
201例の自閉症児追跡調査からみた 青年期・成人期自閉症の問題

小林隆児 村田豊久

発達心理学と医学 第1巻 第4号 別刷

(1990年12月)

医学振興社

〒113 東京都文京区本郷5-29-12-1103
電話 03-818-0181 (代表)

り適切であるとする中根 (1989b) の主張に準じ、表題を青年期・成人期自閉症と表現した。

本論では、まず201例の追跡調査結果を検討し、その後青年期ないし成人期に残された問題点を論じた。

2. 201例の自閉症児追跡調査結果

1. 調査方法

事前に家族に調査アンケートを送付して消息を確認し、以下の調査項目について尋ねた。現在の状態の評価の際には、彼らに現在医療・教育・福祉の現場で関与しているスタッフの意見を参考にし、直接面接ないし電話による問い合わせにより最終的に筆者らが判断した。行動評価は主に家族に記載してもらった。

2. 対象 (表1)

調査対象は、筆者らが医療・教育・福祉の現場、ならびに自閉症児療育キャンプ (小林ら, 1977) で治療的関与を少なくとも幼児期から学童期にもち、自閉症と診断した症例で、現在18歳以上に達している者 (1972年4月以前出生) に限定した。こうして得られた対象数は262例であった。この中で現住所が判明したものは231例、最終的に家族の協力が得られて対象者の状態が把握できたものは201例であった。この中にはすでに死亡していた4例 (すべて男性) が含まれていた。これら最終的に把握できた調査対象の自閉症児は現住所判明分の87.0%、対象全体の76.7%に該当した。

性別構成は、男性169例 (84.1%)、女性32例 (15.9%) であった。

死亡の4例を除いた197例の年齢構成 (図1) は、20歳未満が67例、20歳以上130例、そのうち26歳以上は22例、最高年齢は33歳であった。

初回面接当初の居住地の分布 (表2) は、福岡市74例 (36.8%)、福岡県全体では110例 (54.7%)、その他の九州山口各県が85例 (2.5~11.9%) と、対象児は九州山口地区全県に広く及んでいた。当時と現在での居住地を比較すると、177例 (88.1%) は同一地域内に継続して居住していた。

表1 調査対象

性別	生存	死亡	合計
男性	165 例	4 例	169 例 (84.1%)
女性	32	0	32 (15.9)
合計	197	4	201 (100)

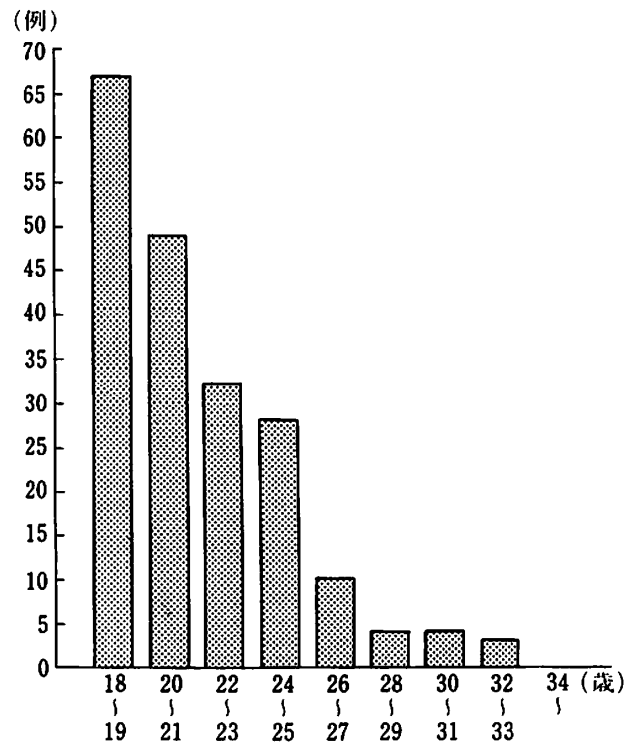


図1 対象の年齢構成 (N=197)

表2 対象の居住地

居住地	当初	現在
福岡市	74例 (36.8%)	62例 (30.8%)
北九州市	18 (9.0)	18 (9.0)
その他の福岡県内	18 (9.0)	21 (10.4)
山口県	24 (11.9)	23 (11.4)
大分県	18 (9.0)	19 (9.5)
長崎県	10 (5.0)	11 (5.5)
熊本県	10 (5.0)	12 (6.0)
佐賀県	9 (4.5)	8 (4.0)
鹿児島県	9 (4.5)	9 (4.5)
宮崎県	5 (2.5)	5 (2.5)
中国・四国	3 (1.5)	3 (1.5)
その他	3 (1.5)	10 (5.0)
合計	201 (100)	201 (100)

201例の自閉症児追跡調査からみた
青年期・成人期自閉症の問題

小林隆児 村田豊久

発達心理学と医学 第1巻 第4号 別刷

(1990年12月)

医学振興社

〒113 東京都文京区本郷5-29-12-1103
電話 03-818-0181 (代表)

り適切であるとする中根 (1989b) の主張に準じ、表題を青年期・成人期自閉症と表現した。

本論では、まず201例の追跡調査結果を検討し、その後青年期ないし成人期に残された問題点を論じた。

2. 201例の自閉症児追跡調査結果

1. 調査方法

事前に家族に調査アンケートを送付して消息を確認し、以下の調査項目について尋ねた。現在の状態の評価の際には、彼らに現在医療・教育・福祉の現場で関与しているスタッフの意見を参考にし、直接面接ないし電話による問い合わせにより最終的に筆者らが判断した。行動評価は主に家族に記載してもらった。

2. 対象 (表1)

調査対象は、筆者らが医療・教育・福祉の現場、ならびに自閉症児療育キャンプ (小林ら, 1977) で治療的関与を少なくとも幼児期から学童期にもち、自閉症と診断した症例で、現在18歳以上に達している者 (1972年4月以前出生) に限定した。こうして得られた対象数は262例であった。この中で現住所が判明したものは231例、最終的に家族の協力が得られて対象者の状態が把握できたものは201例であった。この中にはすでに死亡していた4例 (すべて男性) が含まれていた。これら最終的に把握できた調査対象の自閉症児は現住所判明分の87.0%、対象全体の76.7%に該当した。

性別構成は、男性169例 (84.1%)、女性32例 (15.9%) であった。

死亡の4例を除いた197例の年齢構成 (図1) は、20歳未満が67例、20歳以上130例、そのうち26歳以上は22例、最高年齢は33歳であった。

初回面接当初の居住地の分布 (表2) は、福岡市74例 (36.8%)、福岡県全体では110例 (54.7%)、その他の九州山口各県が85例 (2.5~11.9%) と、対象児は九州山口地区全県に広く及んでいた。当時と現在での居住地を比較すると、177例 (88.1%) は同一地域内に継続して居住していた。

表1 調査対象

性別	生存	死亡	合計
男性	165 例	4 例	169 例 (84.1%)
女性	32	0	32 (15.9)
合計	197	4	201 (100)

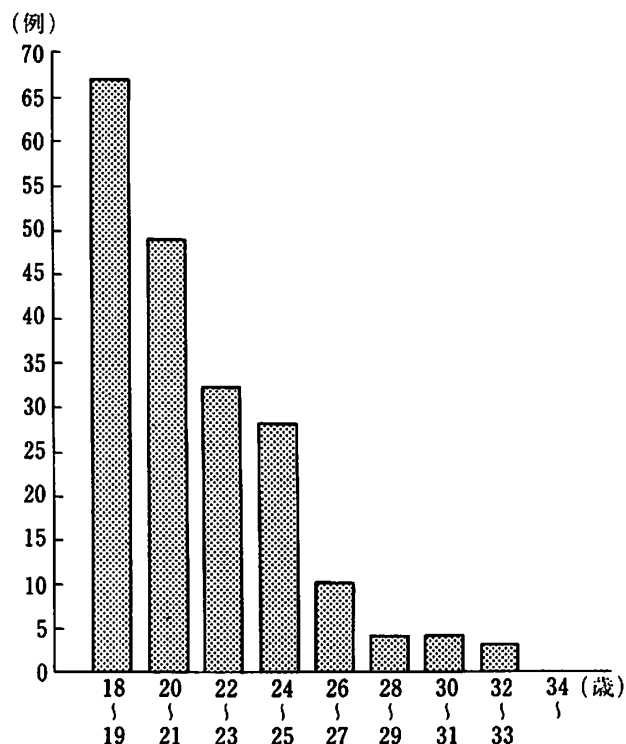


図1 対象の年齢構成 (N=197)

