

教育心理学年報 第33集 抜刷

準備委員会企画シンポジウム

Ⅲ 「自閉症治療の今日的検討」

準備委員会企画シンポジウム

III 「自閉症治療の今日的検討」

司会者	蔭山 英順 (名古屋大学)
	本城 秀次 (名古屋大学)
話題提供者	神野 秀雄 (愛知教育大学)
	杉山 雅彦 (筑波大学)
	佐々木正美 (小児療育相談センター)
	辻井 正次 (聖徳学園岐阜教育大学)
	小林 隆児 (大分大学)
指定討論者	杉山登志郎 (名古屋大学)

企画の主旨

蔭山英順, 本城秀次

自閉症概念は1943年 Kanner, L.によって提唱され、今日に至るまで多くの関心を集めている。その間、病因論に関しては諸説が発表されてきたが、1980年アメリカ精神医学会の診断基準である DSM-IIIにおいて自閉症は広汎性発達障害の中に位置づけられることになり、今日に至るまでこの考え方が一般的に認められている。

しかし、近年自閉症を巡っていくつかの新しい動きが見られる。すなわち、近年 Rutter の言語認知障害説に対して反論が唱えられ始め、言語・認知能力の障害と社会性の障害(自閉)とは別の問題であることが指摘されるようになってきた。そして再度、自閉症における自閉症の本質とは何かという問題が問い返されてきている。また一方では、青年期に達した自閉症児において、精神分裂病に類似した幻覚、妄想状態を呈する症例が従来言われていたよりも高頻度に見られることが最近注目されるようになり、いったん精神分裂病と明確に区別され、発達障害として位置づけられた自閉症と精神分裂病の関連性について再び関心が持たれている。

このように、自閉症概念の本質について活発な見直しが行われている現在、自閉症治療の問題もまた再考の時期に来ていると考えられる。そういった意味において自閉症の治療、教育の問題を幅広い視点から再検討してみることが意義深いことと考えられる。

本シンポジウムでは、精神医学、臨床心理学の領域で自閉症治療に活躍している研究者にシンポジストを依頼し、学際的な視点から議論を行うことを意図した。臨床心理学の領域から神野秀雄、杉山雅彦、辻井正次の各氏、精神医学領域から佐々木正美、小林隆児の各氏にシンポ

ジストを依頼し、指定討論を精神医学領域の杉山登志郎氏をお願いした。

当日は、シンポジストの発表の多くが予定時間を大幅に超過したため、シンポジウムの時間をかなり延長したにもかかわらず、フロアとの討論に十分な時間を当てることができなかった。そのため、参加者には若干欲求不満が残ったかも知れない。しかし、各シンポジストの発表はそれぞれに興味深いものがあり、本シンポジウムが今後の自閉症の治療・教育論の展開にひとつの契機を与えたのではないかと思われる。

自閉症の類型化から治療教育について考える

神野 秀雄

1. 人間は極めて社会的存在であり対人交流のないところで真の人格発達はあり得ないであろう。従って対人交流を深めていくことが自閉症の治療目標となるが、それが困難なことはこの50年の歴史が明らかにしているといえよう。しかしながら筆者は、自閉症児・者と長期にわたりプレイセラピーや面接を中心とした方法でかかわりを継続していくなかで、彼らの何が一体問題なのかを体験を通して考えてみようと思ひ今日に至っている。

2. 自閉症の多様な発達経過を整理するために筆者は、プレイセラピーを3~4年継続して受けている児童期を中心とした23人の自閉症児に NAUDS (丸井ら1974)を用いて臨床像を把握し、発達の変容を5つのタイプに類型化した(1984)。各類型の特徴は以下ようになる。D1型の臨床像は水遊び、トランポリン等の感覚運動遊びが中心であり、強迫的な同一性保持行動に強く支配されており音声言語は獲得されていない。D2型は1型と類似した臨床像を示すが、音声言語を獲得しており、エコラリアが特徴的である。D3型は質問嗜好現象が最も顕著に示される一群である。D4型は一方的に他者に働きかけたりして情緒発達障害が前景に出ている。また自閉的認知能力がクローズアップされ、いわゆる学習能力障害(LD)と類似した問題が示されてくる。D5型はIQが100以上の高い群で、共感性が最大の課題となってくる。

