

医学/社会モデルから考える自閉スペクトラム症と LGBT

出水 友理亜 お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科
石丸 径一郎 お茶の水女子大学大学院基幹研究院

要約

近年、発達障害に関する支援をする上で、発達障害を「障害」ではなく「特性」と捉えるニューロダイバーシティという活動や考え方が話題になっている。発達障害を、障害か特性かを考えるにあたって、まずは精神疾患とは何か、障害とは何かを考える必要がある。このことから、同様の議論がなされているLGBTを参考にし、障害の医学/社会モデルから自閉スペクトラム症における障害について考察した。

キー・ワード：自閉スペクトラム症，LGBT，社会モデル，ニューロダイバーシティ

I はじめに

近年、ニューロダイバーシティが話題となっている。ニューロダイバーシティとは、オーストラリアの社会学者である Singer (1999) によって提唱された概念で、神経発達症において、脳や神経や、それに由来する個人レベルでの様々な特性の違いは人間の多様性と捉え、相互に尊重されるべき、といった考え方である。

この思想の背景の1つには、発達障害は精神疾患ではなく特性であることから、発達障害のある人々がもつとされる認知パターンを障害として扱い、医療介入するべきでないといった考え方がある。発達障害は、障害か特性かを考えるにあたって、まずは精神疾患とは何か、障害とは何かを考える必要がある。

ニューロダイバーシティの狭義の定義では、発達障害のなかでも自閉スペクトラム症（以下：ASD）について想定されていることから、本稿では発達障害のなかでも ASD に絞り、ASD における困難さや「障害」とは何であるか、以前から同

様の議論が盛んに行われている LGBT での議論を踏まえつつ考察してみたい。

II 障害とは

そもそも「障害」とはどこに存在し、何を指すのであろうか「障害」の捉え方について、イギリスの障害学を確立した Oliver (1983) は、社会モデルと医学モデル（個人モデル）の2つのモデルを提唱した。この2つのモデルでは、障害を「隔離に反対する身体障害者連盟」（Union of the Physically Impaired Against Segregation : UPIAS）の定義に基づいて定義している。UPIAS では、個人の身体の機能的な制限や欠陥によって生じる障害を「インペアメント (impairment)」、社会からの抑圧によってインペアメントを持つ人が被る制約を「ディスアビリティ (disability)」として、障害を個人の身体によるものと、個人と社会との関わりで生起するものとを区別している。

医学モデルでは、障害は個人の心身にあると捉えるインペアメントであり、障害の解消のための

責任を個人に帰属させると考える。そのため医学モデルにおける基本的な支援方針としては、個人への介入を志向する。その一方で社会モデルでは、ディスアビリティとしての障害を重要視しており、社会が障害者を抑圧していることが障害の原因であると考えられる。そのため社会モデルにおける支援の目標は、社会的障壁の除去となる。

立岩(2002)は社会モデルについて、障害の義務や負担を個人にのみ帰属するべきではないと主張した点に意義があると述べている。このことから社会モデルにおいて、個人に対してのみ障害の負担を求めることをよしとしないのであって、医学モデルや医学モデルに基づく介入自体を否定しているわけではないことに注意が必要である。

Ⅲ インペアメントの不可分性と2つの医学モデル

病原体や病巣などの異常を特定し、それを除去(治療)して、正常な状態に戻したり近づけたりするという考え方が、典型的な医学モデルである。これに対して、ここで言う異常や正常は本質的なものではなく相対的なものであり、事例とされた人や困りごとについて、マジョリティである社会の側に問題を見出そうとするのが社会モデルである。

さて、現実の医療は、ほんとうに医学モデルに則って行われているのだろうか。医学の使命は、致命的な病や怪我を患った患者の命を救うことであつたが、衛生状況の向上や長寿高齢化が進行したことにより、生命に関わらないが、治療しなければ生活の質(QOL)が落ちるような病気(いわゆるQOL疾患)に焦点が当たることとなった。これにより、現代の身体医療は、旧来の医学モデルである異常治療モデルだけでなく、2つ目の医学モデルとも呼ぶべきQOL向上モデルの色彩を強めていると考えられる。

