

東海大学健康科学部における
Mother-Infant Unit の活動紹介

小 林 隆 児 白 石 雅 一 石 垣 ち ぐ さ
中 澄 襟 子 竹 之 下 由 香

乳幼児医学・心理学研究 6 (1) : 31 - 43 (1997)

Jpn. J. Med. Psychol. Study Infants

1997年 12月

乳幼児医学・心理学研究会

東海大学健康科学部における Mother-Infant Unit の活動紹介

小林 隆 児* 白石 雅 一** 石 垣 ちぐさ***
中 澄 襟 子*** 竹之下 由 香***

Abstract: The clinical activities of the Mother-Infant Unit (MIU) established at the Tokai University School of Health Sciences in April, 1997 are described. The therapeutic philosophy of the MIU: 1) captures mental development of humans as the result of mutual interaction between individual and environmental factors, 2) focuses upon infants with severe disturbance in the development of communication (autistic spectrum disorder) with their caregivers (primarily the mother) as the subjects, and 3) capturing the disorder from the viewpoint of 'relationship disturbance', 4) offers therapeutic intervention with promotion of affective communication between caregiver and infant as the primary objective, through 5) provision of principally mother-infant psychotherapy dealing directly with internal representation of the caregivers themselves as the factor defining quality in mother-child interaction. The therapeutic principles of the MIU: 1) holds alleviation of approach-avoidance motivational conflict as the primary therapeutic objective, and 2) by raising activeness in the children themselves, 3) support experiences of mother-child unity (sharing of affection), bringing about 4) mutual understanding of purpose (sharing of intention), aiming for 5) communication of the cultural meaning of experience provided through the caregiver within the framework of common experience grounded in the mother-child relationship (sharing of experience/meaning). In addition to these concepts, the composition of MIU staff, its physical structure, therapeutic policy, and characteristics are described in detail.

Jpn. J. Med. Psychol. Study Infants, 6 (1): 31-43, 1997

Activities of the Mother-Infant Unit at the Tokai University School of Health Sciences

* 東海大学健康科学部 社会福祉学科
〔〒 259-11 神奈川県伊勢原市望星台〕

Ryuji Kobayashi, M.D., Ph. D.: Department of Social Work, Tokai University School of Health Sciences, Bohseidai, Isehara, Kanagawa 259-11, Japan.

** 仙台白百合女子大学人間学部

Masakazu Shiraishi: Department of Human Sciences, Sendai Shirayuri Women's College

*** 丹沢病院精神科

Chigusa Ishigaki, Eriko Nakazumi, & Yuka Takenoshita: Tanzawa Mental Hospital

Key words : affective communication, autistic spectrum disorder, mother-infant psychotherapy, mother-infant unit, relationship disturbance

はじめに

1995年(平成7年)4月の東海大学健康科学部開設と同時に、同学部に設置された Mother-Infant Unit (母子治療室, 以後 MIU と記す) において、われわれは母子間のコミュニケーションに深刻な問題を持つ症例, とりわけ自閉症近縁の病態ならびにそのリスクを持つ乳幼児(自閉症圏障害 autistic spectrum disorders) とその主たる養育者(主に母親)を対象とした治療実践を行ってきた。これまでに蓄積してきた臨床実践を通して得られた知見についてはすでにその一部を発表してきた(小林ら, 1996; 小林ら, 印刷中; 小林ら, 投稿中)。本稿は MIU の治療活動を開始するに至った経緯を含めて具体的に紹介することでもってわれわれの活動に対する理解を広めることを目的としている。

われわれのこれまでの研究の歩み

われわれのこれまでの研究の歩みについてはすでに他の機会に詳述している(小林, 1996 a) のでここでは簡略に述べる。

これまでわれわれは自閉症の知覚様態を現象学的接近を通して把握することを試み, その特徴として相貌的知覚 physiognomic perception (小林, 1993 a; Kobayashi, 1996) と生き生きとした情動 vitality affect (小林, 1994) などを指摘するとともに, 新たに知覚変容現象(小林, 1993 b) という概念を提唱してきた。自閉症に認められるこれらの知覚特性は決して知覚障害の一面を示しているのではなく, あくまで人間本来の原初的知覚様態が加齢を経ても脈脈と息づいていることを意味していると考えられた。よってこれらの知見は, 自閉症において情動的コミュニケーションが成り立つための基

本的能力そのものは備えていることを示唆している。これらの知見の蓄積を通して, 自閉症にみられる多彩な症状形成過程における情動的コミュニケーションの重要性に着目し(小林, 1993 c; 小林, 1994; 小林, 1995; 小林, 1996 b), われわれは乳幼児期早期の自閉症ないしそのリスクを持つ子どもに対して早期治療を開始し今日に至っている(小林, 1996 a; 小林ら, 1996; 小林ら, 1997 a; 小林ら, 1997 b)。

自閉症治療に対するわれわれの基本的考え

MIU における治療活動の具体的な紹介の前に, 自閉症治療を考える際のわれわれの基本的考えのいくつかをここで明確にしておきたい。

第1に, 自閉症の基本障害として従来から指摘されている言語認知障害の諸相がはたして生来的に規定されているものであろうか。確かにこれまで自閉症の器質因として実に多様な中枢神経系の異常が指摘されてきた(Gillberg & Coleman, 1992)。そして自閉症における脳機能の基本的障害についてもいくつかの仮説が主張されている(Bemporad et al, 1987; Baron-Cohen, 1988; Hobson, 1989; Mundy & Sigman, 1989; Ornitz, 1989)。これらの仮説を検証するに当たって重要なことは, 一定の発達年齢に達した自閉症児を対象とした生物学的研究においてなんらかの器質的異常所見が見つかったにしろ, それが自閉症の成り立ちを決定づけるものか否かの判断はあくまで慎重でなくてはならないということである。これまでに報告された脳障害を示唆する所見の多くは, 対象児の発達過程を考慮せず, 現在の認知障害像との関連で短絡的な因果関係が論じられている。ただ最近になって何らかの器質的異常が発見さ

