

行動症候群を行動だけで診断するのは難しい

橋本 大彦

小児期の精神障害は、行動面の診断基準で診断するしかない。しかし、その基準の背景にある精神病理を共通のメタ認知としてもっておかないと、想定外のものを取り込んで、診断が意味をもたなくなってしまう。自閉スペクトラム症がMBDの二の舞にならないよう過剰診断は避けるべきである。

<索引用語：自閉スペクトラム症，精神病理，診断基準，過剰診断>

はじめに

カナーが1943年に自閉症の最初の報告をしてからすでに70年以上が経過した。その間に診断概念は、小児期の母子関係から、自閉症児本人の側の問題に移り、その自閉という基本症状の理解は、統合失調症の自閉性から切り離されてきた。

DSMの体系のなかでは、DSM-IIIで、広汎性発達障害（pervasive developmental disorders：PDD）という術語が盛り込まれ、そこに小児自閉症が含まれていた。このときに挙げられていた診断基準は、著者の感覚としても、周囲の児童精神科医の感覚としても、いわゆるカナー型の自閉症の特徴をよく表現していた。

ここで一旦概念が絞り込まれた自閉症は、その関心が基本障害は何か、ということに関心が移っていく。これ自体は自然なことであり、同時期に、語用論的な意味理解の問題と、こころの理論といわれる二次表象、三次表象の困難さを基本障害とする主張が広がった。確かに、ラターが指摘したような言葉の象徴機能の問題は、ある程度の表出言語を獲得したいわゆる高機能自閉症では、語用論的な問題と、二次表象、三次表象の問題として表れる。ただ、この二次表象、三次表象は、他の

発達上の問題を抱える、未整理、未分類の障害にも認められる。そして、これらが未整理のまま、自閉症と同様の障害を一部もっているということで、自閉症の延長線上ないし、自閉症概念が拡張された広汎性発達障害のなかで説明されるようになった。それに合わせて、広汎性発達障害の診断概念も拡張されて理解されるようになり、“not otherwise specified”という一層の曖昧さを含んだ診断カテゴリーが、臨床現場で“便利な”診断名として用いられてきた。スペクトラムや、broader phenotypeといった、境界の曖昧な連続性をもった概念が出てきたのもこのような拡張の流れのなかである。

診断カテゴリーが拡張されることで、当然診断の頻度も上がり、精神科全般のなかでの認知度も上がったわけだが、行動面だけで定義される診断概念は、その背景にあるメタ認知、つまり、カナー型の自閉症のイメージを共有していないと、同じ言葉から違った判断をしてしまうことになる。例えば、少し凝り性であったり、共有される範囲が狭い趣味をもっていたりすると、いわゆるこだわりがあると評価されてしまったり、小児での強迫的不安がすべて自閉症の同一性の保持と見

なされてしまいやすい。そのため、広汎性発達障害の診断概念は、過去の minimal brain dysfunction (MBD) とほぼ同じ道のりをたどることとなった。

ただ、MBD と違い、中核となるカーナー型の自閉症自体は明確なものであることから、それをより現代的な言葉で絞り込めるように努め、同時に一部重なっていても別のものということで整理しようという試みは、DSM-5 の社会的（語用論的）コミュニケーション症といった概念の新設にも表れている。概念が拡張していろいろ取り込んだために生じた矛盾を解決すべき段階であり、弁証法的に、あるいは発生的構造主義でいう同化から調節に移る段階といえるのであろう。

さて、本稿は、このような現状のなかで行われた、「自閉スペクトラム症の臨床実践——過剰診断と診断見逃しのジレンマのなかで——」というシンポジウムの内容を特集にしたものであるが、このシンポジウムは、当初「自閉スペクトラム症——過剰診断と診断見逃しのどちらが罪が重い——」という大胆なテーマであった。本来の趣旨を説明すると、自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD) の診断基準の運用の問題をどう考えるか、ということであろう。この問題は、論理的にどちらが正しいかではなく、それぞれの医師の精神科臨床のなかで形成される医療倫理からみてどう考えるのか、どうしてそう考えるのかという問いに答えることになると考えて、あえて答えれば「過剰診断はよくない」という立場である。以下にその理由を述べさせていただく。

