

## 5 おわりに

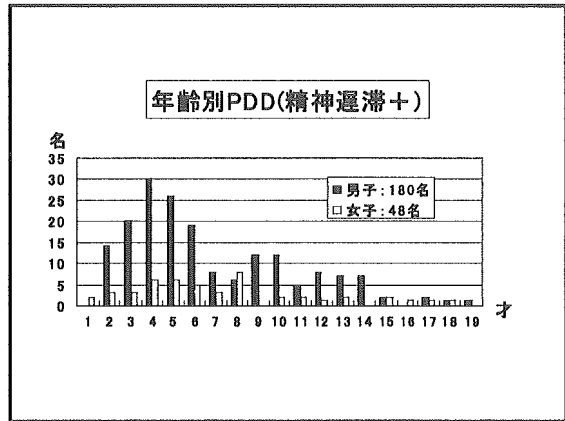
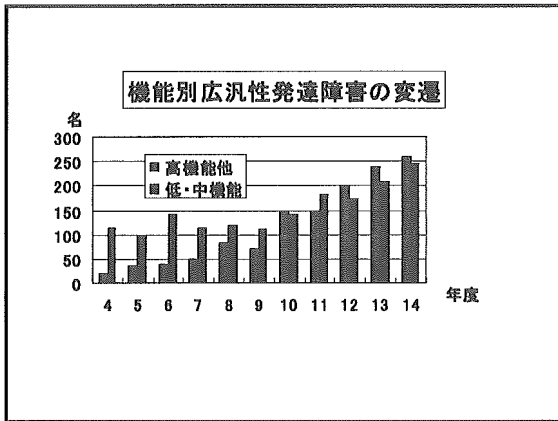
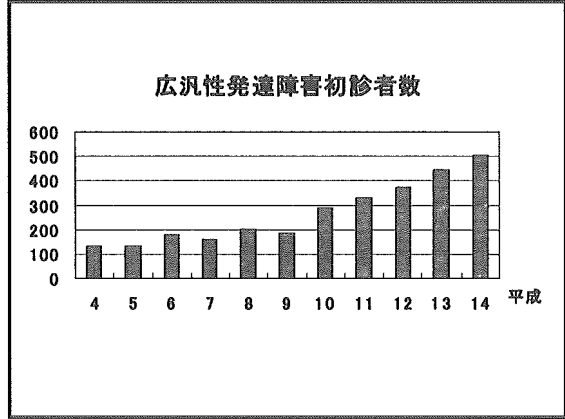
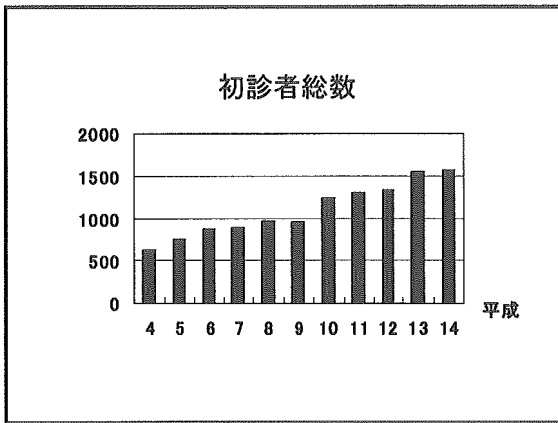
DeMyerらの機能別広汎性発達障害の概念を念頭において、低機能、中機能、高機能、アスペルガー障害について、その経過を考えて見ると、高機能自閉症あるいはアスペルガー障害とされる群は、思春期以降に「どうして自分は他の人と同じに出来ないのか?」、「どうして理解してもらえないのか?」、「自分のことを悪く思っているのではないか?」などの気持ちが強まり、時には社会的不適応から精神病様症状（被害関係念慮・気分変動など）が出現する（図8参照）。これらの症状は、統合失調症や気分障害によるものと一見似ているが、妄想が拡散しないことや願望充足的な内容があることで統合失調症の妄想と異なり、気分の変動が短いことや双極性であることで通常気分障害と異なる。これらの事実をつなぎ合わせると、知的障害を伴わない広汎性発達障害が医療現場で増加していることと、思春期以降に精神病様症状を呈することがあることと、了解しにくい社会的事件が話題になることは無関係ではないかもしれない。しかし、最近のマスコミの論調のように、了解の出来ない事件が報じられる度に、アスペルガー障害など発達障害が取り沙汰されるのは論外であり、かえって社会的不安を煽り、新たな魔女狩りになりかねない。

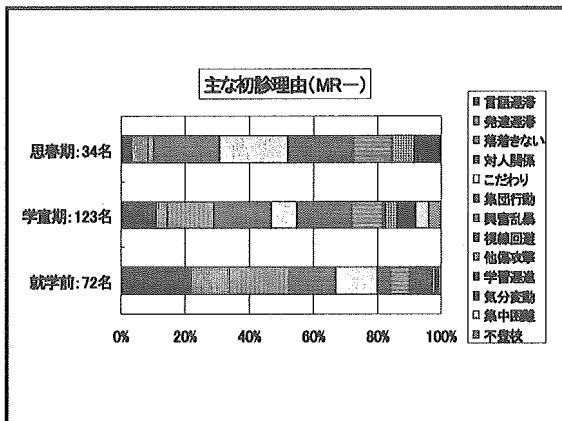
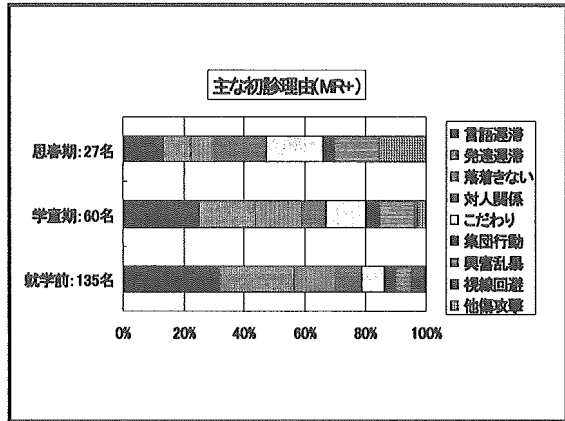
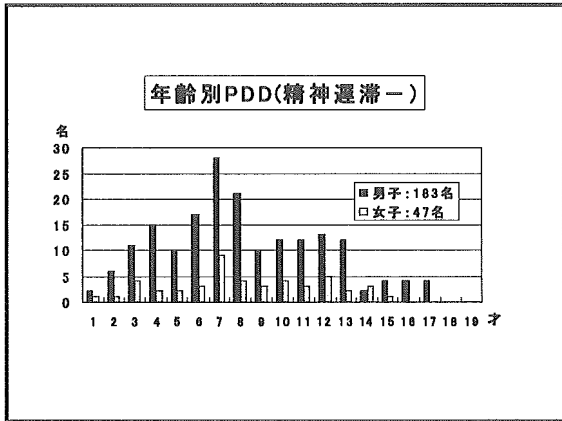
### 参考文献：

