

にうなずいた。

筆者は、これまでの母親の子育てに「今までの話を聞いたら、大変な状況が続くなか、お母さん、よくここまで頑張って育ててきましたね」とねぎらい、「なかなか手強いお子さんだと思います。でも、本当によく育てられました。さっきの健太君の明るさや元気さは、今までのお母さんの対応が上手だったからですね。まっすぐによく育っていますよ」と伝え、「でも確かにこのままでは、健太君の学校生活はうまくいかない、あるいは、健太君もいろいろと課題を感じてきたのかもしれませんがね。本当にお友だちとうまくやれているかどうかにも気になります。また、いくらうっかりミスとはいえ、テストで思うような結果が出なければ、気持ちも落ち込んでしまうと思います。また、監督に叱られてばかりというもつらいですよ。僕としては、何かこうしたつまづきは、健太君がわざと、こりずに行っているとは思えないですね。彼も『思うようにいかないこと』でとても困っていると思います。学校も時には、行きたくないなあと思っても仕方ないかもしれませんよね」と話した¹⁶。

「まず、小林先生と一度会ってみたいと思います。同時に、健太君には心理検査という発達の様子を調べる検査を受けてもらおうかと思っています」と方針を伝え、「その結果から今後のことを相談しましょう」ということで同意を得ることができた。

再び本児に診察室に入ってもらい「長い時間、よく待っていてくれました。ありがとうね。でね、今まで、お母さんと話をしていたのだけれど、健太君はときどき学校に行くのがいやだなんて思うことがあるみたいだね」と確認したところ、本児は、小さくうなずいた。しかし、「何かいやなことがあるのかな」という問いかけには、黙って首を横に振った。

「なんとなくいやって感じなのかな。どうしたら楽しく登校できるか、一緒に考えたいなと思っている¹⁷。そのため、一度小林先生にも会ってみようと思うんだ。それと、今の健太君の状態をみるために、簡単なクイズのような検査をしたいけれどよいかな、痛くないし、質問にわかる範囲で答えるというものなんだ」とお願いした¹⁸。

心理検査所見

WISC-III を試行した。言語性 IQ (VIQ) が 80、動作性 IQ (PIQ) が 79 で、全検査 IQ (FIQ) 77 である。言語理解 82、知覚統合 85、注意記憶 73、処理速度 72 である。言語性では特に数唱 5 点、動作性では符号 4 点、積み木模様が 1 点、記号探しが 6 点で注意におけるポイントが低く、一方で知識 8 点、絵画配列 11 点、迷路 16 点と、非常なアンバランスさを認めた。

読み書きスクリーニング検査²⁾を行った。音読ではひらがな、カタカナは一文字、単語とも 20 問中 20 問正解で、漢字の単語だけが 20 問中 19 問正解となった。書き取りでは、一文字ではひらがな、カタカナともに 20 問正答したが、カタカナで 4 問遅延した。単語では、ひらがな 20 問正答し、カタカナは 18 問正答、うち 2 問が遅延、漢字は 20 問中 10 問正解のうち 3

※16

ここで主訴と彼の学校生活の歴いになにかしらの関係がある、という可能性を伝えることができる。

※17

今後、何を目的に病院に来てもらうかを、この時点で明確にしておく必要がある。何かわからずに通院するという状況は、できるだけ作らないよう配慮する。

※18

すべての相談に来られた子どもに伝えているわけではないが、できるだけ、このあと心理検査を行う、というお知らせはしておきたい。何を調べるのですかと問い詰められることもあるが、相手を不安にさせたりしないように配慮した言葉をできるだけ選び答えるようにしている。

2) 宇野 彰, ほか: 小学生(読み書きスクリーニング)検査—発達性読み書き障害(発達性 dyslexia)検出のために—。インテルナル版, 東京, 2006



問が遅延した。読みには問題はなかったが、書き取りになると、スムーズに文字が想起されない傾向があり、特に漢字で顕著である。

学校側からの情報

2年生までの担任からの引き継ぎでは「生活リズムはまとまっていない、忘れ物も多く、手をかけてもらっていない可能性もある」ということであったが、小林先生は日頃の授業態度から、本児は一生懸命に取り組んでも、失敗してしまうという不注意さに注目していた。その一方で、集団のなかでは、徐々に調子づいてしまい、余計な一言が多く、最初は笑っていた級友も次第にバカにするような態度を示し始めたという。「確かにひょうきんなのですが、度が過ぎると、ただうるさくしつこい奴って思われてしまいますし、4年生になってからは周囲がどんどんと大人に近づいていくのに、健太君だけが取り残されてしまったようで」と小林先生は捉えている。

学習についても、「今までの積み重ねが不十分なので取り組めない面や、失敗から嫌気がさしてきたのか、無気力な印象で」と述べた。学習準備がワンテンボ遅れてしまうため、「ちょっとからかわれている面もあります」という。

「以前に同じような生徒を担当したときに、医療で診断してもらい、ずいぶん落ち着いたことがあったので、3年生のときからお母さんには一度相談をと、勧めていたのですが」とも述べた^{※19}。

心理検査と面接結果を伝え、今後、学校との連携連絡をしていくことを約束した。

※19

現場の先生に直接尋ねると、非常に細やかな観察・評価をされていることを知ることができた。

case
8

幼児期から運動面での活発さと言語表現の出遅れが認められた。成長とともに収まる部分もあったが、就学後も、注意力には課題が残り、診察室でも確認できた落ち着きのなさ、あるいはクラスで見られる衝動性の高さ、一方で物怖じしない親密さや好奇心の高さなどがうかがえる。母親を含め、対人関係では、ややしつこく、調子づくと止められないという行動を捉えることが可能ではないだろうか。

初診時の様子や母親からの情報からも、妹への乱暴な態度はあるものの、全般に反抗的、あるいは反社会的言動は認められない。

こうした言動を確認した際に考えられるのは、発達障害と情緒的課題であろう。情緒的課題とは、学校生活の悩み、友人関係のつまづき、あるいは家庭、特に両親の間でいさかいがある、経済的に困窮している、などの不安定な生活状況を不安がったり、心配したりして、今の現実問題に注意深く向き合えない、というものである。時には、本書で江川、杉山らが報告する「虐待」との関係から生じる可能性もある(p. 51 参照)。本児の場合は、これらの生活状況の課題がうかがえるような可能性がないため、発達障害圏で検討することになる。

発達障害圏でまず浮かぶのは注意欠如・多動性障害(ADHD)であろう。次に浮かぶのは広汎性発達障害の可能性である。また、学習面については、学習障害の可能性も検討すべきである。

診断名・鑑別診断

1. ADHD

ADHD^{*20}とは、アメリカ精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)で定められてきた診断名で、不注意、多動性、衝動性の持続的な様式が頻繁かつ重症に認められるものである。それぞれの症状はDSM-IV-TRの診断基準で確認していただきたいが、不注意、多動性、衝動性のそれぞれの症状バランスにより、不注意優勢型、多動性-衝動性優勢型、および混合型の病型分類がなされる。症状のいくつかは7歳以前に存在し、2つ以上の生活状況において存在していなければならない、さらにその症状により、社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害が存在することを条件にしている。

除外診断には広汎性発達障害、統合失調症、またはほかの精神病性障害の経過中にのみ起こるもの、およびほかの精神疾患(例：気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害)があげられる。

これまでの情報から本児は、うっかりミスや度重なる忘れ物など、不注意が目立ち、一方で、幼児期からの多動さ、衝動性の高さが認められ、現時点では混合型が最も考えられる^{*21}。

2. 自閉症スペクトラム

自閉症スペクトラム^{*22}とは、①社会性の障害、②社会的コミュニケーションの障害、③社会的イマジネーションの障害からなる「Wingの三つ組」の有無で診断する。これまでの情報からは、本児にこの三つ組は確認できない。

3. 学習障害

学習障害(LD)^{*23}は、基本的に、知的な遅れがないのに、特定の学習スキルが向上しない状態をいう。精神発達面での評価と、学習結果に解離があるときに疑う、ということになる。

本児の心理検査は、ばらつきを認めつつも明らかな知的な遅れは指摘できない。しかし、学習現場では、実際につまずいている。DSM-IV-TRでは学習障害を、①読字障害・特異的読字障害、②書字表出障害・特異的綴字(書字)能力障害、③算数障害・特異的算数障害(算数能力の特異的障害)の三つに分類している。読み書きスクリーニング検査からは、特に書き取りにやや課題を認めており、書字表出障害・特異的綴字(書字)能力障害を否定しきれないため、当面は学習面での工夫を必要としていると判断できる。

