

# 幼児広汎性発達障害を対象とした治療教育効果の検討

養和 巖<sup>1)</sup>、染谷利一<sup>1)</sup>、斉藤厚子<sup>1)</sup>、紺野千津恵<sup>1)</sup>、塚田葉月<sup>1)</sup>、金 樹英<sup>1)</sup>

慶野遥香<sup>1)</sup>、鈴木美鳳<sup>1)</sup>、川久保友紀<sup>2)</sup>、渡辺慶一郎<sup>1)</sup>、金生由紀子<sup>1)</sup>

1) 東京大学医学部附属病院こころの発達診療部, 2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 知的障害部

## <要 旨>

東大病院こころの発達診療部が実施する治療教育の中で、小集団療育プログラムの「短期グループ」と療育相談主体の「発達心理外来」とを比較してそれぞれの有効性を、広汎性発達障害の幼児 38 名とその母親を対象とする 6 か月間の治療セッションの前後について多側面から検討した。その結果、2つの治療教育的アプローチがそれぞれ強調する点に関して顕著な効果が認められた。短期グループは PDD 幼児のコミュニケーション能力の発達をより促す効果があり、一方、発達心理外来は母親の子どもに対する適切な働きかけを増加させる効果が示された。併せて、どちらの治療教育セッション前後においても異常行動の増悪は認められなかったことから、これらのアプローチは共に臨床的に有用であることが示唆された。母親の養育ストレスは概ね〔子どもの側面〕で高値を、〔親の側面〕で正常値をとることが示された。但し、〔親の側面〕で高ストレスを示す一部の母親はライフイベントをきっかけに一時的なうつ状態になりやすいことから、特に支持的な治療的かかわりの重要性が示唆された。

<キーワード> 広汎性発達障害、治療教育、包括的アプローチ、治療効果、養育ストレス

## 【背景と目的】

広汎性発達障害を対象とした治療教育においては個々人の障害特性と患児の精神発達に適合したプログラムを早期からスタートするのがより効果的と考えられている。近年では、早期療育によって自閉症状が改善されるとの報告も見られるようになり、患者家族が治療教育に寄せる期待がいつそう高まっている。一方で、治療教育効果を取り上げた研究報告のエビデンスレベルの低さ (Diggle, T, 2003) と評価内容の妥当性について問題が指摘されている (Rogers, S, 1998)。従って、治療教育の効果を適切に評価することは急務と考えられる。

治療教育とは教育的な手段を使って、精神機能の障害や行動の異常を改善するように働き

かけたり、精神発達や適応行動を促進したりする方法である (太田, 1992)。このような多次的かつ総合的な働きかけの効果判定においては、実施された支援や治療的介入の即時的・直接的効果だけに捉われることなく、長期的効果や般化の程度や親の健康度など関連する要因との関係を明らかにしていくことが重要と考えられる。

以上の点を踏まえた上で本研究は、東大病院こころの発達診療部が外来で実施する治療教育の中で、小集団療育プログラムと療育相談主体のプログラムとを比較してそれぞれの有効性を、広汎性発達障害の幼児とその母親を対象とする 6 か月間の治療セッションの前後につ

いて前方視的に多側面から検討する。

次に、2つの治療教育プログラムの形態と構造についての異同を説明する。

両プログラムに共通しているのは個々の障害と精神発達の評価に基づいて教育的な手法を用いて実施され、患児の認知・言語発達の促進と適応行動の獲得および異常行動の減弱を目的とした働きかけである点である。これに対し、アプローチの仕方や密度の濃さにおいて異なった特徴を持つ。「短期グループ療育」では子どもへの直接的な働きかけが強調され、個別学習セッションと小集団セッションの両方で課題学習や自由遊びを通して対人的相互場面を豊富に経験する。同時に、親に対しては、療育場面の見学や親自身の心理教育セッションを通して療育的な関わり方の理解・習得を促す。一方、「発達心理外来」では子どもの学習セッションを親が見学して、セラピスト(TH.)の療育的な関わり方を子育てに活かすことを目的とした療育相談の機能を主体とする。

#### 本研究が主に検討する点

本研究では主に以下の3点について治療教育の効果と限界を検討する。

- ① 患児の精神発達、適応行動の獲得および、異常行動の減弱を指標として、2つのアプローチによる治療効果の同異を明らかにする。
- ② 子どもの生活の枠組みに沿って複数個所(家庭・保育園/幼稚園・治療教育場面)で適応行動と異常行動を評価することで般化を検討する。
- ③ 治療教育効果の関連指標として母親の養育ストレスを取り上げ、母親に対する支持的・精神療法的な働きかけの効果を検討する。

