

5. 他の子供をたたいたり、つきとばしたりする	23.5	23.5	1.00
6. 他人にかみついたりする	30.9	17.6	0.23
7. 父や母がそばにいても平気で一人である	66.2	58.8	0.52
8. 母が少しでもそばをはなれると大騒ぎする	64.7	64.7	1.00
9. 気に入らないとひっくり返って大騒ぎする	67.6	61.8	0.66
10. うれしいとか、悲しいなど感情の表現が乏しい (みられない)	29.4	38.2	0.38

表1-2に示すように、TABSの4領域中、両群で該当率に有意差が認められた項目が存在したのは、“言語・コミュニケーションの問題”領域のみであった。それらは、物の名称を知っているが会話は困難という言語レベルに関する第9項目および名称や数字の良好な記憶に関する第10項目（いずれもHPDD群が有意に該当率が高い）の2項目であった。

表1-2. 精神遅滞合併広汎性発達障害（MPDD）群と高機能PDD（HPDD）群での東京自閉行動尺度（TABS）項目該当率：言語・コミュニケーションの問題

領域・項目番号	該当率 (%)		p
	MPDD (n, 68)	HPDD (n, 34)	
1. 一才頃に片言をしゃべっていたが、その後それがなくなったり、乏しくなった	47.1	47.1	1.00
2. 簡単な指示でも理解しない	66.2	52.9	0.20
3. 意味のある言葉はつかえない	70.6	55.9	0.19
4. 言われたことをそのままオウム返しに言う	42.6	55.9	0.22
5. 前に聞いたり言われたことを別の場所、関係のない時にそのまま言う	32.4	38.2	0.66
6. 大人の手や腕をひいてほしい物などのそばまでひっぱっていく	88.2	91.2	0.75
7. ほしい物などを指さしでなく、手全体でさす	66.2	61.8	0.67
8. バイバイという様に手を振るが、普通と逆に手の甲を相手にむけてふる	23.5	29.4	0.63
9. 物の名前は聞けばよく言うが（これ何と聞く時など）そのわりに会話はできない	29.4	55.9	0.02
10. 物や人の名前、電話番号などをよくおぼえる	8.8	35.3	0.002
11. 名詞や動詞は使えるが、それ以外の形容詞などはあまり使わない	29.4	44.1	0.19

また有意傾向 ($p < 0.10$) が認められたのは3項目であった。そのうちの1つは、表1-3に示すように、“くせ・きまり”領域の指の常同行動に関する第1項目 (MPDD群で該当率が高い) である。

表1-3. 精神遅滞合併広汎性発達障害 (MPDD) 群と高機能PDD (HPDD) 群での東京自閉行動尺度 (TABS) 項目該当率：くせ・きまりについて

領域・項目番号	該当率 (%)		p
	MPDD (n, 68)	HPDD (n, 34)	
1. 手指をヒラヒラさせたり、指を動かしてそれをじっとながめる	51.5	32.4	0.09
2. おもちゃでない様なもの (ヒモ、棒など) を気にいっていつもはなさない	35.3	35.3	1.00
3. おもちゃの使い方がわからない様で、グルグルまわしたり、投げたりする	39.7	26.5	0.27
4. 手足あるいは体の同じ様な運動をくり返したり、いつも同様な姿勢をとる	32.4	17.6	0.16
5. 物事をやる順序が決まっていて、これが変わると非常にいやがる (騒ぐ)	27.9	32.4	0.65
6. なれた場所へ行くのに決まった道順を通らないと気がすまず、かえるといやがる	38.2	47.1	0.40
7. 家具の配置、または親の服装、髪型、眼鏡などが変わるといやがる	10.3	17.6	0.35

残りの有意傾向を示した項目は、表1-4に示すように、“その他”領域の多動性に関する第1項目 (MPDDで該当率が高い) および口唇での操作に関する第4項目 (MPDD群で該当率が高い) であった。

なおTABSの総得点は両群で有意差はなかった。

表1-4. 精神遅滞合併広汎性発達障害 (MPDD) 群と高機能PDD (HPDD) 群での東京自閉行動尺度 (TABS) 項目該当率：その他

領域・項目番号	該当率 (%)		p
	MPDD (n, 68)	HPDD (n, 34)	
1. 手をはなすとすぐにとび出してしまい、			

落ち着かない	80.9	61.8	0.05
2. じっと物を見ていることが少なく、 注意が散りやすい	47.1	50.0	0.84
3. 小さな音に敏感だったり大きな音に 驚かなかったりする	14.7	26.5	0.18
4. 物を何でもなめたり、口に入れる	69.1	50.0	0.08
5. 自分の体や服をかんだりする	32.4	26.5	0.65
6. 自分の頭をたたいたり、壁にうち つけることがある	44.1	41.2	0.83
7. 泣き出すとなかなか、泣きやまず、 なだめようもないことがある	50.0	55.9	0.68
8. 何でもないもの（人）を見たり、聞くと非常 にこわがる（テレビのコマーシャルなど）	50.0	47.1	0.84
9. 偏食がある	55.9	70.6	0.20
10. ふりまわしても目がまわらない様で、 その後すぐに普通に歩いたりできる	7.4	14.7	0.30
11. 高いところに恐がりもせず、 のぼってしまいこまる	41.2	35.3	0.67

2) CARS-TVによる比較

表2に示すように、CARS-TVの15項目中6項目で両群に有意差があった。すなわち、常同行動（第4項目）、人以外の物への執着（第5項目）、変化への抵抗（第6項目）、言語コミュニケーションの障害（第9項目）および自閉的印象（第15項目）は、いずれもMA群でHFA群より有意に障害が重かった。一方、遅滞がありながら部分的に突出した能力がある知的機能の不均衡性（第14項目）のみは、HFA群が有意に著明であった。また聴覚的反応性の異常（第13項目）は、MA群で有意に障害が重い傾向があった。

しかし、総得点がMA群でHFA群より有意に高かったため、総得点を統制して2群を比較したところ、知的能力の不均衡がHFA群で有意に高いことのみが残り、常同行動と言語的コミュニケーションの障害はMA群で有意に高い傾向となり、その他の有意差と有意傾向は認められなくなった。

表2. 精神遅滞合併自閉症（MA）群と高機能自閉症（HFA）群の小児自閉症
評定尺度東京版（CARS-TV）項目得点と総得点の比較

項目	平均 (SD)		t
	MA (n=77)	HFA (n=11)	

