

ません。われわれは、入院治療を要する不適応を繰り返していた高機能広汎性発達障害の症例において、過去の迫害体験のトラウマに焦点を当てた治療を行った後に、はじめて治療的な進展が得られたという経験を何度もしました。

翻って特に広汎性発達障害をトラウマという視点から見ると、広汎性発達障害は、そもそもトラウマを引き起こしやすいさまざまな要因を抱えることに気付きます。高機能自閉症者の回想や自伝では、しばしば幼児期の脅威的世界が語られることが多いのです。とくに高い知覚過敏性を抱える場合には、まさにトラウマの塊りのような状況になってしまうのです。本質の解明がいまだに不十分である知覚過敏性は、その基盤として扁桃体など情動に関する情報の調律器官の機能不全が背後にあるのでしょうか。ところが自閉症独自の記憶の障害であるタイムスリップ現象がここに介在します。つまり過敏性に絡む怖い体験に関連した記憶事象によって、過去の不快体験の記憶の鍵が開き、フラッシュバックが生じて来ます。つまり知覚過敏性は、徐々に生理的な問題から、状況を引き金とした心理的な問題へ展開するのです。この知覚過敏という生理学的な不安定性によって、一般の健常者ではそれほど脅威的でない事象においても、しばしばトラウマと同等の脅威性が生じることとなります。さらに彼らの独自の認知構造は、全体の把握が困難で、部分にとらわれやすい特徴をもっています。その結果、見通しの障害が生じ、不意打ち体験や秩序の混乱が容易に引き起こされてしまいます。また先に述べた愛着形成の遅れは、それ自体がトラウマからの防御壁の欠如をもたらすのです。

筆者はトラウマ処理の技法が、比較的広範な発達障害の症例に有効に働くことに気付きました。この視点は、これまで十分な対応が出来なかった問題、例えば強度行動障害などへの新たな治療的アプローチをもたらすものになる可能性があります。

## 5. 精神科疾患と発達障害

これまで臨床心理学も精神医学も、患者の発達歴を丹念に辿るという習慣を持ちませんでした。

その以前にそもそも発達障害の臨床経験とその観点が欠落していたのです。ところが、ごく最近になって、様々な成人精神科臨床から、発達障害を基盤とした診断および治療の見直しの提言が相次ぐようになってきました。その1つが衣笠による重ね着症候群です。衣笠がここでいう広汎性発達障害の中には、重ね着症候群の定義における未診断ということからも、明らかに凸凹レベルのものが含まれています。

未診断の発達障害に対する誤診あるいは見落としの問題は、非常に広範な論議になって来ます。特に多い併存症は気分障害(うつ病)です。広汎性発達障害の近親者には非広汎性発達障害である成人でも非常にうつ病が多いことが知られています。これは気分障害と広汎性発達障害とが内的な関連があることを示すものであり、その内的関連とは、セロトニン系の脆弱性と考えられます。

問題は双極性障害です。広汎性発達障害に見られる気分障害において、双極性障害が少なからず認められることは、Munesueらによって指摘されて来ました。筆者の経験でも、双極性障害は少なからず認められます。そして双極性障害を呈した高機能広汎性発達障害症例において、注目すべきは子ども虐待の既往が高頻度に存在することです。

つまり元々の発達障害に虐待が加わった時に、双極性障害が生じやすいのではないかと考えられるのです。高機能広汎性発達障害(凸凹)に認められる双極性障害は、一般的な双極性障害に比べ、気分調整剤の服用だけで容易に気分が上下がコントロール出来ないことが多く、厳密には双極性障害と別の病因を持つグループであるかもしれません。

この問題は、この様に非常に複雑な論議にならざるを得ません。臨床的には、いずれにせよ、従来の精神医学大系において、発達障害への考慮が欠落しており、恐らく、根本的な再検討が必要な時代に既に差し掛かっていると考えるべきではないでしょうか。

## 6. 発達障害をライフサイクルの中で捉えること

診断を下す目的は治療を汲み上げるためです。従来のカテゴリー診断学が如何に粗雑なものかということです。われわれは新しい脳科学の時代に差し掛かりつつあります。これまでの精神医学そして臨床心理学は、あたかも18世紀の内科学でした。中で何が生じているのか、分からないまま疾病分類が行われ、治療の試行がなされてきたのです。今ようやく、脳の中で何が起きているのか何うことが可能になってきました。

ライフサイクルの中で、発達障害を捉えることとは、精神医学および臨床心理学全体を発達精神

病理学の視点から構築し直すことに他なりません。この科学が、発達障害の長期的な転帰を改善させる鍵を提供するだけでなく、全ての精神科疾患の予防の道を開くことに注目して頂きたいと思います。理念や理論の空中楼閣を構築するのではなく、地道なエビデンスの集積が必要とされているのです。

### 参考文献

- 杉山登志郎編 (2011). 発達障害への看護アプローチ. 精神看護出版.
- 杉山登志郎 (2011). 発達障害のいま. 講談社現代新書.

### 自閉症スペクトラムとは

杉山登志郎\*

#### KEY WORDS

- ・自閉症スペクトラム
- ・広汎性発達障害
- ・自閉症

#### SUMMARY

自閉症スペクトラム障害 (ASD) について、従来の広汎性発達障害概念との比較をもとに、概説を行った。その中心的な症状である、社会性の障害と想像力の障害に関して、発達精神病理学的な視点から検討し、その中心症状が①情報の雑音の除去の障害、②汎化や概念化の障害、③認知対象との心理的距離の欠如にまとめられることを述べた。ASDの一般的な経過および併存症を紹介し、基本的病理をふまえた基本的な対応について述べた。

#### はじめに

##### —自閉症スペクトラム障害の定義—

あらかじめ用語の説明を行っておきたい。1980年のDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-IIIから自閉症の上位概念として広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders : PDD) が用いられてきた。しかし近年になって、広汎性発達障害の概念はさまざまな問題を抱えることに気付かれるようになり、近く刊行される予定のDSM-5およびICD-11において、このグループは自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorders : ASD) という呼称で統一されることになった。したがって、この小論では自閉症スペクトラム障害という用語を用い、その広がりを含めた論議を取り上げる。

自閉症スペクトラム障害は、自閉症を中核とする生来の社会性の障害を特徴とする広範な発達障害の一群である。従来、その triad として社会性、コミュニケーション、想像力の障害が抽出され、国際的診断基準に用いられてきた。その上位概念である広汎性発達障害の呼称

は、このグループが社会性をはじめとして、言語コミュニケーション、非言語コミュニケーション、愛着行動、学習、微細運動、さらには知覚過敏性や生理学的混乱など、広範な領域に障害を生じるからである。これまで広く用いられてきた triad の中で、これから登場する自閉症スペクトラム障害においては、コミュニケーション障害は社会性の障害の中に含まれることが決められている。

自閉症は特筆すべき研究の歴史を有する。その最初の報告から半世紀のあいだに、その基本的病因仮説が何度も大きく変わったからである。詳述は避けるが、当初、統合失調症の児童版と考えられていた自閉症は、やがて発達障害であることが明らかになり、さらにその辺縁群、すなわち社会性の障害を中核にもつ発達障害症候群の広がりが当初考えられていたよりもきわめて広範であることが示され、やがてこのグループが、最重度の発達障害から、健常者の性格の偏倚まで一連のスペクトラム (連続体) を形成することが明らかになった。図1に、DSM-IVにおける広汎性発達障害と、DSM-5における自閉症スペクトラム障害との違いを示した。個々の下位群の紹介は省かせて頂く。DSM-IVまでの広汎性発達障

