

〈研究・調査報告〉

## アスペルガー症候群の思春期以降の症状と対応

クリストファー・ギルバーク

是永 かな子(訳注)

### 要 旨

2009年10月8日に高知発達障害研究プロジェクト主催で高知県において行われたスウェーデン・イエーテボリ大学のクリストファー・ギルバーク教授の講演内容を紹介する。内容はアスペルガー症候群についての診断と定義、有病率、他の障害との重複や併存、妥当性や信頼性、神経心理学的、神経生理学的、そして遺伝的特徴、転帰、検査、遺伝、介入等である。

### 【キーワード】

アスペルガー症候群、思春期、症状、対応、高知発達障害研究プロジェクト

### 1. はじめに

本稿は2009年10月8日に高知県で行われたスウェーデン国立イエーテボリ大学のクリストファー・ギルバーク教授<sup>1</sup>の講演を中心に、パワーポイントとしての講演資料やクリストファー・ギルバーク教授の著書を引用しつつ、「アスペルガー症候群の思春期以降の症状と対応」について紹介する。

#### 資料 1

**思春期におけるアスペルガー症候群**

- ✓ クリストファー・ギルバーク, 医学博士
- ✓ 児童青年精神医学科教授
- ✓ イェーテボリ大学, ロンドン大学, グラスゴー・ストラスカイド大学
- ✓ シルビア王女病院, 国立てんかん研究センター, ヨークヒル病院

・ 高知, 2009年10月

#### 資料 2

**Asperger syndrome in adolescence**

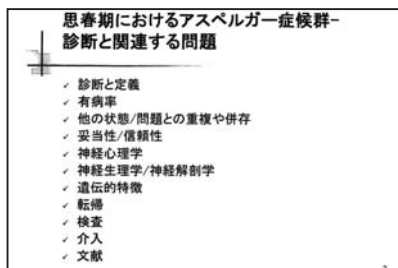
- ✓ Christopher Gillberg, MD, PhD
- ✓ Professor of Child and Adolescent Psychiatry
- ✓ Universities of Gothenburg, University College London, Glasgow and Strathclyde Universities
- ✓ Queen Silvia's Hospital, NCYPE, and Yorkhill Hospital

・ Kochi, Japan, October 2009

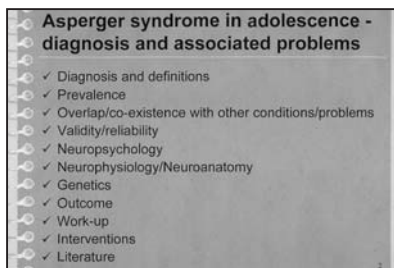
内容は、アスペルガー症候群についての診断と定義、アスペルガー症候群はどのくらいの有病率が、アスペルガー症候群と他の障害との重複や併存、アスペルガー症候群の妥当性や信頼性について、アスペルガー症候群に神経

心理学的、生理学的の共通があるかどうか、アスペルガー症候群の遺伝的特徴、アスペルガー症候群の転帰、アスペルガー症候群にどのような検査を行えばいいの、加えて、アスペルガー症候群と疑われるときにどのように介入すればいい結果が得られるのか等についてである。

資料3

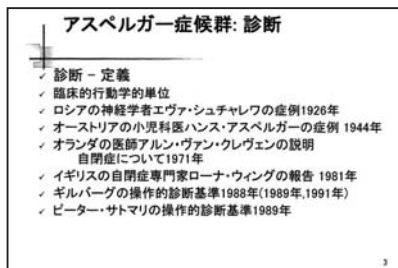


資料4

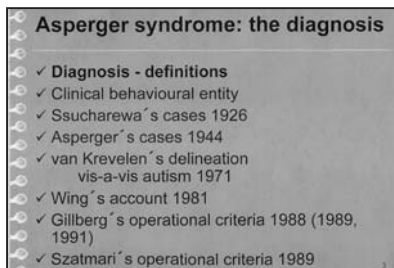


## 2, アスペルガー症候群の診断と定義

資料5



資料6

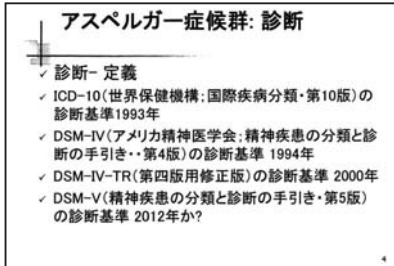


アスペルガー症候群の診断と定義について、最近ではDSM-IVとICD-10がある<sup>2</sup>。そして1980年代に示したギルバークの基準がある。アスペルガー症候群を定義するには、1944年のオーストリアの小児科医ハンス・アスペルガーの症例が基準になっている<sup>3</sup>。これらは検査法が存在しているわけではない。臨床行動学的な基準であり、本人がどのような問題を持っているかの現在の状態と生育歴に依拠し、そこからアスペルガー症候群の診断が行われる。

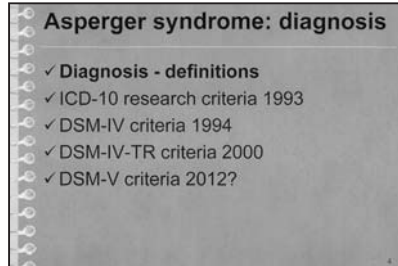
実際にはハンス・アスペルガーが研究する以前に、ロシアの神経学者エヴァ・シュチャレワが1926年にアスペルガー症候群について記述している。ハンス・アスペルガーも最初はアスペルガー症候群と呼んでいたのではなく、自閉的精神病質と述べている。アスペルガー症候群という用語は1981年

にイギリスの自閉症専門家ローナ・ウィングが使用し始めた<sup>4</sup>。DSM-Vの改定に伴い、このアスペルガー症候群という言葉はなくなり、自閉症の下位項目になるであろう。

## 資料7



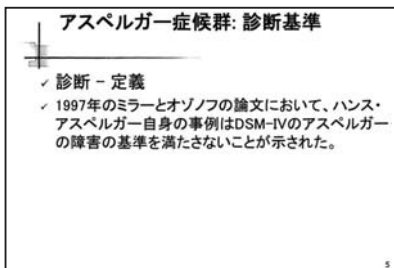
## 資料8



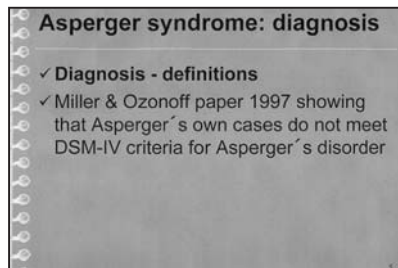
アスペルガー症候群の診断の定義は1993年にICD-10の基準が発表されている<sup>5</sup>。DSM-IVにおいて同様に診断基準が1994年に発表されている<sup>6</sup>。2000年にはDSM-IV-TRとして改訂版が発表された。だが記述の文脈が変わっただけで、DSM-TRはDSM-IVと診断基準はあまり変わっていない。

しかし実際は、世界中誰もDSM-IVやICD-10の診断基準でアスペルガー症候群と診断している人はいない。私の論文には書いてあるが、アスペルガー症候群をDSM-IVやICD-10の診断基準で診断することは不可能である。DSM-IVやICD-10の診断基準で診断できるのは100万人に1人といっても過言ではない。

## 資料9



## 資料10



1990年代末、ミラーとオゾノフらの論文で、アスペルガー症候群の症例を取り出し、この症例を近い自閉症研究者に見せた。そして、その症例をDSM-IVで診断してもらうよう頼んだ。すると全員が自閉症障害や非定型自

閉症と診断を行い、アスペルガー症候群との診断にはならなかった<sup>7</sup>。これは私の研究においても実証されている。DSM-IVではアスペルガー症候群を診断できない。現実を反映していないのである。

資料11

**アスペルガー症候群**

- ✓ 診断 - 定義
- ✓ ICD-10 の基準 (DSM-IV に類似)
- ✓ 言語/認知の遅れはない; 診断は3歳までにコミュニケーション表現言語を獲得していることが必要である; 通常の好奇心, 最初の3年間の適応的な行動や身辺自立スキル。
- ✓ 異常な社会的相互作用の4徴候の内少なくとも2つ(例えば、相互関係の欠如や楽しみの共有における自発的探求の欠如)
- ✓ 限局的関心や常同的な行動、興味、活動
- ✓ 自閉症に起因しないこと、統合失調症、強迫性障害など
- ✓ このように、合計3つの徴候があり、少なくとも2つは社会相互作用を反映した欠点をもつ。