周囲への説明のポイント

後日、再度本児と母親に診察室に来てもらった。

*20

ADHDの疫学としては、学齢期の子どもで3~7%認められ、性差はおおよそ2:1から9:1で男児優勢といわれている。不注意優勢型と混合型では学業上のつまずきと学校関連の課題を有しやすく、多動性-衝動性優勢型では、対人面で拒否されやすく、事故などの外傷を受けやすいことが強調される。最近では不注意優勢型に女子が多い傾向があり、男女比も従来の値より男性優位ではないことが指摘され、1:1に限りなく近いという説もある。

*21

それぞれの診断名に対する診断基準等については、成書を参照していただきたい。

*22

Wingの提唱する自閉症スペクトラムとは、Kanner型自閉症とAsperger障害と、その周辺のどちらの定義も満たさない一群を加えた幅広い概念である。自閉性障害(自閉症)とAsperger障害はDSM-IV-TRでは広汎性発達障害の下位群として位置づけられている。発現率としては、広汎性発達障害のある子どもは1%以上で、性差はおおよそ2:1から3:1で男児優勢といわれている。

*23

学習障害の疫学は明らかではないが、読字障害は3~4%程度で、諸外国に比べても低値である。この差は文字文化体系の差異からと考えられている。



1. 本人に対して

「この間、クイズのようなものを頑張って解いてくれてありがとう。今日はその結果を話すね。まず、文字を読んだり書いたりしてもらったよね。結果は、読みは問題なかった。完璧だね。すばらしかった。ただ書き文字になると、漢字が苦手だっということがわかった。たぶん文字を思い出すのに、時間がかかるようだね。詳しいクイズもしたけれど、それでは、日頃から健太君が困っているのだろうと思われる『不注意』という結果が出た。覚えておくことが苦手なんだとわかった。聞いていないとかではなくて、忘れてしまうことが少なくないってことだ。これでは、学校生活でつらいよね。その一方で絵を順番に見つけてお話を作るものや、迷路問題は出来がともよくてびっくりした。勤がよいということだと思う」と伝え、学校で失敗しないよう、小林先生に味方になってもらうように相談したいと思っていますと話した^{*24}。

2. 母親に対して

本児に退席してもらい、母親に、筆者は注意欠如・多動性障害(ADHD)という診断名がつく可能性があることを伝え、学校での生活の工夫をお願いしたいということを相談した。また、できれば父親にも理解してもらいたいので、一度会うことはできないかと話をしたが^{*25}、仕事の関係もあって、診療時間内に来ることはできないという。そのため父親には、検査結果を書いた手紙を読んでもらうように母親へ渡し、今後小林先生と会って相談したいということの了解を得た。

治療・支援計画

ADHDに対する治療は、薬物療法と家族支援としてのペアレントトレーニング、および環境調整としての心理・社会的支援を複合して行う。

本児の場合、学校に行きにくくなっているため、学校関係者と学校環境の整備について改めて相談することから始めた^{*26}。

午前中に学校を訪問し、学校長に短く挨拶をし、特別支援コーディネーターの担当教師と会い、その後に教頭と一緒に本児が授業を受けている教室に出かけた。

事前に母親へクラス訪問することを伝え、本児にも話しておいてもらった。筆者がクラスに入ると本児は笑顔で小林先生の目を盗んだつもりで小さく筆者に手を振った。

国語の授業中、本児は、何度か離席し、気を取りなおして再び椅子に戻った。50分間、じっと授業に集中することは難しいようだった。声の大きさは適度に調整できたが、クラスの生徒が発表するたびに「俺も同じ」、「何っているんだ、ちがうよ」と声に出してしまうので、その都度わずかにクラスの雰囲気は乱れた。「またあんな大声で」、「健太のほうがるさいよ」という声に出せない不満の声を、筆者はクラスにいて聞いたような気がした。その都度本児も一瞬気恥ずかしいような、収まりの悪い表情を示し、

*24

正式な診断名を伝えるのは、子どもが中学生あるいは高校生になってからと筆者は思っている。それ以前では、心理検査や学校生活の様子を伝え、何が問題でどうしたらよいかということと話し合うようにしている。

*25

診察は診断名をつけるだけでなく家族も含めた関係者がまず正しく情報を共有すること、そしてその上で具体的な対応策を一緒に考えることが大切である。この二つが成立してはじめて医療行為となる。

*26

筆者が行う学校連携は、担任に来ていただき相談する方法と、筆者が学校へ出向き教室の様子をみせてもらい、その後、関係者と学校内で検討する方法のいずれかがある。本児の場合は、前回小林先生に来てもらったので、今度は教室の様子をみせてもらい、校内で検討することにした。

case
8

その都度用もないのに「先生～！そろそろお腹がすきました」と場違いな声を上げ、さらにひんしゅくを買っていた²⁷。

昼休みに時間を割いてもらい、小林先生とコーディネーター、教頭、校長、養護教諭に集まってもらって本児の診察結果を説明した。

「課題となっているのは集中し続けることであり、おそらく最初に全力で頑張ると、あとが続かないで、結果的にはミスをしてしまうこと、学習テストも終盤に向かってミスが目立つこと、授業態度も、後半になるとダレてしまいやすいことがわかりました」と筆者は参観の感想を述べた²⁸。

その上で、ときどき興味を引かせたり、プリントを配らせる役目を持たせて動けるようにしてあげたりするとよかった経験があったことや、「人の話は黙って聞くこと」ということを教室のルールにすると、クラスの生徒の発言について口を挟んでしまう本児に、「クラスの約束だったね」と指摘できる。すると本児の発言の中身を批判するのではなく、話をしたという行為に対して指摘できる。言葉の内容を否定されると人格を否定されたような気になるが、あるルールの行動を守るということにすると、指摘しやすかったことを伝える²⁹。

「たぶん、健太君なりに、今度こそ失敗しないぞって、頑張っていると思うのです。でも特性ですから、頑張ってもうまくいかないことがあります。たぶん『なんて自分はダメな奴だ』と内心想ったり、悔しかったりしていると思います。結構楽観的な顔をしています、内心はつらいでしょうね。翌日になったら忘れてしまう、という特性も逆に考えれば、失敗ばかりを引きずっていたら、生きていくのもしんどくなってしまうので、『忘れる』ことで大変な事態から自分を守っているともいえますね」と伝えた。

最後に「こうしたむずかしい特性をもつ子どもを育ててきたお母さんが一番えらいですね」と母親の大変さへの理解をしてもらえるように言葉を添える。「ときどき、こうした子どものお母さんは『しつけがなっていない、ちゃんと育てていない、愛情が足りない』などといわれ、傷ついてきた歴史をもっています」と静かに釘を刺す。

担任も一生懸命であり、母親もそうで、実は本児も一所懸命に今を生きているということを伝える³⁰。

環境調整のなかで、担任でないとできないことが一つだけある。それは、本児の自尊心、自己評価を高める対応である。簡単にいえば、褒めて認めることである。これだけは、毎日担任に行ってもらえると劇的な変化をみせることがある。

本児の場合、小林先生が「一つ考えたのですが、毎朝職員室で健太君と『一日一善』運動をしようと思っています。今日一つだけよいことをしようよともちかけ、その成否を下校前に職員室で確認しようと思っています。で、うまくいったら『あっぱれ！あっぱれ！』というシールを貼ろうと思っています」と、小林先生はパソコンで印刷したプリクラ程度の小さなシールシートをみせてくれた。

筆者は小林先生に感謝をして学校を出た。

*27

わかっているつもりでも、実際に教室でみんなと学ぶ姿をみることで、子どもの様子を改めて知ることができる。担任がどこで困っているのか、子どもはどこにつまずいているのかを知ることができる。

*28

学校連携のときのポイントは、関係者に対してまず、授業内容や学校の雰囲気を知ることから始める。「医療機関をよく立ち入れさせてくださった」と感謝することが大切である。次に、クラスをみたときは、対象としていた生徒だけが問題のある生徒であると認識せず、「いや、健太君以外に、気を配る必要のある生徒が数名いますね。このなかでクラスを作っていくことは大変なことですね」と担任をねぎらうことである。本児への対応についても、一度にたくさんのお願いをしないで、できそうなことを一つ二つ提案して選択してもらう程度でよい。医師はつい診断名と障害特性を中心に伝えがちであるが、そうした特性をもって生きていることの大変さを伝えるべきである。

