

自閉症児への治療的アプローチ

講師：千原雅代
(天理大学人間学部 助教授)

はじめまして。天理大学の千原と申します。私の方は、自閉症児の心理療法というテーマを頂戴しておりますので、現在どのような立場で治療させていただいているかというようなことを簡単に申し上げて、自閉症の心理療法について考えてみたいと思います。

私は、京都大学の方で心理療法のトレーニングを受けましたので、最初は遊戯療法を自閉症児にさせていたっていました。で、そのなかで、やはり遊戯療法だけでは、ちょっと足りないのではないかという実感を持つようになりまして、いろんなこと、例えば認知行動療法などを学びまして、現在は遊戯療法を主体としながら、認知行動療法のテクニックを、お母さんに日々の育児の中に生かしていただくというようなやり方で、臨床をさせていただいています。ところで、そもそも日本の自閉症児の心理療法というのはほんとにバラエティに富んでおりまして、薬物療法、それから認知の発達に焦点をあてた認知行動療法、さらに今はだいぶ捨てられておりますが遊戯療法といった具合に、左から右に非常に多岐にわたるやり方が実践されています。こうした現状には、自閉症そのものの病因論が大きく変遷したという歴史が深く関与しているように思います。

そもそも、自閉症研究というのは、まだ始まりまして半世紀強で、その間に病因論が三転いたしました。最初は、1943年にレオ・カナーが11人の自閉症児を報告した有名な研究がありますけれども、その時に中心的な症状としてとりあげられましたのは、言語障害、それから社会性、視線があわないとかですね、そのような障害であったわけです。それから1年後にハンガンヘルガーの報告がでてきて、この両者は長い間結びつかなかったんですが、後に自閉性障害ということで同じような基礎疾患を持った子ども達ではないかと言われるようになりました。ところで、カナー自身が心因性の障害とは明確には考えておりませんでした。その後、ベッテルハイムのような人が出てこられてきて、絶対受容ということを中心とした遊戯療法、自閉症=分裂病論を唱えて、心因性の疾患であるという認識のもとに治療が始まったんです。ベッテルハイム自身は高い治療成績を上げておりまして、これは認知行動療法のいろんな先生方からご覧になると不思議なように受け取られているようですが、治療成績が上がっていたのは本当のことですし、ベッテルハイムが見ていた子どもが現在言われている自閉症の子どもであるという事もほぼ確認されております。

こうして自閉症=分裂病論で病因論が始まりましたが、時代が下るにつれて反証が見られるようになりました。一つは、自閉症児の中にてんかん発作を起こす子どもが約半分いるということです。もう一つは、自閉症の8割が精神遅滞レベルの知的障害を有するということです。その後に児童分裂病の子どもとの詳細な比較研究がでてきて、やはり違うのではないかとというふうな見解が主流になってきたんですね。その後、有名ならラターの認知言語障害説が唱えられるようになりました。ラター自身は先天性の認知障害による言語コミュニケーションの障害が基礎疾患であるというように考えまして、そのコミュニケーションが上手くないから、社会性が育たないんだと、そういう順番で考えている。つまり、自閉があるから言葉が遅れるのではなくて、言語障害が一次的にあって自閉性が導かれるという大きなパラダイム転換が、この時点でなされました。そこからはロボースの40時間の言語訓練といった治療法が出てきます。

ところが、ラターのとなえました説がその後、また後期、修正をこうむることになります。どのように修正されたかという今度は言語障害が本当に基礎障害であるかということとして、問題が提起されています。その理由は、どこにあるかといいますと、先天性の発達性言語障害の子どもと自閉症児との相違が明らかになってきたことによります。代表的な研究はCantwell et al. という方の1989年の研究だと思いますが、発達性の言語障害

