

乳児期

❖大正大学人間学部臨床心理学科

小林 隆児 *Ryuji Kobayashi*

I はじめに

発達障碍の治療に対してさまざまな試みが行われるなかで、今日のひとつの流れに早期発見、早期治療（療育）がある。このような発想が生まれるのは、発達障碍という「精神障碍」が、いつからどのような形で出現するのか、それを見極め、発見し、可能な限り早く働きかければ、その後に出現することが危惧されるさまざまな障碍や症状が軽減あるいは消退するのではないかという予防の可能性への期待からである。

その先駆けとなった研究のひとつに、発達障碍とりわけ自閉症（当時は小児精神病と称されていた）と診断された子どもたちのなかで乳児期に記録されたホームビデオに見られる子どもたちの特徴から、なんらかの早期徴候を見出そうとする後方視的研究がある（Rosenthal et al., 1980）。

その一方で、今現在見ている乳児のなかに、自閉症を疑うなんらかの徴候を発見しようとする前方視的研究がある。乳児自身を直に観察していくなかで見たいこうとするものであるが、そこではいわゆる自閉的行動特徴、あるいはアタッチメントにまつわる問題が主に抽出されている（黒川・米島, 2006）。

これらの研究に共通しているのは、発達障碍、とりわけ自閉症スペクトラム障碍を主な対象

に、早発型を発見しようとするところにある。その背景にあるのは、子どもの個体内になんらかの（能力）障碍を想定し、それがどのような表現型で乳児に出現するかという障碍観である。いわゆる個体能力障碍観である。

発達障碍とは何か、それについての詳細な検討をすることなく、従来の発達障碍なる概念を前提にして、その行動特徴のみに焦点を当てて検証していくという姿勢の持つ問題について、筆者（小林, 2008; 2010a; 2010b）は幾度となく取り上げてきたので、ここではそれを繰り返さない。

すでに久しくいわれてきたように、乳児はひとりの存在として独立して自存できるものではなく、養育者とともにあって初めて、ひとりの人間たる存在として生きることができる。養育者に絶対的に依存しなければ生きていけないのが乳児という存在の最大の特徴である。発達障碍といわれる子どもたちにおいてもしかりである。よって、乳幼児個人のみならず焦点を当ててではなく、子どもとその養育者をひとつのペアとしてとらえて理解し接近するというスタンスが不可欠である。筆者がMother-Infant Unit (MIU) を創設して臨床に取り組んできたのはそのためである。

しかし、先の後方視的、前方視的研究ともに、

そのような視点は見られず、あくまで乳児自身の行動特徴にばかり焦点が当てられているというのが現状である。

II 「甘え」のアンビヴァレンスについて

これまで筆者は発達障害を「関係障害」として見ていくなかで、いかなる発達段階にあってもその〈子ども-養育者〉関係において「関係障害」をもたらす最大の要因として、「甘え（関係欲求）」のアンビヴァレンスを指摘してきた。子どもは養育者に対して、注目してほしい、構ってほしい、甘えたいという気持ちを抱きつつも、いざ養育者が関わり合おうとすると、まるでそうでないかのように回避的反応を示す。その結果として「甘えたくても甘えられない」状態が生じ、両者間に関わり合うことの困難が生じる。それを「関係障害」としてとらえて、支援の手だてを考えていくものである。

ただ、ここでもっとも注意しなくてはならないことは、この「甘え」のアンビヴァレンスを子ども個人の（障害）特性としてとらえてはならないということである。なぜなら、子ども、とりわけ乳幼児は養育者に絶対的あるいは相対的に依存しなければ生きていけない存在であるからである。依存つまり「甘え」は子どもにとっては生命維持のために本能的に身に付いた欲求であるが、それを養育者がいつも受け止め、受け入れてくれるかといえば、けっしてそうではない。養育者はおのおの独自の歴史や状況を抱えているがゆえに、それを受け止めることが困難で、逆に排除したりすることがおおいに起こりうる。その端的な例が子ども虐待であることはいうまでもない。それゆえ、子どもの「甘え」は必然的にアンビヴァレンスを孕むことになる。「甘え」のアンビヴァレンスを「関係」の問題としてとらえなくてはならない最大の理由はここにある。

