

高知ギルバーグ 発達神経精神医学センター

Kochi Gillberg Neuropsychiatry Centre

平成 29 年度～令和 3 年度事業報告
(概要版)

Reports from 2017 to 2021
(Summarized Version)

令和 5 年 8 月

August, 2023

目次

1	はじめに	1
2	センターの概要	3
2-1	設立の目的	4
2-2	業務概要	4
2-3	高知ギルバーグ発達神経精神医学センターの構成	5
2-4	研究員、特別職の推移	6
3	事業報告	7
3-1	教育活動	
(1)	クリストファー・ギルバーグ博士による研修会	8
(2)	ギルバーグゼミナール	8
(3)	研究員の定期学習会	9
(4)	研究員のDISCO研修	9
(5)	スウェーデン版早期療育プログラム 「インテンシブ・ラーニング(Intensive Learning)」	10
(6)	医師向け研修会	11
(7)	ESSENCEに関する研修会	12
(8)	専門職向け研修会	14
(9)	「ESSENCE シンポジウム in 高知」	15
3-2	研究活動	
(1)	クリストファー・ギルバーグ博士による研究指導	16
(2)	論文	16
(3)	学会発表	17
3-3	政策活動	
(1)	高知県 ESSENCE のある子どもの 支援モデルマップ検討ワーキンググループ	18
(2)	「発達が気になる子どもと家族を地域で支える －ESSENCE チームによる地域支援－」モデル事業	20
資料		
	ギルバーグ博士の講演会資料 3編	22

1 はじめに

1 はじめに

高知ギルバーグ発達精神神経医学センターの第二期（平成 29 年度から令和 3 年度）のまとめをお届けします。当センターは児童精神医学の世界的権威でいらっしゃるクリストファー・ギルバーグ教授の直接のご指導の機会が得られる、通常では考えられないありがたい機会をいただいています。ギルバーグ教授と畠中雄平先生、是永かな子先生との繋がりや強さはもちろんですが、高知県の格段の配慮と期待を受けての発足だっただろうと想像しています。

私は平成 29 年 4 月より高知県立療育福祉センターで勤務を開始し、畠中先生より当センター長を引き継ぎました。皆様のご協力によりなんとかここまで来ています。運営委員の皆様、研究員の皆様、スタッフの皆様がこの場をお借りして心より感謝申し上げます。そして何よりも、高知県との協定を継続してくださり、ご来高くださるギルバーグ教授に改めて感謝と敬意を表します。

第二期は、1) ギルバーグ先生の提唱された ESSENCE の考え方を高知県に広く伝えていくこと、2) ESSENCE の考え方をうけ、高知県の実情に合う支援モデル事業をスタートすることを重点的に行いました。前者は主には研修会の充実と、ESSENCE の 12 項目を盛り込んだご家族向けの子育てリーフレットの作成に取り組みました。後者では、市町村の保健師さん、保育士さんが ESSENCE の視点で子どもの発達を見立てられるように、発達が気になる子どもの支援を工夫できるように、そして必要な時には受診につなげられるように、地域の支援者をサポートするプログラムに取り組んでいます。この事業の計画段階では、国から発達が気になる子どもの受診待機待ち期間を短縮する事業が推奨されていました。しかし、ESSENCE のある子ども全員が病院受診が必要な訳ではありません。また、高知県は専門的な医療機関がかなり遠い地域もあります。かといって「様子を見ましょう」はよくありません。この事業は、専門職の偏在する、かつ未就学児の就園率の高い高知県の特性に合わせたものだと考えています。まだモデル事業のため、実施地域は限られていますが、今後は地域の実情に合わせて、支援内容も変更し、広げていきたいと思っています。

残念ながら研究は足踏み状態です。令和 4 年度から、ギルバーグセンターと高知大学、高知県の三者協定を結ぶことができました。高知大学のお力で研究が進んでいくことが期待されます。

当センターの研究員は、医師は、小児科、精神科、公衆衛生と専門性も幅広く、言語聴覚士、理学療法士、心理士、大学教員など職種や専門性を超えた方にお集まりいただいています。このような垣根を越えた集まりは他には類を見ないことでしょうか。ありがたいことに、研修会には県外の方のご参加も増えていっています。研究員には県外在住の方もいらっしゃいます。活動の輪は高知県を超えて少しずつ広がっているように思います。また、現在行っているモデル事業は、地域の保健師さん、保育士さんが主体となり、発達が気になる子どもとご家族を支えていく活動です。横のつながりが強固なものとなり、立場の違いが相補的に働き、重層的な支援ができるグループであり続けたいと思っています。今後とも当センターの活動にご協力、ご支援どうぞよろしくお願い申し上げます。

令和 5 年 8 月 1 日

高知ギルバーグ発達精神医学センター所長 北添紀子

2 センターの概要

2-1 設立の目的

高知県では、専門医師の養成および専門職の支援の技術力向上を目的として、児童精神医学の世界的権威として名高いヨーテボリ大学（スウェーデン）のクリストファー・ギルバーク博士の継続的な指導のもと、平成24年4月に「高知ギルバーク発達神経精神医学センター」を高知県立療育福祉センター内に設置しました。

当センターでは、医師や専門職等の地域の支援者を対象とした研修会・学習会を開催しています。また、令和2年4月からは、地域支援事業にも取り組み、高知県内の発達が気になる子どもと保護者への支援体制の構築に寄与することを目的として活動しています。

2-2 業務概要

1 教育活動

セミナーの開催等を通じて専門的な知識と技術の向上を目指しています。

(1) 高知県内の小児科医・精神科医対象の研修会・学習会開催

県内の神経発達障害の臨床に携わる医師等がギルバーク博士に直接指導を受けることができる研修会・学習会を開催しています。その他、症例検討会を開催しています。

(2) 専門職対象の研修会開催

医師以外の神経発達障害の臨床を行っている専門職（心理職、リハビリテーション職、保健師、保育士等）を対象として、アセスメントや支援等に関する研修会を開催しています。

(3) DISCO セミナーへの派遣

ギルバーク発達神経精神医学センターに登録した研究員を、発達障害に対する専門的な診断技術を身につけるための研修会に派遣しています。

2 研究活動

ギルバーク博士に指導を受けながら、主に **ESSENCE (Early Symptomatic Syndrome Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations)** ; 神経発達の診察が必要となる早期徴候症候群) に関する研究を実施しています。

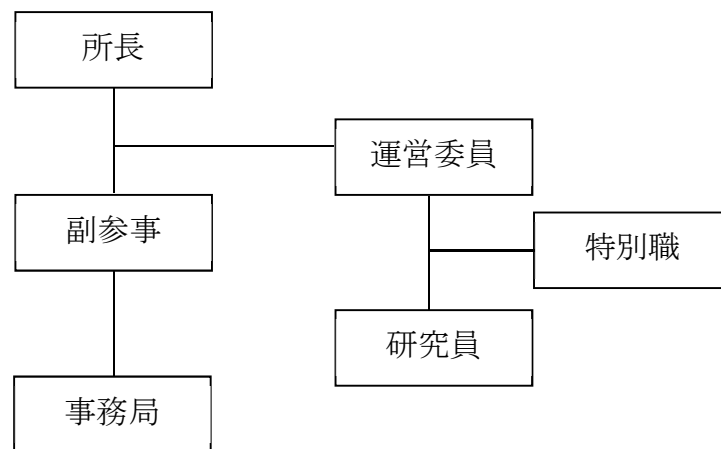
3 政策活動

研究の成果を高知県の発達が気になる子どもへの支援に活用しています。

2-3 高知ギルバーグ発達神経精神医学センターの構成

高知ギルバーグ発達神経精神医学センターは、下記のとおり構成されています。研究員は、当センターにおける諸活動の推進、連携及び協力を行う県内外の医師、医療従事者または教育関係者、その他発達障害児者への支援に従事する者としています。

運営委員は、令和3年4月1日現在、高知大学医学部神経精神科学講座 数井 裕光教授、高知大学医学部医療学講座 予防医学・地域医療学分野(環境医学) 菅沼 成文 教授、高知大学教育学部 寺田 信一 教授、高知大学医学部小児思春期医学講座 藤枝 幹也 教授にお願いしています。(氏名の列挙は五十音順)



【高知ギルバーグ発達神経精神医学センターの構成】

2-4 研究員、特別職の推移

【平成 29 年度から平成 30 年度】

		平成 29 年度	平成 30 年度
研究員	精神分野	2	4
	小児分野	9	11
	教育関係者	2	1
	環境医学・公衆衛生	3	3
特別研究	医療関係者	7	10
	教育関係者	2	2
	その他	2	2
特別職	精神分野	1	1
	その他	1	1
合計		29	35

【令和元年度から令和 3 年度】

※令和元年度から「研究員」・「特別研究員」の分類を廃止し、名称を「研究員」に一本化した。

		令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度
研究員	医療関係者（小児科医）	13	13	15
	医療関係者（精神科医）	11	11	11
	医療関係者（環境医学・公衆衛生）	3	3	3
	医療関係者（その他）	3	3	3
	教育関係者	2	3	4
	その他	1	2	2
特別職	医療関係者（精神科医）	1	1	1
	その他	1	1	1
合計		35	37	40

3 事業報告

3-1 教育活動

(1) クリストファー・ギルバーグ博士による研修会

ギルバーグ博士には、年1回程度高知県へ来ていただき、研修会の講師をしていただいています。新型コロナウイルス（COVID-19）の流行以降（令和3年度以降）は、オンラインで実施しています。

【研修会開催実績】

対象	研修会名	日時	参加人数
一般	ESSENCE シンポジウム in 高知 (ギルバーグ博士の来高が急遽中止となり、基調講演部分を動画に変更して開催)	平成31年2月10日	310名
医師	子どもの発達に関する研修会	令和4年2月24日	61名
一般	ESSENCEに関する YouTube 研修	令和4年3月11日 ～3月22日	230名

(2) ギルバーグゼミナール

ギルバーグセンターでは、年1回程度、研究員をはじめとする県内の医師等がギルバーグ博士に臨床的な指導を受けることが出来る機会として、ギルバーグゼミナールを開催しています。新型コロナウイルス（COVID-19）の流行以降（令和3年度以降）は、オンラインで実施しています。

【ギルバーグゼミナール開催実績】

日時	参加人数
平成29年10月17日	11名
令和元年12月8日	18名
令和3年11月19日	44名

(3) 研究員の定期学習会

研究員と、県内で児童・思春期分野の臨床活動をしている医師（「定期学習会登録医師」として申請した方）を対象に ESSENCE や神経発達障害等に関する学習会を定期的に開催しています。この学習会は、県内の児童・思春期分野に関する診断や支援の技術向上を目指すとともに、他職種、他領域の連携を深めることを目的としています。新型コロナウイルス（COVID-19）の流行後（令和2年度と令和3年度）は、開催を見合わせました。

【定期学習会開催実績】

年度	日程	内容	参加人数
平成 29 年度	7 月 20 日	統計勉強会	9 名
	9 月 7 日	診療情報交換会	7 名
	12 月 5 日	福祉サービス勉強会	8 名
	2 月 22 日	診療情報交換会	7 名
平成 30 年度	7 月 30 日	ESSENCE2018 報告会	12 名
	10 月 25 日	診療情報交換会	10 名
	12 月 6 日	福祉サービス勉強会	7 名
	3 月 7 日	診療情報交換会	9 名
令和元年度	7 月 31 日	診療情報交換会	11 名
	10 月 16 日	児童福祉制度勉強会	11 名
	2 月 5 日	診療情報交換会	11 名

(4) 研究員の DISCO 研修

DISCO は、Lorna Wing 博士・Judith Gould 博士らにより開発された、国際的に認められた自閉症スペクトラムを中心とする発達障害の診断・評価のためのツールです。対象の年齢層は幼児から成人までカバーされています。

研究員の診断・評価の技術向上を目的として、よこはま発達クリニックで開催されている DISCO セミナーに研究員を派遣し、これまで参加した 15 名全員が認定証を交付されています。

(5)スウェーデン版早期療育プログラム「インテンシブ・ラーニング(Intensive Learning)」

“インテンシブ・ラーニング (Intensive Learning ; 以下、IL)”は、スウェーデンで開発された、自閉症やその他の発達障害等を有する2歳から6歳までの子どもたちを対象とした早期療育プログラムです。ILの主な特徴は、保護者や保育所・幼稚園の職員がチームとして、子どもの日常生活での療育に積極的に関わることが組み込まれている点です。専門スタッフによる定期的なセッションだけでなく、日常のあらゆる場面を通じて日々繰り返し子どもの学習を促すことが重視されています。主なカリキュラムの内容は、遊びや模倣をはじめ、コミュニケーションや、認知スキル、日常生活動作のスキル等です。カリキュラムには、子どもたちが自分の能力を発揮し、より生活しやすくするために必要なスキルが含まれています。

高知県では、平成26年度から平成28年度まで、このプログラムの開発者である、心理士のビルギッタ・スピュート・ヤンソン博士とウツラ・リンダール氏を講師として招聘し、ILを実践できるスーパーバイザーを養成するための研修会を開催し、12名がスーパーバイザー養成コースを修了しました。

平成30年度、令和2年度には、県内の保育士や心理士、リハビリテーション職等を対象にILの実践報告会を開催し、インテンシブ・ラーニングの紹介と、実際にILを実践した保護者と保育士による実践報告を行いました。

【実践報告会開催実績】

日程	内容、発表者等	参加人数
平成30年 1月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・講義「インテンシブ・ラーニングの紹介」 講師：高塚 智行 氏（高知県立あき総合病院） ・実践報告、ディスカッション 発表：ILを実践した保護者、保育者、ILスーパーバイザー ・インテンシブ・ラーニングで使用した教材の紹介 	57名
令和2年 1月25日	<ul style="list-style-type: none"> ・講義「インテンシブ・ラーニングについて」 講師：川村 郁子（高知県立療育福祉センター） ・ILのエクササイズやテクニックの紹介 ・実践報告、ディスカッション 発表：ILを実践した保護者、保育者、ILスーパーバイザー 	49名

(6) 医師向け研修会

小児科医を主な対象として、発達が気になる子どもの捉え方や支援に関する研修会を開催しています。

【医師向け研修会開催実績】

座長：藤枝 幹也 氏（高知大学医学部小児思春期医学講座教授）

年度	日程	参加人数	演題・講師等
平成 29年度	2月1日 2月3日	計 60名	「子どものしてほしい行動を増やすために ーペアレント・トレーニングの概念・手法ー」 (2/1) 高塚 智行 氏（高知県立あき総合病院） (2/3) 野々宮 京子（高知県立療育福祉センター） 「対応が難しい保護者への伝え方の実際」 本淨 謹士 氏（JA 高知病院小児科） 「外来でできるペアレント・トレーニングの実際」 前田 賢人 氏（高知県立あき総合病院小児科）
平成 30年度	11月1日 12月1日	計 36名	「保護者支援に活用できる子どもの行動の捉え方と対応 ー応用行動分析（ABA）を用いてー」 高塚 智行 氏（高知県立あき総合病院） 「気になる子どもに出会ったとき・私の場合」 武市 知己 氏（国立高知病院小児科） 「発達が気になる子どもの診療や保護者支援の実際」 前田 明彦 氏（高知県立幡多けんみん病院小児科）
令和 元年度	2月21日 2月22日	計 48名	「ペアレント・プログラムー支援内容と介入効果ー」 村山 恭朗 氏（神戸学院大学心理学部心理学科准博士） 「発達障害の児をもつ保護者への開業クリニックにおける 子育て支援の一例」 島崎 真弓 氏（島崎クリニック小児科） 「発達障害の児たちを地域でどう診るか」 矢野 哲也 氏（大井田病院小児科）
令和 2年度	3月11日 3月13日	計 61名	「療育福祉センターにおける小児リハビリテーションの概要」 池 みつ江（高知県立療育福祉センター） 「リハビリテーションの評価と治療の紹介」 中岡 民江（同上） 森岡 有紀（同上） 中川 明日香（同上）
令和 3年度	2月24日	42名	「ESSENCE/neurodevelopmental disorders: update with focus on autism（ESSENCE/神経発達障害：自閉症に焦点を 当てた最新の情報）」 クリストファー・ギルバーグ博士（スウェーデン ヨーテボリ大学） 通訳 重松 加代子 氏

(7) ESSENCE に関する研修会

保健師や保育士等の地域の支援者が、ESSENCE の視点で子どもの発達を捉え、支援に繋ぐことができるようになることを目的として、「ESSENCE の視点を用いた子どもの発達の見方」、「ESSENCE-Q の使い方」等についての研修会を開催しています。

