

発達障害は疾患概念ではない

発達障害の内包と外延

発達障害なのだから、何らかの領域の「発達 (development)」が、他に比べて遅れているか早まっているかといった「障害 (disorder)」があるのだろう。ところが、発達障害には法律上の定義がある。発達障害者支援法 (平成一六年) には、その第二条で以下のように定義されている。

この法律において「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つてその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

ここで、自閉症とアスペルガー症候群が広汎性発達障害というグループをなしていて、さらに広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害の三グループが大きな発達障害というカテゴリに含まれるとされている。そうは明示されていないが、これが精神の疾患であると読める記載である (精神の疾患でないなら何でしょう?)。おまけに、その原因が脳の機能の異常にあると、「法律が定めている」のである。脳の機能障害であるから環境の問題ではなく、環境に働きかけるよりは脳に生物学的に働きかければよいという含意を感じてしまう。精神や身体の疾患を見渡しても、その原因を法律が定めているのは (病原物質がわかつている感染症などを除けば) 非常に珍しく、異常である。精神保健福祉法ですら、「この法律で『精神障害者』とは、

統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者」と述べるに留まり、(急性中毒と依存症を除けば) 原因についての言及はない。メンタルヘルスケアに当たる専門家が考慮すべきは、広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害が (他の疾患とは異なった) 一つの大カテゴリに含まれるという「仮説」が支持できるのかという点と、第二に、そうだったとして、それらが脳の機能障害だと断定してよいのかという点である。本論で縷々述べるように、この二つの仮説の根拠は非常に脆弱なものである。それをあたかも既知のこと、当然のこと、議論の余地のないことのように扱ってきた、そしていまも扱っているメンタルヘルスケアに当たる専門家がなると多いことであるのか。テレビ番組のキャ

ラクターからは「ボーッと生きてんじゃねーよ！」と叱られるのが必然である。

精神疾患の概念の範疇性について

長い医学の歴史のなかで、医療者や医学者はさまざまな患者の症状に定義と名称を与えてきた（症状学 symptomatology）。客観的観察を基礎にする精神病理学は精神医学の基礎であった。そして、複数の症状がよく一緒に出現し、一緒に消えていくことを発見してきた。これが症候群（syndrome）である。こうした症候群に病態生理（背景にある原因）が発見されると、症候群は疾患（illness/disease）に格上げされる⁽⁵⁾。こうした作業が疾患分類学（nosology）であった。現在の精神医学で述べれば、構造化面接や自己記入式調査票で症状（項目）を確認し、因子分析（factor analysis）などの手法で症候群を確認している。多くの症状や症候群の重症度は連続量を示している（「なし」→「軽度」→「中等度」→「重度」→「最重度」など）。つまり、重症度は程度の問題であるのだ。だが、疾患が範疇として確認されるのは、そうした症候群（複数の症状項目の集まり）が多変量正規性を示さず、他から峻別されていることを確認しなければならない。多変量正規性の

ある症候群は複数項目の次元性のものであり、程度の問題であると判断される。範疇であるか次元であるのかの厳密な評価は taxometrics で行う。その統計学的手法は本稿の紙数を超えるので他書に譲る。

まず自閉症スペクトラム障害（自閉スペクトラム症）について、最近のアメリカの研究は、多数例を扱っており、自閉症スペクトラム障害が次元的というより範疇的であると結論している⁽²⁾。しかし、対象者に自閉症スペクトラム障害のケースと非臨床例（つまり健常例）を入れており、サンプリングバイアスがかかっていると考えられる。一〇年弱以前の研究であるが、ジェームズらは年齢幅の大きい（一六〜七〇歳）一〇〇〇人規模の学生集団に、自閉傾向を評価する Adult Autism Spectrum Quotient（AQ）を施行し、AQの分布が次元的というより範疇的であると結論している。注目すべきはこの研究における taxon の base rate である。これが範疇としての「自閉症スペクトラム障害」の有病率に該当する。すると、それは MAMBAC で〇・三五七、MACOV で〇・一六五、MAXEIG で〇・一六六、L-Model で〇・一二〇であった。つまり、一見普通の学生の一・二〜三六%が「自閉症スペクトラム障害」であり、脳機能に障害をもっているとい

