

ライヒラーとショップラーによる 発達療法の原典*

The Original Report of Developmental Therapy
by Reichler and Schopler

**

井原 成男
Nario Ihara

はじめに

庄司・井原ら(1979)は発達療法の特徴を次のようにまとめている。

発達療法は、SchoplerとReichlerの指導のもとに米国ノースカロライナ州で実践されている、自閉症児に対する治療教育プログラムである。

発達療法の特徴を要約すると、

①その名称が示すとおり、「発達のな見通し」を重視している。すなわち、自閉症児の治療教育を有効に行なうためには、子どもにとって必要なことは年令にともなって変化する、ということを経験におかなくてはならない。

②自閉症の原因としては、何らかの神経学的・生化学的異常を予想しているようであるが、これまでの自閉症の治療法の多くがその原因論と密接な関連をもっていたのに対し、発達療法では原因論にはとらわれておらず、むしろ特定の単一の理論では自閉症は理解しがたいことを強調している。

③自閉症児の親のパースナリティは正常範囲にあることを明らかにし、親を共同治療者として積極的に治療教育へ参加させる。

④各児に個別的なプログラムを用意し、治療センターや特殊学級だけでなく、家庭での治療教育(ホーム・プログラム)を重視する。

⑤治療教育の方法としては、行動療法をかなり重視しているようであるが、伝統的な行動療法に比し、より柔軟な形で適用している。

⑥個別的なプログラムを作成するために、子どもの発達状態と障害の程度を知る評価手段として、心理教育プロフィール(PEP)を用意してある。

このような特徴をもった発達療法は、発達障害

ととらえる現在の自閉症概念からみて、きわめて妥当なアプローチであると思われる。

本稿ではこのレビューの原典(Reichler & Schopler, 1976)の抄訳を以下に紹介したい。

☆

この論文で、我々は子どもたちに治療的なサービスをする時に起ってくるいくつかの問題を検討する。正常異常を問わず、今までのところ子どもの発達について我々の知識は極めて不完全であることが明らかである。我々には筋のとおった理論体系もなければ広い知識もない。その上発達障害のある子どもに有効な治療は我々の手にしている理論を十分使いこなしてはいない。この論文ではまずはじめにどうして十分なサービスが欠落しているかの根本にある問題を、特に自閉症と他の重症異常児に関して探してみたい。その目的は、十分なケアの発展を阻害している問題点を確認し、子どもとその家族に十分なサービスを提供するのに必要な原理をいくつか示唆することである。論中、自閉症と精神病を置き代えのきく概念として用いた。両方ともクリーク(Creak, 1964)にもとづいた(ライヒラーとショップラー, Reichler and Schopler, 1971)評定法にしたがって診断した。

本論の二番目に、自閉症児のためのノースカルフォルニア計画(TEACCH, 自閉症及び自閉症に関連したコミュニケーション障害児の治療教育部門)を紹介する。冒頭にあげた問題に対抗していくつかの問題を解決しようとして発展した、計画の側面が確認されよう。

専門家の問題

(略)

* 本稿はReichler, R.J. & Schopler, E.: Developmental therapy. 1976 (In Schopler, E. & Reichler, R.J. (Eds.) Psychopathology and child development. Plenum Press, N.Y. 1976.)の抄訳である。その一部は庄司・井原ら(1979)によって既に紹介されている。さらに、発達療法的な発想による筆者の試み(1981)も参考にしていただければ幸いである。

** 東京慈恵会医科大学小児科 [〒105 港区西新橋3-25-8] (長野大学)

診断に関する問題

疾病分類の混乱は専門家をいくつかの陣営に引きさき、陣営間の論争を続けさせるのに大いに役立っている。それぞれの陣営は「治療」をどうしたらよいか臨床的・科学的に葛藤しているのに、あたかも自分の側の特定のシステムが、おおよそ最良のものであるという何か原則的で確定的な図式があるかのように、自閉症その他の発達障害に関する特定の診断基準に賛意を表明している(Kanner, 1971)。診断は医学的治療の、予防prevention・処方prescription・予後prognosis という(英語で)頭文字にPのつく必要不可欠な3つの言葉に関係がある。予防は原因となる要因を理解することに基づいており、処方は何らかの機能障害を治療・改善し和らげるあらゆる治療法に関係している。また、予後には障害がどのような経過をたどり結果的にどうなるかというおおよその経過の判断が必要となり、特に、障害の状態が一生続くもの慢性のものである場合、治療だけでは不十分であると思われる場合特に重要となる。診断は何らかの合理的な処置へとつながらない限り、それ自体としては何の意味もない。特定の疾病分類は、ある目的には効果的だが他の目的にはほとんど効果がない。この事実は十分に味わって評価されていないことが多い。さらに、目的がちがうと方策(ストラテジー)もちがってくる。例えば、予防の目的で分類するとき、共通の病因を発見するために同質の患者群を取りだそうと、試みるものである。なぜならば病因論的疾病分類は特定の処置へ、つまり、遺伝相談やその他の公衆衛生の手段をつかった予防相談へつながっていくからである。

一方、治療の疾病分類は同じ治療を必要とする問題を集めるが、それは必ずしも同じ原因をもつ必要はない。というのも、治療の疾病分類の目的は訓練されて効果的な施設と職員を開発することだからである。

予後からの疾病分類は長期に渡る治療施設の発展のため、また職員の、社会的なそして財政上の未来への見とおしのために重要である。

包括的で体系的な見解に基づく疾病分類がないのだから、他の基本的な図式に矛盾しない記述的

分類法に頼らなければならない。この方法は病因や治療法が分かっていない場合ですら役に立つし、ある機能障害の下位グループや以前には見えなかった側面が分かるようになると思われる。しかし、追求する目的とほとんど同じぐらい多くの、子どもの分類法があり、何らかの症状、個人史上の先行条件、理論的問題によって最初の枠組みが与えられている現状である。分類法が特異なものになればなるだけ、お互いのコミュニケーションが混乱したものになり、そして専門家の環境はあのパベルの塔に似たものになりはじめている。記述的分類法はできるだけ一貫性があり体系的なものではなければならない。理論的意向によって主要な行動特徴の記述に影響を与えるべきではない。正しく記述的な分類法によってのみ、異った研究報告を比較できるし、異った治療法を体系的に評価しやすくなる。

精神医学的分類法に対する説得力のある批判が、これまで規則的に文献にあらわれた(Menninger, Ellenberger, Pruyser, and Mayman, 1958; Stengel 1960; Rutter, 1968; Rutter, Lebovci, Eisenberg, Sheznernskij, Sadoun, Brooke and Lin, 1969; Straus, 1973)。アメリカ精神医学会(1968)のDSM IIによる最近の疾病分類は明らかに互いに葛藤する見解の妥協の産物である。それは、一貫性なく理論にもとづき、憶測による病因にもとづき、またあいまいな記述にもとづいていた図式をもたらしした。児童期の障害は限定されたカテゴリーにおかれ、発達過程とは関連づけられていない。もうひとつ選択できる唯一の公式見解である精神医学促進グループ(GAP, 1969)の児童期の精神病理学的障害の分類は「あまりにも精神分析的理論に」もとづいて記述されている。その分類は文字通り何百という症状のリストで援護され、どうみてもほとんど分類はできそうもない。アメリカ精神医学会(APA)の定義もGAPのものも、ともに治療とのはっきりした関連はない。

