

えていますが、ただ、刑事弁護（裁判）においては、しばしば待ったなしに、その親子関係をきつい問題として登場させることを迫られます。その意味で、親との関係は、その弁護において極めて大切な問題ではありますが、ここで触れることはせず、いずれの機会としたい。繰り返しますが、親との関係は誰にとっても人間の“育ち”にかかわる大切な環境ですので、自閉症障害をもつ人たちだけに限らず、犯罪の“意味”を理解するための重要な“鍵”となります。

4. 私たちにわかるということ／ファンタジーとコミュニケーション

（1）内的世界について

北村俊則氏（精神科医）はその著書の冒頭で、「人間の心理現象は、個人が主観的に有する内的体験と、外部から観察できる行動に分けて考えることができる。しかし、他人の内的体験を評価対象にする場合、観察者がそれを測定する手段は、行動の観察のみである。内的体験は、意図的もしくは非意図的になんらかの形で外部に表出されてはじめて、他者から評価されうる。たとえば、どんなに心配や不安を抱えていても、表情にださず、話もしなければ、外部から客観的にそうした内的体験が生起していることは推測できない。＜うれしい＞＜悲しい＞＜悔しい＞などの内的体験を“感情”という。そうした内的感情が表情や身振りや、そして最も重要なことであるが、会話内容として、外部にわかるように表出されたものを情動という。感情は内的体験であり、情動は行動である。情動は観察可能だが、情動を伴わない感情を直接測定することはできない。」（精神・心理症状学ハンドブック／日本評論社）と書いています。私たちは、他人にわかるように外部表出された内的体験や情動にならなければ、観察はできない。たとえ、なんらかの形で外部表出されたとしても、最も重要な表出方法である会話内容にならなければその内的体験を観察することは難しい、ということです。

私はこの人たちの弁護において、ここでいつも立ち止まらされています。彼らの犯罪の“情動”は、警察や検察による密室の取調べの中で彼らがしゃべった内容として供述調書化されることになっています。本人が書いたものではありません。取調官に解釈されてつくられた内的体験です。つまり警察官や検察官からみた、私たちの世界（外部世界）の常識と経験の基準から、犯罪の“情動”が言語化されています。また、私らも、私たちの世界の常識から彼らの内的体験を推測しますので、取調べで作成された調書は、私たちの常識や感覚に合致する内容となっています。私たちにはよくわかる内容となっています。しかし、それは私たちのもつ常識や人間的情感を欠く彼らの“情動”としてあらわされています。つまり、平然となんらの罪の意識もなく犯行を遂行した、人間的感情を欠く内的体験（精神構造）の“持ち主”として調書化（言語化）されているということです。

それだけではありません。私たちは自閉症をもつ彼らとつきあってきてはいません。自分の知らない、それも“おかしい人物”として私たちの目の前に登場します。警察署や拘置所の接見室で出会う彼らは、しばしばコンタクト不能

の宇宙人のような様相をもって私らに見えてくるということです。自分の目の前に現れる少々おかしい人物像、その与える“印象”は私たちに強い影響をもってしまいます。おまけに、彼らから彼ら自身の内的体験（感情や意味）が会話内容として語られない、聞けないとなれば、弁護人の私らも警察や検察が書きとった彼らの情動（調書）をそのまま受けとらざるをえません。また、彼らに、その犯行における内的体験として言語化された調書の内容を問い尋ねても、それはウソです、そんなことはしゃべっていません、という言葉がでてくるわけではありません。それどころか、そうです、という肯定的な返事が返ってきます。私たちの常識からは逸脱した異常な内的体験が、彼らの“犯罪”の動機や精神構造として争う余地のない事実のように言語化（調書化）されています。

私がここで何を言おうとしているのかというと、彼らの内的体験（内的世界）は「二層構造」になっているのではないかとということです。取調官や私らによって外部表出される表層の内的体験と、隠され容易には現れてこない深層の内的体験があるのではないだろうか。そのうえこの2つは互いに矛盾し、分裂しているように見えるのではないだろうか。取調官や私らのように、人との関係では人間的感情をメインとする文化をもっている私たちの世界、それは彼らにとってはわからない、つきあいにくい世界なのではないのか。そんな常識の側にいる私たちが、彼らとの会話（取調べ・接見）からどれだけ彼らの内的体験を聞き出せるのか、おのずと限界があるように思えます。その表層の内的体験は、私らの常識・文化から容易に見えるし理解できるものです。しかし、もうひとつその底のところで、彼らは別の、私たちの常識からは見えない隠された内的体験を持っていると思えます。そこはかたい殻に閉ざされた、私たちの世界におしつぶされてきた内的世界なのではないだろうか。

私のいうファンタジーとは、彼らの否定され、奪われた深層の内的世界から漏れだす“言葉”、私らには一見理解できない、奇妙な言動と思える彼らの表現（外部表出）のところに、彼らの本当のところがあるように思っています。それを隠されたままに、意味不明のままにしているのは、私らの観察者としての未熟さの責でしょう。いうならば、ファンタジーという言葉自体、言語化できない私の未熟さをごまかしているといえるものです。

（2）言葉の世界について

滝川一廣氏（精神科医）は、自閉症のこころの世界の特徴として指摘している中で「コミュニケーションのための言語を用いない」という項目をたて、「重い自閉症では言語の発達がみられません。いつまでも言葉がないままです。言葉がでてきても、＜エコラリア（オウム返し）＞とって、こちらがいった言葉をちょうどオウムのようにそのまま繰り返すだけとか、音声として記憶したコトバを口にするだけで、コミュニケーションをなさない発語にとどまります。／もう少し言葉が発達した子どもでも、私たちが一般に使うのとはちがう、誤用ないし自分流の使い方が目立ちます。・・・一般のコミュニケーションには通用しない語法がみられます。」（「こころ」の本質とは何か／ちくま新書、

P113 以下)と書き、さらにアスペルガー症候群の人たちの言語の特徴のところで、「語彙も豊富、むずかしい言い回しもできたり、難しい本も読みこなしたりできます。ところが、どこでつまづくかといえば、言葉の＜綾＞や＜言外の意＞、＜行間＞が著しく読めない。私たちの生活的なコミュニケーションは、言葉の綾や言外の意をはらんでいます。／人間関係の場でのコミュニケーションでは、言語はしばしば非合理で不整合な使い方をされています。・・・それを可能にするために、私たちは成長の過程で対人交流、社会経験を重ねに重ねて、その微妙な機微の判断力を、いわば＜肌＞で覚えていくわけです。」(同書、P177 以下)と書いています。確かにそうではないでしょうか。この人たちは、前記した事件の本人たちのように、いうならば人との対話、語彙によるコミュニケーションが大変に苦手な人たちです。言葉をしゃべることは人並み以上にできる人もいます。T君もそうでした。しかし、その語られる内容はあつた、こうした、そしてこうなったというたくさんの体験情報であつて、自分自身の情感や想像力を中心とする内的体験、とりわけ私からの、何故／どうして／どう思ったのか、などの被害者や第3者の身におきかえた質問に答える言葉はほとんどできませんでした。

