

自閉症の心理治療と教育

ロンドン大学医学部聖ジョージ医学校心理学教授
パトリシア・ハウリン

Practitioner Review: Psychological and Educational Treatment for Autism
Patricia Howlin
St George's Hospital Medical School, London, U.K.

(Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39: 307-322,1998)

背景

自閉症は広汎性発達障害のひとつで、普通は早期児童期から明らかになる (Volkmar, Stier, & Cohen, 1985)。その特徴は、コミュニケーションと対人的理解の最重度の障害、そして儀式的強迫的な行動である。考えられる原因としてはさまざまなものが関係しているが、おそらくほとんどのケースで遺伝的要因が絡んでいる (Bailey ら, 1995; Le Couteur ら, 1996)。

自閉症について最初に体系的に記述したのは U.S.A. のレオ・カナー (Leo Kanner) で、それは 1943 年のことであるが、ほぼ同時期にオーストリアのハンス・アスペルガー (Hans Asperger) が、とてもよく似た報告を行なった (アスペルガーの最初の論文の注釈入り翻訳については Frith, 1991 を参照)。両者が量的あるいは質的に異なるのか否かについては、いまだに論争が続いているが (Lord & Rutter, 1994)、最近の研究によると、初期発達歴や転帰の点で、高機能自閉症とアスペルガー症候群の子どもの間には、ほとんど実質的な違いはないようである (Szatmari, Bartolucci, & Bremner, 1989; Wing, 1981)。アスペルガー症候群に関する ICD-10 と DSM-IV の診断基準では、強迫性と対人的コミュニケーション障害は自閉症のそれと同じとされ、違いとしてはアスペルガー症候群の場合には認知スキルは比較的正常であることと初期の言語発達に遅れがないこととされている。

<有病率>

かつては極めて稀な障害と考えられ、1万人当たり3~4人にしか認められなかったが (Lotter, 1966; Wing & Gould, 1979)、最近の研究から有病率はもっと高いことがわかった。Fombonne (1997) は、疫学調査についての最近の総説論文の中で、1万人当たり0.7~15.5人の間であると推定した。Fombonne の分析によると、<古典的な>自閉症の子どもの平均値は、1万人当たり5人であるが、もっと広く<自閉性スペクトラム>の子どもも含めると、その割合はもっと高くなる。自閉性スペクトラムは、対人相互交流の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害の3主徴と柔軟性のない反復的な行動パターンを共通して持つ人をすべて含むものである。この3主徴は、どんなレベルの知能の人にも認められ、他の身体的なあるいは心理的な障害を伴うこともあれば、伴わないこともある (Wing, 1996)。この定義に基づいて、全自閉性スペクトラムに属する人の有病率は1万人当たり91人にもものぼるだろうとウィングは結論を下した。これらの数値は大きくばらついてはいるが、自閉性スペクトラム障害の子どもは、かつて考えられていたよりもはるかに多いはずだということは明らかである。さらに、行動障害の発生率が高いために、自閉性スペクトラム障害の子どもは児童精神医療サービスや精神遅滞に

関するサービスがかなり必要となることがある。

<障害の経過>

自閉症は乳児期あるいは早期児童期に発症するという事は、現在広く認められており (Volkmar ら, 1985)、子どもの生後1年の発達に多くの親はとても心配する (Frith, Soares, & Wing, 1993; Gillberg ら, 1990; Howlin & Moore, 1997; Johnson, Siddons, Frith, & Morton, 1992; Smith, Chung, & Vostanis, 1994)。このような幼い時期での親の心配はコミュニケーション・遊び・対人反応性についての異常、あるいは反復的行動に関するものである。

子どもが大きくなるにつれ、発達パターンは認知障害の程度に大きく影響されるようになる。自閉症という症候群は、いかなる能力レベルの人にも生じ得るが、大多数(約70~75%)は精神遅滞を合併しており、約50%はIQが50未満である。重度ないし最重度の認知障害がある場合、有用な話し言葉は発達しないだろう。さらにこの群は、自傷のような行動障害を呈しやすく、特殊教育と生涯にわたるケアがたいがい必要となる。IQが平均範囲にある約20パーセントの人では転帰はもっと多様である。ほとんどの人は年齢とともに改善する傾向があるが (Eaves & Ho, 1996; Gillberg & Steffenberg, 1987; Lockyer & Rutter, 1969, 1970; Piven, Harper, Palmer, & Arndt, 1965)、中には青年期になると問題を生じる人もあり、また、特に自分の問題に気づいている人の場合は、青年期が大きな改善や変化の時期になることもある (Kanner, 1973)。この群では、生涯とても依存的なままの人もあれば、社会で成功し、多かれ少なかれ自立し、友だちをつくり、結婚する人もいる(ごく少数ではあるが)(総説は Howlin, 1997a, in press)。しかし、最も大きな進歩を遂げる人でさえ、コミュニケーションと対人関係の問題は生活の多くの面に影響を及ぼし続ける。たとえば、ドナ・ウィリアムズ Donna Williams (1992, 1994) や テンプル・グランディン Temple Grandin (1992) や ジム・シンクレア Jim Sinclair (1992) がはっきり書いているように。

自閉症の治療

成長するとかんがりの改善をみせる子どももいるという事実から、特別な治療法が転帰に大きな影響をおよぼし得る、あるいは<治癒>をもたらす得るとすら主張されてきた。その特別な治療法とは、<抱っこ>療法 (Richer & Zappella, 1989; Welch, 1988)、音楽療法 (Trevorthen, Aitken, Papoudi, & Roberts, 1996)、特殊眼鏡を装着させる暗順応感受性訓練 (Irlen, 1995)、特定周波数音の脱感作を行なう聴覚統合 (Rimland & Edelson, 1994, 1995; Stehli, 1992)、いろんな薬物やビタミン療法などである(いろんな治療法の総説については Howlin, 1997b を参照)。

これらの説には、ほとんどと言ってよいほど科学的実験データの裏付けがない。そのような例の1つに、1990年代前半に脚光を浴びた「ファシリテイトド・コミュニケーション(FC)」がある。これは、(子どもの腕や手や手首に)身体的な補助をして、子どもがいろんな種類のコミュニケーション・ボードを使えるよう手助けするものである。この技法は、自閉症の人が本当は知的に優秀であることを示すものだと言われた。そして、「解放されたコミュニケーション (Communication Unbound)」に導くと主張された (Biklen, 1993)。対照群を用いたその

後の研究で一貫して示されたことは、子どもの反応はほとんど常にファシリテーターがコントロールしており、子ども自身がコントロールしているのではないという事実であった (Bebko, Perry, & Bryson, 1996; Green, 1994)。

さらに、様々な教育法が大きな成果をあげるとして喧伝されてきた。その中には日本の<生活療法>もある。これは高度に構造化された運動志向的プログラムを重視するもので、武蔵野東学園で実践されている(詳しくは Gould, Rigg, & Bignell, 1991 を参照のこと)。カウフマン Kaufman (1981) の<オプション>法は、子どもの儀式的・強迫的な行動に関わる治療者によって対人接触を育くもうとするものであるが、これも「奇跡的な」効果があると主張している。もう一つの方法は、最近盛んにマスコミに取り上げられているロバース Lovaas ら (McEachin, Smith, & Lovaas, 1993; Lovaas, 1993; Perry, Cohen, & DeCarlo, 1995) の集中的早期療育プログラムである。非常に集中的な(週 40 時間)家庭中心の行動療法プログラムを、およそ 2 歳ないし 4 歳頃から受けると、自閉症の子の 42 パーセントは「フォローアップの時点(平均年齢 11.5 歳)でも正常な機能を保っている」と言われる(Lovaas, 1996)。行動療法に効果があることは多くの研究から明らかになっており、これにはロバース自身の研究も含まれる。しかし最近のロバースらの主張は批判を浴びている。対象児の選び方が偏っている可能性がある、研究計画に問題がある、そして最も重大なことは、彼らが用いている<正常>の定義である (Schopler, Short, & Mesibov, 1989)。すなわち IQ が正常範囲におさまる、普通教育を受けられることができれば、子どもは「回復した」と主張される。ところが、自閉症の子の約 20 パーセントは正常範囲の知的能力を持っており、多くは特徴的な 3 主徴を持ちながらも普通学校に就学しているので、ロバースらが用いる基準は正常機能の根拠として(あるいはほぼ正常機能の根拠としてすら)用いることはできない (Mesibov, 1993)。

