

# 甘えたくても甘えられない—関係臨床のコツ—

小林 隆 児

## Ambivalence of “Amae”: Some Keys in the Clinical Viewpoint of Relationship

Ryuji Kobayashi

### はじめに

本日、このような機会を与えていただいたので、私がこの四半世紀ずっと関心を抱き続けてきた「関係」について現在考えていることをお話させていただこうと思います。

今でこそ発達障碍研究において「関係性」という用語は流行語のようにして誰もが使用していますが、それはごく最近のことではありません。時代は変わるものと痛感させられます。ただ、巷で使用されている「関係性」と私が考えているそれとは全くと言っていいほど意味は異なっています。まずは私自身のことを少し振り返ってみます。

私が最初に「関係性」なる用語を使って論文を公に発表したのは1996年で、今から20年ほど前のことでした。当時私は「関係」を軸に観察と臨床を実践する母子ユニット（Mother-Infant Unit：以下MIU）を創設して臨床研究を開始し、以後14年間（1994.4. - 2008.3.）にわたって知見を蓄積してきました。しかし、当初学会で発表すると、ある人物から決まったように母原病の再来であるとのひどいバッシングを受けていました。今思い返してもそれが学問の世界で行なわれることなのかと思われるほどの信じがたい仕打ちでした

<sup>1</sup> 小林隆児（1996）. 自閉症の情動的コミュニケーションに対する治療的介入—関係性の障害の視点から—. 児童青年精神医学とその近接領域, 37(4), 319-330.

が、それ以上に恐ろしいと思われたのは、そうしたバッシングに対して会場にいた聴衆誰一人として私を擁護する者がいなかったことです。それでも私はひるむことなく黙々と臨床活動を継続し、研究者としてなんとか今日まで生き延びることができました。

MIUの活動は毎週金曜日のみでしたが、それでも実数81組の母子に出会って治療的関わりを持ったことになります。その中から新奇場面法 (Strange Situation Procedure: 以下 SSP) を用いて母子の「関係」評価を実施できた事例のみ55組を対象に、録画ビデオを繰り返し見直ししながら、その関係の特徴を抽出して纏めたのが、昨年(2014)2月に上梓した『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム』(ミネルヴァ書房)です。大変な難産の末に生まれた本ですが、その最大の理由は単に事例の多さではなく、関係の観察と記述にまつわる困難さでした。しかし、その苦勞の甲斐あって本書を纏める過程で、私が確かな手応えとしてつかんだものは少なくありません。

## I. 母子関係の観察から得たもの—母子ユニット(MIU)での臨床活動

### 自然科学と人間科学の違い

私はこの講演で皆さんに「関係」を見るということがどういうことを理解してもらうことを目標にして準備してきました。ただそれはさほど容易なことではありません。なぜならこれまで学問の世界で多くの人たちが「個」を見ることに慣れ親しんできたからです。「個」を見るのが簡単なのは、観察する対象のみを考えればよいからです。観察者自身はどのように振る舞おうが一切問われません。「個」にどんな特徴があるか、いわば客観的に捉えて記述すれば良いわけですから気は楽です。このような観察方法がこれまで堂々と学問の世界でまかり通ってきたのは、自然科学の影響がすこぶる大きいと言わざるをえません。自然科学は観察者が誰であれ観察対象のみを問題にすれば良いわけで、それこそ文字通り「客観的」で「科学的」な態度であるとされています。しかし、臨床精神医学や臨床心理学をはじめとする人間科学で同じような研究態度をとることに、多くの人たちが疑問と問題意識を明確に持たなかったことが、今日

の臨床の世界を大きく歪めることになったと私は考えています。それは何かといえば、行動は見るが心は見ない臨床がはびこっていることです。このことについて最近私は『人間科学におけるエヴィデンスとは何か』<sup>2</sup>という本を編んだのですが、そこでの私の主張の眼目は、人が人に関わる営みを対象とする人間科学において観察者は中立的な存在ではなく、当事者の一人という自覚のもとに、自らが関わる中で体験したことを意識化し、対象化することがエヴィデンス（根拠）をつかむために不可欠であるということです。わかりやすく述べれば、関わる中で感じ取ったことは臨床そのものの内実を明らかにするためには絶対に避けて通ることはできないということです。そこにこそ臨床の醍醐味があると書いてもいいでしょう。

#### アタッチメントから「甘え」へ

私がMIUで母子関係を観察するための枠組みとして用いたのが、当時アタッチメント研究で盛んに用いられていたSSPでした。これによって全事例を同じ枠組みで観察することが可能になったので、それはとても有り難かったのですが、使ってみて間もなく感じ始めたのが、アタッチメント・パターンの判定の難しさというよりも戸惑いでした。それは判定基準の問題などといった些細なことではなく、アタッチメントという行動に特化した観察法がどうにも馴染めず、非常に窮屈なものに感じたのです。行動面のみに焦点を当てることなど、極めて不自然な観察態度であると思い知らされたのです。

このことはもともと「アタッチメント」という行動面に焦点を当てるといふ行動科学の考え方から来ているのですが、よくよく考えてみると、なぜ欧米人がこのような枠組みに飛びつかざるを得ないのかが見えてきました。「アタッチメント」行動を見ていくと、それは私たち日本人にとっては「甘え」にまつわる行動です。「甘え」という言葉を知らない彼らにはそれが体験的にわからないからではないかということです。そこで私は「甘え」の観点から見ることに全く抵抗がなくなるとともに、「甘え」の観点の独自性と重要性を強く意識

<sup>2</sup> 小林隆児・西研（編）竹田青嗣・山竹伸二・鯨岡峻著（2015）．人間科学におけるエヴィデンスとは何か—現象学と実践をつなぐ—．新曜社．

するようになりました。それ以降、母子関係の機微が手に取るようにわかってきました。そのような経過の中でやっとの思いで纏めたのが冒頭にも紹介した『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム』です。そこで私がつかんだ母子関係の中核の問題は、子どもが母親に対して「甘えたくても甘えられない」という強いアンビヴァレンスを抱いていることでした。

## Ⅱ. 乳幼児期に見られるアンビヴァレンスとその対処行動

### 乳児期の母子関係の病理—甘えのアンビヴァレンス

この書で明示したことは少なくないのですが、その一つは、0歳台ですでに、さらに1歳台ではより明瞭に、様々なかたちでアンビヴァレンスを見てとることができるということです。その原型は以下のように示すことができます。