前記した3つの事件の本人たちをこの言葉によるコミュニケーションで区別すれば、T君の場合、話せる・書けるということでは、短大まで行ってそれなりに教育されてきていますので、情報伝達という意味での言語化はできる人でした。しかし、言葉の意味するところや相手に伝わる情感の理解が本当に難しく、容易ではありませんでした。Y君は、人と対面しての会話が非常に苦手でした。それでいて手紙や文章を書くのは好きでした。ただその書く内容は、いくつかモデルとなる文章を見てつなぎあわせてまとめる、という書き方です。自分が関心をもつ相手、例えば恋愛対象者への手紙では、美しい歌詞をなぞって情熱あふれる思いをこめた文章を書きました。彼は養護学校高等部を卒業して軽度(IQ 50台)の知的障害の判定を受けてきていますが、彼と4年近くの間をつきあってきた中で、彼の障害については知的障害が次第にみえなくなり、対人関係・社会性を中心とする自閉症障害に「変化」しました。この3人の中で知的機能だけをとらえれば、Y君が一番すぐれていたと思います。

そしてN君。先に「カナー型」という表現をしましたが、重い自閉症障害と知的障害を持っている人で、その言葉によるコミュニケーションは最も困難といえます。それでいて、自分にとって＜いい関係の人＞にはひとつこく、自分の感情をわかりやすくしてくれます。私は10年以上、弁護人として彼を助け守ってきていますので、それはわかっているようです。会話はほとんどできませんが、私の生年月日、出身地などの情報はしっかりインプットされています。保釈先の施設で私をみかけると、喜んでかけ寄ってくれます。そんなつきあいの中で、私は彼の思いを彼自身の言葉として聞いたことはありませんが、今頃になって何かわかるような気持ちになってきています。

私は3人のそれぞれについて、彼らの情感を中心とする内的体験を言語化(会話・言葉)できませんでしたが、などといっていますが、それでは本当はダメな

わけです。裁判には取調官により言語化された彼らの表層の内的体験が、彼らの異常な精神構造を示す調書として提出されます。私は弁護士ですから、彼らが人間的感情・人間的価値を欠落させた人間なのだ、それが自閉症という障害なのだ、という調書（言語化された表層の内的体験）を容認することはできません。しかし、私が容認できない、我慢できないと激しい批判をしたところで、彼らの隠された内的世界を言語化できない限り、事実上は取調官が言語化した調書を容認せざるをえないことになります。

では、どう言語化しうるのか。言葉をもたないN君、人と対面して話すことが嫌いなY君、そして話せても自分を容易には語れないT君、彼らの隠された思い（内的世界）をどうやって社会的な表現にしうるのか。彼らの犯罪を裁く司法は、言語化によってなりたっている世界です。法廷では、言葉によるコミュニケーションを前提としています。法律も裁判も、私らの常識の世界を典型的に代表する仕組みとなっていて、言葉の世界といえるものです。司法（犯罪の世界）では、言語化することを避けて通るわけにはいきません。この人たちがコミュニケーションとして言葉を用いない、また大変に苦手だということであっても、犯罪の責任が問われる司法の場では、この人たち自身によって言語化できにくい内的体験を、誰かが彼らの思いとして言語化することはどうしても不可欠といえます。私はこれまで、この人たちの思い（隠された内的体験）に近づき、この人たちからどう見えたのか、その犯罪の意味はどういうものかをわかりたいと、そして弁護として主張立証（言語化）に努めてきたつもりです。しかし、それでも私がその“犯罪”のところで彼らの思いをしっかりと弁護しえたという実感はありません。それが私自身のこれからの大きな課題だといえます。

（３）犯罪とコミュニケーションについて

N君やT君、そしてY君の３人は、私からみればその生育歴で本当にひどすぎると思える「いじめ」を受けてきています。Y君の場合、それに加えて父親の暴力的しつけ（家庭内虐待）がありました。N君とT君の親は我が子の受けてきたいじめと差別に今もって苦しめられ、私からみるとトラウマのようにのこっています。では、その被害者である彼らに、その「いじめ」「虐待」が心の傷・トラウマとして私に見えてきたかということ、彼ら自身が怒りや恨みの言葉としてあらわすことはありません。N君の母親は、今も我が子の行為（暴行罪とされるこつつんする行為）は、彼が苛酷ないじめ・暴力を受けてきた結果の「暴力の連鎖」だと信じています。本当はそうかもしれませんが、彼は私にそんな思いを微塵も告げることはありませんし、私にはそのこつつんする行為が暴力の連鎖やルサンチマンにはつながりません。

苛酷な生育歴といえばY君です。中学生の頃は同級生や上級生の集団から、遊びのように激しい暴力を学校や地域で受けてきていますし、父親からは幼児期から厳しいせっかん、教師や近所からの苦情を受けて棒で殴る、タバコの火を手押しつける、雪の中に裸で家から追い出すなどされてきています。（父

親はのちに知的障害があることがわかりましたが、その当時、そのようなせつかんをすることが子どもの教育だと信じていました。）そして生活は極貧状態でした。貧困、暴力、虐待、差別からいえば、彼こそ、虐げられた者のルサンチマンとしての犯罪的動機がうまれてしかるべきです。しかし、彼は自ら弁護士からそんな苛酷な過去の体験を質問されても、「思い出したくない、忘れた」「いやだったけどもういい」と答えました。

今回の殺人事件でも、彼（Y君）は、札幌から上京してきて上野駅周辺、そして浅草の隅田公園でホームレスをして暮らしてきています。彼はホームレスの人たちの中にも入らず、ひとりです。寝る場所は多くのホームレスの人たちから離れた橋げたの下や公園の端です。食事は飲食街の残飯を朝早く集めて食べていました。服装は寒い札幌から上京した時のままの防寒服で、4月下旬の東京では暑苦しく、はた目にも異様です。そんな彼が本件犯行の時には、浅草の目抜き通りを歩く若くてきれいな女性と隅田公園のベンチで一緒に並んで座ってみたいと、友達のようになってみたいと思って、接近し、包丁をだしています。私はここに彼のルサンチマンを思い浮かべることはできませんでした。確かに社会への恨みつらみがあってあたりまえ、というべきでしょうが、私と長く弁護士でつきあった彼からは、それを感じることはできませんでした。ホームレスの中にあって彼が思い描く世界は、そんな恨みつらみのルサンチマンではなく、“美しい絵”のような光景です。場違いだし、全く状況をわかってない“バカ者”ですが、それが彼の表出した自分の思いでした。ただ、そんな“バカ者”の思いを私らがわからなかった、いやわかろうとしなかったということだろうと今になって気づかされています。

