

発達障害臨床から生活障害の応援へ

田中康雄¹

Yasuo Tanaka

このエッセイのような文章は、2014年11月22日に広島大学霞キャンパスで行われた、第21回広島大学心理臨床セミナーで話しをさせていただいた内容をもとにはいっても再現するのは至難でして、結局限られた字数で事例を排除し、当日の雰囲気を残しつつ今の僕の考えを纏めたものにさせていただきました。

はじめに自己紹介を兼ねて、僕が医師になってからの30年を振り返りました。というのも、医師になって最初のころの出会いというのは、その後の医師人生を決めるようなイニシエーションとも呼べるかと思っているからです。僕の場合も、思春期青年期の方との出会いではじまり、家族関係も含めた包括的な応援が求められることを痛感させていただきました。さらにそのなかの数名のかたは、今思い返してみると発達障害圏で困られていた方と理解すべきだったと思っています。そうすると、イニシエーション、通過儀礼を経て次のステップに向かうとき、そこでし忘れた、し損なったことが、晩年心に重くのしかかり、その後の診療は、初期の関わり方への罪滅ぼしのような行為になるのかもしれませんが。有名な神経内科医、沖中重雄東大教授は、教授退官時の最終講義で教授在任中の誤診率を14.2%と発表されました。この%値が高いのか低いのかは別にして、自らの関わりの反省は、日々更新されていくものです。

そのなかでの、僕の学びは、改めて相談に来られる家族や本人との信頼関係作りに心をこめ、丁寧に聴くこと、聴き続けることであるということでした。医療ですから、診断、判断を求められることがあっても、早々に告げるよりも、もっともこれからの生活に益あるように、信頼とタイミングを見計らうことが大切で、生活の益と考えた生活相談こそが発達障害臨床にとって重要であると思うようになりました。

教育研究機関で約10年過ごした後、2012年から医療現場に本格的に復帰したというわけです。

当日は、そのクリニックの概要もお知らせしました。

僕のクリニックは受診対象者の年齢制限をしていません。それでも実際受診されるかたで20歳未満は全体の60%を占めます。その一方50歳以上も15%は受診されます。

発達障害を専門としているわけではありませんが、これまでの僕の仕事上から、発達障害の診断名が付くかたが全患者の60%を占めます。その発達障害と診断される方々の年齢比ですが、20歳を境にすると4:1で20歳未満が多く、特に自閉スペクトラム症では6:1となります。性比は、3:1で男性優位を示し、ほぼ全年齢で男性優位です。ただし、注意欠如・多動症だけは20歳以降が2:1と女性優位でなっています。

¹ ころとそだちのクリニック むすびめ

クリニックは常勤医師の僕と看護師，言語聴覚士と心理士，医療事務受付係の総勢 5 名で運営されています。予約制で，面接だけでも一人に 30 分前後を要しますので，1 日 12 時間診察をしても 30 名前後のかたにしか向き合うことができません。治療も，支持的精神療法を中心に，認知行動療法的な助言や薬物療法，さらに環境調整などをできるだけ個別的具体的に行っています。しかし特別な対応，専門性の高い治療法を駆使しているわけではありません。

テーマでもある発達障害ですが，まず僕が考える発達障害について位置づけをしないとイケません。

僕はその人それぞれにある生来的な特性が，対人，対環境といった関係性のなかで，時間の流れに沿って，変化していく様を「発達」と呼びたいと思います。時々刻々と変化していくものです。そこには己の特性変化という能動的变化に加え，種々の関係性のなかから生じる受動性の変化が重なりあいます。発達障害と呼ばれるためには，その生来的な特性に，なにかしらの環境状況との関係性に躓きが見られた場合になります。

図式化すると，図 1 のようになります。発達障害特性とは大なり小なりすべての方が持っている個人にある発達特性です。その特性をもって生活をしているなかで生じる対人・対環境・時間の流れが阻害的に作用したときに，そのかたに生活障害が生まれると言えます。僕は，発達障害という言葉が示す状態というのは個々人の発達特性といってもよいかも知れず，重要なことは，その人が，その特性で特定の生活環境で困難を来すか否かということになると思っています。