資料12

**Asperger syndrome**

- ✓ Diagnosis - definitions
- ✓ ICD-10 criteria (DSM-IV similar)
- ✓ No delay in language/cognition; diagnosis requires communicative phrase speech by 3 yrs; normal curiosity, adaptive behaviour and self-help skills during first 3 yrs
- ✓ 2-4 of 4 symptoms of abnormal social interaction (e.g. lack of reciprocity and lack of spontaneous seeking to share enjoyment)
- ✓ Circumscribed interest or stereotyped behaviour, interest and activities
- ✓ Not attributable to autism, schizophrenia, OCD etc
- ✓ Thus, a total of 3 symptoms required, at least 2 of which reflect deficits in reciprocal social interaction

例えば DSM-IV も ICD-10 の診断基準は、アスペルガー症候群の診断の定義としては全く同じだが、この記述には問題がある<sup>8</sup>。アスペルガー症候群は言語・認知の遅れない、3歳までに適切なコミュニケーション行動や適応行動を獲得しているなどという記述がある。これは矛盾している。アスペルガー症候群は3歳以前に異常な社会的行動が現れる。DSM-IVなどの基準では3歳まで定型発達であることが記述されているが、実際はすべての子どもに違いが見られている。

さらにそれに加えて、ICD-10などの診断基準では異常な社会的相互作用(対人面や社会的関係)に障害が見られなければならないと書かれている(4徴候のうち2つがなければならない)。更に加えて常同的な行動、限局的な興味活動がみられることがある。これに3歳までに定型発達といえば、世界の1/3の人がアスペルガー症候群にあてはまる。これは多くの人が見せる特徴であり、これでアスペルガー症候群を限定することができない。この3つ

資料13

**アスペルガー症候群**

- ✓ 診断 - 定義
- ✓ ギルバークの診断基準
- ✓ (i) 4つの異常な社会相互作用を示す徴候の内少なくとも2つ、例えば友達がいけないことや社会的な会場の理解に欠けると
- ✓ (ii) 3つの限局的な関心のパターンの徴候の内少なくとも1つ。
- ✓ (iii) 2つの儀式化行動の徴候の内少なくとも1つ。
- ✓ (iv) 5つの言語・言語の異常を示す徴候の内少なくとも1つ。
- ✓ (v) 5つの非言語的コミュニケーションの徴候の内少なくとも1つ。
- ✓ (vi) 運動の不器用さ
- ✓ このように、計9つの徴候が見られなければならない、少なくとも対人的相互反応において2つの重大な欠陥がある。
- ✓ 修正基準: 6つの内5つの社会的障害の存在が要求される。

資料14

**Asperger syndrome**

- ✓ Diagnosis - definitions
- ✓ Gillberg criteria
- ✓ (i) 2-4 of 4 symptoms of abnormal social interaction, e.g. no friends and lack of appreciation of social cues
- ✓ (ii) 1-3 of 3 symptoms relating to circumscribed interest pattern
- ✓ (iii) 1-2 of 2 symptoms of ritualism
- ✓ (iv) 3-5 of 5 symptoms of speech and language peculiarities
- ✓ (v) 1-5 of 5 symptoms relating to non-verbal communication
- ✓ (vi) 1 of 1 symptom of motor clumsiness
- ✓ Thus, a total of 9 symptoms required, at least 2 of which reflect severe deficits in reciprocal social interaction
- ✓ Modified criteria: 5 of these 6, social impairment required

の兆候で定義すれば誰もがその対象になりうる。最初の3年の発達が正常と書いてあるが、実際のアスペルガー症候群の子どもは最初の3歳までになんらかの発達の障害が見られている。

1988年に研究雑誌に発表したアスペルガー症候群のギルバークの診断基準は、ハンス・アスペルガーの症例に見られることを全て書き出し、75%に見られる症状を3つのカテゴリーに分け、アルゴリズムを作成した<sup>9</sup>。その場合、ハンス・アスペルガーの症例はアスペルガー症候群の基準に当てはまらなかった。

診断基準においては、合計9つの症状が見られなければならない。非常に重篤な社会相互作用の問題に最低2つの問題、関心パターンの2つの問題、5つの会話言語の問題の2つ、5つの日言語的コミュニケーションの問題の2つ、運動の障害の5つの分野で見られるとアスペルガー症候群と診断する。

私たちがステレオタイプ的に言っているアスペルガー症候群の子ども、思春期、青少年の人たちは、臨床的にこれらを満たしていなくとも、社会的な相互作用に問題を持っている者は5つのカテゴリーを満たしていることが必要である。

#### 資料15



**アスペルガー症候群**

**診断・定義**

- 以下のツールが使用される
- ASSQ(アスペルガー症候群およびその他の自閉症スペクトラムのスクリーニング質問票) (Ehlers & Gillberg 1993, Ehlers et al 1999, Clark et al 1999, Kent et al 2006, Petersen et al 2006, Posselt et al 2006, 2007, 2009)
  - 地域やクリニックで使用する目的の信頼性と妥当性が確認された高機能自閉症スペクトラムのためのスクリーニングであり、さらに高機能ではないケースにも適用可能である。
- DISCO-11(社会性・コミュニケーション障害診断法)(Leekam et al 2000, Wing et al 2002, Billstedt et al 2004, Nygren et al 2004, Posselt et al 2006)
  - アスペルガー症候群を含む自閉症スペクトラムの障害を診断する上での信頼性と妥当性が確認されている。
- ASDI(アスペルガー症候群・高機能自閉症診断法)(Gillberg et al 2001)
  - 本診断法は、アスペルガー症候群を含む自閉症スペクトラムのある高機能の人を診断する上で優れた信頼性と妥当性を示す。
- ADI-R(自閉症診断法改訂版)(Lord et al 1994)
  - 自閉症を診断することにおいて信頼性と妥当性が確認されている。3-4歳の広汎性発達障害またはアスペルガー症候群の診断精度は高くない(Gill et al 1996)

#### 資料16



**Asperger syndrome**

**✓ Diagnosis - definitions**

**✓ Instruments used**

- ASSQ (Ehlers & Gillberg 1993, Ehlers et al 1999, Clark et al 1999, Kent et al 2006, Petersen et al 2006, Posselt et al 2006, 2007, 2009)
  - reliable and valid for screening high-functioning autism spectrum disorders in community and clinic, probably acceptable for low-functioning cases as well
- DISCO-11 (Leekam et al 2000, Wing et al 2002, Billstedt et al 2004, Nygren et al 2004, Posselt et al 2006)
  - reliable and valid for diagnosing disorders in autism spectrum, including Asperger syndrome
- ASDI (Gillberg et al 2001)
  - preliminary results support excellent reliability and validity for high-functioning people with autism spectrum disorders including Asperger syndrome
- ADI-R (Lord et al 1994)
  - reliable and valid for diagnosing autistic disorder, not sensitive for milder PDD or Asperger syndrome in 3-4-year-olds (Cox et al 1999)

現在アスペルガーの診断には、ASSQ、DISCO-11、ASDI、ADI-R が広く使われている。

ASSQ は9500名の子どもを対象にも使用されるなど、集団研究にも使われている。臨床研究でも使われた。以前はアスペルガー症候群の認知機能の高い人に使われていたが、最近では自閉症スペクトラム障害の認知機能の低い人にも使われている。欧米では安全なスクリーニング法ツールとして使われている。保護者と教師を対象とした2つのバージョンがあるが、内容は同じである。対象は5歳から15歳であり、アスペルガー症候群と疑われるカットオ

フも示されている<sup>10</sup>。

DISCO-11はもともと、ウィングらが開発し、時とともに改訂されてきている。現在11版になっている。DISCO-11はアスペルガー症候群の診断などに使われる問診表であり、完全な問診を行うと2時間かかる。長い間かわっている保護者や成人後では兄弟にインタビューをするので、かなり時間がかかる。アルゴリズムだけを抜き出して簡易版として80項目をひくい20分で行うことはできる。疑わしいケースだけはこれで行えるが、正式に行うには非常に時間がかかる<sup>11</sup>。

