

常同運動障害を持つ幼児への心理社会的援助

－ 児童養護施設での取り組み－

安 田 勉*

Psychosocial Treatment for the Infant with Stereotypic Movement Disorder

－ The treatment in Children's home －

Tsutomu Yasuda

There have been very few reports on treatment for the infant with Stereotypic Movement Disorder who lives in children's home. Then, this paper reports the treatment method and process (psychosocial Treatment) for the infant with Stereotypic Movement Disorder (head banging, body rocking). The subject is male infant aged 2 y-8 m. He has head banging, body rocking behaviors at the time of going to bed and getting up. Treatment methods were psychosocial treatment, namely, improvement social milieu with the infant and psychotherapy to the infant. And, the basic idea of psychosocial treatment was solution-focused approach. As the result of psychosocial treatment, head banging and body rocking behaviors diminished. The treatment period was 9 months.

Key Words : Stereotypic Movement Disorder, Psychosocial treatment, Children's home, Solution-focused approach

1. はじめに

筆者は児童養護施設において嘱託の心理相談員をしている。幼児の養育を担当して職員から、頭を打ちつけたり、身体を揺する行動を繰り返す幼児がいるがどうしたらよいだろうか、との相談を受けた。

これらの行動はヘッド・バンギングおよびボディ・ロッキングと呼ばれる常同運動である。職員から話を伺った結果、これらの行動は、反復かつ非機能的な運動行動が見られること、身体的な自傷を起こす可能性があること、4週間以上継続していること、さらには自閉性障害とは考えにくいことから常同運動障害と考え、症状軽減の取り組み（援助）を行った。なお診断に使ったDSM-IVにおける常同運動障害の診断基準は表-1の通りである。⁽¹⁾その結果、症状の軽減を見たので援助の過程について報告すると共に、援助のあり方について検討したい。

なお、事例については、プライバシー保護のため、全体の内容を損なわない程度に事実の変更をしている。

2010年4月10日受理

* 尚綱学院大学 教授

表－1 DSM－IV（1994）常同運動障害の診断基準

A.	反復し、駆り立てられようにみえ、かつ非機能的な運動行動（例えば、手をふるわせたり、振るったりする、身体を揺する、頭を打ちつける、物を口に入れる、自分の身体を噛む、皮膚または身体の穴をつつく、自分の身体を叩く）。
B.	この行動によって正常な活動を著しく障害されるか、または医学的治療を要するような身体的自傷を起こす（または予防的措置を講じなければ、外傷を起こしたと思われる）。
C.	精神遅滞が存在する場合、常同行動または自傷行動治療の対象となるほど重症である。
D.	この行動は強迫行為（強迫性障害に見られるような）やチック（チック障害に見られるような）、広汎性発達障害の部分症状である常同性、または抜毛（抜毛癖に見られるような）ではうまく説明されない。
E.	この行動は物質や一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。
F.	この行動は4週間またはそれ以上持続する。

高橋三郎他（1995）

2. 事例の概要

対象児：男児のA君で2歳8ヶ月である。1歳8ヶ月で乳児院から児童養護施設に入所している。

主訴：A君担当の職員から相談があった。頭を床に打ち付ける行動を頻繁に繰り返す。入所時から身体を揺すったり、頭を床に打ち付ける行動が見られたが、最近、頻繁になってきた。

なお、A君は担当職員から相談のある2ヶ月前（2歳6ヶ月）に、児童相談所で知的障害の有無、日常生活状況について心理判定を受けており、その所見は以下の通りである。

心理判定：田中ピネー式知能検査ではIQは103、遠城寺式発達検査では表－2の通りであり、知的な遅れは見られない。

表－2 遠城寺式発達検査の結果

機 能	発達年齢	発達指数
移動運動	2：7.5	105
手の運動	2：1.5	85
基本的習慣	2：7.5	105
対人関係	2：7.5	105
発語	2：7.5	105
言語理解	2：7.5	105

日常生活状況：

食事－こぼさず食べ、好き嫌いはないが野菜はあまり食べない。

排泄－時間誘導によりトイレに連れて行っている。成功することあり。

入浴－介助している。

睡眠－就寝時、指しゃぶりをしながら寝る。寝始めの時、うつぶせの状態では頭をぶつけるなどの行動が見られる。以前に比べると減少して入るものの、周囲で物音がしている時多く見られる。