十分な診断モデルにたどりつこうと、長期に渡ってくりかえされた試みが失敗したことへのフラストレーションは、診断それ自体への無力感をともなった否定のうねりを導き、その傾向はレッテルばりの誤用と乱用への関心によって強められた。

さらに、反診断への同情が何人かの行動主義者から表明された。彼らの主要な焦点は個々人の症状にあてられた。彼らの主張するところによれば、診断などは見当はずれであり、治療のためには個人の問題行動を明確にし、それに合った方法を適用するだけで十分なのである。こういった論議で見落されているのは診断の基本的な機能の問題である。疾病分類を決定的なものと考えてはいけない。それは単にお互いの意志疎通のために、変化し発展していく言葉を与えるだけのものなのである。処方目的のために、診断はまた、治療の中でどの治療を先におこなうかということも含んでいなければならない。いくつかの診断システムをもつことは、いくつかの利用可能な治療の間の比較をしたり、治療にかけた努力を評定し、新しい治療法の発展をうながすために必要なものである。疾病分類をしない行動主義者の方法もまた、どの方法がどの行動に対して、またどんな条件のもとでもっとも有効であるかを終には確定するにちがいない。

必要があるのに、重篤な発達障害に対する単一のあるいは一般に受け入れられる分類機構schemeは存在していない。現在の混乱した状態は文献に満ちあふれた重複する診断用語によくあらわれている（精神病、自閉症、非典型児、児童精神分裂病、その他である）。これは一部は診断の目的に関して混乱があること、そして一部は原因、有意義な記述の特徴、予後がないがしろにされている結果である。リムランド（Rimland, 1964）は自閉症を簡潔に狭義に定義しようと強く主張している。はっきりとのべてはいないが、彼は病因学的分類、この場合は生物学的分類を支持していることが明らかである。彼は次のように主張している。……鑑別に失敗すると現存している2つの病気の解決へと向う進行を妨害せざるを得ない。例えば、ほとんど何らの身体的問題もしめさない自閉症児と、身体問題をしめす精神分裂病をいっしょくたにしてしまうと、代謝研究やその他の身体機能研究からえられた発見はほとんど不明瞭になってしまうことは確かであろう。（e.g. Loeglet and Eiduson, 1961）……

生起している症状を特定の群にすることはいくつかの群に分けるよりも、より有意義に特定の病因に結びついていく。我々の見解では、こういった結論 closure は病因がはっきりと分かっている

ない場合には時期尚早であると思う。

子供の機能障害について、役立つ疾病分類に関する問題は分類自体の試みが欠けているということではなく、特定の効果的な治療方法がないということなのである。もし成人の躁うつ病にリチウムが効くように、特定の効果的な治療法が開発されたら、鑑別診断はより意義あるものとなり、焦点は単純な記述の行使から、特定の治療法を示す患者のパラメーターの確定へと移行するだろう。

十分な疾病分類がないのに、専門家たちは診断することにとらわれつづけている。子どもの発達の評定や、クリニックの数やスクリーニングのプログラムの増加は手のこんだ診断の仕事には益するところがあっても、治療には何の役にも立っていない。こういった施設は専門家の訓練のための学習環境として役立つことが多いので、創造的で実践的な治療法よりも擬似疾病的診断への注意（視）の方がつよいまである。同様に、児童精神医学においても、広範な診断評定への強迫的傾向が続いている。これは非常に限定された理論的枠組の中でおこなわれているため、多くの問題はあいまいなままであり、限られた範囲の治療だけしか考えられていない。診断への方向づけはそれぞれ異った理論と技術にもとづいて、異った環境で訓練された専門家におしえられ、専門家を別々の陣営に分離するという罪を犯している。分類に焦点があてられているという事実が専門外の人に意味することは、正しい診断がえられたら正しい治療と予後がえられるだろうということである。それで親たちはセンターからセンターへ、専門家から専門家へと正しい診断をもとめてかけまわるのである。

親と専門家の社会的役割

自分たちの精神病の子に適切なサービスを達成しようとする親の正しい役割に関して、親の混乱と不信が問題となる。精神遅滞児の親たちは、重度の身体的病気をもった子の親たちと同様、自分たちの子どもに必要な財政的研究上のそして教育的援助を組織化するための団結した勢力に、地方レベルでも全国的レベルでも長い期間組織化され

てきた。それと対照的に、自閉症児や精神病児の親たちは長い間、個人的にも団体としても公に認知されることをさける傾向があった。彼らへの社会的援助が欠落していたということは専門家によって彼らがスケープ・ゴート（贖罪のヤギ）にされてきたという観点から説明できる（Schopler, 1971）。それはまた、親と専門家間の社会的役割の葛藤（せめぎあい）という観点から理解することができる。専門家は時々「権威」として相談を受ける。権威があるということは特別な情報や知識を知っているということであり、他の権威筋を利用できるということである。この社会的役割をまっとうするためには、一つの領域について専門的な知識をもつこと、そして、時には、専門用語や特殊なことばを使うことで強調される専門家らしさを必要とするのである。長い教育的準備、訓練期間、専門家としての保証が必要であるために、この準備期間が権威者となるために必要である（そして暗にそれで十分である）ということをも主張することが専門家の社会的役割の一部となってしまったのである。自分の専門家としての役割を評価してもらったり、専門家仲間以外の人に理解してもらおうことは、専門家であると自認するためにいつも必要というわけではないのである。

一方、親の役割は一般的には子育てに責任があると規定されている。責任をもつということは道徳的にも、法律的にも、心理的にも責任があるということである。それほど遠くない、いく世代か前までは親の責任と親の権威の分離はとるに足りないものだった。しかし、今日では人口の増加、労働の分割、仕事の専門化にともなって、親の責任と権威の分割がたえがたく、馬鹿げたものにまわってしまっていることが多い。

自閉児を扱おうとする時、専門家の役割は混乱と伝説の中におおい隠されてしまうことが多い。これは、特に専門家が知ってもいないのに特別知識をもっている振りをしようとする傾向があるときにおこってくる。なんらかの専門的役割をもつことの実践的価値を否定はできないが、その役割の遂行にあまりに熱心であると、その影響は非生産的なものになり社会的に有害となることが多い。専門家の役割対親の役割という対比が単純に権威者と責任者という対比にあてはまらないという事

