症例報告

他の精神疾患との鑑別が困難であった アスペルガー症候群の一例

奈良県立医科大学精神医学教室
上田昇太郎，岸野加苗，九十九綾子，
法山良信，岸本年史

A CASE OF ASPERGER'S SYNDROME, DIFFICULT TO DIFFERENTIATE FROM OTHER MENTAL DISORDERS

SHOTARO UEDA, KANAE KISHINO, AYAKO TSUKUMO,
YOSINOBU NORIYAMA and TOSHIFUMI KISHIMOTO
Department of Psychiatry, Nara Medical University School of Medicine
Received April 13, 2007

Abstract: Asperger's syndrome(AS) is a pervasive developmental disorder characterized by social impairments and rigid and repetitive interests or behaviors. In contrast to the social presentation in autism, individuals with AS find themselves socially isolated but are not usually withdrawn in presence of other people, typically approaching others but in an inappropriate or eccentric fashion. It is difficult to distinguish AS from high-functional autism, attention-deficit/hyperactive disorder, obsessive-compulsive disorder and personality disorder. Here we describe the case of a 35-year-old female who was diagnosed with AS. She had been diagnosed as having schizophrenia or borderline personality disorder because of her depressive mood and impulsive acts(e.g., self-mutilation, suicide attempts and violent behaviors). Detailed psychological interviews and several psychological tests revealed that she was afflicted with the disorder. The practical implications of delayed diagnosis may adversely affect the prognosis in her case. It is important for her family members to understand her social disabilities and for her to acquire appropriate social skills.

Key words: Asperger's syndrome, diagnosis, adult case, maladaptation, personal relationship

緒　　言

アスペルガー症候群(Asperger's syndrome, 以下AS)は，自閉症とともに広汎性発達障害に含まれる．ASは，人と人との交流における社会的関係の障害に，ある種の対象への興味や思考の極端な偏りや柔軟性の欠如した行動，ステレオタイプな行動，ルーチンへの固執などの行動障害が加わった発達障害である[1]．ASは幼児期の言語発達や認知発達の遅れが認められないことから，定期健診で指摘されず，診断されないまま学童期，思春期，青年期を迎えるケースがみられる．知的機能が高く，環境に恵まれれば，ASであっても不適応を起こすことなく，

社会生活をまっとうする人もいる．しかし，発達段階，特に他者とのコミュニケーションが活発に求められる思春期以降に問題化するケースが多い．臨床現場ではその特性が十分に理解されているとはいいがたく，異なる診断を受け不適切な対応や薬物治療がおこなわれている例も数多く存在する[2]．今回，自傷行為や自殺企図などの衝動行為や様々な不適応行動を伴い，複数の医療機関で統合失調症や境界性パーソナリティ障害などと診断されてきたが，最終的にASと診断された成人女性症例を経験したので報告した．

症　　例

35歳　女性

（主訴）

屋外で全裸になる，包丁を自分の頸に突きつける

（既往歴）

特記事項なし

（家族歴）

父がうつ病で近医精神科に通院していたが，X－6年1月（57歳時）に自殺

（生活歴および現病歴）

同胞2名中長女として出生．早期破水で，在胎38週，出生時2650gであった．運動発達（定頸2ヶ月，座位6ヶ月，始歩10ヶ月），精神発達ともに特に問題はなかった．

乳児期は，人見知りや後追い行動があり，視線が合いにくいこともなかった．ミルク嫌いで離乳食もあまり食べず，また泣くことが多かったため，母は育てにくいと感じていた．1歳頃には，父親がかまわなかったせいもあり，母親べったりで父親にはなつかなかった．また，呼んでも知らん顔することが多く，母は耳が聞こえないのか心配したことがある．偏食はなかった．2歳頃には，思いどおりにいかないと激しく怒り，いい聞かせてもわからず，母はしつけができないと感じていた．感覚過敏などはなかった．1歳6か月健診，3歳健診では特に異常を指摘されなかった．

物心ついた頃より，尋常ならぬほど植物に興味を示し，幼少時は周辺植物の特徴・生態などをすべて把握していたという．また，母の陳述によると，他者の感情を推し量ることや，場の状況，空気を読むといったことが苦手で，幼稚園の頃から孤立しており，友人はすくなかった．

幼稚園時は鉄棒遊びが好きで，図鑑（動物図鑑や植物図鑑）や絵本を繰り返し読んでいた．収集癖や不器用さはなかった．

小学生時は，帰宅後，毎日完全なスケジュールを組み，それに沿った生活が営まれ，スケジュールからわずかでも逸脱すると極めて気分が不安定になった（大学入学まで，概ねこのような生活状況であったという）．小学3年頃より成績が伸び始めた．国語や理科，歴史が好きで，作文，感想文が得意であった．また，植物好きのため，庭の手入れをすべて自分でおこなっており，じゃがいもやねぎ，トマトなどを栽培していた．

中学校進学後は，なんでも一番になること，勉強で勝ち抜くことを母から強いられ，勉強漬けの生活を送っていた．運動面でも特に問題なく，中学生時は学業成績，水泳，マラソン大会，百人一首すべて学年一であった．他生徒に対し悪気なく「太っている」などというため，周囲からは変わっている子といわれていた．また，小学5年から中学2年にかけていじめにあい，「いじめられるから学校に行きたくない．」ということもあった．