*29

今みた授業から、できそうな対応を伝える。これは、診察室でできるかどうかわからない助言よりも具体的となる。

*30

筆者がもっとも伝えたいことがある。



治療方法には、このほか薬物療法、ペアレントトレーニングなどがあるが、本児に関しては、このシールが効果を示した。

その後の経過

その後、本児は、毎日先生と「一日一善運動」を実行し、先生からプレゼントされたノートにシールを貼ることを頑張った。あるとき、シールが貼られない日があった。本児は神妙な顔をして、シールの貼られなかったノートをみつめ、「先生、明日頑張る」と精一杯の笑顔をみせたという。

後日、小林先生はこのような話を報告してくれたが「でも先生、健太君の失敗がすごく減ったわけではないんです。あいかわらず、余計な一言もあるし、準備は遅いし、でも叱るのではなく、頑張っているなど思えるようにはなりました」と話してくれた。

本症例のポイント

生後から手のかかる本児が、なぜ手のかかる子どもであるのかを医学的に説明できるまでに、10年という時間が必要であった。これを批判して早期の受診を勧めるのではなく、気づいた時点で役立つ人が周囲にいれば、子どもも関係者も変わることができる、ということのをわれわれはもっと知っておいてよい。その人に役立つ存在とは、日常を共にし、生活のなかで支えて励ましてくれる人のことである。地域の保健師、保育士、教師あるいはよく通うお店の主などすべてがその人にとって役立つ存在であってほしい。

筆者は、発達障害とは発達の障害ではなく、ある特性のある発達の路を歩む人が、周囲の無理解や配慮のなさから、生活そのものが障害された場合の呼び名であると思っている。その意味で発達障害は生活の障害であり、ゆえに日常の生活を少しでも改善する方向へと歩みを勧めることを治療とよぶ。

小林先生のような存在を日常に増やしていくことが、おそらく重要なことで、医療がそうした現場を後方支援することが今後もっと期待されるべきではないだろうか。

田中康雄(北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター)

case
8

- ・本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権（送信可能化権を含む）は株式会社診断と治療社が保有します。
- ・**JCOPY** <（社）出版者著作権管理機構 委託出版物>
本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に、（社）出版者著作権管理機構
（電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）
の許諾を得てください。

はつ たつしやうがい
発達障害ケースブック

ISBN978-4-7878-1713-6

2009年9月28日 初版第1刷発行

編 集 者 いちかわひろのぶ うちやまと き お
市川宏伸, 内山登紀夫

発 行 者 藤実 彰一

発 行 所 株式会社 診断と治療社
〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-14-2 山王グランドビル 4階
TEL 03-3580-2770(営業部) 03-3580-2750(編集部)
FAX 03-3580-2776
E-mail: eigyobu@shindan.co.jp(営業)
 hen@shindan.co.jp(編集)
URL: http://www.shindan.co.jp/
振替 00170-9-30203

表紙デザイン 長谷川真由美

印刷・製本 三報社印刷株式会社

用 紙 柏原紙商事株式会社

© Hironobu ICHIKAWA / Tokio UCHIYAMA 2009. Printed in Japan.

【検印省略】

落丁・乱丁本はお取り替え致します。

神尾 陽子*

自閉症概念の変遷と今日の動向

児童青年精神医学とその近接領域 50(50周年記念特集号)；124—129 (2009)

I. はじめに

児童精神医学の臨床観察から生まれた自閉症という概念は、既存のいずれの疾患でも説明できない症候群として、児童精神医学の枠を超え、小児医学を含む複数の臨床医学領域と、神経心理学、神経科学、認知心理学、発達心理学などのさまざまな領域と相互フィードバックが進み、領域間にまたがる一研究領域を形成するまでに発展してきた（独立行政法人科学技術振興機構社会技術開発センター「脳科学と社会」研究開発領域，2008）。この間、膨大な臨床知見に基づいた数多くの自閉症仮説は、多領域のさまざまな方法論を用いた研究による仮説検証と論争を経て淘汰され、今日に至っている。病因については、まだ明らかになっていないけれども、家族研究や行動遺伝学的アプローチ、分子遺伝学的アプローチの結果、遺伝的役割、とりわけ遺伝子発現の制御の重要性が明らかにされると同時に、エピジェネティック (epigenetic) と表現される遺伝と環境の相互作用がますます注目されることになった (Rapin et al., 2008; Südhof, 2008)。

Kanner (1943) が初めて早期幼児自閉症を報告してから今日までの自閉症概念の変遷の歴史を振り返れば、そのマイルストーンとしていくつかの変節点を認めることができる。すなわち、大きなパラダイムシフト（心因論から生物因説へ）と、小さいパラダイムシフト（言語・認知障害説から対人・情動障害説へ）を経て、そして今まさに新たなパラダイムシフトが進行している。これが、どこにどのように着地するのか

がわかるにはまだ待たねばならないが、発達障害という概念そのものを根本から問い直す、革新的なものとなる予感がある (Kamio et al., in press)。本稿では、過去60数年に及ぶ自閉症概念の変遷の歴史を手短かに振り返り、最近の自閉症概念がどのような方向に向けて理論構築されているのかについて整理する。

II. 概念変遷の始まり：自閉症という症候群の三つ組

最初の、心因説から生物因説への病因に関する大きなパラダイムシフトに続いて、1970年代になると、病態メカニズムに関して、当初の「自閉性という本態があり、そこから言語・知能・行動の障害が生じるという考え」から、「言語や認知の障害がまず存在し、そこから社会的なひきこもりや行動の異常が生じるという考え」へと、パラダイムシフトが起きた。時を同じくして、実験心理学の領域では、Hermelin ら (1970) が知的障害を伴う自閉症児を対象に、感覚入力から中枢における統合、抽象、記憶再編、そして出力に至る各段階の認知処理の観点から系統的实验を行い、その結果をもとに、自閉症の認知障害の基本的特性を「対人的障害」という概念を用いることなく「入力刺激を有意味に符号化する能力の欠如」として統一的に説明した。

1980年代に入ると、言語・認知障害説に代わって、「Kanner への回帰」と称される対人・情動障害説へのパラダイムシフトが起きた。その背景には、精緻な心理学的手法により抽出された自閉症に特徴的と考えられる言語障害や認知障害の程度が、中核症状の対人行動異常の程度と必ずしも関連せず、言語や認知の実験課題成績から、現実の複雑な社会的場面での対人行動

*国立精神・神経センター精神保健研究所
e-mail: kamio@ncnp.go.jp

異常を予測できない、という事実があった。

自閉症という症候群をめぐって理論的レベルでいくつかのパラダイムシフトが起きていた間、自閉症の診断概念についても、いかに明確にその疾患単位としての独立性を確立するか、という方向に向かっていった。

自閉症が初めて国際的診断体系 (ICD-8) (World Health Organization, 1967) に登場したのは1965年であったが、Kolvin (1971) が自閉症と統合失調症の分離を実証的に示すまでは、統合失調症の一亜型とみなされていた。自閉症という臨床単位の独立性が認知されてからは、自閉症の基本特性の整理が進んだ。Kanner (1943) が最初に記述した、①生まれた時から人や状況に普通の方法でかかわりを持ってない、②同一性保持の強迫性欲求、という特性は、Wingら (1979) の疫学研究に基づいて、①対人交流の障害、②話し言葉の特異性、③反復的儀式的行動の三つ組 (triad) に集約され引き継がれた。DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) では、自閉症は、精神病のカテゴリーからはずれて、広汎性発達障害という新しく誕生したカテゴリーの中に位置づけられた。そして三つ組は、自閉症の診断基準としてICDやDSM体系に採用され、以降の研究は、これら三つの組み合わせを説明する理論構築へと向かっていった。

III. 自閉症という多様な表現：悉無的分類から連続的な理解へ

自閉症の「一次障害 (基本障害)」の同定を目標としてすすめられてきた研究は、知見の蓄積に伴って、はたしてすべての研究知見を統合すれば整合性のある説明が可能なのか、という疑問が次第に無視できなくなってきた。その結果、20年ほど前から、それまでは無視されてきた自閉症症候群の臨床像にみられる個人間および個人内の多様性が注目されるようになった (Goodman, 1989)。そして、その視点は、今日のエピジェネシス (epigenesis) を裏付ける神経生物学的研究成果に裏打ちされて、ますます注