表2 対象の居住地

居住地	当初	現在
福岡市	74例 (36.8%)	62例 (30.8%)
北九州市	18 (9.0)	18 (9.0)
その他の福岡県内	18 (9.0)	21 (10.4)
山口県	24 (11.9)	23 (11.4)
大分県	18 (9.0)	19 (9.5)
長崎県	10 (5.0)	11 (5.5)
熊本県	10 (5.0)	12 (6.0)
佐賀県	9 (4.5)	8 (4.0)
鹿児島県	9 (4.5)	9 (4.5)
宮崎県	5 (2.5)	5 (2.5)
中国・四国	3 (1.5)	3 (1.5)
その他	3 (1.5)	10 (5.0)
合計	201 (100)	201 (100)

3. 調査結果

a) 社会的転帰 (表3)

社会的転帰では、有給雇用条件で就労ができている者は41例、家業の手伝いをしていて実質的には有給雇用による就労と同等とみなせる者が2例あった。死亡4例を除く197例の中の21.8%は実質的に働いている状態とみなせた。さらに大学・短期大学在学中の者6例、ソフトウェア・洋裁学校・職業訓練学校などの専門学校に通っている者5例、これら11例の大半は適応状況良好で、今後就労の可能性が高いと判断できた。これら望ましい社会的転帰であった者は計54例(27.4%)であった。

その他、精神薄弱者更生施設入所43例(21.8%)、自閉症のための専門施設入所(法的には精神薄弱者更生施設入所)32例(16.2%)、精神薄弱者授産施設通所27例(13.7%)、精神科デイ・ケアないし作業所通所17例(8.6%)、精神科病院入院4例(2.0%)、養護学校高等部在学中2例(1.0%)、在宅18例(9.1%)であった。

在宅の例では、てんかん発作のコントロール困難に伴って次第に歩行困難に陥っている例もあるが、中には環境調整さえすれば就労ないしそれに近い状態を期待できるものもあり、その病態は多岐にわたっていた。

b) 就労者の職業内容

就労内容では、公務員、理学療法士、事務員などのほかに、幼児期の趣味を発展させて就労に結びついた例(具体的にはバスガイド、自動車工場の技術者、調理人など)、根気強く1つの技術を身につけて働いている例(瓦職人、印刷工など)などがあった。しかし、半数以上の25例は生産業種の工具で、単純作業が主であった。サービス関連業種はほとんどなかった。給与は数万円から15万円以上と大きな幅があった。

c) 就労をやめた者の理由

以前就労していたが、中断した例が8例認められた。その理由としては、職場仲間とのトラブル、会社の経済的危機(各々2例)、一所懸命頑張ったが受け入れてもらえなかった、仕事に対する情熱の喪失、施設入所のための断念、過労、家庭の事情(各々1例)などであった。

表3 社会的転帰 (生存例のみ)

就労	41例 (20.8%)
家業の手伝い	2 (1.0)
大学	5 (2.5)
短期大学	1 (0.5)
専門学校	5 (2.5)
精神薄弱者授産施設通所	27 (13.7)
精神科デイ・ケア, 作業所通所	17 (8.6)
自閉症専門施設入所	32 (16.2)
精神薄弱者更生施設入所	43 (21.8)
精神科病院入院	4 (2.0)
在宅	18 (9.1)
養護学校高等部	2 (1.0)
合計	197 (100)

d) 死亡例

4例の死亡があったが、全例とも男性であった。死因は6歳時の原因不明の脳症、16歳時の自傷行為に基づく頭部外傷、20歳時のネフローゼ症候群、24歳時の喘息発作であった。自傷行為による死亡例は自閉症の主要な病態との関連性の高い例で、自傷における攻撃衝動の激しさを示し、実に悲惨なものであった。

e) 現在の言語発達水準

現在の言語発達水準を5段階(表4)に分けて検討した。結果(図2)はvery good 16.2%, good 30.5%, fair 32.0%, poor 9.1%, very poor 12.2%であった。

f) 現在の適応水準

適応水準についても5段階(表5)に分けて検討した。結果(図3)はvery good 10.7%, good 16.2%, fair 26.9%, poor 22.8%, very poor 23.4%であった。

g) てんかんの合併

てんかんの発症は回答のあった188例のうち36例、出現率は19.1%であった。平均発症年齢は13.3歳であったが、発症年齢(図4)は1~23歳までに及んでいた。現在のてんかんの出現頻度を、調査時直前に発症した1例を除く35例で見ると、現在発作が消失している16例(45.7%)、数年に1回出現8例(22.9%)、年に数回8例(22.9%)など、大半の例で薬物療法による発作のコントロールは

表4 現在の言語発達水準の判定基準

very good	: 言葉の表現力は豊かになり、会話もほとんど不自由なくできる
good	: 会話もできるが、まだぎこちなさと不自然なところが残っている
fair	: 日常生活の言葉はかなり理解できるが、会話はまだ困難である
poor	: まだおうむ返しがみられ、単語レベルの発語がほとんどである
very poor	: 発語があってもほとんど有意味語がないか全く話し言葉をもたない

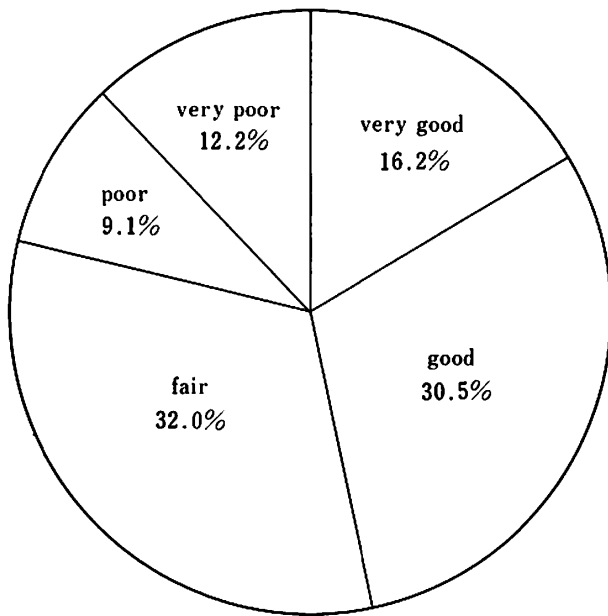


図2 現在の言語発達水準 (N=197)

良好であったが、3例(8.6%)では今なお発作が頻繁に出現しコントロール困難であった。その中の1例は、現在歩行困難な状態にまで陥っている。

h) 身体疾患の合併

その他の身体疾患の合併症として、自閉症児の精神病理が強く関与して発症している十二指腸潰瘍、拒食症、胃炎のほか、高血圧、糖尿病、膵臓炎、ネフローゼ症候群などが各々1例あった。そのほか喘息が9例に認められた。なお、この結果は親のアンケート記載によるもので、直接健診をすればさらに合併症の頻度は高くなることが予想される。

表5 現在の適応水準の判定基準

very good	: 就労(就学)ができていて、ほぼ満足のいく適応ができていて、周囲からも仕事ぶりや能力が認められる存在になっている
good	: 就労(就学)ができていて、特に人の手を借りず、ほぼ1人で普通の生活ができていて
fair	: 多少は人間関係に変わった点が認められるが、家庭生活や社会生活が営まれている
	: 今は就労ができていないが、日常生活は特に人に迷惑もかけずできている
poor	: かなり行動や人間関係に変わった点を認め、自立的社会適応ができず、人の援助が必要である
very poor	: 社会性が乏しく自閉的で社会適応も困難で、周囲の人の援助や介助が必要な状態である