所見：発達は年齢相応である。不安感や対人緊張の強さが頭をぶつける行動を起こしていると考えられる。養育者がゆったりとした気持ちで本児と接することが大切である。

3. 援助の過程

児童養護施設においては、職員集団の連携の中で養育がおこなわれており、個々の子どもの担当職員の主導的な働きかけと共に職員間の連携が重要になってくる。したがって、児童養護施設での援助における心理相談員である筆者の基本的な動きは、担当職員との面接、処遇会議に参加し情報交換を行うこと、そして、その会議で援助方針を決定するために情報提供をすることを通して個々の子どもの担当職員の主導性を発揮してもらうこととA君への援助のための連携作りをすることである。基本的にA君への働きかけは職員が行う。なお、処遇会議とは、援助を必要としている子どもについて情報を交換したり、援助方針を決定するための会議をいう。いわゆるケース会議である。本児童養護施設では、施設全体の処遇会議、幼児、男児、女児の各担当職員の処遇会議がある。

筆者が援助の情報を提供する際の基本的考えは、ソリューション・フォーカスト・アプローチの考えである。すなわち、問題行動の起きていないか少なくなっている（常同運動が起きていないか少なくなっている）状況（ソリューション・フォーカスト・アプローチでは「例外」という）の観察と考察をもとに、問題行動を起こしていないか少なくしていると考えられる方法を発見し、その方法を具体的な援助方法として実践することである。本事例での援助は、第一に、問題行動を起こしていないか少なくしていると考えられる社会的環境を作るために取り組むこと（社会的援助）、第二に、問題行動を起こしていないか少なくしていると考えられる本児への取り組みを行うことである（心理的援助）。なお、ソリューション・フォーカスト・アプローチについては、考察の中で詳しく述べる。

以下、援助の過程について報告する。なお、援助期間は9ヶ月である。

[セッション1]：A君担当職員との面接（X年1月）

A君の日常の様子や常同行動について何うとともに、A君の常同運動に関する具体的な状況を把握するため、行動観察を1週間行ってもらうことにした。行動観察については、A君担当職員から全幼児担当職員に伝えてもらうことにし、観察用紙に記入してもらう形をとった。観察時間帯は就寝時、起床時、および午睡時とした。なお、A君担当職員との面接はできるだけ定期的に行い、そこで話合われたことは担当職員を通して幼児担当職員へ伝えてもらうよう依頼した。

[セッション2]：処遇会議（X年2月）

幼児担当職員が集まり、A君の行動観察の結果にもとづいて援助方針を話し合った。まず、常同運動の観察について報告があった。その観察の結果は表-3の通りである。両方の常同運動は回数に違いがあるものの、就寝時および起床時に観察され、特に就寝時に多く観察されている。職員からは「常同運動としてはヘッド・バンギングおよびボディ・ロッキングであり、指しゃぶりが伴うことがある」、「常同運動は、日中起きている時は見られず、就寝時および起床時に多く起こる」、「就寝時および起床時に常同行動が起こらない時は、いびきをしている時である」、「一時帰省した時、家でもヘッド・バンギングおよびボディ・ロッキングをやっている」、「いびきをかいている時はどちらの運動も見られない」、「小声で名前を呼ぶと反応する」、「他児が泣いたり騒いだりすると動きが始まるが、突然動きをはじめるときもある」、「午睡中はほとんどないが他児が起きだしたりすると始まる」、「一定の場所で運動しているのではなく、動き回る」、「ほとんど毎日どちらかの動きを必ずしている」などの発言があった。行動観察およ

び職員の発言にもとづいて治療方針を検討したが、なかなか具体的な方法が見つからなかった。そこで、日中遊んでいる時は見られず、就寝時及び起床時に多いことから、就寝時および起床時に限定して、「常同運動が起きない時」を観察の視点として観察してもらうよう依頼した。また、睡眠が浅いことから、本児が安心して睡眠できる状況を作るための方法について話し合った。その結果、ぬいぐるみがあると寝付きやすいという今までの経験から、ぬいぐるみを持たせて就寝させることとし、2週間経過を観察することにした。また、2週間取り組んで常同運動の軽減がない場合は医学診断を依頼することを確認した。