高校に進学すると，休み時間も他者と会話することは一切なく，睡眠時以外はすべて勉強していた．このため，交友はほとんどなかった．しかし，中学時に比べると成績は明らかに低下したため，「自分は頭が悪い．暗示をかけてもらおう．」と思い，高2時にA病院精神神経科を受診している（その際，医師から母が過干渉であると指摘されている．例えば，生理時の下着を母が洗う，本人のかばんの中身を母が確認する，などについて）．その後，1か月ほど不登校の時期があった．また，身なりにかまうことなく，先生にだらしないことを注意されたことがあった．

三浪（宅浪）の末，B大学理学部生物学科に進学（幼少時より，母に医学部への進学を強要されてきており，本人もそうなるものだと思っていたが，三浪時に自分の進みたい路を発見したとのこと）．大学生時は，野草研究会を発足させた．植物を追い求める仲間（すべて男性）がどことなく集まり，日々，その仲間と雑草などの植物を探索し，楽しく過ごした．

大学卒業後，C大学大学院（民族植物学）に進学した．しかし，同じ研究室のスタッフと折り合いがあわず，精神的苦痛が生じたために，近医精神科に通院するようになった．次第に，多数の診療所を受診し，多量に投薬を受けるようになった．X－10年（27歳時），院生2年の時，単身でエチオピアにわたり約一年間研究のため滞在していた．母の陳述によると，大学生時の仕送りは，家賃，生活費，電話代，専門書などの諸費用を含めると月平均およそ50万円であり，大学院生時は，月60万円を下らなかったという（「お金ないからちょうだい．」といわれれば，学生の間だけは仕方ないと思い，そのまま振り込んでいた．また，「これだけもお金出せない家庭はいっ

ぱいあるよ.」といえば,「親がお金出すのは当たり前や.」と本人は返答した).

2年で修士課程を修了し，D大学薬学部助手に就職したが，3か月ほどで解雇されたため，両親と同居することになる．その後，予備校や塾の講師，一般薬局，家庭教師(11件依頼があったが，いずれも1日だけで断られた)，スナック，バーなど，職を転々としたが，いずれも対人上のトラブルにより，極めて短期間で辞職，あるいは解雇されることが続いた．この頃，ストレスから多量に飲酒することが頻回にあり，喫煙するようになった．

X－8年1月，うつ病に罹患していた父親が自殺した後から，強い不安，恐怖，焦燥感におそわれるようになり，そのたびに「ウーッ」という大きな唸り声をあげながらの痙攣発作や突然の意識消失発作が出現するようになった．また，母との折り合いがあわないため，当時通院していた心療内科の主治医の勧めに従い，単身生活を始めるようになる．手首自傷や大量服薬もおこない，X－8年7月，E病院に入院した．同年7月31日から，Fクリニックに通院し，“境界型人格障害”，“注意集中欠陥障害”の診断で治療を受けていた．その後も,母親との口論(主に金銭関係のこと)のたびに，手首自傷や大量服薬を繰り返し，救急要請することが頻回にあった．エチオピアで再び研究をしたいという本人の希望があり，X－2年10月頃，エチオピアに渡り，2回目の研究生活に入ったが,体調不良から約1か月間で帰国となる(約300万円かかった費用はすべて母が工面した).X－1年(33歳時)7月4日,「専門書を買うから3万円振り込んでほしい.」と母に相談したが，断られたために激昂し，鉄道線路上に横になり自殺を図ろうとしたところを警察に保護され,同日より7月19日までG病院に入院した(このときの診断は“統合失調症”であった)．退院後も,縊頸による自殺を図り，自室にて倒れているところを発見され，H病院救急科を経て，同年8月13日から9月1日まで再びG病院に入院している．退院後の同年10月12日，川に飛び込み自殺を図ろうとしたため保護された．また，同年11月21日,電車に接触し(本人の記憶が定かではないため，詳細は不明)，H病院に入院した．自分で金銭管理ができず，多買傾向(保存食や化粧品の購入，また，気に入った美容院があると連日通いつめるなど)があり,そのことで母とたびたび口論となった．X年10月には,百貨店で窃盗事件(アロマオイルなどを約5万円分)を起こしている．同年12月17日，多買を指摘され，母と口論になり,「母親が嫌がることを全部してやる.」といって，コンビニエンスストアの駐車場で全裸になっているところを通行人が発見，110番通報し，警察に保護される．一旦，自宅に戻ったが，自宅で包丁を振り回し，自分の頸に包丁を突きつけたため，再び警察に保護された．言動から，精神障害の存在が疑われたため，24条通報により当院精神医療センターで緊急措置鑑定がおこなわれた．鑑定の結果，同日，当科緊急措置入院となった．

入院時現症：

入院時，ややぼんやりして表情は虚ろ，談話はゆっくりだがスムーズであった．また，表情の硬さから，いくらか対人面における緊張が窺えた．会話内容にややまとまりを欠き，会話中に突然興奮し，大声を出すこともあった．明らかな病的体験は認めず，慢性的な希死念慮を認めた．

外表所見として、左前腕内側部に20～30の切創痕を認めた．神経学的所見としては，手指振戦を両側にわずかに認めたのみで，その他は，身体的な異常所見は認めなかった.血液検査では,内分泌検査でFT4が0.77ng/dl(0.9～1.8)とわずかに低値である以外は特に異常を認めなかった.脳波検査では側頭部,後頭部優位に10～12Hzのα波が出現しており，賦活試験にて反応性の異常波は認めなかった．頭部MRでは，脳内に明らかな占拠性病変や異常信号は指摘できず，明らかな萎縮性変化もなかった．

生活歴および現病歴より，発達障害が疑われたため，以下の心理検査をおこなった．

〈WAIS-R〉(Fig.1.)