実からみて、親が自閉の子を育てられないことには別の主要な原因があるのではないと思われる。

両親も専門家とともに、親の責任と専門家の権威の間に不一致（不調和）をつくりだす原因になってきた。親は誰かが原因をさがし、恐らくこういう原因だと告げ、結果がおそらくどうなるかといってくれることを望んでいる。専門家はこの役割を埋めることを望まれ、必要とされている。問題はいろいろな事実にあう原因と治療についての多くの、互いに衝突する教義があるということである。多くの原因に関する理論はなにがしか、もっともらしいところがあるが、ほとんどの治療法はせいぜい部分的になんらかの子どもにうまくいっているのみである。興味深いことに、幼児自閉症に関して、診断可能の素質的なものの関与した実体として、最初に出版されて以来、もっともそれらしくない原因への強調（例えば親の精神病理と育て方の失敗 mismanagement）がもっとも支持をえてきた。経験的臨床的研究と観察の観点からすれば、そんな原因はもっともありそうもないことだった。恐らくそれが、プレイをしよう待ちかまえている人々に役割を与えるという理由にかなったものだったのであろう。親は自分の子を愛し支え、子どもにたまたまおこったことも責任をとるべきものであると考えられた。しかし、親が（子どもの）発達の理解しかねるおかしさに直面して、自問するのは当然のことである。

一方、専門家の役割は、原因が恐らく何かということと、どの治療をえらばいいかという疑問に対して権威者らしい対応をすることである。こういった疑問に対する答が分からず、専門家間のコンセンサス（共通理解）が欠けている場合、親に罪があり親の扱いの結果であるとする仮説が、親と専門家の社会的役割の両方の役割を支えるのにもっとも適しているように思われたのである。自閉症児の親は、一「学習障害」や「情緒障害」も含めた一他多くの親たちと同じように、多くは、自分の子どもの状態に対する責任の役割を我が身におしつけている。これは、「精神分裂病質の」、「二重拘束的な」、「情緒的に冷たい」、「強迫-衝動的」、「冷淡な」、「息苦しい」、「拒絶的な」といった診断的ラベルを貼りつけて、親をおどすという効果をもっていた。

親たちはこの不公平さに対して組織化されていくにつれて、不注意にも自分たちの子どもに対して不十分なサービスを助成する傾向があった。親たちは自分を、「精神遅滞児の親」、「自閉症児の親」、「学習障害児の親」、「CP児の親」などといった風に考えるにいたった。彼らは専門化されていったのである。それから、親たちは、自分たちのグループの子どもと、専門家のための圧力団体を保護するために最も活動的に参加することで専門家集団の味方になっていった。彼らの行動は当然のことであり理解できる。しかし、その結果、プログラムが二重になり、重複する基金を争ってむだな競争をしたり、サービスが断片化してしまったのは不幸なことである。

問題解決のための根本原理

我々は子どもたちにサービスを行うときにおこってくる現在のいくつかの困難について概観した。こうした障害の解決策を検討するなかで、我々は発達の見地を強調しつつけている。つまり、子どもの要求は年齢とともに変わることである。この変化は観察可能な行動として現れる。事実、子どもの行動が正常範囲であれ偏奇した範囲にあれ、その要求は両方とも発達的に決定される。さらに、手のやけるほとんどの異常児、自閉症児でさえも、その行動がより年齢の低い正常児にもみられるものに類似しているという観点から、より理解しやすいものとなる。この発達の方向づけを重視するために、我々は自分たちのプログラムを「発達療法」という名で言及したのである。

子どもに包括的なサービスをおこなうという問題を解決する前に、まずもって問題を卒直に認めなければならない。臨床実践の方法が反映された結果であれ、州や国の機構組織の反映された結果であれ、専門家が子どもの問題を専門領域に分割してしまうのはよくないことである。必要なのは、専門家の必要ではなく、子どもとその家族が必要としていることに何よりも目を向ける一般的な視点なのである。こういった子どもの再方向づけによって、機能的、リハビリ的治療が助成されるのである。

リハビリ的方向づけによって発展した疾病分類では機能を注意深く、量的に評定することが必要である。これは子どもにレッテルを貼ったり分類整理するという分類の試みを略していく。こういった試みはある種の研究の結果をえるためには妥当であるが、子どもと親の要求にはあまり関係がないものであったからだ。これは分類するということに反対しているのではなく、目下の分類法が似たような機能配列を分かち合う個人を群にすることから発展してきたことによる。目的がちがえば、またちがった体裁が発達するのだが、それぞれ、**個々の機能の測定されるレベルに根拠がなければ**ならない。診断へのこういったアプローチは疾病分類のもつ、お互いに意味が通じるようにするという目的にうまくなっている。臨床家、研究者によってどんな異った体裁の群化（clustering）が使われたとしても、記述的で数量化されたデータが使えるかぎり、様々な努力は正確に比較することが依然として可能である。

子どもとその家族が何を要求しているかにまずもって注意を向け、彼らの立っている苦境を認めて同情できれば、専門家の実践の中にみられるスケープゴート（贖罪のヤギ）をつくりだす傾向が排除される。リハビリ的な治療法は親、家族、地域社会の人々が子どもの問題を解決するために熱心に参加することを余儀なくさせる。親を訓練したり、子どもに効果的な接し方を発達させる経験をしたり、子どもの要求を広く理解する方法を発展させる過程をへていくうちに、親は烙印をおされないようになり、効果のある行動をうながされ、「専門化」される割合を減少させていく。これら、すべての問題は、ノースカロライナの自閉症児のためのプログラムの発達に関する内容を扱うときに、さらに広範に詳しく論じる予定である。

プログラムの歴史と理論的根拠（略）

プログラムについての記述

自閉症とそれに関連したコミュニケーション障害児の治療教育のための、公的援助を受けたプロ

グラム（TEACCH）が法的に制定されたのは1972年である。それは、はじめ合衆国文部省、国立精神衛生研究所、チャペルヒル・ノースカロライナ医科大学精神科の援助を受けた児童研究プロジェクトから発展したものであった。

このプログラムは現在、州の人口の多い3ヶ所に立てられた臨床的診断・治療センターが3つと、各地に注意深く分散された特殊学級から成り立っている。各センターは博士レベルの心理学者によって指導されており、彼らは3人から4人の心理・教育的セラピストをスーパーバイズしている。プログラムの行政計画では、この規模のセンターが維持されているが、それは各家族に必要な個性に合わせた運用と特殊教育の計画に不可欠の柔軟性を可能なものにするためである。このプログラムの関係者のうち半数以上が発達評価クリニック、特殊教育プログラム、精神衛生クリニック、精神科出身である。1/3は自発的参加者あるいは種々雑多の行政プログラムや専門の出身である。

問い合わせがあると、子どもと両親に予約をとる。この初回の診断のための訪問に約4時間がついやされる。両親が子どもについて心配なことをスタッフのメンバーと話し合っている間、子どもは心理・教育的評価を受ける。両親にはまた、家から子どもが親しんでいるおもちゃとアソビ道具を持ってくるよう頼んでおく。両親はこのアソビ道具を使って子どもとアソビ、子どもが自分の最も慣れ親しんだ人とどう関係するかを職員が理解する手助けとする。両親は子どもについて、スタッフが受けた印象をきかされる。両親の質問に初回面接の結論として解答がだされ、これからどうやっていったらいいかが述べられる。子どもについての情報は包みかくさず両親と共有される。

もしこの短かい調査から、子どもがプログラムに参加することが利益になると分かったら、6～8週間の試行期間を家族に予約する。この期間があることで、両親はプログラムでは自分たちに何が期待されているか、ということを知ることができ、そして自分たちがこのプログラムに期待できるものは何かという自分で行う評価にもとづいた、現実的な参加をすることができるのである。この期間が終ると、職員（スタッフ）の発見したこととこれからどうやったらいいかということについ

