

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
内山登紀夫	特集発達障害再考— 診断閾値の臨床的意 義を問い直す—成人 期に高機能自閉症ス ペクトラム障害と診 断された自験例 10 例 の検討	精神神経学雑 誌 3	第 115 巻第 6 号	607-614	2013
内山登紀夫	発達障害 (特集 小児 科から内科へのシー ムレスな診療をめざ して)	診断と治療	vol. 101No. 12	1849-1852	2013
生島浩, 北川美 香, 安部大嗣, 山 下健太, 坂根真 理, 名取恵, 内山 登紀夫, 水藤昌 彦	発達障害のある対象 者の保護観察	更生保護学研 究	第 2 号	40-48	2013
本田環, 内山登 紀夫, 坂井聡, 堀江まゆみ	アスペルガー症候群 に対する教職員の意 識	小児の精神と 神経	第 53 巻第 2 号	125-135	2013
青木真理, 中野 明德, 渡辺隆, 生島浩, 鈴木庸 裕, 内山登紀夫	総合教育研究センタ ー「教育臨床研修講 座」2012 年度活動報 告	福島大学総合 教育研究セン ター紀要	第 15 号	107-115	2013
内山登紀夫	発達障害診断の最新 事情—DSM-5 を中心に —	児童心理, 臨時 増刊	No.978	11-17	2013
近藤直司, 遠 藤季哉	不登校・ひきこもり と発達障害	最新医学	68 巻・9 月増 刊号	176-184	2013
近藤直司	ひきこもり	日本医師会雑 誌, 生涯教育 シリーズ— 85, 神経・精 神疾患診療マ ニュアル	第 142 巻 特別号(2)	S138-139	2013

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
宮崎健祐, 近藤直司, 森野百合子ほか	児童思春期精神科に緊急入院した広汎性発達障害患者に関する臨床的検討	精神医学	55(2)	157-165	2013
榎屋二郎	発達障害と矯正医療～自閉症スペクトラムを中心に～	司法精神医学	9(1)	107-113	2013
榎屋二郎	大事件を引き起こした発達障害を有する少年の少年院での処遇の現状	児童青年精神医学とその近接領域	(投稿中)		2013
市川宏伸	発達障害の今－医学的立場から－	特別支援教育研究	N0669	7-11	2013
市川宏伸	高機能発達障害者のリワーク	精神医学	55	735-740	2013
市川宏伸	ADHDの疾患概念について－発達障害とはなにか－	最新医学	68巻	2033-2040	2013
市川宏伸	成人期ADHD診療の重要なポイント	臨床精神薬理	16	1803-1810	2013
市川宏伸	発達障害へのアプローチ(1)最近の発達障害概念	精神療法	39	935-941	2013
太田達也	福祉的支援とダイバージョン－保護観察付執行猶予・条件付起訴猶予・微罪処分－	研修	782号	3-24	2013
太田達也	累犯障がい者の刑事政策的対応に向けた新たな取り組みと課題	総合法律支援論叢	3号	47-67	2013

IV. 研究成果の刊行物・別刷

大人の発達障害と犯罪, 触法行為

安藤久美子, 岡田幸之

抄録 発達障害と犯罪, 触法行為の関係については, 一般人口と比較しても, 他害行為に至る頻度が高いといったデータはなく, むしろ, 彼らの実直で相手の言葉を信じやすい特性などが利用されて, 詐欺や強制わいせつの被害者となることも少なくない。本稿ではそうした背景を踏まえ, まずは発達障害を持つ人の被害者としての側面を冒頭に紹介した。

また, 不幸にも加害者となってしまったケースをみても, その多くは, 被害的な立場におかれたことが影響していたり, いくつかの条件が重なった結果, 触法行為に至っており, 発達障害の特性もまた, 触法行為と特異的に結びつくものではない。支援にあたってはこうした側面を正しく理解した上で, まずは出来事と障害特性の関係を丁寧に整理していくことが重要であろう。

精神科臨床サービス 14: 366-371, 2014

キーワード 発達障害, ASD, 障害特性, 犯罪, 責任能力

I. はじめに

発達障害(例えばDSM-5にいう神経発達症/障害群)は, 極めて幅広いものを含む概念である。そしてその障害特性についても, たとえ同一の診断名であっても個々のケースごとに異なった現れ方をする。それは, 障害特性自体の多様性に加えて, 本人が置かれている環境との相互作用も多分に関わっているからである。

同じ理由で, 発達障害と犯罪や触法行為との関係も複雑である。同一の診断名であっても事件に至る動機や, 障害特性が事件に結びつくまでの機序には, 個別のストーリーがある。著者らはこれ

までに一般臨床や精神鑑定事例を中心に, 障害特性と触法行為との関係について検討し, それらの整理を試みてきた。本論では, 発達障害のなかでもとくに注目されている自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害に焦点をあて, 触法行為との関係について論じることとする。

II. 自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害と触法行為

1. 被害者として

自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害(以下, ASD)をもつ人と接すると, 彼らが, 相手の言葉を文字通りに受け取っていたり, あるいは同じ言葉でも思いがけない解釈の仕方をしていたりすることに改めて驚かされることがある。たとえば, ある大学生のケースでは, 毎朝の支度が遅いため, 母親から「はやく起きなさい」と指摘

あんどうくみこ, おかだたかゆき
国立精神神経医療研究センター精神保健研究所司法精神医学研究部
〒187-8553 東京都小平市小川東町1-1-1

されており、自分でもはやく起きよう心がけていた。しかし、その後も母親から叱責されることが多く、さらには「朝起きられないのは病気かもしれないから一度病院でみてもらったほうがいい」と言われたため、はじめで精神科を受診したという。真面目な口調で真剣に語る様子からは、厳しい母親側にも何か問題があるのかもしれないと思いつつも詳しく状況を聞いていくと、たしかに彼は朝はやく起きるように心がけてはいたが、それは朝早い時刻に起床するのではなく、朝、ベッドから素早く起き上がるように努力しているということであった。また、着替えや持ち物の準備の手際が悪いため、必要以上に朝の支度に時間がかかっていることもわかった。そこで、①“朝”の準備は、前日の“夜”に済ませておいても構わないこと、②準備はあらかじめ決めておいた手順で進めること、③朝は目覚まし時計を使って早い時間に起きること、というようにやるべきことを構造化していったところ、問題は解決し、本人からも喜ばれた。しかし、こうした特性をもつ彼が日常生活のその他の場面で問題なく過ごしているとは想像しがたい。実際に、受診前には「朝もすっきり起きられますよ」と勧誘され、高額な布団をローンを組んで購入していたり、ネット上だけの“知り合い”という人物に、自分がアルバイトでためた預金額を無防備に教えてしまい「値段は高いけど、目覚めがよくなる薬を手に入れた」と言われて、高額な薬の購入を勧められていた。

