

障害幼児への心理治療に関する検討

— 遊戯治療を中心として —

松 田 淳之助

はじめに

幼児期は、それ以後のどの時期に比し、心身発達の最も顕著な時期である。しかしながら、何らかの障害を有する幼児は、その障害のゆえに、発達が抑制され、あるいはゆがみそこなわれるなどの危険性をはらんでいるのである。いかなる障害を有する幼児といえども、発達し、生存する権利は与えられねばならない。そこにおいては、障害が発見されたならば、出来るだけ早急にその障害の除去、軽減に努めなければならない。そのあり方については、障害の種別、程度等を正しく把握した上でより効果的な方法を考えていかねばならないが、一般的には、視・聴覚、肢体不自由等、身体面の障害を主とする者については医学的治療が、人格障害、情緒障害等主として人格面、心理面の障害を有する者については心理治療が適当と考えられてきた。後者の場合、心理治療の中でも、彼等は言語的手段による自己表現、意思伝達等において、当然、限界を有するが故に、遊戯治療が有効とされてきた。しかしながらその治療も、その多くが医学的、器質的原因による障害を有する精薄児、自閉症児等は対象外として除外されてきた。しかし近年、除外しなくてもよいのではないか、なぜ、除外されなければならないのか、技法の工夫による効果が期待できるのではないかなどの疑問があいついで投げだされた。そのようなところから、彼等に対する遊戯治療が試みられはじめ、その試みを通して彼等への遊戯治療見直し論が次第に活発化し、次々と実践報告、研究論文、等が公けにされるようになった。しかし、まだこのような障害幼児に関する遊戯治療は、試みられはじめてからの日が浅く、未解決な問題が山積している。

また、障害幼児に対する障害の除去、軽減については、本人自身へのアプローチもさることながら、この子らの発達に大きくかかわっている両親、家族のあり方を無視するわけにはいかない。なぜなら、この両親、家族との人間関係、両親、家族の障害児に対する養育態度、考え方等が、障害児自身の発達のあり方、性格の形成等を大きく規定しているからである。このよう

な観点から、両親、家族の人達が障害を有するわが子に対して、望ましい養育態度、考え方等をもって接するよう、直接、両親、家族の人達へのアプローチも同時に並行して行なっていかなければならないと考える。

以上のように、子供、両親両者の心理治療についての諸問題解明への糸口をさぐり、より望ましいアプローチのあり方を追究すべく、筆者も数年以上も前からこの問題にとりくんで来たので、筆者の実践をもとに考察を加えていってみたいと考えているものである。なお、本研究における障害幼児は、主として精薄児、自閉児（疑いを含む）、緘黙児など知的、情緒的障害を有する者とし、視・聴・肢体不自由など身体面の障害を有する者は除外した。

目 的

上述のようなことから、筆者は今までに12のケースについて、障害幼児には遊戯治療を、保護者（主に母親）に対してはカウンセリング、助言指導等を試みてきたので、それらの治療経験をもとに障害幼児、特に精薄幼児への遊戯治療の可能性、問題点等について検討を加え、更には、彼等に対してのより望ましい治療のあり方を追究していくことをもって本研究の目的とする。

治 療 手 続

1. 対象児：総数12名、すべて男児。その詳細は表1に示した通りである。
2. 治療室：本学内2号館4階の一室に設置されている遊戯治療室を使用した。この部屋は広さ7m×5m、この部屋の三隅に砂場、水遊び場、及びミニハウスが設置されている。但し、ミニハウスは中途から心理学実験器具を置いたため、臨時に玩具戸棚の前面に変更し、現在に至っている。その他、黒板、玩具戸棚、テーブルと椅子3脚も置かれている。
3. 治療時間：原則40分としたが、子供のプレイの状況等をみた上判断するというので、最長1時間までとした。
4. 治療形態：原則個別治療とした。また、治療対

表1 治療対象児一覧（すべて男児）

児童	開始時 C A	終結時 C A	治療期間	対象児の臨床像, 特性等	終結理由	終結時の状態
A	4 : 7	5 : 2	7ヶ月	軽度精薄, 多動, 集団生活困難	転居	多動や、減少
B	3 : 4	4 : 5	1年1ヶ月	自閉的傾向大, 多動	本児の病気	変化あまりなし
C	3 : 10	4 : 4	6ヶ月	軽度精薄, 多動, 言語障害	保育所入所	言障や、軽減
D	2 : 9	5 : 2	2年5ヶ月	対人意識乏し, 言語発達遅滞	〃	言語発達かなり促進
E	2 : 10	3 : 3	5ヶ月	精薄又は自閉の疑い	転居	や、情緒表出あらわれる
F	3 : 10	6 : 4	2年6ヶ月	対人意識乏し, 精薄の疑い	小学校入学	かなり対人意識あらわれる
G	5 : 3	6 : 3	1年0ヶ月	軽度精薄, 言語障害, 寡動	〃	や、言障軽減動きも活発化
H	5 : 4	5 : 8	4ヶ月	小児精神分裂病の疑い	小児科通院	変化あまりなし
I	5 : 9	6 : 3	6ヶ月	自閉の疑い, 対人意識乏し	小学校入学	や、対人意識あらわれる
J	3 : 10	4 : 6	8ヶ月	中度精薄, 言語発達遅滞, 身体発育不全	母の出産	言語発達かなり促進
K	4 : 1	5 : 3	1年2ヶ月	てんかん性精薄, 多動, 言語発達遅滞, 対人意識乏し	幼稚園入園	対人意識あらわれる多動や、減少
L	6 : 0	6 : 8	8ヶ月	場面緘黙（幼稚園で全く無言）	小学校入学	積極的発語かなりあらわれる