彼らの犯罪とみえる言動は、私らの世界からみて違和感、むしろ否定的感情を中心にしながら“犯罪”と解釈され、形作られていくのではないのでしょうか。Y君のように、通行中の女性を包丁で刺傷して死亡させたという事件は、私たちからみたおかしさ・奇妙さ・非人間的な情感等によって、私たちの常識ある世界にあわせた犯罪の形になって犯行再現されていきました。もし、仮に彼らが自分の内的体験を話し言葉として表現できたとすれば、どうなったでしょうか。Y君が“友達”という言葉の意味を、一緒に公園のベンチで座って欲しかったとして、これまでの孤立してきた人生からの苦しみと悲しみの感情をこめて語ることができたとすれば、奇妙な通り魔殺人鬼として報道され、起訴され、そして無期懲役の処罰を受けることはなかったといえるのではないのでしょうか。自ら弁護士は、そこを彼に代わって精一杯、彼がどうして通行中の彼女に突然に包丁をだしたのか、どうして友達という言葉で被害女性を呼ぶのか、を主張し立証してきたつもりです。繰り返し被告人質問の場を要求し、彼に法廷で自分の思い（内的体験）を語らせる努力をいたしました。

しかし、残念ながら、彼は自分の内的体験を上手に言葉で表現することはできませんでした。私らからみて、＜ああ、それが彼の思いだ、そこを＞という言葉が、法廷でのやりとりの中でふと表現されることもありました。それが先に紹介した＜自分は常識がない＞という言葉だし、＜自分はやはり自閉症なの

か。／そんな障害があるなら調べて欲しい＞という言葉であったし、その他にも、彼にとって本当に珍しく感情を吐露するような言葉がでたりしました。ただ、そんな情感のこもった言葉は稀で、そんな隠された彼らの思いが現れるときも、私らが予想もできない中での唐突な表現でした。

そんな断片的な吐露された言葉を見逃さずひろい集めつなぎあわせて、そこからわずかに見えてくるものが、彼の内的世界といえるものでした。それがかすかにでも見えてくると、彼とかかわる“関係”が違ってきます。彼も、私らが自分のことを少しわかってくれるようになったと感じるのか、それまで隠されていた自分の思いをぼつんぼつんと返してくれるようになります。“つながり”がつくられ、信頼関係のようなものがお互いに感じられるようになってきました。そうすると関係が深まり、彼の苦手な話し言葉でも拡がりが増えつづまれてきました。テーマにひきもどしていえば、私らと彼らとの“つながり”がうまれてくる中で、当初、私らが彼らから感じたファンタジーが、次第に空想のようなものから中味のある現実性を帯びたストーリーへと変化していくのを感じることができるようになります。非人間的な情感のない冷酷な犯行にみえたものが、彼らの内的体験（世界）からみればそんなものではなかったんだと、私らの常識の世界からみえる動機や意図とは全く違った思いからなされたのではなかったのか、という“理解”になっていきました。

この人たちは、私の弁護体験からみて、犯罪者となって私たちの世界にひきずりだされた時、受け身で依存的で無気力な去勢された＜空洞＞の中にぽんと放置されたようなものです。そんな姿が、この社会で認められてきた彼らのこれまでの“自己像”であったはずだからです。そんな彼らとつながることのできるコミュニケーションとはなんだろうか。私たちの言葉をかみくだき、具体的にわかりやすいものにかえ、そして選択的質問をなすことだろうか。私はそれも必要なことだと思います。理解できない抽象的な言葉ではなく、見えるような言葉にかえて話しかけることは大切なことです。しかし、難しい言葉からやさしい言葉にかえれば彼らの思い（深層の内的体験）に届くとは思えません。彼らの体験してきた社会での“位置”＜自己存在感／アイデンティティー＞を見すえた言葉でなければ、彼らとのコミュニケーションの“焦点”はあわない、近づけないのではないだろうか。

それではどうすれば彼らの位置・自己存在感のところを見すえられるのか、と聞かれると、私にもわかりません。私なりの“気づき”はあるが、それが何であり、どのようにすればみえるのかがわかりません。芹沢俊介氏（社会評論家／思想家）は、その子どもの暴力論・犯罪論の中で、子どもたちの犯罪や暴力をまずもって受けとめ、肯定することの大切さ、そのことの根源的な価値を書いてきています（現代＜子ども＞暴力論・春秋社／殺し殺されることの彼方・雲母書房／その他多数の著作）。私の気づきとは、目の前の彼らとのコミュニケーションの成否やスキル以前に、彼らの犯罪を正面から受けとめ、そして彼らの存在を肯定につなげていくという“役割”がなくては、彼らの思いにつながる契機すらうまれない、ということです。コミュニケーションとは、まず

彼らの人間としての存在をいかにこちらの私たちがしっかり受けとめることができるのか、それにかかっていると思っています。

高機能広汎性発達障害の人々への精神科医療の対応

山崎晃資
(臨床児童精神医学研究所)

石井哲夫、石橋悦子、神保育子、北川 裕、富田真紀子
(東京都発達障害者支援センター)

1. はじめに

最近、高機能広汎性発達障害（HPDD）の精神医学的併存症が注目されるようになり、同時に統合失調症、人格障害、解離性障害などと診断されて精神科病院に通院または入院している症例が見直され、HPDDと診断される症例が少なからずあることも報告されている。

平成14年度に発足した「自閉症・発達障害支援センター」（発達障害者支援法施行後、発達障害者支援センターと改称された）を相談に訪れる広汎性発達障害（PDD）の人々にかかわっていると、①幻覚妄想状態をあらわにしている人たち、②「強度行動障害」と評価してもよいほどの激しい自傷・興奮・乱暴を続ける人たち、③強いこだわりを持ち続けて社会的不適応を起こしている人たち、④対人関係における軋轢—そのほとんどは彼/彼女たちの独特な考え方や行動が受け入れられないために生じているものだが—に激昂している人たち、⑤激しい家庭内暴力のために一家心中の瀬戸際まで追い込まれている人たちなど、苦悩に満ちたさまざまなケースに出会う。東京都発達障害者支援センターを訪れる人々の相談の多くは、HPDDの人々の生活の困難さについての問題である。幼児期から学齢期までは、医療機関および相談機関で「専門的な相談や療育指導」が行われてきたにもかかわらず、思春期・成人期・老年期になって、本当に医療と福祉の連携による支援が必要になった時に、ある意味で「体良くかわりを断られ」途方に暮れているケースに出会うことが多い。発達障害のある人々とその家族の精神科医療に対する期待と絶望は、計り知れないものがある。伝統的に、統合失調症を中心とした治療モデルを培ってきた精神科病院が、HPDDを含む発達障害にも積極的に目を向け、社会の要請にどう応えるのかは緊急の課題となってきている。

