

＜特集 発達障害と遊戯療法＞

自閉症児を対象とした心理治療の適用の可能性について

中 西 由 里

1. 自閉症児を対象とした治療技法の変遷

自閉症について Kanner, L. (1943) が最初に報告をしてから60年になる。その間に自閉症概念やその成因については変遷がみられ、治療論や自閉症を表す用語も時代により変化してきている。早期幼児自閉症、自閉症候群、自閉症、カナータイプ、アスペルガータイプ……などである。最近では DSM-IV による、発達の広汎な分野にわたる障害という観点から広汎性発達障害 (PDD) と呼ばれることが多い。また、言語発達の遅れを伴わないアスペルガー障害、知的発達の遅れを伴わない高機能自閉症という区分もされている。現在もっともよく使われているのは「広汎性発達障害」であるが、ここでは自閉症に対する過去の治療論についても触れることから、「自閉症」もしくは「自閉症児」という用語を使用することとする。

1) 我が国における自閉症児を対象とした治療論：

自閉症の障害を有する子どもに対する個別の治療に関しては今日まで様々な立場から多くの技法が試みられてきている。我が国における自閉児の心理治療については 陸山 (1989a) が概観している。それによると、1960年代は受容を中心とする遊戯療法的接近が報告され、同時にその限界についても論じられている。この時期の遊戯治療においては受容を中核とした、身体接触を伴うインテンシブな治療者からの働きかけがなされていた。しかし自閉症の主症状である対人関係の改善や言語の面での発達がなかなかみられないことから、1970年代に入ると自閉症児に対する遊戯療法悲観論から遊戯療法否定論が展開されるようになった。また同時期に自閉症の基本障害を対人関係の障害から言語と認知機能障害を一次性障害とする認知障害仮説が論じられるようになった (Rutter, M. 1968 ; Rutter, M. 1971 など)。

1970年代にはそれまでの遊戯治療から「統制」を中核とする行動療法的接近が取って代わられるようになった。遊戯治療への批判は、受容＝「何もしないで子どもを自由勝手にさせておくこと」という受容の意味の誤解に対する批判でもあった。しかし80年代に入ると今度は行動

療法が批判をされることとなった。その理由は行動変容のためには膨大な時間がかかることや新しく獲得された行動や言語が訓練場面以外になかなか般化しないこと、しかもせっかく獲得した新しい行動が一挙に崩れることがあること、子どもの自発的行動が減りロボット化することなどである。

1968、1969年に優れた自閉症に関する論文を書き (小澤, 1968 ; 1969)、後に自身でその論文について自己批判的解説を書いた小澤 (1976) は、その著書のなかで以下のように論じている。小澤論文は幼児自閉症の基盤に発達性認知障害を想定した我が国最初の論文である。また、自我発達の最も初期段階において、つまづき (表記は原文のまま) 「自他混淆の世界にとどまっている」という仮説から自閉症状や一見優れているかにみられる認知能力、言語症状の説明を試みている。しかし彼はこの点についても「上述の論理展開は余りに思弁的であり、治療、教育の実践を方向付ける必要性にかられて組み立てられた論理ではないところに基本的な欠陥がある」と自己批判している。この自己批判に続いて小澤は高木 (1972) の言葉を引用して「ここまで自閉症の言語障害説を支持するかぎり、治療論にまったくふれないのは片手落ちのように思われる」と述べながら、「行動療法的接近とか、徹底した言葉の訓練」しかいまだ提起されていない現状に対し「こうした厳しい訓練を障害児に課するなど、わたくしにはとうていついていけない」として行動療法への批判をしている。彼は自身の論文について強く批判しながら、教師による優れた実践記録を紹介することで自閉症に対する治療論を述べている (と筆者には受け取れた)。それは枚方市立開成小学校養護学級の教師たちが書いたパンフレットであるとのことである。小澤はかなり長く引用しているのだが、ここではそれをまとめて紹介しよう。

自閉症の Y くんを含むクラスで水泳の授業をしていたときに、Y くんはプールでびよびよん跳びはね楽しそうにしているがまわりの子どもたちのあげる水しぶきが顔や頭にかかるとキャーキャー高い声をあげて逃げていくのでだんだんまわりの子どもたちが Y くんには水がかからないように離れて泳ぐようになっていった。その様子を見ていると Y くんが顔を水につけるのはと