象児と治療者（以下、Tという。これはすべて筆者）は常に同室にいることとした。

5. 治療間隔：原則週1回とした。なお、夏・冬・春休みは特別の場合を除き、中止した。

6. 親への治療：子どものプレイ中、親は面接室で待ってもらった。プレイが終わると子どもも面接室に連れて来て、そこで30分乃至1時間、親へのカウンセリング、助言指導等を行なった。

治療経過

1 障害幼児への治療経過

各対象児別に、それぞれの特徴的なことがらについて、その要点のみを述べることにする。

A児：治療開始当初は、Tの言葉かけを主とした働きかけは全く無視、一つのおそびに熱中することも全くなく、室内をただ無目的に歩き、時に走り、静止時間はほとんどゼロに等しかった。それが、開始後6回目頃から聞く耳を持つようになり、Tの語りかけに一瞬、立ちどまるようになった。また、15回目頃から、Tのスキンシップにも反応を示すようになった。更に、

後期ちかくなってA児の方からTに対してミニ動物のライオンを見せ「ライオン強いぞー」など言葉かけ、即ち、自発語を発するようになった。かくして終盤には、遊びへの持続性（1～2分ぐらい）がみられるようになり、情緒の安定がうかがえ、多動がや、おさまってきた。このことは、初期と終期に母親にやってもらった幼児児童性格診断検査（金子書房発行）の「情緒安定」の項の比較（初期5パーセント、後期30パーセント）からも明確に言えることである。

B児：A児同様、言葉かけ、スキンシップ等、Tのいろんな働きかけには全く無反応、無視の態度をとり続け、口の中で何やら独語をいい続けながら紐を弄ぶことに終始した。それも一ヶ所に立ち止ってやるのではなく、常に室内のあちこちを動きまわりながらやっていた。終結を告げるTの言葉には耳を貸さなかったが、Tがドアをあけて廊下に出ようとする小走りに来てTのあとから廊下に出た。このようなことが、おおむね、終期まで続いた。たゞ、終期には時折、Tと視線があいだした。が、結局は1年あまり、回数にして、30回程プレイを行なったがみるべき変化はなかった。

C児：当初から課題意識、Tとの間の意思疎通もみられた。また、プレイにも若干の興味を示した。が、C児も動きが激しく、少しもじっとしていない。だから、プレイへの集中はみられなかった。ところが、4～5回目頃から多動がやゝおさまり、プレイへの集中がみられはじめ、特に、Tの言語刺激に対する言語反応が出はじめた。が、発語は不明瞭で、よく聞きとれなかった。しかし、それは回を増すごとに明瞭化していき、言語反応も徐々に活発化していった。と同時に、情緒も幾分安定してきたようである。言語障害も幾分の軽減をみせ、意思伝達の欲求の高まりもみえてきたので、この上は更に多くの言語刺激を与えさせるべく、保育所入所をすすめたのである。

D児：当初はTのいろんな働きかけを全く無視して単調な遊びをくりかえすのみだった。特に、スキンシップを嫌い、Tが抱きあげようとすると身体を硬くし、Tから遠ざかるなど拒否的行動をとった。言語は時折、「デンチャ」「ジロウチャ」（自動車、バスのこと）などの一語文を発した。また、プレイ中、たいてい一度は失禁がみられた。

本児のプレイに対し、その都度「よくできたね」、「なかなか、うまいね」などの言葉かけを毎回、何度となくくりかえした。また、同時に、ちょっと頭をなでる、肩に手をやるなどのスキンシップをくりかえした。その影響が7～8回目頃からあらわれはじめた。即ち、コップで水を飲みながら「オイチャ」、来室の時、Tが「こんにちは」と言う「コンチニワ」など、まだ一語文だがかなり明瞭な言葉がとび出すようになった。また、だっこに対する拒否行動も影をひそめ、少しの間なら、だっこされるようになった。

1年近く経過した20回目をすぎる頃から、「マルカイト」のような二語文がではじめ、トンカチ積木を坐りこんで10分間ぐらい、一生けんめいやるなど、あそびへの集中度もかなり高まってきた。また、この頃から失禁もみられなくなった。

更に、2年以上も経過した終盤にはいと、言葉は二語文から多語文へ、遊びの集中度も更に高まると共に、その種類も豊富になってきた。また、対人意識、課題意識もかなり出てきたため、治療開始して既に2年5ヶ月も経過したことであり、集団生活にもはいついていけるだろうとの見通しもたったりしたこともあり、保育所入所をすすめることで治療を終結した。

