

子どもたちが多かれ少なかれ“傷つき”を抱えているということである。たとえば、学級崩壊の原因とみなされている子、教師からの執拗な指導によっても行動が改善せず、親からも連日のように叱責されている子、同世代集団から拒否され、苛めの対象となっている子、言いたいことがうまく伝えられずに衝動的な暴力行為に及んでしまう自分にすっかり落胆している子、などである。そんな彼らに向かって型どおりに「忘れものが多い?」と質問すれば、子どもは萎縮してしまったり、拒否的な態度を示すこともある。家族に対して被害感を募らせている場合には、家族の言葉を自分に対する批判と解釈した途端に不機嫌になって話さなくなったり、怒り出して診察室を出て行こうとすることもある。

これまで経験してきた人間関係、特に家族との関係は医師や病院に対して抱く感情、診察場面における彼らの言動に強く影響しているし、(広義の)転移は出会った瞬間から、あるいは実際に出会う以前から生じている。治療者の言葉に対して子どもが過敏に反発したり、怒り出したりするときには、すでに叱責と反発の悪循環が生じており、家庭ではもっと激しい事態が生じていることが推測できる。子どもの傷つき体験と大人に対する不信感や幻滅に対して慎重な配慮が必要である。

また、子どもが受診することについて何も聞かされていない、あるいは、単に「病院に行くよ」とだけ伝えられ、何を目的に、何科を受診するのかを聞かされていないために、こうした反応が生じている場合もある。児童・思春期精神科における一般的な初診の進め方として、冒頭で「今日、ここに来ることを、お父さんとお母さんからどんなふうに聴いてきたの?」と訊ねる方法がある。本人の動機付けを確認すること、不本意な受診の場合には、まずそのことに共感することがおもな狙いであるが、これを訊いておくことで、問題を抱えたときに家族はどのように対処するのか、問題解決のために家族同士でどのように意思疎通を図り、どの程度の協力

関係を築くことができるのかを把握する手掛かりになる。

極端な場合には、初診の前に家族から「初めに親だけで話せる時間をとってほしい」、「現在の状況を手紙で送るので事前に読んでおいてほしい」といった要請を受けることもある。こうした希望が述べられるのは、受診することについて子どもと家族の合意形成ができていない、家族と本人との関係が複雑化している、家族の問題解決能力が低く、治療者に万能的な解決を求めている、といった場合が多い。こうした場合、子どもは家族に支えられている体験に乏しく、家族との関係においても被害感や不信感を募らせている状況を想定し、さらに慎重な対応を心がける。

### ● 肯定的なフィードバックと行動観察

診察室が自分にとって安全な場所であると感じてもらうことが診断・治療の第一歩であり、そのためには彼らを肯定的に評価し、認め、受け入れることが重要である。最初に好きなことや得意なこと、興味のあることを訊ねると、「それはすごいね」、「偉いね」、「頑張り屋だね」など、自然に肯定的な相槌が多くなる。

治療者が批判的ではないこと、自分の話に真剣に耳を傾けてもらえることによって、子どもが安心感を抱くことができれば治療関係の形成が一歩進んだことになるし、同時に本来の行動特性もみえやすくなる。AD/HDの特性をもつ子どもの場合、話がまとまらない、脱線しやすい、質問とは関係ないことを喋り続ける、質問が終わるまで待てないなどの所見として捉えられる。自由度の高い質問から始めて自由に話してもらおうと、ゲーム、アニメ、漫画、アイドルなど、さまざまな内容から仲間集団との関わりの量と質、その子の気質や大まかなパーソナリティ傾向、こだわりの強さなどを把握しやすい。行動上の所見としては、回転式の椅子に座るとすぐにクルクル回り始める、じっとしてい

られない、注意が逸れやすい、バッグから物を頻繁に出し入れする、などが特徴的である。入室直後の態度、緊張の度合い、慣れるまでの時間、どのくらいで飽きてくるかなども観察のポイントになるし、子どもの行動を家族が制止・叱責する様子やそのときの子どもの反応も重要な所見である。自閉症特性を併せもつケースも少なくないので、簡単なやりとりや行動観察を通してコミュニケーションと社会性・対人関係上の特性についても併せて観察する。

子どもが同席している場面で家庭での様子を訊くときには、症状の有無に焦点を当てるよりは趣味や勉強への取り組みなど、生活の様子を自由に話してもらい、その語りの中から集中力のアンバランスや遂行機能障害などのAD/HD症状やその特性を把握する。親に叱られる場面よりは、あえて褒められたエピソードから質問することもある。これは、どうしても叱責が多くなりがちな家族へのメッセージであり、モデル提示でもある。勘のよい家族はそのことに気づき、養育に採り入れてくれる。

家族が子どもの行動や態度を手厳しく批判するときには、それらを長所としてリフレーミングすることも多い。「調子に乗りやすい」は「ムードメーカー」、「気が散りやすい」は「いろいろなことによく気が廻る」、「叱ってもすぐにケロッとしている」は「立ち直りが早い」、「何度叱っても同じことをやる」は「過去を振り返らない男」、「結果を考えない」は「瞬間瞬間を生きる女」といった感じである。いくらか冗談めかしてはいるが、こうしたリフレーミングは精神的には治療者のcontaining functionと言えなくもない。これで家族と子どもとの緊張関係が緩めば理想的である。

## ● 症状に関する聴き取りについて

厚生労働科学研究の成果として公表されている診断・治療ガイドライン<sup>2)</sup>では、AD/HD症状や併存障害などに関する詳細な質問項目からなる半構造化面接や、AD/HD-RSやConners'

Rating Scalesなどの評価尺度の利用が推奨されているが、上述したような子どもの傷つき体験や家族との関係性を考慮すると、問診の設定にも慎重な配慮を要する。症状に関する詳細な聴き取りが必要なときは、「お母さんが心配なことを相談するから、しばらく待っててね」などと伝え、子どもに席を外してもらう。

一般的な初期面接で聴取するのは、以下のよう項目である。

- ①外遊びが好きか、屋内で遊ぶのが好きか
- ②好きなことや苦手なことにどのくらいの時間集中して取り組むことができるか(パソコンやゲームは注意を引き付けるための画像処理が施されているため、除外)
- ③何かしているときに、もじもじしていたり、体の一部がいつも動いていた、貧乏ゆすりをしているようなことはあるか(例：テレビを観ているときに貧乏ゆすりをするなど)
- ④電話やドアベルが鳴ったときの反応(例：急に駆け出す、待ってと注意しても走り出すなど)
- ⑤親が他の人と話しているときに、話に割り込んでくるか
- ⑥学校の先生の質問に対して、手をあげるのを忘れて先に答えを言うてしまうようなことがあるか
- ⑦授業中の離席で注意されたことがあるか(特に小学校低学年のときに)
- ⑧道路を渡るときの飛び出しや、親が手をつないでいないと心配なことがあるか(ただし、年齢を考慮)
- ⑨幼少時より、高いところに登ったり、危ないことでも平気でしてしまったりということがあったか。その結果幼少時より怪我が絶えないということはなかったか
- ⑩公園に着いたら高いフェンスがあって、遠くに門が見えるような状況で、門まで歩いて行くタイプか、フェンスをよじ登ってしまうタイプか

- ⑪映画やテレビを観ている、長時間、席を離れずにいられるかどうか、あるいは貧乏ゆすりをしないか
- ⑫食事中にずっと座っていることができるかどうか、特に静かに座っていることが求められるレストランなどではどうか
- ⑬忘れ物やなくし物は多いか、これまでに大事な物をなくしてしまったことはないか
- ⑭うっかりミスや勘違いが多いか
- ⑮テレビの途中で何かを取りに行き、そのままテレビのことを忘れて別の遊びを始めてしまうようなことがあるか
- ⑯最初は一カ所で遊んでいるが、何かを取りに行ったまま別の遊びを始めてしまい、結果的に遊びの跡が点々と残っているようなことはないか
- ⑰2つのことを同時に頼むと、2つ目を忘れてしまうことが多いか