- 1) 市川宏伸：高機能広汎性発達障害の現在 臨床精神医学 33；421－427（2004）
- 2) 蓮舎寛子、広沢郁子、市川宏伸：広汎性発達障害の発作様不安 精神科治療19；985－990（2004）
- 3) 市川宏伸：広汎性発達障害の子どもと医療 かもがわ出版（京都）（2004）

### 抄録：

最近、了解できない社会的事件が生じる度に、マスコミを中心に発達障害が取上げられる。医療現場で広汎性発達障害と診断される者は増加しており、特に知的障害のない群でその傾向は著しかった。これらの群は思春期以降に社会的不適応から精神病様症状を来たすことがあり、このことと了解できない事件は無関係ではないかもしれない。しかし、それは社会的不適応を来たした一部の者であり、安易に結びつけることは、かえって社会的不安を煽りかねない。





### 自閉症とアスペルガー障害の経過

	乳幼児期	就学前	学童期	思春期	成人期
アスペルガー障害		知的には正常 言語は遅滞? 情緒的相違性の欠如 特定の物への興味	学力は普通以上(高校・大学へ進学) 友人関係の困難 特別な興味・能力 いわゆる「おたく」 不適応による精神症状 (執着・固執・気分障害)		協同性の欠如 社会性の欠如 特殊な才能
高機能自閉症		知的には正常 言語遅滞可能な言語 情緒の表出性 特定の物への興味	通常教育可能(高校・大学へ進学) 言語的・非言語的困難 友人関係の困難(後援・心め) 顕著な記憶力(記憶力) 不適応による精神症状 (執着・固執・気分障害)		社会的自立に困難 (対人関係の障害) 要求水準と現実能力
中機能自閉症		軽度精神遅滞 やりとり可能な言語 極端な過敏性 呼吸器症 視覚目眩	心身障害児教育が多い 部分的に突出した知能 認知・情緒・情報処理過程の障害 不適応に基づく心身症・神経症様症状 (特に医療が必要)		社会生活に援助が必要 要求水準と現実能力 一部は知的障害施設
低機能自閉症		中・重度精神遅滞 言語ほとんどなし 「人見知りの欠如」・常態反復行動 多動・目眩・過敏性・高関与加困難	異種学校教育が多い 時に施設行動障害の出現 (激しいこだわり・自傷・パニック) (特に医療が必要) 性的問題(自慰行為・一方的興味)		精神遅滞が前面 社会生活困難 知的障害施設 (入所・通所・CH)

## 触法行動に至った事例の臨床的特徴の研究

十一元三（京都大学医学部保健学科）

### 1. 研究目的

広汎性発達障害を持つ児童、青年あるいは成人が社会的問題行動を呈した場合について、それらが発生した背景、および広汎性発達障害の臨床的特徴と問題行動との関連を調べることを目的とした。

### 2. 研究方法

触法行動に至った広汎性発達障害のケースについて、面接あるいは聞き取り調査を、ケース本人、保護者、裁判所職員（医務室技官含む）、あるいは弁護士に対して行った。

まず、聴取した問題行動を、広汎性発達障害にみられる臨床的問題の5つの類型に分類した。次に、問題行動への経緯の分析にもとづき、問題発生の地盤を分類した。最後に両者の関係について検討した。

### 3. 調査結果

#### 1)訪問機関・協力機関

家庭裁判所（4カ所）、刑務所（1カ所）、少年院（1カ所）、児童自立支援施設（1カ所）、医療機関（3カ所；大学病院含む）、保健所（1カ所）、教育関連機関（1カ所）の計12機関。

#### 2)対象ケース

未成年（少年事件）51ケース、成人（刑事事件）4ケースの計55ケース（男性44名、女性1名、うち事件まで未診断が54名）。

### 4. 考察

1)まず、臨床的問題および問題発生基盤の分類項目をそれぞれ示す。

#### 臨床的問題の分類（5項目）

##### ①一次障害（基本障害）

対人相互的行動の障害、すなわち意思疎通性の困難や社会的に不適切な振る舞いなどを指す。反響言語（オウム返し）、視線・身振り・発話の固さや奇異さがみられ、周囲の状況と無関係な言動は強迫的な反復傾向と相まって臨床的問題となりやすい。

##### ②早期関連症状

幼少期より広汎性発達障害に付随しやすい一連の症状（注意転導性、多動、癩癩、パニック、興奮、緊張過多、情動不安定、易怒性、攻撃性亢進、自傷、常同行為、知覚・感覚の不安定など）を指す。

### ③後期合併症

気分障害（躁状態、うつ状態）、精神病様症状（幻聴、妄想、被害関係念慮など）、強迫神経症に類した症状が学童期以降に合併することがあり、一過性のもの、長期持続するもの、実際の被害体験を契機とするものが含まれる。

### ④「二次災害型」問題

一次障害や早期関連症状を背景に生じた周囲とのトラブルが契機となり、二次的に習得した反応性の不穏・不適応行動を指す。

### ⑤高機能者型問題

高機能自閉症、アスペルガー障害、特定不能型広汎性発達障害と診断されるケースにおいて、学童期以降の社会生活の中で混乱し、上記4タイプとは別種の社会的逸脱行動を呈する場合を言う。