精神医学においては、さらにこのような傾向が顕著である。医学の一分野として発展した精神医

学は、身体医学の類推によって実践が行われてきたが、精神医学ではほぼすべての疾患が原因不明であるため、原因を完全に除去することができない。そのため、治癒させることはできず、表れている症状を減らすことに主眼が置かれる。症状がなくなった場合も、原因が除去されたのかどうかはわからないため、治癒ではなく、寛解状態と呼ばれる。また、精神疾患では、自殺や、摂食障害の進行により間接的に命を落とすことはあっても、病気の症状そのものによって死亡することはない。このようなことから、精神医学における治療は、ほとんどの場合QOL改善モデルになっているといえよう。さらに精神が異常であると表現することは、身体の一部が異常であることよりもステイグマ性が高く受け止められてしまうこともある。

上記のような事情で、精神医学における疾患名からは「異常」という言葉が消えていく傾向にある。2002年に発行されたDSM-IV-TR日本語版においても、すでに「性嗜好異常」と「睡眠異常」を残すのみであり、2014年に発行されたDSM-5日本語版においては「異常」の言葉がついた疾患名はゼロとなっている。

精神医学では、すべての疾患について根本的な原因がはっきりわかっていないため、これが遺伝子や中枢神経系といった個人的なものに起因するのか、環境や社会からのストレスに起因するのか、またその相互作用によるものなのかを特定することができない。どこに責任が存在するのかを決めることができず、インペアメントとディスアビリティとの区別がつかない状態であると言える。

例えばDSM-5の「社交不安症」の診断基準には「G. その恐怖、不安、または回避は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている(p.201)」と記載されている。類似の記載はほとんどの精神疾患に注記されているものである。人前に出ると手が震えるという社交不安症状を持っている人の職業がカメラマンであれば、

人々の集合写真を撮る時にシャッターを押す手が震えてしまい「職業的な機能の障害」を引き起こしているから、社交不安症であると診断されることになる。一方、同じ症状を持つ人の職業がカメラマンではなく、職業上の、また他の生活に支障をきたしていない場合、症状が同じであるにもかかわらず、社交不安症ではないと診断される。精神疾患のほとんどは、社会生活との接点の中で問題となる症状をもつため、診断基準にインペアメントではなくディスアビリティが記載されることは誤りではなく、必然であったとも言えるだろう。

LGBT においては社会モデルが採用され、当事者運動により同性愛は疾患ではなくなった。性同一性障害も、DSM-5 では「障害」の語が取れて「性別違和」となり、ICD-10 では精神疾患とは別のカテゴリーに移動されて「性別不合」となった。これまでの議論からわかるように、すべての精神疾患がディスアビリティとしての側面を含んでいるために、同様のロジックで脱精神疾患化していくことが理論上は可能であるとも考えられる。

IV LGBT の医学モデルと社会モデル

現代LGBTと呼ばれるような人々は、日本はもちろんのこと世界各地の神話の中にも多く存在したが、その後、宗教や近代化の要因により、逸脱者である、すなわち変態であるとか犯罪者であると捉えられるようになった。そして20世紀の欧米諸国では、同性愛や性同一性障害が精神疾患として扱われるようになり、刑罰ではなく支援が必要と認識されるようになった(石丸, 2020)。アメリカ精神医学会によるDSM診断基準における同性愛の扱いを詳しく見ると、次のように変遷している。

1952年に出版された第2版であるDSM-IIでは、同性愛(Homosexual)を精神疾患であると定義した。その後、60年代終わりから急激に盛り上がった同性愛解放運動や、自身が同性愛者である多くの精神科医たちの運動により、1973年には

同性愛という語の使用をやめ、性的指向障害(Sexual Orientation Disturbance)と改めた。しかしその後、アメリカ政権の保守化やAIDS流行の影響により、1980年に出版された第3版であるDSM-IIIでは自我異質性同性愛(Ego-Dystonic Homosexual)と改められ、同性愛の語が復活した。この診断は、同性愛そのものを精神疾患としたわけではなく、本人が同性愛であることに苦しんでいる場合に支援を提供できるように診断名を与えたものである。