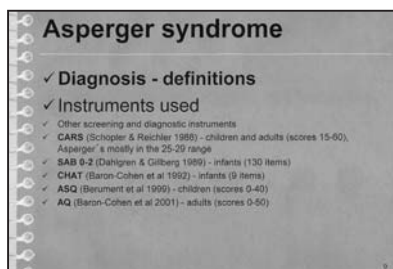
ASDI はアスペルガー症候群や自閉症の認知機能の高い人の診断のためのもので、われわれが15年前に開発し、2001年に発表した。非常に信頼性が高い問診表である。20分で完了し、保護者などよく知っている人への聞き取りで症状を拾っていく<sup>12</sup>。

ADI は自閉症スペクトラム症候群の診断をするには信頼性も妥当性も高い<sup>13</sup>。最も世界で使用されているが、ADI-R はアスペルガー症候群の診断はできない。診断はできないがアスペルガー症候群の基盤にある自閉性は診断できる。

資料17



資料18



それ以外のツールを紹介する。CARS は自閉症スペクトラム障害の診断には効率的、効果的であるが、アスペルガー症候群の診断には使えない。問診と面接、観察による40分の検査である<sup>14</sup>。

残りの4つは、アスペルガー症候群の具体的な診断としては使わないが、自閉症スペクトラム障害スクリーニングには使用される。SAB 0-2 は0歳から2歳までの自閉的行動のスクリーニングのツール。CHAT は乳幼児を対象とし、バロン・コーエンが1990年代に開発した。非常に年齢の低い子どもの自閉症スペクトラム障害を抽出するのに有効である。ASQ は自閉症ス



ペクトラム障害のスクリーニングである。AQは成人を含めてスクリーニングができる。AQはインターネット特定のサイトで誰でも見ることができるが、自己診断することで、乱用されていることが問題である。

### 3, アスペルガー症候群の有病率

資料19

アスペルガー症候群	
✓ 有病率	
✓ 6つの公表された地域研究においては、5つの異なる人口規模において(1000人あたり)、すべての学齢児と青年のうち	
✓ ギルバーク&ギルバーク 1989年	2.6人
✓ エウレア&ギルバーク 1993年	3.6人
✓ カデショー 1999年	4.8人
✓ ペルトランドら 2001年 (アスペルガー症候群/特定不能の広汎性発達障害)	2.7人
✓ レシンスケイニラ 2002年	5.8人
✓ ウィリアムスら 2008年	1.7人
✓ 男女比 男女 3-5:1	

資料20

Asperger syndrome	
✓ Prevalence	
✓ Six published community-based studies - five different populations (n/1000), all school age-adolescence	
✓ Gillberg & Gillberg 1989	2.6
✓ Ehlers & Gillberg 1993	3.6
✓ Kadesjö et al 1999	4.8
✓ Bertrand et al 2001 (AS/PDD NOS)	2.7
✓ Lesinskiene et al 2002	5.8
✓ Williams et al 2008	1.7
✓ Boy:girl ratio 3-5:1	

有病率についての研究では、6つの集団研究のうち3つがスウェーデンで行われた。スウェーデンで3つ、リトアニア、フランス、アメリカで行われている。学童期の1000人に2～6人、人口の0.4から0.5%の有病率であった。男女比は3-5:1である<sup>15</sup>。

### 4, アスペルガー症候群と他の障害との重複や併存

資料21

思春期におけるアスペルガー症候群 (p.44-)	
✓ 重複/併存/随伴 (Gillberg & Billstedt 2000)	
✓ ADHD(注意欠陥多動性障害)/DAMP ("注意・運動制御・認知における欠陥")	
✓ うつ状態と"不安"	
✓ 躁状態/双極性障害	
✓ チック障害	
✓ "人格障害"	
✓ 選択性かんもく	
✓ カタトニア	
✓ 医学的疾患(僅奇形性症候群を含む)	

資料22

Asperger syndrome in adolescence	
✓ Overlap/comorbidity/associated (Gillberg & Billstedt 2000)	
✓ ADHD/DAMP ("Deficits in Attention, Motor control, and Perception")	
✓ Depression and "anxiety"	
✓ Mania/bipolar disorder	
✓ Tic disorders	
✓ "Personality disorders"	
✓ Selective mutism	
✓ Catatonia	
✓ Medical disorders (including teratogenic syndromes)	

他の問題として、アスペルガー症候群の診断基準を満たしたとしても、他の障害の診断基準をも満たしていることがある。

例えば ADHD である。おそらくアスペルガー症候群の診断をされている二人に一人は ADHD の基準を満たしている。ゆえに、アスペルガー症候群

を満たしていれば同時に ADHD の診断基準を満たしていないかを考えることが必要である。

もう一つが注意・運動制御・認知における欠陥（DAMP）である。発達協調運動に問題がある、不器用である、注意欠陥であることはよく見られる<sup>16</sup>。

もう1つ、鬱、不安が見られるケースがある。確かにアスペルガー症候群の場合、鬱が見られる場合があるが、鬱であると誤診断され、過剰診断されていることがある。アスペルガー症候群の中には鬱に見えるけど、実は鬱ではない場合がある。臨床家としては、鬱に見えるのか、本当に鬱なのかをしっかりと判断する必要がある。アスペルガー症候群は非言語性能力に問題があり、顔の表情などが乏しいせいでよく鬱と診断されてしまうことがある。しっかりと鑑別眼をもって鬱かどうかを判断する必要がある。

不安についても同じことが言える。思春期の不安についても、アスペルガー症候群の不安は不安障害とは違っている。環境の変化への対応、環境刺激への反応の仕方が分からないために不安に見えていることがあるので区別が必要である。

そう状態、双極性障害もアスペルガー症候群が過剰にひろわれている可能性があるとする研究もある。

チックについてはアスペルガー症候群においてかなり一般的にみられる。アスペルガー症候群全てのうち80%がかなり重いチックを持っているとする研究がある<sup>17</sup>。

人格障害は思春期・青年期のアスペルガー症候群によくつけられている診断名である。しかし思春期・青年期のアスペルガー症候群に人格障害を診断することは強く反対する。アスペルガー症候群にその診断を付けたことで、本人、親、診断した人も混乱するだけで、利点が無いからである。DSM の人格障害の診断基準を当てはめると、どのアスペルガー症候群も人格障害にあてはまるように見えてしまう。問題なのはアスペルガー症候群であり、アスペルガー症候群を人格障害と診断することには強く反対する。

選択性かんもくもアスペルガー症候群に特性がみられる。しかし選択性かんもくはある状況を本人が選んでしゃべれないことであり、例えばたくさん人が居る学校ではしゃべれないが人の少ない家ではしゃべるということは、かんもくではなくアスペルガー症候群であることを疑うことが必要である。

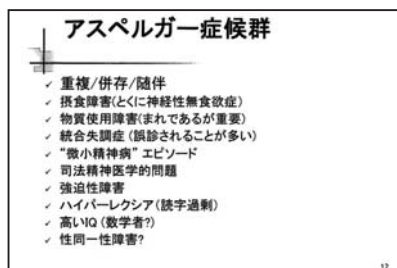
ローナ・ウィングとの共同研究でアスペルガー症候群の15%に緊張症（カタトニア）が見られることがわかった。段差を超えられない、特定の姿勢で



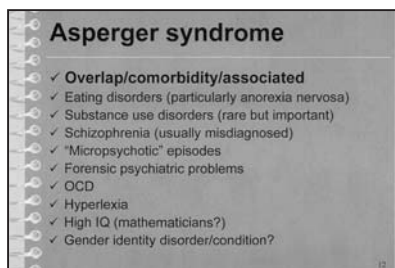
凍ったようになる、押してあげないと次の運動に移れないなど何かをしないと次の動きに移れないなどがカタトニアといえる。時にかんもくになることもある。カタトニアは突然発生するのでてんかんと間違えやすいが、てんかんとの違いは脳波に異常はないことである。凍りついた姿勢からきっかけを与えないと次の行動に移れない。プロンプト（支援・手がかり）を与えないと次の行動に移れないかどうか判断ポイントである。カタトニアは、併存する疾患として最も診断が難しい疾患である。