その特性を，発達障害として可視化できるように分類するのが「精神医学」です。可視化させ，その特性を名付けると，一気にその分類信憑性と説得力が増してきます。そうか，そういうことだ

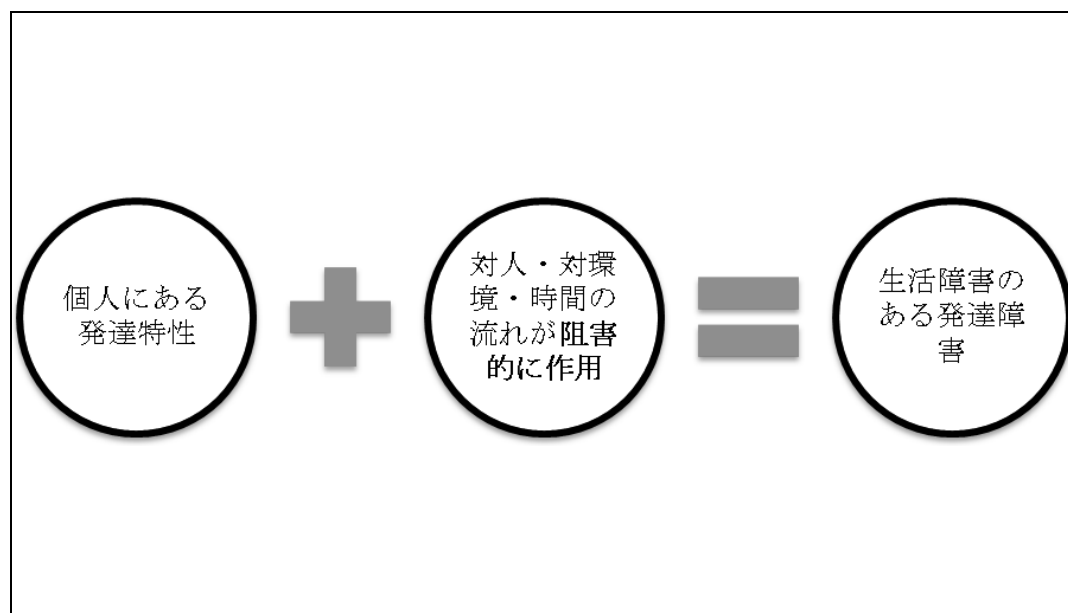


図 1 生活障害としての発達障害

ったのか、と。このように可視化する役割を医療が持つわけですが、それは、健康という名のもとに医療的手段を用いて除去、修正、隔離、規整するとも考えられ、主に精神医学は逸脱行動に対する社会統制装置とも言われます。これは医学モデルと呼んでもよいかもしれません。つまり、発達障害とは多様性といってもよいわけです。それが多様性でなく社会的逸脱と判断されるのは社会的な判断で、社会的要請でもあるかもしれません。生きていくことに困難を抱えたとき、個々にある発達特性という多様性は障害と呼ばれる可能性があります。そのとき社会統制装置として医療が登場します。

しかし、そもそも生きていくことの困難さは、社会的に創り出されるものでもあるのです。つまり社会が、多様性として受け止めきれなくなった、あるいは不安を惹起しやすくなり、社会の寛容性が劣ってきたと言えるのかもしれません。それを障害とせず、逸脱とせず、生活面の躓き、破綻と考へ、生活することを修復することを目指す、それは生活モデル的視点です。そのためには、図2に示したように個人にある発達特性に対して、対人・対環境・時間の流れが保護的に作用する必要があります。するとそこからは生活障害は生まれません。

