

した潜在群に対しても、できるだけ早くから個々のニーズに即した支援を始めることによって、社会的発達促進、児の興味を活かした技能の開発、そして二次的な情緒・行動の問題の予防の可能性が高くなる。家族にとっても、育児ストレスに関連した精神的不健康の予防に役立つことが期待される。

また、臨床的観点からは、診断しうる最も早い年齢が、1人ひとりの子どもに実際に診断するのに最適な年齢とは限らない⁶⁹⁾。診断に際して、障害があることを理解し適切に対処するまでの親の様々な反応について、臨床家は熟知しておく必要がある^{36,65,66)}。ただし、親はわが子の発達について正確な情報を知る権利もまたあるので、個別ケースに合った方法で育児に必要な情報や支援を続けることは重要と思われる。

おわりに

本章では、ASDの早期発見の意義と、ASDの早期診断がいつ頃可能なのかについて、臨床サンプルではなく広い幼児集団を対象とした実証的研究を概説し、ASDの早期兆候として重要な複数の領域における研究知見を要約した。その結果、3つ組として知られている自閉症的症状が顕在化する2歳過ぎよりはるか以前、0歳代にすでに感覚、運動、対人、コミュニケーション、そして注意といった複数の領域において軽微な兆候が現れ、1歳を過ぎた頃にはそれらが同期するかのよう顕在化し、そして漸進していることがわかった。すなわち、早期にASDを診断するのに有用な行動マーカーと言えるものは単独では存在しない、ということが確かになってきたようである。発達早期から縦断的に追跡する前方視的研究はようやく始まったばかりなので、複数の領域で同時的に漸進する発達パターンの多様性や長期経過については、今後の研究を待つ必要がある。

また、これらの早期兆候をチェックすることにより、一般幼児集団の中からASDの疑いのある児を見出す第1次(レベル1)スクリーニングは、様々な地域で実際に取り組みられているが、そのうち発表された実証性のあるものを選んで紹介した。そしてわが国の例として、わが国で充実している乳幼児健診システムを活用して1歳6カ月から早期発見・早期支援に繋げる試みを紹介した。早期発見システムを真に評価するには、ASD診断の正確さのみならず、子どもの生活を適応の観点から、長期的な転帰も踏まえて判断してはならない。また、子どもだけでなく家族全体への支援としていくために、親への心理、社会的なインパクトも考慮して提供できる多様な選択肢が必要である。これまでの膨大な臨床および研究知見に加えて、新たに前方視的アプローチによる研究と臨床知見が総合されれば、ASDの発達モデルに基づくライフステージに及ぶ支援システムが構築され、ASDの子どもと家族が生涯、利用可能な一貫性を持った支援が可能となるものと期待される。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. text revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000.
- 2) Baghdadli, A., Picot, M.C., Pascal, C. et al. : Relationship between age of recognition of first disturbances and severity in young children with autism. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 12 ; 122-127, 2003.
- 3) Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S. et al. : A screening instrument for autism at 18 months of age : A 6-year follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39 ; 694-702, 2000.
- 4) Baranek, G. T. : Autism during infancy : A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *J. Autism Dev. Disord.*, 29 ; 213-224, 1999.
- 5) Baron-Cohen, S., Allen, J., Gillberg, C. : Can autism be detected at 18 months? : The needle,

- the haystack, and the CHAT. *Br. J. Psychiatry*, 161 ; 839-884, 1992.
- 6) Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G. et al. : Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br. J. Psychiatry*, 168 ; 158-16, 1996.
- 7) Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., et al. : A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 39 ; 1-11, 2009.
- 8) 別府哲 : 自閉症における他者理解の機能連関と形成プロセスの特異性 障害者問題研究, 34 ; 259-266, 2007.
- 9) Berument, S. K., Rutter, M., Lord, C. et al. : Autism screening questionnaire : Diagnostic validity. *Br. J. Psychiatry*, 175 ; 444-451, 1999.
- 10) Bolton, P., Macdonald, H., Pickles, A. et al. : A case-control family history study of autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 35 ; 877-900, 1994.
- 11) Bryson, S. E., Zwaigenbaum, L., Brian, J. et al. : A prospective case series of high-risk infants who developed autism. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 12-24, 2007.
- 12) Chakrabarti, S., Fombonne, E. : Pervasive developmental disorders in preschool children : Confirmation of high prevalence. *Am. J. Psychiatry*, 162 ; 1133-1141, 2005.
- 13) Charman, T. : Why is joint attention a pivotal skill in autism? *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 358 ; 315-324, 2003.
- 14) Chawarska, K., Paul, R., Klin, A. et al. : Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 62-67, 2007.
- 15) Constantino, J. N., Przybeck, T., Friesen, D. et al. : Reciprocal social behavior in children with and without pervasive developmental disorders. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 21 ; 2-11, 2000.
- 16) Dawson, G. & Osterling, J. : Early intervention in autism. In : (ed.), Guralnick, M. The effectiveness of early intervention Paul H. Brooks Publishing, Baltimore, M.D., 1997.
- 17) Dawson, G., Osterling, J., Meltzoff, A. N. et al. : Case study of the development of an infant with autism from birth to two years of age. *J. Appl. Dev. Psychol.*, 21 ; 299-313, 2000.
- 18) De Giacomo, A., Fombonne, E. : Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 7 ; 131-136, 1998.
- 19) Dietz, C., Swinkels, S., van Daalen, E. et al. : Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14-15 months. II : Population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. *J. Autism Dev. Disord.*, 36 ; 713-722, 2006.
- 20) Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S. et al. : A pilot randomized control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism : Preliminary findings and methodological challenges. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 11 ; 266-272, 2002.
- 21) Eaves, L. C., & Ho, H. H. : The very early identification of autism : Outcome to age 41/2-5. *J. Autism Dev. Disord.*, 34 ; 367-378, 2004.
- 22) Grelotti, D. J., Klin, A. J., Gauthier, I. et al. : fMRI activation of the fusiform gyrus and amygdala to cartoon characters but not to faces in a boy with autism. *Neuropsychologia*, 43 ; 373-385, 2005.
- 23) 稲田尚子, 神尾陽子 : 自閉症スペクトラム幼児の共同注意行動の発達についての縦断研究 第47回日本児童青年精神医学会抄録集, 183 ; 2006.
- 24) Iverson, J. M., Wozniak, R. H. : Variation in vocalmotor development in infant siblings. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 158-170, 2007.
- 25) Jonsdottir, S. L., Saemundsen, E., Asmundsdottir, G. et al. : Follow-up of children diagnosed with pervasive developmental disorders : Stability and change during the preschool years. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 1361-1374, 2007.
- 26) 神尾陽子, 稲田尚子 : 1歳6カ月健診における広汎性発達障害の早期発見についての予備的研究. *精神医学*, 48 ; 981-990, 2006.
- 27) 神尾陽子, 長田洋和, 小山智典ほか : 自閉症/PDD児に対する早期療育の現状とその発展の方向性. 平成18年度厚生労働科学特別研究事業 H18-特別一指定-028 発達障害者の病因論的考証及び疫学調査等に基づく実証把握のための調査研究 田中哲郎 (主任研究者). 分担研究報告書, p.27-43, 2007.
- 28) 金井智恵子, 長田洋和, 小山智典ほか : 広汎性発達障害スクリーニング尺度としての乳幼児行動チェックリスト改訂版 (IBC-R) の有用性の検討. *臨床精神医学*, 33 ; 313-321, 2004.
- 29) Kazari, C., Freeman, S., & Paparella, T. : Joint attention and symbolic play in young children with autism : A randomized controlled intervention study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47 ; 611-620, 2006.
- 30) Kleinman, J. M., Robins, D. L., Ventola, P. E. et