III 乳児においてアンビヴァレンスはどうのように顕在化するか

乳児期でのアンビヴァレンスは以下のような表現型で顕在化する。

- ・母親が遠くから見つめると、乳児は視線をこちらに向けるが、いざ近寄っていくと、視線を回避する。
 - ・母親が抱くと、乳児は仰け反って嫌がる。
 - ・母親が抱くと、乳児は二の腕を母親の身体と自分の身体の隙間に入れて、密着するのを避ける。
 - ・母親の乳房をほしげらず、自分の身体の一部をいじったり、しゃぶったりする。
 - ・眠たそうにしているも、いざ寝かしつけようとするともわずかつて寝ようとしめない。
- など

アンビヴァレンスが強い状態で睡眠の問題も起こりやすいのは、「甘え」のみならず本能的・生理的欲求すべてにおいて同様にアンビヴァレントになりやすいからである。ここで大切なことは、睡眠を始めとする生理的欲求は単に生理的なものではなく、必ずそこに「甘え」を内包した母子関係が絡んでいるということである。それゆえ、「甘え」の問題は生理的欲求すべてに波及すると思えなければならない。最後に取り上げる事例でそのことが端的に示されていると思う。

IV アンビヴァレンスを乳児は主観的にどのように体験しているか

アンビヴァレンスの問題を考える際に非常に重要かつ問題となるのは、「甘え」のアンビヴァレンスを示唆する行動をとっている乳児自身がそのとき、主観的にどのような体験をしている

かということである。乳児自身が必ずしも「甘えたくても甘えられない」と主観的に感じているわけではないということである。アンビヴァレンスを思わせる行動は、身体水準ないし自動水準の行動であって、原初段階での体験である。「甘え」にまつわる体験は当事者自身が気づかないところで起こっている。そこでの養育者の関わりの方質そのものが、乳児自身の主観的体験に大きな影響を及ぼすのである。

V 関係発達支援について

「関係」の視点から発達障害をとらえた支援を、筆者はこれまで「関係発達支援」と称して実践してきた。その要諦は以下の通りである。

乳幼児期にみられる子どもと養育者のあいだに生まれる関わり合いの難しさが生まれる最大の要因は、子どもに見られる「甘え」のアンビヴァレンスと、それと結びついて現れる養育者の側の子どもの関わるのが難しいという戸惑いや困惑、そして焦燥感である。それゆえ、臨床の要となるのは、このアンビヴァレンスを緩和するように働きかけること、養育者の側の負の感情および負の関わりを軽減していくことである。いいかえれば、両者のあいだに生まれた負の循環（悪循環）を断ち切ることである。アンビヴァレンスを緩和する働きかけの中心は、それまでの養育者による過干渉的な対応をできるだけ控え、子どもの関心の向かうところを丁寧に受け止め、それに呼応していくことである。

このような対応が功を奏すると、子どもの「甘え」が前面に現れやすくなり、その結果、子どもの気持ちの動きを掴みやすくなる。子どもの気持ちが養育者に掴みやすくなることによって、養育者も子どもの気持ちを受け止めることが比較的容易になり、当初の関わりが難し

いという感じが薄れ、好循環が生まれる端緒が切り開かれる。そのなかで子どもに少しずつ安心感が育まれていくようになると、子どもは外界に対して好奇心を持ち始め、積極的に外界との関係を持ち始めるようになる。

子どものそうした生き生きとした肯定的な姿は養育者の大きな喜びとなり、養育者の前向きな育児姿勢を強めて、子どもとのあいだで何かを共有しよう、子どもの気持ちに添おうという姿勢が生まれやすくなる。こうして好循環が本格的に巡り始めると「甘え」はさらに強まっていくが、それとともに子どもの側にさまざまな表現意欲が湧き、それを養育者と分かち合うことが大きな喜びとなっていく。このような母子関係の変化を通して、母子ともに互いを心底理解することができるようになる。その結果、母子双方に基本的信頼感が生まれていくのである。