その他の内科的疾患、医学的疾患の随伴の可能性は、アスペルガー症候群は古典的なカナータイプの自閉症とくらべずっと低くなる。

資料23



資料24



それ以外、重複並存、疾患としては摂食障害がある<sup>18</sup>。かなり多くのアスペルガー症候群が拒食症になっている。薬物乱用はかなり稀であり、アルコール乱用なども非常に稀である<sup>19</sup>。万一あったとしても、他の患者と比べてかなり治療がしやすい。アスペルガー症候群の人の場合には「体によくないから止めなさい」というと通常の人とは止めないが、アスペルガー症候群の人は止める場合がある。

統合失調症ともかなり誤解されている<sup>20</sup>。成人で統合失調症と診断されている人で実際はアスペルガー症候群であるということはかなり多い。これはスカンジナビア諸国に限ったものではなく世界中どこでもこのような誤解が多い。統合失調症とアスペルガー症候群の診断がかなり重複している。特に自閉症スペクトラム障害はかなり重複している。

微小精神病エピソードも良く見られる。青少年期から成人期で救急精神科を受けると、はじめは大きな症状がみられるが、数日入院すると症状が落ち着くことがある、この場合はアスペルガー症候群ではないかと疑う必要がある。

強迫性障害とアスペルガー症候群について。アスペルガー症候群の中で強


迫性障害を追加診断した方がいい場合もある。アスペルガー症候群では、儀式的な行動、ルーチンの行動が見られることがある。本人の最も障害になっている症状が強迫性障害の症状であるならば、そこを治療しなければならないので重複診断をする必要があると思う。

それから、ハイパーレクシア（読字過剰）の場合、アスペルガー症候群を疑う必要がある<sup>21</sup>。


高いIQはアスペルガー症候群との関連があるといわれる。パロン・コーエンが、高いIQの内、特に1番高いグループがアスペルガー症候群でないかといっており、アインシュタインなど実際には多くいると思われる。

性同一性障害もアスペルガー症候群の中に多く見られるのではないかとされている。

資料25

思春期におけるアスペルガー症候群	
	
<b>アスペルガー症候群の別名</b>	
✓	非言語性学習障害-NVLD(non-verbal learning disability)
✓	右半球症候群
✓	白質障害
✓	語義・語用障害(Semantic pragmatic disorder)
✓	特定不能の広汎性発達障害/非定型自閉症/自閉症/高機能自閉症/自閉症スペクトラム障害/自閉症的状态
✓	統合失調質人格障害
✓	強迫性人格障害

資料26

Asperger syndrome in adolescence	
	
<b>Asperger syndrome by another name</b>	
✓	Non-verbal learning disability - NVLD
✓	Right hemisphere syndrome
✓	White matter disorder
✓	Semantic pragmatic disorder
✓	PDD NOS/Atypical autism/Autism/HFA/Autism spectrum disorder/Autisticlike condition
✓	Schizoid personality disorder
✓	Obsessive compulsive personality disorder

思春期のアスペルガー症候群の別名として使われているものとして、上記の項目にあげられているものがある。特に非言語性学習障害はほとんどアスペルガー症候群と同義語である。右半球症候群以下の項目もアスペルガー症候群の別名として使われることがあり、これらの診断名を持つ多くの場合、サブグループとしてかなりの人がアスペルガー症候群を有すると考えられる。

## 5 , アスペルガー症候群の妥当性や信頼性

「高機能自閉症」という表現は誤った言葉の使い方だと考えている。自閉症が高機能であるということではない。その人が高機能なので、自閉症のある高機能の人である。

## 資料27

**アスペルガー症候群**

- ✓ 妥当性・信頼性
- ✓ 診断は高い信頼性に基づいて行うことができる(Mahoney et al 1998); 自閉症スペクトラムのサブグループは、社会的・認知的能力によって、よりよく定義されるかもしれない。しかし異なる診断のためのマニュアルやシステムを用いる際には意見の一致は乏しい(Prior et al 1998, Szatmari 2000, Leekam et al 2000, Miller & Ozonoff 2000, Mayes et al 2001, Klin et al 2005, Kopra et al 2008)
- ✓ ハンス・アスペルガーの事例にはアスペルガー障害がない(Miller & Ozonoff 1997, of Leekam et al 2000, Mayes et al 2002)
- ✓ 早期の言語の遅れは自閉症スペクトラムにおける良い鑑別要因ではない; より長期の観察では自閉的な徴候を示さない(Eisenmajer et al 1998, Mayes & Calhoun)
- ✓ “社会不安スペクトラム”の一部であるのか? (Schneier et al 2002)
- ✓ 自閉性障害と異なるのか? (Rinehart et al 2002)

14

## 資料28

**Asperger syndrome**

- ✓ **Validity/reliability**
- ✓ Diagnosis can be made with good reliability (Mahoney et al 1998); subgroups within the autism spectrum may be better defined by social and cognitive abilities; however poor convergence when using different diagnosis manuals/systems (Prior et al 1998, Szatmari 2000, Leekam et al 2000, Miller & Ozonoff 2000, Mayes et al 2001, Klin et al 2005, Kopra et al 2008)
- ✓ Asperger's cases did not have Asperger's disorder (Miller & Ozonoff 1997, of Leekam et al 2000, Mayes et al 2002)
- ✓ Early language delay not a good differentiator within the spectrum; no more autistic symptoms in the longer term (Eisenmajer et al 1998, Mayes & Calhoun)
- ✓ Part of the "social anxiety spectrum"? (Schneier et al 2002)
- ✓ Differs from autistic disorder? (Rinehart et al 2002)

14

アスペルガー症候群の診断は信頼性が高い場合があるが、自閉症スペクトラム障害のサブグループの中でも早期に社会性が発達してくるサブグループがあるので、将来的にはアスペルガー症候群は自閉症のサブグループになると考えられる。

乳幼児期の言語発達遅れは自閉症の特性に違いがないので自閉症スペクトラム障害とアスペルガー症候群を鑑別する決め手にはならない。自閉症児で乳幼児期に言語に問題のあった子をフォローアップしてよくなった例もあるが、幼い頃に言語スキルがある人は将来も言語スキルがあり、言語スキルが乏しい人はそのままという場合が多い。しかし言語発達がもし変わってもその人の自閉症の特性が変わることはない。

## 資料29

**アスペルガー症候群**

- ✓ 妥当性・信頼性
- ✓ 暫定的結論
- ✓ アスペルガー症候群=高機能自閉症? 唯一の違いはアスペルガー症候群の幼児期早期より高いIQ/言語性のIQのみ? 多分、広汎性発達障害や自閉症スペクトラム障害、別の軸におけるコード言語のあるすべてのケースで自閉症スペクトラム障害と診断されるかもしれない?
- ✓ DSM-Vにおいて、自閉症の“1つ”に過ぎず、IQ、言語性IQおよび関連した状態で下位分類される
- ✓ コールマンとギルバークの2010年の研究において、数千の自閉症がある。

15

## 資料30

**Asperger syndrome**

- ✓ **Validity/reliability**
- ✓ **Tentative conclusion**
- ✓ AS=HFA? and only difference being higher IQ (VIQ only?) in early childhood in AS? Maybe diagnose ASD in all cases with PDD/ASD and code language on separate axis?
- ✓ In DSM-V: only “one” autism and subgrouping by IQ, VIQ, associated conditions
- ✓ In Coleman and Gillberg (2010): thousands autisms

信頼性、妥当性の診断を考え、科学的な研究の根拠を加えて考えるならば、高機能自閉症とアスペルガー症候群は同一としてみたい。自閉症とアスペルガー症候群がどう違うかは言語性IQが高いかどうかということだけである。

DSM-Vは2012年に出されるが、自閉症のカテゴリーは一つとなり、下位

項目でサブグループができ、言語性 IQ などの様々な下位分類がなされるだろう。その中にアスペルガー症候群が位置づけられる。アスペルガー症候群は自閉症の1つの異型に過ぎず別のカテゴリーではなくなるだろう。