目されるようになってきた (Garber, 2007; Ramocki et al., 2008; Südhof, 2008)。

多様性という鍵概念から自閉症を見直す契機となった、行動レベルでの臨床研究の成果は多数あるけれども、その中から次の3つがとりわけ重要と思われる。第1に、アスペルガー症候群の発見、第2に、臨床単位としての境界が不明瞭であること、そして、第3に、epigeneticな発達の変化と、それを裏付ける早期介入による効果、などである。

1. アスペルガー症候群の発見

Wingは、疫学研究の結果から、中核的自閉症から症状の重症度が連続的に移行する連続体 (スペクトラム) を想定して、自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder: ASD) という概念を提唱した (Wing et al., 1979)。そして三つ組のすべてが軽度の人々は、スペクトラム上で軽症側の極に位置づけられると考え、その一群の人々をAsperger (1944) の記述に合致することから「アスペルガー症候群」と名づけた。つまり、アスペルガー症候群は新しく発見された独立した臨床単位ではなく、むしろ中核的な自閉症と連続線上で捉えられるという新しい視点を提出したのである。また、児童期に自閉症の診断基準に合致した子どもが、成長して自閉症の診断基準からはずれて、アスペルガー症候群と診断されるようになる縦断的な移行例もあることから、横断的のみならず縦断的な連続性を示した。このようにアスペルガー症候群の発見は、自閉症スペクトラム内における横断的および縦断的な症状の多様性の発見でもあった (神尾, 2008)。

2. 不明瞭な臨床単位としての境界

自閉症と、それ以外の他の発達障害の合併は高頻度にみられるが、単に偶然併存したと説明するだけでは十分ではない可能性がある。もっと言えば、自閉症を含む発達障害のさまざまな臨床単位の独立性に疑いを投げかける。

Klinら (1995) は、神経心理学的知見からア

スペルガー症候群と非言語性学習障害 (Nonverbal Learning Disabilities: NVLD) との類似性を指摘した。NVLD にみられる症状は、先天的および後天的なさまざまな脳障害にも認められており、疾患特異的というよりもむしろ、これらに共通するなんらかの神経発達異常を反映するようである。このことは、アスペルガー症候群の症状がその他の発達障害にも共通する非特異的的症状である可能性をも示唆する。

Gillberg が国際的に報告した北欧での臨床概念であるという DAMP 症候群 (Deficits in Attention, Motor control, Perception) (Gillberg, 1983) の定義もまた、DSM に属する複数の発達障害を併せ持つ。その名前が示すように、ADHD や発達性協調運動障害 (Developmental Coordination Disorder: DCD) の特徴は定義の一部であるが、大部分のケースは自閉症の三つ組も示すことがわかっている (Gillberg, 2003)。疫学調査からは、重症度に応じて児童人口の 1% から数% に (Kadesjo et al., 1998; Landgren et al., 1996) 見出されており、DAMP 症候群もまた連続体を形成することが示唆されている。

PDD と ADHD との合併は現行の DSM-IV および ICD-10 においては、両者は相互排他的に、すなわち PDD 診断が優先されるよう規定されているが、PDD 児が ADHD 症状をしばしば合併するという事実は臨床家の間ではよく知られている (Goldstein et al., 2004; 高木, 1988; Yoshida et al., 2004)。高機能 PDD-NOS と ADHD とでは認知レベルにおける両者の差異はいくつか指摘されている (Koyama et al., 2006) が、両者が併存する場合、認知レベルにおいても判別が困難である (Scheirs et al., 2009)。今後、重複診断を積極的に認めてケースの把握を正確に行う必要がある一方で、ADHD と ASD がともに同じ連続体上にある可能性を示唆する報告もある (Fein et al., 2005)。これらもまた、自閉症という臨床単位の完全な独立性への反証となりうる。

PDD-NOS の一亜型とされ、情動調整不全、

思考障害、対人交流の困難を主症状とする Multiple Complex Developmental Disorder (MCDD) (Buitelaar et al., 1998; Cohen et al., 1996) も未解決問題である。高機能自閉症スペクトラム全体においては、1割に満たない少数例に MCDD の基準を満たす子どもがいるという報告 (Sturm et al., 2004) や、PDD とは区別されるべきであるとする立場 (de Bruin et al., 2007) もあり、まだコンセンサスを得ていない疾病概念であるが、精神病発症のリスクの高さから注目されている。

統合失調症との関連に関して、NIMH 研究の一環として全米規模でリクルートした 75 名の児童期発症の統合失調症児を調べた研究 (Sporn et al., 2004) からは、25% に PDD の合併を見出したが、合併群と非合併群とで、臨床症状、神経心理学所見、脳容量、候補遺伝子群に有意差はなかった。これより、幼児期の自閉症的症状の存在は、児童期の統合失調症発症には関与せず、重篤な神経発達異常を反映する一般的な早期兆候という仮説が支持された。これもまた自閉症的症状の疾患特異性を再検討するデータである。

一方、正常との境界に関しても、対人的な困難だけを有する子どもは、自閉症の三つ組をセットで有する子どもよりも約 2-3 倍多いことが、一般児童集団を対象とした大規模な研究 (Constantino et al., 2003; Ronald et al., 2005) から明らかにされており、自閉症と定型発達との間には相当数の臨床閾下ケースが存在し、明瞭な境界は存在しない。

3. epigenetic な発達的变化

Kanner が追跡調査した自閉症児の大部分では、長期的な転帰は満足ゆくものではなかったが、約 1割に当たる少数例は成長に伴って「ひとりでのに」改善し、社会参加を果たし、仕事を持って自活した (Kanner, 1973)。この時代はまだ行動療法的、精神薬理学的な治療が導入される以前であった事情を斟酌すると、この結果は自然経過をほぼ反映するとみなすことができる

だろう。Kanner 自身はこれより、「どんな疾患でも重症度に差があり、はっきりしない症状から電撃性症状にまでわたっている。このことは早期幼児自閉症にもあてはまるだろうか」と問うている。今なら、この問いは重症度というよりもむしろ、遺伝と環境との相互作用に向けられたであろう。

これまで、ASD 診断は生涯持続するという点が強調され、年長児や成人の高機能 PDD 者を対象とした認知研究や神経画像研究が精力的に行われてきた (Kamio et al., 2007a, b; Kuwabara et al., 2006)。これらは持続する病態を明らかにする一方、発達的变化についても示してきた (神尾ら, 2004)。今日では、教育的アプローチや環境調整を主とする早期介入の有効性が広く認識され、症状がフルセットで現れるより早い時期から治療介入を開始することによって、将来の転帰を望ましい方向に変えうる、すなわち「予防」しうるという観点からも、早期発見および早期介入が注目されている (Dawson, 2008; Honda et al., 2002; 神尾ら, 印刷中)。

このような幾分楽観的な予後予測が議論される背景には、生後脳の発達における発達認知神経科学的研究の貢献が大きい。乳児の環境からの刺激に対する選好バイアス (preference) は遺伝的と思われるが、これが経験学習の量、ひいては脳の成熟発達に影響することがわかってきた。また、生後の刺激入力を受けて神経伝達物質が放出され神経活動が生じると、シナプス形成を含む神経発達に関与する何百もの遺伝子が発現する (Nakamura et al., 2008; Tsuchiya et al., 2007)。こうした経験依存的な神経活動と遺伝子発現の相互作用が、生後まもなくからの ASD 児の学習や記憶の基礎となり、後の自閉症症状の形成や固定化の基礎となると考えられる (Dawson, 2008; 神尾, 印刷中)。こうした epigenetic な発達過程では、リスク要因の多様性と環境の多様性が相乗し合い、ASD の経過や転帰の多様性を作り出していくのであろう。

IV. 結論

本稿は、自閉症を独立した疾患単位として明確化しようとした過去に遡って、今日の連続的な自閉症スペクトラム概念に至るまでの理論的変遷を、いくつかの変節点を確認しながら辿った。その背景には、膨大な臨床研究や発達を科学する多くの異なる領域における研究や遺伝研究の進展と相互交流があり、その成果として、連続的に多様な現われをするという今日の自閉症概念が成立した。このような流れを導いた、重要と思われる 3 つの発見、第 1 にアスペルガー症候群の発見、第 2 に臨床単位としての曖昧な境界、第 3 に発達にみられる epigenesis を取り上げた。その先には、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。今日、注目されるようになった早期介入の成果として、将来の自閉症概念がまた訂正されるようになるかもしれない。