#### 【対象と方法】

対象：2005年4月～2007年3月に東大病院こころの発達診療部の外来に通院した幼児38名と母親38名。診断はDSM-IVによる(表1)。

表1 研究対象児

診断	自閉性障害性 35名 特定不能の広汎性発達障害 2名 アスペルガー障害 1名
年齢	平均 4歳9か月 (3歳4か月～6歳4か月)
性別	男児 30名、女児 8名

グループ編成での治療的配慮点：

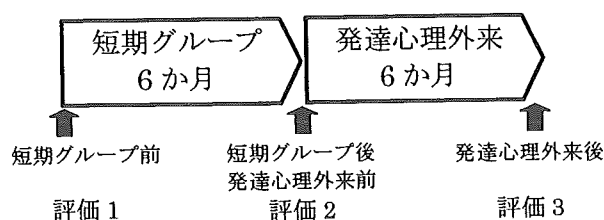
集団の効果や個々の発達に最大限よい影響があることと、親同士のよい情報交換が可能となるように以下の点を配慮して、主治医と心理士が協議して3～5名の小グループを構成した。

- ・子どもの年齢、発達水準、障害の特質と行動パターンに類似性が高いこと。
- ・個別な対応を多く要する異常行動が顕著な場合はグループ療法の適応外とした。
- ・母親同士の凝集性を重視し、精神的な配慮をした。

治療期間と評価：

1つのグループに対して最初に「短期グループ療育」を6か月間実施し、引き続き「発達心理外来」を6か月間実施する。実施頻度は「短期グループ療育」は2回/1か月、「発達心理外来」は1回/2か月であり、それぞれ6か月の治療の前後で評価を実施する(図1)。データは実施された合計10グループ(38名)より得た。

図1 治療教育と評価1～3の流れ



測度：

①適応行動と異常行動の評価（評価者：母親、幼稚園教諭/保育士、担当TH.）

S-M社会生活能力検査、異常行動質問紙(改訂行動質問票Q32、異常行動チェックリストABC)

②認知・言語発達の評価（評価者：担当TH.）  
言語解読テスト(LDT-R)

③養育者のストレスおよび健康度の評価  
育児ストレスインデックス(PSI)、  
抑うつ状態自己評価尺度(CES-D)

④全般的発達の評価（評価者：母親、幼稚園/保育園の担当先生）KIDS乳幼児発達スケール  
倫理的側面への配慮：

「短期グループ療育」と「発達心理外来」はこの発達診療部で多くの患児に適用されているアプローチであり、どちらも治療教育の重要な要素を含むため、優劣を一概には決められない。従って、本研究に参加することで生じる臨床的不利益は存在しない。本研究は東京大学倫理委員会にて承認された研究「幼児広汎性発達障害を対象とした治療教育効果の検討」の一部であり、研究の参加にあたっては親に対して事前に十分な説明をし、同意を得た。

結果の処理：

統計学的検定…各測定指標の評価1～評価3における主効果を検討する際は Friedman Test を用い、その際の有意水準を  $P < 0.05$  とした。主効果が有意水準に達していた場合は、Wilcoxon Test を用いて多重比較し、顕著な変化が短期グループ前後か、発達心理外来前後かのどちらで認められたのかを検討した。その際の有意水準は Bonferroni の不等式により修正を行い、 $P < 0.016$  とした。