て両親と話し合いがもたれる。いっしょにやっていくための契約がなされ、契約によって一定期間をおいてさらに期間をのばすかどうかについて再評価をしていくのである。この試行期間ののち、家族が治療を続けていくことを望まないとしても、両親は子どもについて、そして子どもをどう扱っていったらいいかについて以前より、よい理解をもってセンターを後にするのが普通である。

11の教室が州内に設置されており、各教室には5人から8人の子どものための教育プログラムが用意されている。地方教育システムとの協力によって、この教室を地域の公立学校の中に設置することができた。修正された独立の特殊教育クラスをつくることによって各々の子どもに合った発達プログラムを作ることができるのである。必要性和能力からみてよいと思われるときには特定の普通学級に、プログラムの子どもが参加する機会がもうけられている。特殊クラスはまた、学校内の普通児にとっても利用できるクラス（resource room）となる。その場合、普通クラス（grade）からきた子どもはサービスをうけるだけでなく、自閉症児に対する刺激ともなわれる。治療が臨床センター（clinical center）にて続けられることも多いが、それは各々の子どもとその家族の要求にもとづいて決定されている。各々のクラスの職員は、教員も補助教員もTEACCHで特別に訓練を受けている。このプログラムの独特の仕事内容に対する準備期間は、自閉症児と接する特別の専門家を教えて準備させるためにさらに長期間になる。教員、親、そしてセンターの職員で、子どものプログラムへの入会の期日、期間を決める。クラスは地方学校の日課に準じて運営される。たいていの子は一日中出席するのだが、子どもの発達レベルによって修正される。両親はホームプログラムによって子どもとのかかわりつづけ、教室では直接参加することでかわる。

各センターでは親どうしがお互いに会うことができるよう定期的にミーティングがもたれる。親は共通の関心事、経験について話し合い、さらにフィルムや講演によって自分たちの子どもの問題について勉強する。

理論的枠組み

児童精神病の特定の原因について我々が未だにほとんど知識を持ち合わせていない以上、我々のプログラムの手引きとしている理論的枠組みと焦点をあてた主張（提案）を説明しておくに役立つと思う。

自閉症について、流行しているいくつかの理論はその処方する治療法の検証としっかり組みあわさっている。だから、ベッテルハイム（Bettelheim, 1967）の治療法は、子どもをその親から無期限にひきはなし、暖かく、受容的な、親の代理人と置きかえることを必然的に伴うのである。この親分離の治療法と精神分析理論は、お互いを正当化する根拠としてだされることが多い。これと似たような関係が、多くの学習理論家とオペラント条件づけの手續きとの間にも存在している。行動療法家たちは、正しい強化随伴性が分かれば行動を形づくる（シェイプする）ことができると考えている。フォスター（Foster, 1961）は自閉の行動が子どもに親が正しい強化を与えることができないということからおこっているとのべた。こういった循環する根拠づけは、発達療法と、プログラムの歴史と理論的根拠のところで定式化した命題との間の関係にはない。

発達療法では、子どもの発達の方向は大部分、親との相互交渉によって決定され则认为。全体としてみれば、正常児の行動は親の期待に見合って形づくられていく。そして次に子どもが親の行動に影響を及ぼす。人間の乳児は、規則的順序にしたがってあらわれ、比較的学習された経験に影響をうけない、生物学的に決定された反射と反応のセットをもって生まれてくる。これらの反応のいくつかは、社会性発達の基礎となる。例えば、ある乳児は他の乳児より微笑が多い。乳児は母親が近づくくと微笑を増加させるし、よくわらう子はわらわない子より太る傾向がある（Freedman, 1966）。親との相互の交渉を発達させる乳児の側での貢献（寄与するところ）についての、これと似たような研究が、発声、凝視、親と行動などに関連して多く報告されている（Stern, 1973; Kaye, 1975; Tronick, 1975; Osofsky, 1975; Als, 1975; Parke, 1975）。反応に欠陥のある自閉症児に対

して、母親はその努力を強化されなかったり、強化に一貫性がなかったりということがおこる。相互交渉のサイクルは正常児以上に生物学的限界によって方向づけられてしまうのである。

こういった生まれつきの適応の固さがあるということは、カナーの自閉症については最初の発見のなかにそれとなくほめかされていた（Kanner, 1943）。それはアイゼンベルク（Eisemberg, 1967）とラター（Rutter, 1971）のレビューの中にさらに明確化されてのべられている。この2つのレビューでは、児童精神病の本態についての合意がより進んだものになっているように思われる。学習経験は年長の子どもたちにくらべると就学前の年少児に対してはそれほど影響しないし、また年少児の適応困難には生物学的プロセスが必然的にともなうらしいということがますます確かになっている。我々自身の研究によれば、（Schopler, 1965, 1966; Schopler and Reichler, 1971c; Reichler and Schopler, 1971）他の研究と同様に（Orniz and Ritvo, 1968; Rutter, 1968）、自閉症ないし児童精神病の第一の欠陥には、認知と知覚の両プロセスに現れるコミュニケーションと理解の欠陥が含まれる。

この発達生物学的見とおしと、両親が自分の精神病児に正しく、効果的に働きかけることができるという証拠とをつかって、我々は発達療法の基礎として以下の命題を定式化する。

1. 自閉症の原因は未だ不明で多様なものだから、分類は、しばらくの間、広範でしかし、記述的には明白なものでなければならない。

2. 最も当たっていそうな原因は生化学的、神経学的な大脳の異常を含んだものである。その結果として、知覚の一貫性のなさ（inconsistency）、会話とコミュニケーションの欠陥その他の統合機能の欠陥がおこる。

3. 両親のパーソナリティは「正常範囲」にある。ただそれが普通の人と違っているのは、彼らが自分たちの反応の悪い、あるいは反応に一貫性のない子どもに当惑し混乱しているという点だけである。

両親の問題は反応性のものであるということが分かった以上、両親を教育し、訓練し、支持していくことが必要なのは明らかである。両親が子ど

もの問題に重大な原因になっているという理論に対して臨床的証拠が与えられることがときおりあるが、これはまちがった解釈であることが多い。親の態度や扱い方がまずいのは、意図的な悪意のある精神病理というより、たいていの場合、子どもの反応が適切でなく、無視されたことの結果である。そうでなかったら何故、助けを求めるのだろうか！両親を子どものリハビリテーションと発達に直接参加させるためには、彼らを協力者として共同治療者として認め、受け入れることが必要である。

専門家の問題：スタッフ（職員）

両親に協力者として参加してもらい、その役割を主として治療を行う人であると認めてあげるためにはスタッフ（職員）の側に特に率直さが必要である。我々が発見したところでは、親にであれ子どもにであれ、彼らにかかわる治療者が高度に訓練されたり高度に専門的でない場合の方が親・子相方に明らかに益するところがある。はじめに注意をうながしたように、職業への没頭、治療者としてのアイデンティティ、訓練は技術上の偏見や限界を生みだしてしまうことが多く、このために、専門家は個々の子どもやその家族の要求ではなく、自分の専門知識によって対応してしまうのである。我々のプログラムでは、実践に役立つ治療者はさまざまな教育背景をもっており、その中には言語学、教育学、会話法、児童発達学、中国史、芸術学も含まれていた。我々は彼らを、専門家としてのアイデンティティではなく、自閉症児ないしは精神病児とその親を指導していくさいの興味と感受性によって撰抜した。