### ● 子どもが困っていることに焦点を当てる

確定診断以上に重要なのは、彼らがどのようなことに困っているのか、何を苦手としているのかを知り、共有することである。たとえば、「ここは、みんなの困っていることや嫌だなと思っていることを教えてもらって、それが少しでも楽になるようにどんなことができるかを一緒に考えていく場所です」と伝える。AD/HDをもつ子どもたちは、忘れ物が多いこと、片付けができないこと、友達に暴力を振るってしまうこと、ほかの対処法を見いだすことができないまま衝動的に行動し、周囲との関係を損ねてしまっていることなどを比較的率直に話してくれることが多いし、家族は子どもが困っていたこと、つらい思いをしてきたことを初めて知る機会になる。

こうした過程を経て子どもが直面している問題を共有できれば、家族を交えて具体的な対処法を一緒に考えることができる。たとえば、学校の机が片付けられず、いつも怒られると述べる子どもには、「どうすれば怒られる回数を減

らせるかを考えていこう」と伝えることから治療がスタートする。今の彼らを十分に認め、なんとかしたくてもうまくできない困惑や挫折感に共感すること、苦手なことでこれ以上の損をしない方法を一緒に探っていくための治療同盟を形成することが優先される。

AD/HD症状が顕著で子ども自身も困っている場合、すでに叱責-反抗といった悪循環が生じ始めている場合、子どもの劣等感が高まり意欲の低下が生じている場合などは、初診の段階で薬物療法を提案することもある。筆者らは、「脳には自動車のエンジンに相当する部分とブレーキ・ハンドルに相当する部分があって、この薬はブレーキとハンドルを強くするので衝突が減ると思う」、「君のエンジンは性能がよすぎて、ブレーキは追いつかないことがあるみたいだね」、「ブレーキに油を差すと効きがよくなるので、君のもっている本来の力が発揮しやすくなると思う」、「高学年や中学生になる頃には今よりブレーキが効くようになると思うので、それまでの間は薬を飲むと怒られる回数が減って、君もご家族も学校の先生も楽になるかもしれない」といった説明をすることが多い。こうした病態や薬効の説明には工夫を凝らすのが、初期面接で子どもに診断・障害名を伝えることはしない。

薬物療法の効果判定については家族を通して担任教師に依頼することもあるが、家族と学校が相互批判的な関係に陥っている場合もあるので、子どもと家族が担任を信頼しているかどうかを確認する。学校から初診の結果を報告するように強く求められている家族もいるが、診察の結果や薬物療法を始めたことなどを学校に伝えるかどうかは家族が判断するべきである。

### ● 家族へのガイダンス

家族に席を外してもらうことが例外的であることは上述のとおりである。一方、診察の後半を家族の相談・助言に充てることは多い。これまでの取り組みについて傾聴し、その努力や健

闘を労いながら、うまくいったことと不調に終わったことを確認する。育て方や親の関わり方を疾患・障害の原因とするような親因説・母源説については明確に否定する。

子どもの行動をマネジメントするための具体的な工夫については、できれば初回から具体的に話し合いたい。タイムアウトやトークンエコノミー（通称「頑張り表」）は筆者らがよく用いる方法の1つである。どのようなトークン（ご褒美）を設定するかは子どもと家族で相談して決めてもらうと和やかな雰囲気が生まれ、子どもの動機付けが高まりやすい。学校や子どもの所属するスポーツクラブなど、他の社会資源との関係性が家族にとって負担になっていないのかも確認する。いずれも家族が子どもの体験をcontainする力を高め、子どもに対する最大の支援者としての機能を回復できるように支援することが目的である。

## ● リスクマネジメント

AD/HDが児童虐待のリスクファクターになること、あるいは虐待の結果、AD/HD様の状態像を示す子どもがいることはよく知られており、家族内に虐待的な状況が生じている可能性は常に念頭に置いておく。母親に抑うつ状態が生じていることも少なくないし、極めて稀なこ

ととは言え、母親が自殺企図に至った事例を経験したこともある。態度、表情、語りなどから、家族の自我機能や対処能力を推し量ること、家族のメンタルヘルスと主たる養育者（多くは母親）に対するサポート体制が整っているかどうかを確認することも重要である。

診察場面では内省的で落ち着いた印象を受けるが、子どもと2人の場面になると激しく逆上する家族もいる。家族の不適切な対応が子どもの激しいかんしゃくや飛び降り、刃物の持ち出しなどの危険な衝動行為を誘発していることが明らかなケースもある。問題解決能力の低い家族に共感し、十分な支援を提供できるかどうかは治療者の性別や年代など、個人的な条件も少なからず影響する。家族に対して批判的な感情が湧くとき、うんざりしたような気分になるときは要注意である。危機状況を回避するうえで必要な環境づくりを怠らないために、自らの陰性感情に心を開いておくことを心がけたい。

## 文献

- 1) 狩野力八郎：動機と創造—境界例の家族療法について。家族療法研究 14：179-184, 1997
- 2) 齊藤万比古, 渡部京太編：注意欠陥/多動性障害-ADHD-の診断・評価ガイドライン。じほう, 東京, 2003

\* \* \*



## 自閉スペクトラム症とパーソナリティ障害

小野 和哉\*

**Key Words** 自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder), スキゾイドパーソナリティ障害 (schizoid personality disorder), 境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder), 自己愛性パーソナリティ障害 (narcissistic personality disorder), ハイブリッド型 (hybrid type)

抄録：自閉スペクトラム症(ASD)とパーソナリティ障害(PD)について、ASDの概念形成過程の歴史と統合失調スペクトラムとの近接性についてまず検討した。次に、ASD基盤のパーソナリティ構造の形成過程を考え、その未統合、未成熟なパーソナリティ構造からもたらされる病態の多様性を明らかにした。さらに、今まであまり議論の及んでいなかった、境界PDや自己愛PDなどとの関係に触れ、併存するPDによる症状や経過の相違について具体的症例を提示して明らかにした。PDが今日的には、ASDをその濃淡はあるとしても基底に持って形成されるものがあり、状況によりどちらかが顕在化する「ハイブリッド型」の様態をとる可能性について付言した。発達の特性に留意してPDを再評価検討する臨床姿勢がPD症例の今日的全体像を把握し、治療戦略を考えるうえで重要であることに言及した。

### はじめに

自閉スペクトラム症(Autism spectrum disorder : ASD)が、成人になって初めて診断される事例も増え、临床上その認知度は高まっており、従来の精神科診断との併存や鑑別は実臨床のテーマとして重要となっている<sup>6,7)</sup>。実際、成人期ではパーソナリティ障害(Personality disorder : PD)と誤診断される場合も、臨床症候の類似性から少なくないことをPillingらは報告している<sup>13)</sup>。

ASDとPDに関する議論は、古くてまた新しい課題を持つ興味深いテーマである。このテーマは、1つには、周知のように主にSchizoid

personality disorderやSchizotypal personality disorderなどいわゆる、Schizophrenia spectrumをめぐることであった。その歴史的起源は、自閉症概念の形成過程と関連することもしばしば指摘されてきた。古くは、Aspergerの原典<sup>4)</sup>が精神病質を念頭に置いた、「Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter」であり、彼が記述した病態を、パーソナリティの範疇で考えていたことから、PDとの近接性の高さを物語っている。またその後、Wingが概念化した自閉症スペクトラムの症候特性は、社会性やコミュニケーションの障害、想像性の障害など、症候の表現型としてはschizophrenia spectrumとの類似性は多い。Wing自身もこの点には付言

Autism spectrum disorder and personality disorder

\* ONO Kazuya 東京慈恵会医科大学精神医学講座 [〒105-0003 東京都港区西新橋3-25-8]

Presented by Medical\*Online

し、Schizoid personality disorderの中にアスペルガー症候群を位置づけることも可能としながら、その臨床上の有用性には否定的であった<sup>19)</sup>。このSchizophrenia spectrumにおける近接性とは、広い意味でASDと統合失調症との関連を問うものである。実際、Wolffらの研究ではSchizoid personality disorderと診断された32人の子どものうち24人はSchizotypal personality disorderの診断項目に合致し、そのうち2人が統合失調症を発症している<sup>20)</sup>。Barneveldらの最近の研究<sup>5)</sup>のように、ASDの成人においては、正常対照群より統合失調型症候を持つという報告など、Schizophrenia spectrumにおけるASDとの類似性、共通性を指摘するものは多い。他方で、Schizoid personality disorderとの相違を問う議論もみられる。Rogersらの研究では、ASDとSchizoid personality disorderの行動上の類似性は障害自体とは関連せず、重なって存在するにすぎないとしている<sup>14)</sup>。

