

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

内山 登紀夫

成人期に発達障害専門のクリニックを受診し 3 年以上の長期間にわたって治療中の自閉症スペクトラムの 10 症例について、過去の診断、初診時の主訴、精神科的症状、薬物療法、就労状況、発達期に自閉症スペクトラムの診断が可能であったかどうかなどについて検討した。初診時年齢は 21~30 歳、調査時年齢は 25~40 歳、治療期間は 4~16 年、性別は男性 8 名、女性 2 名であった。診断の内訳は DSM-IV-TR を適用すると自閉性障害 6 名、特定不能の広汎性発達障害 4 名であった。Wing and Gould の診断概念を適用するとアスペルガー症候群 9 名、自閉症 1 名であった。知能指数のレンジは 88~121 であり平均 103 (SD=10.0) であった。10 例中精神科受診歴があったのは 8 例であり、過去の診断は抑うつ状態・うつ病、統合失調症が各 2 例、強迫性障害が 1 例、自閉症/アスペルガー症候群が 1 例、診断なしが 2 名であった。広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) を 8 例に適用した。PARS の幼児期ピーク得点のレンジは 9~41 点であり、全例がカットオフポイントの 9 点以上であった。調査時の精神科的症状は抑うつ状態が 3 例、不安状態が 2 例、幻聴 1 例、強迫症状 1 例であった。1 例は初診時には顕著でなかった奇異な行動・表情が経過中に目立つようになった。2 例は明らかな精神科的合併症はないと考えられた。PARS の現在得点は 12~38 点であり、カットオフポイントの 20 点を超えたのは 4 例であった。幻聴に対して抗精神病薬を使用している事例が 1 例、不安や抑うつに対して SSRI を処方している事例が 4 例、不定期に抗不安薬を処方している事例が 1 例あり、薬物療法を行っていない事例が 4 例であった。成人期の自閉症スペクトラムを診断する際には PARS などを用いて発達歴を聴取することが有用であると考えられた。合併した精神科的症状については家族は把握していないことが多く、注意が必要である。

<索引用語：自閉症スペクトラム、アスペルガー症候群、成人期、PARS、DISCO>

はじめに

「自閉症スペクトラム (autism spectrum disorders)」という概念は Wing & Gould, が疫学研究²⁶⁾の結果を踏まえて提唱した概念であり社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーションの 3 領域の障害 (3 つ組の障害, triad) が発達期から存在することで定義される。3 つ組の障害は年齢や知的水準などによって多様な現れ方をする^{16,21~24)}。

自閉症スペクトラムには Kanner & Eisenberg

が提唱した自閉症 (カナー症候群とかカナー型自閉症と呼ばれることもある)⁴⁾と Wing が提唱したアスペルガー症候群²¹⁾、どちらにもぴたりとはあてはまらないが 3 つ組が存在する場合も含まれる^{16,24)}。Wing はアスペルガー症候群とカナー型自閉症を連続した発達障害として考えスペクトラム (連続体)^{22,24)} という用語を用いた。知的能力に関してはカナー型自閉症は最重度から正常知能まで、アスペルガー症候群では軽度遅滞域から正常知能まで分布するが、自閉症スペクトラム全体で

は正常知能域のほうが多い。

自閉症スペクトラム障害の特性は乳幼児期に明らかになるが、その後も成人期まで継続する。最近では成人期の自閉症スペクトラムの診断や支援についての関心が高まっており、成人期の診断や支援の方法が盛んに議論されるようになったが、自閉症スペクトラムは生涯にわたる障害であることを考慮すれば当然のことである^{12,14,19}。成人を対象にした本格的な疫学調査は Brugha ら¹⁾の調査のみのものである。それによるとイギリス（イングランド）における一般成人（16歳以上）における自閉症の有病率は1,000人中9.8人（95% confidence interval 3.0~16.5）であり、決してまれな障害ではない。しかも、彼らの多くはメンタル面や生活面での支援が必要であるにもかかわらず、ほとんどが未診断、未治療のまま成人期に至っており、適切な医療や福祉の支援を受けていなかった。

