



生活障害として診る  
発達障害臨床

田中康雄  
*Yasuo Tanaka*

中山書店

# はじめに

## 発達障害臨床の門前にたどり着くまで

私は精神科医を生業にしている。1983年に精神科医になった。

駆け出しの頃、登校しぶりをみせた小学2年生の男の子を心配したご両親が、その子連れて外来を受診したことがあった。幸い、数か月のかかわりのなかで、この子は自力で登校を再開し通院は終了した。「治療」と呼べるようなかかわりもなく、ただ一緒に宿題をし、ともに楽しく遊んだだけだった。ただ、このとき、私は担任教員との連絡を取ることに苦心した。この子と出会って以降、私は市内の小中学校の電話番号をコピーして手帳に貼り付けた。

その後、小学1年生の男の子を担当した。自閉症と診断されたその子は私の先輩が担当していたが、長期出張のために私がその後を引き継いだ。先輩の指示に従い、面接時に私はその子をだっこしてタカイタカイをし続けた。彼は、診察室に入ると、箱庭療法で使うミニチュアを箱庭の砂の上に一列に並べる。毎回同じことが繰り返される。それ以上のかかわりは難しく、私は言葉でのやりとりに苦心した。思案の末、私は彼の通う小学校を見学に行き、学校での様子を見た。彼は一日中グラウンドを走り回っていた。その後、母親と担任と一緒に診察室へ来られた。担任は、母親にわが子へのより献身的な養育を求め、日々苦勞し続け疲弊していた母は、力なくうな垂れ続けた。私は何もできずに間にいた。ほどなく、その家族は転勤のため転居されていった。

私は、子どもを支えるためには、関係者と円満な連絡連携を取ることと家族を応援することが必要不可欠であるということを痛いほど学んだ。

1990年当時、確定診断がつかない中学生、高校生とよく出会った。彼らは当時、少しずつ相談が増えた不登校と家庭内暴力を主訴にしていた。今でいうところのひきこもりに近い子もいた。何人かは、往診し短期間の入院を必要とした。かかわりを深めようとしたが、結果は散々だった。かわる把手が掴めないでいた。時々一緒に散歩したときに、「高校に、行きたいんだよね」、「僕には友達がない」、「学校に行くと、みんなの視線が怖い」とぼそっと語り、すぐに皆、口を噤んだ。

発達障害にかかわるようになった今、私はあの子どもたちが抱えていた生きづらさに、発達障害の特性の一部を認めることができる。

当時は、自閉症に関する情報も多少はあったが、多くの発達障害についての文献はとても少なかったし、何よりも私自身、経験がなかった。今、私は、当時の彼らのことを思い出しては、私の無知を恥じながら、謝り続けている。山下<sup>1)</sup>は、精神医学的診断とは「必要なあらゆることを知りつくそうとする終わりのない努力」と述べている。今も私は自分の努力不足を恥じ続ける。

1995年くらいから、私は児童相談所の嘱託医になった。そこでの私の仕事は、医学的診断を家族に説明するものであった。初対面のご家族に1時間以上の面接をし、子どもの様子を聞き取り、行動観察をしても、所詮は初めて出会っただけにすぎない。私は、初めて出会った医師がいくら児童相談所の記録や検査結果を見聞きしたからといって、そう簡単に医学的診断がつくのだろうかという、親の気持ちからすれば当然の強い疑いのまなざしにさらされる。それを乗り越え、診断名を家族に伝える。ほとんどの家族が、初対面の私の言葉を受け止めきれずに大きなショックを抱え

る。私は、このかわりは間違いだと反省した。わが子様子を心配し、この後の育ちに不安を抱えている親に対し、初対面である私は、医師としてそこにある事実や仮説を伝える前に、まず、これまでのかわりをねぎらい、これからの生活について相談しあえる関係づくりを心がけるべきなのだ。私は、狭義の医学的対応を急ぐあまりに、相手の心を大切にしていないことを痛感し恥じた。

結局私は、時間を必要とする関係づくりのために、私の外来に継続して受診してくれるように頼むことが、児童相談所での仕事となった。親子との関係づくりに腐心し、保育・教育関係者に連絡をし、どうしたら今の生活をほんの少しでも落ちついた生活に変えることができるかを、かわりの中心においた。こうした関係づくりには時間がかかること、でもそれだけの価値ある結果を得ることも少なくないこと、そして私自身が、親子や多職種の方々から力がもらえることを学び、臨床にある相身互いを知るようになった。山下<sup>2)</sup>も、診断とは「基本的には人間が人間を診ること」で、そのために「診察者と受診者が互いに語り合い、問いつ問われつしながら人間的交流を深める共同作業」と述べている。臨床のなかで、私は人間的交流を深める共同作業とは、診察者と受診者だけでなく、家族と関連する多職種者にも求められるものであると実感した。