れたとしても発達の観点からの検討が必要であるとの主張が生物学的研究においても散見するようになってきた (Hashimoto et al, 1995)。感覚遮断状態により中枢神経系の発達が阻害されるということは神経学の領域ではよく知られている (Kandel & Jessell, 1991)。

われわれに今切実に求められているのは、発達過程を無視した単純な因果論でもって自閉症の成因を論じるのではなく、種々の要因がどのように関連し合いながら、発達過程が進展していくかを治療的関与の中で実証的に検討していくことである。

すでにわれわれは、これまでに明らかにされてきた自閉症の言語認知構造の特徴は、対人交流の蓄積なくしては獲得できない諸機能が特異的に遅れていることに最大の特徴があることを指摘してきた (小林, 1993 d)。

乳幼児期可能な限り早期に治療を開始すれば、それらの障害がどの程度軽減ないし消退するものかを検討することによって従来から指摘されてきた種々の障害像が恒久的なものか否か、明らかにすることができるであろう。これまでの自閉症の基本障害とみなされてきた、いくつかの心理的機能が本当に獲得不可能なものかを確認するとともに、もしそれらが獲得可能であるとすれば自閉症の成因をどのように考えればよいのかを再検討する必要が生じると考えたからである。

第2に、自閉症の症候群はけっしてある時期に同時に形成されていくものではなく、症候群を構成する行動特徴は継時的変化にともなって徐々に形成されていく (Call, 1975)。とするならばどの時期にどのような治療的介入をすれば、それらの行動特徴が変容ないし消退していくかを明らかにしていく作業が切実な問題として要請されている。そうした検討を行うことによって症候群を構成する各行動特徴が発達のどのような意味を持っているか、その手がかりが得られるのではないかという期待がある。

第3に、自閉症とその近縁の発達障害をどの

ように捉えるかという問題である。今日の国際診断分類においては、中核群の自閉症の他に、その周辺群として非定型自閉症、アスペルガー症候群、その他が規定されている。自閉症中核群とその周辺群が本質的にどのような差異を有するのか、その結論は得られてはいないが、そのような分類が厳密に行うのか、それが妥当性を持つのか、とくに乳幼児期早期においては自閉症中核群か否かという診断的検討がどの程度意味を持つのであろうか。対人関係においてとくに情動的コミュニケーションが何らかの意味でうまく成立しがたい状態にある子どもたちすべてを視野に入れた形で治療的検討を行うことが重要であると考えている。このことは一般的に自閉的と言われてきた子どもたち (広汎性発達障害として捉えることができる) を指すのであるが、彼らを一括して自閉症圏障害 autism spectrum disorders (Gillberg, 1991; Gillberg & Gillberg, 1989; Szatmari, 1992) とみなし、治療戦略を立てていくことが障害の本質を見極めるにはより妥当ではないかと考えるのである。

ここでわれわれが自閉症治療論を論じる際の主たる対象は当面、乳幼児期の子どもたちに限定しているのは、乳幼児期においては自閉的と言われる子どもが治療介入により容易に自閉性が改善していくことをこれまでの多くの臨床実践の蓄積から確かな手応えとして感じとったからである (小林ら, 1996; 小林ら, 1997 a; 小林ら, 1997 b)。

第4に、学会でわれわれが発表するとよく疑問点として指摘されることであるが、自閉症成因論としての心因論をわれわれは提起しているのではないということは再度ここで強調しておかねばならない。これまで主張されてきた自閉症成因論が Piaget の発達理論に代表される個体能力発達論を基盤にして論じられてきたと考えるならば、われわれの主張する立場はそれとは異なり、Sameroff (1993) の交互作用発達モデル transactional developmental model を

初めとする関係発達論（鯨岡，1997）的考え方を基本に持っている。そこでは、素質（genotype）、環境（enviotype）の不断の交互作用によって複雑に影響し合いながら発達展開し、個体の表現型（phenotype）も不断に変容を遂げ続けると考えられている。ここでは個体の生物学的基盤さえ、環境との交互作用によって不断に変容していくものとみなされている。このような理由から自閉症圏障害の病態を関係性の障害（Sameroff & Emde, 1989）とみなしてその病理を解明し、治療介入を試みているのである。そうすれば、適切な介入により、たとえ何らかの脳障害を基盤に持っていたとしても、より早期から母子の関係性の障害が改善していくならば、これまで指摘されてきた自閉症に認められるような言語認知障害像などは改善していくことが期待されるのである。

自閉症に認められると言われてきた多彩な言語認知障害像も、不断の交互作用ないしその欠如の結果の産物なのであって、その結果のみを取り出して脳障害との関連でもって検討することは、それまでの交互作用発達の展開を排除してしまうという重大な危険性をはらんでいる。とするならば、われわれが最も検討を要する課題のひとつは、対人交流が阻害された際には、自閉症症候群がどのようにして形成されていくのか、さらにはどのような蓄積でもって言語認知障害像が形成されていくのか、濃密な対人交流の回復によってどの程度その予防が可能になるのか、もし可能になるとすればどの年齢段階までに治療介入することが望ましいのか、といった点を明らかにしていく作業であろう。