VI 具体的な事例を通して考える

A子、初診時年齢9カ月。

【主訴】（母親の訴え）自分になつかない。

【家族背景】両親とA子の3人家族。都会でのマンション暮らし。母親の実家は電車で2時間ほどの距離にあり、祖父母とも健在で、伯母（母親の姉）も自分の家庭をもち、実家のそばに住んでいる。

【発達歴】胎生期、特に異常もなく、満期正常分娩。生後0カ月、母乳で育てたが、ほとんど寝ないで泣き続けていた。当時は母乳不足のためかと思っていた。産院の1カ月検診で、母乳からミルクに切り替えるように助言されたため、ミルクを主体とすることにした。しかし、相変わらず泣き続けて寝ない状態が続いた。2～3カ月、首が座ってきた。45分で周期的に泣くので、再び産院で2カ月検診を受けた。そこで大学病院小児科を紹介されて受診した。睡眠、脳波などの精査で異常はなく、様子を見る

ように言われた。しかし、いつまでたっても大声で泣き続け、泣き止まない。試行錯誤でありとあらゆる手だて（ミルク、室温、衣服、明かりなどの調整、昼間の遊び、散歩など）を試みたが、まったく改善の兆しはなかった。どこに相談に行っても様子を見るように旨われるだけだった。4カ月、泣いている様子をビデオに撮影して大学病院で見てもらった。診察の際にもひどく泣き続け、どんなにあやしても、まったく周囲に注意を向けなかったため、主治医も慎重に経過を観察しましょうと言ってくれたが、具体的な手だては何ひとつ助言してくれなかった。昼夜を問わず、寝つきも寝起きも悪く、夜は約1時間ごとに目を覚まし、激しく泣いた。機嫌のよい時はほとんどなく、いつも怒ったような声を出し、奇声で大声を出す。かんしゃくのような不機嫌な時がほとんどだった。おもちゃを見せてもまったく変わらない。4カ月半、寝返りができるようになった。母親が日中ひとりで世話をすることに困難を感じ、A子と母親は実家で生活をするようになった。しかし、夜は母親がひとりでA子の世話をした。大学病院でも睡眠についての対応のみで、睡眠剤も効果なく、経過を観察しましょうと言われるばかりであった。5カ月、母親の精神的不安は増すばかりで、ついに大学病院で産後うつ病との診断を受け、母親自身が治療を受けることになった。A子への哺乳も断乳することになった。そのため、父親が仕事の帰りに実家に寄ってA子の世話をするようになった。6カ月、お座りができ、ガラガラを自分で少し振ることもできるようになった。周囲に対する反応も少し出てきた。7カ月、母親のうつ状態はさほど改善せず、うつ状態の母親と一緒に過ごすのは子どものためによくはないとの実家の判断で、近くの精神科病院に（医療保護）入院することになった。そのあいだ、実家の祖父母や伯母がA子の世話をすることになった。8カ月、はいはい、つかまり立ちができるようになった。母親は2カ

月後に退院したが、主治医にA子を保育園に入れるように勧められたので入れることになった。育児はおもに祖父母が担当し、夜だけは母親が相手をするようになった。父親は週末だけ実家に帰って、家族みんながそろう生活を送ることになった。

現在の母親の心配は以下のような深刻な内容であった。

あやしても笑わないなど、親子間でコミュニケーションらしいものがとれない。離乳食で相手をしていても、顔を斜めにして目をそらすなど、視線が合いにくい。遠目ではにっこり笑うこともあるが、他人にも同じようにするし、母親が近づくとすぐに目をそらす。甲高い不機嫌な声を出すことが多く、機嫌のよい声はまったく聞かれない。指差しをしても、指先を見ない。名前を呼んでも振り向かない。母親が声をかけても母親の顔をまったく見ない。音に敏感で、誰かの話し声や物音にはすぐに反応して、そちらの方を見る。大人のやることを模倣することもない。大学病院の主治医は、声に対する反応は良好で、まったく問題はありませぬ、と言う。