発達障害臨床を実践していくなかで、改めて、私の仕事は日々の生活相談であると自覚した。診察室ではそれぞれの生活が語られる。対応すべきは、この子にあるつまずきだけではなく、共に暮らす家族の心に休息を提供することであったり、家族間の意見や考えの相違に折り合いをつけ、そこにかかわる多くの職種の方々と意見を交換することで相互理解を図ることである。

その後、2002年まで児童精神科病棟と外来診療を担った。外来診療では発達障害圏の子どもたちの相談が急上昇していた。そこで行う生活の相談と応援には、多職種との協働と環境調整が必須となった。発達・養育に関する相談や応援、さらに学校や家庭などの環境調整といった広範な対応が求められた。しかし、それは、医療経済的には成り立ちにくい行為となり、医療機関への後ろめたさと、日々の臨床の疲労感が蓄積されていった。

その後、研究所や大学機関での仕事に従事する機会を得て、しばしのあいだ、臨床から離れ、改めて己の身の丈を計り、このまま臨床の最前線から身を引き続けてよいのかと悩んだ。私は、その間、臨床への責務を背負わないなかでの言動に、あるいは生活に最も遠いところからの己の言動に、だんだんと自己嫌悪し、結果それまでの仕事を辞し、2012年にクリニックを開いた。残りの人生を臨床に賭ける覚悟をした。

これまでの経験を追想し、失敗からの学びと臨床から離れた時期に学んだものを加味し、再び血が通う言葉での人間的交流を深める共同作業に従事しよう。私は、相談したい人が主人公で、自分のもつ生活能力を生かすことができるクリニックを目指している。クリニックを生活の応援の足場にしたい。その時点でできる最善の診立てをもとに、生きづらさを抱えている方と家族に対して、可能な範囲での現実適応へ至る生活手段と一緒に検討し、さまざまな手立てを提案しつつ、来られる方々に自己選択してほしいと思う。私は、生きづらさを抱えている方にある生きる力、自己治癒力を信じ、生きづらさを抱えている方と家族にある生活する力を最大限に尊重して、共に生き続けることを応援したい。

発達障害をもって相談に来られる方は、実は生活障害に困っているのだ。

本書は、こうした思いを背景にした、私の発達障害臨床の実践の記録である。

# CONTENTS



|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| はじめに —— 発達障害臨床の門前にたどり着くまで ..... | iii |
|---------------------------------|-----|

## 第1章 「生活障害」としての「発達障害」

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| 1. 発達障害は増えているのか .....                             | 2  |
| 2. そもそも発達障害とは .....                               | 3  |
| 3. 発達を考える .....                                   | 4  |
| 4. スペクトラムとしての発達障害 .....                           | 5  |
| 5. 生活のなかでの発達障害の評価 .....                           | 6  |
| 6. 精神医学の宿命 .....                                  | 6  |
| 7. 発達障害は生活障害 .....                                | 8  |
| 8. DSM-5 からみた発達の障害（生活障害） .....                    | 10 |
| a. 神経発達症群 (neurodevelopmental disorders) … 10     |    |
| b. 神経発達症群との鑑別あるいは併存する生活障害 … 15                    |    |
| 9. その人の心のありように近づく診断の意味を考える .....                  | 21 |
| a. スタンダードなガイドラインとしての DSM-5 … 21 / b. 臨床診断の原則 … 22 |    |

## 第2章 ライフサイクルからみた面接の工夫と治療の実際

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1. 面接で心がける 3 つの視点 .....                               | 24 |
| 2. ライフサイクルにおける心の危機 .....                              | 24 |
| a. 親になる前の心の危機 … 24 / b. 出産から幼児期前半までの心の危機 … 25 /       |    |
| c. 幼児期後半の心の危機 … 27 / d. 学童期の心の危機 … 27 /               |    |
| e. 思春期の心の危機 … 28 / f. 青年期以降の心の危機 … 29                 |    |
| 3. ライフサイクルによる面接の工夫と治療の実際 .....                        | 30 |
| a. 出生後から就園まで … 30 / b. 就園から就学前まで … 41 / c. 小学校 … 59 / |    |
| d. 中学校 … 74 / e. 高等学校 … 84 / f. 大学 … 94 / g. 成人 … 98  |    |

