

14 ホーム・ビデオ・アプローチによる1自閉症児の母親の発語の変化

高木聖郎

1. はじめに

自閉症の原因療法といえるものが未だ見つかっていない現在、対症療法的とはいえ、言語をはじめとしてさまざまなスキルを獲得させ、種々の問題行動を軽減させるうえで最も効果が期待できるのは行動療法的アプローチである^{3,4,5,7)}。しかしこの方法で自閉症の子どもに関わる時、最大の難問となるのが効果の〈般化〉と〈維持〉の2つであることも周知の事実である^{5,9)}。そしてこの問題の1つの突破口と考えられているのが、親や教師に「治療者」の役割を受けもってもらおうというやり方である⁹⁾。この発想のよってきたところは、治療環境(クリニック)と自然環境(家庭や学校)との落差が大きければ大きいほど〈般化〉は生じにくく、治療者と共同生活者(親や教師)の行動療法的な関わり方(たとえば強化の質や量)が異なれば異なるほど〈維持〉は見込めなくなるという事実にある。そこから、子どもに毎日もっともよく接している人が、普段の生活の場で子どもに行動療法的に関わるのが最も効果的ではないかという発想が出てくる。親や教師、場合によっては同級生が「治療者」の役割を担うという考えである。要するに自然環境を治療環境にし、共同生活者を「治療者」にしてしまうのである。

従来、共同生活者を「治療者」にするというやり方は、二様の方向性で実践されてきた。1つは、親や教師が訓練機関で「治療者」となるべく訓練を受けるものであり、代表的なのが Schopler らの TEACCH である^{5,9)}。もう1つは、家庭に訓練担当者が出向いて、実際に生活している場所で「治療者」としての訓練を親に施すものであり、代表的なのが Howlin らの

home-based treatment である^{1,2,3,4)}。

しかし両プログラムとも、相当潤沢な人的資源が確保されないと実行困難である。そこでわれわれは、乏しい人的資源という難点を克服するために、家庭でのビデオ記録を素材にして、親に行動療法的アプローチを指導し、これと並行して行動療法や学習理論について必要な理論学習の機会を設けるという方法を試みた。

2. ビデオによる home-based treatment

自閉症の自閉症たるゆえんは、「自閉」としか名付けようのなかった独特の対人関係の障害にある。しかしこれは、自分の殻の中に閉じこもってしまって外界との交通を完全に断ってしまうというのとはおよそ様相を異にする。自閉症の子どもが出す信号を、周囲の人間が感知し、その意味を理解し、その意図に応答することは著しく困難ではある。しかし明らかに彼らは周囲の人間に向けて信号を発するのである¹⁾。その信号は、それが発せられる脈絡や状況に緊密に結びついているため、きわめて特異的なものとなり、脈絡や状況ひいては生活が共有されていないと理解困難である。したがって、信号は感知されないままに、あるいはその意味が理解されないままに子どもからの交通は頓挫させられてしまう。あたかも接線と円との関係のようなものである。接線は一瞬のうちに1点でのみ接して、あとは無限の彼方へと延びてしまう。この一瞬の接点をうまく捕捉できるか否かで、自閉症の子どもとの交流の成立不成立が決まる。「自閉症」というよりは、むしろ「接線症」とでも呼びたくなるような対人関係の障害が特徴的なのである。

この独特の対人関係の障害に加え、言語発達の障害、想像的な遊びの発達の障害といったことが、親子の交流をきわめて難しいものにする。子どもからの信号を捕捉しにくく、子どもの言語や遊びの発達の変化を日々目の当りにして喜ぶということが親にはできにくい。子どもがいろいろなことを獲得し、理解しやすい信号が次々に子どもから発せられるということが、親にとっては育児行動に対する強化子として機能することになるのだが、自閉症の子どもを育てる場合には、この強化子を親が得る機会は著しく少なくなり、

