

第 104 回日本精神神経学会総会

教 育 講 演

一般精神科臨床で出会う高機能広汎性発達障害 成人患者の診断をめぐる臨床的問題

神 尾 陽 子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

一般精神科臨床において、不安やうつなどの主訴に対処された治療への反応が良くない、あるいは面接から明らかになった生活様式が一風変わっている、面接中の会話が、患者が一方的に話すか治療者からの問いかけに答えるだけの関係から精神療法的な関係に発展しにくい、などの特徴を持つ成人の患者たちに出会ったとき、最近では広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorder: PDD) を疑う一般精神科医は少なくないはずである。そして PDD を念頭に置いて、生育歴を見直したり、知能検査や心理検査をあらためて試みるなどして、その裏づけを取ろうと努めるのではないか。このような診断や治療のニーズの高まりは、高機能広汎性発達障害 (High-Functioning PDD: HFPDD) が多様な受診理由の背景に潜在するという事実が一般成人精神科医に認識されるようになってきたこと、そして一般社会への知識の普及から、自らの悩みをアスペルガー症候群と関係づけて確定診断を求める受診数の増加という実的な要請、などに拠るところが大きいと思われる。

HFPDD の人々は、幼児期、知的発達に遅れがなく、また一人遊びが得意なため、幼児期での行動異常の多くは見逃されがちである。近年では幼児期での診断技術が向上し^{12,17)}、児童期に治療的介入や教育的支援を受ける人々も稀ではなくな

りつつあるが、現在、成人期に到達した HFPDD の人々の多くは、これまでに一度も正確な診断を受けていない。そして、成人期における HFPDD 臨床像は、児童精神医学の教科書に記述されているような児童期に顕著にみられる行動特徴をそのまま呈していることはほとんどない。こうした経時的変化は、これまでのわが国の現状では、なんらかの治療によってもたらされた変化というよりもむしろ、自然経過に加えて、彼らが日常経験から自覚的あるいは無自覚的に学習した結果もたらされた発達を反映していると考えられる。より適応的な方向に発達する人々もいるであろうし、環境とのミスマッチから長い時間経過のなかで不適応が悪循環する人々もいる¹⁰⁾。

本稿では、まず HFPDD の疫学、長期予後について概説した後、一般精神科医療における HFPDD の鑑別診断に有用な評価法をいくつか紹介する。さらに、今日、臨床知見が乏しいためによくわかっていない女性 HFPDD に関する知見に言及する。

1) 高機能広汎性発達障害 (HFPDD) の疫学

HFPDD には、いわゆる高機能自閉症、アスペルガー障害、そして特定不能の広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified: PDD-NOS) など複数の下位診

断が含まれる。英国で行われた9～10歳の56,946人の児童を対象とした最近の疫学研究によると、PDDとほぼ同義である自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders：ASDs）の有病率が、1万人当たり116.1人、そのうち45%がIQ 70以上と報告されている²⁾。この結果から、HFPDD児は、約200人につき1人の割合で存在すると推定される。また、別の研究チームによって英国で行われた疫学研究では、4～6歳の10,903人の幼児のうち、PDDの有病率は1万人当たり58.7人、そのうちIQ 70以上は70.2%と報告されている⁴⁾。つまり、HFPDD幼児は約250人当たり1人と見積られる。ここに紹介した研究は、地域、対象児の年齢、スクリーニングを含む診断手続きなどが異なるが、その有病率の値は近似している。

ChakrabartiとFombonne（2005）⁴⁾はDSM-IVに従って下位診断を行い、自閉性障害22.0人、アスペルガー障害11.0人、PDD-NOS 24.8人と、それぞれ1万人当たりの人数を報告している。そのうちIQ 70以上は、自閉性障害で33.3%、アスペルガー障害で100%、PDD-NOSでは88.0%であった。この結果は、今日の自閉症概念が、従来の古典的自閉症に加えて、アスペルガー障害やPDD-NOSといった軽症型を含め、PDDあるいは自閉症スペクトラムとその概念を拡大したことにより¹³⁾、高機能群が占める割合が増加したことを示している。PDDにおいて、知能水準と自閉症重症度は独立だが、高機能群の多くは自閉症症状もまた軽度である。それでもHFPDD者の臨床的問題が看過できない理由は、彼らが精神医学的障害を併発すると、鑑別診断が困難となり、治療もまた難航するからである。

2) 高機能広汎性発達障害（HFPDD）の長期予後

HFPDD青年成人が精神医学的に発見された初期の頃の研究は、予後像の輪郭を浮き彫りにしており、現在それらを訂正するデータはない。Tantam（1988）²¹⁾によれば、今日のアスペルガー障害にほぼ該当すると思われる成人男性たちの