MIU の治療方針

先述したように、われわれは自閉症のコミュニケーション障害の内実を明らかにし、とくに情動的コミュニケーションの進展が母子間で豊かに展開していくことを当面の大きな治療目標として設定している。具体的な治療方法を検討する際には、母子の関係性の内実を分析し、ど

のような要因が両者の間に介在しているかを明らかにしていかなければならない。具体的には個体側の要因が非常に強い例、環境側の要因の非常に強い例、さらには双方の要因がお互いに強く関連し合っている例など実に多様な場合がある。

自閉症において母子間の情動的コミュニケーションの進展を阻害している要因を検討してみると、大きく以下の3つの場合があると考えられた。第一には、個体側に何らかの生物学的脆弱性がかなり強く関与していることが予想され、そのため環境への過剰なまでの過敏性が認められ、その結果としてコミュニケーション障害が生じていると考えられる場合、第二には、個体側に何らかの生物学的脆弱性の関与が多少なりとも想定されるにしろ、とくに環境側、なかでもとくに主たる養育者側の内面の問題（心理的葛藤、ある価値観へのとらわれなど）が強く関連していると考えられる場合、第三として、両者の要因が相互に強く複雑に関連し合っている場合などである。

このように要因の比重によって治療方法はいくつもの選択を必要とされたが、とくに第二の場合のように、母親自身の内的表象そのものを積極的に取り上げる必要がある症例においては、母親・乳幼児精神療法を主な治療技法として施行したが、第一の場合のように、とくに母親自身の内的表象を問題とする必要のない症例では、主に母子交流を促進することを意図した母親・乳幼児治療と称して、ここでは便宜的にわけた。また、時には母親への具体的な育児ガイダンスのみでよい場合もある。しかし、おのおの治療技法としては異なるにしてもわれわれの治療の当面目指すところは、母子間での情動的コミュニケーションが豊かに展開するところにあるため、治療の基本原則は以下のように設定されている。

- ①子どもの接近・回避動因的葛藤（Richer, 1993）を緩和することを最大限重視すること。
- ②子どもの能動性を高めることによって、自己

の感覚（中核的自己感）(Stern, 1985) を豊かに育むこと。

③母子間の愛着関係が深まっていくなかで、母子一体感を両者の間で体験できるようにすること（情動の共有）。

④このようにして深まった母子関係を基盤にして、母親の意図（子どもに伝えようとしていること）を少しずつ子どもに伝えていくこと（意図の共有）。

⑤このようにして蓄積されていくさまざまな体験を通して養育者がその体験の意味を投げ返していくこと（体験・意味の共有）。

以上のようないくつかの段階を経て子どもに情動的コミュニケーションの深まりと、さらにはそれを基盤にしてシンボル機能段階のコミュニケーションへと発展していくことが期待されるのである。

MIU の活動紹介

1. MIU の物理的構造

1) 治療室

MIU の治療理念やその治療方針を具体化するにあたって、その物理的な構造は大きな役割を担っている。図1は治療室の平面図である。治療室 (58 m²) の床にはループのジュータンが敷き詰められ安全性が確保されている。親子が一緒になって活動的に振る舞うには十分な広さを有している。図2は入り口からみた治療室の内部である。図2の左にある二つの白い棚に絵本、積み木、ぬいぐるみ、その他の遊具が収納されている。子どもの発達段階と治療の進展の具合によって使用する遊具は適宜選択されている。反対方向から見た治療室内部を図3-1, 3-2に示す。

子どもの病態を考慮して、MIUでは初期の治療目標として、物を介さない直接的な母子交流が深まることを念頭に置いているので、極力気の散りやすい玩具類は治療室に置かないように配慮されている。治療初期段階ではとくに刺激を統制することが有用である。