気分障害や睡眠障害と違って自閉症スペクトラムの基本症状をターゲットにした薬物療法は存在しない。しかしながら、自閉症スペクトラムの人を支援する方法は存在する^{9~11,13}。自閉症スペクトラムには特有の認知特性があり、その特性を周囲が理解するかしないかが彼らの社会適応やQOLには大きな影響を与える。支援方略の基本は子どもでも成人でも、クリニックでも会社でも家庭でも同じである。自閉症スペクトラムの特性は、その人の生活場面の多くを支配し、基本的な特性は生涯にわたって持続する。したがってたとえ成人期であっても自閉症スペクトラムを診断することは重要であり、「手遅れ」だから意味がないということではない。

しかしながら、筆者の経験では成人期に至って初めて診断が下される事例の多くは幼児期から思春期に至るまでに何らかの不適応や精神的症状を生じて精神科を受診していることが多い^{9,12,14,15,17}。その段階で自閉症スペクトラムを正しく診断し、診断特性に応じた支援を開始するほうが彼らや彼らの家族の苦痛をいくぶんかでも軽減することができるのではないだろうか。自閉症スペクトラム

の存在を見逃すと患者や家族にとって不利益が生じるし、障害特性に応じた支援をすることで患者にも周囲にも利益がある。身体疾患や統合失調症、うつ病の診断を適切に下すことが患者の利益につながるように自閉症スペクトラムの診断を適切に下すことも大切である。成人期の自閉症スペクトラムを適切に診断することは、成人期特有の様々な要因のために困難なことがある。しかし、それでも何らかの工夫をすれば不可能ではない。

本稿では成人期の自閉症スペクトラムの特徴を把握するために、筆者が3年以上治療関係を維持し、患者や家族の特性や職場の環境などについて一定以上把握している成人期の自閉症スペクトラムの人たち10名について、初診時の主訴や精神的症状、発達期に診断が下された可能性などについて検討した。知的障害のない高機能例に限定したのは、一般の精神科外来を受診する自閉症スペクトラムの特性を捉えようとしたからである。知的障害を伴う成人自閉症スペクトラムの支援も重要な課題であるが、正常知能例と比較すると「見逃し」や「誤診」は比較的少ないと思われる。長期間フォロー事例に限定したのはアンケート調査や構造化面接による横断面の検討では捉えきれない特性を把握しようとしたからである。当然ながら、長期間フォローの事例に限定したことで、自閉症スペクトラム一般を代表した集団でないことは明らかである。1点を挙げれば精神的症状がある患者の割合が高い可能性がある。読者はその点について留意されたい。

I. 方 法

筆者が所属するよこはま発達クリニック（以下、当院）を成人期に初診し長期間（3年以上）の治療関係を維持している10名の高機能ASDを対象に調査した。初診時年齢は21~30歳（平均25.8歳、SD 3.7年）、調査時年齢は25~40歳（平均35.5歳、SD 4.5年）、治療期間は3~13年（平均9年、SD 3.2）、性別は男性8名、女性2名であった。診断の内訳はDSM-IV-TRを適用すると自閉性障害6名、特定不能の広汎性発達障害4名であった。

表 1 10 事例の概要

	初診時年齢	経過期間 (年)	FIQ	幼児期 PARS	現在 PARS
1	25	16	89	24	18
2	23	13	114	41	38
3	21	13	113	20	38
4	28	13	88	15	21
5	24	13	91	なし	なし
6	27	10	116	9	19
7	30	9	99	18	12
8	25	9	102	なし	なし
9	33	7	101	18	13
10	22	4	121	9	20
平均	25.8	10.7	103.4	19.25	22.375

Wing and Gould の診断概念を適用するとアスペルガー症候群 9 名、自閉症 1 名であった。知能指数の分布は WAIS-R あるいは WAIS-III の結果で判定したが、FIQ 88~121 であり平均 103 (SD 10.0) であった (表 1)。

この 10 名を対象に初診時主訴、過去に受けた精神科診断、幼児期の状態、現在の精神科的症状や就労状況などについて調査した。情報源は主として予診票、初診時記録、再診時記録を含むカルテ記載などを用いた。なお当院の予診票は選択肢から選択する方法と自由記述で記載する部分を組み合わせた質問が多い。例えば、初診時の主訴については「診断」「就労に関する相談」「不眠」などの項目があり、さらに自由記述の欄がある。また自閉症特性に関する現在の状態と幼児期の状態を把握するために PARS (Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale ; 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)^{3,5)}を用いた。PARS について最小限の説明をしておく。PARS は、幼児期から成人期にわたって広汎性発達障害 (PDD) の人たちの支援ニーズを把握すると同時に、PDD の診断補助ツールとしても活用できる尺度である。PARS には短縮版も作成されており、そのフルスケール版と短縮版の信頼性と