本稿は、独立行政法人科学技術振興機構社会技術研究事業脳科学と教育 (II) の助成を受けて完成された。執筆に際し、国立精神・神経センター精神保健研究所の小山智典氏を始め、同僚の方々の有益な議論に助けられましたことを深く感謝いたします。

文 献

- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- Asperger, H. (1944): Die "Autistischen Psychopathen" in Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136. (詫摩武元, 高木隆郎訳 (2000): 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 (pp. 30-68). 東京, 星和書店.)
- Buitelaar, J. K. & van der Gaag, R. J. (1998): Diagnostic rules for children with PDD-NOS and

- multiple complex developmental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, **39**, 911-919.
- Cohen, D. J., Paul, R. & Volkmar, F. (1996): Diagnosis and classification of autism and related conditions: Consensus and issues. Cohen, D. J. & Volkmar, F. R. (eds.): *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 5-34). New York, Academic Press.
- Constantino, J. N., Hudziak, J. J. & Todd, R. D. (2003): Deficits in reciprocal social behavior in male twins: Evidence for a genetically independent domain of psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **42**, 458-467.
- Dawson, G. (2008): Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, **20**, 775-803.
- de Bruin, E. I., de Nijs, P. F., Verheij, F. et al. (2007): Multiple complex developmental disorder delineated from PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **37**, 1181-1191.
- 独立行政法人科学技術振興機構社会技術開発センター「脳科学と社会」研究開発領域(2008): 領域架橋型シンポジウムシリーズ平成19年度第1回~第3回報告書. 東京, (株)ニッポンパブリッシング.
- Fein, D., Dixon, P., Paul, J. et al. (2005): Brief report: Pervasive developmental disorder can evolve into ADHD: Case illustrations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **35**, 525-534.
- Garber, K. (2007): Neuroscience: autism's cause may reside in abnormalities at the synapse. *Science*, **317**, 190-191.
- Gillberg, C. (1983): Perceptual, motor and attentional deficits in Swedish primary school children: Some child psychiatric aspects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **24**, 377-403.
- Gillberg, C. (2003): Deficits in attention, motor control, and perception: A brief review. *Archives of Disease in Childhood*, **88**, 904-910.
- Goldstein, S. & Schwabach, A. J. (2004): The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **34**, 329-339.
- Goodman, R. (1989): Infantile autism: A syndrome of multiple primary deficits? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **19**, 409-424.
- Hermelin, B. & O'Connor, N. (1970): *Psychological experiments with autistic children*. Oxford, Pergamon.
- Honda, H. & Schimizu, Y. (2002): Early intervention system for preschool children with autism in the community: The DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism*, **6**, 239-257.
- Kadesjo, B. & Gillberg, C. (1998): Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **40**, 796-811.
- Kamio, Y., Tobimatsu, S. & Fukui, H. (in press): Developmental disorders. Decety, J. & Cacioppo, J. (eds.): *The handbook of social neuroscience*. Oxford, Oxford University Press.
- Kamio, Y. & Toichi, M. (2007a): Memory illusion in high-functioning autism and Asperger's disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **37**, 867-876.
- Kamio, Y., Robins, D., Kelley, E. et al. (2007b): Atypical lexical/semantic processing in high-functioning autism spectrum disorders without early language delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **37**, 1116-1122.
- 神尾陽子 (2008): アスペルガー症候群の概念: 統合失調症スペクトラム障害との関連における概念の変遷と動向. *精神科治療学*, **23**, 127-133.
- 神尾陽子 (印刷中): 自閉症の成り立ち—発達認知神経科学的研究からの再考. 高木隆郎 (編): 自閉症. 東京, 星和書店.
- 神尾陽子, 小山智典 (印刷中): 早期発見. 高木隆郎 (編): 自閉症. 東京, 星和書店.
- 神尾陽子, 齊藤崇子, 山本幸子他(2004): 高機能自閉症とアスペルガー障害にみられる表情顔処理の発達の变化. *精神医学*, **46**, 835-844.
- Kanner, L. (1943): Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, **2**, 217-250.
- Kanner, L. (1973): *Childhood psychosis: Initial studies and new insights*. New York, John Wiley & Sons. (十亀史郎, 齊藤聡明, 岩本憲訳 (2001):

幼児自閉症の研究。愛知，黎明書房。)

- Klin, A., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S. et al. (1995): Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: Convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, **36**, 1127-1140.
- Kolvin, I. (1971): Studies in the childhood psychoses I: Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, **118**, 381-384.
- Koyama, T., Tachimori, H., Osada, H. et al. (2006): Cognitive and symptom profiles in high-functioning pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **36**, 373-380.
- Kuwabara, H., Kasai, K., Takizawa, R. et al. (2006): Decreased prefrontal activation during letter fluency task in adults with pervasive developmental disorders: A near-infrared spectroscopy study. *Behavioral Brain Research*, **172**, 272-277.
- Landgren, M., Pettersson, R., Kjellman, B. et al. (1996): ADHD, DAMP, and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: Epidemiology and comorbidity. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **38**, 891-906.
- Nakamura, K., Anitha, A., Yamada, K. et al. (2008): Genetic and expression analysis reveal elevated expression of syntaxin 1A (STX1A) in high functioning autism. *International Journal of Neuropsychopathology*, **11**, 1073-1084.
- Ramocki, M. B. & Zoghbi, H. Y. (2008): Failure of neuronal homeostasis results in common neuropsychiatric phenotypes. *Nature*, **455**, 912-918.
- Rapin, I. & Tuchman, R. T. (2008): What is new in autism? *Current Opinion in Neurology*, **21**, 143-149.
- Ronald, A., Happe, F. & Plomin, R. (2005): The genetic relationship between individual differences in social and nonsocial behaviours characteristic of autism. *Developmental Science*, **8**, 444-458.
- Scheirs J. G. M. & Timmers, E. A. (2009): Differentiating among children with PDD-NOS, ADHD, and those with a combined diagnosis on the basis of WISC-III profiles. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **39**, 549-556.
- Sporn, A. L., Addington, A. M., Gogtay, N. et al. (2004): Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: Comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biological Psychiatry*, **55**, 989-994.
- Sturm, H., Fernell, E. & Gillberg, C. (2004): Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels: Associated impairments and subgroups. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **46**, 444-447.
- Südhof, T. C. (2008): Neurologins and neurexins link synaptic function to cognitive disease. *Nature*, **455**, 903-911.
- 高木隆郎 (1988)：知能障害の比較的少ない年長自閉症例の検討。高木隆郎，Wing, R. (編)：児童精神医学への挑戦：自閉症を考える (pp. 105-120)。東京，岩崎学術出版社。
- Tsuchiya, K. J., Hashimoto, K., Iwata, Y. et al. (2007): Decreased serum levels of platelet-endothelial adhesion molecule (PECAM-1) in subjects with high-functioning autism: A negative correlation with head circumference at birth. *Biological Psychiatry*, **62**, 1056-1058.
- Yoshida, Y. & Uchiyama, T. (2004): The clinical necessity for assessing attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning pervasive developmental disorder (PDD). *European Child and Adolescent Psychiatry*, **13**, 307-314.
- Wing, L. & Gould, J. (1979): Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism Development Disorders*, **9**, 11-29.
- World Health Organization (1967): *International classification of diseases and related health problems, eighth revision*. Geneva, World Health Organization.

■教育講演 3

発達障害の診断の意義とその問題点*

神尾陽子**

Clinical Significance of Diagnosis and Related Issues:
The Case of Autism Spectrum Disorders*

Yoko KAMIO**

ASDやその他の発達障害は多様な臨床像を包含する症候群であり、発達過程でみられる発達的变化も大きい。発達障害における診断の意義は、このような発達的变化と同時に個人差も考慮した、個別のニーズを把握し、支援に役立てることにある。近年定着した自閉症スペクトラムという概念の歴史と意義を簡潔に述べ、早期診断の意義と、既存の乳幼児健診システムと平行してM-CHATを用いて実施したASDのスクリーニングの実際を紹介した。幼児期早期に的確な診断を行うことは、発達障害を有する子どもとその家族が早期からさまざまな支援を受けやすい道を拓く始まりであり、多職種の専門職と家族とのチームが不可欠である。

Key Words: 自閉症スペクトラム障害, 診断分類, 早期診断, M-CHAT
autism spectrum disorders, nosology, early diagnosis, M-CHAT

