

成人期に診断される発達障害の特徴と心理教育の有効性の検討

—検査入院プログラムを利用した発達障害の診断—

川久保友紀、桑原斉、黒田美保
(東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野)

<要 旨>

本研究では、多角的なアセスメントによる成人期の発達障害の診断と心理教育を目的とした「発達障害検査入院プログラム」を実施し、成人期の発達障害の特徴を明らかにした。成人期に ASD と診断された者は、知的水準が高く、ASD 特性についての自覚はあまり持たずに、気分障害や不安障害などの二次障害を主訴に精神科を受診した者が多かった。成人期に診断される ASD では、女性は男性に比べ、症状が軽度であることが示された。しかしながら、症状の軽い女性 ASD でも困り感 (AQ, CES-D, QOL) は男性と同程度に持っていることや、客観的な ASD/ADHD 症状 (ADOS, ADI-R, CAARS 観察者評価) に関わらず自覚症状 (AQ, CAARS, CES-D, QOL) を示していることから、ASD/ADHD 症状が軽度であっても支援の必要性はあると考えられた。また、本プログラム参加者は、詳細な検査と心理教育に対して満足感を示した。本研究の結果から、それまでの不適応の原因となっていた発達障害の特性を知り自己理解を深めることで、自身に合った環境や働き方に移行しやすくなるよう、診断と心理教育とを合わせて行なっていくことが重要であることが示された。

<キーワード> 自閉症スペクトラム障害、成人期アセスメント、心理教育、性差、AQ

【はじめに】

自閉症やアスペルガー障害などの自閉症スペクトラム障害 (ASD) は、社会的相互関係の障害、コミュニケーションの障害、柔軟性のなさやこだわりを主症状とする発達障害である (APA, 1995)。また、注意欠如多動性障害 (ADHD) は、発達の水準に不相応で不適応な不注意や多動性又は衝動性の障害を特徴とする障害である。近年、一般の精神科で成人になって診断される ASD, ADHD が多く存在し、それらの患者は成人になるまで未診断あるいは他の精神疾患の診断がついている

ことが報告されるようになった (Lehnhardt et al, 2012)。また、両者の合併もあること (Stahlberg et al. 2004) や、どちらもその特性により、仲間からの孤立、疎外感や自信喪失などから生じる二次的な障害を引き起こしやすく、気分障害や不安障害などを合併することが多いことも報告されている (Joshi et al, 2013)。そのため、診断には現在の症状や成育歴の聴取および認知機能評価を含めた多方面のアセスメントが必要となる。しかしながら、成人期に診断される

発達障害の特徴については、性差や症状の重篤度などについての報告が無く明らかになっておらず、成人期発達障害を対象とした診断ツールの確立は国内外とも遅れているのが現状である。また、ASD や ADHD の特性は、困難を生じる面と健常者にはない優れた面とが表裏一体をなしているため、特性を治すのではなく、特性があっても本人と周囲が困らずにやっていけるように環境を整備したり具体的な対応策を講じたりすることが不適応の改善において、重要となる。したがって、不適応の改善のためには、本人および家族が ASD や ADHD の特性を十分理解できるよう、診断を受けた成人患者および家族に対して十分な心理教育が行なわれることが必要となる。心理教育の効果に関する研究では、患者の家族に対して心理教育を行なうことで、家族が患者本人に対してポジティブな感情を抱くようになることが報告されている (Smith, 2012) が、成人期に診断を受けた ASD や ADHD などの成人期の発達障害のある当事者自身に対する心理教育については、心理教育プログラムは確立しておらず、また心理教育がその後の社会適応にどのような影響を及ぼすかについても十分な知見がないのが現状である。

そこで、本研究では、多角的なアセスメントによる成人期の発達障害の診断と心理教育を目的とした「発達障害検査入院プログラム」を実施し、入院後の社会適応や精神症状を評価することにより、成人期の発達障害の特徴を明らかにした上で、(1) 成人期発達障害を対象とした診断ツールを確立し、(2) 成