実際的な観点からもこの方法には問題が多い。このプログラムでは、1 対 1 のかわわりを週 40 時間、最低 2 年間は続ける。それを実行できる家族もあるだろうが、心理的・経済的・現実的に無理な家族も多い。さらにこの種のプログラムは短期的には進歩を促すかもしれないが、児童期以降もその効果が続くかどうかはほとんどわかっていない。もっともハウリン Howlin, グッド Goode, ラター Rutter によると(未発表データ)、家庭中心の行動療法プログラムを子どもの頃に受けた治療群と受けなかった対照群との間には、認知あるいは自立生活に関して成人期に有意差が認められるにしても、それはごくわずかであった。

いろいろな治療法についての親へのアドバイス

今のところ、自閉症が治るという事実はない。能力の高い子どもの多くはきわめて不十分な環境にもかかわらずうまくやっているし、その後の結果は本来持っている認知・言語・対人関係の能力に大きく左右される。しかし臨床家のもとには、特定の「奇跡的治癒」について聞いたり読んだりした親や、もっともなことだが、その治療法が自分の子どもにも効果があるかどうかを知りたいという親がよくやってくる。悲観的すぎたり拒絶的すぎたりしないことが大切であるが、同時に普遍的な万能薬はあり得ないということを親に理解してもらうことも大切である。要するに、身体医学においてさえ、アスピリンや抗生物質のように多くの人に有効な薬でも、一部の人には効果がなかったり、有害であったりすることもあるのである。親が莫大な金を費やしてでもやってみたいという誘惑に屈する前に、あるいは(専門的な寄宿制学校の場合のように)子どもと別れて暮らしてでもやってみたいという誘惑に屈する前に、できるだけ多くの情報を得ようと

する親の努力を臨床家は支援すべきなのである。その治療法はどんな子どもに適しているのかということだけではなく、どんな子どもには効果がないのかという情報である（誰にでも等しく有効であると主張する治療法には特に注意する必要がある）。その治療法は、年長児あるいは年少児のどちらに効くのかとか、知的に高い子と低い子のどちらによく効くのかということ、親は質問すべきである。治療に先立って行われる評価方法はどのようなものかとか、治療効果の評価方法（好都合な例だけを選択した逸話的な治療報告以外の方法）はどのようなものかを、親は勇気を出して尋ねるべきである。報告されている治療効果を、何も特別な治療をしなかった場合と比較検討するために、他の子どもは大きくなってどうなったのかについての正確な情報も親には必要となる。いきなり治療に飛び込む前に、治療の全費用、費やされる時間、家族生活に及ぼす圧迫や制約の可能性のすべて、重大な変化、あるいは家族から離れることに対処することで子どもが受ける打撃の可能性など、そのようなことを親が検討できるよう支援しなければならない。最後に＜地域の＞利用施設、支援団体（サポートグループ）、教育施策などについての詳しい情報も提供しなければならない。こういったことは一般に広報されてはいないようだし、報道もされていないようだが、家族や子どもにとってはとても必要なことであり、時にはきわめて有効な援助を提供することになる。近くで利用可能なものについての良い情報が手に入れば、親は解決を求めてわざわざ遠方にまで出向く必要はなくなる。

臨床家は、子どもはどれくらいのことができるようになるかについてあまり悲観的なことを言うべきではないが、将来どれくらい伸びるかについて現実離れした期待を親にさせることは避けるべきである。現在はっきり分かっていることは、ひとりひとりの子どもの強さと弱さのパターンにうまく合わせた早期療育は、問題行動を予防したり最小限に食い止めたりする上で大きな効果を発揮し得るし、子どもが持っているスキルを最大限伸ばす上で大きな力となり得るということである（Howlin & Rutter, 1987）。

＜自閉症の子どもの問題の理解＞

自閉症と＜対応困難な＞行動（“challenging” behaviour）との関係についての論文が、児童精神医学関係の文献の中にしばしば登場する。同様に、攻撃的行動・破壊的行動・（程度は軽い）自傷行為をうまく修正した技法についての詳しい説明が、行動理論の雑誌にはたくさん登場する。しかし、そのような問題の深刻さを過小評価するわけではないが、自閉症の子どもの対人関係とコミュニケーションの障害の重さ、および儀式的行為やルーティンを求める気持ちの強さを考えると、多くの場合おそらく問題は予想よりもはるかに少ないということを確認することも大事である。ちょっと想像してほしいのだが、誰か＜正常な＞人がいて、もし自分のまわりで起きていることが殆ど理解できないとすると、その人はまわりの世界に対していったいどう反応するであろうか。すなわち毎日変化し続け予測不能な環境にほうり出され、自分の要求を理解してもらうのに必要な初歩的な言語能力さえ欠いており、不安定感や苦痛をうまく解決するためにとっても大事な心の内の想像力に頼ることもできないとしたら、人はどう反応するであろうか。そういう目にあえば、＜正常な＞人のほとんどが、直ちに様々な報復的行動に出るのではないかと。そしてそれに対して、もしも＜タイムアウト＞やく＜消去＞、あるいは＜両立し得ない行動＞に対する報酬といった技法だけで対応されるとすれば、その報復的行動はおそらく劇的に増悪していくことだろう。もちろん自閉症の場合も他の障害の場合と同様に、問題行動はそれ自体が周囲から引き寄せる注目や評価によって維持されたり、増加させられたりするだろうし、タイムアウト、消去、分化強化のような技法が重要な役割を果たすことはある（Emerson, 1995 を参照）。しかしこういったことは自閉症の治療に限ったことではない。従ってこの論文では、行動障害の根本的な原因と、行動障害を引き起こし持続させる上で果たしている対人関係・コミュニケーション・強迫性に関する問題の役割に注目する（表1を参照）。関わり方についても、問題を直接解

消することよりも、以上の領域での機能の改善の必要性ということに重点をおく。

表1 自閉症の主要な診断特徴と問題行動との関連性

障害の領域	関連する問題	
	低機能の子ども	高機能の子ども
コミュニケーションと理解の障害		
不適切な言語	欲求不満・攻撃；許容されないやり方での環境支配の試み	言葉の不適切な使用（反響言語，習慣的な言葉，強迫的な質問等）
理解力の乏しさ	不安，苦痛，混乱した行動	共同作業ができないと見られる。
内言語の欠如	遊んだり没頭したりできない。	想像スキルに乏しい，あまり自己制御できない。
対人的理解の障害		
対人的意識の欠如	引きこもりと孤立人前での迷惑で不適切な混乱した行動	人と付き合おうとするが不適切なことが多い。人に敵対的攻撃的になることがある。人の気持ちが<読めない>ために無神経，同情心欠如，残酷とすら見られる。
強迫と儀式		
強迫的行動パターン	他のもっと生産的な行動やスキルの獲得を著しく制約する。	習慣や儀式に人を巻き込むことがある。人の活動にも大きな制約をもたらすことがある。
習慣の混乱	重度の苦痛，混乱，攻撃心をもたらすことがある。	
変化を嫌う	とても固くて柔軟性に欠ける行動パターンとなり，変化が避けられない場合，大きな苦痛と不安をもたらす。	
強迫的関心		結果がどうであれ追求することがある。これについて絶えず話しかけ相手に憎悪を覚えさせることがある。

関わりのプログラムの開発

<治療前評価>

どんな治療プログラムでも、開始前に欠かせないことは、変えたい行動だけでなく、その子どもに関しても十分な情報を得ることである。なぜなら、一見同じような問題が、別の子どもではまったく異なる原因によって生じたり、あるいは同じ子どもであっても、別の機会にはまったく異なる原因で生じることがあるからである。たとえば「攻撃的行動」は子どもがコミュニケーションできないため、環境をコントロールする効果的な方法を持っていないため、攻撃的な行動により注目を浴びるため、欲求不満や混乱や不安によるため、あるいは儀式的行為やルーティンが崩れたために出てくる場合がある。何よりも多いのは、こういった理由が組み合わさって作用している場合である。痛みや身体疾患も、重要な要因として忘れてはならない。たとえば、ある種の常同行動や自傷行為は、皮膚炎や中耳炎のようなちょっとした病気のために生じることがある（Hall, 1997; Oliver, 1995）。自閉症の子どもは耳の感染症にかかることが多いので（Konstantareas & Homatidis, 1987）、特に言葉がない子どもの場合、行動が急に変わった原因として耳の感染症を検討することが臨床家にはとても大切である。ガンセット Gunsett ら（1989）も、重度の精神遅滞の患者に何らかの心理プログラムを実施する前に、身体を診察することが大事であると力説している。自傷行為のために紹介されてきた人を続けて連続 13 人調べてみたら、そのうち 12 人は自傷行為の原因として身体的な問題が発見された。すなわち四肢の骨折、ヘルニア、尿路感染症、耳の感染症、腸の疾患、まちがった投薬、抗けいれん剤の中毒、進行性の脳の変性疾患などであった。

