

精神科診療における WAIS-IV の有用性について

——成人期の発達障害に関する検討——

久保 りつ子

I 問題と目的

知的発達の遅れや、自閉症スペクトラム障害（以下 ASD）、注意欠如・多動性障害（以下 ADHD）などの発達障害に関する問題は、乳幼児健診でのスクリーニングや、保育所、幼稚園、学校などの社会的場面の中で目立つようになることから、幼児期ないしは学童期に、診断や対応方法を求めて精神科診療所を受診することが多い。幼少期に発達の問題が明確になった場合、保健センター（保健所）、療育施設、教育相談所、こども家庭センター（児童相談所）、医療機関などで、発達の様相をフォロー、対応を検討することになる。

一方で、青年期以降になってから、学校や職場での対人関係や他者との違和感の背景に発達の問題があるのではないかと疑い、精神科診療所を受診する症例も少なくない。過去に学校などで発達の問題を指摘されたことがない、あるいは指摘されていても当事者や家族に問題意識が乏しかったことが推察される。このようなケースでは、患者からの聞き取りだけでなく、知的発達の様相を明らかにするために、知能検査が必要となる。

さらに社会的な場面での不適応や抑うつなどの症状を訴えて通院しているケースであっても、病歴や治療の経過から、精神科医が症状の背景に知的発達の問題を疑い、知能検査の実施が必要と判断する場合がある。

医療機関で実施される成人を対象とした個別式知能検査としては、検査目的の違いによって、ビネー式とウェクスラー式のいずれかが選択される。

ビネー式の知能検査の主な開発者である Binet は、知能を「全体としてまとまった能力であり、それは問題場面において統一体として作用し、要素に分析することはできない」と捉えている。このため、ビネー式知能検査は、「知能を個々の因子で分析しないで、包括的にまとめて測定しようとする検査法」である。「一般知能」つまり「常識的に物事を理解し、判断するなどの精神機能」を測定するもので、知能指数は精神年齢から算出される。（「改訂版鈴木ビネー知能検査法」, 2007, p. 23, p. 32）現行の我が国のビネー式検査で成人まで知能指数を測定できるものは、2007年に出版された改訂版鈴木ビネー知能検査法と2005年に出版された田中ビネー知能検査Vであり、適用年齢は、改訂版鈴木ビネー知能検査法は2歳から18歳11ヵ月、田中ビネー知能検査Vは2歳から成人までとしている。ただし、田中ビネー知能検査Vでは、14歳以降は偏差知能指数を使用する。この他にも、ビネー式の要素を含んだ新版 K 式発達検査2020も成人の発達指数を算出することができる。

ビネー式知能検査は、検査者が被検者の精神年齢を推定してから開始し、問題数も多くないことから、明らかな発達遅延がある場合でも、比較的短時間で全般的な知的発達の様相を測ることができる。このため、療育手帳での判定、特別児童扶養手当、障害基礎年金などの診断書作成時に使用されることが多い。

それに対してウェクスラー式知能検査の開発者である Wechsler は、知能を「目的をもって行動し、合理的に思考し、自らの環境に効果的に対処するための個人の能力」と捉え、「知能は個人の行動を全体として特徴づけることから全体的な存在であると同時に、互いに異なる要素または能力で構成されることから特異的でもある」としている。Wechsler は、知能の認知的側面として「言語理解」「抽象的推理」「知覚統合」「量的推理」「記憶」「処理速度」を測定する下位検査で構成されたウェクスラー・ベルビュー知能検査を開発した。この検査では「全体的な合成得点に加えて、言語性と動作性双方の尺度による得点を提示」し、さらに「全年齢で同じ分布特性を計算した標準得点に基づく偏差 IQ を採用した」という点がビネー式と相違している。（「日本版 WAIS-IV 知能検査 理論・解釈マニュアル」, 2018, pp. 1-4）

ウェクスラー・ベルビュー知能検査を拡張、修正した WAIS でも、下位検査の「知識」「理解」「算数」「類似」「数唱」「単語」「符号」「絵画完成」「積木模様」「絵画配列」「組合せ」は引き継がれた。その後 WAIS は検査項目、実施ルールや採点ルールの変更が加えられ、WAIS-III では全検査 IQ、言語性 IQ、動作性 IQ の他に 4 つの群指数「言語理解」「知覚統合」「作動記憶」「処理速度」が採用された。（同書, pp. 7-8）

WAIS-III の改訂版である WAIS-IV は 2008 年にアメリカで出版され、日本語版は 10 年後の 2018 年に出版された。WAIS-IV では「言語性 IQ」「動作性 IQ」という概念は撤廃され、児童用のウェクスラー式検査である WISC-IV 同様、「言語理解指標」「知覚推理指標」「ワーキングメモリー指標」「処理速度指標」という 4 指標から「全検査 IQ」を導き出す構成になっている。また、下位検査の「絵画配列」は廃止となり、基本検査に「パズル」、補助検査に「バランス」「絵の抹消」が追加されている。

ウェクスラー式の知能検査は構造化された検査であり、構成要素が多く、被検者の認知の問題を多面的に捉えることができる利点がある。しかし、基本検査だけでなく補助検査まで実施した場合、検査項目がさらに増え実施時間が長くなることから、知的発達の遅延が大きいケースでは使用することが難しい検査でもある。