妥当性は確認されており、20~30 分程度で聴取可能である。幼児期ピーク得点と現在得点の 2 つの得点が算出され幼児期ピーク得点が 9 点以上で広汎性発達障害が強く示唆され、成人期現在得点が 20 点以上で広汎性発達障害が強く示唆される。

まず、事例の概要について症例記述を行った。紙数の制約などから代表的な 3 症例にとどめた。症例 A は統合失調症の「診断」の後に長期間のひきこもり状態に至る代表として、症例 B は精神科受診に至らない事例の代表として、症例 C は精神科医を受診しても「無診断」の代表症例として選択した。いずれも読者の理解のために選択した症例であり、平凡な代表例である。その後、10 例の特性について検討した。なお診断の方法は別に記載した^{8,18,19)}。要点を述べれば、医師が DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)^{6,27)}の日本語版²⁵⁾を用いて親から発達歴などを聴取する。その間に心理職が WAIS-III などの認知テストを行い、雑談などのインタビューを行う。それらの情報を統合し Wing and Gould の概念に準拠した診断を下す^{23,24,26)}。

II. 症例提示

1. 症例 A (初診時 27 歳, 男性)

【受診に至る経過】

17歳のとき「頭が働かない」、不眠、家庭内暴力などを主訴に精神科受診し、統合失調症の疑いで薬物療法などが開始された。その後経過がはかばかしくないため、18歳で他院を受診したところ統合失調症の診断が否定され精査・加療入院をした。その病院の退院時診断は境界型パーソナリティ障害であった。外来治療はインテンシブな精神療法が必要との判断で精神療法を専門とする別のクリニックを紹介され、数年間通院したが、医師から、治療不可能と告げられ治療終了した。

その後、複数の精神科医を受診。ある精神科医からアルバイトを勧められ、本人も希望して応募したところ採用されたが、仕事も対人関係もうまくいかず、まもなく解雇され絶望して自殺未遂をし精神科病院に入院した。自殺企図による入院は数回に及んだ。その後、外出を拒否するようになり、長期間自室にひきこもるようになる。親の勧めなどでひきこもりの支援機関に入所した。しかし支援機関に適応できず、複数の機関を利用しては中断するということを繰り返した。この頃は焦燥感が強く、両親に対する暴言などの攻撃的行動が目立った。現在も同様のひきこもり状態が基本的には継続しており、ときおり挫折体験がフラッシュバックする。なお当院受診後、薬物療法は行っていない。

【発達歴】

幼児期は極端に多動で、人見知りや後追いはなかった。同年代の他児と見立て遊び・ごっこ遊びはしなかった。注意を共有する指さしなどの共同注意行動が1, 2歳でみられたかどうかについては母の記憶は曖昧で確認できなかった。1歳半健診、3歳児健診では特に指摘はなかった。幼稚園入園後は「トラブルメーカー」で親が呼び出され注意を受けることが多かった。小学校入学後は成績はトップクラスであったが、「協調性がない」と教師から度々指摘され、他児からはいじめの対象になることが常であった。中学進学時にはいじめの対

象になるのを恐れて地元中学ではなく遠方の私立中学に進学した。進学当初は成績良好であったが、次第に学習に関する「完璧主義」が目立つようになり、細部まで納得できるまで同じ内容の学習を繰り返す行うために、進度が遅れるようになり次第に成績が低下した。その後、行動が全般に緩慢になったり、時には行動停止に至るカタトニア症状が出現した。中学でも頻繁にいじめの対象になり登校を渋るようになった。併設の高校には進学できたが、高校でも不登校が継続し、ほとんど外出することがなくなった。

【診断】

当院初診時、DISCOによる半構造化面接を両親に行い、本人にはWAIS-IIIなどの心理テストと面接を行った。その結果、発達期から社会性、社会的コミュニケーション、社会的イメージーションの明らかな偏りがみられた。さらに極端な運動の不器用、カタトニア症状がみられた。なお、後日研究目的で実施したPARSでは幼児期ピーク得点が9点、現在得点19点であった。