うて無理だと考えられていた。しかしもう5年生になっているYくんに対してより高度な取り組みをすべきと考え、わざと顔に水がかかるようにするとYくんは必死で逃げ回った。それでもこの教師は働きかけをやめず、今度は頭の受けからホースで水をかけた。Yくんはもっと大きな奇声をあげて逃げ回るので担任は「胸を締め付けられるような気がする」と言ったとのこと。この奇声で担任は彼への全ての働きかけをやめてしまうのでYくんは今まですべてをマイペースで進めることができたし、そのことが彼のつまづきをのり越えることのブレーキになっていたのだ。そこでこの教師はどこかで水に顔をつけるには大きな決断が必要であり、今がその時期と判断し、彼をプールに立たせ、「Y!、がまんせよ!」と大きな声を出しながら後ろからホースの水を頭上から降らせた。するとあれほど奇声をあげていたYが泣くのをやめ目をつぶって直立不動の構えをとり水が頭にかかるのに耐えはじめたとのことだった。これが一日目で、二日目には水の中にもぐることができたのであった。また母親にお風呂でわざと顔に水をかけたり、シャワーを頭からかけてやるように依頼をしたとのことである。また毎朝父親にも手伝ってもらってジャブジャブ顔をあらってやることも頼んだとのこと。

このことからこの教師は、一般の子どもならば小さいときから遊びの中で体験しているような経験がYには決定的に不足していたと気づくのであった。Y自身の個性の強烈さと偏りにまわりがおじけづいてしまって、結果的に彼の生活を貧弱にしていたのであった。

ここで示されているのは「積極的・意図的な働きかけ、ここに集団による学校教育の意味がある」ということであり「自閉症児に限らず他の障害児の場合でも、特に動きの激しい子に対して、その子どもの自由な行動のみ保障して、担任やまわりの子どもたちが障害児に対して積極的、意図的な働きかけをしないというやり方は、私たちには体裁のよい放任としか見えない」ということなのである。この視点からは「障害児のつまづきは、彼個人の『内』にあるものとしてではなく、彼と彼をとりまく集団のつまづきとして捉えることができる」のである。

簡潔にまとめたつもりであったがずいぶん長い引用になってしまったが上記の文中には自閉症児に対する治療論のエッセンスが示されているのでおおいに参考になるであろう。

1980年代に入ると行動療法に対する批判や認知障害仮説への批判から新たな治療論が提唱されるようになった。我が国では石井(1982)が「受容(受容的関係療法)」と「課題」の二つの領域にまたがった自閉症児の治療・教育として「交流療法」を提唱している。阿部(1980)は英国の児童精神科医のWing, L.を批判し、「感覚統合訓練」に取り組み、その実践報告をしている(つくも幼児教室編、1980)。また、隠岐(1978)は、自閉症の子どもに接する場合、つとめて受容的・共感的態度をとることが必要だと述べ、限界を感じつつも、「遊戯療法が、

環境調整、生活指導、家庭とのよりよい関係づけ、学校や施設などの社会とのよりよい提携のもとで有効となる」と述べている。

蔭山(1989a)は、80年代までの、対人関係の基礎となる情緒発達への援助もしくは認知能力に対する発達援助のどちらか一方に視点をあてた治療論ではなく、1990年代にはその双方に視点をあてた、つまり自閉児の内的世界における統合と外界とのかわりにおける自己との統合の両者を並行的に援助する治療教育的視点が重要になると論じている。そして人の成長は「人と人との間において営まれる関係の経験」によりなされ、このことは自閉児においても同様に考えられるとの前提に立ち、「精神統合療法(Psycho-Integration Therapy)」を提唱している(蔭山、1989b)。

2) 外国における自閉症児に対する治療論の変遷:

Rutter(1978)は、自閉症児への治療戦略として、①自閉児の問題は前言語的スキルにおけるものであり、語句の形成よりも言語の理解力に問題があるため、治療の第一の目標はこうしたスキルの発達である; ②次に言語が社会的環境の中で発達する最初の主要なコミュニケーションのスキルであるので社会的遊びが適切な手段となること; ③親が子どもと相互関係を持つための援助を行うこと; ④障害児を育てることからくる家庭環境のストレスや葛藤に取り組むことを援助するための両親カウンセリングの必要性についての4点について論じている。そして1978年の時点において彼は、どのような治療論の立場にたつにせよ、自閉症児に対する治療的努力として、両親への働きかけと自閉児に対する言語的・社会的発達をねらいとした社会的遊びを取り入れることを強調していた。