しかし、社会モデルの基本的な考え方であるが、同性愛に苦しむのは本人の問題ではなく社会の偏見の問題であるとされ、最終的に1987年のDSM-III-Rにおいて、同性愛についての診断カテゴリーはすべて削除されることになった(Kutchins & Kirk, 1997)。これに並行して、アメリカ心理学会も、1975年に、同性愛は異常や欠陥を意味しないとする声明を出し、1990年には世界保健機関(WHO)が、同性愛はいかなる意味でも治療の対象とはならないと決定している。1995年には日本精神神経学会も、同性愛を性的逸脱とはみなさないとの見解を表明した(山内, 1999)。

トランスジェンダーについては、1980年のDSM-IIIにおいて、性同一性障害(Gender Identity Disorders)の中の性転換症(Transsexualism)として、精神疾患としての位置づけがなされた。その後、性的なあり方を精神疾患として扱われたくないという社会モデルを志向した当事者運動は根強く、2013年のDSM-5では性別違和(Gender Dysphoria)、2019年のICD-11では性別不合(Gender Incongruence)と、「障害」の語句を外す名称変更がなされ、疾患としての意味合いを薄める方向となっている(石丸, 2020)。

シスジェンダーであるレズビアン・ゲイ・バイセクシュアルが、同性愛や両性愛であるということそのものについて支援を必要とすることはない。実子を持つことが多少困難ではあるが、生殖補助

医療や、養子・里子によって子育てを行う同性愛者も増えており、周囲の人々の偏見、宗教的な禁止、社会制度の不平等などによって苦しむことがあるのみである。いいかえれば、インペアメントの部分がゼロであり、すべてがディスアビリティである。

一方トランスジェンダーについても、周囲の人々の偏見や、法律など社会の決め事に関して苦しんでいることが大部分である。しかし、たとえ無人島に1人で住み、他者との交流がない状態になったとしても、自身の声、胸、性器など身体的な特徴に多大な苦痛を感じ、身体治療によって変更したいと考えるだろう。このように考えると、その個人に特有のインペアメントと、社会に起因するディスアビリティとは、本質的に区別できない（融合している）状況が一部に存在すると考えられる。

V 自閉スペクトラム症の障害モデル

ASDの医学モデルにおいてはIQなどの知的能力の指標を使い、各年齢における平均的な発達を正常な発達だと捉え、平均からどれぐらいの距離にいるのかを測定すること、またASDの症状として定義されている行動の頻度や強度を「インペアメント」とみなす傾向がある。しかし、自閉症の定義の拡大の影響もあってか、知的能力や行動の重症度だけでなく当事者の社会への適応や、前述したQOL改善モデルの風潮がみられる。このことから、ASD研究においては既存の医学モデルから障害を捉えるだけでなく、社会モデルを用いた障害理解や介入が活発化していることが考えられる。

社会モデルを想定とした疾患の捉え方としては、Milton（2012）の、二重共感問題（double empathy problem）が挙げられる。二重共感問題とは、ASDのコミュニケーションの困難は、コミュニケーションを取ろうとしている両者双方のコミュニケーション方法の理解不足であると捉え

る考え方である。つまり、ASDの診断基準に含まれている社会的コミュニケーションの困難を、ASDを持つ一人一人の責任、つまりインペアメントとして捉えるのではなく、コミュニケーションをしようとしている双方のディスアビリティの問題として考える。

また、ニューロダイバーシティ運動では、医学モデルで言われている「平均的な人」は存在せず、どんな人も平均には収まらない特徴をもつと考える。そのため、「平均的な人」を正常とし、そこから逸脱している状態を障害と考えるバイアスから脱却しようとする取り組みともいえるだろう。

このような取り組みや考え方は、国内においても取り入れられてきている。例えば熊谷（2017）は現在のASDの診断基準について矛盾を指摘している。診断基準はインペアメントを記述することが期待されており、そのような想定の下で研究や臨床で用いられている。しかし、二重共感問題でも言及されていた通り、ASDの診断基準に含まれている社会的コミュニケーションの困難においては、ディスアビリティの問題として考えることができる。ASDの診断では、インペアメントが記載されているはずの診断基準にディスアビリティが採用されているという矛盾が生じていることから、コミュニケーションの障害は、インペアメントとして解釈されてきたという。そのため、定型発達者のコミュニケーション様式に適應することを目標とする医学モデルに基づく介入を行ってきたとして批判している。