## 問題発生基盤の分類（4項目）

### ①従来型

従来より報告のみられた臨床的問題、すなわち一次障害、早期関連症状、後期合併症、二次災害のいずれかに相当するタイプの問題である。

### ②性的関心型

定型発達者と同様、性的関心はアスペルガー障害の青年が触法行動に至る契機の1つであるが、そこには広汎性発達障害独自の特徴が認められる。行動化に至る過程では、雑誌やインターネットなどを通じて得た情報（特に視覚情報）に誘導されていることが多く、そのまま模倣していることが少なくない。特定の身体部位のみに関心が限局したり、フェティシズムを思われる奇異な興味、同性の性器に関心を持つなどの特徴を有することがある。

### ③理科実験型

広汎性発達障害では対人的領域を苦手とする反面、物理現象や生物に強い関心を持ち、それらの領域に精通することがある。例えば、火災や爆発に興味を持ち、実験的試行の規模が大きくなると、加害の意図がなくとも危険である。生物の絡んだ実験についても、行為障害にみられるような動物虐待に類した形体に近づくと問題が生じ易い。これら理科実験的関心はエスカレートする傾向があるため、刺激の遮断あるいは情報収集の制限、許容範囲の明示、新たな（安全な）関心対象への誘導に努める必要がある。身柄拘束などの司法的措置により初めて自分の行動の重大性を自覚するケース、そのような体験を通じても重大さに気づかないケースなどさまざまであるが、一定の期間を経て別の関心に移行する場合が少なくない。

### ④高次対人状況型

性的関心型および理科実験型は、自分の関心を社会的に不適切な

形で追求することに起因する点で、高機能者以外の広汎性発達障害でも認められる問題である。それに対して高次対人状況型という契機は、高機能広汎性発達障害なかでもアスペルガー障害や特定不能型広汎性発達障害に限定される傾向がある「高機能者型」の問題である。高機能広汎性発達障害の場合、これまで診断が見過される割合が高く、上記の2つの下位診断についてはその傾向が顕著である。学業上の問題が少ない場合、広汎性発達障害について従来から知られる「一次障害」や「早期関連症状」のような特徴が目立たないため外見的には順調に進学を続け、学校行事、アルバイトを含む就労、クラブ、サークルなどの一般社会の対人的状況に身を置く可能性が高い。しかし、高機能広汎性発達障害の人にとってもこれら高次の対人状況は理解の範囲を超えていることが多く、混乱を誘発しやすい。この混乱状態とは、必ずしもパニック状態とは限らず、全般的過覚醒状態の形をとることや、自ら困惑を自覚できている場合もあり、注意して観察しない限り外見上あまり目立たないケースがある。

## 2) 分類結果

表にみられるように、触法行動となって現れた問題行動のうち、約7割が臨床的分類のうち「高機能者型」に属し、その発生基盤は「高次対人状況型」であった。発生基盤として「性的関心」が動因に関与しているケースが全体の約4割にみられた。一方、従来型の臨床的問題が触法行動に発展したと思われるケースは約2割にとどまった。

表

	高次対人状況	理科実験	性的関心	従来型
高機能者型	39	(1)	(19)	0
後期合併症	0	0	0	0
二次災害型	0	0	0	6
早期合併症	0	0	0	1
一次障害	0	4	2	3
計	39(71.0%)	5(9.1%)	21(38.0%)	12(18.2%)

注) 表中の ( ) は「高次対人状況」との重複カウントを示す

## 5. まとめ

今回の調査より、広汎性発達障害を持つ青少年あるいは成人のうち、触法行動の形体の問題行動を呈しやすいのは高機能者であることが明

らかとなった。性的関心型の割合の高さは、本調査対象に占める思春期ケースの多さを反映していると考えられた。問題発生の基盤はいずれも「高次対人状況型」であり、ほとんどのケースが事件まで未診断であったことより、高機能広汎性発達障害への早期診断と適応支援が上記問題の予防に重要となることが示唆された。

# 高機能広汎性発達障害の反社会的行動への対応と 予防高機能広汎性発達障害の母子例への対応

あいち小児保健医療総合センター

杉山登志郎 浅井朋子 小石誠二 東 誠 遠藤太郎  
大河内修 海野千畝子 並木典子 河邊真千子 服部麻子

## 要旨

高機能広汎性発達障害の難治例の中に、母子ともに高機能広汎性発達障害と診断ができる症例が存在し、このような場合、積極的に母親の診断を行い、治療的な対応を組むことで治療の大きな進展が得られることにわれわれは気付いた。対象は 25 組の母子症例である。激しい行動障害の存在や、不登校、うつ病など二次障害を来したものが多く、全体の 76 % に子ども虐待が認められた。子どもの入院治療や、母親への薬物療法を含む、包括的な母子平行治療を行い、虐待に関しては 89 % に、子どもの問題行動に関しては 84 % に著しい改善が得られた。母子症例の臨床的特徴と、治療的介入について検討を行った。

## 1. はじめに

高機能広汎性発達障害と診断される青少年による重大犯罪は、神戸の連続殺人事件以来、すでに 10 件を越え、大きな社会問題になりつつある。われわれは厚生科学研究において継続して高機能広汎性発達障害の不適応を増悪させる要因に関して検討を行って来た。その中で浮上した一つのテーマが母子ともに高機能広汎性発達障害という事例の問題である。このグループにおいて、強い遺伝的負因が認められることは従来から知られていた。しかし男性が女性より圧倒的に多いということもあって、これまで強調をされてきたのは主として父親－息子というパターンであった。あいち小児保健医療総合センターは 2002 年 5 月に、心療系の病棟が開設され、様々な児童の入院治療が開始された。その中で、特に子ども虐待が絡み入院治療児を必要とするに至った高機能広汎性発達障害の症例において、父親－子どもという組み合わせではなく、母親－子どもという組み合わせが少なからず存在し、それらが例外なく難治例であることに気付いた。翻ってみれば、重大事件に至った高機能広汎性発達障害の事例において、しばしばこの様な組み合わせが認められていた。

発達障害の臨床家であれば誰しも、高機能広汎性発達障害児の治療、フォローアップに際して母親への対応に苦慮する事例があることは経験しているであろう。この様な事例についてこれまでは、高機能広汎性発達障害を育てる上での困難によって二次的に生じた母親の側のストレス性の反応と周囲の無理解によって悪循環が生じたものと見なされてきた。しかしながら母親にも同質の