保育園に送り迎えに行っても、人見知りや後追いをまったくしない。母子関係をしっかりしたものにしたと思って、今回受診したという。母親自身は自分の姉の子育てを見ていたので、妊娠中から子育ては楽しみにしていたとも言ふ。家事全般は母方祖母がやってくれるので、子どもの相手をする時間はたくさんあるが、どう関わればよいかわからない。誰に対しても同じようにいつもにこにこしていて愛想がよく、母親を特別な存在としてみていない。だからつらいというのである。

【初診時の状態】他のスタッフが相手をしている最中に、筆者が入室。こちらにちらっと視線を向けて用心深そうな表情を浮かべている。人見知りらしき反応は見せたが、そばにいた母親に接近することはまったくない。筆者が近づいて抱きかかえようと、嫌がるような抵抗を見せな

いが、身を固くして無表情でおとなしく抱かれている。抱いていても抱きやすい姿勢 (clinging position) を取ることはない。全体的に反応は乏しく、全身の動きも乏しい。抱いていて重く感じる。1時間ほど相手をすると、こちらに少し馴れてきた様子も見えたが、それでも表情は乏しい。母親は懸命になってA子からなんとか反応を引き出そうとしている。そんな姿が痛々しく感じられる。あまりに強い焦燥感を抱く母親の懸命さは今のA子には圧倒されるような侵襲的なものを感じられ、より一層回避的の反応を引き起こしていることが容易に感じ取られた。明らかに母子間に負の循環が生じて、深刻な母子の関係障害が生まれていると判断できる状態であった。

これまで頻りに病院を受診しているが、もう少し早い段階で「関係」そのものをきちんと診ることが主治医にできなかったのかと残念に思う。A子の行動観察ばかり行っている限りは、さほど問題を感じなかったかもしれないが、「関係」を診ればもっと早期になんらかの問題が把握できたのではないと思われる。母親は関係をよくしたいという涙ぐましい努力をしているが、その気持ちとは裏腹に、母親の働きかけそのものはこの子にとってはかなり侵襲的な色彩を帯びた刺激となっている。まさに負の循環の連鎖が起こっているといえよう。その背景になが絡んでいるのか、そのことを母親自身の生活史を振り返りながら探っていくことが大切だと思われた。

母親の希望で、2週間に1回、クリニックの一室 (遊戯室) で、母子への関係発達支援を行うことになった。

【関係発達支援の経過】(2回目) A子はまったく母親の存在を無視しているがというところではなく、さかんに母親に近寄って膝の上に登っていくが、いざ母親が抱っこしようとする、すぐにむずかかって降りようとする。母親が降りると、すぐにまたむずかり始め、母親の膝の上

に登ろうとする。このような行動を繰り返している。典型的なアンビヴァレンスが認められるが、母親の不安と緊張は非常に強く、このようなA子の行動に対してなす術もなく、お手上げの状態である。

実家の両親は、A子が泣いていると、お腹が空いているからだろうと決めつけて、母親にすぐに応じるように指示するが、自分はそう思わないという。母親は自分の両親とも意見が食い違い、そのことがさらに母親の苦痛になっていることがわかってきた。A子は周囲の大人にはとても愛想がよく、みんな大丈夫だよと言ってくれる。それが母親をますます孤立化させ、暗中模索のなかでの母親のいろいろな試みは、挫折感、罪悪感、自責感、焦燥感を強めていることがわかってきた。