- al. : The Modified Checklist for Autism in Toddlers : A follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 38 ; 827-839, 2007.
- 31) 小山智典, 船曳幸紀, 長田洋和ほか : 乳幼児期自閉症チェックリスト日本語版 (CHAT-J) の有用性に関する予備的検討. *臨床精神医学*, 34 ; 349-355, 2005.
- 32) Krug, D. A., Arick, J., Almond, P. : Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 21 ; 221-229, 1980.
- 33) Kuhl, P. K. : A new view of language acquisition. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 97 ; 11850-11857, 2000.
- 34) Kuhl, P. K., Coffey-Coria, S., Padden, D. et al. : Links between social and linguistic processing of speech in preschool children with autism : behavioral and electrophysiological measures. *Dev. Sci.*, 8 ; F 1-F 12, 2005.
- 35) Kurita, H., Miyake, Y., Katsuno, K. : Reliability and validity of the Childhood Autism Rating Scale-Tokyo version (CARS-TV). *J. Autism Dev. Disord.*, 19 ; 389-396, 1989.
- 36) 桑田左絵, 神尾陽子 : 発達障害児をもつ親の障害受容過程に関する文献的研究. *児童青年精神医学とその近接領域*, 45 ; 325-343, 2004.
- 37) Landa, R. : Autism spectrum disorders in the first 3 years of life. In *Autism Frontiers : Clinical Issues and Innovations*. In : (ed.), Shapiro, B. K. & Accaodo, P. J. Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore, p.97-128, 2008.
- 38) Landa, R., & Garrett-Mayer, E. : Development in infants with autism spectrum disorders : A prospective study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47 ; 629-638, 2006.
- 39) Landa, R., Holman, K. C., Garrett-Mayer, E. : Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 64 ; 863-864, 2007.
- 40) Landry, R. & Bryson, S. E. : Impaired disengagement of attention in young children with autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 45 ; 1115-1122, 2004.
- 41) Langdell, T. : Recognition of faces : An approach to the study of autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 19 ; 255-268, 1978.
- 42) Loh, A., Sinab, T., Brian, J. et al. : Stereotyped motor behaviors associated with autism in high-risk infants : A pilot videotape analysis of a sibling sample. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 25-36, 2007.
- 43) Lord, C. : Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 36 ; 1365-1382, 1995.
- 44) Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. : Autism diagnostic interview-revised : A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorder. *J. Autism Dev. Disord.*, 24 ; 659-685, 1994.
- 45) Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C. et al. : Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41 ; 1239-1245, 2002.
- 46) Morrow, E. M., Yoo, S.-Y., Falvell, S. W. et al. : Identifying autism loci and genes by tracing recent shared ancestry. *Science*, 321 ; 218-223, 2008.
- 47) New York State Department of Health, Early Intervention Program. Clinical Practice Guideline : Report of the Guideline Recommendations - Autism / Pervasive Developmental Disorders. Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (1999). Retrieved February 24, 2007, from <http://www.health.state.ny.us/community/infants-children/early-intervention/autism/index.htm>
- 48) Osterling, J., Dawson, G., & Munson, J. A. : Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Dev. Psychopathol.*, 14 ; 239-251, 2002.
- 49) Persson, B., Nordstrom, B., Petersson, K. et al. : Screening for infants with developmental deficits and/or autism : A Swedish pilot study. *J. Pediatr. Nurs.*, 21 ; 313-324, 2006.
- 50) Pickels, A., Starr, E., Kazak, S. et al. : Variable expression of the autism broader phenotype : findings from extended pedigree. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 41 ; 491-502, 2002.
- 51) Rimland, B. : The differentiation of childhood psychoses : an analysis of checklists for 2,218 psychotic children. *J. Autism Child Schizophr.*, 1 ; 161-174, 1971.
- 52) Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L. et al. : The Modified Checklist for Autism in Toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 31 ; 131-144, 2001.
- 53) Rogers, S. : Brief report : Early intervention in autism. *J. Autism Dev. Disord.*, 26 ; 243-246,

- 1996.
- 54) Rogers, S. J., Hepburn, S., Wehner, E. : Parent reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 33 ; 631-642, 2003.
- 55) Rogers, S. J., Lewis, H. : An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28 ; 207-217, 1989.
- 56) Ruff, H. A. & Rothbart, M. K. : Attention in early development : Themes and variations. Oxford University Press, New York, 1996.
- 57) Siegel, B. : Pervasive Developmental Disorders Screening Test-II (PDDST-II) : Early Childhood Screeners for Autistic Spectrum Disorders. Harcourt Assessment, Inc., San Antonio, 2004.
- 58) Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. : Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Am. J. Ment. Retard.*, 105 ; 269-285, 2000.
- 59) Sullivan, M., Finelli, J., Marvin, A. et al. : Response to joint attention in toddlers at risk for autism spectrum disorder : A prospective study. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 37-48, 2007.
- 60) Sutter, S., Pandey, J., Esser, E. L. et al. : Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 98-107, 2007.
- 61) Swinkels, S. H., Dietz, C., van Daalen, E. et al. : Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months. I : The development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). *J. Autism Dev. Disord.*, 36 ; 723-732, 2006.
- 62) 立森久照, 高橋美紀, 長田洋和ほか : 東京自閉行動尺度 (Tokyo Autistic Behavior Scale : TABS) の広汎性発達障害の診断補助尺度としての有用性. *臨床精神医学*, 29 ; 529-536, 2000.
- 63) Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M. et al. : Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism : A randomized controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45 ; 561-569, 2006.
- 64) Townsend, J., Courchesen, E., & Egaas, B. : Slowed orienting of covert visual-spatial attention in autism : Specific deficits associated with cerebellar and parietal abnormality. *Dev. Psychopathol.*, 8 ; 563-584, 1996.
- 65) 辻井弘美, 稲田尚子, 神尾陽子 : 自閉症スペクトラム幼児の早期診断についての実態調査—小児科医への研修時アンケート調査結果から— . *精神保健研究*, 54 ; 83-93, 2008.
- 66) Wachtel, K., Carter, A. S. : Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism*, 12 ; 575-594, 2008.
- 67) Watt, N., Wetherby, A. M., Barber, A. et al. : Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. *J. Autism Dev. Disord.*, 38 ; 1518-1533, 2008.
- 68) Werner, E., Dawson, G., Osterling, J. et al. : Brief report : Recognition of autism spectrum disorder before one year of age : A retrospective study based on home videotapes. *J. Autism Dev. Disord.*, 30 ; 157-162, 2000.
- 69) Yirmiya, N. & Ozonoff, S. : The very early autism phenotype. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 1-11, 2007.
- 70) Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T. et al. : Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int. J. Dev. Neurosci.*, 23 ; 143-152, 2005.