臨床上の課題として、今回のDSM-5<sup>2)</sup>でも、Personality disorderの診断において症状はASDの経過中に現れたものでないことが記載されている一方、PDとASDとの併存が認められており、両者を鑑別診断することは、今もって実臨床において困難な作業である。Lugnegårdらは、自閉症スペクトラムの診断後にSCID-II施行し、パーソナリティ障害の併存を検討した結果、48%の高率でPDが併存し、その内訳は、シゾイドパーソナリティ障害(26%)以外に、強迫性パーソナリティ障害(19%)や回避性パーソナリティ障害(13%)が診断されたと報告している<sup>11)</sup>。

つまり、自閉性の問題を持つ事例では、併存する症状をPDとして評価可能な事例が存在するということではあるが、逆にPDと診断されるものには、自閉性の障害との関連を検討する必要がある。つまり現代のPDの臨床において、常に発達の見地からも症状を再評価していくことが診断および治療において重要であることを示唆しているといえよう<sup>3,6,12)</sup>。円錐が眺め

る位置から異なって見えるということに類似しているように、従来の精神医学的視点と、発達精神病理学的視点の相違と片付けることは簡単だが、ここでは、従来われわれが考えてきた、Pathological (病的変異)で、Persistent (持続性)で、Pervasive (広汎な領域での障害を持つ)であるPDとは、いったいなんなのかを改めて考えてみる機会としてASDとPDの関係を検討してみたい。

なお、本論考では知的障害のない、思春期以降のASDについての論考であることをあらかじめ明確にしておきたい。また、症例の提示にあたっては、患者の個人情報に留意し、基本情報の一部を改編し、症例の特定ができないよう最大限の配慮を行っている。

### ● 自閉スペクトラム症における パーソナリティの成熟過程

パーソナリティの成熟過程における自閉症的課題の意味については、発達精神病理学的見地からの種々の研究があるが、ここでは、Lemppの試論<sup>10)</sup>について触れてみたい。彼は、客観的で他人と共有できる現実次元を「主現実」、個人にしか通用しない主観的な現実次元を「隣接現実」とした。これによれば、統合失調症もASDもこの「主現実」と「隣接現実」の視点の切り替えが障害される点は共通と考えられる。統合失調症は、隣接現実から主現実への乗り換えを獲得しながらも隣接現実へと退行せざるをえない状態、ASDは認知機能障害によって、隣接現実にとどまらざるをえない状態と仮定されるのである。このような仮定に基づくと、自我の統合成熟過程は、自閉症者では定型発達者とは異なる可能性があるといえるだろう。つまり定型発達者では、思春期以降この2つの現実を照応しながら、主現実の世界の中で適応を見いだしていけるが、自閉症者は隣接現実の中にとどまりやすく、パーソナリティの統合成熟という過程が進行しにくいのではないだろうか。実際、自閉症者は、社会的適応を良好に保っている者で

表1 Kernbergらの境界人格構造（BPO）論

●神経症的パーソナリティ構造	Neurotic Personality Organization, NPO
○抑圧を中心とする神経症的防衛機構を用いる、現実検討は保たれる、自我は統合されている	
●境界パーソナリティ構造	Borderline Personality Organization, BPO
○分裂、投影性同一化、理想化、否認などの原始的防衛機構を用いる、現実検討は保たれるが、自我は分裂している	
●精神病的パーソナリティ構造	Psychotic Personality Organization, PPO
○原始的防衛機構が中心で、現実検討が障害され、自我が解体している	

(文献8より引用)

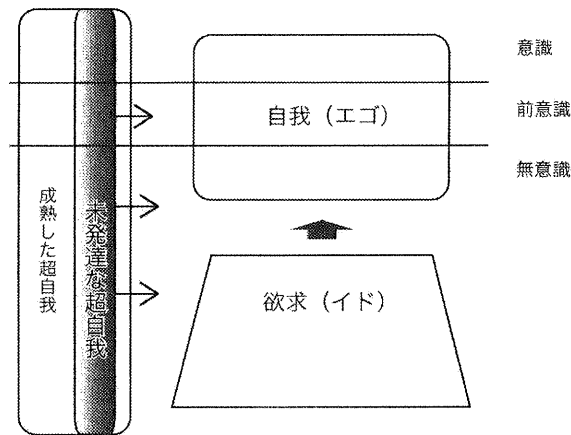


図1 フロイト（『統精神分析入門』1933より筆者が引用改変）

あっても、未成熟で情緒的体験にも深みを感じ取れないと思われることは少なくない。つまり、自閉症の認知機能課題は、パーソナリティの構造形成過程に影響を与える可能性がある。これは広汎な概念として、自閉症スペクトラムを考えると、診断閾値下のわずかな自閉症的課題もその人のパーソナリティ形成に種々の影響を与えている可能性があるということの意味している。ここに、従来のパーソナリティ障害の視座に対し、発達精神病理学が新たな精神病理学的視座を提供する可能性があるといえるだろう。

### ● パーソナリティ構造

フロイトの自我構造論から仮定してみると、超自我的なものが、前述の「主現実」に照応すると考えることもできるだろう。自閉スペクトラム症では、超自我は正常群と比べ、図1のよう

に発達途上にあつて未成熟と考えられる。このため、自我の統制は弱く、極めて主観的な世界像から行動し、またその結果からくる「主現実」側からくる反応が理解できない。これゆえに、自我の統制を図るシステムの統合成熟は、理論的には容易に進行しにくい。こだわりの強い事例では、自己の内的イメージに適合しない状況が出現すると衝動性や興奮が高まり、制御能力は著しく低下する。そこで自我の統合性の課題を関連する病態は、自閉症では重要な課題である。

ASDは、図2の3つの障害特性基盤を持つと考えられるが、3つの障害の程度により、患者の全体としての機能水準は異なる。さらに、基盤障害の多様性のもとに環境により形成される人格の構造にも差異があると考えられ、その意味で病態は種々な複合体に見える。またその見

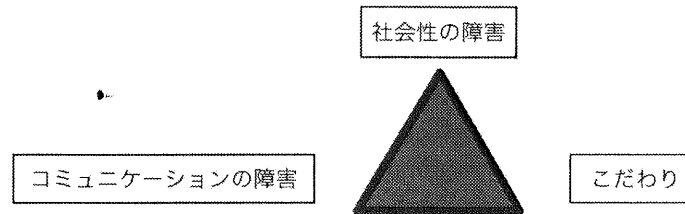


図2 自閉性スペクトラムとして基盤障害の3角構成

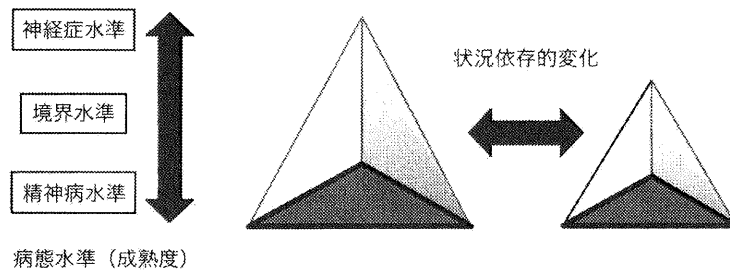


図3 自閉症スペクトラム基盤の上パーソナリティの構造の3次元視覚化

え方は、状況依存的である。形容するならば「ハイブリッド型」構造である。つまり、自閉症症候あるいは、DSM IV-TR<sup>1)</sup>におけるクラスターA群C群のPDではしばしば集団適応の場面において、その特性が明らかになるが、BPDやNPDは、2者関係のような、より近接した他者との関係が課題となる状況が生じるとその特性が明らかになりやすい。このため、障害は診る時期、診る場面により異なり、病態水準(表1)の変化によっても全体の見え方は変化する(図3)。高岡も、パーソナリティの病理は、その病理が顕在化する環境によって明確化してくるのであって、診断概念にあるような1つの傾向が一定の状態で持続している病態認識に異議を述べている<sup>12)</sup>が、ASDとPDの複合型は、まさにこの「ハイブリッド型」特性のゆえに、その病態像の理解や診断に困難さが伴うといえるのではないだろうか。