1. 人との関係	2.35 (0.41)	2.18 (0.34)	1.29
2. 模倣一言葉と運動の	2.59 (0.56)	2.27 (0.52)	1.78
3. 情緒	2.21 (0.38)	2.00 (0.39)	1.68
4. 身体の使用	2.16 (0.42)	1.77 (0.41)	2.90**
5. 人間でない対象に対する関係	2.31 (0.44)	1.96 (0.42)	2.55*
6. 変化への適応	2.35 (0.46)	2.05 (0.27)	3.16**
7. 視覚的反応性	2.24 (0.46)	2.05 (0.35)	1.34
8. 聴覚的反応性	2.17 (0.43)	1.91 (0.30)	1.92+
9. 近接受容器での反応性	2.04 (0.45)	1.82(0.34)	1.56
10. 不安反応	1.92 (0.49)	1.68 (0.25)	1.55
11. 言語的コミュニケーション	2.77 (0.42)	2.36 (0.45)	3.01**
12. 非言語的コミュニケーション	2.42 (0.34)	2.27 (0.34)	1.31
13. 活動性の水準	2.12 (0.38)	2.14 (0.39)	-0.11
14. 知的機能	2.21 (0.34)	2.73 (0.47)	-4.47**
15. 全般的な印象	2.46 (0.37)	2.14 (0.39)	2.63*
総得点	34.32 (3.50)	31.32 (3.08)	2.69**

註：総得点を統制した比較では、第4項目と第11項目が有意傾向 ($p < 0.10$)、第14項目のみが有意 ($p < 0.01$) で、他の12項目では有意差はなくなる。

+ $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

4. 考察

本研究で用いた2つの尺度は、それぞれ母親記入用 (TABS) および専門家による行動評価尺度 (CARS-TV) と性格が異なり、また対象群と対照群も高機能PDDと精神遅滞合併PDDおよび高機能自閉症と精神遅滞合併自閉症と差があり、対象児と対照児が選択された療育相談機関も異なっているが、高機能PDDの精神遅滞合併PDDに比した早期徴候の差異については、一致した結果を示した。

すなわち、TABSにおいてHPDDは、名称の知識・記憶、数の記憶は有意に良好であったことは、CARS-TVで示されたHFA群で認知能力の突出した部分があることの内容を示したものと思われ、年長の高機能PDD患者での認知能力に関する従来の報告 (Freeman et al., 1985 ; Lincoln et al., 1988 ; Rumsey et al., 1988) と符合する結果でもある。これらは、幼児期から記憶などの良好な傾向が見られるPDD児は、高機能となる可能性があることを示唆する特徴と考えることができる。また4歳未満の段階で、会話は成立しなくても物の名称を答える程度の言語能力を有することは、PDDとしての言語コミュニケーション障害の一定の軽さを示唆するものであり、高機能PDDの早期徴候の可能性はある。

一方、TABSとCARS-TVでともに高機能群で精神遅滞合併群より有意に低かった常同行動は、発達遅滞のあるPDDにより特有の症状であり、高機能群ではより目立たない特徴と考えることができる。またTABSのみで抽出された特徴で

あるが、多動性と口唇での操作は、高機能ではより目立たない傾向のある臨床場面では参考となる症状かもしれない。またCARS-TVでの結果より、全体的により自閉的な傾向が強い印象は、高機能であることと逆の特徴と考えても良いかもしれない。このことは、一般的に自閉症状の重さとIQは逆相関する (Kurita et al., 1989 ; Schopler et al. 1980) ということと符合することである。

本研究は、予備的なものであり、いくつかの限界がある。とくに高機能自閉症児の数は少なく、今後、自閉症にしてもPDD全体にしてもより大きなサンプルを用いた研究が必要である。またTABSとCARS-TVは信頼性と妥当性が証明された尺度であるが、それらの尺度にない項目に関する徴候は、当然のことながら検討されていない。自閉症状尺度は、他にも多くのものがあり、それらを使用することで、本研究では見出せなかった重要な特徴が明らかにされる可能性がある。また臨床的に高機能PDDと鑑別の必要性が生じるのは、精神遅滞を合併するPDDだけでなく、むしろ知的障害が明確でないコミュニケーション障害 (Bishop & Norbury, 2002) やADHD (Ehlers et al., 1997 ; Jensen et al., 1997 ; 小山ら, 2003 ; 大塚ら, 2003 ; Roeyers et al., 1998) などの他の発達障害も存在する。それらの障害との比較は、自閉症状によってなされるものではなく、発達・行動の差異が重要と思われるが、それらの観点からの詳細な比較検討も今後の課題である。さらに早幼児期の徴候が、より長期にわたり高機能PDDを特徴づけるか否かの検討はきわめて重要であり、そのためには、それらの徴候を長期間追跡する前向き研究が必要である。

今後のさらなる検討が必要だが、本研究で見出された高機能PDD群で精神遅滞合併PDD群に比較して、より著明な突出した能力の存在と関連した認知能力の不均衡性および常同行動のより少ない傾向などは、幼児期のPDDの臨床にかかわる専門家が念頭におく価値のある、高機能PDDの早期徴候を示唆するものと思われる。

5. 結論

TABSとCARS-TVの比較によって、高機能PDD児は精神遅滞合併PDD児より、突出した能力の存在による認知能力の不均衡はより著明であり、常同行動はより目立たなかった。これらは高機能となるPDD児の早期徴候の可能性があるが、さらなる検討が必要である。

文献

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, D. C. : Author.
- Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S. et al. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age : A 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39 ; 694-702.
- Bishop, D .V., & Norbury, C. F.(2002). Exploring the borderlands of autistic

