

高機能自閉症とアスペルガー症候群

—臨床家のための概念整理

High-functioning autism and Asperger syndrome

吉田友子

Yuko YOSHIDA

ベック研究所・よこはま発達クリニック


◎高機能自閉症、アスペルガー症候群(AS)といった用語の理解に必要な情報を整理した。ASに関しては、① Hans Asperger の報告した症例(1944)、②Lorna Wing によりあらたに提唱された AS 概念(1981)、③二大診断体系である ICD(1992)と DSM(1994)に採用され、定義された AS、の3つがいずれも異なることを理解し、その臨床と研究における意義を知ることが重要である。Wing の AS 概念の提唱は、典型的な自閉症(カナー症候群)とは所見の現れ方が異なるために必要なサービスから漏れてしまっている子どもと大人に対する救済の意味をもち、先行するキャンバーウェル研究とともに、その後の自閉症スペクトラム概念の確立につながるものである。また、最近日本で起こっている Lorna Wing と彼女の業績に関する事実誤認についても修正を試みた。

この原稿は


吉田友子:高機能自閉症とアスペルガー症候群—臨床家のための概念整理. 医学のあゆみ, 217(10):984-989, 2006.
からの一部抜粋です。

著作権法によりこの原稿の無断転載等は禁じられています。転載等のご希望の場合は、医歯薬出版(株)にご連絡ください。

このホームページ上では、最初と最後の部分が省略されています。全文をお読みいただくためには大学図書館等で上記初出記事の取り寄せを行ってください。

 自閉症とは

 Wingの“3つ組”

 高機能自閉症とは

 Kannerの症例

1943年に自閉症例の最初の報告をした Leo Kanner²⁾は、自閉症では本来は高い知能が存在するがそれが発揮されない(知能検査では正確に測定されない)と考え、「ベネ(ビネー式知能検査)や類似のテストは接触をもちにくいため施行できなかったが、セガン型板はみんなよくできた」と記述している。実際、彼の記述を読むと高機能であったろうと思われる症例が認められ、28年後の追跡調査³⁾でも、たとえば症例ドナルドは、文学士号をとった後、銀行の出納係として勤務し、地域住民から尊敬されていることが報告されている。その一方で、Kannerの自閉症には明らかな知能障害を合併している症例が含まれていることも、1943年と1971年の両方の論文から確実である。

また、Kannerは1943年論文では、11名のうち3名は未発話で、残りの8名もコミュニケーションの機能を有する言葉をもたないことを強調している。しかし、彼の症例報告には、肯定の意味で即時エコラリアが、要求のために遅延エコラリアが用いられている状況が何度も記載され、手に針を刺されて「痛い」と叫んだり、鉛筆をみて「この鉛筆、家にもっていったいい？」と聞いたりす

る場面も記載されている。また、言葉のある8名は“普通の年齢か、あるいはすこし遅れて話することができるようになった”とも記載されている。言語の状況についても Kanner の症例たちは実に幅広い状態像を示している。

日本では、カナー症候群といえは中重度の知能障害を合併した自閉症のみを指すような用いられ方がときになされる。カナー症候群に関する公式な定義はないが、Kanner 自身の記載からも直弟子の児童精神科医である牧田清志による“カナー症候群”の記載⁴⁾からも、この用語を知能障害の有無で規定されるものとして取り扱うことは不適切であろう。カナー症候群とは自閉症状が典型的に示されている症例を指して用いるべきである。典型的な自閉症状を示す症例は結果として知能障害を合併していることが多い、ということである。“典型的な自閉症状”の記載として Kanner の原著はぜひ確認していただきたい。

Wingのアスペルガー症候群

アスペルガー症候群(以下、AS)という用語への理解を確実なものとするためには、以下の3つの症例たちは同一でないという事実の確認から始める必要がある。

- ① Hans Asperger の 1944 年論文の症例
- ② Lorna Wing によって 1981 年に報告された“アスペルガー症候群”
- ③ 二大診断体系 ICD/DSM に定義された“アスペルガー症候群(アスペルガー障害)”

本稿の読者にとって、ICD-10 のアスペルガー症候群の記述(1992)および研究用診断基準(1993)ならびに DSM-IV のアスペルガー障害の解説および診断基準(1994)はすでになじみのあるものと判断し、これとの違いを中心に①②について述べる。

① **Aspergerの症例**……Kanner 論文の翌年に掲載された“子どもの自閉的精神病質”には、4名の詳細な症例記述と多くの臨床経験に基づく所見のまとめが書かれている。人には関心があるがかわり方が不適切で「言語に対して独特の独創的態度をとり」それが「ときにはたいへん的確でわかりやすい」が「きわめてわかりづらいことも多い」といった状態像である。Asperger 論文は独