コールマンとギルバークの共同のテキストにおいては、何千という自閉症のタイプがあると指摘している。自閉症の人の数だけ自閉症の原因があるのである。

## 6, アスペルガー症候群の神経心理学的特徴

### 資料31

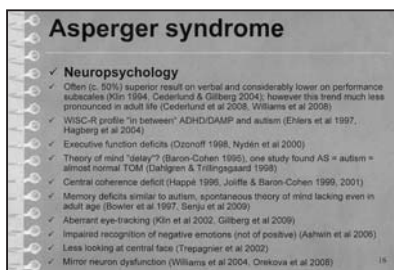


**アスペルガー症候群**

✓ **神経心理学**

- ✓ 言語においてはしばしば(約50%)優れた成果を示すが、行動の下位尺度においてはかなり低い(Kin 1994, Cederlund & Gillberg 2004). しかしながらこの傾向は成人生活においてそれほど顕著にはならない(Cederlund et al 2008, Williams et al 2008)
- ✓ WISC-IIIのサブスケールはADHD/DAMPと自閉症の「間」である (Ehlers et al 1997, Hagberg et al 2004)
- ✓ 実行機能の欠陥(Ozonoff 1998, Nydén et al 2000)
- ✓ 心の理論の「遅れ」(Baron-Cohen 1995). ある研究ではアスペルガー症候群=自閉症+は知覚と通常の心の理論課題の両方を示す (Dahlgren & Trillinggaard 1998)
- ✓ 中枢性統合機能の欠陥 (Happé 1996, Jolliffe & Baron-Cohen 1999, 2001)
- ✓ 記憶障害は自閉症と類似しているが、自発的な心の理論は大人の年代になっても欠落している(1997, Senju et al 2009)
- ✓ 興味ある現象追跡(Kin et al 2002, Gillberg et al 2009)
- ✓ 否定的な感情の認識障害(良い面ではないこと) (Ashwin et al 2006)
- ✓ 顔の中央を余り見ない (Treppner et al 2002)
- ✓ ミラーニューロン機能不全 (Williams et al 2004, Orekova et al 2008)

### 資料32



**Asperger syndrome**

✓ **Neuropsychology**

- ✓ Often (c. 50%) superior result on verbal and considerably lower on performance subscales (Kin 1994, Cederlund & Gillberg 2004), however this trend much less pronounced in adult life (Cederlund et al 2008, Williams et al 2008)
- ✓ WISC-R profile 'in between' ADHD/DAMP and autism (Ehlers et al 1997, Hagberg et al 2004)
- ✓ Executive function deficits (Ozonoff 1998, Nydén et al 2000)
- ✓ Theory of mind 'delay'? (Baron-Cohen 1995), one study found AS = autism + almost normal TOM (Dahlgren & Trillinggaard 1998)
- ✓ Central coherence deficit (Happé 1996, Jolliffe & Baron-Cohen 1999, 2001)
- ✓ Memory deficits similar to autism, spontaneous theory of mind lacking even in adult age (Bowler et al 1997, Senju et al 2009)
- ✓ Aberrant eye-tracking (Kin et al 2002, Gillberg et al 2009)
- ✓ Impaired recognition of negative emotions (not of positive) (Ashwin et al 2006)
- ✓ Less looking at central face (Treppner et al 2002)
- ✓ Mirror neuron dysfunction (Williams et al 2004, Orekova et al 2008)

神経心理学的な特徴について書いたが、よくアスペルガー症候群の子どもの中に非言語性 LD が示唆される子がいる。この子を成人までフォローアップすると、大人になると非言語性 LD と分からなくなることがほとんどである。

例えば心の理論の遅れは青年期に入ると診断ができなくなってくる。課題をしている時間まで計れば遅れがあるといえるかもしれないが、そうでなければはっきりと心の理論の遅れを検出することはできない。興味深いことに、さまざまな検査法を使っても心の理論の診断はできなくなるが、30歳になっても共感性や心の理論の活性化に困難を抱える成人はたくさんいる。誰かに促されなければ結末や相手の考えについて、自発的に考えることが少ない。

否定的な感情の認識がうまくできないことも指摘されている。ただし、自分に対しての攻撃や非難には強く反応し、それを言った相手を憎むが、批判でもソフトに言うと感じづかいがあるという特徴を持っている。

顔の中央をあまり見ないという特徴もある。相手の目を見ることをあまりしない。目を見ることはアスペルガー症候群の人にとって非常に疲れることである。

## 資料33

**アスペルガー症候群**

- ✓ 神経心理学
  - ✓ 神経心理学検査において、両側眼窩前頭野の障害はアスペルガー症候群に類似している (Stone et al 1998)
  - ✓ 扁桃体と他の社会的脳領域の異なる活性 (Ashwin et al 2007)
  - ✓ 著しい不器用さ(自閉症と同様)と弱いマニアル/ボールスキル(SLD, Specific Language Disability 特異的言語発達障害と同等) (Ghazizadeh and Butler 1998, Miyahara et al 1997)
  - ✓ 統合運動障害は、アスペルガー症候群の特定の予測因子(DCDより良い)であるかもしれない (Dziuk et al 2007)
  - ✓ 大脳半球間の離断 (Nyden et al 2004)
  - ✓ 右半球機能障害/非言語性学習障害/語義・語用障害? 白質機能不全に起因する (Ellis & Gunter 1999, Gunter et al 2002, Rourke et al 2002)

17

## 資料34

**Asperger syndrome**

- ✓ Neuropsychology
  - ✓ Bilateral orbitofrontal lesions resemble Asperger syndrome at neuropsychological testing (Stone et al 1998)
  - ✓ Different activation of amygdala and other social brain areas (Ashwin et al 2007)
  - ✓ Marked clumsiness (similar to autism) and poor manual/ball skills (compared to SLD) (Ghazizadeh and Butler 1998, Miyahara et al 1997)
  - ✓ Dyspraxia may be a specific predictor (better than DCD) of Asperger syndrome (Dziuk et al 2007)
  - ✓ Interhemispheric disconnection (Nyden et al 2004)
  - ✓ Right-hemisphere dysfunction/NVLD/semantic-pragmatic disorder? Caused by white matter dysfunction (Ellis & Gunter 1999, Gunter et al 2002, Rourke et al 2002)

17

神経心理学検査において、両側眼窩前頭野の障害はアスペルガー症候群で類似している。人とかかわりや社会的相互作用が苦手であり、一般の人のように扁桃体の活性化が起きていない。

非常に体の使い方が不器用、全般的な協調性運動障害がある、これはアスペルガー症候群を示唆している。

大脳半球間の離断があるという研究もなされている。いろいろな根拠をまとめると、小脳、側頭前頭葉などの機能不全があるといわれている。いわゆるデフォルトネットワークの活性化が起きていないことがアスペルガー症候群の原因であるといわれている。

## 資料35

**アスペルガー症候群**

- ✓ 神経心理学
  - ✓ 感覚運動制御障害(そして、線条体前部機能障害) (MacAlonan et al 2002)
  - ✓ 鏡像模倣障害 (Avikainen et al 2003)
  - ✓ 聴覚感覚処理障害 (Jansson-Verkasalo et al 2003)
  - ✓ 嗅覚閾値障害ではなく嗅覚識別障害 (Suzuki et al 2003)
  - ✓ 目撃者として振る舞う時より質問に依存する (McCrory et al 2007)

18

## 資料36

**Asperger syndrome**

- ✓ Neuropsychology
  - ✓ Impaired sensorimotor gating (and frontostriatal dysfunction) (MacAlonan et al 2002)
  - ✓ Impaired mirror-image imitation (Avikainen et al 2003)
  - ✓ Auditory sensory processing impaired (Jansson-Verkasalo et al 2003)
  - ✓ Olfactory identification but not olfactory threshold impaired (Suzuki et al 2003)
  - ✓ More reliant on questioning when acting as witnesses (McCrory et al 2007)

18

それ以外の神経心理学的なアスペルガーの特性として、アスペルガー症候群の人が証人として発言するときに、他の人より信頼性が高いことが指摘できる。具体的で構造化された質問、イエス・ノーの質問であれば信頼性が高い。しかし、オープンエンド(自由な抽象的な)の質問では、相手がどのような答えを求めているかが分からず、質問に答えることができず、証言として機能しない。

