

小林隆児

自閉症にみられる折れ線現象と長期予後について

児童青年精神医学とその近接領域 34(3) ; 239-248 (1993)

小林隆児*

自閉症にみられる折れ線現象と長期予後について

児童青年精神医学とその近接領域 34(3) : 239-248 (1993)

筆者は1990年に行った自閉症児追跡調査の対象の中で幼児期のデータが詳細に把握できた179例を対象に、幼児期の折れ線現象 (Knick) の有無とその長期予後との関連性について検討し、以下の結果をえた。①Knick群は非Knick群に比しててんかんの有病率が有意に高いこと、②Knick群の言語発達水準は就学時および現在ともに非Knick群に比して有意に低いこと、③しかし、現在の適応水準は両群で有意な差は認められないこと。

幼児期に折れ線現象を呈する自閉症は一般に予後不良なものが多いとされてきたが、今回の結果でもKnick群の知的発達は非Knick群に比してより不良で、てんかんの発症がより高率にみられるなど、Knick群は器質因の関与がより強いことが示唆された。しかし、適応面の予後までも決定づけるほどではなかったことから、Knick群の発達経過の特異性を指摘することはできても全般的な長期予後をも強く規定するものではないことを指摘した。

最後に、折れ線現象の誘因には心理社会的要因がからんでいることも少なくないことから、折れ線現象に対する早期の治療的介入を通してその発現メカニズムを解明していくことが今後の重要な課題であることを主張した。

Key Words: autism, disintegrative disorder, long-term prognosis, setback phenomenon

I. はじめに

自閉症のなかで発症前に正常ないし正常に近い発達をとげていたにもかかわらず幼児期早期に発語の消失とともに外界への関心の消退など発達全般にわたって退行的変化をもたらす折れ線型自閉症 (石井, 1971; 若林, 1974) (以下 Knick 群という) は自閉症全体のおよそ3分の1存在するとされ、その特異的な発達経過から崩壊精神病 (ICD-9) との類似性も指摘されている (Kurita, 1992)。

彼らのその後の発達経過は不良であるとする報告が多い (Hoshino et al., 1987; 石井, 1971; 小林, 1985; 栗田, 1983; 若林, 1974)。他方では自閉症状の発現が遅い自閉症 late onset autismの方が早い自閉症 early onset autismより

りも発達水準は高いとする報告もあるが (Harper & Williams, 1975; Short & Schopler, 1988; Volkmar & Cohen, 1989)、その理由としては自閉症状が軽度であることが発達異常の発見を遅らせていると考えられている (Volkmar et al., 1985)。

Kurita (1992) は Knick 群を崩壊精神病とともに非 Knick 群とは異なった成因に基づくものとして疾病論的観点からその独立性を主張している。Knick 群が自閉症の中で特異的な一群を形成しうるものか否かを判断するためには、彼らの長期予後を検討することがその障害の性質を知る上からも非常に重要な手掛かりとなる。しかし、従来行われてきた彼らの発達経過の追跡期間ははまだ発達途上の思春期・青年期までの場合が多く (Hill & Rosenbloom, 1986; Kurita et al., 1992; Volkmar & Cohen, 1989)、精神的に比較的安定した状態を呈する成人期に至る

*大分大学教育学部

表1 対象の調査時年齢

性別	18-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33(歳)	合計
男性	51	41	21	21	8	2	3	1	148
女性	8	6	6	3	1	2	0	2	28
合計	59	47	27	24	9	4	3	3	176*

*死亡3例を除く

表2 対象の初診時年齢

初診時年齢 (歳)	男性 n = 151	女性 n = 28	合計 N = 179
～ 3	32	5	37
4～ 6	69	15	84
7～ 9	35	6	41
10～12	12	2	14
13～	3	0	3

表3 対象の追跡期間

追跡期間 (年)	男性 n = 148	女性 n = 28	合計 N = 176*
6～10	17	1	18
11～15	66	15	81
16～20	59	8	67
21～25	5	3	8
26～30	1	1	2