全検査IQ　100

言語性IQ　114(知識14，数唱8，単語15，算数7，理解13，類似16)

動作性IQ　83(絵画完成10,絵画配列10,積木模様6,組合せ4，符号8)

言語性IQは114，動作性IQは83，全検査IQは100.言語性と動作性の間に大きな乖離がみられる．また，言語性および動作性の各下位項目間においても，得点差がみられ，得意なものと苦手なものとの差が顕著にみられている．

言語性については,〈知識〉,〈単語〉,〈理解〉,〈類似〉の得点が，標準レベルよりも高かったが,〈数唱〉,〈算数〉の得点は標準よりも低かった．本結果および,漢字に強いところや語学力が高いところから，言語能力の高さが窺われる．視覚的に捉えることが得意で，文字などについて見たものを写真のようにくっきりと記憶することが可能なようである．そのため，知っていることをそのまま言葉にして他者に伝えるといった『概念の確認』は得意だが，数字の処理課題で得点が低いことから,『概念の操作』，つまり抽象的思考が苦手な様子が窺われる．

言語性 IQ	114
動作性 IQ	83
全検査 IQ	100

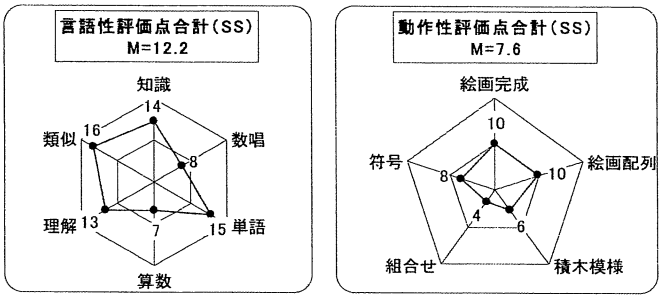

Fig. 1. WAIS-R

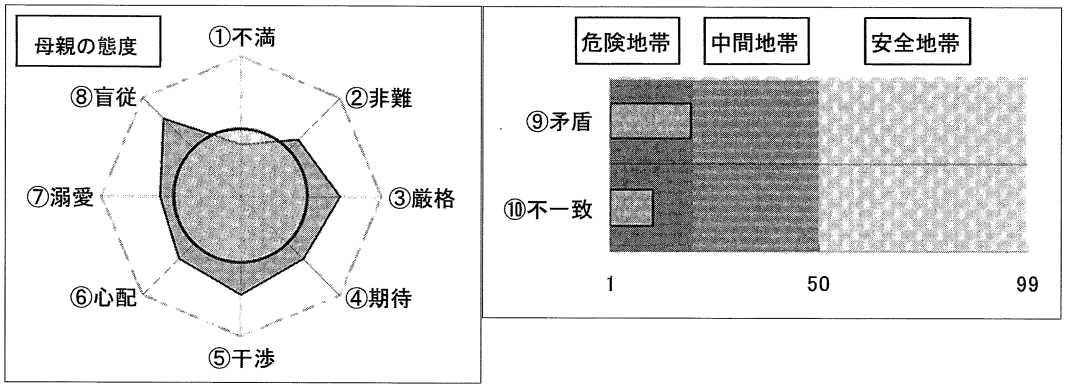

Fig. 2. -A-Parent and child relationship Test

動作性について，〈絵画完成〉，〈絵画配列〉は標準レベルだが，〈積木模様〉，〈組合せ〉，〈符号〉の得点が低く，標準よりも低かった．以上の結果から，周囲の流れを読む力は，ある程度，身についており，注意集中力も持ち合わせているが，論理的に考え，先の見通しを立ててから行動することが苦手な様子が窺われ，これは抽象的思考能力の低さと関係があるかもしれない．記憶や再生能力に長けていても，その記憶内容を再生して操作する能力が低いと，周囲からは理解できないような，あまりにも短絡的な考え方や行動しかできないようになってしまうと考えられる．

〈ロールシャッハ・テスト〉

総反応数 41，初発反応時間 5.4 秒，P 反応 12，反応決定因は F(形態反応)24 個，FM(動物運動反応)9 個，反応内容は A(動物反応)14，全体反応 39%，部分反応 54%，体験型は色彩型，

幼さをたくさん残しており，周囲の刺激に振り回されやすい傾向がある．人間関係の面において，発達途上にあるようである．一方で，周囲からの刺激に対して，自分の思いだけで反応するだけでなく，適応的な形で行動する面も見られる．周囲の人々の考えや気持ちを踏まえて行動することは，苦手なようだが，これは今までの関係性の希薄なところが影響していると推察される．また思考能力について，現段階では統合力が悪く，全体を見渡して，見通しをつけてから個々の処理をしていくということが苦手であると示唆された．

〈TK 式親子関係テスト〉

〈(母)親用〉(Fig. 2. -A-)

先を見通して養育することができずに，その場しのぎ的なかかわり方をしてしまい，折角，子のことを思ってしていることでも，子にはその気持ちが伝わらず，逆に混乱と誤解を生じさせてしまい，親からの愛情を感じ難くさせている様子が窺われる．

〈子用〉(Fig.2. -B-)