### ● パーソナリティ特性の相違

ASDとパーソナリティ障害の議論は、前述のようにDSM IV-TR<sup>1)</sup>におけるクラスターA

群、C群のPDを中心としたものであった。ここではクラスターB群の力動的視座をもって概念化された対象関係上の病理を中心とした境界性パーソナリティ障害(Borderline personality disorder: BPD)や自己愛性パーソナリティ障害(Narcissistic personality disorder: NPD)は、併存例は報告されても、その病理構造についてはあまり議論されず、実証的な研究にも乏しかった。しかしASDが広汎な自閉性の障害をスペクトラムとして内包するに従い、機能水準の差が著しく異なる広汎な事例を含むようになったこと、ADHDとASD併存が認められ、その併存率も40～80%と高値に報告されていること、さらにADHD症候とBPD症候の近接性がしばしば報告されていること<sup>3)</sup>、などから今日、ASDとクラスターB群PDの関係については議論が深められる必要が出てきていると言わざるをえないだろう<sup>12)</sup>。このような状況を受けて、最近Strunzらは、知的障害のない成人の自閉症スペクトラム症とのパーソナリティ障害とのパーソナリティ特性の相違をNeo-personality inventory-revised (NEO-PIR)とDimensional as-



assessment of personality pathology (DAPP-BQ)を用いて、DSM-IVによって診断された、ASD (59例)、BPD (80例)とNPD (62例)、および正常対象群(106例)の4群間を比較した興味深い研究を報告している<sup>16)</sup>。この結果、NEO-PIRでASDは外向性、開放性が他3群に比べ有意に低く、神経症傾向は、正常対象群より有意に高く、BPD群より有意に低かった。DAPP-BQでは抑制性や強迫性は、BPD、NPD両群に比べ有意に高く、反対に非社会性がBPD、NPD両群に比べ有意に低かった。一方、情動不安定性は、ASD群では、正常対象群に比べ有意に高くBPD群に比べ有意に低く、NPDとは有意差がなかった。なお、この研究においてASD群のDSM-IVのII軸診断は、シゾイドパーソナリティ障害が21例(36.2%)、強迫パーソナリティ障害10例(17.2%)、回避性パーソナリティ障害が1例(1.7%)であった。この自記式のデータから得られたデータにおいて、その限界はあるものの、次第にASDとそのほかのPDのパーソナリティ特性の相違が明らかになってきているように思われる。このようにASDとPDの相違を明らかにして、鑑別を厳密に行い、標的の障害に対して適切な治療を求める立場と、併存する姿を肯定し、現実の状況に合わせたプライマリーな障害への対応を求める立場があると思われる。臨床では後者が有用と考えられる。

### ● 自閉スペクトラム障害 (ASD) と境界性パーソナリティ障害 (BPD)

ここでまず、ASDとBPDの関係について考えてみたい。この両者において共通なのは、対人関係上の問題や怒りの高まりが生じやすいこと、また自傷や自殺念慮がしばしば認められることである。しかし、その背後にある理由には明確な相違がある。ASDにおいては、通常、刺激の過剰により高められた緊張を低減させる目的で自傷が行われ、一方、BPDにおいては、対人関係上の問題を処理する手段や対人関係上の問題に起因する不安や感情的苦痛を軽減する目

的で行われる。同様に、十一は、症状の背後にある精神病理からアスペルガー障害とBPDが鑑別上重要なことを指摘している<sup>18)</sup>。たとえばBPDでは、自己の病理を対人相互性が認識できていることから、対人関係の中で自己の病理を処理しようとして種々の行動化を起こすが、アスペルガー障害では、対人相互性が認識できないことから、過度に理詰めで処理しようとしたり、相手の子細な誤りを追求したり、文章を何度も送付して回答を求めたりしてしまい、結果的行動は類似してみえるということである<sup>18)</sup>。このように、症状面では類似しても、その背景の精神病理構造には明らかな相違がある。一方、ASDとBPDの2つが併存した場合のより複雑な精神病理は議論されることは今まで少なかった<sup>15)</sup>。翻って臨床症例に戻ると、事はそれほど明確ではない。ASDが広汎な病態を持つディメンションとして仮定され、PDの併存も診断基準上許容されると、それらの自我構造は未成熟なかたちであるが統合されつつある過程のさまざまな状態を示すものも含まれると考える方が自然であろう。実際ASD症例はそのASDとしての機能水準のほかに、患者の成育歴における種々の要因によって影響され、自我の成熟度は一様ではない<sup>9)</sup>。衝動制御の問題や情動制御の問題を合わせて持っていて、思春期にはBPDと診断されながら経過中にASDの特性が明らかにされるものがあり、それらにおいてはASDとしての治療的アプローチのほかにそのパーソナリティ構造の特性に留意した治療も重要と思われるものも存在する。前述のハイブリッド型では、状況によりその見え隠れする特性が入れ替わる場合もある。さらにここで鑑別診断の次元を超えて、筆者が指摘したいのは、ASDにおける境界人格構造(Borderline personality organization: BPO)の併存である。

Kernbergらの境界人格構造(BPO)論(表1)は、周知のようにBPDという診断概念とは離れた人格機能水準からみた人格構造論である<sup>9)</sup>。ASDの中には、前述のように人格の成熟

度は多様であり、時にBPOをその構造に持つと推定される事例に遭遇することがある。人格の機能水準からASDを評価することは、患者の治療上有用な視点を明らかにしてくれるのではないかと考えている。筆者の経験ではBPOを持つASD症例では対象操作性はないが、対象関係上の問題が浮上してくる時期には、解離や自傷を繰り返し慢性の空虚感を持ちBPDの診断クライテリアを満たす。こうした症例の感情体験は、状況との連続性に乏しい印象を受ける。それらは自我の統合度は低く、情緒的混乱の状況はASDを基盤としないBPDとは異なり、患者が自分の感情と状況を明確に理解できないことによる。このような事例ではWAIS-Rで、言語性IQと動作性IQの間に著明なディスクレパンシーを認めることが少なくない。対応としては、対象関係問題の整理やその処理の方法を具体的に指導することが有用である。

ここで症例を提示したい。症例は長くBPDと診断され、その後筆者が治療を引き継ぎ、ASDの併存と診断した事例である。

〔症例〕28歳、女性

主訴：気分が落ち着かない。

生活歴および現病歴：出生その後の発達に顕著な問題はなく、言語および運動機能の発達の遅れは明確ではなかった。しかし幼少期よりこだわりの強さが認められた。小学時代においてもこだわりの強さ、過度の几帳面さが目立ち、一人遊びが多かったが成績は良好で10歳児(WISC III FIQ 116, VIQ 104, PIQ 128)であった。中学に進学して2年次より対人関係のトラブルを機に自傷行為、解離症状、情動不安定が出現し、近医にてBPDの診断のもと、週に1度のカウンセリングが開始された。しかしカウンセリング後に解離症状、自傷行為が頻回化するために3カ月ほどで中止された。以後、近医で支持的精神療法と非定型抗精神病薬によりコントロールが図られたが、高校2年(16歳)から就学不能となる。その後、アルバイトを転々とするも、激しい自傷行為と解離症状が常態化し、2度措置入院になったことから28歳で現主治医が担当となっ

た。背景にみられた対人関係上の問題を整理し、精神症状が安定してからPervasive developmental disorders autism society Japan rating scale (PARS)を施行。現在評価時32点、自閉症として特性はこだわり、他者の感情や思考の類推の困難を認めた。ストレス状況が自分で十分認識できないことにより、過剰労働や過剰適応となり、解離、自傷行為が出現していた。そこで生活と就労を患者の特性に合わせて適正化と構造化を図った。その結果、初診後1年で、症状の著明な改善と安定した就労が持続するに至った。BPDとしての特性は、近接した対人関係が生じた時に、ASD特性は仕事が質的に過剰になり、患者の処理能力を超えた時だけ一時的に出現するようになった。このため弁証法的行動療法を施行し、対処スキルを具体的に指導して状況依存的な症状出現を制御することを指導し、状態の安定は2年持続している。