臨床の現場ではこのような特徴をふまえて知能検査の使い分けをしているが、いずれの検査も、受検した者にとって有益なものでなくてはならない。また、フリン効果や時代を考慮して知能検査は改訂を繰り返しており、使用する治療者や検査者もその検査の特徴を十分に知ることが肝要であり、それが被検者の治療や支援につながると考える。

ところで、WISC-III から 2007 年に出版された WISC-IV へと置き換わって行くのに数年かかったが、今回の WAIS の改訂版出版直後に新型コロナウイルスの感染拡大が起これ、WAIS-III から WAIS-IV への移行に関する情報は少ない。実際に日本版の WAIS-IV についての使用感や事例についての研究は、松田（2020）の高齢者を対象とした報告や、須賀

ら（2021）の獣医学生を対象とした調査、日本文化科学社のテクニカルレポートなどが散見される程度である。

今回、筆者は勤務する精神科診療所で WAIS-IV を実施した症例を取り上げる。先述の通り、幼少期から知的発達の問題に気づかれ、継続的に相談機関や医療機関を訪れている症例では、その発達過程で必要な教育や福祉的なサービスを提供されていると思われるが、成人して初めて知能検査を受検する者は、これまで適切な支援を受けてきていない可能性が考えられる。青年期以降に、知能検査、特に WAIS-IV を受検することになった症例を調査することは、WAIS-IV が治療の中でどのような役割を果たしているのかを明らかにすることにつながる。

この研究では、まず、精神科診療所を受診し、主訴、あるいは診療の経過から、精神科医が知能検査が必要と判断、WAIS-IV を実施した症例を調査し、WAIS-IV のプロフィール特徴、診断、その後の対処を検討する。さらに症例を 1 例提示し、精神科診療における WAIS-IV の有用性について考える。

II 対象と方法

1. 対象

対象としたのは、X 精神科診療所を受診した者のうち、成人用知能検査（WAIS-IV）を初めて受検した 16 例（男性 6 例、女性 10 例、平均年齢 26 歳 11 ヶ月）である。

2. 方法

(1) 調査研究

方法としては、すべての症例について、主訴、生育歴、家族歴、受診歴、相談歴、知能検査に至った経緯、診断名、検査後の対応に関して、診療録をもとに調査する。また、WAIS-IV のプロフィール特徴を分析し、精神科診療所での WAIS-IV の役割について考察する。なお、WAIS-IV のディスクレパンシー比較および強みと弱み判定においては、いずれも 5 % 水準の有意差のあるものを採択している。

(2) 症例検討

具体例として治療過程で WAIS-IV を実施した症例を 1 例提示し、治療における成人用知能検査の活用法について考察する。

3. 倫理的配慮

本研究は、X 精神科診療所の責任者である理事長に調査内容について口頭、文書にて説明し、掲載の承諾を得た。また、医療機関の情報および対象者の個人情報をも匿名とすることにより、対象者が特定されないように配慮した。症例検討の対象者に対しては、口頭、文書にて説明し、書面にて同意を得た。症例提示においては、内容を損なわない程度の改変を加えた。

Ⅲ 結果および考察

1. 調査結果

(1) 主訴

初診時の予診で、対象者本人、あるいは対象者の家族から聴取した主訴は、「知的発達の問題、発達障害について診断して欲しい」6例、「高校、大学での不適応」5例、「職場での不適応」6例、「進学・就労への不安」5例、「抑うつなどの気分変動」3例、「学業の不安」2例、「パニック発作」1例、「虚言」1例であった。また幼児期、学童期に発達障害や知的障害の診断を受けているが、「その後の経過を知りたい」と希望した者は5例であった。(主訴の内容については重複がある) また16例のうち、「家族(2親等まで)に知的障害や発達障害の既往を持つ者」が9例、その中で「家族にX精神科診療所に受診歴のある者」が8例あった。

(2) 受診歴・相談歴

X精神科診療所を受診するまでに、他の精神科や心療内科に受診歴がある者は4例、耳鼻咽喉科(言語訓練のプログラムを持つ診療所)2例、児童相談所、公的療育施設、民間の相談機関に相談歴のある者が2例、幼児期、学童期にX精神科診療所を初診している者は2例であった。(受診歴、相談歴の一部に重複がある) また、精神科、心療内科などへの受診歴がない者、つまり「X精神科診療所が初診」は7例であった。

(3) WAIS-IVを実施するに至った経緯

WAIS-IVを医師が公認心理師に依頼し、検査を実施するに至った経緯としては、「患者やその家族が発達の問題を疑って受診しており、医師も検査が必要と判断した」6例、「治療過程で症状の背景に発達障害の存在が疑われた」5例、「すでに発達障害や知的障害の診断はついているが、その後の経過を追いたい(成人用の知能検査は受けたことがない)」5例、またこのうち「特別児童扶養手当や障害基礎年金申請のために知能指数だけでなく発達の様相を明確にしたデータが必要」2例であった。

