

自閉症児・者に対する臨床心理学的援助(1)

野 村 勝 彦

Approach of Clinical Psychology for Autism (1)

Katsuhiko Nomura

1. 自閉症児との出会い

1970年8月、8才で小学校2年生の女の子が父親に連れられて筆者の研究室にやってきた。会話が成り立たないし、自分から話しかけることもない。ひとつのことへの固執性があり、表情がなく、行動に異常性がある。また、学習にもついていけないのでなんとかしてほしいという訴えを受けた。これが自閉症児との初めての出会いであった。この子に対する心理療法がその後の筆者の自閉症研究を方向づけたので、その当時のこの子の状態について少し述べてみたい。

家族構成

父(39才、公務員、高校卒) 本児の養育に対し非常に熱心で、自閉症に関する本を読んだり、児童相談所、病院、大学を再々とおとずれたりしている。自閉症を治すために転職までして子どもに打込んでいる。

母(34才、煙草店を経営・高校卒) しっかりしている。夫と本児の養育に対する意見が合わず、夫にまかせている。

弟(4才) 元気で活発な坊やで、本児に対しても名前を呼び捨てにして兄さん気どりである。

父母の本児に対する意見が合わず、言いあいをすることが多いようである。

生育歴

出生時

母は妊娠中、つわりがひどく、妊娠2か月頃から約1か月間、つわり止めの薬を服用したり、注射をした。病院側の都合で予定より早く入院、なかなか生まれそうになかったため、陣痛を人工的におこして昭和36年10月22日(1961年)にA県立B病院で正常に出産した。体重は2600gであった。

乳児期

初めての子だったので扱いがわからず、当時の育児書を読みながら育てる。夫婦のみでのアパート住まい。母も育児に慣れず、出産後、腎盂炎による高熱のため母乳は飲ませられず、人工ミルクを与えた。病院は総合病院であったためか出産について誠意のない扱いを受け、育

児指導もなく、育児書を読みながら暗中模索の状態であった。母親が病気のため主に父親が母親のかわりに本児の世話をした。育児書に「おんぶ」「だっこ」はいけないと書いてあったので、本児をおんぶしたり、だっこすることはほとんどなかった。夫婦仲が悪く、母親の気持ちも不安定で面白くないことが多かったため、子どもが言葉を覚える時期にも話しかけたりしなくなり、また、本児との身体接触も少なかった。

1才ごろ

1才2か月で歩行をはじめた。1才過ぎて、父親は乗船し、初めて子どもと別れ、3か月の航海に着く。それで3か月間、母親と2人きりでアパートの狭い所で過ごす生活が始まった。(この2人きりの生活は本児の3才半ばごろまで続いている)。この頃から、今まで言っていた「ウマウマ」「マンマ」「ワンワン」などの言葉が消え、無表情になり、視線が合わなくなった。

2才ごろ

近所の子どもは言葉が多くなっていくのに、全然その気配がない。どうも普通の子と違って、おかしい点があることに気づき、最初に行ったのがC大学の小児科であった。小児科での診察のあと、精神神経科に廻され、「どうも、自閉症的傾向の強い子ども」と診断され、遊戯療法に通いはじめた。しかし、父親はいつも航海勤務で留守であり、C大までもかなりの距離もあるので、そのうち言葉も出るだろうと思い、あまりC大にも通わず3才を迎えた。

3才ごろ

日本で自閉症という言葉が使われ始めたころのことであった。テレビ・新聞で伝えるものと本児の症状がよく似ているし、C大の診断もあって自閉症ではないかとの疑いを持つ。それで父親は航海勤務をやめ、D会社に転勤し、九州のE市に転居した。この間にも方々の病院にいくが、口、鼻、脳波などすべてに異常がなく、医師も頭をかしげた。

4才ごろ

近所の子が幼稚園に行くのを見て、たまらなくなり、2年保育の幼稚園に頼み込んで入園させた。でも、言葉ひとつ言えない子、何もしない子、集団に入らない子、親が見えなくなると、泣き叫ぶなどの状態であるので、

毎日、両親のどちらかが一緒に通園する。F大学小児科で「共生精神病」と診断され、そのうち県の児童相談所の紹介で同じF大学精神神経科に行き、「大変、自閉傾向の強い子」ということで、以後1年半にわたり1か月1～2回の遊戯療法を受けた。集団生活が最も大切との助言で幼稚園に入れたが、幼稚園からは何度も“もう来ないでくれ”と言われた。しかし、幼稚園に対して頭を下げ通して親子で1年間通園した。家庭では近所の子どもを家に招き、起きてから寝るまで集団に入れて遊ばせる毎日であった。

5才ごろ

幼稚園から“1人で来なければ、やめさせる”との申し出があり、親子分離の訓練をし、1か月で親から離れることに成功する。この頃から言葉（ばらばらの単語で意味のわからない言葉）が出てくる。集団参加もだんだんと増加し、踊り・歌、特に、リズムにのせての踊りは飛躍的に上手になっていた。

就学を目前にして親も必死であり、子どもには無理だと思ふほど、集団に集団にと参加させ、他の子どもと同じことをするように強制する。すると、他の子どもとどうやら同じ動作だけはまあまあ出来るようになり、運動会、遊戯会も立派に参加できた。言葉も増えてきた。ところが、一方、これらの行動をあまり強制したためなのか、精神的にかなり不安定な行動が出現してきた。すなわち、急に大声や奇声をあげる。どこかへ急に飛び出して行ってしまう。小さい子をいじめる。「殺してやる」を口癖のように言う。急にケラケラと笑い出す。

