

健康な発達障がいをめざして

KAWASAKI Yoko

川崎葉子

むさしの小児発達クリニック

最近の発達障がい
「不健康」な発達障がいが増えている

三〇年前には、自閉性スペクトラム障がい (Autism Spectrum Disorder: ASD) へのアプローチに関する議論は、「早期診断の感度を上げること」「早期療育」が最大のテーマだった。今はそのようなASDの診断、療育方法の理論だけでは、彼らのQOLは改善できなと感じる。発達障がいは「障がい」とあるとく、人の健康でない状態を表している。ただし、発達障がいには治るという概念はない。特性がありながらも本人と共同生活者が「まあこれでいいか」「こんなものだ」というQOLを見出すことが肝要となる。それが「不健康の中の健康」である。

ちである。BAPが適応障害をきたし診断範囲に入るか、あるいは適応していくか、何に出会ったかで道が分かれることもあるかと思う。彼らの親に目を向けても、親御さんがBAPであることが少なくない。BAPは結構な割合でいるのだから。

これだけ世にASDやBAPが存在するということは、社会がこの特性を必要としているのだと思う。本当に不利なのは、徐々に淘汰されていく。なかには、この人たちがいるために進歩している社会の領域もある。

BAPであっても、親御さんの世代は、これまでの人生をさほどの不適応なく生きられた。BAPは、「真面目」が美德とされ、立つ瀬の中にしっかり位置づけられていた時には適応できていた。しかし、バラエティ番組がテレビ画面にあふれ、軽妙に臨機応変に世渡りすることが求められると、融通はきかないが真面目が取り柄の人たちの立ち位置が、職場で、社会で、学校で脅かされる。とくに第一次産業が衰退し、サービス業など接客が主要な仕事となる職場が増えてくると、対人関係が苦手な人たちが適応できなくなる。

社会がこの人たちに適応しにくいように変貌してきているために、BAPでいられた人たちがASDデビューすることになる。これも高機能例を増加させている要因である。コミュニケーションのとりくきなど診断基準に記されているもの

昨今、同じ発達障がいの子どもでも「健康」な発達障がいと感ずる場合と「不健康」な発達障がいと感ずる場合がある。そして「不健康」な発達障がいが増えていと感じる。なぜそう感ずるのだろうか？

昔はこちらの臨床経験の乏しさのために見えなかったもの——「診断」ではなく「診断に該当する子どもの生活」——が見えてきたので、その広がりたじろいでいるのかもしれない。だが、それだけとも言えない。昔から診断や療育の治療だけでなく、「療育」という観点から子どもや家族と付き合ってきた、という自負がある。なのに、昔は感じなかった難しさを感じることになっている。何がそう感ずさせるのか？ それを整理してみようと思う。

ではなく、不安・抑うつを主訴として受診し、ASDの診断を受ける大人が増えた。

また、コンピュータ、デジタル型の方略ですめる生活が広がった。言葉のないASDの子どもでも、見よう見まねでゲームを覚える。押せば画面が変わるという一対一対応があるものは得意である。著しい低機能ASDはむしろ減っているように見える。世の中に、効果的に視覚に訴える情報が増えたので、混乱が少なくなったのだと思う。これは低機能例だけでなく、高機能例でも同様で、知育教材・番組が充実したことが、それに乗りやすい特性のあるASDの知能検査の結果を引き上げているというのではないだろうか。高機能例では、ウェクスラー式知能検査(WISC)で「知識」という項目が高く得点されることがしばしばある。知識欲が旺盛なのである。逆に、対人・社会的文脈の理解を問われる問題が苦手なために、下位項目のばらつきは大きい。

運動能力・生活力の低下

一方で、日常生活の中では、感覚運動系の課題は苦手なことが多く、アンケート調査なので大雑把な把握だが、外来で調べると、高機能では微細運動が不器用な子が四八%、粗大運動では六三%にのぼる。これは、低機能がそれぞれ三三%、三三%であるのと比較すると多い。ま