欠損値の扱い方…記入誤りや、未回収などの理

由により欠損値が生じた。この場合は対応する資料と共に統計学的検定の対象から除外した。

## 【結果】

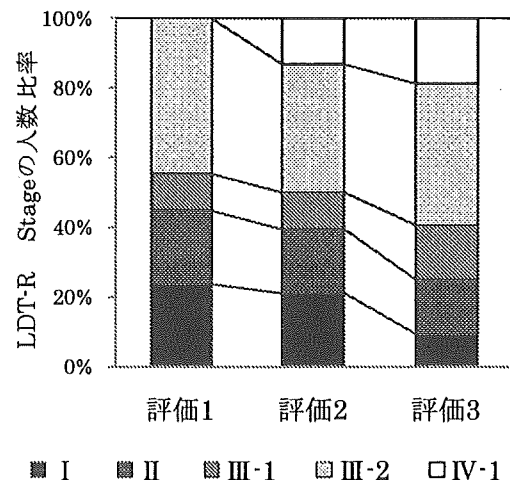
### I 発達指標・適応行動指標の変化

#### ①言語認知発達指標(LDT-R)

LDT-R ステージの継次的変化を図2に示す。測定期間内にステージが向上した児が 78% (32名中25名)で、その内訳は短期グループ前後で向上した児が 15/25名、発達心理外来前後で向上した児が 13/25名、短期グループ前後及び、発達心理外来前後のいずれでもステージが向上した児が 3/25名であった。測定期間内にステージの向上が認められなかった児が 22% (32名中7名)であった（注：同一ステージ内の下部構造の変化もステージ向上としてカウントしている）。また、ステージが低下した児は認められなかった。

統計学的検定の結果、短期グループ前後および、発達心理外来前後でいずれも有意なステージの向上が認められた (Friedman Test  $P < 0.05$ , 評価 1-2 Wilcoxon Test  $P < 0.016$ , 評価 2-3 Wilcoxon Test  $P < 0.016$ )。

図2 LDT-Rの変化



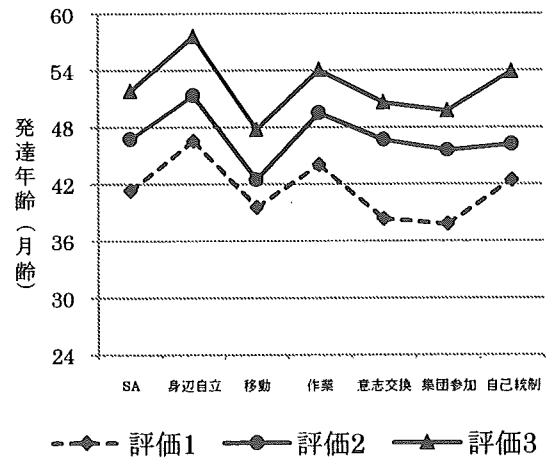
②SM 社会生活能力検査

母親および園の担任が評定した SM 社会生活能力検査の結果を表 2 に示す。

社会生活年齢 [SA] および各領域の発達年齢は継次的に向上の傾向を示した (図 3)。

[SA] は短期グループ前後および、発達心理外来前後で有意な向上を認めた。[SA]、[意志交換]、[集団参加] は母親評定と担任評定において短期グループ前後で有意な向上を認めた。社会生活指数 (SQ) の平均は 73~75 の範囲で微動し、安定した結果であった。

図3 SM社会生活能力検査 母親評定



[概念] [対子ども社会性] [対おとな社会性] は短期グループ前後で有意な向上を認めた。[しつけ] は発達心理外来前後で有意な向上を認めた。総合発達指数の平均は 64~68 で微動し、安定した結果であった。

③KIDS 乳幼児発達スケール

母親が評定した KIDS の結果を表 3、図 4 に示す。[総合発達年齢] と [操作] は短期グループ前後および、発達心理外来前後で有意な向上を認めた。[運動] [理解言語] [表出言語]

表2 SM社会生活能力検査

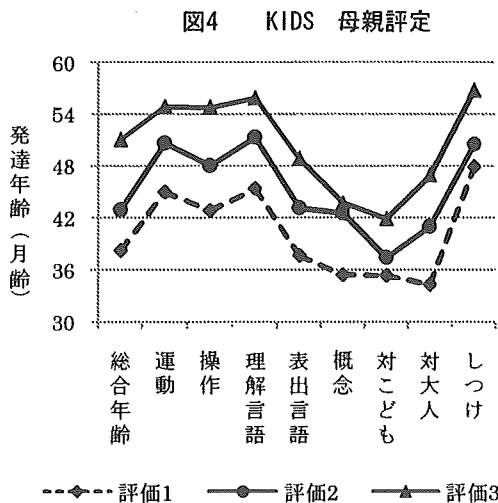
	Friedman Test			Wilcoxon Test	
	評価1	評価2	評価3	主効果	評価1-評価2 評価2-評価3
社会生活年齢(SA)	45.9(15.9)	48.4(15.6)	52.7(16.4)	*	*** **
身辺自立	53.0(19.6)	53.3(20.9)	58.4(20.6)	*	***
移動	43.6(12.3)	44(12.6)	49(18.1)	*	
作業	45.9(15.7)	49.7(14.5)	54.4(15.8)	*	***
意思交換	42.7(16.5)	47.6(17.7)	51.5(20.5)	*	***
集団参加	43.3(19.9)	48.9(19.7)	51(19.6)	*	***
自己統制	46.2(21.2)	49.8(18)	54.6(18.3)	*	
社会生活指数(SQ)	75.4(25.6)	72.6(23.1)	73.8(22.1)		