初回面接ののちに、適切な治療者を撰抜する最良の方法が分かった。それは治療者を精神病児やその親とかかわらせて観察してみることである。そのあとで、治療者になりたいと申し込んできた人にそのかわりと、子どもとかかわっていく計画の概要を手みじかに報告させる。親とも同じことをやらせて試してみる。申込者に、親が我が子の状態について苦悶していること心配していることは何か査定させるために親と簡単に面接させてみる。

面接の目的は親をどう援助していくか、どう最初の意見をまとめ、面接からえられた証拠に基づいてこれからの方針について報告書を書くかである。この手続きをへることで、我々はまた治療者となるかもしれない人の適性に親がどう反応するかを知ることができる。この短期間の“仕事”によって、申し込んできた人がこの仕事に合っているかどうかを妥当に評価することができるし、治療者となるかもしれない人にこの仕事の性格と、必要とされていることを明確に理解させることができるのである。

全スタッフは子どもの治療者としても、親のコンサルタントとしても働くが、同一家族に対して両方の役割をとることは通常行わない。この二重の役割をとることで、親子間の交渉にバランスのとれた見通しを持てるようになるし、親に対しても子どもに対しても、いくらかでも偏見を持たないで済むようになる。両親を理性的な人であり、真面目に子どもの難しい問題と闘っている人と認める結果、今度は両親の治療者に対する態度が影響される。両親は治療者がだす新しく、時には困難な提案をよるこんで試みようとし、それを続けようという気持になるのである。全体に渡る影響として、親と治療者との間に、相手の立場に関して共通の経験と知識をもったというお互いの理解と確認がなされるということがある。治療者を選ぶプロセス、訓練するプロセスともに、子どもと、他ならぬその家族の求めているものにまず第一に目を向けるという非専門家的なものの見方を育ていくのである。

さらに、我々の行う一定の操作的実践によって、訓練の間にお互いに意志を通じあう態度が促進される。治療の目標は家族全体を援助することであって、精神病児のみ援助することではない。治療の進歩は子どもと同様、親の側の能力がどれぐらい増加したかによって測られる。能力が増加したということは、子どもの発達のプログラムに以前より活発に参加することによって認められたが、それは、治療者の提案に同意しなかったり、批判したりということまでいたることがある。この変化にともなって罪の意識や抑うつ感が減少し、自己評価が高くなり、家族の生活がよりよく、いとなまれるようになるのである。

治療者は家族が治療プログラムに参加する前であっても、家族に興味をもつよう我々は勧める。これは本プログラムの手続きハンドブックにのべられている規則なのだが、検査にきた患児はすべて、より適切な方法あるいは機関が患児に対する臨床上の責任を引きうけてくれるまでは、ひき続き本プログラムの責任となる。そういった関り方をする事で、他の多くのプログラムに見られるような、扱いの簡単な障害の軽い患児だけをえり好みするという傾向をさけることができる。このやり方はまた、クライアントが我々のプログラムをさほど必要としないとき、治療者がこのクライアントに適した機関を精力的にさがすよう積極的に我々に呼びかけることをうながしているのである。この心に組み込まれた献身の感覚に対する家族の対応は、スタッフの特別の努力を十分に補償してくれるものである。治療者はこの関り方を通して、家族の機能をそこなうどんな問題であれ、それを援助してあげようという気持ちへと敷衍しようとする傾向がある。それには広範囲のサービスをえることができるよう援助することも含まれ、また家族の患児以外のメンバーに医学的ケアや社会的サービスをうけさせることも含まれている。家族の機能をよくするものは何であれ、また当の精神病児にも利益となるという強固なencompass考え方がおこってきている。

第一の態度に関連して、カウンセリングや助言の仕方に影響を及ぼす第二の態度が生まれた。我々は助言が、多くは、たんにもっともらしい理論や信念にもとづいて安易になされることに気づいた。そんな助言がうまくいかないと、いとも簡単に、それは助言が十分でなかったということではなく、親がやりそこなったのだと結論づけられた。我々はこの傾向を柔らげる目的で、親にやってみよう頼む前に特定の治療法の効果をできるだけ治療者が自分でやってみせることを勧めている。この手続きによって、初め非現実的であった助言が修正され、両親との共感が生みだされるという効果がある。この態度は指導者がレベルを下げていき、全スタッフと家族に受容と協力の感覚を生み出した時、維持されるのである。

診断の問題：自閉症と精神病

我々はこの分野に診断とその記述に関して混乱があることを示唆し、児童精神病の第一の原因として生物学的基礎があるという証拠がしだいに増えているとのべておいた。診断の問題にかなりの明確さをもたらしたのはクリーク（Creak, 1961, 1964）の指導する英国ワーキング・パーティであった。我々は、参加した各々の子どもの精神病の程度を測定するのに、クリークのワーキング・パーティによって作成された9ポイントとライヒラーが手を加えたもの（Reichler and Schopler, 1971）に基づいた14ポイントの客観的評価システムを使った。この14の規準は、広義の記述的な分類を与えるのみであって、未成熟なまま結論を下さないという利点がある。未成熟なまま結論を下してしまうと、現在よりもっとはっきりした知識を使うことができるようになった時、もう少し分化された下位群（サブ・グループ）をその知識にしたがって固定することが妨げられてしまうからである。それぞれの子どもは標準的に相互交渉している間に行われた観察にもとづいて評価される。精神病の程度が同じだからといって、全てその子どもたちが同じ「病気」あるいは同じ程度重篤な障害を、必ずしももっているわけではないということが分かってはいるが、この評価尺度によって行動上、学習上の欠陥の程度を知ることができる。また、これによって専門家間の、そしてこちらの方がより重要なのだが、専門家と親との間のコミュニケーションのための内容に富んだ基礎がえられるのである。客観的評価はまた、比喩的で理論的な診断の立場によって多くはぐくまれてきた、広く流布し世界的規模のこの障害に対する見解に反対して、問題の所在に治療的な目を向ける手助けになってくれる（Schopler and Reichler, 1971 ab）。

プログラムに参加した子どもたちを四六時中観察しているうちに、何人かの子どもの機能と技能がいかにでこぼかに発達してきているかということに、しだいに気づくようになった。スタッフは一貫して各々の子どもの発達を、個々の機能について、それぞれいくつかの分野、プログラムに関して調べてみなければならなくなった。他の領域

の能力が分かっているからといって、それからもうひとつの領域の能力を予想することはできない。多くの子どもたちが機能している低い発達レベルで必要な包括的評定をするためには、でき合いのテストでは不十分であることが分かった。治療者たちはしたがって、各々の子どもを評定できる方法をつくらなければならぬはめになった。いくつかのモダリティ（感覚様相）を別記して、子どもを発達的に評定する評定の道具が特別に発達すれば、個々の子どもに合ったプログラムを作ることができるようになり、子どもの機能障害を親にいちだんと伝えやすくなるということは、早くから分かっていたことであった。我々はそれを精神病評定尺度のスコア分析で行なってきた。それによって、今問題にしている人々の問題に知覚機能の障害が影響していることが分かった。同じような結果が、この分野の他の研究者たちの観察にもしめされている（Churchill, 1969）。