社会変化を背景にした
高機能ASDの激増

まずASDの診断例が増えた。ASDを、知的な遅れの有無により、遅れのある「低機能」と遅れのない「高機能」に分類すると、激増しているのは高機能例である。二〇年前は一〇〜一五%だった高機能例が、一〇年前は三〇%、そして今、私のクリニックではおよそ五〇%に達している。なぜ高機能が増えたのだろうか。

受診児の同胞でASD傾向があると認識していた子どもたちが、今は診断名などいらず社会生活をしていることも少なからずある。いわゆるBAP (Broader Autism Phenotype: 診断するには及ばないが、広くとると自閉症の特性をもつた

た、真面目さゆえのこだわりでもある「一番病」「負けない病」で、一番になれない、負けそうになる場面を避ける、不得意なものは回避する傾向がある。そのため、感覚運動レベルでの経験が貧弱となり、表象レベルでの経験の肥大化が起こり、乖離が大きくなる一方なのである。

それを後押しするように、「便利」が大挙して生活に登場した。運動障がいのある人には貴重なグッズであつても、麻痺のない体をもつ子どもには時に体験を妨げる場合もある。卑近な例では、電車に乗ると、どの車両が出口に一番近いかわからず、携帯が教えてくれる。かつて社会がそんなに便利ではなかった頃は、体を動かして学ぶこと、試行錯誤を避けては通れなかった。それが適応力をつける体験でもあった。今のASDは、発達指数が高くなつても、生活力・適応力はかつてよりも低くなっていることがなからうか？

こんなに認知力や運動能力に偏りがあれば、適応に不都合がでるのは当然だろう。発達にばらつきがあると、適応が不良となることは一般的に知られていることである。関係性の障がい問題の所在といわれている。たしかに関係はぎくしゃくしやすい。このようばらつきのある子どもと対峙していると、普通の感覚ではやりきれない。そして、親御さんも不器用であると、そこにできてる関係は、正常か不正常かといえば、不正常になって当然だろう。

かつて低機能の子どもたちがASDのほとんどを占めていた時には、言葉が増える、発達指数が高くなる、知的あるいは生活能力が高くなること、がすなわち「よくなる」ことである、という公式が通用していたように思う。高機能例では、単純にその公式が成り立たない。知的に高いから適応がよいということでもない。「軽度の子どもは重度である」というパラドキシカルな印象をもつことが時にある。

重度精神遅滞で言葉での会話が成り立たない子どもとの共同生活の苦労は相当のものである。そして、言葉はあふれているが、そのわりには共感できない子どもとの共同生活もまたストレスが多く、こじれやすい。

高機能ASDの子どもをもつ親御さんへのアンケート調査では、知的レベルで切ってみると、困難度は「高」高機能（IQ一五以上）V「中」高機能（IQ八五～一五）V「低」高機能（IQ七〇～八五）と、知的により高いほうが親御さんはいっそう困難度を強く感じていた。

なお、この調査の中で、困難への対処法について、成功例・失敗例を挙げていただいた。「こだわりはそのままに」「会話の時の視線合わせ」「不器用さに対する訓練」「スケジュールや予定はあらかじめ予告」「集団のルールを覚えるには場数を踏む」等である。同じ内容が成功例にも失敗例にも挙げられているのが目をひく。もちろん、実

際の状況はケースバイケースで、まったく同じ状態での同じ働きかけではないだろう。だが、対応の原則と実地には乖離がある。療育方法は豊富に提供されてきているが、不確実性の強い対応策の中で親御さんは子育てをしているのだと改めて思う。

子どもを取り巻く家族の問題

家庭状況も変化した。本人の問題に両親、同胞の葛藤が絡んでくる。昨今の臨床現場では、「ASDです。お母さんがうつで、毎日の通園ができないうです」「ASDです。一番の困りごとは父親が子どもに手をあげることです。職場でうまくいかないことがあると、イラついて子どもにあたります」「兄弟でいつも喧嘩ばかり、仲がよくないんです」というように、診断や療育方法を中心に据えるというより、ASDをもつ子どもを取り巻く家族の問題がもっと重く位置づけられることが少なくなくなった。

