

アタッチメントと発達の問題を 「関係」から読み解く

小林 隆 児

Understanding the Problems of Attachment and Development from
the Viewpoint of Relationship

Ryuji Kobayashi

この数十年間、自閉症（スペクトラム）をはじめとする発達障碍の幼少期の病態を、大半の臨床家は脳（機能）障碍によってもたらされたものであると信じて疑わなかった。さらに、その後、学童期から成人期に至る過程で多様な精神病理が出現することがわかると、それは二次的なものであると説明されるようになった。しかし、アタッチメントの問題が次第に注目されるにつれ、このような考えに混乱が生じてきた。アタッチメント（愛着）障碍と発達障碍の関係をどう理解したらよいかという切実な問題に直面したのである。子ども虐待も発達障碍の一種であるとする考えがわが国で流布するにつれ、いよいよ両者の関係は混迷を極めてきたように見える。その最大の要因は、発達の問題を「個」から捉えることばかりしてきたからである。とりわけ生後1、2年間の幼少期に子どもが養育者との間でいかなる体験を積んでいるか、丁寧に観察しようとせず、この問題を多くの研究者がブラックボックス化してきたからではないか。そこで本稿では、この数年間に筆者が纏めた知見の概要を解説しながら、その内実を「関係」と「甘え（情動）」の視点から理解することによって、アタッチメントと発達の問題を統一的に理解できる道筋を示した。

はじめに

こころの臨床領域で最近ますますアタッチメントの重要性が強調されるようになってきました。それは乳幼児期のみならず、思春期・青年期さらには成人

期にまで及んでいます。このような動向は、乳幼児期早期の体験がその後の生涯発達に多様な影響を及ぼすことが理解されるようになったこと、さらには乳幼児期早期の負の体験が生涯にわたって多様な心の病理を呈することへの関心が深まりつつあることをも示しているように思われます。

アタッチメントは乳幼児と養育者とのあいだに起こる現象ですから、私たち臨床家に「関係」の視点を要請します。「関係」の視点を持つことによって、こころの発達とその病理を統一的に理解することができることをこの機会にお話ししたいと思います。

その前に少し愚痴っぽい昔話を聞いてやってください。20年以上前から、私は発達障害問題を「関係」の視点から理解することの必要性を、機会あるごとに学会などで発表し続けてきましたが¹、長い間ひどいバッシングを受けてきました²。それは、それはひどいもので、学問の世界で行われる議論には程遠いものでしたが、要は私の発表が過去の母原病の再来だとする短絡的な非難で、とても批判とは言えないような代物でした。そのなかで私がかつとも恐ろしいと思ったのは、そのような非難の発言に対して誰一人私を擁護する者がいなかったことです。私にはそのような体験が染み付いていますので、最近の変わり様には隔世の感があります。恐ろしいことです。つまらない愚痴はここまでにしておきましょう。

I. これまでの私の臨床研究の歩み

ここで少し自己紹介を兼ねてこれまでの私の臨床研究の歩みを振り返ってみ

¹ 私が全国規模の学会で最初に「関係」の視点から研究発表をしたのは「乳幼児期早期の母子関係障害とその危機介入」（第4回日本発達心理学会、横浜市、1993. 03. 27-29）でした。

² 小林隆児「自閉症の発達精神病理と治療－生涯発達の視点より－」児童青年精神医学とその近接領域、37(1)、25-31、1996。この論文は1995年11月2日に開催された日本児童青年精神医学会総会（岡山市）シンポジウム「自閉症とライフサイクル－病態の理解と医療・教育の現状－」での発表内容ですが、この論文が掲載されている学会誌には当日の討論も掲載されています（pp. 36-39）。それをお読みいただければ、当時の学会の雰囲気的一端をご理解いただけるのではないのでしょうか。

たいと思います。

1949（昭和24）年秋、私は鳥取県米子市に生まれました。人口は現在9万人前後の小都市ですが、元城下町で商売の盛んな土地柄で、今振り返っても外者に対して随分と開かれた町だったように思います。1968（昭和43）年、九州大学医学部に入学し、20歳になってまもなく友人の紹介で自閉症児療育ボランティア活動³に参加するようになりました。ここでの経験が私に決定的な影響を与えました。

1975（昭和50）年春、九州大学医学部を卒業すると、すぐに福岡大学で精神科医としての訓練を受け始めました。当時精神分析を柱とした精神力動的精神医学を志していた福岡大学精神医学教室（当時の主任教授は西園昌久教授でした）に入局したのは、自閉症児療育ボランティア活動で指導的役割を果たしていた恩師村田豊久先生がそこに助教として着任されていたからです。以来、恩師から10数年間、児童精神科医としての訓練を受けてきました。

精神科医になってから早いものですでに40年以上が経過しました。そのなかで私が「関係をみること」に本格的に取り組むようになったのは、1994（平成6）年に九州を離れて東海大学に移った頃でした。

それまで私は発達障害、とりわけ自閉症（スペクトラム）に強い関心を持ちながら、彼らの生涯発達過程について臨床研究を蓄積していました。その最初の成果は「自閉症児の精神発達と経過に関する臨床的研究」（精神神経学雑誌, 87(8), 546-582, 1985.）として纏め、この論文で医学博士の学位を取得しましたが、私にとって忘れ難いのは、その後の研究成果をも含めて7年後、201例の自閉症の追跡調査研究として1992年に英文（A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi Areas, Japan）で発表したことでした。幸い Journal of Autism and Developmental Disorders (Vol.22, pp. 395-411) に受理掲載され、今でも世界的に権威のある自閉症（スペクトラム）