表-3 常同運動の観察結果（1月24日～2月1日）

日	ヘッド・バンギングの回数（セット）		ボディ・ロッキングの回数（セット）		特記事項
	就寝時	起床時	就寝時	起床時	
24	8～24回（3）		2～18回（3）		頭の動きをやってから、左右の動きをする。
25	18回（4）	6回	6回		布団からはみ出ているので、戻した後始まる。朝、他児にしているのを止める。
28	13回		12～18回（2）		布団をかけると始まる。ローリングは指しゃぶりと一緒に
29	不明		54回（3）		かゆいところを掻きながらしている。
30	4～17回（3）	7回	2～8回（3）	20回	朝、ヘッド・バンギングを7回行い他児にぶつかり、ボディ・ロッキングに変わった。
31	2～100回（2）		4～6回（3）		
1	31～38回（2）		4～55回（6）		よく動く

※セットとは、常同運動が一定時間を置いてセット回数行われたことを意味する。例えば、25日のヘッド・バンギング18（4）は18回続いたヘッド・バンギングが一定時間を置いて4回繰り返されたことを意味する。

[セッション3]：A君担当職員との面接（X年3月）

その後の経過に基づいて面接した。ヘッド・バンギングは減少しているがボディ・ロッキングにはあまり変化が見られないとの報告があった。前回での報告にあったように一定の場所で寝るのではなく移動することが多く、ぬいぐるみは持っていないことが多いとのことであった。そこで、安心感を与えるために大き目の抱き枕（毛布を丸めて作ったもの）を用意し、利用してみるように提案した。なお、ヘッドバンギングが減少していることから働きかけへの変化があったと判断し、医学診断は当面行わないことを伝えた。次回面接は、新学期の時期で時間が取れないことから、5月の第一週にすることになった。

[セッション4]：A君担当職員との面接（X年5月）

その後の経過に基づいて面接を行った。A君は抱き枕を「Aのまくら」と言って使っているとのことであった。常同運動はともに見られること、そして、前回での報告と同様、睡眠時移動が多く、他児を起こしてしまったり、逆に起こされたりするが多いとのことであった。そこで、一定の場所で寝ることができるようにするために、寝る場所を現在の敷布団からベッドに移動することを提案し、経過を見ることにした。

[セッション5]：A君担当職員との面接（X年5月）

その後の経過に基づいて面接を行った。常同運動はともに少なくともはなってきたものの、眠りが浅い時、物音や他児の泣き声で常同運動が始まるとのことであった。また今まで使用していた抱き枕は、日が経つにつれ枕として使用することが多いとのことであった。そこでA君のベッドは寝室の出入り口近くにあったので寝室の中で最も静かな場所（具体的には、職員室の宿直室の入り口の所になった）に移動すること、そしてもう一つ抱き枕を用意することを提案し、経過を観察することにした。

[セッション6]：処遇会議（X年6月）

幼児担当職員に参加してもらい、経過の報告と現在の状況の確認し、今後の援助方針について話し合った。今まで、社会的援助として「敷き布団からベッドに移す」「ベッドの位置を寝室の出入り口から離れた宿直室の入り口（静かめの場所）へ移動する」、心理的援助として「ぬいぐるみを持たせる」、「抱き枕を使用する」、などの対応を行ってきた。その結果、就寝時に移動することが少なくなり、ヘッド・バンギングも少なくなり、しない時も見られるようになってきた。特に、布団をベッドに変えたこととベッドの場所を静かな場所に移動したことが有効に働いているとのことであった。しかし、日によっては常同が見られる時があるとのこと、あらためて就寝時と起床時の行動を1週間観察するよう提案した。

表－4 常同運動の観察結果－就寝時（6月20日～6月27日）

日	ヘッド・バンギングの回数（セット）	ボディ・ロッキングの回数（セット）
20	なし	30回（8）
21	なし	100回前後（2）
22	なし	20回前後（2）、100回（1）
23	なし	30回前後を断続的に
24	なし	30回～50回を断続的に
25	なし	寝付くまで断続的に
26	18回	45回前後（3）