この生きづらさは、どこに起因しているのでしょうか。僕はそこには、関係性の発達という視点が重要かと思っています。われわれが個々にもつ不確実な日々のなかでの安心とは、おそらく生後あるいは胎生期から緩やかに育まれたものかもしれません。よく見かける状況としては、妊娠されている女性が、まだ見ぬ子どもへのおしさと慈しみをこめておなかをさする、泣きじゃくる赤ちゃんが母にだっこされたとたんに、笑顔に代わる、というこの養育に、安心提供の鍵があると思

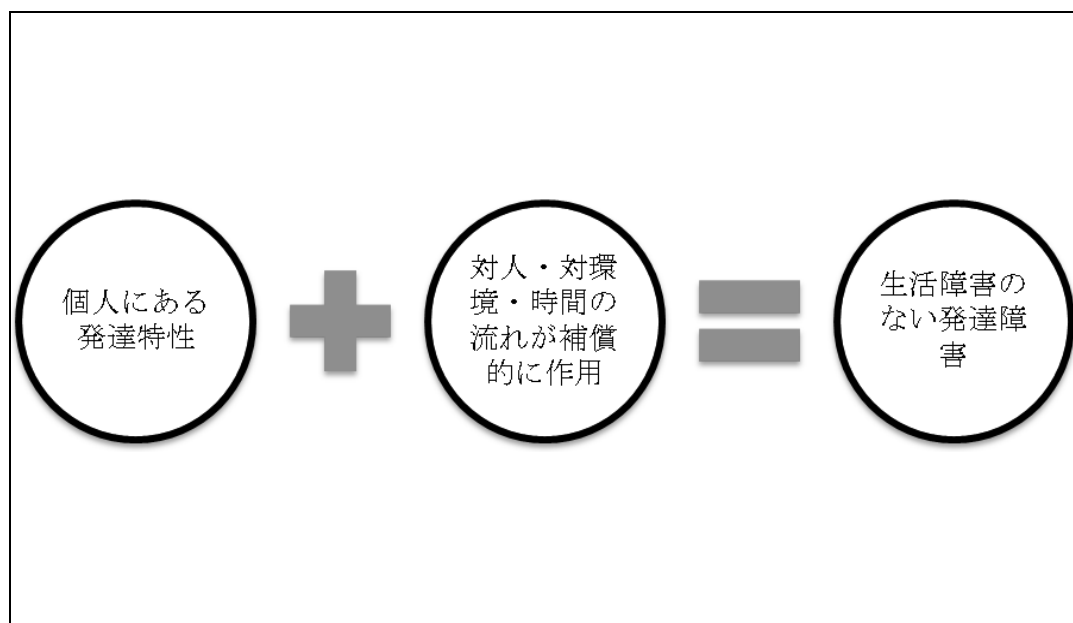


図2 生活障害のない発達障害は

ってよいでしょう。子どもは周囲（主に養育者）に「適度に依存して」、状況から保護されて、「共に生きる」と考えてもよいかもしれません。そのなかで不確実さを楽しみ、どのような事態でも「大丈夫」という一言で、仕草で、暗黙のメッセージで、安心する親子関係性こそ、関係性のよりよき発達があるといえます。相互に生じる安心は、早期の愛着と基本的信頼感が醸し出す安全保障から構築されます。しかし、この保障は説得とか言いくるめることで生じるものではなく、日々のさりげない関わりの繰り返しと積み上げのなかで強化されていくのです。