第15章 自閉症研究：今後の課題

神尾 陽子

これまでの自閉症研究の歴史とその成果は、本書の全章にわたってあますところなく記述されている。そこから、「自閉症とは何か」という大きな問いに対する、先人たちのさまざまなアプローチとその軌跡を知ることができ、後に続く私たちが当たり前のように共有する、今日の自閉症というものの成り立ちを理解することができるだろう。そして、今後の課題としての多くの示唆が得られることであろう。私に与えられたこの終わりの章では、それらを踏まえて、自閉症研究の将来に向けていくつか課題を整理しておく。というのも、本書の著者の多くが指摘しているように、これまでの研究成果の最大のものはおそらく、自閉症にかかわる研究者や臨床家が自閉症という難題に取り組む際の私たち自身の、視座の転換、なのではないかと思われるからである。それは、自閉症にとどまらず、精神の疾患に取り組む際にも共通するのかもしれない。以下に、新たな視座を持って取り組むべき今後の課題を、筆者の視点から整理を試みる。

第1には、医学的根本問題として、多様な自閉症症候群に対して病因論的な視座をどのように方向づけるか、ということがさらに検討され続けなくてはならないだろう。自閉症発症のメカニズムを明らかにしていくためには、病因論的に均質なことが示されてきた自閉症症候群内の特殊な群（たとえば、Rett症候群や脆弱X症候群など）の発見を、自

閉症研究においてどのように位置づけるのがよいのだろうか。本書の9章で詳解されているように、自閉症の病因の特定は、近年では原因遺伝子の同定から、遺伝子の発現を修飾する後生的な機序（エピジェネティクス）の解明に照準が移ってきている。そうした新しい研究知見や表現型およびゲノムの多様性を考えると、もはや自閉症症候群において1対1の病因と症状の関係を想定することは現実的ではなくなっている。神経発達の異常を伴う多くの精神遅滞症候群や精神疾患では、分子遺伝学的メカニズムの一部の異常を共有しているであろうし、それぞれに特異的な機序もあるだろう。現在は記述しきれていない、自閉症症候群における中間表現型や broader autism phenotype (BAP) と呼ばれる行動表現型のみならず、症状の出現や消長のパターンなどの発達過程の特徴をも描き出すことができれば、今後の手がかりとなっていくのではないかと、と思われる。

Rett症候群とPDDとの関係が今後どのように扱われていくかということは、この問題を考えていくうえで象徴的かもしれない。Rett症候群は、DSM-IVが出た当時、まだ病因が明らかになっておらず、症状の類似からPDDの下位カテゴリーに分類された。その後、MECP2遺伝子の変異によってRett症候群が発症することが明らかになった。しかしながら、原因遺伝子の同定という輝かし

い成果から期待されたように、PDDと Rett 症候群の間に境界線を引くことは、当初考えられている以上にむずかしいようである。後者には、極端な退行ばかりではなく、退行の程度は重度から軽度までスペクトラム様で存在するし⁴⁾、また Rett 症候群以外の自閉症児の一部にも、様々な程度の退行を示すケースが存在することから、知られている病因の違いにもかかわらず症状レベルでは共通点が依然として大きい。さらに興味深いことには、MECP2 遺伝子の変異が Rett 症候群以外の、自閉症を含む精神神経発達障害にも報告されているのである。それらを踏まえれば、DSM-V では、Rett 症候群それ自体が PDD に含まれるという DSM-IV 分類が見直され、一時的に自閉症症状を呈する一部のケースのみを PDD と診断すべきであるというように、記述に幅を持たせるようになるのではないかと予測される。このように近年明らかになりつつある事実、病因と症状の対応そして病因論的な分類という疾病のアイデンティティを考える際に、示唆的である。つまり、より均質な病態を特定したかに見えても、よく見ればそこにも再び連続する多様性が存在するという、次の課題を指し示しているのかもしれない。本書の 1 章の末尾に述べられているように、「要するに、疾病単位にこだわらず自閉的なものが自閉症なのだ」ということなのであろう。今後、自閉症症候群の一部に関しては、病因が特定されていくであろうが、それらの病因が均質な群は自閉症症候群から除外されていくのではなく、むしろ病因の多様性を明示的に持ちながら、異種的な自閉症症候群を形作ることによって、私たちは自閉症症候群についての新しい病因論的な視座を獲得していくのではないだろうか。

第 2 に、これまでの研究が示唆してきた長い時間軸に沿った発達的变化を、その視座の内にもどのように捉えていくのか、という問題がある。その発達的变化の全貌は、まだごく

一部が明らかになったにすぎない。10 年、20 年もの発達という時間軸を捉えることで始めて、発達の障害としての自閉症症候群を理解することになるはずであるが、それはスタート地点と終着地点の二時点を結ぶこれまでの方法論だけでは無理である。点と点ではなく、まさに発達していくその軌跡という線をつぶさに捉える視座に基づいてはじめて、自閉症症候群の症状の成り立ちとその変化の可能性を明らかにしうるのであろう⁵⁾。それを実現するには、海外で行われているような、前向きで、規模の大きいコホート研究をわが国で立ち上げることが必要である。また、数年単位ではなく、10 年、20 年単位の長期的な見直しにもとづいて疫学的ベースで計画されなくてはならないだろう。

これまでクリニック受診患者の報告が中心であった自閉症研究であるが、自閉症症候群の多様性と連続性が明らかになればなるほど、研究サンプルのバイアスはそこから得られた成果を一般化する際に大きな問題点となってくる。もちろん、臨床ケースの積み重ねがあつて今日の自閉症理解に到達したことは言うまでもないが、臨床ケースから提案された研究仮説を検証するには、上で述べたような長期的な疫学的ベースのコホート研究が必要であり、そこでは、これまでに結論に至っていない多くの重要な自閉症仮説が実証的に検証されていくことになるだろう。

第 3 に、障害単位としての自閉症症候群の再定義、という大変な作業が残されている。なぜなら、行動、認知、神経、遺伝の各レベルでの研究が今よりもさらに進展し、多様な軌跡を辿る自閉症児の発達の背景にある様々なレベルでの発達メカニズム、そして分子遺伝学的なエピジェネティック機構が明らかにされれば、従来障害単位という視座を超えて、新たな自閉症症候群の定義が根本から組み換えられる可能性があるからである。それは、現在、明確に定義されていない発症や回

復という概念を再検討することにもつながり、その結果、自閉症の1次治療や2次治療を超えた、予防のあり方が浮かび上がってくるものと思われる。現実には、早期診断の普及により、1歳前後から2歳にかけての自閉症児の初期発達について、さらには0歳からの前向き研究知見も蓄積されつつある今日、すでに変化は始まりつつある²⁾。0歳から1歳までの自閉症の初期発達は、自閉症研究の先人たちには未踏の領域であった。今日、私たちは診断技術の向上や発達障害者支援法による早期支援システムの整備に伴って、日常の診療活動においてそれが現実のものとなりつつある。そして、そうした日々の臨床行為においては、これまでの教科書に書かれていない症状の改善などといった様々な発達パターンや、非定型な代償的発達が目の前で起きるのを目撃することになるであろう。今後、もっと早期診断・早期支援の社会システムの整備がすすめば、乳幼児期の多様な発達パターンはもっと注目され、これまでの発達障害概念が再考されることとなるエビデンスが全国的に蓄積されていくことであろう。かつては発達障害について記述されることのなかった治癒という概念も、こうしたエビデンスに基づいて再検討を要するようになるであろう²⁾。

現在は操作的に合併と診断される、他の精神医学的障害の併発についても、その発症基盤や長期経過が明らかになれば、自閉症診断の際に、それらのリスク要因を含めた包括的評価と治療戦略がオプションとして検討されるようになるであろう。合併精神障害は大きな臨床的問題なので、総合的な自閉症診断の一部として評価し、予防と治療の見通しを持つことが、自閉症問題が精神医学的問題の重要課題であり続けることの証となるだろう。

第4に、スペクトラム概念の行方を見定めること、が重要である。PDD カテゴリー内の自閉症とアスペルガー症候群の異同といった局所的な議論を超えて、今日のPDDは非

PDDとの間にもはや不連続な境界を定めることができなくなっている³⁾。障害同士の境界をより明確化することを目的としてきたこれまでの長い研究の結果ようやくたどりついた結論が、PDDと非PDDの間に境界がないこと、というのは皮肉なようだが、視点を変えれば、大発見とも言える⁴⁾。明確な輪郭を持つはずであった自閉症とは何かという問いに、今再び、私たちは照準を切り替えて取り組まなくてはならない。

