

我が国における自閉症児・者に対する「関わり」の検討 —— 「関わり」の「選択モデル」の提唱と見立て ——

北 洋輔¹・横田 晋務²・東海林 渉²・田中 真理²

1: 東北大学大学院教育学研究科・東北大学国際高等研究教育院

2: 東北大学大学院教育学研究科

【要約】

自閉性障害（以下自閉症）が報告されて以来、自閉症児・者に対する「関わり」は精神分析的視点にたったものが中心であった。1960年代以降「関わり」は、認知・言語障害説や情動障害説といった障害の原因論の変遷とともに変化している。その一例が行動療法や情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」である。しかし、各立場における「関わり」は自閉症児・者の臨床像の一側面にしか対応できていないという限界が見られる。自閉症児・者の臨床像に包括的に対応するためには、これらの「関わり」を自閉症児・者の臨床像に合わせて選択することが求められる。本稿では、“緊急性”“関係”“発達”という三軸からなる「関わり」の「選択モデル」を提唱し、一名の自閉症児に対する見立てと「関わり」の提案を行った。「選択モデル」の活用は、柔軟な「関わり」の選択を可能にし、各実践者・諸機関を有機的に結びつける支援体制の構築をより促進すると考えられた。

キーワード：自閉性障害（自閉症） 「関わり」 「選択モデル」

1. はじめに

自閉性障害（以下自閉症）とは、広汎性発達障害の一つとされ、i) 対人的相互反応 ii) 対人的コミュニケーション iii) 象徴的または想像的遊び、の各領域における機能の遅れまたは異常を示す障害である（A・P・A, 2000）。自閉症児・者への「関わり」ⁱは、Kanner（1943）によって11例の事例が初めて報告されて以来、自閉症の原因論の変遷とともに大きく変化してきた。現在において、「関わり」は主とする理論的背景の違いから多岐に渡っており、絶対的に確立されたものは存在しない。

このような現状から、自閉症児・者への「関わり」における課題や方向性を検討す

ⁱ本研究での「関わり」とは、「自閉症という生得的な障害のある子どもや成人の発達を促進する心理臨床的な関わり」と定義する。「関わり」には、自閉症児・者に対するアプローチとしてしばしば用いられる「療育」や「治療」を含むものとする。自閉症に対する根本的な医学的治療法は存在しない（辻井, 1999a）とされ、発達障害である自閉症が「治らない」ということを考えると「治療」という言葉はピントがずれているとされる（諏訪, 2001）。それ故に、本研究では、“治る-治らない”という印象を与える「療育」や「治療」といった語彙を避け、自閉症児・者への発達を促すアプローチに焦点を当てるために「関わり」という語を用いた。

るために、杉山・鈴木・杉山・諏訪・金沢・永井（2001）は「自閉症療育の新たな可能性」というテーマに取り組んでいる。この取り組みでは養護学校小学部に所属する重度知的障害（知能検査の結果は不明）を伴った自閉症児男児一名を事例として取り上げ、行動療法・TEACCH・関係発達支援の各立場から「関わり」の提案を行っている。実際の事例に対して各立場から具体的なアセスメントと支援のポイントを示しており、実践的な「関わり」のモデルを呈している。一方で、自閉症児・者への「関わり」の検討としては不十分な点もある。

第一に、各立場での「関わり」の“限界”が明示されていない点が挙げられる。例えば行動療法からの検討（杉山，2001）では、行動面及び派生する領域での「関わり」は示されているものの、事例の情動面、もしくは人との関係支援に着目した「関わり」は扱われていない。そのために、事例として挙げられた「子ども」の全体的な臨床像に対して、行動療法がどこまで対応できて、どこからは対応できないのかといった「関わり」の限界が不明なのである。限界の非明示は、現場の教師や家族が各立場に依拠した「関わり」を導入する際に、「関わり」の持つ“強み”“弱み”を考慮出来ないことに繋がるだけでなく、子どもの臨床像のどの側面を重視した「関わり」なのか分からないままに関わることにもなる。

第二に、「関わり」に関して新たな知見を見出していない点である。各立場では、各々にモデルが提案されているだけで、それらを集約・統合した形での考察はなされていない。すなわち、今後の自閉症児・者への「関わり」についての課題・方向性が明示されておらず、結局のところ「今後実際にどのようにすればいいのか」といった疑問を感じざるを得ない。近年は、自閉症児・者への認識の高まりもあり、「関わり」に関する著書や研究が多く発表されている。しかしながら、筆者らが関わっている現場関係者や家族からたびたび質問されることは「いろいろ（関わりは）あるけど、どれをしたらいいのか分からない」といった「関わり」の選択に関する迷いである。それ故に、各立場における「関わり」のねらいと限界を集成した上で、「関わり」の選択における迷いを払拭し、今後の実践に活かせる新たな知見が求められている。

以上の点をふまえ、本研究では自閉症児・者への「関わり」について、各立場でのねらいと限界を捉え直すことを第一の目的とする。この点については、自閉症児・者への「関わり」が、自閉症の原因論の変遷とともに大きく変化した歴史的経緯をふまえ、1940年代以降に中心となった①精神分析的視点にたった「関わり」、1960年代以降に中心となった②認知・言語障害説を背景とする「関わり」、1980年代以降に展開された③情動障害説を背景とする「関わり」、の三点から検討する。第二の目的は、各立場での「関わり」のねらいと限界を集成し、今後の「関わり」の方向性について検討することである。この点については、現場関係者・家族がしばしば混乱する「関わり」の選択に関して、自閉症児一事例の見立てを通して検討を行う。