E児：児童相談所で「まだ年令が低すぎてよくわからないが、自閉症の疑いがある」といわれて来学した。3才未満児の遊戯治療についての報告等はまだ見聞し

たことがなく、筆者もはじめてのことであり、若干、躊躇したが、年少障害幼児の治療効果をみるよい機会と思い治療を開始した。

当初は遊具、玩具等に全く関心を示さず、どこに焦点を合わせているのかわからない、うつろな目つきで所在なさそうに、ドアから二、三步はいった所に立つ立ったままだった。Tが、遊びを促すような言葉かけをしても、まるで聞く耳を持たない。頭をなでると拒まないが、砂場の方へ連れていこうと手を握るとふり払う。それが、4回目頃から、遊具、玩具などへの関心が高まり、玩具を手にして暫くみつめはじめた。また、Tの動きに視線をむけ、言葉かけに僅かながらの反応を示すようになった。更に、4ヶ月を過ぎる頃から、Tの働きかけにこっと笑うなどの情緒表出がみられるようになったが、5ヶ月になる頃、父の転動で治療終結ということになってしまった。

F児：開始当初はE児同様、うつろな目つきで、Tが側に寄って本児の眼をじっと見つめても視線があわず、どこに焦点を合わせているのか定かではなかった。たまたま、1・2回目は2才すぎの弟も一緒だったため、弟も治療室に入れたが、本児はその弟にも全く関心を示さない。室内を渡り鳥のように歩きまわり、その時、弟と接触し、弟が転んで泣きだしても全く意に介さない。そのうち、本児は水道の蛇口に眼が行った。すると、それからというもの遊びが水道の蛇口ひねりに終始した。水で衣類がびしょぬれになっても全く無頓着。聞けば、家でも暇さえあれば炊事場の流し台にあがって水道で遊ぶという。そこで、本児に対してのみ、学習理論を応用した行動消去のための方法をもって接した。その効果は、6～7回目頃からあらわれはじめ、10回目をすぎる頃には全く影をひそめてしまった。かわって、子供用トラックに乗って足で動かすあそびやミニカーによるあそびなど、のりものの遊びが増加した。また、最初拒否的だったスキンシップも大へん喜ぶようになり、中期すぎる頃から、本児の方から何度も要請するなど、積極的にスキンシップを求めるようになってきた。こうして、後期には対人意識も高まり、Tからの働きかけにはかなり反応を示すようになった。ただ、2年6ヶ月という、12ケースの中では最も長い治療期間だったにもかかわらず、言語発達にみるべきものがなかった(ほとんど二語文に終始)。それと、知的課題に対しては無反応で終わってしまった。

G児：初回の面接でかなりレポートがとれたので、鈴木ビネー式による知能検査を実施した。その結果、CA=5:3, MA=3:5, IQ=65で軽度精薄

児と考えられる。そこで本児には、言語刺激による言語反応の機会をより多くつくるようにしたほか、特に、課題解決場面をより多くとり入れるよう心掛けた。

その効果のあらわれかどうか、反応語も乏しく、行動も萎縮的、消極的、知的活動もすぐ「わからん」、「むつかしい」など、非常に不活発だった初期にくらべ、中期、後期となるにしたがい言語は自発語が増し、それと共に明瞭化していった。また、行動も活発化し、表情もかなり明るくなってきた。更に、知的活動もすぐに「わからん」というようなことをいわなくなり、活発化のきざしがうかがえるようになった。

H児：本児は養護施設に在籍している幼児で、医師から小児精神分裂病の疑いありといわれたという。知能は正常域にある。プレイにはあまり興味を示さず、Tに、自分の家庭のことや施設にはいったいききつなど、こちらが聞きもしないのにしつこく話しかけてくる。プレイに誘導しようとしてもちらっと室内の遊具等に眼をやるが、また話しの方に夢中になる。こちらが、たとえば「机とはなんでしょう」なんて質問をすると、待ってましたとばかり、施設の机、家の机から家具、電気製品などへ話しはどンドンとんでもない方向へ飛躍し、とどまることを知らない。このような状態は来学した4ヶ月間、ほとんど変らなかつた。

I児：幼稚園の年長クラスに在籍し、幼稚園には大体毎日通園しているが、入園後1年以上も経過したのに交友関係が全く発展せず、幼稚園教諭も手を焼き、来学させたものである。

初回、入室するとすぐ黒板の所へ行き、何やらむつかしい漢字を書く。よく見ると鏡映文字である。何と書いたのか本児に尋ねたが、対人意識なく、答える気配は全くない。書き終えると室内を見まわしたあと砂場にはいり、ミニ動物を一匹ずつ砂場のふちに並べ、終わったら手で次々と倒していく。また、おこして並べ次々と倒すという単調なあそびに終始した。その間、口の中で独語を言っているがよく聞きとれない。こちらでも言語刺激をどンドン与えていった。

先の鏡映文字はバスの中から見た行先表示の文字だということは一見してわかったが、それを本児の口から聞きだしたのは治療開始4回目の時である。毎回、来る度に、先ず、黒板に文字を書いてプレイにはいるというパターンだったが、その都度間いかけ、「よく書けたね」という言葉かけと、頭をなでるといしぐさを続けた結果、やっと4回目に「バスの行先」と答えたのだった。その後は、反応語が少しずつ増加すると共にプレイの種類と集中時間も増大し、終局の頃に