<個別評価>

前に述べたように、自閉症は比較的軽度から最重度にまで及んでいることから、しばしば<スペクトラム>障害と呼ばれる（Wing, 1996）。同様に認知能力の程度についても様々である。さらに言葉が喋れない人から話し言葉に一見障害のない人まで、言葉の点でも様々である。

4歳で言葉のないIQ30の子どもの癩癩を解決するには、言葉をよく喋り14歳でIQ130の子どもの場合とはとても異なる方法を必要とする。程度が高すぎたり低すぎたりするプログラムはうまくいかないだろう。したがってどんな関わりをする場合でも、認知と言語についての標準化された評価が重要である。なぜならインフォーマルな観察だけでは、知的な能力に関して誤った印象を受けることがあるからである。周囲の環境に対して敏感に関心を向ける子どもや、1つ2つ突出したスキルを持っている子どもは、とても知能が高いと誤解されることがある。簡単な指示に従うことができる子どもは（指示に伴うジェスチュアなどの手がかりに従っているだけのことが多いが）、「言われた言葉をすべて理解している」とたいそう誤解されることがある。表出語が豊富な子どもでも、理解スキルは実際にはごくわずかしかないこともある。反対に、認知発達には多くの領域で正常範囲内にある場合でも、言葉が遅かったり伸び悩んだりしており、自分のまわりの活動にほとんど関心を示さないように見える子どもは重度の精神遅滞と判定されることがある。

残念ながら、自閉症の場合、対人関係とコミュニケーションに障害があるために、従来の心理検査は評価には全くと言ってよいほど役に立たないと信じられていることが多い。多くの心理職員、特に教育機関の中で働く心理職員は、いまだに非構造的な観察に頼る傾向がある。そういう観察も当然重要なのであるが、比較的短時間のテストでも、予想もしなかったスキルや障害の存在が明らかになることがある。このことは、治療や教育に大いに関係してくる。さらに適切な検

査を用いる限り、自閉症の子の認知評価には他の子どもの検査と全く同等の信頼性がある（Rutter, 1985）。自閉症の子どもに有用な言語と認知の標準化された検査に関する情報を末尾の付録で提供（本訳稿では割愛）する（Marans, 1997 を参照）。

<行動評価>

従来の行動評価では、長い間 ABC アプローチを問題行動の分析に用いてきた。従って、修正すべき行動（B）について正確な記述をした上で、その行動の先行条件（Antecedent）と結果（Consequence）を特定する。しかし、自閉症の子どもも多くでは、観察された行動に着目するだけでは、必ずしも最適な治療法を導けるとは限らない（Emerson & Bromley, 1995）。さらに、正確さの程度はともかく、<その子どもが知覚した>先行条件や結果を確定することはきわめて困難なことがある。例えば、ある子は、かつての（しかし、もはや存在していない）不快感を思い出して、ある特定の場面で自傷を始めるかもしれない。なぜなら、かつては自傷が始まるとその不快感は治まったからである。そのような場合、関連要因を確定するのに直接観察はほとんど役に立たない。

対応困難な行動に関しては目に見える<形>だけでは、それが実際に果たしている役割についてほとんど手がかりが得られないので、最近の療育研究では、そういう行動の<機能>、あるいは「メッセージ」に着目するようになった。その目的は、すなわち関係しているすべての人に（子どもだけではなく、世話をしている人たちにも）その行動は何をもたらすのかを明確にし、その行動と取り換えたい代替行動を探求することである。（Sturmey, 1996）。

行動の機能分析

自閉症の子どもの<対応困難な>行動についての高度に洗練された実験的研究から一貫して言えることは、そのような行動の多くが重要なコミュニケーション機能を果たしているということである（Durand, 1990）。実際にそのような行動を分析すると、言語能力が低い子どもが自分の環境を即座に、かつ効果的に、しかも見通しを持ってコントロールできる唯一の方法であるということが分かる。

攻撃的行動・自傷・常同行動やその他の逸脱行動に関して、主要な機能が5つ明らかになっている（Durand & Carr, 1991; Durand & Crimmins, 1988）。それらは、

- (1) 手助けや注目を必要としていることを示すため
- (2) しんどい場面や活動から逃れるため
- (3) ほしいものを手に入れるため
- (4) いやな出来事や活動に抗議するため
- (5) 刺激を得るため

ある行動の主要な機能を明らかにすることができれば、同じ目的を達成するための別の方法をその子どもに提供することができる。どの方法を選んで教えるかは子どもの認知能力と言語能力によって決まるが、ボタンやレバーやスイッチなどを押すことから、サイン・シンボル・絵・単語・文（たとえば「手伝ってください」）を用いることまで方法は多岐にわたる。新たに獲得した行動が、即座に、かつ見通しの持てる形で子どもの環境に影響を及ぼす限り、望ましくない行動を大きく減らすことができる（Durand & Carr, 1991）。

近年この方法についての文献がたくさん出てきたけれども、ほとんどの研究はスタッフの多い実験的場面で行われてきたということを忘れないことが大切である。望ましくない行動の機能を詳しく分析するには相当の時間と熟練と技術が必要であり、統合教育場面では実行不可能なことも多い。オーウェンス Owens とマッキノン MacKinnon (1993) によると「機能分析はABC分析ほど簡単ではない」。エマーソン Emerson とブロムレイ Bromley (1995) も、この方法に内在する問題点を警告している。すなわち、人間行動は常に多くの要因によって決定されているし、別の時には別の要因によって決定される。さらに、ある特定の対応困難な行動の元にある機能を決定することは不可能なことが多い。対応困難な行動の約 25 パーセントでは特別な機能を特定できなかったし、3分の1では複数の要因によって影響を受けているようだった。ホール Hall (1997) は、重度から最重度の精神遅滞の 16 人の子どもの自傷行為と常同行動を、非常に詳しく評価し、自傷に関しては4ケースのみにその元に一定の機能を特定することができ、常同行動に関しては6ケースに一定の機能を特定できた。さらに、一群の行動の元にある機能が分かっても、必ずしも同じ人の他の対応困難な行動の元にある機能の予測に役立つとはかぎらない。

この方法を用いる研究に関しては、さらに問題がある。すなわち、無作為の対照試行を行っていないことである。大部分がマルチプル・ベースライン、一例報告、あるいは小規模群での報告であり、論文になった研究は確かに有望ではあるが、よい結果が出なかった研究がどれくらいあったのかを確かめるすべはない。

こういった問題点はあるにしても、評価と治療に関するこの方法は、対応困難な行動を減らす上で大きな役割を果たし得るようである。数多くの評定尺度や質問紙がこれまでに作られ、逸脱行動の機能を特定する上で役に立っている (Sturmey, 1996 を参照)。最も広く使われているものに「動機づけ評価尺度」(Durand & Crimmins, 1988) があり、これは行動を4つの主要なカテゴリーに分類するものである。すなわち、注意獲得、自己刺激、逃避あるいは回避、手助けの要求である。しかし、ふだんの場面で使う場合のこの尺度の信頼性と妥当性に関しては疑問があるし、もっと重要なこととして4つのカテゴリーでは逸脱行動の理由をすべて網羅できない。特にその人特有の原因や多機能的な原因を特定することはできない (Sturmey, 1995)。