- disorder and specific language impairment : A study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43; 917-929.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA* 285 ; 3093-3099.
- Ehlers, S., & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger's syndrome: A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34;1327-1340.
- Ehlers, S., Nyden, A., Gillberg, C. et al. (1997). Asperger syndrome, autism and attention disorders: A comparative study of the cognitive profiles of 120 children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38;207-217.
- Freeman, B. J., Lucas, J. C., Forness, S. R. et al. (1985). Cognitive processing of high-functioning autistic children : Comparing the K-ABC and the WISC-R. *Journal of Psychoeducational Assessment* 4;357-362.
- Honda, H., Shimizu, Y., Misumi, K. et al. (1996). Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *British Journal of Psychiatry* 169 ; 228-235.
- Jensen, V. K., Larrieu, J. A., & Mack, K. K. (1997). Differential diagnosis between attention-deficit/hyperactivity disorder and pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Clinical Pediatrics* 36 ; 555-561.
- 小山智典、立森久照、長田洋和ら (2003). WISC-IIIによる高機能広汎性発達障害と注意欠陥／多動性障害の認知プロフィールの比較. *精神医学* (印刷中).
- Kurita, H., Miyake, Y., & Katsuno, K. (1989). Reliability and validity of the Childhood Autism Rating Scale—Tokyo Version (CARS-TV). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 19 ; 389-396.
- Kurita, H., & Miyake, Y. (1990). The reliability and validity of the Tokyo Autistic Behavior Scale. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology* 44 ; 25-32.
- Lincoln, A. J., Courchesne, E., Kilman, B. A. et al. (1988). A study of intellectual abilities in high-functioning people with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 18, 505-523.
- 大塚麻揚、立森久照、長田洋和ら (2003). 高機能広汎性発達障害と注意欠陥／多動性障害の知的能力と自閉症状からみた異同. *精神医学* 45 ; 175-181.
- 長田洋和、中野知子、長沼洋一ら (2000). 広汎性発達障害スクリーニング尺度としての乳幼児期行動チェックリスト (IBC) に関する研究. *臨床精神医学*, 29 ; 169-176.
- Roeyers, H., Keymeulen, H., & Buysse, A. (1998). Differentiating attention-deficit/hyperactivity disorder from pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Journal of Learning Disabilities* 31 ; 565-571.
- Rumsey, J. M., & Hamburger, S. D. (1988). Neuropsychological findings in high-functioning men with infantile autism, residual state. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 10 ; 210-221.
- Schopler, E., Reichler, R.J., DeVellis, R.F. et al. (1980). Toward objective classification

- of childhood autism: Childhood autism rating scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 10, 91-103.
- Stone, W. L., Coonrod, E. E., & Ousley, O. Y. (2000). Screening tool for autism in two-year-olds (STAT): Development and preliminary data. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 30, 607-612.
- 立森久照、高橋美紀、長田洋和ら (2000). 東京自閉行動尺度 (Tokyo Autistic Behavior Scale : TABS) の広汎性発達障害の診断補助尺度としての有用性. *臨床精神医学* 29 ; 529-536.
- Tachimori, H., Osada, H., & Kurita, H. (2003). Childhood Autism Rating Scale-Tokyo Version for screening pervasively developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 57 ; 113-118.
- Venter, A., Lord, C., & Schopler, E. (1992). A follow-up study of high functioning autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33, 489-507.
- Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T. et al., (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA* 289 ; 49-55.

幼児期における高機能広汎性発達障害の発達精神病理学的特徴と それに基づいた早期療育プログラムの開発

—2. 「一番病」の発生メカニズムとその早期療育プログラム—

清水康夫、中村泉、日戸由刈、本田秀夫
(横浜市総合リハビリテーションセンター)

1. はじめに

高機能広汎性発達障害（以下、HPDDと略）のこどもにしばしばみられる固執のひとつに、われわれが「一番病」（清水・他、2001）と呼んでいるものがある。この場合の一番病とは、どのような状況においても勝つこと、あるいは一番になることを頑なに第一義とする姿勢・態度、価値意識を指す。順位をつく物事は何に限らずひたすら一番になることに集中し、その他の側面には目を向けることができない。負けるとパニックを起こし、集団から逸脱することも決して少なくはない。HPDDの子どもは、知能が正常であるがゆえに逸脱することがあまり許容されにくいような一般社会のなかで生活していることが多い。そのため、このような社会的行動の特徴がしばしば適応の妨げの原因として作用する。

広汎性発達障害では固執の内容が時間と共に変化していく。ある固執は消え去り、その代わりに別の固執が現れてくる。この変化をもたらす要因には複数あると考えられるが、そのうちで加齢と発達の要因は重要であろう。このことを「固執の量」という視点から見ると、個々の固執の内容が変化していても固執行動の全体量はあまり減ることがないように感じられる。「こだわり保存の法則」と喩えることができよう（図1）。

HPDDの子どもは、認知の発達とともに道順・物の置き場所への固執から文字や数字などの記号へと、さらには社会的ルールを杓子定規に遵守するといった社会化された固執へと内容が変化していく。HPDDにおける社会性の発達は固執傾向が近い将来、やがて消え去ることを期待させる。しかし実際には固執は決して無くならないばかりか、むしろやっと発達してきたばかりの社会的行動が固執症状そのものになってしまうことさえ珍しくないのである。一番病は、まさにその好例といえる。HPDDの子どもにとって「発達の陥穽」があるのである（図2）。広汎性発達障害では発達とともに内容的に社会化の要素が入ってくるがあっても、固執症状はこの障害とともに存続する。

厚生科学研究「高機能広汎性発達障害の社会的不適応とその対応に関する研究」（石井哲夫主任）の中でわれわれは、「幼児期における高機能広汎性発達障害の発達精神病理学的特徴とそれに基づいた早期療育プログラムの開発」というテーマで3年間の研究に臨んでいる。初年度の平成13年度は幼児期の後半から学童期にかけてHPDDでしばしば出現する一番病をとりあげ、その予防的治療としてゲーム場面を設定した早期療育プログラムの開発について報告した。

今年度はHPDDにおける一番病の発生メカニズムを考える。

2. 目的

HPDDにおける一番病の発生メカニズムについて発達精神病理のモデル仮説を置き、それに基づいて設定したHPDDに対する早期療育プログラムを実践する。その成果を通じて仮説の妥当性を検討する。

3. 対象

5人のHPDDの幼児を対象とした。早期療育開始時の年齢はひとりが5歳児、残りの4人が4歳児、いずれも男児であった。この5人で年間を通じて固定したクラスを作り、週1回（1回3～4.5時間）の集団療育セッションを計画、実践することとした。

認知発達については、療育開始時の田中ビネー知能検査で精神年齢が3歳8ヵ月から6歳0ヵ月の範囲、平均4歳4ヵ月であった。IQでは73から136の範囲、平均97.6であった。心の理論の発達（Frith, 1989）については、全員が一次の誤信念課題に不合格であった。