6才ごろ

G小学校1年生に入学する。幼稚園生活の延長みたいなものながら、どうやら字もたどたどしく書くようになり、1年が過ぎる。父親の転勤が大分に決まり、大分に転居した。

7才ごろ

学力の遅れが目立ち、1年生をもう1度することにし、近くのH小学校の1年生として入学した。集団参加が出来にくく、担任教師を困らせた。

8才ごろ

借家を解消し、住居を新築し移り住む。そのため大分市内のI小学校2年生として転校した。担任教師、クラスの子どもたちの援助・協力で学業は出きないが、特に問題は起こさず、本児も自由に過すことができた。6月にある新聞社主催での3泊4日の自閉症児の療育キャンプに参加した。このキャンプではJ大学精神神経科・小児科を中心にして遊戯療法的療育が行われていた。その時、「自閉症、精神発達遅滞」と診断された。

このキャンプのあと、筆者の研究室にきて、この子の療育を依頼したのであった。この子の大学での療育は週1回の割合で3年間継続していった。このあと、毎年7～8名以上の自閉症の療育を行ってきた。1981年からは

自閉症親の会と共に月1回の割合で療育を発展させていった。

2. 自閉症児の遊戯療法（1970年）

自閉症という発達障害を持つ1群の子どもの存在を提唱したのは、アメリカの精神医学者のカナー（Kanner, L）であった。彼は1943年に学術誌に“情動的交流の自閉的障害（Autistic disturbances of affective contact）”という標題で11人の子どもたちの経過を要約して記述し、障害度の個人的差異、状態像の現われ方、家族構成、年齢ごとの成長像について詳細に報告した。1943年にカナーが自閉症の子どもたちを報告した際に家族についての記述がなされていた。「ひとつ目立つことは、グループ全体において、本当に暖かい心をもった父親や母親がごくわずかで、多くは、親や祖父母、親族が科学、文学、あるいは芸術などの抽象的概念に強くとらわれており、人に対する本当の興味がかぎられているのである」とのべたが、それと共に「子どもたちの孤立が人生の初めからであったということから、全体像をもつばら初期の親子関係のあり方に帰するわけにはいかない。したがって、われわれは他の子どもたちが生来的に身体的あるいは知的ハンディキャップをもって生まれてくるのと同様に、これらの子どもは普通なら皆もつことのできる人々との感情的接触が生来的に形成できないと仮定すべきである」とも記述し、親の養育によるものだと断定していなかった。しかし、自閉症という概念が提案された最初の頃は、両親の養育態度に関心が向けられ、親の拒否的な態度が原因で自閉症状が起きたと考えられた。このように心理的原因で起きた障害であるので、その治療は心理療法で行うのが当然であると考えられた。対象者が子どもであるため、ことばの代わりに遊びを利用した遊戯療法が用いられたのであった。

心理療法とは心の内面にわたる種々の問題をもつ人々に対して何らかの変化を与えるために使われる治療のひとつの方法である。心理療法の手段は人の心に対する働きかけであり、相手の知覚を通して心理的な影響を与えることを目的とする。したがって、心理療法は訓練された治療者と被治療者との特殊な人間関係の中に成り立ち、治療者の言葉と行動が重要な役割を演じていくわけである。この人間関係をとおして、現存する問題を軽減し、意識・行動を変容し、被治療者の人格の発展や成長を促進し、援助しようとするものである。この基礎の上に、被治療者が幼児・児童である場合、心理療法の一形態としては遊戯療法がある。これは治療に「遊び」を利用する方法である。子どもの遊びは、子どもの発達にとって欠くことのできないものである。アクスライン（Axline, V.M.）が「遊びが子どもの自己表現のための自然な媒体」であり、「遊びは、子どもが感情や問題を表

出すために与えられた1つの機会である」とのべているように、遊びは子どもにとって満たされない欲求や、うっ積した感情の最も自然で容易なはけ口である。子どもは遊んでいる間に玩具に対して感情的反応を示し、玩具を自分の好きなように取り扱い、自分のために場面を設定し、構成することができる。子どもは、その環境との関係において、自分についての考え方を遊びという「ことば」で描き出しているといえるのである。そのことによって、しかも、決して叱ったり、おどしたり、拒否したり、また、おだてたりもしない治療者との相互作用によって、心理的緊張を解除することが可能になる。また、日常親しんでいる玩具のある場合になら子どもは安心して、はいつていくことができ、遊びには特別な動機づけを要しないから子どもは自然に遊びにはいつていくことができる。このことが遊戯療法と呼ばれる心理療法に子どもを導入するためのきっかけをつくり、治療者と子どもとの間の治療関係を形成するための足場を築き上げるのである。治療者と子どもとの間に治療的人間関係を形成するにあたって重要なことは、両者の間にコミュニケーションが成立することであるが、子どもは遊具や遊びを媒介として治療者との間に自然なコミュニケーションを成立させることができる。こうして、子どもの遊びは治療者との相互交渉の媒介物になる。子どもの遊びは、望ましい治療的な人間関係を形成するのに利用できるのである。この意味で、子どもの遊びは大人の場合の言語と同様に治療的要素をもっているといえる。

この当時の自閉症に対する解釈に基づいて遊戯療法を適用することにしたが、この当時に遊戯療法には4つの立場があった。①児童精神分析の立場、②関係療法場の立場、③非指示的な立場、④解放療法的立場であった。この4つの立場を検討して、原則的なものとして③の非指示的な立場で行うことにし、特にアクスラインの基本的な8つの原理を出発点とした。

