

成人期発達障害女性におけるカモフラージュの特徴

Characteristics of camouflaging in adult women with developmental disorders

宮岡 佳子

跡見学園女子大学心理学部

Yoshiko Miyaoka

Faculty of Psychology, Atomi University

丹治 和世

医療法人社団大坪会小石川東京病院

Kazuyo Tanji

Koishikawa Tokyo Hospital

要 約

【問題と目的】発達障害者は症状や行動特性が周囲に分からないようにふるまうカモフラージュを行う場合がある。ことに女性に多い。そこで成人期発達障害の女性におけるカムフラージュの特徴ならびに状況により自己を変えらるという自己多元性との関連について検討する。

【方法】成人期発達障害の女性150人(18～59歳。平均年齢35.5歳)を対象にウェブアンケートを行った。質問紙の内容は、(1)人口統計学的特徴、(2)発達障害に関する項目、(3)カモフラージュに関する質問、(4)PHQ-9(うつ症状を評価)、(5)自己多元性尺度(下位尺度：意識的自己切替、無意識的自己切替、不変)より構成される。

【結果】カムフラージュの傾向の質問をもとに対象者をカモフラージュ低群(46.7%)、高群(53.3%)に分けて比較した。カモフラージュ高群のほうが併存する精神疾患があり、デイケアに通所している者が多く、うつ症状が強く、意識的にも無意識的にも自己を切り替える傾向が強かった。併存する精神疾患ではうつ病、不安障害が多かった。

【結論】カモフラージュは困難に対する対処方法の一つである。しかし、カモフラージュが強い者は精神的健康度が低かったことから、対処行動として欠点もあることが示された。今後、対処スキルとしてのカモフラージュについてより詳細な研究が必要である。

【Key Words】成人期発達障害, 女性, カモフラージュ, 自閉スペクトラム症, 注意欠如多動症

I 問題と目的

発達障害とは、小児期に始まる脳の非定型の発達を示す疾患群をいう。米国精神医学会の操作的診断基準の最新版であるDSM-5-TR(American Psychiatric Association, 2022)では、自閉スペクトラム症

(autism spectrum disorder : 以下 ASD), 注意欠如多動症(attention-deficit/hyperactivity disorder : 以下 ADHD), 限局性学習症(specific learning disorder)等が含まれる。日本では、発達障害者支援法が2016年に改正され、性別や年齢に応じた支援が切れ目なく行われることが基本理念として

加わった(厚生労働省ホームページ(a))。

成人期発達障害は、ASDとADHDが多くを占める。ASDの症状として、社会的コミュニケーションの障害、限定された行動・興味がある。ADHDの症状では、不注意、多動および衝動がある。発達障害の男女比は、おおよそ2～5：1で男性に多い疾患である(Lai et al., 2015; Kok et al., 2016)。性差医療(男女の違いを意識した医療)の観点からも、発症頻度が男性よりも少ない女性に焦点をあてた調査研究は重要である。ASDでは症状を隠し、正常にみせようとふるまうカモフラージュ(camouflaging)行動があり、その傾向は男性より女性が強い(Lai M. et al., 2017; Schuck RK. et al., 2019)。またADHDの女性は男性に比べ多動・衝動性が目立たないという特徴がある(Antoniou, E. et al., 2021)。従って、ASD、ADHDともに女性は男性よりも症状が顕在化せず診断に至らなかったり、周囲が本人の困難に気づきにくい可能性がある。

カモフラージュは、発達障害者が健常者のようにふるまうことであり、その目的は周囲とのトラブル等の問題に対する対処である。その意味でカモフラージュは合目的な行動である。一方、カムフラージュとうつ症状に関連がみられているという報告もある(Cage et al., 2018; Hull et al., 2021)。そこで本研究では、成人期発達障害の女性のカモフラージュに焦点をあて、関連する要因を調べることにした。要因には、発達障害に関連する要因のほか、自己多元性(self-pluralism)についても調べることにした。自己多元性とは、状況や時に応じて、気分、行動の領域でいつもの自分と違って

いると認識することである(Lýs, 2021)。発達障害の特性を隠して正常であるかのようにふるまうことは、自己の多元性に類似した部分があると考え検討することにした。カモフラージュはASDの特徴であるが、自分が発達障害とはわかっているが、具体的な病名(例：ASD、ADHD、限局性学習症)を知らない場合もあり、発達障害者全体を対象とした。