2. 東京都発達障害者支援センターの状況

平成14年度、全国で8カ所の「自閉症・発達障害支援センター」が開設された。平成17年4月の「発達障害者支援法」施行後は、「発達障害者支援センター」と名称が変更され、平成17年度中に全国で36カ所となる見込みとされた。

発達障害者支援センターの役割は、法の第14条において以下のように規定されている（一部、表現を変更）。

- ①発達障害の早期発見、早期の発達支援等に資するよう、発達障害者及びその家族に対し、専門的に、その相談に応じ、または助言を行うこと。

- ②発達障害者に対し、専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと。
- ③医療、保健、福祉、教育等に関する業務（以下「医療等の業務」という）を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと。
- ④発達障害に関して、医療等の業務を行う関係機関及び民間団体との連絡調整を行うこと。
- ⑤上記に掲げる業務に附帯する業務。

1) 東京都発達障害者支援センターの相談実施状況

①相談対象者の年齢分布

東京都発達障害者支援センターでは、平成16年度（平成16年4月1日～17年3月末）に442名（実人数）の相談を受理した。相談対象者の年齢区分は、6歳未満の乳幼児が20.1%、小学生が16.1%、中学生が11.1%、高校生が8.1%、18歳から20歳未満が3.2%、20歳代が23.3%、30歳代が12.7%、40歳代が3.4%、50歳以上が2.0%であった。相談対象者の年齢は、1歳から70歳まで広範囲に及んでいた。

②来談者の内訳

来談者の内訳は、「家族のみ」が最も多く41.9%、次いで「本人と家族」が38.7%、「本人のみ」が12.4%、「第3者のみ」と「本人・家族・第3者」がそれぞれ2.5%、「本人と第3者」が1.4%、「家族と第3者」が0.7%であった。来談者が「家族のみ」または「第3者のみ」の場合、家族および第3者からの情報のみでは本人の状況が十分に把握できず、本人が発達障害の範疇に入るかどうかを判断できないままに対応せざるを得ない場合も少なくなかった。

③18歳以上の対象者の知的障害の有無と診断名

18歳以上の対象者で、知的障害の有無と診断名について、これまでに医療・教育・福祉機関で検査および診断（評価）を受け、その情報を何らかの形で保管してあったものを整理した。その結果、知的障害を伴う人が25.4%、知的障害を伴わない人が65.5%、不明が9.1%であった。知的障害を伴う人については、自閉症などの発達障害、強迫神経症、統合失調症などの診断を受けている人が21.3%、未受診・未診断の人は4.1%であった。一方、知的障害を伴わない人について、医師よりHPDDと診断されたという人が22.3%、注意欠陥/多動性障害（AD/HD）、学習障害（LD）、うつ病、統合失調症、人格障害などと診断された人が18.8%、未受診・未診断の人が24.4%であった。

④相談内容

家族からの相談は、a)学校卒業後の行き場がない、b)就労できない、c)就職しても長続きしない、d)家族および家庭以外に本人に関わる人や場がない、e)安心して利用できる社会資源がない、f)引きこもり生活が長期化し昼夜逆転の生活をしている、g)こだわりや自分本位の生活の仕方のために、他の家族との関係が悪化している、h)家庭内暴力により家庭生活が著しく不安定な状態に陥っている、i)親亡き後の将来に不安である、などが多かった。

本人からの相談は、a)診断名を知りたいので、発達障害専門の医療機関を紹介してほしい、b)診断後の具体的なアドバイスが欲しい、c)日常生活、社会生活、就労について相談したい、d)学校や職場などでの人づきあいの仕方を教えて欲しい、e)自分自身の不安や葛藤状態への対処法について相談したい、f)親身になって優しく丁寧に対応してくれる人を紹介してほしい、g)年金や障害者手帳の取得方法を教えて貰いたい、h)親亡き後の生活について不安である、などであった。

支援者（学校の教師、社会福祉施設の職員、保健師、福祉事務所のケースワーカー、就労支援機関担当者など）からの相談は、a)本人との意思疎通ができてにくい、b)こだわりやパニックなどへの対応が困難である、c)受け皿となる場や人がない、d)親子関係の調整が困難である、などであった。

2) 激しい問題行動のために対応が困難となっている例

422例中、著しい反社会的行動を示したのは29例（6.5%）であった。この29例の中で、高機能自閉症またはアスペルガー症候群と診断されたのが11例（38.9%）あり、さらに精神科病院に入院したことがあるのが8例（27.6%）であった。

家庭内への引きこもりやこだわり行動の表出が長期化しており、家族、とくに母親に対する支配的態度や暴言・暴力、器物破損が繰り返されている例が多かった。家族による対応が困難となり、「110番通報をして警察の介入を受け、措置入院または医療保護入院になるが、短期間で退院してまた同じような経過を経て入院となる」という状態を繰り返している例も多く、なかには、家庭内でパニック状態に陥ると母親に110番通報をさせ、自宅に警察官を呼ぶことによってその事態を終結させるというパターンを繰り返している例もある。地域において、交番の警察官がその親子の唯一の支援者となっているのが現状である。

一方、家庭外でさまざまな問題を起こしている例もある。ゲームセンターでの浪費、クレジットカードによる無制限な買い物、エステサロンやダンススクールの度重なる入会契約、高価なダイエット食品の購入契約を繰り返す、携帯電話で援助交際のサイトにアクセスし続ける、無断外泊をしてその間の消息がまったく不明となるなど、多様な問題が起きている。

3) 単科精神科病院における高機能広汎性発達障害の人々への対応

前述したように、さまざまな非社会・反社会的行動を繰り返す人たちの中には、医療機関に入院したり、定期的に通院している例もあるが、本人自身の生活全体をとらえた対応がなされているのは非常に少ない。とくに精神科医療施設におけるHPDDの人々への対応は、必ずしも適切であるとは言い難い状況にある。

われわれが私立単科精神科病院において対応に苦慮したHPDDの症例のなかから、特徴的な経過をたどった3例について、その治療の概要を述べる。症例の記述にはプライバシーを侵害せぬように十分に注意し、固有名詞および個人を同定し得る可能性のある事柄（年齢、家族歴など）は、すべて変更または削除

した。

【症例 K】 初診時：30歳、男。

主訴：①こだわりが強く、独特な考え方があって他者との関係がかみあわず、時には家族に暴力を振るうことがある（母親）、②母親がしつこくいうので受診したが、どこへ行っても誤解されることが多く、なぜ自分ばかりが・・・と苛立ってしまう（本人）。

発達歴・現病歴：

母乳の出が悪かったのか吸い付かず、ミルクのみで育った。2歳年上の従兄とよく遊んでおり、3歳まではとくに問題と思わなかった。3歳頃から、同年齢の子ども達と遊ばず家の中で車の絵を描き続け、漢字、地図、時刻表をみていることが多かった。遠近法を使った立体的な絵や日本地図を正確に描き、親は「特別な才能のある子ども」と思っていた。幼稚園に入った頃から、自分勝手に、集団行動がとれない子どもといわれるようになった。