一方で行動主義的アプローチ(行動療法)も自閉症児への治療として積極的に取り入れられていた(Lovaas, O. I. 1978)。行動療法では自閉児が示す社会的問題行動を直接に取り扱い、社会的に適応した行動を教えることを意図していた。但しそこには治療効果の限界、すなわち治療場面から他の場面への汎化に限りがあったことや治療後の環境により予後に大きな差が生じたこと、治療の進展が非常に遅くよく訓練された治療者にとっても大きな忍耐が必要であったことなどが示されていた。

DesLauriers, A. M.* (1978)は「セラブレイ(治療的遊戯)」という技法を提案している。この方法は、

* DesLauriers, A. M. を後藤(1982)や海塚ら(1987)はデラウライヤーと、高野・岡島(1989)はデ・ローリエ、阿部ら(1980)はドローリエと表記している。

表1 セラブレイ導入時の基本的ルール

1. セラブレイの各セッションは楽しいものでなくてはならない。
2. セラブレイの各セッションは治療者によって方向付けられる。
3. セラブレイの各セッションでは、会話や洞察よりも活動が重視される。
4. セラブレイの各セッションでは、時間、空間、および治療者と子どもの役割がはっきり決められる。

表2 セラブレイを強迫的な子どもや自閉症児に対して適用する際の基本指針

1. セッションの進行には子どもではなく、治療者が責任を持たねばならない。
2. 治療者はできるだけ言語的・知的・空想的なものには注目しない。
3. 可能な場合はいつでも、セラブレイは退行的で、気ままで、「養育」的活動から成り立っている。
4. あらゆる機会をとらえて治療者は子どもを驚かし、「侵入」活動をやり、彼の決まりきった習慣を変えていく。

表3 特に自閉症児に適用する際の指針

1. 可能な場合は治療者は歌を歌う。そしてしゃべったり、ことばによるコミュニケーションはしない。(自閉症児は普通の話し声には関心を示さないが、歌唱には注意を向けるという先行研究による。)
2. 治療者は絶対に子どもを手放さない。自閉症児から「離れない」でいることが大切である。
3. すべての機会をとらえて、治療者は自閉症児に視線をあわすようにしていく。
4. 子どもがはっきりと、そしてあくまでコミュニケーションを希望するとき、また明らかにことばで医師を伝えられないことに欲求不満を感じているようにみえるとき、治療者は訓練としてではなく、一つの機会としてサイン言語を治療に取り入れる。
5. 自閉児のセラブレイには、鏡映的な模倣をするミラリング法が絶対に必要である。子どもの視野に入り、治療者は子どもとまったく同じ行動をする。(ミラリングはもっとも侵入的なセラブレイである。)

治療的、教育的アプローチと実験を含んでいるものである。

もっとも「セラブレイ」を最初に名付けたのは映画制作者のチャールズ・ライマンであり、最初に報告されたのは1971年であるという(Jernberg, A. M. 1979)。Jernberg, A. M. (1979)はセラブレイの適用について、情緒的・社会的・発達の問題の治療として有効であるが、適用外して、社会病質的な子どもや心理的外傷体験を持つ子ども、虚弱児、被虐待児をあげている。

セラブレイの中に「侵入 (intruding)」という用語が出てくるが、精神分析などで使われる『侵入 (inclusion)』とは意味合いが異なり、健全な母子関係におい

て成立している親子の相互交渉における強い働きかけ、すなわち母親が赤ん坊をくすぐったり、はずませたり、揺すったり、驚かせたり、笑いかけたり、飛びついたりする事を意味している。子どもにとって逃れることのできない、強力で一貫して変わらない存在感がある人間からの働きかけを意味している。