治療室に恒常的に設置されているのは、図3にみられる滑り台、シーソー、パステルブロッ

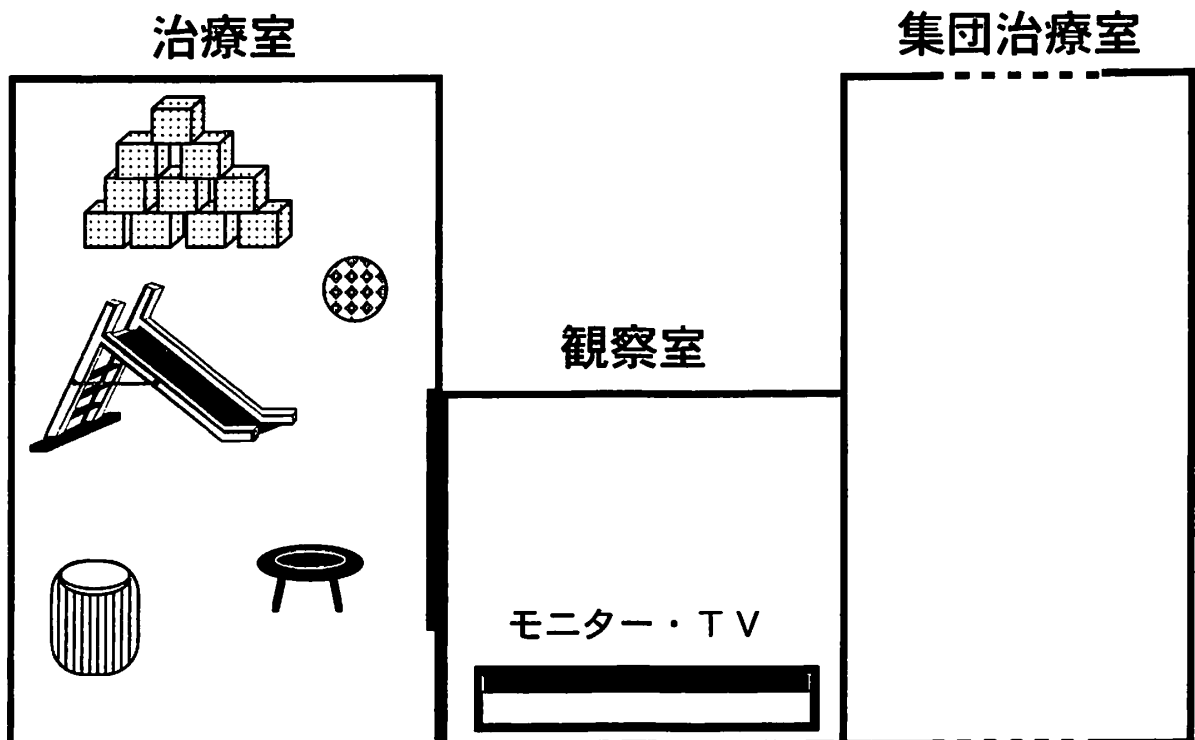


図1: Mother-Infant Unit の平面図

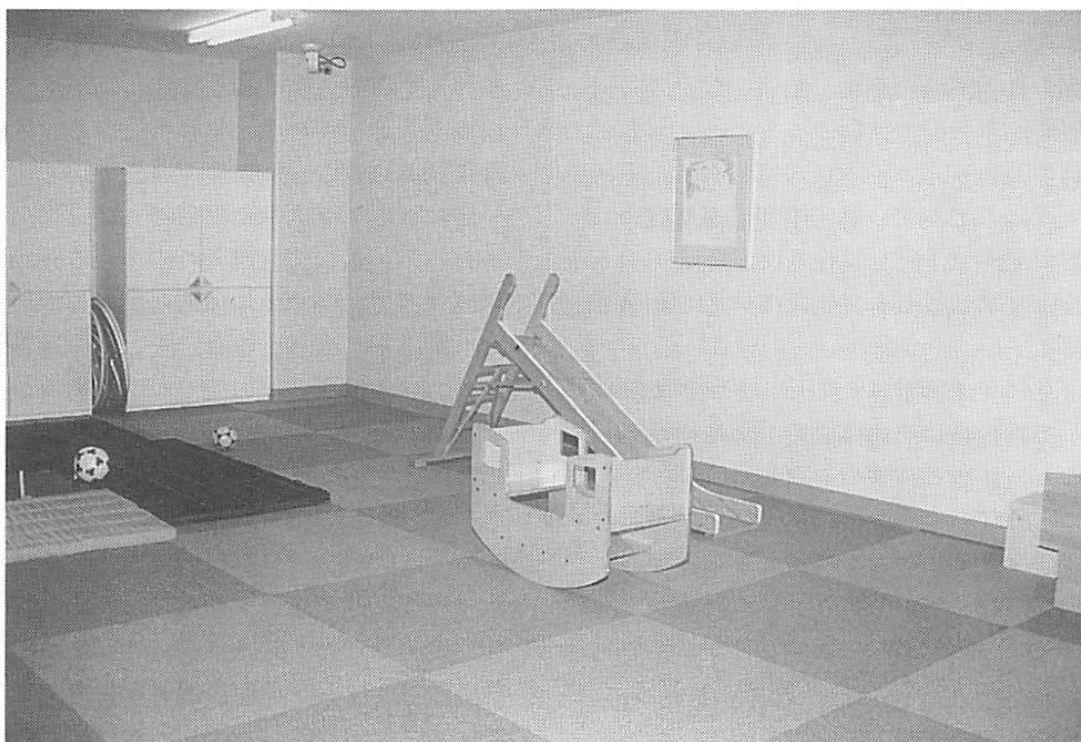


図 2： 入り口からみた治療室内部

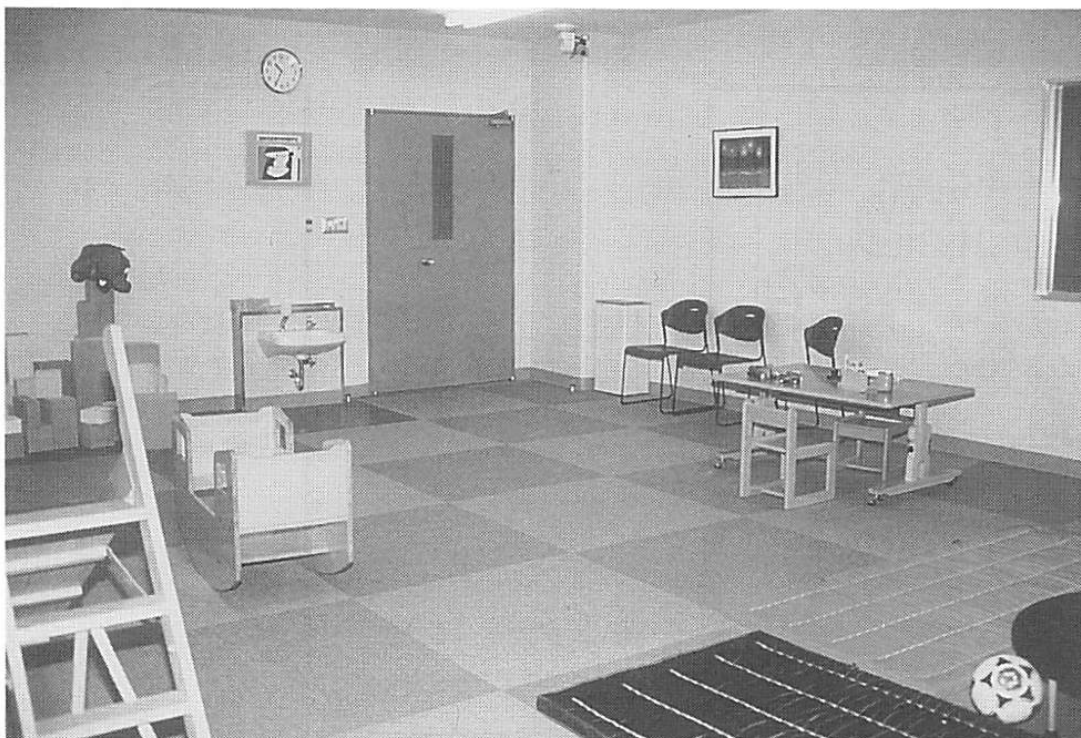