年期の ASD への診断後の心理教育の効果を予備的に検証することを目的とした。

【方法】

(1) 対象者

発達障害の診断のための精査を希望し、東京大学医学部附属病院こころの発達診療部を受診し、精神神経科病棟での2週間の発達障害検査入院プログラムに参加した46名を対象とした(男性35名、女性11名)。平均年齢は28.0歳(17歳~46歳)であった。本研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を得て実施された。

(2) 実施の流れ

発達障害検査入院プログラムに参加するにあたり、書面にて研究内容を説明し同意を得た。プログラム期間中に、DSM-IV および自己記入式(自閉症スペクトラム指数(AQ))、コナーズ成人期 ADHD 評価スケール(CAARS) および他者記入式(CAARS)の質問紙、養育者への面接(自閉症診断面接改訂版(ADI-R))、本人の行動観察(自閉症観察スケジュール(ADOS))、本人への面接(コナーズ成人期 ADHD 診断面接(CAADID))を用いて ADHD および ASD の診断を行なった。さらに、その他の精神症状を自己記入式質問紙(うつ病自己評価尺度(CES-D))、状態-特性不安検査(STAI))と精神科医による構造化面接(M. I. N. I)により評価し、DSM-IV-TRにより併存疾患の診断を行なった。また、性格傾向を調べる質問紙(文章完成テスト(SCT))、絵画欲求不満テスト(PF スタディ))、認知機能を調べる神経心理学的検査(ウエクスラー成人知能検査

(WAIS-III) , ウィスコンシンカード分類検査 (WCST) , 連続推敲課題 (CPT)) を施行し、各患者の強みと弱みの把握を行なった。その上で、患者本人とその家族等に対し、発達障害および本人の特性についての心理教育を行ない、退院後、一定期間を置き、検査入院プログラム後の社会適応を評価した。

(3) 評価尺度の説明

自閉症スペクトラム指数 (AQ) : 知的に遅れないものに対し実施し、自閉症の傾向の程度を評価する自己記入式の質問紙。全 50 項目で 4 段階評価 (そうである～そうでない) を行い、自閉性障害の症状を特徴づける 5 つの領域 (社会的スキル、注意の切り替え、細部への注目、コミュニケーション、想像力) についての下位得点が算出される。カットオフポイント 33 点に設定されている。

ユナーズ成人 ADHD 評価スケール (CAARS) : 現在の ADHD 症状に関する 6 項目の質問に対し、自己および観察者が回答する質問紙。8 つの下位尺度 (不注意/記憶、多動性/落ち着きのなさ、衝動性/情緒不安定、自己概念の問題、ADHD 指標、DSM-IV 不注意、DSM-IV 多動性—衝動性、DSM-IV 総合) からなっている。

ユナーズ成人期 ADHD 診断面接 (CAADID) : 本人に対して、現在および小児期の ADHD 症状について面接を行う構造化面接法である。

自閉症診断面接改訂版 (ADI-R) : 米国の自閉症研究において、ADOS とともに自閉症の診断尺度のゴールドスタンダードとされる、1 時間半～2 時間半かかる養育者への構造化面接。精神年齢が 2 歳以上の者に適用できる。

自閉症観察スケジュール (ADOS) : 構造化された場面での、検査者と本人との関わりを通して検査者が ASD 症状を評価する面接法である。年齢や言語発達水準により、モジュールが別れており、青年/成人の場合にはモジュール 4 を使用し、所要時間は 1 時間～1 時間半である。

うつ病自己評価尺度 (CES-D) : 一般人におけるうつ病の発見を目的として開発され、うつ病のスクリーニングテストとして世界中で普及しているうつ病の自己評価尺度である。全 20 問項目に対して、過去 1 週間における症状の頻度を 4 つの選択肢から回答する。ネガティブ項目 (うつ気分、身体症状、対人関係) とポジティブ項目 (ポジティブ気分) から構成されており、得点は 0～60 点に分布し 16 点以上で気分障害群に該当する。