父親は現存しないため，母親に焦点を当てて記述する．

本人はこれまで，親が正しいと思うことをさせられ，親が何でも先回りして準備しているところを自分は歩かされていると思いながらも，その路を歩き続け，親の期待を裏切らない子を演じてきた様子が窺われる．しかし，そのような努力をしているにもかかわらず，親から高い評価を受けているとは思っていないようである．それは，親の矛盾した養育態度から影響を受けている可能性がある．親に従ってきた根底には，親に対する承認欲求があり，その一心で親に対して従順に従ってきたにも関わらず，それに値するようなものを親から付与されていないという不満や葛藤をこれまでずっと抱き続けてきたことが示唆される．

〈ベンダーゲシュタルトテスト〉

総得点（粗点）：17（パスカル法）

通常，平均知能を有する成人の場合，大脳皮質部に損傷のない限り，粗点は13から18の範囲に入ると考えられており，今回もその範疇内の得点であった．

〈グッドイナフ人物画知能検査〉(Fig.3.)

MA 10歳6ヶ月，（参考）IQ 30

WAIS-Rにおける知能指数との間に大きな乖離がみられた．

〈SCT〉

自分について書いている内容は，1)勉強(研究)の努力，2)家族(母親)への(届かない)思い，3)女性性，に関するものが多い．勉強については，これまで努力してきたこと，研究を続けたいこと，エチオピアに行けたこと，研究や仕事が人間関係によって阻まれたことなどが書かれ，攻撃性や怒りの感情が感じ取れる．家族については，親に求めていること，後悔していることが書かれ，過去への固着や母親への愛情欲求がみられる．女性性については，母親に同一化できなかった様子が窺われる．母親に愛情を求めても与えてくれないことから，母親を否定するようになり，それが自分の女性性，さらに自分の存在をも否定することにつながっているようである．容姿，恋愛，結婚などに対して，非常に否定的な様子がみられる．

〈バウム・テスト〉(Fig.4.)

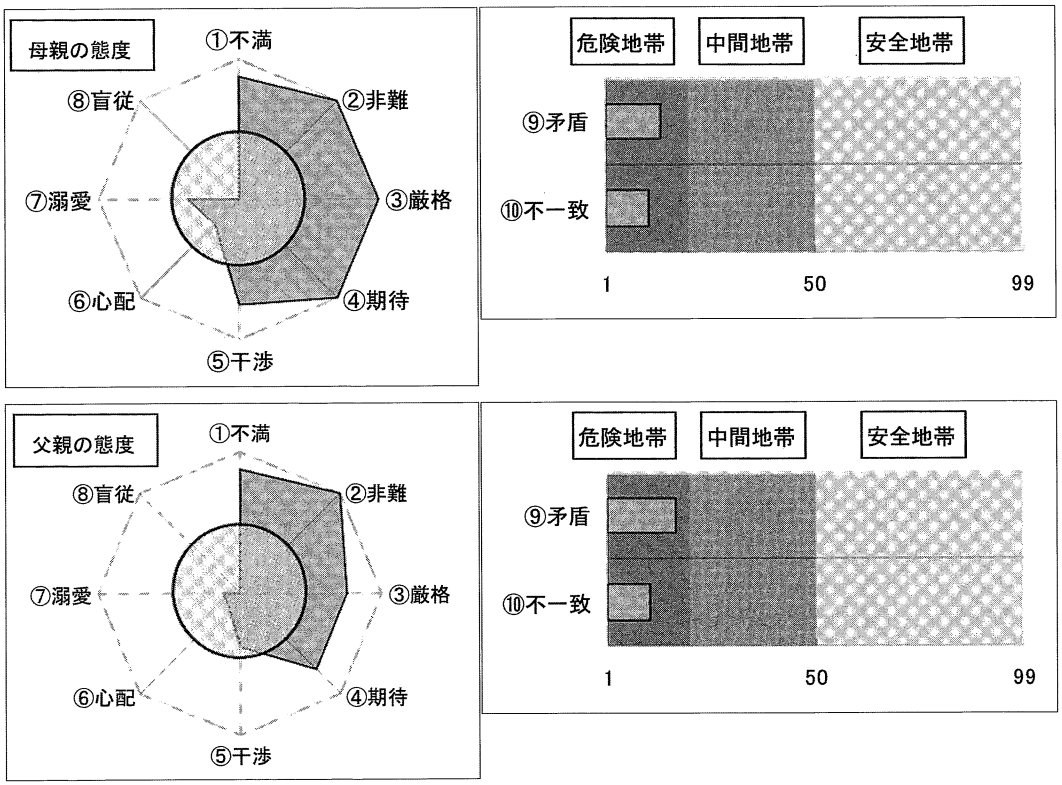

Fig. 2. -B-Parent and child relationship Test

Fig. 3. Goodenough Draw A Man Test

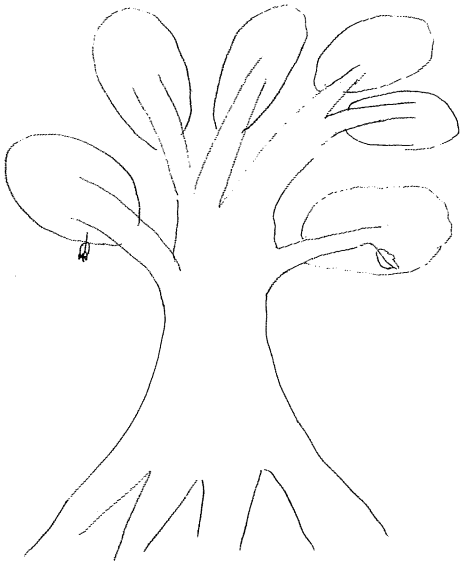

Fig. 4. Baum Test

樹幹部が分割されており，クラウン形に統合することができていないところから，未成熟さ，幼さが窺われる．枝は外側に開かれており，そこから社交的な様子がみられる．また，幹は太くかかれており，基本的にエネルギーは蓄えている様子が窺われる．全体的にみて，病的な様子よりも，未成熟さ，幼さが感じられる．