(4) WAIS-IVのプロフィール特徴

① 全検査IQについて

全検査IQ(以下FSIQ)が平均の上を上回る($FSIQ \geq 120$)者は1例、 $119 \geq FSIQ \geq 80$ の平均域が10例、FSIQ 70台の境界域の者は5例であった。(表1)

② 指標について

4つの指標を比較すると、言語理解指標(以下VCI)が一番高値だった者は9例、知覚推理指標(以下PRI)は4例、ワーキングメモリー指標(以下WMI)は2例、処理速度指標(以下PSI)は1例であった。逆に一番低い指標について調べたところ、VCIが1例、PRIが6例、WMIが1例、PSIが9例であった。(表1)

③ 指標間のディスクレパンシー

指標間でのディスクレパンシーについて検討したところ、15例に5%水準での差が認められ、VCIとPSIの差が大きい者は12例、そのうちVCI>PSIが11例であった。VCIとPRI

表 1. WAIS-IV のプロフィール

症例	性別	年齢	FSIQ	VCI	PRI	WMI	PSI	類似	単語	知識	理解	積木 模様	行列 推理	パズ ル	パズ ル ス	絵の 完成	数唱	算数	語音 整列	記号 探し	符号	絵の 抹消
1	女	49:1	114	112	122	109	99	14	13	9	16	13	13	15	11	10	10	13	12	10	10	8
2	男	26:10	102	130	97	97	68	14	18	14	15	10	11	8	12	9	8	11	11	4	4	5
3	女	21:8	73	110	73	69	57	16	13	6	12	4	8	4	7	9	5	4	4	2	2	5
4	女	52:11	86	100	80	88	90	9	12	9	10	6	8	6	8	4	9	7	5	8	9	6
5	女	19:8	103	119	87	100	99	12	15	13	12	10	7	7	10	10	10	10	9	10	10	7
6	女	48:2	111	113	112	112	96	9	14	14	16	15	10	11	8	5	14	10	13	8	11	12
7	女	16:3	94	90	109	103	79	7	12	6	—	11	11	13	12	—	14	7	11	6	7	3
8	男	27:4	93	100	105	79	87	12	11	7	12	9	11	13	14	5	8	5	9	8	8	8
9	男	33:5	82	90	95	85	71	7	11	7	11	8	8	12	11	13	9	6	7	5	4	9
10	男	22:6	89	110	71	114	75	10	13	12	12	5	7	3	3	4	15	10	7	5	6	3
11	男	18:7	71	67	85	69	87	5	3	5	4	7	7	9	5	10	5	4	5	9	7	5
12	男	16:0	78	90	73	82	87	8	10	7	12	4	6	6	7	5	7	7	7	7	9	6
13	女	19:8	78	94	85	76	68	9	11	7	10	7	7	9	9	11	6	6	5	4	4	4
14	女	22:0	76	90	76	79	77	9	10	6	5	9	6	3	4	4	5	8	3	3	9	4
15	女	17:9	80	102	78	79	73	10	16	5	16	8	5	6	8	9	9	4	10	5	5	6
16	女	20:1	122	119	114	125	114	13	15	12	12	14	12	11	14	5	17	12	14	14	11	15
平均		26:11	90.75	102	91.4	91.6	82.9	10.3	12.3	8.7	11.7	8.8	8.6	8.5	8.9	7.5	9.4	7.5	8.3	6.3	7.3	6.6

表 2. ディスクレパンシーと強みと弱みの判定

症例	指標間ディスクレパンシー (5%水準)	強みと弱みの判定 (5%水準)	
		強み	弱み
1	VCI>PSI・PRI>WMI・PRI>PSI	—	知識
2	VCI>PRI・VCI>WMI・VCI>PSI PRI>PSI・WMI>PSI	類似・単語・知識	記号探し・符号
3	VCI>PRI・VCI>WMI・VCI>PSI PRI>PSI	類似・単語	記号探し・符号
4	VCI>PRI・VCI>WMI	単語	—
5	VCI>PRI・VCI>WMI・VCI>PSI PRI<WMI	類似・単語	行列推理・パズル
6	VCI>PSI・PRI>PSI・WMI>PSI	積木模様	—
7	VCI>PRI・VCI>WMI・PRI>PSI WMI>PSI	単語・パズル・数唱	知識・符号
8	VCI>WMI・VCI>PSI・PRI>WMI PRI>PSI	パズル	算数
9	VCI>PSI・PRI>PSI・WMI>PSI	単語・パズル	符号
10	VCI>PRI・VCI>PSI・PRI<WMI WMI>PSI	単語・数唱	積木模様・パズル 符号
11	VCI<PRI・VCI<PSI・PRI>WMI WMI<PSI	—	単語
12	VCI>PRI・PRI<PSI	単語	符号
13	VCI>WMI・VCI>PSI・PRI>PSI	単語	—
14	VCI>PRI・VCI>WMI・VCI>PSI	単語	—
15	VCI>PRI・VCI>WMI・VCI>PSI	単語	算数
16	—	数唱	—

の差が大きい者は10例、そのうち VCI>PRI が8例、さらに VCI と WMI, PRI と PSI に乖離がある者はいずれも9例で、VCI>WMI, PRI>PSI はともに8例であった。(表2)

