

広汎性発達障害の理解の現在

十一元三(京都大学医学部保健学科・児童精神科医)

はじめに

私に与えられましたテーマは「広汎性発達障害の理解の現在」ということで、最近の知見と医学的に見て確実度の高いと言われている所見をご紹介しますと思います。

広汎性発達障害という言葉は誤解を生んでいることが多いのですが、よくある誤解の例は発達の初期の学習、養育の過程でハンディキャップが生じたというものです。精神分析学が一面的な形で流布した時代がそうであったように、母子の関わりが原因となるというもので、心因論で、お母さん方が誤って非難されました。もちろん発達の初期の環境が重要ですし、養育者の関わりは影響があることは間違いのないのですが、それが根底的にハンディキャップを発生する原因であったということとは違うということを明確にしておくことが重要かと思います。現在の言い方では生得的に脳機能のある部分の気質成熟に問題があつて、発達に広汎な影響が現れた。その結果、認知行動にハンディキャップのある状態が生じている。その中心は対人反応様式に関するものであると考えられるようになってきております。

今から60年少し前の 1943 年に、アメリカのジョンス・ホプキンス大学病院の児童精神科医 L. Kanner が世界で最初に「自閉症(早期幼児自閉症)」の報告をしました。翌年、1944 年に互いに独立で、ウィーンの小児科医 H. Asperger が4人の子どもについて詳しい症例の解説をした論文を発表しました。二人ともに発表のタイトルに autistic, autism(自閉症)という言葉を使ったことが、現在の自閉症研究の始まりであることはよく知られています。今、自閉症という言葉を聞くと世界中の専門家はカナータイプの自閉症の子どもを想像すると思います。カナー自身が最初に報告した事例は、主に幼少期から学童期で、知的発達もさまざまでした。どの事例にも、生まれ落ちた時から人に対して気配を察知して、表情を変えるとかが見られない。言語発達にもユニークな特徴が見られたと報告しています。このことはご承知

の通りかと思います。同一性保持には、強烈的な嗜好性がある、それが実現されない、パニックを起こしてしまうことも報告されています。現在知られている自閉症の特徴はカナーの報告に見事に現れていると言っていると思います。

アスペルガーが記載した4人の少年ですが、人にあまり応じない、相手の態度を無視してくっついてくるという距離感の問題を指摘しています。また、視線が合わない、不自然である、合うが、目がすわっている、上目使いになるとも書いています。言語使用についても、ADHDの多動系が一部の子どもさんに見られる、繰り返しが多い、こだわりがある、文字よりも数字を好むなどの記述もあります。カナーと違いまして言語発達は良好であったという報告がなされていますが、これは現在の診断基準にも用いられカナータイプとの相違点の一つとなっています。引きこもりよりも、人によくくっついて、いたずらをやったりするという違いもあります。

「三つ組の障害」と診断をめぐって

自閉症、アスペルガー症候群の一般の解説書には、ヨーロッパ系統の児童期の子どもをイメージしてできた診断基準ですが、社会性、コミュニケーション、想像力の障害という「三つ組障害」の枠組みがよく用いられています。これはそれなりに広汎性発達障害の子どもの特徴をとらえてはいますが、問題点は高機能の自閉症やアスペルガー症候群となると「ごっこ遊び」をやりませんし、「見立て遊び」もやりません。もう一つは意味はわかりやすいんですが、障害の枠組みの広がりがどこまでなのか分からないので、医学概念との対応性が難しいという面があります。社会性、コミュニケーションでいうと雄弁な人もいます。自分のことを切々と語るアスペルガー症候群の青年、大人の方はいくらでもいます。何が問題かというと、コミュニケーション、想像力に含まれている、ある対人相互的な部分、例えば、一方通行にならないように気を配る、相手の気配や言っている内容からフィードバックを受けて自分もまたそれに触発されて会話や遊びをする、相手の気持ちを酌んでロールプレイをするなど、相手との気配や感情を理解する、そういうファクターが弱いです。