うことになる。

学習障害の分類は非常に恣意的である。読字、書字、算数の力が「とびぬけて」悪いとそれだけで、学習障害になる。知能の各下位尺度の変動は普通であり、それが脳の機能障害であるというのは科学的といえない。筆者は小学校時代、いくら練習しても逆上がりができなかった。「運動の障害を伴う限局性学習症」ということになる。こうした「病名」を作るのであれば、いくらでも疾患ができてしまう（音痴は「音階障害を伴う限局性学習症」、方向音痴は「地形学障害を伴う限局性学習症」、図工で配色の下手な生徒は「色彩障害を伴う限局性学習症」……）。知能検査をして下位尺度ごとの得点で大きな差があると発達に問題があるという臨床家がよくいる。「発達障害→下位尺度間の乖離」が仮にあったとしても、「下位尺度間の乖離→発達障害」は明らかな誤謬である。「発達障害→下位尺度間の乖離」にしても、筆者が文献（インパクトファクターがついた査読あり雑誌の論文）を見渡した限りでは、これを支持するものはみつからなかった。エビデンスのない（自身がエビデンスを示せない）ことを専門家が真実であるかのように語ってはいけない。

注意欠陥多動症については taxometrics で、次元性であることが認められている⁽³⁾⁽⁶⁾。つ

まり、症状がちょうど満たされたので診断がつく人物と、症状が一つだけ足りないので診断がつかない人物の間には、質的に明確な差はない。世の中には注意深い人もいれば、おっちょこちょいもいる。一方だけ脳の機能障害というのは平等ではない。注意欠陥多動症と自閉症スペクトラム障害が同一の大枠に含まれているが、区別できる診断であるという命題は、証明が難しく、やつと緒に就いたばかりである。注意欠陥多動症と自閉症スペクトラム障害の合併が偶然か、何らかの因果が存在するのにかについての研究もまだ少ない。

発達障害は疾患か

精神医学で常に議論されてきたのは、「正常・異常」⁽⁵⁾⁽⁶⁾「健康・疾患（不健康）」の差の設定である。八人に一人から三人に一人の割合で起きうる「障害」があるのだろうか。それが脳の機能障害なのであるか。原則論で考えれば、すべての心理活動は脳細胞の機能によるものであり、検査手法（脳画像診断・脳血流量など）が発展するほどに心理現象と脳機能の細かい関係性は明らかになる。ある心理現象（例えば若冲「注1」の絵画にひどく感動するといった心理現象）に対応する脳機能の変化があることが、その心理現象が疾患

（「不健康で異常」）である根拠にはならない。疾患だとすると、「若冲過剰感動性障害」は疾患であり、治療が必要で、治療が効を奏すれば、もはや動植綵絵^{どうしきさいえ}「注2」を見ても、何も感じなくなる、ということになってしまう。

ところで、最初の命題である発達障害という時の「発達（development）」は何を指しているのか。人間の身体と心理は常に変化し、長い目でみれば（価値判断を横におけば）発達している。筋肉や骨格、代謝などは当然で、すべての心理現象も同様である。発達障害はおそらく、一過性の感情・思考・知覚・欲動の変化を指すものではなからう。むしろ、個人の個性ともいえる、状況・時間横断的に認められる、感じ方、考え方、行動の仕方の特徴あるいはその能力を指しているのではないか。この文章の「発達障害はおそらく」を消して、「適性な単語を入れよ」という試験問題を作れば、多くの精神科医・心理学者は「パーソナリティ（人格）」あるいは「気質」という単語を入れるであろう。つまり、発達障害という病名で使っている発達とは、人格や気質の領域の発達を指しているのだ。そう考えると、特定の気質傾向をもった児童や成人が、八人に一人から三人に一人の割合で存在しても驚くことはない。

では、他のパーソナリティや気質の特徴をもった人々は「発達障害」ではないのだろうか。児の気質研究は数多く行われており、評価項目からクラスター分析を行うと四つほどのクラスターが認められる⁽¹²⁾。名称は違っても、これは多くの研究で指摘されている。このクラスターの中で sensitive/hyperactive とされた第四クラスターが、通常発達障害と呼ばれている子どもに一番近い。なお、クラスター4に該当する子どもは一七%であった。子どもの気質はさまざまであり、いくつかのグループに分かれるのは当然である。そのうちの一群を脳の機能障害というのは、発達心理学の通常考え方ではない。