2. 各立場における「関わり」のねらいと限界

2-1. 「他者論」に基づく「関わり」

自閉症が報告されて以来、「関わり」として初めに脚光を浴びたのは、精神分析的視点にたったものであった。Kannerは報告において、先天的な情緒的接触の障害という原因論を述べる一方で、知的で強迫的、さらに子どもに対しては温和でないというような、親の特徴や養育態度にも注目していた（Kanner, 1943）。Kannerによる特徴記述的な指摘はその後、当面の問題の原因を過去における葛藤へ求めようとする精神分析的視点と相まって、“親の養育態度が自閉症の主たる原因である”という原因記述的なものへと発展し、多くの専門家に無条件に取り入れられることになった（Wing, 2001）。その結果、1950～60年代には Bettelheim（1967）の「冷蔵庫マザー論」に代表される精神分析的視点にたった「関わり」が盛んに行なわれた。

Bettelheimは自閉症の本質を「自己の否定もしくは意識の不在」であるとし、治療としては“絶対受容”によって自閉症児の自己分化を促進させようという「関わり」を行っていた。そして、自閉症の原因としては“親の冷淡な養育”という環境的要因を想定した。Bettelheimによる原因論は、Rutter（1964）による認知・言語障害説に代表される器質的病因論の隆盛とともに衰退していき、精神分析的視点にたった「関わり」は次第に行われなくなっていった。また、器質的要因を考慮せずに親の養育態度に原因を帰属させたことは、精神分析的視点にたった「関わり」の社会的な嫌忌をも導き、衰退の一因ともなっている（平井, 1996）。

平井（1996）が指摘するように、精神分析的視点にたった「関わり」は現在のところ50～60年代ほどの隆盛は見られない。近年我が国で注目が集まっている関わりのひとつに酒木（1992; 1994）の「他者論」に基づいた関わりがある。他者論とは「相手を、自分とは異なる原理に立って生活している人間」として把握し、その相手の基盤となっている原理を十分に理解し、なおかつ尊重することである。心理療法の場は、治療者が患者の原理に立脚して、つまり治療者が患者の目線でものごとを捉え、患者を絶対遵守する立場をとり続けることであるとされる（酒木, 1994）。酒木（2001）は、「自閉症児は、絶えず他者から侵入されることを恐れている。自閉症児の示す多様な症状は、自己を他者の侵入から守ろうとする防衛手段である」としている。すなわち、自己未分化で自我が確立されていないために、他者の視点に立ったり、他者と何かを共有したりすることができないということを意味している。酒木の主張は、自己未分化な状態を改善する（自分や世界に対して自分自身を定位することが可能になる）ことができれば、自閉症児の症状は改善するというものである。具体的には、遊戯療法や描画などを介して自閉症児が安心して自分自身を自由に表現できる（自分自身を自分や世界に定位できる）場を提供し、鏡やポラロイド写真、さらに言語でのや

り取りまでも含めて積極的に関わることで、自閉症児・者の自己に対する興味・関心、さらには自己感覚や空間・時間感覚を育み、他者の認識と自己分化を促して主体性を引き出すこととされる。

酒木による主張は、歴史的に排除されてきた Bettelheim の主張とは次の二点で大きく異なっている。一点目は、自閉症の本質の捉え方の違いである。酒木は自閉症の本質を「子供が自分自身と世界との関係において、自分自身を主体的な“この私”として、自分自身および世界に対して定位することができなくなっており、そのためひどく独特な（歪んだ）し方で、（つまり世界からの一方的な定位をさけるといって）定位しようとしている、その子供の存在構造にある」としている。すなわち、酒木は「自己の不在化という自己の不定位」、つまり留守の状態（本来属すべき場所を暫定的に空けること）であることを指摘している（小山内・酒木，1985）。一方、上述したように Bettelheim は本質を「自己の否定もしくは意識の不在」、すなわち子どもの主体そのものが存在しないこととしている。この両者の差異は自閉症児・者の主体を認めるかどうかということに決定的に関わってくるものであり、酒木の方がより子どもの主体を認めているといえる。

二点目は、原因論に対する見方の違いである。Bettelheim が原因を親の養育態度に求めたのに対し、酒木（1994）は「安易に病因論に踏み込むことは避けて、できる限り自閉という本質的理解を心がけ、この本質把握にもとづいた治療論にとどめるべきである」としている。この差異から示唆されることは、酒木が原因論に過度に着目するのではなく、治療論を重視しているということである。「現象理解に限った治療的接近をもくろむもの」（酒木，1994）としての酒木の主張は、後述する原因論を基にした「関わり」とは違った視点を提供しうるものとしても注目される。

他者論に基づく酒木の主張は、精神分析視点にたった「関わり」に対してしばしばなされる批判を退けている。その批判とは、「自閉症児との関わりでは転移／逆転移感情がおきないので、精神分析の特徴である転移／逆転移分析ができず、自閉症児に対する精神分析的視点にたった「関わり」は適さない」というものである。そもそも転移／逆転移というものは、患者が抱く感情と治療者が抱く感情を区別して捉えるために存在している。「患者を他者として向かい合う」姿勢を基本とする酒木の主張では、治療者はあくまで他者（患者）の視点でものごとをみていくため、逆転移にあたる治療者側の感情に注目することがない。従って、酒木の主張において、転移／逆転移感情とその分析は、重要な位置を占めていないと考えられる。

他者論を背景とした「関わり」には、限界が大きく二点考えられる。一点目は、「関わり」が長期にわたるといって点である。酒木の主張する「関わり」も含めて、一般的に精神分析的視点にたった「関わり」は何十回、時には何百回のセッションを要する。それゆえ緊急性を有するような問題（例えば、自傷他害の行為など）には対応できな

いという限界がある。二点目は、プレイルームにおける自閉症児・者と治療者の1対1の関わりがどこまで般化するかという点である。酒木の主張する「関わり」で展開される関係は自閉症児・者と治療者の関係であり、治療者以外の人との関係において般化がおこることは保証されていない。酒木(1994)の事例では、互いの意図を理解しながら、治療者と自閉症児とが関わる事が出来たとされるが、実際の社会生活における他者(治療者以外)との関係で、治療者との間で起こった関わりが可能になったかどうかについては触れられていない。これら二点は、他者論を背景とした「関わり」の限界と考えられる。