診断はWing and Gouldに従えば自閉症スペクトラム障害であり、アスペルガー症候群かカナリー症候群かを区別すればアスペルガー症候群のほうが近い。DSM-IV-TRを適用すれば特定不能の広汎性発達障害である。

【その後の経過】

上記診断とその根拠について本人・家族に説明した。就労など社会的場面に参加することについての不安感が非常に強いため、少なくとも当面は社会参加を目標にせず、家庭内で安定して過ごすことを目標にした。また地元の発達障害者支援センターと連携をはかり、クリニックとセンターに定期的を受診することを勧め、本人・家族とも了解した。さらに障害年金の申請を勧め、現在受給中である。現在も基本的にはひきこもり状態が継続しているが、情緒的には安定しており、カタトニア症状もなく家人への暴言や威嚇などは消失している。

2. 症例 B (初診時 33 歳, 男性)

【受診に至る経過】

高卒後に専門学校に進学するが実習授業でトラブルが多く単位取得が困難なために退学した。その後、別の領域の専門学校に進学したが、やはり実習講義になると参加できなくなり退学した。その後、就職活動を長期間にわたって行うが、すべて不調に終わった。親族が経営する会社でアルバイトをしながら、就職試験を受けているうちに 10 年が経過した。親がアスペルガー症候群のことを新聞で知り、診断を求めて当院を受診した。

【発達歴】

幼児期は明白な言語発達の遅れがあり、人見知りや後追いもなかった。しかし、乳幼児健診では問題を指摘されなかった。小学校入学後、多動で落ち着きがなく、多弁で「人の話をきかない子」と教師に指摘された。学習にとりかかるのに時間がかかり、家では物並べに没頭することが多かった。小学校から中学校では頻繁にいじめの対象になった。小学校から高校まで成績は良好であり、「個性の強い子ども」と思われており、特に発達障害などを疑われたことはなかった。

【診断】

診断は Wing and Gould に従えば自閉症スペクトラム障害であり、アスペルガー症候群かカナー症候群かを区別すればアスペルガー症候群に該当した。DSM-IV-TR を適用すれば自閉性障害に合致した。初診時に行った「常識テスト」²⁾に解答することに非常に苦勞していた。ルール違反に非常に厳格な一方で「他人からクンを借りる行動」は「正常」と判断した。

【その後の経過】

発達障害者支援センターに相談し、就労訓練のために週 1, 2 回のアルバイトを始めた。しばらくアルバイトを続けた後に、特例子会社に正規就労した。職場適応や仕事について本人に尋ねると「順調」と言うが、実際には遅刻や不適切な内容の独り言などの問題が多く、ジョブコーチによる支援が必要な状態が続いている。

3. 症例 C (21 歳, 男性)

【受診に至る経過】

20 歳 (大学 2 年生) になった頃より「対人恐怖がある」「昔のことが思い出されて苦しくなる」と親に打ち明けたため、心配した親が精神科医に手紙で相談した。精神科医からは「精神的には問題がない」と言われ、「もう少し成熟を待つつもりで様子を見る」とのアドバイスがあり、本人の受診の必要はないと言われた。しかし、その後も同様の訴えが継続し、登校や外出も困難になったため当院を受診した。

【発達歴】

始歩は 1 歳 2 ヶ月、始語は 1 歳 6 ヶ月であり、発達には特に問題がないと両親は思っていた。2~3 歳になっても他児に関心なく一人遊び中心で同年代の友人との「ごっこ遊び」は一切したことがなかった。また自分の興味のある物を両親に「見て」と持ってくることも皆無であった。PARS では幼児期ピーク得点が 20 点、現在得点が 38 点であった。幼児期より現在まで整理整頓を完璧に行う。対等の友人関係をもっていたことはなく、異性にも無関心であった。

【診断】

21 歳。診断は Wing and Gould に従えば自閉症スペクトラム障害であり、カナー症候群と診断された。DSM-IV-TR では自閉性障害と診断された。

【その後の経過】

就職活動は困難であり、数カ所受験した会社はすべて不合格であった。精神保健福祉手帳の取得を勧め、発達障害者支援センターで支援を受けながら一般の会社の契約社員になり現在まで就労継続中である。しかし、上司や同僚から仕事上のことで指示や訂正をされると被害的になることが多く、抑うつ的になることもある。現在も友人はいないが趣味を楽しみ、生活はほぼ自立している。