治療の原則としたアクスラインの8つの原理は次のとおりであった。

1. 治療者はできるだけ早くよいレポートができるような、子どもとのあたたかい親密な関係を発展させる。
2. 治療者は子どもをあるがままに受け入れる。
3. 治療者は子どもが自分の気持ちを完全に表現できるような自由感を味わえるように、その関係におけるあたたかな気持をつくり出す。
4. 治療者は子どもの表現している気持を油断なく認知し、子どもが自分の行動の洞察が得られるようなやり方で子どもの気持を反射してやる。
5. 治療者は子どもにそのようにする機会があたえられれば、自分で自分の問題を解決しうるその能力に深い尊敬の念をもっている。選択して、変化させる責任は子どもの責任である。

6. 治療者はいかなる方法でも、子どもの行ないや会話を指導しようとはしない。子どもが先導する。治療者はそれに従う。
7. 治療者は治療を早めようとししない。治療は緩慢な過程であって、治療者はその緩慢な過程であることを認識する。
8. 治療者は治療が現実の世界に根をおろし、子どもにその関係における自分の責任に気付かせるのに必要なだけの制限を設ける。

自閉症児に対する遊戯療法はアクスラインの8原理を基調にしたものから出発したが、治療の対象とした自閉症児の行動の特質からこの原理からのいくつかの逸脱を行なった。たとえば、6の原理である。自閉症児によっては部屋の隅にじっと座りこんで50分間もそのままである。これらの子どもには治療者の働きかけを頻繁に行なった。それからは、8の原理である。必要なだけの制限とは普通・治療室から飛び出すことからの禁止が含まれているが、当治療においては治療室からの飛び出しは厳しく禁止しなかった。

これらの遊戯療法の治療の中から、治療期間が一番長いM. K.の例と治療機関が一番短いF. N.の例をあげることにする。M. K.は8才からスタートし、F. N.は3才からであった。

この2人の子どもは治療開始当時においていずれもかなりの自閉症的行動特徴をもっていた。M. K.の場合、言葉の使い方がその場にふさわしくない使用のされ方であり、また、その場と全然関係がない「単語」や「文章」が飛び出してきた。また、遊びもかなり決まりきった種類に限定され、能面のごとき無表情さをもっていた。F. N.の場合、他人に対する関心はいくらかあったように思えるが、遊びの対象が玩具に限定され、玩具の整理の仕方も本児なりのきまった1つのパターンがあった。それから、本児の場合の特徴は言葉が全然出なかったことであつた。「ウ」とか「ア」という声や音楽に合わせて口をぱくぱくすることはあつたが、言葉は全然出ていなかった。

しかし、これらの児童も治療開始と共にその状態は変化していった。M. K.の場合、発言する言葉の意味が筆者にも了解できるようになったし、何故、そのような言葉が出てこなければならぬかという必然性も理解できるようになった。これは、筆者がM. K.児に慣れたということよりも治療者とM. K.の間に人間関係が取れたようになったことが最大の原因だと思われた。また、M. K.はボール遊びをすることを好んだが、その際、かならず得点表を描く。その場合、ゲームをしている者の名前が空想的なものであつたが、時間がたつにしたがつて、だんだんと本児自身の名前が記入されるようになるなど現実性が加わってきた。治療者との間でよく「お話」をするが、これも最初は空想的な物語であつたのがだんだ

んと現実の本児に関連する語に変化していった。一方、F. N. 児の場合、治療が経過するのにもなって、他人の指示に対してかなり反応するようになり、10か月経過した時点においてはその指示に従うようになってきた。表情も豊かになり、喜怒哀楽がみられるようになってきた。最も特筆すべきことは言葉が出るようになったことであり、もちろん、イントネーションなどは十分ではないが治療当初にくらべ格段の差であった。このような格段の差は他の遊戯療法のケースにおいては見ることがなかった。

このようにのべてくると、健常児と同じレベルに非常に近くなったように思われるかも知れないが、それはまだまだである。M. K. 児の場合、まだ表情は豊かでなく、人間関係が取りにくいし、了解しにくい言動も持っているし、F. N. 児の場合、まだ、同一性の保持はあるようで、その当時、研究室へ来るにも一定の道筋があって、それ以外の道を取ることに許さなかったのであった。

自閉症児の特徴として自閉的孤立と对人的無関心といわれていたが、当時の自閉症児の遊戯療法の中での経験では、逆にある意味では非常に周囲の人間の感情を敏感に感じ取っているのではないかと思えた。M. K. 児が2年から3年へと進学するときの動揺は「3年好かん。2年がいい」という言葉にあらわされている。また、T小学校からF小学校へ転校した際の生活態度の変化は本児が父親の指示を守らないため転校させられたのであり、「お利巧に」しておればまた、T小学校へもどれるという意識から出ていると思われる。また、F. N. 児が母親が捻挫して動けなかった時、心配して自分の飲んでいたコーヒーを匙に入れて持っていったり、「チャーチャン」と言って片時も側を離れなかったりした。これらの事実は对人的無関心とは決して言えないと思った。これらは遊戯療法の結果によって、そのように対人的関心が出てきたというよりも、もともと人間に対する関心が敏感すぎて自ら遮断していると言えるのではないか。