児は確かに言葉は遅れますけども、友達はできますし、ノンバーバルコミュニケーションにはそれほど問題がないんですね。つまり、社会性の障害というものがそれほど残らないわけです。ところが自閉症児は同じように、言語障害を持っておりますが、友達はできないし、社会性に著しい障害が残る。つまり、この言語障害からのみでは社会性の障害、自閉というものが説明できない、あるいは生じないということがわかってまいりました。そしてこの視点から、自閉症というものは様々の病因と、最近自閉症スペクトラムという言葉が使われておりますが、多くの類縁な病態をもつ疾患群という具合に考えられるようになってきました。またこの頃に、自閉症スペクトラムという言葉を書いたローナ・ウィング先生の研究が出まして、アスペルガー症候群への注目が始まります。この方は自閉症の疫学調査をイギリスでなさっていますが、従来カーナーが言っていた重度の自閉症ではなくて、もう少し軽度の自閉症児はたくさんいるのではないかと、自閉症類似の症候群があるのではないかと提唱します。ウィング先生は、ご自身が自閉症児のお母さんでいらして、ご自分でいろいろ学ばれる中で、自閉症児への対応方法とかその基礎疾患は何であるかという事を深く研究された先生ですが、現在その自閉症の診断はこのローナ・ウィングさんの唱えられた、ご存知と思いますが、三つ組みの症候群というものによって規定されております。

ローナ・ウィングが言ったのは、社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害、この3つがワンセットになって現れたときに自閉症というふうに考えるということです。社会性の障害というのが、視線が合わない、人見知りがない、人の気持ちが読めないということです。コミュニケーションの障害と申しますのは、言葉の遅れ、あるいは一回体験した、例えばビデオを見たらその言葉を全然違う状況で延々と繰り返す遷延性反響言語ですとか、人称の逆転、あるいは双方向の会話ができないというようなことにあります。最後に申しました、想像力の障害というのは、ごっこ遊びができないとか、同一性保持のようなこだわり行動を行う、あるいは反復的な自己刺激行動を行うという部分を指しております。これで、自閉症が生まれつきの脳機能障害であろうという風に大体今のところ落ち着いてきているわけです。

自閉症の神経生理学的な研究は、ネガティブデータ、異常なしというネガティブデータの方がたくさん報告されてはいますが、やはり心因性の子どもの速やかな症状の解消とは全く違う問題があるということが臨床の現場で指摘されるようになってきているわけです。こうして、ローナ・ウィングの研究を基にしまして、実施されてきたのが、認知行動療法です。アメリカのノースカロライナ大学で行われている TEEACH のような認知の改善を目指すプログラムが代表です。これは、普段の生活を構造化して、子ども自身の発達状況にあった個別教育プログラム IP というものを作成し、それで子どもの認知発達を促していこうというものです。TEEACH を実際にやっておられる先生に伺いますと、やっておられることは子どもの治療訓練なわけですけども、その時に子どもとの関係を取られるのが上手な先生がたくさんおられまして、私自身、横で拝見してまして、その関係性ということもかなり大きな要因ではないかなというふうに感じております。

そんな風に今認知行動療法が全盛なわけですけども、90年代に入りましてから、さらに自閉症の治療は転機を迎えているように思います。なぜその転機が来たかと申しますと、一つは自閉症者の自伝の出版が盛んになったという事です。日本では、ドナ・ウィリアムスさんの「自閉症であった私へ」という本が訳されていますけれども、あるいは、テンプルグランディン博士の体験記が出版されておりますが、彼らは幼少期から独特の世界体験を抱えておられまして、特に直感像といえるような認知様式を基に、非常に迫害的な混乱した内的世界を抱えて、かなり不安に満ち満ちた生活を送ってこられたという事がわかってきました。それからもう一つは、自閉症児は社会性の障害があつて愛着を形成しないという風に考えられてきたわけですけども、それは全く違う、多くの自閉症児は愛着を形成しますし、愛着の形成と認知能力の発達というものが結びついているという事がわかってきたことがあります。例えば、代表的な研究を紹介いたしますと、Sigman & Ungerer (1984)の自閉症児の研究が挙げられます。この研究は母親への接近行為ですね、お母さんへ愛着を持って近づいていく子どもの場合に象