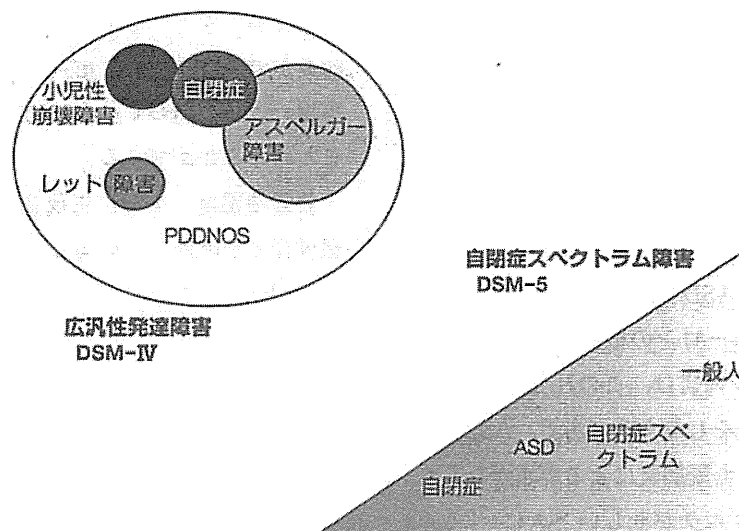


図 1. 広汎性発達障害と自閉症スペクトラム障害

害のとらえ方では、本来は非定型的な「特定不能のその他の発達障害 (pervasive developmental disorder not otherwise specified: PDDNOS)」が最も頻度が高くなってしまふ、非定型群が最も多いということは、疾患概念自体が問題を抱えることに他ならず、かくして自閉症スペクトラム障害という新しいとらえ方が必要になったのである。もう一つ注意を喚起したいことがある。自閉症スペクトラム障害の基盤となる認知の凸凹は、マイナスとはかぎらない。つまりこの新しい概念において、自閉症スペクトラム障害と自閉症スペクトラムとを区分する必要がある。端的にいえば、自閉症スペクトラムとは自閉症スペクトラム障害の基盤となる同一の認知の特性を有するが、社会的適応障害を欠くグループである<sup>1)</sup>。

1960年代後半から最初の疫学調査がなされ、自閉症は0.04%、その上位概念である広汎性発達障害は0.08%程度と報告されていた。ところが最新の疫学調査では、自閉症は0.2~0.4%、広汎性発達障害(自閉症スペクトラム障害)は1~2.6%という報告がなされている。適応障害を含まない自閉症スペクトラムのレベルに属する者はもっと多く、少なくとも5%を超えるのではないかということが示唆されている<sup>23)</sup>。

自閉症スペクトラムの存在にこれまで精神医学は気付かなかつた訳ではない。統合失調症の基本性格と考えられていた schizoid とは、今日振り返ってみると、自閉症スペクトラムと同一のものである。従来、精神医学は

成人を中心に作られており、発達精神病理学的な視点が欠けていた。そのため結果として二つの問題が無視をされることになった。その二つとは一つは発達障害であり、もう一つはトラウマである。自閉症スペクトラム障害の併存症は非常に多い。精神医学大系の再構築を行うことが必要な時代にわれわれは差し掛かっている。以下、自閉症スペクトラム障害を ASD と略記し、適応障害をもたない群は自閉症スペクトラムと記載する。

### 1. 自閉症スペクトラム障害の基本的問題

ASD の基本症状を病因に絡めてまとめる。ASD の病因に関する生物学的研究の成果は、本特集の他の論文で取りあげられているので、ここでは基本症状に関連する問題のみを取り扱うことにする。

ASD は社会性の障害を中核にもっている。この社会性の障害とは、人と人の基本的なつながりに生まれつきのハンディキャップがあるということに他ならない。ASD は愛着行動に、大きな遅れが認められ、目が合わない、後追いをしない、平気で親の元を離れ迷子になるといった行動が幼児期から認められる。この社会性の障害とは、自分の体験と人の体験とが重なり合うという前提が成り立たないこととまとめることができる。乳児期後半に出現する、共同注視ができない児童が多い。また逆転バイバイとして知られる、掌を自分の方に向けて「バイバイ」と手を振る行動が認められる。大人が赤

ちゃんに向かって「バイバイ」とするときには、手のひらは赤ちゃんの方に向いている。機械的にそれを真似れば、じつはASDの行う逆転バイバイが正しく、むしろ問題は、なぜ健常な乳幼児が、相手に手のひらを向けてバイバイができるのかということである。すでに乳児のうちに、自分の体験と人の体験が重なり合うという前提があるからに他ならない。ASDではそこに障害があり、背景となるのはミラーニューロンの機能障害である<sup>4)</sup>。ASDのコミュニケーション障害は、この社会性の上に、コミュニケーションが発達をしたものである。ASDは、オーム返しが多く続き、また疑問文による要求がみられることもある。たとえばミルクが欲しいときに、「ミルクが欲しいの?」と疑問文で要求をする。これは自分がミルクをもらえるときに、周りから「ミルクが欲しいの?」と聞かれるからである。つまり、この疑問文で要求するパターンは、手のひらを自分に向けてバイバイをするのと同じ構造である。このように、ASDに認められるコミュニケーション障害とは、ASDの社会的障害の上に言語発達が認められた姿である<sup>5)</sup>。

もう一つのASD特徴は想像力の障害である。健常児にみられる活発な見立て遊びの発達が、ASDにおいては著しく遅れる。その代わり活発な同一性保持行動、いわゆるこだわり行動とよばれる特徴的な行動が多彩に認められる。手のひらを目の前でひらひらさせる、手をばたばたと振る、コマのようにくるくると回るといった反復自己刺激行動、特定の記号やマーク、また換気扇にだけ注目して突進をするといった興味の限局、さらに道順にこだわる、ものの位置にこだわる、同じやり方にこだわる、順番にこだわるといった順序固執である。このようなこだわり行動は、ASDの発達に沿って広がりを見せる。

ASDの独自の体験世界が明らかになったのは、特に1990年代になって、当事者による自伝が世界のあちこちで書かれるようになってからである<sup>6)~8)</sup>。これらの自伝によって、ASD児/者の体験世界そのものが、われわれとは相当に異なる部分があることが明らかになった。この資料をもとにASDの精神病理を圧縮すると、対人的な選択的注意が機能しないこと、一度に処理できる情報が非常にかぎられていることの2点である。これを認知の特徴という点で普遍化すると一つは情報の中の雑音

の除去ができないこと、第二には、汎化や概念化という作業ができないこと、第三に、認知対象とのあいだに、事物、表象を問わず、心理的距離がもてないこととしてまとめることができる。

健常幼児は、すでに生後2ヵ月には人の出す情報と、機械音とを識別している。われわれの注意は強い自動的な選択性を持ち、目の前にいる人の出す情報に注意が固定される。ところが、ASDの幼児は、このような対人的な情報への選択的注意という機能が十全に働いていない。その結果、母親から出された情報も、機械由来の雑音も等価的に流れ込んでしまう。いわば情報の洪水状態で立ち往生している状態である。テンプル・グランディンは、自分の幼児期の耳は調整の効かないマイクロフォンのようだったと述べている。この不安定で、怖い世界から自分を守るために、ASDの幼児が取る戦略は自身で一定の安定した刺激を作り出して感覚遮断を行うという方策である。これが幼児期のASDに頻回にみられる自己刺激への没頭に他ならない。彼らはいわば押し寄せる情報へのバリアーを自分で作り出しているのである。

このような幼児期の混沌とした状態から、徐々に彼らは認知の焦点を合わせることが可能になる。しかし健常幼児の認知が広く開かれたものであるのとは異なって、恐らくは意識的な焦点の絞り込みによってはじめて成り立つがために、ASDにおいては、あるものに注意が向いている時には、他の情報が無視をされてしまうという強い過剰選択性を今度は抱える状態に転ずる。木を見て森を見ずということは、われわれもしばしば行うことではあるが、ASDでは一枚一枚の葉が見え、あの葉は葉脈がきれいだとか、あの葉は端っこが虫に食われているとか、あの葉は半分黄色くなっているなどなど、全部個別に識別されてしまう。こうなると森どころか、木の全体像も見えているかどうか分からない状態となる。

このような世界の見え方は次の様な喩えの方がわかりやすいかもしれない。われわれが、ロシアの街角を歩いているとしよう。看板は全部ロシア語で書かれているから何もわからない。すると遠くに日本レストランと日本語で書かれた看板が見える。どんなに距離があっても、そこに向かって突進をするのではないだろうか。混沌とした世界の中に、あるわかりやすいもの、たとえば換気

扇が見えるとする。すると、デパートに行っても、スーパーに行っても、体育館の中でも、換気扇に向かって突進をする。これが、世界が見えてきたばかりの ASD の世界である。