【ESSENCE に関する研修会（主催によるもの）開催実績】

年度	日程	参加人数	演題・講師等
平成 29 年度	8 月 1 日 9 月 19 日	計 262 名	研修会名： 乳幼児の発達の見方と親支援－ESSENCE の視点から－ 「子どもの発達の見方－ESSENCE の視点から－」 (8/1) 本淨 謹士 氏 (JA 高知病院小児科) (9/19) 西本 友美子 (高知県立療育福祉センター) 「発達が気になる子どもの親支援」 野々宮 京子 (高知県立療育福祉センター)
平成 30 年度	9 月 20 日	186 名	研修会名： 乳幼児の発達の見方と親支援－ESSENCE の視点から－ 「子どもの発達の見方－ESSENCE の視点から－」 本淨 謹士 氏 (JA 高知病院小児科) 「発達が気になる子どもの親支援」 野々宮 京子 (高知県立療育福祉センター)
令和 元年度	8 月 22 日	193 名	同上
令和 2 年度	【Zoom 開催】 10 月 21 日 10 月 31 日	計 50 名	研修会名： 乳幼児の発達の見方－ESSENCE の視点から－ 「子どもの発達の見方－ESSENCE の視点から－」 本淨 謹士 氏 (JA 高知病院小児科) 「ESSENCE-Q の使い方」 野々宮 京子 (高知県立療育福祉センター)
令和 3 年度	【YouTube 開催】 2 月 10 日 ～17 日	193 名	同上
	【YouTube 開催】 3 月 11 日 ～22 日	230 名	研修会名： ESSENCE に関する YouTube 研修 「ESSENCE/neurodevelopmental disorders: update with focus on autism (ESSENCE/神経発達障害：自閉症に焦点を当てた最新の情報)」 クリストファー・ギルバーク博士 (スウェーデン ヨーテボリ大学) 通訳 重松 加代子 氏

【ESSENCEに関する研修会（他機関からの依頼によるもの）開催実績】

年度	日程	研修会名	場所	対象
平成 30年度	5月21日	市町村乳幼児健診従事者向け研修会 (高知県)	高知市	保健師等
令和 元年度	5月23日	市町村乳幼児健診従事者向け研修会 (高知県)	高知市	保健師等
	10月5日	北海道乳幼児療育研究会 第33回研究大会プログラム	北海道	乳幼児の療育に 携わる専門職
	11月25日	ESSENCE講習会 (宿毛市、大月町合同開催)	宿毛市	保健師
	12月10日	黒潮町人権教育研究議会 就学前部会研修会	黒潮町	保育士
	1月23日	四万十町こども園・保育所連合会 加配保育士部会研修会	四万十町	保育士
令和 2年度	11月13日	市町村乳幼児健診従事者のためのスキル アップ研修会(高知県)	高知市	保健師等
	4月19日	野市保育所特別支援保育・教育研修会	香南市	保育士
令和 3年度	5月14日、 24日	市町村乳幼児健診従事者のためのスキル アップ研修会(高知県)	高知市 黒潮町	保健師等
	7月1日	乳幼児の発達の見方研修会－ESSENCE の視点－	香南市	保健師、保育士
	11月22日	安芸福祉保健所子ども発達支援研修会	東洋町	保健師、保育士

(8) 専門職向け研修会

子どもの発達支援に関わる専門職（心理士、リハビリテーション職、教育関係者等）を対象に、発達障害等のアセスメントや支援に関する研修会を開催しています。

【専門職向け研修会開催実績】

年度	日程	参加人数	演題等	講師
平成 29年度	9月2日	79名	感覚プロフィールセミナー	萩原 拓 氏 (北海道教育大学旭川校教授)
		35名	Vineland-IIワークショップ	
平成 30年度	10月13日	73名	ABAセミナー:基礎から学ぶ応用行動分析-自閉症児者の行動の理解と対応-	今本 繁 氏 (合同会社ABC研究所 代表)
		41名	ABAセミナー:自閉症児者のためのコミュニケーション・合理的配慮7つ道具	
令和 元年度	10月26日	57名	ABAセミナー:当事者の自己管理能力アップのABC(基礎編)	今本 繁 氏 (合同会社ABC研究所 代表)
		27名	ABAセミナー:当事者の自己管理能力アップのABC(応用編)	
令和 2年度	1月9日	13名	Vineland-II適応行動尺度セミナー	萩原 拓 氏 (北海道教育大学旭川校教授)
令和 3年度	10月30日	209名	保護者の気持ちの理解と支援-子どものすこやかな育ちを支えるために-	中川 信子 氏 (子どもの発達支援を考えるSTの会代表)

(9) 「ESSENCE シンポジウム in 高知」

高知県での ESSENCE の視点を用いた発達障害児等の早期発見・早期支援の取り組みを全国的にアピールし、今後の高知県での取り組みに関する示唆を得ることを目的として、シンポジウムを開催しました。

【シンポジウム概要】

日程	参加人数	演題・講師等
平成 31 年 2 月 10 日	310 名	<p>講演 1 「ESSENCE OF ESSENCE」、「ESSENCE COMORBIDITY」 [※ギルバーク博士の来高が急遽中止となったため、平成 30 年 4 月にスウェーデンで開催された「ESSENCE2018」のギルバーク 博士の講演を動画で流し、講演の内容を通訳・解説した。]</p> <p>クリストファー・ギルバーク博士 (スウェーデン ヨーテボリ大学) 通訳 重松 加代子 氏 解説 畠中 雄平 氏 (琉球大学人文社会学部教授)</p> <p>講演 2 「子どもの発達の見方－ESSENCE の視点から－」 畠中 雄平 氏 (同上)</p> <p>シンポジウム「高知県における ESSENCE に関する取組み」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 「高知県における ESSENCE チームの子ども達の疫学調査 －ESSENCE の有用性－」 畠中 雄平 氏 (同上) 2) 「ESSENCE の視点を取り入れた乳幼児健診の取組み」 今久保 仁柚 氏 (香美市健康介護支援課親子すこやか班) 3) 「ESSENCE の視点での地域支援－小児科医として－」 本浄 謹士 氏 (JA 高知病院小児科)

3-2 研究活動

(1) クリストファー・ギルバーグ博士による研究指導

ギルバーグ博士には、研究員の研究指導をしていただいています。令和2年度に新型コロナウイルス（COVID-19）が流行して以降は、オンラインで実施しています。

【研究指導実績】

年度	回数	参加人数（計）
平成29年度	3	14
令元年度	5	11
令和2年度	5	24
令和3年度	3	17

(2) 論文

平成29年度

- ・ Kitazoe, N., Fujita, N., Izumoto, Y., Terada, S., Hatakenaka, Y. Whether the Autism Spectrum Quotient consists of two different subgroups? Cluster analysis of the Autism Spectrum Quotient in general population. *Autism* 2017; 21:(3): 323-332.
- ・ 北添紀子, 平野晋吾, 上田規人, 藤田尚文, 二宮仁志, 松本秀彦, 是永かな子, 畠中雄平, 寺田信一. 自閉スペクトラム症の傾向がある学生に効果的な就労支援ービジネスマナーに限定した面接セミナーを通してー. *精神科* 2017; 31:(4): 377-384.
- ・ Hatakenaka, Y., Ninomiya, H., Billstedt, E., Fernell, E., Gillberg, C. ESSENCE-Q used as a screening tool for neurodevelopmental problems in public health checkups for young children in south Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2017; 13:1271-1280.

平成30年度

- ・ 高塚智行, 畠中雄平. 自閉スペクトラム症の心理療法におけるコミック会話の有用性. *児童青年精神医学とその隣接領域* 2018; 59: (3): 318-332.

令和2年度

- ・ Hatakenaka, Y., Maeda, M., Ninomiya, H., Hachiya, K., Fernell, E., Gillberg, C. ESSENCE - Q obtained in routine Japanese public child health check - ups. may be a valuable tool in neurodevelopmental screening. 23 September *Acta Paediatr.* 2020 Apr; 109(4):764-773.

(3) 学会発表

平成 29 年度

- ・西本友美子・野々宮京子・海津恵梨・濱口雅子・山本華奈子・加納真理・池みつ江・福永一郎・北添紀子・畠中雄平、「高知ギルバーク発達神経精神医学センター5年間の歩み」、平成 29 年度四国公衆衛生研究発表会（平成 30 年 1 月 26 日、高知市文化プラザかるぽーと）

令和 3 年度

- ・三本紗栄・野々宮京子・濱口雅子・北添紀子・福永一郎、「発達が気になる子どもと家族を地域で支える－ESSENCE チームによる地域支援－」、令和 3 年度四国公衆衛生研究発表会（令和 4 年 2 月 4 日、オンライン開催）

3-3 政策活動

(1) 高知県 ESSENCE のある子どもの支援モデルマップ検討ワーキンググループ

ESSENCE のある子どもが地域で安心して暮らしていくために、医療、保健、福祉、教育等の関係機関のメンバーで、支援モデルについて検討を行いました。ワーキンググループでの検討を経て、保護者と地域の支援者が繋がるツールのひとつとして「子育てに関するリーフレット」を作成しました。リーフレットには、ESSENCE の視点を活用した子どもの発達についての情報や、地域の相談窓口である市町村の母子保健担当窓口の連絡先一覧を掲載しました。作成したリーフレットは、県内の市町村の母子保健担当窓口、および小児科を標榜する医療機関等に配布しました。リーフレットは高知ギルバーク発達神経精神医学センターのホームページにも掲載しています。

【ワーキンググループ委員一覧】

	氏名	所属	職種	委嘱年度
座長	森澤 豊	けら小児科・アレルギー科 院長	小児科医	平成 30 年度 ～令和 2 年度
委員	尾木 朝子	安芸福祉保健所健康障害課母子児童担当チーフ	保健師	平成 30 年度
	北添 紀子	高知ギルバーク発達神経精神医学センター所長 高知県立療育福祉センター	精神科医	平成 30 年度 ～令和 2 年度
	高塚 智行	高知県立あき総合病院	心理判定員	平成 30 年度 ～令和 2 年度
	竹村 和花	(H30) 香南市福祉事務所社会福祉係 (R 元) 香南市福祉事務所子ども家庭相談係 (R2) 香南市福祉事務所社会福祉係(障害福祉業務)	保健師	平成 30 年度 ～令和 2 年度
	徳久 育子	香南市教育委員会こども課	保育士	平成 30 年度 ～令和 2 年度
	中村 慶恵	香美市健康介護支援課 親子すこやか班	保健師	平成 30 年度 ～令和元年度
	濱口 雅子	特定非営利活動法人カラフル・ピース	言語聴覚士	平成 30 年度 ～令和 2 年度
	畑山 清香	香美市健康介護支援課 親子すこやか班	保健師	令和 2 年度
	和田 真由美	安芸福祉保健所健康障害課母子児童担当チーフ	保健師	令和元年度 ～令和 2 年度

※五十音順・敬称略、所属・職種は委嘱当時のもの

【子育てに関するリーフレット】

(表面)

子どもの成長が気になったり、「子育てって難しい・・・」と感じたとき、
まずは、これを見てください。

子どもの成長の仕方は、違いがあっても当たり前。
あなたの育て方のせいではありません。
あなたの周りには、子育てをサポートする応援団がいます。
お子さんに合った育て方のコツを一緒に見つけていきましょう!

高知県
地域福祉部障者福祉課
療育福祉センター高知ギルバーク発達神経精神医学センター

(裏面)

エ夫ひとつで「ゆ」たり子育て

1人で歩き始めない... 言葉のやりとりが少ないかも...
偏食があつて困る! 寝てくれない...
落ち着きがない... やっていることを止められたら泣いて怒る!

ほめ方のポイント
完璧を求めず、「当たり前」「普通」にできている行動に注目し、ほめます。
【子どもが今していることを伝える】

ほめ方のコツ
・行動し始めたらずくほめる
・近づいて同じ目線の高さで
・おだやかに微笑んで
・短い言葉で具体的に など

(中面)

子育てって難しい...
子育てをしていると、自分の子どもについて「なんで?」と思ったり、悩んだりすることもしばしば...

子どもの発達ってきまりがあるの?
きまりはありません。おおよその目安はあっても、子どもは生まれながらにして気質・性質が違います。また、生まれた後の発達スピードや、発達の仕方もひとりひとり違います。

じゃあ、子どものことで「気になること」がある時はどうしたらいいの?
まずはここに聞いてみましょう! どんな些細なことでもかまいません。

各市町村の母子保健担当窓口
子育てに関する相談を受けます。必要に応じて、相談室や専門機関を紹介します。

0~6歳頃の子どもの発達には、このような視点でみることができます。

リーフレットは高知県立療育福祉センターのホームページからダウンロードできます。
<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060302/gillberg-japanese.html>



(2)「発達が気になる子どもと家族を地域で支える－ESSENCE チームによる地域支援－」モデル事業

高知県は、発達障害に関する専門職が偏在しています。発達ที่気になる子どもが地域で安心して暮らしていくためには、保健師、保育士等、地域の支援者のアセスメントや支援力の向上が重要と考え、令和2年4月からモデル事業を開始しました。協力自治体は本山町です。

この事業では、心理士、言語聴覚士、理学療法士からなる「ESSENCE チーム」が、乳幼児健診や乳幼児健診後の相談会、保育所に出向いて地域をサポートします。また、地域の支援者が ESSENCE という共通の視点で子どもの発達をみるために、ESSENCE-Questionnaire (ESSENCE-Q) を共通のツールとして使用します。

令和3年度には、子どもの発達支援に携わる職種（医療・保健・福祉・教育関係者等）を対象に、本事業における地域支援の取組、保育所・母子保健での取組についての実践報告会を開催しました。

2年間の事業の取組みを通して、本山町の保健師、保育士からは、子どもの発達の見立てや子どもを支援する力が向上しただけでなく、支援者同士の連携がスムーズになり、お互いに協力しながら地域でできる支援を主体的に実践していくことができるようになったと感想が得られています。

令和4年度からは、協力自治体に大月町が加わり、2地域で事業を実施しています。

【保健師、保育士に対する ESSENCE チームのサポート実績】

内 容	実施回数	
	令和2年度	令和3年度
勉強会（ESSENCE について、発達障害について）	1 回	3 回
乳幼児健診におけるサポート	3 回	4 回
健診後の相談会におけるサポート	2 回	3 回
保育所訪問におけるサポート	20 回	22 回
ティーチャーズ・トレーニング（全6回）	1 回	1 回
研修型ペアレント・プログラム（全6回）	1 回	1 回※

※保健師と保育士が講師としてプログラムを実施し、ESSENCE チームはスーパーバイザーとしてサポートした。

【実践報告会概要】



内容	発表者等	参加者数
<p>ESSENCE チーム事業実践報告会ー本山町における地域支援の取り組みー（令和3年1月29日にZoomで開催）</p>	<p>実践報告会を開催し、事業に携わる関係者が事業の取り組みについて実践報告を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政説明 村山 真一（高知県こども・福祉政策部障害福祉課） ・講義「ESSENCE とは」 北添 紀子（高知ギルバーク発達神経精神医学センター所長／高知県立療育福祉センター） ・実践報告「本山町における地域支援の取り組み」 <ol style="list-style-type: none"> 1) 「ESSENCE チーム事業について」 三本 紗栄（高知県立療育福祉センター） 2) 「乳幼児健診や相談会におけるサポートおよび保護者支援の取り組み」 野々宮 京子（同上） 3) 「保健師の取り組み」 津濱 由依 氏（本山町健康福祉課保健師） 4) 「保育所におけるサポート」 濱口 雅子 氏（障害児通所支援事業所カラフル・ピース） 5) 「保育所の取り組み」 大西 利恵 氏（本山町立本山保育所所長） 式地 愛子 氏（同上 副主任保育士） ・ディスカッション・質疑応答 	<p>125名 ※保育士、保健師、教員、医師、リハビリテーション職などが参加</p>

資料

ギルバーグ博士の講演会資料 3編

(1) 「ESSENCEシンポジウム in 高知（平成31年2月10日開催）」配付資料

講演1 「ESSENCE OF ESSENCE」





Gillberg Neuropsychiatry Centre
Sahlgreuska Academy

ESSENCE OF ESSENCE

- Christopher Gillberg, MD, PhD
- Gillberg Neuropsychiatry Centre at the Sahlgreuska Academy, University of Gothenburg, and Queen Silvia Hospital and Kochi Prefecture and University (Sweden and Japan) – GO TO www.gnc.gu.se
- University of Glasgow and University of Edinburgh, and Yorkhill Hospital (Scotland)
- Institute of Child Health, University College London, and Young Epilepsy (England)
- Institut Pasteur, Paris (France)

ESSENCE 2018



Gillberg Neuropsychiatry Centre
Sahlgreuska Academy

“ESSENCE”のエッセンス

- クリストファー・ギルバーク、MD、PhD
- ヨーテボリ大学サルグレンスカ アカデミー・ギルバーク神経精神医学センター、クイーンシルヴィア病院、高知県及び高知大学(スウェーデンと日本)
– GO TO www.gnc.gu.se
- グラスゴー大学、エジンバラ大学、ヨークヒル病院(スコットランド)
- ロンドン大学小児保健研究所、Young Epilepsy (イングランド)
- パスツール研究所、パリ(フランス)