月齢平均(SD) 上段; 母親評定(N=21)、下段; 担任評定 \*はP<0.05、\*\*\*はP<0.0016

表3 KIDS乳幼児精神発達質問紙

	Friedman Test			Wilcoxon Test	
	評価1	評価2	評価3	主効果	評価1-評価2 評価2-評価3
総合発達年齢	38.3(13)	42.9(14.9)	51.1(17.2)	*	*** **
運動	45(11)	50.7(8.8)	54.9(12.4)	*	***
操作	42.9(17.7)	48.1(18.5)	54.8(17.6)	*	*** **
理解言語	45.4(18.2)	51.3(19.9)	55.9(18.2)	*	***
表出言語	37.7(15.8)	43.2(16.6)	48.9(21.5)	*	***
概念	35.5(13.5)	42.6(20.2)	43.8(18.8)	*	***
対子ども社会性	35.4(16.9)	37.5(17)	41.9(19)	有意傾向	***
対大人社会性	34.3(15.5)	41(18.5)	46.9(20.1)	*	***
しつけ	47.9(12.2)	50.5(12.1)	56.7(12.1)	*	***
総合発達指数	64.1(21.5)	67.7(25.2)	67.3(26.6)		

月齢平均(SD) 母親評定(N=15) \*はP<0.05、\*\*\*はP<0.0016



## II 異常行動指標

改訂行動質問表及び異常行動チェックリスト(ABC)の平均はすべての領域で、短期グループ前後および、発達心理外来前後でわずかに減弱した(表4、表5)。

母親の評定ではすべての指標で各評価間に有意差が認められなかった。担任とTHの評定では改訂行動質問表の〔対人相互関係〕とABCの〔無気力〕、〔多動〕、〔不適切な言語〕に有意な減弱が認められた。しかし、多重検定の結果では評価間の有意差は認められなかった。

## III 気分障害尺度、養育ストレス

### ①CES-D

CES-Dで気分障害群のカットオフ値である16点以上を示した母親は両方の治療教育前後で22%~36%存在しており、有意な増減は認められなかった(表6)。粗点を分析したところ、実施された評価の全てで(3回連続して)16点を超えた母親はいなかった。また、正常値と高値を繰り返すパターンが散見されたため、顕著な高値から正常値へと変動したケースをピックアップして詳細な経過を調べたところ、一時的に高いストレスを経験したことが予想されるエピソード(転園した先の保育園で子どもの

表4 改訂行動質問表 平均(SD)

	評価1	評価2	評価3	Friedman Test
コミュニケーション 7項目(7-49点)	16.9(5.3) 14.3(4.4) 15(3.5)	16(4.5) 13.8(4.8) 15(4.6)	13.6(5.8) 12.4(5.3) 14.3(4.9)	*
対人相互性 6項目(6-24点)	11(4.2) 13.1(4.8) 12(4)	10.3(2.7) 12(4.2) 11.8(4.5)	9.6(4.3) 10.4(5.2) 10.8(3)	*
常同回復 7項目(7-49点)	12(4.7) 11(3.6) 11.1(3.9)	11.8(3.8) 11.2(3.3) 11.3(4.4)	10.1(5) 9.6(3.7) 11.1(3.7)	*
その他 12項目(12-144点)	17.7(5.3) 17(5.4) 17.4(4.1)	17.7(3.7) 17.2(5) 17.8(4.9)	15.8(6.4) 15.8(5.7) 14.9(5.3)	*

上段;母親評定(N=23)、中段;TH.評定(N=27)、下段;担任評定(N=18)

Wilcoxon Testによる多重検定の結果は全てN.S.