このうち4人は療育開始時すでに一番病の兆しが出現しており、椅子取りゲームなどの勝敗を競う集団活動ではしばしば大声で泣いてひっくり返ったり、他のこどもを引っかいたりすることが見られた。他のひとは、はっきりした一番病の症状を示さなかった。

4. 方法

1) 仮説

社会性と呼ばれる行動は、挨拶を交わす、相手の気持ちや考えに配慮する、所属する社会集団への帰属意識を持つなど多様である。このようにして社会性は様々な方向に発達する多次元ベクトル的な性格を持っている、と考えられる（図3）。たとえばわれわれが会食する場合を思い浮かべてみると、様々な意味での社会性が求められていることがわかる（図4）。会ったらずは挨拶、という慣習がある。食事中には皆に料理が行き渡るかどうかを考えつつ自分の分をとるとか、料理の味そのものを楽しんでそれを言葉や身振りに表現するなどのマナーやエチケットがある。会食は皆で楽しむ場でもあるから、会話が途切れないように弾ませたりする配慮、他の人も楽しんでいるかどうかへの気配りも必要である。このように生活の中のどんな場面をとってみても、様々な意味での社会性を常にかつ同時に求められている。

さてHPDDの場合はどうであろうか。HPDDでは社会性の意味がしばしば単純化され、社会性の発達ベクトルが多次元的にならずにある一方向にのみ強く傾いてしまうように思われる（図5）。HPDDでは社会的行動すらも固執の要素を強く帯びる結果となってしまうのは、それが理由ではなからうか。そこで一番病は、社会性の発達ベクトルが多次元化されずに単極化が起こる（以後、これを「一番病ベクトル」と呼ぶ）ために生じるのではないかと仮説を立て、

この仮説に基づいて一番病を予防する早期療育のプログラムを考案した。

2) 仮説のプログラム化

前節で述べた仮説に立った早期療育プログラムとして、勝敗を競う集団ゲームを設定した。ゲームのルールを学び、個人の勝敗を競い、仲間を応援し、チームの勝敗のゆくえに腐心し、ゲームそのものを楽しむ、という一連のプロセスの中でHPDDの子どもたちが社会性のベクトルを多次元的に発達させることを考えた。

まず、個人の勝敗がある。ここで勝つことが一番病ベクトルの本体ともいえる。次に、個人の勝敗だけでなくチームの勝敗をも設定した。同じ「勝つ」ことであっても、個人の勝敗だけではなくチームで勝つという視点を子どもたちにもたせることにした。ここは重要なポイントである。なぜなら、このことによって一番病の単極ベクトルを個人の勝敗とチームの勝敗とに分散させることになり、したがって社会性の発達ベクトルの多次元化へとつながる可能性が開けるからである。

さらにチームの勝敗への動機づけには、チームという一種の社会組織に対する帰属意識を育てるねらいが含まれている。チームで競うゲームでは、自分ひとりだけががんばったとしても必ずしもチームが勝つとはかぎらない。ここで同時に、応援するという向社会的行動 (Eisenberg, 1992) を促すようにした。それによって社会性の発達にもうひとつのベクトルが設けられるからである。最後に、ゲームに勝っても負けてもゲームそのものを楽しむことができることを目標にした。そのためには、ゲームの設定が子どもたちに活動そのものを再試行しようとする強い動機づけを持たせる内容であるかどうか重要となる。

このように個人の勝敗ばかりに単極化した一番病ベクトルに対して、チームの勝敗、チームへの意識、ゲームそのものを楽しむといった視点を加え、ベクトルを多次元化させるためのプログラム「じゃんけんメダル」を考案し、実践した。

3) 早期療育の施行手順

早期療育の体制、および一番病に対する療育プログラム(じゃんけんメダル)については前年度報告したとおりである(清水・他,2002)。

4. 結果

このクラスでは、じゃんけんメダルのプログラムに入る前に、個人の勝敗を競う集団ゲームに取り組んだ。それはいわゆる「椅子取りゲーム」である。集団であそぶ楽しさと個人レベルで勝敗を競う感覚を身に付けさせることをねらいとした。子どもたちがこのゲームをある程度できるようになった段階で、じゃんけんメダルのプログラムを導入した。

1) 症例

以下、このクラスの中から3人を選んで述べる。

症例 A (療育開始時の精神年齢 4 歳 2 カ月、IQ94)

この症例は多動と衝動とが目立ち、協応動作が不器用である。椅子取りゲームでは、椅子にうまく座れないと激怒した。一分くらいでやがて落ち着くのだが、大股で床を強く踏みつけるように歩きまわり、手や頭を小刻みに震わせて怒りを表す。

じゃんけんメダルの開始時は、ゲームの勝ち負けについてはおぼろげにわかっている、じゃんけんをさせると勝とうとするのだが、じゃんけんでは何が勝ちで何が負けかのルールを理解していなかった。しかし、じゃんけんのルールを教えると3～4回目のセッションでなんとか理解できるようになった。ところが、いざゲームではじゃんけんの手を出すタイミングがうまく合わない。また、勝ちたい気持ちが強いあまり、相手が出してから出すことをおぼえた。声かけに合わせて相手と同時にさせないようにしても、一度出した手をあとから変えたりした。

1ヵ月後には、他児を応援して「ヤッター」と声をあげてゲームに興じるようになる。4ヵ月後には、相手チームに向かって文句を投げかけるかのような場面も稀にみられたが、じゃんけんに負けたときなどは床に寝そべってしまうことが多かった。5ヵ月後には、ゲームが始まる時に自分の好む児と同じチームになりたいと療育者に言葉で要求する。あらかじめルールを言葉で繰り返して伝えておくと、じゃんけんに負けたときでもパニックを起こさずにゲームを楽しめることがある。さらに、ゲーム終了後にみんなの帽子(チーム別の色)を回収するなどの社会的な役割を与えることによって機嫌を取り直せるようになった。

ただしこの例では、じゃんけんの勝敗の相対性について理解が安定しないことが最後までみられた。つまりじゃんけんの手を互いに出しあったとき、とっさに勝敗の判断ができない。そのような場合は、じゃんけんの勝敗のいろいろな場合を描いた絵カードを脇に置いておき、自分でそれを参照して勝敗の確認をすることができるようにした。

症例B (療育開始時の精神年齢6歳0ヵ月、IQ136)