評定の道具として、心理教育プロフィール（PEP）が仕事の細目から割りだして作りだされたが、これは、我々のプログラムに参加している、発達的に機能障害をもった子どもたちを教育するのに役立つことが分かっている。この手続きは、ア・プリオリの、あるいは理論的見解にもとづいたものに反対してつくられたものなのだが、PEP上のその子の成績をもとにして発展的に、発達のプログラムを作ることができる。この道具は以下のものを測る5つの主要な尺度からできている。模倣（運動と発音）、感覚様相（視覚、聴覚）、運動発達（微細、粗大、視覚と運動の統合）、認知機能（聴覚的、発声の、さらに進んだもの）、言語（模倣、語彙、言語理解、読み、視覚的理解）などである。さらに、「病理尺度」があげられる（感情、人と関係する力、協力する力、人への興味、アソビとやりとりにつかうもの、病理学的な感覚形態）。これは「病理学的に」遅れた発達に照して異常でめずらしい発達のパターンを測定するものである。PEPについては「正常な」成績の曲線がつくられており、それを使って、第一に発達の成りゆきをみつもり、次に個人の尺度に合わせて発達の路線を設定することができる。その目的はその子に正常なスコアを指摘することではなく、ひとつの様相（モダリティ）の機能と

他の機能のレベルとを比較することである。この発達を量的に測る道具は先にイントロダクションでのべた、機能的、リハビリ的治療へと方向づけられた診断手続きにかなうものである。

ここで述べられた診断の手続きによって、疾病分類に関連したほとんどの問題を克服することができる。これによって、個々の子どもの要求に焦点をあて、その子の強みも弱点も考慮に入れ、専門家や理論的問題に邪魔されずに実践的に治療していくことができるのである。治療者を選抜し訓練する手続きによって多くの、専門家に関連した問題は防ぐことができる。それによって、子どもと、他ならぬその家族に第一に目を向ける非専門的（一般的な）見地が育くまれる。こういった要素が効果的に利用されるよう、プログラムの構成と手続きを具体化していかなければならないし、それによって親の役割が混乱している問題、親の責任と専門家の権威の間の不調和と葛藤も克服されるのである。

親の問題：共同治療者としての親

家族はいくつかのセンターに自分の子を連れていき、通常、診断的サービスをうけ、簡単で表面的な助言のみをうけ、各センターでの評価に混乱を増してからやっと我々のプログラムに照会される。しばしば、こういったセンターからうけとる情報には「秘」のスタンプがおしてあり、「患児及びその身内には見せないように」という説明が添えてある。

こういう境遇のもとでは、親は自分の子どもと、正しく、一貫した発展的關係を発達させていくことはできない。時おり情報には脳損傷や遅滞がいまいさを残したまま指摘されており、その記録を秘密事項にするのは両親が不快な見通しからショックをうけないようにするためである。両親を評定してみたデータから、両親は自分の子どもの障害を正確に理解しているといえることが分かっている。しかし専門家が押しつける無視に直面して、この理解を組織だったものにすることができないのである。発達促進役として子どもに効果的にかかわってもらうために、両親に十分に情報を与えなければならない。我々の経験によれば、不快な

情報であれ、明確な知識が欠けているにせよ、不確かなままおいておかれるよりはストレスが少ない。我々は役に立つ全情報を両親と分かちあう。これは情報を明確に解釈するためには十分な時間が必要だということである。そのためにはまた、専門家が両親を無視していたということを卒直に知らせることが必要である。こういったことが、両親に共同治療者として誠実に参加してもらうための第一歩である。我々は、子どもと親に今すぐ必要なことに注意を集中し、子どもの発達を促進する一定のプログラムを用意することで、絶望におちいったり、非現実的な楽天主義におちいったりという二者択一をさけるようにしている。

我々のプログラムがその子に合っていると思われたら、一定の期間両親に協力してもらうという同意が必要となる。親は普通45分のセッションに週2回出席するのがよい。父親が交替して訪問することもある。このパターンは家族とその子の要求と限界にしたがって現実的に修正適用される。この訪問の間、親は治療者の治療場面を観察し、親のコンサルタントと他の家庭生活場面でおくる問題について話し合ったり、子どもとのホーム・プログラムを実演してみせたりする。子どもとかかわっている家の他のメンバーが呼ばれる機会もある。

治療場面の範示

(Therapy Demonstration)

治療者による治療場面の範示を、親は自分のコンサルタント（相談員）といっしょにワンサイドミラーを通して観察する。相談員は範示の当面する問題に関連した場面に注意を向けさせ、親のだした質問に答える。この方法にはいくつかの重要な利点がある。(1)子どもについて、自分だけの観察にもとづいて親に報告しようとする治療者の根拠のない権威と秘密主義を避けることができる。(2)親に対して、実行不可能な忠告を軽々しく与えることを避けることができる。(3)親と治療者との間に生じる建設的な競争から刺激が得られ、また治療者の活動を模倣する機会が得られる。(4)直接に観察することは、治療者のことばによる説明よりも、大きな衝激を親に与える。とくに素朴な親に

としては、ことばで説明されるよりも分かりやすい。(5)治療者が困惑したり、フラストレーションをおこしたり、失敗したりするところを見ることによって、親はそれほど自己批判的ではなくなり、自分の子どもに対する責任感をとりもどしうる。(6)治療場面を観察することは、親が正常児を養育したときの成功経験の知識を手本として用いるよう親を励ます上で、重要な役割をはたす。ただし、そのような知識を自閉症児に適用するには、特別に修正する必要がある。

治療者は治療場面の範示に先立って親と相談し、治療セッションのどこに焦点をあてるか合意をえておく。例えば、たいいてい親は子どもの行動をコントロールするのに困難を感じているのが普通であり、諦めの気持ちで子どものあらゆる行動を容認している。治療者は、子どもをどんな風に席につかせるか、いつオシりを補助的な意味でたたけばいいか、あるいは子どもが引き込んでいる時どんな風に意味のある相互のかかわりを保っていくかを見せてあげるのである。

特定の治療法は、精神病評定尺度、心理教育プロフィール、特定の問題領域についての両親の判定、その他関連した情報にもとづいてその子の発達に合ったものに発展させていくのである。経験からみても、治療構造の効果に関する研究の結果からも、(Schopler, Brehm, Kinsbourne and Reichler, 1971) 精神病の子どもは組織だった状況下ではより適応的な行動パターンを学習することができるということが分かる。このことは他の脳損傷児の結果ともおおむね一致している(Wender, 1971)。組織だった相互交渉下では精神病の子どもは遊び(プレイ)ですら学習するのである。

ホーム・プログラム

観察のセッションと同時平行して、親にはまたホーム・プログラムが与えられ、一定の期間において改訂される。このプログラムには目的・方法・そして毎日のセッションで子どもとかかわる材料が書いてある。ホーム・プログラムの内容は子どもについての治療者の評定と、家庭での親の経験