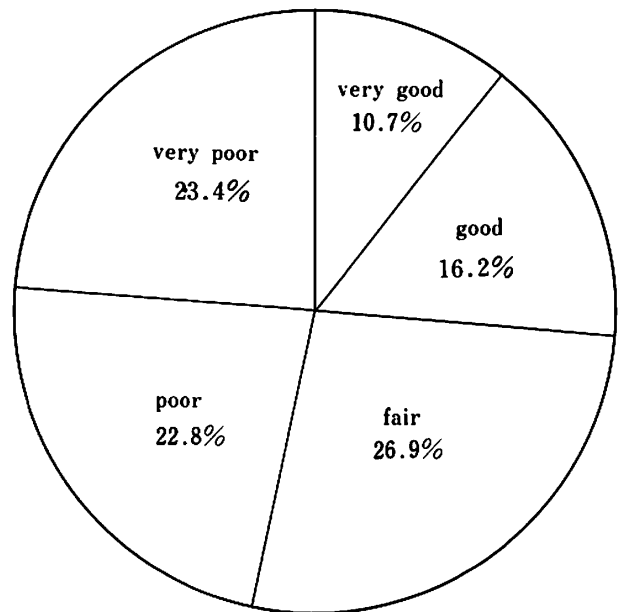


図3 現在の適応水準 (N=197)

i) 肥満度 (図5)

181例について現在の身長と体重から、肥満度(ブローカ桂変法)を算出した結果、肥満度120%以上の例は16.1%存在していたが、そのうち120~130%が8.3%、130~140%が3.9%、140%以

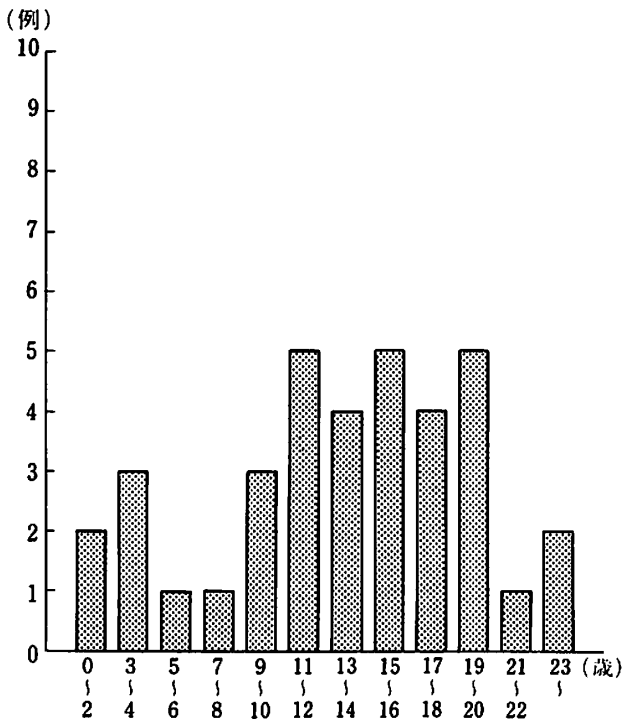


図4 てんかんの発症年齢(N=36)

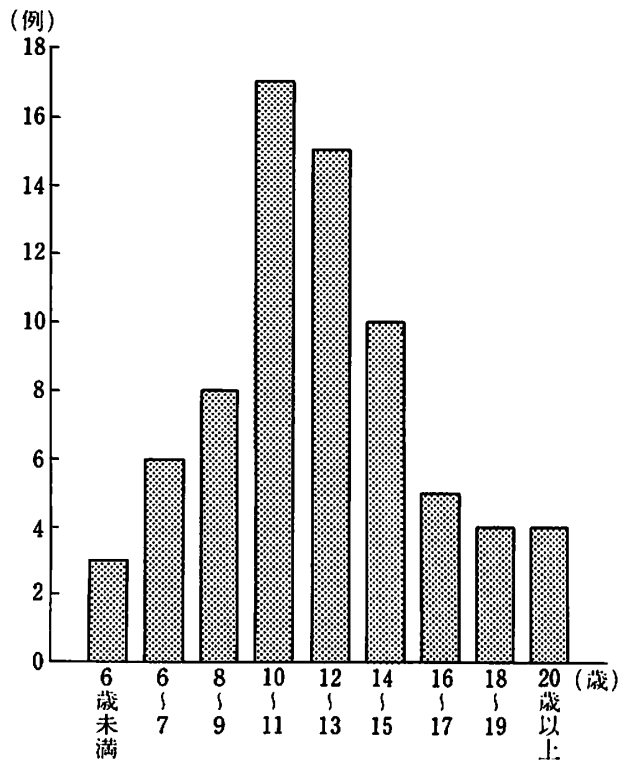


図6 急に状態が改善した年齢(N=75)

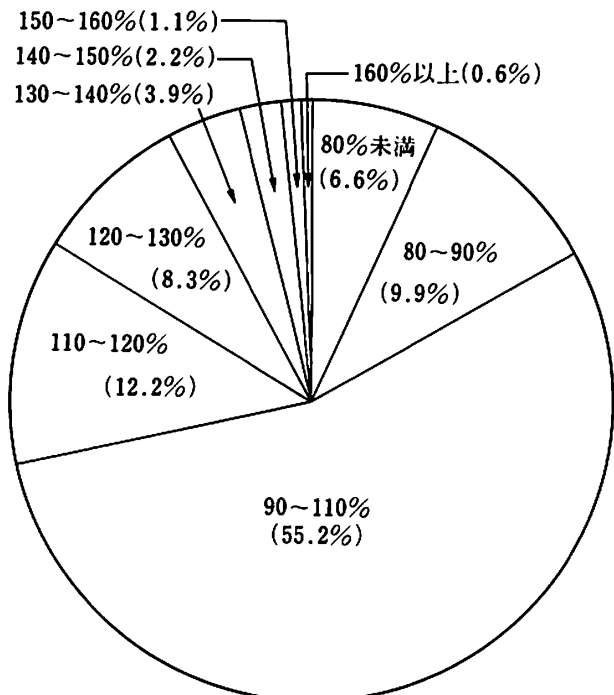


図5 肥満度※ (%) (N=181)

(※ フローカ桂変法： $\frac{\text{体重}}{(\text{身長}-100) \times 0.9} \times 100$ による)

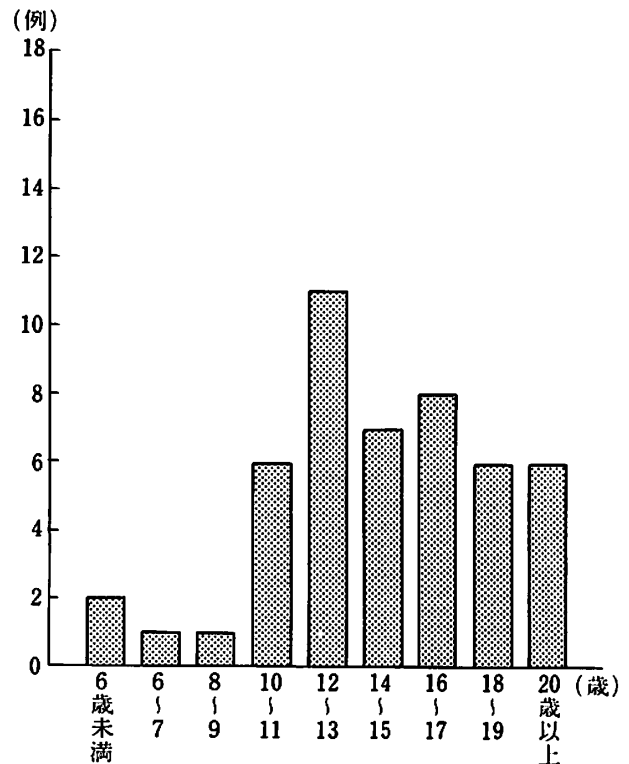


図7 急に状態が悪化した年齢(N=47)

上が3.9%を占めていた。

じ) 急に状態が改善した時期とその契機

家族からみて、子どもが急に良くなった時期の有無とその契機をみた。75例(38.1%)が「ある」と答えた。その時期(図6)は、10~15歳に集中していた。契機の内容をみると、寄宿舎生活や母親の病気や死亡などで親との分離や別離を余儀なくされるような生活上のできごと(life event)が好転の契機になっていることが多かった。