以上の心理検査のまとめ：

知的水準は標準的だが，言語性能力の高さが著しく，動作性に関する能力は低く，その乖離が非常に顕著にみられる．本結果から，発達障害の疑いがもたれる．ひとたび，自分の世界に思いをめぐらせてしまうと，空想的な思考体系が表出し，そこからパーソナリティ障害や統合失調症が疑われてしまう可能性がある．関係性が希薄な面も，さらにその傾向を後押ししてしまうことがあるかもしれないが，周囲と関係性を積極的に持つことによって，空想世界から現実世界へ自分の力で戻ってくることが可能で，社会的な関わりが持てる能力を持ち合わせている．衝動的な行動については，幼さが全面的に表出した形であるととらえられる．普段は適応的な行動をとることができていても，緊張状態，もしくは，自分が脅かされる状況に置かれた場合，周囲からの刺激に敏感に反応してしまい，現実的に考えたり内省するよりも，満たされない欲求から幼稚な思考が前面に表出し，周囲からは予測できないような行動をとってしまうと考えられる．上述のとおり，知的水準とは別に，幼さが見られ，人間関係において適切な関係性をもつことができないため，トラブルが多い．人間関係の希薄さに大きく影響を与えている要因として，親子関係が考えられる．親は一貫した養育態度で愛情を示すことが困難な様子がみられ，それに伴って子どもはうまく愛情欲求が出せず，愛情欲求を充足できない状態でこれまでやってきたと思われる．

以上の心理検査の結果，発達障害の中でもASが最も疑われたために，さらに以下の心理検査を追加しておこなった．

〈サリー・アン課題〉

これは「心の理論」に関するテストである．他者の心の直感的理解や情動共有経験に用いる認知能力を「心の理論」というが，自閉症スペクトラムでは言語発達年齢が9～10歳において，その課題を通過するといわれている．しかし，健常児では情動の発達と関連して形成されるものが，自閉症児では欠落したまま，他の能力によって補償される形で形成されることが示唆されている．

本症例では，この課題を通過した．

〈自閉性スペクトル指数日本版(Autism-Spectrum Quotient Japanese Version; AQ-J)〉

これは，英国で開発された50項目からなる自記式質問紙である自閉性スペクトル指数の日本版で，成人での自

閉性を測定する尺度，また高機能広汎性発達障害のスクリーニング尺度として用いられている．

30点（アスペルガー障害のカットオフポイント：30点，陽性的中率0.5，陰性的中率0.96)[3]

〈社会常識テスト〉

これは，標準化はされていないが，米国人Margaret Dewayが作成し，日本語に修正されたものである．ASなど自閉症スペクトラムの横断面的診断に有用と考えられており，ASの人がこのテストを受けたとき，彼らの行動評価が非常に独特で，ストーリーを一般的常識に沿って理解できないということが指摘されている[4]．

本テスト全体を通して，いくつかの設問において自閉症的特徴を示しており，社会的慣習や，ある行動が他の人にどう思われるかという視点が幾分か欠落していることが窺えた．また，特徴的なことは，中間領域のない二極思考的であり，このことも自閉症的特徴といえる．

入院後経過：

焦燥感，衝動性の軽減を図るために抗精神病薬を主体とした薬物療法をおこなった．入院後は，比較的速やかに病棟内での生活に適応し，落ち着いて過ごしていたが，自身の行為に対する内省を欠き，屋外で全裸になったことに対して，「エチオピアではみんなほとんど裸なんです．だから，それが抜けなくて，ああいうことをしてしまいました．でも，どうして裸になったら入院なのかわかりません．エチオピアの常識が日本の非常識で…」と述べた．陳述内容のほとんどは母親に関すること，あるいは植物のことであった．また，面接を重ねるうちに，母子間の葛藤が明らかになり，面会のたびに母と口論になり，解離症状を呈するなど精神状態が不安定となるため，母親との面会および通信を控えることを指示した．日が経つにつれ，入院に対する不満を執拗に述べ，焦燥感を募らせるようになったため，気分安定作用のあるCarbamazepineを追加したところ，焦燥感は消退した．その後も，精神状態は概ね安定しており，現在は，入院形態を任意入院に切り替え，開放病棟での治療を続けている．

考　　察

本症例は，幼少時から思考や行動様式に偏りがあり，思春期以降，社会との関わりが増すにつれ，主に対人面を中心とする社会的な不適応が目立ち始めたものである．以下に，診断について検討，考察する．

＃1．広汎性発達障害

白瀧[5]は，自閉症スペクトラム障害の中に位置づけることのできるASを思春期以降において診断するためには，まず1．自閉症スペクトラム障害か否かの判断をするための情報と，2．自閉症スペクトラム障害の中での他の疾患，例えば高機能自閉症などとの鑑別のための両方の情報が必要である，と述べている．以下にそれぞれの情報を挙げる．