この3つはどれも対人相互性を別の段階で言い直している部分がありまして、当

然、医学的な診断にも関係してきますので、現在の方向性はなるべく独立した要素をきちっと抽出して、ハンディキャップの本質をとらえようということで、DSMの自閉症の項では「対人相互性の質的障害」という言い方をしています。自閉症では、こだわりの問題が重要です。同一性保持の欲求が強く、興味・関心が限局しやすい、それを繰り返し追及する、場合によってはエスカレートするという特徴を取り出しています。現在の診断基準の一つは対人相互性の問題で、社会性とコミュニケーションにおける対人相互性を問題にし、視線のレベルや、情緒的なやりとりのレベルからなどさまざまなレベルから検討します。第三の基準として、一言でいうと脅迫的な傾向をとらえます。行動、精神活動が限局化されやすい、同じことを反復しやすい、オモチャの自動車に関心を持ったとしても、その一部にこだわり、その箇所のみを好きになる、好きの意味合いが違う場合が多いのです。

一方、アスペルガー障害の方は対人相互性の問題で言語の部分がカットされていて、いきなり脅迫的な傾向があると現在は位置づけています。コミュニケーション上、言語発達の問題を一応カットした形です。

これによって、アスペルガー症候群の青年と自閉症の青年との間に診断的な違いを設けるということですが、これに関してはいろいろ議論があります。この点については本日のテーマではないので触れません。

まとめていいますと、広汎性発達障害という枠の中に括られることができるのは、まず2大中心的特徴、すなわちコミュニケーション、情緒的な相互性を含む対人相互性の問題ともう一つは同一事物への脅迫的な限局化と反復が起こりやすい。これが壊されるとパニックに至りやすい。実際、子どもや青年と会っていると、診断基準には必ずしも載っていないのですが、パニックを起こしやすいという特徴があります。対人状況の場で起きやすいと思います。小さい子どもさんの場合はADHDの特徴、注意散漫の行動が見られる方が多いですし、知覚過敏、感覚が不安定といった特徴もみられます。感覚統合の一部と言っていると思いますが、注意の過剰性も感覚知覚の問題と切り離せないと思います。特殊な記憶様態の問題もあります。これらは診断学的には付加的特徴ですが、診断や相談にあたる側としては、

付加どころではない、中心な問題になるような特徴であるとも見られます。

障害の状況の現れ方の多彩さ

同じ広汎性発達障害といっても、カナータイプの自閉症によくみられるように、繰り返しが多い、パニックとか、こだわりがある、何かをしていないと進まないという場合もあります。高機能自閉症の青年になると、授業中は問題はないが、体育祭、文化会になると揉め事が起きてしまう場合があります。アスペルガー症候群で大人に近い人でかつ一見適応のいい人になると、就職して会社で評価され、管理職についているという方もおります。なぜ適応がよかったのかというと、本人は毎日の電車通勤が拷問のようだとか、道行く人を避けられない、文字が明朝体で書いてあると読めなくなる、普通の体験では想像しづらいいろんな苦勞をされています。それだけ障害の状況には広がりがあるわけです。

多彩さというのは年齢による変化もあります。歳が上がっていくと多動傾向は落ちていきます。年齢よりも知的発達の度合いによってもちがいます。自傷行為が出やすいのは重度の精神発達遅滞をとまなっている子どもさんですが、高機能自閉症ではそういうことはだんだん見られなくなります。知的発達のみならず、アスペルガー症候群、特定不能型広汎性発達障害という、より定型発達者に近い特性になってきますと、問題は対人相互性の社会性の乏しさより、そのような特徴を持っているが、未分化な形で身につけているために、社会参入した時にトラブルが起きてしまう方向へとどんどん移行していくように思います。家庭裁判所とかで問題になる多いのですが、真面目な少年がいきなりアレっと思うような触法行為になってしまう場合があります。動機的には反社会性がなくて、非社会的な行為をそのままパッとやってしまった、やった場が社会的な場所であったために、運が悪く、事件化してしまう場合もあります。知的発達がいくらよくても、アスペルガー症候群、特定不能型広汎性発達障害の人で、一見コミュニケーションが円滑に見えても、ハンディキャップになりうる特性があるということはしっかり把握しておかないとサポートしづらいと思います。