2-2. 認知・言語障害説を背景とする「関わり」—行動療法に着目して—

上述のように近年においても精神分析的視点にたった「関わり」が見られるものの、その「関わり」は50-60年代ほど盛んになってはいない(平井, 1996)。その背景には、認知・言語障害説に代表される器質的病因論の隆盛があった。Bettelheimに代表される1950年代以降の精神分析的視点では、自閉症の主たる要因を環境的なものに求めようとした。しかし、Rutter(1964)は、原因は器質的障害にあるとする全く正反対の原因論を打ち出した(註:酒木の主張は、主たる要因を環境的なものには求めている。上述参照)。すなわち、自閉症の最も基本的な症状は、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であり、その結果として、対人関係障害が生じる(Rutter, 1964)という自閉症の原因論におけるコペルニクス的転換がなされた。それによって、言語障害に対する「関わり」として言語療法に力が入れられた(杉山, 2001)。1979年に行動療法の研究者であるLovaas, O. I.によって行われた言語訓練は、正と負のフィードバックにより個体の反応様式のうち望ましい部分を強化、そうでない反応を抑制するというオペラント条件付けによって、子どもの認知面に働きかけ、行動変容を目指す「関わり」であると考えられる。

我が国でも、Lovaasの流れを組む言語学習を中心としたプログラムが開発された(梅津, 1975; 小林, 1980)。このプログラムでは、問題行動の改善や集団参加スキル、学習態度の形成を目的とし、厳格に統制された環境の中でセラピストと子どもが1対1の治療場面を持ち、各セッションで学習目標を1つずつ個別に取り上げ、集中的に実施する「discreet trial training : DTT」を基本としている。

自閉症児・者に対するこのような行動療法は広く行われ、成果を上げたが、治療場面で獲得された行動が、実際の場面でうまく応用されないこと(般化の問題)や、自発性の欠如などが問題として指摘された(杉山, 2001)。そこで、般化の促進のために開発された方法として、指導場面ではなく日常場面で直接的に言語行動を形成していく機会利用型指導法が開発された。これは、子どもが言語反応を自発しやすいうように物理的に制限を加えることで、日常環境要因を操作し、子どもからの偶発的な自発的言

語反応に対し指導を行うものである（小笠原、氏森,1990）。小笠原ら（1990）は、機会利用型指導法を用いて、重度知的障害児1名（CA,9:5、MA,1:9）の要求語の形成を試みたところ、ベースライン期では全く見られなかった要求語が、21回目のセッションでは60%出現し、要求語を獲得することが出来たという結果が得られた。

以上のことから、行動療法は、問題行動の改善や言語行動の獲得といった行動面での変容に対して有効な関わり方であるといえる。すなわち、行動療法の立場では、対象となる自閉症児・者個々人の行動面における能力（スキル）に焦点が当てられている。

行動療法による「関わり」では、その「関わり」において中心となる標的行動を設定する必要がある。最近の主な研究（例えば、霜田、井澤,2006；福永、大久保、井上,2006；服巻、野口,2006）では、作業能率の向上、携帯電話の使用スキルの獲得、衝動的行動、自傷行動の改善などが標的行動として設定されている。このような標的行動は、個々人の行動面における特定の能力の改善や獲得であるといえるだろう。また、行動療法による「関わり」がなされる期間は1ヶ月～半年と比較的短期間で、この期間における行動の変容から標的行動の獲得がなされたと結論付けられている。

ここに行動療法の限界点を見出すことが出来る。それは獲得された行動面における能力（スキル）が、介入を行わなくなった後にどれだけ維持されているのかということに関しては不明であるという点である。この点に関して、福永ら（2006）は行動療法による介入後、6ヶ月ほどの期間において、再度、獲得された能力（スキル）が維持しているかどうかを検討している。しかし、福永らの取り組みも介入後六ヶ月という比較的短期間を対象としており、数年単位のような長期的な視点には着目していないと考えられる。このように行動療法においては、対象児・者のその後の発達という長期的な視点で、獲得された能力（スキル）がどのように影響を与えていくのかということが検討されることは少ない。このような限界点が浮上する原因としては、行動療法が、発達という視点を軽視し、今現在の個々人の行動面における能力に焦点を当てているためであると考えられる。

2-3. 情動障害説を背景とする「関わり」—情動的なコミュニケーションの促進に着目して—

1980年代を迎え、認知・言語障害説への批判とともに、情動障害説が呈された。情動障害説では、自閉症児・者は生得的に他者との間に情動的なコミュニケーションを行う能力に欠陥があるとされる（Hobson, 1989）。この原因論の変遷の背景には、自閉症児・者と類似した言語障害のある発達性言語障害児・者に社会性の障害が見られないこと（Cantwell, Baker, Rutter, & Mawhood, 1989）や、高度な言語能力を有しながらも社会性の障害がある自閉症児・者の存在が挙げられる。情動障害説の広まりとともに

に、自閉症児・者に対して情動的なコミュニケーションを促す「関わり」が徐々に見られ始めるようになる。

我が国においては、針塚（1994）の動作法がその「関わり」の一つとして挙げられる。針塚はこれまで脳性麻痺児を主な対象として行われていた動作法を自閉症児の「関わり」に取り入れている。動作法を自閉症児に対して行う主な目的は、①言語的なやり取りに困難のある自閉症児との間で直接的な身体接触によるコミュニケーションを行う②自閉症児本人の課題に対する能動的な取り組みを促す③課題遂行にあたり課題を自閉症児と関わり手が共有すること、が挙げられる。すなわち、身体接触を通して課題遂行することで、自閉症児・者と関わり手との間での情動的なコミュニケーションが促されるのである。