*死亡3例を除く

まで追跡して検討したものはほとんどない。彼らにとっても思春期・青年期が心身面で最も動揺しやすい時期であることを考えると、Knick群の予後をより明確にするためには彼らの発達経過を思春期・青年期を通過した後まで追跡することがぜひとも必要である。

そこで今回筆者はすでに発表した201例の自閉症児追跡調査結果(小林, 1992a; 小林, 1993d; 小林・村田, 1990; Kobayashi et al., 1992)をもとにKnick群の長期予後に関する問題を再検討することにした。

II. 調査の方法と対象

今回の調査対象は、先に述べた自閉症児追跡調査で対象となった201例のなかから、幼児期の発達歴が詳細に把握できた179例(男/女; 151/28)に限定した。対象の臨床診断は全例DSM-III-R (1987)の自閉性障害の診断基準に合致していた。

死亡の3例を除いた対象の調査時年齢(表1)は最年少18.0歳, 最年長33.2歳, 平均年齢21.9 (±3.2)歳であった。

179例の初診時年齢(表2)は平均年齢6.1 (±

2.6)歳であった。死亡の3例を除く対象の追跡期間(表3)は6.5年から28.4年に分布し, 平均15.8 (±3.9)年であった。

なお、折れ線現象の同定は、それまで正常ないし正常に近い発達をとげていたにもかかわらず乳幼児期早期に発語の消失とともに外界への関心の消退など発達全般にわたって退行的変化をもたらした発達歴の有無によった。

III. 調査の結果

主な結果は以下のとおりであった。

1. 折れ線現象と性差

179例の中で、Knick群は53例(29.6%)であった。性別の内訳をみると男性42例(27.8%), 女性11例(39.3%)で、女性群が男性に比してKnick群の占有率はやや高かったが、男女間で有意差はなかった。

2. 折れ線現象の発現時期(表4)

Knick群53例の折れ線現象の発現時期をみると、1歳未満はわずか3例, 1歳から2歳までの間が最も多く25例で、ついで2歳から3歳まで17例, 3歳以上では8例であった。男女間の折れ線現象の発現時期に有意差はなかった。な

お1歳未満の3例はすべて女性で、当時発語は認められなかったが、それまで良好な発達経過をたどっていたにもかかわらず、あるlife event(s)を契機に外界への関心が消退するとともに発達全般にわたる退行的変化が認められたため、先述した折れ線現象の同定に準じてこれらもKnick群に加えた。

3. 折れ線現象の契機となった life events

(表5)

折れ線現象の契機となった life events が存在していたと思われる例は53例中20例(37.7%)であった。life events の内容と折れ線現象の発現時期(月数)を表5に示した。life events としては、具体的に母親のなんらかの理由(入院、看病、仕事など)による不在、同胞の出生、転

表4 折れ線現象発現の時期と性差

性別	折れ線現象発現の時期		合計 N=53
	2歳未満 n=28	2歳以上 n=25	
男性	21	21	42
女性	7	4	11

Fisherの直接確率, N.S.

表5 折れ線現象の契機となった Life events

Life events	例数* N=20	折れ線現象の 発現時期(月数)
母の入院	1	24
母が兄を看病	1	18
母のパートタイム勤務	1	20
母の閉居	1	12
同胞の出生	2	35,40
葬儀に参列	1	41
転居	4	18,28,30,36
男児のいたずら	1**	8
高熱	2	7,12
自家中毒	1	12
腸重積	1	42
仮性コレラ	2	8,19
ガス中毒	1	13
電気コードで感電	1	24

*不詳 33例

**女児例

居など生活環境の変化がほぼ半数を占めていた。その他、仮性コレラや腸重積などの子ども自身の重篤な身体疾患、さらには電気コードを噛んだために感電したという珍しいエピソードもみられた。

4. 折れ線現象と周産期障害(表6)