II 方法

1. 対象者と手続き

発達障害と医療機関で診断されて治療中の女性(年齢18～59歳)を対象にウェブアンケート調査を行った。対象者が150人に達した段階で回収を終了した。(株)クロス・マーケティング社により実施し、対象者は社のモニターである。2023年10月に実施した。

2. 質問票

質問票は以下のように構成した。

- 1) 人口統計学的特徴：年齢、婚姻、同居家族、職業等を問う。
- 2) 発達障害に関する質問：

①発達障害の具体的な病名

具体的な発達障害の病名を尋ねた。以下、(i)から(iv)の選択肢を選ぶ。複数の発達障害を有している場合は(i)(ii)(iii)を複数選択できるように設定している。「発達障害」とのみ医療機関から告げられ、具体的な病名を知らない場合は、(iv)を選択する。

- (i) 自閉スペクトラム症(自閉症スペクトラム障害)、アスペルガー障害(アスペルガー症候群)、または広

汎性発達障害と言われている。

- (ii) ADHD(注意欠陥多動性障害・注意欠如多動症)と言われている。
- (iii) その他
- (iv) 発達障害と言われているが、具体的な病名はわからない。

発達障害には、様々な疾患を含んだ病名である。ICD-10(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision)(World Health Organization, 1992)とDSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)の診断基準名も異なっている。DSMもDSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 2000)からDSM-5(American Psychiatric Association (2013)になり、大きく変わった。自閉性障害とアスペルガー障害の病名がなくなり、一つの連続体として、自閉スペクトラム症(または自閉症スペクトラム障害)にまとめられている。同じ病態の患者でも医療機関から告げられる病名は異なっていることは珍しくない。そこでいくつかの病名を併記した。

② ADHD 治療薬の服用

ADHDと言われていると回答の場合に服用の有無を問う。

③ 発達障害以外の併存精神疾患

併存している場合は、病名を記入する。尚、DSM-5-TR日本語版のDSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル(日本精神神経学会, 2023)は、2023年6月に発行され、DSM-5では症と障害が併記されていたが、DSM-5-TRでは多くが症に統一された。ま

た適応障害は適応反応症となった。しかし本研究の集計では、対象者の回答の病名をそのまま用いた。障害を使った場合も症に変換はしなかった。

④ デイケア通所歴

現在通っているか、過去に通ったことがあるか、現在も過去も通ったことはないかの3択で問う。

⑤ カモフラージュ

カモフラージュの有無に対しては、「周囲の人に対して、発達障害の症状や行動の特性が分からないようにふるまうことはありますか?」という質問を作成した。回答は、全くしない、たまにする、時々する、いつもする、の4件法とした。

3) PHQ-9(Patient Health Questionnaire 9)(村松・上島, 2009) :

Spitzerら(1999)が開発したうつ病の自己記入式評価尺度Patient Health Questionnaire 9(PHQ-9)の日本語版である。一週間の状態を尋ね、うつ状態を測定する。9項目よりなる。4件法で0~3点で算出し、0~4点はなし、5~9点は軽度、10~14点は中等度、15~19点は中等度~重度、20~27点は重度と判定する(村松, 2014)。

4) 自己多元性尺度(藤野, 2022):

無意識ないし意識的に自己を切替えているかを測定する尺度である。多元性自己とは、様々な状況において異なった自己を自覚することである。思春期の発達課題であるアイデンティティは自己の一貫性であるが、多元的な自己をもつ感覚も現代の青年においてはアイデンティティと共存していることが着目されてい

る(藤野, 2022)。「意識的自己切替」「無意識的自己切替」「自己不変」の3下位尺度12項目よりなる。意識的自己切替の項目例には「意識して自分を使い分けている」があり、無意識的切替の項目例には「その場の雰囲気によって自分が変わる」があり、自己不変の項目例には「時と場合によらず自分は変わらない」がある。多元性自己は発達心理学的な用語であるが、「別の自分」を意識してふるまうことは、カモフラージュとも共通する態度と考え、この尺度を用いることにした。藤野(2022)は5件法で回答を求めているが、本調査では回答のしやすさを考えてPHQ-9と同じ4件法とした。

3. 倫理的配慮

ウェブアンケートの冒頭に説明文書を書き、研究目的、研究内容、倫理的配慮等について説明した。質問紙は匿名で回答し、回答送信をもって対象者の調査への同意とみなした。本研究は、跡見学園女子大学研究倫理審査委員会承認を得た(研究承認番号: 倫教-23-002)。

