

カナー型自閉症の「診断基準」と「一般的状態像」について

Educational Psychology of Kanner's Autism.

鶴田一郎

Ichiro TSURUTA

『広島国際大学 教職教室 教育論叢』

“*Hiroshima International University Journal of Educational Research*”

ISSN:1884-9482

第9号 抜刷

Off Print of the 9th Edition

広島国際大学 心理科学部 教職教室

Issued by Hiroshima International University Teacher Education Unit

2017年12月

December, 2017

カナリー型自閉症の「診断基準」と「一般的状態像」について

広島国際大学 心理科学部 臨床心理学科 鶴田 一郎

要旨：発達障害は、大きく知的障害のグループと自閉症を中核とするグループに分けられる。後者の自閉症を中核とするグループの3/4は知的障害を伴うタイプである。これを単に「自閉症」と呼んだり、提唱者の名前をつけてカナリー型自閉症と呼んだりする。一方、自閉症を中核とするグループの残りの1/4は知的障害を伴わない^{ある}或いは軽い知的障害があるタイプである。知的障害を伴うタイプの発達障害は、通常、特別支援学校(知的障害)や通常学校の特別支援学級(固定式)に所属しているため、一般の教師が担当になることは少ないが、通常学校の通常学級や小中の特別支援学級(通級式：通級指導教室)の担任で問題となるのは、知的障害を伴わない或いは軽い知的障害がある発達障害児である。具体的には、アスペルガー症候群、高機能自閉症、LD(学習障害)、ADHD(注意欠陥／多動性障害)などである。この内、本研究では自閉症を中核とするグループ、すなわち自閉症スペクトラムに焦点を当てる。なお、本稿では、「自閉症スペクトラムの教育心理」と題して、特に「教育心理学」の視点から「カナリー型自閉症」について、その概要を述べた。具体的には、1. 「カナリー型自閉症」とは何か、2. カナリー型自閉症の診断基準、3. カナリー型自閉症の一般的状態像、を順次、検討・考察した。

はじめに—問題の所在—

通常学校(小学校・中学校・高等学校)の現場の教師と話していて、最近、例外なく話題に上るのが、発達障害のある児童・生徒のことについてである。それらの教師の人たちは、筆者に教育心理学の視点からの専門的アドバイスを求めてくる。

それらをまとめると、発達障害に関して、①学校での支援の方法、②家庭への支援の方法、③家庭と学校の連携について、④学校外の支援について、になる。

発達障害は、大きく知的障害のグループと自閉症を中核とするグループに分けられる。

後者の自閉症を中核とするグループの3/4は知的障害を伴うタイプである。これを単に「自閉症」と呼んだり、提唱者の名前をつけてカナリー型自閉症と呼んだりする。

一方、自閉症を中核とするグループの残りの1/4は知的障害を伴わない或いは軽い知的障害があるタイプである。

知的障害を伴うタイプの発達障害は、通常、特別支援学校(知的障害)や通常学校の特別支援学級(固定式)に所属しているため、一般の教師が担当になることは少ないが、通常学校の通常学級や小中の特別支援学級(通級式：通級指導教室)の担任で問題となるのは、知的障害を伴わない或いは軽い知的障害がある発達障害児である。

具体的には、アスペルガー障害、高機能自閉症、LD(学習障害)、ADHD(注意欠陥／多動性障害)

などである。

この内、本稿では「カナー型自閉症」を扱う。以下、自閉症スペクトラムの教育心理と題して、特に「教育心理学」の視点からカナー型自閉症について、その概要を検討・考察していく。

1. 「カナー型自閉症」とは

カナー型自閉症(Kanner's autism：略称 KA)ないしは単に「自閉症」と呼ばれる発達障害群の提唱は、1943年にカナー(Kanner,L.：1894-1981)により報告された対人関係や言語・コミュニケーションに障害を示す、後に「早期幼児自閉症(infantile autism)」と命名された11名の症例に^{さかのぼ}る(カナー, L. 2001)。