最初の命題の二つ目である、他に比べて遅れているか早まっているかといった「障害（disorder）」があるのだろうか、について考察してみよう。よく言われるように、発達障害の人ばかりの世界であれば、彼らの社会適応は問題がなくなる。障害の程度は個体とそれが置かれた環境の齟齬^{そご}の程度である。

発達障害病名のレッテル効果

精神医療の歴史は常に偏見がつきまといっている。奴隷制度があったころのアメリカの医学雑誌に「奴隷の逃亡病は精神疾患」という

論文が掲載されている。こうした例は、その時代の人々が奴隷の逃亡が精神疾患だと大真面目に考えており、それが科学的に正しいことであると信じていたことを示している。

人間は社会的動物である。個体のみでは生存できず、かならず集団を形成する。集団の中のメンバーがイングループで、集団の外のメンバーがアウトグループである。イングループの成立を担保するため、集団への忠誠という倫理規範がインプリントされる。アウトグループからの攻撃から身を守るため、アウトグループを見た時に嘔気・怒り・恐怖などの基本的感情をもち、さらにイングループと異なる特徴をもつ人々への偏見を身につけて、こうした保全機能を維持している。心理行動上の一定の特徴のある人々に精神疾患の病名を付与することは、必然的に上記のように「その人はアウトグループのメンバーだ」という含意を与え、これが偏見につながりかねない。自分のクラスにちよつとばかり個性の強い児童がいると、その児童に引つ張られてクラスの授業が成り立たなくなるので、そうした児童に発達障害という診断的レッテルを貼ってアウトグループにもつていき、自分の教育能力の低さをカモフラージュしてはならない。

広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動

性障害といった発達障害のレッテルが与えられると、精神科医を含む医療者は「脳の機能障害である(法律でもそう定義されている)から」心理療法は不要で、薬物療法だけで十分だと考え、当事者の周囲の人々は「脳の機能障害であるから」根本的改善は望むものではなく、薬物療法で対処療法的に対応すればよいと考えてしまう。ダイバーシティは絵空事となり、区別化するだけの対応となる。精神科の病名に関するリテラシーはかえって偏見を生みやすいことも思い出すべきであろう⁽¹⁰⁾。

専門家も当事者や当事者の周囲の人たちも、「発達障害」と呼ばれる状態が不良な養育環境で育った子どもたちに多いこと⁽¹¹⁾⁽¹⁶⁾に関心を示さなくなる。地域にいる子どもの気質・性格の重大な部分は親の養育態度で規定される⁽⁸⁾、後者は親(特に父親)の性格で規定される⁽⁸⁾。児童思春期の心理療法の有効性について多くの成果が報告されていることを臨床家は無視し、子どもの治療に心理療法を用いず薬物療法のみ行っていることの免罪符として、脳機能障害仮説に依存している。個別心理療法の医療保険の範囲ではできないとの弁明もあろう。そうであれば、親を対象にしたグループ療法がある⁽¹⁰⁾。発達障害は生後すぐに出現するもの⁽¹⁸⁾と考えるのなら、infant parent therapy⁽¹⁸⁾を実行すべきである。

発達障害の評価・診断・支援を担当する皆さんへ――まとめにかえて

いまから半世紀以上前にScienceに発表された社会学の研究がある⁽¹³⁾。研究者が「幻聴がある」と仮病を使い、いくつかのアメリカの精神科病院に入院した。入院後、幻聴はまったく消失する。数週間で退院となる。その後、カルテを取り寄せ、記載内容を調査した。二七患者であることは気がつかれなかった。そして、病棟での普通の(非病理性的)言動がすべて「症状名」で記載されていた。

二七患者であることを疑ったのは同室の他の患者であった。精神科医療者は、ある人物が精神科病棟に入院すると、すべての言動が病理性的のあるものだと考える傾向を指摘した発表であった。自然科学を扱う超一流誌がこの論文を受理したのは編集者の慧眼であった。