3. 自閉症とは

自閉症は1943年にカナーが「情動的交流の自閉的障害」を示す11例について報告し、翌年この子どもたちを早期幼児自閉症と呼ぶことを提案したことに始まった。

カナーは早期幼児自閉症の行動特徴をいくつかあげているので、それを説明すると次のようになる。

①同じ年齢の子どもたちのような人との関係が持てない。他人との情緒的接触がほとんどみられず、極端な自閉的孤立を示し閉じこもる。抱きあげようとする際に予期した姿勢を取ることもない。

②ことばをコミュニケーションの目的ではほとんど使用しない。まったくことばがない子どもも多い。話しかけられたことばをおうむ返しに言ったり、聞き覚えたこ

とをただ意味もなく喋り続けたり、話し方もイントネーションが単調で抑揚に乏しい。ミルクが欲しい時に「ミルクをあげましょう」といったりする。

③同一性保持への強迫的欲求がある。自分のとる動作・家具の配置・日常の行動の順序などいつも同じでないと落ちつかない。自分の思っている順序や配置にこだわり、それを制止されると激しいかんしゃくを引き起こす。

④人に対する関心がほとんどみられないのに比べて、物とのかかわりは良好で、興味をもって何時間も楽しそうに遊ぶ。部屋に入っても、人に対して注意を払わず、壁にあるスイッチの点滅に熱中したり、型板をぐるぐる回し、それらが回っている間興奮してとびはねたりする。

⑤かれらはよい潜在的認知能力をもっていると考えられる。かれらはすべて非常に利口な顔つきをしている。数年前の出来事についてのずばぬけた記憶力、詩や文章の異常なほどの機械的暗記、複雑な模様や順列を正確に再現できる。

自閉症が提案された当時のアメリカは、子どもの精神障害を精神分析的に理解しようという傾向が強かった。子どもの情緒や行動に異常があれば、早い時期の養育環境に子どもをそのような状態におこむ問題が必ずあるはずと考えられており、その原因は親の養育態度やパーソナリティに求められていた。このために「自閉」は心因に対する防衛であり、その原因は家族関係、特に母親の性格によって発生したものであるとさえいわれた。その代表的研究者がベッテルハイム (Bettelheim, B. 1967) であった。

ところが、1960年代の後半になって実証的研究がつつぎとなされて心因性が否定されるようになってきました。特に、ロンドンのモーズレイ病院のラター (Rutter, M. 1967) が中心に行った追跡研究である。かれらは1950年から1958年の間にモーズレイ病院を訪れた63人の自閉症児を5年から15年にわたって追跡した。そして、63人の自閉症児と非精神病性の脳器質性障害児を比較した。その結果、自閉症児は予後が悪い。特にIQ60以下は悪く、予後予測するのは知能程度である。自閉症の消失があっても知能や言語に改善は認められない。最初にてんかん発作が認められなくても後になっててんかん発作が起きるなど、脳損傷との関連が明らかになった。これらの結果からラターは言語および認知機能の障害が自閉症の1次的障害であり、社会的行動的異常は2次的障害であるという結論に達した。多くの研究から自閉症は心因性の障害から中枢神経系の機能不全が基盤にある発達障害であると認識が変化した。

その後、自閉症の療育や教育や援助が論議されるようになる。自閉症の診断基準に共通するものが必要になり、国際的な診断基準がつくられてきた。現在よく用いられているのは世界保健機構 (WHO) の国際疾病分類

(ICD-10)とアメリカ精神医学会の作成した統計診断マニュアル第3版(DSM-III-R)である。日本は取りつきやすいということからDSM-III-Rがよく使われたようである。DSM-III-Rは16項目のうち、少なくとも8項目があること。そして、少なくともAから2項目、Bから2項目、Cから1項目を含んでいることとなっている。

DSM-III-Rの自閉症の診断基準

- A. 社会的相互作用の障害に関すること。
- ①他人の存在や他人の気持ちを認知することがきわめて少ない。
 - ②不快なとき他人に救いを求めることが少ないか、異常な求め方をする。
 - ③模倣しようとしなない、模倣できない。
 - ④社会性を必要とする遊びの欠如、あるいは異常。
 - ⑤仲間関係を作ることへの無関心、あるいはその能力の欠如。
- B. 言語的および非言語的コミュニケーションや想像的活動の障害に関すること。
- ①意思を伝える喃語、表情、身振り、模倣動作、または話しことばのようなコミュニケーションの様式がない。
 - ②非言語コミュニケーション、たとえば目と目を合わせる、顔の表情、身体を動かす、ジェスチャーなどで、社会的相互作用を始める、あるいは調節することの著しい障害。
 - ③大人の役、想像上の人物、あるいは動物を演じたりする想像的活動が欠如している。また、想像上の話にも興味がない。
 - ④音量、高さ、強さ、速さ、リズム、抑揚を含む会話表出の著しい異常。
 - ⑤常同的で反復的なことばの使用を含む会話の形式や内容の著しい異常、「私」と言うべき時に「お前」を用いる。単語や文節の独特な使用、または無関係なことばが頻繁に出てくる。
 - ⑥適切なことばをもっているにもかかわらず、他人との会話を始めたり持続する能力の著しい障害。
- C. 活動のレパートリーの障害に関すること。
- ①常同的な身体運動、たとえば、手を叩く、手をひらひらくねらせる、ぐるぐる回す、頭を叩く、複雑な全身の運動。
 - ②対象物の部分にとらわれ持続的に没頭する、あるいは尋常でないものへの愛着。
 - ③環境のささいな局面の変化についての異常な苦痛。
 - ④細かなところまで正確に、いつものやり方に従おうとする過度の執着。
 - ⑤著しく制限された興味の範囲のひとつのことへの異常な没頭。
- D. 発症は幼児期または小児期である。もし、小児期(生

