択している語感が伴うのに対して、selectiveは子どもの選択や自由意思ではなく、特定の決まった場面で話せない、特定の場面では落ち着いて話せる状態像を表現している⁽¹⁹⁾⁽³²⁾。診断名を示すDSM-5では、現在もselectiveが使用され選択性と訳されるが、当事者や親の会の意見から、選択性は子ども自らが話さないことを選択していると誤解されやすいため、場面緘黙が適当であるという意見が多い⁽¹⁶⁾。市販の図書では場面緘黙の使用が明らかに多い。

DSM-5において、SMは不安症群／不安障害群（Anxiety Disorders）のカテゴリに含まれるようになった（APA, 2013）⁽⁶⁾。DSM-5によるSMの診断基準では、A. 他の状況では話しているにもかかわらず、話すことが期待されている特定の社会状況（例：学校）において、話すことが一貫してできない、B. その障害が学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨げている、C. その障害の持続期間は、少なくとも1ヶ月（学校の最初の1ヶ月だけに限定されない）、D. 話すことができないことは、その社会的状況で要求される話し言葉の知識、または話すことに関する楽しさが不足していることによるものではない、E. その障害はコミュニケーション症（例：小児期発音流暢性）ではうまく説明されないし、またASD、統合失調症または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではないとされている。

SMと不安障害との関連を実証する研究は以前から報告されており、Black and Uhde (1995)⁽⁹⁾は、研究対象30名のSM児の97%が幼年期あるいは思春期に社交恐怖症または回避性障害と診断されたことを示している。Dummit, Klein, Tancer, Asche, Martin, and Fairbanks (1997)⁽¹¹⁾は、研究対象50名のSM児の全員が社交恐怖症または回避性障害というDSM-3-Rの診断基準を満たすことを報告した。レビュー論文でも、EMと不安障害との合併は多いことや、不安障害の中でも社交不安障害（Social Anxiety Disorder, 以下、SAD）のサブタイプとして位置づけることの有用性が示唆されている⁽⁵⁾⁽⁴⁵⁾。緘黙の背景にあるSADの診断基準とその変遷、我が国独自の障害の概念である対人恐怖との重なり具合については朝倉（2015）⁽⁷⁾が詳しく、SADは主に対人交流場面において、特定の状況のみならず多くの社会的状況で困難を来し、日常の社会生活全般に影響をもたらすかどうかが要点となる。従来からSMの随伴症状として、緊張による身体の硬直、表情の硬さ、運動面、夜尿や遺尿などの排泄問題が認められることは報告されている⁽²⁾。加えて、Kristensen (2000)⁽²⁵⁾は、SM児54名と定型発達児108名を対象に調査し、SM群の46.3%で不安障害と発達障害や発達遅滞（認知障害、言語障害、運動遅滞など）の症状が認められることを報告している。SMと発達障害の併存や合併については慎重な報告もあるが⁽⁴⁵⁾、SMの「話せない」という言語面のみに着目するのではなく、その背景にあるSADやその程度、随伴しやすい緊張状態や発達遅滞の合併、さらに日常の社会生活での困難状況を含めたアセスメントを行い、支援方法を立案することが重要であろう。SMの本質はSADであり、対人交流場面での緊張状態の軽減や緩和、子どもが抱えている社会生活での改善が目標となる。本稿では、SMの症状や原因、有病率、発症時期やきっかけ、支援方法や効果、予後について詳しく言及しないが、レビュー論文が報告されており⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵⁶⁾、一般向けの読みやすい図書や翻訳文も出版されている⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽³²⁾⁽⁴⁵⁾。

4 EDの概念に見られる臨床的意義

4. 1 EDの概念に見られる臨床的意義

これまでEDとその関連用語、定義、症状、学校教育におけるEDと自閉症、SMとの関わりを概観した。我が国ではEDの学校教育における位置づけが大きく変化してきた。EDは診断名ではない。子どもの学校生活における様々な困難を示す症候群としての診断基準やカテゴリがより細かく設定されることで、将来的にはEDの概念が消失する可能性もあるように考えられる。特別支援教育の理念が具現化され、支援の質が問われている現在、EDの概念は子どもにとって、教師にとってどのような意義をもたらすのであろうか。