ASD はこの注意の障害のため、知覚の雑音の除去ができない。この結果、大きな声が聞こえずに、小さな機械音（たとえばエアコンの音など）が強烈に聞こえるといった現象が生じることもまれならず起きる。また ASD の認知の仕方では、われわれが日常的に行っている、名前を付けることや概念化にもとづく慣れが生じるという機能が働かない。われわれは事物に命名し、その概念化を通し、瞬時にしてその認知に慣れが生じる。ASD では、言葉による概念化、そして汎化という機能が働かないために、言語の重要な機能の一つである認知対象との心理的な距離を作るという機能が働かない。このため、認知対象との心理的距離がまったく取れない認知の特徴のため、いくつかの対象を同時に意識の視野に入れて処理をすること、さらに視点を自分から他の人に変えるといったことが非常に難しくなる。

さらに ASD には記憶を巡る病理が認められ、過去の出来事を突然に想起し、あたかも先ほどのことのように扱うことがあり、われわれはタイムスリップ現象とよんでいる。この現象は、特定の刺激が過去の不快場面の記憶を開けフラッシュバックが生じるという鍵構造へと発展する。知覚過敏の問題は、恐らく扁桃体の機能の乱れを背景とする生理学的な混乱である<sup>9)</sup>。ところがタイムスリップの介在によって、過去の場면을想起させる状況のみで、同様の状況が起きてくる。つまり心理的な問題へと転じていく。これまであまり指摘されてこなかった問題であるが、このタイムスリップは、一方でチックに関連を有する。重症チックに認められる汚言症はフラッシュバックと類縁の現象である。ASD 者の中には、現在の出来事と過去の出来事が重なり合って、モザイク状に体験されている者も少なくない。

世界を代表する高機能 ASD 者テンブル・グランディンは、わが国の講演で、次のようなエピソードを紹介した。彼女は犬がなぜ犬なのか、ある時不思議に思ったという。犬といってもセントバーナード犬のように巨大な犬もいれば、チワワのように小型の犬もいる。毛の長い

ものも、毛の短いものも、ヘアレスドックまでいる。さらにシェパードのように鼻の長いものもあればシーズーの様に鼻の短いものもいる。なぜこれらが犬という共通の言葉で言われるのか、彼女の取った戦略はすべての犬の写真を丹念に見ることであった。その結果、グランディンは犬に共通項があることを見出したという。それは犬の鼻の穴の形であった。そこはすべての犬に共通していたのである。このエピソードは ASD の認知の特徴がとてもよく現れている。大まかで曖昧な認知がとても苦手で、細かな所に焦点が当たり、われわれがついぞ見えない所に、深い認知が生まれるのである。

## 2. 自閉症スペクトラム障害の経過と対応

知的な高低を問わず ASD に共通の対人関係の発達について述べる。

ASD の幼児は、知覚過敏性などの問題に妨げられて愛着の形成が著しく遅れる。知的に高い児童でも、本格的な愛着の形成が小学校年代に入である。したがって、小学校年代においてはきちんと子どもの甘えを両親に受け入れてもらうことがとても大事な課題となる。一般に幼児期が最も大変で、5歳頃にコミュニケーションが伸びる時期がある。小学校は指示の通りもよくなり、状況理解も向上し、問題行動も軽減し、黄金時代となる。小学校高学年は一生のあいだでも一番よく伸びる時期となる。この5歳台と10~12歳という二つの時期はコミュニケーション能力が飛躍的に向上する時期となるが多く、対人関係においてもまた成長が認められる。

青年期はかつてパニックの頻発が問題となっていたが、そのような児童が著しく減った。今日から振り返ってみると、ASD の認知特性を無視した強引な指導によって、青年期を迎えた彼らがタイムスリップの頻発を生じていたことが明らかである。今日において青年期は、小学校高学年に次ぐ、よく発達をする時期となっているが、併存症としてはしばしば不登校が認められる。この不登校に対して、一般的な不登校と同じく「行く気になるまで待つ」という対応を行うと、遷延化することが少なくない。その一部はいわゆる引きこもりに移行するので、積極的な対応が必要とされる。

成人期は、さまざまな併存症が認められる。その代表

はうつ病である。単なる抑うつだけの例もあるが、双極性障害（大多数は双極Ⅱ型障害）も多い。われわれの経験では、双極性障害を呈する ASD、あるいは自閉症スペクトラムの場合、児童期に子ども虐待の既往がある者が多い。未診断の ASD の誤診はじつに多い。特に非定型な統合失調症として治療に難航している症例の場合、ASD もしくは自閉症スペクトラムが基盤にある症例ではないかと疑ってみることは有益である。

ASD への治療は教育に他ならない。先に ASD の認知特徴を 3 つに絞って述べた。第一に、情報の中の雑音の除去ができないこと。第二に、汎化や概念化という作業ができないこと。第三に、認知対象とのあいだに、事物、表象を問わず、認知における心理的距離がもてないことである。このそれぞれに対して工夫をすることが教育における対応のコツとなる。

第一の問題であるが、この対応のための工夫が、できるだけ情報を減らし、特に同時に二つの情報を出さないことであり、一般にこれが構造化とよばれる技法である。取り分け知的障害を伴った ASD の場合、情報の雑音の除去が困難で、しばしば雑多な情報があふれる所では立ち往生してしまう。教室のような比較的構造化がしっかりとした場所でも、同時に二つの情報を出されると一つは無視されてしまう。たとえば、手を握りながら話しかければ、握られた手の知覚入力だけであふれてしまい、言われたことはまったく入らなくなるといった現象である。また過敏性に対する配慮がつねに必要とされる。グランディンによれば、印刷物にしても白紙に黒いインクではコントラストが強すぎて著しく読み難いという。これが紙に薄い青なりピンクなり色がのっている場合には、はるかに読みやすくなるというのである。また一部の児童は蛍光灯の微細な点滅を非常に嫌うこともある。ちょうどディスコの中に居るように感じられるという。

このような問題の上に、第二の認知の特性が重なる。ASD の場合、何度も体験したからといって徐々に慣れてくることが期待できない。また汎化ができないこともあって、変化に対してはつねに混乱してしまう。特に知的障害を伴った ASD においては、こだわりのある程度の尊重と活用が現実的である。予定を変更せず、どうしても変更が必要なきには必ず予告を行うようにする。

第三の問題は、見通しを立てることの困難という問題である。これは知的に高いグループにおいてもきわめて苦手である。この解決方法が、現在広く用いられるようになったスケジュールカードなどによって、見通しの立てにくさをカバーし、行うことを直線上に並べるという対応方法である。

この様にもと、特に小学校低学年において、ASD への教育は個別教育が基本であり、基本を固めた後に初めて集団への参加を行うということがやはり好ましい。早期療育を受けてきて集団での活動をすでに獲得した児童の場合には、必ずしもこの原則通りではないが、高機能児でも集団が非常に難しい事例が決して少なくない。ASD は教育によって社会的な行動を一つひとつ積み上げることが適応を向上させる唯一の道である。



## 文 献

- 1) 杉山登志郎：発達障害のいま。講談社、東京、2011
- 2) Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C *et al* : Prevalence of autism-spectrum conditions : UK school-based population study. *Br J Psychiatry* 194 : 500-509, 2009
- 3) Sumi S, Tani H, Miyachi T *et al* : Sibling risk of pervasive developmental disorder estimated by means of an epidemiologic survey in Nagoya, Japan. *J Hum Genet* 52 : 518-522, 2006
- 4) Dapretto M, Davies MS, Pfeifer JH *et al* : Understanding emotions in others : mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nat Neurosci* 9 : 28-30, 2006
- 5) 杉山登志郎：発達障害の子どもたち。講談社、東京、2007
- 6) Grandin T, Scariano MM : *Emergence : labelled autistic*. Arena Press, Novato, 1986 (テンブル・グランディン、マーガレット M スカリアノ：我自閉症に生まれて。カニングハム久子訳。学習研究社、東京、1993)
- 7) Williams D : *Nobody nowhere*. Transworld Publishers Ltd, London, 1992 (ドナ・ウィリアムズ：自閉症だった私へ。河野万理子訳。新潮社、東京、1993)
- 8) 森口奈緒美：変光星 ある自閉症者の少女期の回想。飛鳥新社、東京、1996
- 9) Endo T, Shioiri T, Kitamura H *et al* : Altered chemical metabolites in the amygdala-hippocampus region contribute to autistic symptoms of autism spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 62 : 1030-1037, 2007