Ⅲ. 結 果

この 3 事例を含めた 10 事例について以下に要点を記載した。

1. 初診時の主訴

初診時の主訴は多い順に「就労に関する相談」が8例、「診断を求めて」が6例、「福祉制度に関する相談」が3例であった。精神科的症状が主訴として記載されていたのは4例であり、主たる症状として記載されていたのは「抑うつ」1例、「強迫」1例、「不安」が1例であった。自由記述欄に「時間管理」「無力感」「人との対応」「抜毛」などの記載もあった。親の主訴として「親の接し方」「意欲を引き出す方法」などの記載があった。予診票には「診断」とのみ記載されていても、実際にインタビューする中で幻聴や抑うつ気分、不安・恐怖症状などが明らかになる事例も少なくなかった。

2. 過去の精神科診断

10例中精神科受診歴があったのは8例である。過去の診断は抑うつ状態・うつ病、統合失調症が各2例、強迫性障害が1例、自閉症/アスペルガー症候群が1例、診断なしが2例であり、その内訳は「人格成熟の遅れ」「単なる不注意」であった。

3. 現在の状態

1) 精神症状と薬物療法

調査時の精神科的症状は抑うつ状態が3例、不安状態が2例、幻聴1例、強迫症状1例であった。1例は初診時には顕著でなかった奇異な行動・表情が経過中に目立つようになり、統合失調症の破瓜型と類似した経過をとっていた。明らかな精神症状がみられない事例が2例であった。この2事例の行動特性は自閉症スペクトラムの特性で説明可能で、精神科的合併症はないと考えられた。

薬物療法については薬物療法を行っていない事例が4例、不安や抑うつに対してSSRIを処方している事例が4例、幻聴に対して抗精神病薬を使用している事例が1例、不定期に抗不安薬を処方している事例が1例であった。

PARSの現在得点は12~38点であり、カットオフポイントの20点を超えたのは4例であった。

2) 職業と学歴

1例が大学在学中であった。学校卒業後の9例中、無職が6例、契約社員2例、正社員1例であった。無職の6例中5例はひきこもり状態が長期にわたり継続していた。1例は地域活動センターに通所していた。なお女性例2例のうち1例は独身女性でひきこもり状態、もう1例は大学生であった。

大学在学中の1例を除く9例の学歴は大卒3例、大学院卒1例、大学中退1例、高卒4例であった。

4. 発達期における診断可能性

幼児期に診断が可能な状態であったかどうか、カルテ記載、DISCO および PARS などから調査した。幼児期に自閉症（後にアスペルガー症候群と診断が変更された）と診断されていた事例が1例、診断はされていないが保育園で保育士から自閉症ではないかと言われた事例が1例であった。その他の8例は幼児期に自閉症は疑われていなかったが、発達歴を聴取できた8例中PARSの幼児期ピーク得点の最低点は9点の2例であった。幼児期ピーク得点は9~41点まで分布した(表1)。

IV. 考 察

1. 初診時主訴

「抑うつ」「不安」を主訴としたものは予想外に少数であった。この理由は明らかでないが、発達障害専門のクリニックという当院の特性のためかもしれない。

2. 過去の精神科診断と現在の状態

過去に抑うつ状態・うつ病と診断された事例は経過観察中も抑うつ状態が継続ないしは一時的に軽快しても再燃することがあり、長期間にわたり抑うつ状態への治療的対応が必要と考えられた。過去に統合失調症と診断された1例(症例A)は、すでに長期間にわたって投薬していないが幻覚や妄想などの陽性症状は皆無であり、特に目立った陰性症状もなく統合失調症とは考えられない。もう1例は15年にわたって本人が「幻聴」と表現す

る症状が継続しているがファンタジーとの区別が難しい。強迫性障害と診断された 1 例は定型発達の人が示す強迫と類似した症状が継続しており、強迫性障害と自閉症スペクトラムの合併例と考えられた。