後36か月以降)なら特定のこと。

4. 自閉症児に対する療育方法

1960年代の後半頃から多くの研究から自閉症は心因性の障害から中枢神経系の機能不全が基盤にある発達障害であると変化したことにより療育の方法も変化してきた。これらが行動療法、感覚統合療法、動作療法である。

行動療法

人間の行動は学習により獲得されたものであり、環境内の刺激を操作することによって新たな行動を獲得させることもでき、これまでの行動をなくしたり、修正することができると考えている。特に、オペラント条件づけでは何をすればよいのかを明確にし、正しく反応すれば強化子でその行動を強化する。そして、目標とする行動を獲得するまで細かなステップを設定し、そのひとつひとつを達成しながら最終目標の行動を形成していく。かれらにとって理解しやすい構造化された場を設定し、発達程度を考慮しながらひとつひとつ身につけさせることが必要である。

感覚統合療法

この考え方は最初、学習障害児に対する治療法として考えられたものである。われわれは環境から受ける種々の感覚情報を神経の中で組織化し、それをもとに環境と効果的にかかわり、適応行動をとることができるのである。このように外界からの感覚情報を神経系の中で組織化し、適応行動へ導く一連の過程を感覚統合という。感覚統合障害とは、受け入れた感覚情報を組織化し、適応行動をとることができない状態といえる。だから、治療の目標は脳が感覚を処理し、構成していく方法の改善にある。自閉症の治療目的は中枢における感覚処理過程を改善することであり、その結果、より多くの感覚がより効果的に受け止められ、調節され、そして自己の行動を組織化していくのを助ける手段として簡単な適応反応の形成を促進していくことであるとされている。

動作療法

この療法は本来は脳性まひ児の機能訓練として創案されたものであった。脳性まひ児は日頃は手や足が硬直しているが、睡眠中や催眠中にはその手足が弛緩している状態にあることがヒントになったのである。それまでの脳性まひ児の機能は本人の意志ではコントロールできないものであり、外科的手術が中心におかれていた。この発見から脳性まひ児の手足の機能コントロールの方法として脳性まひ児の意志を中心にしたものが工夫されていった。首のすわり、腰のすわり、膝のすわり、腕あげ、腰のひねりという単位動作の積

み重ねによって身体的機能を獲得させようとした。ところが、身体的動作が新たな心をつくり出し、その新たな心が新しい身体的能力を生み出していくという心身相関現象が発見されていった。この方法を自閉症児に適用したのである。自閉症児は自分の体への気づきが非常に乏しいが、腕あげ動作法によって自分の体に気づき、多動な行動が激減した例は多い。

これらの方法のほかにも療育に適用されているが、まだ、絶対的な方法は存在せず、自閉症児の生活全般にわたって家庭、療育機関、教育現場が協力・連携していくことが必要だと思われた。

5. 自閉症児の臨床教育教室 (1973年)

障害をもつが故にこそ教育の機会をより多くあたえるべきなのに、その当時の状態は全く逆の方向へと進んでいるとさえ思えた。障害をもつ幼児を連れて幼児教育機関の門をたたいても“ここは集団教育の場であるので、集団的行動ができない幼児はおことわりします”とか“基本的生活習慣が身につけていないと、他の幼児についていけませんので教育を行うことができません”とか“教師の指示を受け止めることができない子であれば、集団の秩序をかき乱すので他の子どもたちに悪影響がありますのでおことわりいたします”などと門を閉ざされることが多かった。ところが教育的観点にたてば、“集団的行動ができないから”こそ早期教育が必要であり、“基本的生活習慣が身につけていない”からこそ、あるいは、“教師の指示を受け止めることができない”からこそ教育の機会をあたえていかなければならないのである。しかしながら、その当時でもわずかながらもこれらの障害をもつ幼児に教育の機会をあたえようという教育者としての良心に基づいて受け入れを行う幼児教育機関もだんだんふえてきていた。しかし、いったん受け入れたものの障害児の行動にとまどいを感じ、どのように働きかけを行っていけばよいのか不明のまま、極度の緊張と不安のもとにその日、その日を過し、ある教師は強度の精神的不調と身体的不調に陥ったとさえ聞いていた。このような事がおこれば、障害児に対する教師の心の中に“障害児恐怖症”が起きてくるのも止むをえないと思われた。

また、障害をもつ幼児を育てる親の方にも数々の苦悶が存在していたのであった。新生児の段階には喜びに包まれていた親の気持が半年、1年と月日が経つにつれてわが子の発育の状態に遅れを見出し、焦りの中である親はわが子を社会から隔離し、ある親はわが子に拒否的態度で臨み、ある親はわが子に対してまったく冷淡となり、ある親はわが子の意向にさからわないような態度をもつようになるなどして、障害児にたいする扱い方としてはだんだんと望ましくない方向へと向けられていく。子

どもの将来に対してかぎりない不安を抱きながらその日、その日を過している親の姿がわれわれの周りには数多く存在していた。

この様に障害児に直接かかわっている親と幼児教育者は心の中には不安と焦慮をもちながら、養育し、保育しているが、この人たちが心の底から希望を感じ、自信あふれる養育・保育が行われるような知見を見出すことがその当時の急務であった。