椅子取りゲームでは、初めての回で開始前に自分がルールを知らないことに気づいてべそをかいていた。3、4回目には優勝(椅子がひとつにまで減ったゲームで勝つこと)したがるようになり、負けると大泣きした。ゲーム中、周りの子どもよりも大きな身体全体で一度座った相手を押し落とそうとする。どうしても座れないと、相手の顔を引掻いた。

じゃんけんメダルの開始時には自分個人が勝つか負けるかにばかり気をとられ、負けると療育者にそれを言いにくかった。2回目からは療育者のモデリングに従って応援することを学ぶ。1ヵ月後には同じチームの児や療育者に対し、「負けちゃったね、がんばってね」と声をかける。2ヵ月後にはチーム意識が芽生え、自発的に他児を応援することがみられるようになる。勝敗を離れてゲーム自体を楽しんでいるようにみえることもあったのであるが、その翌週には勝敗の予想がはずれて混乱。つまり、ゲーム途中でチームの敗色が濃くなった

が、最後の個人勝負には勝ってチームの勝敗は同点で引き分けに終わると予測しており、結果的には負けてしまったことで混乱して泣き続ける。その翌週のこと、同じチームの子どもが個人勝負に負けると、「次はがんばってね」と言う。しかし自分の番で負けてしまうと、「負けちゃったー」と笑顔で走って席に戻りながら、やがてポロポロ泣き出す。3ヵ月後には、個人勝負に負けてもチームが負けても過敏にならず、ゲームとして楽しめるようになった。

症例C（プログラム開始時の精神年齢3歳11ヵ月、IQ91）

本児はプログラム開始当初から勝つことに目的意識をもっていたが、じゃんけんの勝敗は理解できていなかった。3、4回目には個人の勝ち負けに固執し始め、じゃんけんの理解ができるようになる。4、5回目にかけてチーム意識をもつようになり、それと同時にチームで勝つことに固執するようになってくる。その後数回はこの状態が続いたが、次第に負けても気持ちを切り換えられるようになり、8回目には同チームの他のこどもに「勝っても負けてもいいんだよ」と笑顔で励ますことができるようになった。その後本児は、幼稚園、家庭において一番病が目立たないまま経過している。

2) 本プログラムに対するこどもたちの反応

子どもたちは集団ゲームの中で社会性の発達ベクトルを順次獲得していった。子どもたちの反応で特記すべきひとつは、最初の段階において自分ではじゃんけんの勝敗を判断できなくても、じゃんけんで「勝つ」ことへの目的意識をもち、それに強くこだわる点である。つまり、「負け」という判定に対して不快や落胆を露にするのである。じゃんけんは相対的に比較して勝敗を判断する。しかも同じグーを出しても相手が何を出したかによって勝つこともあれば負けることもあるため、HPDDの幼児はまだ混乱しやすいのかもしれない。それにもかかわらず、とにかく「勝たなければ」という願望が強く感じられた。

もうひとつは、チームの理解や目的意識をもつことができない状態にあっても、他児を応援することが見られた点があげられる。むしろこの行動は、勝敗のあるゲームにおいて自分と相手の利害が対立するというチームの理解、つまり人間関係の対立的構図がまだ充分にはわからない子どもに見られた。この場合には応援する行動は継続して促しながら、チームの理解を促すために構造化を強めるように対応した。

5. 考察

HPDDの子どもは何事であれ、その一側面のみに興味や価値意識が捕らわれてしまいやすい。たとえば集団活動に「勝敗」の要素が入りこむと、しばしばそれに捕らわれてしまって仲間たちとその活動をする事自体を楽しめなくなりがちである。勝敗の要素を含んだ集団活動は、もともと勝つことに大きな意義があるため、勝敗をめざしてあれこれ考え、手段を工夫することは社会性の発達の大切な一側面である。

しかしこうしてHPDDの子どもがせっかく獲得した社会性も、それがむしろ適応を阻むことにもなる可能性が逆説的であるが重要なポイントである。その結果として、幼稚園などの集団から外れがちになり、マイペースで孤立した状況、他者と一緒に物事に取り組むことを避けたり拒んだりする傾向を生じる余地がつくられる。多くのHPDDの子どもが他者への関心をもつようになってくるまさにその時期に、対人行動の失敗を積み重ねて二次的に引きこもってしまう危険があるのである。幼稚園などの社会集団に初めて参加し、社会性を学び始めるこの時期に失敗経験を繰り返してしまうことは、やっと芽生えた社会性の芽を摘んでしまうばかりか、社会に対する否定的な態度をも生じかねないという危険性をはらんでいることが指摘される。

勝敗という社会的ルールが理解できる段階にまで発達した自閉症には、しばしば勝敗へこだわるために競い合う仲間たちとの人間関係を損なうという陥穽が待っている(図2)。早期療育は症状が軽微なうち、初期の段階にあるうちに始めるべきものであり、HPDDの一番病に対しても原理は同じである。横浜市総合リハビリテーションセンターにおけるHPDDの早期療育クラスにおいて、簡単な集団ゲームの形式をとった本プログラムを開発することになった理由はそこにある。療育プログラムを最も有効に活用するためには、最も適切な開始時期を選ばねばならない。治療が効果をもたらすかどうかは、プログラムの内容に加え、その開始時期の適切さに依存する。どのように優れた療育プログラムであっても、その開始時期を誤れば効果があまり期待できないかもしれず、症状の増悪と固定を免れないかもしれない。また療育技術の未熟さがあれば、本プログラムの施行がHPDDの子どもたちをさらに一番病に駆り立ててしまうことにもなりかねないので、プログラムの実践には十分な準備と修練が必要である。

さて本プログラムを通じて、HPDDの子どもたちは集団で活動を行うことの楽しさを経験し、他者と一緒に参加したいというある種の有能感(コンピテン)に裏打ちされた内発的動機づけが働くことによってこの社会性のスキルを獲得できたのではなかろうか。もちろんそこには集団で活動する際の社会的な振る舞い方の学習に先行して、集団活動に参加する動機づけがなされている必要があることはいうまでもない。内発的な動機づけなしにどんなに行動を強制したとしても、それは外部の強制力による一時的な行動にすぎず安定した行動様式にはなりえないのである。