状態-特性不安検査 (STAI) : 不安の 2 因子、状態不安 (たった今この瞬間に自分に当てはまる不安で短時間に誘発される不安状態) と特性不安 (ある状況を不安として捉える性格傾向) を測定する。全 40 項目で、4 件法で回答する。男性の場合、状態不安 52 点以上、特性不安 53 点以上、女性の場合、状態不安 55 点以上、特性不安 50 点以上で通常より高い状態に分類される。

絵画欲求不満テスト (PF スタディ) : 性格検査に位置付けられる。日常的な欲求不満場面を絵で示して、吹き出しに台詞を記入する自己記入式検査。児童 (4-14 歳)、青年 (中学～大学 2 年)、成人 (15 歳以上) 用でそれぞれ 24 問からなる。回答がどの程度一般的な反応であるかを示す集団一致評点 (GCR (%))、

欲求不満をどのように表現するかを示すアグレッションの方向（他責、自責、無責）と型（障害優位、自我防衛、要求固執）が示される。

【結果】

1. 成人期に診断される ASD 者の特徴

平均FIQは106.9(76~128)で約90%がFIQ90以上でと正常知能水準であった。

併存疾患に関しては、52.8%に何らかの精神障害の併存が見られた。CES-Dでは、80%以上の者がカットオフ値を超え、気分障害群に該当していた。STAIについては、状態不安、特性不安ともに高く、特に特性不安は84%が高不安群に該当していた。

ADI-Rでは、実施できた46名全員が4領域のいずれかでcut offを超えていた。またADOSでは、46名中43名が、合計点で自閉症あるいは自閉症スペクトラムのcut offを超えていた。しかしながら自己記入式質問紙であるAQでは、cut off値を超えたのは、全体の44%で、56%はcut offを下回っていた。P-Fスタディでは、標準一致度が標準を下回るもしくは評価不能(Unscorable)反応が見られる者が、75%おり、欲求不満場面でごく一般的な反応をすることが少なく、場面の読み間違いをしていることが示された。

1-2. 成人期に診断される ASD における性差
成人期に診断される ASD の性差について検討するため、T-test を用いて男女間の比較を行なった(表 1)。年齢は男性に比べ女性において高く、ADOS 得点(専門家評価による現在の ASD 症状)は、女性に比べ男性で高

く、ADIR-得点(親評価による幼児期 ASD 症状)は、こだわりに関する領域や発症年齢において、女性に比べ男性で高い得点であった。一方、IQ, 自己評価による ASD 症状を示す AQ 得点、CES-D, QOL には、男女差がみとめられなかった。

表 1 成人期に診断される ASD の特徴

	男性	女性	P値
n	35	11	
Age	27.6	32.9	0.049
FIQ	107.11	108.45	0.783
PIQ	99.06	102.45	0.545
VIQ	103.11	105.55	0.66
ADOS-a	3.26	2.73	0.22
ADOS-b	7.51	6	0.029
ADOS-a+b	10.77	8.73	0.037
ADOS-c	1	1.09	0.654
ADOS-d	0.63	0.82	0.522
ADIR-a	10.67	7.5	0.138
ADIR-b	9.81	6.38	0.055
ADIR-c	4.04	1.75	0.001
ADIR-d	2.5	1.43	0.006
AQ	30.0	30.2	0.96
CES-D	25.5	28.4	0.58
QOL	2.85	2.74	0.59

1-3. ASD/ADHD 症状と主観的な生活の満足度や抑うつ症状との関連

まず、発達障害の重症度と困難感の関連について明らかにするため、Spearman 積率相関解析を用いて、ADOS、ADI-R、CAARS 観察者得点と QOL、CES-D の相関解析を行なった。その結果、ADOS、ADI-R、CAARS 観察者得点とは QOL、CES-D のいずれの尺度間にも有意

な相関はみとめられず、発達障害の症状が重いか軽いかと、主観的な生活の満足度や抑うつ症状とに関連はなかった。

一方、主観的な発達障害の重症度と主観的な生活の満足度や抑うつ症状との関連を明らかにするため、Spearman 積率相関解析を用いて、AQ、CAARS 自己得点と QOL、CES-D との相関解析を行なったところ、QOL と AQ の間に有意な負の相関 ($r=-0.49, p<0.01$)、AQ と CES-D の間に有意な正の相関 ($r=0.46, p<0.01$) が見られ、主観的な発達障害の症状が重い人ほど、主観的な生活の満足度が低く、抑うつ症状が重いことが示された。