は積極さ、活発さもあらわれ、また、対人意識も幾分あらわれてきた。

J児：児童相談所でIQ40代の中度精薄児との診断をうけたという。また、病院からは身体発育不全、外反足といわれ、半年に1度成長ホルモンを投与されているという。たしかに、体格は2才位しかなく、両足裏とも、土ふまが幾分もりあがっており、ふらついたような歩き方をする。そのため、あまり歩きたがらず、初回、治療室にはいるとミニ電車を手にしてテーブルに行き約20分腰掛けて、ミニ電車をテーブルの上で左右に動かすあそびを続けた。ボール等で全身を動かすあそびに誘おうとしたが「いけん」と拒否する。そのあと暫くして、今度は砂場に行き、そこにしゃがみこんで砂をスコップですくってまく、ミニ動物をとりだすなどのあそびに終始した。このようなプレイが2~3回続いたが、母親から「医者から、なるべく歩かせるように」ということを聞いていたので、プレイを極力歩くような方向へもっていくよう努めた。たまたま、3~4回目頃、5~6月と暖かくなったので水槽に水を張ってやると大へん喜び、20~30分間、水槽の中を走りまわる。こうして、中期、後期となるにしたがい、全身運動的あそびがかなり活発化していった。また、当初、二語文しか言えなかつた言語も多語文となり、それと共にかなり明瞭化していった。

K児：てんかん性精薄児ということで1才すぎ頃から抗てんかん剤を服用しているという。そのせいかどうか、初回、治療室に入れると室内を激しく動きまわる。まさに多動の一語につきる。そのうち、ミニ電車の眼が止まると「デンチャ デンチャ」と、それを抱きかゝえて離さない。それをもって部屋中動きまわる。終了時、電車を置いて出そうとしたが、電車が気になり出ようとしなない。やむを得ず、抱きかゝえて出す。親のいる面接室へ連れて行ってもまだ電車が気にかかり「デンチャ、デンチャ」と言って治療室へ行こうとする。そこで、Tが電車をとってきてやるとやっと面接室でおとなしくあそぶ。対人意識、課題意識乏しく、言語も一語文。

初期、以上のような状態だった本児も、それから半年位経過した中期頃(10回目頃)には、Tからの言葉かけに対する反応がかなりみられるようになり、対人意識がかなりあらわれてきた。また、言葉も「お父ちゃん、バス」など二語文となり、こちらにも、大体、聞きとれるようになるなど、かなり明瞭化してきた。それらは後期になるとより一そう、顕著となってきた。

L児：幼稚園の年長クラスに在籍中だが、入園当初か

ら年少クラスの1年間、幼稚園で一言も口をきいたことがないという。

治療初回時のみ小1の兄と一緒に来学したため、二人一緒に治療室に入れた。すると、兄とは時折会話を交わすが、Tの話しかけには一切応じない。

2回目からは本児一人。パチンコ、ピクチャーパズルに大へん興味を示し、20分位夢中になってやり続ける。一段落ついたところで他の遊びに誘導すると、何ら抵抗なくついてくる。ボール投げをすると中々上手。刀をとりだしたので「チャンバラをしよう」といってTが刀をとると喜んでチャンバラごっこをする。だが、発語は全くない。

そのような遊びが続いたが、6回目(約2ヶ月経過)に、ミニ動物のあそびで「これ、なにかなー」といつもの通りに問かけると「黒ひょう」、らくだをとりあげて「これ、二つこぶのらくだ」と、はじめて言葉を発した。以後、次第に言葉数がふえ、終盤近くなると反応語から自発語へと変化していった。本児の場合、僅か8ヶ月間で非常な好転を示した珍らしいケースといえよう。

2 親への治療過程

以上、子供の側の治療経過について対象児ごとに、その要点のみを述べたが、次に、親の側のカウンセリング、助言等による変化など、その特徴的なことがらのみについて述べてみることにする。なお、特に記していないものについては、子供の同伴者はすべて母親である。

A児：親は、本児が精薄児であることに全く気づかず、ために、常に口うるさく接してきたことが多動の大きな要因と考えられたため、養育態度の改善にポイントをおいたカウンセリングを続けた。その効果が終盤頃にあらわれだしたようである。

B児：母親は、やゝ冷たい感じのする人。聞けば父親はもっと冷たい感じの人ようで、本児をあまり側に寄せつけたがらないという。そこで、この両親には、本児の自閉的傾向の大きな要因が両親の愛情不足、暖かいスキンシップ不足にあるということへの自己洞察から、十分な受容をもった養育態度に改変させることに重点をおいたカウンセリングを続けた。が、結果的に大した効果はみられなかった。

C児：最初、両親揃って来学したが、両親とも、その言動から、若干知能が劣っていると見受けた。2回目からは母親だけが来学したが、家庭での基本的な生活習慣づけについての望ましいあり方を中心に、助言指

導にウエイトをおいた治療を続けた。

D児：温厚でやさしく、また、洞察力もかなり高い母親だったため、治療は非常にスムーズにいった。家での子供の行動を克明に記録していた。また、1日に1回以上は必ず遊園地、公園等へ子供を連れて行き、他児との接触をはかったようである。このように、母親がより望ましい養育態度に変えていったことが、本児の障害軽減に大きくプラスしていったものと考えられる。