周産期異常の有無では、妊娠中ならびに新生児期の異常の出現は両群ともに20%前後認め両群間で有意差はなかった。しかし、出産時異常では非Knick群で有意に高かった。なお、妊娠中異常には手術、早期破水、重症の悪阻、切迫流産、重症の貧血など、出産時異常には早産、過産、陣痛誘発、吸引分娩、鉗子分娩、臍帯巻絡など、新生児期の異常には重度の黄疸、新生児仮死、哺乳力の弱さなどが各々認められた。

5. 折れ線現象と就学時知能水準(表7)

就学時の知能水準は主にビネ式またはWechsler式知能検査によって測定されたが、一部は臨床面での全体的評価によった。就学時の知能水準をIQ50前後で比較すると、Knick群は非Knick群に比して有意に低かった。

表6 折れ線現象と周産期障害

折れ線現象	妊娠中異常**		出産時異常***		新生児期異常****	
	有り N=172*	%	有り N=171*	%	有り N=170*	%
Knick群	12	22.6	10	18.9	11	20.8
非Knick群	26	21.8	43	36.4	20	17.1
合計	38	22.1	53	31.0	31	18.2

*不明を除外

df=2, $\chi^2=0.00694$, N.S.*df=2, $\chi^2=4.491$, P<.05****df=2, $\chi^2=0.128$, N.S.

表7 折れ線現象と就学時知能水準

折れ線現象	就学時知能水準(IQ)		合計 N=178*
	50未満 n=89	50以上 n=89	
Knick群	33	20	53
非Knick群	56	69	125

*1例不明

df=1, $\chi^2=4.541$, P<.05

表8 折れ線現象と就学時言語発達水準

折れ線現象	就学時言語発達水準**			合計 N=178*
	Good n=33	Fair n=55	Poor n=90	
Knick 群	7	11	35	53
非 Knick 群	26	44	55	125

*1例不明

**就学時言語発達水準の判定基準

Good: 会話も可能だがまだ不自然さが残っている, ないしほとんど自由に話せる

Fair: 一問一答形式では答えられるが時にオーム返しがある。

Poor: オーム返ししかみられない, ないし未だ有意味発語がない。

df=2, $\chi^2=7.246$, $P < .05$

表9 折れ線現象とてんかんの発症

折れ線現象	てんかんの発症		合計 N=168*
	有り n=33	無し n=135	
Knick 群	15 31.3	33 68.7	48
非 Knick 群	18 15.0	102 85.0	120

*11例不明

df=1, $\chi^2=5.736$, $P < .01$

6. 折れ線現象と就学時言語発達水準 (表8)

Knick群でVery good, Goodの良好以上の群が53例中7例(13.2%)であったが, 非Knick群では125例中26例(20.8%)に認め, Knick群の就学時言語発達水準は非Knick群に比して有意に低かった。

7. 折れ線現象とてんかんの発症 (表9)

てんかんの発症は全調査対象168例(不明11例を除く)中33例に認め, てんかんの有病率は19.6%であった。折れ線現象の有無でみると, Knick群31.3%(15/48), 非Knick群15.0%(18/120)で, Knick群が非Knick群に比しててんかんの有病率は有意に高かった。

8. 折れ線現象と現在の言語発達水準 (表10)

良好以上 (Very good, Good) がKnick群31.4%(16/51), 非Knick群53.6%(67/125)で, 現在の言語発達水準はKnick群が非Knick群に比して有意に低かった。

表10 折れ線現象と現在の言語発達水準

折れ線現象	現在の言語発達水準**			合計 N=176*
	Good n=83	Fair n=56	Poor n=37	
Knick 群	16	24	11	51
非 Knick 群	67	32	26	125

*死亡3例を除く

**現在の言語発達水準の判定基準

Good: 会話も出来るが, 未だごちなさとな不自然なところが残っている, ないし, 言葉の表現力は豊かになり, 会話もほとんど不自由なくできる。

Fair: 日常生活の言葉はかなり理解出来るが, 会話はまだ困難がある。

Poor: まだオーム返しのみられ, 単語レベルの発語がほとんどである, ないし, 発語があってもほとんど有意味語がないか全く話し言葉を持たない。

df=2, $\chi^2=9.047$, $P < .05$

表11 折れ線現象と現在の適応水準

折れ線現象	現在の適応水準**			合計 N=176*
	Good n=45	Fair n=50	Poor n=81	
Knick 群	10	16	25	51
非 Knick 群	35	34	56	125