親御さんもBAPであると、子どもの行動を理解しやすいうという有利な側面と、不器用で刺激しあいこじれてくるという不利な側面がある。高機能の場合はとくにそうである。職場など、家庭の外がBAPに不利な状況になると、それがもとで不安・抑うつ状態となり、家族関係・家庭生活にも悪影響を与える。

親の抱える問題

一人親家庭が増えた。地元のいくつかの小学校で調べると、一人親家庭の割合は六〜七%だった。当院では七・三%であったので、PDDがいると一人親家庭になりやすいということはなかった。一人親の内訳を見ると、高機能と低機能では、高機能のほうが一人親家庭は一・五倍多かった。ある意味での家族のストレスは、高機能例のいる家庭のほうが大きいということか。

離婚して一人子どもを育てるお母さんたちを見ていると、精神的に楽になる面もあるが、経済的問題や、すべてを一人で背負うその負担もヒシヒシと感じる。夜遅くまで働いているお母さんに「生活スキルは大事。家でいろいろ経験させましょう」と言ってもいいものか、わかってもらえない。わかってもらえないからやらない。よりつらいのは……と思うと、言葉を飲み込むことがある。親御さんのメンタル面の問題、とくにお母さんがうつ、不安障害、パニック障害を抱える場合が増えた。三〇年前は、精神科に通院している親御さんはごく例外で、それもストレスで発症するものではなく、統合失調症などであった。当院の最近の受診例において、お母さんかお父さんがメンタル面で治療の方は、少なく見積もって二二%。お母さんが圧倒的に多かった。

また、同じ診断範疇の同胞がいることが稀ではなくなった。一人ならできるだろう対応の原則も、二人となると至難の業となる。同胞にASDがいるためにストレスがかかっていることもしばしばである。

当院にある多摩高機能PDD (Passive Developmental Disorders・広汎性発達障害)の親の会の調査によると、六二%の同胞がいじめなど何らかのトラブルを経験していた。親御さんの接し方の違いからくる不公平感についての不満も多々でてきた。「(ASDの)お兄ちゃんには優しく、ちよつとしたことでも褒めるのに、私には褒めてくれない」「障がいだから仕方がないといつても、そのために自分が我慢させられるのは納得がいかない」。本当にそのとおりと思う。ASDの子だけを見ればベターな対応であつても、理屈どおりにはできない。低機能であれば、まだ同胞も理解しやすいかもしれない。親御さんは難しい子育てを求められている。

不適切養育(虐待)と把握される家庭も増えた。卵が先か鶏が先かの問題で、悪循環を断ち切れないという状況をしばしば見る。子どもが思うようにならないから手をあげる、きつい言葉が飛び交う、そのため子どもが情緒的に不安定になり問題行動が出てくる、だから手をあげる……。親御さんも上手に子育てができないかもしれないが、子どもも上手に親育てをしてくれないのである。

お母さんの燃え尽き症候群を時にみかける。あれほど熱心に育てていたのに無関心になるのだ。また、最近もう一つ感じるのは、お母さんがきれいになったということだ。昔はなりふり構わずの様相だった。子どもを育てることは、お母さんたちの最優先課題だった。しかし最近、経済的問題と「自己実現」のため、お母さんは育児だけでなく就労と「自己実現」の時間をもつようになった。そして、子どもは保育園が引き受ける。

保育園に巡回してみると、かつては要配慮児はクラスに一人いるかいないかであったのが、今は複数いることが普通になってきている。要配慮児を見ると、問題行動の背景に実は発達障がいがあったという場合がある。昨今ASDの中でアスペルガータイプが広く知られるようになって、集団の中で問題があるとアスペルガーと判断されることが多いが、逆に、養育の問題・環境因が大きいという子どもも見られる。こういった子どもたちは、杉山登志郎先生の言う「第四の発達障がい」に重なる部分があるかと思う。虐待だけ、あるいは発達障がいだけ、とピエラに分けることは難しくなってきた。