実家の祖母も同伴していたが、自己主張の強い女性で、母親に対する言い方も命令口調で、困ったものだという思いがひしひしと伝わってくる。祖父母や父親みんなが母親のうつ状態に対して、強引に入院を勧めたようで、母親は孤立し、入院を拒否したために医療保護入院となったという。母親にとって入院体験は心理的な負い目とこころの傷となっていることが容易に想像された。応援団は多いのだが、それが逆に母親の焦燥感を強めている。父親の協力が今後の行方を占う意味でも鍵を握っていると思われたが、その後一度も父親は同伴して来院することはなかった。

(3回目、生後10カ月) しばらく自由に母子一緒に過ごしてもらったのちに、母親にA子を抱きしめてみるように指示した。その際、母親には立って抱くように伝えた。母親はあやしていたが、途中A子が数回むずかかったので、母親はすぐに降ろしたがった。しかし、筆者はそのまま抱き続けましょうと、励ましながら指示した。ずっと横で時折支えながら筆者は介在し続けた。30分ほど経過すると、A子はそれまでの苛立ちが消えておだやかになり、気持ちよ

さそうにして母親に抱かれながら、ついには入眠していった。筆者にとってもたしかな手ごたえを感じさせる試みであった。母親はいまだしっくりとこない感じを持っていたが、このような試みを繰り返していきましょうと助言した。しっかりと抱っこをし続けることで、子どものアンビヴァレンスが緩和されることが期待されたからである(小林, 2000)。ただ、ここで筆者にとって気がかりだったのは、母親の抱き方があまりにもぎこちなく、あやし方のリズムも悪いし、A子の身体を支えるのもぎこちないことであった。母親はA子がどんな反応をしているかを直接見て確認したいのか、上からA子の顔を覗こうとしているので、それは抱き方をより不自然にするし、覗かれると(視線のもつ vitality affects の強さゆえに)A子は不快に感じやすいと思われたので、それは控えましよう助言した。

(4~5回目)この2週間で急激な変化が見られた。A子の自己主張が非常に強まった。かんしゃくを起こしてはひっくり返って泣くようになった。そのためにますます母親は大変になったという。しかし、初めて同伴した伯母によれば、母親をさかんに追いかけるようになって、膝の上にも乗るようになった。声もよく出るし、よく笑うようになったというのである。しかし、いまだ母親はこの子の視線を気にしていた。じっと目が合わないというが、母親の焦燥感強く、そのような強い視線で見つめられたら、A子でなくても視線をそらしたくなるだろうと思われた。しかし、そのことは指摘せず、A子の肯定的な変化のみを取り上げるにとどめた。

(6回目)2日後にちょうど1歳になるまでに成長した。相変わらず睡眠の問題は続いているというが、母親への「甘え」は着実に増えていた。祖母(母親の実母)から聞いた母親の生活史は次のようなものであった。

7歳上に姉がいたこともあってか、この子(母

親)を育てるのはとても楽だった。夫(祖父)は家父長制の強い厳しい家庭に生まれ育てられたこともあって、とても厳しい人だった。自分ではこの子には自由奔放にさせてきたつもりだが、この子はそう思っていないで、厳しかったという記憶が強いと今でも言う。中学時代から運動が好きになって、テニスをしていた。私(祖母)は協力して送迎をしてやった。学校も本人の意思で選ばせた。当時はとてもおとなしく、問題になることはまったくなかった。今になって反抗しているようだ。7年ぶりの子どもだったので、みんなからかわいがられたと思う。しかし、本人に言わせると、私の話し方が厳しかったので、圧倒されていたとも言う。

祖母の話聞きながら、母親自身は次のようなことを訴えていた。自分の子を産んでからというもの、祖父母とも私に一方向的に厳しく言うばかりで、私の考えを聞く耳を持っていない。「この子(A子)が手のかからない子だったら、もう少し自分で思うように育児をやりたかったのに、悔しい!」とも言う。A子に対する心配をいろいろと訴えても、子どもとはそんなものだと言われるだけで、まともに相手をしてもらえなかったと振り返るのだった。