また、日本国内での教育や産業の領域においても、複雑な指示理解が難しい人には指示を分けて伝える等の社会モデルを背景にした合理的配慮が推奨されており、2024年より改正障害者差別解消法の施行によって、企業や私立の学校などの民間業者に対しても障害者への合理的配慮が義務化される。このように、ASDにおいても国内外において、社会モデルによる疾患の解釈介入が注目されている。

VI ASDの障害をどう捉えるか

これまで、ASDとLGBTの障害について述べてきた。インペアメントについて、LGBTでは、トランスジェンダーが自身の声、胸、性器など身体的な特徴に多大な苦痛を感じる点が挙げられているものの、レズビアン・ゲイ・バイセクシュアルにおいては、同性愛や両性愛であるということそのものについての障害はみられない。このことからLGBTは、当事者の性質や個性ととらえられることもある。ASDにおいては、知的能力や重度の自閉特性が挙げられるが、社会適応や本人の困難さにフォーカスされることも増えている。

LGBTの中心的なディスアビリティは、主に周囲の人々の偏見や宗教的な問題、社会制度といったものである。一方でASDにおいては、コミュニケーションの障害に焦点があたることが多く、ディスアビリティについても定型発達者とASD当事者との齟齬に関する研究が多い。

LGBTにおいてはディスアビリティの問題が深刻であることから、インペアメントとディスアビリティは不可分であるといった見方がなされている。LGBTでの議論を踏まえると、ASDにおいても当事者が抱える障害は簡単にインペアメントとディスアビリティに分けることができないのではないか。その例として、ASDの女性で考えることができる。

近年、自閉症の診断基準が拡大したことで、ASDの女性に対する注目や、研究が盛んになってきている。ASDの男女人口比は4:1と男性のほうが多いことから、女性のASDについては臨床や研究がおろそかになっていたことが指摘されている。そのため、実際は男性と女性でASDの特性は異なっているものの、現在のASDの診断基準は男性の行動が主に反映されているため、女性が見過ごされている可能性がある。しかしその一方で、ASDの女性は診断基準に引っかからないのであれば、障害というほどの問題は起きていないのではないかと、といった批判も散見される。こ

の議論についても、障害モデルで考えることができるであろう。

ASDの女性に特徴的な行動としては、ASDの男性と比較してコミュニケーション能力が高いこと、感覚過敏が強いこと、常同行動が少ないこと、また自らの自閉特性を自覚し、時にはそれを隠そうとする動きがみられることが挙げられる(Bargiela,2019)。これらの特徴から、ASDの女性の場合、周囲から見た時のインペアメントの程度が男性と比較すると小さいように見られる。そのため医学モデルに基づいた解釈では、ASDの女性はASDの障害の範囲に収まらないといった考え方がされうる。

しかしASDの障害において、本人の自閉特性と日常生活の間のディスアビリティも考慮に入れることが重要である。そのため、女性のASDの障害特性の把握だけでなく、男性とは異なる、女性を取り巻く環境との間のディスアビリティを考慮する必要がある。例えば、森・石丸(2022)にみられるように、定型発達の女性におけるマウンティングの表現方法はマウンティングを行う基準が複雑なうえに婉曲的な表現が多い。このような定型発達の女性のコミュニケーションについては、ASDの特性自体が男性と比較して軽いASDの女性でも、対応に困難さを抱える可能性がある。このことから、女性コミュニティやASDの女性を取り巻く社会と当事者の特性との間のディスアビリティを考慮する必要がある。