1. はじめに

発達障害の診断をめぐる問題は、常に新しい。これまでに蓄積された研究知見は、これまでの発達障害についての診断のあり方を再考することを迫っている。本稿は診断の意義と同時に問題点について、自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders: ASD) を取り上げて論じる。まず、この約20年間で定着した自閉症スペクトラムという概念について概説する。スペクトラム概念は、発達障害の診断のみならず、支援も含めた臨床および研究の方向性に、従来の診断に基づくものとは全く異なる新しい視点をもたらした。次に、最

近進んだ早期診断について述べる。2歳前後でASD早期兆候を的確に把握し診断を行うことが支援の早期開始に繋がるという点で、臨床上重要であり、3歳を過ぎないと確定診断ができないし、またしてはいけないというこれまでの固定観念を塗り変えた。

2. 自閉症スペクトラムという概念

今日、スペクトラムという概念は、発達障害に限らず、統合失調症や強迫性障害などのほかの精神疾患においても臨床単位を捉える際によく用いられている。精神疾患や発達障害における臨床単位の成り立ちは、病因が特定されている身体疾患とは異なり、行動に注目して分類されているため、臨床単位をどのように決めるかは、診断そして治療方針に重要な根拠となるだけでなく、まだ明らかにされていない病因を解明していく研究の方向づけに対しても影響を及ぼす。

現行の標準的診断体系は、アメリカ精神医学協会が作成したDSM-IV-TR、WHOが作成したICD-10に拠っており、約20年前に新しく作られた広汎性発達障害

* 本稿は、第35回日本コミュニケーション障害学会学術講演会(2009年5月31日、長岡)における教育講演3の要録である。テープ起こし原稿をまとめ神尾氏に校閲していただいた。

** 国立精神・神経センター精神保健研究所(〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1)、National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira, Tokyo, 187-8502, Japan)

(Pervasive Developmental Disorders: PDD) というカテゴリーが用いられている。カテゴリーは階層的に構成され、PDDカテゴリーの下には自閉症、アスペルガー症候群、それらのいずれにも該当しない Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS: 特定不能の広汎性発達障害) などの下位カテゴリーが含まれる。これに対して、自閉症スペクトラムという概念は、1981年にイギリスの精神科医 Lorna Wing が最初に提唱して以来、今日では PDD 分類に批判的な臨床家のみならず研究者によっても一般的に用いられるようになってきた。彼女は、流暢な話しことばの一方で、非言語的なコミュニケーションと対人的相互交流の障害を有し、活動や関心などが限局されており、不器用な青年や成人を診て、小児自閉症の症状と極めて似ていることに気づいた。彼らをアスペルガー症候群と命名し、小児自閉症と連続する状態像と考えた(神尾, 2008)。さらにロンドン南部の調査で知的な遅れのある子どもの中に自閉症にもアスペルガー症候群にも該当しないけれども、自閉症症状を呈する子どもが多数存在することを見いだした。つまりスペクトラム上には、自閉症やアスペルガー症候群の典型ケースのほかに、それらの中間型の人々が多数存在するという視点を導入したのである(神尾, 2009)。

スペクトラム概念を導入することの最大のメリットは、従来の診断分類では PDD-NOS や診断閾下ケースとなるより軽度の症状を有する人々のニーズに敏感になること、であろう。ASD 全体の中では彼らは軽症で、多くは高機能である。重度知的障害のある人々と比べると学習能力は高く、身辺自立は問題なく、試験に強い人たちは高学歴である。しかしそのことと社会適応がよいということは別物である。仕事が不安定で、親しい同僚や友人もなく、結婚などパートナーと安定した対人関係を築くことに大きな困難を抱えている。思春期以降に不安障害やうつ病などを併発し、精神科を受診する率も高い。このような適応の難しい人々に対して、支援ニーズに敏感になることは、予防の観点からも有用な概念である(神尾, 2008)。

2.1 個人レベルでみられるなめらかな連続性

発達障害は、症状に多少の変化はあっても生涯を通じて治ることはない、すなわち診断は安定している、というのがこれまでの理解の前提であった。近年になってその例外が稀ではないことが次第にわかってきた。たとえば、年齢とともに ASD 症状の改善がみられ、診断基準の症状の数や程度に満たなくなった結果、ASD 診断からはずれるケースが目目されている(Sutera,

Pandey, Esser, et al., 2007)。また ASD 症状の消退と入れ替わりに ADHD やチックなど他の発達障害の症状が前景に現れ、診断変更を余議なくされるケースの存在から、発達障害診断の安定性には疑問も指摘されている(Kamio, Tobimatsu, Fukui, in press)。この場合、ある診断から外れたということは通常の意味での治癒を意味するのではなく、操作的に決められている診断基準を下回ったということの意味する。並行して適応が改善するケースもあれば、適応上の困難と診断変更とにギャップがあるケースもある。後者の場合、診断に該当しないということは、支援が必要なくなったことを意味するものではない。つまり、診断の有無にかかわらず、支援の継続の必要性を見逃さないような的確なアセスメントが重要となってくる。

2.2 集団レベルでみられるなめらかな連続性

集団レベルでみると、ASD の人々とそうでない人々との間に明瞭な境界線は存在しない。ASD 行動特徴は、一般母集団の中でなめらかに連続的に分布する。ASD 行動特徴がほとんどない人々から、中程度に有する人々はその人数が多く、やがてさらにより特徴の強い人々に向かってなめらかに人数が減っていく。このような ASD 行動特徴の連続性は児童の大規模調査でもわかってきた(Constantino and Todd, 2003)。このことは、典型的な ASD ではないが ASD 行動特徴を一定程度有する児童が多数存在することを意味している。このことは、児童集団を対象とする特別支援教育は、診断のはっきりした児童にだけ向けるのではなく、診断閾下にあるが支援ニーズを有する児童も含めて計画されるべきであり、そしてそのような児童のニーズを的確に把握することの重要性を示している。

3. ASD の早期診断

ASD の早期発見は、諸外国のみならずわが国でも発達障害者支援法に謳われ、早期にさまざまな適応上のニーズをもちながら診断されずに見逃されている子どもたちを少なくすることは、世界共通の重要な課題となっている(神尾, 小山, 印刷中)。

3.1 乳児期の ASD 児

一般的には1歳を過ぎてから次第に診断的特徴がみられるようになる。振り返り調査では、視線が合わない、人の顔・声・抱っこに興味を示さない、模倣をしない、おとなしい、人見知りが弱い、指差しが少ない、赤ちゃんことばが少ない、始歩の遅れなどが指摘されているが、必ずしもすべての ASD 児に当てはまらない。どの特徴もすぐにそれとわかるような異常行動ではなく、

どちらかという平均より低頻度でしかみられないといった程度の違いにすぎない点が、判断を難しくさせている。

3.2 気づきから早期診断へ

このように乳幼児期では、対人コミュニケーションのほかにも、こだわり、かんしゃく、落ち着きのなさ、睡眠や感覚、摂食の異常などの一般的な行動の問題も含めて、育児の困難さを中心に丁寧に聞きながら問題を絞り込んでいく構えが大切である。親が育児に問題を感じていない場合には、相談や受診が遅れ、その結果診断や療育など支援が遅れることになる。乳幼児健診はASDが疑われたケースをすみやかに支援につなげるための貴重な機会であり、家族の気持ちに丁寧に配慮しながらもこのようなタイムラグを短縮する工夫が必要である。この時期の親の気持ちは、わが子の発達についての気づきと不安、日常生活の中で生じる対応困難な問題などで揺れており、相談したいが診断されるのが怖い、という気持ちから結果的に受診行動が遅れる。そのことを考慮して、専門家は不用意な診断名告知で終わらないよう、親が子どもの発達の様子を理解して育児に活かせるような具体的な助言と継続的なフォローに繋げる用意が必要である。2008年の発達障害支援の推進に係る検討会報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7h.pdf>) には、家族が発達障害という事実に取り組む準備ができていない場合には、不用意な診断を行う前に、支援をすみやかに開始できるように「診断前支援」の取り組みが課題として挙げられている。「診断前支援」とは、診断が確定しなくては支援を始められないのではなく、診断が疑われた時点で、アセスメントに基づく支援を始めながら子どもと家族を見守る、ということである。

3.3 ASDのスクリーニング尺度

レベル1のスクリーニングとは、一般の子どもたちを対象にして該当する子どもを一定以上の精度をもって抽出することである。最初のレベル1スクリーニング尺度は、Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) で、特異度が高い半面、感度が低いのが特徴である。つまり、CHATで陽性ケースはほぼ間違いなく自閉症であるが、陰性ケースの中に後に自閉症と診断されるケースが少なくない。そこで、感度を上げるよう作成されたのが、Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) である (Robins, Fein, Barton, et al., 2001)。M-CHATは23項目から成る親記入式の質問紙で、現在、日本語訳を含め、世界中で使用されている。