我が国の学校教育において、ASDが何らかの脳機能障害であるという見解が定着している現在、EDの支援対象として中心となるのは従来から変わらずSM、次いで不登校の2つであろう。前者のSMでは主として心理的な要因により他者と話せなくなり、そのことで社会生活や学校生活に支障を来す程の不応状態が続いている状態と捉えることができる。SMの本質は、話せないという表面的な言語・コミュニケーションの問題だけでなく、背景にあるSADであり、SADへの着目とそれを踏まえた支援方法の選択が必要であると考えられる。そして、SMの診断基準は明示されており、支援にあたってはSMの状態を示す一人の子どもとして関わればよく、EDの枠組みの中で捉える必要性や有益性は乏しいと考えられる。他の障害種と同様に、緘黙の程度や対人交流場面での緊張や不安症状が「いつ・どこで・誰との関わりで・どのように」生起しているのか、随伴する症状や発達障害との併存や合併はあるか、「どのような条件で上手く適応できているか」のアセスメントを行い、支援方法に活用していく方略が重要であろう。ただし、筆者の臨床経験ではあるが、SADに代表される対人面の問題がそれほど顕著でもないのに、SMを示す子どもも少なからず存在するように思われる。こうしたSADの背景要因とSMの状態、予後との関連については今後も検討が必要であるように考えられる。

EDは、その定義で見たように、情緒の現れ方の歪曲が過度に発現し、正常から逸脱しており、不応状態や不応行動が定着していることで社会生活の支障や困難が生じている状態と捉えることができる。この障害観は、SLD等発達障害に代表されるスペクトラムの概念、障害を症候群とする見方、カテゴリ（操作的）診断の特徴を理解する上

でも重要であると考えられる。EDの障害観に見られるスペクトラムの性質を理解することで、ED児の異質性や短所、弱み (weakness) ではなく、同質性や長所、強み (strength) への着目につながるであろう。こうした見方を支援者間で共有することで、彼らの適応状態を高めるための支援が促されると考えられる。自分と連続体にある、延長上にあるという見方が、彼らとの同じ部分や強みに気づかせ、その人自身や症状についてのより深い理解を導くのではないかと考えられる。

学校現場では、診断のない、あるいは診断を受ける程の症状を示さなくても、何らかの要因によって生きづらさを抱え、特別な支援を必要とする子どもたちがいる。具体的な対象としては、ED児に見られる症状に見たように、SLD等発達障害に近接する疑いのある子ども、杉山 (1996)⁽⁴⁶⁾の14類型に見られる軽度の症状により生徒指導上の問題を示す子ども、被虐待児に見られる養育環境の偏りや歪みに基づくEDの症状を示す子どもたちである。また、思春期以降に顕在化しやすく、学校現場で問題となりやすいODD、犯罪行為、不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害等に近い症状と不適応状態を示す子どもたちである。EDの概念は、そうした子どもたちが特別支援教育の対象であることを明示している。EDの概念は、特別な支援が必要であれば支援するという前向きで積極的な支援ニーズに基づく障害観が重要であることを示すものと考えられる。支援ニーズに基づくEDの捉え方は、行動障害やEDよりも包括的なEBDやSEBDの概念にも確認できる。EDの概念や枠組みが残ることで、診断のない、あるいはDSM-5による診断基準に依らない、そして原因は特定できないが学校生活での種々の困難を示し、生きづらさを抱える子どもたちを支援対象として引き上げることができる。

4. 2 ED児への支援に向けての視点

EDの症状を引き起こす原因の特定は困難である⁽³⁾。EDは単一または複数の要因が同時に、継続して積み重なることで不適応が定着した状態と捉えられる。背景要因として何らかの器質的障害や問題が疑われることや器質的障害や問題がないことを実証するのは困難であることから⁽²³⁾⁽⁴⁶⁾、いわゆる医療モデルに見られる原因の特定と処方箋の提供という方略は困難と考えられる。