く) 急に状態が悪化した時期とその契機

急に悪化した時期の有無とその契機についても検討した。47例(23.9%)が「ある」と答えた。その時期(図7)は10歳から急激な増加を示していたが、20歳を過ぎても悪化の傾向が残っていた。契機としては、てんかんの発症など生物学的問題もあったが、学校現場の教師の対応やいじめなど社会的要因が多くを占めていた。

1) 現在の行動評価

現在の状態像を把握するため、Achenbach's child behavior checklist (CBCL)を青年期・成人期自閉症にも適用できるように一部改変し用いた。評価は主に家族が行ったが、その他一部は主治医、施設職員が行った。回答の得られたものは187例であった。出現頻度とともに、言語発達水準・適応水準との相関を検討した。有意差検定は、Spearmanの順位相関係数により、1%未満の水準で行った。結果は表6の通りである。

まず、言語発達水準・適応水準ともに有意な相関がある行動を出現頻度順にみると、「1.年齢に比べて幼い行動がある」(B+C=93.6%:以下同じ)、「25.友達とうまくいかない、ないし友達との関係がもてない」(82.9)、「79.話、言葉の問題」(78.1)、「8.集中力がなく、1つのことに長い間関心を持ち続けられない」(61.0)、「10.落ち着きがなく動き回り、じっと座ってられない」(51.9)、「66.同じ動作、行動を何回も繰り返す」(51.3)、「87.気分や感情が突然変化する」(47.1)、「95.かんしゃくを起しやすい」(44.4)、「68.しばしば大声で叫ぶ」(41.2)、「41.衝動的、よく考えずに行動する」(39.6)、「84.奇妙な行動」(38.5)、「11.おとなにすぎりつく傾向があり、依存的である(甘えが強い)」(38.0)、「76.普通の人に比べて、睡眠

時間が短い」(34.2)、「80.うつろなまなざしや表情」(34.2)、「26.不正なことをしても罪の意識がないようである」(32.1)、「58.自分の身体の一部を傷つける(自傷行為)」(29.4)、「29.動物や、学校(施設・職場)以外の場所を怖がる」(25.1)、「100.睡眠障害」(19.8)、「18.わざと自分を傷つけたり、自殺を企てる」(14.4)、「6.大便のおもらしをする」(2.7)などであった。

次に、言語発達水準との有意な相関がある行動を出現頻度の高い順にみると、「3.口げんかをたくさんする」(24.1)、「93.しゃべり過ぎる傾向がある」(20.3)、「43.嘘をついたり、ごまかしたりする」(15.0)、「35.自分には価値がないと感じたり、劣等感がある」(13.9)、「112.くよくよする傾向がある」(10.7)、「52.罪悪感をもち過ぎる」(6.4)などであった。

適応水準との有意な相関がある行動を出現頻度の高い順にみると、「42.一人ぼっちを好む」(70.1)、「13.混乱している、またはボンヤリしている」(42.2)、「113d.その場に不釣り合いな行動や表情をする」(41.7)、「22.家庭で言いつけに従わない」(40.6)、「23.学校(施設、職場)での言いつけに従わない」(34.8)、「50.怖がり過ぎたり、不安がり過ぎる」(34.8)、「65.会話を拒む、黙り込む」(33.2)、「86.頑固、陰気、怒りやすい」(32.6)、「102.動作が緩慢で元気がなく活動性が低い」(25.7)、「19.たくさんの関心、世話を要求する」(24.1)、「73.性的問題」(13.9)、「59.公衆の面前で自分の性器いじりをする」(4.8)などであった。

言語発達水準や適応水準いかんにかかわらず、自閉症者全般にわたって出現頻度の高い行動をみると、「45.神経質、緊張しやすい」(66.3)、「75.内気で臆病」(30.5)、「44.爪かみがある」(28.3)、「46.神経質な身体の動き、ピクピクした動き、チック」(25.1)などの神経症的行動のほかに、「9.ある考えが頭にこびりついて離れない」(65.8)、「113a.1つのことを気にすると、いつまでもそれが離れない」(59.4)、「32.完全でなければ気がすまない」(52.4)など、強迫傾向が強く残存していることが認められた。「62.身体の動きがぎこちない、不器用」(46.5)な面も高い頻度であった。そのほかにも、「17.空想に耽り、現実を忘れる」(33.2)、「111.

表6 行動評価の結果 (N=187) (Achenbach's child behavior checklistを一部改変)

行 動 項 目	そのようなことはない (例) (A)	やや、またはときどき そうである (例) (B)	たしかに、またはしばしば そうである (例) (C)	ときどき、またはしばしば そうである (%) (B+C)	言語発達水準・適応水準との相関
1. 年齢に比べて幼い行動がある	12	65	110	93.6	a
2. アレルギーがある	141	25	21	24.6	
3. 口げんかをたくさんする	142	32	13	24.1	b
4. 喘息がある	174	9	4	7.0	
5. 男(女)のくせに女っぽく(男っぽく)振舞う	176	10	1	5.9	
6. 大便のおもらしをする	182	4	1	2.7	a
7. 自慢屋である	170	12	5	9.1	
8. 集中力がなく、1つのことに長い間関心をもち続けられない	73	66	48	61.0	a
9. ある考えが頭にこびりついて離れない	64	67	56	65.8	
10. 落ち着きがなく動き回り、じっと座ってられない	90	69	28	51.9	a
11. おとなにすかりつく傾向があり、依存的である(甘えが強い)	116	50	21	38.0	a
12. 寂しいと文句を言う	174	12	1	7.0	
13. 混乱している、またはボンヤリしている	108	69	10	42.2	c
14. よく泣く	160	22	5	14.4	
15. 動物をいじめる	179	7	1	4.3	
16. 他人をいじめたり、脅かしたりする	165	20	2	11.8	
17. 空想に耽り、現実を忘れる	125	53	9	33.2	
18. わざと自分を傷つけたり、自殺を企てる	160	19	8	14.4	a
19. たくさん人の関心、世話を要求する	142	36	9	24.1	c
20. 自分の所有物を壊す	165	19	3	11.8	
21. 家族の所有物や友人の所有物を壊す	173	12	2	7.5	
22. 家庭での言いつけに従わない	111	62	14	40.6	c
23. 学校(施設、職場)での言いつけに従わない	122	48	17	34.8	c
24. あまり食べない	166	17	4	11.2	
25. 友達とうまくいかない、ないし友達との関係がもてない	32	69	86	82.9	a
26. 不正なことをしても罪の意識がないようである	127	34	26	32.1	a
27. やきもちやきである	160	20	7	14.4	
28. 食物以外の物を食べてしまう	174	8	5	7.0	
29. 動物や、学校(施設、職場)以外の場所を怖がる	140	25	22	25.1	a
30. 学校(施設、職場)に行くことを怖がる	172	9	6	8.0	
31. 何かいけないこと、悪いことをしてしまうのではないかと恐れる	165	19	3	11.8	
32. 完全でなければ気がすまない	89	65	33	52.4	
33. 誰も自分をかわいかってくれないと感じる、または文句を言う	174	10	3	7.0	
34. 誰もが自分をいじめる、やっつけにくく感じる	172	13	2	8.0	
35. 自分には価値がないと感じたり、劣等感がある	161	20	6	13.9	b
36. 怪我をしがち、事故を起しがち	175	10	2	7.4	
37. しばしばけんかをする	161	21	5	13.9	
38. よくいじめられたり、からかわれたりする	127	51	9	32.1	
39. 問題児と一緒に遊ぶ	183	4	0	2.1	
40. 実際には存在しない声や音が聞こえてくる	184	3	0	1.6	
41. 衝動的、よく考えずに行動する	113	56	18	39.6	a
42. 一人ぼっちを好む	56	89	42	70.1	c
43. 嘘をついたり、ごまかしたりする	159	25	3	15.0	b
44. 爪かみがある	134	29	24	28.3	
45. 神経質、緊張しやすい	63	86	38	66.3	
46. 神経質な身体の動き、ヒクヒクした動き、チック	140	31	16	25.1	
47. 悪夢をみる	179	8	0	4.3	
48. 人から好かれない	135	41	11	27.8	
49. 便秘がち	160	19	8	14.4	
50. 怖がり過ぎたり、不安がり過ぎる	122	52	13	34.8	c
51. めまいがしたり、ふらつく感じがする	182	4	1	2.7	
52. 罪悪感をもち過ぎる	175	12	0	6.4	b
53. 過食(食べ過ぎる)	114	49	24	39.0	
54. 疲れやすい	158	19	10	15.5	
55. 肥満	134	29	24	28.3	
56. 医学的には原因のない身体的な問題					
a. 頭痛以外の痛み	184	3	0	1.6	
b. 頭痛	178	8	1	4.8	
c. 吐き気、気分の悪さ	173	12	2	7.5	
d. 眼の問題	172	11	4	8.0	
e. 発疹やその他の皮膚症状	149	27	11	20.3	
f. 胃痛または胃のさしこみ	179	5	3	4.3	
g. 嘔吐	174	12	1	7.0	
h. その他	175	7	5	6.4	
57. 誰かに乱暴する	153	32	2	18.2	

