

発達障害児をめぐる解釈と実践

－不適応と非行の間－

木村 祐子(お茶の水女子大学大学院)

1. はじめに

1990年代後半から子どもの不適応的な行動は、「発達障害」という新しい医療的カテゴリーによって説明されつつある。「発達障害」とは、2004年12月に可決された法令「発達障害者支援法」によれば、「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して政令で定めるものをいう」。教育現場では、1995年に「学習障害」が公式に定義されて以降、全国的に小・中学校でモデル事業が実施され、2004年度には「注意欠陥多動性障害」や「高機能自閉症」も特別支援教育の対象となるなど医療的な制度化を浸透させつつある。また、少年非行にたずさわる司法臨床家らは、非行の原因として「発達障害」との関連性を示唆しつつあり、処遇や矯正教育のあり方を問い合わせし始めている。しかしながら、このような「障害」による解釈・認識は、最近でこそさまざまな場面で普及しつつあるが、以前は全くみられなかつたものである。

そこで本報告は、この新たなるなまなざしの制度化にともない子どもの不適応的な行動や逸脱行動がどのように解釈され、理解されるようになっているのかを、問題の「語られ方」に注目して検討した。特に、医療的まなざしのみで捉えることができない現状の葛藤や矛盾に焦点をあてた。

データは、専門家ら（精神科医や司法臨床家など）の文献や論文などの資料とインタビュー調査（教員）に基づいている。

2. 先行研究

子どもの問題行動の語られ方は、時系列的にみて発生場所の移動にともない性質、原因、解決策において変容している（伊藤 1996）。1990年代以降は、あらゆる問題が「心」の問題として理解される「心」の時代の到来であった。問題行動は、心理学や精神医学的知識によって説明されるようになり、それらの知識を自発的に受容するようなエーストスがみられるようになった（森 2000）。このような傾向にともない、大衆文化では、「心的外傷後ストレス障害（Post-traumatic Stress Disorder）」、「解離性障害」、「人格障害」、「AC（アダルトチルドレン）」などをキーワードにした「トラウマブーム」や依存概念が普及していった。特に、2000年に入ってからは「障害」や「脳」といった医療的な解釈が強まりつつあった。

これらの傾向に共通する特徴は、問題を個々人のレベルに還元する説明図式にある。中でも、精神医学の領域では、ますます個人の特定部分（脳）に問題を還元するような器質主義や生物主義的な考えが優勢になってきている。

「発達障害」の原因是、概念上「脳機能障害」と表記されているが、厳密にいえば専門家らの間でも意見の相違があり今のところ科学的根拠を提示できる段階にない。それゆえ、障害の発見、診断、治療の一連の医療的流れには、心理学、医学、教育などの領域が交互に関わっており、学問的に一貫した根拠や対応（治療）が確立されていない。斎藤によれば、「発達障害の問題は、まさに心の発達理論という仮説に立脚しなければ、おそらく位置づけすら困難で

あつたはずのもの（斎藤 2003:116）」としている。このようにして一見、異なった対象にみえる心理学と精神医学の知識や「心」と「脳」は、今や同じ次元で用いられ、解釈されるようになっている。

以上のように、新しい医療的なまなざしは、診断自体の原因の曖昧さゆえに、多様な知識によって位置づけられていた。それゆえ、障害の原因が不確実であることは、子どもの問題行動を医療的に説明する際に、医療的な認識・解釈とは異なった語りや矛盾・葛藤を生じさせていた。

3. 葛藤と矛盾のパターン

子どもの不適応的行動や逸脱行動は、医療的に解釈されながらも、これまで言われてきたような「親のしつけ」、「教師の指導」、「地域の環境」などといった家庭、学校、地域、などの周辺・環境的な要因によって捉えられていた。例えば、少年非行に関わる議論の多くは、医療的な解釈と並列して、従来型の説明を残存させる傾向にあった。その根本的な理由は、先にも述べたような診断自体の原因が特定されていないところにある。

①原因の不確実性による不確実な実態

発達障害の診断は、科学的根拠を提示できないために不確実な実態がみられた。ある児童は、たくさんの病院に通い、その度に異なった診断名を付与されていたし、専門家らの間では、診断にいたるまでの資料の集め方や処方の方針に差異がみられた。

② 医療的まなざしの曖昧さ

専門家や教員は、子どもの問題行動に医療的なレッテルを付与するが、環境の改善や対応によって解決できること理解する傾向にあった。また、教育現場ではあえて診断を付与しなかったり、「診断名」はあまり重視されない傾向にあつた。

③ 専門家らの語り方

非行問題では、主に行行為障害、アスペルガー症候群、ADHDとの関連性が指摘されていた。これらの障害は、衝動的、思い込み、反抗的、コミュニケーション下手といった特徴をもっており非行要因と重なるため原因論として掲げられやすい。司法臨床家らは、非行の原因が障害にあるとしながらも、障害のみで解釈することは危険であるとし、従来どおり生育歴や家庭環境要因を重視している。

また、精神科医の福島は、非行のみならず学級崩壊、不登校、校内暴力などの問題が環境ホルモンの影響による脳の形成異常にあると述べている。いずれも科学的根拠が示されておらず（斎藤 2003）、曖昧な点が多い。さらに、重大殺人事件に関しては、従来型の言説（家庭環境、心のトラウマなど）を含んだ「殺人者精神病」といった病名を提唱している。

4. おわりに

子どもの問題行動の語られ方は、「障害」という医療的な説明をしながらも、障害の原因不確実性により従来型の「家庭環境」、「学校環境」、「地域社会」などの説明を用い、折衷的な言説を作り出していた。特定の専門家らによる議論は、問題行動と障害（脳の損傷）の関連性を述べる根拠が乏しく、医療的な説明自体に従来型の言説を取り込みながら提示する傾向にあった。

【参考文献】

- 福島章 2005, 『犯罪精神医学入門－人はなぜ人を殺せるのか』中公新書.
 伊藤茂樹 1996, 「『心の問題』としてのいじめ問題」『教育社会学研究』第59集, 21-37頁.
 斎藤環 2003, 『心理学化する社会－なぜ、トラウマと癒しが求められるのか』PHP.
 山家歩 2003, 「依存を通じての統治－ACや共依存に関する言説についての検討」『ソシオロジ』47(3).