発達障がいという要因は、不適切養育のリスクを高めると思う。親の心身の病気を理由の一つとして子どもを預かる保育園では、その割合は当地域では約一〇%である。これに、親の病気の割合が低いと考えられる幼稚園も加えた数値を推測

学校も変化した

学校教育を見ると、通常級に複数の要配慮児がいることが普通になってきた。要配慮児の通常級における割合は、全国規模での調査では六・三%、都の調査では四・九%であった。

現場では、要配慮児はもっと多いというのが実感である。すると教師は、あちらを立てればこち

らが立たず、のように難しい学級運営を迫られることになる。また学校でのいじめの問題でも、対処してくれと教師に申し入れると、「この（ASDの）お子さんは親が認めているぶん、まだやりようがあったいい。いじめの子はこれもまた要配慮児、しかし、親がそれを認めないので、本人が情緒的に不安定になったり、衝動的なトラブルを起こしたりするのでやりきれない」と。

教師については、全体に指導力が下がっているように見える。これは、一つは報告書の作成など、パソコンに向かう時間が長く、休み時間子どもと過ごしていた昔の模様がなくなってきたことによるのではないだろうか。ここにも表象の世界が優位で、感覚運動体験が軽視されている実態を見る気がする。高機能のASDが最もトラブルを起こしやすいのは、授業中ではなく、自由時間・休み時間である。

その中で教師のメンタルヘルスが危機にあることにも多々遭遇する。休職中の教師、治療中の教師が増えた。不登校は子どもだけではなく、先生も「学校の先生はえらい、先生の言うことは聞かなければならない」という教育指導を支えてきた昔の通念がなくなってしまったので、子どもも「先生はおかしい、大嫌い」と公言して憚らない。保護者の意向を汲んだかたちで登校拒否になる例もある。教師が保護者から訴えられた時のために保険をかけることも、最近の教育事情を象徴するもの

のである。

子どもは引きこもればゲームとパソコンがある。幸いなことに、引きこもりの子どもはやはり友を求めているので、パソコン・携帯がその仲介してくれる。引きこもっても、ツイッターなど他人とながしかのかかわりをしている青年は意外と多い。「不健康の中の健康」である。

こう見ていくと、あふれてくる高機能例が呈する複雑な要因「家庭崩壊」「学級崩壊」とも思える養育・教育環境の変化などが、不健康を感じさせるものようである。

「健康」な発達障がいをめざして

その中で「いいー」と思うことがある。発達レベルや行動特性が同じような状態であっても、悲壮感が漂わず、本人を受け入れ、「こんなもんだ」と思っていていく家族がある。本人はつわものだが、お母さんは明るく愚痴る。その違いがどこからくるのだろうか？ 一つは、家庭基盤の強弱が大きく関係していると思う。家庭基盤の安定を保障する大きな要因は、安定就労・経済基盤である。そして夫婦仲である。夫婦間の不協和音が大きい時にはネガティブ思考となる。お父さんは実際に育ててくれなくても、愚痴の聞き役、ねぎらい役がやれば、お母さんは救われる。ところで、関係者は最近のこの状況を手をこま

ねいて見ているわけではない。

地域にある療育にかかわる機関や子ども家庭支援センターなどの社会資源が家族支援を行っている。ただ、この場合の留意点を考えてみよう。障がいにより被害が生じるとしたら、本人が一番影響を受ける。しかし、家族もその障がいによる被害者である。本人中心の対応のみでは、家庭生活は立ちゆかない。その観点を入れ込むことが必要である。それから、自助組織も活発に活動している。地域の幼児期療育施設がうまく機能しているところでは、その後の親の自助組織もできやすい。全国規模の組織も重要であるし、ローカルな組織もまた地元の情報交換ができるメリットがある。