³ この活動は、九州大学付属病院精神科外来で、毎週診療のない土曜日午後開催され、通称「土曜学級」と呼ばれていました。（村田豊久ら「ボランティア活動による自閉症児の集団療法——6年目をむかえた土曜学級の経過——」児童精神医学とその近接領域, 16, 152-163, 1975.）

の雑誌や成書の自閉症成人期あるいは追跡調査などの領域では重要文献の一つとして必ず引用されています。

このことは私の研究生生活において大きな喜びではあったのですが、いくら長期経過を観察して予後を明らかにしたとしても、自閉症研究者としては大きな心残りがありました。いかにすれば自閉症の早期治療や予防が可能かという問題でした。当時（昭和63年から平成6年まで）、私は職場を大分大学（教育学部）に得ていましたが、そのような思いが強くなった頃、東海大学に新しい学部（健康科学部）を設立するから来ないかとある方から声を掛けていただきました。私は九州を離れることに多少の未練はありましたが、家族全員の了解を得てそれまでの研究財産をすべて失うことを覚悟の上で、新天地で新たに自閉症の早期治療や予防に挑戦しようと決心しました。それが1994（平成6）年春のことです。

Ⅱ. 母子ユニットでの研究の成果

東海大学では新学部（健康科学部）の設立準備室に入りましたが、これがとても幸いしました。自分でやりたい研究環境を思うように整えることができたからです。それは母子を1組のユニットで見ているようにする治療室で、母子ユニット（Mother-Infant Unit）、略してMIUと呼んでいました⁴。

新学部は東海大学病院と同じ敷地にあり、私は大学病院の精神科でも診療する機会を与えていただきましたので、乳幼児期に自閉症の疑いで受診した事例の多くを、新学部に創設したMIUで診ることができました。ただMIUは病院外にありましたので、運営はすべて私一人で行わなければならなかったのですが、最初から数名のスタッフが協力してくれましたし、その後学生も毎年私のゼミに加わってくれるようになり、充実した研究ができました。MIUはピ

⁴ 私がMIUを作りたいと具体的に考え始めた一つの契機となったのは、その数年前にロンドンのモズレー病院を見学した際に、案内してくれた児童精神科医吉田敬子氏からMother-Baby Unitを教えて貰ったことでした。Mother-Baby Unitは産後うつ病の母親と子どもと一緒に入院させて治療するユニットです。

デオカメラを3台設置し、隣の観察室でカメラを操作して録画することができ、贅沢な機器を備えていました。実際の運営には常時数名のスタッフを必要としましたので、それを切り盛りするのは大変でしたが、今ではそれも楽しい思い出となっています。

2008（平成20）年春に大正大学（人間学部臨床心理学科）に移るまでの14年間に計81組の母子を治療しました。なにしろ14年間の蓄積がありますので、その成果をまとめるとなると大変で、大学も移ったことも手伝って、本格的に取り組むことができないままに、日々多忙な生活を送っていました。当時はそれをまとめることも無理かと断念し始めていました。

しかし、幸いなことに、2011（平成23）年夏のある日、突然、福岡市にある西南学院大学人間科学部の新福尚隆教授（精神科医）から後任にこないかとの声を掛けてもらい、私は二つ返事で承諾し、2012（平成24）年春に福岡にUターンすることになりました。新福教授は私の母校である米子東高校の先輩にあたる方です。

それまで東京での人間関係に苦勞して、思うように研究が進まなかったため、この転勤は私にとってとてもありがたいことでした。私は再び元気を取り戻して、MIUでの研究の蓄積をまとめる作業に着手しました。そこで私は母子関係を新奇場面法（Strange Situation Procedure：以下 SSP）（図1）で観察した親子の事例55組（1歳台から5歳台まで）のデータを集めて詳細に検討することにしました。

SSPはアタッチメント研究によく用いられる母子観察の枠組みです。世界的に用いられていることから、私もそれを用いることにしました。これはおよそ20分間の観察で、母子に人為的な分離と再会を体験させて、その際に子どもが（分離）不安に対していかに対処するか、その方略を観察して、そのアタッチメント・パターンを判定分類するというものです。ただし、私はアタッチメント・パターンの評価という観察の枠組みには当初から抵抗が強く、結果的に、アタッチメントという行動に焦点を当ててではなく、「甘え」という情動の動きに焦点を当てて観察することにしました。

「アタッチメント attachment」は原語をみればすぐにわかるように、attach

+mentです。attach-は「くっつく」という行動を示す用語です。もとは動物行動学で生まれた概念です。そこには「心」という視点はありませし、動物自体の行動を捉えたものです。(実は「心」を扱わなくても「行動」だけを扱えばよいからこそアタッチメント研究は世界的に流行したのですが) それと比較した時、私の観点は「甘え」という情動(気持ち)を捉えようとしたものです。