## 7, アスペルガー症候群の神経生理学的共通性

### 資料37

#### アスペルガー症候群

- ✓ 神経生理学/神経解剖学
- ✓ 小脳機能障害(右左両方) (Cassini et al 2008)
- ✓ スペクト(SPECT)、ペット(PET)、機能的MRI、神経画像検査と神経心理学の合同研究によると前頭葉と側頭前頭葉(左右両方)の機能不全が認められる(Happé et al 1996, Critchley et al 2000, Castelli et al 2002, McAloon et al 2002, Murphy et al 2002, Williams et al 2004)
- ✓ 実験的研究における睡眠の異常 (Godbout et al 2000)
- ✓ 人差し指(2D)と薬指(4D)の長さの比率が低い(薬指が長い)(高い子宮内テストステロン?) (Manning et al 2001, 2002)

### 資料38

#### Asperger syndrome

- ✓ Neurophysiology/neuroanatomy
- ✓ Intracerebellar dysfunction (both right and left) (Cassini et al 2008)
- ✓ Frontal and temporofrontal dysfunction (both right and left) according to SPECT, PET, fMRI and combined neuroimaging-neuropsychology studies (Happé et al 1996, Critchley et al 2000, Castelli et al 2002, McAloon et al 2002, Murphy et al 2002, Williams et al 2004)
- ✓ Abnormalities of sleep in laboratory study (Godbout et al 2000)
- ✓ 2D/4D ratio lowered (high intrauterine testosterone?) (Manning et al 2001, 2002)

アスペルガー症候群の神経生理学的、解剖学的特徴について。問題や特性は小脳機能、側頭葉・前頭葉機能に関連する問題がとて多い。すなわちデフォルトネットワークに関係しているものが多い。脳の中のさまざまな部分のつながりが欠落しているということである。

アスペルガー症候群とメラトニンの関係が示唆されている。アスペルガー症候群は睡眠に異常があるといわれている。かなり重篤な異常がある場合、メラトニン調節遺伝子、メラトニン代謝物に大きな異常がみられる。

バロン・コーエンはアスペルガー症候群は男性脳であるということを述べているが、これはテストステロンに対する暴露量が関係している。人差し指と中指の長さの比率が低いと男性的であることを示唆している。

### 資料39

#### アスペルガー症候群

- ✓ 神経生理学/神経解剖学
- ✓ 前頭前野のN-アセチルアスパラギン酸(オリゴクローナルバンドに関連)、クレアチンとコリン(社会的機能障害に関連)の増加 (Murphy et al 2002)
- ✓ ミニコラムがより小さい(古典的自閉症においても) (Casanova et al 2002)

### 資料40

#### Asperger syndrome

- ✓ Neurophysiology/neuroanatomy
- ✓ Increased prefrontal N-acetylaspartate (related to OCB), creatine, and choline (related to social dysfunction) (Murphy et al 2002)
- ✓ Minicolumns smaller (also in classic autism) (Casanova et al 2002)



## 8, アスペルガー症候群の遺伝的特徴

## 資料41

**アスペルガー症候群**

- ✓ 遺伝的特徴
- ✓ アスペルガー症候群はおそらくしばしば遺伝的特徴がある(自閉症または他の自閉症スペクトル障害もしくは「より広い表現型」を持つ人が同じ家族にいる)。しかしこれまで、特定集団での遺伝・双生児研究はない。
- ✓ 性ステロイド遺伝子の関連 (Chakrabarti et al 2009)
- ✓ 染色体17p領域と1q42におけるDISC1遺伝子の関連 (Tentler et al 2003, Kilpinen et al 2008)
- ✓ シナプス接着分子Neurologin 4の突然変異もしくは変異形がいくつかのケースで見られる (Ljamen et al 2003, Yan et al 2008, Sidhof 2008, Chakrabarti et al 2009)

21

## 資料42

**Asperger syndrome**

- ✓ **Genetics**
- ✓ Asperger syndrome probably often genetic (runs in the same families who also have autism or another autism spectrum disorder or "the broader phenotype"), but, so far, no published specific population study of genetics/twins
- ✓ Sex steroid genes associated (Chakrabarti et al 2009)
- ✓ Association with region on chromosome 17p, and with DISC1 gene at 1q42 (Tentler et al 2003, Kilpinen et al 2008)
- ✓ Neurologin 4 mutated or variant in some cases (Ljamen et al 2003, Yan et al 2008, Sidhof 2008, Chakrabarti et al 2009)

21

アスペルガー症候群と遺伝との関係について、自閉症は遺伝の特性があるからアスペルガー症候群も遺伝の特性があるのではないかといわれてきているが、まだアスペルガー症候群については憶測にとどまっている。ただし、アスペルガー症候群の家族の中に、非定型などの幅広い自閉症の特性がみられることが多い。親の一方が非常に脅迫的、親の一方がこだわりが見られる、一方が対人的な相互作用の弱さが見られる場合(引っ込み思案など)、その子どもに自閉症スペクトラム障害ということも見られることがある。アスペルガー症候群との遺伝との関係において、関係している遺伝子は、シナプスの生成や調整の遺伝子であるといわれている。

遺伝的な特性も持っているが、中には遺伝的な背景よりも他の要因が重要である場合もみられる。例えば、過度の未熟児の中にアスペルガー症候群がいる場合も報告されている。

## 9, アスペルガー症候群の転帰

## 資料43

**アスペルガー症候群**

- ✓ 転帰  
転帰は最良から不良まで幅が広い。しかし系統的、前向きデータは大幅に欠落している(地域およびクリニックのサンプルが必要とされている)
- ✓ ある調査は、1/3が非常に良好、1/3が中間、そして1/3が極めて不良の転帰を示した(Wing 1981, Gillberg 1985, Wing 1996, Gillberg 1998, Gillberg 1998, Szatmari 2000, Baron-Cohen et al 2000, Cederlund et al 2007, 2008, 2009)

22

## 資料44

**Asperger syndrome**

- ✓ **Outcome**  
Ranges from excellent to poor, but systematic, prospective data largely lacking (both community-based and clinic-based samples needed)
- ✓ One study showed 1/3 had very good outcomes, 1/3 intermediate and 1/3 very poor outcome  
- (Wing 1981, Gillberg 1985, Wing 1996, Gillberg 1998, Szatmari 2000, Baron-Cohen et al 2000, Cederlund et al 2007, 2008, 2009)

22

優れたアスペルガー症候群のケースもある。この場合「世界の指導者」になっていることもある。同時に、悪い転帰の場合は、慢性精神疾患を患う場合もある。100名の男性のアスペルガー症候群の子どもから大人までの追跡調査では、1/3は良い、1/3は悪い、1/3は中間であると示された。一般で考えれば低い、アスペルガー症候群のかかなりのパーセンテージで良好な転帰になると言える。

## 10, アスペルガー症候群の疑いのケースへの対応

### 資料45

**思春期におけるアスペルガー症候群**

- ✓ 検査
  - ✓ スクリーニング(ASSQ)
  - ✓ 親や本人への聞き取り (ASDI, DISCO-11)
  - ✓ 共存している問題のための質問票によるスクリーン (Face to Face; 対面条件)
  - ✓ 機能的な家族歴、記録の確認
  - ✓ 医学的運動検査
  - ✓ 身長、体重、頭囲
  - ✓ 視力、聴力、眼球運動
  - ✓ 染色体-遺伝子分析の必要性の確認 (特異な患者に対してはFMR-1, neurologin, 質の高い患者の場合性染色体異常を含む核型、- おそらく - CNVs)
  - ✓ 他の検査の必要性の確認(EEGその他)

• Ehlers and Gillberg 1993, Kadesjö and Gillberg 1999, Gillberg et al 2001, Wing et al 2002, Kadesjö et al 2004, Plessner et al 2009, Coleman and Gillberg 2010

23

### 資料46

**Asperger syndrome in adolescence**

- ✓ Work-up
  - ✓ Screening (ASSQ)
  - ✓ Interview with parent or proband (ASDI, DISCO-11)
  - ✓ Questionnaire screen for co-existing problems (FTF)
  - ✓ In-depth family history, review of records
  - ✓ Medical motor examination
  - ✓ Height, weight, head circumference
  - ✓ Vision, hearing, eye movements
  - ✓ Review of need for chromosome-gene analyses (FMR-1, neurologin, karyotype incl sex chromosome anomalies in tall patients, and - possibly - CNVs)
  - ✓ Review of need for other exams (EEG etc)

• Ehlers and Gillberg 1993, Kadesjö and Gillberg 1999, Gillberg et al 2001, Wing et al 2002, Kadesjö et al 2004, Plessner et al 2009, Coleman and Gillberg 2010