また、高原（2001; 2002）の自閉症者への心理劇も自閉症児・者に対して情動的なコミュニケーションを促している。心理劇は、他者との関わりの中でテーマについて身体的・言語的に行為化することが求められる。針塚（1993）によれば、行為化という心身の活動によって自閉症児・者に情動体験が喚起されると同時に、他者との関わり合いの中で役（ロール）を演じることで、他者との新たな情動関係の体験がみられるとされる。実際に、高原（2001）の10年にわたる実践では、一名の自閉症者が怒りや悲しみを表情豊かに演じており、自閉症者における情動体験の活性化が理解される。同実践では、対象となった自閉症者が心理劇の参加者から励ましの言葉などを通して共感される様子が描かれており、心理劇の自閉症者に対する情動的なコミュニケーションの促進が伺える。針塚や高原の取り組みは、自閉症児・者とセラピストもしくは他の参加者との間での情動的なコミュニケーションを促している。

一方、小林（1996a）や白石（2004）の取り組みでは、母子関係もしくは家族関係における情動的なコミュニケーションの促進が目指されている。小林（1996b）は、自閉症児・者が乳幼児期独特の無様式知覚（*amodal perception*：共通感覚と訳されることもある）の状態にあるために、対人面での過敏性が高く、社会的に奇異と映る行動を取るという仮説に立っている。小林の仮説は、情動的なコミュニケーションが成立しにくいという自閉症児・者の状態を、自閉症児・者と関わり手の関係の障害として捉えており、個の生得的な障害として捉えた Hobson（1989）の仮説とは異なっている。そのために、小林らの取り組みでは、対人関係の最も基礎となる母子関係を取り上げ、対人面での過敏性を緩和し、他者との間に情緒的なコミュニケーションを促進する「関わり」が目指される。白石（2004）の取り組みでは、両親がセラピストと自閉症児（女児・4歳5ヶ月）との遊びを参考・模倣することや、セラピストが両親と自閉症児との関係を調整することを通して、両親と自閉症児との間に情動的なコミュニケーションを促すことに成功している。白石（2004）や小林（1996a）の取り組みは、情動的なコミュニケーションの促進において、セラピストは母子関係もしくは両親と自閉症児

との関係を調整・促進する立場であり、セラピスト自身と自閉症児との関係を促進する針塚らとの取り組みとは異なっている。

これらの取り組みは、“セラピスト-クライアント（自閉症児・者）”“母子関係（家族関係）”という情動的なコミュニケーションを促す関係の違いだけでなく、促進するコミュニケーション手段の違いが見られる。動作法や遊びでは主に身体的、心理劇では言語的・身体的なコミュニケーション手段が用いられている。このように各々の取り組みで着目する関係の違い、コミュニケーションの手段の違いには、対象とする自閉症児・者の生活・発達年齢が影響していると考えられる。小林や白石では、乳幼児期の自閉症児に対して活動に乗りやすい遊びをきつげとして選択し、関わり手-自閉症児との情動が直接的に伝わりやすい身体的コミュニケーションを主として、発達初期において重要とされる母子関係の促進を目指している。針塚では、遊びよりも自由度の低い課題をきつげとし身体的コミュニケーションを主としながら、セラピスト-クライアントの二者関係の促進を目指している。一方、高原では言語的・身体的コミュニケーションを通して、セラピスト-クライアントの二者関係に止まらず、クライアント同士などの集団における関係を促進している。つまり、対象とする自閉症児・者の生活・発達年齢に合わせて選択するコミュニケーション手段、着目する関係を考慮することが重要と考えられる。特に“母子関係→（母子・もしくは家族でない）二者関係→集団における関係”という着目する関係の変化は、自閉症児・者の生活・発達年齢の上昇と共に支援を必要とする“関係”が変化しているということを示していると思われる。

だが、他者との関係において情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」には対応しきれない点もある。その一つが、自閉症児・者の問題行動への対応である。この点について白石（2004）は、関係を育むことや関係の中で言語・非言語的なコミュニケーションが促進されることで、“結果”として問題行動が減少するとしている。しかし、時間をかけて情動的なコミュニケーションを行える関係を育むことは、緊急を要する問題行動（自傷行為・他害行動など）に対して、介入を遅らせる結果となる可能性が高い。問題行動の根本的な解消には情動的なコミュニケーションの促進が不可欠であろうが、即時的な問題行動の解消には限界があると思われる。

また、大きな懸念としてあげられるのが、情動的なコミュニケーションを行う関係をいかに広げていくかという点である。「関わり」を通して情動的なコミュニケーションが促された他者との関係は、自閉症児・者にとって探索行動の安全基地や、辻井（1999b）の言う「心の拠り所」として機能する可能性がある。しかし、他者との関係が無数に存在する社会において生活していくためには、「関わり」を通して促進された情動的なコミュニケーションを、特定の他者以外とも行っていく必要がある。この点は、上記に述べた先行研究においては言及されておらず、大きな懸念として残る点で

ある。

2-4. 「関わり」の「選択モデル」—三軸からなる「選択モデル」の提案—

自閉症児・者への「関わり」に関して各立場でのねらいと限界を捉えると、「関わり」における大きな課題が顕在化してくる。課題とは、各立場での「関わり」が自閉症児・者の臨床像の一側面にしか対応しきれていないことである。各立場ではそれぞれ臨床像における“自己分化の促進”“行動改善（言語獲得）”“情動的なコミュニケーションの促進”という側面に焦点化して「関わり」を行っている反面、他の側面にはその「関わり」の効果が波及して改善されるという姿勢を取っている。だが、これまでの「関わり」の着目した側面が多岐にわたっているように、一人の自閉症児・者の臨床像に対して、自己や行動面、情動面における「関わり」はどれも不可欠である。単純な障害仮説に基づく臨床像の一側面に特化した「関わり」には限界があり、臨床像を包括的に捉えた「関わり」が今後求められることに疑いはない。