I. そもそも、診断するとはどういうことと 考えているか

過剰診断と診断見逃しということを議論するためには、まず、著者が診断とはどういうことと考えているかを述べておく必要があると思う。臨床での診断という行為について共通理解がないとは考えないが、本稿のように診断という行為自体を議論する際には、話の前提として確認しておきたい。

本稿では著者は診断を「外界にある混沌とした対象物（「人」ではなく行動や思考や感情）をいくつかの塊にまとめて、何らかの有益な単位に整理する過程」とする。どのような基準でまとめるかは、その有用性や、対象物によって異なり、①実学的に医療上便利なものを症状や経過や治療法でまとめる、②能力の獲得に対しての能力の喪失である認知症や、平均、正常からのマイナス 2.5 SD を基準とした低身長のように、論理的な整合性で抽出する、③染色体起因症候群のように、物理的な差異を表す、④非行、ジェンダーのような社会的基準でまとめられるもの、⑤後見人診断書で必要になるような、法的な基準で要請されるもの、⑥時に、探索的視点をもった仮説的な基準でまとめられるもの、などがあるだろう。著者は、DSM-5 での自閉スペクトラム症や DSM-IV での広汎性発達障害は、①と②と⑥が混在したようなものだと考えている。

II. 自閉スペクトラム症の診断が 曖昧になる理由

自閉スペクトラム症の診断が曖昧になる原因としては、症候学的な組み合わせとしての診断と、精神病理としての診断が混在していることにもよると思われる。例えば、結節性紅斑は、診断名でもあると同時に症状名でもあり、症候学的、病理学的には同一原因（脂肪組織隔壁の炎症）だが、原因としては、特発性、結核などの感染症、自己免疫疾患、妊娠、薬剤性、悪性腫瘍など多彩であって、1つの結節性紅斑という言葉は状況によって使い分けられている。しかし、自閉スペクトラム症は、症状レベルの話が、治療的に有用な診断に直結しているかのような使われ方をしていることが多い。自閉スペクトラム症を記述する診断基準はまだ未熟なものであるにもかかわらず、その限界に気づかれずに、精神医学の流行り廃りで右往左往させられているようにみえてならない。精神医学的にみれば、精神病理、異常心理をいかに治療するかということであるはずなのに、その病理抜きに診断が行われているようにみ

えて仕方がない。親からよく聞かされる「これまでは子どもの診察はしないで、親に話を聞かばっかりでした」「診断は言われたけれど、『あとは療育で』とだけ言われて、具体的に何をすればいいのかについてのアドバイスがなかった」という話は、そういう診断プロセスの結果であろう。

なお、診断の曖昧さを取り除くという点では、Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) のように、構造化された環境、刺激に対しての子ども自身の反応を観察して点数化するという手法もある。このような手法は、過剰診断や見逃しを少しでも減らし、再現性のある多数の評価軸での記録が残ることになるので、重要である。ただ、導入に時間とコストがかかりすぎて、現在の診療報酬のなかで臨床的に普及するのは難しい。また、ADOS 自体は、それ自身の評価の限界もコメントしているのだが、昨今の Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) の使われ方をみても、こういう検査は極端な言い方をすれば、「血液検査で Hb の低下, Fe の低下から鉄欠乏性貧血を診断する」と同様の使い方ができるかのように広がってしまう可能性もある。そうなると、再び精神病理が見失われてしまう。

Ⅲ. 身体疾患の診断の意義はわかりやすい

DSM-IV までの広汎性発達障害や、DSM-5 での自閉スペクトラム症は、行動症状が診断基準となっている。これは、発達期の児童や、知的障害のある成人の場合に、体験症状を言語化することが困難であるという制約によるのであって、現状では避けようがない。ただ、この行動症状が正しく評価されていないのではないか、というのが著者の問題提起である。

同じく、医師が状態像を判断して、症候学的な組み合わせから単一の疾患である可能性を高めて診断をするものに、関節リウマチがある。関節リウマチは、症候学的な整理から、結果として免疫学的な原因にたどりついているという点で、自閉スペクトラム症もかくありたいというお手本のよ