小学生になると新聞を読むようになり、社会制度に関する議論を母親にふっかけて困らせ、古代史の本を読んで難しい学術語をいい出すために、同級生は戸惑い、つきあってくれなくなった。中・高校生の頃から小学校低学年の子ども達の話し方にこだわるようになり、「文法的に間違っているので直さなければならない。学校教育が悪い、政治・文化を正さなければならない」と主張しはじめ、マスコミに電話したりメールを送り、トラブルが絶えなくなった。相手の態度からその人の気持ちを察することができず、遠回しないい方をされたり、曖昧にいわれると怒ってしまう。むしろ、ストレートにいわれた方が納得するようであった。

大学では「旅行同好会」に入ったが他の部員と意見が合わず、結局、一人で旅行に出かけることが多かった。教育実習に行っても、子ども達から嫌われ、教職員からは「生意気だ」といわれた。大学を卒業し就職したが、職場で「無駄な電気を消すように」といわれると、人がいる部屋の電気も全部消してしまうなどの常識はずれな言動が多く、10日間で解雇された。Kはこれまで友人と話したことはほとんどなく、社会常識が身に付いていないし、対人関係は苦手であると自覚しているという。この数年間、学校教育と政治・文化に対する攻撃性が増してきて、それを諭す両親に暴言・乱暴を繰り返すため、Aメンタルクリニックの紹介で当院を受診した。

初診時印象：

①独特な理論があり、他者の批判を受け入れず、反対されると険しい目つきでにらみつける。②母親がKの誤りを指摘しようとするとうるさくし、怒鳴りつける。③話し方には際立った問題はないが、細かいことにこだわり、意味を取り違えることがある。④HPDDの可能性はある。

心理検査：

WAIS-R：FIQ 114（VIQ 126、PIQ 95）。下位検査プロフィールに著しいバラツキがあり、図版全体を効率的にスキャンする能力に欠けている。

診断：アスペルガー症候群

治療経過：

「あなたの理論をどこまで理解できるのかを考えてみたい」と話し、Kが書いた「自分史」を読みながら、なぜ現在の状態に至ったのかを話し合うことにした。遠方からの通院であり、母親の体調も考えて、月1回、午後、約40分の面接を計画した。学校・政治・文化へのKの憤りは激しいものであり、時には「破壊的行動をとるかもしれない」と繰り返し述べる。「そのようなことを外来で話すのはよいが、電話・手紙・メールでマスコミに訴えるのは誤解を招くので賛成できない」と、まず枠を決めた。自分の話を聞いて理解しようとしてくれる人との出会いは、Kにとっては初めてのことらしく、毎回、かなりの枚数のメモを持ってきてよく話してくれる。「こだわり」が話題になった時、はじめてKの方から「こだわりはいろいろな形であり、自分にとってもつらい。治療法はあるのですか」とたずねた。Kのこだわり行動と強迫性障害の関連を説明し、「S SRIが効果を示す可能性があるが、薬さえ飲んでいけばよいのではなく、私のアドバイスにも耳を傾けて欲しい」と説明し、Kの同意を得た。服薬1ヵ月後、「人柄が変わったように穏やかになり、Kにびくびくしなくなりました」と母親が喜んで話してくれた。「穏やかになったといって、今までのことを恨みがましく本人に話してはなりませんよ」と母親に釘を刺し、Kとは社会技能訓練の考え方を基盤とした対応を行いながら、今後の生活の仕方についての相談を続けている。かなり厳しい問題指摘を行っても、受け入れてくれるようになった。

【症例 J】 初診時：22歳、男。

主訴：①親が自分を理解してくれない、仕事が長く続けられない、パニックになって大声を上げてしまう（本人）。②いつも他人のせいにし、暴言を吐いて乱暴をするために、一緒に生活することができない（母親）。

発達歴・現病歴：

身体的発育はやや遅れており、会話ができるようになったのは3歳頃であった。乳幼児期には社会的微笑や後追いがみられず、勝手にどこへでも行ってしまうために迷子になることが多かった。幼稚園（2年保育）では独り遊びが多く、自分勝手に動き回るために管理ができないといわれた。しかし、暗記力は素晴らしく、曜日や駅名をおぼえるのは得意であった。小学校では教室にすることができず、授業中でも好きなところへ行っていた。小2のとき、スクールカウンセラーの面接を受けさせられて「LDではないか」といわれ、母親が付き添って授業を受け、帰宅後、母親が勉強を教え直すことになった。中学校では、一応席に座っているようにはなったが、先生の説明がわからないと、「聞いていない」と叫んで、パニックになった。高等学校では、自分の世界にいて他者との交流が苦手であり、自分のことを理解してくれる人は一人もいなかった。高卒後専門学校に入ったが、自宅から遠いこともあり、アパートで一人暮らしをはじめた。専門学校でも集団適応ができず、教員から注意を受けると口論になることがしばしばであり、退学することになった。アルバイトをしても、「言葉が乱暴

だ、仕事が遅い、指示に従わない」といわれてクビになることが多かった。

本人もどうしたらよいかわからなくなり、市役所に電話で相談をしたところ、保健所の精神保健相談へ行くようにいわれ、そこから当院を紹介された。

初診時印象：

①非常に怒りっぽく、荒々しい話し方で、親が口をはさむと怒鳴りつける。
②なぜ現在の状況に至ったのか、今後どうすると良いのかについて問うと、家族の対応が悪かったといいつのり怒鳴り出す。③現実検討が悪く、独断的な理屈をいいつのり、フィードバックがかからない。④アパートでの一人暮らしは困難と考えられるが、母親は同居を強く拒否する素振りを示す。

心理検査：WAIS-R：FIQ 88 (VIQ 86、PIQ 95)、下位検査プロフィールにバツキがあり、コミュニケーション能力に独特な問題がある。ロールシャハ・テスト：現実的判断が劣っており、主観的・独断的傾向が強く、自己統制が弱く行動に一貫性がない。対人関係には過敏であり、被害的になりやすい。バウム・テスト：木の幹にマンガのキャラクターを描いた。