しかしながら、これまで述べた「関わり」を分別なく全て用いることは、“関わり手”だけでなく「関わり」の中心となる“自閉症児・者”にも混乱をもたらすことになる。一人の自閉症児・者に対して包括的に「関わり」を行うためには、彼ら一人ひとりの臨床像に合わせて「関わり」を選択することが求められる。だが、関わり手の依拠する理論的背景によって「関わり」を選択することは、関わり手主導の発想に基づいた「関わり」に対象となる自閉症児・者を巻き込む危険性が大いにある。それ故に「関わり」を選択する際には、臨床像をふまえ選択の基準となる“軸”を設定することが不可欠となる。“軸”の設定にあたっては、各立場で指摘されたねらいと限界から、“緊急性”“関係”“発達”という三軸を提案する。⁽ⁱⁱ⁾

第一の軸は“緊急性”である。自閉症児・者に「関わる」際、対象児・者や家族の主訴が「関わる」始点となる。その主訴の“緊急性”が、例えば自傷行為や日常生活を重篤に阻害するほどの常同行動等のように、高いものであったなら、すぐさま介入する必要があるが出てくる。上述したように、自傷行為など生命の危険を脅かすようなものであれば、情動的なコミュニケーションの促進や他者論に基づく「関わり」は長期的にみれば効果があるかもしれないが、現在の自傷行為に即座に対応することは難しい。そのような場合は、行動療法を用いて当面上の行動の問題に対応することが求められる。

第二の軸は“関係”である。他者論に基づく「関わり」や情動的なコミュニケーション

⁽ⁱⁱ⁾ これ以降、各立場において着目した「関わり」に限定して論を進める。そのため、酒木の主張する「関わり」は、“他者論に基づく「関わり」”；認知・言語障害説を背景とする「関わり」は、“行動療法”；情動障害説を背景とする「関わり」は、針塚(1994)・高原(2001;2002)・小林(1996a)・白石(2004)の“情動的コミュニケーションを促進する「関わり」”をそれぞれ示している。論じられる「選択モデル」は、これら着目した「関わり」から限定的に捉えたものとする)

ョンを促進する「関わり」では、クライアント（自閉症児・者）-セラピスト（治療者）の関係や母子・家族関係に焦点化して「関わり」が行われる。これらの限界は、“関係”内で見られた行動の改善やコミュニケーションが、他の“関係”においても生起するかという般化の問題である。般化の問題は、各立場において積極的に触れられておらず、また問題を解消する事例や実証的な研究成果は現在のところ呈されていない。この現状を考慮すれば、“おそらく般化の問題はないだろう”という曖昧な姿勢を取るよりも、“対処すべき問題（主訴）はどの関係において扱うべきか”という“関係”を同定することが実践的な「関わり」を導くと考えられる。自己分化の促進や他者認識という問題（主訴）に取り組むならば、自閉症児・者-治療者の“関係”を扱う他者論に基づく「関わり」が有効と考えられる。一方で、複数の他者間におけるコミュニケーションの問題（主訴）に取り組むならば、クライアント間の情動的なコミュニケーションを促進する高原（2001; 2002）の「関わり」が活かされると思われる。すなわち、“関係”という軸を設定し、各立場から「関わり」を選択することで、一つの立場に依拠して生じる般化の問題を解消することが出来るのである。

第三の軸は“発達”である。情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」を概観すると、対象となる自閉症児・者の発達段階に合わせて「関わり」を選択する必要性を見出すことが出来る。また、行動療法では、特定の発達段階に焦点化し、標的行動や言語獲得を目指した「関わり」が求められる。すなわち、自閉症児・者の“発達”に応じて「関わり」を選択していくことが重要なのである。両親や家族から呈される主訴は、ある一時点での対象児・者の臨床像に言及していることが多い。しかし、臨床像はある一時点において突然生起するものではなく、発達という経緯を辿って立ちあらわれるものである。そのために、主訴として呈された背景には、どのような対象児・者の“発達”の問題があるのかを把握することが求められる。他者認識や自己分化といった発達初期における問題が主訴の背景にある場合には、コミュニケーション手段の獲得を目指すといった行動療法よりも、他者論に基づく「関わり」が活かされるだろう。一方で、幼児期や学童期の自閉症児に対して、どのように他児に話しかけたらよいのか分からない、といった発達年齢と生活年齢のギャップが小さい問題には、コミュニケーション手段の獲得を目指す行動療法や、情動的なコミュニケーションの形成や促進を促す「関わり」が望ましいと考えられる。つまり、自閉症児・者の臨床像をふまえ、“発達”という軸に従って各立場での「関わり」を選択することが必要である。

以上のように、“緊急性”“関係”“発達”という三軸からなる「選択モデル」を活用することで、自閉症児・者の臨床像に即した「関わり」を選択出来るだけでなく、“関わり手”の選択に関する混乱の解消も可能となる。次章では、実際の事例に対して「選択モデル」を活用して見立てを行う。

3. 事例検討

3.1 事例概要

クライアント：A 児(男児)

生活年齢(CA)：10 歳 7 ヶ月(インタビュー時)

診断名：高機能自閉症(7 歳時)