表－5 常同運動の観察結果－起床時（6月20日～6月27日）

日	ヘッド・バンギングの回数（セット）	ボディ・ロッキングの回数（セット）
21	8回	30回前後（2）
22	なし	50回以上断続的に
23	なし	23回（1）
24	観察せず	観察せず
25	なし	30回前後（2）
26	観察せず	観察せず
27	10回	27回（1）

[セッション7]：A君担当職員との面接（X年7月）

前回のセッションで確認された就寝時および起床時に限定して行った行動観察やその後の生活の様子に基づいて面接した。行動観察の結果は表－4（就寝時）および表－5（起床時）の通

りである。ヘッド・バンギングは就寝時及び起床時ともに減少しているが、ボディー・ロッキングは[セッション2]で行った観察結果より増えていることが窺える。また、担当職員からは「ヘッド・バンギングは就寝時、起床時ともにほとんどなくなったが、ボディー・ロッキングが就寝時、起床時ともに頻繁に見られる」、「入眠時、添い寝をしてみると、ヘッド・バンギングもボディー・ロッキングも少なくなり足だけのロッキングが時に見られる」、「その日より動きの大きさや回数が異なる」、「薄目の状態で指しゃぶりをしていることが多い」などの発言があった。そこで、これからの援助方針としては、就寝時の添い寝がヘッド・バンギングを減少させていると考えられるので、追加の心理的援助として就寝時に可能な限り添い寝をしてもらうよう提案した。また、ボディー・ロッキングがまだ続いていることから、今までの社会的援助および心理的援助を継続するとともに「ボディー・ロッキングが起きていない時」を観察してもらうことにした。

[セッション8]：A君担当職員との面接（X年8月）

その後の経過に基づいて面接を行った。A君は自宅への一時帰省があり、自宅から帰ってから少なくなっていたヘッド・バンギングが増えたとのことであった。再度、常同運動を減少させるため、今までの取り組みで有効であった方法、すなわち、「静かな場所にあるベッドに寝かせ、抱き枕やぬいぐるみを持たせ、できるだけ添い寝をすること」を試みるよう提案し、また1週間、行動観察をすることをお願いした。

[セッション9]：A君担当職員との面接（X年9月）

その後の行動観察の結果や日常生活に基づいて面接を行った。まず、行動観察の結果は表-6の通りである。ヘッド・バンギングおよびボディー・ロッキングがともに減少していることが分かる。担当職員からは、「ヘッド・バンギングの後にボディー・ロッキングが始まる」、「周りがざわついている時、寝つけない」、「常同運動がある時、声かけ、添い寝、体をトントンすると止まる」「全体に眠りは浅く、明け方に熟睡しているようである」などの発言があった。特に添い寝をしながら身体を軽く叩いてやると常同運動を行うことなく眠るとのことであった。ヘッド・バンギングおよびボディー・ロッキングが気にならないくらい減少させることができたことを確認し、その方法として「静かな場所にあるベッドに寝かせ、抱き枕やぬいぐるみを持たせ、添い寝をしながら身体を叩くこと」を確認した。常同運動は気にならない位に減少した

表-6 常同運動の観察結果-就寝時（8月29日～9月3日）

日	ヘッド・バンギングの回数(セット)	ボディー・ロッキングの回数(セット)
29	数回	10時に少しあり(体をトントンしてぬいぐるみを抱かせると眠る) 2時にヘッド・バンギングの後あり(体をトントンすると指しゃぶりをして寝る)
30	11時15分に夜鳴きする子どもの声で始まる。背中をトントンすると6回位で止まる。	11時50分に始まるが背中をトントンすると止まる。
31	入眠時、ちょっとした音で数回。 2時に数回。名前を呼ぶと止まる。	風のため発熱。ちょっとした音で始まる。
1	数回	指しゃぶりをしながら数回(名前を呼ぶと止まる)
2	ボディー・ロッキングの後数回。	数回。夜間も見られるが少ない。
3	寝付くまで見られた。	他児のぐずり声で見られた。