1．自閉症スペクトラム障害か否かの判断をするための情報

1)社会性障害，あるいは対人関係障害の有無，その発達過程

2)言語を中心とするコミュニケーション障害の有無

3)興味・活動の限局性，同一性への固執などの有無，およびその重篤度

2．自閉症スペクトラム障害の中での他の疾患，例えば高機能自閉症などとの鑑別のための情報

1)幼児期からの言語発達障害の有無について

2)微細運動障害の有無

まず，1．の1)についてであるが，幼児期前半期において，あやすとよく笑い，抱き難さはなく，後追い行動，新奇場面での母親との距離の短縮化，手つなぎ行動や自発的母親探索行動などもあり，母子間の愛着関係はある程度確立されていたと思われる．母親以外の人物の接近に対しては泣いて嫌がるなど，人見知りもみられた．しかし，幼児期後半期も含め，同年齢他児同士の関係を持つことができず，いつも一人，もしくは妹としか遊ぶことができなかった．また，そこでもごっこ遊びややりとり遊びが成立することはなかったという．1．の2)についてであるが，幼児期前半期において，生後10ヶ月で発語がみられ，2歳で2語文を用いるなど，言語理解，言語表出において特に指摘しうる問題はなかった．バイバイなどの人に向けた動作もできていた．幼児期後半期以降も，抑揚に欠く口調ではあるが．相互的会話は成立していた．小学生時においては作文や感想文を得意としており(本人談ではあるが)，意思伝達の質的な問題はないか，あってもごく軽度であったと思われる．1．の3)について，幼児期において，特別に収集していた物や情報はなく，環境変化に対して頑強に抵抗することもなかった．一方，現在もそうであるが，植物に対する興味は異常なほどであり，当時より周辺植物の特徴・生態などをすべて把握している，現在も続けているという植物採集では，標本数は3000点を下らないという．また，常に自分のやりたいことをやりたいようにするという態度が認められた．以上を鑑みると，自閉症スペクトラム障害の存在は明らかであると考えられる．

次に自閉症スペクトラム障害の中での鑑別について考える．2．の1)についてであるが，前述したとおり，幼児期において，言語理解，言語表出を含む言語発達にお

いて特に指摘しうる問題はなかった．反響言語のような異常もなかった．現時点では，語彙数は豊富であり，かなり難しい語彙を使って話すこともしばしばあるが，口調は抑揚を欠き一本調子である．また，話題の選び方や切り出し方に不自然さがあり，自分の興味あることを集中的に話す，どんな話題でも自分の関心のある話題(主に植物や母親について)にしてしまう傾向がある．身ぶり，手ぶりや感情を目や顔の表情で伝えるなどの非言語的コミュニケーションの異常は特に認められないが，発達障害圏一般にみられる言葉を字義どおりに理解する，比喩や冗談を理解できないなどの特徴もある程度認められる．また，心理検査からは，言語能力の高さが窺われる．視覚的に捉えることが得意で，文字などについて見たものを視覚的に記憶することが可能なようである．そのため，知っていることをそのまま言葉にして他者に伝える，といった『概念の確認』は得意だが，『概念の操作』，つまり抽象的思考の困難さが窺われる．2．の2)についてであるが，幼児期に微細運動の困難性(不器用)が認められていた場合，ASが疑われるとされるが，はさみやボールの扱いなど運動の巧緻性に関する問題はなかったという．以上，言語発達の遅延の有無，コミュニケーション能力障害の量的な差異を考えると，高機能自閉症であれば初期の言語発達障害や社会性の障害が幼少期からより目立つはずであるが，本症例ではいずれも判然としないため，高機能自閉症よりもAS，もしくは非定型自閉症(特定不能の広汎性発達障害)が考慮される．心理検査では，WAIS-Rにおいて．言語性IQが著しく優位であり，これはASに特徴的とされている．また，ASでは下位検査において知識，理解，類似，積木模様，単語，絵画完成の評価点が組合せ，符号の評価点よりも高く，知識と類似の評価点が算数の評価点よりも高いとされている[6]が，本症例でも概ねこれに合致する結果であった．ここで，診断基準に照らし合わせて考えると，DSM-Ⅳ-TRによるアスペルガー障害の主な診断基準[7]として，①対人的相互反応の質的な障害，②行動，興味および活動の，限定的，反復的，常同的な様式，③臨床的に著しい言語の遅れがない，が挙げられる．①について，幼少時期より，周囲とのトラブルは特別なかったが，集団にとけこめず，一人遊びが中心であった．以後も，友人関係の構築は苦手であり，いじめやからかいの対象となることが多かった．学生時代は，社会的不適応は特に目立たなかったが，就職してからは，対人上のトラブルからいずれもごく短期間での解雇を余儀なくされている．また，社会常識テストからも感情認知の障害や，常識理解の不十分さが明白である．②について，幼児期に特に収集癖や偏食もなく，非機能的な習慣や儀式へのこだわりもなかった，しかし．植物に対する興味は常軌を逸したものがあり．それは現在においても同様である．また，入院中も頓服薬服用の回数や時間，気になる記号をメモ用紙に無数に書き写すなど，多少強迫的な一面も窺える．③について，上述のとおり，会話能力においてはかなり高いものがある．文法や語彙など言語の形式面では優れ，また，比喩や言外の意味もある程度は理解される．一方，プロソディの理解や使用，会話の開始，維持，切り上げ方などの語用論的側面はやや障害されているといえる．以上，総合的に鑑みると，自閉症スペクトラム障害の中でもASの診断が妥当であると思われる．