ESSENCE 2018



The origins of ESSENCE

Professor Anna Cooper of Glasgow University asked me to speak about our research (from 1974 to 2009 – 35 years at that time, almost 45 years now) at the meeting of the Royal College of Psychiatrists held in Liverpool in 2009 and it struck me that the only reasonable way to “condense” all - or almost all - of it would be under the ESSENCE heading

Gillberg RIDD – 2010



ESSENCEの起源

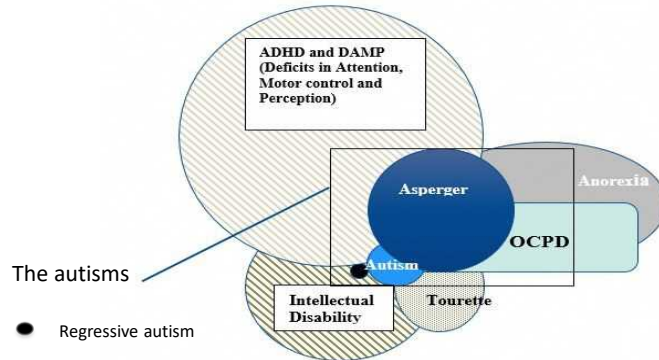
2009年にリバプールで開催されたRoyal College of Psychiatristsの会で、グラスゴー大学のAnna Cooper 教授から私たちの研究(1974~2009まで行った研究、当時で35年目、現在で45年目)について話すように頼まれた。

その時、全てまたはほとんど全てを“要約する”唯一の妥当な表現方法というのは、ESSENCEの項目であると思いついた。

Gillberg RIDD – 2010



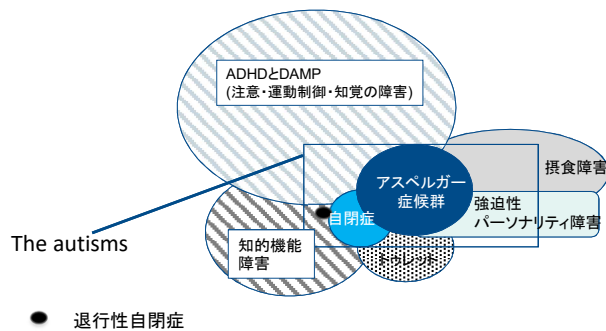
The origins of ESSENCE were there almost 30-40 years ago



Gillberg JCPP 1992 The Emanuel Miller Memorial Lecture London 1991
Gillberg JCPP 1983 Perceptual, Motor, and Attentional Deficits. Some Child Psychiatric Aspects



ESSENCEの起源は30~40年ほど前



Gillberg JCPP 1992 The Emanuel Miller Memorial Lecture London 1991
Gillberg JCPP 1983 Perceptual, Motor, and Attentional Deficits. Some Child Psychiatric Aspects

ESSENCE and NEURODIVERSITY: NORMAL IS OVERRATED

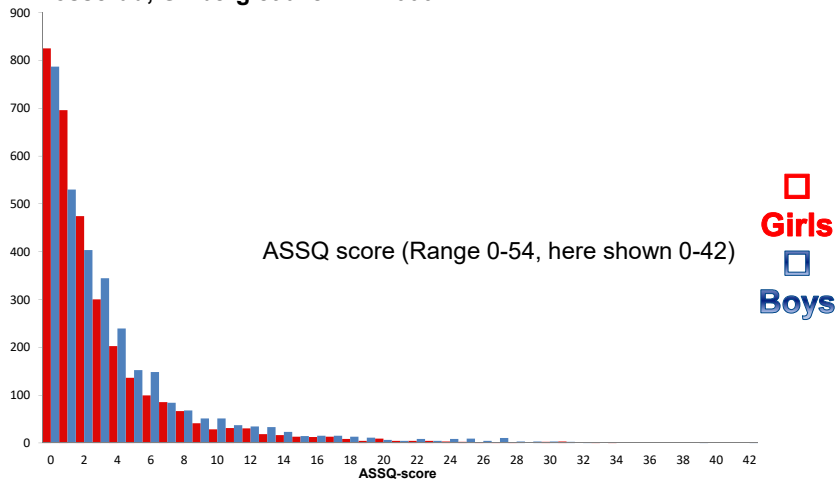
- I have a problem with terms such as “**normal people**” and “**typical development**”. Normality suggests that “everything is normal” (i.e. corresponding to being within a wide or narrow range of scores or features for everything that you can possibly think of to measure, such as attention, sociability, impulsivity, empathy, intelligence, motor skills etc.). Typicality presupposes that there is such a thing as typical development. Is there? I cannot remember coming across a completely normal or typical child (or adult for that matter).
- If a child has a problem that we refer to as ADHD (or autism or Tourette’s or dyslexia or language delay), does that make him/her “abnormal”? Does a child with pneumonia or otitis media qualify as abnormal? Surely not, but shouldn’t this be equally the case for an individual with a neurodevelopmental problem? All people have problems. **We are people with problems, infections, allergies, heart conditions, high blood pressure, skin problems, diabetes, ADHD, autism and other ESSENCE. Are we normal? Or typical? Maybe not, but if so we are all abnormal and atypical together.**
- Christopher Gillberg, Gillberg’s blog (www.gnc.gu.se) April 2017

ESSENCEとニューロ・ダイバーシティ(神経多様性):ノーマルが重要視されすぎている

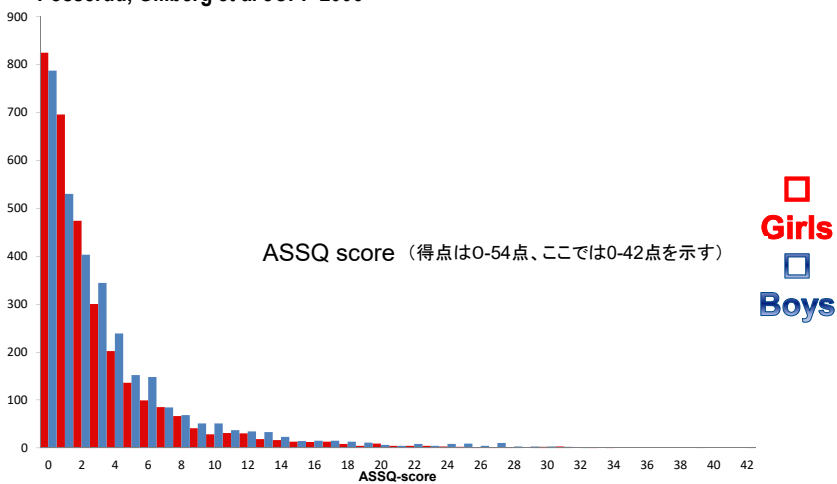
- 私は、“**ノーマルな人**”や“**定型発達**”という表現に違和感を感じる。ノーマルというのは“全てがノーマルである”(すなわち、注意力、社交性、衝動性、共感性、知性、運動スキル等の測ることができると考えられるすべての特徴あるいはスコアが一定範囲内に入っていること)ということを示唆する。定型というのは定型発達というものが存在しているということを前提としている。はたして存在するのだろうか？私は、完全にノーマルもしくは定型の子ども(又は大人)に出会った覚えがない。
- もしある子どもがいわゆるADHD(又は自閉症、トゥレット、失読症、言語遅滞など)といった問題を持っているとしたら、その子は“**アブノーマル**”なのだろうか？肺炎や中耳炎がある子どもはアブノーマルと見なすのだろうか？それはないだろうが、このような人と発達の問題がある人とは同様に見るべきではないだろうか？**全ての人**が問題を抱えている。私たち人間は、**感染症、アレルギー、心臓の病気、高血圧、皮膚の疾患、糖尿病、ADHD、自閉症、その他のESSENCE**といった様々な問題を抱えている。私たちはノーマルなのだろうか？もしくは定型なのだろうか？おそらくちがうだろう。しかし、もしそうであるとすれば、**皆がアブノーマルで非定型**ということになる。
- Christopher Gillberg, Gillberg’s blog (www.gnc.gu.se) April 2017



**PARENT REPORTS ON AUTISM SYMPTOMS (ASSQ)
IN 6200 CHILDREN AGED 7-9 YEARS DATA FROM (LARGE
GENERAL POPULATION) BERGEN CHILD STUDY,
Posserud, Gillberg et al JCPP 2006**



**自閉症徴候の調査報告(ベルゲン)
対象: 7~9歳の児童6200名
ASSQ(高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙)を親に実施
Posserud, Gillberg et al JCPP 2006**



ESSENCE (“neurodevelopmental”/“neuropsychiatric” problems)

ESSENCE - Early Symptoms of/Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations

- **ADHDs** with or without **ODD/CD** (Oppositional/Conduct Problems) **5-7%**
- **SLI/LD** (Language Impairment/Disorder including antecedents of Dyslexia) **5%**
- **DCD** (Developmental Coordination Disorder) **5%**
- **ID** (Intellectual Disability) **2%**
- **Autisms/ASD with or without regression 1.2-1.4% (10- 20% regression)**
- **Tic Disorders/Tourette Syndrome/OCD** (Obsessive Compulsive Disorder) **1%**
- **Selective Mutism (EDA/PDA** closely related?) **0.2-2%**
- **RAD/DSED** (Reactive Attachment Disorder, Disinhibited Social Engagement Disorder) **0.5-1.5%**
 - Predictors of **academic failure**, other school adjustment problems, social exclusion, **substance use**, psychiatric disorder, eating disorders including obesity and anorexia, accidents **empathy problems**, antisocial lifestyle and **criminality** later in life, persistent autistic features “only”, early death (through accidents, criminality, substance abuse and physical health problems)
- Gillberg 2010, Gillberg 2018

ESSENCE (“神経発達”/“神経精神”の問題)

ESSENCE –神経発達の診察が必要とされる早期徴候症候群

- **ADHDs**(注意欠如・多動症)–**ODD**(反抗挑戦性障害)/**CD**(素行症)を伴う・あるいは伴わない **5-7%**
- **SLI**(限局性言語発達障害)/**LD**(言語障害) (言語障害/失読症の先行を含む障害) **5%**
- **DCD** (発達性協調運動障害) **5%**
- **ID** (知的能力障害) **2%**
- **Autisms/ASD** (退行を伴う、伴わない自閉症) **1.2-1.4%、(10- 20% 退行)**
- **チック障害/トゥレット症候群/OCD** (強迫性障害) **1%**
- **選択性緘黙 (EDA(極度の要求回避)/PDA(病的要求回避))** **0.2-2%**
- **RAD** (反応性愛着障害)/**DSED** (脱抑制性愛着障害) **0.5-1.5%**
 - 将来における、**学業の困難**、その他の学校での適応問題、社会的排除、**薬物使用**、精神医学的障害、肥満と拒食症を含む摂食障害、事故、**共感の障害**、反社会的な生活スタイルと後年の**犯罪行為**、自閉傾向“のみ”の持続、早期の死(事故、犯罪行為、薬物乱用、身体の問題などによる)を予測する。
- Gillberg 2010, Gillberg 2018

ESSENCE background and associated factors

- **BIF** (Borderline Intellectual Functioning) **10-13%**
- **BPS** (Behavioural Phenotype Syndromes, including Down syndrome, FRAX, 22q11DS, Rett syndrome, **FAS** and **VAS**) **2-3%**
- **EP/NEUROMUSC** (Epilepsy syndromes – including Landau-Kleffner and CSWS/ESES and febrile seizures - and other neurological/neuromuscular disorders (HC, CP, Sturge-Weber, Duchenne, Myotonic Dystrophy, neurometabolic) **1.0%**
- **PANS** (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome) **0.1%**

ESSENCEの背景と関連する要因

- **BIF** (境界線知的機能) **10-13%**
- **BPS** (行動表現型症候群、ダウン症候群、脆弱X症候群、22q11.2欠失症候群、レット症候群、胎児性アルコール症候群、胎児性バルプロ酸症候群などを含む) **2-3%**
- **EP/NEUROMUSC** (てんかん症候群 – ランドウ・クレフナー症候群、睡眠期持続性棘徐波/睡眠期てんかん放電重積状態、熱性けいれん- その他の神経精神/神経筋肉障害 (水頭症、脳性麻痺、スタージ・ウェーバー症候群、デュシェンヌ型、筋強直性ジストロフィー、神経代謝) **1.0%**
- **PANS** (小児急性発症神経精神症候群) **0.1%**

What are the “symptoms” of ESSENCE?

- **Major childhood onset symptoms either lasting more than 6 months or of extremely abrupt onset from one or more of the following domains are the markers of ESSENCE; the symptoms lead to concern and “specialist” consultation**
 - General development – delayed mental development
 - Motor coordination – delayed gross or fine motor development
 - Perception/Sensory – hyper- or hyposensitive to sensory stimuli
 - Communication/Language – delayed speech, few or no gestures
 - Activity/Impulsivity – too active or too passive
 - Attention – inattention, not listening, “not hearing”, distracted
 - Social interaction/Reciprocity – little interest in (most) adults, children, play
 - Behaviour including stereotypic, insistence on sameness, tics, and OCD
 - Mood swings/emotional dysregulation – inability to control temper
 - Sleep – disrupted sleep-wake cycle, sleep onset problems, night waking problems
 - Feeding – food fads, selective or consistent food refusal

- Gillberg 2010, revised Gillberg 2013, Hatakenaka et al 2016, Mina et al 2017, Gillberg 2018

ESSENCEの“徴候”とはどのようなものか?

- 以下の領域におけるひとつ、あるいは複数の症状が**主に幼少期に始まり、6か月以上にわたって続く**、もしくは極めて唐突に起こる場合に、発達障害/ESSENCEの指標である; **これらの徴候があれば配慮すべきであり、“専門家につなげる”べきである。**
 - 全般的な発達 – 精神発達の遅れ
 - 運動の協調 – 粗大運動、または微細運動の遅れ
 - 知覚/感覚 – 感覚刺激に対する敏感・鈍感
 - コミュニケーション/言語 – 言葉の遅れ、ジェスチャーの少なさあるいは欠如
 - 活動/衝動性 – 活動的すぎるまたは受け身的すぎる
 - 注意 – 不注意、聞いていない、“聞いていない”ように見える、注意散漫
 - 社会的相互交渉/相互性 – (多くの)大人や子ども、遊びに対し興味がほとんどない
 - 行動 – 常同性、同一性へのこだわり、チック、強迫性障害を含む
 - 気分のむら/感情調節の困難 – 怒りのコントロールができない
 - 睡眠 – 睡眠と覚醒のサイクルの乱れ、入眠障害、夜間覚醒の問題
 - 食事 – 偏食、選択的もしくは一貫した摂食の拒絶

- Gillberg 2010, revised Gillberg 2013, Hatakenaka et al 2016, Mina et al 2017, Gillberg 2018

The Autisms or ASD (Autism Spectrum Disorder)

- **The autisms** are a group of multifactorially determined conditions, that **ALWAYS coexist with other developmental/neurological problems in cases with early impairment (SLI, DCD, ADHD, IDD, tics, "OCD", epilepsy, other medical problems), and there are almost as many causes as there are cases. Cases with no comorbidity at all are not recognized or impairing early in life, or may be acknowledged as "loners", "nerds", "geniuses"**.
- Synapse and clock genes play a major role in cases with impairment, but environmental factors (**prematurity**, fetal drug and toxin exposure (**alcohol, valproate, thalidomide**), infections, trauma, **vitamin D deficiency**) contribute to or are associated with the clinical presentation in many cases and can themselves cause autism in some instances.
- Abnormalities/variations of default network and aberrant connectivity almost universal finding. Impaired social facial perception in large subgroup (and right rather than left eye fixation), related to specific brain areas. Arousal and sleep problems important in subgroup. Overactivation of amygdalae when forced to look in the eye region. Inflexibility in uncertain situations.
- **No sharp boundary between autisms and autistic traits or between autistic traits and "normality". Yet AUTISM IS NOT ONE SPECTRUM DISORDER!**
- **Non-heterosexuality more common in autism**
- **Genes are equally involved in autistic traits and "autistic disorder"**.
- **You do not grow out of it, but impairment may increase or decrease and is usually, at least partly, an "effect" of comorbidities.**
- **No good evidence that base rate of autism symptoms has increased in the (Swedish) population, but diagnosis has gone through the roof (heavily "overdiagnosed" in some parts of the world), fewer and fewer symptoms required for diagnosis**