それほど複雑でない質問紙をシューラー Schuler ら (1989) が作った。これは親や教師が使うことができ、子どもが自分のしたいこと (誰かのそばに座る、注意をひく、食べ物などを手に入れる、何かを取り去られたら抗議するなど) を表現する仕方を体系的に探ることによって、しばしば「不適切」と見られる行動 (叫ぶこと、自傷、かんしゃく、攻撃など) が、どのように重要なコミュニケーション機能を持っているかを明らかにするために役立つことができる。この情報は、別のそしてもっと許容されやすい反応を習得させる方法を考えるために使うことができる。さらに、そのような行動が「意図的」な攻撃や挑発ではなく、<コミュニケーション>スキルが乏しいことによるのだということを、子どもに関わる人が理解すれば、この方法は子どもに対する他の人たちの態度や反応にとってもよい影響を及ぼし得る。

以下に、多くの対応困難な行動の元にあると思われる問題を解決する方法について述べる。しかし、この場合もこの技法の効果を検証しているのは一例報告や小規模群研究であり、マルチプル・ベースライン法や ABA タイプの研究計画によるものは多いが、無作為治療試験はきわめて少ない。したがって、全体的な成功率や、この治療法が最も有効あるいは無効なのはどんなタイプの問題や子どもなのかについての情報はきわめて少ない。

コミュニケーション・スキルの向上

内在的な問題がいくつかあるにせよ、「機能分析」研究において効果的なコミュニケーション・スキルを発達させる必要性を力説することは、治療に大きな影響を与えてきた。自閉症の子どもの約半数は機能的な話し言葉が発達しない (Lord & Rutter, 1994)。そして表出語彙が豊富な子どもでも、言語をコミュニケーションに使うことの、そして複雑なあるいは抽象的な概念を理解することの持続的で広範囲にわたる障害がある。

年少児では、自発的にいくつか単語を話せたり発声できたりする場合、理解力の向上や、話し言葉の複雑さの増大や、イントネーションや構音の問題の矯正のためには、個別化された言語プログラムが重要となる。しかし、重要なことは、そのようなプログラムは子どもの認知と言語の発達レベルに応じたものにする、取り上げる単語や概念はその子どもに直接関係のあるものにする、ということである。言語というものは、1時間程度の言語治療セッションで教えることはできないが、話し言葉を促し、想像力を発達させ、理解力を向上させるために、効果的で一貫したやり方を、子どもと生活し子どもに関わるすべての大人が確実にとれるようにするという重要な役割を言語治療士は果たすことができる。子どもがどのように言語を用い、理解しているのかを記述的に評価すること、たとえばダービーシャー州言語評価法 Derbyshire Language Scheme, 早期コミュニケーションスキルの言語運用プロフィール Pragmatics Profile of Early Communication Skills (これは親の構造化面接に基づく, Dewart & Summers, 1988), 言語プログラムの対人的使用 Social Use of Language Programme (Rinaldi, 1992) なども、受容スキルと会話スキルを向上させるための指針を得るために使える。教える単語はその子どもにとって実用的な価値があれば、つまりその単語によって子どもが望んでいるものや活動がただちに手に入れば、人工的な報酬は必要なくなる。実際に明らかになっていることだが、外的な強化子の不用意な導入はかえって学習を妨げることがある (Howlin & Rutter, 1987)。

追跡調査によると、6歳あるいは7歳までに有用な話し言葉が発達しなかった自閉症の子どもの大多数は、言葉でコミュニケーションする能力に関して、その後も重い障害を抱え続ける。そのような子どもには何らかの形の別のコミュニケーション・システムが必要だろう。適切なシステムの選択は、その子特有のパターンのスキルと能力障害とによって決まる。レイトン Layton とワトソン Watson (1995) は、サインや絵や書字を使うにあたって必要となる様々なスキルの有用な分類を行っている (表2を参照)。

サイン・システム、特に精神遅滞の子どもに用いるために開発されたサイン・システムは、コミュニケーション・スキルを拡大するために広く用いられてきた。たとえば、マカトン・システム (Walker, 1980) は、英国の学校で広く用いられている。これには複雑さに関していくつか異なるレベルがあり、今ではサインだけでなくシンボルも用いる。しかし、自閉症の子どもの場合には、サインの獲得によってコミュニケーションが大いに促されるということを示す証拠は、実際にはさほど多くはない。キナン Kiernan (1983) によると、サイン語彙をたくさん習得したり (400のサインの組み合わせ)、2~3年後に言葉を話し始めた子どももいたが、やっとサインを1つか2つしか習得しなかった子どももいた。別の研究によると、般化と維持の問題は話し言葉の訓練プログラムで経験されるものと似ている。アトウッド Attwood ら (1988) によると、自閉症の子どものサインは言語使用と非常によく似ている。すなわち、常同的、反復的で、主に自分の目先の要求をかなえるために使われる。経験を共有したり、感情を表現したり、相互的で自発的なコミュニケーションを持つためには滅多にサインは使われなかった。

総じて、絵に基づくシステムでは、必要となる認知・言語・記憶のスキルが最も少ない。ただしこの場合も、用いる絵や写真はその人自身の関心や要望を反映させることが重要である。もう一つ重要だと思われることは、子どもがそのような材料を使ったり操ったりする上で「積極的な役割」を果たす（活動が完了したということを示すために、他者が作った図を受動的に見つめるのではなく、ベルクロ（マジックテープ）やステッカーを用いる）ということである。ボンディ Bondy とフロスト Frost (1996) の PECS (Picture Exchange Communication System 絵交換コミュニケーション・システム) は、それをどう実行することができるかのよい例である。

活動/物と絵/シンボル/図との間の関連がひとたび確実なものとなれば、一人ひとりに合わせて作った写真や絵のセットは、コミュニケーションおよび理解の向上のために非常に効果的に用いることができる (Quill, 1995)。どのようなシステムを用いるにせよ、子どもと子どもに関わる人が容易に使えるものでなければならない。すぐに使えるようにする方法の1つとして考えられるのは、絵/シンボル/単語のカードのセットを簡単な「フィロファックス」システム（システム手帳）に入れておくことである。あるいは、子どものベルトに取り付けておく。あるいは、ウエストポーチに入れておく。あるいは、認識票のように鎖につけて首にかけておく。その材料はしっかりと取り付けておく必要があるし、すぐに取り出せるものでなければならない。なくなってしまった道具や角がめくれて誰も読むことができなくなったカードはほとんど役に立たない。

コンピューターを用いたコミュニケーション装置は近年着実に進歩してきている。今では自閉症の子どものために特別に考案されたものもある。それは順番を交替したり、相互に関わりあったりすることに特に焦点を合わせたものである。次第に複雑になっていく取り替え可能なキーボードによって、子どもは単一シンボルのボード（たとえば、注意をひくための音が出る大きな赤い四角や円のついたもの）から、最終的には多数のシンボルの表示盤をひとりで使用するもの（一人ひとりの環境、要望、関心に合わせて作られている）へと進んでいくことができる。もちろん聴覚的に提示されるよりも視覚的に提示される材料の方によく反応する高機能の子どもにとっても、コンピューターは一般的な教育補助具としてもとても有用である。しかし、この群にコンピューターを使う場合、ある程度の対人相互交流も必要となるように配慮しておく必要がある。そうしないとコンピューター技術に関する強迫的なこだわりになってしまうことがある。

別の形のコミュニケーションを重視すると、話すことを習得する機会が最小限になってしまうのではないかと、心配する親もいる。その気持ちは理解できるが、しかしサインやシンボルを使う能力を発達させることによって、実際にはそれまでは話せなかったのに言葉を話せるようになる子どもがいる (Howlin, 1989)。そして言葉のない子どもは、効果的で他の人に理解できる形のコミュニケーションをできるだけ早く習得することがきわめて重要である。さらにもう一つ重要なことは、一見言語の問題がくないように「見える子どもも、何らかの拡大コミュニケーション・システムを時に必要とすることがあるということに気づくことである。自閉症の子どもすべてが、能力は低かろうが高かろうが、抽象的な言語に関する問題や一連の複雑な指示を理解することに関する問題を抱えている。したがって、話された「一つひとつの単語」は理解できるかもしれないが、話されたことの全体的な意味は理解できなかつたり誤解したりすることがある。もしも「あなたのお母さんのところに行って、お茶を飲みますかと尋ねなさい」と言われたら、子どもはその通りにするかもしれないが、何も返事を持って来ないかも知れない！そのような場合、重要なことは、子どもに期待されること（すなわち「お母さんのところに行って、お茶を飲むかどうか聞いて、すぐに戻ってきてお母さんがどう言ったかを私に言いなさい」ということ）を話し手が使った言葉が適切かつ確実に伝えるようにすることである。さらには、特に課題の条