### ● 自閉スペクトラムと自己愛性パーソナリティ障害

ASDとNPDにおいて、行動特性の類似性、対人関係における共感性のなさの共通性が指摘されてきた<sup>10)</sup>。ASDは他者の欲求や感情自体が認識できないので共感性を表現できないが、NPDでは他者の欲求や感情自体は認識できるが、それらに関心を示さないというところに大きな相違がある。BPDと同様に背景の病理構造の相違としてみれば理解しやすいが、実際の臨床床上ではこの鑑別は必ずしも容易ではない。

自己愛の成熟は、Kohutによれば、母親など幼少期の対象の適切な応答によるところが少なくない<sup>9)</sup>。この意味で子どもの情緒的体験は、対象により受容、肯定される必要があるが、ASDにおいて、その自己の形成過程における他者との相互性は、通常の意味での情緒体験を内包するかは疑問である。また、子どもの反応を汲み取って、適切な環境を整えられる親の養育態度が重要となるが、遺伝的にみてASDの両親には、ASDの素因を持つものも少なくなく、このため適切な養育態度を示せない場合も存在す

ると思われる。それゆえに、NPDの症状を呈し、ASDを併存するような場合においては、患者のASD特性とともに、親の中に認められるかもしれないASD特性にも留意し症例全体を評価することも、ケースマネジメントを中心とした治療を進めるうえでは重要ではないかと思われる。ここでNPDの症状を呈したASD症例を提示したい。

【症例】 25歳、男性

主訴：親への怒りが抑えられない。

生活歴および現病歴：出生その後の発達に顕著な問題はなく、言語および運動機能の発達の遅れは明確ではなかった。幼少期よりやや変わった子どもと思われていた。他人と異なることに関心を持ち、一人遊びの時間も長かった。小学時代は友人が少なく、成績は中位だが、外見から女性に人気があった以外に目立ったことはなかった。中学より肉体の鍛錬に関心を持ち、運動部に熱中し、高校でも過度に没頭していた。高卒後20歳頃よりホスト的な仕事を始めたが、22歳時交際関係にあった女性との関係に親が関与して破たんしたことから親への暴力により入院となった。他院入院後の診断は、才能に関する空想、誇大性、他者への共感性のなさ、自己愛憤怒に基づく暴力行為などからNPDである。退院後に家族との関係の破たんについて自分に発達的な問題があるのではと知人に指摘され、25歳時に当院初診となる。見た目は尊大な感じである。誇大的とはいえないが、自分の能力が正しく判断評価されていないと認識しやすい。他者を利用してしまいう傾向は、女性から容姿の点で好かれてきたことに関連し、彼女らの援助の申し出には言葉どおりに受け取って利用していた。会話内容は多いが、明らかに言葉の誤用が目立つ。対人場面では自分独自の解釈があり、それに基づいて行動してしばしば周囲とトラブルになってきた様子である。施行した自閉症スペクトラム評価尺度(AQ)で35点(カットオフ32点)。症状特性からASDを基盤としたNPDと診断し、患者の言動にはKohutの自己心理学的接近の技法である、共感と波長合わせを行いながら、一方で個々の状

況への具体的対処方法を説明し、家族には発達の課題について説明し対応の理解を得るようにした。その結果、初診後1年6カ月で家族とは距離を取りながら、患者の自我理想に近い安定した就業が可能となり、怒りのコントロールは良好に維持されている。

## ● まとめに代えて

ASDとPDの関係は、相互を鑑別することに意味がある事例と、併存混在化して区別することが困難で、臨床的鑑別をする意味が少ない事例が存在すると考えられる。特に後者では発達の基盤が、前述のようにパーソナリティの成熟、統合を阻む可能性が考えられ、その意味でどこまでが発達の問題で、どこまでがパーソナリティの問題かを明らかにできない事例が存在する。これらの中には、「ハイブリッド型」と形容でき、状況によりASDやPDの特性が明確化してくるものが存在する。したがってASDの併存するPDにおいては、症例に提示したように、背後のASD的特性に合わせて環境を調整したり、その人格機能水準を評価し、PD特性にも留意した治療的接近をすることで、両者の特性があまり顕在化しなくなる場合がある。このような経験を通じて言えることは、①今日のPDの臨床においては、発達の側面からの検討が不可欠であり、学童期からの認知行動特性を詳細に評価すること、②ASDかPDかを2分論的に鑑別するより、現在のプライマリーな障害は何かを考えていくこと、③ASDにおいても人格の機能水準やそのパーソナリティ特性も合わせて評価し、PDを併存する事例では、事例のPD特性に合わせた治療も考慮すること、などが現実的な対応ではないかと思われる。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR, 4th ed. APA, Washington DC, 2000
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and

- statistical manual of mental disorders : DSM-5, 5th ed. APA, Arlington, 2013
- 3) Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T et al : The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry* 163 : 1239–1244, 2006
  - 4) Asperger DDH : Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv Für Psychiatrie Und Nervenkrankheiten* 117 : 76–136, 1944
  - 5) Barneveld PS, Pieterse J, de Sonnevile L et al : Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Schizophr Res* 126 : 231–236, 2011
  - 6) Hofvander B, Delorme R, Chaste P et al : Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 9 : 35, 2009
  - 7) Howlin P : Outcome in Adult Life for more Able Individuals with Autism or Asperger Syndrome. *Autism* 4 : 63–83, 2000
  - 8) Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HA et al : *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. Basic Books, New York, 1989
  - 9) Kohut H : *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Universities Press, New York, 1971
  - 10) Lempp R (高梨愛子, 山本 晃訳) : 自分自身をみる能力の喪失について—統合失調症と自閉症の発達心理学による説明. 星和書店, 東京, 2005
  - 11) Lugnégård T, Hallerbäck MU, Gillberg C : Personality disorders and autism spectrum disorders : What are the connections? *Compr Psychiatry* 53 : 333–340, 2012
  - 12) Ozonoff S, Garcia N, Clark E et al : MMPI-2 personality profiles of high-functioning adults with autism spectrum disorders. *Assessment* 12 : 86–95, 2005
  - 13) Pilling S, Baron-Cohen S, Megnin-Viggars O et al : Recognition, referral, diagnosis, and management of adults with autism : summary of NICE guidance. *BMJ* 344, 2012
  - 14) Rogers J, Viding E, Blair RJ : Autism spectrum disorder and psychopathy : shared cognitive underpinnings or double hit? *Psychol Med* 36 : 1789–1798, 2006
  - 15) Rydén G, Rydén E, Hetta J : Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females –A cross-sectional study. *Clin Neuropsychiatry* 5 : 22–30, 2008
  - 16) Strunz S, Dziobek I, Roepke S : Comorbid psychiatric disorders and differential diagnosis of patients with autism spectrum disorder without intellectual disability. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. J Autism Dev Disord* 64 : 206–213, 2014
  - 17) 高岡 健 : 自閉症スペクトラム障害とパーソナリティ障害. *児童精神医学とその近接領域* 54 : 463–467, 2013
  - 18) 十一元三 : 広汎性発達障害とパーソナリティ障害—発達障害の概念と基本病理からみた臨床の違い—. 石川 元編 : *発達障害とパーソナリティ障害—新たなる邂逅—*. 現代のエスプリ 527, ぎょうせい, 東京, pp21–31, 2011
  - 19) Wing L : Asperger's syndrome : a clinical account. *Psychol Med* 11 : 115–129, 1981
  - 20) Wolff S, McGuire RJ : Schizoid personality in girls : a follow-up study—What are the links with Asperger's syndrome? *J Child Psychol Psychiatry* 36 : 793–817, 1995

\* \* \*

# 自閉スペクトラム症とパーソナリティ障害

小野 和哉

「臨床精神医学」 第44巻第1号 別刷  
(2015年1月)