本プログラムによる社会性の学習量はほんのわずかであるかもしれない。しかしその学習内容は、今後長い間に逃げていくであろう社会性の発達の方向を左右しかねない「最初のボタン掛け」になると考えられるため、臨床上きわめて重要である。すなわち、「自分ひとりが一番になる」ことだけに関心を向けるのではなく、チーム意識をもつことあるいは他者を応援すること、そして負けてもゲームは楽しめるというもろもろの社会的価値意識を学ぶことによって、社会性の発達ベクトルの多次元化、つまり正常化が図られることになる。そうなれば、より柔軟に集団活動へ参加できるようになるであろう。

幼児期に社会的な失敗経験を最小限度に留めると同時に多くの成功経験を保障することは、HPDDにおける社会性の発達の歪みを是正しつつそれを促進する意味で早期療育の重要な柱である。このようにして本プログラムは、競争意識に目覚め、社会的ルールの遵守に関心を持ち始めたHPDDの子どもにおける発達の最近接領域 (Vygotsky, 1978) に対応した指導となる。

6. おわりに

HPDDの幼児に対して一番病の予防をねらいとした本プログラムが一定の成果を示したことは、短期的には療育効果があったとしてよいであろう。少なくとも「最初のボタン」の掛け違えは避けえたように思われる。このことはとりもなおさず、われわれの敷いた仮説の妥当性が支持されたといえる。

しかしこの効果を確認めたり、さらに持続させたりするためには、学齢期になってからも早期療育のアフターケアとフォローアップを継続する必要がある。仮説のさらなる検証のためにも、本研究で対象となったHPDDの子どもたちが学齢期になった時点での社会性の発達と固執症状についての再検討が必要となる。

参考文献

- Eisenberg, N : The Caring Child. Harvard University Press, 1992. (二宮克美・首藤敏元・宗方比佐子訳：思いやりのある子どもたち一向社会的行動の発達心理一。北大路書房)
- Frith, U : Autism : Explaining the Enigma. Blackwell, Oxford, 1989. (冨田真紀・清水康夫訳：自閉症の謎を解き明かす、東京書籍)
- 清水康夫、中村泉、日戸由刈：「一番になりたい！」：高機能自閉症において社会性の発達に伴って生じる新たな固執症状への早期対応。総合リハビリテーション 29 ; 339-345, 2001.
- 清水康夫、本田秀夫、中村泉、中村明、日戸由刈：幼児期における高機能広汎性発達障害の発達精神病理学的特徴とそれに基づいた早期療育プログラムの開発－1. 研究の展望と予備的考察－. 厚生科学研究「高機能広汎性発達障害の社会的不適応とその対応に関する研究」(石井哲夫主任)平成13年度研究報告書 86-90, 2002.
- Vygotsky, L. S. : Mind in Society : The Development of Higher Psychological Processes. Harvard University Press, 1978.