母親が直接関わろうとすると回避的になるが、いざ母親がいなくなると心細い反応を示す。しかし、母親と再会する段になると再び回避的の反応を示す。

ここでぜひとも注目してほしいのは、子どもの反応が母親の動きとの関数で生じていることです。けっして子どもがひとり勝手に不可解な行動を呈しているわけではないのです。母親が子どもとどのように関わるかによって、独特な子どもの反応が誘発されているのです。当然その逆に、子どもが母親にどのように関わるかによって、母親にも予想もつかないような反応が誘発されることもあります。さらに大切なことは、このような互いの反応は、母子関係のみならず他の対人関係においても類似の反応を引き起こしやすいことです。私たち臨床従事者も例外ではありません。

この母子関係の病理の原型を私は母子関係の直接観察によって得ることができたことは、その後の私の臨床実践において中核的な役割を果たしていることを日々実感しています。なぜなら「アンビヴァレンス」という心性を**関係の病理**として捉えることの重要性を発見できたからです。なぜなら、「個」を中心にみてきた精神医学の世界で「アンビヴァレンス」は個人の中に相反する感情や思い（たとえば愛と憎しみなど）が併存し同時に働くことを意味しますが、それを発達の観点から見ていくと、このような**関係の病理**として捉えることが

できると分かったからです。このことがわかってからは、いかなる年齢層の患者であっても、私は面接での患者との関係において、類似の関係病理を容易に見出すことができるようになりました。さらには精神療法での治療機序を考える上で、そのことをいかに扱うかということが、精神療法の核心に触れるほどに重要なことにも気付くようになりました。

### 甘えのアンビヴァレンスへの対処行動としての多様な病的行動

ついで重要な知見は、1歳台まで（その母子関係の有り様を観察した者であれば）誰の目にも明らかであった関係病理が次第に背景に退き、それに代わって気になる多様な行動が前景に出現することです。その主なものを具体的に述べると、表1に示す通りです。

表1：幼児期に見られるアンビヴァレンスへの多様な対処行動

- |  |
|--|
| <p>(1) 母親に近寄ることができず、母親の顔色を気にしながらも離れて動き回る→「多動」、<br/>「注意転導」</p> <p>(2) 母親を回避し、一人で同じことを繰り返す→「常同反復行動」</p> <p>(3) 何でもひとりでやろうとする、過度に自立的に振る舞う→「自閉」</p> <p>(4) ことさら相手の嫌がることをして相手の関心を引く→「挑発的行動」</p> <p>(5) 母親の意向に合わせることで認めてもらう→「<u>良い子になる</u>」</p> <p>(6) 母親に気に入られようとする→「<u>取り入る</u>」「<u>媚びる</u>」</p> <p>(7) 母親の前であからさまに他人に甘えてみせる→「<u>当てつける</u>」「<u>見せつける</u>」</p> <p>(8) 過度に従順に振る舞う→「<u>主体性が育たない</u>」</p> <p>(9) 明確な対処法を見出すことができず周囲に圧倒された状態→「カタトニア（緊張病）」</p> <p>(10) 周囲を無視するようにしてひとりで悦に入る→「軽い躁状態」</p> <p>(11) ひとり空想の世界に没入する→「<u>独り言（独語）</u>」、「<u>妄想（自閉の世界に没入）</u>」</p> |
|--|

なお、「→」の後に記載しているのは、（下線のものを除き）これまで臨床精神医学の世界で「症状」として記載されてきた内容です。これを見ると、発達障害の症状とされてきたものは全て、今回の研究から子どものアンビヴァレンスへの対処行動であることがわかったのです。

このことは発達障害に限らず、精神障害に対する治療を考える上でとても大切なことを私に教えてくれました。それは、症状とされてきたものに焦点を当てて診断と治療を行うべきではないということです。発達論的に考えていくと、乳幼児期早期に最初の人間関係の形成という重要な時期に、アンビヴァレンス

ゆえに関係障害が生まれ、いつまでもアタッチメントが形成されず、子どもは常に強い不安と緊張に晒されることになります。そこでその不安と緊張を彼らなりに和らげようとしたり、紛らわせようとしたりするようになります。これまで症状とされてきたものは、そうした対処行動としての意味を持つと考えられるからです。それゆえ、症状を除去することに焦点を当てた治療は、彼ら患者の立場から見れば、それは治療とはいえ、逆に彼らの不安をより一層強めることになります。「溺る者は藁をもつかむ」と言いますが、溺れている人がつかもうとしている藁を取り上げるようなものです。本来求められるべき治療は、アンビヴァレンスに焦点を当てた関係修復を目指す治療なのです。なお、私がここで治療と称しているのは精神療法を指し、かつ精神分析的観点からの人間理解に基づいたものであることをお断りしておきます。

### Ⅲ. 母子関係に見られるアンビヴァレンスの諸相

#### 面接でアンビヴァレンスをいかに捉えるか

以上からわかるように、精神療法においては、アンビヴァレンスを捉え、そこに焦点を当てることが治療の核心につながるのです。なぜならアンビヴァレンスゆえに、彼らはいつまで他者とのあいだで基本的信頼感に基づく人間関係を体験することができないからです。

ではアンビヴァレンスを面接においてどのようにすれば捕捉することができるのでしょうか。実はこのことが最も難しい問題なのです。それはなぜかといえば、先に述べたように、1歳台まで誰の目にも顕在化していたアンビヴァレンスを示唆する行動が背景化し、それに代わって症状として捉えられがちな言動が前景化するからです。このことは乳幼児期を過ぎて学童期以降になれば、より一層顕著になります。彼ら（患者はもちろんのこと、その家族や周囲の人たち）にとって「甘え」はよくないものだ、してはいけないものだ、という強い思いが染み付いているからです。

私たち臨床従事者が彼らの症状に幻惑されやすいのはなぜか、その元凶は今日の臨床精神医学そのものにあります。臨床現場の多くの精神科医は、国際診

断マニュアルを後生大事に身につけ、症状を拾い出すことに汲々としています。診断基準に合致すれば、そこで診断は確定し、あとはエヴィデンスに基づいた治療法を忠実に実施する。そのような臨床が横行している時代ですから、治療者（観察者）が表層的な言動に目を奪われるのは当然です。しかし、私たちはそうした現状に甘んじてはいけません。症状とされてきた言動の背後に働いている主体の心の有り様に思いを寄せるならば、そこに強いアンビヴァレンスを見てとることはさほど困難なことではありません。（ただし、「甘え」文化のもとに育った私たち日本人にとっては、との限定つきですが。）そのためのヒントとなることをいくつか述べてみることにしましょう。