## 特別講演

# そだちの凸凹（発達障害）とそだちの不全（子ども虐待）

杉山 登志郎\*<sup>1</sup>

## Developmental differentiations and maltreatment of children

Toshiro Sugiyama \*<sup>1</sup>

\*<sup>1</sup>Hamamatsu University School of Medicine

### 1. 発達障害は多因子モデル

最近の知見の中で最も重要と考えられる所見は、多くの発達障害が多因子モデルであることが明らかになったことです。多因子モデルとは、疾病が素因と環境因で生じるというモデルです。ここでいう環境因とはエピジェネティクス (epigenetics) と呼ばれる遺伝情報の読み出し過程において、そのスイッチのオン・オフに環境からの影響を受けるという現象です。例えば喫煙によるニコチンの暴露で初めてスイッチがオンになる遺伝子などが知られています。多因子モデルでは、いくつもの因子の集積によって発症のリスクが高まるのです。

このモデルは多くの慢性疾患と同じです。例えば糖尿病の素因を持つものは単一ではなく、また非常に多いのですが、全てが発症するわけではありません。

さてこのモデルで考えた時に、幾つかの考慮すべき問題が浮かび上がって来ます。多因子モデルにおいて、素因を有するものは、発症するものの少なくとも5倍以上であることが知られています。素因を持つものは、発達障害の基盤を形成する認知特性によく似た認知の特徴をもっていますが、その大半は、適応障害は認められません。しかし両者の間には連続性があります。つまり臨床的な観点からは、現在において適応障害を有しないグループにおいても、予防的な関与が必要で

筆者は素因レベルを表す言葉を模索する中で、単直に発達凸凹と呼べばよいのではないかと考えました。凹凸ではなく凸凹であるのは、この様な認知特性は、決してマイナスとは限らないからです。最近になって、偉人や天才として顕彰されてきた人の中に特にアスペルガー障害と考えられる人が数多く存在するという指摘がなされるようになって来ました。この視点からとらえ直せば見れば、むしろ多くの優秀な人々が凸凹を有していることも明らかです。狭義の発達障害とは、発達凸凹+適応障害のグループになります。

では、糖尿病における肥満のような、発達凸凹において適応障害をもたらす増悪因子とは一体何でしょうか。

これは実は結論が出ています。それは子ども虐待や、学校でのいじめといった迫害体験です。中でも子ども虐待、そこまで行かなくとも子そだて不全があった場合において、発達凸凹が高頻度に、発達障害へと転じてしまうのです。

子ども虐待をはじめとする慢性的トラウマが脳に器質的な変化を引き起こすことは、21世紀になって様々な脳画像研究のデータが報告され、確実になって来ました。トラウマによって脳自体の器質的、機能的変化が引き起こされるという事実を見る限り、少なくともその一部は、先に述べたエピジェネティックな干渉と考えざるを得ません。

発達凸凹と子そだて不全は複雑に絡み合いま

\*<sup>1</sup> 浜松医科大学 児童青年期精神医学講座



す。発達凸凹は子そだて不全の高リスクを産み、その一方で、子そだて不全の結果、発達障害に非常に類似した臨床像がもたらされます。さらに両方が掛け算になっている場合も珍しくありません。珍しく無いどころか、こじれた症例においては、しばしば発達凸凹と子そだて不全の両方が認められるのです。

## 2. 子ども虐待と発達障害

表1をご覧ください。あいち小児保健医療総合センター（以下あいち小児センター）の子ども虐待専門外来に受診をした被虐待児1,036名の精神医学的診断です。

上から3つまでは発達障害であり、その合計は53%と過半数を超えるのです。反応性愛着障害からPTSDまでは子ども虐待の後遺症です。そして、反抗挑戦症障がいと行為障害は非行系の問題です。つまり子ども虐待への対応には、発達障害への対応と、虐待の後遺症への治療と、非行への対処が必要になるのです。

先に述べたように、虐待の結果生じる反応性愛着障害は発達障害との区別が非常に困難な臨床像を呈する場合があります。実際の症例ではニワトリタマゴが判然としない場合が少なくありません。

しかしながら筆者は、多数の症例を診る内に異なった視点で見ようになりました。それは1人の子どもが沢山の診断カテゴリーを満たすという事実です。精神科疾患は車の故障に喩えればいわば部分の故障です。ところが子ども虐待の場合は、人間の基礎に当たる愛着の形成の部分に既に

表1 子ども虐待に認められた依存症 (N=1036)

併存症	合計	%
広汎性発達障害	300	29.0
注意欠陥多動性障害	162	15.6
その他の発達障害	91	8.8
反応性愛着障害	438	42.3
難解性障害	512	49.4
PTSD	339	32.7
反抗挑戦性障害	202	19.5
行為障害	279	26.9

障害を来してきます。これはいわば車が水没した様なもので、あちらこちらに故障が多発的に生じてくるのです。しかも時間的な推移があります。

幼児期は愛着障害、学童期になると多動性行動障害、思春期には、解離性障害および／または行為障害、成人期になると多重人格や薬物依存など反社会的な人格という変化です。この現象、1人の子どもが沢山の診断基準を年齢によって渡り歩く、は正式には異型連続性と言います。筆者はもう少し分かりやすい言葉がないかと思ひ、最近では出世魚現象と呼んでいます。この視点に立ったときに、発達障害も one of them と言うことが出来るかもしれません。

この様な変化が脳の器質的な機能的な変化を基盤として起きることが先に述べたように示されています。子ども虐待は脳に、一般的な発達障害など比較にならない程のダメージを引き起こすのです。この点を考えると、この変化はエビジェネティックなものと考えざるを得ません。

## 3. 愛着の重要さ

子ども虐待によってもたらされる障害の中でも、問題の中心は愛着障害にあります。愛着の形成は、言うまでもなくその後の社会性の基盤となるものです。愛着の形成が対人関係の基盤のみならず、情動コントロールの基盤、さらには社会的な行動の中核であることに注目してください。愛着行動はそもそも幼児が不安に駆られたときに愛着者の存在によってその不安をなだめる行動です。愛着行動が繰り返される中で、子どもの中に養育者は内在化され、そのイメージの想起のみで、子どもは不安を来さなくなってきました。この内在化された養育者のまなざしこそ、発達障害の有無を問わず、社会的な行動を子どもにうながす動因になるのです。このことは、子ども虐待臨床において愛着障害の児童の臨床に携わると非常に良く見えて来ます。愛着障害を抱える子どもは、頭で悪いと分かっているにもかかわらず例えば盗みなどを容易に反復させてしまいます。それは非社会的な行動を取るその瞬間に歯止めとなる、愛着者のまなざしを内に持たないからです。

さらに愛着それ自体がトラウマの防御壁になる

ことにも注意してほしいのです。われわれが辛い体験のさなかに、どうやって自ら慰めあるいは奮い立たせるのか思い出してみてください。愛着を形作る他者（人間とは限りません）の内なる記憶とまなざしによって、われわれは苦境に立ち向かうことが可能になるのです。従って、愛着未形成の子どもの場合、内側から不安をなだめる内在化された他者を欠くがため、不安をコントロールするすべを知りません。その結果、トラウマが自己の中核に直接突入する構造が作られてしまいます。それを守る手段は解離以外にありません。つまりトラウマ記憶を切り離すことで防衛を計ります。すると、今度は切り離された部分が中核になって、新たな人格が成長を始めるという病理が展開して行くのです。

発達障害症臨床において愛着の形成は重要な課題になります。この愛着形成を困難にする要因には3つあります。第1に子どもの広汎性発達障害の存在、第2に子どもの多動性行動障害の存在、第3に母親の広汎性発達障害（凸凹）の存在です。

広汎性発達障害においては、知覚過敏性などの問題に妨げられて、知的な障害がなくとも愛着の形成は遅れるのが普通です。高機能児であっても、本格的な愛着の形成は小学校年代に入ってからになります。従って、小学校年代において、きちんと子どもの甘えを両親に受け入れてもらうことがとても大事です。さらに多動性行動障害の存在は、これもまた愛着の形成に著しい悪影響を与えます。Wingの自閉症の臨床分類における孤立型とは知覚過敏性の高い群、積極奇異型とは多動を伴った群のことです。注意欠陥多動性障害においても愛着の形成の遅れが認められます。この修復は広汎性発達障害と同様小学校年代になります。

