Ｉ・発達障害の早期発見・早期療育―わが国の現状

発達障害の早期診断と早期療育に潜む陥穽

――なぜ障碍を「個」に見出そうとするのか

小林隆児
西南学院大学人間科学部社会福祉学科

最近の印象的な出来事から・その1

　最近のある学会の症例検討でコメンテーターをしていた時のことである。発表者は若手の児童精神科医であったが、指導者には名の知れた経験豊かな精神科医が名を連ねていた。発表された事例は、双生児の一人である三歳男児であったが、主訴は性（別）に強い違和感をもち、女性になりたいと強く訴えるという稀有な内容であった。発表者によれば、その男児のみならずもう一方の双生児も広汎性発達障碍（ＰＤＤ）とのことであった。家族には父親違いの二人の兄がいたが、その一人もＰＤＤと診断されていた。筆者はＰＤＤが多発している家系であることも気になったが、さらに注目を引いたのは、女性になりたいとの主訴が始まったのが、一歳下の妹の出生した時期と重なっていることであった。しかし、なぜか発表者はその関連性についてはまったく問題としていなかった。

　さらに驚かされたのは、この男児の乳児期からの行動特徴は列挙されていたものの、家族背景や親子関係について、両親は発達障碍に対してよく理解し、受容的かつ協力的であると語られているだけで、成育史における親子関係そのものを丁寧にみていこうとする姿勢は皆無であった。これまでの男児に認められた行動特徴を国際診断基準に照らし合わせて、ＰＤＤと診断し、主訴である性への違和感についても、性同一性障碍（ＧＩＤ）の診断基準との照合を取り上げるのみで、男児の生い立ちや家族背景などを問題にしようとする姿勢も見られなかった。結局発表者が行った仕事といえば、男児がまもなく通うようになった保育園に対してＴＥＡＣＣＨプログラムに則った考え方を助言し、薬物を処方するということであった。

　この発表を聞きながら、筆者は一瞬耳を疑った。今自分は夢を見ているのではないかと。このようなことが現実に起こっているということが信じられなかったから、というより、こんなことが現実であるはずはないと思いたかったからかもしれない。しかし、現実には、国際診断基準に則って発達障碍の診断をすれば、あとは子ども（あるいは親子）と直接かかわり合うような臨床は回避し、保育や教育の現場に任せるということが、驚くほどに浸透しているということを思い知らされたのであった。そこでは子どもも親も、さらには精神科医自身もさまざまな思いを抱きながら生きているという至極当然の事柄が、ま

ったくと言っていいほど一顧だにされていない。それが「こころの臨床」と声高に叫ばれている児童精神科臨床の現状なのだということである。

最近の印象的な出来事から・その2

他のある学会で筆者が乳児期の母子臨床の実践事例を報告した後の討論の場での出来事であった。筆者が報告したのは、落ち着きがなく、母親に懐くことのない一歳になったばかりの男児とその母親に対する母子治療の実践であった。治療開始当初は、子どもの落ち着きのなさだけが前景に出ていたが、子どもの動きが次第にわかりやすくなっていくにつれ、今度は母親の子どもに対して向ける攻撃的な言動が前景に浮かび上がってきた。筆者はまずは母子関係の改善に力を注いでいったが、子どもの母親に向ける意思表示が明瞭になり、母子関係が急速に改善していく中で、筆者は母親自身の内面の問題を取り上げていった。すると、その背景には母親自身が独身時代に発症したうつ病が関係していることが明らかになっていくとともに、そこには母親自身の幼少期のアタッチメントにまつわる体験が深くかかわっていることもわかってきた。そのことを反映する母子のかかわり合いをその場でアクチュアルに取り上げることによって、治療関係は急速に深まり、好ましい展開を遂げていったのであるが、筆者がいたく驚かされたのは、その発表を行った後の他の討論の場での出来事であった。