*死亡3例を除く

**現在の適応水準の判定基準

Good: 就労(就学)ができていて, 特に人の手をかりず, ほぼ一人で普通の生活ができています。

Fair: 多少は人間関係に変わった点が認められるが, 家庭生活や社会生活が営まれている。ないし今は就労できていないが, 日常生活は特に人に迷惑をかけずに送れている。

Poor: かなり行動や人間関係に変わった点を認め, 自立的社会適応ができず, 人の援助が必要である, ないし, 社会性が乏しく自閉的で社会適応も困難で, 周囲の人の援助や介助が必要な状態である。

df=2, $\chi^2=1.360$, N.S.

9. 折れ線現象と現在の適応水準 (表11)

良好以上がKnick群19.6%(10/51), 非Knick群28.0%(35/125)で, 現在の適応水準においては両群間で有意な差は認められなかった。

10. 折れ線現象の発現時期と現在の発達水準

(表12, 13)

筆者は折れ線現象の発現時期の違いがその後の発達経過をかなり左右することに着目してきた(小林, 1985; 小林・藤山, 1992)。その中で

特に折れ線現象が2歳以前と以後の差異を重視してきた。そこで今回もそれに従い、折れ線現象の発現時期を2歳前後で2群に分け、現在の発達水準との関連性について検討した。その結果をみると、現在の言語発達水準(表12)ならびに現在の適応水準(表13)ともに両群間で有意な差はなかった。なお、2歳以外の年齢区分による検討でも同様な結果であった。

IV. 考 察

1. 自閉症における Knick 群の疾病論的位置づけをめぐって

今日、自閉症の国際診断は DSM-III-R(1987)、ICD-10(1992)などが基準とされているが、自閉症に関する診断基準は改訂のたびにかなりの変更が行われてきた。そのなかでも重要な点として発症時期をめぐることがある。ICD-9(1977)や DSM-III(1980)では30カ月未満と規定されていたが、ICD-10では36カ月未満とされ、DSM-III-Rでは発症年齢そのものを診断基準の必須条項のなかから除外し、一応の明記事項に止めることになった。自閉症にみられる特異的な行動特徴は幼児期のみならず、その後も発現することが少なからず存在することから(Gillberg, 1986)、発症年齢そのものは自閉症の診断基準のなかでほとんど重要視されなくなってきた。

しかし他方では、自閉症の下位分類をめぐることが最近大きく取り上げられるようになってきた。わが国では早くから Knick 群の存在が注目され(石井, 1971; 若林, 1974)、今日まで詳細な検討がなされてきたが、欧米でも次第に注目されるようになった。自閉症のなかで誕生からしばらく正常ないし正常に近い発達を遂げその後発達の退行を起こす一群、すなわち崩壊精神病(ICD-9)ないし崩壊性障害(ICD-10)と呼ばれているものが、生誕直後から発症する自閉症とどのような相違があるのか、その異同をめぐって議論が次第に活発化している(Burd, et al., 1988; Kurita, 1992; Volkmar & Cohen, 1989)。

表12 折れ線現象の発現時期と現在の言語発達水準

折れ線現象 の発現時期	現在の言語発達水準			合 計 N=51
	Good n = 16	Fair n = 24	Poor n = 11	
2歳未満	10	12	6	28
2歳以後	6	12	5	23

df=2, $\chi^2=0.607$, N. S.

表13 折れ線現象の発現時期と現在の適応水準

折れ線現象 の発現時期	現在の適応水準			合 計 N=51
	Good n = 10	Fair n = 16	Poor n = 25	
2歳未満	6	9	13	28
2歳以後	4	7	12	23

df=2, $\chi^2=0.202$, N. S.