ここでは自閉児を揺り動かし情緒的な反応を引き出すために「楽しい遊び」を利用している。「楽しい遊び」を用いることの利点として、①遊びは全ての子どもの発達のための中心的要素であり、子どもの活動性への自然な強化となること、②遊びを用いることで、楽しく不安を与えないで実験や発見・学習を進めることができること、③遊びは人々との親密で身体的、社会的接触を許容し、報酬となったり成長を促すという意味があること、④遊びは解放的で自由な性質を有しているので普通と違う、慣れない、恐ろしい状況を和らげることができることの四点があげられている。セラブレイとプレイセラピー

** 同様に、Jernberg, A. M. を、THERAPLAYの翻訳版を出している海塚ら(1987)は、ジェーンバークと、セラブレイについての解説を書いている高野・岡島(1989)はイエルベルクと表記している。

表4 セラプレイと精神分析的遊戯療法、児童中心的遊戯療法との相違

| | セラプレイ | 精神分析的遊戯療法 | 児童中心的遊戯療法 | 行動療法 |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 遊びの意味 | | 遊具や遊びは大人の精神分析における言葉の代替物。無意識の象徴。 | | |
| 基本的な考え | 家庭教育の再教育。モデルは母子関係。親子関係のゆがみの意識化や抑圧への解放をねらうのではなく、現在からの新たな親子関係にその経験を利用しようとするもの。無意識過程よりは現在の直接的体験を、子どもの自然な成長力よりは、より積極的に働きかけをしていく。 | 遊びは無意識の象徴であるので抑圧された事柄や外傷的経験の意識化を測る。意識下にある願望や恐れや衝動の解釈は行わない。 | 子どもが持って生まれた成長への力を仮定。成長への力や自己実現を想定。クライアント中心療法のように、子どもに主導権をゆだねることはしない。子どもの感情の受容や反射は行わない。 | 行動変容が目標。トークンや物質的報酬を利用する。 |

の相違については以下のように述べられている。プレイセラピーでは治療者が子どものための遊び場を設定したり、子ども自身が自分で遊びやゲームを構成することが許容されているような場面設定である。一方セラプレイでは、自閉児との刺激豊かな接触やコミュニケーションを通して強い情緒的インパクトを与えることを強調している。そこでは遊び、ゲーム、ふざけあいが主に使われ、子どもに何かを特別に教えようという試みはなされることはない。ここで重要なことは、子ども（自閉児）が他者である一人の人間とともにいることがよいことであり、仲間であることが楽しいことであり、こういうことが喜びを与えてくれることであると学ぶことである。こうした「楽しそうな雰囲気」はある場面から他の場面へと容易かつ自由に般化されるのである。

筆者は、必ずしもセラプレイの考え方をすべてを容認しているわけではないが、その基本的な人間観や治療感である「治療の目的は子どもを援助して情緒的に生き生きとさせること」であり、「おもしろさ、自発性、活動的で健康な協力関係」を目指し、「世界が喜びで満ちているならば、人間は幸せになるだろう」とのデラウライヤーの基本的な考えには賛同している。

上記のまとめとして遊戯治療、行動療法、セラプレイについて比較を表4に示した。

2. 筆者の自閉症児にたいする遊戯治療についての基本的な考え

前に述べたように、自閉症に対する治療論としては当初は遊戯治療が適用され、後にその批判から行動療法が主流となったが、治療場面で獲得された行動が日常場面に般化されにくいとの批判から再度心理療法が適用され

るようになった。自閉症の成因が何であっても（現在では大脳の何らかの機能不全という説が有力）、その成因の一次障害についてはアプローチできなくとも、二次的な不適応や社会性の未熟等には、心理治療（この場合は子どもに対する遊戯治療と親面接の双方）が有効であり、適用可能であると筆者は考えている。筆者が関わった事例を通して心理治療（遊戯治療）の適用可能性について考察してみたい。

すでに筆者はある自閉症児に対して、幼児期には遊戯治療を担当し、その後母親面接を中心に高校入学までfollowした事例を報告している（中西、1987）。そこでは、遊戯治療過程を通して、セラピストである筆者と対象児である弘（仮名）との関係の展開に伴い、弘の発声（不自然なしわがれ声から自然な子どもらしい声）の変化や、治療場面でセラピストとを安全基地のように使ったりすることが見られるようになった。また、表情も豊かになり、就学時で伝達言語はまだ二語文であったが、要求を言語化でき、パターン化した行動の変更もできるようになり、普通学級へ入学がきまり、一旦遊戯治療は終わりとし、経過観察を行うことになったこと、その後高校入学までフォローした経過についても述べてある。この治療においては、対人関係成立の基盤である共感性（empathy）の発達を目標としていた。共感性を十分に伸ばしたとは言いきれないが、affectionを伴った感情の交流までは遊戯治療過程の中で達することができたと考えている。