アークメディア



## 自閉スペクトラム症とパーソナリティ障害

小野 和哉\*

**Key Words** 自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder), スキゾイドパーソナリティ障害 (schizoid personality disorder), 境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder), 自己愛性パーソナリティ障害 (narcissistic personality disorder), ハイブリッド型 (hybrid type)

抄録：自閉スペクトラム症(ASD)とパーソナリティ障害(PD)について、ASDの概念形成過程の歴史と統合失調スペクトラムとの近接性についてまず検討した。次に、ASD基盤のパーソナリティ構造の形成過程を考え、その未統合、未成熟なパーソナリティ構造からもたらされる病態の多様性を明らかにした。さらに、今まであまり議論の及んでいなかった、境界PDや自己愛PDなどとの関係に触れ、併存するPDによる症状や経過の相違について具体的症例を提示して明らかにした。PDが今日的には、ASDをその濃淡はあるとしても基底に持って形成されるものがあり、状況によりどちらかが顕在化する「ハイブリッド型」の様態をとる可能性について付言した。発達の特性に留意してPDを再評価検討する臨床姿勢がPD症例の今日的全体像を把握し、治療戦略を考えるうえで重要であることに言及した。

### はじめに

自閉スペクトラム症(Autism spectrum disorder : ASD)が、成人になって初めて診断される事例も増え、臨床上その認知度は高まっており、従来の精神科診断との併存や鑑別は実臨床のテーマとして重要となっている<sup>6,7)</sup>。実際、成人期ではパーソナリティ障害(Personality disorder : PD)と誤診断される場合も、臨床症候の類似性から少なくないことをPillingらは報告している<sup>13)</sup>。

ASDとPDに関する議論は、古くてまた新しい課題を持つ興味深いテーマである。このテーマは、1つには、周知のように主にSchizoid

personality disorderやSchizotypal personality disorderなどいわゆる、Schizophrenia spectrumをめぐってのことであった。その歴史的起源は、自閉症概念の形成過程と関連することもしばしば指摘されてきた。古くは、Aspergerの原典<sup>4)</sup>が精神病質を念頭に置いた、「Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter」であり、彼が記述した病態を、パーソナリティの範疇で考えていたことから、PDとの近接性の高さを物語っている。またその後、Wingが概念化した自閉症スペクトラムの症候特性は、社会性やコミュニケーションの障害、想像性の障害など、症候の表現型としてはschizophrenia spectrumとの類似性は多い。Wing自身もこの点には付言

Autism spectrum disorder and personality disorder

\* ONO Kazuya 東京慈恵会医科大学精神医学講座〔〒105-0003 東京都港区西新橋3-25-8〕

し、Schizoid personality disorderの中にアスペルガー症候群を位置づけることも可能としながら、その臨床上の有用性には否定的であった<sup>19)</sup>。このSchizophrenia spectrumにおける近接性とは、広い意味でASDと統合失調症との関連を問うものである。実際、Wolffらの研究ではSchizoid personality disorderと診断された32人の子どものうち24人はSchizotypal personality disorderの診断項目に合致し、そのうち2人が統合失調症を発症している<sup>20)</sup>。Barneveldらの最近の研究<sup>5)</sup>のように、ASDの成人においては、正常対照群より統合失調型症候を持つという報告など、Schizophrenia spectrumにおけるASDとの類似性、共通性を指摘するものは多い。他方で、Schizoid personality disorderとの相違を問う議論もみられる。Rogersらの研究では、ASDとSchizoid personality disorderの行動上の類似性は障害自体とは関連せず、重なって存在するにすぎないとしている<sup>14)</sup>。

臨床上の課題として、今回のDSM-5<sup>2)</sup>でも、Personality disorderの診断において症状はASDの経過中に現れたものでないことが記載されている一方、PDとASDとの併存が認められており、両者を鑑別診断することは、今もって実臨床において困難な作業である。Lugnegårdらは、自閉症スペクトラムの診断後にSCID-II施行し、パーソナリティ障害の併存を検討した結果、48%の高率でPDが併存し、その内訳は、シゾイドパーソナリティ障害(26%)以外に、強迫性パーソナリティ障害(19%)や回避性パーソナリティ障害(13%)が診断されたと報告している<sup>11)</sup>。

つまり、自閉性の問題を持つ事例では、併存する症状をPDとして評価可能な事例が存在するということではあるが、逆にPDと診断されるものには、自閉性の障害との関連を検討する必要がある。つまり現代のPDの臨床において、常に発達の見地からも症状を再評価していくことが診断および治療において重要であることを示唆しているといえよう<sup>3,6,12)</sup>。円錐が眺め

る位置から異なって見えるということに類似しているように、従来の精神医学的視点と、発達精神病理学的視点の相違と片付けることは簡単だが、ここでは、従来われわれが考えてきた、Pathological (病的変異)で、Persistent (持続性)で、Pervasive (広汎な領域での障害を持つ)であるPDとは、いったいなんなのかを改めて考えてみる機会としてASDとPDの関係を検討してみたい。

なお、本論考では知的障害のない、思春期以降のASDについての論考であることをあらかじめ明確しておきたい。また、症例の提示にあたっては、患者の個人情報に留意し、基本情報の一部を改編し、症例の特定ができないよう最大限の配慮を行っている。

### 自閉スペクトラム症における パーソナリティの成熟過程

パーソナリティの成熟過程における自閉症的課題の意味については、発達精神病理学的見地からの種々の研究があるが、ここでは、Lemppの試論<sup>10)</sup>について触れてみたい。彼は、客観的で他人と共有できる現実次元を「主現実」、個人にしか通用しない主観的な現実次元を「隣接現実」とした。これによれば、統合失調症もASDもこの「主現実」と「隣接現実」の視点の切り替えが障害される点は共通と考えられる。統合失調症は、隣接現実から主現実への乗り換えを獲得しながらも隣接現実へと退行せざるをえない状態、ASDは認知機能障害によって、隣接現実にとどまらざるをえない状態と仮定されるのである。このような仮定に基づくと、自我の統合成熟過程は、自閉症者では定型発達者とは異なる可能性があるといえるだろう。つまり定型発達者では、思春期以降この2つの現実を照応しながら、主現実の世界の中で適応を見いだしていけるが、自閉症者は隣接現実の中にとどまりやすく、パーソナリティの統合成熟という過程が進行しにくいのではないだろうか。実際、自閉症者は、社会的適応を良好に保っている者で

表1 Kernbergらの境界人格構造（BPO）論

●神経症的パーソナリティ構造	Neurotic Personality Organization, NPO
○抑圧を中心とする神経症的防衛機構を用いる、現実検討は保たれる、自我は統合されている	
●境界パーソナリティ構造	Borderline Personality Organization, BPO
○分裂、投影性同一化、理想化、否認などの原始的防衛機構を用いる、現実検討は保たれるが、自我は分裂している	
●精神病的パーソナリティ構造	Psychotic Personality Organization, PPO
○原始的防衛機構が中心で、現実検討が障害され、自我が解体している	

(文献8より引用)

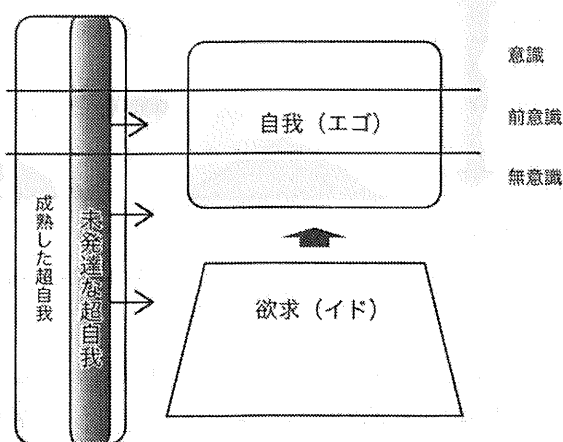


図1 フロイト（『続精神分析入門』1933より筆者が引用改変）

あっても、未成熟で情緒的体験にも深みを感じ取れないと思われることは少なくない。つまり、自閉症の認知機能課題は、パーソナリティの構造形成過程に影響を与える可能性がある。これは広汎な概念として、自閉症スペクトラムを考えると、診断閾値下のわずかな自閉症的課題もその人のパーソナリティ形成に種々の影響を与えている可能性があるということの意味している。ここに、従来のパーソナリティ障害の視座に対し、発達精神病理学が新たな精神病理学的視座を提供する可能性があるといえるだろう。