社会性の問題が潜んでいることを想定し、それに沿った対応を組むことで著しい進展がみられることにわれわれは気づき、積極的に親の側の診断を行い、必要に応じて親のカルテを作成し、薬物治療を含む母子の平行治療を行うに至った。そうして平行治療を積極的に行ってみると、高機能広汎性発達障害の母子例は稀ではなく、母親自身の発達障害的な要因を考慮することがむしろ有効な治療に繋がる鍵となっていた。

本研究では、われわれが経験した母子事例について臨床的な検討を試み、治療的介入のあり方について検討を行った。

## 2. 対象と方法

対象は平成 13 年 11 月から平成 16 年 6 月までにあいち小児保健医療総合センターを受診した高機能広汎性発達障害児のうち、母親も高機能広汎性発達障害の診断が可能であった 25 例である。子どもは男児 19 名女児 6 名である。初診時年齢は最年少 3 歳、最年長 13 歳（平均 7.9 歳  $\pm$ 2.9 歳）、下位診断は自閉性障害 4 名、Asperger 障害 14 名、特定不能の広汎性発達障害（pervasive developmental disorder not other specified : PDDNOS）7 名であった。母親の下位診断については、14 名については祖母などから幼児期の情報が得られた。25 名中 9 名は Asperger 障害と診断し、16 人については PDDNOS と診断したが、PDDNOS の中には幼児期の情報が得られなかった者が含まれている。これらの 25 症例について、臨床的検討を行った。

## 3. 結果

表1 対象の一覧(子どもの状況)

症例	性別	年齢	主訴	診断名
1	男	3	偏食・多動・同年代の子とも遊べない	PDDNOS
2	男	3	集団行動がとれない・言葉の遅れ	PDDNOS
3	男	4	多動・言葉の遅れ	Asperger障害
4	男	5	多動・言うことをきかない	Asperger障害
5	男	5	声が甲高い・不器用	高機能自閉症
6	男	6	多動・てんかんもあり心配	PDDNOS
7	男	6	不登校	Asperger障害
8	男	6	保育園での集団困難	PDDNOS
9	男	7	パニック・こだわりが強い・暴言・暴力	Asperger障害
10	男	7	パニック・こだわり・暴力・暴言	高機能自閉症
11	男	7	パニック・こだわりが強い・暴力・暴言	Asperger障害
12	男	8	集団行動がとれない・暴力・暴言	Asperger障害
13	男	8	多動・奇声を出す	Asperger障害
14	女	8	パターン化した行動・パニック	Asperger障害
15	女	8	不登校・特定の友人としか遊べない	Asperger障害
16	女	8	集団困難、遺尿、遺糞	Asperger障害
17	男	9	学校での不道徳、衝動行為	PDDNOS
18	女	9	こだわり・奇声を出す・暴力	PDDNOS
19	男	10	母親が子どもを虐待してしまう	高機能自閉症
20	男	11	パニック・授業への不参加、集団困難	Asperger障害
21	女	11	不登校	PDDNOS
22	男	12	不登校	Asperger障害
23	男	12	孤立傾向、学校との母親とのトラブル	高機能自閉症
24	女	12	不登校・自傷	Asperger障害
25	男	13	不登校・うつ状態	Asperger障害

(1) 子どもの状況

子どものプロフィールを表1に示す。初診時にすでに他の医療機関で高機能広汎性発達障害の診断を受けていた者は6例(24%)のみで、他は未診断であった。受診時の主訴としては、強度のこだわり、頻回のパニック、暴力、暴言などの行動障害が激しいもの(症例9,10,11,12,17,18,)、遺尿、不登校、うつ状態など二次障害を来たしたもの(症例16,21,22,24,25)、言葉の遅れなど発達の問題があるもの(症例2,3,5)、多動、偏食、集団行動がとれない、不器用さ(症例1,4,8,14)、などが認められた。症例の中には症例19のように、母親から子どもへの虐待を主訴として受診した者も見られた。この子どもの側の状況は一般的な高機能広汎性発達障害の児童に比較したとき、問題行動のレベルにしても、二次的問題にしても重症の者の割合が多いことが大きな特徴である。これに関連して受診経路を見ると、25例中16例(64%)が紹介をされての受診であり、そのうち13例において母親の対応能力の問題が主たる紹介理由となっていた。同胞数は一人っ子が15名と全体の60%を占めていた。

(2) 母親の状況

母親のプロフィールを表2に示す。母親の診断は、いずれも当科においてなされたものであり、子どもの問題で受診した際に、母親自身の問題が明らかにな

ったものである。診断の時期は受診当初のものが16例で、そのうち6例は子どもの診断についての説明を聞き、母親自らが自己の発達障害の存在に気付いた例である。残りの10例は当初から独特の認知パターン、対人関係のあり方が顕著で、発達障害という視点で見れば診断は容易な症例であった。また9症例は経過中に診断が可能となったもので、治療経過の中で母親自身がパニックを起こしたもののや、母親のこだわりの強さ、独特の認知のあり方から、治療の過程で徐々に問題の存在が明らかになった症例が見られた。

われわれは発達障害の患者のみならず、情報はなるべく本人や家族と共有す

表2 母親の一覧

症例	母親の診断名	診断時期	障害告知	母の既往歴	虐待
1	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的・心理的
2	PDDNOS	経過中	無	BPD、うつ病	身体的・心理的
3	PDDNOS	経過中	無		なし
4	PDDNOS	初期	無		なし
5	Asperger障害	経過中	有	うつ病	心理的
6	PDDNOS	初期	無		心理的
7	PDDNOS	初期	無	うつ病	心理的
8	PDDNOS	初期	有	パニック障害	身体的・心理的
9	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的・心理的
10	Asperger障害	経過中	有	BPD、うつ病	ネグレクト
11	PDDNOS	初期	無	うつ病	なし
12	PDDNOS	経過中	無	うつ病	身体的
13	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的
14	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的・心理的
15	PDDNOS	初期(自ら)	有	BPD、うつ病、パニック障害	なし
16	PDDNOS	経過中	有	パニック障害	身体的・心理的
17	PDDNOS	初期	有	うつ病	身体的・心理的
18	PDDNOS	経過中	有	うつ病	身体的・心理的
19	Asperger障害	初期(自ら)	有	うつ病、統合失調症	心理的
20	Asperger障害	初期(自ら)	有	社会恐怖、うつ病	ネグレクト
21	Asperger障害	初期	有	BPD、うつ病	ネグレクト
22	PDDNOS	経過中	無	うつ病	心理的
23	PDDNOS	初期	有	うつ病、BPD	心理的
24	PDDNOS	経過中	無	全般性不安障害	なし
25	PDDNOS	初期	有	うつ病	なし