対人相互性は一つの軸です。子どもたちの発達過程でいろんな問題がありますが、大人になっても、知的発達がよくても、最後まで残るハンディキャップは、通常でいう人付き合いの技術とか社交性が高いとか低いとかとレベルではなく、乳幼児期から一貫する、人に対するある種本能的な人から教えられてやるような反応や行動様式ではない、特異な反応や行動様式とする場合があります。幼少期では、指さされた方を見るという視線に対するジョイント・アテンション(共同注意)の問題とかがあります。学童期、青年期になると性差の意識や性的関心は異性との微妙な対人的距離の取り方や微妙なニュアンスをともなった会話ができるのが定型発達者ですが、そこで躓きがでてくる場合があります。

一方、対人相互性をあまり必要としない領域、物理や法律的なことや規則的なことに小さい時から興味があり、好きであった、そういう人が多いように思います。特に高機能自閉症やアスペルガー症候群の方の伝記を読みますと、親にあやされるのが苦痛だった、人の顔が近づいて来ると怖かった、壁に映っている模様を見ると幸福な楽しい気持ちになった、幼少期には文字よりも数字が好きだった、水が溢れだすのをいつまでも見るのが楽しかったなどのエピソードがでできます。学童期になると精神化されてきて、辞書が好き、持っていないゲームなのに攻略本を買ってマスターする、小学生の時に『六法全書』を買ってもらった、『会社四季報』をながめている方がマンガを読んでいるより楽しかった、という子どもさんもいます。自然現象に対する関心が理科実験的な関心に本格化する場合があります。そういう特徴が学童期には現れてくるように思います。

「広汎性発達障害の理解の現在」という時には、それをちゃんと理解し、調べていくための前提として、こういう青年たちが広汎性発達障害と呼ばれるのはそうしてか、その人たちはどういう特徴を持っているのかを見極めないといけけないので、上で述べてきたような問題の整理をしてみました。

広汎性発達障害の最近の心理学的研究

幼児期の自閉症研究の一つに最近注目をあつめているのが共同注意の研究で

す。共同注意(ジョイント・アテンション)を調べる方法に次のようなやり方があります。両脇に箱が出てきて、箱のどちらかに光点が出ます。コンピュータのマウスに手をおいて、左に出たら左クリック、右に出たら右クリックで早く答えてもらおうという実験です。箱が出て、パッとドットが出る。ドットが出る前に実験者の目が一瞬動きます。実験者の目の動きによって実験者の目の動き(注意、アテンション)に釣られてシフトしたか。反応時間を見るとわかります。目が反対向くとこれを見つけているのに一瞬遅れるわけです。それが普通で、遅れるということは共同注意が成立していることになります。その結果、定型発達の子は目が動かない場合、点の位置を探すのに400ミリ秒すなわち0.4秒で見つけます。ところが目の向いた方に点が出た場合は検出までの時間が短くなる。速く見つけます。ジョイント・アテンションが成立していると、目が反対向くと釣られて遅くなります。この秒差のちがいが相手の視線の影響を受けている証拠なんです。高機能自閉症のお子さん、同じ年齢の同じ知的発達している少年たちですが、目が動かない時は速い。目が一致した場合と目が反対向いた場合とでは、統計的にはほとんど変わらない。すなわち視線に釣られないのです。実験者の目の動きの影響を受けにくいのです。アスペルガータイプの少年たちの場合には、目が動かない時、目が点の方向を向いた時、反対を向いた時、いずれも共同注意が定型発達の人たちと同じ程度で見られました。数値上、ここに対人相互的な働きに対する反応という点で一つのステップがあるように思います。

次に、言語連想検査の実験の紹介をします。言葉の穴埋めをする問題ですが問題を難しくします。穴埋め問題を解く前にヒントを出します。時計というヒントに対してネクタイが正解なので、これは役に立たないヒントということになります。ヒントがない状態と同じですが、戦争というヒントで軍隊と気づくという問題になると正答する確率が上がります。意味プライミング効果はよく起きる現象で、一気に正解率が上がります。海岸を見て、階段を連想する。音が似ていて意味が繋がらない問題の例です。音韻プライミング効果といいます。音韻プライミングも同時に調べてみます。定型発達の大人や子どもは意味で物事を考える習慣がついています。意