3. 上述した類型化の研究をまとめて以来約10年が経過し、かかわった自閉症児も今や青年期、成人期に達している。かかわりを継続している自験例を通して各タイ

プの問題について簡単に述べてみたい。D1型では音声言語は獲得できず、ジェスチャーや書き言葉を習得していったが、治療教育の最も困難なタイプといえよう。D2型は、良好に変化していく型とエコリアのまま推移していく型と思春期に発達に折れる型に分かれ、最も多様な発達経過を示した。D3型は質問を長期に渡り繰り返しながら、ある事例では良い自分と悪い自分を分離させるような現象を呈した。心(自我)の発達の難しさを教えてくれたが、この事例は現在就職している。D4型はIQが60~90ぐらいに分布しており、普通学級に在籍しているものも多いが、孤立傾向が強く、進路も多様である。D5型は、大学に入学するものもあり(自験例では3人)青年期に入る頃より「僕は普通の人間ではない」と訴えるようになり、他者からみた自分(鏡映自己)を意識できるようになるが、普通でないと思認する自分をいかに克服していくかが問題となってくる。以上のようにD1型では情緒および認知的側面の障害が前景に出ているが、D5型になるに従って情緒的側面の問題が鮮明となってくる。筆者はこの情緒的側面に光をあて、今後もかかわりを継続していきたいと思っている。

自閉児の治療教育における行動の機能の分析の重要性

杉山 雅彦

行動療法的アプローチを用いた自閉児の治療教育では、合理的に行動変容を行うために、これまでよりも行動の機能の分析が重要視されるようになった。例えばコミュニケーション行動を形成するために、相互作用の分析、すなわち児童—担当者間のお互いの行動に対して随伴させた刺激の分析が必要になる。すなわち行動の型ではなく、行動の機能を分析することになる。

機能の分析がより必要になるのは、いわゆる「不適切な行動」であろう。抑制的な方法をとると、新たな問題行動を形成するか、対象児の行動全体を抑制し、自発的な学習そのものを阻害することになるからである。したがって、いかに抑制的な方法をとらずに不適切な行動を軽減するかを考える必要がある。

いわゆる不適切な行動に関しては、代替行動が強化されるという手続が主として用いられる。しかし、こういった方法を利用するためには技術的に大きな問題が生じる。そのための方法として、行動を社会的な連鎖の中で分析することが考えられる。ある行動を分析するためには、その頻度や持続時間などとともに、その行動の前後の行動及び前後の環境側の対応を分析することが必要であろう。それによって強化事態をより正確に特定することができる。いわゆる相互作用の分析が重要になる。

自閉児の「不適切な行動」の少なくともある部分は嫌

悪事態からの escape として成立していると考えられる。これは、社会的な刺激が嫌悪的に機能しているために生じる。これらの行動は「人」に関して回避的な「傾向」が軽減すれば減少すると考えることができる。そのためには「人」の提示する刺激が強化的である必要があり、嫌悪的な刺激を提示しないという手続が必要である。特に児童の行動に関して対応的な行動をする、すなわちコミュニケーション行動を形成することは、児童の要求を示すための不適切な行動(かんしゃく等)と等価に近い行動であり、そういった問題も軽減し得ると考えられる。

行動の機能を分析することは、指導場面よりも日常的な状況でより必要といえるかもしれない。しばしば指摘されるように教師や親は児童の行動で問題になる部分に選択的に反応する傾向があり、結果として嫌悪的になり易い。したがって日常場面での問題を軽減するためには、周囲の人間が児童の行動のより適切な部分に反応することが必要となる。不適切な行動をコントロールするためには適切な行動の増加が必要であり、また不適切な行動がどんな状況と関連して生じるかを常に検討する必要がある。そういう意味では児童との関係を改善するための指導が必要であるといえよう。

TEACCH モデルの紹介と実践

佐々木正美

モデルの理念

アメリカ・北カロライナ州において、1972年以来州政府が自閉症に関する公式の治療教育プログラムと認定して、全州規模で実施されている TEACCH プログラムは、その哲学、方法、成果において、今日世界的に注目されている。

その哲学と原理は、1) 自閉症の障害の本質は中枢神経系を含む器質的なもので、周囲の世界や状況の理解や見通しに影響や混乱を及ぼしている、2) 療育は両親(家族)と専門家が密接な協力関係をもって実施する、3) 療育者は specialist であることを超えて generalist であること、4) 療育プログラムは包括的に調整されること、5) 人生全般にわたって支援されなければならない、6) 療育はあくまで個別化の理念のもとに行われること、である。

プログラムの実際

自閉症への治療や教育における支援は、従来の種々の治療法を単独に実施したり、単純に組合わせて行うのみでは不十分である。療育者は、彼らが周囲の世界を一般の人と違ったふうに見たり感じたりしている事実を詳細に正確に理解して、彼らの知覚と周囲の人や環境から提示される刺激や情報の意味との間にあるギャップを、丁寧に埋めていくように援助することが使命でありゴール

である。

そのために TEACCH プログラムを担う教師や治療者は、まず自閉症児(者)との間で観察されるコミュニケーション・サンプルを入念に検討して、必要ならば絵カードを用いるなどしても、相互に意志の伝達を可能にし合う。