図 3-1： 反対側からみた治療室内部

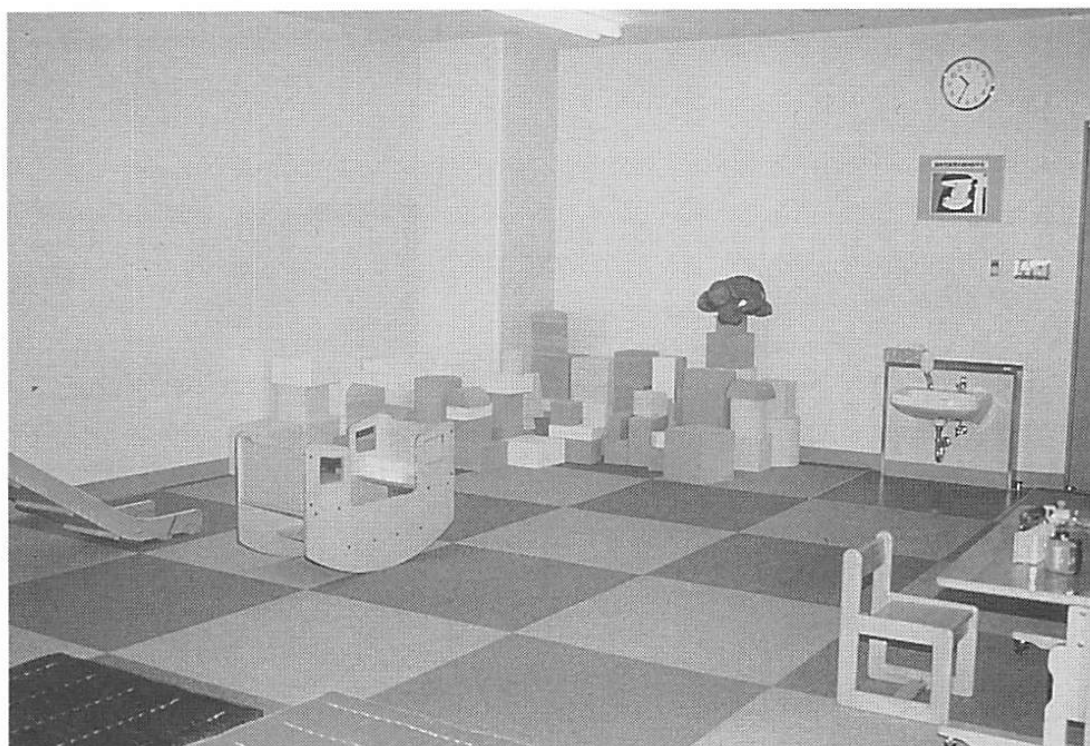


図 3-2 : 反対側からみた治療室内部



図 4-1 : 観察室
(左から 3, 4, 5 番目のビデオモニターが治療室のカメラ用)

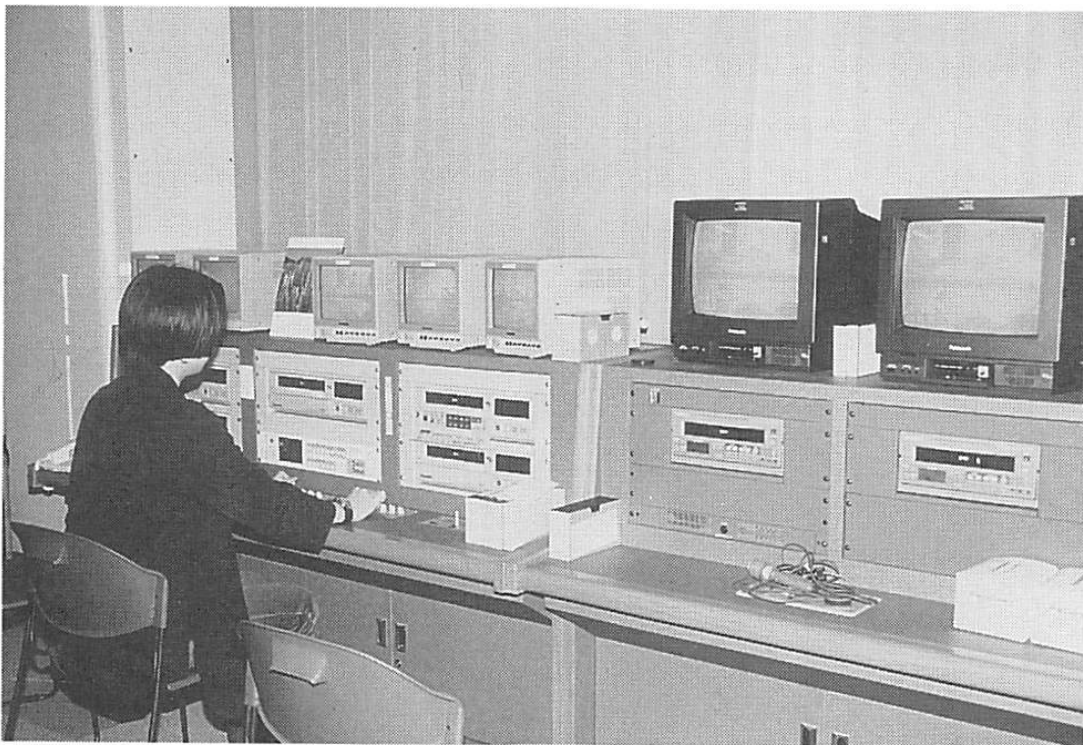


図4-2：観察室
(右側2台のビデオモニターとデッキが編集用)