その結果、子どもに対する強化子（たとえば子どもの発達変化を喜び、笑い、抱きあげるなど）を子どもに与えることが少なくなる。親子双方からのこの強化子減衰の悪循環が、ますます自閉症の対人関係障害を悪化させることになる。この強化子減衰の悪循環を食い止め、前述の〈般化〉と〈維持〉の問題を克服するためには、具体的かつ体験的に強化のしかたを親に提示することが有効と考えられ、その手段としてビデオ録画を利用することになった。

1. 症 例

〔家族歴〕 父・母・本児の3大家族（その後本児が5：7歳の時に弟が誕生）。他に特記すべきことなし。

〔生育歴〕 父27歳、母25歳の時に出生。前期破水があり、35日早産であった。生下時体重は2396g。呼吸障害が生後5日間続いた。筋緊張不良で、黄疸も強く、光線療法を受けた。出生直後および生後40日目にけいれん発作がみられた。保育器には2週間入っていた。立位が1：0歳、歩行開始が1：6歳と運動発達がやや遅れ、有意語が出だしたのは2：6歳であった。

〔現病歴〕 上述のように出生直後および生後40日目にけいれん発作がみられたが、K病院小児科でルミナルを処方され発作は消失した。以後6歳2カ月まで服薬を続けた。また4：0～4：6歳の間と4：9～4：10歳の間に同病院よりホパテも処方された。0：3歳時にCTスキャンで右前頭部に軽度の異常を指摘されたが、5：0歳時にはCTスキャン像は正常化した。脳波検査でも1：8歳時に異常が指摘されたが、2：6歳以降は正常化している。

一方、保健所の1歳6カ月健診では、「言葉の遅れ。指さしが出ていない。他児への関心がない。人見知りがあいまい」という理由で「精密検診の要あり」と判定されたが、K病院に通院していたので児童相談所での精密検診を親は辞退した。しかし2：3歳になった時、本児の発達状況が心配となり、母親から精密検診の申し込みがあった。児童相談所の判定所見には「意味語なし。指さしなし。ほしい物があると母親の手を目的物の近くまで持っていく。玩具の自動車は、車輪をまわしてみているだけではあるが、母親との

共感的な遊びはふえている。牛乳は哺乳びんからでないと飲まない。やたらと臭いをかぐ」とあり、新K式発達テスト¹⁰⁾では、2：4歳時点で姿勢運動面は発達年齢1：8歳（発達指数71）、認知適応面が同じく1：8歳（同70）、言語社会面が0：11歳（同40）、総合で1：7歳（同66）となり、軽度精神発達遅滞と判定されている。以後、精密検診の事後指導で児童相談所に数回通所した。

3：4歳から精神薄弱児通園施設に通いだした。この間2：6歳で有意味語が出、次第に語彙は増加したが、反響言語が多く、身の回りの物の名はだいたい言えるようになったものの、自発的には使えなかった。

4：6歳時に、児童福祉センター診療所の児童精神科外来にかかり、自閉症と診断され、以後通院することになった。初診時、反響言語が多かったが、いくつか普通の発語に移行しつつあった。たとえば、母親が「ヤクルト飲むか？」ときくと、本児の返答は「飲むか？」から「飲む！」へとかわりつつあった。2語文はまだ出ていなかった。言語理解に関しては、日常生活上特に不自由はしていなかった。行動面では、落ち着きなく、普段の生活様式（ルーティン）が変わるとかんしゃくを爆発させた。

4：7歳時には、「電気つけて」「〇〇取って」などの2語文が出るようになった。この頃は、どこの病院に行ってもまず電話帳をさがし出し、裏表紙の生八ツ橋の広告を確かめないと気がすまないという固執的傾向が目立った。

4：8歳時に、私立の保育園に入園した。これは、2語文が喋れる本児にとって、当時有意味語がまったく出ていない子どもばかりの通所施設は好ましくないと判断したからである。

保育園に入園する1カ月前の4：7歳時から、家庭での母子交流をビデオ録画し、それを素材に外来で両親にアドバイスすることを開始した。本児にとっての主要な自然環境である家庭で、母親に約30分間本児と遊んでもらい、その間の母子交流を連続撮影した。その後、日をあらためて外来に来てもらい、ビデオを2回に分けて再生し、それを一緒に見ながら具体的なアドバイスを与えていった。アドバイスの内容は、①遊びの中で本児の言語理解力に見合った言葉をかけてゆくこと、②本児の発声や発語に対しては、それを強