そこでまずは私が具体的にどのような子どもの言動（行動）にアンビヴァレンスを見て取っているかお示ししましょう。

## 初診時の具体的なアンビヴァレンスの現われ

### (1) 乳児期

#### ● 4ヶ月の男児（MIU）<sup>3</sup>

いまだ生後4ヶ月にもかかわらず、母親はこの子が自閉症ではないかという不安に駆られての受診であった。母親の話では生後2日目からこの子は私と視線を合わさないというのである。小児科に受診しても子供は大丈夫だと言うばかりで、母親の思いは少しも配慮してくれないとの不満をぶちまけていた。初診時、私は母子二人で会った。

しばらく母親は子どもを床に仰向けに寝かせて、私と話をしていたが、しばらくして私は母親から子どもを受け取り、抱きかかえてみた。その時には、私が子どもと顔を向き合わせようとする顔と顔を横に背ける。抱きかかえていても顔は横を向いている。つぎに私は床に座って「たかい、たかい」と声を上げながら高く抱え上げると、子どもは顔をくしゃくしゃにして笑顔を見せ始める。このときは視線も合うようになる。私があやすと、子どもは笑顔を浮かべ、少しのあいだ視線を合わせるが、すぐにそらす。もっとも気になったのは、子ど

<sup>3</sup> 詳細については『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム』事例A（43-44頁）を参照。

もは私に抱かれていると母親の方を見つめ、母親が抱きかかえると私の方を見つめるようになったことである。

ここに母子間での子どもの母親に対して向ける特徴を見て取ることができると思う。まさに「あまのじゃく」と言っても良い関係の取り方である。

### ● 8ヶ月の男児 (MIU)<sup>4</sup>

母親の訴えは、子どもがおかしいのではないかということであった。

5年前に女の子を産んだので、母親は、子どもは一人がいいと思っていた。しかし、父親は、きょうだいがあったほうがいいと言うので、また子どもをつくろうかと思うようになった。二人目も女の子ならいいなと思っていた。妊娠中の経過は順調であったが、妊娠8ヶ月で男の子であることがわかった。その時はがっかりしたが、元気な子が生まれればいいと思い直した。最初の子も帝王切開で産んだが、その時は難産で3日間苦しんだ。そのため、今回も帝王切開にしてもらったが、前回の痛みが忘れられず、産科医に安定剤を処方してもらい、痛みや不安を和らげてもらった。無事出産し、産声も元気良くあげたが、生後1ヶ月までまったく泣かず、声を出そうとするが声にならずおとなしかった。1ヶ月経つと今後は指しゃぶりを始めた。母乳さえ飲ませていれば、その他の時はおとなしく眠ってばかりいた。起きていてもあまり母乳を強く求めることもなく、指しゃぶりをしてばかり。くすぐっても手に力を入れて指しゃぶりをして、ほとんど笑わない。起きている時は指しゃぶりでその他は寝てばかりであった。母乳を4、5ヶ月までやった。この頃になっても、顔をこちらに向けて抱いてやっても母の方に顔を向けない。すぐに他の方に視線をそらしてしまう。いろいろとあやしてみてもなつかない。視線も合わせようとしないのでことさら回避するように見える。初めから望んでいなかった男の子であったこともあって、産まなければよかったという後悔の念が強まり、次第にうつになった。生後4ヶ月の時には、母子心中まで考えた。出産直後からしばらく夫は仕事が多忙で、母親は子どもと二人家にいることが多かった。ほとんど眠れない

<sup>4</sup> 同、事例B(44-47頁)を参照。



夜が続いた。

子どもは笑うが声を出さない。母親が視線を合わせようとすると目を背ける。5、6ヶ月の頃が最も酷かった。あやしてもこちらを見ない。どうあやしてよいかわからなかった。天井から吊るされた玩具を初めて触った時に音が出ると、両手を横に広げて驚愕の反応（モロー反射<sup>5</sup>）を示し、好奇心よりも驚きの方が強く、すぐに離れてしまった。いかに安心感がないかを示唆する反応である。その他の時にも玩具には興味や好奇心を示すことが少ない。乳母車に乗せているとおとなしい。膝の上に乗せて座らせて抱っこしていると前屈姿勢になり、次第に前に倒れそうになる。とにかく抱きにくい子であった。抱かれやすい姿勢をとらない子であった。

それまでおとなしい子であったのに、8ヶ月でつかまり立ちするようになると、懸命になって立とうとし、そばに面白そうな物があってもそちらの方には目もくれず、ただ立って膝を上下して運動することが楽しそうであった。じっとしておれないという印象であった。

まもなく、保健所に相談に行った。そこで乳児ケアの担当医師からは普通の子だと言われた。それでも心配を訴えると、県の総合病院を紹介され、そこで精査を受け、脳波異常はないと言われた。心理士の面接を受けるようになったが、そこでも母親の問題ばかりが指摘され、母親の抱いている子どもへの不安を受け止めてもらえなかった。まもなく私のもとへ受診となった。

とても不安の強い母親、そしてただ黙って座っている父親。診察室に重苦しい空気が流れている。母親が子どもを抱いて目を合わせようとすると、子どもはすぐに視線をそらして他の物に視線を向ける。私が子どもを抱き上げ視線を合わせようとしても、ポケットについた名札をすぐに手でいじり、さらに眼鏡を抜おうとする。視線はまったくといっていいほど合わない。ミニカーを扱う

<sup>5</sup> 乳児にみられる原始反射のひとつ。仰臥位に寝かせた乳児の前で、急に大きな音を立てると、両手を前に差し出して誰かに抱きつくこうとする姿勢を取る。人に抱きつくという行動（clinging）が原始的に備わっていることを示す反射である。原始反射は不随意運動で、乳児期に消退し、その後養育者との濃密な交流を通して乳児は自分の意思で養育者に抱きつくという随意行動を獲得する。もともと備わった動物的行動は一旦消退し、人間的交流を通して人間的な行動へと変容を遂げながら再度出現することになる。

ことが多いが、車を逆さまにしてタイヤをぎこちない手でもって回そうとするなど、回転するものへの関心が強い。抱かれても抱かれやすい姿勢をとらず、すぐにぐずって動き始め、一時もじっとしていない。とにかく動きが激しい。はいはいの時、親指を内側に巻き込みながら両手を丸めてはいはいしている。