## 第3章 ライフサイクルのなかで行う鑑別診断を通した支援

|                        |     |
|------------------------|-----|
| 1. 出生後から就園まで .....     | 104 |
| 2. 就園から就学前まで .....     | 105 |
| 3. 小学校 .....           | 106 |
| 4. 青年・成人 .....         | 108 |
| 5. 思春期（中学校、高等学校） ..... | 112 |

## 第4章 二次的問題について

|                    |     |
|--------------------|-----|
| 1. 出生後から就園まで ..... | 116 |
| 2. 就園から就学前まで ..... | 119 |
| 3. 小学校, 中学校 .....  | 120 |
| 4. 思春期 .....       | 122 |
| 5. 青年・成人 .....     | 126 |

## 第5章 きょうだいを考える —映画『シンプル・シモン』から—

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| 1. 発達障害をもつ方のきょうだいのさまざまなありよう ..... | 130 |
| 2. きょうだいの思い, 親の思い .....           | 130 |
| 3. 映画『シンプル・シモン』にみるきょうだい関係 .....   | 132 |

## 第6章 精神療法的視点における抄察

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| 1. 精神療法的視点とは .....          | 136 |
| 2. 発達障害への精神療法と精神療法的視点 ..... | 136 |

## 第7章 薬物療法について

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 1. 精神科薬物療法を考えると .....            | 140 |
| 2. 精神科薬物療法にある課題—特に子どもに対すると ..... | 140 |
| 3. 子どもへ精神科薬物療法を行ううえでの留意点 .....   | 141 |

## 第8章 福祉・教育・医療の現状と課題

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| 1. 福祉の現状と課題 .....                             | 144 |
| a. 経済保障…144 / b. 自立支援医療制度…145 / c. 障害手帳…146 / |     |
| d. 児童福祉法・障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス…147             |     |
| 2. 教育の現状と課題 .....                             | 149 |
| 3. 発達障害者支援法の改正 .....                          | 152 |
| 4. 私の医療の現状と課題 .....                           | 153 |

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| おわりに — 発達障害臨床から素人の相談者へ ..... | 155 |
|------------------------------|-----|

|          |     |
|----------|-----|
| 文献 ..... | 157 |
| 索引 ..... | 163 |



う指摘もあるだろう。

注目に値する見解としては、現在の子育て機能における大きな社会的変化が「一見すると自閉症児」を増加させている一因とする竹下<sup>4)</sup>の指摘である。同様に杉山<sup>5)</sup>も「発達障害の大多数は、生物学的な素因を強く持っていることは明らかであるが、引き金となる環境状況によって増える」ことを示唆し、「その引き金となる環境状況は直線的な原因結果ではなく、リスクの積み重ね」であるとも述べている。

こうした指摘のなかで、すでに Rutter<sup>1)</sup> は「何らかの環境要因により発生率が本当に上昇しているということも依然可能性としては考えられる。しかし、もしそうだとすると、その要因は何かということについてはとても曖昧なままである」と述べている。そして、石坂<sup>6)</sup> は、自閉症の有病率の原因を、純粹に疾病論的に検討することの無意味性を述べ、今後は後天的原因までも視野に入れた研究にならざるをえないと提案した。

そもそも、医学的診断の意義は、Black ら<sup>7)</sup> に倣うと、① 混沌とした状況に秩序と構造をもたらし、理解を促しやすくする、② 他人との情報交換が汎化しやすくなる、③ 予後、見通しがある程度つくようになる、④ 適切な治療方法を選択することができることにあるといえよう。

発達障害に対して、ブームと揶揄されるとしたら、①と②までで停止している場合があるからではないだろうか。受診する方が増えているというのは、何をおいても支障をきたしている生活の改善が強く求められているからである。そのためには、①と②の正しい理解に立ったうえで、よりよいかかわりのために③と④を丁寧に提供する必要がある。議論すべき点は、診断と同時に提供される支援の質、生活における支援の必要性の度合いである。

## 2. そもそも発達障害とは

わが国が2004年に施行した「発達障害者支援法」では、「『発達障害』とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義された<sup>8)</sup>。すなわち、発達障害を、いくつかのバリエーションをもつ脳機能の障害と定義したのである。

2013年に刊行された最新の『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』<sup>9)</sup>、通称“DSM-5”では、初めて「神経発達症群 (neurodevelopmental disorders)」という名称で発達障害が括られた。“DSM-IV(-TR)”<sup>10)</sup>までは、「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」として並記されていた。もう一つの国際診断基準である“ICD-10”<sup>11)</sup>では、① 知的障害、② 心理的発達の障害（広汎性発達障害とその仲間としての学習障害、コミュニケーション障害、発達性協調運動障害）、そして③ 小児〈児童〉期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害（多動性障害）と、それぞれ別々のカテゴリーに分類されていた。