2. 発達障害検査入院プログラムに対する感想

検査入院後に実施したアンケート(図 1, 2, 3)によると、検査結果に対して納得したかという質問に「確かにそうだと十分に納得した」「多少納得した」と回答した者が 9 割を超えていた。検査入院を受けてよかったと思われる点に対して最も回答が多かったのは、「自分の特性を理解することができた(9名)であり、次に多かったのが「心理士による心理検査(7名)」であった、次いで「医師による診察」「発達障害の説明」「検査結果の説明」(6名)で同数であった。

3. 発達障害検査入院プログラム参加後の様子

社会適応に関しては、就労支援を受けるなど特性を踏まえた働き方に移行するものも多く見られた。

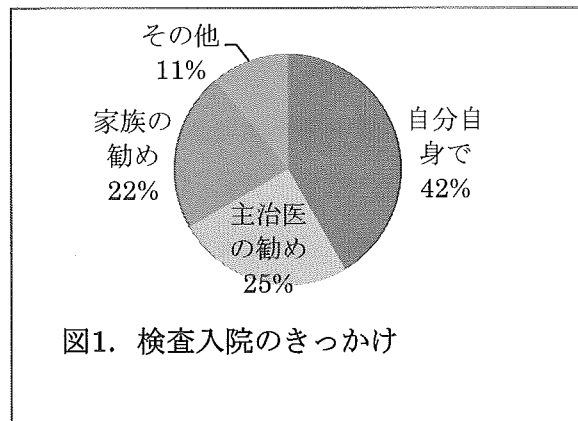


図1. 検査入院のきっかけ

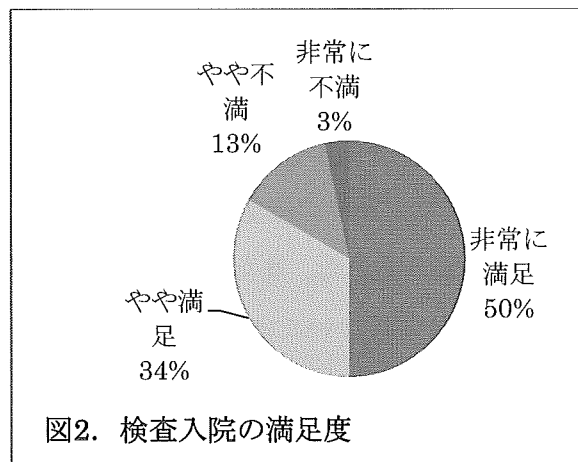


図2. 検査入院の満足度

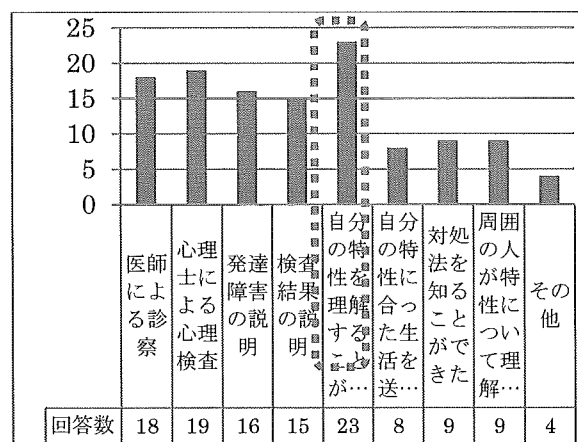


図3. 検査入院の良かった点

【考察】

1. 併存疾患

53%の患者で、併存する精神疾患の診断がなされた。ASD における精神疾患の併存率は、抑うつ 2-30%、不安 43-84%、強迫性障害 37%程度と考えられており (Levy, et al. 2009)、併存疾患の評価と治療も重要であることが、

確認された。一方、抑うつや不安に関する質問紙では大分の者がカットオフを越えており、抑うつや不安を主訴として医療機関を受診する方に対して、ベースに発達の偏りがなにかどうか、多面的に精査をする必要性がある。