心理社会的適応は悪く、高頻度に精神医学的障害の合併がみられた。Wolffら（1991）²³⁾の追跡研究によれば、今日のPDD-NOSに該当する成人たちは、仕事の適応状態が低い、安定した異性関係を持たない、精神科受診歴が多い、など全般的な適応状態が悪かった。当時のHFPDD成人たちは児童期に診断を受けておらず、したがって適切な治療や教育を受けることができなかったという時代背景を考えると、早期診断と早期介入が普及していけば、今後はこれまでとは違う予後像が描けるのかもしれない。

予後を予測する要因については、これまで一貫して児童期の言語発達が挙げられている。言語性IQが高かったHFPDD成人は、知的障害を伴うPDD成人と比べて、就労、居住の自立、友人関係などの面で良好だということを意味するのだが、言語発達と知的発達を切り離すことは難しく、知能がもたらす影響を反映しているだけに過ぎないという可能性を排除できない。実際、HFPDDの人々の大部分は、親しい友人を持たず、安定した仕事にも就かず、家族に依存しながら暮らしているという実状が明らかにされている^{7,15)}。HFPDDの人々は、高い言語能力を活用して社会的慣習についての明示的知識を学習することができる反面、非明示的で非言語的な対人的振舞いについての表出および理解の困難は、克服がたい。このため職場や地域、異性関係や結婚、また子育てなど家庭において、高度でかつ複雑な社会的スキルを要する課題に直面すると、能力から予想されるよりはるかに稚拙な社会性が露呈する。児童期では良好な学業成績のおかげで破綻せずに過ごせたケースでも、成人後に慢性ストレスのために受診に至るケースは少なくない。

これまで、「予後」を論じる際、就労、居住の自立、友人関係などをもとにして判断し、very poor—poor—fair—goodなどの分類が用いられてきたが、知能や言語に遅れの無い、純粋にPDDという発達の問題だけを持つ人々にとって、どのような適応状態が「良好な予後」なのかについて質的な検討が十分なされてこなかった¹⁵⁾。一

般就職をして独居していれば、同僚や上司、あるいは近隣との間にトラブルを抱えていても good と分類されるという矛盾も生じる。HFPDD の人々にとって、どのような長期予後を望ましいとするかという問題は、治療や教育、そして家族支援を中長期的に計画する際に重要となってくる。Wolff ら (1991)²³⁾ は、予後関連要因として、合併精神症状や、家族の援助や家族の精神保健などを指摘している。対人関係性の質や主観的な満足度も含めた予後像、そしてその予後に保護的あるいは不利に影響する個人要因や環境要因が特定されれば、ケースに応じて何を優先させるべきかがはっきりするだろう。

3) 児童期に未診断だった高機能広汎性発達障害 (HFPDD) の鑑別

PDD 症状が臨床閾下にあるケースも、合併精神症状の重畳によって PDD 特性が前景に現れてくる場合がある。この場合、主訴の背景にある PDD 特性も見逃さずに評価することは、適切な治療をすすめるのに重要なプロセスである。乳幼児期の発達情報を遡って尋ねる際には、プローブとして具体的なエピソードを挙げて尋ねると、親の想起を促し重要なエピソードが回顧されることがある。親と別居している場合など、生育歴が得られない場合には、現在症から診断の手がかりを探らざるをえない。

ぜひ診察室に用意しておいてほしい信頼性と妥当性の高い、HFPDD 向けの評価尺度をいくつか紹介する。重要なのは、PDD 診断に合致するか否かよりむしろ、PDD 症状の程度を量的に示す連続的な (dimensional) 評価である。DSM のような分類的診断の有無とは別に、臨床閾下であっても PDD 症状が平均より逸脱して存在すれば、合併精神医学的障害の治療経過や予後への影響、すなわち精神科の治療ニーズが低くないからである。

a) 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PDD - Autism Society Japan Rating Scales : PARS, パーズ)¹⁹⁾

わが国の児童精神科医と発達臨床心理学者によって開発された、PDD の行動評価尺度である。対人、コミュニケーション、こだわり、常同行動、困難性、過敏性の 6 領域 57 項目から成り、専門家が養育者に面接して各項目につき 3 段階 (0, 1, 2) で評価する。発達歴が得られる場合は、幼児期のピーク時の行動をもとにカットオフポイントを 9 点として PDD 有無の評定を行う。支援ニーズの把握は現症から評定した結果に基づいて行う。幼児から成人まですべてのライフステージに適用可能である (幼児期 34 項目、児童期 33 項目、思春期・成人期 33 項目)。各発達段階 12 項目から成る短縮版もある。

b) 自閉症スペクトラム指数 (Autism-Spectrum Quotient : AQ)