### ● パーソナリティ構造

フロイトの自我構造論から仮定してみると、超自我的なものが、前述の「主現実」に照応すると考えることもできるだろう。自閉スペクトラム症では、超自我は正常群と比べ、図1のよう

に発達途上にあつて未成熟と考えられる。このため、自我の統制は弱く、極めて主観的な世界像から行動し、またその結果からくる「主現実」側からくる反応が理解できない。これゆえに、自我の統制を図るシステムの統合成熟は、理論的には容易に進行しにくい。こだわりの強い事例では、自己の内的イメージに適合しない状況が出現すると衝動性や興奮が高まり、制御能力は著しく低下する。そこで自我の統合性の課題を関連する病態は、自閉症では重要な課題である。

ASDは、図2の3つの障害特性基盤を持つと考えられるが、3つの障害の程度により、患者の全体としての機能水準は異なる。さらに、基盤障害の多様性のもとに環境により形成される人格の構造にも差異があると考えられ、その意味で病態は種々な複合体に見える。またその見



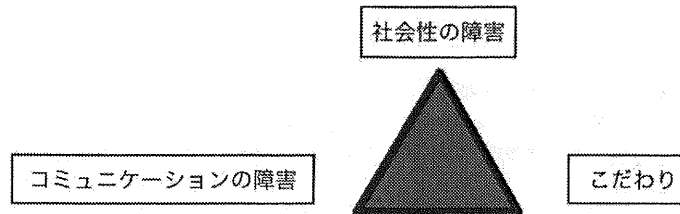


図2 自閉性スペクトラムとして基礎障害の3角構成

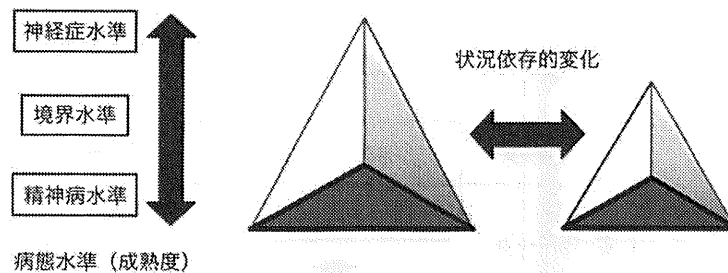


図3 自閉性スペクトラム基盤の上パーソナリティの構造の3次元視覚化

え方は、状況依存的である。形容するならば「ハイブリッド型」構造である。つまり、自閉症候候あるいは、DSM IV-TR<sup>1)</sup>におけるクラスターA群C群のPDではしばしば集団適応の場面において、その特性が明らかになるが、BPDやNPDは、2者関係のような、より近接した他者との関係が課題となる状況が生じるとその特性が明らかになりやすい。このため、障害は診る時期、診る場面により異なり、病態水準(表1)の変化によっても全体の見え方は変化する(図3)。高岡も、パーソナリティの病理は、その病理が顕在化する環境によって明確化してくるのであって、診断概念にあるような1つの傾向が一定の状態で持続している病態認識に異議を述べている<sup>17)</sup>が、ASDとPDの複合型は、まさにこの「ハイブリッド型」特性のゆえに、その病態像の理解や診断に困難さが伴うといえるのではないだろうか。

### ● パーソナリティ特性の相違

ASDとパーソナリティ障害の議論は、前述のようにDSM IV-TR<sup>1)</sup>におけるクラスターA

群、C群のPDを中心としたものであった。ここではクラスターB群の力動的視座をもって概念化された対象関係上の病理を中心とした境界性パーソナリティ障害(Borderline personality disorder: BPD)や自己愛性パーソナリティ障害(Narcissistic personality disorder: NPD)は、併存例は報告されても、その病理構造についてはあまり議論されず、実証的な研究にも乏しかった。しかしASDが広汎な自閉性の障害をスペクトラムとして内包するに従い、機能水準の差が著しく異なる広汎な事例を含むようになったこと、ADHDとASD併存が認められ、その併存率も40～80%と高値に報告されていること、さらにADHD症候とBPD症候の近接性がしばしば報告されていること<sup>18)</sup>、などから今日、ASDとクラスターB群PDの関係については議論が深められる必要が出てきていると言わざるをえないだろう<sup>12)</sup>。このような状況を受けて、最近Strunzらは、知的障害のない成人の自閉性スペクトラム症とのパーソナリティ障害とのパーソナリティ特性の相違をNeo-personality inventory-revised (NEO-PI-R)とDimensional as-

assessment of personality pathology (DAPP-BQ) を用いて、DSM-IVによって診断された、ASD (59例)、BPD (80例)とNPD (62例)、および正常対象群(106例)の4群間を比較した興味深い研究を報告している<sup>16)</sup>。この結果、NEO-PIRでASDは外向性、開放性が他3群に比べ有意に低く、神経症傾向は、正常対象群より有意に高く、BPD群より有意に低かった。DAPP-BQでは抑制性や強迫性は、BPD、NPD両群に比べ有意に高く、反対に非社会性がBPD、NPD両群に比べ有意に低かった。一方、情動不安定性は、ASD群では、正常対象群に比べ有意に高くBPD群に比べ有意に低く、NPDとは有意差がなかった。なお、この研究においてASD群のDSM-IVのⅡ軸診断は、シゾイドパーソナリティ障害が21例(36.2%)、強迫パーソナリティ障害10例(17.2%)、回避性パーソナリティ障害が1例(1.7%)であった。この自記式のデータから得られたデータにおいて、その限界はあるものの、次第にASDとそのほかのPDのパーソナリティ特性の相違が明らかになってきているように思われる。このようにASDとPDの相違を明らかにして、鑑別を厳密に行い、標的の障害に対して適切な治療を求める立場と、併存する姿を肯定し、現実の状況に合わせたプライマリーな障害への対応を求める立場があると思われる。臨床では後者が有用と考えられる。

### ● 自閉スペクトラム障害 (ASD) と境界性パーソナリティ障害 (BPD)

ここでまず、ASDとBPDの関係について考えてみたい。この両者において共通なのは、対人関係上の問題や怒りの高まりが生じやすいこと、また自傷や自殺念慮がしばしば認められることである。しかし、その背後にある理由には明確な相違がある。ASDにおいては、通常、刺激の過剰により高められた緊張を低減させる目的で自傷が行われ、一方、BPDにおいては、対人関係上の問題を処理する手段や対人関係上の問題に起因する不安や感情的苦痛を軽減する目

的で行われる。同様に、十一は、症状の背後にある精神病理からアスペルガー障害とBPDが鑑別上重要なことを指摘している<sup>18)</sup>。たとえばBPDでは、自己の病理を対人相互性が認識できていることから、対人関係の中で自己の病理を処理しようとして種々の行動化を起こすが、アスペルガー障害では、対人相互性が認識できないことから、過度に理詰め処理しようとしたり、相手の子細な誤りを追求したり、文章を何度も送付して回答を求めたりしてしまい、結果的行動は類似してみえるということである<sup>18)</sup>。このように、症状面では類似しても、その背景の精神病理構造には明らかな相違がある。一方、ASDとBPDの2つが併存した場合のより複雑な精神病理は議論されることは今まで少なかった<sup>15)</sup>。翻って臨床症例に戻ると、事はそれほど明確ではない。ASDが広汎な病態を持つディメンションとして仮定され、PDの併存も診断基準上許容されると、それらの自我構造は未成熟なかたちであるが統合されつつある過程のさまざまな状態を示すものも含まれると考える方が自然であろう。実際ASD症例はそのASDとしての機能水準のほかに、患者の成育歴における種々の要因によって影響され、自我の成熟度は一様ではない<sup>9)</sup>。衝動制御の問題や情動制御の問題を合わせて持っていて、思春期にはBPDと診断されながら経過中にASDの特性が明らかにされるものがあり、それらにおいてはASDとしての治療的アプローチのほかにそのパーソナリティ構造の特性に留意した治療も重要と思われるものも存在する。前述のハイブリッド型では、状況によりその見え隠れする特性が入れ替わる場合もある。さらにここで鑑別診断の次元を超えて、筆者が指摘したいのは、ASDにおける境界人格構造(Borderline personality organization: BPO)の併存である。