この論文では、自閉症の精緻な臨床的記述がなされており、今日でも自閉症・症状論のスタンダードになっているほど、彼の報告は後の自閉症研究に大きな影響を与えた。

その症状とは、

- 1.発達初期から人や状況に対して普通の方法でかわりを持つ能力の障害、
- 2.コミュニケーションの目的のために言語を使用することができないこと、
- 3.同一性保持のための強い強迫的願望、
- 4.物体に対する異常な執着、
- 5.良好な認識能力、

の五つである。

ただし、カナーは脳障害と知的障害を除外していたので、現在の「何らかの脳障害の可能性」および「一般に知的障害を伴う」という KA の基準からはずれている。

それでは現在の KA 特定の基準は何だろうか。知的障害以外の条件であると、次のようになり、ほぼカナーの症状論と重なる。

KA は、

3歳以前に発症し、

- 1.相互的社会交渉の質的障害(例：人と目を合わせない。交流を求めない。共感ができないなど)、
- 2.言語性および非言語性コミュニケーションの質的障害(対人的意思伝達全般にわたる障害)、
- 3.活動と興味の範囲の著しい限局性、

という三つの必須の行動症状により特定される(フリス, U. 1991)。

また、上の他に特異な認知障害(cognitive disorder)を示す(熊谷 1991)。認知障害の認知(cognition)とは、人の知的活動を担う精神的活動全体を指しており、外界(環境)の様々な事象を理解し、それに対応する一連の心的過程のことを言う。

自閉症スペクトラム全体の約四分の三の人が知的障害を伴い、それを KA と呼んでいるが、その知的障害のあり様を更に細かく見ていくと、言葉の意味理解の乏しさに較べて、機械的な記憶能力は比較的良好で、認知のバランスの悪さが指摘されている(熊谷 1993)。

そして上の 2.「言語性および非言語性コミュニケーションの質的障害」という点が認知障害に直接的に関連する。それは例えば、言葉の^{いちじる}著しい遅れ、オウム返しによる発語、まなざしやジェス

チャーによる表出といった非言語的表現の乏しさ、言語の機械的使用、比喩などの乏しさにつながる。

さらに、上にはないが、「想像力の障害と、それに基づく行動の障害」が認知障害と間接的に関連する。

すなわち、模倣や見立ての障害、ごっこ遊びの欠如、自己刺激行動への熱中、常同的儀式的行動の反復、特定の物や記号への固執、順序や配列への固執などが該当する。

もっと具体的に言えば、想像性の障害には、物や道順や手順などに目の付け所が違う「独特なものの見方」、面白さのツボが違う「興味・関心の狭さ」、相手の意図・場の雰囲気・時の流れなど「あるのに見えないものの想像のしにくさ」があげられる。

この際、気をつけなくてはならないのは、自閉症スペクトラムの子どもや人は、何も想像できないわけではなく、想像の仕方が独特であるということである。

また、上の中の「自己刺激行動」とは、身体全体を前後に揺する、手指を複雑な形にしてくねらせたり振ったりするなど、外界の出来事とは関係なく、自分で感覚刺激をつくり出し、自分で反応し、刺激-反応の系が自分の中で完結している行動を指す。

以上の「社会的相互交渉の障害」「コミュニケーションの障害」「想像性の障害」という三つの障害は、バラバラではなく、一つの組として把握していかなければならないので、「社会的障害の三つ組み」あるいは単に「三つ組みの障害」と呼ばれている。

また、特に重要な事は、この「三つ組みの障害」は、KAのみならず自閉症スペクトラム全体に共通する障害であるということである。

なお、自閉症スペクトラム全体では、出現頻度は、1000人に1人以上、男女比は4対1で男性に多く、原因は親の性格や養育態度によるものではなく、原因不明がほとんどだが、約25%の自閉症児に何らかの中枢神経障害を思わせる要因があり、中枢神経系の特に高次機能の障害が想定されている。70から80%程度は既に出生時あるいは生後1歳までに発症しているが、自閉症と診断できるのは1から2歳頃である。

また、1から2歳までは精神発達で正常で、人に関心があり言葉も話していた子どもが突然、親の呼びかけにさえ応じなくなり言葉も話さなくなった事例が20から30%くらいあり、これを「折れ線型経過」と呼んでいる。