表5 異常行動チェックリスト(ABC-J) 平均(SD)

	評価1	評価2	評価3	Friedman Test
1興奮性 15項目(0-45点)	10.6(7.8) 6.7(8.5) 8.8(7.8)	9.2(7.6) 6.6(7.6) 8.6(7.2)	8.5(8) 4.9(6.8) 6.9(6.6)	
2無気力 16項目(0-48点)	10.6(9.1) 14(9.5) 12.9(10.4)	8.3(6.5) 10.6(8.4) 11.8(10)	8.8(8.6) 9.7(10.5) 8.6(7.7)	*
3常同行動 7項目(0-21点)	3.3(3.7) 1.4(2.4) 2(2.9)	2.5(3.2) 1.5(2.4) 2.2(3)	2.4(3.6) 1.8(3.7) 2.1(2.6)	
4多動 16項目(0-48点)	16.1(10.7) 14.2(10) 14.5(11.6)	14.2(9.9) 11.4(9.1) 13(12.1)	11.3(10.2) 11.5(10.9) 10(10.2)	*
5不適切な言語 4項目(0-12点)	5(4) 2.4(2.9) 3.7(2.8)	4.3(3.3) 2.3(3) 3.9(3.3)	3.8(3.2) 2.5(2.7) 2.3(2.4)	*

上段;母親評定(N=23)、中段;TH.評定(N=27)、下段;担任評定(N=18)

Wilcoxon Testによる多重検定の結果は全てN.S.

表6 CES-D 平均 気分障害カットオフ値以上の人数

	評価1 N=27	評価2 N=23	評価3 N=23
平均(S.D.)	13.6(9.4)	13.5(9.0)	12(6.5)
気分障害カットオフ以上	7人(25%)	8人(36%)	5人(22%)

受け入れがよかった/入学する小学校が決定した/…)が存在していた。

### ②PSIの全体的傾向

PSI得点(子どもの側面と親の側面)の平均を表7に示し、さらに総得点および下位項目得点が85%ile以上の高ストレスを示した母親の人数を表8および、表9に示した。

全ての評価に共通した特徴は以下の点である。

- ・子どもの側面の平均は正常値と比較して、85%ile以上の高値を示した。特に下位項目の〔C2子どもの機嫌の悪さ〕、〔C3期待通りにい

かない)、[C6 子どもに問題を感じる]は顕著であった。

・親の側面の平均は概ね正常範囲であった。しかし、下位項目の [P7 子どもに愛情を感じにくい]、[P4 親としての有能さ]については40～50%の母親が高値を示した。

### ③PSIの療育前後での変化

短期グループ前後および、発達心理外来前後で統計学的には有意な PSI 得点の増減は認められなかった (Friedman Test: n. s.)。

PSI 得点が 85%ile 以上の高値を示した母親の人数を調べたところ(表 10、表 11)、発達心理外来前後で短期グループ前後よりもストレスが減少する人数が多かった。しかし、統計学的有意水準に至らなかった。

### ④CES-D と PSI との関係

評価 1～3 の各々について CES-D 得点に与える他の指標の影響を、重回帰分析を用いて調べたところ、共通して PSI [親の側面] が大きいことが示された(評価 1:  $\beta=0.810, P<0.00014$ 、評価 2:  $\beta=0.815, P<0.0012$ 、評価 3:  $\beta=0.755, P<0.0046$ )。さらに CES-D 得点が 16 点以上の気分障害群と 15 点以下の非気分障害群とを判別するのに有効な指標を抽出するために PSI [親の側面によるストレス] の下位尺度 P1～P8 を独立変数として判別分析を行ったところ、評価毎に異なる判別関数が得られた。評価 1 では P5 抑うつ・罪悪感と P6 退院後の気持ちが、評価 2 では P4 親としての有能さが、評価 3 では P3 夫との関係・P4 親としての有能さ・P8 健康状態が有効な判別関数として抽出された。

### IV 認知発達と他の指標との関係

認知発達と他の指標との関係を検討するた

表7 PSI 平均と85%ile以上の人数

	評価1	評価2	評価3
子ども側面 平均(SD)	104.5(19.3)	106.3(15)	104.8(16.8)
85%ile以上の人数	17人(52%)	19人(70%)	11人(48%)
親の側面 平均(SD)	111(25.4)	112.3(22.3)	111.6(18)
85%ile以上の人数	8人(31%)	6人(43%)	6人(38%)
PSI総得点 平均(SD)	216.2(43.2)	217.3(32.3)	214.3(31.7)
85%ile以上の人数	9人(35%)	6人(43%)	7人(44%)