④ 下位検査での強みと弱み

下位検査の強みと弱み(5%水準の有意差)を分析したところ、「単語」を強みとする者が11例、「類似」「パズル」「数唱」がそれぞれ3例であった。弱みについては、「符号」

が6例と一番多く、「知識」「パズル」「算数」「記号探し」がそれぞれ2例であった。(表2) また、補助検査のため比較はできないが、「理解」が評価点10(平均)を超えた者は15例(1例は注意が続かず未実施)中13例、「絵の抹消」が評価点10に満たなかった者は16例中14例であった。(表1)

(5) 診断名

医師の診断としては、ADHDが9例であり、このうち8例は今回の検査後、初めて診断された。(ADHDチェックリストも実施している) また境界域知的発達とは5例であり、このうち3例は今回の検査で初めて明らかとなった。その他、感情障害2例、不安障害2例、選択性緘黙症1例、ASD1例、発達性協調運動障害1例であった。指標間、下位検査間でディスクレパンシーが大きい者については限局性学習障害(以下SLD)の診断をつけることが可能であるが、生活や学習面への影響が大きい者に限ると5例であった。(重複あり)

(6) 診断後の対処

診断後の治療方針、対応に関しては、療育手帳の新規申請3例(すでに取得4例)、精神障害者手帳の新規申請1例(すでに取得1例)、ADHDに向けての投薬開始または変薬3例、学校など教育機関との連携3例、福祉サービスとの連携1例、特別児童扶養手当の新規申請1例、障害基礎年金の新規申請2例、環境調整目的のカウンセリング1例、転医1例、経過観察3例であった。(重複あり)

2. 調査に関する考察

(1) 主訴とWAIS-IV実施に至るまでの経緯

対象となった16例のうち、知的発達や発達障害の問題を主訴として受診、発達検査を希望した者が多かった一方で、それらを主訴とせず受診した者は5例あり、予診時の情報や治療経過から知能検査が必要と判断されていた。前医より抗うつ剤などの向精神薬が処方されていても、それが著効せず、治療が遷延し、発達障害が関与しているのではないかと疑い検査に至ったケースもあった。さらに知的障害、発達障害の家族をもつ者が9例と半数以上に認められ、遺伝的要因の存在も検査実施の判断材料となっていた。

今回、発達の様相を継時的にみるために検査をした5例については、いずれの症例も学童期にWISC-IVを受検しており、下位検査項目はいくつか異なるものの、4指標に関してはWAIS-IVと同じであり、比較しやすいという点も検査実施につながっていたと考えられる。「WAIS-IV理論・解釈マニュアル」でも、「WAIS-IVとWISC-IVの尺度の整合性が極めて高い」(p.76)ことが示されている。

また、高校や大学などの教育機関に在籍しているケースでは、学校での配慮を要請するために詳細な検査が必要な場合があり、WAIS-IVの実施が適用となる。今回の対象者に大学受験を理由に来院した者はいなかったが、共通テストでの配慮申請のためにWAIS-IVが実施されることもある。

一方で、知能検査としてウェクスラー式を選択する場合、教示の理解や解答での言語表

現にある程度の力が必要であり、IQ が50を切ることが予測できるケースでは WAIS-IV を採用していない。WAIS-IV を実施するまでに、医師や検査者が様々な視点から当該検査が必要かどうかを判断している。

(2) WAIS-IV のプロフィール特徴

先述の通り今回の対象者については、知的障害か否かを判断する目的で検査を実施していない。このため、FSIQ が知的障害と判断される IQ 70未満の者はいなかった。しかしこの度初めて境界域の知的発達と判明した者が3例おり、これらは成人するまで知的発達の問題に気づかれていなかったことになる。久保ら（2021）によると、成人期になって初めて境界域の知的発達に気づかれることは稀ではなく、このようなケースでは「WAIS-III のプロフィールを分析すると、言語性 IQ と動作性 IQ のいずれかが平均の下（IQ 80）以上であり、時には下位検査の一部で高い値を示す者もあり、全般的に能力が遅延しているわけではない」としているが、今回の対象者においても同様の傾向が認められた。本研究は WAIS-IV での査定であるが、FSIQ が70台であったとしても、4 指標のいずれか、あるいは複数の指標で指数が80を超えており、やはり全般的な遅れではないことが明らかである。つまり、一部の分野において平均的な能力を有していることから、成人期まで知的発達の問題に気づかれ難かったものと考えられる。

次に指標間のディスクレパンシーについて検討すると、指標間に乖離がない者は1例にとどまり、ほぼ全例で指標間に複数の有意差が認められた。特に目立つものとしては VCI と PSI の差であり、言語理解、表出能力に比して処理速度が劣ることが示された。次いで VCI と PRI の乖離の大きい者が10例おり、このうち8例が PRI に対し VCI が優位で、聴覚的な情報の方が視覚的な情報よりも整理しやすいことが示唆された。VCI に注目すると、90に満たなかった者は1例にとどまっている。下位検査でも「単語」を強みとする者や「理解」の評価点が高い者が多く、やはり言語面での問題が少ないことが明らかである。つまり、言語能力は平均以上であるものの、視覚的情報の整理、表出に時間がかかる傾向があることから、見通しを持って行動することが不得手、あるいは状況に合致した行動が苦手ということが推測できる。そしてこのように、言語理解や表出能力が高いことも、知的発達の問題や発達障害の存在を見え難くさせている要因となっている。