E児：問題意識の高い母親で、2才すぎ頃、本児が近所の子とどことなく違うことに気付き、病院、児童相談所等へ足を運んだという。母親に焦りのようなものを感じられたので、他児との比較において本児をみない、のぞましい基本的な生活習慣づけのあり方、スキンシップを中心とした本児への暖かい接触等を中心としたカウンセリングを続けた。その効果が徐々にみえはじめた頃、父の転勤で治療終結のやむなきに至った。

F児：母、勤めのためはじめの1年余は祖母が本児を連れて来た。本児の状況について家族の者が色々調べたりしているようで、祖父母は本児を精薄と断定、両親は自閉症との結論に達しているようだった。そこで、治療のポイントを、今は精薄とか自閉とか決めつける時ではない。それより、心身の発達をいかに促進させるかということを実際に考える時期であること。その接触態度については、家族の人全員が歩調をあわせること、などにおいた。

治療の後半は、勤めを止めた母が来ることが多くなかったが、祖母も一緒に時も時折あった。また、祖父も一度来学した。このように、家族の人が歩調をあわせるよう努力を惜しまなかったことが、本児を少しづつ好転の方向にむかわせているようである。

G児：本児は単純な軽度精薄児と考えられるところから、家庭においても知的刺激をしっかりと与える、身辺自立を通して自立心、自制心等の土台をしっかりと作ることなどを中心とした治療を続けた。その効果が中期頃からあらわれはじめ、後期には、それが一そう顕著となってきた。

H児：毎回、担当保母が連れて来た。その保母に、医師の指示には忠実に従うこと、施設での集団生活においては暖かい愛情をもって、わがままを許さず、社会的発達の促進に努めることなどを中心とした助言、指導を行なった。が、治療開始4ヶ月後、内臓疾患の悪化で、毎日のように通院治療を続けなければならなくなった為、来学治療は中止となり、みるべき変化はなかった。

I児：本児がこんな状態になったのは、自分の育て

方にあやまりがあったのではないかと思うような、自罰傾向の強い母親である。それだけに、何とかしてよい方向に持って行ってやりたい、という気持ちも人一倍強かった。そこで、小学校に入学するまで何とか、という気持ちを持たないこと、極力、戸外に連れ出して社会的発達に促進に努めることを重点に治療を進めた。その効果が終盤頃にあらわれてきたようである。

J児：本児が甘えからか、身辺のことを親にして貰いたがるということなので、望ましい基本的生活習慣づけのあり方、言語刺激の豊富化、それに、歩行、三輪車のりなどを十分に取り入れた全身運動の活発化などを中心とした治療、助言等を続けた。その結果、治療開始後2ヶ月を経過した頃にはもう三輪車によってこげるようになり、4ヶ月頃には三輪車で数百米(m)はこげるようになり、動きも大へん活発化してきたという。また、言葉の方も多語文が話せるようになるなど、僅か8ヶ月の間にかかなり顕著な発達がみられた。

K児：保育園在園中ということで、初回、両親、園長、担任保母と4人の人が来学した。そこで、対人意識を高めることを中心とした社会的発達及び、言語発達促進のあり方について保母と両親に助言、更に、両親にはその上、身辺自立を中心とした家庭における望ましい養育態度のあり方について助言、治療を継続的に行う。

本児の場合、担当保母が非常に熱意をもって取りくんだこともあって、かなりの効果がみられたようである。

L児：初回のみ両親と小1の兄の一家全員来学した。実は、その数日前に担任教諭が来学し、L児の幼稚園での様子や親の困惑ぶり等を聞いていた。両親とも来春の小学校入学をひかえ、何とかそれまでに物が言えるようになれないものかと非常に心痛そうなおももちがにじみでていた。2回目以後は母親だけが来学したが、その母親から「ある近所の人から宗教にはいるようすすめられたがはいった方が良いでしょうか」との相談をうけた。そこで、入信の必要など全くない、そんなことより対人接触 — 特に、大人との対人接触 — をより多く持つよう努めること、そして、親自身が焦りの気持ちを捨てるための自己洞察、自己決定の方向への治療を続けた。性格も知能も良さそうな母親だっただけに、自己洞察、自己変容も早く、本児の治療効果も早急に、しかも顕著にあらわれた。

考 察 (検 討)

以上、対象児別に子供、親それぞれの治療経過の概

略を述べてきた。この12例のうち9例が以前は治療効果が乏しいといわれてきた精薄又は自閉症児(いずれも疑いを含む)である。このことを、より具体的に述べてみよう。

まず、精薄児については今から約20年前の1961年、高野・古屋¹⁾らが「一般に、器質的障害としての精神薄弱は心理療法によってなおすことができない。つまり、精神薄弱そのものの治療が心理療法の対象にならないとともに、言語能力・思考能力の欠陥や、自我の発達が不十分で、自己を客観視できないことや、学習能力が劣るなどの理由で、精神薄弱者のパーソナリティ障害の心理療法的な治療も困難であるとされる。子供の心理療法としての遊戯療法においても、普通には、知能指数が65前後、またはそれよりも低い精神薄弱児は、治療効果をあげにくいといわれている」と述べている。ところが、それから約10年後の1972年その高野²⁾が、緘黙を伴う6才の精薄児(IQ70)に32回の遊戯療法を実施して、緘黙をなくし、幼稚園への適応の改善をもたらした経験から、「精薄児への遊戯療法の適否を、改めて検討する必要があるように思われる。そこで、精薄児に遊戯療法を試みた従来の研究をとりあげ、その効果を評価することによって、精薄児が遊戯療法の対象となりうるかどうかを明らかにしていこうと思う。」と述べ、対象外から検討の時期にはいったことを示唆している。しかし、それもすべての精薄児に適用できるというものではなく、年令の面で「遊戯療法は、精薄児に対しては4才では必ずしも適用できるとはいえないようである」とあいまいな表現ながら5才未満児は対象外と考えているようである。