■ Iacoboni 2006, Buckner and Vincent 2007, Bourgeron 2007, Monk et al 2009, Gillberg 2010, Dinnstein et al 2010, Coleman and Gillberg 2012, Lundström et al 2012, Leblond et al 2012, Delorme et al 2013, Kocovska et al 2013, Zürcher et al 2013, Lundström and Gillberg 2014, Kim et al 2014, Toro et al 2014, Guillon et al 2015, Lundström et al 2015; Fevang et al 2016; Fombonne et al 2016, Huguet et al 2016, Posserud et al 2016, Thilly et al 2016, Hadjikhani et al 2017, Arvidsson et al 2018, Posserud et al 2018, George and Stokes 2018

The Autisms or ASD (自閉症スペクトラム障害)

- **Autisms**は様々な原因によって起こる症状群であり、**早期から障害がある場合には、常に他の発達/神経の問題 (SLI, DCD, ADHD, IDD, チック, "OCD", てんかん, その他の医学的問題) が併存する。そして自閉症のケース数と同じくらいその原因がある。全く併存がないケースは、若年の時には障害として気付かれていないか、障害をきたしていないか、または "一匹オオカミ", "オタク", "天才" などとされていることがあるだろう。**
- 障害や問題があるケースにおいて、シナプスと時計遺伝子が重要な働きをしているが、多くのケースにおいて環境的な要因 (早産、胎児期の薬物や毒物への暴露 (アルコール、バルプロ酸、サリドマイド)、感染症、トラウマ、**ビタミンD欠乏症**) が臨床的な現れ方に寄与または関連しており、いくつかの例ではそれ自体が自閉症の原因である可能性がある。
- デフォルトネットワークの異常と接続の異常は広く認められている。社会的な表情の認知に障害があるサブグループ (左目の固視より右目の固視) において、脳の特定の部分との関連が示唆されている。覚醒と睡眠の問題が重要な問題であるサブグループもある。目を見るように強い場合にも扁桃体の過活動がある。不確かな状況下での非柔軟性がある。
- **自閉症と自閉的傾向の間、または自閉的傾向と"ノーマル"の間の明確な境界線はない。自閉症は一つのスペクトラム障害ではない!**
- **自閉症を有する人において異性愛ではないことがよくみられる。**
- **自閉的傾向と"自閉性障害"において同等に遺伝子の関連がある。**
- **成長したら治るものではないが、症状や困りごとは増加することもあれば減少することもあり、また、たいてい少なくとも部分的に、併存に"影響"される。**
- **(スウェーデンにおいて) 自閉症の症状の人口基礎比率が増加したという有効なエビデンスはないが、自閉症の診断数は急激に増加している (世界の一部地域では非常に"過度な診断"がされていることがある)、より少ない症状でも診断基準を満たすようになっている。**

■ Iacoboni 2006, Buckner and Vincent 2007, Bourgeron 2007, Monk et al 2009, Gillberg 2010, Dinnstein et al 2010, Coleman and Gillberg 2012, Lundström et al 2012, Leblond et al 2012, Delorme et al 2013, Kocovska et al 2013, Zürcher et al 2013, Lundström and Gillberg 2014, Kim et al 2014, Toro et al 2014, Guillon et al 2015, Lundström et al 2015; Fevang et al 2016; Fombonne et al 2016, Huguet et al 2016, Posserud et al 2016, Thilly et al 2016, Hadjikhani et al 2017, Arvidsson et al 2018, Posserud et al 2018, George and Stokes 2018

The ADHDs

- **The ADHDs** are a group of multifactorially determined conditions, that **almost ALWAYS coexist with other developmental problems in cases with early impairment (SLI, DCD, ASD, IDD, tics, "OCD", epilepsy, other medical disorders), and there are probably almost as many causes as there are cases.** Cases with no comorbidity at all are usually not recognized or impairing early in life, or may be acknowledged as "hyper", "early walkers", "never listening", "emotionally labile (disruptive/dysregulated)". **The prevalence of the phenotype is not increasing in Sweden!**
- Dopamine and glutamate genes (and other genes) possibly play a major role in cases with impairment, but environmental factors (**prematurity, asphyxia**, fetal drug and toxin exposure, including **alcohol**, infections, trauma, **vitamin D deficiency?**) contribute to or are associated with the clinical presentation in many cases and can themselves cause ADHD in some instances.
- Abnormalities/variations of default network, reward system and brain volume (slightly reduced) in certain areas almost universal finding. Arousal and sleep problems important in large subgroup. Real-life executive dysfunction almost universal (not necessarily "validated" on tests). Inattention (and possibly impulsivity) core features of all with poor outcome, hyperactivity not.
- **No sharp boundary between ADHD and "ADHD features" or such features and "normality". You do not grow out of it, but impairment may increase or decrease and is often, at least partly, an "effect" of comorbidities. 20-80% of adults with SUD, GAD, psychosis, bipolar disorder, personality disorder or criminality have ADHD or met criteria for ADHD when younger.**
- **ADHD sharply increases rate of teenage pregnancies**
- **Highly treatable at all ages!**
 - Gillberg 2013, Barkley 2016, Rydell et al 2017, Mossin et al 2017, Östergaard et al 2017, Gillberg 2018

ADHDs (注意欠如・多動症)

- ADHDsは様々な原因によって起こる症状群であり、ほとんどの場合、**早期から障害がある場合には、常に他の発達/神経の問題 (SLI, DCD, ASD, IDD, チック, "OCD", てんかん, その他の医学的問題) が併存する。**そして、おそらくADHDのケース数と同じくらいその原因がある。全く併存がないケースは、若年の時には障害として気付かれていないか、障害をきたしていないか、あるいは"過活動"、"早歩き"、"話を聞かない"、"感情が不安定 (混乱している/調整ができない)"などと思われるだろう。スウェーデンでは表現型の有病率は増加していない!
- ドパミンとグルタミン塩酸の遺伝子 (またその他の遺伝子) が障害や問題の大きな要因である可能性があるが、環境要因 (**早産、仮死、胎児期の薬物や毒物への暴露 (アルコールなどを含む)、感染症、トラウマ、ビタミンD欠乏症?**) が臨床的な現れ方に寄与または関連しており、いくつかの例ではそれ自身がADHDの原因である可能性がある。
- デフォルトネットワークの異常や報酬系の異常、また脳の特定の部分の容量 (わずかな縮小) の異常が広く認められる。サブグループにおいては覚醒と睡眠の問題が重要な問題である。実生活での実行機能不全が認められる (テストで"実証"されているとは限らない)。不注意 (そして衝動性) は予後の不良に重要な関連を持つが、過活動はそうではない。
- ADHDと"ADHD傾向"の間、またはADHD傾向と"ノーマル"の間の明確な境界線はない。成長したら治るものではないが、症状や困りごとは増加することもあれば減少することもあり、また、たいてい少なくとも部分的に、併存に"影響"される。物質使用障害、全般性不安障害、精神病、双極性障害、パーソナリティ障害、犯罪行為などがあつた成人の20-80%が、ADHDを有していたあるいは若年時にADHDの診断基準を満たしていた。
- ADHDによって10代の妊娠率が急激に増加する。
- すべての年代において十分治療が可能!

Early symptoms of autism, ADHD and other ESSENCE?

- **Motor** control problems first year of life (“serious” face, relatively little smiling (but social smile can be elicited), strange movements from back to front, compartmentalised motor development, limpness, partial hypotonia) 50-100%
- **Sensory-perceptual** abnormalities/unusual preferences in 90-100%
- **Behaviour** problems (including insistence on sameness, extreme screaming) in 90-100%
- **Repetitive** movements in 80-100%
- **Language** problems/pragmatic problems/strange voice in 90-100%
- **No/little reaction to own name 30-100%**
- **No or limited initiation of joint attention (=> major social interaction problems), no pointing to attract attention 80-100% in autism**
- **Poor attention, not listening, hearing deficit? in ADHD (and many cases of autism)**
- **Hyperactivity** and impulsivity (often extreme in autism, less extreme in ADHD) in 40-50%
- **Hypoactivity** in 10-25%
- **Sleep** problems in 40%
- **Food fads and other feeding** problems in 50%
- **Delayed general development** in 20%
- **Major mood swings** in 10%
- **One or several of the above could be presenting complaint**
 - Coleman and Gillberg 2012, Allely et al 2013, Höglund-Carlsson et al 2013, Barnevik-Olsson et al 2013, 2014, Hatakenaka et al 2016, Höglund-Carlsson et al 2016, Anzulewicz et al 2016

自閉症、ADHD(注意欠如・多動症)、その他ESSENCEの早期徴候は？

- 生後1年間における運動制御の問題(“シリアスな”表情、比較的少ない微笑み(しかし、社会的な微笑は引き出すことができる)、寝返りの際の奇妙な動き、部分的でアンバランスな区画化された運動発達、ふにやふにやしている、部分的な低緊張) 50-100%
- **感覚-知覚の異常/変わった好み** 90-100%
- **行動の問題**(同一性を強く求めること、大声で叫ぶことを含む) 90-100%
- **反復的な動き** 80-100%
- **言語の問題/語用論の問題/奇妙な発声** 90-100%
- **自分の名前に全く、あるいはわずかしら反応しない** 30-100%
- **共同注意の開始が無い、あるいは制限されている(=> 重大な社会的相互交渉の問題)、注意をひくための指差しが無い** 80-100%
- **ADHD:注意力の欠如、聞いていない、聴力障害?があるのかと疑う(自閉症の多くのケースにおいても)**
- **過活動と衝動(自閉症では極端な、ADHDではそう極端ではない)** 40-50%
- **活動性の低下** 10-25%
- **睡眠の問題** 40%
- **偏食や他の食事の問題** 50%
- **全般的な発達遅れ** 20%
- **大きな気分変動** 10%
- **上記のひとつあるいはいくつかが徴候である可能性がある。**
 - Coleman and Gillberg 2012, Allely et al 2013, Höglund-Carlsson et al 2013, Barnevik-Olsson et al 2013, 2014, Hatakenaka et al 2016, Höglund-Carlsson et al 2016, Anzulewicz et al 2016

How many people are affected by ESSENCE?

- **At least 10% of school age children** are or have been affected by major **ESSENCE** (13% of boys, 7% of girls?) - including ADHD, ASD, TS, CD, DCD, IDD and LD/SLI
- Half of all ESSENCE “discovered” by age 6 years; **many more than half this group will have persistent problems in adult life**
- **Overlap/“Comorbidity”/Co-existence is the rule**; almost never “one problem only”
- When looking back: **vast majority had symptoms <5 years**
- **Girls usually are not recognized until adolescence/adult age (and usually as non-ESSENCE)**
- **Half or (many?) more of all “chronic” adult psychiatric patients have had ESSENCE?**

Gillberg 1983, Nylander et al 2009, Gillberg 2010, Kopp et al 2010, Gillberg 2013, Gillberg 2018

どれぐらいの人々にESSENCEがあるのか？

- **少なくとも学童期の子ども10%に主要なESSENCEがある、あるいはあったことがある** (男児の13%、女児の7%?) – ADHD、ASD、チック症、素行症、発達性協調運動障害、知的能力障害、言語障害/限局性言語発達障害を含む。
- **全てのESSENCEのうち半分が6歳までに“発見されている”**; **このグループのうちの半数以上が成人期の生活において困難や問題を持ち続ける。**
- **重複/“併存”/共存が通常**; “ひとつの問題だけ”であることはほとんどない。
- **振り返ってみると: 非常に大多数は5歳未満から症状があった。**
- **女兒は通常、思春期/成人になるまで気づかれない(そして、通常はnon-ESSENCEと見られる)。**
- **成人で“慢性の”精神科患者の半数あるいはそれ以上がESSENCEの問題を有していた?**

Gillberg 1983, Nylander et al 2009, Gillberg 2010, Kopp et al 2010, Gillberg 2013, Gillberg 2018

Autism as one example of what ESSENCE includes

- L v Beethoven
- A Bruckner
- B Bartok
- E Satie
- HC Andersen
- S Kierkegaard
- A Conan Doyle
- I Kant
- L Wittgenstein
- A Einstein
- A Robbe-Grillet
- W Kandinskij
- P Klee
- E Hopper
- G Garbo
- A Warhol
- D Springfield
- S Kubrick
- S Boyle
- **“ALL THE LONELY PEOPLE – WHERE DO THEY ALL COME FROM”**
 - Gillberg 1992, Baron-Cohen 2003, Fitzgerald 2005, Wing 2011, Gillberg 2018

ESSENCEを含む自閉症を有する著名人

- | | |
|----------------------|---------------------|
| • ルートヴィヒ・ヴァン・ベートーヴェン | (ドイツの作曲家) |
| • ヨーゼフ・アントン・ブルックナー | (オーストリアの作曲家・オルガニスト) |
| • ペラ・バルトーク | (ハンガリーの作曲家・ピアニスト) |
| • エリック・サティ | (フランスの作曲家) |
| • ハンス・クリスチャン・アンデルセン | (デンマークの童話作家・詩人) |
| • セーレン・キェルケゴール | (デンマークの哲学者) |
| • アーサー・コナン・ドイル | (イギリスの作家・医師・政治活動家) |
| • イマヌエル・カント | (ドイツの哲学者) |
| • ルートヴィヒ・ヴァイトゲンシュタイン | (オーストリアの哲学者) |
| • アルベルト・アインシュタイン | (ドイツの理論物理学者) |
| • アラン・ロブ＝グリエ | (フランスの小説家・映画監督) |
| • ワシリー・カンディンスキー | (ロシアの画家) |
| • パウル・クレー | (スイスの画家) |
| • エドワード・ホッパー | (アメリカの画家) |
| • グレタ・ガルボ | (スウェーデンのハリウッド映画女優) |
| • アンディ・ウォーホル | (アメリカの画家) |
| • ダスティ・スプリングフィールド | (イギリスのミュージシャン) |
| • スタンリー・キューブリック | (アメリカの映画監督) |
| • スーザン・ボイル | (イギリス、スコットランドの歌手) |

- **“みな孤独な人たち – 彼らはどこから来たのか”**
 - Gillberg 1992, Baron-Cohen 2003, Fitzgerald 2005, Wing 2011, Gillberg 2018

From preschool and into adult life: what predicts what in autism?

- **IN VIRTUALLY ALL STUDIES OF AUTISM OUTCOME, IT IS NOT AUTISM, BUT LANGUAGE DISORDER//DELAY AND LOW IQ THAT PREDICT POOR OUTCOME**
- **Medical disorders**, including **epilepsy**, predict worse outcome
- **ADHD/EF dysfunction – untreated - in autism predicts worse outcome**
- Persistent NVLD in autism predicts worse outcome
- 50-80% of all with Asperger syndrome will develop depression even after good support
- Almost half of all adults with Asperger syndrome have ADHD or severe ADHD symptoms (and have probably had them all their lives, but nobody looked out for them 30 years ago)
- Intervention may or may not predict the very long-term outcome of autism, the jury is out, but we know it helps to do something (diagnosis + info + follow-up enough?) in the early years as regards intermediate-term outcomes; can early diagnosis prevent schizophrenia?
- **Autism preschool or school "load" in itself does not predict long-term outcome, maybe later persistence does, adolescent load does contribute to prediction of outcome**
- **SO IT IS AUTISM PLUS THAT MATTERS IN EARLY LIFE**
- **REGRESSIVE AUTISM ALWAYS MATTERS – neuroinflammation in some cases?**

– Gillberg and Steffenburg 1987, Billstedt et al 2007, Cededrlund et al 2008, Fernell et al 2011, Eriksson et al 2013, Hagberg et al 2013, Hellel et al 2014, 2016, Gillberg et al 2016, Hellel et al 2016, Thompson et al 2017, Fernell et al 2017

就学前から成人期まで: 自閉症において何が予測因子となるか?