「アタッチメント」と違って、「甘え」は相手があって初めて享受できるということを含意しています。相手次第で甘えられたり甘えられなかったりする。だから「甘え」の問題に迫るためには「関係」の視点が不可欠なのです。このことがその後の私の研究に決定的な影響を与えました。「甘え」という視点から捉えることによって、行動ではなくこころに焦点を当てることが結果的にできたからです。

1年半あまりをこの仕事に集中したおかげで、その成果が拙著『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム—「甘え」のアンビヴァレンスに焦点を当てて』(2014, ミネルヴァ書房)として結実しました。ただここに至るまでは大変な苦勞の連続でした。1組の録画ビデオを何10回も繰り返し観察することによってその関係の特徴を描出する必要があったからです。でもこの研究をかたちにしたことによって、その後の私の研究は格段に広がりました。

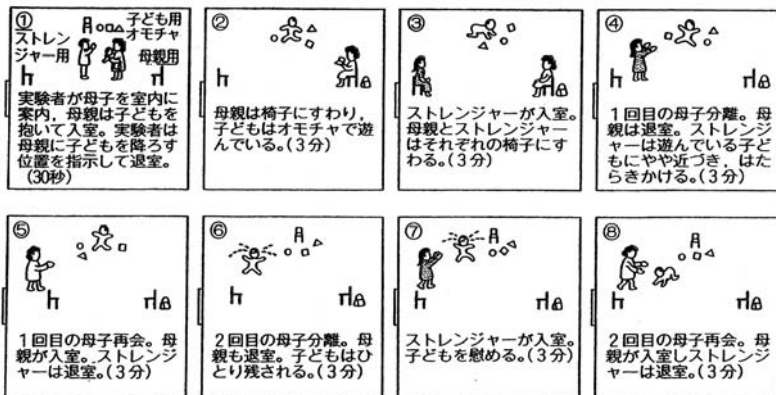


図1：新奇場面法

Ⅲ. 乳幼児期に見られるアンビヴァレンスとその対処行動

1. 関係の病理を捉えることの大切さとむずかしさ

MIUで母子の「関係」に焦点を当てて治療を開始するまでは、家族関係をも考慮しながら、やはり私も子どもを中心に理解し治療を考えてきたように思います。でも実際にMIUでの臨床活動を行ってみると、想像を超えるほどに多くのことを学ぶことができました。

何がもっとも大きかったかといいますと、常に母子の関係のありようを目の当たりにしながら、子どもを、あるいは母親を理解し、治療的手立てを考える習性が身についたことです。それまでも私自身子どもと家族との関係を常に考えていたことは確かですが、目の前の母子関係そのものを対象に、そこに何が繰り返されているのか、関係の妙を捉えるということは、MIUでの臨床を経験して初めて身についたものだと実感しています。

「関係をみる」ことの最大の難しさは、「関係」は常に変化し続けるために、ある瞬間を固定して捉えるということができないことです。常に「関係」のなかに治療者自身も身を委ねながら、ともに感じ取るなかで、「関係」の変化の意味をアクチュアルに（瞬時に）捉えなければなりません。これはわが身で「感じ取る」ことでしか捉えられないものです。だからとても難しいのです。なぜなら、これまで医学に限らず、人間科学においても「客観性」が重視され、治療者自身が「感じ取る」ことは主観的で、それゆえ恣意的で、非科学的だとされ、まともに取り上げられることがなかったからです。臨床と研究には、いわば中立的態度が求められると考えられていたのです。

2. 乳児期の母子関係の病理—甘えのアンビヴァレンス

MIUで対象とした事例は、すべて母子関係そのものがなぜかうまくいかない、自閉症ではないか、発達障害ではないか、といった心配で受診したものです。よって、その関係の質的検討を私は徹底的に行ったこととなります。

そこで得た知見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、子どものこころの動きに「甘えた

くても甘えられない」という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。

「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わかったのです。

3. 専門用語「アンビヴァレンス」と日常語「あまのじゃく」

そこで私はこのような独特な「関係病理」を私たち日本人に馴染み深い「あまのじゃく」と表現するのがふさわしいと思い立ち、一昨年上梓した拙著に『あまのじゃくと精神療法』（弘文堂、2015）というタイトルをつけました。子どもが母親に対して「甘えたくても甘えられない」という心理状態、つまりアンビヴァレンスが生まれているのですが、それは「あまのじゃく」ともいえる関係の特徴を示していると思いついたからです。

「アンビヴァレンス」は精神医学の世界の専門用語（つまりその業界で概念規定された言葉）ですが、「あまのじゃく」は日常語です。そこに大きなそして重要な違いがあります。日常語で考えると、誰でも自由に発想することができ、かつそのような説明には患者（ここでは親子）も腑に落ちるように理解することができるからです。

「あまのじゃく」は「ああ言えば、こう言う」という捻（ひね）くれた態度を言いますが、「拗（す）ねている」心理をここに見てとることができます。さらにここで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示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。私たち臨床家の場合で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。「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。「個」の心理特性とされてきた「アンビヴァレンス」を発達の観点からみると、**関係の病理**として捉えることができるということです。すると、いかなる年齢層の患者であっても、いかなる病態の患者であっても、私は面接で患者との関係に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。

4. 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理的行動

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。

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のねじれ（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。表1に取り上げた多様な行動はそうした対処行動としての意味を持つと考えられます。ここで大切なことは、これらの対処行動は、これまで私たち臨床家が症状として取り上げてきたものだということです。