うなものだと著者は感じている。

さて、その関節リウマチについて、専門家がどのような構え方をしているかという点で、東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センターのサイト¹⁾が、非常に興味深い説明を載せているので、長文になるが引用する(下線は著者、一部省略)。

関節リウマチ分類基準

一般に、20 年以上前に発表された米国リウマチ学会の分類基準(1987 年)がよく知られていますが、これはあくまでも臨床研究を行うために患者を均一化するための分類基準であって、診断基準ではありません。確実に関節リウマチであると分類するのが目的のため、特に関節リウマチの初期の状態での診断には使えないことが多いと言われてます。

近年、発症早期から強力な抗リウマチ薬で治療を開始すれば関節の破壊を抑えられることが多くの研究で証明され、早期診断の重要性が叫ばれるようになってきました。そのため新しい診断基準の策定が待たれていましたが、2009 年の米国リウマチ学会において、欧州リウマチ学会との共同作成による新しい関節リウマチ分類基準(試案)が発表され、若干の改定を経て翌 2010 年に論文化されました(2010ACR/EULAR 関節リウマチ分類基準)。今回の改定は、早期に抗リウマチ薬による治療開始が必要な患者を同定することも意図したもので、早期診断には極めて有用だと考えられています。

ただし今回の新しい基準もあくまでも分類基準です。この基準に合わない関節リウマチ患者も、この基準には合致するが関節リウマチでない症例もあります。またこの新基準を使うためには一定の診療技術も要求されます。滑膜炎による関節腫脹を診断し、適切な鑑別診断を行った上で関節腫脹が他の疾患によるものではないと判断出来るか。X 線上の骨びらんが関節リウマチによるものか診断出来るか。X 線上の骨びらんが関節リウマチによるものか診断出来るか。(中略)関節リウマチの診断には自信と実績

があります。関節炎でお困りの患者様は是非当センターでの診療を受けてみて下さい。

著者が下線を引いた箇所は、診断基準の控えめな運用と、診断基準に限定されない臨床的、治療的に有意義な診断をきちんと行うという構えを表していると思う。本来なら、精神科でのDSMの運用もこうありたいもので、シュナイダーが一級症状をまとめた際に「控えめに」と述べたような慎重さが臨床的な運用に求められるし、治療的介入の妥当性を根拠づける有用な病理をより積極的に見出すべきであろう。精神疾患では、身体疾患と異なり、文化による表現型の違いがあったり、発症しやすさ自体に複数の遺伝子が関与する場合が多いと考えられることから、臨床的な診断を単一の生物学的な病理に帰着させることが現状では難しいと思われる。したがって、なおさら、臨床家としては診断基準の運用に慎重であるべきだと思われる。

IV. カナーが考えていた自閉症概念は、現在の自閉スペクトラム症に反映されているのか

精神科の診断も、もともと共通の病理を想定しているはずであって、例えば統合失調症であれば、かつての早発性痴呆、緊張病、破瓜病などが整理統合され、統合失調症となり、一級症状などが整理されてきた。カナーも、自閉症の特徴として、普通には周囲の人とかかわれない、同一性保持、物にはすぐに魅了される、コミュニケーションの目的で言葉を使わないといった点を挙げて、これを母子関係のトラウマによるものと考えた。現在の自閉症概念は、これとはまったく異なっている。

では、カナーが考えていた自閉症概念は、現在の自閉スペクトラム症の診断基準に反映されていないかといえば、そうでもない。自閉性、同一性保持、感覚過敏といった所見を、あれこれ言葉を変えたり、入れたり外したりして、しっかり残している。ただ、そこにある、みんなが合意できそうな「自閉性」とはどういうものか。著者自身は、

DSMからは、恥ずかしながら、書かれている行動以外はほとんど読み取れない。

V. 自閉スペクトラム症の病理

DSMの自閉スペクトラム症の診断基準を使うにも、基本障害としての病理を考える必要性についてここまで述べてきた。成人期の精神疾患でも同じで、仮にも精神科医であれば、「妄想(+)」「幻聴(+)」といった所見で診断につなげていくということはないと思う。妄想を述べればすべて統合失調症というわけではなく、一次妄想や、二次妄想や、了解可能性といったものを検討するであろうし、幻聴にしても、自他境界の崩れを反映した体験であるかどうかや、解離性の体験、宗教的体験、被暗示性の問題かどうかといった評価をするだろうと思われる。同様に、自閉スペクトラム症の診断に際しても、DSMに挙げられている行動症状の行間に含まれている意味を読み取る慎重さが求められる。多くの場合、患者本人が体験内容を語ってくれるわけではないので、なかなか難しいことも多いが、それを考えないと過剰診断になりやすい。