出産直後から乳児に異変が認められている。泣き声を一切出さず、自分で指しゃぶりをして母親を求めようとしなない。そんな状態から次第に母子関係は深刻さを増して、ついには動きが盛んになると落ち着きのなさが目立ち始めている。人よりも物への関心と興味が強まっている。生後8ヶ月で自閉症とされる病態がほぼ完成していることを教えられる事例である。

### ●9ヶ月の女兒（精神科クリニック）<sup>6</sup>

母親になつかないという相談であった。初診時、他のスタッフが相手をしている最中に、私が入室。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ない。私が近づいて抱きかかえると、嫌がることはないが、身を固くして無表情、おとなしく抱かれている。抱いていても抱きやすい姿勢を取ることはない。全体的に反応は乏しく、全身の動きも乏しい。次回。子どもまったく母親の存在を無視しているか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、すぐにむずかって降りようとする。母親が降ろすと、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。

ここに見られる独特な母子関係の様相はまさに「あまのじゃく」として捉えることのできる特有な関係の病理を認めることができる。

## (2) 幼児期前期

### ●1歳0ヶ月の男児（MIU）<sup>7</sup>

母親は子育てに随分と疲れている様子で、子どもが泣いてばかりであやしても笑わない、抱くとものけぞるのでとても抱きづらい、目を合わせようとする

<sup>6</sup> 同、事例C（47-50頁）を参照。

<sup>7</sup> 同、事例2（55-59頁）を参照。

視線をそらす、人見知りや激しく他人を寄せつけない、との相談であった。

吸引分娩で出産したが、出生時仮死状態だった。母親が母乳をやろうとすると、のけぞってしまい、母親がそれでもあげようとして手を添えると、その手を振り払ってしまうほどであった。あやしかけようと顔を向けると、目をそらしていた。子どもは母親に甘えることがほとんどなかった。子どもはよく泣き、どうにか母乳を飲んだあとも泣き続けることが多かった。あやしても笑わない。このようなことが重なり、母親は育児に疲れる毎日だという。

5ヶ月、指しゃぶりが始まる。指しゃぶりによって泣き叫ぶことは減った。抱かれることを嫌がる。抱かれてものけぞってすぐに降りる。一人で横にしておくと指しゃぶりをして寝てしまう。それでも夜中に30分から1時間おきに起きては激しい泣きを繰り返していた。子どもの多い場所へ連れて行くと嫌がって泣いた。そのため母親は自分と同じような育児仲間と一緒に過ごすことができなかった。最近やっと歩き始めたばかり。真似をまったくしようとなしない。人見知り(?)が激しく、周囲に対して用心深く、刺激に過敏なところが目立っていた。初回面接で母親は「これまでこの子を赤ちゃんらしく感じたことがない」とまで語った。

SSPでの観察。母親は不安と緊張のためか、どこかぎこちない動きである。子どもは他者(実験者)を食い入るようにじっと見つめ、強い警戒的な構えを見せている。子どもが何かで遊んでいても、他者の動きに注意が吸い寄せられるようにして目で追いかけてしまう。母親は子どもに挨拶を促し、さかんに頭を撫でて褒め、周囲に対する強い気遣いを見せている。その一方では、子どもにボールが当たって痛そうな場面で、母親は子どもを慰めるような行動をとらず、子どもも痛そうな反応を表立っては見せない。

母子分離時、母親の退室にすぐに気づくが、不安そうな仕草をみせることはなく、ストレンジャー(ST)に愛想笑いさえ浮かべる。しかし、いざSTが相手をしようと手を差し伸べて接近すると、緊張が高まったのか不安そうな表情になる。STが玩具を見せようとする、それまで懸命に我慢していたのか堰を切ったように激しく泣き始める。STが慰めようとしてもずっと泣き続ける。母親との再会時、母親はすぐに子どもを抱いて、しきりに「ごめんね」と言い

ながら頭を撫でて、子どもの顔を覗き込んでいる。子どもは抱かれたそうだが、いざ抱っこされると、左手で自分の指をしゃぶり泣き止み、右手を母親の胸の前に置いて身体的密着を避け、むずかり降りてしまう。

抱っこを求めながらも、いざ抱っこされると、母親と身体を密着することを避ける。ここにも「あまのじゃく」と同質の動き（ゲシュタルト）を見てとることができる。

### ● 2歳11ヶ月の男児（精神科クリニック）

祖母が孫の相談を希望して母親とともに受診した。

子どもは動きが激しく、診察室でおとなしくしていない。イライラしたような甲高い声を挙げている。主に祖母が話し、母親も子どもの相手をしてくれないので、面白くないのか、物を手当たり次第手に取って放り投げたり、床にねそべったりしている。そうかと思うと、本棚の本を取り出してぺらぺらめくる。ついにスチール製の戸棚にかけてあった鍵をいじって取ろうとする。周囲の大人たちが慌てて目をやるとさもうれしそうな表情を見せる。

子どもは母親のそばを避けるようにして、さり気なく私のそばに寄ってくる。話の途中でも私が手招きして誘うと寄ってくる。子どもは周りの様子を見ながら、いかにして気を引こうかと彼なりに必死になっていることがよくわかる。

目立つのは、周りの大人をいかに自分の方に注目させるかに必死で、思いつくことをつぎつぎにやってはこちらが困るようなことをやっている。これまで「挑発的行動」と言われてきたものである。ただし、彼の行動はけっして他者を「挑発」しようとして行っているのではない。自分への関心を引こうとして行っているのだ。

### (3) 幼児期後期

### ● 3歳6ヶ月の男児（精神科病院外来）

祖母が孫のことで気になるということでの受診。

乳児期から一人遊びが多く、手のかからないおとなしい子どもだった。ことばをまったくしゃべらず、母親にもなつかない。誰が相手をしていても平気だっ

た。1歳半時、名前を呼んでも振り向かず、曾祖母の介護に追われていた母親も次第に気になり、耳鼻科を受診した。聴力検査で異常はなかったため、それ以上には相談に行くことはなかった。母親は子どもを背負いながら、嫁ぎ先の曾祖母の介護を続けていた。当時を振り返ると、曾祖母の下の世話をしていたことだけが母親の脳裏には浮かぶというほどだという。1年半ほど経って曾祖母が病院に入院することになり、母親は結婚後、初めて介護から解放された。