- **ほとんど全ての自閉症の予後調査で、言語障害/言葉の発達の問題/遅れ、低IQが予後不良を予測する。**
- **てんかんを含む医学的障害は、予後不良の予測因子である。**
- 自閉症における**ADHD/実行機能障害**は、一治療されなかったら— 予後不良の予測因子である。
- 自閉症における**持続性の非言語性学習障害**は、予後不良の予測因子である。
- **アスペルガー症候群の50-80%は、適切な支援を受けた後でもうつ病を発症する。**
- **アスペルガー症候群を有する成人全体の約半数がADHDを有している、あるいはADHDの深刻な症状を有している(そしておそらく生涯にわたって続いていたであろう。だが30年前はそのことに誰も目を向けていなかった)。**
- (治療的・療育的)介入が自閉症の長期の予後を変えられるかどうかについてはまだ結論は得られていないが、**中期的な予後に関しては早期介入(診断+情報+十分なフォローアップ?)が有益であることは分かっている;早期の診断によって統合失調症の発症を防げる?**
- **しかし、幼少期あるいは学童期の自閉症であるという“負荷”それ自体が長期予後を予測するわけではなく、むしろ、後年まで負荷が持続していることが長期的予後を予測するかもしれない、青年期の負荷はかならず予後の予測の要因になる。**
- **すなわち、若年期に問題となるのは自閉症プラスである。**
- **退行のある自閉症は常に問題となる。 — 神経炎症を有するケースもある?**

– Gillberg and Steffenburg 1987, Billstedt et al 2007, Cededrlund et al 2008, Fernell et al 2011, Eriksson et al 2013, Hagberg et al 2013, Hellel et al 2014, 2016, Gillberg et al 2016, Hellel et al 2016, Thompson et al 2017, Fernell et al 2017

Girls and women

- **GIRLS WHO PRESENT WITH AUTISM VERY EARLY IN LIFE “LOOK” LIKE THE BOYS**
 - **GIRLS WITH A SLIGHTLY DIFFERENT PHENOTYPE ARE USUALLY MISSED AT YOUNG AGES, and may not be recognized at all as “autism” or “ADHD” or “Tourette”**
 - **IT IS LIKELY THAT ADOLESCENT AND ADULT FEMALES (AND SOME MALES) WHO HAVE HAD ASD AND/OR OTHER ESSENCE ALL THEIR LIVES ARE OFTEN MISDIAGNOSED AS SUFFERING FROM:**
 - DEPRESSION (OFTEN IN ASD OR DCD, SOMETIMES IN ADHD)**
 - EATING DISORDER (ASD COMMON IN AN, ADHD IN BULIMIA AND OBESITY)**
 - ANXIETY (CATASTROPHIC CONFUSION IN ASD, GAD IN ADHD)**
 - BORDERLINE/OTHER PERSONALITY DISORDER/SELF-HARM**
 - OPPOSITIONAL DEFIANT BEHAVIOURS (ADHD AND TOURETTE, some ASD)**
 - NOT SO FEW REFERRED TO SOCIAL SERVICES**
- Kopp et al 2010, Westman Andersson et al 2013, Gillberg et al 2017, Gillberg 2018

女兒と女性

- **年齢のとても早い段階で自閉症がはっきりする女兒はまるで男児のように“見える”。**
 - **表現型がわずかに異なる女兒は低年齢では見過ごされることが多く、おそらく“自閉症”や“ADHD”や“トゥレット症候群”とは全く認識されていないだろう。**
 - **思春期、成人期の女性(そして一部の男性)で、生涯を通じて自閉症とその他のESSENCEがあると以下のような精神疾患と誤診されることが多い:**
 - うつ病 (ASDもしくは発達性強調運動障害においてしばしば、ADHDにおいて時々見られる)**
 - 摂食障害 (拒食症においてはASD、過食症や肥満においてはADHDがしばしばみられる)**
 - 不安障害 (ASDにおける破壊的な混乱、ADHDにおける全般性不安障害)**
 - 境界線/その他パーソナリティ障害/自傷行為**
 - 反抗挑戦的な行動 (ADHDやトゥレット症候群、一部のASD)**
 - 社会的サービスにつながる人は少ない。**
- Kopp et al 2010, Westman Andersson et al 2013, Gillberg et al 2017, Gillberg 2018

Girls and women may have a different ASD/ESSENCE phenotype or different associated “symptoms” or “traits” or “personality styles”

- Females are (biologically) less aggressive, less violent, less insistent on sameness as compared with males
- Females are also not as obviously motorically active as males
- Females generally show more social interest and are more talkative than males
- Females have better executive functioning developed at school start
- HOWEVER INDIVIDUAL VARIATION IS ENORMOUS, AND ALL THE DIFFERENCES OUTLINED ARE AT A GROUP LEVEL

女兒・女性はASDs/ESSENCEの表現型が異なるか、関連する“症状”、“特性”、“パーソナリティスタイル”が異なる可能性がある。

- 女性は(生物学的に)男性と比べて、攻撃性、暴力性、同一性へのこだわりが少ない。
- 女性は明らかに男性ほどは運動面で活動的ではない。
- 女性は一般的に男性より社会的な関心が高く、より話し好きである。
- 女性は就学する頃に実行機能がより発達している。
- しかし、個人差はとても大きく、上記で述べた差異については一集団レベルのことである。

Schizophrenia and autism: some Swedish studies suggesting that at least some cases of schizophrenia “come from” autism

- 30-year-olds with schizophrenia have a prior history of (usually undiagnosed) autism/Asperger syndrome in about half the cases (even higher among those with paranoid disorders)
- 30-year-olds with an early diagnosis of autism/Asperger syndrome do not meet (and have never met) criteria for schizophrenia
- Both schizophrenia and autism are at about 1% prevalence rates in the population
- So how can early diagnosed autism not lead to schizophrenia in about half the cases when half of all cases with schizophrenia have a background history of autism?
- **Could the answer be that early autism diagnosis leads to stress reduction throughout adolescence and early adult life, and this protects from the development of schizophrenia?**

▪ Lugnegård et al 2011, Unenge Hallerbäck et al 2012, Helles et al 2016, Gomes and Grace 2017, Gillberg 2018

統合失調症と自閉症: スウェーデンの研究によると、自閉症“から”統合失調症を発症したケースが少なからずあると示唆される

- 統合失調症を発症した30歳の約半数のケースで、自閉症/アスペルガー症候群の病歴(ほとんどが未診断)がある(妄想性障害ではさらに多い)。
- 早期に自閉症/アスペルガー症候群の診断を受けた30歳のケースにおいては、統合失調症の診断基準を満たしていない(診断されたことがない)。
- 人口比からみて統合失調症と自閉症は約1パーセントの有病率
- では、統合失調症のケースの半数において自閉症の既往歴があるにも関わらず、早期に自閉症と診断されたケースの約半数が統合失調症に至らないのはなぜか？
- **ということは、早期に自閉症の診断がつくことにより思春期から青年期にかけてのストレスが軽減され、それにより統合失調症の発症を抑えられるのか？**

▪ Lugnegård et al 2011, Unenge Hallerbäck et al 2012, Helles et al 2016, Gomes and Grace 2017, Gillberg 2018

How to find ESSENCE early in life?

- Screening for language disorder at 2-3 years of age
- Screening for autism at the same time
- Screening for ESSENCE at the same time
- Good evidence from Swedish, Scottish, and Japanese studies (and indirect support from French study) that time to correct diagnosis will decrease dramatically with such screening in place
 - Baron-Cohen, Allen & Gillberg 1992, Nygren et al 2012, Wilson et al 2015, Hatakenaka et al 2017, 2018, Baduel et al 2017, Gillberg 2018

早期にESSENCEに気づくためには？

- 2-3歳時に言語障害のスクリーニングをする。
 - 同時に自閉症のスクリーニングをする。
 - 同時にESSENCEのスクリーニングをする。
 - スウェーデン、スコットランド、日本の研究、(およびフランスの研究からの間接的なサポート)によると、上記の適切なスクリーニングを行うと、早く正しい診断につながるというエビデンスが出ている。
-
- Baron-Cohen, Allen & Gillberg 1992, Nygren et al 2012, Wilson et al 2015, Hatakenaka et al 2017, 2018, Baduel et al 2017, Gillberg 2018

How should we proceed if we suspect ESSENCE?

- **Observation** inside and outside clinic (if at all possible)
- Parent (and teacher) **questionnaires** plus follow-up interview – e.g. FTF (Five To Fifteen) or TTF (Two To Five), ATAC, SDQ, SNAP, ASRS, WURS, ASSQ, BSE-R most of these can probably be used for adults retrospectively
- **Parent interview** by doctor/psychologist
- **Medical/neurologic-neuromotor/psychiatric examination of child**
- **Hearing, vision, height, weight, head circumference, blood pressure, pulse, heart, atopic, MPA screen including FASD screen, genetic discussion, screening for thyroid and metabolic disorders, EEG sometimes (more often than currently), more if needed**
- **Assessment of intellectual functioning/neuropsychological/speech and language and academic performance - strengths and weaknesses**
 - Kadesjö et al 2004, Hansson et al 2005, Coleman and Gillberg 2012, Miniscalco et al 2013, Gillberg 2013, Marinopoulo et al 2016, Gillberg 2018

もしESSENCEを疑ったなら、そこから先はどのようにすべきなのか?

- クリニック内・外での**観察**(可能な限り)
 - 親(と教師)への**質問紙の実施**とそれに引き続いての面接 — 質問紙の例、FTF (Five To Fifteen) 又はTTF (Two To Five)、ATAC、SDQ、SNAP、ASRS、WURS、ASSQ、BSE-R
これらの多くは大人では振り返りとして使われる
 - 医師/心理士による**親への面接**
 - **児の医学的/神経学的-神経運動学的/精神医学的診察**
 - **聴覚・視覚・身長・体重・頭囲・血圧・脈拍・心臓・アトピー性の異常の有無、身体の小奇形スクリーニング(胎児アルコール症候群を含む)、遺伝学的検査、甲状腺機能と代謝性疾患のスクリーニング、場合により脳波検査(最近はやより一般的に行われる)、必要があれば更なる検査等**
 - **知的機能/神経心理学的/発話と言語と学業/の強みと弱みについてのアセスメント**
- Kadesjö et al 2004, Hansson et al 2005, Coleman and Gillberg 2012, Miniscalco et al 2013, Gillberg 2013, Marinopoulo et al 2016, Gillberg 2018

How do you do a good ESSENCE assessment at any point in life?

- MEET the patient, interact and observe, ADJUST to the person, be gentle, know that you are dealing with another human being, not just a “patient”
- Always be prepared for anything/everything even when referral letter specifies what you should be looking for
- NEVER accept that your only task is to decide whether or not “this is this disorder or that”
- However, never agree to change another doctor’s diagnosis just because that is what is demanded of you, consider the possibility that other doctors may have been right
- ADHD is **the** most common “psychiatric disorder” throughout life (even in general practice)
- Autism is quite common among psychiatric patients
- Anxiety disorder is often “nothing but ADHD”
- Always ask about the whole family, friendships and other information about social relationships
- Always ask about sensory and motor
- Always ask about ability to plan ahead, organize, concentrate
- **ALWAYS** ask about the early school years if you are assessing older patients
- **ALWAYS** consider overall cognitive functioning in the patient
- **Many/most patients do need to be tested neuropsychologically (WPPSI, WISC, WAIS)**

どの年代においてもESSENCEの適切なアセスメントをするためには、どうするか？

- 患者さんと**直接会う**、関わる、観察する、その人に**合わせる**、優しく接する、“患者”ではなく、一人の人間と関わっているという事を理解する。
- 紹介状に診察するポイントが明確に記されていたとしても、常に他のこと/全てのことに気を配る。
- “これがこの障害かあの障害か”という事を決定することだけが任務だとは**決して**思ってはならない。
- しかし、他の医師がつけた診断を(変えた方良いと思ったからといって)変更してはならない、その医師が正しいかもしれないという可能性を考慮すること。
- ADHDはすべての年代で最もよくある“精神障害”である(一般診療においても)。
- 自閉症は精神病患者のなかでかなりよくみられる。
- 不安障害は“ADHD以外の何ものでもない”ことが多い。
- 常に、家族全員、友達、その他の社会的な交流関係について尋ねること。
- 常に、知覚と運動について問診すること。
- 常に、計画性、準備力、集中力、について問診すること。
- **年齢が高めの患者をアセスメントする場合、常に、小学校低学年時期の生活のことを尋ねること。**
- 常に患者の認知機能全般について考慮すること。
- **多く/ほとんどの患者が神経精神的なテストを受ける必要がある(WPPSI, WISC, WAIS)。**



ESSENCE OF THE ESSENCE

- ADHD, autism, tic disorders, language, motor and cognitive disorders overlap at all levels – genetically, pre-and perinatally, symptomatically, and as regards course
- Co-existence of “disorders”/symptoms is the rule
- Major impairments at age 3 years will mean some impairment many years later
- ESSENCE often a lifetime problem
- ESSENCE confers disability but, under optimal conditions, sometimes also ability
- ADHD – if not recognized/treated - may be associated with worse outcome than autism
- A lot of psychiatric disorders are “driven” by ESSENCE
- Many GP patients have ESSENCE
- All people, doctors, psychologists, speech therapists, teachers, police, judges etc need to be aware
- ESSENCE is one of the biggest public health problems in all modern societies, and
- ESSENCE if recognized for what it is can become an asset!



“ESSENCE”のエッセンス

- 全てのレベルにおいて、ADHD、自閉症、チック症候群、言語障害、運動の障害、認知障害が重複している — 遺伝的に、胎児期・周産期的に、徴候的に、経過に関して
- “障害”/症状の併存が原則である。
- 3歳時に深刻な問題が出た場合は、後年において他の症状が出ることを示唆する。
- ESSENCEは生涯にわたる問題である。
- ESSENCEは障害にもなりえるが、最善の状況下では、時に能力にもなる。
- ADHD — もし気づかれない/治療されない場合は、自閉症よりも予後が悪くなるかもしれない。
- 多くの精神障害がESSENCEによって“影響を受けている”。
- 一般診療の患者の多くがESSENCEを有している。
- 全ての人、医師、心理士、言語聴覚士、教師、警官、裁判官等…が知っておくべきこと。
- ESSENCEは、現代社会において最も重大な公衆衛生の問題の1つであり、ESSENCEが何であるかという事が理解されれば利点になる！

講演2 「ESSENCE COMORBIDITY」



Gillberg Neuropsychiatry Centre
Sahlgrenska Academy

COMORBIDITY

The term 'comorbidity' was introduced in medicine by Feinstein (1970) to denote those cases in which a 'distinct additional clinical entity' occurred during the clinical course of a patient having an index disorder/disease.

- In psychiatry comorbidity has gradually come to mean a lot of different things including
- Two or more separate conditions co-occurring in the same individual
- Two or more related problems presenting in the same individual
- One diagnosis is not sufficient to cover the individual's problems



Gillberg Neuropsychiatry Centre
Sahlgrenska Academy

併存

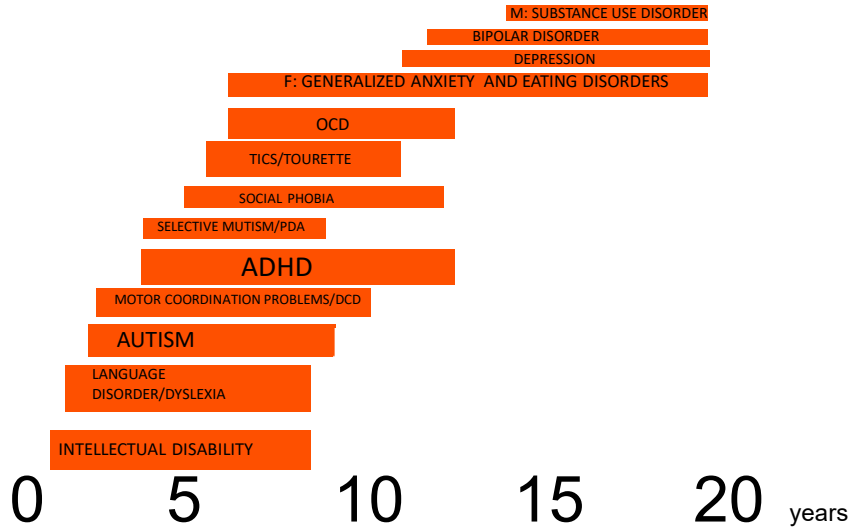
“併存”という表現はフェインステイン(1970)によって、障害/病気の臨床的経過の過程で起こった“明確で臨床的な追加の存在”のケースを表すために、医学界に紹介された。

- 精神医学において、併存は徐々にさまざまな意味を持つようになった(以下のように)
- 同一人物において2つあるいはそれ以上の別個の病状が同時に発生すること
- 同一人物において2つあるいはそれ以上の関連性のある問題が起こること
- 1つの診断名は個人の問題を包括するために有効ではない