ここで問題になるのは、やはり子ども虐待です。特に高機能広汎性発達障害は子ども虐待の高リスクになるからです。その理由は、診断が遅れやすいこと、そして未診断の状況での愛着形成の遅れは、養育者側に非常に強い欲求不満を作るからです。従って、養育者には今後の見通しを伝えること、具体的には小学校年代になると非常に接

するのが楽になること、さらに小学校中学年になるとすぐく親に甘えるようになることなどを、既に幼児期においてきちんと伝えておくことが必要です。

もう1つ特殊な状況があります。われわれがはじめに「母子アスペ」という問題に気付いたのは、入院治療を必要とするこじれた症例において、これまでよく知られていた、子どもの父親も広汎性発達障害の特性を持つ人というパターンではなく、母親の方に広汎性発達障害のパターンを持つ人が少なからず認められたことからでした。ちなみにこの母子例の母親において、精神科未受診者はほとんど存在せず、実に様々な診断を受けていましたが、発達障害診断を既に受けていた者は皆無でした。

ひとたびこの視点が与えられると、そのような症例が非常に多いことに気付かざるを得ませんでした。どうやら高機能広汎性発達障害（凸凹）の成人が惹かれ結婚をする可能性が高いペアは二つあって、一つは高機能広汎性発達障害同士、もう一つは高機能広汎性発達障害と元被虐待児という組み合わせなのではないかと思われれます。前者は認知特性の類似から、後者はおそらく人との距離に苦しむ元被虐待児である成人において、対人距離が遠い高機能広汎性発達障害（凸凹）者のパートナーを選ばせるのではないのでしょうか。従って両親共にという場合も決して少なくないのです。

われわれの臨床経験では母子アスペ群において実に8割までに子ども虐待が認められました。さらに虐待まで行かなくとも学校と対立してしまうなど子どもの為に環境を整えるといった配慮が出来ないために起きるトラブルを抱えている場合が少なくありませんでした。この様な場合の解決方法は、母子共にカルテを作り、並行治療を行うことでした。

#### 4. 発達障害とトラウマ体験

発達障害の一般的な経過は、発達や社会性が徐々に向上して行く過程です。ところがここに子育てで不全や集団教育におけるいじめといった迫害体験が加わると、俄に不良な経過を辿るようになってきます。いじめの影響も軽いものではありません。

ません。われわれは、入院治療を要する不適応を繰り返していた高機能広汎性発達障害の症例において、過去の迫害体験のトラウマに焦点を当てた治療を行った後に、はじめて治療的な進展が得られたという経験を何度もしました。

翻って特に広汎性発達障害をトラウマという視点から見ると、広汎性発達障害は、そもそもトラウマを引き起こしやすいさまざまな要因を抱えることに気がきます。高機能自閉症者の回想や自伝では、しばしば幼児期の脅威的世界が語られることが多いのです。とくに高い知覚過敏性を抱える場合には、まさにトラウマの塊りのような状況になってしまうのです。本質の解明がいまだに不十分である知覚過敏性は、その基盤として扁桃体など情動に関する情報の調律器官の機能不全が背後にあるのでしょうか。ところが自閉症独自の記憶の障害であるタイムスリップ現象がここに介在します。つまり過敏性に絡む怖い体験に関連した記憶事象によって、過去の不快体験の記憶の鍵が開き、フラッシュバックが生じて来ます。つまり知覚過敏性は、徐々に生理的な問題から、状況を引き金とした心理的な問題へ展開するのです。この知覚過敏という生理学的な不安定性によって、一般の健常者ではそれほど脅威的でない事象においても、しばしばトラウマと同等の脅威性が生じることとなります。さらに彼らの独自の認知構造は、全体の把握が困難で、部分にとらわれやすい特徴をもっています。その結果、見通しの障害が生じ、不意打ち体験や秩序の混乱が容易に引き起こされてしまいます。また先に述べた愛着形成の遅れは、それ自体がトラウマからの防御壁の欠如をもたらすのです。

筆者はトラウマ処理の技法が、比較的広範な発達障害の症例に有効に働くことに気がきました。この視点は、これまで十分な対応が出来なかった問題、例えば強度行動障害などへの新たな治療的アプローチをもたらすものになる可能性があります。

## 5. 精神科疾患と発達障害

これまで臨床心理学も精神医学も、患者の発達歴を丹念に辿るという習慣を持ちませんでした。

その以前にそもそも発達障害の臨床経験とその観点が欠落していたのです。ところが、ごく最近になって、様々な成人精神科臨床から、発達障害を基盤とした診断および治療の見直しの提言が相次ぐようになってきました。その1つが衣笠による重ね着症候群です。衣笠がここでいう広汎性発達障害の中には、重ね着症候群の定義における未診断ということからも、明らかに凸凹レベルのものが含まれています。

未診断の発達障害に対する誤診あるいは見落としの問題は、非常に広範な論議になって来ます。特に多い併存症は気分障害(うつ病)です。広汎性発達障害の近親者には非広汎性発達障害である成人でも非常にうつ病が多いことが知られています。これは気分障害と広汎性発達障害とが内的な関連があることを示すものであり、その内的関連とは、セロトニン系の脆弱性と考えられます。

問題は双極性障害です。広汎性発達障害に見られる気分障害において、双極性障害が少なからず認められることは、Munesueらによって指摘されて来ました。筆者の経験でも、双極性障害は少なからず認められます。そして双極性障害を呈した高機能広汎性発達障害症例において、注目すべきは子ども虐待の既往が高頻度に存在することです。

つまり元々の発達障害に虐待が加わった時に、双極性障害が生じやすいのではないかと考えられるのです。高機能広汎性発達障害(凸凹)に認められる双極性障害は、一般的な双極性障害に比べ、気分調整剤の服用だけで容易に気分の上下がコントロール出来ないことが多く、厳密には双極性障害と別の病因を持つグループであるかもしれません。

この問題は、この様に非常に複雑な論議にならざるを得ません。臨床的には、いずれにせよ、従来の精神医学大系において、発達障害への考慮が欠落しており、恐らく、根本的な再検討が必要な時代に既に差し掛かっていると考えるべきではないでしょうか。

## 6. 発達障害をライフサイクルの中で捉えること

診断を下す目的は治療を汲み上げるためです。従来のカテゴリー診断学が如何に粗雑なものかということです。われわれは新しい脳科学の時代に差し掛かりつつあります。これまでの精神医学そして臨床心理学は、あたかも18世紀の内科学でした。中で何が生じているのか、分からないまま疾病分類が行われ、治療の試行がなされてきたのです。今ようやく、脳の中で何が起きているのか伺うことが可能になってきました。

ライフサイクルの中で、発達障害を捉えることとは、精神医学および臨床心理学全体を発達精神

病理学の視点から構築し直すことに他なりません。この科学が、発達障害の長期的な転帰を改善させる鍵を提供するだけでなく、全ての精神科疾患の予防の道を開くことに注目して頂きたいと思えます。理念や理論の空中楼閣を構築するのではなく、地道なエビデンスの集積が必要とされているのです。

### 参考文献

- 杉山登志郎編 (2011). 発達障害への看護アプローチ. 精神看護出版.
- 杉山登志郎 (2011). 発達障害のいま. 講談社現代新書.



## 発達障害とアタッチメント障害

杉山登志郎

発達障害の新しいパラダイムを紹介し、子ども虐待と発達障害の複雑な関係を整理した。発達障害の存在は虐待の高リスクになるが、子ども虐待による慢性のトラウマは、その後遺症として、発達障害に非常に類似した症状を引き起こす。さらに複雑性トラウマは広範な脳のダメージを生じ、発達障害症候群と言わざるを得ない臨床症候群を呈する。あいち小児保健医療総合センターを受診した1,036名の被虐待児のうち、216名(20.8%)の社会的養護を受けている児童について比較検討を行い、アタッチメント障害や解離性障害さらに行為障害などが重症であることを示した。これらの資料をふまえ、広汎性発達障害とアタッチメント障害との鑑別について検討を行った。