をもとにしている。定期的に、親は治療者と相談員が観察している前で自分の子どもとのホーム・プログラムをやってみせる。親は家で使うために作ったり買ったりした道具をもってくることになっている。観察されていることには気づいており、また時には映画にとられる。親の多くははじめのうち、やっていることをワンサイドミラーの向うから観察されていることを気にするが、治療者がやることをしばらく観察しているうちに気にしなくなる。実際のところ、しばらくするうちに親は特に自慢したい新しいセッションを要求してくる。新たな進歩を自発的に見せることは親の自我を支えるだけでなく、このセッションを持つことでまた、子どもとのかかわりをよく理解し改良しようと競争心をもやし続けるのである。

親の毎日のホーム・プログラムは、たやすく、楽しくうまくいくかかわりを作り出してくれるようになるのが一般的であるが、家庭生活でのそれ以外の面で起る問題はそうでもない。こういった問題を解決するために、親は自分の相談員と観察室を出てオフィスで会うようにする。そこで話される問題には実際にやってみせられないもの、例えば睡眠の問題、食事、トイレ・トレーニングの問題などが含まれる。ある子は11時になるまで寝なかった。この子は居間で毎晩30分も身体を揺って、そのあと親のベッドで寝るのだった。これはもう何年も続いていた。親の相談員はこの就寝時の問題をいくつかの単位に分けてみるよう援助した。最初に親はロッキングチェアを子どもの寝室に移し、彼の好んできくラジオの近くに置いた。この変化に慣れると、子どもは親の寝室から自分の寝室に移った。ごたごたが続き、いく晩かの間両親は子どもを15回も彼の寝室へ連れていかなければならなかった。しかし、3週間もたたないうちに、その子は自分のベッドで寝るようになった。

それぞれの契約期間が終ると、子どもの発達に関する情報（データ）はすべて公式に親と共有し、新しい作業をお互いに同意するにいたる。恐らく、このプログラムの最も重要な点は、親が子どもの責任をとるということ、また親は子どもを心から幸福にしたいと思っている人であると基本的に認識したということである。親を参加させることは、

初めに考えていたより重要で、一貫性のあるものだった。児童研究計画を始めた頃、多くの親は1～5時間も車を運転してやってきていた。それにも拘らず、出席は規則的であり、時間に遅れることもなかったし、取り消しはわずかしかなかった。子どもとのホーム・プログラムと毎日の日程は非常に規則正しく続けられ、それは親がくじけたり、絶望した時も変わらなかった。治療セッションをはじめたばかりの頃、親は微に入り細に入ったホーム・プログラムを求め、文字通りそれに従った。しばらくして事がうまくいった後では、もっと工夫できるようになった。この段階での治療者の役割は主として子どもにその機能をもっと発達させることが必要な領域を見きわめ、その方法を教えることである。親がますますこのように方向づけられた設備を利用し参加できるようになれば、治療者は親が先に立ってそれをやるよう支持するのである。

多くの親、とくに母親たちは最もすぐれた教師にのみ見られるような、客観性や熱意、技術を発達させた。例えば、ある自閉症児のための教育プログラムの指導者が児童研究計画を視察した。彼女は大人と子どもの相互交渉を観察した。しばらく観察したあとで、これは非常に技術のすぐれた治療者であると所見をのべて、どうして親が観察していないのかと疑問をだした。子どもとかかわっていたのは母その人であったときいて彼女は驚き満足のだった。

社会的活動との関係 (略)

要 約

本論文で我々は子ども一般とりわけ自閉症児に包括的、治療的、発達のサービスを展開しようとする場合、どのような問題があるかを概観した。専門家が特殊化されたことが、現在、サービス機関がバラバラで、歩調が合わず、重複していることが多いことの第一の原因になっていることが確かめられた。疾病分類法が混乱していること、そのために専門家が子どもの問題を特殊な領域へと分

割してしまうことが支持をうけていることが分かった。そして最後に、親が専門家のスケープゴート（贖罪のヤギ）として犠牲にされ、「専門化された」親というさらに積極的な役割をもたされること、この体制をどんな役割でもって支えてきたかを調べた。

子どもたちに包括的な発達のサービスを行うためのひとつのモデルとして、自閉症児及び自閉症に関連したコミュニケーション障害をもった子どもの治療・教育局 (Division) をくわしく検討した。このプログラムの基本的要素は次のようなものである。

1. 発達システムを効果的なものとするためには単一の理論的見解ないしは単一の専門家の見解を優先させることはできない。このプログラムでは子どもとその家族にたいして責任を負う。

2. 親は自分の子どもに責任があり、いちばん、心から子どもたちを幸福にしようと思っている人のようである。このために、親が積極的に平等に参加することが必要となる。

3. 専門家があまりに専門化されすぎると、見通しが狭くなり、また焦点が子どもに方向づけられた関心から専門家の関心に移ってしまう。このことが示唆しているのは、細かく特殊な知識をもつ専門家のいきすぎを、子ども全体に実践的焦点をあてる非専門家と親が均衡化してあげなければならないということである

4. 官僚機構は直接プログラムの操作・目標そしてプログラムの性格そのものにも影響を与える。ここでそれとなく言いたいのは、官僚機構には以上の要素が精練された形で含まれていなければならないし、何よりも子どもに対して責任をもち、関心を向けなければならないということである。それができれば、様々の分野出身の専門家は親と協力しつつ、プログラムに参加した子すべてに最高のサービスをすることができるようになるのである。

このプログラムにより、子どもがどんなものを必要とするにせよ、先入観にみちた定義におし込める代りに子どもたちに調和のとれたサービスをすることができる。このプログラムによって、様々の治療技術を効果的に発展させ、評価を比較することが促進される。そして、我々の子どもへの効果

ある援助をすべての子どもに行うことができるようになるのである。

文 献

Als, H., and Lewis, M. The contribution of the infant to the interaction with his mother. Reported at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, Colorado, 1975.

American Psychiatric Association. *DSM-II, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed). Washington, D.C.: APA, 1968.

Bettlheim, B. *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. London: Collier-Macmillan, 1967.

Churchill, D. Psychotic children and behavior modification. *American Journal of Psychiatry*, 1969, 125, 1585-1590.

Creak, M. Schizophrenic syndrome in childhood: Progress report of a working party. *Cerebral Palsy Bulletin*, 1961, 3, 501-504.

Creak, M. Schizophrenic syndrome in childhood: Further progress report of a working party. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1964, 6, 530-535.

Eberhardy, F. The view from "the couch." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1967, 8, 257-263.

Eisenberg, L. Psychotic disorders in childhood. In L. D. Eron (Ed.), *Classification of behavior disorders*. Chicago, Illinois: Aldine Press, 1967.

Forster, C. B. Postive reinforcement and behavioral deficits in autistic children. *Child Development*, 1961, 32, 437-456.