大学病院で主治医から自閉症かもしれないと言われたことが母親の不安に追い打ちをかけていた。いまだ母親はA子の変化を否定的にとらえがちで、なんでも自閉症と結びつけてしまいがちであった。このような否定的な受け止め方が持続している背景には母親の抑うつが深く関係していることが考えられたが、母親はうつ病の治療については実家の近くの病院で治療を継続していた。

祖母は自分の価値観をはっきり口にする人で、相手の気持ちにはあまり頓着しない人である。この日の帰り際の次のようなエピソードは祖母の子育ての様子を彷彿とさせるものであった。

祖母が待合室でA子と一緒に待っていた。A

子が他の患者のそばに近寄って行ったのを見て、その様子を筆者は微笑ましく見守っていると、祖母がA子に突然「先生（筆者）にバイバイは？」とさかんにお別れの挨拶をさせようとする。それがあまりにも何度も確認するほど強い調子だったので、それまでのほのぼのとした雰囲気がいすっきり消え去ってしまうほどだった。祖母は周囲の人の期待を先取りして（というより本人の価値観に基づいて）、孫（A子）に挨拶をするように仕向けているのだが、このように、祖母には子どもに対して周囲の期待に添った行動を促そうとする傾向がとて強いことを見て取れた。母親も自分（の意向）が無視され、周囲に合わせるように仕向けられたであろうことが想像できたが、母親はそれに抗することもできないまま、圧倒されるようにしておとなしく育ってきたのではないかと推測された。

【その後の経過】1歳3カ月まで経過を追いつながら見てきたが、A子は母親に随分なついてきた。母親もその変化を肯定的に受け取っていたが、筆者には母親のぎこちなさがずっと気になっていた。うつ病も治療継続中であった。しかし、母親の方から治療を打ち切りたいとの希望が出された。経済的な負担が主な理由のようであったが、本当のところは別なところにあるのではないのかも感じられた。家族みんなからもさほどのサポートは得られてない状況に変わりはないようであったが、なぜか中途半端な形で治療は終結した。実家のみならず父親の心理的サポートも乏しい状況で、今後のA子の成長がどうなるか、気になるところではあった。筆者にとっては不全感の残る事例である。

Ⅶ おわりに

これまで筆者が乳児期の事例に直接出会った機会はきわめて少ない。その乏しい経験からではあるが、乳児期の〈子-養育者〉関係の見立

てはさほど難しくないように感じている。乳児はアンビヴァレンスをとてもわかりやすい行動で示すからである。相手によって乳児の反応は大きく異なる。そのため、「関係」の視点はことのほか重要であると思う。

今われわれ臨床家に求められているのは、このようなアンビヴァレンスがライフサイクルによって、その表現型をどのように変えていくか、しっかりと体感できるようになることである。

なお、筆者はこれまでに1歳0カ月で診た事例に対する関係発達支援の詳細な報告を行ったことがある（小林，2007；小林ら，2007）。ご参照いただければ幸いである。

文 献

- 小林隆児（2000）自閉症の関係障害臨床：母と子のあいだを治療する。pp.176-177。ミネルヴァ書房。
小林隆児（2007）障害をもつ子どもの母親へのケア。こころの科学。134；67-71。
小林隆児（2008）よくわかる自閉症：関係発達からのアプローチ。法研。
小林隆児（2010a）自閉症のころをみつめる：関係発達臨床からみた親子のそだち。岩崎学術出版社。
小林隆児（2010b）関係からみた発達障害。金剛出版。
小林隆児、井上玲子、稲岡聡（2007）高機能広汎性発達障害のリスクをもつ1歳男児に現れた原初的身振りの意味の検討。児童青年精神医学とその近接領域 48(3)；353-369。
黒川新二、米島広明（2006）乳児期の自閉症の発見と援助。In：高木隆郎ら編：自閉症と発達障害研究の進歩 第10巻。pp.435-442。星和書店。
Rosenthal J, Massie H & Wulff K. (1980) A comparison of cognitive development in normal and psychotic children in the first two years of life from home movies. Journal of Autism and Developmental Disorders 10(4)；433-444.