**Key Words** 子ども虐待, 複雑性トラウマ, 広汎性発達障害, アタッチメント障害

### 発達障害の新しいパラダイム

最近の知見の中で最も重要と考えられる所見は、多くの発達障害が多因子遺伝モデル(polygenetic)であることが明らかになったことである<sup>10, 15)</sup>。多因子遺伝モデルは、その代表が生活習慣病であり、1つの遺伝的な素因が原因結果として働くのではなく、いくつもの素因が発症に関係し、それぞれが積算するというモデルである。さらに、素因のみならず環境因も影響を与える。ただしここで言う環境因とは、epigeneticsと呼ばれる、遺伝情報がメッセンジャーRNAに転写され酵素などのタンパク質の合成が行われる際に、環境からの干渉を受けるという現象である<sup>3, 6)</sup>。例えば喫煙によるニコチンの暴露で初めてスイッチがオンになる遺伝子など、この過程で多くの状況依存的なスイッチが存在することが明らかになってきた。したがって、例えばアルコール依存症の父親による母親へのDVが常在化した環境にあるとき、ここで起きるのは母親のホルモン動態のアンバランスによってスイッチにオンが

生じるといった可能性である。現在、epigeneticsは世界的なトピックスになっていて、広範な問題に関与しているのではないかと考えられ始めている。また乳幼児期のみではなく、成年に至ってもこの現象は生じる。ただしそれほど容易に生じると考えるべきではないであろう。もし易々と遺伝子スイッチの変化が生じるようであれば、われわれは早期に多発性のガンにおかされて死に絶えてしまうからである。epigeneticsに関しては、もっと検証が必要である。

多因子遺伝モデルにおける素因は、日常的に常に生じている遺伝子の変異を含む。それらもまた、原因結果という直線的な関係ではなく、リスク因子の集積によって発症のリスクが高まる。このようなモデルが多くの要因を持つ障害において適合することは以前から知られていた。例えば知的障害は、5つの独立した素因を想定し、個々の素因が±15のIQの変動を担うと仮定して予測を立てると、家系における実測値に最も良く当てはまるのだという<sup>11)</sup>。

このモデルは多くの慢性疾患と同一である。例えば糖尿病の素因を持つものは単一ではなく、また非常に多い。だがその全てが発症するわけでは

ない。また多くの素因を持っていても、生活の工夫によって発症を抑えることは可能であるし、素因がわずかであっても暴飲暴食を繰り返せば発症に至ることは十分にあり得る。

このことを考慮してみると、近年発達障害が増えていることの謎が解ける。原因—結果という直線的なモデルではないことにあらためて注意が必要であるが、結婚年齢が後退すれば当然出産年齢が上がる。するとそれによってリスクが1つ加わる。同様に環境ホルモンの影響によってリスクが上がる。さらに、新生児の神経系のバランスに影響を与える環境的な要因、例えば刺激の絶対量の過多、逆に過少の存在があれば、それによってリスクが1つ上がる。このようなモデルを考えれば、広汎性発達障害や注意欠陥多動性障害のように、最大の要因は遺伝的素因であることがすでに明らかになっている障害においても、増加、あるいは減少が生じることに何ら不思議はない。さらにこのモデルの視点に立つ限り、極端な環境のなかで育った時、素因が非常に乏しくとも発達障害が生じるという可能性もまた、十分に起こりうる。子ども虐待における育ちはその1つである。

### 子ども虐待と発達障害

筆者は、あいち小児保健医療総合センター（以下あいち小児センター）において、医療機関を核にした子ども虐待への対応を2001年11月の開院以来実践してきた。この外来をはじめて最初に驚いたのは、そのなかに数多くの発達障害診断が可能な児童が存在したことであった。さらに驚いたのは、そのことを指摘したのはわれわれが初めてであったということである。また多人数の子ども虐待症例の診療を行うなかで、子ども虐待によって引き起こされる広範な病理に大きな衝撃を受けた。

ここで子ども虐待と発達障害の複雑な絡み合いについて、はじめに整理を行っておきたい。

第1に、発達障害の存在は虐待の高リスクになる。その一方で、第2に、子ども虐待による慢性のトラウマは、その後遺症として、発達障害に非常に類似した一連の症状を引き起こす。そして第3に、子ども虐待による複雑性トラウマは広範な

表1 あいち小児センターで診療を行った子ども虐待の症例（2001年11月～2010年10月）

虐待の種類	男性	女性	合計	%
主として身体的	323	146	469	45.2
主としてネグレクト	104	69	173	17.0
主として心理的	109	99	208	20.1
主として性的	55	124	179	17.2
代理ミュンヒハウゼン	2	5	7	0.7
合計	593	443	1036	100

脳のダメージを生じ、未治療の場合には1つの発達障害症候群と言わざるを得ない臨床症候群を呈する。筆者はこれを第4の発達障害と呼んだ<sup>7</sup>。

子ども虐待による脳のダメージがさまざまな発達上の障害を呈することについては、徐々に認められるようになってきた。さらに子ども虐待によってもたらされる脳のダメージの程度は、発達障害として知られている種々の障害において認められる脳の病理と比較したとき、質においても範囲においても、はるかに重症であることも明らかになってきた<sup>12, 13, 14</sup>。

発達障害と子ども虐待との関連について資料を提示する。開院した2001年11月から2010年10月までの9年間に、あいち小児センターを受診し診療を行った子ども虐待の症例は1,036名であった（表1）。その併存症の一覧を表2に示す。診断は基本的にDSM-IVに従っており、例えば広汎性発達障害とアタッチメント障害（反応性愛着障害）、反抗挑戦性障害と行為障害は、併存診断をしないようにしている。しかしあえて診断基準における除外診断に従わなかったものがある。それは注意欠陥多動性障害（ADHD）と解離性障害である。解離性障害の存在は、ADHDの除外診断になっているが、子ども虐待による慢性トラウマの影響があったときに、元々の基盤にADHDがあると考えられ、実際に抗多動薬が著効をした症例においてもなお、解離性障害が認められるからである。

さて因果律がどちらを向くのか不明な症例が相当数含まれるとはいえ、表2に示すように発達障害診断が可能な者は計53%と過半数を超える。アタッチメント障害と解離性障害がそれぞれ約半

表2 子ども虐待に認められた併存症 (N=1036)

併存症	合計	%
広汎性発達障害	300	29.0
注意欠陥多動性障害	162	15.6
その他の発達障害	91	8.8
反応性愛着障害(アタッチメント障害)	438	42.3
解離性障害	512	49.4
PTSD	339	32.7
反抗挑戦性障害	202	19.5
行為障害	279	26.9

数、反抗挑戦性障害と行為障害を合わせるとやはり約半数になる。この表を一読して明らかのように、併存症の合計は100%をはるかに超える。ひるがえって、これらの子どもたちの臨床的な重さがあらためて認識される。しかも年齢と併存症の関係を見ると、アタッチメント障害のように幼児期早期から認められるものと、解離性障害、行為障害のように、幼児期には少なく、学童期の後半から青年期において増加するものとが認められる<sup>7)</sup>。筆者は数百名の被虐待児の診療を続ける内に、このような一人の子どもが沢山の診断基準を満たすこと、さらに異なるカテゴリー診断を年齢に沿って移行してゆくことこそ、子ども虐待における大きな特徴であることに気付いた。ちなみに後者の現象を、発達精神病理学において異型連続性と呼ぶ<sup>2)</sup>。この視点からすれば、発達障害もまた数多くの診断カテゴリーの1つに過ぎないとも

言える。

さて筆者が衝撃を受けた今ひとつの問題は施設入所児である。第1に、他児と比較して重症であること、第2に、治療的なケアが円滑に進まないことが際立っていた。ここで社会的養護に暮らす児童について、それ以外の児童と比較を行ってみよう。

### 社会的養護に育つ子どもの臨床的特徴

あいち小児センターを受診した被虐待児の内、社会的養護を受けているものは216名(20.8%)存在した。その大半が児童養護施設に措置された児童である。現在、里親養育を受けている児童や、児童自立支援施設に暮らす児童でも、児童養護施設への措置をいずれかの時期で経ているものがほとんどで、一時保護所、乳児院、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設のいずれかの入所経験を持たない社会的養護児童は4名に過ぎなかった。4名とも親族里親など、母子施設あるいは家庭から直接里親養育に委託された児童である。この社会的養護児と、在宅児童との比較を表3に示した。ちなみに施設入所経験のない4名も社会的養護の側に加えて検討を行った。

比較を行ってみると、発達障害に関しては、広汎性発達障害が在宅児に有意に多く、一方ADHDは施設児に有意に多く、発達障害は全体として在宅児において多いことが示された。しかしそれ以外の併存症に関しては、反抗挑戦性障害