化すべく即座に反応すること、③本児の発語に対しては、模倣(imitation)・拡充(expansion)・訂正(correction)を意識的に行なうことなどであった。他方これと並行して、行動療法的な関わり方を理解してもらうために、母親のグループ学習にも参加してもらった。これはテキストにそった講義の形式で合計9回行なった。

3. 母親の発語の分析

Howlin らの home-based treatment で用いられた分析法に準拠して²⁾、母子の交流のビデオ録画から母親の発語を抽出し、その質と量の分析を行なった。Howlin らは、3歳から11歳までの自閉症の男児16人を実験群とし、同じく自閉症で同年齢、同じIQ、同程度の症状の男児16人をコントロール群として、実験群には home-based treatment を、コントロール群には外来での従来からの指導を行ない、種々の面から変化や効果を比較した。その1つが母親の発語の変化の比較である。彼女らは、母親の発語に関して、30分間の録音を分析して表1のように、〈言語を引き出す発語〉、〈言語に向けられない発語〉、〈その他〉というように大きく3つに分類した。そして表2のように、初期評価と6カ月評価について実験群とコントロール群のデータを比較した。このデータは16ケースの平均値である。実験群では、母親の〈発語総数〉が253.6から407.5にふえている。その中でも〈子どもの言語を引き出す発語〉が、25.8%から45.7%にふえている。

ところで、われわれのケースの場合、各回のビデオ録画のうち各々20分間を分析資料として使用した(Howlin らの研究では30分間の録音)。しかも各セッションの間隔は不規則で、4:7、4:10、5:5歳の時点で録画が行なわれた。各回の母親の発語を Howlin らの分析に準じて行なった結果は表3のごとくである。このケースの場合、Howlin らの結果と異なり、母親の〈発語総数〉は、回を追うごとに減少していた。しかし〈子どもの言語を引き出す発語〉を取り出してみると、発語数は86から115へとわずかながら増加し、その発語総数に占める割合は、30.3%から60.5%へと上昇している。またこれと逆比例的に〈言語を引き出さない発語〉や〈問投詞/理解不能な

表1 母親の発語の分析²⁾

言語を引き出す発語
質問
返答
模倣
拡充
縮小
プロンプト
訂正
強化
言語に向けられない発語
指示
表明
是認
否認
間接的モデリング (物語りなど)
その他
間投詞
理解不能なもの

表3 本症例の母親の発語の変化

	初期評価 (4 : 7)	3カ月評価 (4 : 10)	10カ月評価 (5 : 5)
発語総数	284	211	190
言語を引き出す発語数 (百分率)	86 (30.3%)	109 (51.7%)	115 (60.5%)
言語を引き出さない発語数 (百分率)	132 (46.5%)	80 (37.9%)	57 (30.0%)
間投詞/理解不能な発語数 (百分率)	66 (23.2%)	22 (10.4%)	18 (9.5%)

※録音時間：20分

表2 6カ月間の母親の発語の変化：実験群と短期コントロール群との比較²⁾

	実験群				コントロール群			
	初期評価		6カ月評価		初期評価		6カ月評価	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
発語の総数	253.6	(113.0)	407.5**	(149.6)	309.6	(123.1)	286.8	(144.2)
言語を引き出すもの(%)	25.8	(18.1)	45.7***	(23.8)	33.0	(17.1)	36.6	(16.1)
言語を引き出さないもの(%)	64.8	(16.6)	48.1**	(22.3)	56.4	(17.1)	49.7	(16.6)
間投詞/理解不能なもの(%)	9.2	(4.6)	6.2	(4.2)	10.7	(5.7)	13.4	(6.4)