では、発達障害が生活障害を来しやすい、ということは対人・対環境・時間の流れが保護的に作用せず阻害的に作用しやすいということかもしれません。

乳幼児期の阻害的分野とは、そもそも特性ゆえに、外界との関係が取りにくく、常に驚異や恐怖にさらされているという可能性があります。この不安定さが、生来から当然ということで日々時間が流れているわけです。個々に安定するために作り上げた手段（音からの回避、こだわりへの没頭、終始走り回ることなど）は、その多くが周囲の大人によって排除され、叱責されていきます。そうした負の評価に晒され続けながら、幼児期早々に、自己否定感を育み始めます。幼稚園、保育園、小学校といった集団参加の時期には、他者との折り合いが求められ、優劣比較に晒され、出来る、出来ないという評価から苦手意識や、自己否定感、時には被害感を一方的に抱くことになります。徐々に拗ねる、逃げる、嘘をつく、他人を避ける、撤退する、という言動を示し、集団参加を自ら回避しようとしてします。不振と孤立のなかで、友人関係もうまく築けないまま、疾風怒濤の思春期を迎えます。思春期は身体変化への順応という課題、親離れへの挑戦、孤立を防ぐ親密な友人作りという大きなテーマを3つ持っています。残念ながら思春期に至るまでの道で、特性を否定され続けたものは、この3つのテーマを上手に乗り越えることができません。その不全感、敗北感をもって、青年期、成人期に移行していくわけです。

こうした人生からは、自分の特性に困るよりも、周囲を困らせつつも、周囲に受け入れられないという葛藤を抱き、その悪い結果は、みずからの力不足からと信じて、自己評価を落とし、自己否定感をより強固に育ててしまいます。

だからこそといってよいかもしれませんが、われわれに求められているのは、発達障害の特性を正しく把握（診断）し、生活保障を応援することであるといってよいでしょう。発達障害への医療的応援とは、障害の克服や消退を目指すのではなく、障害のある方や家族、あるいは関係者を元気づけ、かれらが日々を「丁寧に生きる」よう応援することにあるのです。目指すは、生活障害のない発達障害というステージです。

具体的には、診断と生活の応援である、ということになったとき、そもそもこの2つが難しいのが生活障害臨床の難しさです。

診断の課題としては、いわゆる早期に診断、過剰な診断、および過小な診断、そして誤った診断という4つがあります。

早期の診断には、親への精神的ダメージと、それまでの親子の関わりから自然さを排除してしまうという、危険性があります。過剰な診断は、過剰な関わりという弊害や、過小な診断となると、

その後の生活修復も自分の責任のもとで行うことが強要され、途方に暮れてしまうでしょう。あるいは誤った診断ということで別名治療的関わりをうけたことで、生活保障にたどり着かない場合や遠のく結果になることもあります。

ただ、診断とはどうしても難しいところがあります。子ども成長という時間的展開。変化を前にして、これまでの今後を継続的に見据え、予測し、判断することは至難といってよいかもしれません。それでも診断はこれからの生活の道標となるはずです。できるだけ安堵できる道標を提供できるかが、僕たちの責務といえます。

生活の応援という視点抜きには、親に診断を告げることは難しいかと思います。診断を聴くということで、大きなショックを受け、これからの生活設計を新たに見つけることも難しい心境に置かれます。診断が正しい関わりの道標である一方で、これまでの関わりもとても正しいものであったことを労いと感謝の思いで伝えることが僕の役割です。できるだけのことをし続けましたね、と。子どもには、今の君のここが素敵だと肯定的に関わり、大人の当事者には、過去の出来事は変えられないが、その意味を置き換えることはできるという視点を持ちます。うまくいかなかったことは、君の落ち度とか怠けからではなく、どうすればうまくできるか、どう頑張ればよかったのかという、これからに向けての具体的対応の提案が求められます。そうすることで、新しい生活に向けた組み立てと勇気づけができればと思っています。

応援する周囲の方も直ぐに結果のでない応援に疲弊し、時には自分の力不足に悩み、時には善意すぎる過剰な関わりをしてしまうこともあります。親同様、労いと気持ちの切り替えを勧めることも忘れてはならないでしょう。

関わりを持つ皆が、補償的に作用できるように改善回復することで、図1から図2への展開が生じると、僕は考えています。これらを、日々の生活で繰り返し、今よりもほんの少しの変化を期待し、あくまでも主体的な生活作りを応援するため具体的な躓きの改善策を試行錯誤しているのが、生活障害を応援するという僕の目指す精神科臨床です。

参考文献

- つなげよう 発達障害のある子どもたちと私たちができること 2010 金剛出版
発達支援のむこうとこちら 2011 日本評論社