58. 自分の身体の一部を傷つける (自傷行為)	132	33	22	29.4	a
59. 公衆の面前で自分の性器いじりをする	178	8	1	4.8	c
60. 性器いじりをしすぎる	166	19	2	11.2	
61. 学業不振			(この項目は削除) ※		
62. 身体の動きがぎこちない, 不器用	100	56	31	46.5	
63. 年上の人と遊ぶことを好む	144	28	15	23.0	
64. 年下の人と遊ぶことを好む	171	11	5	8.6	
65. 会話を拒む, 黙り込む	125	45	17	33.2	c
66. 同じ動作, 行動を何度も繰り返す	91	43	53	51.3	a
67. 家出をする	177	5	5	5.3	
68. しばしば大声で叫ぶ	110	54	23	41.2	a
69. 自分のことを心の中にしまいこむ傾向があり, 秘密が少ない	156	25	6	16.6	
70. 実際には存在しないものを見えるという	184	3	0	1.6	
71. 自意識過剰	168	16	3	10.2	
72. 放火またはそれに近いことをする	186	1	0	0.5	
73. 性的問題	161	14	12	13.9	c
74. みせびらかしや	178	9	0	4.8	
75. 内気で臆病	130	45	12	30.5	
76. 普通の人と比べて, 睡眠時間が短い	123	39	25	34.2	a
77. 普通の人と比べて, 夜の睡眠, 昼寝ともに長い	168	13	6	10.2	
78. 大便を手でさわったり, 大便で遊ぶ	183	2	2	2.1	
79. 話, 言葉の問題	41	42	104	78.1	a
80. うつろなまなざしや表情	123	51	13	34.2	a
81. 家庭の中で盗みをする	183	4	0	2.1	
82. 家庭の外で盗みをする	186	1	0	0.5	
83. 不要なものまでためこむ癖がある	153	22	12	18.2	
84. 奇妙な行動	115	40	32	38.5	a
85. 奇妙な考え	165	15	7	11.8	
86. 頑固, 陰気, 怒りやすい	126	45	16	32.6	c
87. 気分や感情が突然変化する	99	63	25	47.1	a
88. 非常にひねくれやすい	168	17	2	10.2	
89. 疑い深い	152	27	8	18.7	
90. ののしりや, 卑しい言葉をよく口にする	175	8	4	6.4	
91. 自分が死ぬ話をする	180	6	1	3.7	
92. 寝言を言ったり, ねばけて歩き回る	185	2	0	1.1	
93. しゃべり過ぎる傾向がある	149	29	9	20.3	b
94. よくからかう	175	12	0	6.4	
95. かんしゃくを起しやすい	104	71	12	44.4	a
96. 性的な事柄を考えすぎる	179	6	2	4.3	
97. 人々を脅迫する, 脅かす	182	5	0	2.7	
98. 指しゃぶり	177	8	2	5.3	
99. 清潔な身なりに気を使い過ぎる	154	29	4	17.6	
100. 睡眠障害	150	27	10	19.8	a
101. 忘れて学校 (施設, 職場) に行かない	177	7	3	5.3	
102. 動作が緩慢で元気がなく活動性が低い	139	35	13	25.7	c
103. 不幸せ, 悲しい, 沈みがち	178	5	4	4.8	
104. ひどく騒がしい	154	23	10	17.6	
105. アルコール, シンナーなどの問題がある	186	1	0	0.5	
106. 悪意をあらわすために器物損壊などの破壊行動を示す	173	13	1	7.5	
107. 昼間のおもらし (遺尿)	185	2	0	1.1	
108. 夜尿	183	4	0	2.1	
109. 泣き声でぶつぶつ不平を言う	182	5	0	2.7	
110. 反対の性になりたがる (男性は女性に, 女性は男性に)	186	1	0	0.5	
111. 引きこもってしまい, 家族や他の人々と交わらない	145	33	9	22.5	
112. くよくよする傾向がある	167	18	2	10.7	b
113. その他の問題					
a. 1つのことを気にすると, いつまでもそれが離れない	76	71	40	59.4	
b. 異性への関心が強い	149	34	4	20.3	
c. わざと人の要求の反対のことをしたがる, ないしは言いたがる	152	30	5	18.7	
d. その場に不釣り合いな行動や表情をする	109	52	26	41.7	c

Spearmanの順位相関係数による, 1%未満の危険率にて a: 言語発達水準及び適応水準ともに有意な相関がある, b: 言語発達水準と有意な相関がある, c: 適応水準と有意な相関がある, ※: この項目は成人期自閉症には不適切であるため削除

引きこもってしまい、家族や他の人々と交わらない」(22.5)などの非社会的行動や、「113b. 異性への関心が強い」(20.3)などが20%以上の高頻度に認められた。

しかし、「81. 家庭の中で盗みをする」(2.1)、「82. 家庭の外で盗みをする」(0.5)、「72. 放火またはそれに近いことをする」(0.5)、「105. アルコール、シンナーなどの問題がある」(0.5)などの反社会的行動や、「40. 実際には存在しない声や音が聞こえる」(1.6)、「70. 実際には存在しないものが見えるという」(1.6)などの幻覚症状が疑われる例は極めてまれであった。

3. 青年期・成人期の問題

以上、筆者らが行った自閉症児の追跡調査の結果について述べてきたが、これらの結果をもとに、自閉症児が青年期ないし成人期に達したときにどのような臨床上の問題が生じてくるかを論じてみたい。

1. 全般的転帰

a) 過去の追跡調査との比較からみた転帰について

自閉症児が加齢とともにどのような転帰をたどっているかを知ることは、自閉症の本態を見極めるうえからも非常に重要である。詳細な総説はすでに若林(1980)、中根(1988a;1988b)によって行われている。過去の代表的な追跡調査研究(表7)から自閉症の全般的な転帰をみると、Bettelheim(1967)の報告以外は、総じて自閉症の転帰はその半数から多いものでは70~80%が不良(poor)とされてきた。

諸外国の報告はその時代的背景や自閉症療育の歴史も異なるために、わが国の報告のみで比較してみると、若林ら(1975;1986)の継時的な報告によれば、顕著な改善は認めがたい。しかし、若林ら(1986)が述べているように、これらの対象となった自閉症児は、わが国で自閉症に対する認識がまだ定まらなかった、前半20年間の療育を受けてきた、日本におけるいわゆる第一世代の自閉症の症例である。今回の筆者らの対象となった自閉症児は、わが国の自閉症の療育が、医療・教育・福祉

表7 過去の追跡調査研究との比較(若林, 1990を一部改変)

研究者代表(発表年)	対象数	全般的転帰(%)		
		good	fair	poor
Eisenberg (1956)	63例	5	22	73
Creak (1963)	100	17	40	43
Mittlerら (1966)	27	—	30	—
Rutterら (1967)	63	14	25	60
Bettelheim (1967)	40	42.5	37.5	20
Kanner* (1971)	11	18	18	45
DeMyerら (1973)	120	10	16	74
Lotter (1974)	29	14	24	62
若林ら (1975)	30	10	20	70
若林 (1978)	52	8	15	77
石井 (1978)	40	17.5	12.5	70
玉井ら (1979)	31	19	23	58
若林 (1981)	59	9	12	80
小林** (1985)	90	36	16	49
若林 (1986)	91	13	17	70
小林ら** (1990)	197	26	27	47