薬物療法については精神科の合併症に対して対症療法的に行っていた。10 例中 6 例という率は児童期の自閉症スペクトラムと比較すると明らかに高率であり、成人期の自閉症スペクトラムの合併症に対する薬物療法の検討が必要であると思われる。

3. 職業と学歴

職業については学生を除く 9 例中が 6 例が無職であった。これは長期間治療継続中であることにより合併症のある事例や比較的重症例が抽出されたためかもしれない。

4. 発達期における診断の可能性

前述のように PARS 幼児期ピーク得点は 9 点以上で「広汎性発達障害が強く示唆される」のであり、PARS が実施できた全例がカットオフポイント以上であったことは注目される。他の 6 例は 15~41 点と高得点であった。したがって、精神科医が PARS などを用いて発達歴の要点を聞き出せば、自閉症スペクトラムを疑うことは十分に可能ではなかったかと思われた。

おわりに

長期間にわたって治療継続中の自閉症スペクトラムの知的に正常域の成人例について検討した。多くの事例で発達期には診断が下されていなかったが PARS などの比較的簡便な構造化面接を行うことで自閉症スペクトラムの可能性を疑うことは可能であると思われた。また精神科的症状の合併率は高く、安定して就労を継続している事例は少なく、継続した専門的な支援が必要な事例が多かった。一般の精神科を受診する成人自閉症スペクトラムの人は決して少なくないと思われる²⁸⁾。診断を下すことができるのは日本では医療機関だ

けであり、医療機関の果たすべき役割は大きい^{8,20)}。一般精神科の外来でも自閉症スペクトラムを適切に診断・支援する体制が整備されることが望まれる。本報告は少数例による予備的検討であり、今後はより多数例を対象に検討する必要がある。

本報告は厚生労働科学研究費補助金「発達障害者に対する長期的な追跡調査を踏まえ、幼児期から成人期に至る診断等の指針を開発する研究 (H22-精神一般-016)」(主任研究者：内山登紀夫) による助成によってなされた。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J. et al.: Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (5), 459-465, 2011
- 2) 花木りさ, 小倉加恵子, 中島八十一ほか: 社会性の評価のための検査法に関する研究. 日本発達障害学会研究大会発表論文集, 47. p.67, 2012
- 3) 神尾陽子, 行廣隆次, 安達 潤ほか: 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト: 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の信頼性・妥当性についての検討. *精神医学*, 48; 495-505, 2006
- 4) Kanner, L., Eisenberg, L.: Early infantile autism, 1943-1955. *Psychiatr Res Rep Am Psychiatr Assoc*, 55-65, 1957
- 5) 栗田 広, 杉山登志郎, 市川宏伸ほか: Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale (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
- 6) Leekam, S. R., Libby, S. J., Wing, L., et al.: The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 43; 327-42, 2002
- 7) 小川 浩, 内山登紀夫: 高機能広汎性発達障害者の職業的問題. 人間関係学研究: 大妻女子大学人間関係学部紀要, 6; 33-42, 2005
- 8) 内山登紀夫: 児童青年期精神医療の諸問題 クリニックから 現状と民間医療機関における児童青年期精神医療. *精神経誌*, 107; 141-148, 2005
- 9) 内山登紀夫: 青年期軽度発達障害児者への支援を

考える 青年期の発達障害の診断. 児童青年精神医学とその近接領域, 47; 252-256, 2006

10) 内山登紀夫: 外来クリニックにおける発達障害の治療. 精神療法, 33; 54-59, 2007

11) 内山登紀夫: 広汎性発達障害 トピックス 成人期の広汎性発達障害. 精神科治療学, 23; 201-202, 2008

12) 内山登紀夫: おとなの発達障害をどうとらえるか 成人期の自閉症スペクトラム 診断と鑑別診断. そだちの科学, 13; 26-31, 2009

13) 内山登紀夫: 心理的発達の障害 アスペルガー症候群の治療. 精神科治療学, 25; 268-269, 2010

14) 内山登紀夫: 思春期から成人期の広汎性発達障害 思春期から成人期の自閉症スペクトラム. 児童青年精神医学とその近接領域, 52; 431-436, 2011