さて、本学の臨床心理相談室で筆者が担当した事例から自閉児に対する心理治療（遊戯治療）の有効性について考えていこう。

事例 K 来所時8歳(小2)

主訴: アスペルガー障害と診断された息子への対応(不登校、情緒不安定)

生育歴: 1歳代から多動傾向であり、2歳過ぎに言葉が増えないことに気づく。幼児期には強いこだわりはなかった。3歳から病院に受診。IQは入学前に90代と言われた。入学後は順調であったが小1の3学期に学校でパニックを起こし、小2になり二つの医療機関でアスペルガー障害と診断された。小2の2学期から授業中の落ち着きがなくなる。学校行事の関係で普段は給食後に行う清掃を朝一番にやらされたことがKには納得できず、同級生とトラブルになり、次の日登校を嫌がるが、母が送って登校したが、その際に担任でない男の教員に体を掴まれパニックになり、急激に状態が悪化した。学校も勉強も拒否し、退行して猫のようにニャーニャーと甘えたり猫のポーズで威嚇したりするようになった。現在は母が仕事をやめKに付き添って登校している。

見立て治療方針: 医療機関でアスペルガー障害との診断を受けているが、言語発達の遅れがあることから高機能広汎性発達障害と考える方が適切かもしれない。小学校入学後は大きなトラブルなく過ごしていたが、学校行事に伴う予定の変更(いつもは放課後に行う清掃を朝一番にやらされたこと)について十分に説明されないまま実行を強制されたことからパニックを起こし、その際に担任ではない教師から体を押さえつけられたこと(Kは体に触られることが好きではない)が発端となり、見通しが持てない事態が大きな不安を生起させ、不登校状態を呈したと考えられる。

Kに対して不安な気持ちを和らげ、Kのペースで安定して楽しめ、学校でのストレスを発散できる遊戯治療^{***}を、母親には筆者により環境調整を主とした面接を開始した。

治療経過: 治療開始後早い時期に学校場面での変化がみられ始めた。教室では教卓に潜らなくなり、一人で壁打ちをしていたドッジボールでも他児の練習に参加するようになり、猫のポーズで威嚇するのではなく、言語で伝えることができるようになっていった。治療開始後約一ヶ月半くらい(7回目)で、母親の付き添いではなく通学分団で登校できるようになった。母親はKより30分遅れで学校に行き、付き添ったり待機をしていたりしたが、治療開始後約4ヶ月の3学期の学年末には母親の付き添い無しで教室にいられるようになり、苦手な漢字の

テストにも合格できた。

Kに対しては主治医により投薬もされている(当初はデプロメール、オーラップとアーテンに変わり、当相談室に来談した頃はリタリン)。リタリンについてはK自身も効果があると感じているのだが、投薬だけでは不登校状態は改善しなかったが、Kに対する遊戯治療と母親による環境調整(学校に対する説明や依頼も含む)により、比較的短期間に主訴の「不登校」状態は改善されている。本児が来所をとっても楽しみにしていることから治療の場が、本児にとって自分自身のペースで自分の世界を楽しむことができる場になっていると考えられる。当初は、学校を早退して来談していたが、半年後には早退しなくてもよい遅い時間に変更した。

詳しい経過は、K担当者の報告を参照されたいが、小2の2学期に不登校状態であったKが、3年時には欠席することなく登校でき、「皆出席」とのことで担任から表彰されたとのことである。