ED児では、子どもの器質的・機能的障害の有無に関係なく、情緒の現れ方の歪曲の程度、不適応状態や不適応行動の固着や慢性化が問題となる。藤原 (2002b)⁽¹³⁾は、ED児への援助の最終目標が特定の症状や不適応な行動の改善や克服にあるのではなく、その本人及び周囲の人の日常生活における適応状態の改善にあること、EDを「適応障害」と捉えて「適応援助」とする視点の重要性を指摘している。つまり、ED児への支援に向けて大切な視点は、社会生活における適応状態の促進であろう。EDを何らかの要因で生じる不適応状態と捉えれば、それを軽減したり消失したりするための介入が考えられる。不適応状態は、子どもを取り巻く周りの環境との相互作用の中で生じている。子どもの適応状態を高める介入に重点を置くことは行動障害でも同様であり、行動障害は個人に帰属する病理モデルではなく、子どもと環境との相互作用の中に問題を見出し解決策を探ることが重要といわれる⁽¹⁵⁾。人的・物理的支援環境を整備し、再構築することで、子どもの社会生活や学校生活での不適応状態が改善され、適応状態へと導くことが可能になる。例えば、SM児の学校場面での話せない不適応状態において、周りの支援者が話し言葉以外の動作や書字によるコミュニケーション手段を積極的に活用することで、子どもの対人や会話に伴う不安や緊張は和らぎ、適応状態は高まるであろう。さらに、適応とは環境の要請に対して個人が自ら適合させるという能動的な過程を含んでいる⁽³⁸⁾⁽⁴¹⁾。支援環境の整備を基盤に、子ども自らが能動的に支援環境に適応できるためのステップが次の支援目標となるが、適応・不適応状態の評価やモニタリング方法の開発は今後の課題として残される。

ED児への効果的な支援方法に焦点を当てたレビューも報告されており⁽²⁸⁾⁽³⁹⁾、Niesyn (2009)⁽³⁹⁾は、EBD生徒の課題遂行の時間を増やし、逸脱行動のレベルを低減させるのに有効で、かつ学級で実行できる手だてとして、教師の称賛、ワークシートを一度にたくさん提示しない、正反応の機会を増加させる、ピアチューターの仕組みを確立する、生徒の好みの教材やカリキュラムの部分的な選択機会を提供する、教室内の行動管理法として学級のルールや方法を明示する、セルフモニタリングや自己教示の自己管理法を取り入れることを挙げている。また、Landrum and Sweigart (2014)⁽²⁸⁾は、EBD児の教室内の代表的な問題行動である指示に応じない、不注意、授業妨害に対して、適切な行動への称賛、行動モメンタム (behavioral momentum) を活用した課題内容や構成、課題や教材等の選択機会の提供を提案し、どのように行えば良いのかやその組合せについて示唆している。本稿では、こうした支援方法の効果や問題点について詳しく言及しないが、ED児一人ひとりの症状に即して、社会生活や学校生活での適応状態を高めることを支援目標の基盤としながら効果的な支援方法を選択することが必要であろう。