このような見解が報告された6年後の1978年には海塚³⁾が「遊戯療法は精薄児処遇の有力な一技法であり — 中略 — 精薄児の遊戯療法において治療者がよって立つべき行動原理は、他の対象児のそれと本質的に異なるものではない。 — 中略 — それは豊かな実践経験の上に、その子どもとの実践的なふれ合いの中で創造されていくべき要素が大きいいえよう。」と述べ、その意義を強調し、遊戯治療は治療者のあり方いかんに大きく左右される要素を持つことを示唆している。が、彼は、精薄児の知能程度や年令についてはふれていない。

次に、自閉症児の遊戯治療について過去の研究報告をみみると、共通していることはその有効性について悲観的見解を述べたものが多い。それだけに、自閉症児の遊戯治療のあり方についての考え方、目標等について陸山⁴⁾は「自閉症児のさまざまな行動をたんに

遊戯治療室において黙認するだけでは、— 中略 — 積極的な発達援助にはならない。— 中略 — むしろ、自閉症児の遊戯療法は治療者と症児がかかわりのもてるまでが中心的治療過程であり、それ自体が目標であるともいえる。したがって、かかわりのもてるまでに多くの時間とエネルギーを要し、その点が他の情緒障害児の遊戯療法とやゝ異なる点である。」と述べ、せめて対人意識だけでも彼等の中に芽生えさせるだけでもよいといった、祈りにも似たものが秘められているようで、自閉症児への遊戯治療の非常なる困難性を示唆する見解といえよう。

これらの検証も兼ね、より望ましい技法のあり方を検討すべく遊戯治療を試みたのであるが、障害児、特に精薄児に対しては多刺激付加の原則をあてはめることが望ましいとの見解から、技法の最重点としてすべての対象児に対し、Tが言語刺激、スキンシップを中心とした強力な働きかけを終始とすることとした。

その結果を6名の精薄児についてみると、F児を除き他の5名は程度の差こそあれ、何らかの治療効果がみられたといえるようである。即ち、A児は対人意識があらわれたり、スキンシップの反応がみえるようになったり、更には、自発語が発せられ、情緒も幾分安定してきたなどである。それも、僅か7ヶ月という短期間においてである。C児も僅か6ヶ月間だったが言語反応がでてきた。また、反応語も乏しく、知的活動も不活発だったG児は、自発語がでるようになり、知的活動も活発化してきた。J児、K児はそれぞれ、二語文から多語文、一語文から二語文となり、共に発音も明瞭化してきた。その上、K児はかなり対人意識があらわれてきた、等々である。このことは、精薄児の遊戯治療に際しては多刺激付加の原則が非常に有効であるということを示唆するものといえよう。しかもそれは、J児のように開始時の年齢が3才10ヶ月、知能程度が中度精薄と診断された幼児にも治療効果がみられているところから、IQ65以下、年齢5才未満児の遊戯療法は困難、という見解に対するあらたな疑問が提出されたこととなり、技法いかんによっては彼等への遊戯治療も可能であるといわなければなるまい。

とはいうものの、多刺激付加の原則を、その有効性が高いということでもって、すべての精薄児に画一的にあてはめてやればよいというわけにはいかない。A児、D児のように、スキンシップに対し拒否的態度をとるような子に対しては、スキンシップを一旦、中止し、徐々に刺激を与え、その反応をみながら刺激の種類、程度、方法等を検討していくという弾力性、柔軟

性をもたなければならないことは言うまでもない。

また、数名の精薄児すべてに治療効果がみられたといっても、僅か数名である。それだけをもって、多刺激付加の原則がすべての精薄児に有効である、と断定するのは早計である。今後、更に、その数を増してその検討を続けなければならないが、そのみでなく、他の技法についての検討もあわせて続けていかなければならないと考えている。

次に、ある程度みられた彼等への治療効果はすべて彼等への遊戯治療の結果とみるべきではない。なぜなら、子供の発達、人格形成等に大きな影響を与えるのは家庭、特に、親の養育態度であり、それは週一度の治療者との接触よりもはるかに量的、質的両面において密なるものがあり、その影響力ははかりしれないものがあると考えられるからである。このことから、『はじめに』のところで述べたように親への働きかけ、即ち、カウンセリングは不可欠というべきであろう。そこで、子供の遊戯治療と並行して親へのカウンセリングを行なったが、その経過の概略は『親への治療過程』のところで述べた通りである。それによる親の子供に対する養育態度の変化、のぞましい基本的生活習慣づけ、当を得た知的刺激、言語刺激等がどの程度子供に影響を与えたかは明確ではないが、しかし、それらが、子供達の治療効果にプラスの影響を大なり小なり与えたことは歪めない事実だと思う。たとえば、A児の場合、親が子供の知能障害に気づかず、そのため、焦りにもた気持ちで子供に口うるさく接して来ていたのを、カウンセリングを受けたことにより、暖かく、また、やさしく接するよう養育態度の変容に努めた結果、子供の情緒が徐々に安定していき、多動も少しづつではあるが、おさまってきたことはその好例といえよう。