4. 分析方法

統計的分析を行った。自己多元性尺度の信頼性を確認するため α 係数を算出した。カモフラージュの程度、年齢、使用尺度変数間の関連を見るためSpearmanの順位相関係数を算出した。カモフラージュ低群と高群において、統計学的特徴と発達障害関連要因の人数比較では χ^2 検定、年齢と各尺度では対応のないt検定を行った。

統計ソフトは、IBM Statistics ver29.0を用いた。

III 結果

1. 対象者の背景

対象者150人の特徴をTable 1に示す。平均年齢は35.5歳で18~59歳に分布している。結婚している者は58人(38.7%)で、結婚していない者のほうが多かった。同居(家族、パートナー、親戚等)している者は120人(80%)で、一人暮らしよりも多かった。職業では仕事をしている者(フルタイム、アルバイト、パート、自営業)は79人(52.7%)で約半数であった。フルタイム勤務が49人(32.7%)と最多であった。仕事をしていない者の内訳では、学生17人(11.3%)、福祉施設通所13人(8.7%)、無職(専業主婦を含む)41人(27.3%)であった。

発達障害の病名は、ADHDが63人(42.0%)、次いでASDが50人(33.3%)であった。その他の2人は、「ASDのグレーゾーン」「学習障害」であった。ADHD、ASD、その他の発達障害では複数の発達障害を有する者もいる。一方「発達障害であるが具体的な病名は分からない」と回答した者が50人(33.3%)であった。ADHDのうち、ADHD治療薬を服用している者は33人(52.4%)と約半数であった。発達障害以外の精神疾患を有している者は77人(51.3%)と約半数であった。デイケアに現在通所している者は25人(16.7%)であった。

次に、カモフラージュの傾向は、質問「周囲の人に対して、発達障害の症状や行動の特性が分からないようにふるまうことはありますか?」に対する回答で判定した。全くしないと回答した者は31人(20.7%)、たまにすると回答した者は39人(26.0%)、時々すると回答した者は28人(18.7%)、い

Table 1. 対象者の背景

	全対象者 n = 150	カモフラージュ		検定 (t, χ^2)	
		低群 n = 70	高群 n = 80		
年齢(mean) (S.D.)	35.5 (11.3)	37.1 (11.6)	34.1 (10.9)	t = 1.629	p = 0.105
結婚(人) (%)				$\chi^2 = 0.972$	p = 0.401
している	58 (38.7)	30 (42.9)	28 (35.0)		
していない	92 (61.3)	40 (57.1)	52 (65.0)		
居住(人) (%)				$\chi^2 = 0.000$	p = 1.000
同居者あり	120 (80.0)	56 (80.0)	64 (80.0)		
一人暮らし	30 (20.0)	14 (20.0)	16 (20.0)		
職業(人) (%)				$\chi^2 = 4.572$	p = 0.470
学生	17 (11.3)	8 (11.4)	9 (11.3)		
アルバイト・パート勤務	23 (15.3)	10 (14.3)	13 (16.3)		
フルタイム勤務	49 (32.7)	27 (38.6)	22 (27.5)		
自営業	7 (4.7)	1 (1.4)	6 (7.5)		
福祉施設通所(障害者就労支援事業所等)	13 (8.7)	6 (8.6)	7 (8.8)		
無職(専業主婦含む)	41 (27.3)	18 (25.7)	23 (28.7)		
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
発達障害病名(併存あり)(人) (%)				$\chi^2 = 2.263$	p = 0.165
ASD	50 (33.3)	19 (27.1)	31 (38.8)		
ADHD	63 (42.0)	29 (41.4)	34 (42.5)		
その他	2 (1.3)	0 (0.0)	2 (2.5)		
具体的病名は知らない	50 (33.3)	25 (35.7)	25 (31.3)	$\chi^2 = 0.335$	p = 0.605
ADHD で ADHD 治療薬服用(人) (%)				$\chi^2 = 0.839$	p = 0.450
あり	33 (52.4)	17 (58.6)	16 (47.1)		
なし	30 (47.6)	12 (41.4)	18 (52.9)		
発達障害以外の併存精神疾患(人) (%)				$\chi^2 = 5.877$	p = 0.022
あり	77 (51.3)	29 (41.4)	49 (61.3)		
なし	73 (48.7)	41 (58.6)	31 (38.8)		
デイケア通所歴(人) (%)				$\chi^2 = 10.191$	p = 0.006
現在あり	25 (16.7)	5 (7.1)	20 (25.0)		
過去あるが現在なし	37 (24.7)	16 (22.9)	21 (26.3)		
なし	88 (58.7)	49 (70.0)	39 (48.8)		

S.D., Standard deviation; ASD, Autistic spectrum disorder; ADHD, Attention-deficit/hyperactivity disorder.