母親もやっと子どものことに気持ちが向き始めると、いよいよ子どもの行動ひとつひとつが気になり始めた。2歳半、子ども病院神経科を受診。そこで自閉症と診断された。以来、2週間に1回の割合で言語治療を受け始め、1年が経過した。しかし、さほどの改善はみられない。子どもが自閉症と診断されてから父親の気分はさらに落ち込んで、塞ぎ込むようになった。母親としては今後どうしたらよいか、お先真っ暗な心境になった。そんな時に母方祖母が私の本を読んだことがきっかけで、当院を受診することになった。

初回面接で、これまでの経過について母親に詳しく聞いた。子どもも一緒にいたが、診察室内でうろうろ動き回っていた。その間、母方祖母は待合室で座って待っていた。話の途中から、子どもは診察室のドアを半開きにして、身体半分を診察室の中に入れ、後の半分を外に出して、ドアに挟まれたような状態で動こうとしなくなった。診察室の外には祖母が、中には母親がいたが、子どもは両者のあいだでどちらに行こうか迷っているように見えた。

母親と祖母との間で揺れ動く子どもの気持ちがよく示されているが、これこそまさにアンビヴァレンスそのものを典型的に示している。

#### ● 4歳0ヶ月の男児 (MIU)<sup>8</sup>

主訴は、ことばの遅れ、視線回避、会話が一方通行、オウム返し、独語、偏った好み。

胎生期は特に問題はなかった。出生時、臍帯巻絡で出生後1分くらい産声を

<sup>8</sup> 同、事例42(200-205頁)を参照。詳細な治療経過は『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—』(岩崎学術出版社、2010)で述べている。

あげなかった。乳幼児期は、喘息がひどく、生後1年は寝てばかりであった。そのころから視線を回避し、無表情で、もの静かな子であった。人見知りがあったために、手のかからない子だと思っていた。1歳前にはハイハイをせずいきなり歩けるようになった。1歳6ヶ月健診では保健師からは特に異常は指摘されなかった。2歳健診の時、初めてことばの遅れを指摘された。ことばはなかなか出てこなかった。2歳半、ようやく発語。3歳健診時、保健師から母子通級の活動を勧められたが、子どもが嫌がるのですぐにやめた。

その後、スプーンやフォークをお守り代わりのように四六時中握って放そうとしない時期があったが、いつの間にか消えた。3歳半の時に、こども病院を受診。脳波と聴力の検査を受けたが異常なし。発達の遅れを指摘された。

幼児期から現在まで、自分の世界に没頭することが多く、天井を見て笑い出したり、手をヒラヒラさせたり、ブツブツと一人で物語をつくってつぶやくことがしばしば見られる。自分から何か言う時には独特なことばを使うことが多く、コミュニケーションは難しい。聞かれたことに対してオウム返しで答えることも多い。

現在は保育園に通っている。入園後、初めの3ヶ月は泣くことが多く、母親となかなか離れられなかった。しかし、保育園に慣れるにつれて、今までできなかったことも少しずつできるようになった。集団行動にも少しずつ参加できるようになった。両親が自閉症を疑い、私の外来を受診した。

早速MIUに導入し、家族みんな（両親と姉）で自由に遊んでもらった。そこでの印象的なエピソードである。姉は部屋に入るなり、興奮しながら目にした玩具を自由に手にとって遊び始める。両親は子どもをなんとか一緒に遊ばせようとして色々誘いかけるが、子どもは両親から離れて一人で勝手に遊んでいる。そんな状態がずっと続き、結局最後まで子どもは家族の中に加わることがなかったが、終わりの時間が来たので、私がそろそろ終わろうと合図を送ると、両親は玩具を片付け始めた。すると、その様子を見た子どもは部屋の中央に出てきて、元気よく遊び始めたのである。

みんな一緒に遊ぼうとすると回避的になるが、いざみんなが終わろうとして片付けモードになった途端に、今度は逆に子どもは遊び始める。文字通り「あ

まのじゃく」な行動である。

### ● 5 歳 10 ヶ月の女兒（精神科病院外来）<sup>9</sup>

拒食、頻回の嘔吐、情緒不安定、幼稚園で他児と遊べない、などの相談での受診。

父は再婚。初婚の妻との間にできた子どもである。最初の妻は軽度の知的障碍とてんかんを持ち、家事も育児もまともにはできなかった。最初の妊娠は人工流産で、2 回目の妊娠での出産だった。満期正常分娩だったというが、生下時体重は 2550g で哺乳力は弱かったらしい。その後の乳児期の身体運動発達に関する詳細な情報は得られていないが、父の話によると身体運動発達は数ヶ月の遅れを全般的に示し、体重や身長も母子手帳の正常範囲の少し下をずっとたどっていたらしい。子どもは乳児期早期から頻繁に嘔吐を繰り返していた。母親は子どもの離乳食を出来合いのものでほとんど済ませていたが、1 歳過ぎてまもない子どもにインスタントラーメンまでも作って食べさせているのを、父はたまに早く帰宅した時に見かけたことがあった。そのため 2 歳頃、子どもはインスタントラーメンの作り方を知っていた。相変わらず頻回の嘔吐は続いていたが、他に行動上の問題はみられなかったらしい。

2 歳 10 ヶ月、父は母とついに離婚し、子どもは父方に引き取られ、父の実家で祖母や叔母の養育を受けることになった。3 歳すぎから保育園に 1 年間預けられたが、まもなく父親は再婚。当時、子どもは 4 歳 7 ヶ月。その半年前から幼稚園に移っていた。子どもは 3 歳すぎてもほとんどしゃべらず、食事を与えても嘔吐を繰り返すため、継母は心配になって保健所に相談に行き、そこで当科を紹介されて今回の受診に至っている。

当時子どもは 5 歳 1 ヶ月、保健所来所時の身体発達は 95.8cm、13.0kg で、知的水準は田中ビネ武知能検査で IQ70 であった。初診時所見身長 96.0cm (-3.05SD)、体重 13.0kg (-2.17SD) を示し、全体的に小柄な体格をしてい

---

<sup>9</sup> 小林隆児・尾崎佐智子 (1992). 児童虐待により摂食障害を呈した女兒に対する父母—乳幼児治療の試み. 乳幼児医学・心理学研究, 1(1), 53-63.