このように発達障害のなかでもとくに ASD をもつ人は、実直で、相手の言葉を字義通りに捉えやすく、現実的な想像をする力が弱いといった特性などを利用して詐欺行為の被害にあったり、女性の場合には、本人も自覚のないまま、わいせつ行為の被害者となっているようなケースも少なくなく、触法行為との関係を考えると、むしろ被害者としての関わりの方が圧倒的に多いようにも思われる。

2. 加害者として

しかし一方で、その頻度は少ないながらも、

ASD をもつ人のなかにはさまざまな理由を背景に他害行為の加害者となってしまう者も存在する。そして、いったん事件が起こると、動機が不可解であることなどからマスメディアに大きく取り上げられたり、犯行態様の特殊さや、事件後に反省の様子が窺われないことなどを指摘され、ASD をもつ人は皆、冷酷で予測不能な存在であるかのような社会の誤解を招く報道がなされることもある。

残念ながら、そうした事件がきっかけとなって、発達障害や ASD という診断名が社会に広く認識されるようになったというのも事実ではあるが、ここで重要なことは、ASD のどのような特性がどのような経緯で触法行為につながってしまうかを明らかにしていくことであろう。そして、そうした情報を家族や支援者らが共有しておくことは、新たな触法行為を未然に防ぐための最良の方法であると思われる。

次項では、いくつかの例をあげながら障害と触法行為との関係を整理する。

Ⅲ. 障害と触法行為の関係を整理する

事件の動機を明らかにするにあたっては、障害と事件の関係を整理することが極めて重要な作業となる。具体的には、まず事件がおこった理由について、本人なりの言い分を十分に聴取することから始まる。もちろん、本人以外にも家族や友人、職場の同僚や支援者などできるだけ多くの関係者からくまなく情報を集めて列挙する。そしてそのなかから、本人の障害に関連していると思われる事柄、関連のない事柄に整理していくのである。こうして整理していくうえで、もっとも理解しやすい分類の軸としては、①直接の動機として関わっているか、②間接的な動機や背景として関わっているか、③犯行の手口、様式、スタイルとして関わっているか、という方法であろう。本稿においても、こうした観点で障害と触法行為の関係を3軸にわけて解説することとする。

1. 障害が直接の動機として関わっているケース

ASDにはウィングの3つ組といわれる代表的な3領域にわたる障害特性がある。すなわち、①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害である。このうち、触法行為の直接的な動機となっていることがもっともわかりやすいのは、③想像力の障害に含まれる興味・関心の偏りが関係しているケースであろう。人が何かに興味をもったり、それに高じたりすることは特別なことではない。しかし、興味の対象によっては、それ自体が犯罪につながってしまうような場合もある。たとえば、高校生のAさんは、戦闘ゲームをきっかけに武器に興味をもつようになり、インターネットを利用して、サバイバルナイフや日本刀、モデルガンなどを100点以上も収集していた。Aさんによれば、「ナイフやガンを持っていることが違法だとはしなかった。銃刀法（銃砲刀剣類所持等取締法）という法律があることを、誰かがもっと早く教えてくれていれば集めなかったのに」と述べていた。

また、興味の対象自体は犯罪に直接つながらないものであっても、「集めたい」という欲求が強くなりすぎると、極端な手段を使ってもそれを手に入れようとして触法行為につながってしまうような場合もある。大学生のBさんは真面目で評判の青年であった。あるとき、カラフルで同じフォーマットで数字や記号が並んでいるクレジットカードに強く興味をもち、はじめは自分が会員になるなどしてカードを収集していたが、次第にそれでは満足できなくなり、大学の食堂などで計画的に待ち伏せして、置き引きを繰り返すようになっていった。なお、集めたクレジットカードは不正に使用することはなく、自室に独特の整理方法でコレクションしていたという。

興味や関心への探究心の強さが誤った方向に加速してしまうことで、触法行為につながる場合もある。たとえば、高校生のCさんは爆弾に興味をもち、インターネットで得た情報を頼りに自分で爆弾を完成させてしまった。完成させてみると、今度は実際に爆発するのかどうかを実験してみた

くなり、どうせやるなら周りの人を驚かせたいと思い、混雑した量販店内で点火してばや騒ぎを起こしてしまったというケースがある。そのほかにも、化学薬品に興味をもった少年が、その薬理作用を間近で観察するため、近所の野良ネコなどを実験台として薬物投与を繰り返し、その症状の変化を観察していたというケースも知られている。もちろん、こういったケースについては想像力の障害も大きく関与しているであろう。

このようにASDをもつ人は、一旦、興味・関心が高じると、本人は意図的な悪意を持っていなかったとしても、社会的なモラルを度外視してのめり込んでしまうという特徴がある。その結果、自分の行動が反社会的な方向に進んでいることに気づいたとしても、すでにその時点では自らの欲求を制止できない状態となっており、周囲からの介入も非常に困難になってしまう¹⁾。

2. 障害が犯行の手口やスタイルとして関わっているケース

先に示したウィングの3つ組のうち、①社会性の障害については、対人関係のあり方から孤立群、受動群、積極・奇異群、形式ばった大仰な群（尊大型）の4群に分けて説明されている⁴⁾。なかでも積極・奇異型の人は、相手のニーズに関わらず自分の要求や関心事を一方的に話したり働きかけたりするため、対人面でのトラブルが生じやすく、そうした障害特性が触法行為の手口やスタイルに影響を与えているようなケースも存在する。もっともよくみられるパターンとしては、関心を抱いた異性に対して、相手の反応に関わらずしつこく交際を申し込んだり、さらには相手の自宅の住所を調べて、夜間に突然押しかけて花束を渡そうとしたために、ストーカー行為として訴えられてしまったといったケースがある。さらには、すてきな女性と交際したいと思い、アダルトビデオでみたセリフやシーンを真似して女性に迫ったところ、警察に通報され、強制わいせつで逮捕されてしまったというケースもある。

こうしてみると、行動化のきっかけは積

極・奇異型の特徴からはじまっているが、触法行為へと事態が進んでいく背景には、社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害というASDの3つ組の障害のいずれもが関与していることがわかる。そのため、触法行為に至る過程のどの部分でどんな問題が生じているのかをみていく必要がある。たとえば、先にあげた夜間に花束を持って自宅に押しかけるようなケースでは、当人は、相手が不快な思いをするかもしれないといった考えには到底及ばず、むしろ喜ばれると思って行動していたということもまれではない。そのため、警察に逮捕された後も、逮捕された理由がわからずに黙り込んでしまったり、逆に自分の方が、言われのないことで訴えられた被害者であるかのような主張をしたりすることもある。その結果、反省の色がないと受け取られてますます厳しい取り調べとなってしまうったり、事態に混乱して暴力行為に至ってしまうようなケースもあった。

とくに、異性との対人トラブルの場合には、個人的な感情の問題も複雑に関わってくるため、一方的に本人の思考や行動を否定してしまうと深く自尊心を傷つけてしまうこともあり、なかなか思考や行動を修正しにくいといった難しさがある。したがって、介入にあたっては、まずは本人の感情を整理したうえで、次に、相手はその時にどのように感じていたのかといった話や、どんな行動が相手に恐怖感を抱かせることになったのかといった話を、本人の理解度に合わせて丁寧に説明していくといった作業も必要となってくる。