表8 PSI 子どもの側面 85%ile以上の人数

	評価1 N=33	評価2 N=27	評価3 N=23
G1親を喜ばせる反応が少ない	10人(30%)	8人(30%)	7人(30%)
G2子どもの機嫌の悪さ	15人(45%)	12人(44%)	10人(43%)
G3子どもが期待通りにいかない	22人(67%)	21人(78%)	17人(74%)
G4子どもの気が散りやすい/多動	11人(33%)	8人(30%)	7人(30%)
G5親に付きまとう/人に慣れにくい	14人(42%)	9人(33%)	12人(52%)
G6子どもに問題を感じる	25人(76%)	23人(85%)	17人(74%)
G7刺激に敏感に反応する	10人(30%)	8人(30%)	11人(48%)

表9 PSI 親の側面 85%ile以上の人数

	評価1 N=26	評価2 N=14	評価3 N=16
P1親役割によって生じる規制	10人(38%)	3人(19%)	3人(19%)
P2社会的孤立	6人(23%)	5人(31%)	2人(13%)
P3夫との関係	6人(23%)	2人(13%)	2人(13%)
P4親としての有能さ	11人(42%)	7人(44%)	6人(38%)
P5抑うつ・罪悪感	10人(38%)	6人(38%)	4人(25%)
P6退院後の気持ち	3人(12%)	1人(6%)	1人(6%)
P7子どもに愛情を感じにくい	15人(58%)	7人(44%)	9人(56%)
P8健康状態	9人(35%)	4人(25%)	6人(38%)

表10 PSIストレス得点の増減 子どもの側面

	短期グループ前後	発達心理外来前後
増加	15人	6人
減少	10人	12人

表11 PSIストレス得点の増減 親の側面

	短期グループ前後	発達心理外来前後
増加	9人	2人
減少	4人	7人

めに対象児を高認知群(Ⅲ-2以上17名)と低認知群(Ⅲ-1以下21名)に2群分けしてその他の指標との関連を検討した。

### ①認知発達と異常行動との関係

改訂行動質問表と ABC の各領域を比較分析した結果、ほぼ全ての領域で低認知群の平均得点が高認知群よりもわずかに高値を示した。また、不適切な言語(ABC)の領域ではむしろ高認知群の方が高値を示した。

### ②認知発達と母親の養育ストレスとの関係

低認知群の母のストレスが高認知群よりも

高いことが示された PSI 下位尺度は〔C4 子どもの気が散りやすい／多動〕および、〔P7 子どもに愛着を感じにくい〕であった (Mann-Whitney の U 検定で漸近有意確率  $P < 0.05$ )。また、高認知群の母親のストレスが低認知群よりも高いことが示された下位尺度は〔P4 親としての有能さ〕であった (Mann-Whitney の U 検定で漸近有意確率  $P < 0.05$ )。

### 【考察】

#### 2つの治療教育的アプローチによる治療効果

2つの治療教育的アプローチ(表 12)がそれぞれ強調する点に関して、子どもの精神発達と適応行動の獲得がより顕著な伸びを示した。

#### 「短期グループ療育」プログラム

短期グループ前後で顕著な向上を示した尺度に共通した特徴は、日常場面でのコミュニケーション技能を質問項目に多く含んでいることである。さらに、母親の評価だけでなく、短期グループに直接かかわりのなかった保育者の評価でも短期グループ前後でのみ〔意志交換／集団参加〕といったコミュニケーション領域の向上が顕著であった。また、短期グループが終了した後もコミュニケーション領域の発達年齢は緩やかに伸び続けていた。以上のことを併せると、短期グループ療育は本研究の対象となった PDD 児のコミュニケーション能力の発達をより促進する効果を持ち、その効果は治療場面以外にも般化し、且つその能力は短期グループが終了した後も維持される可能性が強く示唆されたものと思われる。

短期グループ療育の特徴は、PDD 児同士がより豊富に対人相互場面を経験し、その際に適切なコミュニケーションの仕方を学べるように

治療セッションごとに発達課題と環境をコントロールしている点にある。この様な対応によって、対人場面での学習環境が最適化された結果であると思われる。

#### 「発達心理外来」プログラム

発達心理外来前後では〔操作〕、〔作業〕、〔しつけ〕の尺度でより顕著な向上が認められた。これらの尺度には日常生活の基本的な身辺自立の技能に関する項目(例：自分で体を洗う／服のスナップを自分ではずす…)が多く含まれており、子どもが技能を獲得していく上で親の適切で反復的な働きかけが不可欠な領域である。