た。目のくりくりとした人なつっこさを感じさせる女兒。私が近づくと「イヤ」と言って逃げるが、継母の方に逃げるのではなく、陪席していた臨床心理士に寄っていく。最近急速に継母にべったりして一日中離れず、後追いも目立つようになったと継母は言うが、ここでは異なった印象を与える。言葉使いは大人びている。そうかと思えば、動物の名前もほとんど正確には知らない。ドレミの歌を上手に歌っているが、継母が一所懸命に教えたからという。主訴は拒食と嘔吐。空腹感や満腹感に乏しく、過食気味にお菓子をどんどん食べるかと思うと、何日間も何も食べようとせず、口に入れた物をすぐに吐くという。嘔吐は、自分の思うようにならないことがあった時、自分への関心が向けられなかった時などによくみられると継母は説明する。継母は一所懸命に育児に取り組んでいる様子がうかがわれ、経過を聞くかぎりよくここまで成長したなという印象が強かった。しかし、継母はS子が自分の作った食べ物を吐いてしまうことに対する堪え難い苦しみを切々と訴えていた。熱心に食べさせようとすればするほど、悪循環に陥ってしまう様子で、継母は抑うつ的ともいえる状態であった。当時継母は父との間にできた子どもを胎内に宿し、妊娠8ヶ月であった。

ネグレクトの事例である。周囲の大人をよく観察しながら行動している。いかにして周囲の者に関心を引き寄せるかに汲々としている。私が相手をしようとするとは逃げたが、目の前の母親の方には行かず、女性スタッフの方に寄っていく。ここに認められる子どもの振る舞いは、母親に対して「当てつける」「見せつける」と言って良いものである。虐待やネグレクトの事例でよく観察されるアンビヴァレンスの表現型である。

本学会が乳幼児を主な対象としているのでそれに倣ったのですが、実は私の今回のテーマで最も面白くかつ重要なのは、学童期以降です。今日成人期の発達障害が臨床の世界で大きな話題となっていますが、その問題を考える際にはとりわけアンビヴァレンスの表現型を見てとることの重要性がさらによく分かると思います。



## アンビヴァレンスはどのような表現型をとるか

以上、具体的に乳幼児期の母子関係に見られるアンビヴァレンスの諸相を取り上げてきましたが、まとめると次のようになります。

乳児期であれば、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。離れていると母親に抱っこをせがむが、いざ母親が抱っこしようとする、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。母親の乳房をほしがらず、自分の身体の一部をいじったり、しゃぶったりするなど、「アンビヴァレンス」はわかりやすい形で表に現れます。

幼児期になると、部屋の中で一緒にいると、どこか落ち着かず動き回り、とりつく島がない感じです。母親に抱きつくと同時に嘔み付く。母親が傍にいるとことさら背中を向けて、関心がなさそうに振舞っているが、いざ母親がどこかに行こうとすると、まるで心細いかのような反応を見せるなど、次第に表現型も複雑になっていきます。

学童期では、母親が話しかけると、無視したり、ことさら応じないが、母親がほかの人と話を始めると、ふたりの間に割って入っては話の邪魔をする。まるで相手を挑発するようにして相手の嫌がることをわざとらしくやる。その行動も次第にエスカレートして深刻化するために、周囲との関係のねじれも複雑になっていきます。

しかし、思春期以降になると、母子関係の中でストレートに表現されることは少なくなって、面接中、治療者とのあいだで現れることが多くなります。それは第三者（客観的）にはわかりづらいものとなり、治療者が面接の中で自ら感じ取ることによってしか把握することが困難なものになっていきます。そのために事態は非常に複雑になっていきます<sup>10</sup>。

---

<sup>10</sup> 学童期から成人期に見られるアンビヴァレンスの諸相については『あまのじゃくと精神療法』（弘文堂、2015）に詳しい。

#### Ⅳ. アンビヴァレンスをいかにして捉えるか

アンビヴァレンスは常に変化する関係の中でつかまなければならない

これまで具体例を取り上げながら、乳幼児期の母子関係に見られるアンビヴァレンスというところの動きを母と子の関係の有り様として目に見えるかたちで示してきました。このように解説すると、おそらくは誰でもつい母と子の動きを客観的に（行動）観察しようとしがちになりますが、それは大きな間違いです。アンビヴァレンスは当事者（母親や子ども）の内面のところの動きを示したものであって、けっしてアタッチメント行動のように客観的に捉えられるようなものではないからです。このように述べると、相手のところの動きなど捉えられないのではないかと思うかもしれません。なぜならそれは主観的なものであって、目に見えないからです。では私たちはどのようにして相手のところの動きを感じ取っているのでしょうか。

ところの動きをゲシュタルトとしてつかむ

（人間）関係は常に変化し続けるもので、一時も静止してくれません。そのような動きの変化を五感の一つ視覚の働きで（客観的に観察して）捉えることはできません。しかし、人間にはそのような変化を俊敏に捉える知覚の働きが備わっています。いかなる刺激であってもその動きの大小や強弱の変化、そしてリズムなどを敏感に感知する知覚の働きです。分かりやすい例として、人の言葉を聞く時を考えてみましょう。今まさにみなさんは私の講演に耳を傾けておられるのでわかりやすいでしょう。当然、皆さんは私が何を話しているかに注目しますが、実はそれだけではありません。それと同時に、私の語り口調がどのようなかを同時に感じ取って、今日は元気がないな、気合いが入っているな、どこか寂しそうだな、どこかトゲがあるな、眠気を催しそうだな、などなど様々に感じ取り、そこから語り手のところの有り様をも感じ取っているものです。語り手の口調に示されている声の変化を同時に感じ取っているからこそ、このような感じ方が可能になるのです。ここで是非とも注目して欲しいのは、このことは指摘されて初めて気づくような性質のものであって、日頃は

そのことを意識することはほとんどありません。しかし、常にこのような知覚は働いています。そこで刺激の何を感じ取っているかといえば、**刺激の動きの変化のゲシュタルト**を感知すると同時に、自らの情動をも揺さぶられます。このような知覚の働きは、五感とは明らかに性質の異なったものです。五感のように分化した知覚の働きではなく、未分化な知覚です。これまで私は**原初的知覚**<sup>11</sup>と称していますが、それに類してものとして「無様式知覚」、「交叉様式（様相）知覚」、「共感覚」、「**力動感 vitality affects**」、「**相貌的知覚 physiognomic perception**」などがあります。これらの用語は、この種の知覚現象の性質をどのような角度から切り取るかによって一見異なったものとして捉えているだけで、私たち自身の体験としては類似したものだと言って差し支えないでしょう。