3. 間接的な動機や背景としてかかわっているケース

障害特性が間接的に触法行為の動機や背景に関わっているパターンとしては、②コミュニケーションの障害が影響していることが多い。コミュニケーションの障害とは、具体的には何でも字義通りに捉えたり、ユーモアやメタファの理解が不得手といった特性などをさす。そして、そうした特性のために周囲の状況を正しく認識できなかったり、相手の言葉や意図を誤って受け取って被害的に解釈してしまったりした結果、誤解に基づいて

一方的に敵意を抱き、攻撃的な行動に至るようなケースが典型といえる²⁾。

会社員のCさんは、職場でのプレゼンテーションの際に上司から「方向性をもう一度検討した方がいい」と言われたことを、会社を辞めたほうがいいと宣告されたと誤解して、落ち込んで一人で考えているうちに、いくら上司でも大勢の前でそのようなことを言うのは失礼だという怒りが募り、会社で上司を中傷する内容のビラを配った。ほかにも、当時中学生だったDさんは、新学期に同級生から肩をたたかれたエピソードを「暴力を伴ういじめ」と捉え（ただし、これは感覚過敏により本人にとってはとても痛く感じられた可能性や、突然、叩かれたことへの驚愕から不快感が増強された可能性もあるが）、何年にもわたってネット上で罵倒した末、仕返しとして小動物の遺体を送りつけようとして準備していたというケースもある¹⁾。

また、彼らには一旦思い込むと修正されにくいという特性がある。そのため、当初は単純な勘違いからはじまったことであっても、次第に思い込みを強くして妄想といってもよいレベルにまで思い込みを発展させてしまうこともある。さらには、実行機能に障害があるために³⁾、問題に直面しても現実に即した解決方法を見出せず、自暴自棄になって極端な考えに至ったり、「やるか、やられるか」といった二者択一の選択肢で結論を出そうとする。それゆえ、いざ行動化する段階にまで追い詰められると、自殺や反社会的行動といった極端なかたちで表出される可能性も高いため、ケースによっては早期の介入が必要となってくる。

ASDにはウイングの3つ組以外にも、感覚過敏の問題や、運動機能の障害、パニックなどの情動のコントロールの問題など、DSMなどの診断基準には明記されていないさまざまな障害特性がある。こうした特性のいずれも直接的に触法行為に結びつくものではないが、たとえば、感覚過敏の症状により、突然後ろから大きな声で話しかけられるなどすると驚愕して、容易にパニック状態に陥りやすく、混乱して咄嗟に暴力的な行動に出

てしまうようなこともある¹⁾。あるケースでは、スーパーでお気に入りの商品が並んでいる陳列棚の周りを何度も行ったり来たりしていたため、不審な行動と判断され警察に通報されてしまった。駆けつけた2人の警察官は本人から事情を聞くとして、Eさんの腕を突然つかんだため、驚いたEさんは棚の商品を投げつけたり、腕を振り回して大暴れし、結果的には警察官に怪我を負わせてしまい公務執行妨害で逮捕されそうになった。

このように障害特性が関連して偶発的に第三者の致傷を招くというパターンも報告されている。こうしたタイプの他害行為については、相手に対する悪意や攻撃性は認められず、あくまでも自己防御的な意味合いが大きいという点が特徴である。

IV. 触法行為を回避する

ここまで ASD の障害特性がどのようなかたちで触法行為に結びつくのかについて、事件との関係性に着目した3つの軸を基準に概観したが、最後にそうした不適切なつながりを回避するための介入方法についても触れておく。

先に ASD による犯罪では、動機が不可解であることや犯行の様相が特殊であることなどからマスメディアにも注目されやすく、ときに ASD をもつ人は冷酷で、予測不能な存在であるかのような社会の誤解を招く報道がなされることがあると述べた。しかし、精神鑑定などを通して実際に彼らの話を聞いてみると、ほとんどのケースは本人なりの非常に論理的な動機に基づいて行動している。そして、決して突発的、あるいは衝動的な攻撃行動でもなく、事件よりもかなり前の段階から周囲にヘルプサインを発信していたことがわかる。なかには抑うつや不安、あるいは引きこもりなどの様々な主訴で医療機関に受診していたにもかかわらず、ASD の診断が見逃され、適切な介入がなされなかったために事件に至ってしまったケースもあった。こうしたケースについては、彼らのヘルプサインにもっと早い段階で周囲が気づいていれば、深刻な事態に至ることを未然に防ぐこと

も十分に可能であったと考える。

ただし、彼らはそもそも自分の悩みを他人に相談すること自体が非常に苦手であるし、たとえ相談の場を持てたとしても、物事の要点をうまく説明することも不得手である。加えて、思春期以降にいじめなどを受けた経験があるケースでは、対人不信感が強く孤立しがちであるかもしれない。したがって、そうしたケースの場合には、たとえばインターネットなどを活用して、直接来訪しなくても、日常生活場面で直面する素朴な疑問やちょっとした困りごとを相談できるような機会を設定したりすることが有効であると思われる。また、身近に支援者がいる場合には、日頃から彼らの現在の“マイブーム”が何であるのかについてよく観察しておくことは、関心がエスカレートして二次的に事件につながるような事態を防止するうえで役立つであろう。こうして学校、職場、医療機関、家庭などが連携し、多方面から彼らのヘルプサインを見逃さないためのセーフティネットを構築すること、そして常にお互いの情報を共有できるような支援体制を整えておくことは、触法行為へのつながりを回避するためには最も有効な手段であると思われる。

V. おわりに：責任能力を考えない

これまでに述べてきたように、ASD をもつ人による触法行為、とくに暴力的な行動には、様々な偶然や個別の障害特性が重なり、事件に発展している。そのなかには ASD の特性が直接に関与しているものもあれば、障害特性は間接的な関与にとどまり、頑固で怒りっぽいといった気質的要因の影響のほうがより大きく関係しているようにみえるケースもある。近年、発達障害をもつ人による事件が発生すると、障害と事件との関係を医学的に明らかにするため、医療者が法廷に呼ばれて説明を求められるような場面が増えてきた。しかし、それがかえって法廷を混乱させる原因となっていることがある。たしかに、障害特性と事件との関係について専門的見地から詳細に分析し、

事件に至ったメカニズムを明らかにすることは、再犯防止に有用であるというだけでなく、専門家としての重要な役割の1つでもある。

けれども、障害特性が犯行に影響していない場合はもちろん、犯行に影響している場合であっても、それは法的にいう「責任能力」にも影響しているということとは同列ではない。また、責任能力に何らかの影響があったとしても、その影響の程度が著しいとまで言えなければ心神耗弱の判断には至らない。医療者として改めて認識しておかなければならないことは、治療や支援が必要であることと、責任能力に問題があることは、別の次元であるということ、そしてなにより、それらはあくまでも法律という視点に基づく判断であることである。そうした医療者の姿勢は、結果的に法律の専門家側にも、障害についての正しい理解に

基づく適切な判断を責任をもって行う姿勢をもたらすであろう。

文 献

- 1) 安藤久美子：発達障害と司法との接点. 治療, 94 (8) : 1424-1428. 南山堂, 東京, 2012.
- 2) 岡田幸之, 安藤久美子：自閉症スペクトラム障害にみられる特徴と反社会的行動. 精神科治療学, 25 (12) : 1653-1660, 2010.
- 3) Ozonoff, S. : Executive function in autism. In : (eds.), E. Schopler & G. B. Mesibov, Learning and Cognition in, Autism. Springer, p.199-219, 1995.
- 4) Wing, L. : The Autistic Spectrum-A guide for patients and professionals. Constable and Company Limited, London, 1996. (久保絃章, 清水康夫, 佐々木正美訳：自閉症スペクトル—親と専門家のためのガイドブック. 東京書籍, 東京, p.42-47, 1998.)