つもすると回答した者は52人(34.7%)であった。全くしない、たまにすると回答した者をカモフラージュ低群、時々する、いつもすると回答した者をカモフラージュ高群とした。低群は70人(46.7%)、高群は80人(53.3%)でほぼ半数ずつに分かれた。

カモフラージュ低群と高群で各変数を比

較した。平均年齢は t 検定で有意差が認められなかった。結婚の有無、同居の有無、職業、発達障害の病名、ADHD 治療薬服用の有無は、 χ^2 検定で有意差が認められなかった。併存精神疾患を有する者の割合は、 χ^2 検定で高群(61.3%)が低群(14.4%)より有意に多かった($\chi^2 = 5.877, p = 0.022$)。

デイケア通所歴では、 χ^2 検定で現在通所している者の割合は高群(25%)が低群(7.1%)より有意に多かった($\chi^2=10.191, p=0.006$)。

2. 併存精神疾患

前述のように、カモフラージュ高群のほうが有意に併存精神疾患を有する者が多かった。その精神疾患の内訳を Table 2 に示した。複数の疾患を有している者もいるため、疾患の個数は人数よりも多くなっている。疾患の分類は13となり、多岐にわたっていることが示された。全対象者の疾患名と、回答数ならびに人数を分母にしたパーセント値を列記する。うつ病(34人、

44.2%)、双極性障害(2人、2.6%)、不安障害(21人、27.3%)、強迫性障害(6人、7.8%)、PTSD(posttraumatic stress disorder)(1人、1.3%)、適応障害(3人、3.9%)、解離性障害(3人、3.9%)、統合失調症(9人、11.7%)、摂食障害(3人、3.9%)、パーソナリティ障害(3人、3.9%)、軽度知的障害(2人、2.6%)、てんかん(1人、1.3%)、睡眠障害(7人、9.1%)である。不安障害、パニック障害、社交不安障害の回答は、DSM-5(APA, 2013)の分類に従い、不安障害としてまとめた。パーソナリティ障害には、境界性パーソナリティ障害2名が含まれ、1名はより詳しい病名については記載されていなかった。てんかんはDSMには

Table 2. 併存精神疾患の種類と頻度

併存精神疾患 ⁽¹⁾	全対象者 (n=150)		カモフラージュ				
			低群 (n=70)		高群 (n=80)		
	併存あり 77人(51.3%)		併存あり 29人(41.4%)		併存あり 49人(61.3%)		
	回答数	% (分母：人数)	回答数	% (分母：人数)	回答数	% (分母：人数)	
1	うつ病	34	(44.2)	10	(34.5)	24	(49.0)
2	双極性障害	2	(2.6)	1	(3.4)	1	(2.0)
3	不安障害 ⁽²⁾	21	(27.3)	8	(27.6)	13	(26.5)
4	強迫性障害	6	(7.8)	2	(6.9)	4	(8.2)
5	PTSD	1	(1.3)	0	(0)	1	(2.0)
6	適応障害	3	(3.9)	1	(3.4)	2	(4.1)
7	解離性障害	3	(3.9)	1	(3.4)	2	(4.1)
8	統合失調症	9	(11.7)	4	(13.8)	5	(10.2)
9	摂食障害	3	(3.9)	0	(0)	3	(6.1)
10	パーソナリティ障害	3	(3.9)	1	(3.4)	2	(4.1)
11	軽度知的障害	2	(2.6)	0	(0)	2	(4.1)
12	てんかん	1	(1.3)	0	(0)	1	(2.0)
13	睡眠障害	7	(9.1)	3	(10.3)	4	(8.2)
	回答数計	95		31		64	

PTSD, posttraumatic stress disorder.

Note. (1) 複数の疾患を有する者もいる。

(2) 不安障害には パニック障害、社交不安障害と回答した者を含む。

含まれない病名であるが精神科医療でも診療を行うため含めた。

全対象者、カモフラージュ低群、高群ともに、最も多い併存精神疾患はうつ病であった(全対象者34人、カモフラージュ低群10人、高群24人)。次に多かったのは3群とも不安障害であった(全対象者21人、カモフラージュ低群8人、高群13人)。3番目に多かったのは3群とも統合失調症であった。ただし、2番目に多い不安障害の半分以下の数にとどまる(全対象者9人、カモフラージュ低群4人、高群5人)。