* : 行方不明と死亡の2例を除く

** : 現在の適応水準によるが、全般的転帰とほぼ同義とみなしてよい

の領域で盛んに取り組まれるようになり始めた時期に幼児期から学童期を過した子ども達で、いわば第二世代の自閉症である。そうした観点から比較すると、今回の調査の良好な転帰は、わが国の自閉症療育の成果とみなせるかもしれない。そのほかの要因として、対象児の多くが一貫して同一地域に居住しながら療育を受けてきたこと、九州地区では“自閉症親の会九州協議会”が全国で唯一組織化され、その活動は自閉症の療育活動の大きなネットワーク作りの核として機能してきたことなどもあげられよう。

なお、小林(1985a)の前回の調査と今回のそれを比較すると、良好(good)が減少している。その理由としては、追跡対象児の年齢が前回は12歳以上、今回は18歳以上と異なっていることがあげられる。今回の対象児は青年期を通過する時点で、社会適応面でかなり大きな壁にぶち当たったことが推測される。言語発達水準では良好なものが多いのに、適応水準になると半減してしまうのも、青年

期・成人期自閉症の社会性の障害の深刻さを示している。大まかに今回の結果の全般的転帰を要約すれば、半数が不良、残りを良好と軽快 (fair) が半々ずつを占めていると言えよう。

b) 現在の処遇について

自閉症の病態は、青年期・成人期に至ると極めて多様化するため、その処遇も実にさまざまに分かれている。若林ら (1986) の結果と比較すると、この数年で各地に設立された自閉症のための専門施設に入所する自閉症が増加し、精神科デイ・ケア通所などの試みが生れ、それに伴い、精神科入院の例は急速に減少している。自閉症の多彩な病態を考えると、その処遇面の検討は、現存の社会的資源の活用を含めて、広範な視野から検討していくことが大切である。

2. 病態の変化

十亀 (1978) は、年長自閉症児の病態の変化として、自閉性の軽減と応答能力の増加、感情反応の増加、学習における進歩などの好ましい変化を指摘し、その反面、身体的成長に伴い問題行動がより深刻になると述べている。その他、多動性の軽減と寡動の出現など (小林, 1985a) も認められる。このように、自閉症児は加齢とともに、病態の改善ないし変化を示すようになるが、冒頭でも述べたように、この時期、自閉症児に最も大きな課題として迫ってくるのは、青年期の発達課題である。彼らが示すさまざまな問題行動も、その心理的背景として青年期という発達期にあることを念頭に入れて理解していくことが療育的視点からも重要である。そこで、この時期特に問題となりやすい点に絞って以下述べていきたい。

a) てんかんの合併

てんかんの合併は、18歳までに自閉症のおよそ20%に出現し、発症年齢は11~14歳にピークを示す (Deykin ら, 1979) とされている。今回の結果でも、平均発症年齢が13.3歳と類似の結果ではあったが、19歳以後の発症例が8例 (25%) も存在しているのをみると、成人期になってもてんかんの発症の可能性を考慮に入れておく必要がある。

b) 病的退行と病態の改善

自閉症児の中には、青年期に病的退行を起す一

群がおよそ1/3に存在し (Gilberg ら, 1981)、その数年後にてんかんの発症を認めるものもある (Gilberg ら, 1987) ことから、これらの一群には、生物学的要因の関与が強く考えられている。小林 (1985a) も90例の自閉症児の発達経過を追っていく中で、25.6%に病的退行を示す群の存在を認めている。今回の調査結果でも、23.9%の自閉症児に急な状態の悪化が認められている。時期は10歳から急激な増加を示していたが、20歳以後にも認められた。その契機としてはてんかんの発症のほかに、学校現場の社会的環境要因が多くを占めていることを考えると、こうした病的退行への対応や防止には療育環境の整備が早急に求められている。

その反面、青年期に病態が急速に改善することも少なくない。今回の調査でも38.1%に改善が認められ、その時期も10歳から15歳の間に集中していた。その契機として、親との分離や別離が強く関与していることを考えると、この時期、自閉症児にとっても第2の分離個体化の発達課題が重要なポイントとなっていることがわかる。したがって、前青年期から青年期前期のこの時期は、青年期の発達課題を念頭に入れた母親への心理教育的アプローチなどによる家族への援助は重要な課題の1つである (小林ら, 1990; Pelling, 1989)。

c) 心身症その他の身体疾患の合併

自閉症児も加齢とともに、社会的ストレスが次第に強まり、さまざまな心身症を呈してくることは決して稀ではない (小林ら, 1989)。具体的には、ストレス潰瘍、胃炎、心因性多飲症などの消化器系のみならず、チックなどの運動器系、円形脱毛などの皮膚系などにも認められている。そのほか今回の調査では、「56. 医学的には原因のない身体的問題」として頭痛や嘔吐などがあり、拒食症を思わせる症例も1例認められた (Gilbergら, 1985b; Rothery ら, 1988)。

心身症のほかに、身体疾患の合併がどの程度存在するのかについての報告はまだないが、今回の調査結果では、いくつかの身体疾患の合併が存在していた。特に成人病である糖尿病、高血圧などのほかに、ネフローゼ症候群や膵臓炎などがあった。ネフローゼ症候群による死亡の1例は、発見が遅

れたため治療が手遅れになったものである。したがって、自らの身体の状態を的確に知覚したり表現する能力に乏しい彼らに対して、身体疾患の合併の有無を検討することは、生命予後の点からも成人期の問題の1つとして忘れてはならない。

d) 肥 満

肥満(項目55, 28.3%)は、青年期に始まることが多い。日常生活の規則性の乏しさや遊びの欠如、運動不足などのほかに、過食(項目53, 39.0%)などが相乗効果をもたらしている。しかし、実際に肥満がどの程度存在するか、その頻度に関する報告はほとんどないが、今回の調査結果で、肥満度120%以上が16.1%とさほど多いものではないことが明らかになった。さらに、CBCLでの頻度28.3%は、実際の肥満度120%以上の頻度16.1%よりはるかに高く、このことは、自閉症児が肥満傾向を示すことに対する母親の強い不安を示していると言えよう。しかし肥満は自閉症児の情緒面の不安定さとの関連性が強く、重度な肥満では肥満療法(大隈ら, 1990)など積極的な治療が求められる。

e) 神経症様症状

この時期、自閉症児は幼児期・学童期の病態と異なり、多彩な神経症様症状を呈するようになる(小林, 1985a)。心身症も類似の反応とみてよいが、多いものとしては、強迫症状(中根, 1989a)、登校拒否(栗田, 1989)、恐怖反応、不安反応などがある。青年期自閉症に生じる強迫症状は、自閉症の診断基準の1つとされている幼児期の強迫的こだわりや常同行動とは異なり、観念内容や行動自体に対する非合理性が意識され、自我異和的な症状である。今回の調査でも、「45. 神経質、緊張しやすい」(66.3%)、「75. 内気で臆病」(30.5)、「44. 爪かみがある」(28.3)、「46. 神経質な身体の動き、ピクピクした動き、チック」(25.1)などの多くの神経症的行動のほかに、「9. ある考えが頭にこびりついて離れない」(65.8)、「113a. 1つのことを気にすると、いつまでもそれが離れない」(59.4)、「32. 完全でなければ気がすまない」(52.4)など、強迫症状とみなせるこうした強迫傾向が18歳以後になっても半数以上の例に強く残存していた。このような強迫傾向は青年期・成人期自閉症の中心的精神病理として重視する必要である。

f) 精神病様状態(分裂病様状態,躁うつ病様状態)