特集：小児の不登校への対応 —原因からの視点— 1

自閉症スペクトラム障害

近藤直司 公家里依

金原出版株式会社

自閉症スペクトラム障害

ごんどう なおし^{*1} くげ りえ^{*2}
近藤 直司^{*1} 公家 里依^{*2}

要旨

不登校は医学的な診断ではなく、腹痛や不安などと同等の一般的な症状ないし状態像の一つであり、年齢に応じて求められる生物的-心理的-社会的な発達課題とその子どもの適応能力との間に生じる葛藤のあらわれでもある。不登校にはさまざまな病態が含まれるが、自閉症スペクトラム障害をもつ子どもたちが学校生活で不適応をきたし、不登校の初期段階において身体症状を主訴として小児科を受診することも多い。小児科医は身体疾患を除外するとともに、自閉症スペクトラム障害をもつ子どもの「生きにくさ」を理解し、支援できる存在である。

はじめに

不登校という問題の背景要因は多様であり、的確な対応を選択するためには、その背景にある病態を見立て、個々のケースに合わせた対応を検討する必要がある。背景にある病態として、不安障害や気分障害などの精神障害が把握されることも多く、近年は自閉症スペクトラム障害 (autistic spectrum disorders: ASD) を背景とするケースが少なくないことが指摘されている¹⁾。ASDを基礎にもつ子どもたちが何らかの葛藤を抱え不登校となり、相談・支援の入り口となる小児科医の前に現れることは少なくない。本稿では、おもに小児科を受診した場面を想定し、ASDを背景とした不登校のメカニズムと対応について概説する。

I 不登校の定義・概念

不登校とは、「何らかの心理的、情緒的、身体

^{*1} 大正大学人間学部臨床心理学科
〒170-8470 東京都豊島区西巣鴨 3-20-1

^{*2} 東京都立小児総合医療センター子ども家族支援部門心理・福祉科

的あるいは社会的要因や背景により、児童・生徒が登校しない、あるいはしたくともできない状況にある」状態を指す用語である²⁾。文部科学省は、「病気や経済的理由によるものを除外し、年間30日間以上学校を欠席しているもの」としているが、臨床の現場では欠席日数にかかわらず、子どもや家族が困っている場合や子どもに不利益が生じている場合には支援が必要である。不登校は医学的な診断ではなく、腹痛や不安などと同等の一般的な症状・状態像の一つである。また、年齢に応じて求められる生物的-心理的-社会的な発達課題とその子どもの適応能力との間に生じる葛藤のあらわれということもできるし、子どもたちが葛藤を抱えていることを知らせるSOSのサインでもある。

II ASDの定義・概念

ASDの原因は明らかにはなっていないが、脳の機能障害によると考えられている。ローナ・ウィングはASDの基本的な特性を、社会的相互交渉の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害から成る「三つ組」として概念化

している³⁾。

1. 社会的相互交渉の障害

他者との関わりが一方的で、同年代の相互的な友人関係を築くことの困難を認める。状況判断が苦手なためその場にふさわしい行動がとれないこと、他者の感情を読み取り共感することが苦手であることも、重要な特徴の一つである。

2. コミュニケーションの障害

会話が成立しない場合はコミュニケーションの障害は明らかである。一見、言語生活に問題がない場合でも、意思伝達の実際を慎重に評価すれば、コミュニケーションの問題を抱えていることがある。たとえば、相手の意図を汲み取ることの苦手さのために、会話は相互性を欠き一方的になりやすい、相手の言葉を字義通りにしか理解できないなどの特徴を認める。幼児期後半から反響言語や尻上がりのイントネーションなど、独特な話し方がみられることもある。

3. 想像力の障害

見通しをたてること、臨機応変な対応、学んだことを応用・一般化することの苦手さなどが特徴的である。予告なしのスケジュール変更に対して抵抗を示し、パニックやかんしゃくなどの激しい反応を示すことも多い。

4. その他の症状

感覚過敏はさまざまな生活場面において本人に苦痛を与えるが、本人が積極的に訴えない場合には見逃されやすい。洋服の襟が首周りに触れることを極端に嫌がるなどの触覚過敏、子どもの泣き声や大人の大声を極端に嫌がるなどの聴覚過敏が多い。極端な暑がりや寒がり、痛覚の過敏さや鈍感さ、臭覚、味覚、食感の過敏さのために偏食が生じることも多い。

III ASD と不登校との関連

学校とは集団で行動することや協調性が重視され、苦手なことや興味のない課題でも、ある程度の水準でこなすことが要求される場であ

る。そのように考えると、ASD の子どもたちにとって学校が「生きにくい場」になりやすいことは容易に想像される。しかし、自閉症の特性が強い場合でも環境が受容的であり、十分な支援が提供されていれば不登校に至らないこともあるし、自閉症特性が薄い場合でも、環境が受容性を欠き、十分な支援が提供されていなければ不登校が生じる危険性がある。したがって、本人の自閉症特性と環境側との相互関係・相補性という視点が必要である。

小学校低学年から不登校が生じるような場合は、聴覚過敏、興味・関心の限局、対人関係上の過敏さが原因になっていることがある。子どもがそれらの苦痛を訴えない場合でも、言語表出が難しいことや愛着の問題（助けを求めることができると思っていないこと）を想定し、周囲の大人や支援者が本人の体験を理解し、手を差し伸べようと努めることが必要である。

この他、ASD を背景とする不登校の典型例として、学業や対人関係ともに高度な課題が要求されるようになる前思春期以降に不登校を呈するケースがある。この時期は同年代の仲間集団との交流がとくに重視されるが、ASD の子どもたちは興味が限局しており、同年代の仲間集団に無関心なだけでなく、ある教科に関して「勉強する目的と意味がわからない」と拒否することがあるし、学業全般に動機付けや関心をもつことが難しく、ひいては登校する意義さえ感じられないこともある。対人関係上の過敏さが亢進し「ばかにされている」「いじめられている」と被害感を募らせて登校を渋るようになることもある。この他、授業中の私語など、他児のルール違反が我慢できないことが不登校の一因になっていることもあるし、これらのいくつかが複合的に関連していることもある。