DSM-5は、「発達期に発症する一群の疾患」で、「典型的には発達期早期、しばしば小中学校入学前に明らか」となり、「個人的、社会的、学業、または職業における

機能の障害を引き起こす発達の欠陥により特徴づけられる」ものとして神経発達症群を定義した。これは、発達障害に対する包括的な医学的定義といえる。

わが国もこれまで「成長・発達の過程において、特に初期段階で何らかの原因によりその過程が阻害され、認知、言語、社会性、運動などの機能の獲得が障害された状態」<sup>12)</sup>とか「発達期に生じた慢性の非進行性の脳損傷から生じる障害」<sup>13)</sup>といった説明は、確かにあった。これらは脳機能に焦点化した文言である。しかし、杉山<sup>14)</sup>は脳機能を重視しつつも、「社会的な適応が損なわれているもののみを障害」とするべきだと述べた。DSM-5も発達の欠陥があり、それにより生活に支障をきたしているということを大前提とした。

それにしても、これまで世界的診断基準では発達障害圏に入っていなかった注意欠如・多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD) をいち早く発達障害に組み入れた発達障害者支援法といい、杉山の指摘といい、わが国の発達障害理解には一定の評価があってもよい。

### 3. 発達を考える

次に、そもそもの「発達」とはどう考えるべきか、という課題に向き合っておきたい。

少なくとも精神科臨床では「発達」ということは、あまりにも当たり前すぎて、改めて議論することが少ない。しかし、発達障害の定義以上に、「発達」という言葉を定義しているものもなかなか見つからない。私の心に響いた説明としては、「『発達』というのは外から与えられる、という一方的な過程ではなく、一人ひとりの子どもたちが自分の中に可能性として宿しているものが花開いていく主体的な過程である」という白石<sup>15)</sup>の言葉がある。自分の中にあるものがどんどん変化していくさまなのだ、花開いていくさまなのだ、ということだろう。そもそも発達の“development”というのは「開いていく」というのが語源という説もある。これは“education”，教育とまったく同じ意味づけでもある。education も、包まれているものが開かれていくもの、隠されているものが見えてくるものが語源といわれている。つまり、発達というのも実は自分の中にあるものが包みほどこけていき開花していくものなのだ、ということである。さらに浜田<sup>16)</sup>は、「手持ちの力を使い、今のできなさを引き受けて何とかやりくりしながら、自分の最大限をその都度生きて行く中で、初めて次の力が伸びてくる。発達というのはあくまで結果であって、目標ではない」と述べた。私は、この言を、発達とは、今のできなさを引き受けながら、そうした自分と向き合いながら、それでも懸命に生きていく、という痛みをもった歩みである、とイメージすることで、とても納得する。私たちは、つつい変化を目標にしたい、何かできるようになることを期待し、向上を目標とする。成長、発達とは、そうした「できることが増えていくこと」をイメージしてしまう。それゆえに、発達のつまずきには、できないこと、できるようにならないことという「劣る」という負のイメージがつきまとう。しかし、浜田<sup>16)</sup>が言うように、私たちは皆「できないこと」をもち、現実を四苦八苦し、傷つきながら生きている。その日々の現実のなかで、ささやかな喜び、小さな達

成感が、生きるという苦痛を和らげてくれているのだ。

そもそも「生きる」という文言は、『明鏡 国語辞典』<sup>17)</sup>によれば、①生物が生命を維持してこの世にある、②生物が生命を維持して生活を営む、また人がある精神的態度をもって人生に対処する、暮らす、③そこを舞台として人生を送る、④価値あるものとして、そこに精魂を傾けた人生を送る、⑤生き生きとして存在する、有効に働いて役に立つ、などと記載されている。私はこの定義のなかで④、⑤にある豊かに生きる姿を、発達の軸におきたい。島崎<sup>18)</sup>も生きるとは、まず「人とともに地上に生きる」こと、と端的に述べ、仲間と一緒に生きて「いる」という土台がずしりと座っていなくてはならないと力説した。それがあって初めて、生活を自ら築く前向きさが生起されるという。多くのつまずきを経験しながらの痛み多い日々を、それでも豊かに生きようとするうえで、「人とともに」という言葉は重い。

孤独に耐えながらも孤立することなく、主体的に生きていくためには、人を含めた環境に支えられる必要がある。しかもその人の主体的過程を妨げない、惑わさない配慮をしてかわりあう環境の提供が発達には必要なのである。植物でいうと、適温であり適正な水分であり適切な土壌をいかに準備することができるか、ということに尽きる。そこには、何かしらの天の配剤で、非常に豊潤な状況もあれば、目を覆いたくなるような天災もある。発達という状況にも不確実な、予測不能の出来事が良くも悪くも関与する。私たちは、それを経験しながら、生き続ける、生活を、し続ける。