さらに神経学的な異常は、知的障害(自閉症スペクトラム全体の約75%)、退行現象(話し言葉の消失)、脳波異常の合併(自閉症スペクトラム全体の約50%)、てんかんの合併(自閉症スペクトラム全体の約25%)が、特にKAの内、知能偏差値50以下(平均100からマイナス方向へ50の隔たり以下。知的障害の程度が中等度から重度・最重度まで)に多いとされている。

因みにWHO(世界保健機関: World Health Organization)が1973年に発表した「自閉症(自閉症スペクトラム)」の定義は以下の通りである。

「・出生からほとんど例外なく 30 ヶ月以内[つまり 2 歳半まで——以下引用者]に現れる症候群である。

- ・聴覚ならびに視覚刺激に対する反応は異常であり(感覚刺激に敏感、例：普通のお店に入っても大音響で照明が激しい場所のように感じる。そこで大人になると、サングラスや耳栓で刺激をコントロールしたりする)、
- ・通常、話されたことばの理解(言葉のやりとり・コミュニケーション)に重篤な問題がある。
- ・言語発達は遅延するか(言葉が出るのが遅い)、発達する場合でも反響語(echolalia)、代名詞の転倒(人称代名詞の逆転。例：母に「あなたにミルクをあげますよ」と言われたことがある子が、ミルクがほしい時に、母の言葉をオウム返しに「あなた、ミルク、あげますよ」と言うことなど。
- ・その結果、自分のことを「あなた」と言い、相手のことを「僕・私」と言うことになる)、未熟な文法的構文(例：「する、する、ママ」・てにをは無しなど)および抽象語(例：「正直」「親切」「協力」「幸福」「世間」など)を用いることが不能などによって特徴づけられている。
- ・一般に発語および身振りとも、それを社会的に用いることに障害がある。
- ・社会的関係における問題は 5 歳以前に最も重症で、まなざしを合せること、社会的触れ合い、協同して遊ぶことの障害を含んでいる(例：まなざしが合わないので、覗き込むと、顔をそむける。いつも部屋の隅で一人でミニカーを使って遊んでいるなど)。
- ・儀式的な行動が日常みられ、異常な決まったやり方、変化に対する抵抗、奇妙な物体に執着すること、遊びの常同的パターンを含んでいることがある。
- ・抽象的あるいは象徴的思考や、創造遊びの能力は減少している。
- ・知能は重度の低下から正常、またはそれ以上の幅がある。
- ・作業は通常、象徴的あるいは言語的能力を要するものより、機械的記憶(例：電話番号や時刻表)ないし視空間的能力(例：積み木をきちんと並べる)を要する課題の方がより優れている(宮本 1992)。

これを読むと、KA の状態像をほとんどそのまま踏襲していることがわかる。ただし、知的障害の有無を除いてアスペルガー症候群、高機能自閉症とも基本的な状態像は共通している。

2. カナー型自閉症の診断基準

次はアメリカ精神医学会(2002)が示す「自閉性障害」の診断基準であるが、全般的には自閉症スペクトラム全体に当てはまるものだが、「アスペルガー症候群」は別立てで診断基準があるので、以下の診断基準に際立って当てはまり、^{なおかつ}知的障害を伴うケースを「カナー型自閉症」と呼んでいることに特に注意が必要である。

299.0 自閉性障害(Autistic Disorder)

- A. (1)、(2)、(3)から合計 6 つ(またはそれ以上)、うち少なくとも (1)から 2 つ、(2)と(3)から 1 つずつの項目を含む。
- (1) 対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも 2 つによって明らかになる。
- (a) 目と目で見つめ合う、顔の表情、体の姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語的行動の使用の著明な障害
 - (b) 発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗

- (c) 楽しみ、興味、達成感を他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如
(例：興味のある物を見せる、持って来る、指差すことの欠如)
 - (d) 対人的または情緒的相互性の欠如
- (2) 以下のうち少なくとも1つによって示されるコミュニケーションの質的な障害：
- (a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如(身振りや物まねのような代わりのコミュニケーションの仕方により補おうという努力を伴わない)
 - (b) 十分会話のある者では、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害
 - (c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語
 - (d) 発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性をもった物まね遊びの欠如
- (3) 行動、興味、および活動の限定された反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる。
- (a) 強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること
 - (b) 特定の機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。
 - (c) 常同的で反復的な^{げんき}衝動的行動(例：手や指をばたばたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き)
 - (d) 物体の一部に持続的に熱中する。
- B. 3歳以前に始まる、以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常：
- (1) 対人的相互反応、(2) 対人的コミュニケーションに用いられる言語、または (3) 象徴的または想像的遊び
- C. この障害はレット障害*または小児期崩壊性障害**ではうまく説明されない。

***レット障害(Rett syndrome)**-----1966年にオーストリアの小児神経医レット(Rett,A.)によって初めて報告された発達障害で、女兒のみに見られるので、女兒の知的障害の原因として重要な疾患である。乳幼児早期の発達は、ほぼ正常であるが、3ヶ月頃から頭圍成長の停滞、1歳頃から視線が合わない、外界の刺激に対する反応が乏しくなるなどの自閉症状の出現、精神運動発達、特に物^{つか}を握むなどの手の機能が下手になり、「揉み手」と表現される上肢の常同運動が目立ってくる。歩行障害、呼吸の異常(過呼吸と息止め発作)、^{てんかん}癲癇、^{そくわん}側彎(脊柱の湾曲)、^{ざし}便秘、歯軋り、睡眠障害などもよく見られる(山下1997)。

****小児期崩壊性障害(disintegrative disorder)**-----広汎性発達障害に属する発達障害の一群で、少なくとも生後2年以上、典型的には3~4年の正常発達の後に退行を生じ、自閉症と同じ社会性、コミュニケーション、行動の障害を示す比較的稀な症候群である。1908年にヘラー(Heller,T.)により報告され、ヘラー病と呼ばれることもある。かつて組織学的な検索から中枢神経系のリポイド変性が見出され、リポイド変性症の一部と見られていたことがあるが、今日ではそれ以外の要因や原因不明のものが多いことが知られている。上のリポイド(lipoid)とは類脂質のことで、脂肪に似た物質を意味する。なお、最重度の知的障害を伴うものが多い(杉山1997)。

3. カナー型自閉症の一般的状態像

宮本(1992)によれば、上の診断基準の各項目が、そのまま状態像の記載になっている。それは他の疾病と異なり、発達障害の場合、全体として原因不明がほとんどで、外から観察できる状態像によって判断されるためである。また、診断基準のいくつかに該当するから即、自閉症とは限らない。

診断に当っては発達障害の専門医(発達障害専門の精神科医・小児科医など)を受診していただきたい。

まず A の(1)の(a)に「目と目で見つめ合うことが少ない」とあるが、これは「目と目を合わせない」ということだが、特に「お母さん」(あるいは養育者)と目と目を合わせないということがポイントである。典型的な場合には、1 歳前に現れるが、ただお母さん以外の人と目と目を合わせなくとも、それがすぐにカナ型自閉症(KA)とは限らない。また、アスペルガー症候群(AS: Asperger's Syndrome)や高機能自閉症(HFA: High Functioning Autism)でも同様のことが現れることが少なくない。

A の(2)の(c)「常同的で反復的な言語の使用または独特な言語」は、宮本(1992)によれば「プロソディの障害」としてまとめられている。プロソディ(prosody)とは言語学で言う「韻律」であり、発話の強勢・抑揚・声調など、話し方や口調を指す。自閉症スペクトラムの子ども(人)は、このプロソディが障害されているので、話し方が極めて単調であったり、逆に変に調子がはずれていたりする。彼らは自分のプロソディ(話し方や口調)を調節することが苦手だけでなく、相手の表情やしぐさ、またプロソディ(話し方や口調)などといった非言語的の手がかりから、相手の表現のニュアンスを理解することが難しい時もある。例えば、友人が笑顔で親しみをこめて「おまえ、本当にバカだなあ」と言ったとする。普通ならその親しげな様子から「おう」とでも答えるところであろう。しかし、彼らは文字通りの「バカ」という言葉の意味しか捉えることができないので、それこそ「バカにされた」と怒り出すこともあるのである。