これまでの先人たちの大航海は新大陸発見を目指していたのだとすると、大陸を発見する代わりに海の深さや通過した島々の影から、地球の成り立ちに目を向けるようになった、と言ってよいのかもしれない。これからも私たちは航海を続けていく。そこで何と出会い、何が見えてくるのか。先人が残してくれた羅針盤に加えて、今、私たちは不連続に見える波の合間に、島々の影に、中間表現型と呼ばれる表現が連続していることを知っており、症状が顕在化する以前の乳幼児の中に様々な徴候を見ることができ、そしてその基盤となる脳の構造や機能、さらにDNA配列やエピジェネティック機構の異常を検知する洗練された測定および解析技術を持っている。そして時間を要する様々な臨床実践から自閉症症状を持ちながらより豊かな生活の質にどこまで到達できるか、ということもわずかではあるが分かってきている。今後の自閉症研究は、新しい視座を持って展開していくなかで、より良い治療や予防のみならず、近い将来に保健・医療・教育・福祉の枠を超えた社会システム整備拡大へ向けた科学的根拠とされていくことを信じて、航海を続けていくことになろう。

文 献

- 1) Kamio, Y., Tobimatsu, S., Fukui, H.: Developmental disorders. In: (eds.), Decety, J., Cacioppo, J. The Handbook of Social Neuroscience, Oxford

- University Press, Oxford, in press.
- 2) Pandey, J., Wilson, L., Verbalis, A. et al. : Can autism resolve? In : (eds.), Shapiro, B.K. & Accardo, P. J. Autism frontiers : Clinical Issues and Innovations. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing, p.191-205, 2008.
 - 3) Skuse, D., Mandy, W., Steer, C. et al. : Social communication competence and functional adaptation in a general population of children: Preliminary evidence for sex-by-verbal IQ differential risk. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, in press.
 - 4) Zappella, M., Gillberg, C., Ehlers, S. : The preserved speech variant : A subgroup of the Rett complex : A clinical report of 30 cases. J. Autism Dev. Disord., 28 ; 519-526, 1998.

7. 自閉症者の小児期から成人期に向けて —心理社会的な適応の観点から—

国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部 かみ おようこ
神尾陽子



KEY WORDS

autism spectrum, long-term outcome, psychosocial adjustment, predictive factor

☯ はじめに

自閉症/自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorders: ASD) の人々が、小児期に治療的介入を受ける機会は以前と比べて増えており、最近では早期介入の有効性が認識された結果、より早期での診断に向かいつつある。一方で、高機能自閉症の人々には小児期に正確な診断を受けていないケースが稀ではない。さらに成人期の臨床像は、中核症状とされる対人・コミュニケーション症状がたいてい長い発達過程の後に改善するので、教科書に記述されているような小児期に最も顕著となる行動特徴を呈することはないという事実も、成人期での診断を困難にしている。

本稿では、成人後の心理社会的な適応の観点から、小児科医が自閉症/ASD の子どもたちと医療場面で出会う時、医師自身がどのような見通しを持つことが可能なのか、また長期的な視点からどのような助言が本人や家族に有益なのかについて、今日わかっていることを要約し、提案する。



I. 小児期に成人後の予後を予測できるか

自閉症児の成人後の予後を予測する要因として、繰り返し小児期の言語発達が挙げられている。これは言語性 IQ が高い自閉症児は、そうでない自閉症児と比べて、就労や身辺自立が良いことを意味する。しかし、実際には、言語発達の良い高機能自閉症/ASD の成人のなかには、親しい友人や異性を持たず、安定した仕事に就かず、精神的に不健康で精神科治療を受けることが多い暮らしを送っている人々も少なくない。高機能自閉症児は、療育の成果が現れやすく、社会的ルールを教えると知識としてよく覚える、良き学習者である。その反面、直感に頼るような社会的判断や対人的振る舞いについては、困難を克服しがたいという弱点がある。このため対人関係が複雑となり、日常的に高度な社会的スキルを要する成人期になると、稚拙な社会性が露呈する。それまではまじめな学生として適応していたケースでも、職場や地域生

活、異性関係や子育てを含む家庭生活において適応が破綻することは少ない。

言語の良好な発達が将来の適応を保証しないのであれば、他にどのような予測要因があるのだろうか。児側の要因としては、衝動性が低く穏やかな気質、他の精神症状の併存が無いこと、環境側の要因としては、家族の援助があることなどが指摘されている¹⁾。つまり長期予後を視野に入れると、自閉症/ASD 症状以外に個体や環境の要因が重要になってくる。小児期の診療においても、これらの要因を含めた多面的な評価は、長期目標に向けた治療の方向づけ、家族および子ども自身に対する心理教育において重要となる。このため自閉症に合併が多いうつや不安などの精神症状についても精通しておくことが望ましい。

症例ユースケ：ユースケは幼児期に高機能自閉症と診断され、集団療育に参加を始めた。小学校普通学級に上ってからは、クラスで原因不明のパニックをしばしば起こし、からかいの対象となりやすく、断続的に発熱や単純チックを繰り返した。両親は定期的に主治医（児童精神科）に相談しながら、パニックの原因となる状況を推測して、そのつど具体的な対処方法と社会ルールを教えることを続けた。また休日には、地域のスポーツ教室など家族で参加できる活動を利用して社会経験を豊かにする機会を共有した。中学も普通学級で成績は上位だったが、家族の希望で教科を担当するすべての教師に障害を含む子どもの特徴を説明して、密接な連携のもとで見守りを続けた。診察室でたまに会うユースケは、相変わらず典型的な高機能自閉症児で、年齢相応の会話になりにくかったが、生活場面での彼は確実に成長を続け、少数だが気の合う友人ができた。予想外のことに直面すると大泣きする癖は残っていたものの、大きな

トラブルもなく学校生活が続いた。ストレスが続いても身体化することが減り、本人なりに意識的に対処することが増えた。現在も希望の高校で順調に生活が続いている。彼はこれまでを、「小学校のいじめはきつかったけど、中学では友だちができ、この学校に通えて本当に楽しかった」と回想している。

ユースケには今後まだいくつか乗り越えるべき発達課題が残されており、安易な予後予測は慎まねばならないが、客観的な自閉症状が重症であることと、主観的な心理社会的適応のレベルとは必ずしも一致しない、ということを学んだケースである。このように予後の評価には、仕事、自立といった客観的な側面だけでなく、主観的な満足や自己評価といった側面も含めて総合的に捉えることは重要だと思われる。

II. 小児期にサブクリニカルな高機能自閉症/ASD 児たち

近年、一般精神科では、社会不適応に伴ううつ・不安症状といった様々な精神症状を主訴として受診する成人 ASD 患者の増加への対応が問題となっている。実数が増加したというよりは、発達障害を専門としない医師が ASD に敏感となってきたという背景がある。このような患者は高機能自閉症よりは、自閉症状が軽度なアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害（PDD Not Otherwise Specified：PDD-NOS）の診断がつく場合がほとんどである。今日の診断技術ならばもっと早い時期に診断が可能となり、本人と家族がより適切な進路選択をできたのではないかと推測されるケースもある。