栗田(1987)はKnick群を崩壊精神病との近縁でとらえるとともに、児童期分裂病との移行型が存在することから、これらの疾病概念を再度検討する必要性を主張している。さらに栗田(1992)はKnick群と崩壊精神病との差異を検討するなかで、Knick発現直前の発達水準と心理社会的ストレスに対する反応様式の違いに着目し、崩壊精神病では発症前の発達水準がより高いためにストレスに対してより敏感に反応するのではないかと推測している。

小林(1992)は2組の自閉性障害同胞一致例にみられた折れ線現象の発現時期の違いによって発達経過や臨床像に大きな差異があることに注目し、内的対象関係の発達病理水準を重視している。

両者はともに、折れ線現象の発現時期の差異がその後の病態像を規定する一つの大きな要因であることを指摘しているが、今後はKnick群と崩壊精神病との関連性を追求していくために発症後可能な限り早期に発見しその臨床像や長期経過をもとに、より詳細な検討が必要とされている現状である(Kurita, 1992)。

2. 今回の調査結果から

今回の調査対象は筆者らによって長期間経過観察された201例の自閉症のなかから乳幼児期の情報が十分に得られているものであった。すでに別の機会に述べたように (Kobayashi et al., 1992), この対象は知能水準の分布からみると、従来からの報告と比して大きな偏りはない (Frith, 1989)。そのなかでKnick群は全体の29.6%を占め、過去の報告とも極めて近似していた (Hoshino et al., 1987; 川崎他, 1985; 栗田, 1983; Lotter, 1966; 若林, 1974)。Knick群の対象数も53例と対象群の規模は過去の研究のなかでも最大級である。よって今回の調査対象による長期予後に関する検討は、乳幼児期の後方視的データに依存しているとはいえ、かなり信頼性は高いといえよう。

1) Knick発現時期とLife eventsについて

Burd et al. (1987, 1989) は発達途上から退行を示す広汎性発達障害 (彼らはこれを広汎性崩壊性障害 pervasive disintegrative disorder (Burd, et al., 1988) と称することを提案している) のなかで女性は男性より早期に発症していることを指摘し、Rett型とHeller型に下位分類することを提案している。

今回の結果では、1歳未満の折れ線現象の発現は全例とも女性であり、3歳以上に男性が多かったが、男女間での有意差は認められなかった。Burd et al. (1989) は女性が男性より早期に退行を起こしている点に着目していることには興味をもたれるが、今回の結果をみると今後さらに詳細な検討を必要とすると思われる。

折れ線現象の発現には心理社会的要因が少なからず関与していることは以前から指摘されていたことであるが (若林, 1974), 今回の結果でも従来からの報告 (Hoshino et al., 1987; 川崎他, 1985; 栗田, 1983) と同程度の頻度で心理社会的要因の関与が推測された。ただ、これらの要因が発症とどのような関連を有していたのかその詳細については検討できなかった。

2) 折れ線現象とてんかん発症との関連性について

脳波異常の出現率についてはKnick群や崩壊精神病は非Knick群に比して比較的高いとするもの (Kurita, 1992) や逆に低いとするもの (市場, 1984) などがあり、いまだ統一した見解がない。さらにけいれん性疾患の既往についても、Knick群でかなり高いとする報告もあれば (Hoshino et al., 1987), 差がないとする報告 (Volkmar & Cohen, 1985) もあり、いまだ見解にばらつきがみられる。

今回の調査結果ではてんかんの有病率がKnick群で31.3%と有意に高かった。てんかんの好発年齢が思春期・青年期で、成人期まで発症のリスクがある (Kobayashi et al., 1992) ことを考えると、てんかんの有病率の検討はかなりの長期経過を観察する必要がある。その意味でも今回の結果はKnick群の器質的要因の関与の大きさがうかがわれる。

周産期異常の有無についても今回検討したが、特にKnick群で有意な結果は得られず、出産時異常の既往の頻度は非Knick群の方が高いという結果であった。周産期異常それ自体は脳障害の存在を直接意味するわけではないが、今回の結果の意味づけについては今後さらなる検討が必要であろう。