3. カモフラージュ傾向と他の変数との相関

尺度のうち、自己多元性尺度は5件法で回答を求めているが本研究では4件法で行なったため、信頼性を検討した。クロンバックの α 係数は、「意識的自己切替」.894、「無意識的自己切替」.914、「自己不変」.885といずれも.80以上あり信頼性は確認された。

カモフラージュを「全くしない」を1点、「たまにする」を2点、「時々する」を3点、

「いつもする」を4点と算出し、「カモフラージュ傾向」という変数とし、他の変数(年齢、各尺度得点)との相関をみた。Spearmanの順位相関係数を用いた(Table 3)。後述する「4. カモフラージュ低群、高群の尺度得点比較」では低群、高群と分けた対応のあるt検定を行っている。相関分析、t検定という複数の分析で検討することで詳細な検討ができると考えて行った(Table 3)。

カモフラージュ傾向はPHQ-9と弱い正の相関($r=0.256, p < 0.001$)があり、自己多元性尺度下位尺度「意識的自己切替」と「無意識的自己切替」とは比較的強い正の相関($r=0.450, p < 0.001$; $r=0.432, p < 0.001$)があった。

カモフラージュ傾向以外の相関では、PHQ-9と「意識的自己切替」「無意識的自己切替」は比較的強い正の相関があった($r=0.552, p < 0.001$)($r=0.484, p < 0.001$)。「意識的自己切替」と「無意識的自己切替」はかなり強い正の相関があった($r=0.850, p < 0.001$)。

Table 3. カモフラージュ傾向と年齢、尺度得点との相関

	カモフラージュ傾向	年齢	PHQ-9	自己多元性尺度		
				意識的自己切替	無意識的自己切替	自己不変
カモフラージュ傾向	—	-.099	.256**	.450**	.432**	-.064
年齢		—	-.025	-.022	-.150	-.097
PHQ-9			—	.552**	.484**	.044
自己多元性尺度						
				—	.850**	.111
					—	.018
						—

Spearmanの順位相関係数：PHQ, Patient Health Questionnaire.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Table 4. カモフラージュ低群, 高群の尺度得点比較

	全対象者 n = 150 mean (S.D.)	カモフラージュ		t 検定	
		低群 n = 70 mean (S.D.)	高群 n = 80 mean (S.D.)		
		PHQ-9	13.31 (7.99)		
自己多元性尺度					
意識的自己切替	10.31 (3.82)	8.50 (3.43)	11.89 (3.44)	t = -6.034	p < 0.001
無意識的自己切替	10.44 (3.86)	8.74 (3.55)	11.93 (3.50)	t = -5.516	p < 0.001
自己不変	8.31 (3.63)	8.4 (3.59)	8.24 (3.69)	t = 0.273	p = 0.786

S.D., Standard deviation; PHQ, Patient Health Questionnaire

4. カモフラージュ低群, 高群の尺度得点比較

カモフラージュ低群, 高群における PHQ-9, 自己多元性尺度下位尺度得点との平均得点の比較を t 検定で行った (Table 4)。まず, PHQ-9 得点からうつ病の症状レベル (村松, 2014) を推定すると, 全対象者 (13.31 点), カモフラージュ低群 (10.71 点) は中等度, カモフラージュ高群 (15.59 点) は中等度～重度のレベルとなった。カモフラージュ高群は t 検定においても低群より有意に PHQ-9 得点が高い, すなわちうつ症状が強かった ($t = -3.903, p < 0.001$)。自己多元性尺度では, 意識的自己切替と無意識的自己切替の得点において, カモフラージュ高群が低群よりも有意に高かった ($t = -6.034, p < 0.001; t = -5.516, p < 0.001$)。すなわち, カモフラージュ高群は, 低群よりも意識的にも無意識的にも自己を切り替えていた。

IV 考察

まず, 対象者の人口統計学的特徴を考察する。職業では, フルタイム勤務が 49 人 (32.7%) と最多であった。今回, 障害者雇

用かどうかの設問はしなかったが, フルタイム勤務と回答した中には障害者雇用で就労している者も含まれると考えられる。障害者雇用かどうかの設問はしなかった理由を述べる。データを抽出したウェブ調査では健常者も対象とし, 障害者と同一の人口統計学的質問を行っている。健常者が設問の意味が分からず回答を迷わないようにした。さらに, 発達障害者で, 一般雇用で就職した者のなかには, 事業所がその後障害者雇用とみなした場合, みなしていない場合, みなしているか否か本人が分からない場合があり, 回答に迷いを感じないようにした。