症例ジュン：ジュンは幼児期、字をひとりで覚え、本好きな子どもで、幼稚園では友達と一緒に遊ぶことはなく、個性的と評され

ていた。その頃通っていた英語塾では、表記も発音も正確で優秀な成績だった。小・中学校時代には学校でいじめもあったようだが、親にあまり話さず学校を休むこともなかった。高校時代には成績は下がったものの大学に合格した。入学後、大学生活への期待に胸をふくらませて一人暮らしを始め、サークル活動に参加し張り切っていたが、やがて周囲から敬遠され疎外感を抱くようになった。そのうち何に対しても意欲を持てなくなり大学を中退した。実家に戻った後、自ら「自分は どうして他人と違うのか知りたい」と受診した精神科で、初めてアスペルガー症候群と診断された。本人は障害と知ってむしろ安堵し、作業所に通いながら就労指導を受けることを決めた。一方、家族は初めて知る事実ショックを受け、後悔の念とともに障害を受け止めるに至っていない。最近、就職が決まり、家族は少しずつ前向きとなってきた。

この症例が小児期に ASD と診断されなかった理由として、言語や運動の初期発達に遅れがなかったこと、学業成績が優れていたこと、学校不応答があっても、情緒表現が乏しく、拙いため、周囲が察知しにくかったこと、などが考えられる。幼児期に言語以前の対人・コミュニケーション機能（対人的反応、共同注意行動、想像的な遊びなど）の発達をチェックしていれば、遅れや偏りが検出できたかもしれない²⁾。

一方、小児期に診断が可能かどうか判断に迷うようなケースもある。

症例クララ：クララは手芸や工作が好きな、個性的な女の子だった。テレビに関心がなく友だちと話題が合わないので、一人で遊ぶ方が好きだった。小学校の授業でばい菌の話聞いてから、口の中にばい菌が入るので

はないかと不安になり、児童精神科を紹介され、遊戯療法と薬物治療を受けて短期間で回復した。中学、高校と孤立しがちだったが、勉強が好きで、女子大学、大学院と進学した。研究室の対人関係に適応できず、退学せざるをえなくなった。その後、結婚と離婚を経験し、様々な精神症状に苦しむようになり、摂食障害、境界性パーソナリティ障害、非定型精神病などと様々な診断がついた。クララ自身が医師の説明に納得できず、自分で調べていくうちにアスペルガー症候群の記述が自分に当てはまると思うようになった。かつての児童精神科医を再び訪れ、アスペルガー症候群という診断を受けた後、薬物治療を漸減し、環境調整と自己理解を優先した。今では、職場での小さいトラブルはしばしば起こすものの、理解者や相談できる友人ができ、落ち着きを取り戻したため、薬物治療は不要となった。

クララの場合、小児期の情緒障害の短いエピソードを除けば、不適応のサインはなかったようである。それでも成人後の生活破綻と精神的混乱から立ち直るために、障害告知による新たな自己理解を通して、自己の尊厳を取り戻す苦勞の多い作業が必要であった。有病率から考えると、医師がクララのような情緒の問題を持つ子どもに出会う確率は、アスペルガー症候群の子どもに出会う確率よりもはるかに大きい。その時に長期的視野に立つてできることはないのだろうか。

小児期に ASD の診断は満たさないグレーゾーンにあるような閾下ケースでも、思春期以降に適応が悪化する可能性のあるスペクトラムについて知識を持ち、その臨床経過を予測したうえで助言や治療を行うことが必要ではないかと考える。まだ症例数が少なく実証されていないが、Hans Asperger は1944年³⁾にすでに、「女性では思春期以降に症状が顕

表 青年期以降に初めて受診したアスペルガー症候群 (Asperger Syndrome : AS) の患者の家族への助言⁵⁾

- AS は自閉症の一種と考えられている。
- 基本的な問題は、表情や態度などノンバーバル・コミュニケーションや他人に対する対応方法がわからない、点にある。
- たいていは、AS の人々が大人としての社会生活にうまく適応できるよう、社会性の向上がみられる。
- AS は育児の失敗が原因ではない。
- 周囲の人々の対応によって、AS の人々の行動や情緒は良くも悪くも変わる。
- うつや不安などの精神的な症状も併発することがある。
- AS の人々は同年齢の人々と比べて、自分自身を低くみなしがちである。
- AS の人々の多くは、自分自身を卑下している。
- AS の人々の多くは、学校などでいじめられやすい。
- AS についてのもっと詳しい情報は、全国あるいは地域の自閉症協会やインターネットで入手できる。
- AS に伴う関連した問題は、専門家に相談する必要がある。

筆者註) AS に限らず、小児期に未診断であった自閉症/ASD の人々の家族に助言する際にも参考になる。

在化する」という仮説を臨床観察に基づいて立てていた。実際、思春期以降の女性の発達課題における対人的負荷は高く、結婚に至っても育児という課題に直面して、育児支援を要するケースも少なくないことが報告されている⁴⁾。自閉症/ASD の性差を明らかにすることは今後の課題である。

表には、初めて青年・成人期に診断を受ける高機能 ASD 者の診療の際に有用と思われる、家族への助言のガイドライン⁵⁾を参考として挙げている。

III. 自閉症成人の実態はどこまでわかっているのか

自閉症/ASD 児の成人後の予後は多様である。就労、居住の自立、友人関係などを基準として報告されている従来の予後研究¹⁾⁶⁾は、成人の自閉症/ASD 者の実態のある一面について明らかにするが、そもそも自閉症/ASD の人々にとって、どのような適応状態が「良好な」予後とみなされるのかについて、十分な検討がなされているとは言えない。

今から20年前、青年期以降に初めて専門家

の援助を求めた60名の奇癖 (eccentricity) を持つ風変わりな人々 (精神病を除く) を対象とした精神医学的、社会的、司法的な調査が英国で実施された⁷⁾。彼らの8割近くがアスペルガー症候群の特徴を有しており、精神医学的には約半数が併存精神障害を有し、社会的にはフルタイムの仕事に就かず親と同居する独身男性が多かった。反社会的行動のエピソードも約半数に認められた。

自閉症/ASD の長期予後は、自閉症状だけでなく、性差や衝動性などの個人要因や家族や支援サービスの有無など環境要因の影響が複雑に作用する。その他、まだ特定されていないリスク要因や保護要因も存在するかもしれない。上記の研究は自閉症/ASD 児の早期診断法が確立しておらず、早期治療や社会不適応の予防的介入のなかった20年前に行われたものである。今日のように早期診断・早期介入、そして各ライフステージにおける本人と家族への医療・教育・福祉の支援サービスが浸透していけば、子どもたちの将来の予後像は変わるかもしれない。

ここで留意しておきたいのは、自閉症的特

徴を持ちながら適応に成功している人々も存在するという事実である。限局的な関心や関心を追及する態度、そして独特な認知特性がむしろ有利となる職業やパートナーを選択することで、社会に貢献する人々も少なからずいるであろう。そうした QOL の高い人々は臨床場面で出会うことは稀と思われるが、彼らも含めた予後研究から得られる臨床的示唆は、大きいはずである。社会適応に困難を抱えながらも、臨床場面に上ってこない潜在群の発見と適切な治療介入は今後の課題である。

IV. まとめ

- 1) 自閉症/ASD の成人後の総合的な予後は、自閉症の症状重症度よりもむしろ、気質、併存精神症状の有無、家族の援助など、多くの要因が影響する。
- 2) 知能の高い自閉症児が必ずしも予後が良いとは限らない。また、自閉症児の予後が、アスペルガー症候群や症状の軽い PDD-NOS の人々の予後よりも悪いとは限らない。
- 3) 女子症例では、頻度のみならず、症状経過が男性症例とは異なる可能性がある。自閉症症状が軽度なアスペルガー症候群の女性ケースでも成人期の QOL は必ずしも良いとは限らない。
- 4) 遺伝的要因の強い自閉症/ASD の長期予後には早期幼児期からの環境要因が影響するという事は、ライフステージを通して早期からの支援によって、予後の改善が期待できるであろう。