ることを原則としている。しかし自らのニードによって受診したのではない今回の様な症例では、障害に関する告知を行うことが出来なかった症例もあった。母親自身の障害についての告知を行った者は16症例、行わなかった者が9症例であった。障害告知を行った16症例中、6例は子どもの診断の過程で母親が自らの障害に気付いた例であり、もともと自身の対人関係のあり方や社会的な能力に対して不全感を持っていたこともあり、受容は良好であった。治療経過中に診察場面で母親自身がパニックなる、あるいは広汎性発達障害の認知的特徴が明らかになるなどの、契機によってそれをきっかけとして母親に告知をしたもので、最終的には受容は良好であった。障害の告知をしていない9症例

について、その理由としては次のようなことが挙げられた。受診形態が不安定で母親との間に基本的な信頼関係が成立していないもの(症例4, 22)、母親の子どもに対する障害受容が不十分で混乱している状況であり、まだ母親自身の障害について告知できる時機にないもの(症例3, 9)、母親が対人関係を被害的にとらえるパターンが定着しており、告知をすることで子どもへの対応がさらに混乱することが予想されるもの(症例12, 24)などである。ただこれらの例はいずれも経過中であり、今後、治療の中でいずれかの時点で障害告知を行うことが予定されている。

母親に精神科における治療歴がある18症例に上った。最も多い診断はうつ病の15例で、次いで境界性人格障害(BPD)5例、パニック障害3例、社会恐怖1例、全般性不安障害1例、統合失調症1例で、複数の診断名がついている症例があったが、いずれも発達障害の可能性を指摘されたことはなく、高機能広汎性発達障害に関しては未診断の状態であった。

母親の教育歴は中学卒業が1名、高校卒業が12名で、それ以外の12名は専門学校、短期大学、4年生大学を卒業しており、全体としては高学歴の者が多かった。母親の職業については、常勤で勤務している者が3名で、パートタイム勤務が1名以外は専業主婦であったが、自営業である家業の手伝いを就労経験に含めれば、全く仕事経験の無い者は1名だけであった。

実に、25名中19名(76%)に何らかの子ども虐待が認められた。内訳は身体的虐待2名、身体的・心理的虐待8名、心理的虐待6名、ネグレクト3名であった。身体的虐待、心理的虐待では子どもへの対応の過程で、母親自身がパニックとなり、子どもに対する過度の体罰、暴言に至るというパターンが多くみられた。心理的虐待の中には、子どもの解離症状をてんかんと認識して、複数の病院を巻き込んで大騒ぎを起こし、代理ミュンヒハウゼンを疑われた症例や、また、子どもが学校で生じるトラブルによって自らの学校時代の辛い記憶が蘇って来るので収拾がつかなくなり、「おまえのせいで、自分がこんなに辛くなってしまう」と子どもを虐待してしまうという深刻な例があった。ネグレクトでは母親がビールを片手にパソコンのチャットに熱中し、家事を放棄、食事の支度も満足に出来ないという症例が見られた。

### (3)治療および転帰

治療の内容と転帰を表3に示す。全例に子どもへの定期的な発達評価、親への療育指導、保護者向け学習会への導入など通常の高機能広汎性発達障害への対応を行った(親ガイダンス)。さらに必要に応じて表に示したような治療的介入を行った。子どもへの治療として入院治療を6症例に行った、プレイセラピーなど個人療法を3症例に、薬物療法を11症例に実施した。入院治療を行

った症例の中には、子どもの側の行動障害が強いことに加え母親の対応能力の問題が掛け算になって処遇困難ケースとなり、放置すれば重大な事件に発展した可能性があった症例（症例 9、10、12）が少なからず認められた。個人療法は子ども自身に強度のこだわり、パニック、暴力などの行動障害が顕著で社会スキル訓練という視点から個人精神療法を行った例（症例 11、18）、子どもの不器用さに対する母親の過剰な不安に対して、母親に具体的な対応の仕方を示すために作業療法を行った例（症例 3）があった。

母親への治療は精神療法と薬物療法を行った例が9例であった。いずれも母親自身の障害について告知をした症例で、母親がパニックをおこした時の具体的な対処方法、対人関係のとり方など母親自身の適応を改善する具体的なアプローチを行った。これら以外の症例でも告知の有無に関わらず、母親には広汎性発達障害独自の認知特性を踏まえた対応を行った。

表3 治療方法と転帰

症例	子どもへの治療	母親への治療	その他	転帰	
				虐待	問題行動
1	親へのガイダンス	精神療法・薬物療法	社会資源（保健師）・家族へのアプローチ	改善	改善
2	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源（保健師）・家族療法	改善	改善
3	作業療法	カウンセリング	社会資源	-	改善
4	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善
5	薬物療法	カウンセリング		不変	不変
6	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源（家庭相談員）	改善	不変
7	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源	改善	改善
8	親へのガイダンス	カウンセリング		改善	改善
9	精神療法・薬物療法	カウンセリング	家族へのアプローチ	改善	改善
10	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法	社会資源・家族へのアプローチ	改善	改善
11	薬物療法・入院治療	カウンセリング	社会資源	-	不変
12	薬物療法・入院治療	カウンセリング	家族へのアプローチ	改善	改善
13	親へのガイダンス	カウンセリング		改善	改善
14	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源（家庭相談員）	改善	不変
15	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善
16	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法		改善	改善
17	薬物療法	精神療法・薬物療法		改善	改善
18	精神療法・薬物療法	精神療法・薬物療法		改善	改善
19	親へのガイダンス	精神療法・薬物療法		改善	改善
20	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法		改善	改善
21	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法	社会資源	不変	改善
22	薬物療法	カウンセリング	社会資源（家庭相談員）・家族へのアプローチ	改善	改善
23	親へのガイダンス	精神療法・薬物療法	親の会への入会	改善	改善
24	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善
25	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善

母親子双方への介入だけでは不十分な症例に対しては家族へのアプローチ、社会資源との連携を積極的に行った。家族へのアプローチでは、子どもへの対応をめぐって夫婦でパニックになり悪循環になっている症例で、父親もアスペルガー症候群であることが明らかになり、毎回受診に同行してもらい、父親としての機能について具体的な提案をする社会教育訓練的なアプローチを行った