福祉施設通所は 13 人 (8.7%) であった。この施設のほとんどが, 障害者福祉サービスのうち, 訓練系・就労系サービスを提供する施設と考えられる。就労していない者の就労系サービスには, 就労移行支援, 就労継続支援 A 型, 就労継続支援 B 型があり, 訓練系サービスとして自立訓練 (機能訓練), 自立訓練 (生活訓練) がある (厚労省ホームページ (b))。本研究では, 福祉施設の詳しい内容は問わなかった。一つの福祉施設が複数の障害者福祉サービスを提供

することもあり、受けているサービスを問う設問となってしまう、就労形態や職種を問う他の設問と異なった形式になるため設問を行わなかった。

発達障害の病名に関しては、一方「発達障害であるが具体的な病名は分からない」と回答した者が50人(33.3%)と ASD と同程度にいることは着目すべきである。この中には、医療機関が病名を伝えても、本人が分かっていない、という場合もあるかもしれない。しかしながら、インフォームドコンセントの観点からも、本人の疾病理解や対処の仕方を向上させるためにも、医療機関が具体的な病名と病状について本人に分かるように伝えることは重要である。

併存精神疾患では、うつ病が34名(44.2%)と最多で、不安障害が21(27.3%)であった。先行研究でも、成人期発達障害において両疾患の併存が多いことが示されている(Hollocks, et al., 2019; Katzman et al., 2017)。本研究では、うつ病の併存のほう不安障害より多かったが、先行研究ではうつ病よりも不安障害のほうが多い、ないし関連が強い結果となっている。日本での成人期発達障害の合併症の調査研究では、ASD の者とそうでない者の併存精神疾患のオッズ比は、不安障害は2.31と最も関連が強かった。ADHD においては不安障害が5.10、大うつ病が1.85であった(Umeda, 2021)。そのほかのレビューでは、成人期 ASD において、不安障害の時点有病率は27%、生涯有病率は42%であった。うつ病性障害では時点有病率は23%、生涯有病率37%であった(Hollocks, et al., 2018)。成人期 ADHD では、不安障害が約50%、気分変調症(dysthymia)ないしうつ病が18.6-

53.3%、双極性障害が9.5-21.2%と高率にみられた。(Katzman et al., 2017)。睡眠障害は7名(9.1%)が併存すると回答した。睡眠障害は多くの精神疾患で診られやすい症状である。回答しないが睡眠障害がある者も多いと考えられる。睡眠障害がみられやすい精神疾患にはうつ病、不安障害、統合失調症、ASD、ADHD がある(Baglioni et al., 2016)。成人期 ASD、ADHD と睡眠障害のメタアナリシスでは、頻度はほぼ同じで、不眠症はおよそ60%であった(Lugo et al., 2020)。

次に、カモフラージュ傾向との各項目との相関、ならびにカモフラージュ低群、高群の比較についての考察を行う。カモフラージュが強いほうが、①併存精神疾患がある者が多い、②デイケア通所が多い、③(PHQ-9が高値であったことから)うつ症状が強い、④意識的にも無意識的にも、自分を切り替える傾向が強い、という結果が得られた。

①のカモフラージュが強いほうが、併存精神疾患がある点では、併存精神疾患を有すると、症状の数も多くなり、結果として精神状態の悪化となる。カモフラージュの傾向が強い者は精神状態が悪いことが示される。

次に②のカモフラージュが強い者のほうがデイケアに通所しているという点では、デイケアは、生活リズムの確立、社会スキルの向上等を目標とする。日常生活や社会生活に支障が認められる者の参加が多い。このことから、カモフラージュが強い者のほうが、精神状態が悪い(併存精神疾患を持つ者が多い、うつ症状が強い)ことと関連しているのかもしれない。

次に③の PHQ-9が高値であったことからうつ症状が強いという点を検討する。カモフラージュとうつ症状との関連は報告により異なっている。Cage & Troxell-Whitman (2019)の研究では、成人の ASD でカムフラージュの高さとうつ症状は関係がなかった。一方Cageらの別の研究(Cage et al., 2018)やHullら(2021)の研究では、成人の ADHD でカムフラージュとうつ症状に関連がみられている。うつ症状以外では、カモフラージュと不安と関連するとの報告がある(Cage & Troxell-Whitman, 2019; Hullら, 2021)。カモフラージュが多い者ほど、カモフラージュし続ける緊張のため不安が生まれやすい。一方、カモフラージュが少ない者は「(カモフラージュという)仮面を脱ぐ」時間があるため、不安は少ない。(Cage & Troxell-Whitman, 2019)。これを今回のうつ症状との結果に当てはめれば、もともとうつ症状が強い者がカムフラージュをする側面と、カムフラージュをすることにより、自分を絶えず切り替えることの心理的負荷によりうつ症状が悪化した両面が考えられる。