表3 在宅児と社会的養護児の比較

併存症	在宅児 (820)	%	社会的養護児 (216)	%	$\chi^2$ 値	P 値
広汎性発達障害	265	32.3	34	15.7	25.8	<.01
ADHD	115	14.0	47	21.8		
その他の発達障害	67	8.2	24	11.1		
愛着障害(アタッチメント障害)	297	36.2	140	64.8	66.3	<.01
解離性障害	347	42.3	164	75.9	76.7	<.01
PTSD	246	30.0	93	43.1	13.1	<.01
反抗挑戦性障害	151	18.4	51	23.6	29	n.s.
行為障害	173	21.1	105	48.6	65.6	<.01
性的虐待	95	11.6	83	38.4	87	<.01
加虐、性加害	53	6.5	63	29.2	88.1	<.01

において有意差が示されないこと以外は全て、社会的養護の児童において有意に多いことが示された。アタッチメント障害 64.8%は当然としても、解離性障害 75.9%、PTSD 43.1%、行為障害 48.6%という数字にはやはり驚かされる。さらに併存症ではないが、そもそも性的虐待の割合が、在宅児童 95名 (11.6%) に対し、社会的養護児童 83名 (38.4%) と社会的養護に有意に多い。そして性的加害を含む加害行動 29.2%という数字にも驚かされる。これらの所見は、子ども虐待の後遺症が、社会的養護児に極めて多く認められるということに他ならない。あいち小児センターを受診した児童はより重症な臨床サンプルであることは間違いない。だがそれにしても、この結果は、単なる量の問題と言うより質的な問題を抱えることを示すものである。

この特集の中で、他の論文においてさまざまに触れられるので、本小論では詳細に扱わないが、さまざまな研究において一貫して施設養護児童にさまざまな問題が認められてきた。それらは多動、集中困難、学力の障害、他者との協力が困難、非行行為、衝動的刺激探索行動、大人への選択的対人関係の障害などである<sup>4, 5, 16, 17, 18)</sup>。

いわゆる先進国では大舎制の児童養護施設が消滅していることを考えると、わが国における社会的養護の実態は、旧ルーマニアに勝るとも劣らない、世界に注目されてしかるべき貴重な実験に他ならない。

## 発達障害とアタッチメント

アタッチメントの形成は、言うまでもなくその後の社会性の基盤となるものである。アタッチメントの形成が対人関係の基盤のみならず、情動コントロールの基盤、さらには社会的な行動の中核である。アタッチメント行動はそもそも幼児が不安に駆られたときに養育者の存在によってその不安をなだめる行動である。やがて養育者は内在化され、そのイメージのみにて子どもは不安を来さなくなる。さらに内在化されたアタッチメント者のまなざしこそ、発達障害の有無を問わず、社会的な行動を子どもにうながす動因である。このことは、子ども虐待臨床においてアタッチメント障

害の児童の臨床に携わると非常に良く見える。彼らは頭で悪いと分かっているにもかかわらず例えば盗みなどを容易に反復させてしまう。非社会的な行動を取るその瞬間に歯止めとなる。アタッチメント者のまなざしを内に持たないからである。さらにアタッチメントそれ自体がトラウマの防御壁になることにも注意する必要がある。われわれが辛い体験のさなかに、重要なアタッチメント者の存在によって自ら慰めあるいは奮い立たせることを思い出してみるとよい。アタッチメント未形成の子どもの場合、内側から不安をなだめる内在化された他者の存在を欠くため、不安をコントロールするすべを知らない。その結果、トラウマが自己の中核に直接突入する構造が作られてしまう。それを守る手段は解離の発動以外にない。彼らはトラウマ記憶を切り離すことで防衛を計るのであるが、今度は切り離された部分の中核になって、新たな人格が成長を始めるという病理が展開してしまう。

発達障害臨床においてアタッチメントの形成は重要な課題である。子ども虐待という慢性のトラウマは当然ながらアタッチメント形成に大きな危機を引き起こす。虐待という問題を除外しても、発達障害においてアタッチメント形成を困難にする要因にはさらに3つある。第1に子どもの広汎性発達障害、第2に子どもの多動性行動障害、第3に母親の広汎性発達障害の存在である。

広汎性発達障害においては、知覚過敏性などの問題に妨げられて、知的な障害がなくともアタッチメントの形成は遅れるのが普通であり、高機能児であっても、本格的なアタッチメントの形成が小学校年代に入ってからという児童が多い<sup>9)</sup>。したがって、小学校年代においてはきちんと子どもの甘えを両親に受け入れてもらうことがとても大事な課題となる。先に述べたように、高機能広汎性発達障害は子ども虐待の高リスクになる<sup>8)</sup>。その理由は、診断が遅れやすいこと、そして未診断の状況でのアタッチメント形成の遅れは、養育者側に非常に強い欲求不満を作るからである。さらに多動性行動障害の存在は、これもまたアタッチメントの形成に著しい悪影響を与える。Wingの自閉症の臨床分類における孤立型とは知覚過敏性の高い群、積極奇異型とは多動を伴った群のこと



である。注意欠陥多動性障害においてもアタッチメントの形成の遅れが認められる。この修復は広汎性発達障害と同様小学校年代においてである。

われわれがはじめに「母子アスペ」という問題に気付いたのは、入院治療を必要とするこじれた症例において、これまでよく知られていた、子どもの父親も広汎性発達障害の特性を持つ人というパターンではなく、母親の方に広汎性発達障害のパターンを持つ人が少なからず認められたことからであった<sup>1, 8)</sup>。ちなみにこの母子例の母親において、精神科未受診者はほとんど存在せず、実にさまざまな診断を受けていたが、発達障害診断をすでに受けていた者は皆無であった。ひとたびこの視点が与えられると、そのような症例が非常に多いことに気付かざるを得なくなった。どうやら高機能広汎性発達障害の成人が惹かれ結婚をする可能性が高いペアは2つある。1つは高機能広汎性発達障害同士、もう1つは高機能広汎性発達障害と元被虐待児という組み合わせである。前者は認知特性の類似から、後者はおそらく人との距離に苦しむ元被虐待児である成人において、対人距離が遠い高機能広汎性発達障害者のパートナーを選ばせるのであろう。したがって両親ともという場合も決して少なくない。われわれの臨床経験では母子アスペ群において実に8割までに子ども虐待が認められた。さらに虐待まで行かなくとも学校と対立してしまうなど子どものために環境を整えるといった配慮ができないために起きるトラブルを抱えている場合が少なくなかった。

### 広汎性発達障害と重症の アタッチメント障害の鑑別例

さて児童養護施設に暮らす重症のアタッチメント障害を抱える児童の場合、アタッチメント障害は非常に多く、さらに多動性行動障害も多く、加害の割合の高さに見られるように、虐待的対人関係の反復が認められる場合は少なくない。われわれは1,036名の被虐待児の中で、重症のアタッチメント障害か、それとも広汎性発達障害か診断に迷った症例が32例ほど認められた。極端に激しいDVとそれに引き続く母親の重度の抑うつによって入院治療を必要とした1例を除き、そのほ

ぼ全てが社会的養護の児童であった。この鑑別は以前に指摘したように、治療を加えながらフォローアップを続けて行くと、アタッチメント障害の方は時としては劇的な改善を示すことがある<sup>7)</sup>。しかし、全ての症状がなくなるのではなく、一部は広汎性発達障害の症状を残遺させることが多い。

具体的な症例を呈示する。

### 症 例

初診時3歳男児である。生育歴としては、姉は父親からの虐待（不機嫌であった父親がまだ乳児の姉の頭を足で蹴り上げた）で4カ月にて頭蓋骨骨折を生じ、保護をされた。姉はしばらく乳児院に暮らしたが、両親が父方の祖父母と同居するという条件で、姉を家に帰した。姉も多動、衝動的である。しかも1年も経たないうちに、母親と父方祖父母とは険悪になり、別居をしてしまった。

患児は全体的遅れが認められた。妹が生まれるため児童相談所を介して姉と里親に預けられたが、要養護での一時保護である。

この2人の子どもを預かった里親が、子どもたちの激的な状況に一驚して、あいち小児センターを受診し、治療が始まった。初診時患児は、言葉の遅れが著しく、3歳で2語文がやっと出るか出ないかであり、理由は不明であるが、水を恐れトイレへ行くことを拒否し、1日中尿意を我慢し膀胱が一杯になっても泣き出すだけでトイレへ行こうとはしなかった。多動、さまざまな儀式行為や自己刺激行動が認められ、初診時には自閉症の診断基準の項目ほぼ全てが陽性であった。知的障害を伴った自閉症と診断した。