症例（症例 2）や、また母親に告知ができておらず、母親の受診形態が不安定な例では、父がキーパーソンとなって母親子間に介入する役割を担ってもらった例（症例 22）、母親に告知をしたところ夫にも主治医から告知をしてほしいという要望があり、母親の高機能広汎性発達障害としての特徴を説明し母親がパニックを起こした時の夫の対応方法や母親が苦手とする第三者との交渉に援助を依頼し、それによって劇的な改善を得ることが出来た症例（症例 1）などがあった。また子ども虐待に発展した事例において、児童福祉士、保健師、家庭相談員などの地域の社会資源との連携を治療者側から積極的にとった症例が 8 例であった。

この様な包括的な治療によって、虐待について改善を得ることが出来た症例は、虐待が見られた 19 症例中、17 例(89 %)において改善が認められた。改善がみられないものは心理的虐待の 1 例、ネグレクトの 1 例であった。また受診の主訴となった子どもの問題については、21 症例(84 %)で改善が得られたが、4 症例が不変であった。

#### 4. 症例

これまでの検討を補完する目的で、子どもだけでなく母親へも発達障害としてのアプローチを積極的に行って良好な結果が得られた症例を提示する。なお報告にあたっては、患児および母親の承諾を得ているが、匿名性を守るため細部を大幅に変更している。

症例 20 初診時 11 歳 アスペルガー障害 男児

母親は幼児期から対人関係が苦手で、10 代に対人恐怖と診断された既往がある。就労後、結婚し主婦となったが、子どもの幼児期には育児のストレスから抑うつとなり、ずっと不調であるという。

患児は幼児期から多動で、親から平気で離れる子であったという。1 歳 6 ヶ月時健診でチェックを受け、2 歳台から療育を開始し、3 歳で保育園に入園したが、集団行動が全く取れなかった。しかし言葉は伸び、集団行動も徐々に向上した為、小学校は通常学級に入学した、しかし小学校 3 年生頃から、着席困難が著しくなり、教室からの飛び出しが目立つようになった。このため 4 年生から通級を開始したが、苦手な学習を拒否する状態が続いた。

学校での不適応が続くため、当センター心療科を初診、ここで初めて Asperger 障害という診断を受けた。外来で薬物療法、社会スキル訓練を実施したが十分な改善が無く、中学校に入学した後も、授業への参加は不良な状態であった。このため短期入院治療プログラムに導入し、また学校においては養護クラスと通常クラスを使い分けるなどの対応を依頼した。その結果、授業への参加は向上し、パニックは消失したが、患児が苦手とする科目への授業参加が

中々出来なかったので、中学2年生にて入院治療を行った。入院においては、隣接する養護学校への登校は円滑であり、授業への参加も良好で、学力の大幅な向上も認められ約4ヶ月間の入院治療にて退院となった。

症例の母親 37歳女性 アスペルガー障害

祖母（母親の母親）の話では幼児期から難しい子、しゃべらない子であった。幼児期から孤立傾向が強く、周囲から浮いていたという。小学校では自分の興味に熱中し、動物とのみ交流し、友人が出来なかった。中学、高校では同級生から激しいいじめを受け、対人関係はますます苦手となり、学級や人前での自発的な行動をとることを意図的に避けるようになり、不適応が強くなったため、家族の薦めで17歳にて近くの精神科クリニックを受診し対人恐怖と診断されたという。

高校卒業後、就労を経て結婚した。職場の生活よりも主婦の生活は著しく楽であったというが、子どもが生まれた後、長男が育て難い子であったこともあり、子育てには著しく苦勞し不眠や抑うつが生じた。近医を受診したが、数回のみ通院しただけで中断したという。

37歳にて、長男の受診と診断の過程で、自分が同じ問題を抱えていることに自ら気付いた。相談を受けた治療者は、母親もアスペルガー障害と診断し、障害の告知を行い、母子の平行治療を開始した。抑うつに対して処方した選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)の服用によって、抑うつは軽快し、それだけでなく長年患者を悩ませていた置き去りにされるという反復性の悪夢が消失し、きちんと睡眠がとれるようになった。

患者は以前から会話の内容が理解できない、他者が笑う内容が理解できないということで悩んでいたが、カウンセリングの中で「分からないことは聞く」という原則をたて、さらに具体的に「人の話をメモする」、会話のときは「ゆっくり聞く、ゆっくり話す」などの提案を自ら行い、それを実施することにより、母親自身の被害的な感情や、周囲の人との付き合いにおける苦手意識は軽減し、現実生活での適応状況は著しく改善されるようになった。振り返ってみると、子どもの問題行動を巡る話し合いにおいて、これまで母親自身は何が問題になっているのかほとんど理解できていなかったことが明らかとなった。子どもの状態が改善したことも相乗的に働き、抑うつは軽減し、パートタイムで働くなど積極的な行動がとれるようになった。患者はわずか6ヶ月間の外来治療の後、「対応の原則がわかったから服薬なしでもやれると思う。通院しなくても出来るのではないかと思う」と述べ、治療終結となった。子どもの外来通院の折に、近況を聞く状況であるが、これまでの人生で最も充実し、幸せに感じられると報告されている。

## 5. 考察

### (1) 母子症例の診断を巡る問題

高機能広汎性発達障害の高い遺伝負因についてはこれまでも報告されてきたが、母子に注目されることは少なく、この報告はおそらく高機能広汎性発達障害の母子例という問題に対して正面から取り組んだ初めての報告であると考えられる。すでに成人の年齢に達した人への発達障害の診断は慎重に行われなくてはならない。特に高機能広汎性発達障害の診断の為には、幼児期の対人関係の状況など、幼児期の発達に関する情報を得ることが必要不可欠で、現在の状況のみからの診断は困難であるからである。今回、幼児期の情報などを第三者から聞き取るということが困難な症例も存在した。