小児科臨床においては、初期段階の不登校、とくに身体症状を呈している子どもたちに対応することが多いものと思われるので、以下、身体症状を訴える不登校ケースを提示し、不登校

のメカニズム，診察と対応の要点について述べる。症例については家族の同意を得たうえ，個人が特定されないよう若干の変更を加えてある。

症例：初診時 12 歳，男児

既往歴：特記すべき事項なし

主訴：「頭が痛い」「歩けない」

現病歴：周産期から乳幼児健診において明らかな発達上の異常を指摘されたことはなかったが，人見知りが乏しく，母親がいなくても平気であった。洋服のタグが首に触ることを極端に嫌がること，幼稚園に入園後，集団場面でしばしば場を読まない発言をすることなどに気付かれていた。中学入学後，学業面で困難を感じ始めたことに加え，同年代の集団に馴染むことができなかった。体育祭の練習が始まった 5 月頃から，朝になると頭痛，めまい，動悸，倦怠感などを訴え，ときには歩行困難のために学校を休みがちになったが，休日に症状を訴えることはなく，家族がそれを指摘すると過呼吸になることがあった。身体症状は改善せず，不登校状態が続いたため近医の小児科を受診した。身体診察上は明らかな異常を認めなかったが，症状の改善が乏しかったこと，母親の希望が強かったことから，総合病院の小児科を受診した。

経過：担当医が，今日の受診について家族からどのように説明されたのかを問うと，「なんだっけ」と答え，同席していた母親に「体の調子が悪いからでしょう」と言われると，「体の不調です」と答えた。今日の受診について事前に説明されてはいたが，自らの希望ではなく，家族の促しによる受診のようであったため，まず，今日の受診を労った。困っていることや相談したいことがあるかを問うと，「歩けなくなったり，胸がドキドキしたりするので困っています」「体の調子がよくなれば学校に行けます」と少し笑ったような表情で話した。身体症状について十分に聴取し，身体診察を行いつつ，学校や自宅での生活について質問をすると，「なんだっけ，よくわかんない」「別に普通です」といった

反応が多かったが，趣味や得意なことに関しては多介に話し，深夜まで趣味に耽ることが増えていた。家族は本人の様子をみて，「本当に身体の調子が悪いと思えない」「学校に行きたくないだけなのではないか」という思いがあり，毎日登校するよう促し，叱責していた。本人は「調子が悪いのにわかってくれない」と述べた。

理学所見・検査所見：理学所見に異常はなく，血液一般，生化学検査，胸部 X 線，心電図，頭部 CT 検査，脳波も異常は認められなかった。

その後の経過：まず検査結果に異常所見がないことを本人と母親に伝えた，ストレスと心身相関について説明し，ストレスになるようなことがないかと尋ねたが「よくわかりません」という反応であった。少しでも生活しやすいように，相談しながら対応策を考えていくことが診察の目的であることを伝え，最初の目標として，登校の前段階として生活リズムを整えることと，自宅学習に取り組んでみることを共有した。

数回の通院で少しずつ話を聞くうちに，状況の理解が不十分なまま発言し同級生から冷たく反応されたという体験や，同級生の冗談を理解できず話題についていけないこと，学校の課題に興味をもてず登校の意義を感じられないことなどが明らかになった。また本人と母親は，体育祭の練習のために予定の変更が多くなった頃から登校がづらくなったことに気付くようになった。診察では，より適応的な言動について話し合ったり，わからないことや戸惑っていること，困っていることを上手に質問するためのソーシャルスキル・トレーニングを取り入れた。また，本人の発達特性や関わり方，今後の回復過程，スモールステップの目標設定が必要であることを家族と共有し，段階的な再登校を計画した。再登校にあたっては，学校，家族，本人と話し合い，少人数で構成され，個々の発達特性に配慮した関わりが可能な通級指導教室を利用することになった。現在はときおり体調不良を訴えて欠席することがあるが，ストレスサー

と身体症状の関連を以前より自覚できるようになり、適切な対処法を身に付けつつある。

不登校に至ったメカニズム：ローナ・ウィングの「三つ組」、つまり、①状況理解の苦手さ、他者の意図を汲み取りにくいことなどの社会的相互交渉の障害、②字義通りの解釈などや困っていることを伝えられないなどのコミュニケーションの障害、③急な予定変更や臨機応変な対応の苦手さなどの想像力の障害を認めた。これら ASD の特性を背景に、中学進学後、学業面や対人面の困難から不登校に至ったと考えられた。また、自分の感情に気づくことや言語化・表出することの苦手さから、学校生活や登校することのつらさを自覚し、助けを求めることができなかつたために、めまい、動悸、倦怠感、歩行困難、過呼吸などの身体症状が生じたものと考えられた。さらに、家族から「仮病」であるかのように扱われ、一方的に登校刺激や叱責によって家族内の緊張が高まり、本人は家族に対して被害感を募らせていたことが推測された。

Ⅳ 診察の要点

1. 受診動機や受診までの経緯について聞く

筆者らは、初診の際に、今日の受診についてどのように説明されていたのかを子どもに尋ねることが多い。この質問によって本人の問題意識や受診動機を確認し、不本意な受診であれば、まずは受診してくれたことを労う。同時に、子どもに生じた問題や家族全体の懸案について両親がどのように話し合い、子どもに説明するのか、あるいは脅しや嘘などの手段を用いず、適切な方法で子どもに受診を促すといった、ある種の家族機能や問題解決能力をアセスメントすることができる。

また、身体症状や不登校のみに焦点を当てず、本人の趣味や得意なことを尋ねるようにすると、「それはすごいね」「頑張り屋だね」など、自然に肯定的な相槌が多くなる。医師は自分を

否定する存在でないこと、一方的に登校を促す存在ではないことが子どもに伝われば治療関係は一步進んだことになるし、そのほうが本来の発達・行動特性を把握しやすくなる。

2. 診察や検査によって身体疾患を除外する

小児科医を訪れる子どもたちは、症例で示したように何らかの身体症状を主訴とすることが多いものと思われるので、まずは主訴に関連する身体疾患を鑑別するために必要な検査を行い、診断を進める必要がある。丁寧に問診、診察、検査を進めることは、これまで「仮病扱い」を受けてきた子どもにとって、「自分の症状が専門家によってきちんと扱われている」と感じられる体験となり、治療関係を築く第一歩となる。身体診察や検査は小児科医にとってはごく自然で日常的な診療行為であるため、子どもとの信頼関係を築く際に大きな強みになる。