患児らの状況を見て、児童相談所は実親へ帰すことを止め、姉は施設に入所し、患児は里親の元に留まった。すると徐々に里親への依存と甘えが強くなり、やがて急速な自閉症症状の改善が進むようになった。そして1年後の4歳を過ぎた頃に、再チェックを行ってみると、自閉症の診断基準を満たさなくなっていた。その後である。年長児になると、発達の遅れは全くなく、集団行動も問題なくこなすようになった。しかし字への偏好など少し自閉症的なところがあり、小学校入学後は、

勉強が好きで成績はとても良い。またカタログ的な知識は非常に豊富であるが、対人関係は良好で、周囲の子どもたち、大人への配慮なども十分である。ちなみに、筆者はこの実親の夫婦面接をしばらく実施したが（キャンセルが続き10回ほどで中断した）、子どもへの虐待があった父親は、ブラモデルが非常に好きで、こだわりやすいところもあった。

さて、施設入所した姉である。6歳時、筆者は反応性アタッチメント障害と診断したが、10歳を過ぎて児童相談所で自閉症と診断を受けた。この姉は本当に自閉症なのだろうか。筆者の初診の印象は、多動衝動行動は目立つものの、弟よりはるかに対人関係は良好であった。

鑑別が問題になった32例を見ると、症例のように、重症のアタッチメント障害と診断が変わった例は最年長8歳までであった。9歳以後に広汎性発達障害の診断が変更になった症例が存在しない<sup>8)</sup>。このことからどうやら臨界期が存在するようである。

それにしても、わが国は、なぜ世界レベルで異なる社会的養護の形態を作ってしまったのだろう。新たな社会的養護のシステムを作り直すことは、子どもたちへの責務である。

この研究は厚生科学研究「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究（主任研究者 奥山真紀子）の分担研究として行われた。

## 文 献

- 1) 浅井朋子, 杉山登志郎, 小石誠二, ほか: 高機能広汎性発達障害の母子例への対応. 小児の精神と神経, 45; 353-362, 2005.
- 2) Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., et al.: Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2005 Nov; 46; 1200-1210, 2005.
- 3) Marcus, G.: *The Birth of the Mind*. Basic Books, Cambridge, 2004. (大隈典子訳: 心を生みだす遺伝子. 岩波書店, 東京, 2005)
- 4) Roy, P., & Rutter, M.: Institutional care: associations between inattention and early reading performance. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47; 480-487, 2006.
- 5) Roy, P., Rutter, M., & Pickles A.: Institutional care: associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 45; 866-873, 2004.
- 6) 佐々木裕之: エビジェネティックス入門. 岩波書店, 東京, 2005.
- 7) 杉山登志郎: 子ども虐待という第四の発達障害. 学研, 東京, 2007.
- 8) 杉山登志郎: 高機能広汎性発達障害と子ども虐待. *日本小児科学会雑誌*, 111; 839-846, 2007.
- 9) 杉山登志郎: Asperger 症候群の周辺. *児童青年精神医学とその近接領域*, 49; 243-258, 2008.
- 10) Sumi, S., Taniai, H., Miyachi, T., et al.: Sibling risk of pervasive developmental disorder estimated by means of an epidemiologic survey in Nagoya, Japan. *Journal of Human Genetics*, 52; 518-522, 2006.
- 11) Tanguay, P. E., & Russell, A. T.: Mental retardation. (ed.) Lewis, M.: *Child and Adolescent Psychiatry; A Comprehensive Textbook*. 508-516, Williams & Wilkins, Baltimore, 1991.
- 12) Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y. et al.: Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol. Psychiatry*, 56; 80-85, 2004.
- 13) Teicher, M. H., Tomoda, A., & Andersen, S. L.: Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment; are results from human and animal studies comparable? *Ann New York Academy of Science*, 1071; 313-323, 2006.
- 14) Tomoda, A., Navalta, C. P., Polcari, A., et al.: Childhood sexual abuse is associated with reduced gray matter volume in visual cortex of young women. *Biol. Psychiatry*, 66; 642-648, 2009.
- 15) Virkud, Y., Todd, R. D., Abbacchi, A. M., et al.: Familial aggregation of quantitative autistic traits in multiplex versus simplex autism. *Am. J. Med. Genet., part B* 150B; 328-334, 2008.
- 16) Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A., et al.: A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families; I. Social, emotional, and behavioural differences. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 39; 225-236, 1998.
- 17) Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A., et al.: A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families;

- II. Possible mediating mechanisms. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 39; 237-245, 1998.
- 18) Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., et al.: Childhood institutional care and personality disorder traits in

adulthood; findings from the British national surveys of psychiatric morbidity. *Am. J. Orthopsychiatry*, 77; 67-75, 2007.

## The Complex Relationship between Development Disorder and Attachment Disorder

Toshiro Sugiyama, M.D.

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hamamatsu University School of Medicine.

The author described the complex relationship between developmental disorder and child abuse and neglect cases under new paradigm on developmental disorder. Children with development disorder are high-risk group of child abuse, but some features extracted by child abuse are very similar features of developmental disorder. Moreover, sever abused children with complex PTSD show a type of disorder on development if they were not able to receive any treatment and care. Out of 1,036 children who visited outpatient clinic for abused children in Aichi Children's Health and Medical center, 216 were living in child institutions. The author found that children with institutional care showed more profound symptom in attachment, dissociative and conduct disorders when compared children with their homes. The author discussed differential diagnosis between attachment disorder by child abuse and pervasive developmental disorder.

**Key words** child abuse and neglect, complex PTSD, PDD, attachment disorder

Address: 1-20-1 Hnadayama, Higashi-ku, Hamamatsu, 431-3192 Japan

## 性的虐待の実態とケア

杉山登志郎<sup>1)</sup>

## はじめに：性的虐待の実態

あいち小児保健医療総合センター（以下あいち小児センター）心療科は、2001年の開院以来、子ども虐待専門外来である子育て支援外来を設け、子ども虐待の子どもとその親の治療に取り組んできた。性的虐待はわが国においても、すでにわれわれの周りに普遍的に認められる。しかし全国の児童相談所に寄せられた子ども虐待通報の中で、性的虐待はこの数年間わずか3%前後である。Goreyら（1997）はアメリカ合衆国における悉皆調査をまとめ、推定値として女性の16.8%、男性の7.9%と述べた。しかし最近になってアメリカでは、性的虐待は1994年をピークに減少傾向にあることが示された。どうやらこれは本当に減少しているようである（森田，2008）。

あいち小児センター外来の統計を示す。2001年11月の開院から2010年10月までの9年間に1,036名（男児593名，女児443名）の子ども虐待の症例をわれわれは診察した。そのうち性的虐待は180名（男児55名，女児125名；全体の17.4%）であった（表1）。この17%という数字の方が、実態を正確に反映しているのではないかと思う。

表1 あいち小児センターで診療を行った子ども虐待の症例（2001.11～2010.10）

虐待の種類	男性	女性	合計	%
主として身体的	323	145	68	45.17
主としてネグレクト	104	69	173	16.70
主として心理的	109	99	208	20.08
主として性的	55	125	180	17.37
代理ミュンヒハウゼン	2	5	7	0.68
合計	593	443	1036	100.00

表2 性的虐待の実態

女性への加害 (N = 125)	人	男性への加害 (N = 55)	人
性交	62	口腔性交	17
性器への接触	49	肛門性交	16
体を触られる	7	性器への暴行	10
性交の目撃	5	性器への接触	7
口腔性交	1	性交の目撃	3
性器を焼かれる	1	キスの強要	2

性的虐待の実態を表2に示す。女性で性器性交と性器への接触が一番多いのに対して、男性では肛門性交と口腔性交が一番多いという結果であった。女性でも少数存在するが、男性において性器への暴行というグループが認められた。加害者一覧を表3に示す。女性の場合はその周りの男性であるが、男性の場合はその周りの男女である。また兄弟も少なくないことに注意する必要がある。

Care for sexually abused children

1) 浜松医科大学児童青年期精神医学講座, Toshiro Sugiyama :  
Department of Child and Adolescent Psychiatry,  
Hamamatsu University School of Medicine