ク、トランポリン、運動マットなどである。

治療室と観察室の境界はマジックミラーになっているが、治療場面ではこれが大きな鏡の役割を果たし、子どもは好んで鏡に映っている自分の遊ぶ姿を眺めることが多い。

2) 観察室 (図4-1, 4-2)

観察室が治療室とドアを隔てて隣接している。面積は34m²を有し、ここでビデオカメラによる治療場面の観察と記録が行われている。マジックミラーにより治療室の全景を観察することも可能である。

3) ビデオカメラと録画装置

治療室の天井に3台のカラービデオカメラ (Panasonic Color Video Camera WV-CP130) が設置され、1台のカメラには広角レンズが付けられ、治療場面全体を撮影し、その他の2台のカメラにより、母子交流場面を多角的に撮影している。3台のカメラによって撮影されている治療場面を、随時カメラの切り換えによって

1本のビデオテープに録画して治療後の検討の際に活用している。3台のカメラ操作とカメラの切り換え、およびビデオ編集が常時行われ、これらの作業には複数のスタッフ (少なくとも2~3名) が必要になる。全体の治療経過とその中での重要な箇所の記録は観察記録者として別のスタッフが従事している。

4) 治療記録ビデオテープ編集

われわれはMIUの開設直後から、直接治療に参加しない親にも治療の経過をよく理解してもらうこと、および治療に参加している親にも治療場面での親子の交流の内容を客観的に観察し評価してもらうことを目的として、毎回の治療記録ビデオテープをダビングして各回の治療終了時に手渡すようにした。われわれはこれを治療のビデオフィードバック (VTRFB) と称している。

治療記録編集装置 (Panasonic Editor Controller AG-A570, Panasonic Video Cassette

Recorder AG-5700) によってわれわれが治療後の検討用と VTRFB 用のビデオテープを同時に録画することにより VTRFB が可能になった。

治療記録録画を開始する際には、同意書を用意して、必ず家族に使用目的を説明した上で同意を得ている。

5) 集団治療室

観察室と別のドアを介して集団療法室 (108 m²) が隣接されている。治療初期は母子交流に重点を置いているが、次第に対人関係の広がりや認められるようになってきた段階で、少人数の集団形態での治療へと進めていくことが必要になってくる。

2. MIU のスタッフ構成

現在のわれわれのスタッフのうち、観察室には少なくとも観察記録者 1 名、ビデオ操作者 2 名とともに、治療室の準備、整理などのためのスタッフが常時 1~2 名待機している。

MIU のスタッフ構成とその役割は以下のようになっている。

1) 主治療者

これまでは筆者の一人小林が一貫して担当している。主な役割は症例の関係性の病理の評価と診断、治療全体の遂行の責任などを受け持つ。養育者への治療介入、とりわけ母親・乳幼児精神療法の実施を行うとともに、症例の特徴に応じて育児ガイダンスを中心とした指導などを実施している。主治療者は治療中ずっと治療室にはおらず、モニターテレビを見ながら、必要な時に適宜介入する形式をとっている。

2) 共同治療者

とくに母子間の交流が円滑に展開するように、仲介的役割を担う。共同治療者が子どもとの間で治療関係を作っていくことを主眼に置くのではなく、あくまで母子間の関係の深まりを援助していくという立場を十分に認識するように心がけている。共同治療者は治療中常に母子とともに過ごす。そのため共同治療者は母親と

子どもの関係そのものを関与しながら観察するわけであるが、母子の関係性の病理の中に共同治療者も巻き込まれたり、共同治療者が母子に好ましくない影響を与えるという逆の事態も起こりうる。その意味では共同治療者の役割と技術はとても重要かつ難しい側面を有する。治療者側もチームを組むことが重要になるわけである。共同治療者は各セッションに原則として女性スタッフ 1 名が担当するが、時には男性スタッフの介入が必要な場合には 1 名加わり、男女のスタッフがともに関与することもある。

3) ビデオカメラ操作者、観察記録者

ビデオカメラを 3 台設置しているため、1 人の操作者では足りず、少なくとも 2 人でビデオカメラを操作していることが多い。ビデオ録画の際に、重要な箇所が後から容易に抽出できるようにするため、常にスタッフの 1 人が治療全体の流れと重要な箇所を時間経過とともに具体的に描写し記録している。この記録は非常に重要であることが次第に認識されつつある。

4) 治療記録

主治療者、共同治療者、および観察記録者がおのおのの視点から治療の流れと重要な点を観察室内のワープロ (常時 4 台設置している) で治療直後に記録している。

3. MIU における治療

1) 治療対象

冒頭にも述べたように、母子間のコミュニケーションに深刻な問題を持つ症例、とりわけ自閉症近縁の病態ならびにそのリスクを持つ乳幼児 (自閉症圏障害) とその主たる養育者 (主に母親) を対象としているが、年齢は乳幼児期早期であれば治療効果は短期間で認められる。そのため可能な限り早期であることが望ましいが、実際は 3~4 歳の児童の相談例が多く、4 歳程度までを治療対象としている。これまでの治療対象の初診時年齢の最年少は生後 10 カ月、最年長は 4 歳 6 カ月であった。