今回の結果にも示されているように、折れ線現象は器質的要因のみならず life events にみられるような心理社会的要因が複雑に絡みあっていることから、折れ線現象の発現には生物学的要因のみならず心理社会的要因が相互に複雑に絡み合っ発現するとみなすのが妥当ではなかろうか (滝川, 1992)。

3) 折れ線現象とその後の発達経過について

従来からの報告 (Hoshino et al., 1987; 石井, 1971; 川崎他, 1985; Kurita, 1992) と同様に今回の調査結果でも就学時の言語発達水準ならびに現在の言語発達水準はKnick群で有意に低かった。しかし、現在の適応水準では特に有意な低下は認めなかった。

Knick群や崩壊精神病には回復に困難をきた

す例が多いことは確かであるが、けっして病的退行が永続的に続くのではなく、一部はまもなく良好な回復を示すことが以前から指摘されてきた(若林, 1974)。このような発達経過の多様性をみると、折れ線現象は先に述べたように、生物学的要因のみならず心理社会的要因との絡みで発現し、その後の発達も双方の要因が複雑に絡み合って展開されていくと考えるのが妥当のように思われるのである。

小林(1985)は、折れ線現象の出現時期の相違とその後の発達経過との関連性の検討から、2歳以後の折れ線現象の出現は自我発達の上で対象恒常性の不安定さ、つまり部分的表象の認知はできていても全体表象の認知の困難さのために彼らの対象関係は不安定で動揺を起こしやすく、その後の発達経過にそれが反映されやすいと推論した。その後、小林・藤山(1992)は全例折れ線現象を呈した自閉性障害同胞一致例4例を対象に、折れ線現象の発現時期の差異と臨床像との関連を検討した。そのなかで特に彼らの対象関係の発達水準の違いがひねくれ反応という臨床像の差異として反映しているのではないかと推論している。小林はこれらの研究を通して、自閉症児の内的対象関係の病理が、折れ線現象の発現以前に獲得されていた発達水準の差異によって大きく異なる可能性を主張している。

栗田(1992)は崩壊性精神病では発症前の発達水準がより高く、そのため心理社会的ストレスに対し敏感に反応しやすい状態にあるであろうと指摘し、病的退行の発現時期の差異が病態にも反映している可能性を示唆している。

以前からHeller症候群は自閉症と比べると自閉性の程度が軽度であると指摘されてきた(牧田他, 1960; 山崎他, 1973)こととも考え合わせると、これらの主張は発症前の発達水準の高さと発症後の発達経過の多様性を説明するための一つの重要な指摘であるように思われる。

しかし、今回の長期予後からの検討の結果は、折れ線現象の出現時期の差異が彼らの長期予後の中で知的水準をある程度決定づけることはあ

っても適応面を含めた全般的な予後をも決定づけるものではないことを示していた。これらの結果の差異はどのように考えたらよいのであろうか。

第一には、折れ線現象の出現時期ないし幼児期の精神病ないし発達障害の発症時期をとらえて、その時期(生活年齢)のみに限定した発達経過の検討は、研究方法論上の限界をもつということである。何らかの発達論的視点でもって発達段階をとらえようとする際の生活年齢を尺度とすることの問題と限界を示しているともいえよう。

第二には、折れ線型自閉症の発達経過が特に思春期・青年期に大きな転換期を迎えているということである。勿論、このことは折れ線型自閉症に限ったことではないが、とりわけ折れ線型自閉症の発達経過は波瀾に富みやすい(小林, 1985; 小林・藤山, 1992)ことを考えると、思春期・青年期の彼らへの対応はその後の経過を決定的に左右する可能性が少なくないと思われる。思春期・青年期に自閉症児の発達経過が急激に悪化することがあるだけでなく、著しい改善をもたらす(Kobayashi et al., 1992)ことから、思春期・青年期の彼らへの対応の重要性は今回の結果からも間接的にはあるが指摘できるのではなかろうか。

3. 折れ線現象の位置づけと今後の課題

今日までのKnick群や崩壊精神病に関連する研究を概観すると、これらの一群が単純に脳の器質的因子のより高い病的進行過程を意味するものではないことが示唆されているように思われる。