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) 発達障碍に発展するもの</p> <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</p> <p>②母親を回避し、一人で同じことを繰り返す</p> <p>③何でも一人でやろうとする、過度に自立的に振る舞う</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</p> <p>(2) 心身症・神経症的病態に発展するもの</p> <p>①母親の意向に合わせることで認めてもらう</p> <p>(3) 操作的対人態度、あるいは人格障碍に発展するもの</p> <p>①母親に気に入られようとする</p> <p>②母親の前であからさまに他人に甘えてみせる</p> <p>(4) 解離に発展するもの</p> <p>①他のものに注意、関心をそらす</p> <p>(5) 精神病的病態に発展するもの</p> <p>①過度に従順に振る舞う</p> <p>②明確な対処法を見出すことができず周囲に圧倒される</p> <p>③周囲を無視するようにして一人で悦に入る</p> <p>④一人空想の世界に没入する</p> |
|--|

Ⅳ. アンビヴァレンスへの対処行動とそのゆくえ

表1に述べた多様な対処行動はその後どのように変容していくのでしょうか。その概略を私なりに推論もまじえてお話ししましょう。図2をごらんください。

1. 発達障碍に発展するもの

私が母子ユニットで行った研究は、当初自閉症スペクトラムの対人関係障碍の内実を明らかにしたいとの動機から始めたものですので、自閉症スペクトラムをはじめとする発達障碍独特のものがあることは予想されたことです。それが表1の(1)です。ただ私にとって大きな発見であったのは、それ以外に様々な対処行動を明らかにすることができたことです。具体的には、表1の(2)から(5)に該当します。

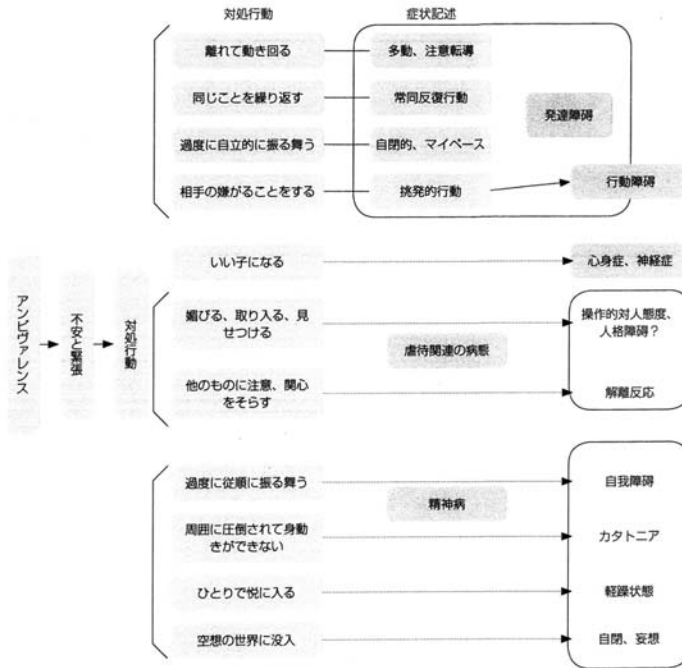


図2 アンビヴァレンスへの対処行動、症状、そのゆくえ

2. 心身症・神経症的病態に発展するもの

「(2) 心身症・神経症的病態に発展するもの」と考えられたのが、「①母親の意向に合わせることで認めてもらう」という対処行動です。自分の「甘え」を無条件に認めてくれない母親に対して、なんとか自分の存在を認めてもらおうとすれば、母親の期待に応じて振る舞おうとするのはとても自然な反応です。そのような反応が自閉症スペクトラムを疑われて私のもとに受診してきた子どもにも認められたことは、当時の私にとっては驚きであるとともに大きな発見でした。なぜなら私が行ってきた自閉症の追跡調査などで青年期以降に心身症や神経症を発症する例が少なからず認められていたからです⁵。

⁵ 拙著『自閉症の発達精神病理と治療』（岩崎学術出版社、1999）を参照。

当時（から今でも）彼らは傍若無人に振る舞う子どもであるかのように思われています。しかし、彼らにも彼らなりに適応的に振る舞うよう努める一面があるのです。この対処行動は母親にとっても社会にとっても好ましく、適応的なものに映りますから、幼少期から学童期にかけてこの傾向が続けば、大きな社会的不適応を示すことは少ないでしょう。しかし、それはあくまで仮の適応ですから、思春期を前にして内的衝動（自分のなかの欲求）が高まれば、それまで抑えていた思いが耐えきれなくなって爆発するか、強い葛藤をもたらします。いつか必ず破綻をもたらします。心身症や神経症を発症する素地となるのはそうした理由からです。

3. 操作的対人態度、あるいは人格障りに発展するもの

ついで「(3) 操作的対人態度、あるいは人格障りに発展するもの」として「①母親に気に入られようとする」、「②母親の前であからさまに他人に甘えてみせる」といった対処行動を見出しました。これには虐待された経験が反映していることが推測されます。ここでとても興味深いのは、「①母親に気に入られようとする」行動はわれわれ日本人には「媚（こ）びる」と映りますし、「②母親の前であからさまに他人に甘えてみせる」行動は、母親に「当てつける」「見せつける」と映ります。私たちの日常心理の次元でとてもよく理解できる行動です。