所属：公立小学校普通学級

家族構成：父(52)会社員、母(45)パート・事務員、姉(中学 3 年)、A

3.2 生育歴及び相談歴

出産時：妊娠中異常なし、熟産(10 ヶ月満期)、難産(吸引)、仮死(保育器：48 時間)。

0:4 首のすわり

0:5 人見知りをしない

0:8 お座り、母親の後追い見られず

0:10 始歩

1:6 1 歳半健診では始語がなく、指差しもしていなかった。

2:6 2 歳半健診では知能に問題ない。声を出せないタイプ。ことばを溜めているところなので様子を見ることといわれる。

2:9 保健師の紹介で S 市児童相談所に行く。このとき喜怒哀楽に乏しく、人と関わるのが下手ではあるが、発達的に問題なしと言われる。

2:11 新版 K 式発達検査：全領域発達指数(DQ)77

津守式発達検査：発達年齢(DA)2:6、DQ86

【状態像】検査中の立ち歩きが多く、視線も合いにくい。言語はオウム返しがあり、単語レベルの発語もイントネーションが尻上がりになっている。

3:4 幼稚園入園前

新版 K 式発達検査：認知・適応 DQ100、言語・社会 DQ90

【状態像】検査にスムーズに応じる。立ち歩きなし。母にベタベタ甘え、抱っこを求めてくるようになる。言葉のイントネーションが尻上がりではなくなってきた。

4:0 幼稚園入園後

新版 K 式発達検査：認知・適応 DQ131、言語・社会 DQ85

【状態像】話しかけても無視していたり、オウム返しをしたりは続いているが、自ら「何作ってるの？」等と人へ関心を向けるようになる。他児との関わりが増える。

5:11 就学前

田中ビネー知能検査：IQ=110(MA6 歳 6 ヶ月)

【状態像】検査に素直に応じ、物の定義(帽子は何ですか)や理解問題にスムーズに答

える。顔の表情は無表情のまま。

7:2 小学1年生

WISC-R 知能検査：V I Q=101、P I Q=151、F I Q=126

ことばの教室に通う。

10:7 インテーク面接

主訴

場面によってコミュニケーションの仕方が異なる。具体的には、家では年齢不相応に自分勝手にべたべたとくっついてくるので困っている（母親談）。一方、学校場面では関りたいという思いはあるように見えるのだが1人でいることが多く、集団から外れている。そのため、集団の中でも関れるようになって欲しいといったことが母親から語られた。小学校の低学年時に学校で他児に話しかけたところ「変な奴」「不思議系」と言われ、泣いたことがある。

インテーク時の状態像

<生活面>

睡眠時間、起床時間に特異さなし。偏食あり。特に野菜が嫌い。無理をすれば食えることが可能。音への過敏さがみられる。例えば、父親がくしゃみをするとかかなり怒る。運動会では自分が走る番にもかかわらず、ずーっと耳をふさいでいた。また、雑談がなく、必要なことだけをやりとりする。本人は冗談をいうのに、他の人がいう冗談は悪意にとる。

心理アセスメント結果

インテーク面接では、A に対して知能検査(WISC-III)を施行した。以下に、検査結果と検査時の A の様子を示した。WISC-III の結果、FIQ=106、VIQ=84、PIQ=129 であった。また、群指数は、言語理解(VC)が 83、知覚統合(PO)が 141、注意記憶(FD)が 100、処理速度(PS)が 94 であった。FIQ は平均レベルであるといえるが、VIQ と PIQ のディスクレパンシーは非常に大きく、個人内で能力のアンバランスさがあるといえる。また、群指数によれば、PO が平均を大きく上回っていることに比べ、VC は 83 と平均よりも低いレベルにある。言語性下位検査の“単語”では、検査者が「広告とは何ですか？」と質問すると、A は「チラシ」と答えるなど、全ての質問に対して、一つの単語で答えていた。検査場面全体を通して、A からの自発的な発語はなく、検査者に対してもぼつぼつと単語で応答するのみであった。

3-3. 「関わり」の「選択モデル」を用いた見立て

A の主訴は、場面によってコミュニケーションの質が違うというものである。主訴の一点目は、「家で自分勝手に母親にべたべたしてくることで母親が負担を感じているため、何とかしてもらいたい」というものである。二点目は、「学校では他児と関

わりたいと思う反面、集団から外れていることが多く1人であるため、集団でも人と関わるができるようになってほしい」というものである。

一点目の主訴は、母子分離ができていない状態といえる。この状態は「選択モデル」を活用すると、“緊急性”は低く、“関係”はAと母親との関係であり、“発達”としては実年齢にそぐわない発達段階の初期における状態で、幼少期から長期化している問題であることが理解される。これらをふまえると、他者論に基づく「関わり」が活かされると考えられる。その理由は以下の通りである。

この主訴について母親は負担に感じてはいるが、実際にストレスが身体症状として現れたり、母親が仕事に行けない・Aが学校に行かないといった現実的な問題は生じていない。そのため“緊急性”は高くないと思われる。従って、比較的長期的な視点で「関わり」をしていくことが可能と思われる。またこの主訴はAと母親ないし家族との“関係”において生じている状態であり、ベタベタと甘えてくるのは母子分離ができていないことを表している。母子分離の背景には自分というものが確立していないこと、つまり不十分な自我の発達があると考えられる。更にAの生育歴・相談歴に着目すると、幼稚園入園前から甘えがみられており、現在の状態は“発達”の初期段階におけるつまずきが想定される。以上の点から、他者論に基づく「関わり」が効果的であると考えられる。具体的に考えると、鏡映像やテープレコーダーなどを用いて自己知覚を促し、自己と他者の境界を認識させ、母子分離を促進することが望まれるだろう。

一方、行動療法の立場でこの状態を、Aが母親にベタベタしていったときの母親による正のフィードバックによる学習の結果とみれば、母親の賞賛や受容といった正の強化子の除去や、反対に行動制限を課するなどの罰子の呈示といった「関わり」も考えられる。しかし、甘えてきた子どもを明確に拒絶したり、甘える行為に対してペナルティーを呈示するという「関わり」は、母子間の正常な愛着形成やその後の子どもの健全な発育を維持させる上で新たな問題を生じる危険性がある。それ故に、行動療法はあまり活かされるとは思われない。特に、学校での対人関係で問題を抱えているAにとって、拠り所となる母親とのつながりが稀薄になる危険性がある「関わり」は効果的ではないだろう。また、情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」の立場でこの状態を、母子の関係性の問題と考えれば、小林(1996a)に代表されるような母子間の関係調整を行っていく「関わり」が考えられる。しかし、Aの場合は情動的交流を促すというよりは、むしろ交流を適度に低めるという方針、すなわち母子分離の必要性が高いと思われる。それ故に、情動的なコミュニケーションの促進を目的とした「関わり」はこの主訴に効果が薄いと考えられる。今呈している状態が「甘え」である以上、それを悪化させうる「関わり」の仕方は積極的には望まれないだろう。