2) 治療対象の選択方法

東海大学健康科学部は医学部付属病院と隣接しているために、病院臨床とは密接な連携を取っている。筆者の1人である小林が病院で週1回の児童外来を担当し、その場で診療した症例の中からMIUの治療対象として適当な例を選択したり、他の児童外来担当医師から紹介され、小林が適当かどうかの判断をしている。

3) 治療費

治療費は通常の病院診療と同様な形式を踏んで徴収している。

4) 治療時間、頻度

各セッションともすべて60分。治療頻度は原則として治療初期段階は毎週1回。望ましい状態になった場合は、経過観察を主とした治療セッションを毎月1～2回行っている。

5) 治療日

治療は毎週金曜日で、現在のところ9時から17時まで行われている。その後は検討会と勉強会が開かれている。

6) 具体的な治療の進め方

① 発達歴聴取、発達評価

発達歴の聴取および初期発達評価は病院での診療の段階で行われる。

② 導入段階

導入時の初回治療では、母子の関係性の評価を主として行う。そのために母子で自由に遊んでもらいながら観察を行う自然観察法と、母子間の愛着形成の評価のためにAinsworth's Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) を取り入れている。

③ 治療の進め方

MIUでの治療の初期段階では原則として治療者側から具体的な遊びの課題を提起しない。あくまで母子間で自発的に展開していく遊びを最大限保証しながら観察し、その中で捉えられた関係性の問題を把握し、それに関与する要因を母親・乳幼児精神療法の中で取り上げていく。その後治療の流れの中では好ましくない遊びが生じないように環境そのものをある程度構造化するように工夫することは重要であると思

われる。

④ VTRFB

両親が各回の治療内容での親子交流場面をどのように評価しているかを次回までに記載してもらっている。評価項目は以下の通りで、各項目については自由記載とし、両親双方にわけて記載してもらっている。

1. 治療全体の印象

2. ビデオを見て初めて気づかれた点について

(1) 子どもの行動について

(2) 親の行動について

(3) 親子の関係について

3. 家庭でのお子さまの様子と治療場面での様子を比較して気づかれた点について

4. ビデオを見てからご家庭で工夫を始めたことがあればご自由にお書き下さい。

5. ご質問ないしご要望があればご自由にお書きください。

VTRFBは家族には非常に好評で、両親間での子どもに対する見方を巡って話し合いの場が予想以上に持たれている。両親が治療内容を共有化することによって、時折参加する父親も治療の流れを認識した上での参加のために、治療はスムーズに展開しやすい。ほとんどの例で治療記録ビデオテープを借りた家族は家庭で保存したいとの希望を持ち、毎回新しいビデオテープを持参してくるようになってきている。なおVTRFBの効用についてはすでに本研究会において発表した(中澄ら, 1996)。

時にはVTRFBが、ある母親にとっては自分の養育方法を父親に批判され評価されるという体験となる場合がある。このような場合には父親にも治療に幾度か参加してもらい、両親間での共通理解を深めていくことが求められる。

⑤ 家庭での母子交流の状態の把握

家族には治療開始時にノートを渡して、次回の治療までの家庭生活でとくに気づいた母子交流の変化を具体的に自由に記述してくれるように依頼する。記載の方法は症例により大きな違

いがあるが、その差異は実際の MIU での治療の内容を検討する際にも非常に参考となる。具体的には、子どもの行動をただ客観的に評価するような記述をする例と子どもの行動を自分との関係の中で常に捉えようとする例に大きくわけることができる。前者の場合、MIU での治療においても母子交流は進展しがたいことが多い(小林ら, 1997 a)。

7) MIU で治療を行う際の考慮すべきこと

MIU の治療構造は個別治療とは大きく異なっているため、とくに初期の段階での両親の戸惑いや抵抗が大きい場合が少なくない。とりわけ注意を要するのは、治療場面を観察されているという体験が親に与える影響である。親によっては見られている意識をことさら強め、迫害的な不安を引き起こす例がある。このような例ではその背景となる要因を探ると共に、MIU での治療適応の再検討を早急に行う必要がある。虐待が関与していると推測される例ではこのような治療形態による MIU での治療は禁忌と考えた方がよい。

4. MIU における教育的意義

精神療法そのものが一般的に閉鎖的空間において一対一の治療関係で展開されるため、精神療法を学ぶ者への教育において十分にその醍醐味を伝えることは困難である場合が多い。MIU においては多くのスタッフが現在の治療場面に同時に参画しながら治療を検討しているのであるが、主治療者も一緒になって現在の治療場面を考えながら、治療介入の時機を考え、実際にどのように介入するかを共有体験できる。このような治療形態は、スタッフの教育的効果考えた時に非常に有効であるように思う。

まとめ

1997 年 4 月に東海大学健康科学部に開設された Mother-Infant Unit (MIU) における臨床活動内容について紹介した。MIU の治療理念は、①人間の精神発達を個体要因と環境要因の

相互作用の結果として捉え、②主な治療対象を養育者(主に母親)と間のコミュニケーション発達に重篤な障害を持つ乳幼児(自閉症圏障害)とし、③「関係性の障害」の視点から捉えることによって、④両者間の情動的コミュニケーションの促進を当面の目標とした治療的介入を行うことであるが、⑤その主な治療技法として、母子交流の質を規定する養育者自身の内的表象そのものをも取り扱う母親・乳幼児精神療法を実施している。