文 献

- 1) Howlin P : Autism : Preparing for adulthood. Routledge, London, 1997 (自閉症 : 成人期にむけての準備 : 能力の高い自閉症の人を中心に. ぶどう社, 東京, 2000)
- 2) 神尾陽子 : 早期発見と診断法. アスペルガー障害特集号, 日本臨牀 65(3) : 477~480, 2006
- 3) Asperger H : Die "Autistischen Psychopathen" in Kindesalter. Archive fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten 117 : 76~136, 1944 (詫摩武元, 高木隆郎訳 : 小児期の自閉的精神病質. 高木隆郎, Rutter M & Schopler E 編 : 自閉症と発達障害研究の進歩. vol. 4, 星和書店, 東京, p. 30~68, 2000)
- 4) Wolff S : Schizoid personality in childhood and Asperger syndrome. In (ed.). Klin A, Volkmar FR and Sparrow SS : Asperger syndrome. Guilford, New York, p. 278~305, 2000
- 5) Tantam D : Adolescence and adulthood of individuals with Asperger syndrome. In Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS. Editors. Asperger syndrome. Guildford, New York, p. 367~399, 2000
- 6) 高木隆郎, P. ハウリン, & E. フォンボン編 : 自閉症と発達障害研究の進歩. vol. 9, 特集〈転帰〉, 星和書店, 東京, 2005
- 7) Tantam D : Lifelong eccentricity and social isolation. I. Psychiatric, social, and forensic aspects. Brit J Psychiatry 153 : 777~782, 1988

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

長期化したひきこもりの子どもを持つ親への支援

近藤 直司^{*,**} 萩原 和子^{*}

抄録：児童・思春期のひきこもりが長期化する背景要因としては、本人の発達特性や神経症的傾向、家族や養育の状況、学校の状況などの諸要因が想定される。介入の困難な家族状況としては、家族の外傷的な喪失体験や親の発達特性が関連している場合がある。また、親への支援にあたっては、子どもの発達特性、および子どもの精神発達を促進するために、どのような親機能を強化する必要があるのかを見立てることが重要である。また、個別の面接・相談以外の方法として、家族教室などのグループ支援と自宅への訪問が有効な場合がある。

精神科治療学 23(10) ; 1209-1214, 2008

Key words : *social withdrawal, long term, childhood, adolescence, family support*

I. はじめに

児童相談所や精神保健福祉センターなど保健・福祉分野の相談支援機関では、親からの相談を受ける機会が多い。とくに不登校・ひきこもり事例では、本人は来談を渋る場合があること、単発の助言や指導で事態が好転する事例が少ないことから、継続的な親支援が必要となる事例が多い。本稿では、ひきこもりを伴う不登校が半年から1年、事例によっては数年にわたって長期化しているような事例を念頭に置き、ひきこもりが長期化している児童・思春期ケースを中心に、親への支援について考えてみたい。

Family support for long term social withdrawal cases in childhood and adolescence.

*山梨県立精神保健福祉センター

〔〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12〕

Naoji Kondo, M.D., Kazuko Hagihara : Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center, 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.

**山梨県中央児童相談所

Naoji Kondo, M.D. : Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center.

児童・思春期のひきこもりが長期化する背景要因としては、本人の発達特性や神経症的傾向、家族や養育の状況、学校の状況などの諸要因が想定され、実際の事例ではこれらの要因が絡み合っていることが多いのではないかと思う。インターネット上の交流に没頭しつつ不登校が長期化している中学生なども少なくないようなので、より広範な文化・社会的状況についても検討するべきかもしれないが、本稿では、本人の発達特性や神経症的傾向、あるいは家族状況との関連から、ひきこもりの長期化という現象を捉えたいと思う。本人の発達特性に関しては、とくに広汎性発達障害を背景とするひきこもり事例について、そのメカニズムと基本的な親支援の方針を確認しておきたい。また、親支援の方針を検討する際には、子どもの診断や障害分類だけでなく、子どもの精神発達を促進するために、どのような親機能を強化する必要があるのかを、個々のケース、個々の時期において見立てる必要があることを示したい。また、介入の困難な家族状況として、家族の外傷的な喪失体験や親の発達特性が関連している場合があること、さらに、個別の面接・相談以外の方法

として、家族教室などのグループ支援と自宅への訪問の有効性を示したい。

Ⅱ. 子どもの心情を汲んだ関わりを強化するための親支援

まず、おもに本人の神経症的な不安や回避傾向を背景としてひきこもりが長期化しており、親の共感的な養育能力を高めることが必要であった事例を示す。

〔事例1〕

小学校4年生の男児。3年生からの不登校で、母親の送迎で放課後、保健室に顔を出すのが精一杯で、休日も友だちとの関係を避け家でぼんやり考え込んでいるようなことが多かった。特別な誘因となるような出来事は確認されていなかったが、学年が変わって担任やクラスへの馴染みにくさを感じていたようではある。

もともと怖がりや泣き虫、神経質なところのある子どもであったため、母親は小さなことにも妥協せず、約束したことは必ず守らせるよう厳しく接してきたという。できないことを厳しく叱責することが多かった一方で、失敗や挫折を体験させないように先回りして対処することも多かったようで、母親から承認されながら、新しいことに取り組むという体験の積み重ねが乏しかったものと思われた。本児の生来的な気質と母親の養育態度との相互関係の中で、人前で失敗して恥ずかしい思いをする、苦手教科の授業で教師に叱られるといった事態を過剰に恐れるような神経症的傾向が強化されていったものと考えられた。

母親は自身の養育態度の影響が大きいことに気づいてはいるものの、甘やかすと登校できなくなるのではないかという不安が拭えないようであった。援助者は、本児の心理状況を確認しながら、母親の本児への要求水準を下げてもらおうこと、たとえ小さなことでも、できたことや取り組もうとした意欲を褒めること、本児の機能水準を下げないように配慮しつつも、無理をさせすぎないこと、母親がすべて決めるのではなく、いくつかの案を提示して本児に選択させることなどを助言

し、母親の新しい試みを承認し、労うことに留意した。

母親は、本児の様子を細やかに観察するようになり、毎回の面接では、母親が本児の心情を汲みながら対応できるようになっていることが確認できた。当初は、「天狗になっても困る」と褒めることに抵抗感を抱いていた母親が、自然に本人の頑張りを認め、本人の変化を喜ぶようになっていった。本児の苦手な場面とその対応策を母子で話し合えるようになり、教室に戻る準備が整っていた。もともと内省的で、助言や話し合われたことを自分なりに工夫して行動に移す力もある母親であった。家族機能も良好で、両親の連合や世代間境界もしっかりしていた。

Ⅲ. 子どもの衝動性を制御する機能を強化するための親支援

〔事例2〕

小学校4年生の男児。2年生からの不登校が2年に及んでおり、児童精神科外来を受診した。もともと発達の偏りが窺われていた。著しい偏食があったため、給食を全量摂取させようとする指導を契機として不登校となったようであった。この頃より非常に強いかんしゃくを起こすようになり、母親はおもちゃやゲームなどを買い与えること以外には本児を落ち着かせる方法が見出せなくなり、さらに本児の要求がエスカレートするという悪循環が形成されているようであった。一方、父親は、厳しく接しようとし過ぎて本児との関係づくりに失敗しているようであった。また学校では、いったん登校したからには、給食や終わりの会まで、一日の学校生活を送らせようと強く指導したところ、学校や教師に対する本児の反発や拒否感がさらに強まったようであった。書字の苦手さがあるようで、学習への拒否感も強く、遅れが目立ち始めていた。本児は面接場面でも、援助者や周囲をコントロールしようとする傾向が強く、面接場面での主導権を奪おうとするかのように、激しいかんしゃくを起こした。