ことから、また今後増えるようなことがあれば相談してもらうことにし、今回をもって面接を終了とすることにした。

4. 考察

(1) ヘッド・バンギングおよびボディ・ロックキングの発生状況と軽減の取り組みについて

ヘッド・バンギングやボディ・ロックキングなどの常同運動は、1950年代ごろから、特に乳児院や養護施設において見られことから、ホスピタリズムの一つ行動特徴と考えられていた。表-7⁽²⁾は乳児院におけるホスピタリズム状況としてのヘッド・バンギングとボディ・ロックキングに関する調査の結果である。50年代に多く見られたが、70年代にはほとんど見られなくなっている。これらの常同運動の減少の背景には、児童福祉法最低基準の改正によって職員一人当たりの担当乳児数の減少が考えられる。すなわち職員が増えることによって乳児への関わり頻度が多くなり、常同運動が減少したと考えられる。具体的には、1948年が3名、1964年の改正で2.5名、1970年の改正で2名、1976年の改正で1.7名となっている。

表-7 ホスピタリズム症状の年度別推移 (抜粋)

ホスピタリズム症状 年度別推移		1950(a) (池田)		1959(b) (鶴田等)		1962(b) (鶴田等)		1967-72(b) (金子等)		1973-75(b) (金子等)	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
主な精神 症状	ヘッド・バンギング	12	21.8	13	29.5	9	13.8	6	7.7	1	1.8
	ボディ・ロックキング	18	32.7	18	40.9	18	27.7	10	12.8	1	1.8
	指しゃぶり	23	41.8	19	43.2	14	21.5	23	29.5	15	26.3
対象児数 (%)		55	(100)	44	(100)	65	(100)	78	(100)	57	(100)

(a) 都内某乳児院 (b) 都立八王子乳児院
(金子保「ホスピタリズムの研究」川島書店、1994、p36、表4より作成)

また家庭児との比較検討では、表-8⁽³⁾のように乳児院に入所している子どもだけでなく、家庭児でも1割前後にヘッド・バンギングとボディー・ロックキングが見られることを示している。したがって、ヘッド・バンギングとボディー・ロックキングは乳児院に入所している子どもだけ限定して検討するのは不適切のようである。

表-8 常同行動の頻度

常同行動の種類	家庭児		乳児院収容児	
	例数	(%)	例数	(%)
指しゃぶり	9	(28.0)	28	(42.5)
ロックキング	4	(12.5)	12	(18.1)
バンギング	3	(9.4)	13	(19.6)
対象児数	32	(100)	66	(100)

(金子保「ホスピタリズムの研究」川島書店、1994、p.89、表15より作成)

また、小児科領域において、バックウイン等は、ルーリーらの研究を引用しながら、頭を揺り動かしたり、頭をたたいたりする律動運動の習癖は乳幼児に多く見られ、「非選択の小児科患者の15～20%を占めるといえるが、来院しない者を含めれば約半数に及ぶ。多くは一過的な習癖運動であるが、数ヶ月から1年以上も続くものが約5%あり、普通は2才半～3才でなくなる。時には青年期まで続く場合もある。男児の方に、少し多いようである。これらの習癖はのうち最も早く生じるのは、頭を前後左右にゆり動かすことであり、2～3ヶ月ごろに始まる。6～10ヶ月頃にその数は増大するが、まれに2才後に始まることもある、身体をゆすったり、頭をたたく症状は1才の後半に始まる」⁽⁴⁾と述べている。また、サールズ等は、頭を打ち付けたり揺すったりする行為を「自己を刺激する行為」と位置づけ、「頭を打ちつける行為は、固体の対象物に対する、頭のリズミカルな動作で、小児ベットのマットレスとか、時にはヘッドボード自体が対象になる。それらは、頭もしくは全身を揺らすことに関連している。就寝時や、疲れたとき、ストレスのあるときに、最もしばしば見られることであり、数分から数時間にわたる場合もある。小児が眠っているときでさえ、頭を打ち続けることが認められている。その始まりの年齢は、広い変動を示し、就学前ころに、最も普通に見られる。報告されているものでは、頭を打ちつけたり、揺する行為は、小児科にかかりつけの小児の中で3～10%とさまざままで、男児対女児の比率はおおよそ2～4:1である。」⁽⁵⁾と述べている。また、中村は「このようなリズム運動は発達的一段階として正常の乳児期後半に、一過性にあるいは長期に存在し、小児科クリニックの外来乳児の約15%にみられ、このリズムによって一つの安定した精神状態を作りあげ、動きを覚えこみ、自我の成長・発達をつくりあげているのだという。」⁽⁶⁾と述べている。いずれの見解も正常乳幼児にも見られる行動であることを明らかにしている。したがって、これらの律動運動ないし常同運動は乳児の正常発達の過程で見られることであり、身体的自傷を引き起こす危険性がない限りヘッド・バンギングとボディー・ロッキングなどの常同運動を軽減させる取り組みは必要ないのかもしれない。しかしA君の場合、身体的自傷を引き起こす危険性があることから、軽減させる取り組みを行うことになった。