味はヒントになりますが、音韻のヒントはさほど有効性がないというのが結果です。定型発達の人には意味のヒントを出すと正解率が80%まで上がります。音韻のヒントを出すと多少は役に立つが、意味のヒントに比べて落ちます。高機能自閉症の人には意味のヒントの後よくできます。正解率が上がっています。音のヒントも同じくらい強く正解に寄与しています。定型発達の人以上に音韻的ファクターが作用しています。アスペルガーの人たちは意味のヒントも音のヒントもかなり強い効果があります。言語能力に関しては高機能自閉症に比べるとアスペルガーの少年たちの方がはるかに高く、会話も、一見、円滑で流暢に見えるんですが、この検査では音韻的なものに対してもかなり敏感に反応していることがわかりました。

広汎性発達障害の最近の神経学的研究

頭にシールを貼り、近赤外線を使って血流の変化を調べます。この方法で血流量の流れを調べて脳の活動のようすを研究します。脳波より簡単で脳の深部の活動もとらえることができます。おでこに、シールを2枚張ります。これで前頭前野の灰白質部の血流の変化を調べます。休んでいる時の血流、総ヘモグロ빈は0のラインです。「はい、問題を解いてください」と言うと前頭前野の血流が増えます。難しい問題を解いている時は、数値が強く上がって、やさしい問題になると落ちていく。「はい、終わり」というと0のラインに戻る。ベースラインからの上がり方を脳の賦活、アクティベーションの指標として使うわけです。

二つの課題の解答じのようすを実験をしました。まず、言葉の問題です。「乗り物をたくさん言ってください」、「大工道具を言ってください」、いずれも30秒以内に言えるだけ、言ってくださいと教示します。これはカテゴリー流暢性の検査です。次の実験は言語のかまない図形の問題です。図形を提示して欠けた部分を探すという課題です。最初は簡単ですが、だんだん複雑になってきます。それ以外に途切れた図形を見せて論理的に合うように選んでもらう。それも最後の方になると、よく見ないとわかりません。上下左右の整合性から判断します。論理的な回路能力を見ていくのです。言語と非言語の課題を比べてみました。

定型発達の人の場合、左半球の言語野のある前頭前野が強く活動していました。右もある程度活動しています。高機能自閉症の人では、左右差がない活動パターンになっていました。前頭前野の活動が不活発ではないかとおもえるような活動量です。言語だけではなく、図形でも、左右差が消えるような脳活動パターンになっていました。高機能自閉症の人は両方にともに活動が活発なんです、血流量があまり増えてきません。楽に問題を解いているから上がらずに済むのではないかということが、言われていますが、そう単純ではないようです。取り組む課題の性質によって違うということがあるように思います。この課題は、ユニークな特徴を持つ問題ですし、生理学的な結果も両者の違いをよく反映していると思います。

自閉症やアスペルガー症候群の神経心理学的特徴を一体、どういうふうにとらえたいのか。これまで検討は進んできたのですが、心因論で説明しようとした時代、言語認知障害説で説明しようとした時代、そして今日の感情、共同注意の問題をベースにした考え方など視点の違いがありますが。まだどの説もうまく説明していません。

神経学者たちは脳幹の覚醒の問題ではないか。海馬だとか、協調運動が苦手だから小脳の問題ではないとかいろいろ言ってきました。前頭前野の機能がよくわかってきた90年代以降になると前頭前野でほとんど説明できるのではないかという意見もありあます。最も今、堅い所見ではないかと言われている説に「扁桃体-辺縁系障害説」というのがあります。

脳機能を考える時、あまりにも脳は複雑で、こみいっています。大雑把な区別ですが、大事なのは脳の外側にある大脳皮質という神経細胞の固まりです。その白い部分は神経同士の電気伝達路になります。その表面とは別に脳の奥の方に白質の中に埋もれる形で、もう神経細胞の固まりがあります。この皮質下にある神経核と大脳皮質という系統発生的に新しい部分では全く役割が違います。特に表面の大脳皮質、その中でも特に発達したところは高次認知処理という、意識的な計算、言葉を読む、文章を考える、論理的判断をする機能を担っています。それに対して神経核は意識せずにやってしまう、本能的にしてしまうという傾向、無意識的で