さらに下位検査について検討すると、「符号」を弱みとする者や「絵の抹消」で低値となる者が多く、この原因として、丁寧さを優先してしまう、または衝動性が抑制されるということが考えられる。計時しているにも関わらず、対象者の符号の描き方は几帳面である。また「絵の抹消」では、「順番にとばさずに消していく」という教示を忠実に守ろうとし、注意、集中のために行動が抑制されるように見受けられた。処理速度の遅さは、視覚-運動の協応の問題に限らず、集中して取り組むために相当な労力を要することや、「急いで描く」という検査で求められていることを把握できない、「状況の読めなさ」を示しているとも考えられる。つまり対象者の多くは、イメージしたことが素早く具体化しない経験を積み重ねてきていることが予測でき、これが社会的な場面での不適応や違和感の要因となっている可能性が示唆された。この視点は、糸井（2017, p. 518）の『処理速度』

が低いクライアントが職場不適応を生じている場合には、職場で要求されている職務遂行の速度とウェクスラー法の『処理速度』との乖離の有無が、アセスメントの着目ポイントになる」という指摘と一致している。

以上のように WAIS-IV からは、能力の問題だけではなく、被検者の課題への対応力や戦略も見えてくる。このようなインフォーマルな部分への観察が、診断のための手がかりとなることも多い。

(3) 診断

SLD や知的発達障害などは、WAIS-IV の実施により、知能指数だけでなく個人内差が明らかになるため、より明確に診断することができる。

まず、これまで境界域の発達遅延に気づかれていなかった3例に関しては、先述の通り、能力にばらつきがあったことから、発達全般の問題として焦点づけされないまま成人したものと考えられる。しかし、受検後に個人内差についてフィードバックすると、過去に学校などで学習の問題を指摘されていたことが改めて語られることがある。精神科診療所を受診したということは、何らかの精神面での問題が起こっている状態であり、その解決のための方策を求めて来院しているものと考えられる。現在の辛さの要因の一つとして「境界域の知的発達」が明らかになることで、これまでの不安全感に対する理解が深まり、今後の対処について考える契機となる。

ADHD に関しては、生育歴、現病歴の聴取や ADHD チェックリストでも診断が可能である。しかし、先述の通り、WAIS-IV 検査時の対象者の取り組み方が診断のための大きな手がかりとなる。また、「WAIS-IV 理論・解釈マニュアル」には、米国における ADHD 群と比較統制群の WAIS-IV 得点の平均が載せられているが、そこでの ADHD 群の「符号」における低値の指摘などの資料も、診断の参考となる。

今回、SLD については、認知の歪みにより明らかに学業や日常生活に問題が現れている者に対して診断したが、フィードバック時に、個人内差が「得意不得意」レベルではなかったことを伝え、逆に安堵するケースもあった。努力しても達成できないことで学習性無力感に陥っていたものと考えられる。このような症例の場合、顕著に認知の問題が現れる部分に関して、どのような学習方法や代替手段が使えるか、あるいは得意な分野で補っていくか、という方向性を探ることも必要となり、ここで WAIS-IV の「強み」判定が役に立つ。

気分変動やパニックなどの症状に関しては感情障害や不安障害という診断になるが、発達障害の二次障害として現在の症状が現れている可能性も考えられる。選択性緘黙症についても知的障害や発達障害が併存する場合があることは知られており、検査によって症状の成り立ちが明らかになり、対象者にとっても現在の状態を受け止めやすくなることが期待できる。

(4) 診断後の治療方針および対処

WAIS-IV の実施で知的発達や個人内差が明らかとなり、社会的な場面での不適応や違和感の要因が判明し、また明確な診断ができることにより、患者への対処も自ずと適切なも

のを提示できる。

まず、今回の受診や検査で、初めて境界域の知的発達、あるいは発達障害との診断がついた者に関しては、現在の状態や年齢を考慮した対処が必要となる。

知的発達の遅延に関しては、フィードバック時に、現在の問題だけでなく、これまでに知的発達の遅れに伴う問題がなかったかどうかを検証する必要がある。境界域の知的発達の場合、「勉強が苦手」程度の理解しかしてもらえず、不当な扱いをされている場合があり、それにより二次障害が現れている可能性も考えられるからである。

また、今回初めて ADHD と診断された症例のうち 3 例で、ADHD に向けての薬が投与されることとなった。これらのケースはいずれも薬が奏効し、継続的に通院、服薬が続いている。この中には、後述する症例のように、処方内容が変更となった者もいた。さらに、これまで仕事や学業、対人関係をうまく続けられなかった理由として ADHD が関与している可能性が高いと解った者の中には、苦手なことを回避し、得意な分野での就労を目指すなど、能動的に環境調整を試みるケースもあった。