この事例から、高機能広汎性発達障害児であるKが呈した、2次的な不登校状態に対して遊戯治療と母親面接が有効であったということが出来るだろう。

事例2 来所時3歳の女児 M

主訴: 高機能自閉症と診断を受けている。子どもが楽しいと思える対人関係の場を経験させたい。

生育歴: 胎生期は33週で早期破水のため母親が入院し、36週で誕生している。生下時体重は2640グラムであった。Mは元気であったが母親の回復が遅く、入院が長引き、その後も通院の必要があったため半年ほど母の実家で過ごした。手がかからない赤ちゃんだったが、母方祖母は少し変だと思っていたとのことである。3ヶ月スマイル、人見知りもなく、10ヶ月で始歩、1歳前に「にゃ(猫)」と言ったが、言葉がなかなか増えなかった。後追いもなく、多動傾向があった。皮膚感覚が鋭敏でパンツへのこだわりがあり、服でも感触でイヤなものがあった。1歳半健診で言葉の後れを指摘され、事後教室を紹介された。2歳から母子通園施設に通い、その紹介で発達外来を受診し、言語訓練を受け始めた。3歳から保育園に入園し、3歳11ヶ月時に主治医からの紹介で当相談室に来室した。

見立てと治療方針: 会話でのコミュニケーションが可能であり、知能の大きな遅れもない。乳児期初期からの対人関係、言語発達の遅れ、多動などから既に診断を受けているように、広汎性発達障害(高機能自閉症)と考えられる。

母親の希望も「Mに楽しい場を経験させたい」とのことなので、Mには1対1の遊戯治療によってMのペース

*** この事例については子ども担当の有馬によって、本紀要の29ページから33ページに詳しく遊戯治療過程が報告されている。

で楽しめ、かつ対人関係の発達の促進を目指す遊戯治療を、母親には今後の対応の仕方等を助言する面接を行う。

治療経過：母親面接を筆者が、Mに対しては別な担当者が遊戯治療を行った。なお、子ども担当は現在の治療者が二人目である^{****}。

保育園時代は、母親の出産のための中断を含めて3年間で38回のセッションが持たれた。遊戯治療場面では、当初は砂を用いた感覚遊びや玩具を使った非連続的な遊びであったが、母の出産での中断後は箱庭を用いて、M自身の世界を表現するようになった。二つの箱庭を用いて、Mは「不思議の世界」を作り、治療者には「人間の世界」を作らせて、二つの世界を行き来するという内容が長く続いた。次第に「人間界」よりも「不思議の国」で遊ぶようになっていった。治療が進むにつれ、現実世界でのMはこだわりが減り、多動も落ち着き、小学校普通学級への入学が決まった。

この保育園卒業、小学校入学の時期にMの担当は二人目の治療者となった。治療者交代後も二つの箱庭を用いてMは「不思議の国」を、治療者には「普通の国（人間界）」を作らせ、二つの世界を行き来するというプレイが続いた。

ここで表現されているように、Mにとっては「人間界」で生活するのは望んでいるのではなく、仕方なく過ごしているのだろう。可能ならばMは「人間界」ではなく「不思議の国」で暮らしたいのだろう。Mは遊戯治療場面で、自分自身の人間界での生きにくさを表現していると考えられる。治療場面での物語としては、「人間界」では戦いが起こり、グチャグチャになってしまう事が多い。Mの「不思議の国」では「レスキュー」が多く出現したり、柵や石で囲まれる世界もよく表現されている。幸いなことにMの「不思議の国」は守られることが多く、ここで紡がれている箱庭での物語の主人公である女の子が二つの世界を行き来することが一貫したテーマとなっている。

ここで表現されているテーマは、文字通り、人間界で生活しているMにとっては「人間界」は安定してない世界であり、守られかつ助けられる「不思議の国（M自身の世界）」で安住したり癒やされたりしないと、人間界で生きていくことはつらいことなのだろう。

つまりMにとっては遊戯治療場面は、人間界のように他者や周囲の状況に合わせる必要のない自分自身の世界なのであると考えられる。

学校で行事等（運動会など）の練習が盛んになると、

**** Mの治療経過については、久間が本紀要の65ページ～69ページに二人目の治療者として報告をしている。

Mはそれまで隔週で受けてきた遊戯治療を「毎週来たい」と表明するようになった。学校で周囲に合わせることを強く求められるという状況が続いたときには、「（相談室に）泊まっていきたい」とまで言ったほどである。

これらの状況から、治療場面が、MがMのままでいられる世界であり、日常性から一步離れた非日常的な「不思議の世界」であることがよく示されているだろう。M自身が抱えている課題を治療場面で、しかも象徴レベルで表現できているのでM自身の知的能力は高いと思われる。