件が複雑な場合には、達成すべき一連の活動の簡単な指示・絵・漫画，あるいはやるべき課題を示すシンボルを用いることによって共同作業を大いに進めることができる。

表2 コミュニケーション方法の評価 (Layton & Watson, 1995 より)

	サイン	絵/ピクトグラフ	書字
特徴			
作成容易	容易	容易	やや
持ち運び可能	高	中	高
永続性	なし	あり	あり
速さ	中/遅	遅	速
多語文にできる	中	低	可
アイコン化	若干	可	否
相互性	小	小	大
必要なスキル			
運動スキル	必要	不要	必要
高度の協力	主ではない	主ではない	主ではない
他者の積極的な理解の必要性	必要	不要	不要

視覚的な指導システムの成功例の1つが、TEACCHの教育プログラムであり、これは最初はノースカロライナ州で開発された (Schopler, Mesibov, & Hearshey, 1995)。これは視覚的な手がかりや「シグ」を大いに活用し、学校ではいろいろと色分けをしたワークエリア (机上課題に取り組む場所) やコンテナ (箱や容器) を用いて、子どもはどこにいるべきか、何をすべきか、机上課題はどこから始めなければならないか、終わったらどうすべきか、あるいはどこで遊ぶべきかということまで示す。高度な構造化と視覚化を組み合わせたプログラムは、課題関連スキルの向上と不適切行動の軽減とに非常に有効である。しかし、どの治療パッケージに関しても言えることだが、重要なことは、基本的な構成要素を一人ひとりのニーズと環境に適合させることである。もう1つ重要なことは、最終的にはあまり構造化されていない環境でも子どもが機能できるように、そのような視覚的な手がかりは徐々に減らしていくよう計画することである (Jordan & Powell, 1995)。

<反響語>

反響語は、即時性のそれも遅延性のそれも自閉症によくある特徴である。不適切で非コミュニケーション的と考えられ、時にはとてもいらいらさせられることもあるが、丁寧に分析すると、多くは重要なコミュニケーション機能を持っており、それは特定できる (Prizant & Schuler, 1987; Rydell & Prizant, 1995)。他のあらゆる「自閉的」行動のように、反響語を変えよう

とする前に、まずそれが果たしている役割を評価することが重要である。

反響語は子どもが理解できていないことを示している場合もある。新しい言葉や表現を練習する機会を与えるとともに、他の人の言葉を理解できるように手助けすることが重要である。さらに、混乱していたり、不安になっていたりとすると、反響語は増えやすいことから、子どもへのプレッシャーが過大であることを意味する場合もある（Rydell & Mirenda, 1994）。怒りを処理したり、不安を和らげたりするために、不安を引き起こしそうな場面に対する心の準備という役割を反復行為は果たしている場合もある。〈なぜ〉そのような行動が生じるのかをよく理解し、考えられる意義を認識することによって、症状それ自体ではなく、反響語を引き起こす要因を変えることに注目すれば、適切な関わり方がわかるはずである。

用いる言葉を簡単明瞭にしたり、絵や指示書やその他の手がかりを補ったりして、指示や問いかけが十分かつ確実に理解されるようにすれば、常同的な言葉やオウム返しという言葉を相当減らすことができる（Rydell & Prizant, 1995）。図・絵・カレンダー・リストなど、恒久的な形で子どもに必要な情報を提供するものに子どもの意識を向けることによって、質問の繰り返しも（これにおとなが反応すると、かえってひどくなることが多い）、減らせることがある。認知や対人関係の面で適切な手助けをして不必要なストレスを解消することも、相当な影響を及ぼすことがある。毎日の生活をできる限り予測可能で一貫したものにし、必要な変化や変更は前もって十分に予測できるようにすることで、毎日の習慣（ルーティン）の混乱を最小限にすることは、言葉の繰り返しの回数を減らす上で有効である。

常同的な言葉（車の仕様について来客者を質問攻めにしたり、特定の鉄道網の照明システムについて延々と独り言を言ったりするなど）は、対人接触をしたいけれども必要な会話スキルを子どもが持っていないことによるものである場合がある。この場合も、基本的な会話のやりとりを始めたり、続けたりすることを（場合によってはロールプレイやドラマの技法を利用したりして）助けることは、この種の問題に取り組む際に最も効果的な方法となることが多い。

もちろん常同的な言葉は人の注意をひくので、わざと使われることもある。繰り返し言葉、ののしり言葉、その他挑発的な言葉は、おとなや他児からただちに反応してもらえることが多く、きわめて容易に強化される。そのような場合、適切な言葉のレパトリーを広げると同時に、消去（強化しないこと）や「タイムアウト」（今与えられつつある報酬を取り去ること）といった方法が必要となることもある。そのような技法は、〈一貫して〉用いるなら、行動に即座にプラスの効果を発揮し得る。一貫しているということが重要である。ののしり言葉やその他の口汚い言葉は、気持ちが落ち着いており、コントロールできる時なら親は比較的容易に無視できる。前の晩に眠れなかったり、ストレスにさらされていたり、ほとんどコントロールできない場合（たとえば教会でとか、バスの中でとか、スーパーマーケットのレジで並んでいるときとか）には、反応しないでおくことは、ほとんど不可能である。この種の間欠的強化は、実際には望ましくない行動を増やす結果になるし、消去プログラムは、原理的にはきわめて有効ではあるが、現実には実行はとて困難である。「消去による一時的悪化」（初めて強化をやめると、当初かえって問題行動が増加すること）が起こりやすい消去プログラムの初期段階の間は親を支える必要がある。

<周囲の人のコミュニケーション・スキルの改良>

適切な手助けと励ましによって、自閉症の子どもは言語の使用と理解の両方に関して伸びを見せることがあるものの、コミュニケーションの障害は自閉症の中核障害であり、これを完全に克

服する治療法はない。しかし、子どもの周囲のおとなに自分自身が使っている言語にもっと注意を払わせることにより、多くの成果をあげることができる。指示は簡潔明瞭にすべきで、用いる言葉が、言おうとしていることを本当に意味するように、あらゆる努力を傾けなければならない。隠喩、俗語、慣用句はすべて避ける方がよい。また、皮肉や脅し、たとえば「もしそれをしたら、殺すぞ」というような言葉は、混乱のもとになる。漠然とした言葉、たとえば「ひょっとしたら」とか、「考えておくよ」とか、「また会いましょう」などでさえ、混乱や不安を引き起こしやすい。子どもに何かを依頼する時は、明確な依頼、たとえば「そのパンをちょうだい」と言う方が、「そのパンをとれる？」と言うよりも有効だろう（後者の言い方では肯定的な答が返ってくるかも知れないが、行動には移らないかもしれない）。他にもほんのちょっと言い方を変えることで驚くほどの効果を発揮できる。ある女の子はフランス旅行に行く前に「列車で寝るのよ（going to sleep on the train）」と言われてひどく混乱したが、言い方を「列車の中のベッドで寝るのよ（going to bed in the train）」と変えると、混乱は喜びと安心に変わった。ある十代の男の子は、教師や医者に「あなたの誕生日は何年ですか？」と聞かれるかぎりには、不作法になり相手をののしったが（彼にとって答は当然「毎年」である）、問い方を変えて「あなたが生まれたのは何年ですか？」とすると、礼儀正しく答えることができた。

残念ながら、どういう言いまわしが問題を引き起こしやすいのかということをあらかじめ予想することは困難であり、これはすぐれて試行錯誤の問題である。しかし、要求に応じてくれないときや、何か言われてオウム返しやいらいらや不安が吹き出すなら、常にまず第一に、言われたことを誤解していると考えるべきである。使う言葉を簡単にしたり、変えたりする方が、子どもの反応を修正しようとするよりもはるかに効果的なことがある。そしてこの場合も、用いる言葉を有効なものにするためには、文字で書いた手がかりや絵による手がかりが効果的であるということについてはいくら強調しても強調しすぎることはない。