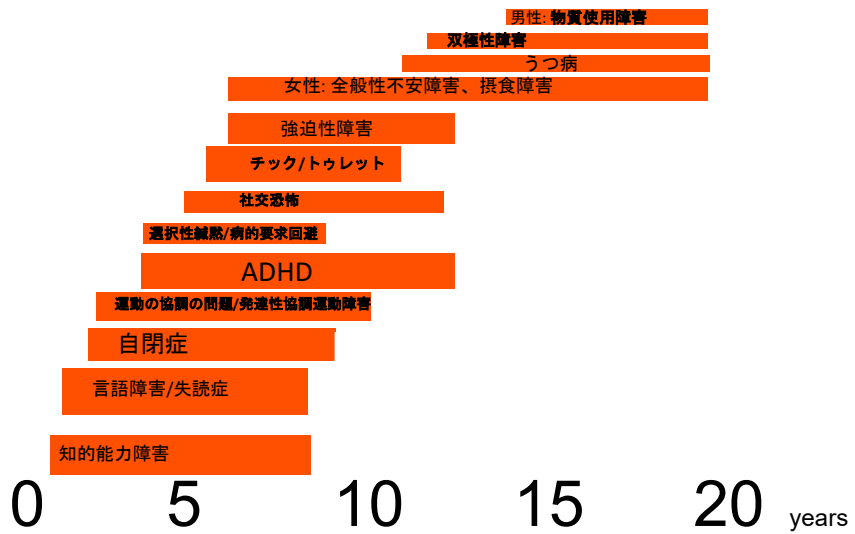




**DEVELOPMENTAL TRAJECTORY AND EMERGING ESSENCE:
TIME AT DIAGNOSIS**

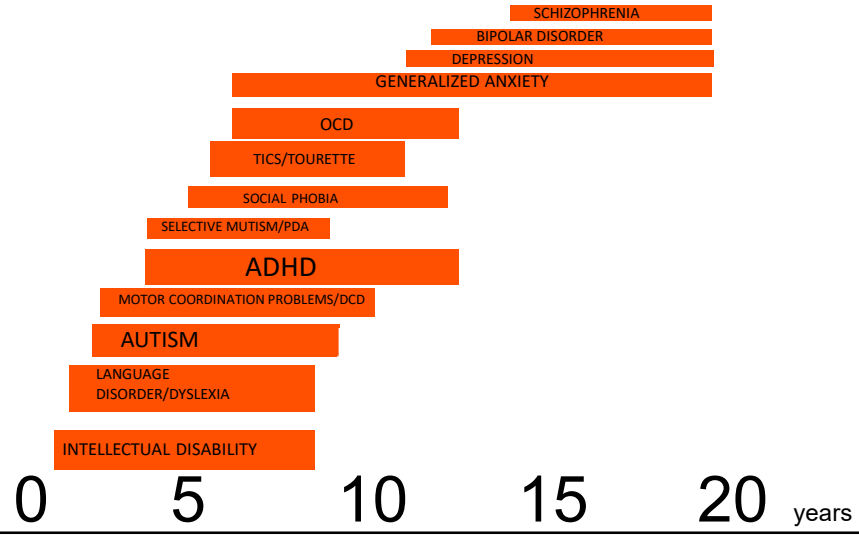


発達過程とESSENCEの現れ: 診断の時期

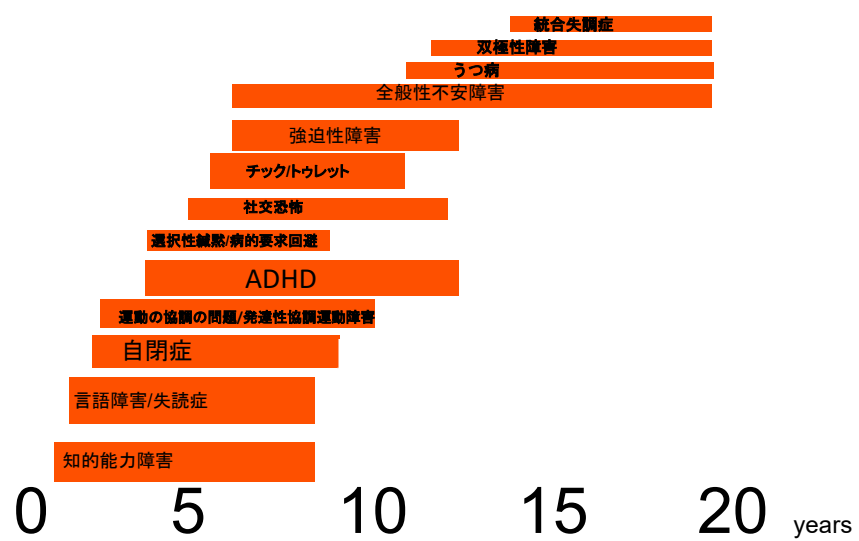




EMERGING ESSENCE IN THE INDIVIDUAL



個人におけるESSENCEの現れ



ESSENCE IS ALWAYS ABOUT COEXISTENCE OF DISORDERS

- If there is one impairing problem that meets diagnostic criteria for one ESSENCE, then there is more, always expect more
- Always be prepared for anything/everything even when referral letter specifies what you should be looking for
- 50% of all with Tourette syndrome have ADHD, 50% of all with ADHD have DCD, 40% of all with autism have ADHD, 40% of all with ADHD have LD (and that's just some of the "comorbidities")
- More than half of all adult psychiatric patients (with diagnoses such as generalized anxiety, depression, personality disorder, substance use disorder) have ESSENCE
- Even among "non-psychiatric" patients, ESSENCE is very common (ADHD in obesity, difficult-to-treat diabetes, autism, DCD, and ADHD in "neurological disorders")
- At any time point, ADHD is the most common "psychiatric disorder" (throughout life)
- Some of the most impaired individuals with ESSENCE do not meet full criteria for any of the accepted categories
- Expect ESSENCE in any patient, ESSENCE should no longer be a "surprise"



ESSENCEは、常に複数の障害や症状が存在している

- もし一つでもESSENCEの基準に該当する困難や問題があれば、困難が他にもある、常にそれ以上を想定すること。
- 紹介状に診察するポイントが明確に記されていたとしても、常に他のこと/全てのことに気を配る。
- トウレット症候群を有する人のうち50%がADHDを有している、ADHDを有する人のうち50%がDCDを有している、自閉症を有する人のうち40%がADHDを有している、ADHDを有する人のうち40%が言語の障害を有している（そしてそれは“併存”のうちのいくつかの例に過ぎない）。
- 成人の精神病患者（全般性不安障害、うつ病、パーソナリティ障害、物質使用障害などの診断を受けている）の半数以上がESSENCEを有している。
- “非精神病”の患者の間でさえもESSENCEは非常によく見られる（肥満の人、治療困難な糖尿病の人、自閉症の人、DCDの人、“神経学的障害”の人にもADHDがある）。
- ADHDはすべての年代で最もよくある“精神障害”である（生涯にわたって）。
- ESSENCEの問題を有する人の何割かは、確立された診断カテゴリーの全ての基準を満たしていないこともある。
- どの患者においてもESSENCEを想定しておくこと、ESSENCEはもはや“驚くようなこと”ではない。



ESSENCE IS ALWAYS ABOUT COEXISTENCE OF DISORDERS

- The impairing problems suffered by the individual with ESSENCE are usually not covered by one diagnostic label
 - Individuals usually show a range of symptoms that belong to different “named disorders” that have been conceptualized and delineated at writing desks and through committee votes
 - The individual with ESSENCE does not usually have a lot of “comorbid disorders”, but meets criteria for more than one diagnostic category
 - Most individuals with ESSENCE will meet criteria for different disorders at different time-points in their lives
- ***The (primary) diagnosis may not be the most “important” – always consider all ESSENCE in every case with one of the ESSENCE diagnoses***



ESSENCEは、常に複数の障害や症状が存在している

- ESSENCEを有する人が患う障害や問題は通常1つの診断名によって包括できるものではない。
 - 個々の人は、机上や会議投票の場で概念化され描写された、別々の“名前がある障害”に属するさまざまな症状を示している。
 - ESSENCEを有する人は、通常多くの“併存障害”は有していないが、診断カテゴリーの基準の1つ以上を満たす。
 - ESSENCEを有する人の多くは、生涯のさまざまな時期において、色々な障害の基準を満たすだろう。
- **(最初の)診断は一番“重要”なことではないかもしれない — 何らかのESSENCEがあると判断されたケースについては、常にESSENCEの項目全てについて考慮すべきである。(後で追加されたため、配布資料には掲載されていません。)**



(2) 「子どもの発達に関する研修会（令和4年2月24日開催）」 配付資料

講演「ESSENCE/neurodevelopmental disorders:update with focus on autism
（ESSENCE/神経発達症：自閉症に焦点を当てた最新の情報）」

 Gillberg Neuropsychiatry Centre
Sahlgrenska Academy


 UNIVERSITY OF GOTHENBURG


**ESSENCE/neurodevelopmental disorders:
update with focus on autism**

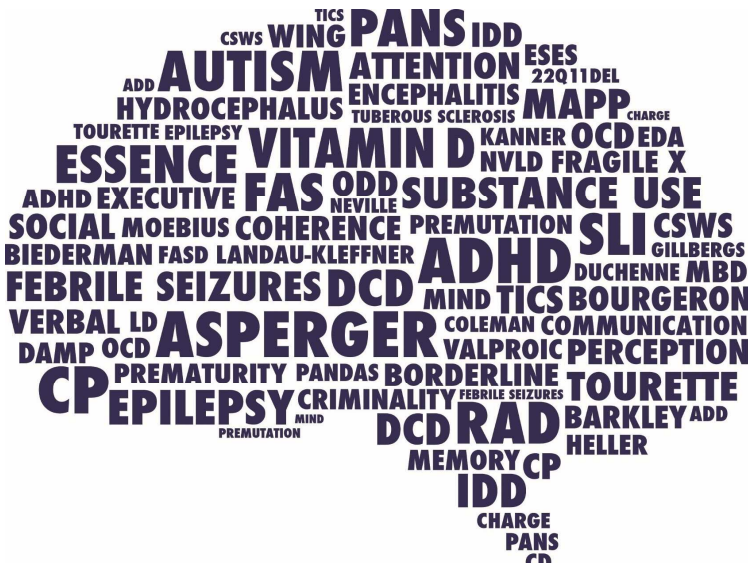
**ESSENCE/神経発達症:
自閉症に焦点を当てた最新の情報**

「子どもの発達に関する研修会」資料
日時：令和4年2月24日（木）19:00-21:00
主催：高知ギルバーク発達神経精神医学センター

www.gnc.gu.se

 Gillberg Neuropsychiatry Centre
Sahlgrenska Academy

 UNIVERSITY OF GOTHENBURG



A word cloud of various neurodevelopmental disorders and related terms, including: CSWS, WING, PANS, IDD, ESSES, ATTENTION, ENCEPHALITIS, MAPP, CHARGE, HYDROCEPHALUS, TUBEROUS SCLEROSIS, KANNER, OCEDA, TOURETTE, EPILEPSY, NEVILLE, NVLD, FRAGILE X, ESSENCE, VITAMIN D, SUBSTANCE USE, ADHD EXECUTIVE, FAS, ODD, SOCIAL MOEBIUS, COHERENCE, PREMUTATION, SLI, CSWS, BIEDERMAN, FASD, LANDAU-KLEFFNER, ADHD, DUCHENNE, MBD, FEBRILE SEIZURES, DCD, MIND, TICS, BOURGERON, VERBAL LD, ASPERGER, COLEMAN, COMMUNICATION, DAMP, OCD, VALPROIC, PERCEPTION, PREMATUREITY, PANDAS, BORDERLINE, TOURETTE, CPEPILEPSY, CRIMINALITY, FEBRILE SEIZURES, DCD, RAD, BARKLEY, ADD, HELLER, MEMORY, CP, IDD, CHARGE, PANS, CD.

1



ESSENCE/neurodevelopmental disorders: update with focus on autism

- Christopher Gillberg, MD, PhD
- Gillberg Neuropsychiatry Centre at the Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, and Queen Silvia Hospital and Kochi Prefecture (Sweden and Japan) – GO TO www.gu.se/en/gnc
- University of Glasgow and University of Edinburgh, and West Glasgow Ambulatory Care Hospital (Scotland)
- Institute of Child Health, University College London, and Young Epilepsy (England)
- Stellenbosch University (South Africa)
- Institut Pasteur, Paris (France)

Japan, November 2021, February 2022

gu.se/en/gnc



ESSENCE/神経発達症：自閉症に焦点を当てた最新の情報

- クリストファー・ギルバーク、MD、PhD
- ヨーテボリ大学サルグレンスカアカデミー・ギルバーク神経精神医学センター、ヨーテボリ大学、クイーンシルヴィア病院、高知県 (スウェーデンと日本) – GO TO www.gu.se/en/gnc
- グラスゴー大学、エジンバラ大学、ウェスト・グラスゴー・アンブラトリー・ケア病院 (スコットランド)
- ロンドン大学小児保健研究所、Young Epilepsy (イングランド)
- ステレンボッシュ大学 (南アフリカ)
- パスツール研究所、パリ (フランス)

Japan, November 2021, February 2022

gu.se/en/gnc 2



Autism, ADHD, DCD, IDD, LD, tics, RAD, ARFID, and their many associated neurodevelopmental/psychiatric and physical problems – what is the essence?

• ESSENCE - Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations

- Pre-school predictors of **academic failure, being bullied and bullying, social exclusion, substance use, psychiatric disorder, eating disorders, pain syndromes, antisocial lifestyle, poor ADL skills, and early death**
 - ADHD with or without ODD (Oppositional Defiant Disorder) 5-7%
 - SLI/LD (Language Disorder including precursors of Dyslexia) 4-6%
 - DCD (Developmental Coordination Disorder) 5%
 - IDD (Intellectual Disability/Intellectual Developmental Disorder) 2%
 - ASD (Autism Spectrum Disorder) 1.2% - with or without EDD/PDD
 - TD/TS/OCD (Tic Disorders/Tourette Syndrome/OCD) 1%
 - RAD (Reactive Attachment Disorder) 0.5-1.5%
 - ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) 1-2%
 - (BIF (Borderline Intellectual Functioning) 12%)
 - (BPS (Behavioural Phenotype Syndromes, including FASD and VAS) 2.5%)
 - (“NEUROLOGICAL SYNDROMES” (Epilepsy syndromes and other neurological disorders (HC, CP, neurometabolic) incl Landau-Kleffner Syndrome, CSWS, FS+, FS? 0.8%)
 - (PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome) 0.1%?)



自閉症、ADHD、DCD、IDD、LD、チック、RAD、ARFID、やそれに関連する神経発達の/精神的、および身体的問題—何がessence(最も重要)なのか？

• ESSENCE - 神経発達の診察が必要とされる早期徴候症候群

- 以下の項目の就学前の予測になる: **学業の困難、いじめられることやいじめること、社会的排除、薬物使用、精神的障害、摂食障害、疼痛症候群、反社会的な生活スタイル、ADLスキルの欠如、早期の死**
 - ADHD(注意欠如・多動症)-ODD(反抗挑発症)を伴う・あるいは伴わない 5-7%
 - SLI(特異的言語障害)/LD(言語症) (ディスレクシアの先行を含む言語症)4-6%
 - DCD(発達性強調運動症)5%
 - IDD(知的能力障害/知的発達症)2%
 - ASD(自閉スペクトラム症)1.2% - EDD/PDD(広汎性発達障害)を伴う・あるいは伴わない
 - TD/TS/OCD(チック症候群/トゥレット症候群/強迫症)1%
 - RAD(反応性アタッチメント障害)0.5-1.5%
 - ARFID(回避・制限性食物摂取症)1-2%
 - (BIF(境界線の知的機能)12%)
 - (BPS(行動表現型症候群、胎児性アルコール症候群・胎児性バルプロ酸症候群などを含む)2.5%)
 - (“**神経精神症候群**”(てんかん症候群やその他の神経精神的障害を含む(水頭症、脳性まひ、神経代謝)ランドウ-クレフナー症候群、睡眠期持続性棘徐波、熱性痙攣+、熱性痙攣?を含む 0.8%)
 - (PANS(小児急性発症神経精神症候群)0.1%?)



What are the “symptoms” of “developmental psychiatry” or ESSENCE?

- **Major childhood onset** symptoms either **lasting** more than 6 months - or of seemingly extremely **abrupt onset** - from one or more of the following domains are the markers of developmental disorder/ESSENCE; the **symptoms lead to concern** and “**specialist**” **consultation**
 - Motor coordination/Perception-Sensory
 - General development
 - Communication (incl Babble)/Language
 - Activity/Impulsivity
 - Attention
 - Social interaction/Reciprocity
 - Behaviour including insistence on sameness, tics, and OCD-behaviours
 - Mood swings/Emotional dysregulation
 - Sleep
 - Feeding

- Gillberg 2010, revised Gillberg 2013, 2021



“発達精神医学”あるいはESSENCEの“徴候”とはどのようなものか？

- 以下の領域におけるひとつ、あるいは複数の症状が**主に幼少期に始まり、6か月以上にわたって続く、もしくは極めて唐突に起こる場合に、神経発達症/ESSENCEの指標である**; **これらの徴候があれば配慮すべきであり、“専門家”のコンサルテーションにつなげるべきである。**
 - 運動の協調/知覚・感覚
 - 全般的な発達
 - コミュニケーション(喃語を含む)/言語
 - 活動/衝動性
 - 注意
 - 社会的相互交渉/相互性
 - 行動 — 常同性、同一性へのこだわり、チック、OCDの行動を含む
 - 気分のむら/感情調節の困難
 - 睡眠
 - 食事

- Gillberg 2010, revised Gillberg 2013, 2021



“The autisms”: What is ASD? What is autism?