15) 内山登紀夫: 大人の自閉症スペクトラム障害の診断. 治療, 94; 1376-1380, 2012

16) 内山登紀夫: 広汎性発達障害とスペクトラム概念. 精神科治療学 27; 443-451, 2012

17) 内山登紀夫, 江場加奈子: アスペルガー症候群 思春期における症状の変容. 精神科治療学, 19; 1085-1092, 2004

18) 宇野洋太, 内山登紀夫: 医療機関における ASD 診療の課題と展望, MEDICAL REHABILITATION, 125; 38-42, 2010

19) 宇野洋太, 内山登紀夫: 成人期の広汎性発達障害の診断. 専門医のための精神科臨床リユミエール 23, 成人期の広汎性発達障害 (青木省三編). 中山書店, 東京, p.28-36, 2011

20) 宇野洋太, 内山登紀夫, 尾崎紀夫: 広汎性発達障害者支援における医療機関の役割. 精神科治療学, 24;

1231-1236, 2009

21) Wing, L.: Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med, 11; 115-129, 1981

22) Wing, L.: The Continuum of autistic characteristics. Diagnosis and Assessment in Autism (ed. by Schopler, E., Mesibov, G.). Plenum, New York, p.91-110, 1988

23) Wing, L.: The Autistic Spectrum, a Guide for Parents and Professionals. Constable and company limited, London, 1996 (久保紘章, 佐々木正美, 清水康夫監訳: 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, 1998)

24) Wing, L.: The autistic spectrum. Lancet, 350; 1761-1766, 1997

25) Wing, L.: Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders, 11th revision. The Center for Social and Communication Disorders, Bromley, Kent, 2005 (内山登紀夫, 吉田友子, 藤岡 宏ほか訳: DISCO 第 11 版 日本語版. スペクトラム出版, 東京, 2007)

26) Wing, L., Gould, J.: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. J Autism Dev Disord, 9; 11-29, 1979

27) Wing, L., Leekam, S. R., Libby, S. J., et al.: The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. J Child Psychol Psychiatry, 43; 307-325, 2002

28) 吉田友子, 吉田 学, 内山登紀夫: 広汎性発達障害成人例は未診断のまま一般精神科クリニックを初診している. 精神経誌, 105; 1346, 2003

Case Study of 10 Subjects Diagnosed with Autism Spectrum Disorders in Adulthood and Currently under Long-term Follow-up

Tokio UCHIYAMA

*Faculty of Human Development and Culture, Fukushima University Graduate School
Yokohama Psycho-Developmental Clinic*

This study involved 10 adults with autism spectrum disorders (ASD) who were referred to a specialized developmental disability clinic and were being treated for periods extending to years. Checks included past diagnoses, the chief complaint at the first examination, psychiatric symptoms, medication, employment, and whether a diagnosis of ASD would have been possible during their formative years. Their age at referral was 21-30 and, at the time of this study, they were aged 25-40.

There were eight males and two females, and their treatment periods were between four and 16 years. Using DSM-IV-TR criteria, six were diagnosed with autistic disorders and four with PDDNOS. Wing and Gould criteria showed nine with Asperger syndrome and one with autism. Their IQ ranged from 88 to 121, with the mean score being 103 (SD=10.0).

Eight of the 10 had previously been examined in psychiatric clinics, which identified two as having depression, two with schizophrenia, one with Obsessive-Compulsive Disorder, and one with autism/Asperger syndrome, and there was no diagnosis for the other two. For these eight cases, the PDD-Autism Society Japan Rating Scale (PARS) was used. The PARS early childhood peak score ranged from 9 to 41, so all reached the cutoff point of 9.

At the time of this study, the following psychiatric symptoms were noted : three cases of depression, two of anxiety, one with auditory hallucinations, and one who displayed odd behavior and facial expressions that became apparent during the follow-up. In two cases there seemed to be no apparent psychiatric co-morbidity.

The current PARS scores of 8 cases were between 12 and 38, and four cases exceeded the cutoff point of 20.

One was taking anti-psychotic drugs for auditory hallucinations, four were using SSRI for anxiety and depression, and one was occasionally prescribed medication for anxiety. Four were not on medication.

When diagnosing ASD in adulthood, interviewing using such instruments as PARS seemed useful. We should keep in mind that families tend not to recognize co-morbid psychotic symptoms.

< Author's abstract >

< **Key words** : autistic spectrum disorder, Asperger syndrome, adult, PARS, DISCO >