引用文献

- (1) Adamson, R.M., & Wachsmuth, S.T. (2014) A review of direct observation research within the past decade in the field of emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 39, 181-189.
- (2) 相馬壽明 (1991) SMの理解と治療—わが国の最近10年間の個別事例研究を中心に—. 特殊教育学研究, 29, 53-59.
- (3) 相馬壽明 (1995) 情緒障害児の治療と教育—治療教育と心理臨床の接点—. 田研出版株式会社.
- (4) Anderson, J.A., Kutash, K., & Duchnowski, A.J. (2001) A comparison of the academic progress of students with EBD and Students with LD. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 9, 106-116.
- (5) 青柳宏亮・丹 明彦 (2015) SMに関する研究動向—臨床的概念の変遷を踏まえて—. 目白大学心理学研究, 11, 99-109.
- (6) APA: American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fifth Edition*. 高橋 三郎・大野祐 (監訳) (2014) DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- (7) 朝倉 聡 (2015) 社交不安障害の診断と治療. 精神神経学雑誌, 117, 413-430.
- (8) 芦谷道子・岡ひろみ (2016) 特別支援学校における不登校生徒の現状と支援体制. 滋賀大学教育学部附属教育実践総合センター紀要, 24, 67-72.
- (9) Black, B., & Uhde, T.W. (1995) Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.
- (10) Cooper, P. (2011) Teacher strategies for effective intervention with students presenting social, emotional and behavioural difficulties: An international review. *European Journal of Special Needs Education*, 26, 71-86.
- (11) Dummit E.S., Klein, R.G., Tancer, N.K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J.A. (1997) Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 653-660.
- (12) 藤原義博 (2002a) 発達障害と臨床心理学. 小林重雄 (監) 今野義孝・藤原義博 (編), 発達臨床心理学. コレール社, 14-32.
- (13) 藤原義博 (2002b) 情緒障害の理解と援助. 小林重雄 (監) 今野義孝・藤原義博 (編), 発達臨床心理学. コレール社, 51-54.
- (14) 藤原義博 (2009) 特別支援教育における自閉症への支援. 精神科治療学, 24, 1237-1244.
- (15) 肥後祥治 (2000) 行動障害の類型. 長畑正道・小林重雄・野口幸弘・園山繁樹 (編), 行動障害の理解と援助. コレール社, 23-42.
- (16) 久田信行・藤田継道・高木潤野・奥田健次・角田圭子 (2014) Selective mutismの訳語は「SM」か「場面緘黙」か?. 不安障害研究, 6, 4-6.
- (17) Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, Pub.L. 108-446. (2004).
- (18) 上出弘之 (1983) 情緒障害児の理解. 全国情緒障害教育研究会 (編), 新版情緒障害児の教育. 日本文化科学社.
- (19) かんもくネット (著) 角田圭子 (編) (2008) 場面緘黙Q&A. 学苑社.
- (20) 金原洋治 (監修) はやしみこ (著) かんもくネット (編) (2013) どうして声が出ないの? —マンガでわかる場面緘黙—. 学苑社.
- (21) Kanner, L. (1949) Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 416-426.
- (22) 木村拓磨・鈴木 太 (2016) 情緒障害児短期治療施設入所児童におけるADHD症状と併存症. 名古屋経営短期大学子ども学研究論集, 8, 75-85.
- (23) 小林重雄 (2000) 行動障害の意義と背景. 長畑正道・小林重雄・野口幸弘・園山繁樹 (編), 行動障害の理解と援助. コレール社, 13-22.
- (24) 厚生労働省 (2014) 児童養護施設入所児童等調査の結果 (平成25年2月1日現在).
- (25) Kristensen, H (2000) Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 249- 257.
- (26) 熊地 需・佐藤圭吾・斎藤 孝・武田 篤 (2012) 特別支援学校に在籍する知的発達に遅れない発達障害児の現状と課題—全国知的障害特別支援学校のアンケート調査から—. 秋田大学教育文化学部研究紀要・教育科学, 67, 9-22.
- (27) Landrum, T.J., & Sweigart, C.A. (2014) Simple, evidence-based interventions for classic problems of emotional and behavioral disorders. *Beyond Behavior*, 23, 3-9.
- (28) Landrum, T.J., Tankersley, M., & Kauffman, J.M. (2003) What is special about special education for students with emotional or behavioral disorders? *Journal of Special Education*, 37, 148-156
- (29) Lane, K.L., Barton-Arwood, S.M., Nelson, J.R., & Wehby, J. (2008) Academic performance of students with emotional and behavioral disorders served in a self-contained setting. *Journal of Behavioral Education*, 17, 43-62.
- (30) Mahler, M.S. (1952) On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286-305.
- (31) Mattison, R.E. (2015) Comparison of students with emotional and/or behavioral disorders as classified by their school