発達心理外来で母親は、セラピストが子どもに対して療育的に働きかける学習場面を見学し、療育相談では子どもの障害特性と発達水準と年齢に適合した具体的な目標と優先順位を決めた上で、家庭での子どもへの接し方をセラピストと話し合う。このような母親への心理教育的な働きかけの効果として、しつけ場面で母親がより適切に子どもに対して働きかけることができるようになったものと考えられる。

#### 治療教育プログラムの有用性

臨床的な観点からは、短期グループおよび、発達心理外来のどちらの治療教育プログラムも対象児の精神発達を促す効果が示されたことと併せて、どちらの治療教育前後においても異常行動の増悪は認められなかったことから、

表12 療育プログラム対照表

	短期グループ	発達心理外来
療育プログラム	集団療法(40分) 個別学習(20分) 親との面接(数分) 親の療育場面の見学 親同士の交流 精神科医による講義「発達障害の医学」1回のみ	個別学習指導(30分) 親との面接(30分)
セラピスト体制	3~4名の子どもに対してTH. 5名1名の子どもに対してTH. 1名	
通院間隔	1ヶ月に2回	1.5~2ヶ月に1回
1セッションの時間	2時間	1時間~1時間30分

これらのアプローチは共に臨床的に有用であると考えられる。適宜、組み合わせて適用することが有効であると思われる。但し、その治療効果の大きさは平均すると子どもの発達指数を向上させる程ではなく、この点については個々の障害との関連を生物・心理学的レベルからより詳細に検討すべき今後の課題である。

### 母親への支持的・精神療法的な働きかけの必要性と効果

#### ストレスの子どもの側面

ストレスの子どもの側面に関しては、母親の約50%以上が著しく高いストレスを示した。これは、幼児期のPDD児を育てる母親の多くが子ども自身の特徴に由来した高ストレスを抱き、何らかの育てにくさを感じていることを示している。

評価間の比較では、短期グループ終了時(評価2)において著しい高値を示す割合が増えていた。特に、下位尺度の「子どもが期待通りにいかない」と「子どもに問題を感じる」が顕著であった。

(子どもが期待通りにいかない/子どもに問題を感じる) 質問項目の一部
・私の子どもは他の子どもと比べて手がかかる
・他の子どものように物覚えが早くない。
・私の子どもは、私が期待していたほどのことができない。

質問項目の例が示すように、これらの尺度は、他児と我が子とを比較することを求められる項目が多く含まれている。従って、一部の母親は短期グループの集団場面に参加する我が子を見学する機会を得ることによって、より重く障害を受け止める方向に認識が変化したことを示すものである。

これは母親が我が子の障害を受容していく

過程として位置づけられるものである。臨床的には、障害と向き合う母親の気持ちを共感的に理解してサポートすることが必要であると考えられる。

#### ストレスの親の側面

2つの治療教育の前後においてストレスの親の側面の平均は概ね標準の範囲であった。これは、多くの母親が社会的に孤立せずにサポートされていることや、セラピストが支持的に母親に働きかけた効果と考えられる。しかし、30%~40%の母親は著しく高いストレスを示しており、それが反応性の抑うつと強く関連していることが示された。つまり、母親が自分自身の健康に不安を抱えていたり、夫からのサポートが得られにくいと感じていたり、親としての有能感が損なわれている場合、ライフイベントをきっかけに一時的なうつ状態になりやすいことが示唆された。このような母親に対しては、養育能力が低下しないようにサポートする必要性と、母親自身のメンタルヘルスに焦点をあて経過をみるのが大切であると思われる。

#### 【文献】

- Diggle T, McConachie HR, Randle VR. (2003). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (1)
- Rogers, S. J. (1998). Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. Journal of Clinical Child Psychology, 27, 168-79.
- 太田昌孝, 永井洋子 編著 (1992). 「自閉症治療の到達点」, 47-55. 日本文化科学社
- 小野 善郎 訳・著 (2006). 「異常行動チェックリスト日本語版(ABC-J)による発達障害の臨床評価」, じほう
- 兼松百合子, 荒木暁子 ほか 著 (2006). 「PSI 育児ストレス インデックス・手引」, 社団法人 雇用問題研究会