3. 診察と検査結果を伝え、心身相関に焦点づける

これまでに、「精査結果は異常なし」「精神的なもの」と説明されたことのある子どもに対しては、「精神的なもの」と言われてどのように感じているかを質問してみると、子どもの心理状態をうかがい知ることができるかもしれない。身体疾患が除外されたとしても、心因性の身体機能の低下が生じ、症状形成に至っている可能性があるし、身体的な機能障害がないとしても、本人が感じている苦痛は事実であるということを確認することも重要である。家族に心身相関や心因性疾患について説明し、理解を促すことは、「仮病」という解釈や一方的な登校刺激によって生じていた家族内の緊張を軽減させる機会になる。ただし、身体症状の存在を認めつつも、過剰に強化しないような姿勢も重要である。家族や本人が、身体疾患にこだわる場合にも検査を追及しすぎず、医学的にそれ以上の検査は不要であることを明確に伝える。

初診や初期診察の段階から、その後の診察につながるような目的と課題を共有することが必要になる。たとえば、「困っていることやうま

くいかないと感じていることを教えてもらって、どんなふうに対応すれば少しでも楽しく過ごすことができるか相談していこう」などと伝える。ストレスと心身相関のメカニズムについて子どもが理解できるように説明したうえで、身体症状の発現と直接的には関係がないと思われることまで含めて、家庭や学校におけるストレスについて想起してみるよう促す。教師や友人関係、家族関係などが話題になり始めたら相槌を打ちながら傾聴し、できるだけ自由に話してもらおう。ただし、自分の気持ちや感情に目を向け、気づき、言語化することは、ASDをもつ子どもたちにとっては簡単ではないので、オープン・クエスチョンや抽象度の高い質問に答えることが難しいと思われるときには、できるだけ具体的に言い換えてみる、あるいは図や絵などを用いた視覚的な提示など、診察場面でも発達特性に応じた働きかけを工夫したい。

4. ASD 特性と不登校のメカニズムを把握する

乳幼児期からの神経発達歴を聴取する。また、診察場面におけるコミュニケーションや行動の観察、学校で起きたトラブルの内容などから ASD の特性を把握する。ただし、初回診察では詳細な発達特性の把握に至らないことも多く、確定診断には標準化された評価尺度や知能検査所見なども必要であり、慎重な姿勢が求められる。とくに虐待や養育の不備が想定されるケースでは、愛着障害や反応性の情緒・行動障害との鑑別が不可欠である。また、診断の確定にこだわりすぎず、子どもが苦手としていることや困っていること、不登校に至った経緯や生物学的-心理的-社会的なメカニズムを把握し、解決に向けた手立てを話し合うことが優先される¹⁾。

V 治療・支援

1. 家族ガイダンス

a. 家族が試みてきた問題解決の方法を聴取
子どもが身体症状を訴えて登校できなくなっ

たときに家族は戸惑いを感じたであろうし、何らかの問題解決を試みたものと思われる。これまで家族が子どもの不登校をどのように捉え、どのような解決を試みてきたのか聴取すること、あるいは診察場面でこれらが話題になったときの家族と子どもの反応をみることによって、子どもの支えになった家族の対応、あるいは問題解決を遅らせたり、かえって問題を複雑化させてきたような対応が把握できることがある。ただし、専門職にとっては不適切と思われるような働きかけであっても頭から否定することはせず、まずはこれまでの家族の苦労を労うことを忘れないようにしたい。家族の不安が問題を複雑化させている場合には、話をしっかり聞くことで家族の不安が軽減し、それだけで子どもの症状の軽減につながることもある。また、これまでの家族の試みが裏目に出ていることが共有できれば、今後はこれまでとは違う方法を試みてみることを話し合うことができる。

b. 子どもの ASD 特性と関わり方について共有する

診察で明らかになった発達特性とその対応を共有する。急な予定変更に対応できない、指示内容が理解できないといった問題は多くの ASD ケースで共通しており、こうした場合、予定変更は早めに伝えることや具体的な指示、視覚的な提示が有効かを試してみる。段階的に登校を試みる場合は、登校する時間や日程、次の段階に進む時期などを具体的に決めることで、子どもが見通しを立てやすくなるかもしれない。

c. 回復過程と治療目標を共有する

再登校を目指す前の段階として、生活リズムの安定、穏やかに落ち着いて過ごす、自宅での学習など、家族と子どもが達成可能な目標を共有できるよう仲介する。身体症状の訴えが強い時期は、子どものつらさを受容し一定の休息時間を認めるなど、臨機応変な対応を心がけたい。

ASD の子どもたちの多くは見通しを立てることが苦手なため、子どもの自主性に期待する

だけでなく、具体的な次の目標を家族、子どもと相談しながら決めることが必要である。最初の目標は達成可能なものであることがとくに重要であり、小さな成功体験を積み上げてゆくことに留意する。たとえば、「1日に10分だけ勉強することから始めて2分ずつ増やしていくと、10日で30分も勉強できるようになる」といった計画は家族や子どもと共有しやすい。

2. 子どもへの支援

身体の調子が万全でなくても、頑張ればできそうなことに少しずつ取り組んでみることを勧め、取り組んでみたこと、取り組もうとしたことを大いに評価する。登校を試みる段階においては、学校で予測されるトラブルへの対処法を話し合う。たとえばコミュニケーションの苦手さによって適応が困難となっている場合は、診察にソーシャルスキル・トレーニングを取り入れることもあるし、困った問題に直面したときにどのように対処するか、これまでにうまく対処できた方法があれば、今後も活用できそうかどうかを具体的に話し合う。

また、とくに児童期の臨床には、トークン・エコノミー法が用いられることもある。これは、適切な反応・行動に対してトークン（代用貨幣）を報酬として与え、目的行動の生起頻度を高める行動療法の一技法であり、興味・関心の狭さが影響し、課題に取り組む意味が見出せない子どもや再登校への動機付けをもちにくい場合に活用しやすいが、トークンは年齢相応で、発達促進的なものを選択する必要がある。

3. 環境調整と情報管理

再登校や仲間集団と再会しやすい環境を整えるために担任や養護教諭などと連携し、段階的な再登校や教室以外の居場所の確保などの協力を依頼することもあるし、地域の教育センターや学校のスクールカウンセラーが仲介役を果たしてくれることもある。

この際、家族と学校が情報を共有しておくことが前提である。地方自治体ごとに法制化されている個人情報保護条例は、ネットワーク支援における情報管理においても参考になる。学校や医師が家族に了解を得ないまま相互に情報交換しようとするをしばしば日にするが、情報の伝達が可能なのは、どのような情報を、どこに伝達するのかについて本人の承諾が得られている場合に限られる（児童・思春期ケースでは、家族の同意が必須）。情報の収集も同様であり、情報は本人（家族）から収集することが原則であり、それ以外の方法で収集する場合には、本人（家族）の承諾が必要である。こうした基本原則と有効な情報交換を無理なく両立させるために必要なのは、他機関への情報提供や他機関からの情報収集が治療・支援に役立つということを、本人・家族にわかりやすく伝えることができる「説明力」であろうと思われる³⁾。

おわりに

児童・思春期精神科医療では、激しい家庭内暴力や、深刻化・複雑化した入院治療を要するような不登校ケースを多く経験するが、本稿においては、初期段階の不登校を想定し、ASDの子どもたちが不登校に至るメカニズムと外来における診察や対応の要点について述べた。