境界域の知的発達や発達障害により修学や就労の問題を持っている場合には、療育手帳や精神障害者手帳を取得する方法を提示することができる。また 20 歳未満であれば、児童福祉手当の申請、20 歳以上で就労の問題を持つ場合には就労支援のサービスにつなげる、または障害基礎年金申請の対象になる可能性があるという情報を提供することもある。さらに、家庭内や社会的場面での問題が大きい時には、環境調整を目的としたカウンセリングが有効な場合もある。

高校生、専門学校生、大学生で受検した 10 例のうち 7 例は、進路選択や学校場面での援助要請に検査結果を利用していた。知的発達の遅れや不均衡が明らかになることで、サポートが必要な部分が明確化し、学校での具体策を立てやすくなることが期待できる。また、就労を考えている対象者の中には、障害者雇用枠での就職を希望する者が 3 名いた。

一方で、受検までに境界域知的発達や発達障害との診断がついている者で、情緒面でも安定し、提出すべき診断書などの書類作成が不要な場合は、医師や公認心理師からの検査結果のフィードバックのみで経過をみるケースがあった。さらには、受検したことや診断名がついたこと、これまでの不安や不安全感の理由がわかったことで安堵し、経過観察のみの対処で問題ないというケースもあった。

3. 症例検討

症例：A さん（女性、初診時年齢 48 歳）

主訴：他院で抑うつ症状とパニック発作に対しての投薬を受けているが、長期にわたり服薬していることで不安になっている。このまま服薬を続けて良いのか、診てもらいたい。受診までの経過（病歴）：21 歳時、阪神淡路大震災での被災を契機に、胃痛などの体調不良とともに仕事に対する気力が乏しくなり、Y 心療内科を受診した。自律神経失調症、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、軽度うつと診断され、抗不安薬と抗うつ薬（SSRI）を処方された。その後、電車に乗ると動悸、過呼吸などの症状が現れ、パニック障害とも診

断された。服薬により、体調は徐々に改善し、25歳で結婚、31歳で長男を出産、子どもが小学生になった頃から仕事を再開した。しかしパート勤めながら、対人関係に悩むことが多く、気分の低下があり、Z心療内科を受診、ここでもY心療内科と同様の薬が処方された。長男が高校入学後に不登校となり、その対応に追われる中で、夫や同居している両親とももめることが増えた。不安をかきたてるような問題が職場だけでなく家庭内でも続くことから、長男のX精神科診療所受診とともに自分自身の精神面に関しても、X医師に診てもらいたいと思うようになり、転医を希望し、初診となった。

家族歴：両親、姉、夫、長男と同居している。父親（75歳）は頑固で他者の意見を全く聞かず、攻撃的であり、何かを相談できる対象ではない。母親（70歳）は脳出血の後遺症があり、半身麻痺で、認知の問題が出てきている。夫（49歳）は会社員で、マイペースな性格であり、息子に対しては過干渉だが、Aさんの精神面の辛さには共感してくれない。長男（16歳）は、小心者で、幼児期からおとなしく、思春期になりさらに無口になった。ただ、小学校低学年から始めたサッカーに関しては能力が高く、高校でもサッカー部に入った。しかし、高校1年生の夏休みのクラブ合宿から腹痛と発熱が続くようになり、その後不登校となった。そこで長男はX精神科診療所を受診した。不登校に至るまでの経緯と問診から、学習面での遅れが登校のしづらさに影響していることが疑われたため、WAIS-IIIを実施、境界域の知的発達であることが判明した。検査後、長男は高校を転校し、それからは順調に登校するようになった。

生育歴：幼い頃から人の目を気にする傾向があった。友だちはいたが、容姿について虐められることが多く、中学生時は不登校も経験した。学校を休みがちながら、学習面での問題は少なく、公立高校に進学できた。この頃、不眠となり、内科で抗不安薬と睡眠導入剤をもらっていたことがあった。高校卒業時には公務員を志望していたが、試験に合格せず、一般企業の事務員として就職した。仕事に慣れるのには時間がかかったが、妊娠するまで続けることができていた。母親が病気がちなこともあって、育児に対して協力してくれる家族はおらず、出産後は子育てに専念していた。ただ、家にずっといても家族全員の世話をすることが難しく、料理や掃除などは同居する姉にすべて任せていた。長男が小学生になった頃から、パート勤務での仕事を再開したが、同時期より、抑うつ気分と過換気などのパニック発作や腹痛、下痢の症状が再燃し、Z心療内科を受診、再び抗うつ剤と抗不安薬を服用するようになった。仕事に関しては、どこの職場に行っても馴染むことができず、休職、転職を繰り返していた。

経過：抑うつ気分やパニック発作は、やや落ち着いてきているものの、Z心療内科では減薬してもらうことができず、長男との関わり方を模索しているうちに、自分自身の精神状態についてもX医師に診てもらいたいと転医してきた。薬の量を調整しながら様子を見ていたが、Aさんが日常生活では「片付けが苦手で、部屋が汚い。料理も得意ではないため、家事は姉に任せている」と話したことから、医師はAさんがADHDではないかと疑うようになった。Aさんの父親の性格や長男の発達の問題からも、遺伝的要因が考えられ、初診から7カ月目にWAIS-IVとADHDチェックリストを実施した。