### アンビヴァレンスは自らの体験を思い起こすことによって気づかされる

アンビヴァレンスは、母と子の間の独特な関係の有り様として描き出しました。つまり二者間の心の動きを示したものです。それは目に見えません。しかし、それを私たちは感じ取ることができます。それを可能にしてくれているものこそ原初的知覚です。相手のこころの動きを感じ取る際には、自分の内面に同型の心の動き（ゲシュタルト）が立ち上がっているのです。なぜ立ち上がるかといえば、私たち自身が体験的に記憶しているからです。つまり、私たち自身も幼少期に大なり小なりアンビヴァレンスを体験しているからこそ、身をもって感じ取ることができるのです。このことがとても大切になります。つまり、全く知らない現象を観察して捉えようとするのではなく、自らの体験の想起を通して、相手のこころの動きを感じ取るということなのです。

「甘え」理論で有名な土居健郎は「甘え」のアンビヴァレンスを鍵概念として様々な精神病理を紐解いてことはよく知られていますが、土居は常々以下のように述べていました。

「（アンビヴァレンスをいかにつかむかを論じる中で）このような微妙な手掛

---

<sup>11</sup> 「原初的知覚」については以下の書に詳しい。小林隆児（2013）. 原初的知覚世界と関係発達の基盤.（佐藤幹夫編著、西研、滝川一廣、小林隆児著）発達障害と感覚・知覚の世界. 日本評論社. pp.113-172.

かりを捉えるためには、治療者自身十分『甘え』の心理に習熟していなければならぬだろう。なによりも自分の甘えがわかっていなければならない。言い換えれば自分のアンビヴァレンスが見えていなければならない。そしてそれこそ最も困難なことであるといわなければならないのである。（『臨床精神医学の方法』岩崎学術出版社、pp.26-27）

彼の言葉はまさにこの原初的知覚での体験の性質をよく示していると思います。

私は大学の講義で学生によく次のような質問をします。「もしもあなたが1歳か2歳の子どもで『甘えたくても甘えられない』状況に置かれたとすると、母親に対してどのような気持ちを抱くようになり、どのような行動を取るか、感じたまま述べてください」と。すると面白いことに学生は冒頭でお話をした表1の内容に近いものを素直に答えてくれます。つまり私が見出した乳幼児期の母子関係の病理と子どもの対処行動は、私たち自身も体験的に理解出来るものだということを示しています。

以上からお分りのように、アンビヴァレンスを捉えるためには自らの内面に立ち上がったところの動きに気づき、意識化することが必要です。ついで大切なことは、意識化したことをいかにしてわかりやすいことばで、つまり日常語で表現するかということです。このことが精神療法の実践において鍵を握っています。私が「アンビヴァレンス」を「あまのじゃく」<sup>12</sup>として表現したのは、そのためなのです。さらに新著『人間科学におけるエヴィデンスとは何か』を編んだのも、自らが感じ取ったことを意識化し、言語化することの重要性を主張したかったからです。

## V. 面接においていかにアンビヴァレンスを扱うか

最後に、アンビヴァレンスに焦点を当てた治療はどうすればよいかを考えて

---

<sup>12</sup> 『あまのじゃくと精神療法』（弘文堂、2015）で、私はアンビヴァレンスを「あまのじゃく」というところのゲシュタルトとして捉えることに焦点を当てた精神療法について論じています。

みましょう。そこで最も難しいのは、子ども（あるいはその養育者）のアンビヴァレンスをいかに捉えるかという問題です。先に述べたように乳幼児期早期では行動面で顕在化しているために、誰の目にも分かりやすく捉えることができますが、2歳台以降になると、アンビヴァレンスが背景に退き、誰の目にも分かりやすいかたちで捉えがなくなるからです。それに代わって前景に浮かび上がるのが誰もがこれまで症状として捉えていたものです。そのためどうしても前景化した症状に私たちは幻惑されてしまいがちになるのです。

先に私はアンビヴァレンスの原型を以下のように述べました。

**母親が直接関わろうとすると回避的になるが、いざ母親がいなくなると心細い反応を示す。しかし、母親と再会する段になると再び回避的の反応を示す。**

このような関係の有り様は私たち日本人には、ある言葉を思い起こさせます。それは「あまのじゃく」という古来使い慣れ親しんできた馴染みのある言葉です。私は精神医学の世界でアンビヴァレンスと言われる精神病理を「あまのじゃく」として言語化することによって、私自身のみでなく患者あるいはその家族、さらには教育の場の学生にとってもとてもわかりやすいものとなったことは非常に意義深いことだと思っています。先日のある講義で、私はある学生に、「なぜ私が『アンビヴァレンス』を『あまのじゃく』という表現に置き換えたと思うか」と訊ねたところ、次のように答えてくれました。「『アンビヴァレンス』は難しい専門用語だからすぐにはわからないけど、『あまのじゃく』だと誰にもわかりやすいから」と。私はこの学生を最大級の賛辞で評価しました。本当にわかるとはこういうことを言うのであって、外来語をありがたい、よく分からない訳語を用いて、さもわかったような気になることにならないように気をつけたいものです。このことを最初に指摘したのは、「甘え」理論で有名な故土居健郎です。患者を理解する際に、日常語で持って語らないことには本当にわかったことにならないということを彼は常々主張していたからです<sup>13</sup>。

つぎに、私たちが面接の中で感じ取ったアンビヴァレンスをいかに扱えば、

---

<sup>13</sup> 土居健郎（1994）. 日常語の精神医学. 医学書院.