その上で教育や療育は、個人の機能に合わせて、種々の程度に「構造化」の方法が応用される。環境の意味理解を助けるための「物理的構造化」、予期しないことや見通しのたない状況での不安や混乱を防ぐための「スケジュールの構造化」、ひとりで自立して活動ができるようにするための「ワークシステム」の構造化などの方法が応用的に用いられ、自閉症児(者)はほとんど混乱なく教育や指導を受けている。

このような基本原理と具体的方法によって、学校教育、家庭内の養育、地域社会内の生活援助、職業指導、余暇活動の支援、グループホームにおける居住プログラムの実施など、幼児期から成人に至る全生涯への一貫性と包括性をもった支援プログラムを、20余年にわたって種々の改良を加えながら実施し続けているのが TEACCH モデルである。

その結果、成人自閉症者の95%前後が家庭やグループホームに居住して、地域社会で生活している。「強度行動障害」といわれるような、生活環境への不適応状態の人はまずいない。

参考、拙著：自閉症療育ハンドブック(TEACCHプログラムに学ぶ)、学研、1993

異文化としての自閉症とのつきあい方について

—自閉症の「治療」概念についての再検討—

辻井 正次

自閉症の「治療」について考えていく場合に、ここの「治療」とは、自閉症のもつ問題がすっかりなくなってしまうようなものではなく、親や周囲の大人と自閉症とのセットを考えて、その親と自閉症とが安定した関係性(構造)を示すようになっていくことであると考えられる。自閉症はかなり順調な発達をしていった場合でも必ず何らかの「ユニークさ」を残していく。これこそが近年「自閉症」の問題として注目されている問題である。こうした点もふまえて、自閉症と治療的に関わっていくには、自閉症を「異文化」として考えていくことが有効である。自閉症は、その発達の初期からの対人関係の問題のために、「文化への参加が遅れていく」ための「異文化性」を有しながら成長していく。そうした上に、自閉症特有の「ユニークである」ための「異文化性」が成立してくる。とりわけ、高機能自閉症と呼ばれる、比較的、能力の高

い自閉症の場合、通常は一見、「普通」に振るまっているのだが、ふとしたはずみ(情緒的体験)で自分の過去の体験やTVの世界に入りこんでしまって、おかしな行動をとったり、理解がそのまま過ぎてメタファーがわからなく、「自明性」を欠くことになってしまう。しかし、そうした自閉症の「問題(周囲から問題とされること)」は構造として了解不可能だろうか。否!。我々の日常体験からの類推をしていくことで、まさに「異文化」として彼らの振るまいを理解していくことは可能である。彼らの「風習」を尊重することで、かえって我々のやり方にもつきあってくれることもある。以上のような視点から自閉症とのつきあい方を考えていくと、具体的な治療論として、いくつかのポイントがあるように思われる。第1に、現実(他者と共有されている理解の様式や他者の感情体験)と自分のなかの自閉的なファンタジー(世界)との境界を明確にしてやること。;第2に、安定した対人関係の提供、特に両親がしっかりと彼らの在り様を理解していけるような援助をすることが「治療」の中核である。同様に「治療」という場において、彼らの世界を保証しながら、関わりを体験できることで、現実と自閉的な世界との境界を明確にしていける。;第3に、将来的に彼らが、どうなっていきたいかを、親の生活設計との関連のなかで、早い時期から与えていき、それなりに将来についてのプランニングが可能にしていくことが大切である。

自閉症治療の新たな可能性を求めて

—情動的コミュニケーションの成立とその意義について—

小林 隆児

今日、自閉症は中枢神経系の生物学的成熟過程に関連する機能障害を基盤にもつ発達障害とする見解が主流を占め、自閉症に対する治療は今や可能な限り早期に訓練を開始することを第一義とするハビリテーションが自閉症の治療理念の中心に位置づけられている。

筆者はそのような現状に対する批判的立場から、自閉症に対する早期治療の可能性を探っている。自閉症に認められる基本的症状は決して彼らのみにもみられる異常現象ではなく、こどもの通常の発達過程の中で、一時的には少なからず認められるものであって、これらの特徴的な行動が固定化し、成長過程で消退しないところに問題の所在があると考えられる。筆者の最近の研究から、自閉症の知覚様態は相貌的知覚が活発に作動しやすいという乳児と近似した状態にあり、他者との間で情動的コミュニケーションが成立するための基盤となる能力そのものは自閉症にも備えられている可能性を示した。しかし、彼らは対人交流を回避する傾向がきわめて強く、そ