対人関係の問題の軽減

自閉症の対人関係の障害は、知能程度がどうであれ、子どもの機能のほぼ全局面に影響を及ぼす。障害が重度の子どもでは、人前で奇声をあげる、服を脱ぐ、マスターベーションをするなどのきわめて不適切な行動が障害の大きな理由になることがある。能力の高い子どもの場合は問題ははるかに微妙で、共感性、対人関係の理解、相互性、同調性などの障害の形をとりやすい（すなわち、言動それ自体は許容できないものではないが、時や場所あるいは相手が適切ではない）。

いろんな方法を使えば、はっきりした対人関係の問題ほど解決しやすいことも多い。どんな行動が許容され、どんな行動が許容されないかについて、最初から確固たる一貫した方針が必要となる。小さい子どもの場合、もし明確で一定不変のルール、たとえば人前では決して裸になったり、マスターベーションしてはいけない、知らない人やその人の持ち物に触ってはいけないなどがあれば、そしてもしそのような禁止事項に対してパニックを起こしたら、楽しい活動が中止になるということを子どもが学習すれば、こういった行動が児童期後半になって問題になることはずいぶん少なくなる。自閉症の子どもは、定義からも明らかなように行動パターンがある程度固い。そして周囲が許容できる行動が、年齢がとても低いうちに身につけば、持続する傾向が高い。もちろん逆も真であり、許容できない行動をひとたび認めてしまうと、後々それを変えることはとても難しい。特に子どもの体が大きくなってからでは難しい。したがって、子どもがまだ小さいうちに効果的な行動管理戦略を発展させるためには、多くの援助と支援が親には必要となる。

年少の自閉症の子どもの場合、その障害は重く、混乱していることが多いので、ほとんどの親は苦痛を大きくしないために、子どもの要求の多くを認めがちである。どうした場合に、許容してよいか、あるいは「だめ」と言う必要があるかを理解し、どうした場合に一貫性が重要になるかを認識できるよう親を援助することにより、将来生じかねない問題を予防することができる。ほしいものが買ってもらえなくてお店で泣き叫ぶ3歳の子どもを動かすことは結構大変なことではあるが、泣きわめく13歳の子どもを動かすことははるかに困難である。

もう1つ重要なことは、年少の頃なら必ずしも不適切な行動ではないが、年齢が上がるにつれ次第に許容できなくなる行動があるということに親が気づくことである。出会う人すべてにあたたかく抱きつき、キスをする年少の女の子や、女性のタイトスカートの感触をこよなく愛する幼い男の子は、大目に見てもらえることもあろう。しかし十代後半や大人になってから同じ行動をとれば、まったく違う反応を周囲に引き起こすことになる！ 対人的な理解や意識に関して問題があるので、自閉症の子どもは他者の反応の変化に無関心であるか、あるいはかつては許容され奨励された行動が、突然くまちがっている>ようだという事実と直面して完全に混乱するということになる。一般論としては、最初はとてゆるやかな方針で始めて、後で突然厳しい方針に変えなければならないよりも、単純かつ不変のルール（キスしてよいのは家庭内だけ、さわってよいのはお母さんのタイトスカートだけ）から始めて、必要なら後にゆるくしていくこともあるという方がはるかに好ましい。脱ぎたい時にはいつでも服を脱いでよかった幼児にとって、就学後その行動を変えることはとても難しい。一方、家でだけ服を脱いでもよいことにしてきた子どもに、大きくなるにつれてお医者さんの診察室のようなく特別な>場面でなら服を脱いでもかまわないということ教えることはできる。

この場合の主問題とは、対人的な行動は単純なルールに支配されていないということである。そのようなルールが存在するとすれば、それは高度に複雑で対人状況に応じて絶えず変化するものになる。しかし、自閉症の子どもに関する限りは、まったくルールがないよりは一貫したルール（時に不適切なことがあったとしても）がある方が望ましい。もっと多くの問題が出て来るのは、もっと複雑で微妙な対人関係の障害に取り組む場合である。友だちの作り方を理解し、人が何を考え、感じているかを認識し、適切に反応することは人間の基本的な才能である。それは教わって習得するようなルールに基づくスキルではない。したがって、そのような基本的な障害を克服するための関わりはほとんどうまくいっていない。ソーシャル・スキル・グループ、特に自閉症の子どもや大人向けのそれは、対人機能のある局面に改善をもたらすという証拠が若干ある（Mesibov, 1984; T.I. Williams, 1989）。しかし、練習していない場面への般化については概してうまくいかない。ソーシャル・スキル・トレーニングは、子どもが家族や親戚といっしょにいる時、お店や学校で、あるいは友だち仲間と一緒にいる時などで、適切な対応の仕方を習得するために、子どもが遭遇する場面ごとに一つ一つ実施するのが最もよい。こういった場面では、それぞれ別々の対人戦略を必要とするし、<ソーシャル・スキル・グループ>という比較的限定された場面で教えるよりも、各現場で教える方がはるかに効果的である。

同年代の子どもとの上手なつきあい方を学習することは、自閉症の子どもにはしばしば最も困難な課題の1つとなる。参加の「ルール」、子ども集団への入り方、集団活動への参加の仕方、他児への話しかけ方などのルールは、すべてきわめて複雑で文字に表しにくく、あまりうまく理解できない（Dodge, Schlundt, Schocken, & Delugach, 1983）。それゆえ、教えることはほとんど不可能である。こういう理由から、研究者の中には、自閉症でない子どもたちに自閉症の子どもとの効果的なあそび方や交流の仕方を体系的に教えることに関心を移した者もいる（Lord, 1995a; Wolfberg & Schuler, 1993）。ロイヤーズ Roeyers（1996）も明らかに

したことだが、障害のない子どもたちに対して自閉症の子どもについての情報を提供し、彼らとの遊びを促すための一般的な指示を提供するだけで、交流の頻度やスタイルを向上させることができる。この種のプログラムによって重要な短期成果が得られ、それは統合の機会を増やす上で明らかに重要である。しかし交流を効果的なものにするには、教師による上手な指導を必要とするし、長期間にわたって他児からの協力を維持することは困難なことがある（Lord, 1984）。

対人関係の問題に関する最近の治療法の中には、「心の理論」の基本的な障害に着目しているものがある。「心を読む」、すなわち他者の信念・考え・観念・感情などを理解することが自閉症の子どもにはできないということが、近年たいそう注目されている（優れたまとめは Baron-Cohen, 1995 を参照）。いくつかの研究によって明らかになったことは、コンピューターや絵、写真、玩具、あるいは俳優を用いる比較的短期間のプログラムにより、信念や感情を理解する能力が伸びるということである（Swettenham, 1995; Ozonoff & Miller, 1995; Hadwin, Baron-Cohen, Howlin, & Hill, 1996）。予想されなかったことではないが、そのようなプログラムは短期間のものであり限度があるので、「心の理論」の訓練を受けていない部分に般化されることは少ない。しかし、効果は限られているけれども、「心を読む」能力を伸ばすために特別に作った訓練プログラムは、多くの自閉症の子どもの教育カリキュラムに重要かつ有効なものを付け加えることができるのではないだろうか（Howlin, Baron-Cohen, Hadwin, & Swettenham, in press）。

強迫的儀式的行動への対処法

儀式的強迫的行動は、もっと重要な問題の原因となる。こういった問題のいろんな解決法がたくさん報告されてきたが、一般論としては「段階的変化」法で関わるのが最も有効である。自閉症の子どもの場合、強迫的儀式的行動は、不安が軽くなり、とても混乱し予測できない世界をコントロールできるという点で、重要な役割を果たしている（Jolliffe, Lansdown, & Robinson, 1992 を参照）。もし、そのような行動を突然制限したりすると、耐えられないほど高いレベルの不安や苦痛を引き起こすことがある。そして、その後の混乱のゆえにたいいていの親は、たちまち譲歩してしまう。さらに、周到的な計画を立てないと、もっと混乱を招くような別の儀式的行動や強迫的行動に置き換わることもある。

親の協力と一貫性を保つために、子どもや家族の他の活動の妨げにならなくなるまで、その行動を<徐々に>修正することが一般には有効である。HowlinとRutter(1987)およびSchopler(1995)は、強迫的儀式的行動を減らすために使えるさまざまな方法について書いている。しかし、重要な目標は、（親子双方にとっての）不安と苦痛を最小限にすること、劇的な改善よりも徐々にではあるが実行可能な行動変化を目指すこと、強迫的行動の欠点ばかりでなく、利点の可能性についても考慮し、それをできるだけ利用することである。