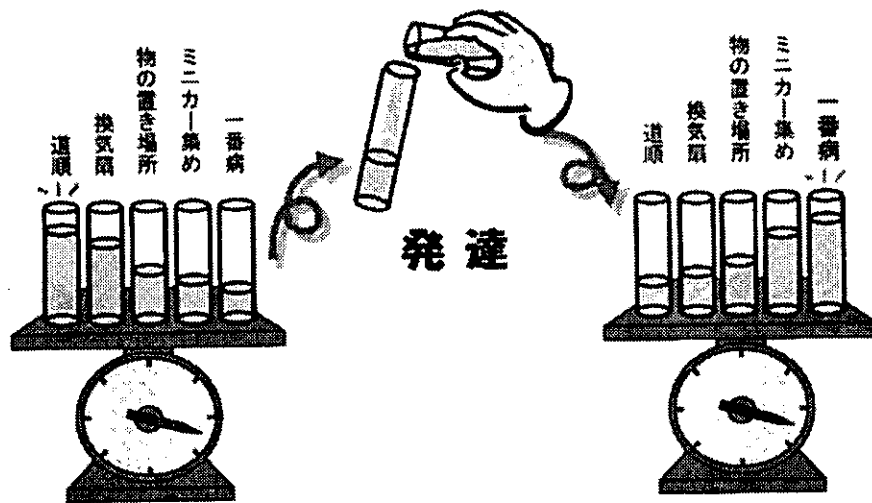


図1. 「こだわり保存の法則」

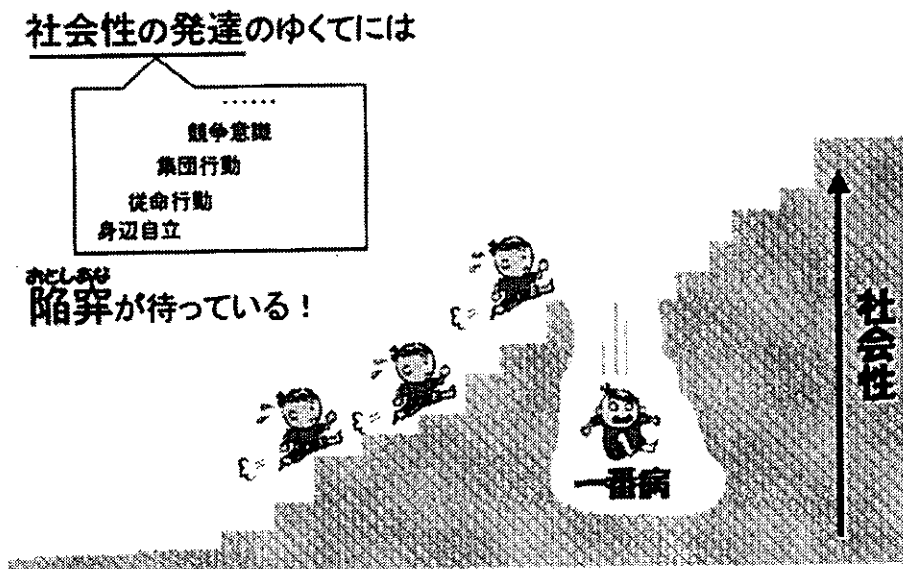


図2. 発達過程の中での「一番病」

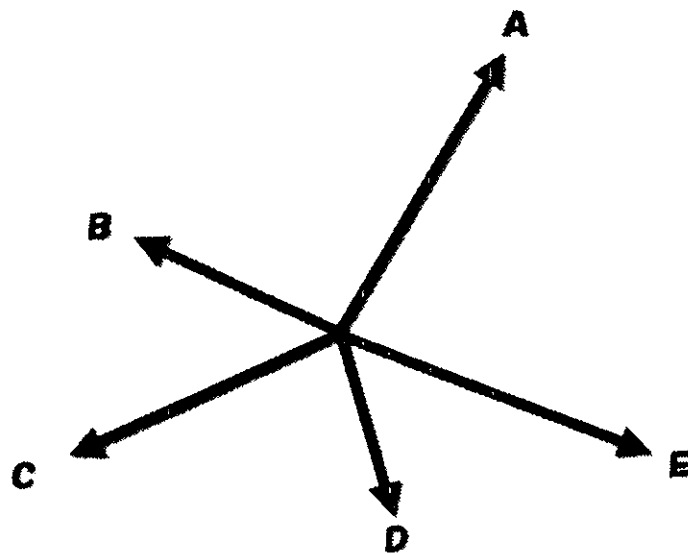


図3. 社会性は多次元で発達する

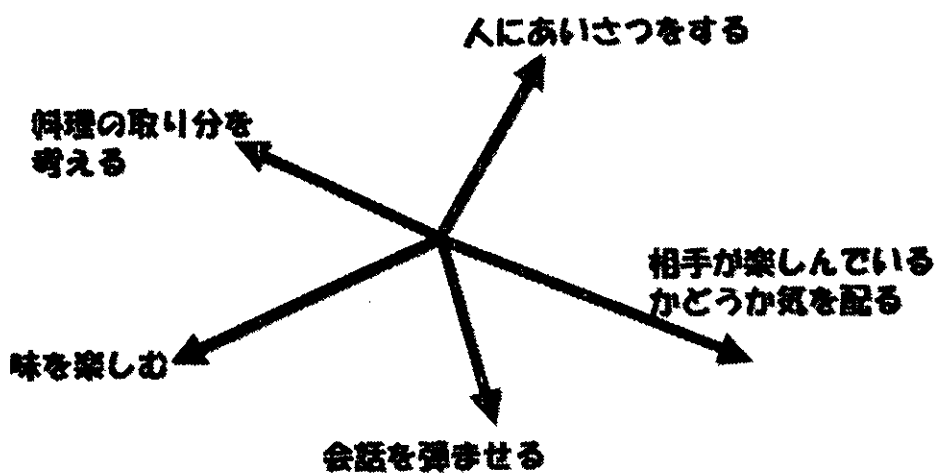


図4. 会食を例にとって見ると...

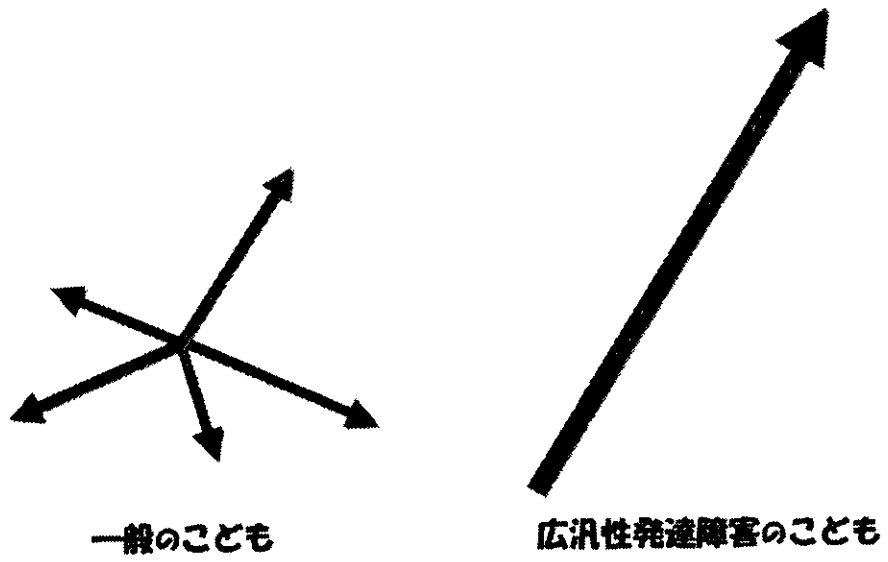


図5. 社会性の発達ベクトルの比較

高機能広汎性発達障害の社会的不適応の評価に関する研究

太田昌孝¹⁾、永井洋子²⁾、金生由紀子³⁾、佐々木敏宏⁴⁾、
飯田順三⁵⁾、鏡 直子⁶⁾、清水直治⁷⁾

1) 東京学芸大学、2) 静岡県立大学、3) 北里大学、4) けやきの郷、5) 奈良県立医科大学医療短期大学、6) 銀杏の会御茶ノ水発達センター、7) 東洋大学

1. はじめに

判定基準は「自閉症の症状重症度」、「生活の制限」、「知能の構造的障害」の3つの尺度と「総合判定」から構成されている。昨年度は自閉症判定基準の妥当性について、自閉症判定基準 α 3.1版の評価項目の基準の記載の明確さ、評価者間の一致率および福祉施策との関連の観点から検討することを目的とし3つの研究を行った。第1は、自閉症判定基準 α 3.1版についてアンケートの自由回答を解析して、評価基準の問題点を検討し、評価点の記載を明確化するとともに、総合判定が実際の経験に沿うように若干の変更を加えて自閉症判定基準 α 3.2版を作成した。第2は、自閉症判定基準 α 3.1版を用い、福祉専門職員間での評価の一致率を検討したところ、精神医学の高度な専門的知識と経験を必要とする項目を除き、概ね一致率は高かった。評価者に一定の心理学的知識と福祉領域での経験があれば高い一致率が見られることが示唆された。研究3では、高機能自閉症圏障害者について、自閉症判定基準 α 3.1版で項目を得点化し、福祉的処遇上の妥当性を検討したところ、自閉症圏障害に限ると、概括的評価よりは加算点の方が妥当性が高いことが示された。この3つの研究からの結論は、自閉症圏障害であるとの医学的診断がされた後に、この判定基準を用いれば、自閉症圏障害を持つ人に対して、適切な福祉的処遇の基準としての有用性が高いことが示唆された。