(1) 障害児の臨床教育教室開設の目的

自閉症児を中心とした障害児の教育の現状からみて、一応3つの目的をもって出発した。①就学前の障害児を対象とし、その発達を援助すること。②これらの障害児をもつ親の指導をすること。③幼児教育機関で保育を行っている幼児教育者に対する指導を行うこと。

これらの3つの目的をもった理由をのべると次のようになる。

①障害をもつ幼児が家庭においても、地域社会においても、行動範囲が限定され勝ちであり、また、適切でない働きかけが多くあつて障害の基盤の上にいるいろいろな反応行動が積み重ねられていくのである。この反応行動の重積化をくい止め、その重積化されたパーソナリティをときほぐし、その幼児の本来もっている可能性が十分に引き出されるようにさまざまな働きかけを加えていくことが必要である。また、年齢を重ねれば重ねるほど、反応行動の重積が重大化するので、できるだけ幼い児童を対象とすべきであろう。さらに、幼稚園・保育所に受け入れられていない幼児を優先的に取りあげることにした。

②障害児をもつ親たちがわが子を前にして、嘆き、悲しみ、哀れんで親自身が気がつかないうちに拒否的養育になったり、支配的養育になったり、屈従的養育になったりして、それが幼児たちの発達をますます遅滞させ、湾曲させ、阻止していくことが大である。そこでこのような絶望的な親の心情をよく理解し、親自身の情緒的安定をはかることがまず第一に考えられなければならない。わが子との人間関係の中で、いつの間にか大きくなったわが子に対する見方の偏りやそれに伴った誤った働きかけを正すために、障害をもつ幼児に対する正しい理解を得させることが必要である。それがわが子に対する正しい見方を取り戻し、それが親自身の気持を情緒的安定へと向けさせていく。この親の情緒安定が子どもをとりまく心理的環境の大部分を占めている親の接触の仕方をかえていき、幼児の行動の発展へと結びついていくのである。この様に考えていくと、親の指導の重要性が認識されたのであった。

③わが国の幼児教育が明治9年(1876年)に開始されて、100年に近い年月を経ているにもかかわらず、この当時、幼児教育機関においては障害児を受け入れるどころか、いったん受け入れても排除する方向にあったといっても言い過ぎではない。このような体制は幼児教育

者の中に障害幼児に対する興味を育てるところか、障害幼児にたいする拒否感情や無関心さを助長していったのであった。このことがすべての幼児の発達を援助しようという新しく起こってきた風潮の中で、いままで見捨ててきた障害幼児を教育の対象と考えたとき、幼児教育者を手も足も出ない状態に追いこんでいったのである。また、幼児教育の重要性を考えた幼児教育機関が障害幼児を迎えても、ただその敷地の中で行動させているだけで教育的働きかけが積極的に行われているようには見えない時が多かったようである。このような現状にあるとすれば、幼児教育者に対する指導をも考慮しなければならなかった。障害幼児といえども教育を受ける権利があると声を大にしても叫んでも、肝心の幼児教育者が障害幼児に対する基礎的知識と技術をもたなければ障害幼児の受け入れは幼児教育者を悩ませるだけである。このような見地から、これらの計画のなかには幼児教育機関のなかで働いている幼児教育者の指導も含めるべきだと思った。

(2) 障害幼児の臨床教育の実施

①対象児

臨床教育教室は18名の障害幼児でスタートした。自閉症児が中心であったが、その他の発達障害児も含んでいた。

②トレーナー

この臨床教育教室では治療者のことをトレーナーと呼ぶことにした。トレーナーはO大学の養護学校教員養成課程の2、3、4年生17名と保育所、幼稚園などの現職の幼児教育者6名計23名でトレーナー群を形成した。

③教育方法

まず、トレーナーについての指導であるが、臨床教育教室開始に先だって“臨床教育教室”の構想、障害幼児の特徴、障害幼児に対する教育方法などについて数回にわたって指導した。トレーナーと障害幼児の関係は、障害幼児1人につきトレーナー1人を組み合わせることにし、ある一定の期間は固定しておくことにした。このようにすれば、トレーナーは18名あれば良いのであるが、総合的にマネージをする役割をとらなければならぬ者とか、組み合わせたトレーナーが欠席した場合の交代要員として5名を予備としていた。

障害幼児は臨床教育教室にやってくると、受け付けのところで親と切りはなされ、障害幼児はトレーナーにとまわられて“教育”の場に行くことにした。障害幼児に対する教育方法はひとりひとりの障害幼児の状態をみて働きかけの仕方を考慮していくことにした。

一方、親に対する指導は集団カウンセリングという形で毎回1時間ずつ行った。

④開始の日時と日程

1973年12月16日午後1時30分から開始した。そのあと、1974年1月から毎月第2、第4日曜日に開き、時間は午

後1時30分から午後3時までとした。親に対しては午後2時から午後3時までにした。そのあと、トレーナーとのミーティングを午後5時まで行った。

⑤場所

O大学教育学部附属養護学校内で行い、障害幼児は体育館で、親は小学校の教室で行った。

(3) 障害幼児の臨床教育教室での実践経過

①障害幼児について

全体的にいえば障害幼児の行動にも親の意識にも変化の兆しが見られたようである。それは各人各様の変化であり、また大きな変化をきたしたのもあれば、ほとんど変化が目立たないものもあった。すべての障害幼児が同じ部分に同じ程度に変化したものではなく、その障害のあり方によっても異なるようであった。比較的变化が大きかったのは情緒的問題をもっていた幼児であり、変化が少なかったのは自閉的傾向をもった幼児であった。