以上のことから、一点目の主訴に対しては、他者論に基づく「関わり」がより有効であると期待される。

二点目の主訴に対し「選択モデル」を活用すると、“緊急性”は低く、“関係”はAと他児との関係であり、“発達”としては実年齢相応の問題であることが理解される。これらをふまえると、情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」が活かされると考えられる。その理由は以下の通りである。

まず“緊急性”であるが、今の時点でAが直面している問題に自傷他害などの緊急の介入を必要とする内容は見られないため“緊急性”は低いとされる。従って、短期的で性急な介入の必要性は高くはないと考えられる。次に“関係”をみると、この主訴はAと他児との“関係”において生じている。Aが家族内では積極的に関わりを求めていることから、家族以外の他者に話しかけた際の失敗がもとで、他児に積極的に関われなくなっていることが想定される。この点に関連して“発達”に着目すると、Aは両親に対して関わる事が出来ており、他者全般に対して関わりがつかずきがあるわけではない。WISC-IIIではVIQ=84であるが、検査場面において検査者とコミュニケーションを一次的には行えている（“聞かれたことを理解し、答える”という情報のやり取りは成立しているという意）。すなわち、言語能力という“発達”のつかずきが主訴の中心的な背景とはなっていないと理解される。むしろ、主訴の背景には他児との“関係”における過去の関わりでの失敗があり、その影響によって他児との関わりに消極的な姿勢が形成されていると考えられる。そのために、言語能力などのコミュニケーションスキルを高める行動療法よりも、むしろ他児との情動的なコミュニケーションの促進に着目した「関わり」が有効であると考えられる。具体的には、高原（2001; 2002）に代表される集団を対象とした情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」が望まれると思われる。高原の取り組みは、身体的・言語的に行為化することが求められ、Aの他児への関わりにおける積極性を促すことにつながる。検査場面において、雑談がなく、必要なことだけをやりとりするというAの状態は、他者（検査者）との一次的な関わりが出来ない（情報交換レベルのやり取りがそもそも成立しない）のではなく、他者との関わりが出来れば消極的な姿勢であった（感情共有レベルのやり取りが成立しにくい状態であった）と見立てることが出来る。それ故に、検査場面の状態像から翻ってみても、Aには情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」がより効果的であると考えられる。

一方、行動療法の立場で“他児と関われない”という状態を、失敗体験の蓄積による学習とみれば、Aが積極的に関わろうとしたときに賞賛などによる正のフィードバックを与えるなどの「関わり」も考えられる。しかし、この主訴が他児との“関係”、つまり集団の中において生じていることを考えると、正のフィードバックをAが適切な行動を獲得するまで集団の中で持続的に提供していくことが求められる。これは多

くの他児の協力や理解を得なければならぬため実際には非常に困難である。他児の協力を求めたとしても、過去の学校での経験（「変な奴」「不思議系」と揶揄されたこと）から、他児からの無視やコミュニケーションの失敗など負のフィードバックが与えられる危険性は拭いきれない。従って、行動療法はあまり効果的ではないと思われる。また、他者論に基づく立場で“他児と関われない”という状態を、自己分化がうまくいかず他者との関わりが自己にとって侵襲的なものになってしまうためであるとみれば、遊戯療法や鏡映像、身体感覚への注意喚起などを介して自我の発達を促す「関わり」も考えられる。しかし他者論に基づく「関わり」はかなり長期的な視点をもって「関わり」を行わなければならない、それが他児との関係に反映されるのには非常に長い時間を要する。そのため、なかなか他児との関係に変化が現れにくいと推測される。他児との関係は、母親などとの関係と違い、一時的な関係であることも少なくない（例えば、学級編成によって関係を築く他児は変化する可能性がある）。それ故に、あまりに長期にわたる「関わり」は望まれないと思われる。以上のことから、第二の主訴に対しては、情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」がより効果的であると考えられる。

4. 柔軟な「関わり」の選択と各実践者・諸機関の連携及び調整へ

「関わり」の「選択モデル」を活用することで、元来行われてきた単一の「関わり」のみによって子どもの呈している問題のすべてを見立てるのではなく、一つの「関わり」に捕われない、より柔軟な姿勢で支援することが可能である。本事例で示されたように、母子分離の問題と思われるものに対しては他者論に基づく「関わり」、他児との関係の問題については情動的なコミュニケーションを促進する「関わり」、そして緊急性の高い時には行動療法を適用することができる。単一の「関わり」に捕われて見立てることは、ともすれば自閉症児・者を、無理矢理その「関わり」の理論的枠組みに押し込めることになる。また、適した「関わり」の選択を奪うことになり、多くの努力が徒労に終わることにもなりうる。「選択モデル」の活用は、そうした努力を無駄にさせず、自閉症児・者の臨床像に応じて最も適した「関わり」を提供することを可能にするものなのである。

自閉症児・者への臨床像に包括的に対応する「選択モデル」は、今後の自閉症児・者への「関わり」に関して新たな提言をするものである。「関わり」は、自閉症児・者の両親や家族・学校教育等における教育者・発達相談機関の職員・医療機関における医師等によって実践されている。これら「関わり」の実践者には、日々の「関わり」の経験や理論的背景の違いがあるため、主張する「関わり」には対立が生じうる。このような“関わり手”の立場による対立や混乱は、「関わり」の中心となる自閉症児・者を、一貫しない「関わり」や不適切な「関わり」の継続に巻き込むこととなる。「選