以下の指針は、特に役に立つようである。

（１）<明確かつ一貫したルールを確立する>： <いつ>、<どこで>ならその行動をとってもよいか、<誰に対して>なら行なってよいか、<どれくらいの時間>続けてよいか。このルールによって、子どもはその行動がいつ<許されない>のかだけでなく、いつ<許される>のかも確実にわかる。

(2) <変更は必ず1度に1ステップだけにする>： そうすることで、子どもの苦痛は最小限に押さえられる。非常に小さな目標を設定することで長期的な成功のチャンスが最大になる。

(3) <元にある要因の可能性を探求する>： 強度の強迫的行動は、不確実性・不安・苦痛の表れであることがよくある。そのような問題は、子どもの日課を確実に予測可能なものにし、適度に刺激的で構造化されたものにするによって相当軽減することができる。

(4) <環境調整の可能性を考える>： 子どもに対する不必要な要求を減らすこと、おとながもっと柔軟な態度をとること、あるいは日々の習慣や普段の環境を比較的簡単に調整することなどによっても強迫的行動を減らすことができる。統合教育の学校では、遊び時間に集団遊びで無理に一定の役割を与えられたり、「参加」させられたり、授業が始まる時に座る場所を皆が一斉に自由に探さなければならなかったりする場合には、自閉症の子どもが多くが非常に混乱する(それゆえ、ますます儀式的な行動にふける)。集団遊びやゲームの時間に図書室で過ごさせたり、別の課題を与えたり、座る場所を決めてあげたりして、そのような社会性を必要とする場面を避けることにより、複雑な行動療法プログラムよりもはるかに効果をあげることがある。

(5) <変化・変更に対処できるように援助する>： 成長発達のためには、構造化され安定した日課プログラムが必要であるが、変化・変更を完璧に避けることは不可能であるばかりか生産的でもない。幸いにも多くの場合、問題を最も引き起こしやすいのは<予測不能の>変化・変更である。したがって解決策は、どんな場合でも、これからどういうことになるのかを十分に子どもに理解させることである。話し言葉で説明するだけではたいてい不十分なので、これからの活動や日課の変更を視覚的に呈示すること(絵カレンダー・シンボル・書面でのリストの形などで)が最も有効である。

(6) <強迫行為を利用する>： ある種の儀式的な行動は完全になくすことが必要となる場合もあるが、一般に許容できるレベルにまで達したならば、強迫的な行動や興味はプラスの効果を発揮することもよくある。生産的な活動を産み出すためのきわめて強力な強化子になることもある(Howlin & Rutter, 1987)。さらに、それ以外にはほとんど興味や能力をもたない子どもにとって、安心感や自己陶醉感の重要な源になることもある。強迫的なスキルや興味が適切に発達させられると、後々社会や学校での統合(インテグレーション)に重要な役割を果たしうること追跡調査から分かった(Kanner, 1973)。

表3には、機関車トーマスに関するある男児の強迫行為を、前述の方法のいくつかを用いて徐々に親が解決した過程を例として示した。その子が3歳になるまでに親が気づいたことは、強迫行動が非常に広がってきたので、何らかの方法でこれに対処しなければならないということであった。その頃その子は、機関車トーマスのビデオに一日中没頭し、それ以外のことはほとんど話さなかったのである。

表3 機関車トーマスに関するある3歳男児の強迫行為に対する限界設定の段階

-
- 1 いつ「トーマス」のビデオと列車セットで遊んでよいかを示す絵カレンダーを親が作る。
 - 2 通園前にはビデオは見てはいけない。かわりに「トーマス」の本を朝食時に読み聞かせる。
 - 3 ビデオは帰宅後夜1回だけに制限する。週末は制限なし。列車セットの使用は制限なし。

- 4 「トーマス」の服についての制限。「トーマス」の服は学校では着てはいけないこととすることに学校は了承。家では制限なし。
 - 5 代替活動（「トーマス」の本、盤ゲームなどを含む）を増やしていくことで「トーマス」の列車セットで遊ぶことを徐々に制限する。
 - 6 家では新しい電車セットを購入。列車セット以外の「トーマス」の玩具のいくつかと一緒にして遊んでもよいことにする。
 - 7 「トーマス」の列車セットは祖母宅に移す。遊べるのは週末のみとする。列車一般への興味は促す。
-

薬物療法

行動療法的なかかわりは、自閉症の年少児の治療形態としては通常最も望ましいが、強度行動障害（特に自傷や攻撃性）、睡眠傷害、過活動、不安、抑鬱、著しい強迫的行動のために、薬物が検討される場合がある。アメリカ合州国では薬物療法は非常に広く行われている。自閉症の子どもを世話している人 838 人についての Aman ら（1995）による最近の調査では、50%以上の人が何らかの薬物療法やビタミン療法を受けていた。ほとんどの薬物は、特別な行動面での問題や、たとえばてんかんのような身体面での問題に対して処方されていたが、一部の薬物、特にフェンフルラミンやもっと最近登場したある種の選択的セロトニン取り込み阻害剤（フルオキセチンやフルボキサミン; Lewis, 1996; McDougale et al., 1996）は、自閉症の症状を全体的に軽くする手段として勧められていた。

しかし、最もよく使われている薬でさえ、その薬効評価はしばしば不適切である（Lewis, 1996）。キャンベル Campbell ら（1996）の結論は、ハロペリドール、フェンフルラミン、ナルトレキソン、クロミプラミン、クロニジンだけが適切に研究されてきたということと、これらの薬はすべて欠点があり副作用があるということである。長年にわたって用いられてきたその他の無数の薬物に関して、Campbell ら（1996）は次のように警告している。「こういった薬物の有効性と安全性に関して結論を下すことはできない。なぜなら、得られた知見に関しては少数例のサンプルに基づいており、プラセボと比較した研究ではないからである」（その他の薬物の効果に関する最新情報については、Lewis, 1996; Campbell & Cueva, 1995 の最近の総説を参照のこと）。

教育

自閉症には奇跡的な治癒はないかもしれないが、適切に構造化された教育プログラムは有効な治療の最も重要な部分の1つであることは、ずっと以前から認められている（Rutter & Bartak, 1973; Schopler, Brehm, Kinsbourne, & Reichler, 1971）。

有効な教育プログラム（例えば TEACCH; Schopler et al., 1995）では、コミュニケーションの障害をうまく切り抜けるために環境を適切に組織化することと、明瞭な視覚的手がかりを用いることの重要性が、一人ひとりに応じた学習プログラムを組み立てる必要性とともに強調され

る。しかし、この枠組みの中でも教育法は多種多様である。統合教育もあれば、分離教育もあり、両者の混合型の教育もある。教育方法とカリキュラムは、自閉症の子どものスキルと能力障害の具体的なパターンに合わせることが必須条件となる（学習を促進させるために用いることのできる想像的で革新的な技法のさまざまについては、Jordan & Powell, 1995; Powell & Jordan, 1997 を参照）。さらに、一般にもっと生産的なことは（しかも関係者全員が必ずもっと喜ぶことができることは）、基礎的な障害の克服をめざすよりも、子どもの持てるスキルを発達させることを重視することである。同じく強調すべきことは、子どもの対人関係と情動に関するニーズを満たすことである。特に能力の高い子どもにとっては、この後者の目標の達成が難しい場合がある。特殊教育では、彼らに知的な刺激を十分に与えられないことが多い。他方、統合教育（普通教育）では、余分に必要となる支援を提供しないと、他の子どもからいじめられたり、教師に理解がなかったりするために重度の情動ストレスを被ることも多い。

最も効果的な教育プログラムは、早期（2歳～4歳の間）に始めるプログラムであるということには十分な根拠がある（Rogers, 1996）。そして、いったん適切な教育の場所が見つければ、家族への重圧は大幅に軽減する。そして、親、教師、その他の専門職が協力して関われば、行動管理の技法の一貫性は著しく向上し、新しく習得した行動の般化と維持が確実になる。したがって、子どもが早期に適切なサービスを確実に受けられるためには、自閉症の治療に関わるすべての臨床家と教育サービス提供者とが十分な連携をとることが、あらゆるケア・プログラムの重要な要素となる。