＃2．統合失調症

対人面での困難さ，奇異な行動(屋外で全裸になるなど)が認められたため，統合失調症の診断が考慮される．しかし，本症例においては，これらの障害は発達早期より認めており，ある程度まで発達を遂げた後，精神生活に変調をきたしたわけではない．また，幻覚，妄想などの病的体験は窺えず，自我障害，思考障害なども認めない．母親に対する感情はやや両価的といえるが，そのほか感情鈍麻や意欲障害などの陰性症状も認めないため，統合失調症ではないと考えた．

＃3.パーソナリティ障害

小児期早期から始まる著しく偏った行動様式が持続していることから，パーソナリティ障害の診断が考慮される[8]．

ⅰ)境界性パーソナリティ障害

不安定な対人関係，繰り返された自殺企図，衝動性，気分の不安定さ，極端な認知(二極思考)，母親に対する妄想的被害念慮や解離症状の存在などから境界性パーソナリティ障害の診断が考慮される．実際，前医の診断は境界性パーソナリティ障害であった．しかし，それに特徴的な感情や自己イメージ，自己同一性などの広範な不安定さは認めず，見捨てられ不安や自己感覚の希薄さ，コントロールできないほどの気分の著しい変動，孤独に耐えられず周囲の人を感情的に強く巻き込むといった行動は認められない．また，空虚感に乏しく，過剰な対象欲求，他者に対する過剰な理想化や，逆に過小評価するといった極端な変化もない．よって，境界性パーソナリティ障害とは診断されない．

ⅱ)統合失調質パーソナリティ障害

対人関係において，長年にわたり孤立しがちで，そのあり方から内閉性と過敏性両方の要素が認められること，他の人間との密な交流を必要としない領域での活動に専心する傾向，ストレス反応性の極短期の精神病性エピソ

ードの経験，性体験の欲求の欠如，社会的能力の欠如などから統合失調質パーソナリティ障害の診断が考慮される．本障害とASの鑑別は困難であるが，統合失調質パーソナリティ障害で認められる感情表出の欠落，情緒的反応の欠如，無関心的態度などは窺えず，ASの特徴である社会性の障害や対人関係の障害，常同的な行動や興味が目立っていたことにより，統合失調質パーソナリティ障害ではないと考える．

iii)統合失調型パーソナリティ障害

社会的および対人関係的な欠陥，外見や行動の奇妙さ，認知的歪曲などから統合失調型パーソナリティ障害の診断が考慮される．しかし，対人関係に問題があるものの，それを回避する傾向はなく，むしろ人と関係を持つことを望んでおり，孤独を好み親密な関係を求めず，対人交流のないことを苦にしないといった特徴は認めない．また，関係念慮，他者への無関心，奇異な信念や魔術的思考などの認知，概念の不明確さ，思考面での異常や妄想様観念などに乏しく，統合失調型パーソナリティ障害ではないと考える．

iv)自己愛性パーソナリティ障害

自己への意識集中，過剰な承認欲求，他者への共感の欠如から自己愛性パーソナリティ障害の診断が考慮される．しかし，自己の誇大視，自己対象関係，尊大で傲慢な態度や行動，他者の業績への羨望や過小評価といった歪曲した認知，対人関係場面で相手を不当に利用しようとするなどの自己愛的特徴は指摘しえず，自己愛性パーソナリティ障害ではないと考える．

ま　と　め

ASの特性は，幼少期よりみられ，生涯を通じて認められるが，年齢や発達，治療的介入によって状態像は変化する．特に思春期以降に初めて医療機関を受診した場合は，過去の養育環境，対人関係，教育状況を含む広義の環境との折り合いをつけてきた，あるいは折り合いをつけきれなかった中間結果であり，さまざまな精神症状によって修飾されており，他の診断を受けることも多々ある．本症例も，「抑うつ状態」，「ヒステリー」，「過換気症候群」，「人格障害」，「統合失調症」とさまざまな診断がつけられていた．