MIU の治療方針は、①子どもの接近・回避コンプレックスの緩和を当面の治療目標とし、②子どもの能動性を高めることで、③母子一体感の体験(情動の共有)を支援すること、④その結果、母子相互間に意図が通底し合うようになり(意図の共有)、⑤そうした母子の関係性を基盤とした共有体験の中で養育者を通じた体験の文化的意味が子どもに伝わっていくことをねらっている(体験・意味の共有)。

その他 MIU のスタッフ構成、物理的構造などを説明するとともに、MIU での治療の進め方とその特色を具体的に述べて解説した。

引用文献

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Walls, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of strange situations. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Baron-Cohen, S. (1988). Social and pragmatic deficits in autism: Cognitive or affective? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 379-402.
- Bemporad, J. R., Ratey, J. J. & O'Driscoll, G. (1987). Autism and emotion: Ethological theory. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 477-484.
- Call, J. (1975). Autistic behavior in infants and young children. In V. C. Kelley (Ed.), *Practice of Pediatrics Vol.1 4A*, pp. 1-9, London, Harper & Row Publication.

小林隆児ら：東海大学健康科学部における Mother-Infant Unit の活動紹介

- Gillberg, C. (1991). Is autism a pervasive developmental disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1169-1170.
- Gillberg, C. & Coleman, M. (1992). *The biology of the autistic syndromes*. Second edition. London, Cambridge University Press.
- Gillberg, C. & Gillberg, I. C. (1989). Asperger syndrome—some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 631-638.
- Hashimoto, T., Tayama, M., Murakawa, K., Yoshimoto, T., Miyazaki, M., Harada, M. & Kuroda, T. (1995). Development of the brain stem and cerebellum in autistic patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 1-18.
- Hobson, R. P. (1989). Beyond cognition: A theory of autism. In G. Dawson (Ed.), *Autism: Nature, diagnosis and treatment* (pp. 22-48). New York, Guilford (野村東助, 清水康夫 (監訳) (1994). *自閉症——その本態, 診断および治療*. pp. 21-46, 東京, 日本文化科学社).
- Kandel & Jessell (1991). Early experience and the fine tuning of synaptic connections. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz & T. M. Jessell (Eds.), *Principles of Neural Science*, Third Edition, pp. 945-958, New York, Elsevier.
- 小林隆児 (1993 a). 自閉症にみられる相貌的知覚とその発達精神病理. *精神科治療学*, 8, 305-313.
- 小林隆児 (1993 b). 自閉症における「知覚変容現象」の現象学的研究. *精神医学*, 35, 804-811.
- 小林隆児 (1993 c). 自閉症—その多彩な臨床症状をどのように理解できるか. *臨床精神医学*, 22, 575-581.
- 小林隆児 (1993 d). 精神遅滞と自閉症—自閉症の認知障害に関する再検討—. *神経精神薬理*, 15, 773-779.
- 小林隆児 (1994). 自閉症にみられる相貌的知覚と妄想知覚—情動的コミュニケーションの成り立ちとその意義—. *精神医学*, 36, 829-836.
- 小林隆児 (1995). 自閉症にみられる妄想形成とそのメカニズムについて. *児童青年精神医学とその近接領域*, 36, 205-222.
- 小林隆児 (1996 a). 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, 319-330.
- 小林隆児 (1996 b). 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. *イマージョ*, 7, 77-85.
- Kobayashi, R. (1996). Physiognomic perception in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 661-667.
- 小林隆児・白石雅一・石垣ちぐさ・中澄襟子・田中智子 (1996). 自閉症の早期治療に関する研究. 平成7年度厚生省精神・神経疾患委託研究費による研究報告集 (主任研究者: 栗田 廣), pp. 63-70.
- 小林隆児・白石雅一・石垣ちぐさ・中澄襟子・竹之下由香 (1997 a). 自閉症におけるコミュニケーションの進展過程に関する臨床的研究——情動的コミュニケーションの進展過程を中心に——. *安田生命社会事業団研究助成論文集 1996年度 (障害児療育関連分野)*, 32, 27-37.
- 小林隆児・白石雅一・石垣ちぐさ・中澄襟子・竹之下由香 (1997 b). 乳幼児期の自閉症圏障害における情動的コミュニケーションと母親の内的表象. *乳幼児医学・心理学研究*, 6, 9-20.
- 鯨岡 峻 (1997). *原初的コミュニケーションの諸相*. 京都, ミネルヴァ書房.
- Mundy, P. and Sigman, M. (1989). The theoretical implications of joint-attention deficits in autism. *Development and Psychopathology*, 1, 173-183.
- 中澄襟子・石垣ちぐさ・竹之下由香・白石雅一・小林隆児 (1996): *Mother-Infant Unit におけるビデオフィードバックの試みとその意義*. 第6回乳幼児医学・心理学研究会 (1996. 11. 30. 東京都) 発表
- Ornitz, E. M. (1989). Autism at the interface between sensory and information processing. In G. Dawson (Ed.), *Autism: Nature, Diagnosis and Treatment*, pp. 174-207, New York, Guilford Press.
- Richer, J. M. (1993). Avoidance behavior, attach-

- ment and motivational conflict. *Early Child Development and Care*, 96, 7-18.
- Sameroff, A. J. (1993). Models of development and developmental risk. in C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, pp. 3-13, New York, Guilford Press.
- Sameroff, A. J. & Emde, R. N. (Eds.) (1989). *Relationship Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. New York, Basic Books.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, Basic Books (小此木啓吾, 丸田俊彦監訳 (1989). *乳児の対人世界 理論編, 臨床編*. 東京, 岩崎学術出版社).
- Szatmari, P. (1992). The validity of autistic spectrum disorders: A literature review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 583-600.