* = 6カ月間の変化の有意性 ** = $p < .01$ *** = $p < .005$

※録音時間：30分

発語)の数やその割合は減少している。このパーセンテージの増減は、Howlin らの結果と同じ傾向を示しているといえる。

4. 考 察

この1例だけで多くを語ることはできないが、いくつか指摘できることがある。

第1に、〈言語を引き出す発語〉の割合が、30.3%からその2倍の60.5%へと上昇したことに示されるように、母親の発語の質は向上したものの、発語の総数という量の面では低下している。しかしこれは、低下したというよりむしろ初期評価時点での発語総数が特別に多すぎたと考えるべきであろう。初回のビデオ撮影の際には、母親は言葉を発することに相当意識過剰となり、そのために発語総数が多くなったと考えられる。これは、30分と20分という録音時間の違いを考慮に入れて比べた時に、われわれのケースでの初期評価時の発語総数が著しく多いことから推測される。したがって、発語総数は回を追って減ったというよりは、ほとんど変化しなかったと考える方が妥当であろう。

第2に、学習理論や行動療法に関する母親のグループ学習を並行して行なうと、ビデオを見ながらの個別指導が理解されやすいという点である。とかく親は、子どもの問題行動を強化してばかりいたり、逆に望ましい行動、とくに発語や発声を強化しそくなっていたりしがちである。そういう対応のしかたを修正し、強化の意味やそのやり方を理解するうえで、理論学習を数名の母親とともに行なうことが助けになる。

第3に、ビデオを使つての指導では、モデリングに頼ることができないことである。これはHowlin らの方法との大きな相違点である。ビデオを見ながらでは、口頭でのアドバイスしかできず、実際に家庭の中で子どもへの関わり方のモデルを実演することができない。このことは、われわれのやり方の1つの欠点である。

第4に、ビデオを用いるこのやり方が、本当に有効か否かの判断には、録画の回数や間隔などの検討を加え、多数例での研究が必要となる。Howlin

らは、週2回という高頻度の家庭訪問からスタートしており、回数や間隔の問題は、効果に大きな影響をおよぼすと考えられる。

ビデオ録画およびデータ作成にあたっては、丸山恭子保健婦に大変お世話になりました。記して感謝いたします。

文 献

- 1) Hemsley, R., Howlin, P., Berger, M., Hersov, L., Holbrook, D., Rutter, M. & Yule, W. : Training autistic children in a family context. (文献7)所収)
- 2) Howlin, P. : The home treatment of autistic children. In Hersov, L. & Berger, M.(eds.) : Language and Language Disorders in Childhood, Pergamon Press, Oxford, 1980. (高木隆郎監訳 : 言語発達とその障害. 医学書院, 1983).
- 3) Howlin, P. : The effectiveness of operant language training with autistic children. *J. Autism and Developmental Disorders*. **11**, 89-105, 1981.
- 4) Howlin, P. A., Marchant, R., Rutter, M., Berger, M., Hersov, L. & Yule, W. : A home-based approach to the treatment of autistic children. *J. Autism and Childhood Schizophrenia*. **3**, 308-336, 1973.
- 5) Koegel, R. L., Rincover, A. & Egel, A. L. : Educating and Understanding Autistic Children. College-Hill Press, San Diego, 1982. (高木・佐久間監訳 : 新しい自閉症児教育. 岩崎学術出版社, 1985).
- 6) Lovaas, O. I. : Parents as therapist. (文献7)所収)
- 7) Rutter, M. & Schopler, E. (eds.) : Autism : A Reappraisal of Concepts and Treatment. Plenum, New York, 1978. (丸井文男監訳 : 自閉症. 黎明書房, 1982).
- 8) Schopler, E. : Changing parental involvement in behavioral treatment. (文献7)所収).
- 9) Schopler, E. & Reichler, R. J. : Developmental therapy by parents with their own child. In Rutter, M. (ed.) *Infantile Autism : Concepts, Characteristics and Treatment*. Churchill-Livingstone, London, 1971. (鹿子木敏範監訳 : 小児自閉症. 文光堂, 1978).
- 10) 嶋津峯貞 (監修) : 新版K式発達検査法. ナカニシヤ出版, 1985.
- 11) Wetherby, A. M. : Ontogeny of communicative functions in autism. *J. Autism and Developmental Disorders*. **16**, 295-316, 1986.