神経症様状態のほかに精神病様状態を呈することもある。精神病様状態には、分裂病様状態(Pettyら, 1984;小林, 1985b;原田ら, 1986;藤川ら, 1987;坂口, 1989;Clarkeら, 1989)と躁うつ病様状態(Komotoら, 1984;Gilberg, 1985a;古元, 1989;小林ら, 1989)の報告が多い。自閉症と分裂病との異同や関連性についてはまだ議論の多いところである(Rutter, 1972;清水, 1986)。今回の調査結果では、幻覚症状を疑わせるものは極めてまれであったが、自閉症固有の外界に対する強迫的構えが周囲の者によって侵されそうになると、反応性に精神病様状態を呈したり(小林, 1986)、周囲の目に対して過敏になり、被害関係念慮から妄想反応を引き起すこともあり(Wing, 1989)、注意が必要である。

g) 性的問題

青年期の問題の中で最も深刻なものとされているものであるが、今回の調査でも、13.9%(項目73)に認められ、適応水準の良否を左右していることが示されている。具体的には自慰行為が主であるが、そのほかにも異性への関心が強いもの(項目113b)も20.3%に認められ、これらの行動に対して親のもつ不安は極めて強い。性教育ないし、自慰行為に対する対処の合理的な方法の指導(Meloneら, 1983)が必要とされる。あからさまな自慰行為や性器いじりとまではいかななくても、自閉症児は青年期に性欲ないし異性への関心の高まりに対して大きな戸惑いをもちながらも、彼らなりに対処を試みている。そうした彼らの行動をいかに理解して援助の手を差し延べるかが重要な問題となる(Kobayashi, 1990)。

h) 青年期パニック

身体面の成長や衝動性の亢進などにより、自閉症児は自らに生じる不安への対処が短絡的にパニックという行動化をもたらしやすい。今回の調査でも、44.4%(項目95)と高率に出現している。若林(1987)はパニックを示す群を、青年期という節目に引っかかって、混乱をきたし、自己主張が高じて行動化する一群のほかに、青年期に重篤な退行現象を示す一群の部分症状として認められるパニックに2分している。

表8 自閉症と青年期の発達課題 (小林, 1987)

青年期の課題	基盤の主な障害	反応様式	克服の心理的機構
仲間体験 (gang age)	社会的知覚(social awareness)の障害 同時失認	孤立化	直接的関与を回避 限局した興味への没頭
身体像の変化	身体図式の獲得の障害	拒絶・無関心 心身症反応 被害関係念慮	性を否認
母子分離と自立	母子の過剰な結びつき	母子間の緊張の増大	自己の生活様式の獲得
自己意識の獲得 (identity)	自他の弁別能力の障害 (自我のせい弱性)	自我理想の肥大化	教条主義的行動様式の獲得

i) 自傷行為・攻撃的行動

自傷行為は幼児期からもち越していることが少なくないが、今回の調査では29.4% (項目58)に認められた。攻撃的行動(項目57)は18.2%と自傷行為より少ないが、社会適応面からより深刻な問題となることが多い(Mawsonら, 1985; Baron-Cohen, 1988)。自傷行為に対する具体的対処の方法としては、行動療法的手法が有用な場合が多いが、攻撃的行動に対しては、青年期の自閉症児にとって特に不快な状況を取り除く配慮と、意欲的に取り組める生活環境作りが求められる(中根, 1989b)。

j) 意欲低下, 自発性欠如

意欲低下や自発性欠如は多動性の改善と相前後して出現していくことが多く、病的退行の一面として捉える必要がある。極度な引きこもりが生じると、その対応に苦慮することが少なくない。青年期の彼らに対して、幼児期と同様な親による過度な干渉や指示は、彼らの自発性の芽を摘み、パニックを誘発したり、自発性欠如といった引きこもりの反応を引き起しやすい。彼らの意欲を生み出すためには、幼児期からの関心や興味を育てるとともに、スモール・ステップによる木目細かい指導が大切である。

k) その他の問題

頻尿, 嘔吐(項目56g, 7.0%)なども問題になることがある(中根, 1989b)。反社会的行動障害の中では、盗み(項目82, 0.5%), 放火(項目72, 0.5%), アルコール・シンナー(項目105, 0.5%)な

どの社会・経済的環境要因との関連性が強いものは極めてまれであるが、自閉症児特有な空想生活に関連した行動障害は、自らの確信のもとに衝動行為として出現し、犯罪行為などの深刻な事態を生むことがある(Wolffら, 1986; 影山ら, 1989)。

3. 青年期の発達課題

a) 青年期自閉症の発達課題と対処の仕方

自閉症にとっての青年期の発達課題は、ほかの人々と特に異なるものでないが、基盤にさまざまな能力障害や特有な精神病理的背景をもつために、それに対する反応様式は独特なもので、彼ら固有の心理的機構をもって課題の克服に努める(小林, 1987)。その要点は表8に示す通りである。

b) 青年期自閉症の精神性的発達

先に性的問題でも述べたが、青年期・成人期は一般に性衝動の亢進や異性への関心をどのように自己の人格の中に取り込み、最終的にいかに性愛の対象を獲得するかという発達課題が最も重要なものと言える。自閉症児では、こうした対象の獲得は困難を極めることは確かではあるが、この時期彼らにとって、精神性的発達がどのようにして展開されるかといった視点から、性的同一性の獲得のための援助を行うことが肝要である(Kobayashi, 1990)。

4. 成人期リハビリテーションの課題

青年期の混乱から脱出したのちの成人期は、

心身ともかなり安定した状態をもたらす。そして働くことに強い意欲を示し、高い自我理想に基づくスタッフへの要求水準も高い場合が少なくない。しかし、適応面では過剰適応とも言えるほどの融通のきかない側面を強く残している(小林, 1986; 小林ら, 1990)。情緒面では安定してきても、他方で彼らのもっている能力障害が前景に出るため、働く場合のハンディキャップとして問題となる。ここでは、就労ないし作業能力の向上のための具体的なリハビリテーションの面にはあえてふれず、余暇の活用や生きがいについて述べる。

a) 余暇の活用の仕方

自閉症児の精神的安定のためには、余暇活動の活用が重要であることは強調されなくてはならない(石井, 1984)。そのためには、かなり早期からそれを育てるための指導をしていくことも必要である(Wehman, 1983)。しかし、彼らにとっての楽しみは幼児期からの興味や関心の発展であることが多いことを考えると、われわれの価値観を押しつけることなく、彼らの生活様式を充分考慮したうえでの工夫が必要である。

b) 生きがい

人間すべて最終的には、人生が生きがいをもったものでなくてはいけない。そのためには個人の能力が最大限に発揮されるような環境と能力開発のプログラムが求められる。そして、人々に認められる存在として自尊心が保たれるような配慮が大切になる。こうした観点が失われぬ限り、彼らは成人期に入ってからでも着実に成長し続けるように思われるし、そう願わずにはいられない。

4. おわりに

最近筆者らが行った自閉症児追跡調査の結果を中心に、青年期・成人期自閉症の問題を論じてきた。幼児期の自閉症の病態と比較すれば、青年期・成人期のそれは実に多様である。そのため、本稿で述べたような幅広い角度から彼らへの援助を行う必要がある。筆者らに与えられたテーマを考えると、自閉症の療育についても、施設療育を含めもっと広範に論じる必要があったかもしれないが、筆者らの能力の範囲を超えるのであえてここでは論

じなかった。主に児童精神医学的立場から臨床上の問題を中心に整理を試みた。しかし、各々の問題についてさらに具体的にその対応まで含めて論じなくてはならなかったが、紙面の都合上割愛した。詳細については、以下の文献を参照されたい。

今回の追跡調査は、朝日新聞西部厚生文化事業団の助成と福岡県の自閉症治療研究班(班長: 村田豊久)助成金によった。

今回の調査で用いたAchenbach's CBCLの使用をこころよく許可下さいましたUniversity of VermontのThomas M. Achenbach先生と、日本版の使用を許可下さいました東京都精神医学総合研究所皆川邦直先生に感謝申し上げます。

最後に、今回のアンケート調査にご協力いただいたご家族、子ども達の情報について調査協力いただいた九州各地の大学・病院・児童相談所・療育施設などのスタッフの方々や九州山口地区の親の会の方々、統計処理について協力をいただいた福岡大学医学部社会医学系総合研究室吉永一彦氏、そしてこの20年間、療育キャンプを主催された朝日新聞西部厚生文化事業団、ならびに協力して下さいましたすべての療育スタッフ、学生ボランティアの皆さんに心より厚くお礼申し上げます。

文 献

- Baron-Cohen, S. (1988). An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 351-360.
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress—infantile autism and the birth of the self*. New York: Free Press. (黒丸正四郎, 岡田幸夫, 花田雅憲ら(訳)(1973, 1975). *自閉症 うつろな砦* 1・2. 東京: みすず書房.)
- Clarke, D. J., Littlejohns, C. S., Corbett, J. A. et al. (1989). Pervasive developmental disorders and psychoses in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 155, 692-699.
- DeMyer, M. K., Baraton, S., DeMyer, W. E. et al. (1973). A follow-up study. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 3, 199-246.
- Deykin, E. Y., & MacMahon, B. (1979). The incidence of seizures among children with autistic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1310-1312.