しかし今回の症例においては、いずれも母親の側の発達障害の存在を念頭において対応を組むことによって、治療に大きな進展が得られた。母子例の特徴として、虐待や行動障害の重篤な例が多いこと、障害受容が困難な例、子どもの重症度に相関しない母親からの処遇困難の訴えなどがある。また紹介例が多いことも特徴のひとつと考えられるが、紹介症例の8割以上において母親の対応能力の問題を紹介理由としていることも注目に値する。母親の72%は既に精神科受診歴があったが、発達障害に関しては未診断であった。岡野ら(2004)は軽度発達障害と人格障害の操作的診断基準にはオーバーラップする部分があり、人格障害と診断されうる軽度発達障害が相当数存在すると指摘している。子どもの症状自体の重症度が高い例も当然あるが、幼児期の症例で子どもの症状は比較的軽微であっても母親の対応能力の問題から、通常の親ガイダンス的な対応だけでは効果が得られないだけでなく、周囲を振り回す行動をとることも認められ、母親へのアプローチに関係者が困難さを感じる症例が多いと考えられる。この様な母親への介入の難しさは、母親自身の認知特性の独特さが見逃されていたことが大きな要因として挙げられる。特性に配慮した母親自身の現実的な適応を改善するようなアプローチをしなければ虐待や子どもの行動障害の軽快は得られなかったであろう。

また母親自身も、大きな社会的な不適応を生じていない場合においても、強い生き辛さを覚えており、障害の告知を行った者について、拒否をされた例はなく、ほぼ全員が、なぜもっと早く知ることができなかつたのかと述べていた。成人における診断は慎重に行うことは必要不可欠であるが、治療という立場から見れば、より積極的に発達障害の診断の可能性を検討することが必要であると考えられる。

### (2) 母子症例への包括的治療

岡野ら(2004)は人格障害を(1)人格障害中核群(発達上、大きな問題を認めない人格障害)、(2)発達障害・人格障害併発群(注意欠陥多動性障害あるいは



Asperger 障害の二次障害としての人格障害、または合併例)、(3)偽性人格障害群（人格障害の行動様式を持つが、それは発達障害の行動様式が強いことで見かけ上人格障害と診断されうる患者群）の3つのカテゴリーに分けて検討している。母子例では、母親の状態として(2)、(3)に該当する例と高機能広汎性発達障害としての認知障害はあるものの、人格的な偏りは軽微な例があると考えられる。人格的な偏りが軽微なものは、母親自身の認知特性への理解を促し、現実的な適応を改善させる支持的、具体的な提示を行うという親自身への心理教育的指導を含む一般的な親ガイダンスによって効果が得られるものが多い。また(3)についても治療者が母親の見かけ上の人格障害的な行動に振り回されず、高機能広汎性発達障害としての認知障害を治療対象に設定し、認知行動療法的なアプローチを行い、並行して高頻度に付随する感覚過敏、パニック、攻撃性の亢進、衝動性などを主なターゲットとして薬物療法を行うことで一定の効果が期待される。しかし(2)については二次障害として人格障害に類似した行動特性をを合併するに至った症例であり、早期に改善が得られないことが多く、子どもを支える枠組みを構築する必要がある。本研究で子どもの入院治療を行ったり、家族へのアプローチ、社会資源との積極的な連携を行ったりしたのはそのようなケースであった。

成人症例のパーソナリティ特性として、いわゆる未熟さとして括られる強迫的、受動的、依存的で爆発的な気質の存在が指摘されているが(Soderstrom et al. 2002)、これらは広汎性発達障害独自の誤学習や認知の穴の存在を想定すると対応が組みやすい。症例によっては、一日の生活や食事のスケジュールを念のために確認してみたところ、数時間をかけて儀式的掃除を行い、さらに食事は一日チョコレート 12 枚とヨーグルト 1、リンゴ 1 で済ましていたといった極端な生活を送っていることに初めて気付かれた例もあり（症例 10）、このグループへの対応は、常識的なレベルは大丈夫であろうという先入観を捨てて望むことが何よりも必要であるものと思われる。

成人の高機能広汎性発達障害の治療には、本人の障害認知とそれを踏まえた上で新たな自己認識を形成し、適応のための具体的なストラテジーを組み立てるなどの援助が必要になる(杉山、2001)。その上では本人への告知が治療の重要な要素となる。今回、告知をしなかった 9 例についても、告知のあり方と母親の病態レベルとの関連について今後さらに検討を重ね、告知を漸次行う予定である。

### (3) 子ども虐待との関連

子ども虐待の臨床において、軽度発達障害特に高機能広汎性発達障害が虐待の抗リスクになることをわれわれは指摘してきた(浅井ら、2002;杉山 2004)。われわれは、積極的に親の側のカルテを作り、親子平行治療を行ってきたが、こ

の様にして子ども虐待に取り組んでみると、親の側の要因として高機能広汎性発達障害がしばしば存在することにわれわれは気付いた。今回の調査では、実に76%に子ども虐待が認められた。さらに、精神科的既往においてうつ病と診断を受けた15例中12例において虐待が認められることに注目される。感情障害の存在は、高機能広汎性発達障害に認められる最も一般的な併存症である (Ghaziuddin et al., 2002)。このグループの社会的な生活をして行く上での高ストレスだけでなく、生物学的な基盤の存在が議論されている。いずれにせよ母子例において母親側にうつ病の併存が生じた場合には、虐待のリスクがさらに高くなることは疑いない。これらの例ではいずれも、少なくとも抑うつに関しては薬物療法が相当程度有効であり、子ども虐待への対応という側面からも、積極的な治療が必要とされる。

反社会的行動との関連について言及しておきたい。症例の中には、パニック時に激しい他害が生じ、他者に重大な怪我を負わせた例 (症例10) や、家族と周囲との間のトラブルに発展した事例 (症例9、23) が含まれる。昨年度、われわれが行った高機能広汎性発達障害の触法事例の検討で浮上した要因は、未診断、未治療であること、迫害体験の存在、現在の孤立と極端な不適応であった (杉山、2003)。子ども虐待は迫害体験の最たるものであり、母子事例への積極的な対応は、反社会的行動の予防という側面からも重要な要素になるものと考えられる。

## 文 献

- 1) 浅井朋子、杉山登志郎、海野千畝子、他(2002)：育児支援外来を受診した児童79人の臨床的検討.小児の精神と神経 42(4)：293-299
- 2) Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J.(2002): Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. J Autism Dev Disord. ,32(4):299-306.
- 3) 岡野高明、高梨靖子、宮下伯容、他(2004)：成人における ADHD、高機能広汎性発達障害など発達障害のパーソナリティ形成への影響.精神科治療学 19(4)：433-442
- 4) Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C (2002)： Temperament and character in adults with Asperger syndrome. Autism 6(3)：287-297
- 5) 杉山登志郎(2001)：高機能広汎性発達障害の青年期.青年期精神療法 1(1)：41-49
- 6) 杉山登志郎(2003)：高機能広汎性発達障害に見られるさまざまな精神医学的問題に関する臨床的研究.日本乳幼児医学・心理学研究,12(1),11-25.
- 7) 杉山登志郎(2004)：子ども虐待はいま. そだちの科学, 2, 2-9.