治療者と両親は、学校を休んだ日は家で勉強することとし、決められた課題ができた日は、夜、

親と一緒にゲームができるというルールを設定した。過剰な欲求に対しては、理屈抜きに、「ダメなものはダメ」とだけ伝え、毅然としてシャットアウトすること、両親で歩調をそろえることを話し合った。また本児には、「まずは見守ってくれるように学校の先生に頼んであげるので、しばらくはきみのペースで頑張ってみなさい。でも、なかなか学校に行けるようにならなければ、どんなペースで頑張ってもらうかをこちらで決めることになるよ」と伝え、学校も当面はこの方針を尊重してもらうように依頼した。この介入の後、本児は少しずつ学校で長くすごし、給食を食べてから帰宅するなど、学校に適応するために自分のペースで努力するようになった。また、衝動が高まったときには拳を握ったりして我慢しようとしている様子がみられるようになり、本児のかんしゃくは急速に軽減した。次第に多くの時間を学校で過ごし、友だちの交友関係を築けるようになってきている。

この事例では、子どもの発達の偏りを基盤としていたものの、子どもの欲求や過剰な操作を禁止すること、衝動コントロールの能力を子どもが内在化するための親機能の強化が必要であった。受け容れることと禁止することという相反的な親機能を整理することが支援の中心であったと思われる。

IV. 発達障害を背景とした 長期化事例について

また、発達障害やその特性をもつ子どもの場合にも、問題が長期化しやすい場合があるかもしれない。広汎性発達障害を背景とした不登校事例では、①他者の意図や会話を理解すること、あるいは、状況・文脈の読みが苦手なために、学校生活において被害感や自己不全感、自己評価の低下を招きやすい、②規範意識が強過ぎるために、本当はやりたくないことを自ら引き受けてしまう、他児のルール違反と周囲がそれを黙認することが許せないなどにより、フラストレーションが高じやすい、③聴覚や味覚の過敏さのために、騒がしいクラスにいることや給食を残さないことなどを強

要され、登校を渋るようになる、④上記のような本人の行動を周囲が理解できないため、あるいは周囲との軋轢が生じるために、双方の不安や怒りが増大しやすい、⑤本人のかんしゃくや暴力が激しい場合、親や教師が適切な対応を見出すのが難しくなる、⑥過去の不快な出来事に固執してしまうと、再登校に対する抵抗感が強まりやすい、などが問題になることが多い。

こうした事例における家族支援は、子どもへの対応や学校・他児の親などとの関係をめぐる、とくに母親の苦労を丁寧な労うこと、問題に対する両親の共通理解を促進すること、問題行動の背景となっている発達特性や子どもの心理を検討し、「本人なりの理由や事情」を把握すること、そして、それらに対してどのように対応するのかを家族とともに一つずつ具体的に検討していくこと、家族がうまく対応している部分に焦点を当て、エンパワーメントすることなどが重要であろう。母親の抱えるストレスはとくに大きく、親のメンタル・ケアが優先されることもある。

V. ひきこもりの長期化に関連する 家族背景

青年期のひきこもりが社会問題化し始めた時期、家族療法・家族支援に取り組んでいた臨床家は、家族にみられる柔軟性の乏しさ、あるいは、家族システムや家族のコミュニケーション・パターンに変化が生じにくいことに気づき始めた。たとえば吉川⁷⁾は、ひきこもりケースの家族にみられる特徴として、家族内の緊張を一定の閾値に留めようとする暗黙のルールや葛藤回避的なコミュニケーション・パターンがあることを指摘した。また近藤⁸⁾は、ひきこもりケースにみられる家族文化とその背景にある家族成員の精神力動に注目し、家族同士がそれぞれの内面に踏み込まないようにしていること、親（多くは母親）は子どもとの分離に対する不安が強く、子どもを抱え込もうとする傾向がみられること、ときには、子どもが自立的な動きを示した局面で、親の喪失感や分離不安、羨望が喚起され、子どもの建設的な行動を抑制しようとする場合があることなどを報告し

た。この他にも、家族にみられる柔軟性の乏しさや、家族関係を変化させることの難しさの背景要因として、多くの臨床家が喪失をテーマにした家族神話や、子どもの自立に伴って体験される親の喪失感に注目した^{1,3,5,6)}。

こうした事例の中には、家族や近い親戚の自殺といった深刻な喪失体験が関連しているものもある。たとえば、家族・親族の自殺を経験した親が、「無理をさせて子どもを追い詰めると、死に追いやってしまう」といった深刻な不安を抱え、子どもに自立を促すことができない事例に遭遇することは稀ではない。こうした事例において、子どもが希死念慮をほのめかす、あるいは自傷行為に及ぶようなことがあれば、親の不安は現実のものとなり、事態はさらに硬直化してゆくことになる。

青年期事例と比べれば、児童・思春期事例ではこうした介入困難な事例が必ずしも多いわけではないように思う。あるいは、そこまで事例を掘り下げる以前に、何らかの改善がみられることが多いのかもしれない。しかし、不登校やひきこもりという現状と将来、あるいは、子どもの内的体験に対する親の理解、想像、共感が著しく乏しい事例、これまでの子どもとの関係を振り返ってみたり、新たな関わり方を工夫してみるなどの創造性や柔軟性の欠如のために有効に介入できず、問題が長期化してゆく児童期・思春期事例があることも事実である。

筆者（近藤）は以前に、こうした親の特徴について、自らの迫害的不安を子どもに強力に投影し、「子どものつらさがわかりすぎてしまう」ために、全く子どもに働きかけられない、あるいは、子どもの葛藤を否認してしまう結果、著しく共感性を欠いてしまうなど、親のパーソナリティや精神力動に焦点を当てて考察したことがある³⁾。そして現在は、こうした視点と同時に、親側の発達特性として捉える必要性も感じている。青年期のひきこもり事例の中に広汎性発達障害を背景とするものが少なくないことが明らかになってきた現在、親にも同様の特性がみられる事例があることは必然だからである。

VI. グループやアウトリーチを活用した親支援

1. 家族教室の活用について

次に、個別の相談面接と並行して、家族教室の活用を契機に展開が生じた事例を示す。

〔事例3〕

17歳の男児、中学1年生から不登校となり、高校受験をせず、ひきこもりが長期化していた。人目を避け外出できず、家族との接触も避け、食事も別室で摂っていた。このままではいけないという思いはあるようで、通信制高校の見学や母親に付き添いを要求して外出することを試みていたが、不安感や焦りが高じると、「どうせできない」「生きていも仕方ない」と訴え、自分に代わって今後の進路などについて考えるよう母親に強要し、暴力を振るうようになった。

母親は物静かで控えめな人。骨折するほどの暴力を受けたり、子どもの自傷行為を止めようとして怪我を負うこともあったため、援助者は、本人の言いなりにならず、不機嫌になってきたときにはその場を離れる、父親や第三者に助けを求めるなどを助言したが、母親は「自分の対応が悪いから」「子どもが可哀相だから」と、ひたすら耐えていた。

本人が17歳を迎えた時期、青年期の子どもをもつ家族教室に初めて母親が参加した。より年長の子どもを抱えている他の家族の姿や、根気よく働きかけを続けたことで、子どもとの間で今後のことについて話し合える関係が築けるようになり、ようやく子ども自身が来談するようになったという経験談に触発されたようであった。「うちの子どもの一番若いのに、ひきこもりの期間は一番長い」「もっと早く対応していれば良かった」という感想や、服従的な姿勢を考え直し、今後のことを本人と話し合うために、より積極的に働きかける必要性を実感したことを語った。