- The autisms are a group of multifactorially determined conditions, that ***ALWAYS coexist with other developmental/neurological problems in cases with impairment (SLI, DCD, ADHD, IDD, tics, “OCD” (maybe as part of the syndrome?), epilepsy, CP other medical disorders), and there are almost as many causes as there are cases.*** Cases with no comorbidity at all are not recognized or impairing early in life, or may be acknowledged as “loners”, “nerds”, “weirdos”, “geniuses”. Synapse and clock genes (and immune?) play major role in impaired cases, but environmental factors (prematurity, fetal drug/toxin exposure, infections, trauma, vitamin D deficiency) contribute to the clinical presentation in many cases and can themselves cause autism in some instances. Abnormalities/variations of default network and decreased connectivity almost universal finding. Impaired social facial perception in large subgroup, related to specific brain areas. Arousal and sleep problems important in subgroup. Increased amygdala activation when looking other people in the eye – reduced by bumetanide. Attenuated link between prefrontal cortex and amygdala. ***No sharp boundary between ASD and autistic traits or between autistic traits and “normality”. You do not grow out of it, but impairment may increase or decrease and is usually an “effect” of comorbidities; only Autism Plus of real clinical significance? Stable prevalence of ASD phenotype over past decades, but huge increase in registered diagnosis***

– Iacoboni 2006, Buckner and Vincent 2007, Bourgeron 2007, Monk et al 2009, Gillberg 2010, Dinnstein et al 2010, Coleman and Gillberg 2012, Lundström et al 2012, Leblond et al 2012, Delorme et al 2013, Kocovska et al 2013, Zürcher et al 2013, Gillberg and Fernell 2014, Lundström et al 2015, Hadjikhani et al 2018, Pählman et al 2021, Li et al 2021



“The autisms”: ASDとは何か？ autismとは何か？

- Autismsは様々な原因によって起こる症状群であり、障害がある場合には、***常に他の発達/神経の問題 (SLI, DCD, ADHD, IDD, チック, “OCD” (おそらく症候群の一部として?), てんかん, 脳性まひ, その他の医学的問題) が併存する。そして自閉症のケース数と同じくらいその原因がある。全く併存がないケースは、若年の時には障害として気付かれていないか、障害をきたしていないか、または“一匹オオカミ”、“オタク”、“変な人”、“天才”などと思われていることがあるだろう。***障害や問題があるケースにおいて、シナプスと時計遺伝子(と免疫?)が重要な働きをしているが、多くのケースにおいて環境的な要因(早産、胎児期の薬物や毒物への暴露、感染症、トラウマ、ビタミンD欠乏症)が臨床的な現れ方に寄与しており、場合によってはそれ自体が自閉症の原因となることもある。デフォルトネットワークの異常と接続の減少が広く認められている。社会的な表情の認知に障害がある大規模なサブグループにおいて、脳の特定の部分との関連が示唆されている。覚醒と睡眠の問題が重要な問題であるサブグループもある。他者の目を見たときに扁桃体の活動が活性するが、ブメタニドにより減少する。前脳前皮質と扁桃体の連結が減弱している。***自閉症と自閉的傾向の間、または自閉的傾向と“ノーマル”の間の明確な境界線はない。成長したら治るものではないが、症状・障害は増加することもあれば減少することもあり、たいていが併存の“影響”である；本当の臨床的意義があるのは自閉症プラスだけなのか？過去数十年の間ASD表現型の有病率は一定であるが、診断されて登録されている数は急増している。***

– Iacoboni 2006, Buckner and Vincent 2007, Bourgeron 2007, Monk et al 2009, Gillberg 2010, Dinnstein et al 2010, Coleman and Gillberg 2012, Lundström et al 2012, Leblond et al 2012, Delorme et al 2013, Kocovska et al 2013, Zürcher et al 2013, Gillberg and Fernell 2014, Lundström et al 2015, Hadjikhani et al 2018, Pählman et al 2021, Li et al 2021



What is ADHD?

- ADHD is largely genetic, and **ALMOST ALWAYS co-existing with other problems (ODD, DCD, IDD, tics, “OCD” (maybe as a compensatory “mechanism”), ASD, anxiety, epilepsy) in cases with clinical impairment**; similar symptoms result after various types of environmentally caused brain dysfunction with or without genetic predisposition (prematurity, fetal drugs and toxins, alcohol, smoking, infections, vitamin D deficiency??). Atypical brain development in children with ADHD. Growing evidence that dopamine-dependent reward systems in the brain deviant in ADHD. Default network activity and connectivity variation/abnormality implicated. Executive function poor, but may not be caught on specific tests. Arousal and sleep problems important in subgroup. Failure to perceive errors typical of many. ADHD and ASD are related in some families. Bipolar disorder and ADHD related in other (?) families. Tourette syndrome and ADHD related in some (yet other??) families. No sharp boundary between ADHD and “normality”. **You do not grow out of it, but impairment may increase or decrease**
 - Boonstra et al 2007, Curatolo et al 2008, Strang-Karlsson et al 2008, Melke et al 2008, Mulligan et al 2009, Kopp et al 2009, Sharp et al 2009, Shaw et al 2009, Volkow et al 2009, Bourgeron et al 2010, Humble et al 2010, Chabernaud et al 2012, Shen et al 2012, Berwid et al 2013, Biederman et al 2013, Bourgeron et al 2013, Gillberg 2013, Gillberg 2014, Gillberg 2020, Gillberg 2021



ADHDとは?

- ADHDは大部分が遺伝的であり、**臨床的な障害がある場合には、ほとんどの場合、他の問題(ODD、DCD、IDD、チック、“OCD”(おそらく代償的な“メカニズム”として)、ASD、不安症、てんかん)が併存する。**；同様の症状は、遺伝的素因の有無にかかわらず、さまざまなタイプの環境的に引き起こされた脳機能障害の後に生じる(早産、胎児期の薬物や毒物への暴露、アルコール、喫煙、感染症、ビタミンD欠乏症?)。ADHDを有する子どもの脳には非定型の発達が見られる。ADHDでは脳のドーパミン依存性報酬系が逸脱しているというエビデンスが増えてきている。デフォルトネットワークの活動や結合性の多様性・異常が関連している。実行機能不全があるが、検査で見えられない場合がある。一部のサブグループにおいては覚醒と睡眠が重要な問題であるケースがある。エラーを認識できないことは一般的に多い。ADHDとASDが関連している家族も見られる。それとは別で(?)双極性障害とADHDが関連している家族もある。トゥレット症候群とADHDが関連している家族もある(まだ他にもある??)。ADHDと“ノーマル”の間の明確な境界線はない。**成長したら治るものではないが、症状・障害は増加することもあれば減少することもある。**
 - Boonstra et al 2007, Curatolo et al 2008, Strang-Karlsson et al 2008, Melke et al 2008, Mulligan et al 2009, Kopp et al 2009, Sharp et al 2009, Shaw et al 2009, Volkow et al 2009, Bourgeron et al 2010, Humble et al 2010, Chabernaud et al 2012, Shen et al 2012, Berwid et al 2013, Biederman et al 2013, Bourgeron et al 2013, Gillberg 2013, Gillberg 2014, Gillberg 2020, Gillberg 2021



How many people are affected by ESSENCE?

- **At least 10% of children under 18 years** of age are or have been affected by “neuropsychiatric/neurodevelopmental disorders” (**ESSENCE**) (12% of boys, 8% of girls) - including ADHD, ASD, TS, CD, DCD, IDD – half this group “discovered” by age 6 years; **many more than half this group will have persistent problems in adult life**
- **Overlap/”Comorbidity”/Co-existence is the rule**; almost never “one problem only”
- **When looking back: vast majority had symptoms <5 years**
- **Girls usually are not recognized until adolescence/adult age (and usually as non-ESSENCE)**
- **Half or (many?) more of all “chronic” adult psychiatric patients have had ESSENCE?**

Gillberg 1983, Nylander et al 2009, Gillberg 2010, Gillberg 2013, Gillberg 2014, Gillberg 2021



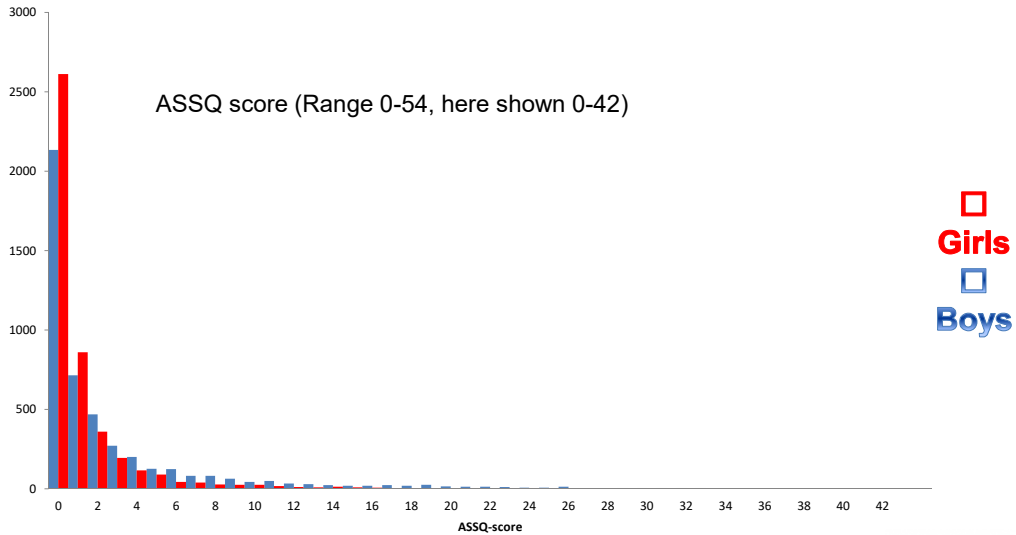
どれぐらいの人々にESSENCEがあるのか？

- **少なくとも18歳以下の年齢層の子どもの10%に “神経精神/神経発達の障害” (ESSENCE) がある** (男児12%、女児8%) – ADHD, ASD, TS, CD, DCD, IDDを含む – このグループの半数の人が6歳までに“発見されている” ; **また、このグループのうちの半数以上が成人期の生活において困難や問題を持ち続ける。**
- **重複/“併存”/共存が通常**; “ひとつの問題だけ”であることはほとんどない。
- **振り返ってみると: 大多数の人々が5歳未満から症状があった。**
- **女兒は思春期/成人になるまで気づかれなことが多く(また ESSENCEではないと見られることが多い)。**
- **成人で“慢性の”精神科患者の半数あるいはそれ以上がESSENCEの問題を有していた？**

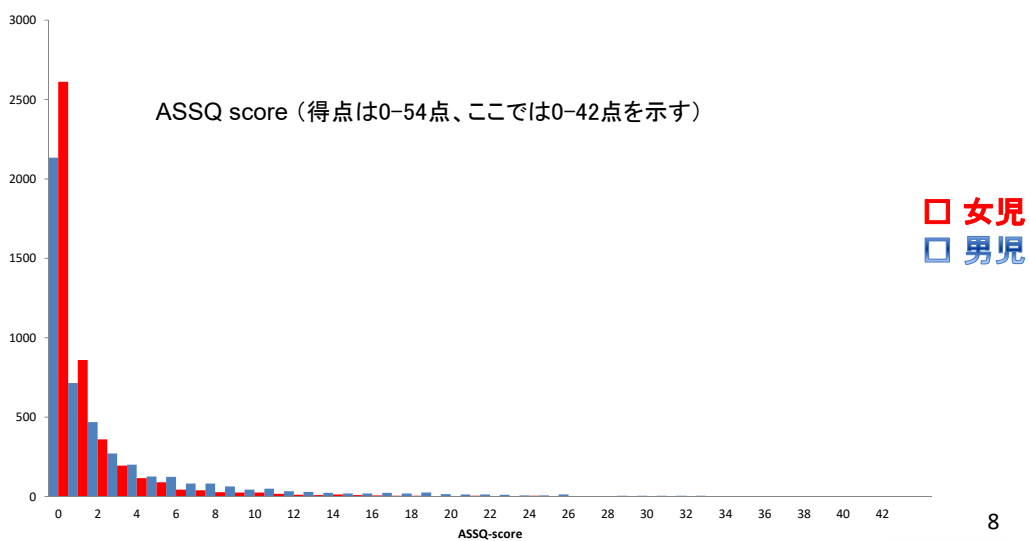
Gillberg 1983, Nylander et al 2009, Gillberg 2010, Gillberg 2013, Gillberg 2014, Gillberg 2021



TEACHER REPORTS ON AUTISM SYMPTOMS (ASSQ)
N= 9500+ CHILDREN AGED 7-9 YEARS DATA FROM BCS – WHO IS NORMAL AND WHO IS NEURODIVERSE?

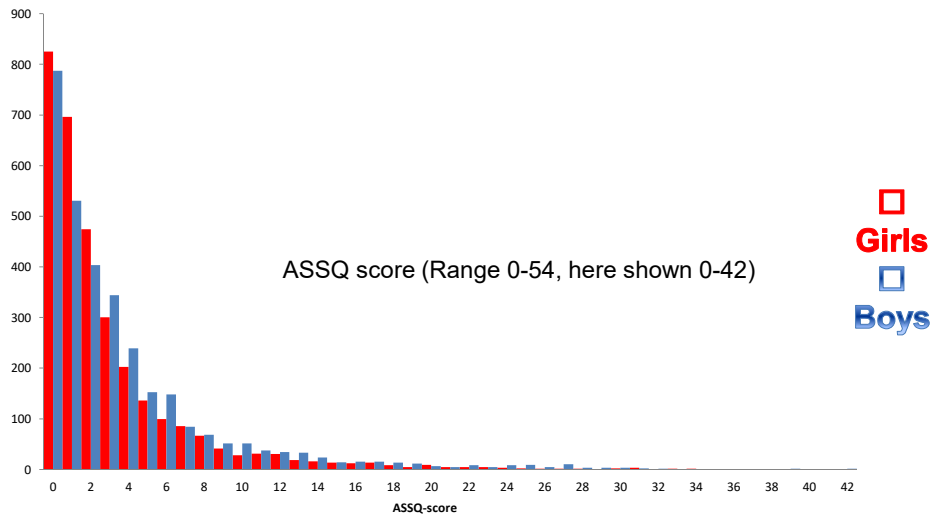


ASSQ (高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙)を教員に実施
対象: 7-9歳の児童9500名以上
調査: BCS – だれがノーマルでだれがニューロダイバースなのか?

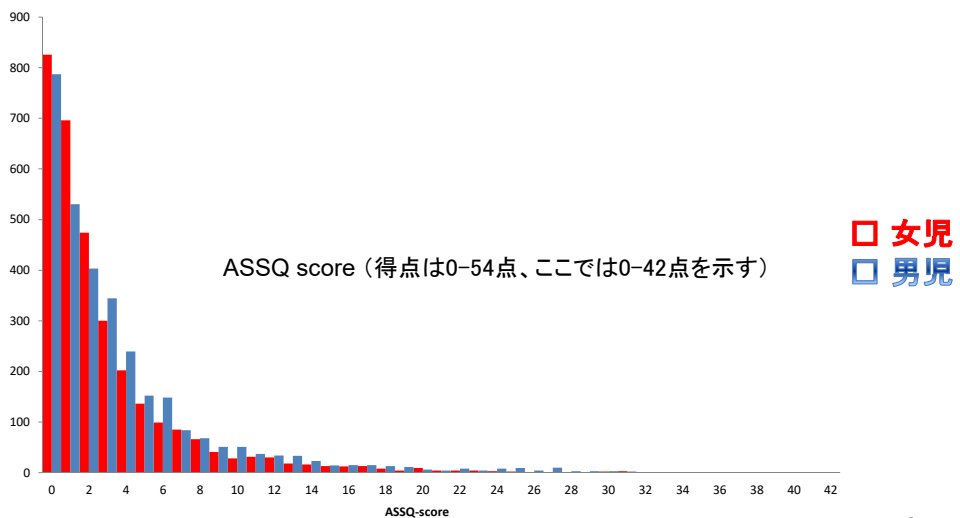




PARENT REPORTS ON AUTISM SYMPTOMS (ASSQ)
N= 6200+ CHILDREN AGED 7-9 YEARS DATA FROM BCS: WHO IS
NORMAL AND WHO IS NEURODIVERSE?



ASSQ (高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙)を親に実施
対象: 7-9歳の児童6200名以上
調査: BCS - だれがノーマルでだれがニューロダイバースなのか?