語で書かれているが、現在では日本語⁵⁾でも読むことができる。彼の論文には、DSM/ICD の AS では不問とされているコミュニケーションについて言語性・非言語性の両面に多くの所見があることが強調して記述されている。DSM/ICD では3歳までの発達経過に遅れがないことが必要条件としてあげられているが、Asperger は満1歳をすぎると独特な特徴に気づかれると述べ、定型発達では生後3カ月から視線で対人関係をとりはじめめるのにこれらの子どもたちはそれをしないとも報告している。Miller らの論文で指摘されているように、Aspreger の報告した4症例は経過も症状項目も DSM-IV をあてはめれば全例が自閉性障害に合致する可能性が高い⁶⁾。

② **Wingのアスペルガー症候群**……Wing は 1981 年に“アスペルガー症候群—臨床知見”⁷⁾を発表し、以来、欧米で AS への関心が急速に高まった。Wing の AS は一言でいえば“一見自閉症にみえない自閉症”のことである。彼らはカナー症候群の子どもたちと同様に“3つ組”の特徴をもつが、それらは Kanner 論文のようなわかりやすい行動としてではなく Asperger の記述のような行動として表現される。1981年の Wing 論文に関しては、直接の親交もある門真一郎氏による日本語訳⁸⁾を読むことができ、日本語訳に向けての Wing の追記も付記されている。

Wing の AS と DSM/ICD の AS とのもっとも大きな違いは、Wing は独立した臨床単位としての AS を提唱したのではないという点である。1981年論文では「両者は同一の異常性に基づく変種なのか、あるいは別種のものなのかについてはいまだに議論の決着をみていない」といった記述にとどめられており、読者の誤解を招いた節があるが、Wing は当初からカナー症候群とアスペルガー症候群の連続性を強く意識していた。1997年の追記では「両者の特徴は多分に重複している」「多くの人が両方の特徴を合わせもっている」と書かれており、AS という用語であらたな臨床単位を提唱しているのではないことを明確にしている。

Wing と Gould は 1979 年のキャンパーウエル研究⁹⁾で、遅滞を伴う子どもたちのなかに Kanner の記載に合致しないために自閉症サービスから漏

れてしまう子どもたちがいることを疫学調査から明らかにした。これは後の自閉症スペクトラム概念へと続く重要論文でもある。キャンパーウェル研究に続く1981年論文も同様の趣旨(自閉症であることに気づかれずサービスの対象から漏れてしまう人たちの救済)の研究報告であった。

Wing は自分の提唱した AS が Asperger のオリジナルの記載と異なることも当初から明確に意識し“Asperger の報告の修正”として3点あげている。つまり評価者が適切に聞き取れば0歳代から所見が確認されたという点、半数では話しはじめが遅れていたという点、Asperger は、「彼らは自分が選んだ分野では独創的で創造的な能力をもっており知能も高いと信じていた」が、Wing の症例たちは、成人例であっても本質的な意味の理解は不良なままで著しく常識を欠き社会的な適応もけっして良好ではなかった点(ただし、彼女の症例は精神科クリニックに受診した症例群なので重症例に偏っているのであろうという但し書きを添えている)である。

臨床家に確認したいAS(Wing)の 基本的理解

AS(Wing)の基本的事項を以下に列挙する。

① Kanner 症候群(カナータイプ)も Asperger 症候群(アスペルガータイプ)も本質的特質として“3つ組”を有しており、いずれも自閉症スペクトラムである。

② 幼児期にカナータイプであった子どもが長じるにつれ Asperger の記載に酷似した状態像(AS としかいいようのない状態像)を呈するようになることはしばしば経験される。そのような経過をたどる子どもを移行の途中で診察すれば、その子どもはカナータイプともアスペルガータイプとも分類しきれない状態像を呈している。そうした移行途中にある子どもを診察することは、一定数以上の子どもたちを幼児期早期から6カ月間以上の診察間隔をあけずに継続的に10年以上フォローを行っている臨床家にとってはごくありふれた経験である。こうした縦断的臨床経験が、カナータイプとアスペルガータイプは明確に区分できないという事実を教えてくれる。

③ “3つ組”を基本的特質として有する者のなかに、経過を通じて Kanner の記述にも Asperger の記述にもびったりとはあてはまらない症例が存在することに気づく。それらの症例はカナータイプともアスペルガータイプとも分類できないが、自閉症スペクトラムである。詳細な診察に基づく横断的臨床経験もまた両者を明確に区分することはできないという事実を教えてくれる。

④ “3つ組”をもっていけば対応の原則や予後(将来の困難のあり方)は共通する。これを“自閉症のこの子どもと AS のあの子どもに同じ指導をすればいいという主張”だと誤解してはいけない。具体的な支援プランは合併する知能障害や多動・不注意その他の並存症状、環境などによって個々に異なる。自閉症スペクトラムの子どもたちのグループ指導を行った経験のある治療者であれば、自閉症スペクトラムの子どもたちはグルーピングさえ適切なら共通の指導プランが立てられるが、適切なグルーピングは DSM/ICD 診断での自閉症か AS かだけではとうてい行えず、多動の有無や知能状況、自信喪失や被害的言動などの有無などの要因が大きいことを実感として知っている。