2. アウトリーチについて

本人の精神病理が重い、あるいは家族機能の低

さのために本人に的確な働きかけができないなど、来所型の家族支援だけでは進展が望めない事例もある。また、本人から家族への暴力が続いている、現実検討能力の低下している本人を医療機関につなげる必要がある場合などは、より積極的な介入方法として訪問が有効な場合がある。訪問によって展開が図られた事例を示す。

〔事例4〕

小学校6年生の女兒。友だちから無視されたことを契機に、4年生から不登校が続いていた。小学校低学年の頃から、学校場面では緘黙状態であった。

子どもの不登校相談を目的に母親が来談したが、面接では、夫のアルコール問題や夫婦の不和、自身の不幸な成育歴などを話し続けることに終始した。母親はアルコール問題のある家庭に育ったという。飲酒する父親や夫への不満は、「飲酒する人すべて」に拡大し、以前の相談先では、担当者が飲酒することを知ったことで相談を中断してしまったようであった。その他にも何か所かの相談を中断しており、安定した相談関係を築くことが難しいようであった。

母親は自身の不幸な体験を強力に子どもに投影していた。自身と子どもとの間にあるべき心理的な境界はきわめて曖昧で、子どもの体験や考えを客観的に検討することはできない状態であった。援助者は、相談や助言を通して母親に子どもへの関わり方を考えてもらう、あるいは、母親との相談面接から本児の来談へつなげていくような展開は望めないと判断し、まずは父親の来談を提案してみた。母親は、援助者が父親にアルコール問題について指導してくれることを期待して、これに同意した。父親とは別の援助者が会い、本児に対する今後の方針などを話し合った。直接、父親に会うといった具体的な行動を示すことで、初めて母親は援助者に対する信頼感をもてたようであった。また、本児は学校の担任が自宅を訪問することを拒否していないという情報もあったため、援助者が自宅を訪問することを提案してみると、母親も積極的に同意した。

月1～2回のペースで計8回の訪問を実施し

た。直接会うことはできなかったが、本児は訪問者をかなり意識しており、自室で援助者と母親との会話を聴いているようであった。次第に、訪問の日に合わせて手づくりの菓子や短い手紙を用意してくれるようになり、母親との間では援助者のことをあだ名で呼び始めるなど、母親や自分を支援してくれる身近な存在と感じ始めたようであった。この時期、頭痛や不眠のことを相談するために医療機関を受診する、適応指導教室に登校してみるなど、少しずつ動きが生じ始めた。

小学校の卒業を控えていた時期、進学や将来のことを相談したいと希望し、母親に伴われて来談した。母親の横で、本児も父親の飲酒問題について話したり、母がいない場面では緊張して反応が乏しくなるなど、心理的自立という面でも、あるいは実際の生活場面においても、母親からの分離が難しいようであったが、中学校への進学を契機に、ようやく保健室登校を開始できるようになった。

本人に会えないまま継続する訪問でも、何らかの効果がみられる場合がある。筆者ら¹⁾は、10～20歳のひきこもり事例に対する保健・福祉領域の訪問活動について調査し、本人が医療・相談機関につながる、家庭内暴力が収まるなど、約4割に改善がみられたことを報告した。また、上記の事例では、父親の来談を促す、来所型の相談を自宅への訪問に切り替えるといった相談・支援構造の変更が相談関係の安定につながったものと思われるが、訪問という活動は、親の万能的・退行的な依存性を強める可能性を常に孕んでいる。ひきこもり事例に対する訪問については、これまで以上に積極的に、しかし慎重に検討される必要があるように思う。

文 献

- 1) 狩野力八郎：システム家族論からみた家族と精神分析からみた家族：おもに三者関係をめぐって。近藤直司編著：ひきこもりケースの家族支援，金剛出版，東京，p.41-50，2001。
- 2) 近藤直司：ひきこもりケースの家族特性とひきこもり文化。狩野力八郎，近藤直司編：青年のひきこもり，岩崎学術出版社，東京，p.135-142，2000。

- 3) 近藤直司:ひきこもりケースにおける家族状況の分類と援助方針. 近藤直司編著:ひきこもりケースの家族支援, 金剛出版, 東京, p.53-65, 2001.
- 4) 近藤直司, 境泉洋, 石川信一ほか: 地域精神保健・児童福祉領域におけるひきこもりケースへの訪問支援. 精神経誌, 110(7);2008 (印刷中).
- 5) 皆川邦直: 固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療: 親ガイダンスの重要性を中心に. 近藤直司編著: ひきこもりケースの家族支援, 金剛出版, 東京, p.164-172, 2001.
- 6) 榎林理一郎: 「ひきこもり」を抱える家族への援助. 狩野力八郎, 近藤直司編: 青年のひきこもり. 岩崎学術出版社, 東京, p.151-160, 2000.
- 7) 吉川悟: ひきこもりへの家族療法的アプローチ. 家族療法研究, 17; 95-99, 2000.

生涯にわたる支援の視点から学齢期における支援のあり方を考える

安達 潤* 萩原 拓*

抄録：広汎性発達障害を中心とする発達障害の学齢期支援のあり方を、生涯にわたる支援の視点から論じた。比較的良好な適応状況にある広汎性発達障害の人たちの生育歴調査から、家族関係の安定性、学習面での適応のよさ、ほめられ体験の重要性が示された。一方、学齢期不適応である不登校と非行を発達障害との関連で検討した研究は、発達障害特性が把握されず適切な支援がないことに加えて家族関係の不安定性がその背景にあることを示している。発達障害特性の早期把握と適切な支援は良好な予後にとって重要であるが、現在の乳幼児健診には発達障害特性把握の難しさと同時に、把握されたりスクを養育者に伝えることの難しさがある。以上のことから本稿では、障害の有無に関わらない就学前からの子育て支援・親支援との連続性の中に発達障害支援を位置づけ、地域支援システムとして就学前支援を学齢期の丁寧な教育につないでいくことが重要であることを述べた。

精神科治療学 24(10) : 1211-1217, 2009

Key words : developmental disorders, support for school-age children, lifelong support, local support system, childcare support

I. はじめに

本稿で筆者らに与えられた課題は「学齢期における支援のあり方」である。しかし当然のことながら人は学齢期にのみ生きるものではない。むしろ学齢期は、出生から乳児期・幼児期といった就学前期と、社会的自立を実現していく青年期・成人期の間位置するものと考えべきである。なぜなら、就学前期の生活の様子は学齢期の生活適

応に影響を及ぼし、学齢期の生活適応は青年期・成人期における社会的自立に影響を及ぼすからである。学齢期における支援を考えると、特別支援教育の重要性は当然のことである。しかし特別支援教育が開始されてから2年が経過し、特別支援教育そのものを「特別ではないもの」と捉え直すべきであるという議論も出てきている¹⁾。本稿では、学齢期の生活に特化したさまざまな支援法に焦点を当てるのではなく、学齢期の生活をよりよくすごすための支援について生涯にわたる支援の視点から考えてみたい。

II. 比較的良好な適応状態にある広汎性発達障害の人たちの生育歴が示唆すること

ここでは北海道高機能広汎性発達障害児者親の

Support for school-age children with developmental disorders considered from the viewpoint of lifelong support.

*北海道教育大学旭川校特別支援教育分野
〔〒070-8621 北海道旭川市北門町9丁目〕

Jun Adachi, Taku Hagiwara, Ph.D.: Special Education, Hokkaido University of Education, Asahikawa Campus, 9-chome, Hokumon-cho, Asahikawa-shi, Hokkaido, 070-8621 Japan.