WAIS-IV の検査時の様子としては、受検に対して積極的であり、疎通性も良好で、いずれの課題に対しても全力で取り組んでいた。しかし検査後半では疲れたのか、「絵画完成」では本来なら排除すべき刺激に翻弄される様子が見受けられた。さらに「数唱」では、短期記憶時に操作が加わる「逆唱」で4数までしか再生できず、被検者の注意力の問題が垣間見えた。FSIQ は114と平均の上の値、指標の中ではPRI が122と高値であり、VCI では「類似」「単語」「理解」が高い評価点であった。一方、PSI は99と平均的な値ながら、Aさんの他の能力に比すと有意に低値となっていた。特に補助検査の「絵の抹消」は評価点8と平均を下回っていた。またADHD チェックリストでは、「計画性の問題」や「課題に取り組むことを遅らせてしまう」「忘れ物が多い」などに対し、「頻繁に起こる」と回答していた。

WAIS-IV、検査時の様子、ADHD チェックリストの結果から、医師は「ADHD 不注意優勢型」と診断し、これまでの不適応の背景に発達障害が関与していると判断した。それに伴い、薬をADHDの薬に置き換えていくこととし、アトモキセチンを少量から試してみることにした。投与から2週間後の受診では、「頭の中がすっきり整理できる」と薬が著効したとみられる報告があったため徐々に投与量を増やし、逆に抗うつ剤と抗不安薬を減量していった。長男が転校により再登校したこと、コロナ禍で仕事量を減らしたことなど、環境が変化したこともあり、パニック発作や気分の低下は少なくなっていた。アトモキセチン投与開始から1年後、抗不安薬は必要がなくなったため中止とし、1カ月に1回程度の通院で経過をみている。

4. 症例に関する考察

提示した症例のように、患者自身が発達障害に気づいていない場合には、成人して初めて知能検査を受検することとなる。Aさんは地震で被災したことを契機として、体調不良と気分の低下をきたしたことから、その症状に関して、発達障害がベースとなっているとは想像しづらいことであったと考える。職場に定着できないことや家事が苦手であることについても、抑うつ症状のためと捉えていた。一方で、長男の発達の問題や両親の性格特徴から、遺伝的要因を視野に入れるべきであり、さらに症状遷延の原因となるエピソードや対象者の生育歴、病前性格について、押さえておく必要がある。

診察での聞き取りやADHD チェックリストのみでもADHDの診断は可能であったと思われるが、医師がWAIS-IVを依頼したのは、単にAさんの能力やその偏りを知りたいだけでなく、煩雑で時間がかかる検査であるからこそ見えてくるインフォーマルな部分、つまり、Aさんの受検態度、例えば検査者との関係性、疎通性、解き方の戦略、手指の巧緻性などの情報であったと考える。Aさんは全体的な能力は高いものの、指標間での乖離があり、VCIとPRIに比してPSIが低値となっていた。この原因となったものは、Aさんの「優先順位」の問題である。Aさんの描いた符号はとても整った形をしており、決して不器用さを感じさせないもので、実際に評価点は平均的であった。しかし、計時している状況下で急いで描くことが求められているにもかかわらず、Aさんは1つ1つ丁寧に描くこ

とを優先していた。「絵の抹消」でも「とばさずに消していく」という教示に忠実であり、衝動性は抑制され、確実に消していくことに没頭していた。Aさんの場合、「積木模様」での手の動きからも、視覚-運動の協応は良好であることが示されていたため、PSI 下位検査での、一見するとマイペースな受検態度からは、状況に応じて臨機応変な対応をすることが不得手と推察できた。また、Aさん自身、思索したり見通しを立てたりすることが得意であるのに、考えた通りに物ごとがはかどらないもどかしさを感じているのではないかと思われた。

WAIS-IVを通して、Aさんの知的発達の様相と現在の状態が明瞭となり、医師がAさんにADHDであることを告げると、Aさんは「これまでの職場、家庭での不安全感や抑うつ症状についての絡繰りが理解できた」と話した。また検査後、ADHDに対する薬に変更するという治療の方向性が新たに加わり、環境の変化も相まって、Aさんの精神的な問題は軽減された。検査の実施がAさんの望む安定した生活への一助となったと考えられる。

IV 総合考察

精神科診療で知能検査としてWAIS-IVを実施することは日常的に行われていることであるが、ウェクスラー式の検査を選択する時点で「知的発達の遅れが大きいと予測できること」や「発達の様相を多面的に見る必要がある」といったバイアスがかかっていることがわかる。また、患者が発達の問題を訴えていない場合には、知能検査の目的や治療での必要性を患者に説明することが重要であるが、今回の対象者においては、検査に対しての抵抗感は乏しく、むしろ積極的であったことが特徴的であった。社会的な場所への不適応や他者との違和感を抱いている時点で、主訴として訴えていなくとも、症状の背景に発達の問題があるかも知れないと疑っていたことが推測できる。さらに、提示した症例のように、家族が知能検査を受検したことがある、あるいは精神科や心療内科の受診歴があるなど、知的発達の問題についての知識や関心が高いことも影響しているものと考えられる。