あったり、反射的であったり。今の視線に釣られるというのも、それに関係あると思います。意識して釣られているのではなく、身体の方が勝手に反応している。膝の腱反射に似たところがあります。そういう部分ですので、発達を通じて行動、認知すべてに絶大な影響を及ぼすことになります。

扁桃体-辺縁系障害説について

扁桃体-辺縁系障害説について説明します。扁桃体は皮質でない脳の奥のアーモンドのような形の固まりです。海馬を通し現れる Papez の感情回路という部分の一部です。回路が回っていて、視床、帯状回という注意の部分を通ってもう一度一周して回ってくるので回路と呼ばれています。大脳皮質よりも皮質下にある本能的な、自動的にやってしまう機能を担っています。直観的な活動に問題が見られやすいということと関係していると考えられています。

別の軸から脳を考えて見ます。脳幹部の下部の方は呼吸や循環という生命維持に直結しています。上の方に分布する脳幹網様体は意識、失神しないようにする機能を担っています。生命維持機能が寝てしまわないようにする。大脳皮質と対で生命を維持していく上で大事な役割を果たしています。もう少し上のレベルに扁桃体があります。扁桃体は対人関係や情動に絡んでいます。社交技術という意識的なレベルの問題ではなく視線反射など、より本能的に集団の中や自分以外の他者がいる時にやってしまう交互作用のレベルの問題です。Papez の感情回路では、感情、注意、エピソード記憶、教育にとって大事な文化がかんできます。大脳皮質の中でも新皮質は意識的な認知処理、行動制御のレベルの問題を担っています。認知処理を円滑化しているのが基底核、最近是小脳も運動として認知処理にかんできていることがわかってきました。皮質対皮質下という視点と、系統発生学的なファンクションの問題と、この2つの視点を前提として考えることが重要です。

神経学的研究の中にMRIを使った研究があります。脳のこの部分に出血をしたらこの検査は苦手だろうと推理して実験を行います。神経心理学的検査を通じて間接的に推論するわけです。MRIでわかるのは脳の形態がどうか、構造的な問題を

把握することができます。また、ある問題を解いている時に脳の血流がどう変わるかをファンクショナルMRIで計ったりします。この方法で脳の活動が相当わかるんですが、脳の形態に異常がない場合、ファンクションが低下しているからといって、本当にその脳の部位に問題があるかどうかまではわからないのです。

結局、未だに手堅い所見は自閉症の方で事故で亡くなった人の解剖所見です。その事例の一つですが29歳の自閉症男子の事故死の方の脳を顕微鏡で調べた結果次のようなことがわかりました。海馬の Papez の感情回路の部位で細胞の密度が濃くなっているということがわかりました。細胞数をカウントすると数が多く、もし生まれてから低酸素とかでダメージを受けた場合には細胞の数は減っているはずなんですが、逆に増えていたのです。また、白い層構造、ラミナディセカンسという、本来なら胎生20か月で消えてないといけない、一時的に現れる構造物が、残っているという所見も同時にえられました。また、細胞のサイズは自閉症の方が小さいことがわかりました。細胞で言うと小さいが数は多いという所見です。一個一個の染色を変えて調べると、定型発達の人では細胞本体から樹状突起が出て、1本の軸索になるのですが、突起が2次分岐、3次分岐、4次分岐と発達して神経回路のネットワークができていきます。ところが自閉症の方の所見では、2次分岐、3次分岐の数が圧倒的に少ないという結果でした。一応分岐しているが、2次以上分岐していない。同じく Papez の回路の乳頭体も濃い。細胞一個一個で見ると定型発達の人の方が大きいという所見でした。