文献

- 1) 山内順子, 富田和己: 自閉症スペクトラム障害をもつ不登校児への対応. 子どもの心とからだ 2014; 22: 306-313
- 2) 日本小児心身医学会(編): 小児心身医学会ガイドライン集. 日常診療に活かす4つのガイドライン. 南江堂, 2009
- 3) ローナ・ウィング: 自閉症スペクトル. 親と専門家のためのガイドブック. 東京書籍, 1998
- 4) 近藤直司: 医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック. 明石書店, 2012
- 5) 近藤直司: 思春期精神科医療に関連する諸機関およびネットワーク支援のあり方. 精神科治療学 2011; 26: 627-632

特集 発達障害の臨床—子どもの心の診療として

IV. 関連する諸問題

PDDを背景とする思春期ひきこもりケースの臨床的特徴と支援

近藤 直 司 大正大学人間学部臨床心理学科
 うえの 蘭 あきら 礼 東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科

Essential Point

- ・ひきこもり問題の精神医学的背景は多様である。
- ・ひきこもりケースの中には、PDDを背景とするケースが少なくないことがわかっている。
- ・PDDケースにおいては思春期心性が先鋭化した形で生じやすい。
- ・外来治療で介入が困難な場合に入院治療が奏効するケースがある。
- ・ひきこもりのリスクをもつケースの早期支援に関する検討が必要である。

Key words ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン、思春期心性、入院治療、予防的早期支援

はじめに

まず、筆者らが経験した1例を呈示する。症例はプライバシーに配慮し、個人が特定できないように改変している。

初診時14歳の男子。初診時の主訴は不登校。診断は特定不能の広汎性発達障害 (DSM-IV)。両親は未婚。実父は本児を認知しておらず、行方不明。母親は知的障害のため養育が困難であった。1歳半時、3歳時の乳幼児健診は受けていない。就園後、対人交流に乏しく、ほとんど1人で過ごしていることに気づかれたが、医療や療育にはつながらず、専門的なアセスメントを受ける機会はなかった。就学後は空気を読めない言動が目立ち、「宇宙人」とよばれていた。2年生のときに受けたいじめをきっかけとして不登校となり、その後6年間にわたって自宅にひきこもっていた。近隣住民の通告によって子ども家庭支援センターと児童相談所が介入し、X年Y月に当科を初診した。

初診時の彼は肥満体型で、実年齢より幼く、不

潔な印象を受けた。担当医との面接では視線を合わせることなく、ぶっきらぼうに話す。診察には協力的であった。質問に対しては、「わからない」と返答する場面が多く、状況に不相応な言葉づかいも目立った。母親は心配している様子ではあったが、どこか他人事のような発言に終始した。

こうしたケースにどのように対応すればよいのであろうか。本稿では、広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders:PDD) を背景とする思春期のひきこもりと、その支援について述べる。

ひきこもり問題の現状

厚生労働省科が2010年に公表した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」¹⁾(以下、ガイドライン)において、ひきこもりは「様々な要因の結果として社会的参加(義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6か月以上にわたっておおむね家庭にとどまり続けている状態(他者と交わらない形での外出をしてもよい)を指す現象

概念」と定義されている。また疫学的には、2006年3月末日の住民基本台帳に基づく総世帯数のうち、ひきこもり状態にある子どもをもつ世帯は0.5%、255,510世帯という推計値が採用されている。

PDDとひきこもり

ガイドラインの作成にあたって、筆者らは5か所の精神保健福祉センター（こころの健康センター）による共同研究²⁾を実施し、本人が来談して十分な情報・所見が得られる場合には、上記の定義を満たす16～35歳までのケースのほとんどがDSM-IV-TRのいずれかの診断カテゴリーに分類されることを明らかにした。また、これらのケースを診断と治療・支援方針を含めて分類すると、約1/3は統合失調症や気分障害、不安障害などを主診断とし、精神医学的な薬物療法が必要であると判断された。その他、PDDや軽度知的障害などを主診断とし、発達の遅れや偏りをふまえた医療・福祉的な支援を必要とするものが1/3、パーソナリティの問題や神経症的な性格傾向をふまえた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心になるものが1/3という結果であった。

ひきこもり問題とPDDとの関連性は以前から指摘されてきたことである。例えば、Tantam³⁾は、風変わりな社会的に孤立しているケースとして精神科医から紹介されてきた成人例60人を検討した結果、46人がAsperger型の自閉的障害の診断基準に合致したことを報告している。またGillberg⁴⁾は、「Asperger症候群の人の5人に2人は大人になってもひきこもりがちで孤立している。（中略）自分が周囲と違っているという気づきによって社交恐怖や無力感が高まりやすいために、特に積極奇異なタイプにおいてひきこもりが生じやすい」と述べ、PDDとひきこもり・孤立との関連を指摘している。

PDDをもつ人は興味の限局や自分の興味・関心を他者と共有しようとする動機づけが弱いことな

どから、もともと孤立しやすい傾向がある。また、社交不安障害の併存が多いことも知られており、これは他者の意図や会話を理解すること、あるいは状況や文脈、暗黙のルールを汲み取ることが苦手なために、漠然とした違和感や不適應感が対人不安や被害的解釈につながりやすいことが一因であろうと思われる。

また、おもに感覚過敏のために不登校となり、その後も苦痛な刺激への対応策を見出すことができないまま社会参加を回避し続けているケース、緘黙ないしは極端な言語表現の苦手さや協調運動、緻巧性の問題など、表出系・運動系の困難によって、周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を発揮できないなどの問題が生じ、学校や職場で不適應をくり返した末、ひきこもりに至るケースなどがある。後述するように、受身的・内向的な人が生活上の困難に気づかれず、適切な支援を得られないままひきこもりに至るケースも少なくない。

思春期心性とひきこもり

一般的に、思春期（10～18歳頃）における心理的発達課題として、両親からの分離と自立、アイデンティティの確立が重視されている。思春期の心は、親、学校や仲間、そして自分自身という三者の間で微妙な均衡の上に成り立っている。学業やスポーツなど、学校生活をめぐる失敗や挫折、いじめ体験や仲間集団をめぐる挫折、親の不和や離婚、病気、死別など、家族関係をめぐる危機などによって、子どもの心は大きく揺さぶられることになる。また、子どもの不安が刺激されたときに活性化する防衛・適応の様式として、母親への退行的依存、失敗や挫折の体験に関する他罰的な合理化、自己愛の肥大が生じ、それらの心性と比例するように、失敗や挫折に対する恐れ、あるいは他者からの評価や自分に向けられる視線に対する過敏性、恥の感覚が充進し、不登校やひきこもりが長期化しやすい⁵⁾。