次に④意識的にも無意識的にも、自分を切り替える傾向が強い点を検討する。自己多元性の点からは、自己を切り替える行為を意識的に行っている場合も、無意識的に行っている場合も、カモフラージュ傾向が強かった。質問項目を見ると、「意識的自己切替」は、意識して自分を使い分けている、関わる集団の雰囲気壊さないような自分を演じている、その場で求められているであろう自分をふるまうようにしている、いろいろな自分を時と場合によってふるまい分けているという4項目である。発

達障害者が周囲と合わせて、自分の特性が目立たないようにしているカムフラージュに類似している。「無意識的自己切替」は、その場の雰囲気によって自分が変わる、どんな友人と一緒にいるかによって自分が変わる、関わる相手や集団によって自分が変わっている、状況によって異なる自分が引き出されるという4項目である。行動が習慣化されているカムフラージュに類似している。これらの理由から、カモフラージュが自己多元性尺度の下位尺度との相関がみられたと考えられた。今回、カモフラージュと類似の概念として自己多元性を調査したが、先行研究では自己多元性が高いことと精神的健康度の低さが示されている。自己多元性は不適応状態に関連(McReynolds, 2000)していた。5因子の性格検査である NRO-FFI(five factor inventory) (Costa & McCrae, 1992)と自己多元性尺度との関連では、神経症傾向とは正の相関、協調性とは負の相関を示した。つまり、自己多元性が強いほど、神経症傾向が強くなり、協調性が低いことが分かった(Lyś et al., 2021)。

以上より、カモフラージュが強い者は、うつ傾向にあり、併存精神疾患がある者が多いことから精神的健康度が低いことが示されたが、カモフラージュと類似の概念である自己多元性であるほど精神的健康度が低いことと一致した結果となった。

もともとは、カモフラージュは困難に対する対処という意味では、合目的な行動である。宮岡(2022)は、成人期発達障害の女性に対し、困難とその対処についての調査を行ったところ、対人関係の困難に対してカムフラージュを用いる対処も多くみら

れた。ASDでは「相手の鼻を見て頑張って話す」、ADHDでは「笑顔を出せるときは出す」「話しかけにくい雰囲気減らす」、ASDとADHDの併存では「質問をして興味があることを示す」である。ASDだけでなく、ADHD、ASDとADHD併存でも、カムフラージュの回答がみられた。しかし、本研究からは、カモフラージュは対処行動として、欠点もあることが示された。成人期発達障害の女性が様々な困難に対し、上手な対処スキルを身に付けていくことは社会的、職業的機能の向上のために重要である。今後、対処スキルとしてのカモフラージュについてより詳細な研究が必要である。

V 本研究の限界

まず、対象者はウェブアンケートのモニターであり、発達障害であることや、発達障害の具体的な病名であることは、本人の申告に基づいたものである点である。次に、カモフラージュの指標として、「周囲の人に対して、発達障害の症状や行動の特性が分からないようにふるまうことはありますか?」という質問を基に判定している。この質問が妥当かどうかは検証されておらず、また一つの質問だけで判定することは信頼性は乏しい。英国のHullら(2019)は、Camouflaging Autistic Traits Questionnaire(CAT-Q)を開発した。日本では、CAT-Qの日本語版が本郷ら(2021)、前田ら(2022)によって作成されている。しかし日本語版尺度が論文に掲載されていないため、使用することができなかつた。今後、日本で使用できるカモフラージュに関する尺度開発が待たれる。

VI 結論

成人期発達障害の女性150人にウェブアンケートを行い、カモフラージュの特徴について調べた。カモフラージュの強いものは、①併存精神疾患がある者が多い、②デイケア通所者が多い、③うつ症状が強い、④意識的にも無意識的にも自己を切り替える傾向が強い、という結果であった。カモフラージュは、発達障害者が健常者のようにふるまうことであるが、問題に対する対処という意味においては合目的な行動である。しかし、精神的健康度の低さとも関連していることが示された。

本論文に関して、開示すべき利益相反事項はない。

本研究は日本学術振興会より助成を受けた(科学研究費基盤C 課題番号 23K02921; 研究代表者 宮岡佳子)。

引用文献

- American Psychiatric Association. (2000). Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2004). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新装版, 医学書院.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing. (日本精神神経学会(日本語版用語監修), 高橋三郎・大野裕監訳(2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医