ASは高機能のゆえに，自閉症に特徴的とされているところ(視線が合わない，抱き難いなど)を比較的早く乗り越える．それゆえに，1歳6か月健診や3歳健診ではなかなか把握しづらいとされる．幼稚園に通うようになると，同年齢他児との集団生活を体験するようになり，ここでASの特徴は観察しやすくなる．本症例も，仲間遊びが成立しないため，集団の遊戯に参加しようとせず一人遊びが多く，孤立した状況にあったという．また，特定の物の収集癖，こだわり行動などは特に認めなかったが，植物に対する興味は異常なほどで，これは現在まで続いている．小学校に進学しても，集団にとけこめず，ひとりで過ごすことが多く，勉強に熱を傾けるようになる．学業面ではどんどんと成績を伸ばしていったが，集団生活の常識が理解できないことと他児との交流不全が重なり，学年が進むにつれていじめの対象になっていった．この傾向は高校まで続いた．思春期に入ると，性を巡る課題と自尊感情の育ちが始まる．適切な教育的配慮がおこなわれていないと，二次障害として適正な自己イメージの育ちが難しくなる．このため，自己不全感に悩み，高校生時に初めて医療機関を受診している．以後，社会との関わりが増加するにつれ，対人関係の変化，複雑化に対応できず，主に対人面でのトラブル，社会性の障害が目立つようになった．これは，社会的な営みを支える暗黙の規律というものが理解できないという生来性の認知上の障害のためと思われる．同年代者か，大人か，家族か，他人か，見知らぬ人かなどによって振る舞いを変えることができない(D大学薬学部に助手として就職したが，教授になれなれしく不遜な態度をとるなどの問題行動があり解雇となる，など)．また，暗黙のルールを無視するかのように行動し発言するので，周囲からは非常識とみられてしまう(人に悪気なく「中卒.」，「高卒.」，「太っている.」などという，仕事中に飲酒する，など)．このため，高学歴の場合ですら就労には困難を伴い，交友，恋愛，結婚などの対人生活も限られる．また，他者の情緒状態を憶測するという機能にも障害があり，自分の言葉によって相手が傷ついているとか不快感を抱いていることがわからない，相手の気持ちを推量することができない．すなわち，相互交流が成立しないので，周囲とのトラブルが多発することになっていった．その後，父が自殺し，母との折り合いが悪くなったのを契機に，さまざまな精神症状(頻回の自傷行為(手首自傷，大量服薬)，痙攣発作，意識消失発作，突発的な興奮)を呈するようになった．母との軋轢も，もともとの原因は冗談・皮肉・比喩・ほのめかし的表現を理解できないというコミュニケーションの障害に起因するものと思われる．父の経営する会社の経営状態が好ましくなく，家庭内が不安定な時期に「今は家に帰ってこないでほしい.」といった母の一言を字義どおり捉え，嫌われている，避けられていると解釈した．現在も，過去のこの一言に執拗にこだわり，母への不満や嫌悪の念を連日のように漏らしている．その反面，連日母に電話をする，面会を求めると

いうように母との接触を求めようとする．この接近と回避の両価的で矛盾した態度は，心理検査からも明らかであるが，母の期待を裏切らないよう母の敷いたレールを歩む，また，そのような自分を演じるような生き方をしてきたが，その反面，母からの見返りや褒美といったものは与えられず，絶えず母の承認・受容を渇望してきたという養育環境に由来すると思われる．彼女の自傷行為や意識消失発作のような解離症状，その他の不適応行動は，母親の関心を引きつけるためのものと換言しうるかもしれない．

今後の治療・展望であるが，まず，本人，家人に対する治療教育をおこない，アスペルガー障害の特性を理解してもらう必要がある．これには，本人を取り巻く環境と障害部分を変容させる側面がある．前者として，自閉症の治療原則である環境の構造化(多様な情報から意味あるものを取り出して統合するのが苦手であるため，あらかじめ環境の空間的構造や時間的な手順や予定などを明確にして，有効な学習を促す工夫)や視覚化(混乱を生じやすい言語的コミュニケーションを視覚的手がかりで補う工夫)が適用できる[9]．しかし，これらは児童にはある程度の有効性があるが，成人例である本例に効果を期待するのは難しいかもしれない．治療教育のもう一方の側面である，対人的行動とコミュニケーション障害に焦点を当てた実践は未成熟な「心の理論」の獲得が大きな目標になろうが，いずれにせよ，社会性の障害の改善は容易ではなく，生涯にわたって継続する必要があると思われる．個別カウンセリングや家族カウンセリングの導入も考慮する必要があるかもしれない．また，過去数回の入院歴や，さまざまな問題行動は，すべて母親との葛藤に原因があるため，母子間の関係調整や金銭の管理も大きな課題の一つである．この課題を解決しない限り，今後も同様の入退院を繰り返すことが予想される．母親への拘泥をやわらげ，ある程度の距離をとり，依存しすぎることのない単身での生活スキルの獲得が望まれ，その支援も必要であろう[10]．

結　　語

自傷行為や自殺企図などの衝動行為や様々な不適応行動を伴い，複数の医療機関で様々な診断を受けてきたが，最終的にアスペルガー症候群と診断された成人女性症例を経験したので報告した．

文　　献

1) **加藤元一郎，野崎昭子**：アスペルガー症候群と統合失調症の脳画像所見と認知障害の差異について．精神神経学雑誌　第109巻　第1号：50-54，2007.
2) **舳松克代，中村道子，菅原道哉**：青年期のアスペルガー症候群の診断から支援まで．臨床精神医学 **34**：1143-1150，2005.
3) **栗田広，長田洋和，小山智典ほか**：自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)のアスペルガー障害に対するカットオフ．臨床精神医学　**33**：209-214，2004.
4) **林雅俊，岡眞一郎，岡江晃**：簡単な社会常識テストが診断・治療に有用だったアスペルガー症候群の1成人例．臨床精神医学　**34**：1117-1123，2005.
5) **白瀧貞昭**：アスペルガー症候群―思春期以降例の診断に必要な幼児期情報―．精神化治療学　**19**(9)：1063-1067，2004.
6) **岡田俊**：アスペルガー症候群における認知の特徴と神経心理学。精神科治療学　**19**(10)；1197-1203，2004.
7) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed(DSM-Ⅳ-TR), APA, Washington D.C., 2000.(高橋三郎ほか(監訳)：DSM-Ⅳ-TR精神疾患の診断・統計マニュアル，医学書院，東京，2002.)
8) **林直樹**：人格障害の臨床評価と治療　金剛出版，東京，2002.
9) **神尾陽子**：アスペルガー障害(症候群)－そのプロトタイプと現在の治療。精神科治療学　**16**(増)：207-211，2001.
10) **市川宏伸**：アスペルガー症候群と医療．日本臨床 第65巻 第3号：426-431，2007.