言葉に関して言えば「反響言語(echolalia)」という現象も見られる。これは相手の言った言葉をそのままオウム返しに^{つぶや}呟いたり(例：お母さんに何かを止められて「やめなさい、やめなさい、やめなさい……」)、その場面に関係のないテレビのコマーシャルや過去に言われた事柄を突然繰り返したりする行動(例：「ぼく、ドラえもん。ぼく、ドラえもん。ぼく、ドラえもん……」「～ちゃん、大好き。～ちゃん、大好き。～ちゃん、大好き……」)である。細かく分類すると、前者を「反響言語」、後者を「遅延反響言語」と呼んだりする。発達的に見れば、小さい頃は、内容的にも何を伝えたいかもわからないような反響言語が多いのだが、年齢が進むにつれ、反響言語を発する特定の場面(例：学校)や状況(例：友達からからかわれている)と情動(例：困って混乱している)が関連していることがわかってくる。そうすると、ある種の伝達意図が、^{おぼろ}朧げながらも、こちら側に了解されてくる。そしてそれと並行して、徐々に本人の反響言語が少なくなり、自発的な発話が多くなっていく。

また「言葉の方向性」についての理解が遅れることもある。例えば「あげる、もらう」などの授受表現、「行く、来る」といった移動の方向と主体が問題になってくる場合が特に苦手なようである。お菓子が欲しい時、「お菓子、あげる」と表現したり、友達が来る時に「～ちゃん、行く」と言ったりする。この方向性がわからないというのは、言葉だけでなく、身振り動作でも見られる。彼らと向かい合って、こちらが手のひらをむけて「バイバイ」と手を振ると、彼らは手の甲を向けて「バイバイ」することがある。動作の方向性の理解が難しいので、手の向きはそのまま(つまり、手の甲を向けて)「バイバイ」してしまうのである。このような場合、向かいあうのではなく、少しずれたところで彼らと並行して並び、「バイバイ」と手を振ると、きちんと手のひらをむけて「バイバイ」と返してくれ

る。

Aの(2)の(d)「発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性をもった物まね遊びの欠如」だが、社会性の障害、いわゆるやりとり行動に難がある子どもが多いので、当然、コミュニケーションに障害が出てくる。さらに想像力の障害を併せ持つので、想像的活動性あるいは抽象的な思考能力にもハンディを抱える子どもが多いという点から、それが遊びにも影響してくる。それぞれに役割(例：お母さん・お父さん・赤ちゃん・兄弟姉妹)を設定して、それになりきって行う「ごっこ遊び」(例：おままごと)や、実物でないものをそれらしく使って遊ぶ「見立て遊び」(例：シーソーを飛行機に見立てて遊ぶ)が非常に苦手である。

Aの(3)の(c)「常同的で反復的な^{げんき}衝動的行動」だが、一般の人が奇異に感じる確率が最も高い行動である。小塩(2000)によれば、それは「常同行動(stereotyped behavior)」と呼ばれ、行動の意図が他者に読み取れないような、何度も何度も突発的に現れ、しかもパターン化された反復運動を指す。

常同行動の分類では使われる身体の部位から、1.身体運動(例：フェンスのようなものの前を行ったり来たりしている。自動ドアの前を行ったり来たり、またはドアを開けたり閉めたりしている。窓ガラスやショーウィンドウの前を行ったり来たり、そのとき横目で自分の映る姿を見ている)、2.手の運動(例：手をパチパチ叩く、手や指を目の前に持って行ってヒラヒラさせて、その隙間から見ている)、3.口の常同(例：長時間、口をモグモグさせ続ける、唇をかむ)、4.自己操作(例：自分の首をまわす。身体を前後に揺する。立って、または座ったままでぐるぐるまわる。ピョンピョンとんではいる。身体の一部をもてあそぶ。頭や顔を叩く)、5.目の刺激(例：目をぐるぐる回す。眼球を強く押す)に分類される。