私はMIUを開始した当初は、自閉症（スペクトラム）に強い関心を持っていたため、そのような目で見えていたのですが、それらの事例の中にも虐待が絡んでいると判断せざるをえないものが少なからずあることに気づきました。彼らは発達障害あるいは自閉症と診断されたり疑われたりして私のところに紹介されてきたのですが、MIUで「関係」を見ていくと、虐待やネグレクトが絡んでいることが推測される事例が少なからずあることがわかりました。彼らのみせる対処行動を見ていると、それは私たち日本人には「取り入る」、「媚（こ）びる」、「当てつける」、「見せつける」と表現できる行動であることがわかりました。このように表現すると皆さんにもすぐに子どもの振る舞いを想像できるでしょう。なんとかして少しでも母親の気を引こうとする、あるいは母親への怒りを間接的に示そうとする、そんな子どもの思いを感じずにはられません。

実に痛々しく健気な振る舞いです。

ここでひとつ事例を取り上げましょう。

●2歳9カ月 男児（『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム』事例22、pp.129-133より）

頭突き、衝動的行動などを主訴に祖母と母子三人での受診。満期出産。陣痛開始は早かったが、分娩に時間がかかり鉗子分娩で出産。仮死状態で傷だらけだったというが、母親は子どもをじかに見ていない。特に発達に気になることはなかったが、1歳5ヶ月、てんかんを発症。通院中の病院で2歳半のときに自閉症といわれた。以来、母親は気分が落ち込み、うつ病として他院で治療中である。子どもと付き合っていると、どうかなりそうで、叩きたくなる。子どもは母親が嫌がることを好んでやるので、母親のイライラは募るばかりだという。以下 SSP の特徴です。

子どもは見るからに面白くなさそうに動き回っている。子どもは椅子に座っている。母親にさりげなく近づき、背を向けて寄りかかるが、母親は戸惑っている。そうかと思うと、急にドアに背を向けながら後頭部をドアに打ち付ける。母親は「痛いよ」と注意をするが、ことさら注意されることをねらってやったようにみえる。ストレッチャー（以下ST）が入室して母親の前に座ると、子どもはすぐ近寄って背を向けて寄りかかる。あからさまにSTに甘えて見せて母親に当てつけている。母親が退室しても特に反応することなく、子どもはSTの手を引いて動き始める。しかし、相変わらず無気力で気の向くままに動いているだけで、楽しい雰囲気は生まれない。再び母親がドアを開けて入室しそうになると、すぐに気づいてドアに駆け寄る。しかし、母親が入ってくると、母親を避けてドアに直接ぶつかると同時に両手で当たる。その後も相変わらずの動きで、母親が退室しても何事もないかのような態度で、ひとりで過ごす。STが入室しても変わらず、代わって母親が入室しても母親に目を向けることなく、ひとりで遊び続ける。

初診時の病歴聴取で虐待またはネグレクトが強く疑われた事例です。母親の

前で思わせぶりに甘えて見せるかと思うと、見知らぬ女性に甘えては当てつける態度を取ります。そうかと思うとわざとらしく頭をドアに打ち付けて母親に心配させて関心を引こうとします。あの手この手を使って母親の関心を繋ぎ止めようと必死な様子が見えます。

子どもの行動を母親との「関係」の相で観察すると、子どもがいかにかデリケートな振る舞いで母親との関係を模索しながら懸命に生きているかを感じ取ることができます。子どもの何気無い振る舞いに彼らのこころの襞を感じ取ることができるようになること、それが臨床家に一番求められていることです。肝に銘じたいものです。

4. 解離に発展するもの

「(4) 解離に発展するもの」として「①他のものに注意、関心をそらす」対処行動は、乳児期から認めます。母親があやそうとして子どもに目を向けると、すぐさま視線をそらす反応です。1歳すぎると、母子分離で不安を示した子どもが母子再会の場面でいざ母親に抱かれそうになると、途端に顔をそらす行動として認めるようになりますし、子どもが何かを手にとって遊ぼうとするので、母親がそれにつきあおうとすると、子どもは途端に他のものに目を移す反応としても捉えることができます。このような反応は母親からみれば、「落ち着きのない、気移りの激しい」子どもに映ります。のちのち「解離」という精神病理現象に発展することが推測されるものです。

SSPでは捉えることができなかったのですが、よくよく考えてみると、1歳台ですでに一人ぼっちになった後の母子再会場面で母親と触れ合うほどに接近した途端に目を逸らす反応が認められていましたし、2、3歳台になると、SSPではなく治療経過の中で類似の反応として捉えることができることに気づきました。

ではどのような場合にこのような反応が誘発されるかと言いますと、子どもの情動興奮、とりわけ快の情動が高まっていくと、それを回避するようにしてこのような行動が誘発されているのです。快の情動興奮に身を委ねることに対する恐怖、つまりは「甘え」の心地よさを経験していないがために、それを回