Autism

- L van Beethoven
- A Bruckner
- B Bartok
- E Satie
- HC Andersen
- A Conan Doyle
- A Robbe-Grillet
- I Kant
- L Wittgenstein
- G Morandi
- A Einstein
- W Kandinskij
- P Klee
- E Hopper
- G Garbo
- D Springfield
- A Warhol
- S Kubrick
- S Jobs
- S Boyle
- G Thunberg

• “ALL THE LONELY PEOPLE – WHERE DO THEY ALL COME FROM”

– Gillberg 1992, Baron-Cohen 2003, Fitzgerald 2005, Wing 2011, Gillberg 2021



Autism

- | | |
|----------------------|---------------------|
| • ルートヴィヒ・ヴァン・ベートーヴェン | (ドイツの作曲家) |
| • ヨーゼフ・アントン・ブルックナー | (オーストリアの作曲家・オルガニスト) |
| • ペラ・バルトーク | (ハンガリーの作曲家・ピアニスト) |
| • エリック・サティ | (フランスの作曲家) |
| • ハンス・クリスチャン・アンデルセン | (デンマークの童話作家・詩人) |
| • アーサー・コナン・ドイル | (イギリスの作家・医師・政治活動家) |
| • アラン・ロブ＝グリエ | (フランスの小説家・映画監督) |
| • イマヌエル・カント | (ドイツの哲学者) |
| • ルートヴィヒ・ウィトゲンシュタイン | (オーストリアの哲学者) |
| • ジョルジョ・モランディ | (イタリアの画家) |
| • アルベルト・アインシュタイン | (ドイツの理論物理学者) |
| • ワシリー・カンディンスキー | (ロシアの画家) |
| • パウル・クレー | (スイスの画家) |
| • エドワード・ホッパー | (アメリカの画家) |
| • グレタ・ガルボ | (スウェーデンのハリウッド映画女優) |
| • ダスティ・スプリングフィールド | (イギリスのミュージシャン) |
| • アンディ・ウォーホル | (アメリカの画家) |
| • スタンリー・キューブリック | (アメリカの映画監督) |
| • スティーヴ・ジョブズ | (アメリカの起業家) |
| • スーザン・ボイル | (イギリス、スコットランドの歌手) |
| • グレタ・エルンマン・トゥーンベリ | (スウェーデンの環境活動家) |

“すべての孤独な人々－彼らはどこから来たのだろうか”

Gillberg 1992, Baron-Cohen 2003, Fitzgerald 2005, Wing 2011, Gillberg 2021



From preschool to adult life: what predicts what in autism?

- In virtually all studies of the outcome of autism, language disorder/problems/delay and low IQ predict poor outcome in terms of general functioning
- Medical disorders, including epilepsy, predict poor outcome
- ADHD/EF dysfunction in ASD predicts poor outcome
- Persistent NVLD in ASD predicts poor outcome
- Intervention may or may not predict the very long-term outcome, the jury is out, but we know it helps to do something in the early years as regards intermediate-term outcomes

- ***But preschool autism “load” in itself does not predict outcome***

– Gillberg and Steffenburg 1987, Billstedt et al 2007, Cederlund et al 2008, Fernell et al 2011, Eriksson et al 2013, Hagberg et al 2013, Lundholm-Hedvall 2014, Gillberg 2021



就学前から成人期にかけて: 自閉症において何が予測因子となるか?

- ほぼ全ての自閉症の予後調査で、言語の障害/言語発達の問題/遅れ、低いIQが機能全般の予後不良を予測する。
- てんかんを含む医学的障害は予後不良の予測因子である。
- 自閉症におけるADHD/実行機能障害は予後不良の予測因子である。
- 自閉症における非言語性学習障害は予後不良の予測因子である。
- 介入が自閉症の長期の予後を変えられるかどうかについて、まだ結論は得られていないが、中期的な予後に関しては早期介入が有益であることは分かっている。
- ***就学前の自閉症であるという“負荷”それ自体が予後を予測するわけではない。***

– Gillberg and Steffenburg 1987, Billstedt et al 2007, Cederlund et al 2008, Fernell et al 2011, Eriksson et al 2013, Hagberg et al 2013, Lundholm-Hedvall 2014, Gillberg 2021



100 girls with social and/or attention deficits

- Two of 100 girls (3-18 years) referred for social and/or attention deficits to a specialized neuropsychiatric clinic had received a diagnosis of ASD before coming to the clinic. In the other 98, a diagnosis of ASD or ADHD had not been considered
- 47 of the girls had ASD (38 of whom also met criteria for ADHD)
- 47 other girls had ADHD but no ASD
- ***Virtually all of these girls had been diagnosed as having depression, anxiety or "family relationship problems", some with personality disorder***
- ***IT IS LIKELY THAT ADULTS (WOMEN IN PARTICULAR) ARE OFTEN MISDIAGNOSED AS "DEPRESSION" AND "ANXIETY"***
- ***AS THEY GROW UP, MANY DEVELOP CHRONIC PAIN AND FATIGUE SYNDOMES***

– Kopp et al 2010, Asztely et al 2019, Gillberg 2020, Asztely et al 2021



社会性および/または注意の障害がある女児100名について

- 社会性および/または注意の障害のために専門の神経精神科のクリニックへ紹介をされた3-18歳の女児100名のうち2名は、紹介前にASDの診断を受けていた。残りの98名はASDやADHDの診断はなかった。
- 47名がASDだった (内38名がADHDの診断基準も満たしていた)。
- 残りの47名はADHDがあったがASDはなかった。
- ***その女児たちのほとんどはその時点で鬱、不安症、または“家族関係の問題”という診断を受けていた。パーソナリティ障害と診断されていた人もいた。***
- ***成人（特に女性）の場合は“鬱”や“不安症”などの間違った診断をされることが度々ある。***
- ***成人後、その人たちの多くが慢性疼痛や慢性疲労症候群を発症する。***

– Kopp et al 2010, Asztely et al 2019, Gillberg 2020, Asztely et al 2021



Autism, ADHD and tics/OCD in anorexia, bulimia, obesity and cigarette smoking

- More than half of all adult anorexia/bulimia patients in a specialist clinic **had one or more of ASD, ADHD or Tourette's** (0% had been considered from the point of view of autism, ADHD or tic disorders)
- ADHD **extremely common in obesity** in children – and ADHD treatment helps both conditions, obesity treatments help neither
- **Adult obesity is preceded by ADHD** symptoms in **women**
- **ADHD strongly linked to smoking**, ASD only when combined with ADHD
- Smoking starts early in ADHD, more cigarettes/day, cannot stop smoking
 - Gillberg et al 2003, Wentz et al 2005, Hölcke et al 2008, Fernell et al 2013, Dahlgren et al 2013, Cortese et al 2013, Zamboni et al 2021, Karhunen et al 2021



拒食症、過食症、肥満、喫煙における自閉症、ADHD、チック/OCD

- ある専門クリニックの成人の拒食症/過食症の患者の半数が**ASD, ADHD 又はトゥレット症のうちの一つ以上を有していた**（自閉症、ADHD、チック症群の観点から診察されていた人は0%であった）。
- **肥満の子どもにおいてADHDを有することは非常によくあることである。**
 - ADHDの治療は両方の症状に効果的だが、肥満の治療はどちらにも効果的ではない。
- **成人女性の肥満はADHDの症状に続いて起こることがよくある。**
- **ADHDは喫煙との関連性が強い**、ASDはADHDと重複している場合のみ。
- ADHDを有する場合に喫煙が早期に始まる、一日の喫煙量の増加、喫煙がやめられないなどがある。
 - Gillberg et al 2003, Wentz et al 2005, Hölcke et al 2008, Fernell et al 2013, Dahlgren et al 2013, Cortese et al 2013, Zamboni et al 2021, Karhunen et al 2021



Autism and ADHD: mortality and accidents

- Mortality much increased in autism with intellectual disability, most of increase due to epilepsy and other associated medical conditions (plus “disappearance”/drowning?)
- Mortality much increased in ADHD, most of increase due to accidents, but probably also drug abuse/criminality and its consequences
- Risky driving and “driving dysfunction” not associated with ADHD in simulator tests (but this is probably much like executive function tests do not pick up on all cases of ADHD with executive dysfunction!)

– Gillberg et al 2010, Dalsgaard et al 2015, Reimer et al 2017, Lidestam et al 2021



自閉症とADHD: 死亡率と事故

- 知的能力障害を伴う自閉症の場合には死亡率が非常に高くなる。そのほとんどがてんかんやその他の関連する医学的症候のためである(加えて“失踪”/溺死?)。
- ADHDを有する場合にも死亡率が非常に高くなる。その原因のほとんどが事故だが、薬物乱用/犯罪やその結果としても起こる。
- シミュレータテストによると、危険な運転や“運転の機能不全”はADHDとは関連性がない(しかし、これはおそらく、実行機能テストが実行機能障害を伴うADHDのすべてのケースを検出しないということと同様である！)。

– Gillberg et al 2010, Dalsgaard et al 2015, Reimer et al 2017, Lidestam et al 2021



ASD and ADHD in schizophrenia and PD

- Many with diagnosis of schizophrenia have developmental and symptom history consistent with ASD (with or without ADHD)
- Very few with childhood diagnosis of ASD (incl Asperger syndrome) ever meet criteria for (or are diagnosed with) schizophrenia
- Could it be that stress reduction after early ASD diagnosis “protects against” schizophrenia?
- Large proportion of men with Asperger syndrome meet criteria for personality disorder, but does that mean that they should “change” diagnosis?
- It is likely that adult psychiatric patients with ASD who have not been recognized as having ASD in childhood will get diagnoses of schizophrenia, psychosis and personality disorder (particularly “paranoid”?) rather than ASD (with or without ADHD)
- Link between autism and schizophrenia mediated by neurexin/synapse problems
 - Unenge Hallerbäck et al 2012, Lugnegård et al 2013, Gillberg 2021, Cuttler et al 2021



統合失調症とパーソナリティ障害におけるASDとADHD

- 統合失調症と診断された人の多くがASDと一致する発達や症状の病歴がある (ADHDの有無にかかわらず)。
- 小児期にASD (アスペルガー症候群を含む) と診断された人で統合失調症の基準を満たす (または診断される) 人はほとんどいない。
- 早期のASDの診断後のストレス軽減が統合失調症を“防ぐ”のだろうか？
- アスペルガー症候群の男性の非常に大多数がパーソナリティ障害の診断基準を満たしているが、診断を“変える”べきであるということの意味するのか？
- ASDを有する成人の精神病患者で小児期にASDを有することが認識されていなかった人は、のちにASD (ADHDの有無にかかわらず) ではなく、統合失調症、精神病、およびパーソナリティ障害 (特に“妄想症”?) の診断を受ける可能性がある。
- 自閉症と統合失調症の関連性にはニューレキシン/シナプスの問題が媒介する。
 - Unenge Hallerbäck et al 2012, Lugnegård et al 2013, Gillberg 2021, Cuttler et al 2021



ADHD, autism and criminality

- **ADHD strongly associated with criminal development, mostly impulsive and drug-related crimes**
- **Autism common in serial killing, otherwise low rate of criminal activity**
- Treatment for ADHD may reduce risk of criminality substantially, particularly if started before age 10 years
- Treatment for ADHD started in adult life also has clear positive effects on criminality rates
 - Ginsberg et al 2013, Lichtenstein et al 2013, Allely et al 2014, Michelsen et al 2015, Jaeschke et al 2021



ADHD、自閉症、犯罪

- **ADHDは、犯罪の発生と強い関連性があり、そのほとんどが衝動的な薬物関連の犯罪である。**
- **自閉症は連続殺人においてよく見られるが、それ以外では犯罪活動率は低い。**
- ADHDの治療は、特に10歳より前に開始された場合に、犯罪発生のリスクを大幅に減らす可能性がある。
- 成人期から始めたとしてもADHDの治療は犯罪率に明らかに良い効果をもたらす。
 - Ginsberg et al 2013, Lichtenstein et al 2013, Allely et al 2014, Michelsen et al 2015, Jaeschke et al 2021



ADHD in old age

- **Several per cent of individuals over the age of 65 years meet all the symptom criteria of ADHD**
- Many more health problems in this group
- Premature death (accidents, drug use, smoking, physical health problems)
- **MAYBE MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IS A COMMON MISDIAGNOSIS FOR MISSED ADHD?**
- **CAN MCI BE TREATED WITH ADHD TREATMENTS?**
 - Guldberg-Kjär 2013, Gillberg 2014, Mendonca et al 2021



老年期のADHD

- **65歳以上の人たちのグループのうち数パーセントがADHDのすべての診断基準を満たしていた。**
- このグループの人たちには(他の人と比べて)より多く健康の問題があった。
- 早期の死(事故、薬物使用、喫煙、身体健康の問題)
- 軽度認知障害がADHDの見過ごしとしての一般的な誤診なのだろうか?
- 軽度認知障害はADHDの治療で治療できるかもしれない?

– Guldberg-Kjär 2013, Gillberg 2014, Mendonca et al 2021



Treatments and interventions

- Diagnosis (including in-depth assessment plus medical-genetic) and information are most important interventions
- Psychoeducation and special education for all
- Motor task training for DCD
- Medications for ADHD
- Structured concrete and predictable education for autism
- Bumetanide for autism?
- Immunotherapies for PANS?
- All children presenting with major and impairing ESSENCE symptoms need to be followed up – ESSENCE clinics of the essence!



治療と介入

- 診断(詳細なアセスメントと遺伝医学を含む)とそれに関する情報提供が最も重要な介入である。
- 心理教育、特別な教育が効果的
- DCDには運動課題トレーニング
- ADHDには薬物治療
- 自閉症のための構造化された具体的で予測性の高い教育
- 自閉症にブメタニド?
- PANSに免疫療法?
- ESSENCEの主要な症状を有する子どもは全員フォローアップすべきである – ESSENCEクリニックがessence(重要)である!



“Take home message”

- **ADHD and ASD are but two of a group of ESSENCE that overlap genetically, symptomatically and as regards brain dysfunction/variation**
- ASD and ADHD (and other ESSENCE) are clearly genetically based in many cases, but environmental factors play an important role (to be studied: how important)
- Both disorders persist into adult life (as do most other ESSENCE)
- ADHD is common (c. 5%), ASD is relatively common (c. 1%)
- ADHD one of the most “treatable” of all disorders, accidents, criminality can be prevented if diagnosis and treatment instituted before adult age
- Other psychiatric disorders/problems/academic failure emerge or become “diagnosable” over time – these are the diagnoses that adult psychiatrists will make
- **Autism in itself has different outcome, not necessarily poor, current focus on autism only in early screening and intervention programmes probably a big mistake**
- **IDDD has “poor” outcome, ADHD probably has worse outcome (including obesity) than ASD “in itself”, SLI may also have partly “poor outcome”**
- **Girls still missed or misdiagnosed**
- Early diagnosis makes a difference, therefore **ESSENCE centres** of the essence
- **ESSENCE are lifetime disorders that need a lifetime perspective from the start**



“覚えておいてほしいこと”

- **ADHDとASDは、遺伝的、症状的、および脳の機能障害/変異に関して重複するESSENCEのグループのうちの2つにすぎない。**
- ASDとADHD（およびその他のESSENCE）は多くのケースに基づき明らかに遺伝的であるが、環境要因も重要な役割を持つ（今後研究すべきこと：重要度について）。
- 両方の障害が成人期まで持続する（他のほとんどのESSENCEと同様）。
- ADHDは一般的（約5%）、ASDは比較的一般的（約1%）。
- ADHDは全ての障害の中で最も“治療可能”なものである。もし診断と治療を成人期以前に開始したら、事故や犯罪を防げる可能性がある。
- 他の精神障害/問題/学業の困難は、時間の経過とともに出現したり“診断可能”になったりする。
– これらの診断は成人の精神科医がつけるだろう。
- **自閉症自体は異なる予後があるが、必ずしも不良ではない。現在、自閉症に焦点を当てているのは、早期のスクリーニングと介入プログラムのみだが、おそらく大きな間違いである。**
- **IDDDは予後が“悪い”、ADHDはASD“それ自体”よりおそらく更に悪い（肥満を含む）、SLIは部分的に“予後不良”になる可能性がある。**
- **女兒はいまだ見過ごされたり、誤診されたりしている。**
- 早期の診断が違いを生む。ゆえに、**ESSENCEセンターを作る**ことがessence（重要）である。
- **ESSENCEは最初から生涯の見通しを必要とする生涯にわたる障害である。**

高知ギルバーグ発達神経精神医学センター平成 29 年度～令和 3 年度事業報告

発行日 令和 5 年 8 月

発行 高知県立療育福祉センター

高知ギルバーグ発達神経精神医学センター

〒780-8081 高知市若草町 10-5

TEL : 088-844-2021 / FAX : 088-802-6101

E-mail : kochigillberg@ken.pref.kochi.lg.jp

※ 当事業報告を無断で転載、販売することを禁止します。