また、常同行動に必要な学習の程度(経験による行動形成と行動変容)と外界の意識性(環境の認知度)の程度から以下四水準に分けることもある(石井・白石 1993)。

1. 目・耳・鼻・舌・皮膚など「感覚受容器」の感覚活性化をもたらすための身体しか使わない行動(例：身体揺すり、物を舐める、無意味な音声の繰り返し)。
2. 感覚入力の仕方を自分に合わせるための本人を取り巻く外界すなわち環境の調節
(例：物をくるくる回す、スイッチをつけたり消したりする、毎日同じ服を着たがる)。
3. 相応しくない文脈・目的で生じる言語行動や物・記号を扱う行動(例：10までの数字を繰り返し並べる。反響言語。ボールを何度も弾ませる)。
4. 相応しくない文脈で、記号が意味ある使われ方をするが、過度な行動(例：車の型・色を異常に正確に覚える。複雑な建物の造りをその通りに描く・話す)。

なお、宮本(1992)によれば、自閉症児は、特に「回転運動」を好むことが指摘されている。それは「自分自身がぐるぐる回る」「回っているものを見る」「物を回す」いずれも好きであり、これはよく言えば回転刺激に対して非常に強い、悪く言えば回転刺激に対して鈍感であるということである。自閉症児に「前庭神経機能における異常」が指摘されることがあるが、この回転運動を好むという点と関連があることが指摘されている。なお、前庭とは、内耳の一部で蝸牛殻・半規管の基部にある小室を

指し、耳石を備える平衡斑があり、平衡感覚をつかさどる器官である。

以上から、自閉症児者は意図的にしているのではなく、自閉症ゆえに、他者の意図に気づけなかったり、あっても見えないと想像できななかったり、他者に関心が向かなかったり、話せても使えなかったりすることが明確になったと思われる。

おわりに—まとめに代えて—

本稿では、自閉症スペクトラムの教育心理と題して、特に「カナー型自閉症」について、その概要を述べた。具体的には 1. 「カナー型自閉症」とは何か、2. カナー型自閉症の診断基準、3. カナー型自閉症の一般的状態像、を検討・考察した。なお、今後の課題だが、次回はカナー型自閉症におけるライフステージ別の状態像[(1)乳幼児期(0歳から6歳くらいまで)・(2)学童期(6歳から12歳くらいまで)・(3)思春期・青年期(13歳から18歳くらいまで)・(4)成人期以降(18歳以降)]を検討したい。

引用文献

- アメリカ精神医学会(2002)『DSM-IV(Fourth Edition)-TR(Text Revision) 精神疾患の分類と診断の手引 第4版 改訂版』(高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳)医学書院、pp.55-57。
- フリス,U.(1991)『自閉症の謎を解き明かす』(富田真紀・清水康夫訳)東京書籍。
- 石井哲夫・白石雅一(1993)『自閉症とこだわり行動』東京書籍。
- カナー,L.(2001)『幼児自閉症の研究』(十亀史郎・斉藤聡明・岩本憲訳)黎明書房。
- 小塩允護(2000)「常同行動」小出進(編集代表)『発達障害指導事典』(第二版)学研、p.322。
- 熊谷高幸(1991)『自閉症の謎 ころの謎—認知心理学からみたレインマンの世界』ミネルヴァ書房。
- 熊谷高幸(1993)『自閉症からのメッセージ』講談社。
- 宮本信也(1992)『乳幼児から学童前期のころのクリニック—臨床小児精神医学入門』財団法人・安田生命社会事業団。
- 杉山登志郎(1997)「崩壊性障害」茂木俊彦(編集代表)『障害児教育大事典』旬報社、p.745。
- 山下裕史朗(1997)「レット症候群」茂木俊彦(編集代表)『障害児教育大事典』旬報社、p.830。

付記

本稿の基礎には筆者の師である伊藤隆二先生(横浜市立大学名誉教授)による次の二つの著作があります。本稿など遥かに超えた深い省察が、そこにはあります。是非ご一読されることをお勧めします。付記して感謝申し上げます。

- 1) 伊藤隆二(1999)『人間形成の臨床教育心理学研究—「臨床の知」と事例研究を主題として』風間書房。
- 2) 伊藤隆二(2002)『続 人間形成の臨床教育心理学研究—愛と祈りの「人格共同体」を願って』風間書房。