さて、このような常同運動に対してどのような治療的取り組みが行われてきたのであろうか。バックウイン等は、「律動運動の多くは処置不要で習癖も軽視してもよいが、」⁽⁷⁾と述べながらも、メトロノームや律動的なタッピングといった対応の有効性と心理的な環境の調査の重要性を述べている。また、サールズ等は、「一般に精神医学上の治療は不必要である。もし3歳を過ぎても頭を打ちつけるか、揺する行為が続くならば精神病医か心理学者に受診するように注意する。」⁽⁸⁾と述べながら、両親に脳の損傷などを引き起こすものではないなどの説明をし、安心感を与え、具体的には小児用ベッドに詰め物をし、ベッドを安全にすることの有効性を述べている。また、中村孝は「頭打ちは眠いときによくみられるほかに、施設の乳児におおくみられることなどから、欲求不満の一症状であるというのものもある。頭打ちはときにより激しく行なうので、前頭部に腫脹をみることもある。治療は頭を打ちつける場所、壁、ベッドの柵などの保護材を当てるか、生活場所をかえる必要があるが、それよりも戸外へ連れ出し、よく遊ばせることのほうが大切である。」⁽⁹⁾と述べている。治療的取り組みは、年齢や常同運動の持続期間、常同行動による身体的外傷の危険性などを勘案して決定することになり、その方法としては、ベッドの安全を確保することや遊ばせることなどである。

このように小児科領域での一般的対応については述べられているものの、このような常同運動障害を持つ幼児の症例報告は児童養護施設を含めて少ない。A君の常同運動の軽減の取り組み

みは一般家庭ではなく児童養護施設での取り組みであり、児童養護施設の養育形態にあった援助が求められる。それは、「援助の過程」でも述べたように、職員の連携の中での援助ということである。心理相談員がA君担当職員との面接や幼児担当職員の処遇会議の中で、職員のA君を何とかしてあげたいという思いや具体的援助に合わせた提案を提供したことが結果として常同運動の軽減に繋がったと考えられる。また、職員集団のA君への援助のための意欲や具体的なアイデア作りには、ソリューション・フォーカスト・アプローチの考えが有効に働いたと考えられる。

(2) 児童養護施設におけるソリューション・フォーカスト・アプローチによる実践について

本事例は、ソリューション・フォーカスト・アプローチの考えに基づいて取り組まれた。生活場面面接を中心とする児童養護施設での実践では特に有効と考えられる。そこで、最初にソリューション・フォーカスト・アプローチの概要を説明し、児童養護施設での実践における有効性について検討する。ソリューション・フォーカスト・アプローチは1978年にアメリカ、ウィスコンシン州ミルウォキー市に開設されたBrief Family Therapy Center (BFTC)を中心に発展してきたアプローチである。ソリューション・フォーカストすなわち解決に焦点を当てて援助を進めるものである。このアプローチは精神医療、心理臨床の領域のみならず、看護、社会福祉の領域など対人的な援助を行う領域で注目され、実践されている。ソリューション・フォーカストの基本的な考え方は、上述したように、解決に焦点を合わせ、援助を行うものであり、クライアントの心理的資源（成功経験などの諸経験、肯定的生活力、回復力などを含めた解決能力）を活用しながらダイレクトに解決の状態を目指すものであり、解決構築型のアプローチである。従来、問題に焦点を合わせ、問題を解決する、いわゆる問題解決型のアプローチとは発想からして異なる。