能力的に高い分、Mは周囲の子どもと自分の違いにも気づき始め、他の子のようにやりたい・なりたいのではなく、他の人とは違っている自分を受け止めてほしいと語れるようになってきている。さらにMは不快な状況をスイッチを切ることで対処することもできるようになってきている。

Mの治療経過を検討すると、現実世界へ適応するためのエネルギーを補給するための、現時場面で受けるストレスから解放される場である遊戯治療が重要な意味を持っていることが分かるであろう。

3. 終わりに

自閉圏にある子どもの治療をめぐることは、様々な説が唱えられ、また有用とされる治療法も変遷を経てきている。筆者は一貫して心理治療（子どもに対する遊戯治療と親に対する面接）を支持する立場を取ってきた。自閉症（今日では広汎性発達障害）の原因が明らかになってきたとしても、2次的な不適応や本人達が感じている生きにくさに対しては、実際に効果も示されているので心理治療の果たす役割は大きいと感じている。

文 献

- DesLauriers, A. M. (1978) 遊び・象徴・言語発達 (M. ラター・E. ショプラー 編著 丸井文男 監訳「自閉症—その概念と治療に関する再検討—」、黎明書房 1982、344-360。/Rutter, M. & Schopler, E., (eds.) 1978 AUTISM: A Reappraisal of Concepts and Treatment, Plenum Press, New York)。
- 石井哲夫 (1982) 自閉症児の交流療法—めばえ学園と袖ヶ浦のびろ学園の实践から—、東京書籍。
- Jernberg, A. M. (1979) THERAPLAY — A New Treatment Using Structured Play for Children & Their Families—, Jossey-Bass Publishers. (海塚敏郎 監訳「セラプレイ」ミネルヴァ書房、

- 1987)
- 蔭山英順 (1989a) 90年代に向けての自閉児の心理治療、心理臨床—名古屋大学教育学部心理教育相談室紀要—、4、1-9。
- 蔭山英順 (1989b) 自閉児の精神統合療法 (Psycho-Integration Therapy)、(丸井文男 監修「人間発達と心理臨床」、協同出版、247-276。)
- 蔭山英順 (2000) 自閉症研究における「発達」について、(小嶋秀夫・速水敏彦・本城秀次 編著「人間発達と心理学」、金子書房、67-73。)
- Lovaas, O. I. (1978) 治療者としての親 M. ラター・E. ショプラー 編著 丸井文男 監訳「自閉症—その概念と治療に関する再検討—」、黎明書房 1982、402-413。／Rutter, M. & Schopler, E., (eds.) 1978 AUTISM: A Reappraisal, of Concepts and Treatment, Plenum Press, New York)
- 中西由里 (1987) ある自閉症児との10年のかかわり—イニシアル・ケースとそのフォロー・アップ—、心理臨床—名古屋大学教育学部心理教育相談室紀要—、23-32。
- 小澤勲 (1968) 幼児自閉症論の再検討(1)症状論について、児童精神医学とその近接領域、9、147-171。
- 小澤勲 (1969) 幼児自閉症論の再検討(2)疾病論について、児童精神医学とその近接領域、10、1-31。
- 小澤勲 (1976) 幼児自閉症論の再検討、ルガール社。
- つくも幼児教室編 (1980) 「自閉」を開く—母子関係の発達障害と感覚統合訓練—、風媒社。
- Rutter, M. (1968) Concepts of autism: a review of reseach, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 9, 1-25.
- Rutter, M. eds. (1971) Infantile Autism: Concepts, Characteristics and Treatment, Churchill Livingstone, (鹿子木敏範 監訳「RUTTER 小児自閉症」、文光堂、1978。)
- Rutter, M. (1978) 原因論と治療法: 病因と治癒 (M. ラター・E. ショプラー 編著 丸井文男 監訳「自閉症—その概念と治療に関する再検討—」、黎明書房 1982、361-370。／Rutter, M. & Schopler, E., (eds.) 1978 AUTISM: A Reappraisal of Concepts and Treatment, Plenum Press, New York)
- 高木隆郎 (1972) 児童期自閉症の言語発達障害説について、児童精神医学とその近接領域、13、285-294。
- 高野清純・岡島京子 1989 新遊戯療法 (セラプレイ) (伊藤隆二 編著「教育治療法ハンドブック」福村書店、110-133。)