

「甘え」のアンビヴァレンスと関係発達臨床

小林 隆児

違があったのか、自分ではよく分からないが、最近では、以前に比べて患者さんと家族に楽に会えるようになったように感じている。その点は進歩ではないかと密かに思っている。今後は、脳の老化に抗して、どれだけ、思考の柔軟性を保ち、

子どもの心に耳を傾け続けられるかが自分に課せられた課題ではないかと考えている。

この本をご一読いただき、ご叱正を賜れば幸いである。

◇書評エッセンス◇

子どもの臨床アセスメント グリーンズパン他著 濱田真子訳

本書は、自我心理学における構造的な発達論を内包しつつ、それを現代的な生物心理社会モデルに再編した形で理論化しているため、保健分野、心理分野、教育分野など、子どもの発達理論を必要とする近接領域の専門家の立ち位置を基点にしながら、精神分析的な考えを取り込んでもらうことができる。実際の援助の対象となる子どもについて、どんな子どもなのか、他分野の専門家たちが使用する言語との接合点を増やしながら、互いの理解を深めていくことに役立つであろう。

例えば現在、特別支援教

育の推進などによって、教育現場での発達アセスメントは必要不可欠なものになったが、それは発達検査を1つか2つ行なえばいいというものでは決してない。発達検査でとらえられた一部の発達の問題だけが、子ども全体の問題として強調され、心のケアに関するこれまでの豊かな臨床知が十分に活用されないままでは、子どもの本当の意味での発達支援にとって望ましいものとは言えないだろう。

こうしたなかで、本書の主張は、一つの示唆を与えてくれる。まず本書では、発達検査や神経心理学的な検査、通知表や家庭訪問など、子どもの発達を定式化するための多様な手段があることを前提としている。その上でなお、その中核に子どもと実際にかかわり、面接を通して得られる

資料を捉えようとしているのである。

面接とはすなわち関与しながらの観察であり、子どもの発達のあらゆる水準と側面が試される。観察内容の検討水準は、単に情動調整の仕方が良好かどうかといった、いわゆる外側からの行動観察に留まらず、面接者の主観的な体験を判断基準として活用する側面を同等に位置づけている点に着目したい。

本書の理論と具体的なアセスメントの方略は、子どもの発達に関する包括的なアセスメントを通して、個人の内的でユニークな世界を重視したケアの可能性をきちんと残す道筋を備えていると言えるだろう。(評者・青木紀久代=お茶の水女子大学大学■精神分析研究 53 巻 4 号 (2009) より抜粋)

今から15年余り前、ある強迫性障害の青年患者との面接の一場面ではひどく困惑していた。治療関係は続き、関係も多少なりとも深まりつつあったように見えたが、なぜかあとひとつしっくりこないと感じていた。患者の状態は少し改善を示していたので、私は「かなり良くなったね」「随分とよくなったね」などと患者を励ますつもりで感想を率直に述べていたつもりであった。すると患者は「かなりではありません」、「随分ではありません」などと私の発言に悉く修正を加えるようにして反論するのだった。私の発言の一部を捉えていると反論する彼の言動が何を意味するのか、当時の

私は掴みかねていた。

その後、15年間ほどMIU (Mother-Infant Unit) での臨床を積み重ねてきた。そこで乳幼児期の子どもたちとその養育者の関係の繊細な動きを、およそ90組の親子を通して観察したが、<子-養育者>関係の難しさの根底にあるのは、子どもが養育者に対してみせる「アンビヴァレンス」であることを痛感するとともに、これに焦点を当てるのが関係発達臨床の要だと強く思うようになった。そのことを後押ししてもらったのは、2年前に出版した小書『よくわかる自閉症』(法研)の書評を書いてくださった小倉清先生のご指摘だった(こころの科学140号, 126頁)。そこで小倉先生はとても大切なことを私に付け加えてくださった。子どもの「アンビヴァレンス」はけっして子どもの生来的な特徴ではなく、養育者が子どもの絶対的な依存を無条件に受け止めることは困難であることに由来することを率直に述べられていた。それまで私は子どもにみられる「アンビヴァレンス」の原因について、講演やセ

こばやし・りゅうじ=児童精神医学

大正大学人間学部臨床心理学科教授。著書に『自閉症の発達精神病理と治療』、『自閉症と行動障害』、『自閉症とこころの臨床』(以上、岩崎学術出版社)、『自閉症の関係障害臨床』、『自閉症とこころの成り立ち』(以上、ミネルヴァ書房)、『よくわかる自閉症』(法研)、『自閉症の関係発達臨床』(日本評論社)など多数。このほど『自閉症のこころをみつめる-関係発達臨床からみた親子のそだち』を執筆・刊行。