それが治療的作用をもたらすのかを考えてみましょう。二つの治療例を示します。これらはいずれも冒頭で紹介した『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム』（pp. 209-223）に掲載していますので、ここではその概略のみ紹介します。

### ●D男 初診時年齢1歳1ヶ月（精神科クリニック）

知的発達水準 正常域（筆者による推定）

主訴 後追いをしない、母がいなくても平気、母を障害物や邪魔者のように扱う、母の顔を見ない、模倣をしない、あやしても笑わない。

### 発達歴と治療経過（省略）

#### 経過のまとめ

治療開始当初は、子どもの母親に対するアンビヴァレンスが前景に出ていましたが、母親の不安を和らげながら母子関係の修復を目指すことによって、子どもにみられた母親への接近に対する恐れは次第に消退していきました。すると、子どもは母親との関わりを求めるとともに、周囲の目新しい物への好奇心も見せて、急速にことばを発するようになっていきました。私はそのような子どもの変化をととても頼もしく感じながら相手をしていました。あるセッションで私は母親にそのことを、母親も当然喜んでいるだろうと思いながら語りました。すると母親はことばが活発に語られるようになったことを喜ぶのではなく、逆に「この子は電車のことばかり言うのですよ」と困ったふうにはげましく語ったのです。そこで私はしばし啞然としたのですが、すぐに子どもと一緒に遊びましょうと母親に誘いました。母親は子どもの相手をし始めたのですが、そこで私が目にしたのは、母親の子どもに語りかけていることばが電車のことばかりだったことです。そこで私は冗談まじりに明るい調子で、「お母さんこそ、電車のことばかり言っているじゃないの。お母さんは『ないものねだり』だね」と思わず口にしたのです。

「ないものねだり」とは、「そこにはないものを無理を言ってほしがること」（『広辞苑』第5版、1998）を言いますが、そこでの本人と相手との関係を見ると、本人はことさら相手の意向に逆らうことで自己を主張することに主眼がお

かれているため、いつまでも相手と良好な関係を築くことができません。結果的に相手にも自分にもしっかりと向き合うことができないことになります。そこには「甘え」をめぐるアンビヴァレンスが強く働いていることが考えられるのです。

治療のなかで、子どものアンビヴァレンスが次第に消退していったのですが、それに代わって浮かび上がってきたのが「ないものねだり」という形での母親の屈折した「甘え」としての「アンビヴァレンス」だったのです。つまりは子どもの母親に対する「アンビヴァレンス」の背景に、母自身の幼少期からの強いアンビヴァレンスが深く関与し、そのことが現在の母子関係の内実を強く規定していることが明らかになったのです。私がそうした母親の内面に潜んでいたアンビヴァレンスを、面接の中で「ないものねだり」というかたちで取り上げることによって、実母に育てられてきた幼少期の体験が想起されていきました。その結果、母親自身の幼少期体験が対象化され、自らの「甘え」に気付くことへとつながっていったのです。この洞察によって急速に母自身のアンビヴァレンスは弱まり、子どもは安心してより一層自己主張することができるようになっていきました。

### ●E 男 初診時年齢 3 歳 10 ヶ月（精神科クリニック）

知的発達水準 軽度精神遅滞（筆者による推定）

主訴 自閉症ではないか。どのように接したらよいか教えてほしい。

発達歴と治療経過（省略）

#### 経過のまとめ

この事例では、母子間の「アンビヴァレンス」を過度に刺戟することなく、母親に肩の力を抜くように助言しながら、子どものさりげない振舞いの中に、母親との関係を求める思いが潜んでいることを代弁するように介入していきました。すると、母親が子どもを見守ることの難しさの背景に、自らの幼少期の父娘関係が深く関与していることが浮かび上げてきたのです。父親主導で常に振り回され、動かされ続け、父親の期待に沿うことで自らの主体性を押し殺してきたということです。そうした母親自らの気づきにより、母子関係は急速

に修復されていくことになったことは確かなのですが、それ以上に母親にとって深い洞察へとつながったのは、母親と私が面接している最中に子どもが突然母親の方に頭から飛び込んできて、不自然な「甘え」を示したときのエピソードでした。その時、私には子どもが母親に甘えたくてやったことにすぐに気付いたのですが、母親は思わず子どもに他の遊びを誘うという行動に出たのです。子どもの「甘え」をさりげなく受け止めることができず、結果的に子どもを自分から引き離す行動に出たのです。そのことを「いま、ここで」私が即座に取り上げたことによって、母親は過去の幼少期の親子関係での体験がいかに今の母子関係に濃厚に反映しているかに気付くことができたのです。そのことによって母親は過去の子どもの時代の自分と今の母親としての自分が深く繋がっていることを実感することができる体験となっていくと思われるのです。

以上、ふたりの事例を通して私が指摘したいことは、子どもにみられるアンビヴァレンスの背景に母親にも強いアンビヴァレンスを認めることが少なくないことです。なぜならアンビヴァレンスという関係の病理はけっして子ども自身の特性として本来備わっているようなものではなく、母親との関係において生まれ、そして強まっていくものだからです。そのため、子どもの「甘えたくても甘えられない」心性の背景には、母親自身の「甘えさせたくても甘えさせられない」心性が強く働いていることを忘れてはなりません。

そして、このような母子双方のアンビヴァレンスを面接の中で扱う際には、今日の前で起こっているアンビヴァレンスを示唆するところの動きを、その場で具体的に取り上げることが肝要です。そのことによって、母親も子どももすぐに自らのアンビヴァレンスのところの動きに気づくことができるのです。

さらにこのような治療的働きかけが母親自身の幼少期の「甘え」体験をも想起させることが多いのは、アンビヴァレンスが幼少期の「甘え」体験から派生したもので、現在もお息づいているからなのです。それゆえこのような治療は、歴史を背負った者としての「自分」を取り戻すことにもつながっていくのです。本来の精神療法の目標はこのようなものだとは私は考えています。



## おわりに

この講演で私は乳幼児期の子どもと養育者との関係に深刻な問題を持つ事例に対する関係観察を通して得た知見をもとに、「関係をみる」ことが臨床においていかに重要な視点を提供してくれるかを解説するとともに、「関係をみる」とはどういうことか、さらには「関係」における中核的な問題として「アンビヴァレンス」を取り上げ、それを「あまのじゃく」として捉えることによって関係病理を容易に捉えることができるようになることを示しました。最後に、そのことが関係臨床においてどのような意義を持つかについて、具体例を取り上げながら示しました。

本稿はFOUR WINDS乳幼児精神保健大会第18回全国学術集会弘前大会(2015.10.31.)における教育講演として発表されたものです。このような機会を与えてくださいました松原徹大会長(弘前市、城東こどもクリニック院長)をはじめとする関係者の皆様に心よりお礼申し上げます。

### その他の参考文献

- 小林隆児(2014). 甘えたくても甘えられない—母子関係のゆくえ、発達障碍のいま—.  
河出書房新社.
- 小倉清・小林隆児(2015). こころの原点を見つめて—めぐりめぐる乳幼児の記憶と精神療法—. 遠見書房.