AQ は、Baron-Cohen ら³⁾ によって HFPDD 成人用に開発された、自己記入式の 4 件法の質問紙である (0~50 点)。自閉症的行動特性の程度を連続的に数量化しうる、初めての評価尺度であり、わが国でも AQ-J やその短縮版など、日本語版^{14,22)} が広く用いられている。AQ-J のカットオフは 26 点として、それを超えた場合はさらなる精査が必要である。21 項目から成る短縮版では、カットオフ 12 点、10 項目から成る短縮版では 7 点が報告されているが、カットオフより低い場合、軽度 HFPDD の除外はできない点には注意を要する。

c) 対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale : SRS)⁶⁾

SRS は、Constantino らによって 4~18 歳の自閉症スペクトラム児用に開発された、親または教師記入式の 4 件法の質問紙である (0~195 点)。知能水準や PDD 下位診断、そして精神医学的併発症の存在と独立して、自閉症的行動特性の程度を連続的に数量化するため、診断基準に合

致しないが診断閾下にある児童青年の PDD 傾向を把握するのに有用である。対人的気づき，対人認知，対人コミュニケーション，対人的動機づけ，自閉的常同症の 5 下位領域に分かれ，治療経過中のプロフィールの変化を把握することも可能である。標準版の他，19 歳以上の成人版もあり，両者とも日本語版 SRS の妥当性検証は現在進行中である。

4) 高機能広汎性発達障害 (HFPDD) の性差

自閉症の頻度は，男性は女性の約 4 倍多く，HFPDD については，男性は女性の約 9 倍と男性優位はさらに顕著となる。アスペルガーによる歴史的なモノグラフ (1944)¹⁾で紹介された症例 (今日の高機能自閉症に該当する) はすべて男児で，「完全な自閉的特徴を備えた女子はいない」と彼は断言した。その一方で，患児の母親に患児と類似の特徴を見出し，女子は思春期の後に症状が顕在化するという仮説を述べている。彼の興味深い洞察は，その後，女性症例の稀少さのために不十分であるが，いくつか裏付けするデータが散見される¹¹⁾。

幼児期の対人関係，言語，親への愛着，ごっこ遊びなどにみられる自閉症的特徴は，高機能自閉症男児では女児と比べて顕著であったとする報告がある¹⁸⁾。頻度における性差は，3 歳未満の年少幼児，なかでも高機能 ASD 児においてはあまり顕著ではないことが示唆されている⁹⁾。

思春期に入ると，年少児童期には男児と比べて目立たなかった女児の対人関係の問題は，友人関係を築けないという問題で露呈するようになる¹⁸⁾。そして成人期での異性との対人関係では様相が変わり，結婚に至る割合は男性より多い一方で，育児に直面して再び対人的障害が露呈するようである^{8,24)}。うつや不安などの精神症状のために育児支援が必要と判断される場合にも，背景に HFPDD が存在すると支援者との信頼関係構築までに PDD 独特の難しさがあることも指摘されている⁸⁾。

これらより，女性における PDD，少なくとも

HFPDD は，ごく年少幼児期には男児と同様の兆候を示していても，言語発達とともに症状は潜在化し，思春期以降に顕在化しさらには複雑化することが少なくないようである。Constantino と Todd (2003)⁵⁾の双生児研究からは，遺伝-環境相互作用が男女で違っており，女性は男性よりも環境の影響によって特性の程度に変化を被りやすいことが示唆されている。同一の診断基準や評価尺度で切り取った PDD 症状の頻度や経過にはこのように性差が存在するようであるが，そもそも PDD 症状の背景にある認知特徴¹⁶⁾，そしてその発現メカニズム²⁰⁾それ自体が異なる可能性もあり，解明は今後の課題である。

5) おわりに

知的障害を伴わない HFPDD の人々の問題は，比較的新しく発見され，未だその全体像はよくわかっていない。そのなかで精神医療と接点を持つ人々の増加が指摘されているが，彼らは合併精神症状など社会適応上の困難を持ちかつ解決を望む，一部の人々だと推測される。

HFPDD の人々は幼児期の症状が軽度であっても，長期間におよぶ遺伝と環境の交絡によって，成人期を迎える頃には症状の顕在化やうつや不安，強迫などの精神症状の併発を招き，その結果，適応を悪化させ，QOL の低下へと向かう危険性もある。どのような個人要因 (性差や衝動性など) や環境要因 (家族やサービスの有無など) がリスク要因となりうるのか，についてまだ特定されていないが，ハイリスク群の兆候を早期に見つけ，適切な予防的介入がより早期になされれば，今日の HFPDD 成人の予後像は将来変わるかもしれない。HFPDD は高い学習能力ゆえに早期療育が最も有効な群だという指摘もある。