PDDをもつ子どもにおいては、上記のような思春期心性がさらに先鋭化した形で生じることがある。例えば、現実回避のための防衛的なメカニズムの1つとして自己愛的・万能的なファンタジーへの没入が生じる結果、他者への意識や現実検討がさらに減衰することがある。また、生来的な過敏さやこだわりの強さに、自意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状の形成に至るケースもあり、一般的な思春期心性とPDDに特有の発達特性の双方、あるいは両者の関連性に注目することが必要になる。

治療・支援について

年齢相応の社会参加に失敗すると、PDDの子どもたちは情緒的に不安定でイライラしやすくなる。また、非現実的で万能的な空想に没頭しやすくなるし、上述のように、母親との密着した enmeshed (絡み合った) な関係が形成され、特に男児の場合には心理的に退行しやすい。退行を防止し、心理的な発達を促進するためのポイントとして筆者らが重視しているのは、

- ①安全な人間関係・仲間関係を体験できる環境を整え、その子なりの社会参加を支える
- ②母子密着による2者関係優位の家族状況から(例えば父親を含めた)3者関係化をはかる
- ③家族内に健全なヒエラルキーを形成する

という3点である。多くの場合、ていねいな心理療法的アプローチや環境調整などによって外来で対応できるが、例えば、ゲームやインターネットへの依存状態、家族に向けられるイライラや暴力がエスカレートしているような状況をいったんリセットするための強力な介入方法として入院治療が選択されることもある⁶⁾。

また、社会不安障害や場面緘黙が長期化しており、外来通院を維持できないと思われる女児が入院の対象となることもある。こうしたケースでは、個室の利用から入院治療をスタートし、最初

は限られたスタッフとの関係づくり、次いで個室からホールで過ごす時間を増やし、他の患児との関係を体験すること、その後は病棟日課への参加、作業療法や院内学級への参加など、少しずつ対人関係や社会的場面の範囲を拡大し、外泊や在籍校への試験登校などを経て退院、社会参加に至ることが多い。

ここで、冒頭で呈示した症例の経過について述べる。

担当医は、本人の生物的-心理的-社会的評価、および環境調整を目的として、同日、医療保護入院とした。入院当初、彼はほぼ個室で過ごし、病棟スタッフに促されても室外での集団活動には参加しようとしなかった。また、開閉をくり返して自室のドアを壊す、他の子どもたちが見ているテレビの前に寝そべるなど、こだわりの強さや他者に配慮できないこと、独自の見通しと価値判断に基づいた一方的な言動やルールの不順守が目立ち、他児との関係構築は進まなかった。

担当医と看護スタッフは支持的・受容的なかわりを基本とし、病棟内の日常生活におけるルールを呈示したうえで、周囲から期待されるような適応的な行動を増やすことを目的とした行動療法的アプローチを導入した。徐々にルールに沿って行動できる場面が増えてきた時点で、集団精神療法への参加を促した。当初は嫌々ながら参加している様子が明らかであったが、参加できた日は受け持ち看護師と2人で外出ができるという強化子を楽しみにするようになり、徐々に自室外での活動時間が増えた。同じ時期から院内特別支援学校に転入した。当初は登校を渋る様子がみられ、学級内ではいくつかの逸脱行為も生じたが、担当医や病棟スタッフが担任らと情報や指導法を共有し、粘り強くかかわるうちに学級での活動や対人関係への適応が進んだ。特定の児と言葉を交わしながら楽しそうに登校するようになり、病棟内でも積極的な言動が増えた。

退院前には、精神保健福祉士 (PSW) を通じ

表 ひきこもりを伴う青年期PDDケースの特徴

- ① PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会尺度) の得点が有意に低い
- ② 幼児期ピーク評定では、「何でもないものをひどく怖がる」「普段通りの状況や手順が変わると混乱する」の項目に該当するケースが多い
- ③ 不安障害 (社交恐怖、強迫性障害) と気分障害の併存が多く、心理的には被害感が強い
- ④ 知能検査所見はPDDに典型的なプロフィールを示している
- ⑤ 性格は内向的・受身的 (主要5因子性格検査)
- ⑥ いじめなどの明らかなライフイベントはそれほど多くはない
- ⑦ DSM-IV-TRの診断項目のうち、[A (3) (a)] 興味の限局、[A (2) (c)] 常同的反復的言語の使用または独特な言語、を満たすケースが少ない
- ⑧ 周囲への迷惑行為のエピソードが少ない
- ⑨ 医療・相談機関の利用は家族のすすめによることが多く、教師などのすすめによるものが少ない

て、子ども家庭支援センター、児童相談所、進学予定の高校に働きかけ、医療スタッフと院内学級の担任との間で支援会議を開いた。会議では、家族機能の脆弱性から生じる様々な日常生活上の困難を共有し、包括的な支援体制について検討した。退院後は外来と思春期デイケアを利用し、特別支援学校の高等部に通学している。

ひきこもりのリスクをもつ子どもへの治療・支援について

次に、青年期・成人期においてひきこもり状態をきたしている広汎性発達障害ケースの特徴を明らかにし、児童期からの予防的早期支援のあり方について検討したい。山梨県発達障害者支援センターに本人が来談した16歳以上、IQ75以上の広汎性発達障害ケース50件のうち、調査に同意が得られた34件を「ひきこもり群」12件、「非ひきこもり群」22件に分けて比較検討した⁷⁾。ひきこもり群の特徴を要約すれば、「発達・行動症状が乏しいために、発達上の問題に気づかれにくく支援対象にもなりにくいが、日常生活において多くの困難 (わからなさ) を抱えている人たち」である (表)。また、広汎性発達障害日本自閉症協会尺度 (pervasive developmental disorders autism society Japan rating scale: PARS) の「何でもないものをひどく怖がる」という項目は、幼児期ピーク評定においてひきこもり群のほうに多い唯一の項目であったことから、将来的なひきこもりを予測させ

る重要な所見であることが示唆された。また、養育者がこの項目に対して「多少 (時々) そのようなことがあった」「そのようなことがあった」と回答したケース本人に、「子どもの頃、怖かったこと」を尋ねたところ、新奇場面、予想外の出来事、言語表出やコミュニケーションを求められるような状況、叱責などの強い刺激という4点に集約された。

こうした特性が生来的なものか、環境との相互関係において形成された側面が強いのかという議論が残されてはいるが、早期支援のあり方として、まずは苦手な刺激の少ない場の設定、具体的に理解しやすい情報提供など、外界への恐れが緩和され、安心して過ごせる環境を保証することが何より優先されることはいうまでもない。また、わからないことや苦手なことに周囲が気づき、さりげなく支援の手を差し伸べることで、子どもが周囲の支援に期待できるという体験を積み重ねることができるよう環境整備が望まれる。発達・行動症状が顕著ではないことから、養育者や担任が問題意識をもちにくい、あるいは問題意識を共有しにくいという課題もあり、養育者や関係者の共通理解をはかることも重要である。可能であれば、経験の幅を広げていけるように働きかけ、社会的活動での成功体験を通して自己効力感や社会参加の動機づけを高めていきたいが、くれぐれも急ぎ過ぎないことを心がけたい。