23

アスペルガー症候群の疑いのケースへの対応として、自閉症スペクトラム障害のスクリーニング ASSQ、親や兄弟へのインタビュー、DISCO-11のアリゴリズムで調査、FTF で重複を調査、並存する疾患の検討、家族歴や運動の検査、身長体重、頭位、眼球運動、染色体、遺伝子分析、脳波などの他の検査を行うことになる。

## 11, アスペルガー症候群への介入

### 資料47

**アスペルガー症候群**

- ✓ 介入
  - ✓ 心理社会的および心理教育的
  - ✓ 診断、検査、口頭および文書による情報は介入の重要な部分だと常にみなされるべきである
  - ✓ 家族支援 (集団、親団体、心理教育、実際的もしくは金銭的な支援、レスパイトケア)

24

### 資料48

**Asperger syndrome**

- ✓ Interventions
  - ✓ Psychosocial and psychoeducational
  - ✓ Diagnosis, work-up, and oral and written information should always be seen as an integral part of intervention
  - ✓ Family support (groups, parent associations, psycho-education, practical/financial support, respite care)

24

アスペルガー症候群と疑われるときにどのように診断し、介入すればいい結果が得られるのか。

これらの検査を行った後のアスペルガー症候群、自閉症スペクトラム障害と判断された場合の介入について。自閉症スペクトラム障害に特化した介入は心理社会的、心理教育的な介入が有効であり、薬物療法ではない。さらに口頭（インタビュー）、書面での情報をもとに介入を考える。

資料49

**アスペルガー症候群**

- ✓ 介入 (Wing 1996, Attwood 1997, Gillberg 2001)
- ✓ 特別教育措置
- ✓ 演劇クラス?
- ✓ 就労支援計画と移行支援 (Mawhood & Howlin 1999, Howlin et al 2005, Vanbergeijk et al 2008)
- ✓ 個別の会話 (Lugdtani 1994, Stoddart 1999)
- ✓ 薬物 - 20%-55%において
  - ADHD、うつ、双極性障害、強迫性障害、緊張病、重度の暴力等に対して
  - 反復的行動のためのオキシトシン?? (Hollander et al 2003)
  - 社会認識のためのオキシトシン? (Hollander et al 2007)

25

資料50

**Asperger syndrome**

- ✓ **Interventions** (Wing 1996, Attwood 1997, Gillberg 2001)
- ✓ Special education measures
- ✓ Drama classes?
- ✓ Supported employment schemes and supported transitions (Mawhood & Howlin 1999, Howlin et al 2005, Vanbergeijk et al 2008)
- ✓ Individual talks (Lugdtani 1994, Stoddart 1999)
- ✓ Medication - in 20%-55%
  - for ADHD, depression, bipolar disorder, OCD, catatonia, severe violence etc
  - Oxytocin for repetitive behaviours?? (Hollander et al 2003)
  - Oxytocin for social cognition? (Hollander et al 2007)

25

アスペルガー症候群の介入について、例えば特別支援教育を行う。スカンジナビア諸国では演劇も効果があるといわれる。就労支援や移行支援の計画もある。アスペルガー症候群は特定の仕事に向いている。ただし、就職の場での支援も必要。支援をうければ非常によい仕事をする人もいる。

思春期のアスペルガー症候群の50%がどこかの時点で薬を必要とする場合がある。これはアスペルガー症候群や自閉症スペクトラム障害に対する薬ではなく、随伴する問題に対する薬の使用となる。うつ、ADHDがある場合、必要に応じて薬を使用することがある。

12, おわりに

資料51

**アスペルガー症候群**

- ✓ **要約** (Wing 1996, Attwood 1997, Gillberg 2001, Gillberg 2002, Gillberg 2006, Woodbury-Smith and Volkmar 2009)
- ✓ アスペルガー症候群は、自閉症/自閉症スペクトル障害/状態または「自閉症の変形」(「アスペルガータイプ」)として、現在最もよく概念化される臨床的疾患単位である。おそらくそれがDSM-Vによってもたらされるものであろう。
- ✓ 高い言語能力のあるアスペルガー症候群対低い言語能力によるアスペルガー症候群(「カナータイプ」)
- ✓ 明らかに多くのケースは自閉症スペクトラムに入るが、ADHDやDAMP等のようにみえるケースもある。

26

資料52

**Asperger syndrome**

- ✓ **In summary** (Wing 1996, Attwood 1997, Gillberg 2001, Gillberg 2002, Gillberg 2006, Woodbury-Smith and Volkmar 2009)
- ✓ Asperger syndrome is a clinical entity that would currently best be conceptualised as an Autism/Autistic spectrum disorder/condition or a "variant of autism" ("of the Asperger type") - probably what will be the gospel of DSM-V
- ✓ ASD with high verbal ability versus ASD with low verbal ability ("of the Kanner type")
- ✓ Clearly in the autism spectrum in many cases, but more like ADHD/DAMP in others

26

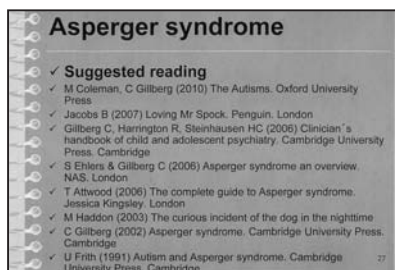
アスペルガー症候群については未だ臨床的な特性だけであって、DSM-Vでは自閉症の一つの異型としてとらえられるようになるだろう。自閉症の中で言語能力の高い場合にアスペルガー症候群を指すようになる。カナー型自閉症の1つになるだろう。大半は自閉症スペクトラム障害の基準をみたしているといえるが、ただしボーダーラインの場合があるので、アスペルガー症候群でも自閉症スペクトラム障害に入る場合も、ADHDに近いアスペルガー症候群もいるかもしれない。

推薦文献についてはスライドを参照。

資料53



資料54



### 13, 質疑応答から

#### 質問 1

アメリカの精神医学会が2歳児までの自閉症のチェックリスト(M-CHAT)を推奨しているが、それに対しての意見は。

#### 回答 1

2歳未満の子どもの診断、スクリーニングすることについて、アメリカでは推奨されている。M-CHATを使って診断できるが、2歳未満の子どもを診る専門家をきちんと育成して診断することが必要である。M-CHATと他の検査を組み合わせると診断することも可能である。2歳未満では、M-CHATだけでは十分ではない。看護師を含め、子どもへ関わる人への自閉症への教育を受けていることが大事な要素である。

#### 質問 2

女性の特殊なタイプの自閉症やアスペルガー症候群の人に対しての新しいスクリーニングについて教えてほしい。

## 回答 2

女性のアスペルガー症候群、自閉症スペクトラム障害については非常に大きなテーマである。女性の場合診断を受けていない人も多くいる。これは、今までのスクリーニングは男性に焦点を当てていたためである。とくに思春期・青年期に摂食障害を起こしている場合、女の子はその陰に常にアスペルガー症候群がないかをみるべきである。摂食障害の女性の1/5はアスペルガー症候群といわれている。女性の診断の場合、アントウッドとギルバークのスクリーニング基準がある、44項目に渡るスクリーニングツールである。このうち女性に焦点をあてた17項目がある。DSM-Vでは女性に焦点を当てた項目が設けられるだろう。これには攻撃的でない、多動がない、否定的でない、受動的などの女性の特徴が記載されることとなる。

## 質問 3

グループでの治療へのアイディアについて。

## 回答 3

1980年代90年代、アスペルガー症候群に対してグループ療法をしたが、諦めるという結果になった。ここで行われたのは従来の伝統的なグループ療法であり、アスペルガー症候群には適さなかった。グループ療法ではないがアスペルガー症候群の人をグループにして活動することは有用だといわれている。しかしその際には、適切なグループ設定をする必要がある。年齢やIQをそろえたり、集団のサイズなど他の要素も考えたりして、構成する必要がある。それぞれの人が関心をもつテーマを取り上げ、その人に合った適切なテーマにする。さまざまなテーマに対応するために、必ずしも全員の関心は合わないが、それぞれに関心のあるテーマを挙げてもらい、みんなに選ばせ、今回はこのテーマであるが次回はあなたのテーマを行う、などという提案をし、その活動にひきつける。グループから意見を選び、みんなの意見を採択することが大切だ。何年にもわたってグループ療法が必要と思ってきたが、均質なグループを作ることは難しい。グループ構成がひとつの鍵となる。