しかし、ディスアビリティのみを扱うと、女性の障害者特有のディスアビリティが把握しづらいたことが考えられる。女性障害学者であるLloyd(1992)らは、女性の障害者においてディスアビリティのみを扱う事は、女性の障害者特有の障害を適切に取り扱うことができないと考えた。ディスアビリティのみを切り取ると、女性全体が抱えている問題に議論が集中し、女性の障害者特有のインペアメントを踏まえたディスアビリティに注意が向きにくい。そのため、インペアメントを社

会モデルの中でも扱う必要があると主張した。

例えば、ASDの女性は、女性間のコミュニケーションが苦手だとされるが、定型発達の女性であつても女性間のコミュニケーションに困り感を抱えている可能性がある。ASDの女性は自閉的な特性があることから、それぞれの女性が抱える「女性間のコミュニケーションの困りごと」には、質的な違いがみられるはずである。しかしながら、インペアメントを考慮せずに「女性間のコミュニケーションの困り感」にのみ注目すると、その質的な違いが把握しづらくなる可能性がある。

このことから、ASDの女性をふくむ、ASDのある人の困難さや障害を把握するためには、ディスアビリティだけではなく、当事者がかつインペアメントも考慮することが重要であると考えられる。ASDのある人は、特性が個人によって大きく異なるため、ASDのインペアメントが把握できる心理検査を行い、その上で社会との間で生じるディスアビリティを考慮し、支援を検討をする必要があるだろう。

文献

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., & Thornicroft, G. (2013). Review of mental - health - related stigma in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences, 67*(7), 471-482.
- Bargiela, S. (2019). *Camouflage: The hidden lives of autistic women.* Jessica Kingsley Publishers.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment, and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research, 122*(1-3), 232-238.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research, 10*(1), 1-11.
- 石丸 径一郎 (2020). LGBTに関する医療の歴史 治療, *102*(8), 1054-1057.
- 石尾 絵美 (2008). 障害の社会モデルの理論と実践. 技術マネジメント研究, *7*, 37-49.
- Kutchins, H. & Kirk, S. A. Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders. (Free Press, 1997). (高木 俊介・塚本 千秋 訳 精神疾患はつくられる : DSM 診断の罫 日本評論社 2002)
- 熊谷 晋一郎 (2017). 自閉スペクトラム症の社会モデル的な支援に向けた情報保障のデザイン 当事者研究の視点から. 保健医療科学, *66*(5), 532-544.
- Lloyd, M. (1992). Does She Boil Eggs? Toward a Feminist Model of Disability. *Handicap & Society, 7*, 207-221.
- 舛森 直哉 (2021). 性同一性障害/性別違和と保険適用. 医学のあゆみ, *279*(4), 264-267.
- Milton, D. E. (2012). On the ontological status of autism: The 'double empathy problem'. *Disability & Society, 27*(6), 883-887.
- 宮崎 留美子 (2000). 私はトランスジェンダー. ねおらいふ.
- 森 裕子・石丸 径一郎 (2022). マウンティングエピソードの収集とその分類: 隠蔽された格付け争いと女性の傷つき. お茶の水女子大学心理臨床相談センター紀要, *23*, 23-36.
- Oliver, M., Sapey, B., & Thomas, P. (1983). *Social work with disabled people* Bloomsbury Publishing.
- Oliver, M., (1996). *Understanding Disability*, Macmillan press.
- Paterson, K., & Hughes, B. (1999). Disability studies and phenomenology: The carnal politics of everyday life. *Disability & Society, 14*(5), 597-610.
- Singer, J. (1999). Why can't you be normal for once in your life? From a problem with no name to the emergence of a new category of difference. *Disability Discourse, 59*-70.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services, 52*(12), 1615-1620.
- 下津 咲絵 (2007). 精神疾患患者のセルフ・スティグマが精神疾患の治療や経過に与える影響 総合病院精神医学, *19*(3), 353-357.
- 立岩 真也 (2002). ないにこしたことはない、か・1 明石書籍
- 山口 創生・木曾 陽子・米倉 裕希子・岩本 華子・三野 善央 (2013). 精神障害に関するスティグマの定義と構成概念: スティグマに関する研究の今後の課題 社会問題研究, *62*, 53-66.
- 山内 俊雄 (1999). 性転換手術は許されるのか: 性同一性障害と性のあり方 明石書店