ミナーで事あるごとに質問を受けていたが、昨今自閉症や発達障害の原因論として脳（機能）障害説が広まっていることを懸念するとともに、自説を母原病の再来などと見なされることへの警戒心も手伝って、子どもが生来的にもつ脆弱性に基づく<知覚過敏>などと根拠のない曖昧な答えをしていた。以来、関係発達臨床の根幹の問題である「アンビヴァレンス」を、関係の問題として捉えることによって、私の臨床的スタンスはそれまでよりも随分と居心地のよいものとなった。

子どもの「甘え」がそれなりに充足されていくためには、養育者は子どもの言動の背景に「甘え」にまつわる気持ちが働いていることを肌で感じる事が必須であるが、それを困難にする背景要因は実に多様である。臨床家はその要因を紐解きながら、丁寧に養育者に返していくことが求められるのだが、子どもの多様な障害や症状がまさか自分との関係の中で生まれているとは、まったく予想もしない養育者も少なくない。それゆえ、臨床の場では、養育者の先入観を取り除くために、<いま、ここで>子どもと養育者のあいだで起こっているところの動きをアクチュアルに捉えて、養育者自身が肌で感じ取れるような介入を心掛けることが求められる。そうすることによって養育者も初めて腑に落ちる経験をする事になり、子どもの気持ちを肌で感じ取れるようになる。

このような臨床を実践する上で、これまでMIUで母子関係の機微をつぶさに観察してきた経験は極めて貴重なもの

あったとつくづく思う。子どもが養育者に対して示す「アンビヴァレンス」が具体的にどのような言動でもって示されるのか、それを目の当たりにしてきたからである。それを私は自分のこころの動きと重ね合わせながら観察し続けてきたゆえ、自らの「アンビヴァレンス」にも気づきやすくなった。

冒頭に取り上げたエピソードに戻るが、当時私は患者に対してかなり親近感を抱くようになっていたと思う。つまり、私は患者に心理的に接近しようとしていたのだ。そうした私の接近に対して、患者が思わず言葉で反論したということは、私の接近によって患者の「アンビヴァレンス」が刺激され、思わず回避的反応が誘発されたということではないか。

ここで示された両者間のこころの動きは、情動の世界の現象であるが、これは人間関係における原初段階のコミュニケーション世界である。ここでの体験の素地は乳児期の<子-養育者>関係の中で培われていくが、ここで「甘え」の体験が充足されるか否か、このことがその後のこころの育ちに決定的な影響を及ぼすことは言うまでもない。もしも様々な事情で「甘え」がほとんど受け止めてもらえなかった場合、こうした情動の世界はその人にとってはなほだ居心地の悪いものとなっていく。それが強い「アンビヴァレンス」を生むことになる。情動の世界は身体で感じ取るしかない体験であるゆえ、それが心地よいものであれば、自らの存在をすべて委ねることさえ可能なものを感じるが、不快なものとし

てしか体験されていない人にとっては、これほど不気味で恐ろしいものはない。姿勢がほとんどといっていいほど捉えられない世界だからである。そうであれば、このような人はどのようにしてそうした不安や恐怖から逃れようとするか。そんな時に、「ことば」は数少ない頼れるものに映る。実際は「言の葉」であることが多いが、幻影であったとしてもいつきは形あるものとして目にすることができからである。情動の世界に身を置くことが困難な場合、ことば、つまりは理性の世界に寄りかかろうとするのはそのためではないか。

ことば、とりわけ話し言葉は、言葉のもつ意味的側面（字義）とともに、語り手の情動（気持ち）が重なり合うようにして相手に伝わっていくものである。本来のコミュニケーションでは語り手の気持ちを受け止めることを大切にすることが、情動の世界に身を置くことに強い「アンビヴァレンス」を抱いている人であれば、

それに対して思わず回避的になり、字義にしがみつ়ことになる。これが字義拘泥といわれる現象である。先の強迫性障害の患者が見せた姿は恐らくそのような類のものであったに違いない。

このように考えていくと、精神療法において、患者の「アンビヴァレンス」を鋭敏に感じ取り、それを積極的に取り上げることは、患者の過去の問題、とりわけ乳幼児期早期の被養育体験に自ずから繋がっていく。それが可能になった時、患者の「アンビヴァレンス」が緩和されていく。精神療法の主たる目標はこのあたりにあるのではないか。そう考えていくと、私のMIUでの体験と関係発達臨床で目指してきたことは、どのような患者のこころの臨床においても相通じるものに見えてくる。退屈を迎えてやっとなしは精神科臨床の面白さと難しさが見えてきたというのが、今の私の偽らざる心境である。