当院にある高機能PDD親の会は、毎月定例会をもち、講演会、教師のためのセミナー、本人たちの交流会、お父さんのための勉強会などを実践している。そこで、お母さんたちの力を改めて感じる。ASDのお子さんをもつ一人のお母さんとして診察室で初めてお会いした時の途方に暮れている表情とはうって変わって、組織され、課題を与えられと、しっかりとその役割を果たす。複数人が集うと、必ず仕切れる人がいるものである。仕切るのが苦手なお母さんは、組織の中で図書整理とかパソコン係とか、部分的なところで力を発揮する。そして、弱っている人には仲間が支援の手を差し伸べる。つながることは個々の弱点を補う支えとなる。

学校には、力のある教師もたくさんいる。うまくいっている教育は、教師が子どもと向き合っている。それは友だちのような関係だけではない。師弟関係も保って仕切れる先生には、安心して教育を任せられる。社会にでた時、組織の中にはルールがある。社会性が乏しい子どもたちにとっては、学校教育は社会の極小モデルであるという観点も必要だろう。

今回の震災で、現地の方々はたいへんな状況に直面されていると思う。東京という離れた場所でのASD当事者と家族をみても、親御さんのストレスは増えた。仮に自分たちが被災したとしたら、他人の迷惑を考えると避難所には行けない。だが「想定外」に弱いはずのASDは予想外に強

かった。私の付き合っているASDで地震後不安定になった子どもは少数で、多くは飄々、淡々としている。そして、日頃のこだわり（わがまま）を、地震発生からしばらくは、神妙に抑えて聞き分けのよい子になる場合がけっこうあった。こういう時は場面を読めるのだ！ と思う。年末年始や新年度の番組変更で毎年パニックを繰り返している子がいる。この震災での番組変更でどれだけパニックを起こすか、親は戦々恐々としていたが、あにはからんや慈済の震災ニュースに圧倒されたのか、A.C.の広告の「C」の文字を気に入り、それで折り合いをつけてパニックを起こさず過ごしていた。けなげな適応をしている。毎年春は子どもたちも「春めく」。テンション

が上がって不安定になり、親御さんは一苦勞するものである。だが今年は「被災者のことを考えたら、生きてるだけで幸せ、贅沢はいらないね」が合言葉で、この時期に集中する症状増悪と治療対応がテーマになる診療場面に変化があった。そうか、ストレスとは相対評価なのだ、と思う。ASDの子どもと付き合うということは、ASDをもつ子どもといる家族と向き合う、付き合う、ASDをもつ子どもが在籍する学校、学級も射程距離に入れるということである。それを念頭に、少々難ありでも本人なりの適応ができる「健康」な発達障がいをめざして、QOLを改善できるところからかわつていきたいと思います。この頃である。

（かわさき・よつ／精神医学）

第4回(2011年5月)

関西 森田療法 セミナー (入門コース) 開催の お知らせ

日日時
2011年9月～2012年2月
(月1回、全6回/日曜日10:00～12:00)

会場
大阪産業創造館 他大阪市内の会場(予定)

内容
このセミナーは、森田療法初心者向けのものです。森田療法の基本的な理論と治療の実践についての講義を行います。本セミナーは、日本森田療法学会公認です。

受講対象者

メンタルヘルスに関わる医師、臨床心理士、カウンセラー(学生相談、スクールカウンセラー、産業カウンセラーなど)、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、教育関係者で森田療法セミナー資格審議会が適当と認めた方。原則クライアントの守秘義務を守れる方。

受講料

3万円(大学院生は1万5000円)

法政大学現代福祉学部 久保田研究室内
関西森田療法セミナー事務局

〒194-0298 東京都町田市相原町4342

E-Mail: Kansai.morita.seminar@gmail.com

お問い合わせ、ご連絡は事務局まで郵便もしくはe-mailにてお願い致します。行き違いを避けるため、お電話によるお問い合わせはご遠慮ください。