避するための反応ではないかと思われるのです。のちのち発達障碍、子ども虐待事例でよく指摘される「解離」の萌芽のかたちをここに見てとることができます。

5. 精神病的病態に発展するもの

最後に「(5) 精神病的病態に発展するもの」として「①過度に従順に振る舞う」「②明確な対処法を見出すことができず周囲に圧倒される」を挙げています。これまでとはかなり性質の異なったもので、より深刻な事態です。なにしろ自分というものがほとんどないに等しい状態だからです。自分の意思で行動するのではなく、母親の意に翻弄されて、なされるがままです。あるいは何をどうしたらよいか、途方に暮れて茫然自失の状態になっています。

ついで「③周囲を無視するようにして一人で悦に入る」「④一人空想の世界に没入する」なども列挙していますが、前者は精神病理学的には「軽躁状態」、後者は「自閉、妄想状態」として記載されてきたものを彷彿とさせます。

これらはすべて「(5) 精神病的病態に発展するもの」であることが推測されます⁶。

以上、2歳台以降になると、自らの不安と緊張への対処行動を彼らなりに身につけ、それが成長発達とともに次第にその人の対人的態度として内在化していく（自分のものとなる）ことが考えられます。つまりは人格に組み込まれていくのです。

私たちにとっても他人事ではありません。人間関係のなかでなにか困ったときにどのようにしてその事態を切り抜けるか、みんなそれぞれ自分なりのやり方で対処しています。すぐに他人に頼る、他人のせいにする、笑ってごまかす、ただ黙って事態の推移を見ているなど、人間誰もがなんらかの対処の方法を身につけて生きているものなのです。

⁶ 多様な精神病症状の成り立ちについては、新著『自閉症スペクトラムの症状を「関係」から読み解く』（ミネルヴァ書房、2017）の第9章「精神病（統合失調症・躁うつ病）様症状」に詳しい。

V. 治療の焦点は症状ではなく、 その背後に蠢くアンビヴァレンスに当てなければならない

1. 精神医学で症状として捉えられてきたものの多くは対処行動である

以上、こころの病の大半は、生後3年間の母子関係の病理を基盤としながら発展していく可能性を示しましたが、このことは何を意味しているのでしょうか。これらの対処行動によって、根源的不安は背景に退き、意識下すなわち無意識のレベルに置かれることとなりますが、それに代わって前景に現れるのが症状で、それはこの対処行動が恒常化ないし固定化したものだということができます。

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ず、逆に彼らの不安をより一層強めることとなります。「溺るる者は藁をもつかむ」と言いますが、症状を無くそうとする治療は、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。

2. こころの病はすべて「発達」の「障碍」である

自閉症スペクトラムをはじめとする発達障碍は、なんらかの特有な原因（器質的要因）を基盤としたものだとする考え方がこれまで一般的でしたが、不安への対処行動が幼年期早期にすでに奇異で独特なものであったためにそのように考えられてきたのだと思います。なぜこのような言動が生まれるのか、その成り立ちを理解することは容易ではなかったからです。

そして、心身症や神経症、人格障碍、解離、さらに精神病などにおいては、対処行動が症状として顕在化するのは学童期から思春期以降になりますので、どうしても発達障碍とは別ものだと考えたくになります。しかし、それは病理的な対処行動が目立たず、一時的には一見適応的であったりしたからであって、潜在的なアンビヴァレンスによる不安への病理的な対処行動が発達障碍のように幼少期に顕在化しなかったにすぎません。

以上のように考えていくと、こころの病はすべて「発達」の「障害」として捉えることができます。

Ⅵ. アタッチメントの問題と発達の問題をいかにして統一的に理解するか

お待たせしました。ここからやっ和本日の本題に入ります。

講演会や研修会で話をしていると、参加者からよく受ける質問のひとつに「愛着障害と発達障害の違いをどのように考えたらよいか、鑑別したらよいか」というものがあります。このような質問の背景には、従来の発達障害にみられる病態と虐待やネグレクトを経験した子どもたちにみられる発達障害類似の病態との違いをどのように見分けたらよいか、どのような視点から考えたらよいか、現場の人たちの大きな戸惑いと混乱があるように思います。

2年前（2015年）のある学会で講演した折に、虐待を受けた子どもの脳研究で有名な学者⁷の話を聞いて強く疑問に思いました。発達障害と愛着障害の区別はとても難しいと言いながら、その一方で両者の鑑別は大切であると強調していました。ではどのように明確に鑑別するのか、期待をしながら聞いていたのですが、肝心のその点は曖昧なままでした。どう考えても矛盾した話で納得がいきませんでした。

1. 素質と環境の関係をどう考えるか

このような混乱を招いたひとつの要因に、子ども虐待を発達障害としてとらえようとする主張がなされるようになったことがあることは確かでしょう⁸。これまで（もちろん現在もなお）発達障害は生得的な脳（機能）障害によるものだと考えられていますし、子ども虐待は養育者によるもの、つまりは養育環境によるものだと当然のごとく理解されています。生得的な脳障害という素質（nature）に原因を求める器質因説と、養育環境（nurture）に原因を求める環

⁷ 友田明美「脳科学から見た子ども虐待」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.）講演資料集、pp.33-40.