しかしながら、このように好転した例はむしろ数少ないものの一つで、ひと年とった親の養育態度改善等はそう簡単にできるような、そんななまやさしいものではない。筆者も、親へのカウンセリングについて試行錯誤的に行なっては来たが、その方法についてはまだまだ未熟であり、拙劣なものでしかない。今後とも、より望ましい方法の模索に努めると共に、何よりも大事な治療者自身の資質の向上にむけての努力を続けていかなければならないと考えている次第である。それと共に大事だと考えることは、カウンセリングを訪れる片親（その多くは母親）だけの治療では、他の親（主として父親）及び、祖父母達へのカウンセリング、助言指導等の結果の波及度がかかり弱まる可能性が十分に考えられるところから、その子をとりまく家族全

体への波及、啓蒙等をいかにしてはかるか、ということである。それが出来れば、より一その治療効果が期待できることは十分うなずける。このことについても、今後の検討課題として追究していきたいと考えている次第である。

以上、治療効果がみられたと思われる5例をもとに親子の治療のあり方について検討、考察を加えてきたが、残る1例、即ち、言語面での効果があまりみられなかったF児について考えてみたい。本児の場合、2年5ヶ月という長期間にわたる治療において、言語刺激、スキンシップ等は他児同様強力に行なったが、ただ、他児と異なる点は、水道の蛇口ひねりという行動をなくすため、消去法としての罰を与えたことである。それによって、その行動は消失した。だが、その代償として言語面の治療効果が相殺されたのではないか、という推論が考えられなくもない。しかし、この両者の因果関係がはっきりしないこと、更に、治療者とは勿論、家人、近所の子供達との間に対人意識がかなりめばえてきたことなどから消去法が言語発達を抑制したとみるのは妥当ではないと考える。では、ほかにどんな原因が考えられるだろうか。F児の場合、母親は勿論、祖父母も非常に熱意をもって本児の養育にとりくみ、状態改善への努力を惜しまなかった。それ故に、家庭においての言語刺激は十分に与えてきたであろうと考えられる。このことから、家庭にその原因があるとも考えられない。たゞ、母親や祖父母の話から、エンジニアである父親が非常に内向的で自閉的傾向すら感じられる（筆者も父親には一度も会ったことがない）ということから、本児がそういう父親の影響をどの程度かは判らないが、受けているのかも知れない。あるいは、本児の症状が幼少ながらかなり固定してしまっているのではないかとすることも考えられなくもない。それと、筆者の治療法の拙劣も十分考えられるところである。より望ましい治療法など今後とも検討を続けていかなければならないと考えている。

次に、B児、E児、I児3名の自閉症様児（含、疑い）の治療結果についてみてみよう。前述したように「自閉症児の遊戯療法は非常に困難であり、せめて、彼等とのかかわりがもてればよい」というのが現段階のようだが、B児については1年余の治療期間を経てやっと、時折、治療者と視線があいだした程度で終わってしまった。ところが、E児の場合は年令も2才10ヶ月という年少幼児で、治療期間も僅か5ヶ月間という短期間だったにもかかわらず、僅かながらではあるが治療者の言葉かけに対する反応がみられたり、スキン

シップにこっと笑うなどの情緒表出がみられるようになるなどの変化が生じたのである。もっとも本児の場合、幼少のため精薄か自閉かまだ判然としなかったが、いずれにしても治療効果があったことは確かなようで、このことより、3才未満児でも治療効果がみられるわけで、年少幼児でも技法いかんによっては治療効果が期待できることを示唆するものといえよう。次のI児については年令も5才9ヶ月と比較的高く、自閉の程度も疑い程度ということで症状も軽いということもあり、僅か6ヶ月という短い治療期間だったにもかかわらず、対人意識が若干ながらあらわれるとともに、反応語も徐々に増加するなど治療効果が幾分みられたとっていいだろう。この三例のみから、自閉症児の遊戯治療効果について結論づけることは勿論できないが、少なくとも、この三例については僅かながらでも治療効果がみられたことは事実である。このことから、親へのカウンセリングを含めた自閉症児の遊戯治療の見通しは、確かに困難であることに間違いはないが、決して暗いものではないと思う。更に、技法等の工夫により、少々楽観的すぎるかも知れないが、その可能性はかなりふくらんでくのではないだろう。

以上、精薄、自閉症児の治療結果から種々検討を加えてきたが、それ以外の残り3ケースについて若干の検討を加えてみよう。

まず、D児、問題意識の高い母親が、自閉症ではないかと心配して連れて来たものである。当初は本児が2才9ヶ月という幼少時だったため、その疑いも考えられたが結論的にそういう診断もくじがたく、判然としなかった。今は、それを判然とさせることよりも、社会的発達、言語発達が遅れている事実を踏まえて、それをのばすことの方に全力を傾けることが大事だということを母親にも働きかけ、治療を開始した。その結果、前述したように、母親がより望ましい養育態度に変えるべく努力したようである。このことが、本児の治療効果に大きくプラスしたことは否めないことだと考える。結局、本児は終盤には知能検査を実施することが出来るようになり、鈴木ビネー式知能検査を実施した結果、CA=5:1、MA=4:6、IQ89と、普通よりやや低い段階だが、精薄でも自閉でもないことが明らかとなった。このケースは、親の協力のあり方いかんが治療効果に大きな影響を与えたことを如実に示したよい例といえよう。