その他のアプローチ

その他の面でも家族のニーズを臨床家は適切か確実に適える必要がある。計画的かつ定期的に行うレスパイト・ケアにより親に休息を与えることができる。これはしばしば親の切実なニーズである。レスパイト・ケアによって他の子どもと過ごす機会が与えられ、自閉症の子には家から離れて過ごす機会が与えられる。家族は、受ける権利のあるあらゆる便益を確実に享受するために、指導助言を必要とすることがある。お金があれば子どもの行動が改善されるというわけではないが、お金の心配が親の対処能力を損なうことがある。些細な便益に見えるようなことでさえ、例えば駐禁地域駐車許可証を持つことで、子どもと買い物に行けるかどうかに差が出てくる。

最後に、もちろん自閉症の子ども自身が援助を必要とすることもある。認知行動療法で不安・恐怖・怒りを処理しやすくしてあげることが、年長で能力の高い子どもには有効な場合がある。ただし、これだけでうまくいくことは滅多になく、一般に学校と家庭の協力が必要となる。重度の情動問題のある子どもによっては、精神分析的な関わりが検討されることもある（Maratos, 1996）。ただし、そういうアプローチが役に立つという証拠はほとんどない（Campbell et al., 1996）。しかし、年長で能力の高い自閉症の場合、不安や抑鬱を解消し、自分の障害や人との違いに気づくことによる心痛を解決する有効な方法として、個人精神療法やカウンセリングが役に立つこともある。しかし、経験から言えることは、これは問題の解決方法についての直接的で実践的なアドバイスと結びつけて行わなければくならない。そうしないと、子どもは過去のことや自分の障害について考え得る別の説明に強迫的にこだわるようになり、前向きにく進んでいくことがほとんど不可能になってしまう。

アスペルガー症候群（あるいは高機能自閉症）の子どもへの援助

自閉症の<軽症>型とよく言われるが、アスペルガー症候群の症状は、多くの場合、低機能の自閉症の子どもと全く同じように広汎性で混乱を招くものである。しかし、相対的に高い認知能力と<一見>言語使用能力が高いことのゆえに、アスペルガー症候群の子どもに対するサービスや理解は最も貧弱なことが多い。実際には多くの者が言語および理解に広く障害を持っている（特に抽象概念や複雑な概念に対して）。対人交流の微妙な部分の理解がしばしばきわめて大きく制約されており、強迫的な興味や行動も社会的な統合の妨げになる。多くの人は、さらに自分の障害と人との違いを痛切に感じている。しかし、何らかの専門家による支援を受けている人は、ごく一部にすぎない。大部分の人は普通教育の中で、まったくと言ってよいほど援助なしでやっていかざるを得ない。親は過保護あるいは放任だと誤解されることがあり、必要とする支援や助言を得ることがきわめて困難となる。さらに、子どもの語彙が豊富なことと強迫的な興味がよく発達していることから、高度なことを達成する能力が実際以上にあるという印象を与えることがよくある。彼らの対人的な能力と学業に関する能力に寄せる他者からの期待は非現実的に高くなる傾向があり、そしてそういう期待に応えないと、子どもは拒否的で非協力的で、やる気がなくて、だらしがなくて、人をおちょくっていると見なされる。一見とても<正常>に近いので、もっと能力の低い自閉症の子どもには決して要求されないようなく順応>を求める重圧が絶えずのしかかってくる。これは、すさまじい重圧になることがあり、極度の不安とストレスをもたらし、ひいてはますます対人関係と教育における伸びを妨げることになる。

スキルと障害のプロフィールにはとても大きなばらつきがあるため、アスペルガー症候群の子どもは、全般的な精神遅滞の子どもよりも高度に専門的な援助を必要とすることすらある。残念ながらそのような援助はめったに利用できない。自閉症の子どもへのサービスは一般に過去数十年間に著しく向上したが、アスペルガー症候群の子どもへの効果的な援助の仕方についての我々の知識ははるかに遅れている。

早期診断の必要性

自閉症の子どもとその家族に対する早期療育と支援の必要性についての意識が高まってきたにもかかわらず、3歳未満での診断はまだ稀である（Baron-Cohen et al., 1996）。イギリスでの最近の大規模な調査（Howlin & Moore, 1997）では、自閉症の子どもの診断の平均年齢は5.5歳、アスペルガー症候群の子どもの診断年齢ははるかに高く11.3歳であった。この調査からも明らかになったことは、診断を受けようとする親は大幅な時間的遅れと欲求不満に直面し続けているということである。

もちろん、早期診断には利点と同時に問題点もあることに気づくことは大切である。2歳以下での正確な診断には問題があることがわかっている。臨床診断に基づく判断は、正式な診断基準、例えば ADI (Autism Diagnostic Interview-Revised 自閉症診断面接法改訂版; Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994) や CARS (Childhood Autism Rating Scale 小児自閉症評定尺度; Schopler, Reichler, & Renner, 1986) に基づく診断とは必ずしも一致しない。そして、特に問題となるのは、自閉症の子どもと非自閉的で言葉のない重度の認知障害の子どもとの鑑別である（Lord, 1995b; Lord, Storuschuk, Rutter, & Pickles, 1993）。しかし、2歳でも熟練し

た臨床判断に基づく診断は比較的確かであり、3歳までにはさまざまな診断方法の基準に合致する傾向がある（Lord, 1995）。

診断の不必要な遅れは実践的に重要な意味を持つ。最も効果的な療育プログラムは、早期一すなわち2歳と4歳の間に開始されるものであるということには根拠がある（Rogers, 1996）。さらに、早期の適切な行動管理戦略の確立によって、二次的な問題行動の多くを最小限に食い止めたり、予防したりすることすら可能なようである（Howlin & Rutter, 1987）。

第1に明らかなことは、早期児童期からの、たとえ単純なものであれ有効なコミュニケーション方法の発達により、確かに問題行動を減らしたり、予防したりできる。そうしないと、問題行動は、子どもが自分の環境をコントロールするための基本手段となってしまうことがある（Durand & Carr, 1991）。

第2に、すでに述べたように、年齢が上がるにつれて＜対応困難な＞行動とか、許容不可能な行動と見られるようになる年少児の行動を、助長しないようにすることが重要である。年長児や青年の行動が心配の種になっている場合、その行動自体は昔から何ら変化しておらず、それまで何年間にもわたって続いているということはあまりにも多い。その行動の本質が変わったからではなく、その行動に対する周囲の人の態度が変わったために問題が生じることになったのである。

第3に、自閉症の人がますます上手に問題行動をとるようになり、意志強固になるにつれて、その行動が許容不可能となることがある。例えば、ある年少の子どもには、人の洗濯機を見つめるという比較的無害なこだわりがあった。家族の友だちや隣人は喜んでこの行動を奨励していた。しかし、17歳になるまでに、彼はこだわりにふけるために家宅侵入し、たえず警察沙汰になっていた。

第4に、特に儀式的な行為や強迫的な行為の場合、適切な行動の多くとは逆相関の関係がある（Koegel, Valdez-Menchaca, & Koegel, 1994）。したがって、そのような行動は年少のうち効率的にコントロールされるようになっていないと、しだいに悪化して行き、他の多くの行動を妨げるまでになり得るといった現実的な危険性がある。年少児の場合、＜まちがった＞道順をとったり、ある課題の完成方法を変えようとしたために、子どもが泣き叫んだりかんしゃくを爆発させたりすると、当惑した親は子どもに負けてしまいやすいということは理解できる。しかし、長年にわたって子どもの要求は次第に過酷になり、親は自分たちが複雑で手の込んだ習慣のクモの巣に捕まったことに気づくはめになる。

適切な援助がなければ、問題の可能性を見極めることは親には困難である。あるいは、親は問題に確固とした態度で対応する勇気と一貫性を欠いてしまうことにもなる。なぜなら、親が対抗すると子どもはさらに混乱し、傷つくのではないかと恐れるからである。専門職の役割は、家族に必要な情報と支援を提供することである。それは家族が、早い段階で問題を確認し、子どもの対人関係・コミュニケーション・こだわりの問題がその後の生活に及ぼす衝撃を最小限にする行動管理戦略を磨くためである。

（文献リストは割愛）

（1999/3/15 門 眞一郎 訳）