## ADI-R (自閉症診断面接改訂版) 日本語版

### The Japanese Version of the Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)と高機能広汎性発達障害への適応

中村和彦<sup>1)</sup>、土屋賢治<sup>1)</sup>、鈴木敦子<sup>1)</sup>、武井教使<sup>1)</sup>、森 則夫<sup>1)</sup>、  
辻井正次<sup>2)</sup>、藤田知加子<sup>2)</sup>、杉山登志郎<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>浜松医科大学精神神経科

<sup>2)</sup>中京大学社会学部

<sup>3)</sup>あいち小児保健医療総合センター

#### 1) ADI-R について

##### はじめに

自閉症をはじめとする広汎性発達障害 (PDD) の疫学調査による知見はアップデートが繰り返されており、近年になるほどその推定値は大きくなる傾向にある[1]。わが国では、Honda らが、就学前の小児における自閉症有病率が 0.2% であると報告した[2]。PDD の有病率が 0.5% を上回るといふ海外の報告もあることから[3]、自閉症・PDD は主要な精神疾患に近い有病率をもつものと考えられつつある。

近年わが国では、その早期発見の重要性から、自閉症・PDD のスクリーニング尺度の翻訳と導入が試みられている[4]。しかし、DSM や ICD に即応した操作診断を確定するとなると、経験を積んだ臨床心理士、児童精神科医や小児科医の技量が頼みというのが実情であり、その経験が操作的にマニュアル化されたことはこれまでにない (DSM-IV の構造化面接である SCID は、小児の精神障害の診断を与えてくれない)。したがって、児童の精神科の経験のない、わが国の大多数の精神科医にとっては、自閉症・PDD の診断は困難である。経験のある医師同士であっても、診断コンセンサスが確立しているとはいいがたい。

1989 年、英米の C. Lord, M. Rutter, A. Le Couteur は、5 歳以上の児のための自閉症・PDD 診断アルゴリズムを開発した (自閉症診断面接: Autism Diagnostic Interview, ADI) [5]。これまでの診断尺度の中では、臨床研究での使用を主目的とした最初のものであり、また、面接の方法を標準化した点で、画期的であった。したがって、研究者の間での使用が急速に広がった。1994 年、開発者らは、対象年齢を 2 歳まで引き下げ、診断アルゴリズムの見直しを行った上で、自閉症診断面接改訂版 (Autism Diagnostic Interview - Revised, ADI-R) [6] を上梓した。今日、これは、研究診断のゴールドスタンダードとなりつつある (E. Taylor, personal communication)。臨床場面での診断尺度としても、臨床家間のコンセンサス形成に大きな役割を果たしうる、有用なツールである (ADI-R を用いた多数の重要な自閉症・PDD 研究については、こちらを参照していただきたい: [http://umaccweb.com/diagnostic\\_tools/diagtoolsADIBib.pdf](http://umaccweb.com/diagnostic_tools/diagtoolsADIBib.pdf))。

今回われわれは、ADI-R を和文翻訳した。著作権と紙面の制約から、全文を紹介することはできないが、そのあらままと、翻訳の作業工程について紹介する。

## ADI-R の構成

面接プロトコールとアルゴリズムの2部から構成される（表1,2）。

面接プロトコールは、英文で85ページからなる冊子として入手できる。2歳以上の自閉症またはPDDが疑われる事例について、母親または主たる養育者を被面接者とし、半構造化面接で93項目の質問を行う。これらの項目は、主として「対人的相互反応」、「意志伝達（コミュニケーション）」、「限定的／反復的／常同的行動」の3つのドメインに焦点付けられているが、これらのドメインはいずれもICD-10 [7] およびDSM-IV [8] における診断項目として対応している。

アルゴリズムは、93項目中42項目の回答を数値化し、必要とする情報を導き出すためのフォームである。開発者らによれば、二つの使用目的に応えるものであるという[9]。1つは、診断であり、もう1つは症状評価であるという。診断確定を目的とする場合、42項目への回答を「対人的相互反応」16項目、「意志伝達（コミュニケーション）」13項目、「限定的／反復的／常同的行動」8項目、発症年齢に関する5項目に振り分け、各項目ごとのアンカーポイントに対応した評点を与えた後、これをコード化（0～2）、ドメインごとに集計し、カットオフポイント以上であるかどうかによって、3つのドメインを満たすかどうかを判定する。一方、症状評価を目的として使用する場合、定式化された評価法はない。現時点では記述的な使用に限定されているが、この点について、開発者らはさらに研究を進めているという[9]。

なお、アルゴリズムは、用途に応じ、2歳～3歳11ヶ月用診断アルゴリズム、4歳0ヶ月以上用診断アルゴリズム、現在の行動評価のためのアルゴリズム、の3種がある。

## ADI-R：運用の実際

ADI-R 日本語版は、全項目の質問を行うと、およそ2.5時間を要する。非常に長いですが、これまでの予備的な使用経験では、被面接者である母親たちは「いままで言うべきかどうか迷っていたことが全部言えて、すっきりした」などと述べている。これは、教育歴、4～5歳のcritical age periodの設定、心配事などを問う予備的質問からはじまり、順次詳細を訊ね、最後にpositive aspects（例えば、優れた暗算能力など）に至るといふ、よく練られた構成によるところが大きい。

診断アルゴリズムを用いて診断を下すためには、以下の点に注意を払う必要がある。

1. 診断アルゴリズムは、対象者が、ICD-10 または DSM-IV の PDD（または autistic spectrum disorders）の診断基準と見合うような特徴を有するかどうかを、機械的に判定するツールである。特定の診断、たとえば自閉性障害