診断：高機能広汎性発達障害

治療経過：

未診断の例で、両親はHPDDであるJの行動や内的世界（とくに対人関係の過敏さと軋轢）を理解できず、表面に現れる衝動性と独特な理論に振り回されていた。両親は、Jの独り暮らしが無理な状況であることに気付いてはいるが、同居することには強い抵抗を示した。この状況を解決するために短期入院を勧めたが、Jはかたくなに拒否した。そこで、どのようにして現状を打開し得るのかを数度にわたって話し合い、結局、①親は将来的には同居する方向で検討する、②Jが望んでいる就労を可能にするために必要な社会常識を身につけることを目的に当院のデイケア・センターに通う、③薬物療法を併用しながら定期的な面接を続け、Jの衝動性の改善と対人関係のあり方についての再教育を行うことにした。デイケアの担当者にはHPDDの心理的特性をよく説明し、Jが勘違いをして怒り出した場合、その状況を具体的に提示し直して納得するまで根気よく説明してもらうようにした。通所をはじめて間もなく、デイケア・センターではさまざまな問題が起き始めた。Jには当然のこのように振る舞うことの中に非常識な言動が多く、それを注意するスタッフとの間に緊張関係が生じた。Jには、問題の本質がどこにあるのかを説明し、スタッフにはJの特性を説明し直し、対応の仕方を伝えたが、スタッフはJを受け入れ切れず、時には「これ以上問題を起こすと退所させたい」と言い出す状況となった。Jの心理学的特性を再度説明し、「問題があるから退所させる」という考え方の基本的な問題について再度説明した。問題はなお残存しているが、Jとスタッフの関係は徐々に改善されはじめている。

【症例Ⅰ】 初診時：35歳、男。

主訴：友人からの借金を苦にして頸部を切って自殺を図り、以前、統合失調症で入院治療を受けたことがあるために、当院に医療保護入院となった。

発達歴・現病歴：

幼少時の発達についての母親の記憶が曖昧で十分な情報が得られなかった。小学生であった頃、友達が少なく、融通がきかない子どもで、ゲームに極端にのめり込んでいたという。小5の頃、風呂嫌いで汚くしていたために、級友から「臭い」といわれイジメられた。友人は少なく、自分の思っていることを話す相手もいなかった。20歳頃、道路工事の交通誘導のアルバイトをしていたが、汗をかいたまま電車に乗ったために、まわりの乗客から「臭い」といわれ、それ以来「臭い」が気になっていた。23歳頃、「こころがバラバラになる」と感じ、頭にスイッチが入ると落ち込み、考えがバラバラになってまとまらなくなり、つらくなった。29歳頃、人混みの中に入ると意味もなくみられているような気がして、噂されているような声が聞こえた。それは自分の「こころの声」で会話していた。まわりの様子に変化して、「不気味な」感じがしたことがある。この頃、勤め先にアルバイトで来ていた女性に片思いをしたが関係が発展せず、会社の寮に「彼女がいる」と思い込んでガラスを割ったり、「彼女の所へ行く」といって走行している車の前に飛び出したりするために、当院に医療保護入院となった。約7ヵ月で退院となったが、通院・服薬は不規則であった。今回は、友人からの借金を苦にして頸部を切って自殺を図り、注察妄想、関係妄想、思考障害などが認められ、当院に再入院となった。心理検査でHPDDが疑われ、入院4ヵ月後に診断面接が再度試みられた。

初診時印象：

①非常に丁寧な応答で、大げさとも思える仕草で感謝を示す。②今の悩みを独特の理論と文体でびっしり書いたメモを持参してくる。③関係念慮、幻聴、思考伝搬、妄想気分などが断片的に語られるが、プレコックス感はなく、欠陥状態の印象もない。④HPDDの可能性があるが、発達歴が不明であり、「小さい頃は人と話すことができず、友達もいず、ミニカーに凝っていた」というが、確証が得られない。⑤母子手帳、学校の通信簿などを手がかりに、発達歴を検討する必要がある。

心理検査：この症例では、HPDDを疑うきっかけとなったのが心理検査所見である。WAIS-R：FIQ 107 (VIQ 110、PIQ 102)、下位検査プロフィールにバラツキがあり、他者には理解し得ない意味づけがみられる。ロールシャッハ・テスト：全体反応が56で精神活動は活発であるが、形態質が低く、図版の輪郭のとらえ方が一般とは異なっており、もともと視覚的表象の処理に問題があることがうかがわれる。SCT：各刺激語に反応するのではなく、一定の筆圧と字体で淡々と書かれており、内容は極めて道徳的で紋切り型である。

診断：高機能広汎性発達障害の疑い。統合失調症との関連をどう理解するか。

治療経過：

青年期に「自己臭」に悩んだ時期があったが、その後約6年間にわたって統合失調症として治療を受けてきた例である。HPDDが疑われ、発達歴・教育歴について検討を始めようとした矢先に、経済的な理由で退院となってしまった。

3. 考察

症例Kは、乳幼児期の発達には明らかな問題はなく、3歳頃から対人関係の問題がみられるようになり、知的なひらめきを示していた。難解な漢字や字句にこだわり、学校・政治・文化に攻撃的となり、時に家族に対する暴力的行動を示した。WAIS-Rの下位項目の分析からも、視覚処理能力に偏りがあり、自分の視点・視界以外のものを想像しにくく、純粋理論を駆使することによって、自分の難点を補っていることがうかがわれた。

症例Jは、乳幼児期の愛着行動の出現が乏しく、育てにくい子どもであった。幼稚園では独り遊びと自分勝手な行動が多いが、暗記力は素晴らしかった。小学校に入る頃から多動・衝動性とこだわりが顕著になり、些細なことでパニックとなった。しかし、対人関係には過敏な一面があり、そのために被害的になることがある。家族の受け入れ態勢をどう整えるのかが今後の課題である。

症例Iは、統合失調症の診断で入院していたが、心理検査でHPDDが疑われ、診断面接をやり直した例である。発達歴の聴取が不十分で、母親との面接、母子手帳や通信簿の点検を行う予定であったが、経済的な理由で、急遽退院となってしまった。

ここで取り上げた3例は、単科精神科病院でもしばしば経験するものである。しかし、PDD、とくにHPDDやアスペルガー症候群（AS）の人々との継続的なかわりを経験していない精神科医の場合、見落としてしまったり、対応を誤ったりすることがある。一方、ASが注目されるに従い、少しでも変わった様相を呈する症例に出会うと安易にASと診断する傾向もみられるが、発達歴・教育歴を詳細に検討しなければPDDと診断することは困難である。

生物学的研究が進むに従い、PDDの人々の「心の理論」の障害、すなわち他者の気持ちを読みとることの困難さと、想像力の欠如を重視する考え方が注目されている。これを情報処理機構の障害としてとらえ直すと、PDDの人々には、刺激入力、長期記憶と短期記憶との比較照合、反応出力、フィードバックのわかり方などに問題があり、実行機能の障害、中枢性統合の障害などが存在すると考えることができる。HPDDの人々が書いた手記には、タイム・スリップのような過去の記憶の断片的想起、身体的接触やコミュニケーションの特有な困難さ、身体図式の障害、自己刺激的行動やパニックの生起の仕方など、彼/彼女たちの内的世界が生き生きと描き出されている。