Freedman, D. G. The effects of kinesthetic stimulation on weight gain and on smiling in premature infants. Paper

- presented at the annual meeting of the American Orthopsychiatric Association, San Francisco, California, 1966.
- Group for the Advancement of Psychiatry. Psychopathological Disorders in Childhood: Theoretical Considerations and a Proposed Classification. Formulated by the Committee on Child Psychiatry, G.A.P., New York, 1969.
- 井原成男 発達療法的にアプローチした2症例—治療場面の母親への範示 (Therapy demonstration) —. 長野大学紀要, 1981, 2 (3・4), 91-105.
- Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943, 2, 217-250.
- Kanner, L. Approaches: Retrospect and prospect. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1971, 1, 453-459.
- Kaye, K. Gaze direction as the infant's way of controlling his mother's teaching behavior. Reported at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, Colorado, 1975.
- Koegler, R. R., Colbert, E. G., and Eiduson, S. Wanted: A biochemical test for schizophrenia. *California Medicine*, 1961, 94, 26-29.
- Kyser, J. The two camps in child psychiatry: A report from a psychiatrist-father of an autistic and retarded child. *American Journal of Psychiatry*, 1968, 125, 141-147.
- Lidz, T. Intrafamilial environment of the schizophrenic patient: IV. The transmission of irrationality. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1958, 79, 305-316.
- Lidz, T. Thought disorders in the parent of schizophrenic patients A study utilizing the object sorting test. *Journal of Psychiatric Research*, 1962, 1, 193-200.
- Lovibond, S. The object sorting test and conceptual thinking in schizophrenia. *Australian Journal Of Psychiatry*, 1954, 5, 52-70.
- McLuhan, M. *Understanding media*. New York: Signet Books, New American Library, 1966.
- May, J. *A physician looks at psychiatry*. New York: John Day, 1950.
- Menninger, K., Ellenberger, H., Pruyser, P., and Mayman, M. The unitary concept of mental illness. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1958, 2, 4-12.
- Mosher, L., and Gunderson, J. Special report: Schizophrenia, 1972. *Schizophrenia Bulletin*, 1973, 7, 47-48.
- Myers, D. I., and Goldfarb, W. Studies of perplexity in mothers of schizophrenic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1961, 31, 551-564.
- Ora, J., and Wiegink, R. *Regional intervention project for parents and children*, Progress Report. Washington, D.C.: Bureau of Education for the Handicapped, U.S. Office of Education, 1970.
- Ornitz, E. M., and Ritvo, E. R. Perceptual inconstancy in early infantile autism. *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, 76-98.
- Osofsky, J. D. Neonatal characteristics and directional effects in mother-infant interaction. Reported at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, Colorado, 1975.
- Park, C. *The siege*. New York: Harcourt, Brace & World, 1967.
- Parke, R. E., and Sarvin, D. B. Infant characteristics and behavior as elicitors of maternal and parental responsibility in the newborn. Reported at the

- Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, Colorado, 1975.
- Pittfield, M., and Oppenheim, A. Child-rearing attitudes of mothers of psychotic children. *Journal of Child Psychology And Psychiatry and Allied Disciplines*, 1964, 1, 51-57.
- Reichler, R. J. Comprehensive services for children: A program model, in *Resources, education and the law: Resources for autistic children*, Proceedings of the 6th Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children. Washington D.C.: NSAC, 1974, 28-36.
- Reichler, R. J., Babigian, H. M., and Gardner, E. A. The mental health team: A model for a combined approach to the problems of the poor. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1966, 36, 434-443.
- Reichler, R. J., and Schopler, E. Observations on the nature of human relatedness. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1971, 1, 283-296.
- Rimland, B. *Infantile autism*. New York: Century Psychology Series, Appleton-Century-Crofts, 1964. Chapter 4, 67-76.
- Rosman, B. Thought disorders in parents of schizophrenic patients: A further study utilizing the object sorting test. *Journal of Psychiatric Research*, 1964, 2, 211-221.
- Rutter, M. Concepts of autism: A review of research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1968, 9, 1-25.
- Rutter, M. The description and classification of infantile autism. In D. W. Churchill, G. D. Alpern, and M. K. DeMyer (Eds.), *Infantile autism*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1971.
- Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L., Sneznevskij, A. V., Sadoun, R., Brooke, D., and Lin, T. Y. A triaxial classification of mental disorders in childhood (Report of the Third WHO Seminar on Psychotic Disorders). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1969, 10, 41-61.
- Schopler, E. Early infantile autism and receptor processes. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 13, 327-335.
- Schopler, E. Visual versus tactual receptor preferences in normal and schizophrenic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 108-114.
- Schopler, E. Parents of psychotic children as scapegoats. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1971, 4, 17-22.
- Schopler, E., Brehm, S., Kinsbourne, M., and Reichler, R. J. Effects of treatment structure on development in autistic children. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 24, 415-421.
- Schopler, E., and Loftin, J. Thinking disorders in parents of young psychotic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 3281-3287. (a)
- Schopler, E., and Loftin, J. Thought disorders in parents of psychotic children: A function of test anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 1969, 20, 174-181. (b)
- Schopler, E., and Reichler, R. J. Developmental therapy by parents with their own autistic child. In M. Rutter (Ed.), *Infantile autism: Concepts, characteristics, and treatment*. London: Churchill-Livingston, 1971. (a)
- Schopler, E. and Reichler, R. J. Parents as co-therapists in the treatment of psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*,

- 1971, 1, 87-102. (b)
- Schopler, E., and Reichler, R. J. Psychobiological referents for the treatment of autism. In D.W.Churchill, G. D. Alpern, and M. K. DeMyer (Eds.), *Infantile autism*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1971.
- Schopler, E., and Reicher, R. J. How well do parents understand their own psychotic child? *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1972, 2, 387-400.
- Schulman, J. L. and Stern, S. Parents' estimates of the intelligence of retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 1959, 63, 696-698.
- 庄司順一・井原成男・吉光清・河野洋二郎・木村涼子・重村朋子 発達療法——ShoplerとReichlerによる自閉症児に対する治療教育法——発達人間学研究, 1979, 3, 1-14.
- Singer, M., and Wynne, L. Thought disorder and family relations of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, 201-212.
- Stengel, E. Classification of mental disorders. *Bulletin WHO*. 1960, 21, 601-663.
- Stern, D. Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors. In M. Lewis and L. Rosenbaum (Eds.), *The origins of behavior* (Vol. I). New York: Wiley, 1973.
- Strauss, J. S. Diagnostic models and the nature of psychiatric disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 29, 445-449.
- Tronick, E., Adamson, L., Wise, S., and Als, H. Infant emotions in normal and perturbed interactions. Reported at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, Colorado, 1975.
- Wender, P. *Minimal brain dysfunction in children*. New York: Wiley, 1971.
- Wild, C. Disturbed styles of thinking: Implications of disturbed styles of thinking manifestations on the object sorting test by the parents of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 13, 464-470.
- Wilson, L. *This stranger, my son: A mother's story*. New York: Putnam, 1968.
- Wing, L. *Children apart: autistic children and their families*. A Family Doctor Booklet. London: British Medical Association, n.d.
- Wolfensberger, W., and Kurtz, R. A. Measurement of parents' perceptions of their children's development. *Genetic Psychological Monographs*, 1971, 83, 3-92.