- 学書院,
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association. 日本精神神経学会(日本語版用語監修), 高橋三郎, 大野裕(監訳) (2023). *DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル*, 医学書院.
- Antoniou, E., Rigas, N., Orovou, E., Papatrechas, A., Sarella, A. (2021). ADHD Symptoms in Females of Childhood, Adolescent, Reproductive and Menopause Period. *Mater Sociomed*, **33**, 114-118.
- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalter, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C. F. (2016). Sleep and Mental Disorders: A Meta-analysis of Polysomnographic Research. *Psychol Bull*, **142**, 969-990.
- Cage, E., Monaco, J. D., Newell, V. (2018). Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *J Autism Dev Disord*, **48**: 473-484.
- Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *J Autism Dev Disord*, **49**, 1899-1911.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Professional manual: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PO-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Center.
- 藤野遼平(2022). 現代青年における自己の多元性の分類とアイデンティティの関連. *青年心理学研究*, **33**, 87-104.
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, **49**, 559-572.
- 本郷美奈子・大島郁葉・仁田雄介・高橋徹・管思清・清水栄司(2021). 社会的カモフラージュ行動尺度(the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire: CAT-Q)日本語版の妥当性と因子構造の検討. 日本認知・行動療法学会大会プログラム・抄録集. **47回**, 332-333.
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P. (2019). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *J Autism Dev Disord*, **49**, 819-833.
- Hull, L., Levy, L., Lai, M., Simon, P., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., Mandy, W. (2021). Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults? *Mol Autism*, **12**(1): 13. doi: 10.1186/s13229-021-00421-1.
- Kok, F. M., Groen, Y., Fuermaier, A. B. M., Tucha, O. (2016). Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review. *Plos one*, **11**(11) e0165119.
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., Klassen, L. J. (2017). Adult

- ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, **17**: 302. doi: 10.1186/s12888-017-1463-3.
- 厚生労働省ホームページ(a) 発達障害者支援施策
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai-shahukushi/hattatsu/index.html
 (2024年1月5日取得)
- 厚生労働省ホームページ(b) 障害福祉サービスの内容
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai-shahukushi/service/naiyou.html
 (2024年1月26日取得)
- Lai, M., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., Baron-Cohen, S. (2015). Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **54**, 11-24.
- Lai, M., Lombard, M. V., Ruigrok, A. N. V., et al. (2017) Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, **21**: 690-702.
- Lugo, J., Fadeuilhe, C., Gisbert, L., Setien, I., Delgado, M., Corrales, M., Richarte, V., Ramos-Quiroga, J. A. (2020). Sleep in adults with autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*, **38**: 1-24.
- Lyś, A.E., Suszek, H., Fronczyk, K. (2021). Psychometric properties of the Polish version Pluralism Scales (SPS). *Curr Issues Personality Psychol*, **10**, 153-163.
- 前田航志・管思清・柳田綾香・小林莉奈・田口潤一郎・内田太朗・富田望・熊野宏昭(2022). 大学生の自閉スペクトラム症傾向と心理的症状の関連における社会的カムフラージュ行動, 体験の回避, 概念化された自己の媒介効果の検討. *早稲田大学臨床心理学研究*, **22**, 59-65.
- McReynolds, P., Altrocchi, J., House, C. (2000). Self-pluralism: assessment and relations to adjustment, life changes, and age. *J Pers*, **68**, 347-81.
- 宮岡佳子(2022). 発達障害を持つ成人女性の困難とその対処—内容分析に検討—. *跡見学園女子大学心理学部紀要*, **4**, 37-51.
- 村松公美子・上島国利(2009). プライマリケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール: Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」. *診断と治療*, **97**, 1465-1473.
- 村松公美子(2014). Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7日本語版—up to date—. *新潟青稜大学大学院臨床心理学研究*, **7**, 35-39.
- Schuck, R. K., Flores, R. E., Fung, L. K. (2019). Brief Report: Sex/Gender Differences in Symptomology and Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, **49**, 2597-2604.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Willams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA, **282**, 1737-1744.
- Umeda, M., Shimoda, H., Miyamoto, K., Ishikawa, H., Tachimori, H., Takeshima, T., Kawakami, N. (2021). Comorbidity and sociodemographic characteristics of adult autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: epidemiological investigation in the World Mental Health Japan 2nd Survey. Int J Dev Disabil, **67**, 58-66.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization. 融道男・中根允文・小宮山実・岡崎祐士・大久保善朗(監訳)(1993). ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—. 医学書院.