発達障碍臨床の世界で今やわが国のオピニオンリーダーと目されている某研究者が、筆者の取り上げた母子事例の母親について、自分であればその母親はアスペ（ルガー障碍）と見なすと発言したのである。「アスペ」という専門（？）用語を使い、いとも簡単にラベリングする神経に疑いをもったが、それと同時になるほどそうなのかと筆者はひどく納得したのも事実であった。今や子ども臨床の現場で、これほどまでに発達障碍のラベリングが濫用されていることを目の当たりにすると、筆者が当たり前と考えてきた臨床が容易には理解されないのも当然だろうとの思いを新たにしたからである。

発達障碍の早期診断における仮説をめぐって

世界でなんらかの疾病概念が提唱されると、それに基づく臨床診断が幾多の事例で行われ、治療が試みられていく。臨床家はそうした試みが容易ならざることを知ると、少しでも早くその疾病を発見することで、治療成果の向上を図ろうとするようになる。そこでまず取りかかるのが早期診断である。その際、大きな問題となるのは、診断の拠りどころとする症状や症候が早期の段階では明確に浮かび上がってこないことである。したがって、それに類した症状や行動を列挙してパイロットスタディが試行されることになる。

こうした早期診断を志向する際に、重要なことはその疾病の成因をどのように考えるかということである。つまりはその疾病がどのようにして生まれるのか、病因仮説を立てることになる。今現在試行されている発達障碍、とりわけ自閉症スペクトラム障碍（ASD）については、器質論的仮説に基づく脳障碍との関連で考えられている。あくまでその原因を脳障碍に起因しているとみなして、その早期徴候を捉えようというわけである。しかし、脳になんらかの器質的問題が捉えられたとしても、それらの知見が発達の問題の原因なのか結果なのかを判断することは原理的に不可能である。常に環境との不断の交流の中で展開している発達という現象を捉え、そこになんらかの問題が生まれたとしてもその原因をある特定の脳機能に同定することは至難の業である。

素質と環境の関係

そこで問題となるのが、病因をめぐる「氏

か育ちか」という、これまでにも幾度となく繰り返されてきた議論である。素質と環境の問題は、昨今の遺伝子研究によってひとつのコンセンサスが生まれようとしている。素質としての遺伝子レベルの問題が発達過程で発現するか否かを決定づけるのは環境だということである。環境因そのものが、遺伝子発現のスイッチのオン・オフを決めるというわけである（マーカス、二〇一〇）。究極的な生物学的要因を探るべく開始された遺伝子研究が、逆に環境そのものの重要性を再認識させることになったというのは、随分と皮肉な結果である。こうした動向の中でわれわれ臨床家に今求められているのは、発達早期段階での子どもの成長・発達の歩みを環境との関係において、丁寧に掬い取っていくことである。

「関係」の中で子どもの行動を見ていくと見えてくるもの

関係の枠組みで子どもの行動を見ていくと実感するのは、不可解と思われていた子どものさまざまな行動が、実は環境（主に養育者である母親）との関わりの中での彼ら自身の何らかの思いを反映したものであるという、ある意味では至極当然のことである。

一見すると一人遊びに没頭しているように見えた子どもの行動を、子どもと環境とりわけ母親との関係の中で捉え直していくと、実は母親に対して甘えたくても甘えられないがゆえの「拗ねた」行動であることが分かってくる。人間の示す行動はすべて関係の中で捉えることが求められるということであるが、それは言葉の意味が文章そのものの文脈に規定されていることと同義である。

早期診断のスクリーニングに汎用される行動チェックリストがある。それを見ると、項目の大半は、子ども自身の行動特徴として列挙されている。その中でよく取り上げられる行動に視線回避がある。視線を回避する乳児を、母子のかかわり合いの中で見てみると、乳児が視線を回避するのは、不安に圧倒されたような母親の視線のもつ刺激があまりにも乳児には強すぎて不快であるがゆえの反応であることが見えてくる。このような現象の理解は、母子のかかわり合いの渦の中に身を挺して、そこで起こっている当事者の思いを感じ取ることによって初めて可能になる。このようなかかわりは、特に高度な専門技術を要するようなものではないが、冒頭に述べたような臨床姿勢をもつ限り、子どもたちが示す行動は症状や障碍としてしか見えないことになる。そのような色眼鏡をいったん外すことがわれわれには求められているのである。