折れ線現象の出現自体は幼児期のみならず精神病の発症そのものの意味をも問うという重大な問題である。栗田(1987)は精神分裂病と広汎性発達障害は崩壊精神病のような状態を介して移行型があるとし、昨今両者が異なった疾患として区分されるという考え方に再考の余地があるという重要な指摘を行っている。

今日自閉症は精神病とは異なる発達障害とす

る考え方が一般化されるに至っているが、折れ線現象を呈する発達障害の一群は自閉症と精神病との関連性を再度検討する価値を含んだ問題である。小林(1993c)は自閉症と分裂病との関連性を追求するためのひとつの鍵概念として「知覚変容現象」を提起しているが、今後このような現象が折れ線現象とどのような関連性があるのか(小林, 1992b; 小林, 1993b)明らかにする必要がある。

この種の現象が折れ線現象そのものを直接的に指しているか否かについては現時点では慎重でなくてはならないが、折れ線型自閉症の中にもその後の回復が良好なものも少なからず含まれていることを考えると、折れ線現象を呈した乳幼児に対する早期の適切な治療的介入の成否がその後の転帰を左右する可能性は大いにありうると思われる(小林, 1993a)。

従来、Knick群の症例は折れ線現象の出現後かなり時間的経過を経た後に治療的關係が持たれることが多かった。今後われわれはいかに早期に折れ線現象の出現を捉え、彼らに危機介入を行っていくか、折れ線現象の発現メカニズムとそれに対する治療方法の解明のためにはそうした臨床的実践が今切実に求められているといえよう。

本研究は福岡県による福岡大学医学部自閉症治療研究班(代表:村田豊久)への助成金によった。

本論の要旨は第33回日本児童青年精神医学会(1992.11.4-6.横浜市)にて発表した。

文 献

- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. third edition.* Washington D. C., A. P. A.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. third revised edition.* Washington D. C., A. P. A.
- Burd, L., Fisher, W. & Kerbeshian, J. (1988): Childhood onset pervasive developmental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 155-163.
- Burd, L., Fisher, W. & Kerbeshian, J. (1989): Pervasive developmental disorder: Are Rett syndrome and Heller dementia infantilis subtypes? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 609-616.
- Frith, U. (1989): *Autism: Explaining the enigma.* Oxford, Basil Blackwell. (富田真紀, 清水康夫訳 (1991): 自閉症の謎を解き明かす. 東京, 東京書籍.)
- Gillberg, C. (1986): Onset at age 14 of a typical autistic syndrome. A case report of a girl with herpes simplex encephalitis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 369-375.
- Harper, J. & Williams, S. (1975): Age and type of onset as critical variables in early infantile autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 5, 25-36.
- Hill, A. E., & Rosenbloom, L. (1986): Disintegrative psychosis of childhood: Teenage follow-up. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 28, 34-40.
- Hoshino, Y., Kaneko, M., Yashima, Y. et al. (1987): Clinical features of autistic children with setback course in their infancy. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 41, 237-246.
- 石井高明(1971): 幼児自閉症の診断と治療. 日本医事新報, 2459, 27-30.
- 市場尚文(1984): 折れ線型自閉症に関する臨床的脳波学的研究. 脳と発達, 16, 470-475.
- 川崎葉子, 清水康夫, 太田昌孝(1985): 自閉症の経過中にみられる発話消失現象について. 児童青年精神医学とその近接領域, 26, 201-212.
- 小林隆児(1985): 自閉症児の精神発達と経過に関する臨床的研究. 精神神経学雑誌, 87, 546-582.
- 小林隆児(1992a): 青年期・成人期自閉症の余暇活動に関する研究. 発達障害研究, 14, 48-56.
- 小林隆児(1992b): 幼児自閉症にみられる知覚変容現象とその回復過程. 第2回乳幼児医学・心理学研究会(横浜市)発表, 1992.11.8.
- 小林隆児(1993a): 乳幼児期早期の母子関係障害に対する危機介入. 第4回日本発達心理学会(横浜市)発表, 1993.3.28.
- 小林隆児(1993b): 自閉症—その多彩な臨床症状をどのように理解できるか. 臨床精神医学, 22, 575-581.
- 小林隆児(1993c): 自閉症における「知覚変容現象」の現象学的研究. 精神医学, 35, 804-811.
- 小林隆児(1993d): 自閉症児に対する教育的処遇と長期