この論文の表題はOn being sane in insane placesであった。つまり「狂気の場所で正気であること」。放送禁止用語の表題である。

これを読んで以降、精神科医としての私の生き方は大きく影響を受けた。

脳の機能障害が確認されておらず、次元性の現象であり、大範疇である証拠もない心理現象に、(そのほうが便利だから)いとも簡単にレッテルを貼り、気質の一定傾向にのみ

発達という用語を用いるのは、都市伝説である。証拠があっても変更できない考えは科学のそれではない。宗教か妄想である。多くの人が言っているから、ではなく、一歩踏みとどまり、自分の目で文献（査読のある国際誌）を精査し、科学的観点から考えなおすこと（そのためには現代的統計学の理解は必須である）が、発達障害といわれている人々に直接あるいは間接的に関与する専門家に求められるのである。チコちゃんから「つまねーヤツだな」といわれるよう（いられないようにではなく）努力しようではないか。

【注一】伊藤若冲（一七七一—一八〇〇）。写実的で色鮮やかな独自の画風を確立した江戸時代の画家。

【注二】伊藤若冲の代表作の二つ。一〇年近い歳月をかけて完成させた三〇幅におよぶ花鳥画。

〔文 献〕

- (一) Frazier, T.W., Chetcuti, L., Al-Shaban, F.A. et al.: Categorical versus dimensional structure of autism spectrum disorder: A multi-method investigation. *JCPP Adv* 3(2): e12142, 2023.
- (二) Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Sinclair, L. et al.: Autism spectrum disorders as a qualitatively distinct category from typical behavior in a large, clinically ascertained sample. *Assessment* 17(3): 308-320, 2010.
- (三) Haslam, N., Williams, B., Prior, M. et al.: The latent structure of attention-deficit/

hyperactivity disorder: A taxometric analysis. *Aust NZ J Psychiatry* 40(8): 639-647, 2006.

(4) James, R.J.E., Dubey, I., Smith, D. et al.: The latent structure of autistic traits: A taxometric, latent class and latent profile analysis of the adult autism spectrum quotient. *J Autism Dev Disord* 46(12): 3712-3728, 2016.

(5) 北村俊則『精神科診断学概論—病理所見のなご疾患の概念を求めて』北村メンタルヘルス研究所、二〇一三年

(6) 北村俊則『精神に疾患は存在するか』星和書店、二〇一七年

(7) 北村俊則『精神・心理症状学入門』第4版』日本評論社、二〇一二年

(8) Kitamura, T., Shikai, N., Uji, M. et al.: Intergenerational transmission of parenting style and personality: Direct influence or mediation? *J Child Fam Stud* 18: 541-556, 2009.

(9) Marcus, D.K., Barry, T.D.: Does attention-deficit/hyperactivity disorder have a dimensional latent structure? A taxometric analysis. *J Abnorm Psychol* 120(2): 427-442, 2011.

(10) Matsunaga, A., Kitamura, T.: The effects of symptoms, diagnostic labels, and education in psychiatry on the stigmatization towards schizophrenia: A questionnaire survey among a lay population in Japan. *Ment Illn* 8(1): 6344, 2016.

(11) Ohashi, Y., Kitamura, T.: The EASL: Factor structure and measurement and structural invariance between the parent's gender, the child's age and two measurement time points. *Psychology* 10(16): 2177-2189, 2019.

(12) Ohashi, Y., Kitamura, T.: Typology of

temperament of Japanese children aged 3 and 4. *Psychology* 11(6): 955-965, 2020.

(13) Rosenhan, D.L.: On being sane in insane places. *Science* 179(4070): 250-258, 1973.

(14) Roy, P., Rutter, M., Pickles, A.: Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *J Child Psychol Psychiatry* 41(2): 139-149, 2000.

(15) Rozin, P., Lowery, L., Imada, S. et al.: The CAD triad hypothesis: a mapping between three moral emotions (contempt, anger, disgust) and three moral codes (community, autonomy, divinity). *J Pers Soc Psychol* 76(4): 574-586, 1999.

(16) Rutter, M.: Development catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *J Child Psychol Psychiatry* 39(4): 465-476, 1998.

(17) Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C. et al.: Quasi-autistic patterns following severe early global privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *J Child Psychol Psychiatry* 40(4): 537-549, 1999.

(18) Salomonsson, B.: *Psychodynamic interventions in pregnancy and infancy*. Routledge, 2018.

(19) Webster-Stratton, C.: *The incredible years*. 2005. (北村俊則監訳、大橋優紀子他訳『ちびっこのこころ—成功する育児』ロビンズ、二〇一四年)

(20) Weisz, J. R., Kazdin, A. E.: *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. Guilford, 2010.

(和訳) ちびっこのこころ／精神医学)