M-CHAT項目のうち16項目は、共同注意、模倣、対

人的関心など、平均的な幼児なら1歳6カ月までに通過する社会的行動指標に関係している。ASDのスクリーニングは、これらの社会的行動が1歳6カ月から2歳までに現れるかどうか注目する。これらの行動すべてに通過していれば定型的な社会的発達を順調にたどっているといえるが、そうでない場合は、必ずしもASDとは限らないもののフォローの必要性を警告している。M-CHATは、定型的な社会的発達かどうかをチェックするためのツールともいえる。

表1に示すように、M-CHATに含まれる16項目は、平均的な通過時期によって、8カ月以前、10～12カ月、14カ月以降、の3群に分けられる (稲田, 神尾, 小山, 2008)。たとえば、ASDの早期兆候の一つとして重要な共同注意行動は、平均的な幼児では1歳前後で通過することから、その欠如がはっきりするのは1歳過ぎとわかる。表1は、8～20カ月の一般的な幼児を対象に母親に記入してもらった結果をまとめたものであるが、1歳6カ月を過ぎた子どもの大多数がこれらの項目すべてに通過している。これより、M-CHATを1歳6カ月健診で用いることは発達の妥当といえよう。

3.4 ASD早期発見・早期支援の実践

著者らは地方自治体の発達相談事業の一環として、1歳6カ月健診の受診児全員に日本語版M-CHAT (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/mchat.pdf>) を用いたスクリーニングを実施し、早期発見から早期支援のシステムを導入しその成果を調査した。詳細は別誌に報告した (稲田, 神尾, 2008, 2009; 神尾, 稲田, 2006)。本稿では、その方法と結果、そして施行時の留意点などについて述べる。

1歳6カ月健診に参加し保護者が研究参加に同意した一般幼児 ($n=2113$) を対象として、M-CHATを用いた第1段階スクリーニングを、続いて電話面接による第2段階スクリーニングを経て、2歳時に家族面接と子どもの行動観察に基づく診断評価を行った。米国原版のM-CHATの対象は主に24カ月児だったのに対して、本邦での対象は1歳6カ月児だったため、カットオフの際の基準を若干変更している。2段階のスクリーニングで陽性かつ2歳時診断がASDだった23名中、フォローできた16名中15名は3歳時診断もASDであった。偽陽性だった6名には、対人・言語の発達の遅れや多動、こだわりなどのため育児困難感が強く、フォローが必要なケースであった。偽陰性だった5名は発達水準が正常範囲の高機能児だった。2歳時の診断内訳は、自閉性障害10名とPDD-NOS13名で、23名中11名 (47.8

表1 社会的行動と遊びの月齢区分ごとの通過率 (%)

| 項目 | 項目内容 | 月齢区分(男:女) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|---------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|-----|-----|-----|-----|
| | | 8 m (17:4) | 9 m (12:11) | 10 m (14:4) | 11 m (15:22) | 12 m (9:20) | 13 m (18:15) | 14 m (13:9) | 15 m (11:7) | 16 m (16:11) | 17 m (11:8) | 18 m (10:4) | 19 m (9:8) | 20 m (13:7) | | | | |
| 第1群 8カ月 以前 | 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | 2 | 100 | 87 | 100 | 97.3 | 100 | 97 | 100 | 94.4 | 92.6 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | 4 | 100 | 87 | 96.4 | 94.6 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | 10 | 90.5 | 95.7 | 89.3 | 100 | 96.6 | 90.9 | 87.5 | 94.4 | 81.5 | 100 | 85.7 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 第2群 10-12カ月 | 12 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | 14 | 95.2 | 91.3 | 96.4 | 100 | 96.6 | 97 | 100 | 96.3 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | 5 | 9.5 | 13 | 35.7 | 48.6 | 79.3 | 69.7 | 84.4 | 94.4 | 88.9 | 100 | 100 | 94.1 | 95 | | | | |
| | 6 | 9.5 | 13 | 28.6 | 43.2 | 75.9 | 87.9 | 87.5 | 100 | 92.6 | 100 | 100 | 100 | 100 | | | | |
| | 7 | 9.5 | 13 | 35.7 | 51.4 | 79.3 | 75.8 | 87.5 | 100 | 88.9 | 100 | 100 | 94.1 | 100 | | | | |
| | 13 | 28.6 | 26.1 | 71.4 | 81.1 | 82.8 | 81.8 | 87.5 | 88.9 | 77.8 | 94.7 | 92.9 | 100 | 100 | | | | |
| | 15 | 38.1 | 52.2 | 46.4 | 67.6 | 86.2 | 78.8 | 90.6 | 88.9 | 96.3 | 100 | 100 | 100 | 100 | | | | |
| 第3群 14カ月 以降 | 19 | 57.1 | 56.5 | 64.3 | 75.7 | 86.2 | 72.7 | 78.1 | 83.3 | 81.5 | 100 | 94.1 | 94.1 | 95 | | | | |
| | 8 | 14.3 | 8.7 | 14.3 | 27 | 41.4 | 21.2 | 40.6 | 72.2 | 66.7 | 78.9 | 92.9 | 100 | 95 | | | | |
| | 9 | 4.8 | 8.7 | 7.1 | 29.7 | 44.8 | 48.5 | 62.5 | 83.3 | 81.5 | 89.5 | 92.9 | 82.4 | 95 | | | | |
| 17 | 47.6 | 52.2 | 53.6 | 48.6 | 69 | 66.7 | 62.5 | 83.3 | 70.4 | 94.7 | 85.7 | 76.5 | 95 | | | | | |
| 23 | 57.1 | 56.5 | 53.6 | 70.3 | 65.5 | 66.7 | 68.8 | 83.3 | 63 | 78.9 | 78.6 | 70.6 | 75 | | | | | |

稲田ほか(2008)から引用。

%)は正常範囲の発達水準にあった。したがって、これまで早期発見が困難とされてきた高機能群を比較的鋭敏に把握できたといえる。

M-CHATの結果にかかわらず、3歳までのフォロー中にASDの診断を受けた40名は、男女比が3:1、発達の遅れは半数にあり、残りの半数は正常範囲内の発達水準と、ASD人口を代表する分布特徴を示した。1歳6カ月でのM-CHAT陽性率は80%、電話も含めて2回とも陽性だった割合は60%であった。3歳時にASD診断を受けたケースのうち、1歳6カ月時M-CHAT陽性・陰性で、3歳時臨床データを比較したところ統計的に有意差はなかった。親記入のM-CHATの限界を補完するために、今後、健診スタッフによる観察結果も合わせて陽性・陰性の判断を行うことが、潜在ケースの発見に有用と思われる。

早期発見・早期支援効果は現段階では不明であるが、追跡可能だったASD早期診断から支援に繋がった16名(早期診断群)と、スクリーニング陽性が判明したが3歳までなんの支援も受けなかった10名(3歳診断群)とでその臨床症状を比較した(小山, 稲田, 神尾, 2009)。2群の性比や月齢はほぼ同等で、1歳6カ月時のM-CHAT各項目の通過率では差がなかった。3歳時で比べると、発達水準には群間差はなかったが、行動面で違いが認められた。早期診断群は、場面の変化への切り替えやこだわりと関係するCARSの『変化への適応』得点が3歳診断群と比べて低い、すなわち変化への適応がより良好であった。このことは、早期からの支援が子どもの遊びなどの生活経験を広げ、環境の変化への耐性を高めた結果と解釈されるかもしれない。また親の報告に基づく評価では、早期診断群がより笑いかけると微笑みを返すとみなされていた。この結果は、回答者である母親の主観が反映されている可能性があるが、早期から支援を受けていたケースは人に向けてポジティブな感情を表出しながら対人的応答をしていることを意味している。

3.5 家族へのフィードバックの際の留意点

早期診断は支援につなぐためのプロセスであるので、家族へのフィードバックの目的は、アセスメントによって得られた子どもの発達情報を共有し、日常生活で最大限に活かしてもらうことにある。わが子についてより理解するための手助けとなるように、対人コミュニケーションの発達を中心に、子どもの強みや多面的な発達の状況をバランスよくわかりやすく伝えることが肝要である。その際には、一方的な診断告知とならないように、発達の個人差を強調し、行動観察に基づ