- 予後. 小児の精神と神経, 33, 155-162.
- 小林隆児, 藤山哲男(1992): 自閉性障害にみられる折れ線現象とその成因をめぐって—2組の自閉性障害同胞一致例の比較検討から—. 精神医学, 34, 45-55.
- 小林隆児, 村田豊久(1990): 201例の自閉症児追跡調査結果からみた青年期・成人期自閉症の問題. 発達心理学と医学, 1, 523-537.
- Kobayashi, R., Murata, T., & Yoshinaga, K. (1992): A follow-up study of 201 autistic children in Kyushu and Yamaguchi Areas, Japan. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 395-411.
- 栗田広(1983): 幼児自閉症における“折れ線現象”の特異性. 精神医学, 25, 953-961.
- 栗田広(1987): 精神分裂病と全般的発達障害. 土居健郎(編): 分裂病の精神病理16 (pp. 27-45). 東京大学出版会.
- Kurita, H., Kita, M. & Miyake, Y. (1992): A comparative study of development and symptoms among disintegrative psychosis and infantile autism with and without speech loss. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 175-188.
- 栗田 広, 金 吉晴, 勝野 薫(1992): 心理社会的ストレスと広汎性発達障害における精神発達の退行. 児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態に関する研究(班長: 若林慎一郎) 平成3年度研究報告書, pp. 105-109, 厚生省.
- Lotter, V. (1966): Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social Psychiatry*, 1, 124-137.
- 牧田清志, 中村希明, 高橋艶子(1960): Heller症候群と思われる1例. 児童精神医学とその近接領域, 1, 377-386.
- Short, A. B. & Schopler, E. (1988): Factors relating to age of onset in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 207-216.
- 滝川一廣(1992): 小児自閉症はどう研究されてきたか—回顧と展望—. 名古屋市立大学精神科研究会.
- Volkmar, F. R. & Cohen, D. J. (1989): Disintegrative disorder or “late onset” autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 717-724.
- Volkmar, F. R., Stier, D. M. & Cohen, D. J. (1985): Age of recognition of pervasive developmental disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1450-1452.
- 若林慎一郎(1974): 幼児自閉症の折れ線型経過について. 児童精神医学とその近接領域, 15, 215-230.
- World Health Organization (1977): *International classification of diseases, 9th revision (ICD-9)*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, WHO.
- 山崎晃資, 木村直樹, 齊藤嘉郎他(1973): Heller症候群の1例. 脳と神経, 25, 725-733.

SETBACK PHENOMENA IN AND THE LONG-TERM PROGNOSES FOR AUTISTIC CHILDREN

Ryuji KOBAYASHI

Faculty of Education, Oita University

Autistic children who have experienced setback courses are said to have poor prognoses. A survey was conducted of the long-term prognoses for 179 autistic children (subjects of a 1990 survey), who had experienced (Knick group) and had not experienced (non-Knick group) setback phenomena in early infancy. The prevalence ratio of epilepsy was significantly higher in the Knick group than in the non-Knick group. The level of developmental language at the entrance to elementary school and at the time of my study was significantly lower in the Knick group. The current level of adaptation did not, however, differ between the two groups.

Results of my study indicate that these children have poor intellectual development and that organic factors may strongly influence that development. The specificity of

such developmental course is suggested, but it is not possible to state that such children have poor long-term prognoses. Many autistic children who experience setback phenomena have experienced precipitating factors such as psychosocial events. Crisis intervention is needed as early as possible for such autistic children. Early intervention might make it possible to understand why they have such setbacks.

Author's Address :
R. Kobayashi, M. D.
Faculty of Education,
Oita University,
700 Dannoharu, Oita-City,
Oita-Prefecture,
870-11, JAPAN