WAIS-IVの検査時には、次々と課題を提示することになるが、1時間以上、検査者と被検者で検査をこなしていく作業から、「人との関係性」が見えてくる。検査自体がコミュニケーションツールとなり、構造化された検査のため、被検者の取り組み方を比較することができる。症例でも示した通り、受検姿勢を観察することは重要である。例えばPSIが低値であっても「積木模様」での操作時の手の動きから、巧緻性の問題の有無が予測できる。また「単語」や「理解」での言語表現の観察からは、構音の問題や抑揚の有無、端的な表現かどうかなどの、評価点には表れてこない言語の問題が明らかになる。さらに解答方法を観察すると、被検者の衝動性や注意力の問題が浮き彫りになり、このような情報は、本人や家族から聴取した「困り感」や医師の診察での予測と符合するか否かを確かめる大きな手がかりとなる。

またWAIS-IVのプロフィール特徴から読み取った内容を、医師や被検者に正確に、かつわかりやすく伝えることも大切である。この検査を通して初めて正しい診断にたどり着くケースもあり、その診断から、治療方針や対処方法が明確化する。正確な診断は、被検

者のこれまでの精神的な辛さを受け止め、さらには治療意欲に結びつくものとなる。

WAIS-IV の実施により、これまでの問題点を整理できること、また治療に新たな方向性が見えてくることから、当該検査は精神科診療の中で重要な役割を果たす知能検査であることが示された。

V おわりに

精神科診療所で WAIS-IV を実施した16例を取り上げ、WAIS-IV の有用性について検討した。幼少期に何らかの知的発達に関する診断がついている症例では、WISC-IV でのプロフィールと比較しやすいという利点があった。また、青年期以降に知的発達の遅れや発達障害が疑われて知能検査を実施する場合には、知能指数やディスクレパンシーだけではなく、検査に取り組む姿勢や解き方の戦略などのインフォーマルな部分も診断の手がかりになることが示された。さらにプロフィールを細かく分析し、それをフィードバックすることで、対象者のこれまでの不安全感や違和感の理由が明らかとなり、検査の実施が対象者の心理的安定をもたらす様子も観察された。加えて、的確な診断ができることは、教育や福祉との連携や、療育手帳、精神障害者手帳の取得、投薬など、具体的な対策を提案、実施することにつながっていた。

WAIS-IV は補助検査まで実施すると、かなりの時間がかかり、集中力の維持が難しい検査であるが、煩雑な検査であるからこそ多くの有用な情報が得られ、それが精神科診療での治療の一助になることが示された。

本研究では、WAIS-IV のプロセス分析と GAI (General Ability Index) については言及していないが、理論・解釈マニュアルによると、神経心理学的問題を抱える受検者は、ワーキングメモリーや処理速度に困難を抱えるために FSIQ 得点が低くなる傾向があり、認知能力の発現に及ぼすワーキングメモリーと処理速度の影響を評価するために GAI と FSIQ を比較することが推奨されている。米国版 WAIS-IV での臨床群研究では、ADHD 障害群で $FSIQ < GAI$ のディスクレパンシーが65%以上に認められるという。本研究の ADHD でも67%に同様の傾向が認められたが、神経心理学的な問題を精査するには、GAI との比較に頼らず、ベンダー・ゲシュタルト・テストのような検査を加えての検討が必要であり、これはこれからの課題と考える。

また今回は16例と少数での調査であったが、今後、症例数を増やし、同様の傾向が認められるのか検証していきたい。

【付記】この研究は第86回日本心理学会大会においてポスターセッションで発表した内容に、加筆、修正したものである。

引用文献

- David Wechsler (2018) 日本版 WAIS-IV 刊行委員会「日本版 WAIS-IV 知能検査 理論・解釈マニュアル」日本文化科学社
- 糸井岳史 (2017)「教育講演 臨床に活かすウェクスラー式知能検査—成人の発達障害を中心

にー」児童青年精神医学とその近接領域 58巻4号 514-520

久保りつ子, 牧原寛之 (2021)「成人期に初めて境界域知的発達と診断された症例について」日本心理学会第85回大会抄録集

鈴木ビネー研究会 (2007)「改訂版鈴木ビネー知能検査法」古市出版

参考文献

Lichtenberger, E. O., & Kaufman, A. S. (2012) “Essentials of WAIS-IV Assessment, Second Edition.” 上野一彦訳 (2022)「エッセンシャルズ WAIS-IV による心理アセスメント」日本文化科学社

松田修 (2020)「WAIS-IV の高齢者への使用の可能性と課題 ―検査能と検査者能の観点から―」日本版 WAIS-IV テクニカルレポート

https://www.nichibun.co.jp/documents/kensa/technicalreport/wais4_tech_2.pdf

松田修 (2020)「知能：ウェクスラー成人知能検査 (WAIS-IV)」老年精神医学雑誌第31巻6号, 570-588

須賀朋子, 栗本翔太 (2021)「WAIS-IV 知能検査は獣医学生の進路選択に役立つか」酪農学園大学紀要. 人文・社会科学編 46(1), 27-34

田中教育研究所編 (2003)「田中ビネー知能検査法V」田研出版