この日々の生活のありようが、現在進行形としての発達の姿といってもよい。

## 4. スペクトラムとしての発達障害

発達そのものを、日々変化するもの、一歩進んで二歩下がる、あるいは急上昇する可能性を秘めた連続性のある時間的変化としてとらえるとなると、当然、発達障害の特性も、あるか、ないかという二者択一ではなく、特性の濃淡といった連続性のなかで、それも時間的経過のなかで、大きく変容することを前提として判断される。どの程度の特性の強弱で、それを障害と呼ぶか否かは、数値化されるようなものでなく、非常に曖昧なものであろう。さらに、発達障害の情報が広がったことで、それまで臨床レベルで取り上げるほどではない薄い特性をもつ方々でも、周囲からの指摘や自己分析により、外来を受診されることが増えてきた可能性もあるだろう。

DSM-5が前提とした「生活に支障をきたす」ほどの発達のつまずきとは、脳機能の問題と、対人関係や社会的・文化的な価値観との関連も無視できない。つまり、その特性を社会がどのように評価するかという点も関係してくる。決して脳機能の問題としての個々の特性だけを抽出して「静的」に判断されるのではなく、対人関係や社会的・文化的な価値観のなかで「動的」に判断される部分をもっている。臨床レベルで取り上げるほどではない薄い特性であっても、対人関係にとまどったり、一定の規則ある生活になじめないということで、生活面で特性が色濃く変化してしまう場合もあるだろう。

発達障害を、「一人の人間の時間軸に沿った成長変容の過程において、身、知、心



に通常とは異なる何らかの負の要素が表れてくる。しかもそれが一過性で消えていくものではなくて、その人の成長変容にその後の影響を持続的に及ぼすもの」と定義した鯨岡<sup>19)</sup>は、「周囲との関係のあり方そのもので状態像が二次的に増悪する可能性と負の様相そのものが関係性を難しくし、時間経過の中で状態像を更に負の様相に増幅する可能性」があると示唆<sup>20)</sup>した。この流動的に濃淡が変化すること、しかもそれが、集団、あるいは社会的評価のなかでの濃淡だけでなく、日々の生活を送る個人のなかでも日々変化する濃淡という、二重の連続性、二重のスペクトラムから成り立っているのが、発達障害の特性といえよう。

## 5. 生活のなかでの発達障害の評価

DSM-5 では、発達障害を診断する場合、脳の機能障害のために生活するうえでの困難さが形成される、ということを重視した。この「生活する」ということには、さまざまな対人関係や環境要因が関与する。

かなり昔に、私はある新聞に寄稿された記事を読んだ。記事には、ドイツ人の記者が小学校の授業を参観した様子が書かれていた。そこでは、一番前の男の子が終始積極的に挙手をして発言を求めている。担任教師は、他の生徒の発言を妨害するくらい騒がしく挙手するその少年に次第に閉口し、とうとう無視をして授業を進めた。授業を終えた担任が記者に歩み寄り、「いつもあの子はあのような言動をするんです。まったく落ち着かず、周囲に迷惑をかけ続けています」と疲れた表情で言い訳のような話をしたとき、記者はびっくりして「いえ、あの子はすばらしい子どもです。あの積極性はこれから国際社会を生きていくためには必要な能力となるでしょう」と語ったという。

もしかするとこの少年には ADHD という診断がつく可能性があるだろう。しかし、ドイツ人の記者が言うように、彼の言動は高く評価される可能性も同程度あるといえる。つまり、ある個人の生活のありようを短所とするか長所とするかは、さまざまな対人や対環境の関係性のなかで、さらにタイミングも大きく影響するのである。

## 6. 精神医学の宿命

そもそも精神医学 (psychiatry) という言葉は、語源を遡ると、「たましいの癒し」とか「こころの治療」という意味があるという。しかし、心が病んだ状態である精神疾患は、ある時代の、ある対人・対環境下で気づかれる。当初は、個人的事情と思われたり、奇妙な反応と思われ、古くは悪霊や魔女の仕業といった超自然的な影響によるものと思われた時代もあった。これも一つの可視化するための考え方である。この理解が支持される場合もあれば、否定される場合もある。精神医学は、常に、その時代におけるわれわれの価値観や社会的評価と密接に関連しているといえる。精神医学は、時代や社会と連動して、ある状態を精神疾患とすることもあれば、葬る可能性も持っている、まさに時代や社会に翻弄される部分がある。それでも、精神、心に関与