②親について

親に対する指導は集団的カウンセリングという形で著者が行った。その開始の日は障害幼児に対する教育と同時に1973年12月16日が第1回目であったが、その後、障害幼児の臨床教育教室開催のたびごとに行った。

最初の段階は親たちがこのような幼児を持ったことに対する苦しみ、不安、もって行きどころのない怒りなどが多く出され、受け入れてくれない幼児教育機関などについての不満などが出された。また、子どもの小学校への就学についての不安などが強いこともうかがえた。

翌年3月になると、4才児、5才児をもつ親の中で幼稚園への入園の見通しが立ったり、小学校への就学を決意すると、その喜びと就園、就学後の学校生活への適応への不安が交錯し、大部分の親たちには情緒的不安が感じられ、その中には幼稚園への入園は一応認めてもらったが、入園した後のわが子の行動によっては退園を迫られるのではないかと不眠状態の母親まで現われた。また、母親たちの中には幼稚園から文句を云われないように、小学校の教師から嫌がられないように、幼児たちに無理であると思われる行動を身につけさせようとした。たとえば、文字の認知能力がなかったり、描画能力がなかったりしているのに、無理に文字を書くことを強要したようだった。

4月になると、この臨床教育教室とこれらの障害幼児・児童を受け入れている教育機関との間に連絡が取れるようになってくると、入園児、入学児をもつ親たちはかなり落ちつきを取り戻したようであった。また、入園、入学をしない障害幼児をもつ親もわが子の状態を受け入れはじめ、いくらか安定へ向っていったように思われた。

③トレーナーについて

トレーナーについての指導は障害幼児に対する臨床教育が終わったあと、3時過ぎから2時間程度行っていった。トレーナーのひとりひとりに対して各担当の幼児のその

日の状態について発表させ、臨床教育上の問題があれば提出させ、共通の問題であれば討議させたり、著者の判断を示したりした。トレーナーとのミーティングの最初5か月間の経過を述べれば、次のようになった。

最初の段階においては、トレーナーが臨床教育開始前に抱いていた障害幼児に対するイメージと現実と接触している幼児との間にかなりのくい違いがあったようだ。もちろん、そのズレの内容はトレーナーの臨床教育参加以前の経験と担当した障害幼児のもつ症状とによって異なっていた。ある者はいかに障害をもつといえどもある程度の心の交流ができると思っていたが、それが全然だめであることにショックを受けたり、ある者はいままで経験から幼児に対しては簡単に働きかけができると安易に考えていたのが、トレーナーとしての働きかけに微動だにせぬ様子を見てあわてふためいたり、ある者は障害児というので非常に暗いイメージをもち、全然反応がない重い症状を予想していたのに、動きがかなり激しいのでびっくりしたなど様々であった。

3月、4月になると、障害幼児に対する将来への見通しについての不安がトレーナーの間から出されてきた。もう4か月過ぎたのに、幼児にはなんらの変化も見られないが、果たして成長しているのであろうかとか、この子は伸びているといえるのであろうかとか、われわれの“努力”の割には幼児に変化が見られないと不満を示したりとか、また、なかにはこのようなことをやっていれば、幼児は必ず伸びるのだと自分で自分に言い聞かせながらやっていく者が出てきた。

また、臨床教育場面における技法についての不安もかなり多く出されてきた。心理療法的働きかけ方でやりはじめたけれども、非常に多動性のある幼児の場合はトレーナーが追いかけることに一生懸命の状態になり、幼児の後を追いかけるだけでよいのであろうかという疑問を持つような者。臨床教育教室にくるたびに全く同じ遊びに集中し遊びに変化が認められない、それで遊びの方向転換を試みても、同一の遊びに固着してしまうが、このような状態でよいのかと訴える者。また、攻撃的傾向のある幼児同志でよく激しいけんかが起きるが、これをいかにさばけば良いのかと指導を求める者など幼児との取り組み方の悩みが出された。

さらに、臨床教育の回数に関する問題が上ってきた。月2回では少なすぎるのではないか。もう少し回数をふやしていけば、もっと幼児たちは変化するのではないか。なかには、障害幼児に対する不満まで現れたりして、そのなかには、いつになったらあの子は“わたし”をおぼえてくれるのであろうかとか、自分の気持がいつになったら分かってくれるのであろうかとか、目に見える変化がないので疲れてしまったというような状態があった。

(4) 障害幼児の臨床教育教室における問題点

1969年に自閉症児の遊戯療法を開始して5年たつてい

たが、その間、自閉症児や情緒に問題をもつ幼児や発達遅滞児などを毎週9名対象にして“治療教育”を行ってきたが、これらはいずれも個人的方法をとっていた。ところがその後、障害幼児をもつ親たちが大学において治療教育が行われていると聞き、わが子の教育を依頼してくるけれども、個人的方法で行おうとすると大学と治療者の事情から考えると、週9名というのが限界であった。しかし、大学にくる障害児の数がだんだん増加するのを見ると、研究者としてはなんとかしなければならぬという焦りが出てきた。また、9名の子どもたちを各個ばらばらに治療しているが（3か月に1回は3名、ないしは4名を一緒にして、いわゆる集団的方法で行った）、集団的方法で行って自閉的傾向をもつ幼児たちの他の人間への関心を喚起し、新たな動きをさそい出すことができるのではないかという期待があった。