素朴に考えてみればすぐにわかることだが、われわれ自身、常日頃他者の行動を見て、それを単なる行動として冷めた目で捉えているわけではない。必ずそこには行動の背後に何らかの意図や動機を感じ取っているものである。行動の意味はそのようにして決定づけられるのであって、けっして中立的・客観的に抽出することのできるような性質のものではない。この点をわれわれは履き違えてはならないと思うのだ。

症状・障碍といわれるものはどのようにして生まれるか

これまで筆者は、ＡＳＤといわれる子どもたちを、その症状や障碍という臨床上の表現型に惑わされることなく、その背後のこころの動きに着目しながら臨床的接近を試みてきた。乳児期から成人期に至るまでいかなるライフ・ステージにあっても、さらには症状や障碍が行動面（小林・原田、二〇〇八）にあるいは言語面（小林、二〇〇四）に表現されようが、彼らの背後のこころの動きに沿った治療的接近を試みることによって、多くの場合、症状や障碍は背景に退き、それに代わって彼らのこころの動き、つまりは「甘え」が前景に浮かび上がってくる。筆者がそこで見出したことのひとつは、いかなる症状や障碍

を呈していようと、その背景にある中核的問題は子どもの養育者に向ける「甘え」のアンビヴァレンスにあることであった（小林、二〇〇八）。つまりは、症状や障碍といわれるものの多くは、甘えたくても甘えられない思いが高じるがゆえの反応だということである。このように見ていくと、子どもたちが示す一見不可解に思える行動の多くは、内に潜む「甘え」を相手に直接向けることができないがゆえの歪んだ表現型であるということがわかる。ただ、ここで強調しておかなければならないのは、このような行動はけっして子どもたちが意図的に起しているようなものではないということである。「甘え」は人間が誕生後最初に体験する対人関係の成立にかかわる体験である。それは言語が生まれる以前の非言語的な体験世界であって、当事者も無自覚的である。しかし、この時の体験はその後、終生にわたって、対人的営みの基底に深く潜行する形で息づくことになる。今日、「甘え」や「アタッチメント」の体験の重要性が叫ばれているのは、そうした理由によっている。

早期徴候は「個」の中ではなく、「関係」の中に潜んでいる

「甘え」にまつわる体験は二者関係において生まれるものである。それゆえ、「関係」という視点は不可欠である。素質と環境が不断に交流する中で、発達という現象は展開していることを考えると、症状や障碍といわれるものは「個」の中で自生的に出現してくるようなものではない。最初は「関係」の中で体験され、それが「個」の中に蓄積され、内在化されていくことによって、はじめて「個」の症状や障碍として表現されることになっていくものである。したがって、早期診断や早期療育を考えるにあたって、「個」に焦点化した診断や療育の発想は、発達という現象の本質を考えた際に、深刻な問題を孕んでいることがわかる。

感じ取ることの大切さとむずかしさ

筆者は常日頃、面接で患者と交流する中で、二者間で感じ取ったことを常に大切にしているが、なぜか精神科医療現場では、そのようなことは主観的な事柄で非科学的で、ことさら取り上げようとしないことが多い。冒頭で述べた事例検討での筆者の体験は、その象徴的な場面である。精神科医が両親は受容的かつ協力的であるとわざわざ断っているのは、PDDやGIDが親の育て方によるものではないことを間接的に示そうとしたのだろう。このようなところに、親子関係そのものを積極的に扱おうとしないひとつの理由があるのかもしれないが、筆者にはもっと深刻な理由があるようにも思うのだ。そのことに気づかされたのは、昨年上梓した小倉・村田両氏の対談本（小倉・村田・小林、二〇一一）の中で、小倉が冗談まじりに、昨今の精神科医が患者のこころに触れ合おうとしないのは、「自分の中の放射能が漏れるのが怖いからではないか」と語ったことである。それはなぜか。自分の感じたことに正直になることは一見すると容易いことのようにも思うが、現実には非常に難しく、かつ怖いことでもあるのだ。そのような営みは、自分の中の日頃意識しないような事柄と向き合うことを余儀なくさせる。何が出てくるかわからないゆえ、触れたくもなければ、触れられたくもない。おそらくそのような理由があるのだと思う。