2. 今年度の研究

今年度は、高機能自閉症圏障害 (HASD) について、判定基準の妥当性をさらに検討するために、第1には症例を増やし、処遇上の妥当性と診断的意義について検討した。第2に、判定-再判定の妥当性を検討した。その後フィールド・トライアルに耐えられる改訂版 (β 1) を洗練化し、判定の方法の簡便さの検討につなげたい。研究1と2においては、統計にはSPSS11.0を用いた。また、 α 3.2版は日常臨床の延長上にある評価と重なっており、非侵襲的であるが、対象者にはわかりやすく説明して了解を得た。なお、高機能自閉症圏障害とはWAIS-Rにて言語性IQ、動作性IQのうちのいずれかのIQが70以上であることを条件とした。

研究1 処遇上の妥当性と診断的意義

目的：

昨年度は、高機能自閉症圏障害について、トゥレット症候群（TS）を比較群として、自閉症判定基準 α 3.1版による得点化の意義と福祉的処遇上の妥当性の検討を行った。HASDの診断がこの判定基準以外の方法によりなされたことを前提にすると、基礎年金の受給との関係を見るとこの判定基準の妥当性が示唆された。研究1では、HASDについて、第1には自閉症判定基準 α 3.2の福祉的妥当性を、第2にはTSを比較群として診断的意義を検討した。研究1の全体の対象はHASD15名、TS16名となっていた（表-1）。

研究1-1：

研究1-1では、本年度は症例を増やして、自閉症判定基準 α 3.2版について、得点化の意義と福祉的処遇上の妥当性を検討した。

対象と方法

HASDは15名（内女3名）であり、年齢は30.1歳（SD7.5歳）であった。このHASD15名について、基礎年金との関連で本判定基準の妥当性を検討した。この15名の内9名が基礎年金の受給を受けており（有り群）、6名が受けていなかった（無し群）。平均年齢は、有り群32.8歳（SD7.0歳）、無し群26.2歳（SD6.9歳）であり、有り群がやや高くなっていた（t-test $p=0.0958$ ）。

自閉症判定基準 α 3.2版について、3尺度の各々の項目の得点、尺度毎の加算点、中間判定得点、中間判定加算点、総合判定得点および総合判定加算点について、有り群と無し群とでt-testを用いて比較をした

結果

有り群では、IQおよびGAFともに低かったが有意差は認めなかった（表-1）。

症状重症度尺度では、S1「対人関係の相互性の障害」得点で無し群が有意に高くなっていたが（t-test $p=0.0049$ ）、SG「概括的症状重症度」得点、ST重症度加算点を含めてその他の項目では両者で差異は認めなかった（表-2）。

生活の制限尺度では、有り群がLA8「職業」得点およびLT生活制限加算点で有意に高かった。しかし、LG「概括的生活制限」の項目を含めた他の9項目の得点では、両者では差は認めなかった。

知能の構造的障害尺度では、I1「知能の発達の遅滞」得点で、有り群が有意に高くなっていた。IG「概括的知能の構造的障害」の項目と知能の構造的障害加算点を含めて他の4項目では差は認められなかった。

中間判定、総合判定では、両者の間には差はなかった。中間判定加算点、総合判定加算点では、有り群がともに有意に高い傾向が認められた。

考察

基礎年金について、受給者と非受給者とで比較すると、若干ながら受給者の方が症状が強く、社会生活の制限が多く、知的な構造的障害が強いことが認められた。しかしながら、全体としてみると両者では大きな差が認められなかった。このことは、この自閉症判定基準 α 3.2版は、非受給者に対しても、受給者と同様に社会的支援を行うためのツールとして利用できる可能性があることを示

していると考えられる。

研究1-2:

HASDと自閉症圏障害の合併しないTSとについて、自閉症判定基準 α 3.2版の診断的意義を検討した。

対象と方法

HASDは研究1-1の対象と同じで15名であり、平均年齢は30.1歳 (SD7.5歳) であり、TSは16名 (うち女3名) であり、平均年齢は31.1歳 (8.0歳) であり、有意差は無かった。平均IQでは、HASD (n=14) は83.1 (SD13.0) であり、TS (n=9) では90.7 (SD13.2) であり、有意差はなかった。GAFでは、HASDでは47.6 (SD12.0)、TSでは51.3 (SD11.6) であり、有意差は認めなかった。

自閉症判定基準 α 3.2版について、3尺度の各々の項目の得点と尺度毎の加算点および中間・総合判定と中間・総合判定加算点について、HASDとTSとでt-testを用いて比較をした。

結果

症状重症度尺度では、S1「対人関係の相互性の障害」、S2「ことばによるコミュニケーションの障害」、S3「興味や関心の少なさや同じ活動の繰り返し」の3項目の得点では、HASDが有意に高い点数をとっていた (表-3)。S9「知的障害以外の合併する精神障害の程度」の得点では、逆にTSの方が有意に高くなっていた。SG「概括的症状重症度」の項目の得点では両者で差がなかったが、症状重症度加算点では、HASDの方が有意に高くなっていた (t-test $p=0.0029$)。

自閉症の3つの必須症状であるS1、S2、S3とS4「感覚の異常」の4項目の加算点を両者で比較すると、HASDで有意に高い点数をとっていた (t-test $p=0.0000$)。そして、HASDとTSとは明確に判別ができた (表-4)。これに対して、S5からS9までの5項目の加算点を比較すると両者では差は認めなかった。

生活の制限尺度では、LA3「金銭管理と計画的買い物」、LA4「意思伝達と協調的な対人関係」、LA5「身の安全の保持と危機に対する対応」、LA7「社会情勢や趣味・娯楽への関心と文化的社会的活動」の4項目の得点では、HASDが有意に高い点を取っていた (それぞれt-test $p=0.0000$ 、 $p=0.0000$ 、 $p=0.0224$ 、 $p=0.0000$)。LG「概括的生活制限の程度」得点では、両者で差はなかったが、生活制限加算点ではHASDが有意に高い点を取っていた (t-test $p=0.0003$)。

知能の構造的障害尺度では、I1「知能の発達の遅滞」得点では差は認められなかったが、I2「知能の不均衡さの程度」、I3「島状の高い能力」およびIG「概括的評価」の3項目の得点と知能の構造的障害加算点ではHASDが有意に高い点数をとっていた。

中間判定、総合判定の得点では、両者の間には差は認められなかった。これに対して、中間判定加算点と総合判定加算点では、HASDがTSよりも有意に高くなっていた (それぞれt-test $p=0.0002$ 、 $p=0.0003$)。

考察