- Eisenberg, L. (1956). The autistic child in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 112, 607-612.
- 藤川英昭, 小林隆児, 村田豊久ら (1987). 大学入学後に精神病的破綻をきたし, 抑うつ, 自殺企図まで示した19歳のAsperger症候群の1例. *児童青年精神医学とその近接領域*, 28, 217-225.
- Gilberg, C. (1985a). Asperger's syndrome and recurrent psychosis—A case study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 389-397.
- Gilberg, C. (1985b). Autism and anorexia nervosa: Related condition? *Nordisk Psykatrisk Tidsskrift*, 39, 307-312.
- Gilberg, C. (1989). Autism: Specific problems of adolescence. In C. Gilberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism* (pp. 375-382.). New York: Plenum Press.
- Gilberg, C., & Schaumann, H. (1981). Infantile autism and puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 365-371.
- Gilberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar condition: A population-based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 273-287.
- 原田誠一, 清水康夫 (1986). 青春期に分裂病様状態を呈した自閉症の1例. *臨床精神医学*, 15, 1793-1801.
- 石井高明 (1978). 自閉症の長期予後. *臨床精神医学*, 7, 907-912.
- 石井高明 (1984). 余暇の過ごし方を通してみた年長自閉症の生活の仕方. 厚生省心身障害者研究班 (班長佐々木正美) (編), *自閉症の本態, 原因と治療法に関する研究*. 昭和58年度報告書 (pp. 108-110).
- Kanner, L. (1971). Follow-up study of eleven autistic children: Originally reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 119-145.
- 影山任佐, 石井利文 (1989). 自閉症者の犯罪と精神鑑定. *日本犯罪学雑誌*, 55, 43-53.
- 小林隆児 (1985a). 自閉症児の精神発達と経過に関する臨床的研究. *精神神経学雑誌*, 87, 546-582.
- 小林隆児 (1985b). 24歳の1自閉症者の精神病的破綻. *児童青年精神医学とその近接領域*, 26, 316-327.
- 小林隆児 (1986). 働く自閉症者の生活様式の特徴. *精神科治療学*, 1, 205-213.
- 小林隆児 (1987). 学童期および思春期の問題—思春期をいかに乗り越えて社会的自立を獲得していくか—. 山崎晃資, 栗田 広 (編), *自閉症の研究と展望* (pp. 53-74.). 東京: 東京大学出版会.
- Kobayashi, R. (1990). The psychosexual development of autistic children in adolescence. 12th International Congress of International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Kyoto, JAPAN).
- 小林隆児, 井上登生, 村田豊久 (1989). 自閉的な発達障害に併発する精神科的問題—自閉症児に併発する心身症. *発達障害研究*, 11, 32-43.
- 小林隆児, 村田豊久 (1977). 自閉症児療育キャンプの効果に関する一考察. *児童精神医学とその近接領域*, 18, 221-234.
- 小林隆児, 村田豊久 (1989). 自閉症と感情障害—抑うつ状態と軽躁状態を繰り返した年長自閉症の1例—. *精神医学*, 31, 237-245.
- 小林隆児, 岡村克己 (1990). 成人期自閉症の運動技能と社会的技能における基本障害. *発達心理学と医学*, 1, 367-377.
- 小林隆児, 新保友貴 (1990). 思春期の自閉症児をもつ母親への心理教育的アプローチの試み. *発達心理学と医学*, 1, 91-97.
- Komoto, J., Usui, S., & Hirata, J. (1984). Infantile autism and affective disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14, 81-84.
- 古元順子 (1989). 自閉的な発達障害に併発する精神科的問題—感情障害 (気分障害). *発達障害研究*, 11, 14-19.
- 栗田 広 (1989). 自閉的な発達障害に併発する精神科的問題—登校拒否. *発達障害研究*, 11, 44-48.
- Lotter, V. (1974). Social adjustment and placement of autistic children in Middlesex: A follow-up study. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4, 11-32.
- Mawson, D., Grounds, A., & Tantam, D. (1985).

- Violence and Asperger's syndrome : A case study. *British Journal of Psychiatry*, 147, 566-569.
- Melone, M. B., & Lettack, A. L. (1983). Sex education at Benhaven. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults* (pp. 111-132.). New York: Plenum Press. (中根 晃, 太田昌孝 (監訳) (1987). 青年期の自閉症—個人生活の確立. 東京: 岩崎学術出版.)
- Mittler, P., Gilles, S., & Jukes, E. (1966). Prognosis in psychotic children : Report of a follow-up study. *Journal of Mental Deficiency Research*, 10, 73-83.
- 中根 晃 (1988a). 自閉症の長期予後(1). *精神医学*, 30, 492-498.
- 中根 晃 (1988b). 自閉症の長期予後(2). *精神医学*, 30, 606-615.
- 中根 晃 (1989a). 自閉的な発達障害に併発する精神科的問題—強迫症状. *発達障害研究*, 11, 7-13.
- 中根 晃 (1989b). 思春期・青年期の困難性とその対応. 佐々木正美 (監修), *療育技法マニュアル—第三集 自閉症編—* (pp. 57-70.). 神奈川: 神奈川県児童医療福祉財団.
- 大隈絃子, 伊藤紀子, 古賀靖之ら (1990). 重度精神遅滞の重度思春期肥満の入院治療. *発達心理学と医学*, 1, 111-119.
- Pelling, H. (1989). Psychotherapeutical help in adolescence. In C. Gilberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism* (pp. 413-418.). New York: Plenum Press.
- Petty, L. K., Ornitz, E. M., Michelman, J. D. et al. (1984). Autistic children who become schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 41, 129-135.
- Rothery, D. J., & Garden, G. M. F. (1988). Anorexia nervosa and infantile autism. *British Journal of Psychiatry*, 153, 714.
- Rutter, M., Greenfield, D., & Lockyer, L. (1967). A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis II. Social and behavioural outcome. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1183-1199.
- Rutter, M. (1972). Childhood schizophrenia reconsidered. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 315-337.
- 坂口正道 (1989). 自閉的な発達障害に併発する精神科的問題—幻覚妄想症状. *発達障害研究*, 11, 20-25.
- 清水康夫 (1986). 幻覚妄想症状を呈する年長自閉症—自閉症の分裂病論に関連して—. *精神科治療学*, 1, 215-226.
- 十亀史郎 (1978). 自閉症年長児の症状と治療について—入院治療の現状とあり方—. *臨床精神医学*, 7, 937-943.
- 玉井収介 (1977~1978). 自閉症の追跡調査 I~IV. 横須賀: 心身障害児教育財団.
- 若林慎一郎 (1980). 幼児自閉症の予後. *精神医学*, 22, 244-260.
- 若林慎一郎 (1983). 自閉症児の発達. 東京: 岩崎学術出版.
- 若林慎一郎 (1987). 自閉症の転帰と成人期の問題. 山崎晃資, 栗田 広 (編), *自閉症の研究と展望* (pp. 75-99.). 東京: 東京大学出版会.
- 若林慎一郎, 水野真由美 (1975). 幼児自閉症の予後についての研究. *児童精神医学とその近接領域*, 16, 177-196.
- 若林慎一郎, 杉山登志郎 (1986). 成人になった自閉症児. *精神科治療学*, 1, 195-204.
- 若林慎一郎 (1990). 自閉症と青年期. *臨床精神医学*, 19, 915-921.
- Wehman, P. (1983). Recreation and leisure needs : A community integration approach. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults* (pp. 111-132.). New York: Plenum Press. (中根 晃, 太田昌孝 (監訳) (1987). 青年期の自閉症—個人生活の確立. 東京: 岩崎学術出版.)
- Wing, L. (1989). Autistic adults. In C. Gilberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism* (pp. 419-432.). New York: Plenum Press.
- Wolff, S., & Cull, A. (1986). 'Schizoid' personality and antisocial conduct : A retrospective case note study. *Psychological Medicine*, 16, 677-687.