H児の場合、期間も4ヶ月という短期間でしかなかったが、治療効果らしいものは全くといっていいほどみられなかった。もう少し長くやってみなければ結

論めたことは言えないが、やはり、疑いとはいえ小児精神分裂病など精神的疾患を有する幼児にとっては遊戯治療は適切ではないのだろうか。あるいは、もっと基本的に、精神的疾患を有する幼児、児童にとっての心理治療とは一体何なのか、何のための心理治療なのか、そのあたりのことをもっと掘りさげ、追究し、明確化していかなければならないと考える。

最後に、場面緘黙を示したし児の場合は治療効果が最も早く、かつ、顕著にみられたケースといえよう。本児は場面緘黙の典型例で、その原因はおそらく心因性によるものと思われるが、結局最後まで確たる原因を把握するまでには至らなかった。しかしながら、幼児・児童性格診断検査や行動観察等から社会性が乏しい、内向的で神経質傾向が大であることなどから幼稚園入園当初何らかの心理的外傷経験をうけ、それが、場面緘黙の大きな要因になったのではないかと考えられなくもない。が、それはともかく、僅か8ヶ月の治療で前述のように顕著な効果がみられたのは12例中、本例だけといってよい。その背景には、両親の絶大な協力を勿論見逃すわけにはいかないが、緘黙児にとって、遊戯治療は非常に有効な治療法であることを示唆していると考えてよいのではなからうか。このことについて流王⁵⁾は「緘黙症は心因性の障害であって、しかもその名のとおりに、子供は口をききたがらないので、子供の心理的治療の中でもっとも遊戯療法が適している。極端にいうと、言葉がなくてもプレイができ、言葉を交さなくても、セラピストとの関係が形成できるのが遊戯療法であるからである。」と述べているが、筆者の経験からも流王のこの見解には全く同感で、更につけ加えるならば、治療者は緘黙児が早く治療室においてリラックスした状態になるよう努めることが大切だと考える。なぜなら、そうすることが緘黙児の治療効果を更に高めることになるであろうと考えるからである。

以上、12例をもとに主として治療効果を中心に検討、考察を加えてきた。12例のほとんどに治療効果がみとめられ、精薄児でも、かなり程度も年令も低い子でも、また、非常に困難とされてきた自閉症児さえも遊戯治療の可能性が示唆され、技法の工夫をしていけばより高い治療効果の望みさえ感じられる。だがここで、あらためて、何をもって治療効果があったといえるのか、その基準、根拠は何なのかなどその意義についての問を発してみるとあいまいな点なしとはいえない。このことについて海塚⁶⁾は「治療効果に関して、問題行動の軽減・除去に狭く限定する立場から、人格的不適

応の改善、さらには人格形成・人間的成長の促進という、より広く考える立場まで、種々の見解がある。」と、その考え方の幅の広さを指摘しているが、筆者は狭義の立場、現状との比較において論ずる見方をもってしてもよいのではないかと考える。問題はその比較のしかたである。筆者の場合、行動観察によるチェックリスト法、言葉の場合はテープによる語いの量、質の分析、幼児・児童性格診断検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査など種々のテストなどをもととしての比較法を用いた。治療効果の考え方についての定説めいたものは現在の所、まだ見当らないようである。今後、更に検討、考察を加えていかなければならない問題の一つであると思う。

そのほかに今後とも考えていくべき検討事項、問題点等を列挙すると、

1 治療期間の問題：これは、治療をいつ終結させるか、ということと関連するが、治療の終結とは治療目標の達成、問題の解消とされている。とすると、治療目標をどこにおくか、その考え方の基本は何かなどを明確にさせなければならぬと思う。

2 治療間隔の問題：遊戯治療は一般的に週1回が多いようであるが、(筆者も週1回行なってきた。)障害幼児の場合はもっと回数もふやした方がよいのではないかと意見もある。このことについても検証的に検討する要があると思われる。

3 技法等の問題：障害児といえども個人差は大きい。故に、遊戯治療の一般論、原則論にあまりとらわれず、個人の状態、特質にあわせた方法を考えて進めてみる。また、個別治療のみでなく集団治療法を色々条件を変えて試みてみる。また、他の治療法、例えば行動療法などとの併用を試みてみるなど、技法の検討も今後の重要課題と考える。

これらの問題を少しづつでも解明していくべく、今後更に研究を続けていきたいと考えている次第である。

引用文献

- 1) 高野清純・古屋健治共著 遊戯療法 日本文化科学社 東京 P. 231 1961
- 2) 高野清純著 遊戯療法の理論と技術 日本文化科学社 東京 P. 152 & 157 1972
- 3) 佐藤修策・山下勲編 遊戯療法 福村出版 東京 P. 166 & 167 1978
- 4) 同上 P. 130 1978
- 5) 同上 P. 79 1978
- 6) 同上 P. 165～166 1978

昭和55年3月31日受理