以上のようなことがらが背景となって、この“障害幼児の臨床教育”教室の開設となったのであった。

開設して5か月目になるといろいろな問題が輩出したが、そのなかで特に大きな問題が2つあった。ひとつは障害幼児に対する臨床教育としての働きかけ方であり、もうひとつは治療者（この教室ではトレーナーと呼んでいた）の障害幼児に対する意識のもち方であった。

まず、障害幼児に対する働きかけ方である。集団的臨床教育の場合も出発点としては遊戯療法的働きかけ方を取ったけれども、情緒的な面が主とした問題である幼児はこれでもよいが、ほとんどまわりの人間に関心を持たず、自閉的傾向の行動の多い幼児の場合はその心を動かしていくにも、このほかに別の働きかけの方法を加えていくことを考えていかなければならぬと思った。また、発声はあるが発語がない子どもは基本的には情緒に問題があるとしても、言語的な面での働きかけも加えていった方がよいのではないかとも思われた。幼児の中には大部分の時間、走りまわっているだけでトレーナーの働きかけを全然意識していないと思われる者がいたが、これをどう受けとめていけばよいのか。最初は幼児たちの集団的なつながりを企図しながらはじめて臨床教育もいろいろな障害に基づく各児各様の反応に対する働きかけ方に焦点が定まらず、まだ低迷しているというのがこの当時の状況であった。集団的なつながりも3、4名の幼児に見られるだけで、トレーナーはそれぞれの幼児との親密な人間関係を作りあげるのに精いっぱいであり、この人間関係の形成は個人的方法と異って、周りに他のトレーナーや幼児がいるだけに非常に困難なようである。

次に障害幼児に対するトレーナーの意識のもちかたである。これまで行ってきた個人的治療教育に関与してきた治療者はかなり長い時間をかけて訓練した上で担当させたので、障害幼児にたいする見方、考え方においては一定の態度をもちえたのであるが、この臨床教育教室のトレーナーの大部分は“治療者”として長い時間かけて訓練を受けたものではない。また、この臨床教育教室の

目的が幼児教育機関における受け入れを目指したものであるので、障害幼児をある状態に持ちあげていくことと、幼児を取りまく親と教師の意識と態度を向上させることにあった。それで現職の教師やあるいは将来、教師への道をたどるであろうという学生に対しては幼児との接触を通して障害幼児に対する理解を深め、技術を身につけさせていく予定であった。しかし、トレーナーの反応はさまざまであった。いままでの幼児教育機関において障害をもたない幼児たちの敏感な反応を経験している幼児教育者にとって障害幼児の無感動さにとまどいを感じ、また、いままで幼児との接触が少なかった学生にとっては、真剣に働きかけを行っても障害幼児に少しの成長も感じられず、トレーナーとして無能感に身をまかせている様子を見ると、障害幼児の発達に関する新たな視点をかれらにあたえることが必要であることを痛感した。

なお、この実践を“臨床教育教室”と名づけた理由について記しておきたい。障害幼児のためのこの教育教室を開始する際には“治療教育教室”と名づけようとしたが、“治療教育”ということばは心身障害児の生活の場—教育関係、福祉関係、医療関係—ではどこでも使用されていて、心身障害児にたいする指導はすべてこのように名づけられているといっても過言ではない。その教育の対象が心身障害児であれば、どのような働きかけが行われていても—かなり考えながら教育計画を立てていても、あるいは、極端な言い方をすれば、場当り的な働きかけであったとしても—それらをすべて“治療教育”と呼ぶとすれば、非常にあいまいな感じをあたえるので、この教室においては、このようなことばは意図的に避けたつもりであった。“臨床教育”はこの当時、障害をもった子どもに対する教育的働きかけを表わすことばとしては熟してはいなかったけれども、まず、子どもがいかなる障害をもつといえども、ひとりひとりの子どもを理解することから出発していくことから始めなければならないというわれわれの現状から“臨床”ということばの方がふさわしいと思われた。また、同一症状をもった子どもだけを集めて教育をしていくのと異なり、いろいろな症状をもつ子どもの集まりであれば、ひとりひとりの子どもに対し各人各様の働きかけをしなければならないということからも“臨床”という名称の方が実状を表わせると思った。さらに、この試みでは“障害幼児”の教育と共に“障害幼児をもつ親”への教育も同じようなウエイトをもたねばならないと考えていた。教育の対象が幼なければ幼いほど親からの影響が大である。そのことから親への働きかけが非常に重要になってくる。ひとりひとりの子どものひとりひとりの親に対して一番のぞましいと思われる働きかけを考えようとする場合、やはり“臨床”という名をあたえた方が良いと思った。以上のことから、われわれの障害幼児に対する教育を“臨床教育”とよぶことにしたのであった。

文献

1. V. M. アクスライン 小林治夫訳 1959年 遊戯療法 岩崎書店
2. 平井信義 1968年 小児自閉症 日本小児医事出版社
3. 野村勝彦 1973年 自閉症児に対する遊戯療法の実践的研究 大分大学教育学部研究紀要 教育科学4巻3号 55~68
4. 野村勝彦 1974年 障害幼児の臨床教育の試み 大分大学教育学部研究紀要 教育科学4巻4号 15~24
5. ベッテルハイム, B 黒丸正四郎外訳 1975年 自閉症 うつろな岩 I, II みすず書房
6. カナー, L. 十亀史郎訳 1978年 幼児自閉症の研究 黎明書房
7. 野村勝彦 1982年 自閉症児の家族カウンセリング 教育と医学 昭和57年5月号 70~82