ソリューション・フォーカスト・アプローチには基本理念、解決状況を作るための二つの「解決」、クライアント（本事例では、職員）に対する基本的援助態度、セラピスト（本事例では、心理相談員である筆者）とクライアント（職員）関係、面接の手順などについての基本概念があるが、本事例では、基本理念、クライアント（職員）に対する基本的援助態度、解決状況を作るための二つの「解決」、を基本的に活用しながら進めたので、そのことについて簡単に説明したい。

働きかけの基本理念とは、①うまく行ったら治そうとするな、②一度うまく行ったらまたそれをせよ、③うまく行かなかったら、また何か違うことをせよ、である。

解決状況を作るための二つの「解決」とは、「既にある解決」と「これから起きる解決」といわれるものである。「既にある解決」とは、一時の成功体験や何とか切り抜けている場面など、クライアントが既に自分たちで行ったり、現在行っている好ましい状況のことであり、「問題への例外」ともいわれる。したがって、これらを見つけるには、問題が起こっていない状況や軽微なうまく対応している状況への行動観察が重要になり、今までの問題発見の観察とは異なった注意の向け方を必要とする。

また「これから起きる解決」とは、「こうなったらいい」「こうなれば今よりましだ」と望むような解決の状態であり、また問題が解決した後の状況として想像したり、期待できる状態を指している。すなわち解決した状況をイメージし、その解決状況と照らし合わせながら具体的な現実的な解決方法を探っていくことである。そして、これらの二つの「解決」を用いながら具

体的な解決方法を見つけていくことになる。

クライアント（職員）に対する基本的援助態度とは、クライアント（職員）が解決のエキスパートであり、問題と解決手段について最もよく知っているし、適切な判断ができるという態度であり、Not Knowingの姿勢といわれる。

児童養護施設での実践を考えた場合、職員は多くの児童と生活をともにし、彼らへの対応は生活場面面接を中心とした対応になる。このような対応においては、解決に焦点を当てたアプローチは解決を早めるため、有効な方法と考えられる。問題に焦点を当て、原因を追求するという問題解決型は時間を要し、原因が見つからないことすらあるため必ずしも有効なアプローチとはいえない。

本事例の場合、「既にある解決」の考えに基づいて、日常のA君への対応で常同運動が減っていると思われる状況を思い出してもらったり、「これから起きる解決」をイメージしながら、解決方法を見つけ出して行った。そしてそれを実践してみてもうまく行かない場合には、基本理念の③「うまく行かなかったら、何か別のことをせよ」と「二つの解決」に基づいて、新たな方法を考え実践する。うまく減少させることができたなら、基本理念の②「うまく行ったら、またそれをせよ」に基づいて継続するという進め方である。これらの方法によって見出された方法は「ぬいぐるみを持たせる」、「抱き枕を使用する」、「敷き布団からベッドに移す」、「ベッドの位置を出入り口から離れた宿直室の入り口（静かめの場所）へ移動する」、「声がけ、添い寝、体をトントンすると止まる」などの実践であった。これらの、成功方法の発見と実践の加算が最終的なヘッド・バンギングおよびボディ・ロッキングの減少につながったと考えられる。特に、最後の成功方法であった添い寝と身体へのタッピングは大きな効果を発揮したと考えられる。

また、このアプローチは、セラピスト（心理相談員）の「クライアント（職員）に対する基本的援助態度」に見られるように、クライアント（職員）の解決能力に依拠したアプローチであり、その実践の結果、職員の自己解決能力を高める方法ともなると考えられる。「解決のエキスパートであり、問題と解決手段について最もよく知っているし、適切な判断ができる」職員の解決能力に基づいて解決方法を見つけることは、今後の様々な問題に出くわしても、同様の考えで解決して行く自己解決能力を高めることになると考えられるからである。

(3) 常同運動の発生機序について

ソリューション・フォーカスト・アプローチの考えの下に進めた心理社会的援助の結果、A君の常同運動であるヘッド・バンギングおよびボディ・ロッキングは気にならないくらいまでに減少し、面接の終結を迎えたわけであるが、どのようなことがA君に常同運動を起こさせていたと考えられるのか。