一方で，児童期に未診断で未治療であった HFPDD 成人への対応として，有用な評価尺度を用いた的確な鑑別診断が，次に社会適応を阻害している精神症状の治療が，優先される。そしてそれは，将来の就労や社会復帰を目標とする，PDD 特性に即した心理教育プログラムへの移行

を念頭に置いてすすめられるべきであろう。HFPDD の人々の多様性という点から、総合的な支援戦略を計画する際に、今後は PDD か非 PDD かという二者択一的な診断分類を越えた、個人の臨床像の的確な把握にもとづく精神科治療が寄与することになるだろう。そうした広汎な臨床情報の蓄積から、現在未解決な問題への手がかりが得られるはずである。

文 献

- 1) Asperger, H.: Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv Psychiat Nervenkrankheiten*, 117; 76-136, 1944 [詫摩武元, 高木隆郎訳: 小児期の自閉的精神病質, 自閉症と発達障害研究の進歩, vol. 4 (高木隆郎, Rutter, M., Schopler, E. 編). 星和書店, 東京, p. 30-68, 2000]
- 2) Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., et al.: A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39; 694-702, 2000
- 3) Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., et al.: The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord*, 31; 5-17, 2001
- 4) Chakrabarti, S., Fombonne, E.: Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *Am J Psychiatry*, 162; 1133-1141, 2005
- 5) Constantino, J. N., Todd, R. D.: Autistic traits in the general population: A twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 60; 524-530, 2003
- 6) Constantino, J. N., Gruber, C. P.: Social Responsiveness Scale (SRS). Western Psychological Services, Los Angeles, 2005
- 7) Howlin, P.: Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism*, 4; 63-83, 2000
- 8) 笠原麻里, 小泉智恵, 飯塚有紀ほか: 軽度発達障害者の育児支援に関する検討. ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究: 支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業. 平成 19 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 神尾陽子). p. 67-72, 2008
- 9) Kamio, Y.: Early detection of autism spectrum disorder (ASD) in Japan: From 18 months to 36 months. Symposia "Autism in Infants and Toddlers: Asian Perspectives" XVIth International Conference on Infant Studies, March 28, 2008, Vancouver, Canada.
- 10) 神尾陽子: 成人の高機能自閉症・アスペルガー症候群の生活像. *精神科*, 7; 490-495, 2005
- 11) 神尾陽子: 自閉症にみられる性差. *教育と医学*, 53; 85-93, 2005
- 12) 神尾陽子: 早期発見と診断法. アスペルガー障害特集号. *日本臨床*, 65; 477-480, 2006
- 13) 神尾陽子: 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, 2008
- 14) Kurita, H., Koyama, T., Osada, H.: Autism-Spectrum Quotient-Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59; 490-496, 2005
- 15) 小山智典, 神尾陽子: ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究: 支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業. 平成 19 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 神尾陽子). p. 11-17, 2008
- 16) Koyama, T., Kamio, Y., Inada, N., et al.: Sex differences in WISC-III profiles of children with high-functioning pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, Online, 2008. 7.16 (online journal)
- 17) Landa, R.I.: Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Nat Clin Pract Neurol*, 4; 138-147, 2008
- 18) MacLennan, J. D., Lord, C., Schopler, E.: Sex differences in higher functioning people with autism. *J Autism Dev Disord*, 23; 217-227, 1993
- 19) PARS 委員会編著: PARS 評定シート: 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度. スペクトラム出版, 東京, 2008
- 20) Skuse, D.H.: X-linked genes and mental functioning. *Human Molecular Genetics*, 14; 27-32, 2005
- 21) Tantam, D.: Lifelong eccentricity and social isolation I: Psychiatric, social, and forensic aspects. *Br*

J Psychiatry, 153; 777-782, 1988

22) 若林明雄, 東條吉邦, Baron-Cohen, S., et al.:
自閉症スペクトラム指数 (AQ) 日本語版の標準化: 高機能臨床群と健常成人による検討. 心理学研究, 75; 78-84, 2004

23) Wolff, S., Townshend, R., McGuire, R. J., et al.:
'Schizoid' personality in childhood and adult life. II:

Adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorder. Br J Psychiatry, 159; 620-629, 1991

24) Wolff, S., McGuire, R.L.: Schizoid personality in girls: A follow-up study-What are the links with Asperger's syndrome? J Child Psychol Psychiatry, 36; 793-817, 1995