例えば、「こだわり」があるので自閉スペクトラム症と言われたというような成人患者に、ままた遭遇するが、そうである場合もあれば、そうでない場合もある。強迫症とみるべきときもあるし、注意欠如・多動症（attention-deficit/hyperactivity disorder：ADHD）で「凝り性」というべきものかもしれない。子どもの場合に、対人関係で「適切な距離がとれない」ということが、実際に他児童と物理的に近づきすぎるといった行動であれば、注意欠如・多動症の衝動性、自閉スペクトラム症圏の自閉性、知的障害のあるダウン症などでみられる愛着の1つ、愛着障害での脱抑制的な愛着、ベンゾジアゼピン系薬物服用での脱抑制、てんかんに関連した粘着性、崩壊した教室内でのみみられる限局的な適応といった可能性を検討する必要がある。

DSM-5では、語用論的な障害は、自閉スペクトラム症の診断基準ではなく、社会的（語用論的）

コミュニケーション症の基準に記載されている。しかし、語用論的な障害があれば、そもそも自閉症の基本障害が語用論的な障害であるという主張があったように、年齢相応の相互的な対人関係の維持の困難につながることは容易に想像できる。したがって、自閉スペクトラム症の診断項目に該当するかどうかの判断は、そういった基本障害を想定しながらであることが望ましい。これを確認するために、著者はいくつかのスクリーニングを行っているので、具体的に紹介してみたい。

小学生の日常的な材料を使った認知面の評価としては、国語の教科書にある「はなのみち」(光村図書こくご1年)をよく使っている。ほかにも、「にくをくわえたいぬ」(三省堂こくご1年)を用いることもある。「はなのみち」は、冬に穴の開いた袋に入った種をこぼしながら歩いたあとに、春になって花が咲いたという話だが、季節が変わったことは「あたたかいかぜがふきはじめました」としか書かれておらず、花の咲いたのは歩いた道だとも書かれていない。それを文脈から読み取るという、小学1年生には極めて難度の高い課題である。「にくをくわえたいぬ」も、肉をくわえた犬が水面に映った自分の姿を自分と気づかずに脅かそうとして「わん」と吼えたのと、吼えてくわえていた肉を川に落としてしまったあとの「わん」の内容を理解できているかどうかを問うている。いずれも、語用論的に暗示的な内容を汲み取るという能力が必要であって、私の外来では、成人であつても難しさを抱えている患者がいる。

中学生以上であれば、「朝ご飯のとき、目の前に、自分の作ったお味噌汁と、お母さんが作ってくれたお味噌汁があります。2つのお味噌汁の違いはなんだと思いますか。正解があるわけではありません」という質問を試みる。味、具、温度、手間、といったもの以外に、(味噌汁に対してではなく子どもへの)愛情というキーワードが理解できないようでは、やはり語用論的な問題か、あるいは二次表象、三次表象に問題があると考えざるを得ない。

VI. 過剰診断の別の側面

過剰診断は、極端な言い方をすれば、精神をみない精神科診療になってしまうことに起因すると思われるのだが、このような診察は同時に、自閉スペクトラム症の診断がつくと、自閉スペクトラム症ですませてしまうことにもつながりやすい。そこで、最後に、縦断的にみて、自閉スペクトラム症の診断が議論になりそうな事例を紹介したい。

1. 事例 A

両親、姉ともごく自然。1歳半までに、なぐりがき、模倣、ごっこ遊びがみられた。2歳数ヶ月で言葉が出ないことで初診。折れ線(一旦出現した発語が消失する現象)ではなかった。自閉症が疑われたが、将来にわたる重度の知的障害は想定されなかった。しかし、3歳になつても名詞理解はなし。4歳から、環境変化で興奮、自傷行為が激しくなつた。支援学校へ就学後から卒業するまで名詞を理解せず、日々激しい精神運動興奮と自傷を繰り返す。自閉スペクトラム症の過剰診断ではないが、重度の自閉スペクトラム症というだけでよいのかどうか。