扁桃核は小指の先ほどの大きさですが、その中には10何個が神経核があって、そのグループで構成されています。扁桃核でも、自閉症の人の場合はセントラルグループの密度が上がっていました。別の高機能自閉症の12歳の男の子の事例でもかなり扁桃核-辺縁系に顕著な所見が見られました。重度の自閉症タイプの人では、3+が10個扁桃核-辺縁系に見られたのに対して、知的発達がよかった高機能自閉症の少年は3+は3つしかありませんでした。ひょっとすると細胞成熟の未分化さの程度がいろんな場所で起きている場合がカナリータイプの自閉症で、高機能の人はそれが比較的限局されているといえるかもしれません。この点はまだ

正確にはわかっておりませんが、一つの考え方として検討に値するかもしれません。

霊長類を対象にした研究で、バッチバレー (J. Bachevalier) という人がモデルチンパンジーに扁桃体-辺縁系の部分とその周辺もわざと生直後にダメージをあたえた結果、2か月で視線が合わない、他人からのアプローチをだんだん嫌うようになる、表情に乏しくなる、というカナートタイプの自閉症の子どもと似たタイプの特徴が出ました。そして、それが成人期に至るまで続いてマウンティングをしなくなる。神経科学的にはいろんな脳の部位が絡んでいる可能性があります。緊張の問題、こだわりの問題、注意、記憶、対人反応性、いろんな問題がありますが、直接扁桃体がかんていることがわかっているのは4つくらいです。記憶、感情、注意、対人の4つです。ところが扁桃体は脳幹部に強い投射を送っているので、覚醒状態の影響を受けるし、覚醒状態に影響を与えます。部屋に全く一人でいるのと誰かと一緒にいるのとではちがいます。また、無害の人と一緒にいるか有害の人と一緒にいるとでちがいますし、有害の人が別の部屋にいるというだけで覚醒状態は上がります。慣れてくると下がりますが、扁桃体はこのような働きと関係すると推測されています。扁桃体は視床下部とも連絡しているので自律神経、ストレス反応に影響が出やすいと考えられています。基底核との影響を通じてこだわりにも関与している可能性もあります。帯状回の注意の問題に関与している可能性があります。前頭前野の眼窩面に影響しているので社会的な行動の制御を時々破綻して不適切なことをやってしまうこともあるかもしれません。扁桃体自身の問題ではないですが、指令を送る根っこの問題だという考え方です。海馬を通じては、記憶として関心があると一発で覚えるが、関心がないとまるっきり覚ええないという二極化する記憶行動を説明する可能性があります。

サーキットを考えると自閉症の人の特徴を生理学的にかかなりの行動が説明できます。自閉症のもう一つ問題である、円滑さ、起用さの問題ですがつぎのような経験をしたことがあります。視線反射の検査をてんかんの患者さんでしたのですが、この患者さんは扁桃体の半分側だけ切除しないといけなかったのです。視野の半分

にだけ刺激を入れて視線反射が起きるかどうかを見たのですが、共同注意が消えてしまいました。扁桃体が共同注意にもかんでいることが京大の精神神経科の研究でわかりました。

神経学的に一番堅い剖検所見に基づいて、現代的に自閉症をどう理解したいのか。系統発生的な視点を加味しながら述べてきました。どの結果、主に皮質レベルの認知障害の問題ではなく、より本能的である認知機能の背後からじわっと影響を与えている部分での障害が考えられるというふう結果がえられてきています。注意、感情の部分からの作用で根源的な問題が起きやすい。また機能が分化しにくいといえます。その結果、認知、行動に影響が出ている、覚醒状態にも影響が出ているかもしれない、といえるのではないのでしょうか。ここで、無視できないのが小脳です。小脳は運動、協調、感動などかかっています。前頭前野機能、視空間、相手との距離感、情動的な問題、言語機能の一部、特に流暢性にかかっていることも最近の研究でわかってきています。自閉症の人の剖検で小脳にも8割以上の人に明らかな特徴が出ています。認知の円滑さ、情動的なインタラクションの円滑さに問題が出ている可能性があります。