HPDDの人々の治療においては、彼/彼女たちの特有な内的世界のあり方を十分に理解した上での対応が必要である。中枢神経系の機能的成熟障害を基盤とするHPDDであっても、その症状形成過程には複雑な心理学的要因が関与しており、患者-治療者関係が重要な役割を担っていることは言うまでもない。

治療上の留意点を以下に列挙する：

- ①HPDDの人々は想像以上に対人関係に敏感であり、自分を理解し受容してくれる人と、不安・拒否・無視などを示す人を直感的に区別し、まるで治療者の力量を試すかのような行動をあらわすことがある。彼/彼女たちの内的世界にどこまで接近し、どこまで共有し得るのが治療のポイントとな

る。

- ②HPDDの人々の情報処理機構はうまく作動しておらず、独特な理論（考え方）に強くこだわるために、周囲の人々との軋轢を生じやすく、誤解されていることが多い。物心つく頃から冷遇体験を累積してきており、そのために自分の意思を相手に伝えることをあきらめていたり、理解されないとわかると突然怒り出すことがある。このような行動によって場面回避を試みているようである。ゆっくりとした話し方で彼/彼女の言い分を根気よく聞き、誤解のもとを整理し、どのように行動するとより効果的なのかを具体的に説明することが必要である。頭ごなしに叱ったり、押さえつけようとすると、收拾がつかない状態に追い込んでしまう。
- ③HPDDの人々は、一方的に非常識な要求・関心をまくし立てることがある。彼/彼女の言動に「ゆるやかな枠」をはめ、信頼する担当医には約束した時間内で気の済むまで話してもよいが、他の人々には話さぬように取り決めをしておく。根気よく対応していると、次第にその約束を守ってくれるようになり、時間・場所をわきまえて行動することができるようになると、相手の気持ちも受け入れることが可能となる。
- ④抑うつ気分、興奮・乱暴、こだわり、不眠などが顕著である場合、向精神薬を処方することがあるが、HPDDの人々は薬物に対する反応が極端に強かったり弱かったりすることが多い。一般的には比較的少量からスタートし、漸増しながら適切な薬用量を決めなければならない。こだわりが強い例では、薬理学的作用機序について可能な限り具体的に説明しなければならないこともある。

従来、HPDDの人々の不適応行動は、すべて発達障害に起因するものと考えられ、十分な精神病理学的検討がなされずに画一的な対応がなされてきた。一方、現在の操作的国際診断基準を発達障害の人々に適応する場合、さまざまな問題に出会う。発達障害の人々に見られる精神医学的併存症の診断は、それぞれの診断基準を発達レベルにあわせて修正する必要がある。そのためには、精神発達、対人スキル、コミュニケーションなどのキーワードを視野に入れた「発達精神病理学」を確立すべきである。HPDDの人々との臨床的なかわりかは、精神病理学の発展にとっても貴重な示唆を与えてくれるはずである。

単科精神科病院における発達障害、なかんずくHPDDの治療は、今後ますますその重要性を増すものと思われる。

広汎性発達障害と触法行為に関する医療機関における実態調査

市川宏伸、桑原 斉（東京都立梅ヶ丘病院精神科）

1. はじめに

広汎性発達障害は、社会的相互交渉の質的な障害、コミュニケーションの質的な障害、興味・行動の限定された様式を3主徴とする神経発達障害である。1943年にKannerが自閉症を初めて記載した当時は比較的稀な障害であると考えられていたが、1980年代以降は、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害とその障害概念を広げ、現在では約200人に1人が罹患する稀ではない障害だと考えられるようになった。近年では“航空機乗っ取り殺人事件”、愛知県豊川市の“主婦殺人事件”長崎県長崎市の“幼児誘拐殺人事件”など、広汎性発達障害が関与した疑いのある事件がしばしば報道されるようになり、広汎性発達障害と犯罪の関係が一般世論でも注目を集めるようになってきている。

文献の上では少数ながら、広汎性発達障害者による殺人を始めとした触法行為が報告¹⁾²⁾されるようになり、わが国でも、性非行³⁾、放火⁴⁾といった犯罪行為の報告が散見されるようになってきている。その結果として、性的関心型、理科実験型、高次対人状況型と称される⁵⁾その奇異な犯罪様式が徐々に明らかになりつつある。また、広汎性発達障害概念の普及と共に司法の現場では理解が難しいとされていた非行事例が広汎性発達障害という概念で説明できるようになってきたと考えられている⁷⁾。

司法の現場では不可解な触法行為が広汎性発達障害というフィルターを通すことで理解が深まり、積極的な精神医学的介入が望まれている。その一方で、実際の医療機関での広汎性発達障害者による触法行為に対する対応については、今までに十分な報告があるとは言いがたく、その実情は不透明である。

今回、我々は少数例ではあるが医療機関に受診歴があり過去に触法行為のあった広汎性発達障害者についての実態調査を行ったので報告する。

2. 対象と方法

都立梅ヶ丘病院の勤務医にアンケート調査を行い、都立梅ヶ丘病院に通院歴のある広汎性発達障害患者のうち、触法行為とみなされる行動の履歴がある症例を把握した。アンケート調査によって把握した13症例を調査の対象とした。13の症例はいずれも男性患者であり都立梅ヶ丘病院の初診時の平均年齢±標準偏差は11.7±5.1歳、調査時点（平成17年11月2日）の平均年齢±標準偏差は22.6±7.0歳であった。診断はDSM-IV-TRに基づいて行われ、自閉性障害が8例、アスペルガー障害が2例、特定不能の広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder

Not Otherwise Specified：PDDNOS）が3例であった。診療録から後方視的に触法行為、触法行為時の年齢、触法行為後の処遇、再犯の有無、調査時点の社会適応、合併診断、知能テストの結果について調査した。複数の触法行為が1つの症例で認められた場合は、各々の触法行為について別個に、触法行為時の年齢、触法行為後の処遇について調査を行った。各症例の個人情報を守るために個々の症例についての詳細な記述は行わなかった。

3. 結果（表1）

13の症例で計18件の触法行為が認められ、その内訳は傷害（強盗傷害を含む）が4件、猥褻行為が3件、放火が3件、窃盗が3件、ストーカー行為が2件、公務の妨害、恐喝、脅迫行為が各々1件であった。18件の犯罪行為について触法行為時の平均年齢 $\pm$ 標準偏差は 17.0 ± 5.7 歳であった。7件の触法行為が梅ヶ丘病院に初診する前に為され、11件の触法行為が梅ヶ丘病院に初診した後に為されていた。

触法行為後の処遇は、5件で入院治療が行われ（鑑別所で入院が適切と判断された1件を含む）た。3件で補導が行われ、2件で逮捕されたが不起訴になった。家庭裁判所に送致され鑑別所に入所となり保護観察処分になったものが1件、鑑別所入所後の処遇が不明のものが1件であった。児童相談所に通所となったものが1件、新たに通院治療（都立梅ヶ丘病院以外の医療施設）を開始したものが1件であり、4件では触法行為の後になにも処遇が為されていなかった。