常同運動の減少につながった方法は、上述したように「ぬいぐるみを持たせる」、「抱き枕を使用する」、「敷き布団からベッドに移す」、「ベッドの位置を出入り口から離れた宿直室の入り口（静かめの場所）へ移動する」、「声がけ、添い寝、体をトントンすると止まる」などの実践であった。特に、最後に行った「添い寝と身体へのタッピング」は大きな効果を発揮したと考えられる。

身体的な自傷を避けるためにベッドの柵を保護材で覆うことの他に「敷き布団からベッドに移す」、「ベッドの位置を出入り口から離れた宿直室の入り口（静かめの場所）へ移動する」こ

とは、生活環境の調整、改善であり、社会的援助として位置づけられ、「ぬいぐるみを持たせる」、「抱き枕を使用する」、「声がけ、添い寝、体をトントンすると止まる」は心理的援助として位置づけられる。すなわち、これらの方法は、A君が安心して眠れる生活環境を調整・改善することと職員との十分な関係性を形成することであったと考えられる。したがってA君の常同運動は、静かといえない環境と職員との十分な関係性ができていないことによって生じたと考えられる。

まとめ

常同運動障害を持つ子どもへの援助についての症例報告は少ない。そこで、本論は、ヘッド・バンギングおよびボディ・ロッキングという常同運動障害を持ち児童養護施設で生活する幼児への心理社会的援助について報告した。本事例では、子どもが生活する生活環境の調整や改善（社会的援助）と共に、子どもへの心理的アプローチ（心理的援助）を行い、症状の改善が見られた。子どもへの援助は、本事例に限らず、心理的側面および社会的側面への援助が重要であり、児童養護施設においては職員に連携を作ってもらうための理念や実践方法として、ソリューション・フォーカスト・アプローチは有効であり、職員の問題解決能力を高めるものとなった。

謝辞

本論文の発表にあたり、園長先生はじめ職員の方々に大変ご協力を頂きました。記して感謝申し上げます。

引用文献

- (1) 高橋三郎他訳「DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き」医学書院、1995、p 66
- (2) 金子保「ホスピタリズムの研究」川島書店、1994、p 36
- (3) 金子保、前掲書、p 89
- (4) バックウイン夫妻著、内山道明他訳「問題児治療体系」黎明書房、1966、p 470
- (5) R・M・サールズ、A・B・ヘイスラー「自己を刺激する行為」小林登監訳『行動小児科学－子供の健康の生態学』メヂカルフレンド社、1987、p 351-355
- (6) 中村孝「社会心理的行動異常」小林登他責任編集『小児精神医学Ⅱ』（新小児医学体系第14巻B）、中山書店、1985、p 129
- (7) バックウイン夫妻著、内山道明他訳「問題児治療体系」黎明書房、1966、p 471
- (8) R・M・サールズ、A・B・ヘイスラー、前掲書、p 352
- (9) 中村孝、前掲書、p 129

参考文献

- (1) 田坂重元他「乳児院のHospitalismの問題点」『小児の精神と神経』第5巻1号、1965
- (2) 谷川貞夫「ホスピタリズムの研究」『社会事業』第36巻第10号、1953
- (3) 谷川貞夫「ホスピタリズムの研究（二）」『社会事業』第37巻第9号、1954
- (4) M. ラター著、北見芳雄他訳「母親剥奪理論の功罪」誠信書房、1979
- (5) J. ボウルビー著、黒田実郎訳「乳幼児の精神衛生」岩崎学術出版社、1979
- (6) L. カナー著、黒丸正四郎、牧田清志訳「児童精神医学」、医学書院、1964、p 461-462

- (7) C. R. ショウ、A. R. ルーカス著、松本和雄訳者代表「児童期の精神医学」医学書院、1972、p 256
- (8) 庄司順一、川井尚「家庭なき乳幼児への援助」、小此木啓吾、渡辺久子編『乳幼児精神医学への招待』（別冊発達9）、ミネルヴァ書房、1989、p 224-236
- (9) 山崎晃資編「現代児童青年精神医学」永井書店、2002、p 393-395
- (10) 今野和夫「就学前教育をめぐる」、心理科学研究会編『教育心理学試論』三和書房、1979、p 163-173