- districts. *Behavioral Disorders*, 40, 196-209.
- (32) McHolm, A.E., Cunningham, C.E., & Vanier, M.K. (Eds) (2005) *Helping your child with selective mutism: steps to overcome a fear of speaking*. New Harbinger Publications. 河井英子・吉原桂子 (共訳) (2007) 場面緘黙児への支援—学校で話せない子を助けるために—. 田研出版.
- (33) 文部省 (編) 情緒障害児指導事例集—自閉児を中心として—.
- (34) 文部科学省 (2013) 教育支援資料—障害のある子供の就学手続と早期からの一貫した支援の充実—.
- (35) 文部科学省 (2016) 特別支援教育資料 (平成27年度).
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1373341.htm. 2016. 2. 1. 取得
- (36) 長畑正道 (2000) はじめに. 長畑正道・小林重雄・野口幸弘・園山繁樹 (編), 行動障害の理解と援助. コレール社, 1-2.
- (37) 中根成寿 (2007) 障害は虐待のリスクか? —児童虐待と発達障害の関係について—. 福祉社会研究, 8, 39-49.
- (38) 根ヶ山光一 (1999) 適応. 中島義明・安藤清志・子安増生・坂野雄二・繁枘算男・立花政夫・箱田祐司 (編) 心理学事典CD-ROM版. 有斐閣.
- (39) Niesyn, M.E. (2009) Strategies for success: Evidence-based instructional practices for students with emotional and behavioral disorders. *Preventing School Failure*, 53, 227-234.
- (40) 小野次朗 (2016) 行動障害. 日本LD学会 (編), 発達障害事典. 丸善, 14-15.
- (41) 太田俊己 (1996) 適応行動. 小出進 (編), 発達障害指導事典. 学研, 319-340.
- (42) Poulou, M. S. (2015) Emotional and behavioural difficulties in preschool. *Journal of Child & Family Studies*, 24, 225-236.
- (43) Rutterberg, B.A. (1971) A psychoanalytic understanding of infantile autism and its treatment. In D. W. Churchill, G. D. Alpern, & M.K. DeMyer (Eds.), *Infantile Autism*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas.
- (44) Sage, R., & Sluckin, A. (2004) *Silent Children: Approaches to selective mutism*. Rosemary Sage & Alice Slukin. 杉山信作 (監訳) (2009) 場面緘黙へのアプローチ—家庭と学校での取り組み—. 田研出版.
- (45) Sharp, W.G. Sherman, C., & Gross, A.M. (2007) Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 568-579.
- (46) 杉山雅彦 (1996) 情緒障害. 小出進 (編), 発達障害指導事典. 学研, 319-340.
- (47) 杉山登志郎 (2007) 子ども虐待と第四の発達障害. 学研.
- (48) Sullivan, P.M., & Knutson, J.F. (2000) The prevalence of disabilities and maltreatment among runaway children. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1275-1288.
- (49) 鈴木滋夫・武田鉄郎・金子 健 (2008) 全国の特別支援学校<病弱>における適応障害を有するLD・ADHD等生徒の実態と支援に関する調査研究. 特殊教育学研究, 46, 39-48.
- (50) 鈴木 徹・五十嵐一徳 (2016) SM児における状態像の違いが介入効果に及ぼす影響に関する文献的検討—1990年以降の個別事例研究を中心に—. 発達障害研究, 38, 100-110.
- (51) 昌子武司 (1978) 情緒障害. 教育出版社.
- (52) 高田 治 (2014) 情緒障害児短期治療施設における二次的障害への対応. LD研究, 23, 126-133.
- (53) 寺山千代子・中澤和彦・吉田 巽 (1988) 情緒障害学級の成立過程の比較研究 (1). 日本教育心理学会総会発表論文集, 30, 1030-1031.
- (54) 内山喜久雄 (1979) 情緒障害の診断. 内山喜久雄・上出弘之・高野清純 (編), 情緒障害の治療と教育. 岩崎学術出版社, 185-216.
- (55) 内山喜久雄・上出弘之・高野清純 (編) (1979) 情緒障害の治療と教育. 岩崎学術出版社.
- (56) Viana, A.G., Beidel, D.C., & Rabian, B. (2009) Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57-67.
- (57) 鷺見 聡 (2015) 環境要因の影響について. 脳と発達, 47, 220-224.
- (58) Wery, J.J., & Cullinan, D. (2013) State definitions of emotional disturbance. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21, 45-52.
- (59) 吉田 巽・中澤和彦・寺山千代子 (1988) 情緒障害学級の成立過程の比較研究 (2). 日本教育心理学会総会発表論文集, 30, 1032-1033.
- (60) 吉利宗久 (2010) アメリカ合衆国—インクルーシブ教育政策の動向と改革—. 発達障害研究, 32, 173-180.
- (61) 全国情緒障害教育研究会 (編) (1983) 新版情緒障害児の教育. 日本文化科学社.

The Clinical Significance of Emotional Disturbance: A Review

Tomohiko MURANAKA*

ABSTRACT

This report reviews an article about the concept, definition, symptoms, and positioning of emotional disturbance in school education. First, the article introduced the concepts of Severe Behavior Disorder (SBD); Emotional and/or Behavioral Disorders/Disturbance (EBD); and Social, Emotional, and Behavioral Difficulties (SEBD) from the perspective of emotional disturbance. In the Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, emotional disturbance was defined as an inability to learn, an inability to build or maintain satisfactory interpersonal relationships with peers and teachers, and inappropriate types of behavior or feelings. These symptoms overlap with those of EBD and SEBD. According to the definition of emotional disturbance in Japan, it involves distortion in the way of appearing emotionally and deviation from normal, as well as fixation of the maladaptive condition and behavior were the main point. However, as criteria change, obstacles in social life have also become a criterion for emotional disturbance. For the clinical significance of emotional disturbance, I propose that the understanding of the symptom is promoted by focusing attention to the homogeneity or strength with the child based on the concept of the spectrum. To support a child with emotional disturbance, I suggested the viewpoint to enhance the adaptive condition to the social life of the child is important.

* Clinical Psychology, Health Care and Special Support Education