⁸ 杉山登志郎『子ども虐待という第四の発達障害』（学習研究社、2007）

境因説というまったく正反対の原因によるものだとの通説が流布していますから、子ども虐待も発達障碍だとみなすと、両者の関係はどうなるのか、誰でも混乱するのは当然でしょう。

このように発達障碍に関する議論は、ややもすると「障害か個性か?」「治るか治らないか?」「遺伝か環境か?」という二者択一的なものになりがちでしたが、そのようなこれまでの流れに対して、先天的要因（遺伝要因）か、それとも養育環境（環境要因）か、という従来のどちらか一方に決めつけようとする考え方から脱皮し、双方の要因のダイナミックな絡み合いの解明こそ、今求められている課題だとする考え方もやっと主張されるようになってきました（鷺見、2015）。

しかし、この鷺見聡著『発達障碍の謎を解く』（日本評論社、2015）で、著者は素質と環境とのダイナミックな絡み合いの解明こそ今後の課題だと主張しているにもかかわらず、なぜか乳幼児期早期における＜子ども－養育者＞関係の内実にはまったく触れていません。子どもの心の成長「発達」とその「障碍」がどのようにして生まれるのか、その成立過程こそ、素質と環境のダイナミックな絡み合いの所産です。そこに目を向けるべきであって、それなくして「発達」とその「障碍」の解明は不可能です。それまでの発達過程で何が起こったのか、そのことがこれまでブラックボックス化され、誰も積極的に見ようとしてこなかったことが最も大きな問題なのです。

そこで乳幼児期早期、とりわけ0歳から2歳までの生後3年間の発達過程でどのようなことが親子のあいだで起こっているのか、そのことを私はMIUで明らかにしようしてきたのです。

2. 「アタッチメント（愛着）障碍」と「発達障碍」という診断名について

臨床家が臨床問題を考える上で大切にしてきたのが症状と診断です。そこでちょっと視点を変えて「アタッチメント（愛着）障碍」や「発達障碍」という診断名について考えてみることにしましょう。（臨床）診断名として用いられている「アタッチメント障碍」や「発達障碍」がどのようにして概念化されたのか、作られたのかということです。

身体医学において疾患単位 clinical entity (ひとつの独立した疾患 disease であること) を確立するためには、病巣 (身体のどこに病気が発生したのか)、病理 (その病気はどのような仕組みで起こったのか)、病因 (その病気は何が原因で起こったのか) が明確であることが必須条件です。

しかし、精神医学では大半の疾患が原因不明です。そして「心」あるいは「精神」という目に見えない、誰の目にも客観的に示すことのできないものを対象とするため、その臨床診断はこれまでいろいろと試みられてきたにもかかわらず、なかなか世界で統一したものは生まれませんでした。しかし、ご承知のようにアメリカで DSM-III (1980) が生まれてから、国際診断基準として世界的に用いられるようになりました。わが国はアメリカからみれば優等生ですから、いち早くその導入に取り組み、今では精神科医に限らず医療従事者であれば誰もが用いるほどになっています⁹。

この国際診断基準に端的に示されているのですが、精神医学における臨床診断は、「客観的」に示すことのできる言動 (患者の語る内容と行動特徴) の列挙によって行われるようになりました。主観的なもの (診断医が患者に対して感じることなど) はほとんど取り上げず、誰にでも同じように捉えることができる (と考えられている) 言動に特化した内容になっています。そして、もうひとつ忘れてならないのは、臨床診断は子どもであっても「個体 (個人)」に焦点を当てて、その行動特徴から診断を行うという考え方で貫かれていることです。「アタッチメント障害」も「発達障害」もそうした考え方に基づいて生まれた病名です。

精神医学における臨床診断名は、身体医学のような病巣、病理、病因に基づいて作られたものではありません。こんな行動特徴がある子どもたちをこのように呼びまじょうと、いわば理念的に (頭の中で考えて) 人為的に作り上げら

⁹ 最近ではお膝元のアメリカで DSM と基礎研究との間で齟齬が生まれ、今後 DSM に基づいた研究がなされないのではないかと驚くべき動きがあります。私は当然の帰結ではないかと思っています。DSM で症状をいくら厳密に定義したところで、所詮それは対処行動の発展型でしかなく、病因究明や根治療法に迫る上でほとんど役に立たないからです。(橋本亮太「Research Domain Criteria (RDoC) とその実践」精神科治療学, 32 (3), 419-424, 2017)

れたものでしかありません。このことはとても重要なポイントですので、ぜひとも頭に置いておいてください。時々、子どものこだわり行動を取り上げて、「この子どもは自閉症だからこだわり行動を示す」などと発言する人がいますが、とんでもない考え違いです。「こだわり行動（その他にもいくつかの行動特徴を加えて）を示す子どもを自閉症と呼びましょう」との約束事になっているだけであって、これでは本末転倒と言わざるをえません。「アタッチメント障害」や「発達障害」という病名はそのようなものでしかなく、けっして明確な原因をもとに概念化されたものではないのです。したがって、そのような基準に基づく臨床診断を後生大事にして両者の違いを論じて、結局は表面的な違いを議論するばかりで、「群盲象をなでる¹⁰」類の議論でしかありません。