以上、現在の研究から推測できることを推測の段階でお話すると、こういうことが言えるのではないのかということを紹介させていただきました。

おわりに

一般に自閉症の人たちの神経学的な所見は専門書の中でも読みにくいので日本ではあまり紹介されていません。英国系の心理学者の一見わかりやすい説が日本では紹介されていますが、それは学会で標準的に認知されている説ではありません。

私は精神科医ですので、心というファクターを通して脳や体をみています。心は虐待で乖離性障害になったりします。脳の領域を中心とした機能性精神病と言われるグループには統合失調症、そううつ病などがあります。これらは、薬がよく効くタイプの精神的疾患です。脳損傷、アルツハイマー性痴呆、てんかんの一部など

は、問題の生じている部位が特定でき、ここから問題が起きていると写真にはっきり写る精神的疾患もあります。気質性精神病といわれるグループです。心か脳か、中心的な問題はどこか、体の疾患によっても精神症状は現れます。広汎性発達障害の精神症状はどこの疾患に起因しているかという時、現在の仮説レベルではどれが正しいかわからないです。はっきりいえることは、心と脳の重なる部分に入るというのは間違いないというのが現在の知見です。

基礎的な知見を踏まえた上で最もフィットする治療教育のプログラムや発達支援を考えないといけませんと思います。関係者が互いに行動しづらくなるようなアドバイスをするというのでは困ります。

もう一つ大事と思うのは自閉症の方の療育にある種の特殊性が求められます。定型発達の少年と違っているところ、自閉症というハンディキャップをしっかり支援することが重要です。他方、定型発達の子どもも同じものを持っていると考えることも重要です。発達上の越えていくべき課題が拡大されて現れている場合もあると思います。決して特殊な問題としてだけ扱わないことが重要です。京都大学保健学科では加藤寿宏先生を中心に感覚統合で子どもの発達を支援されています。自閉症のお子さんのみならず、定型発達の人にもあてはまるような一般性の高いところで支援する部分も考慮に入れてやっているべきではないかと思います。

軽度発達障害では文部科学省が特別支援教育を打ち出しています。よく誤診が起きているのです。本来、アスペルガー障害をお持ちなのにLDとだけ診断されたり、落ち着きがないということでADHDとだけ診断されたりしている場合もあります。担任の先生が気づいているのですが、それだけの問題ではないということもしっかり見ていかなければなりません。学習障害は診断が発展途上です。漢字を正しく読める、発音するたりするところに障害や困難があらわれます。先程の区分で言うと、脳の奥の部分より脳の皮質、大脳皮質の部分、中でも分化した高次連合野の部分の問題です。ADHDはリタニンという薬が効果があります。きちんと診断した場合は、かなり改善率が高いことがわかっています。発達障害と括られています、広汎性発達障害は意識的な認知、知的機能に根本の問題があるのではなく、奥に

ある皮質下系の問題が認知を通じて現れていると考えた方がいいと考えています。学習障害は本来は皮質のファンクション、その部分にだけに、計算だとか読み書きの問題と問題が起きているというようにみることができるかもしれません。学習障害の中にも言語性学習障害、非言語性学習障害があります。ところが教育系の書物では非言語性学習障害のところを広げて、これを広汎性発達障害の中の「言語のない学習障害だ」と言ったりします。診断は将来的には神経学的知見に収束していく形でなされなければならないのではないかと考えています。さらには、願わくば子どもたちを支援する時、ちゃんとした理屈があるようにすべきです。その場合、理屈が整合性を持たないといけません。さまざまな角度から検討して、しっかり鑑別していく必要があると思っています。

荒木 現在の高機能自閉症、アスペルガー症候群の理論的な背景、神経学的研究の到達状況を簡潔にご報告いただきました。質疑応答をお願いしたいと思います。

質問 広汎性発達障害が発生する率が男性に多いのはなぜか。

十一 自閉症の方の比率は調べる年代によって、3～4人対1であったり、ある研究では10対1で男性に多い結果だったりしています。高機能自閉症の人は男の人に多いと言われています。さらに女の人は性差があるようで、高機能自閉症の人でも雄弁でソーシャルに見える場合が多いようです。そこで診断精度が上がると比率が変わらないのではないかと推測する人もいます。遺伝研究がありまして『ネイチャー』の雑誌で発表されたのは「性染色体、男か女を決定する染色体の一部にある社会的機能の発現の抑制を抑制するファクターがありますが、それが女性の方にある染色体についているから女性に少ないのだ」という推測を述べた論文があります。スキューズというイギリス人です。そうなると片方の性だけに起きないのはなぜかという問題が次ぎにでてきます。こうなるよくわからない。児童精神科医が言うのは、男性は相対的に非社会的な人が多いのではないか。ものを壊すとか、暴力事件とか、マニャックな世界で活躍する、そういうベースの上に他のファクターが