一方で他の人との対人的なコンタクトを取ることは必要に良い。グループ療法外でも同じ興味関心を持つ人に会うことが経験として必要であるがセラピーではない。親の会など他の組織がグループを集めること、介入セラピーではないこと、経験としてのグループを集める、グループ活動を行うことが

重要であると考えられる。

#### 質問4

最近ではアスペルガー症候群、自閉症障害、統合失調症などをまとめて陰性症状スペクトラム（ネガティブシンプトムスペクトラム）という概念が出てきている。それに関連してDSM-Vで自閉症を一本化することについての関係の意見を知りたい。

#### 回答4

大きなテーマである。精神科における陰性、陽性という考え方も取り上げる必要がある。幻覚、妄想、躁などの陽性症状として明らかに強く出てこない症候群があることも事実である。自閉症も統合失調症もこのようなことがあるが、これらの陰性症候群は脳のシナプスの接続が十分に機能していないことからきていると思われる。ただ、脳の違いで診断するところまでは来ていない。DSM-Vの基準では、まだ遺伝子の問題で診断するというに至ってはいいない。自閉症と統合失調は遺伝子レベルで診断するという事はDSM-Vではまだ到達しないであろう。脳や遺伝子の観点から診断を求めるのは早すぎる。もしかしたらDSM-VIIくらいに至ればできるかもしれない。実際に陰性症状スペクトラムで、脳の接続が不十分の場合、ある場合は自閉症になり、ある場合は統合失調症になるということがあるだろう。両者に類似している点はあるが、診断基準には至らず、今は臨床的な理解にとどまる。脳の違いで診断をするには時間がかかるであろう。

---

#### 註・引用文献

- 1 スウェーデン・イエーテボリ大学児童青年精神医学科、他にもイギリス・ロンドン大学児童青年精神医学科教授、グラスゴー・ストラスクライド大学児童精神医学科教授、クイーンシルビア児童病院（ストックホルム）児童精神神経科医長、国立てんかん研究センター、ヨークヒル病院他などに勤務する。

主な職歴は、以下。

1981－1985年 イエーテボリ・ボーフス県の知的障害医療部主任

1985－1988年 イエーテボリ市東病院児童青年精神科医長

1982年 イエーテボリ大学児童青年精神医学科助教授

1984年 イエーテボリ大学障害研究所教授



1986年－(現在) イェーテボリ大学児童青年精神医学科教授  
1987－1992年 児童青年精神外来クリニックにて勤務  
1988－2002年 イェーテボリ大学附属東病院児童青年精神外来クリニック長。  
1993年 NYU メディカルセンター(アメリカ)客員教授、  
1995－2000年 オーデンセ大学児童青年精神医学部(デンマーク)客員教授  
1998年 UCSF 児童青年精神医学部(アメリカ)客員教授  
1999－2001年 ベルゲン地域児童青年精神医療センター客員教授  
2001年－(現在) ロンドン大学児童青年精神医学科教授  
2004年－(現在) グラスゴー国立病院児童精神科コンサルタント  
2005年－(現在) ストラスクライド大学(グラスゴー・スコットランド)大学児童  
精神医学科教授  
2006年－(現在) リングフィールドてんかん児童国立センターコンサルタント  
2007年－(現在) ロンドン児童健康研究所児童精神科客員教授  
2007年－(現在) グラスゴー大学児童精神医学科名誉教授  
2008年－(現在) クイーンシルビア児童病院(ストックホルム)児童精神神経科医長  
2008年－(現在) サールグレンスカ病院(イェーテボリ)児童精神神経科医長  
主な業績は、以下。

国際査読付論文450編以上、単著・共著多数、内27冊はスウェーデン語のみならず英語でも出版、多くの著書は少なくとも6カ国語で翻訳されている。

- ・ Gillberg, C. (2002) A Guide to Asperger Syndrome, Cembledge. University Press(日本語訳, クリストファー・ギルバーグ著, 田中康雄監訳, 森田由美訳(2003)『アスペルガー症候群がわかる本 理解と対応のためのガイドブック』明石書店)
- ・ Gillberg, C., Coleman, M. (1985) The Biology of the Autistic Syndromes, New York, Praeger (日本語訳, メアリー・コールマン, クリストファー・ギルバーグ著, 高木俊一郎, 高木俊治訳(1986)『自閉症のバイオロジー 新しい理解と治療教育の手引』)
- ・ Gillberg I. C., Gillberg C. "Asperger syndrome-some epidemiological considerations: A research note." J Child Psychol Psychiatry. 1989 Jul; 30 (4): 631-638. (1980年代にアスペルガー障害の6つの特徴を提起)
- ・ Steffenburg, S., Gillberg, C., Lars, H & al. (1989) "A Twin Study of Autism in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines (The Association for Child Psychology and Psychiatry) 30 (3): 405-416. (国際比較研究)

- ・ Simon, B., Allen, J., Gillberg, C. (1992) "Can Autism Be Detected at 18 Months? The Needle, the Haystack and the CHAT". The British Journal of Psychiatry (The Royal College of Psychiatrists) 161: 839-143 (国際共同研究)
- ・ Ehlers, S., Gillberg, C. (1993) "The epidemiology of Asperger's syndrome. A total population study" J Child Psychol Psychiat 34 (8): 1327-1350.
- ・ Vetenskapsrådet. Detaljerad information för diariernr 2006-3449: Gillberg, C. "Psychiatric diseases" 8 November 2006 (in Swedish). (国のプロジェクトとしてアスペルガーの状況を2009年まで調査)
- ・ Gillberg, C., Scientific Commons. Retrieved 6 May 2008. (前述プロジェクトの成果を国際共同研究として一部公表)
- ・ Gillberg, C. (1999) "Nordisk enighet om DAMP/ADHD - Aktuellt dokument sammanfattar dagens kunskap" Läkartidningen 96: 3330-3331. (1970年代に提起した DAMP 概念をもとに研究)
- ・ Gillberg, C. (2003) "Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review" Archives of Disease in Childhood 88: 904-910. (1970年代に提起した DAMP 概念をもとに研究)

#### 主たる書籍

- ・ Gillberg, C (1981) Neuropsychiatric aspects of perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old Swedish children. Uppsala University. (1970年代に提起した DAMP 概念をもとに研究)
  - ・ Gillberg, C. (ed.) (1989) Diagnosis and treatment of autism. New York: Plenum Press.
  - ・ Gillberg, C. (1995) Clinical Child Neuropsychiatry, Cambridge University Press.
  - ・ Gillberg, C. (1997) Barn, Ungdomar och vuxna med Asperger Syndrom - Normala, geniala, nördar? (in Swedish) Bokförlaget Cura AB.
  - ・ Gillberg, C., Theo, P. (1998) Autism: medical and educational aspects, Whurr.
  - ・ Gillberg, C. (2006) "Autism Spectrum Disorders" A Clinician's Handbook of Child and Adolescent. Eds. Gillberg, C., Harrington, R., Steinhausen, H. C., Cambridge University Press (近年のアスペルガー研究成果のまとめ)。
- 2 クリストファー・ギルバーク著, 田中康男監修, 森田由美翻訳 (2003) 『アスペルガー症候群がわかる本』 明石書店, p.1.
- 3 同上, p.1.
- 4 前掲2, p.1.
- 5 前掲2, p.8.

- 6 前掲2, p.10.
- 7 前掲2, pp.10-11.
- 8 前掲2, p.8.
- 9 前掲2, p.6.
- 10 前掲2, pp.89-90,p.151.
- 11 前掲2, p.90.
- 12 前掲2, p.89,p.148.
- 13 前掲2, p.90.
- 14 前掲2, p.89.
- 15 前掲2, p.21.
- 16 前掲2, p.17.
- 17 前掲2, p.48.
- 18 前掲2, p.53.
- 19 前掲2, p.52.
- 20 前掲2, p.54.
- 21 前掲2, p.60.

クリストファー・ギルバーグ（イエーテボリ大学児童青年精神医学科教授）  
これなが かなこ（高知大学教育研究部人文社会科学系教育学部門准教授・  
高知発達障害研究プロジェクト研究員）