再犯については、9件の犯罪行為の後に同様の触法行為が再度認められ、7件では再犯は認められなかった。通院が調査時点で中断、あるいは終了している2件については再犯の有無は不明であった。触法行為後の処遇で入院治療が行われた5件についてはうち4件で再犯が認められていた。

調査時点の社会適応は、作業所通所が4例、高校通学が3例であった。福祉就労を行っているもの、入院中のもの、児童相談所一時保護所に入所中のもの、不登校で自宅閉居となっているものが各々1例であった。通院の中断した2例では調査時点の社会適応は不明であった。

合併診断については、10例で精神遅滞、4例で行為障害の診断が併記されていた。

知能テストは診療録に記載のある最新の結果を調査に採用した。知能テストの方式はWISC-Ⅲが5例、WAIS-Rが6例、田中ビネー式が1例、鈴木ビネー式が1例で施行されていた。知能指数の平均 $\pm$ 標準偏差は 65.5 ± 17.0 であった。WISC-Ⅲを施行された5例、WAIS-Rを施行された6例については下位検査の評価点を加算平均しそれぞれ図1、図2に表示した。

4. 考察

今回の実態調査で重要な結果だと考えられたのは、18件の触法行為

のうち 11 件が医療機関の受診後に為されているということと、触法行為後の処遇として入院が選択された 5 件の触法行為の後に 4 件で再犯が認められているということである。いずれの結果も、医療機関での治療が広汎性発達障害者の触法行為の抑止のため十分なものではないということを示唆している。その原因の 1 つには、精神科医療の技術的な問題が挙げられる。早期にはじめる、一貫したルールをつくる、社会性を伸ばす訓練をするという、一般的な対応策は提示されているが³⁾、根拠を持って広汎性発達障害者の触法行為に対して有効であるという治療法の報告はなく、医師それぞれの試行錯誤によって治療方針が決められているというのが現状である。

また、これらの触法行為に対して少年院送致、あるいは刑務所に収監されたものはなく（処遇が不明な 2 例は除く）、医療が対象者の責任を負う形で事が済んでしまっている。成人の統合失調症例でも同様に、刑事司法の関与が不十分であるといわれており、医療観察法施行後の運用体制の整備が求められる。

調査時点の社会適応は把握されている 11 例に関してはそのうち 8 例が、自宅で過ごし社会との接点も持っている状況であった。高機能広汎性発達障害の適応を調査した杉山らの報告⁹⁾によると GAF 尺度で就労群に比して触法群では有意に適応状態が不良であるとされている。今回の調査では対照群を置いておらず、また高機能ではない広汎性発達障害が過半数をしめることから直接の比較はできないが、杉山らの報告に反して触法行為を犯した広汎性発達障害者が必ずしも適応不良ではないということが示唆された。

合併診断については、13 例中 10 例に精神遅滞が、4 例で行為障害が診断されていたが、統合失調症、大うつ病、他の診断は為されていなかった。この結果は、広汎性発達障害者の触法行為が、現実検討を欠く精神病状態で行われているものではなく、広汎性発達障害それ自体、あるいは知能の低さから触法行為が生じているということを示唆し、抗精神病薬、抗うつ薬などの薬物療法による状態改善の期待が持ちにくいことが考えられた。

WISC-Ⅲ の加算平均の結果は、言語性検査で「理解」が最も高く「数唱」が最も低かった。また、動作性検査では「組み合わせ」が最も高く、「記号探し」が最も低かった。一般的に広汎性発達障害では言語性検査で「理解」が最も低く「数唱」が最も高いと考えられており⁹⁾¹⁰⁾、今回の結果はまったく逆のプロフィールである。例数が 5 例と少なく、また「理解」「数唱」の評価点も突出したものではないので断定的なことは言えないが、比較的保たれた「理解」が触法行為と関係あるのか、あるいは突出して高い「数唱」が触法行為の抑制因子であるのかもしれない。一方 WAIS-R では言語性検査で「数唱」が最も高く「理解」「単語」「知識」が最も低かった。動作性検査では「組み合わせ」が最も高く「符号」が最も低かった。この結果は WISC-Ⅲ とは異なり、一般的な広汎性発達障害のプロフィールと大きく異なった

物ではなかった。十一は性非行のあったアスペルガー障害の3症例の WISC-Ⅲ 及び WAIS-R の結果を報告しているが¹¹⁾、この結果から3症例の共通点は見出せなかったと結論している。今回の結果でも WISC-Ⅲ と WAIS-R で大きく結果が異なり解釈には注意を要する。今後、症例数を増して検討しなければいけない課題である。

本研究の結果を踏まえ、広汎性発達障害者の触法行為に対して有効である治療法が開発されることが期待される。しかし、精神科医療が技術的に不備である状況にも関わらず医療機関が再犯の責任を負うという状況の中で、治療法を開発することは困難である。今後は、刑事司法との連携をより密にし、広汎性発達障害者の触法行為の再犯を防止する策を講じることが望まれる。

文献

- 1) Mawson D, Grounds A, Tantom D: Violence and Asperger's Syndrome: A case Study. British Journal of psychiatry, 147, 566-569, 1985
- 2) Baron-Cohen S: An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. J. Child. Psychol. Psychiat., 29, 351-360, 1988
- 3) Howlin P: Autism. Preparing for adulthood. Routledge, London, 1997
- 4) 十一元三、崎濱盛三：アスペルガー障害の司法事例-性非行の形式と動因の分析-。精神神経学雑誌、104、561-584、2002
- 5) 熊上 崇：アスペルガー症候群-成人症例の報告-(1)-アスペルガー障害（アスペルガー症候群）を持つ少年の放火事例-。精神科治療学、19、1217-1221、2004
- 6) 十一元三：アスペルガー障害と社会行動上の問題。精神科治療学、19、1109-1114、2004
- 7) 藤川洋子、梅下節瑠、六浦祐樹：性非行にみるアスペルガー障害：家庭裁判所調査官の立場から。児童青年精神医学とその近接領域、43、280-289、2002
- 8) 杉山登志郎、河邊眞千子：高機能広汎性発達障害青年の適応を決める要因。精神科治療学、19、1093-1100、2004
- 9) 神尾陽子、十一元三：高機能自閉症の言語：Wechsler 知能検査所見による分析。児童青年精神医学とその近接領域、41、32-43、2000
- 10) Siegel DJ, Minshew NJ: Wechsler IQ Profiles in Diagnosis of High-Functioning Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 26, 389-406, 1996
- 11) 十一元三：性非行にみるアスペルガー障害 認知機能検査所見と性非行の特異性と関連。児童青年精神医学とその近接領域、43、290-300、2002