Kernbergらの境界人格構造(BPO)論(表1)は、周知のようにBPDという診断概念とは離れた人格機能水準からみた人格構造論である<sup>9)</sup>。ASDの中には、前述のように人格の成熟

度は多様であり、時にBPOをその構造に持つと推定される事例に遭遇することがある。人格の機能水準からASDを評価することは、患者の治療上有用な視点を明らかにしてくれるのではないかと考えている。筆者の経験ではBPOを持つASD症例では対象操作性はないが、対象関係上の問題が浮上してくる時期には、解離や自傷を繰り返し慢性の空虚感を持ちBPDの診断クライテリアを満たす。こうした症例の感情体験は、状況との連続性に乏しい印象を受ける。それらは自我の統合度は低く、情緒的混乱の状況はASDを基盤としないBPDとは異なり、患者が自分の感情と状況を明確に理解できないことによる。このような事例ではWAIS-Rで、言語性IQと動作性IQの間に著明なディスクレパンシーを認めることが少なくない。対応としては、対象関係問題の整理やその処理の方法を具体的に指導することが有用である。

ここで症例を提示したい。症例は長くBPDと診断され、その後筆者が治療を引き継ぎ、ASDの併存と診断した事例である。

[症例] 28歳、女性

主訴：気分が落ち着かない。

生活歴および現病歴：出生その後の発達に顕著な問題はなく、言語および運動機能の発達の遅れは明確ではなかった。しかし幼少期よりこだわりの強さが認められた。小学時代においてもこだわりの強さ、過度の几帳面さが目立ち、一人遊びが多かったが成績は良好で10歳児(WISC III FIQ 116, VIQ 104, PIQ 128)であった。中学に進学して2年次より対人関係のトラブルを機に自傷行為、解離症状、情動不安定が出現し、近医にてBPDの診断のもと、週に1度のカウンセリングが開始された。しかしカウンセリング後に解離症状、自傷行為が頻回化するために3カ月ほどで中止された。以後、近医で支持的精神療法と非定型抗精神病薬によりコントロールが図られたが、高校2年(16歳)から就学不能となる。その後、アルバイトを転々とするも、激しい自傷行為と解離症状が常態化し、2度措置入院になったことから28歳で現主治医が担当となっ

た。背景にみられた対人関係上の問題を整理し、精神症状が安定してからPervasive developmental disorders autism society Japan rating scale (PARS)を施行。現在評価時32点、自閉症として特性はこだわり、他者の感情や思考の類推の困難を認めた。ストレス状況が自分で十分認識できないことにより、過剰労働や過剰適応となり、解離、自傷行為が出現していた。そこで生活と就労を患者の特性に合わせて適正化と構造化を図った。その結果、初診後1年で、症状の著明な改善と安定した就労が持続するに至った。BPDとしての特性は、近接した対人関係が生じた時に、ASD特性は仕事が質的に過剰になり、患者の処理能力を超えた時だけ一時的に出現するようになった。このため弁証法的行動療法を施行し、対処スキルを具体的に指導して状況依存的な症状出現を制御することを指導し、状態の安定は2年持続している。

### ● 自閉スペクトラムと自己愛性パーソナリティ障害

ASDとNPDにおいて、行動特性の類似性、対人関係における共感性のなさの共通性が指摘されてきた<sup>11)</sup>。ASDは他者の欲求や感情自体が認識できないので共感性を表現できないが、NPDでは他者の欲求や感情自体は認識できるが、それらに関心を示さないというところに大きな相違がある。BPDと同様に背景の病理構造の相違としてみれば理解しやすいが、実際の臨床ではこの鑑別は必ずしも容易ではない。

自己愛の成熟は、Kohutによれば、母親など幼少期の対象の適切な応答によるところが少なくない<sup>9)</sup>。この意味で子どもの情緒的体験は、対象により受容、肯定される必要があるが、ASDにおいて、その自己の形成過程における他者との相互性は、通常の意味での情緒体験を内包するかは疑問である。また、子どもの反応を汲み取って、適切な環境を整えられる親の養育態度が重要となるが、遺伝的にみてASDの両親には、ASDの素因を持つものも少なくなく、このため適切な養育態度を示せない場合も存在す

ると思われる。それゆえに、NPDの症状を呈し、ASDを併存するような場合においては、患者のASD特性とともに、親の中に認められるかもしれないASD特性にも留意し症例全体を評価することも、ケースマネジメントを中心とした治療を進めるうえでは重要ではないかと思われる。ここでNPDの症状を呈したASD症例を提示したい。

【症例】 25歳、男性

主訴：親への怒りが抑えられない。

生活歴および現病歴：出生その後の発達に顕著な問題はなく、言語および運動機能の発達の遅れは明確ではなかった。幼少期よりやや変わった子どもと思われていた。他人と異なることに関心を持ち、一人遊びの時間も長かった。小学時代は友人が少なく、成績は中位だが、外見から女性に人気があった以外に目立ったことはなかった。中学より肉体の鍛錬に関心を持ち、運動部に熱中し、高校でも過度に没頭していた。高卒後20歳頃よりホスト的な仕事を始めたが、22歳時交際関係にあった女性との関係に親が関与して破たんしたことから親への暴力により入院となった。他院入院後の診断は、才能に関する空想、誇大性、他者への共感性のなさ、自己愛憤怒に基づく暴力行為などからNPDである。退院後に家族との関係の破たんについて自分に発達的な問題があるのではと知人に指摘され、25歳時に当院初診となる。見た目は尊大な感じである。誇大的とはいえないが、自分の能力が正しく判断評価されていないと認識しやすい。他者を利用してしまいう傾向は、女性から容姿の点で好かれてきたことに関連し、彼女らの援助の申し出には言葉どおりに受け取って利用していた。会話内容は多いが、明らかに言葉の誤用が目立つ。対人場面では自分独自の解釈があり、それに基づいて行動してしばしば周囲とトラブルになってきた様子である。施行した自閉症スペクトラム評価尺度(AQ)で35点(カットオフ32点)。症状特性からASDを基盤としたNPDと診断し、患者の言動にはKohutの自己心理学的接近の技法である、共感と波長合わせを行いながら、一方で個々の状

況への具体的対処方法を説明し、家族には発達の課題について説明し対応の理解を得るようにした。その結果、初診後1年6カ月で家族とは距離を取りながら、患者の自我理想に近い安定した就業が可能となり、怒りのコントロールは良好に維持されている。

## 🌐 まとめに代えて

ASDとPDの関係は、相互を鑑別することに意味がある事例と、併存混在化して区別することが困難で、臨床的鑑別をする意味が少ない事例が存在すると考えられる。特に後者では発達の基盤が、前述のようにパーソナリティの成熟、統合を阻む可能性が考えられ、その意味でどこまでが発達の問題で、どこまでがパーソナリティの問題かを明らかにできない事例が存在する。これらの中には、「ハイブリッド型」と形容でき、状況によりASDやPDの特性が明確化してくるものが存在する。したがってASDの併存するPDにおいては、症例に提示したように、背後のASD的特性に合わせて環境を調整したり、その人格機能水準を評価し、PD特性にも留意した治療的接近をすることで、両者の特性があまり顕在化しなくなる場合がある。このような経験を通じて言えることは、①今日のPDの臨床においては、発達の側面からの検討が不可欠であり、学童期からの認知行動特性を詳細に評価すること、②ASDかPDかを2分論的に鑑別するより、現在のプライマリーな障害は何かを考えていくこと、③ASDにおいても人格の機能水準やそのパーソナリティ特性も合わせて評価し、PDを併存する事例では、事例のPD特性に合わせた治療も考慮すること、などが現実的な対応ではないかと思われる。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR, 4th ed. APA, Washington DC, 2000
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and