徴機能の伸びが著しいという内容です。これは大体5歳児で、メンタルエイジが2歳過ぎの子どもさんの研究です。あるいは、日本で発表された研究では山上雅子先生の「自閉症児の初期発達」という本が出ておりますが、自閉症児は就学前にどれだけ母親との愛着関係ができるかという事が大事であるという風な主張がなされていて、お母さんとの関係ができる、そのこととの認知能力がどう伸びていくかという50事例くらいあげて詳細に検証してあります。こういう風な研究が明らかになってきたことによって、愛着の形成が発達心理学で言います象徴機能の獲得につながっていく、ここから言語は伸びてくるという。そういうふうな研究が増えてきておりますので、自閉症児の病因論というものもやはりこれは少し変わっていくのではないだろうかというふうに私自身は思っています。

では、現在どんなふうな治療を今私が天理市でさせていただいているか、そのご報告に移りたいと思いますが、自閉症児の治療において基本的には、子どもは対一で関わらせていただいて、天理市は発達検診がかなり精度が上がってまいりまして、月に2人から3人くらいの、自閉症児やPDDの子どもがリファアされてきます。その後療育に入るわけですけども、かなり療育教室のキャパシティを超える数の子どもが来ますので、集団がかなり大きくなりまして、入れない子どもが出てくるんですね。音もすごいですし、とても刺激に敏感な子ども達にとってはかなり過酷な状況になってしまっていることがあります。そういうお子さんについては、相談があれば大学の方へお越しいただいて個別で相談に当たるような形で関わっております。具体的には、自閉症児への心理療法的接近ということで、子どもと対一で関わり、その後一週間のお子さんの様子についてお母さんといろいろお話しまして、困られたこと、こういう風にさせていただいた方が良くはこちらが思うことをお伝えしまして、これには認知行動療法的なテクニックも私の知っている限りで使わせていただいています。時に、お母さんご自身に、抑うつ不安があるとか、お母さんご自身がボーダーラインのような性質を持っておられるとか、お母さんご自身が心理的な問題がおありの場合には、個別に対一の面接を設けるとい形にしています。そういうふうな治療形態において、どちらも重要だと思ふことを2点申し上げたいと思ふます。

一つは自閉症児と精神療法的に関わる場合に、治療育の積極性が必要ではないかということです。従来の遊戯療法に対する批判は、ただ子どもについて歩くだけである、だからその子どもを甘やかして全くの象徴機能は伸びないじゃないかということにあったわけですが、最近、精神分析の方でも言われていることですが、子どもの反応を引き出してくるような関わりというものがやはりもっと考え直されるべきではないかと思ふます。イギリスでは、認知行動療法とそれから自閉症児への精神療法的接近というのが、川を隔てて行われているようですけれども、最近精神分析の方で自閉症児に関わっている Alvarez 先生の本を読みましたが、やはり子どもの反応を引き出していき、つまり精神分析的に言いますと、治療者の存在、生きた心の存在を支えていくような試みが重要であると主張されています。これは、アメリカのスターン流に言いますと情動調律を行って、子どもの共同注視行動が出てくるくらいまでどう関わるか、その過程が重要に思ふます。

私自身がお会いしましたお子さんの事例を2、3ご紹介したいと思ふんですが、最初にお話します男の子は、3歳でインテークした男の子で、自閉症の症状がほとんどそろっているようなお子さんでした。言葉ももちろん遅れておりまして、象徴機能も大変遅れており、身辺自律もできていない状態でした。この子は絶叫発作を起こしまして、保育園や幼稚園に全く入れない状態であられたんですけども、インテーク時にはやはり多動状態で、プレイルームをこうひたすら走り回るんですね。そこの治療の場は集団療育でしたので、他の子がおりまして、その刺激にずいぶん興奮し、それだけでもパニックになってしまうというようなお子さんでした。ところが、この子は幸いなことに最初から指差し行動がありまして、これが欲しいというふうに指す一番最初の段階の指差しですけれども、それをすることができたんですね。指差しができるということは、これは自分のまとまりを基盤にしてそのものを指し示すということで、自分の存在というものがあある程度その子の中にできているということを示しますので、そこに治療の希望が見えました。治療経過ですが、この子は最初に線路を一線だけ置きまして、