⑤ つまり、カナータイプかアスペルガータイプかということはその時点の状態像を正確に理解(記述)するために活用すべき用語であって、Wing の AS は固定した臨床単位ではない。

⑥ アスペルガータイプの状態像を呈する子どもは結果として明確な知能障害を伴っていないことが多いが、何割か(Wing は2割と報告)の子どもたちは知能障害を伴っている。これはカナータイプの子どもたちが、結果的に知能障害を伴うことが多いのと同様のことである。

⑦ カナータイプとアスペルガータイプに何らかの生物学的基盤の違いが存在する可能性を著者は否定しない。それは遅滞を伴う自閉症と高機能自閉症には中枢神経系の生物学的状況の違いが想定されることと同様である。そのことと臨床単位をして両者が独立であることとは別の事柄である。

著者は、2歳代からの子どもたちを時間をかけて診察し継続的にフォローする機会に恵まれてきた。すると DSM/ICD をはじめとする“教科書”

と矛盾する事象に数多く遭遇するようになった。自分の“教科書”への理解が不十分なのではないか、自分の評価技術に問題があるのではないかという不安にさいなまれつつも、臨床家としては親や子どもに自分の見聞きした事実を前提として対応するしかなかった。そうした経過のなかで、著者は Wing の著作に自分の経験とそっくり同じことが記載されていることを知るに至った。だから著者は Wing の AS を、自閉症スペクトラム概念を、採用している。この先、万が一、Wing が著者自身の臨床実感と矛盾する主張をしたなら、著者は Wing のその意見を採用しないであろう。そして著者のその選択をもっとも歓迎してくれるのは Lorna Wing その人であろう。

DSM/ICDに対して臨床家として どう臨むべきか

DSM や ICD は妄信すべきものでもないし、無視すべきものでもない。

著者は自分の臨床に DSM や ICD を用いない。なぜなら著者が専門とする発達障害に関してそれらはあまりに未成熟で、臨床に用いた場合のデメリットが明らかにメリットを上まわるからである。たとえば、DSM-IVではアスペルガー障害の診断基準には認知の発達に遅れがないことが必要条件としてあげられている。つまり Asperger の記述にそっくりな状態像を示す子どもがいたとしても軽度精神遅滞を伴っていたらアスペルガー障害とは診断されず、症状項目がアスペルガー障害の基準に合致する(自閉性障害には合致しない)症例の場合には PDDNOS(特定不能の広汎性発達障害)と診断されることになる。ところが、診断基準を修正せずに本文だけ改定した DSM-IV-TR(2000)では、「自閉性障害と対照的に、アスペルガー障害では精神遅滞は一般的にみられない、しかしときどき、軽度精神遅滞のある症例が認められている(例：明らかな認知・言語的遅れは生後1年間みられなかったが、精神遅滞が学齢期になってはじめて明らかになる場合)」という、DSM-IVには存在しなかった一文が書き加えられた。DSM-IV-TRでは診断基準は修正されていないので、本文の記載との間に矛盾を生じているが、

かりに本文記載に従えば、乳幼児健診精度の高い地域で育った子どもは3歳で軽度精神遅滞が発見されてしまうからアスペルガー障害ではなく PDDNOS で、健診精度の低い地域で育った子どもはアスペルガー障害と診断されることになる。これはおかしい。この子は状態像が変わらないかぎり、アメリカ精神医学会がなにをどう改定しようとも一貫して“軽度精神遅滞を伴う AS(Wing)”なのである。児童精神医学が未成熟で国際的診断基準も改定のたびに大きく変更がなされるうちは、この学問的混乱に子どもやその家族を巻き込むべきでないと著者は考えている。

ではわれわれ臨床家は DSM や ICD を無視すればよいのであろうか。それもまた違う。

世界中の多くの臨床家は DSM や ICD をよりどころに診療を行っている。だとしたら DSM や ICD が真実により近づくことは世界中の子どもと家族の幸福につながるはずである。前述の DSM-IV-TR の本文修正も真実に近づける作業としてはおおいに歓迎される。また、自閉症スペクトラムのメカニズム解明のためにも、選ぶべき対象が適切に選ばれるような臨床単位と研究用診断基準の設定が必要である。DSM や ICD がより洗練され、真実へと近づくためには臨床知見の積み重ねが必要である。良質な臨床知見を研究者にデータとして示すのは臨床家の責務である。

著者の所属するよこはま発達クリニックでは、臨床には活用しないが全例に DSM-IV 診断を行い、初診時には書面で保護者に Wing 診断とともに伝える。それは現行の DSM がもつ改善点を確認し真実に近づけるための作業であり、臨床的には他の機関に行ったときにはどのような診断名でよばれるかを保護者に伝えるための作業である。

Wingの業績に対する学問的侮辱

以下、省略。