く説明とともに、日常の育児や遊びの工夫に繋がる具体的な助言を行う。また発達とともに変化することを伝えて、発達に応じた適切なかわりのためには定期的なアセスメントが役立つことも説明しておく。

前述したように、ASDによくみられる対人コミュニケーションの特徴は、一般母集団においても連続的に分布する。それは親についてもいえることで、気づきが弱い親の一部に軽微なコミュニケーションの困難を有する人たちがいる。家族とのコミュニケーションを円滑にするためにも、家族のコミュニケーションスタイルに応じた工夫が必要であり、そのために家族歴の情報も有用である。ケースによっては、遠慮がちで婉曲的な言い方よりもシンプルで客観的な表現のほうが好まれる場合もある。親の対人コミュニケーションの問題は日常生活ではわかりにくい場合でも、育児に際しては困難が露呈しやすく、ていねいな育児支援が欠かせない。

4. おわりに

ASDやその他の発達障害では、幼児期から始まる長い発達過程において症状は持続するけれどもその発達の変化も大きい。ライフステージに応じた支援を提供するためには、発達の变化を的確に捉えてその時のニーズを把握する必要がある。発達障害には、ある症候群に典型的な特徴が目立つケースだけでなく、典型ケースと正常との中間に位置づけられるような臨床閾下ケース、またASDとADHD、あるいはASDとADHDと発達性協調運動障害などのように重複診断を有し、典型的な特徴が見えにくいケースなど、きわめて多様な臨床像を呈する状態が含まれている。そうした個人差の大きい臨床像に応じた支援ニーズを的確に捉えることもまた必要となる。発達障害における診断の意義は、このように発達過程に応じて変化し、かつ一人ひとり異なるニーズを把握することにあるといえる。発達障害のある人々の社会適応を将来にわたって高めるためには、診断名から得られる情報だけでは十分とはいえ、ほかの障害の合併や気質、家族歴、環境などさまざまな角度から評価することが重要である。長期的な観点からは、どのように診断評価が発達経過や支援に応じて変化してきたかということも、予測の根拠となるであろう。

本稿では、早期診断をすすめるために既存の乳幼児健診システムと平行して実施可能なASDのスクリーニングの実際を紹介した。これまで見逃されてきた乳幼児の社会的発達を捉えるために、M-CHATのような

ツールを用いると、ASD児のみならずほかの発達の問題を有する子どもたちのニーズに気づくのに役立つ。早い時期にニーズに気づき、的確な診断を行うことは、発達障害を有する子どもとその家族が必要な時に支援を受けやすい道を拓く契機となり、支援を具体化するためには、それぞれのニーズに応じた心理士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、保育士などの専門職、そして家族や医療の連携と役割分担が一層進められていなくてはならない。

文 献

- Constantino, J. N. and Todd, R. D. (2003). Autistic traits in the general population: A twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 524-530.
- 稲田尚子, 神尾陽子. (2008). 自閉症スペクトラム障害の早期診断への M-CHAT の活用. 小児科臨床, 特集「最近注目されている発達障害」. 61, 2435-2439.
- 稲田尚子, 神尾陽子, 小山智典. (2008). 8 ヶ月齢から 20 ヶ月齢の乳幼児の社会的行動獲得の時系列. 第 49 回日本児童青年精神医学会抄録集. p.253.
- 稲田尚子, 神尾陽子 (2009): 幼児期早期のアスペルガー症候群: ASD 児に対する早期からのアセスメントと支援. アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助. 別冊発達 30. 榊原洋一 (編). ミネルヴァ書房, p.113-122.
- 神尾陽子, 稲田尚子. (2006). 1 歳 6 ヶ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.
- 神尾陽子. (2008). アスペルガー症候群の概念: 統合失調症スペクトラム障害との関連における概念の変遷と動向. *精神科治療学*. 23, 127-133.
- 神尾陽子. (2009). 自閉症概念の変遷と今日の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, 学会発足 50 周年記念特集号. 50, 124-129.
- Kamio, Y., Tobimatsu, S., Fukui, H. Developmental disorders. *The Handbook of Social Neuroscience*. Decety, J. and Cacioppo J. (eds.), Oxford University Press, (in press).
- 神尾陽子, 小山智典. 早期発見. 自閉症. 高木隆郎 (編). 星和書店, 印刷中.
- 小山智典, 稲田尚子, 井口英子, ほか. (2009). 自閉症スペクトラム障害児の早期発見システム導入による効果の検討. 平成 20 年度国立精神・神経センター精神保健研究所研究報告会, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., et al. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 31, 131-144.
- Sutera, S., Pandey, J., Esser, E. L., et al. (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37, 98-107.

大学生の発達障害：自閉症スペクトラムを中心に

国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部部長 神尾陽子

本講演では、大学の学生相談で出会う青年たちが訴える、学業上の問題、対人関係上の問題、そして不安、うつ、強迫などの背景に潜んでいる発達障害のうち、社会適応への影響が大きい、自閉症とその近縁の発達の偏り、すなわち自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorders: ASD) の高機能 (High-Functioning) 群についての最近の臨床的トピックを取り上げる。

1) 高機能自閉症スペクトラム (High-Functioning Autism Spectrum Disorders: HFASD) の疫学

HFASD は、自閉症、アスペルガー障害、そして PDD-NOS (pervasive developmental disorder not otherwise specified) などを包括する。ASD の有病率は、約100人から150人に1人と報告されており、そのうち約7割が HFASD である。スペクトラムという連続的な状態を考えると、重症側の極には自閉症が、軽症側の極には PDD-NOS (非定型自閉症) が位置すると考えてよい。頻度の観点からは、PDD-NOS、自閉症、アスペルガー障害の順に多い。自閉症は典型的な自閉症状を持ち、知的障害を合併する人々が約2/3と多い。一方、PDD-NOS の人々の約9割、そしてアスペルガー障害のほぼ100%が知的障害を伴わない、正常知能の人々である。このことは、症状レベルから見ると、自閉症やアスペルガー障害の基準に満たない、また知的水準も自閉症よりも高い PDD-NOS のほうが、典型的な症状を持ち、知的障害の合併の多い自閉症よりも頻度が多いということを意味する。しかしながら、自閉症症状が非定型的で軽度であるということは、必ずしも支援ニーズが少ないわけではない。PDD-NOS やアスペルガー障害の児童や成人たちは、うつや不安などの精神医学的障害を併存する割合が高いことはよく知られており、精神医学的な治療ニーズの高い臨床的に看過できない群として、最近注目されている。

2) HFASD の社会適応：発達の観点から

HFASD 成人は、知的障害のある ASD の人々と比べると、知能や言語能力が高いので学習能力

が高く、身辺自立や学業、職業、対人関係において社会適応は良いと言える。また、性格面や家族からのサポートなど、適応を促進する保護的な要因がいくつかあると、高い学習能力を活かして、ある程度、苦手な対人スキルも改善が期待できる。ただし、対人コミュニケーションが苦手であることには変わらないので、大学での様々な活動に必要な対人関係、また青年期で特に重要な異性関係など複雑で高度な対人スキルを要する問題解決や、学業でも単純な暗記ではなく、論文作成などに必要なプランニングや柔軟性を要する高度に知的な作業については、通常よりもはるかに困難を抱える。

幼児期には、言語や全般的な発達に遅れがないため、発達上の問題を抱えていることが気づかれにくい場合が多い。そのような場合でも、社会性の発達をよく観察してみると、他児に関心を持たず、ひとり遊びが多く、親とも関心や興味を共有するという相互的な関係を築いていないことが多い。言語発達が良い場合は、ひとりで本などを読みふけり、「神童」や「博士」と周囲を驚かせたりする。一方、自分の興味に没頭し、興味のあることについては一方的によくしゃべるが、通常の会話は成立しにくい。睡眠障害やかんしゃく、感覚過敏などが強く、毎日の生活で親が困る場合は相談につながりやすい。またこだわりが強い子どもは自分の思うようにならない幼稚園や保育所への通園をいやがることもある。衝動性が高く、多動を伴う子どもは、園で他児とトラブルを起こしやすく、叱られることが頻繁である。このような場合に相談に繋がった場合でも、ASD 的特徴が背景にあり、そのために適応がうまくいっていないのだ、という認識がされにくく、単に情緒や行動の問題として親に助言されて終わるなど、親のしつけの問題として扱われることが多いのが実情である。

小学校に上ると、より集団が大きくなり、他児の社会性の発達とのギャップが目立つようになる。そのため、周囲から浮いて、いじめられるこ