「甘え」の問題に気づくことの大変さ

母子臨床を行う際に、最初に心がけなくてはならないことは、周囲に圧倒されて自分（の甘え）を出せない状態にある子どもをどのようにして自分を出せるように助けていくかということである。多くの場合そのためには否定的に働いている母親の子どもへの過剰

な関与を減らすとともに、子どもの行動を引き起こしている心の動きに気づいてもらうように母親に働きかけることである。ここで母親に不用意な助言や注意を行うと、必ず返ってくるのは、「私の育て方が悪いからですか」という被害的反応である。ここにも母原病説の副作用を見て取ることができるが、筆者が問題として取り上げようとするのは、けっして意識的なレベルでの育て方の問題ではなく、当事者自身も気づくことが困難な幼少期の「甘え」にまつわる問題なのである。

先にも述べたように、「甘え」の問題は、子どもであろうが、大人であろうが、幼少期体験が終生にわたって、世代を超えて深く息づき、対人関係、親子関係の中でさまざまな形で顔を出すからである。そして、そのことが親子関係の成立を阻む要因として働いているからである。大人であってもこのことに気づくことは困難で、無自覚であるゆえ、どうしても治療者がそのことを取り上げていかなければならない。そうすることによって初めて、親も幼少期体験が今なお自分を形作っていることに気づくことができるようになる。そのような内省的な態度が生まれると、子どもの行動の背後に働くこころの動きを感じ取ることも容易になり、親子関係は劇的な変化を生み出すのである。ただ、ここで常に忘れてはならないのは、治療者から幼少期の問題を現実に気づかされることは、結果的に母子関係の改善につながるとはいえ、母親自身にとって非常につらいことだということである。このような母子臨床を営むにあたっては、治療者自身も自分に正直にならねばならないし、自分の中に起こるさまざまな感情に向き合うことが求められる。自分の中の放射能が漏れることを恐れていては、このような臨床は不可能である。

おわりに

十数年前、筆者の主張は母原病の再来だとの激しい非難を浴びたが、筆者にとって大きな支えとなってきたのは、臨床場面で子どもがさまざまなかたちで母親に見せる「甘え」を感じさせるこころの動きであった。彼らはけっして他者との接触を好まず、避けているのではない。触れ合いたくても触れ合えない状態にあるのだとの手ごたえであった。母子臨床において治療の大きな転機となるのは、母親がそのような子どもの自分に対して示す「甘え」に気づくことができた時である。そのことによって母親としての自信が芽生えていくようになる。そのためには臨床場面で子どものそうしたこころのありようをアクチュアルに捉え、母親に投げ返していくことが求められる。もしも、子どもの示す行動を病的なものという色眼鏡を通して見続けていくならば、子どもが求める関係欲求を治療者の側から断ち切ることに繋がりかねない。治療者の責任はすこぶる重いものがあることをわれわれは再認識する必要がある。

〔文献〕

小林隆児『自閉症とことばの成り立ち―関係発達臨床からみた原初的コミュニケーションの世界』ミネルヴァ書房、二〇〇四年

小林隆児『よくわかる自閉症―「関係発達」からのアプローチ』法研、二〇〇八年

小林隆児、原田理歩『自閉症とこころの臨床―行動の「障碍」から行動による「表現」へ』岩崎学術出版社、二〇〇八年

ゲアリー・マーカス（大隅典子訳）『心を生み出す遺伝子』岩波書店、二〇〇五年（岩波現代文庫、二〇一〇年）

小倉清、村田豊久（対談）小林隆児（聞き手）『子どものこころを見つめて―臨床の真髄を語る』遠見書房、二〇一〇年

（こばやし・りゅうじ／児童精神科医）