2. 事例 B

母親はごく自然な印象だが、幼少時に「天井をみてるくる回るばかり」「子どもとも親とも遊ばない」「言葉が遅い」「集団に入らない」という既往あり。子どもは、就学前に2名以上の児童精神科医から自閉症の診断を受けたが、成人した今では、優しく相手を気遣う青年になっている。言葉遣いが時に硬くて、社会的コミュニケーション症には該当する。幼少時の状態が現在の自閉スペクトラム症に該当したとしても、脱自閉するような病理を無視するわけにはいかない場合がありそう。

3. 事例 C

幼児期は、紋切り型の奇妙な言葉を繰り返すのみ。後追いはなく、親の帰宅を喜ばず、弟以外と遊ばず、視線を合わせず、予定の変更を嫌った。

大学の成績は良好。周囲と受動的に交際。大学時代から、食器の音、他人のくしゃみ、車の音などの生活音を嫌った。就職して2年で引きこもり。20代後半で5カ所の医療機関を受診し、すべてで自閉スペクトラム症と診断された。30歳を過ぎてから、「統合失調症が気になります」と自分で言いだし、妄想知覚があると訴えるようになった。統合失調症とも、自閉スペクトラム症ともいえないこの病理をどう説明するべきか？

4. 事例 D

3歳までしゃべらず。保育園への行き渋り、人見知りか激しかった。表情は変化に乏しかった。小学校低学年で言葉の教室へ。友だちづきあいを嫌い、1人で本を読んで過ごしていた。中学2年から自己臭を気にして不登校となった。中学3年生時に、大学病院で広汎性発達障害の診断。高校は成績優秀で大学へ進学。その1年後、命令性の幻聴、思考伝播、関係妄想などの幻覚妄想状態で錯乱し数回入院。小児期の状態は、成人期の統合失調症に至る脆弱性 (high risk) を表していたのか？

このように、広汎性発達障害、自閉症の診断がついても、その後の経過にはかなりの変動があり得る。自閉スペクトラム症ならよくあること、ですませてしまうのは、臨床的にも学術的にも、自閉スペクトラム症に、広汎性発達障害がたどった道を再びたどらせることになるのではないかと危

惧してしまう。

おわりに

現在の精神医学は、自閉スペクトラム症にせよ、広汎性発達障害にせよ、歴史の検証に耐えた診断基準といえるほどのしっかりした疾患単位を見出せていない以上、「臨床的に控えめに自閉スペクトラム症と診断」するべきだと考える。その際にも、診断の単位を構成する項目について、その背景に想定されている障害内容を見つけて、単純な診断基準の文言をあてはめた結果としての診断ではなく、その患者、患児の今の生活の支障の原因になっている特性・病理を共有することが必要だろう。同時に、自閉スペクトラム症で説明できないものを無視しないということも重要と思われる。

以上より、自閉スペクトラム症という病態が知られるようになったのは好ましいことだが、それですませてしまう過剰診断の方が「罪が重い」と考える。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター：関節リウマチ分類基準 (<http://www.twmu.ac.jp/IOR/diagnosis/ra/ra-diagnosis/classification.html>) (参照 2017-09-01)

It is Difficult to Diagnose Behavioral Syndromes Exclusively on the Basis of Behavior

Ohiko HASHIMOTO

Hashimoto Clinic

Psychiatric disorders in childhood can only be diagnosed with diagnostic criteria that address the child's behavior. However, the diagnosis would ultimately prove meaningless unless the understanding of the psychopathology behind the criteria is shared by clinicians, because otherwise behaviors not originally targeted by the description of the diagnostic criteria would be erroneously seen as meeting a diagnostic criterion, i.e. behaviors outside the target of the diagnostic criteria would be included in evaluation of a disorder. Overdiagnosis of Autism Spectrum Disorders should be avoided so that it will not repeat the same mistake of Minimal Brain Dysfunction.

< Author's abstract >

< **Keywords** : autism spectrum disorder, psychopathology, diagnostic criteria, overdiagnosis >