重なって広汎性発達障害という特性が実現するのではないかと考える人もいます。

質問 最近、高機能自閉症の方やアスペルガー症候群の方が本を出されているケースが多いですが、比較的共通しているのは、内容は感覚的な症状や身体的症状を本人たちが語っていることです。これまで自閉症の方に持ってきたイメージは、対人関係、コミュニケーション、社会性の問題を中心にとられてきたんですが、当人たちの身体の症状が出てくるところで、どう考えていったらいいか。

十一 感覚の問題がかなりの頻度であります。感覚運動的なものの統合が悪いカナタイプの子閉症のお子さんに一部ありますが、そういう次元の問題と、一見スムーズで何ら問題なく社会生活を送っている大人のアスペルガーの人も、自分である種の身体刺激を加えないとパニックに陥りやすい。そういうレベルの問題までいろいろあります。ボディイメージの問題とも絡みますが、今まで注目されてこなかったんですが、神経学領域の方が少しずつ乗り出そうとしています。感覚統合の方はボディの模倣の問題を追及しているので、かなりの頻度で、こんな基本的な動作ができないのかということが出てきます。感覚、感覚運動、ボディの問題と対人関係がどうかむかは大きな問題だと思います。ただし注意しないといけないのは、一方で診断という問題がありますので、どうつついても見えてこないこともあります。完璧にボディイメージもポインティングできるし、器用であるのに中心的な対人相互的な問題を持っている人もいます。診断学的問題かどうかわかりませんが、これが、ある頻度で出ていますね。認知、感覚運動と分けていますが、実は相応に溶け合って関係していて、小さいお子さんの発達の目で、もう一度科学していく必要があると思います、世界中でまだわかっていないことですので、今後の研究分野だと思います。その問題が広汎性発達障害を通じてよりクリアに浮かび上がってきているのではないかと思います。

質問 文献で高機能自閉症障害とアスペルガー症候群は別ものであるというものがあります。実際問題として違うのでしょうか。

十一 正解があるより、カナーとアスペルガーの報告の出発点として、臨床診断学

的に発達してきたのが現在の経緯だと言っていいと思います。一応、国際診断基準ICD-10というWHOの診断基準も DSM-IVというアメリカ精神医学学会の診断基準も完全に分けています。分けているが、広汎性発達障害で括っていることは相互にかなり関連したものだということは誰しもが一致するところだと思います。分けているのは世界的な見解なのです。一緒である、同じであるというのはどこの観点でものを言うかによって変わると思います。療育支援で小さいお子さんの場合は診断学的に分けても意味がないでしょう。弱いところ、強いところを評価するという意味では一緒ですよ。ところが大人の方で、家庭裁判所で起きた問題を扱う場合、背広を着て自分の説明までできる人が、「この人、自閉症なので今回の問題は加味してください」と言っても裁判官は信じないです。「アスペルガー症候群と自閉症はどこかで共通するが、またワンステップ違う段階の問題を持っている方がいる」としないと、その人のハンディキャップを説明できないんですね。本当は、一緒かどうかは誰にも答えられないと思いますが、現在のオフィシャルな見解は分けています。分けていてかなり共通性がある。診断がつくのとつかない中間の人がいるのです。そうなるので連続かどうかという問題がでてくるのです。問題は正しく評価さえすれば問題は起きないのです。現行の基準では分けていますが、認知検査をすると同じ部分と違うところが両方出るんですね。抱える問題も違ってくることもあるという点を大事にするのがポイントかと思います。

荒木 どうもありがとうございました。