2. 男女差

これまで ADOS, ADI-R については男女差の検討がされておらず、今回のデータから成人期に診断される ASD では、女性は男性に比べ、幼児期の症状が顕著ではなく、相互的対人関係の問題、こだわりの程度も男性より軽度であることが示された。また、AQ に ASD の男女で差が見られないことは先行研究と一致していた (Baron-Cohen et al., 2003; Wheelwright et al., 2006)。

3. ASD/ADHD 症状と困り感

客観的な ASD/ADHD 症状 (ADOS, ADI-R) には差があるにも関わらず、自覚的症状には男女で差が見られず、症状の軽い女性 ASD でも困り感 (AQ, CES-D, QOL) は同様に持っていることや、客観的な ASD/ADHD 症状と自覚症状 (AQ, CAARS, CES-D, QOL) には関連が見られないことから、ASD/ADHD 症状が軽度であっても支援の必要性はあると考えられる。また、AQ 得点は現在の客観的な ASD 症状というよりも、親が評価する幼少期のコミュニケーションの問題、本人の現在の自覚的な不安や抑うつ症状、生活の満足度を反映していることから、自己記入式質問紙は支援ニーズを示す尺度ととらえ、自身の困り感に寄り添った支援を考えていくのに有用かもしれない。

3. プログラムの満足度

検査結果に対して「納得した」と回答した者が 9 割、プログラムに対して「満足」と回答した者が 8 割を超えていた。主な理由としては、「自分の特性を理解することができた (9 名)」であり、次に多かったのが「心理士による心理検査 (7 名)」、「医師による診察」「発達障害の説明」「検査結果の説明」(6 名)であったことから、十分な説明と心理教育が重要であると考えられる。心理教育の効果に関しては、親に対する心理教育により ASD のある子どもをポジティブに捉えられるようになることが示されているが (Smith, 2012)、当事者自身への心理教育の効果については明らかではないため、今後の検討が必要である。

4. まとめ

本プログラムで ASD と診断された患者は、知的水準が高く、問題が顕在化しないまま、大学進学や就職をした後、不適応状態となり、ASD 特性についての自覚はあまり持たずに、気分障害や不安障害などの二次障害を主訴に精神科を受診した者が多かった。AQ は自己記入式であるため、得点は ASD 症状についての自己認識を反映するものとして捉え、診断ツールとしてではなく、心理教育の際の事前情報として活用するのが有用であると考えられた。一方、P-F スタディは、社会的場面での行動を評価するのに有用であった。本プログラムを通して、患者は、それまでの不適応の原因となっていた発達障害の特性を知り自己理解を深めたことで、自身に合った環境や働き方に移行しやすくなったと考えられる。

文献

Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fourth edition (text revision) : DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., Wheelwright, S. The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 2003, 358, 361-374

Joshi G1, Wozniak J, Petty C, Martelon MK, Fried R, Bolfek A, Kotte A, Stevens J, Furtak SL, Bourgeois M, Caruso J, Caron A, Biederman J. Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(6):1314-25.

Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. Autism. *Lancet*. 2009, 374(9701):1627-38.

Lehnhardt FG, Gawronski A, Volpert K, Schilbach L, Tepest R, Vogeley K. Psychosocial functioning of adults with late diagnosed autism spectrum disorders--a retrospective study. *Fortschr Neurol Psychiatr*.

2012;80(2):88-97.

Nylander L, Holmqvist M, Gustafson L, Gillberg C.

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD) in adult psychiatry. A 20-year register study. *Nord J Psychiatry*. 2012 Dec 12.

Smith LE, Greenberg JS, Mailick MR. Adults with autism: outcomes, family effects, and the multi-family group psychoeducation model. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(6):732-738.

Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm*. 2004 Jul;111(7):891-902.

Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R., Weil, L., Wakabayashi, A. Predicting Autism Spectrum Quotient (AQ) from the Systemizing Quotient-Revised (SQ-R) and Empathy Quotient (EQ). *Brain Res*, 2006, 1079, 47-56.