それが私とその子の居場所になって基地のようになります。そこからどんどんどん居場所が広がって、赤ちゃん返りが始まり、そのころはお母さんにべったりになりました。これは山上先生も書いてらっしゃいますが、その時期をくぐりぬけると象徴機能がぐっと伸びてくる。そういう自閉症のお子さんを私も他にも経験しております。その時期は保育園に通っておられたのですが、園でも園長先生にべったり抱いていただいて、その臨界期を乗り越えたというようなお子さんです。最後はかなり象徴機能が伸びまして、ごっこ遊びもできるようになりましたし、精神分析的に言いますと、エディプス期の遊びもできるようになりまして、就学時には、目立った問題なく普通学級に就学したという事例があります。ただし、この子のように速やかに自閉症状が消えていく子どもはやはり珍しく、自閉症というのはそもそも症状の形を変えて一生続いていく発達障害であると思います。年代によって問題の現れ方も違いますし、生涯に渡る支援が必要であると思うんですけども、中にはこういうお子さんもおられます。

もう一つ自閉症児の治療で私がひとつメルクマールしておりますことは、子どもに私という主体の成立がどのくらい可能になるかということです。かなり、症状が固定された子どもさんでも、就学前に関われば、「私」と言う一人称を用いることができるようになるのではないかと私の治療体験では感じております。その時に出なくても、小学校に行ってから「私、私」と言えるようになった子もいました。そもそも自閉症の心理療法というのは、私は就学前が一番大事であると思っていて、就学してから自閉の症状が固まってしまった子に接近をしても、もちろん治療しないとイケない訳ですけどもかなり難しい。速やかに自閉症状が改善されていくのはやはり学校に入るまでであると思っております。その時に大事な点は、お母さんとの関係をいかに育てるかということであると思います。お母さんはだいたい自閉症という診断を受けた時点で相当落ち込まれますし、もう子どもをいらんと思ったというふうにおっしゃるお母さんもおられます。そういうふうな重い重い現実を受け止めていかれるという仕事に沿うと同時に、子どもがいかに伸びていくかということ、最初の時点でしっかりでお母さんに伝えることが必要だと思うんですね。日々、一週間の関わりでも子どもはやはり姿を変えていきます。ここが一週間で伸びましたね、ということをお母さんとその都度その都度確認していくことが良いように思います。また、自閉症児は治療者との関係ができてきますと、赤ちゃん返りをすることが非常に多いように思うんですけども、そうすると、お母さんの方にもその関係が広がっていくと思うので、それをお母さんにも生きていただいて、お母さんが子どもの成長を喜べるようになられる、そういうふうになられました事例においては、その子の象徴機能の伸びが大変期待できるように思います。そういったお母さんにどのように援助するかですが、多少この点では発達心理学の知識が不可欠であると思っております。子どもの指差し行動であるとか象徴機能の伸びがどんな風に変わっていくかですね、これを知っていれば治療者自身も支えられます。また、日々のトイレトレーニングをどうするかとか、パニックになった時にどうするかとか細かいことも必要です。これには認知行動療法のテクニックが有用です。子どものパニック行動に関しましては、自宅の横に線路がありまして、電車が通るたびにその音が怖くてパニック発作を起こした6歳の男児がおりましたが、それには認知行動療法に視覚的に呈示するというスキルがありますよね。あれを使わせていただいて、お母さんにその時間になったら電車が来るということをカレンダーにしてあげてくださいというふうに申し上げたんですね。するとお母さんが、電車の通過時間を書かれまして、子どもさんには目から情報が入ることができ、あ、もうすぐ電車が来る、ということをやっとすぐ覚えて、電車が来る場合にお母さんのほうに寄って行くようになりました。お母さんが「大丈夫、大丈夫」というふうに言って、ひざに抱いてあげると、その電車の音に対するパニック行動というのは二週間くらいでおさまりました。そういうふうな細かい日々の子どもの変化に、お母さんがどう対応されるか、あるいはお父さんにどう関わっていただくかということもいつも考えているというのが不可欠ではないかというふうに思っております。

それでは時間になったようなので、これで終わらせていただきます。ありがとうございました。