択モデル」を活用することは、対立や混乱を解消するだけでなく、各実践者・諸機関の連携や調整を可能にし、自閉症児・者の臨床像をふまえた最適な「関わり」の実践に繋げられる。すなわち、複数の実践者・機関を有機的に結びつけた「関わり」の支援体制の構築をより促進できるのである。近年、自閉症児・者に対する「関わり」について、各実践者・諸機関の連携・調整の必要性が述べられているが、「選択モデル」はこの点において具体的かつ実践的な提言であると考えられる。今後、「選択モデル」が活用されるためには、「選択モデル」の社会的な認知の高まりと共に、各実践者・諸機関が互いの立場を認め合い、連携・調整の体制構築に協力することが望まれる。

謝辞

本研究をまとめるにあたり御協力を賜りました A 君と御家族の方に感謝いたします。

文献

- American Psychiatric Association. (2000) Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR, Washington D. C. and London, England. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳 (2002) DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 新訂版. 医学書院. 東京.
- Bettelheim, B. (1967) *The Empty Fortress—Infantile Autism and the Birth of the Self*. The Free Press. 黒丸正四郎・岡田幸夫・花田雅憲・島田照三(訳) (1973) 自閉症・うつろな砦 1,2. みすず書房.
- Cantwell, D. P., Baker, L., Rutter, M., & Mawhood, L. (1989) Infantile autism and developmental receptive dysphasia: a comparative follow-up into middle children. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 19, 19-31.
- 服巻繁・野口幸弘(2006) 自閉症青年の衝動的行動の改善における先行刺激と結果操作による介入の検討. *特殊教育学研究*, 43(2), 131-138.
- 福永顕・大久保賢一・井上雅彦(2006) 自閉症生徒における携帯電話の指導に関する研究—現実場面への般化を促す指導方略の検討—. *特殊教育学研究*, 43(2), 119-130.
- 針塚進(1993) 高齢障害者と自閉性障害者の情動活性化に向けた心理劇の意義. *九州大学教育学部紀要(教育心理学部門)*, 38(1), 89-95.
- 針塚進(1994) 情動活性化からみた自閉性障害児への心理臨床の展開. 九州大学教育学部付属障害児臨床センター(編) 発達と障害の心理臨床. 九州大学出版会. 179-192.
- 平井正三(1996) 自閉症児の心理療法—ポスト・クライン派の実践. *Imago*, 7(10), 60-71.
- Hobson, R. P. (1989) *Beyond Cognition: a theory of autism*. In Dawson, D.(Ed) *Autism: nature, diagnosis and treatment*. Guilford. New York. 22-48.
- Kanner, L. (1943) *Autistic Disturbances of Affective Contact*. *Nervous Child*, 2, 217-250. 牧田清志(訳) (1976) *精神医学*, 18(7), 61-81. 牧田清志(訳・解説) (1976) *精神医学*, 18(8), 81-90.
- 小林重雄(1980) 自閉症—その治療教育システム. 岩崎学術出版.
- 小林隆児(1996a) 自閉症の情動的コミュニケーションに対する治療的介入—関係性の障害の視点から—. *児童青年精神医学とその近接領域*, 37(4), 319-330.

- 小林隆児（1996b）自閉症の精神病理から認知と情動の関連性について考える．*Imago*, **7**(11), 77-85.
- 小笠原恵・氏森英亜（1990）精神発達遅滞事例における要求語の出現頻度を高める条件の検討—機会利用型指導法およびマインド・モデル法を通して—．*行動分析学研究*, **5**(1), 45-56.
- 小山内実・酒木 保（1985）自閉症児をどうみるか．*現代のエスプリ*, **220**, 132-144.
- 酒木 保（1992）自閉症児の治療過程にみられる機能空間の獲得と人称言語の出現との関係について．*心理臨床学研究*, **9**(3), 32-43.
- 酒木 保（1994）自閉症児の心理療法—他者論的展開とその接近法．*心理臨床学研究*, **12**(2), 109-120.
- 酒木 保（2001）自閉症の子どもたち—心は本当に閉ざされているのか．PHP 研究所.
- 霜田浩信・井澤信三（2006）養護学校「作業学習」における知的障害児による目標設定・自己評価とその効果．*特殊教育学研究*, **43**(2), 109-118.
- 白石雅一（2004）自閉症の療育と治療構造に関する臨床研究．*宮城学院女子大学研究論文集*, **100**, 17-38.
- 杉山登志郎・鈴木美枝子・杉山雅彦・諏訪利明・金沢信一・永井洋子（2001）自閉症療育の新たな可能性．*発達*, **22**(85), 2-45.
- 杉山雅彦（2001）行動療法からのアプローチ．*発達*, **22**(85), 18-23.
- 諏訪利明（2001）TEACCH に学ぶ自閉症児へのアプローチ．*発達*, **22**(85), 24-31.
- 高原朗子（2001）青年期の高機能自閉症者に対する心理劇．*心理臨床学研究*, **19**(3), 254-265.
- 高原朗子（2002）青年期の自閉症者に対する心理劇の効果—10年間の実践の検討—．*特殊教育学研究*, **40**(4), 363-374.
- 辻井正次（1999a）治療教育への導入とプログラムの作成．杉山登志郎・辻井正次（編）高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症．ブレーン出版．210-216.
- 辻井正次（1999b）アイデンティティの問題．杉山登志郎・辻井正次（編）高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症．ブレーン出版．162-170.
- 梅津耕作（1975）自閉児の行動療法．有斐閣双書.
- Wing, L. (2001) History of ideas on autism : legends, myths and reality. 久保絃章 (2001) 自閉症に関する考え方の歴史．*現代福祉研究*, **1**, 73-85.