のため情動的コミュニケーションが破綻をきたしやすいところに自閉症の中心的問題があると考えられた。つまり、自閉症にみられる認知面の最大の問題点は、自らに知覚されたものの意味づけ(認知)を他者との間で共有できにくいことにあるのであって、器質的基盤を背景とした認知機能そのものの障害を一義的に考える従来の考え方は再検討を要することを指摘した。

情動的コミュニケーションは母子間の良好な情動調律があつて初めて両者の間で情動が共有され豊かに展開されるようになるが、このような関係のなかで子どもはさまざまな体験を母親とともに共有化でき、そのさい母親がその体験の意味を付与し、共有するという対人交流のプロセスが進展し、このような発達過程を通してに認知や言語発達の基盤が子どもの側に形成されていくのである。しかし、自閉症児は対人交流に対して強い回避傾向をもつため、もしこのような情動的コミュニケーションが破綻しやすい状況にあるとすれば、時時刻刻と変容していく環境世界をどう意味づけたらよいかかわからず、彼らにとって環境世界は混沌とし恐怖に満ちたものになる。このような状況に置かれているために、彼らにとって環境世界は容易に変貌を遂げ、そのさい彼らが主に行動によって示す現象を「知覚変容現象」として筆者は最近概念化した。

自閉症のコミュニケーションに対する治療戦略の基本は、単に言語認知面の機能に焦点を当てるのではなく、対人相互のコミュニケーションの基盤を形成する情動的コミュニケーションが豊かに展開するような治療関係を作ることであり、そのことによって自閉症に認められる多彩な臨床症状のかなりの部分は消滅し、着実な発達を遂げていくことが期待されるのである。

指定討論

杉山登志郎

1. 研究の混乱と治療の好成績

先にも述べられているように、自閉症の基底的な病因仮説は、1980年代後半において大きな修正を余儀なくされた。Rutterによる認知・言語障害仮説が否定され、自閉症の病因的中心は言語障害ではなく、自閉性と呼ばれる社会感情の障害であることが明らかとなったのである。それにも関わらず、自閉症の治療的転帰に関しては、わが国においては最近のものであればあるほど、益々良好な成績が示されるようになった。中でも小林ら(1992)による九州地方における予後調査の成績は、世界最良の転帰報告の1つである。この事は何を意味するのであろうか。第1に、認知・言語障害仮説に基づいて行われてきた、行動療法的な手技による、早期からの社会的スキル

学習による療育が、基本的には間違っていないということを示すものである。第2に、わが国における療育は、様々な不十分な要素の存在にも関わらず、世界の諸実践に比しても優れた部分が存在することを示唆している。今日の自閉症治療を展望するときに、上記の事実を踏まえた視点が必要である。さらに、今日のわが国における自閉症治療の問題点を取り上げるとき、それが今日の自閉症治療全体の中の、どの要素の問題であるのかを明らかにする作業が必要とされる。部分の不備が全体の否定には単直にならず、角を矯めて牛を殺すようなことになってはならない。

2. 現在のわが国の自閉症治療の問題点

上記のような視点に立つとき、もはや「海外ではこのような素晴らしいことが行われています」といった紹介は無用であると思われる。われわれの実践の方が、(人員、空間、資金の不足にも関わらず!)良い成績をあげているからである。例えば、高名な TEACCH プログラムにしても、人員、空間、資金の彼此の差を考慮した上で、わが国に導入可能なものは何か、熟慮する必要がある。優れた点は、謙虚に学ぶ必要があることは言うまでもないが、

筆者が考える、わが国における自閉症治療の問題点は次の諸点である。

1) 行動療法的な手技がともすれば自閉症児の感情的な側面の問題を無視しがちな傾向がみられ、強引な指導になりがちである。さらに行動療法上の指導のきめが未だに粗く、自閉症の児童一人一人が細かな特性、また治療者と児童との相性といった側面まで検討されることが少ない。

2) 高機能自閉症児、者に対しては、その独特の問題行動、特性が十分に配慮されてきたとは言い難い。高機能自閉症がその能力を発揮できるような職業、また彼らを支える治療的アプローチの検討が不足している。

3) 自閉症の精神病理学的研究は新たに始まったばかりであるが、このような内的な世界を踏まえた上での治療が未だに行われていない。

4) 多くの教育や治療の場では、自閉症だけが対象になるのではない。また例えばグループホームにおいて、自閉症だけを集めることは非現実的である(ワーカーがもたない)。しかし発達障害を対象とした治療全体の中で、自閉症の治療を実践するという視点からの検討が不足しがちである。

これらの諸点は、突き詰めれば個々の自閉症に対する細かな対応の必要ということに尽きる。これからの自閉症治療は、精神療法を含めて、様々な総合的な治療の組み合わせが必要とされていることが明らかであると思われる。