3. 「アタッチメント障害」と「発達障害」、ともに「関係」の問題である

ではどのように考えていけばよいのでしょうか。ここで私は次のように考えてみようと思います。どちらも親との関係の問題で、そこにアタッチメントの問題があることは確かです。そこで「アタッチメント障害」ないし「発達障害」とみなされる子どもたちは本当のところ乳幼児期早期においてどのような状態であったのか、あるいはどのような経緯（過程）を辿ってこのような状態になるのかを考えてみることです。ここで、これまで私が皆さんに話してきたことと繋がることがおわかりでしょう。乳幼児期早期の生後数年間に、母子関係になんらかの問題が生じた場合、母子関係の困難はどのような内実を孕んだものになっていくのか、そのおよその概略をお話してきたからです。そこでもう一度これまでの話を振り返ってみましょう。

これまでブラックボックス化されてきた乳幼児期早期における母親との関係の内実を直接観察するなかで、母子関係の難しさの背景には子どもが母親に抱く甘えのアンビヴァレンスが強く働いていることがわかりました。そのため子どもは常に強い不安と緊張に晒されるがゆえに、なんとかそれを軽減すべく様々な対処を試みることになる。この多様な対処行動をこれまで精神医学の世

¹⁰ この故事については障害者差別の観点から批判があることは承知していますが、敢えて使用しています。表現法はともあれ適切な内容を示していると考えているからです。

界では症状として捉えてきました。そして、その中の一群の対処の表現型をこれまで臨床家は「発達障害」と診断し、その原因を脳（機能）障害に帰していたこと。じつはその他にも様々な対処を試みていることが明らかとなりました。そのひとつに、「アタッチメント障害」と診断される表現型を示す一群があるということです。

よって、私たちは「アタッチメント障害」と「発達障害」の違いを云々（うんぬん）するのではなく、その病態の成り立ちを念頭に置きながら、ともに「関係の病理」という視点から捉えることによって、統一的に理解する道が拓かれていくことになります。「個」ばかりに注目することによって生まれた混乱は「関係」に視点を移すことによって視界が開けてくるのです。

4. アタッチメント障害—抑制型と脱抑制型について

ここで「アタッチメント障害」についてももう少し考えてみましょう。アタッチメント障害について論じる際によく取り上げられるのが**抑制型**と**脱抑制型**のふたつに分ける考え方です（文末の**参考資料**を参照）。これらは、先のアンビヴァレンスへの対処行動としてみていけばすぐに理解することができます。

「抑制型」は母親との関係を志向せず（母親を直接求める行動をとらずに）、ひとりで不安に対処しようとする反応です。したがって、自閉症類似的な反応になります。「脱抑制型」はそれとは逆に、なんとか母親や他者との関係を志向して（誰でもいいから相手を求めて）対処しようとする反応です。これは「(3) 操作的対人態度（人格障害）に発展するもの」で取り上げたものに該当します。このような対処行動が身につくと、大人になって人格（パーソナリティ）障害 personality disorder と診断されることになります。相手に対して操作的態度が顕著になるからです。皆さんにとっても医療現場でも一番厄介で難しい事例の多くはこのような特徴を持っています。

以上取り上げた行動は、日頃皆さんが児童養護施設などで虐待やネグレクトを受けて育った子どもたちと接する中でよく出会う子どもたちの反応だろうと思います。

おわりに

ここまでアタッチメントと発達の問題を「関係」から読み解くことによって、アタッチメント障害と発達障害を統一的に、一貫性をもって理解できることを示してきました。今日の国際診断基準を後生大事にして、それを用いて診断することが科学であるかのように信じて診断の違いを滔々と論じる方がいますが、精神医学における診断基準などは空疎な代物です。10数年ごとに様変わりするようなものを当てにしても始まりません。臨床の場で自分が確かなものとして掴んだものを大切に、子どものこころのありようを、養育者との関係のなかで、あるいは治療者との関係のなかで、理解する経験を積み重ねていくこと、臨床家の仕事はこれに尽きるのです。このことを最後に皆さんに強調して、私の講演を終わります。

なお、今回のテーマについて新著『自閉症スペクトラムの症状を「関係」から読み解く』の第8章「虐待関連の症状」(pp.175-197)でも論じています。ご参照いただければ幸いです。

謝辞：本稿は、第9回こども心身セミナー（大阪市ホテルコスモスクエア国際交流センター、2017.05.27.-05.28.）において行われた講演内容に加筆したものです。このような機会を与えていただいた富田和巳所長（こども心身医療研究所）にお礼申し上げます。

参考資料

<DSM-5¹¹の診断基準>

●反応性愛着障害 Reactive Attachment Disorder (RAD)

A. 以下の両方によって明らかにされる、大人の養育者に対する抑制され情動的に引きこもった emotionally withdrawn 行動の一貫した様式：

- (1) 苦痛なときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽 comfort を求めない
- (2) 苦痛かときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽に反応しない

B. 以下のうち少なくとも2つによって特徴づけられる持続的な対人交流と情動の emotional 障害

- (1) 他者に対する最小限の対人交流と情動の反応 social and emotional responsiveness
- (2) 制限された陽性の感情 positive affect
- (3) 大人の養育者との威嚇的でない交流の間でも、説明できない明らかないらだたしさ、悲しみ、または恐怖のエピソードがある

C. その子どもは以下のうち少なくとも1つによって示される不十分な養育の極端な様式を経験している

(1) 安楽、刺激、および愛情 affection に対する基本的な情動欲求 emotional needs が養育する大人によって満たされることが持続的に欠落するという形の社会的ネグレクトまたは剥奪

(2) 安定した愛着 stable attachment を形成の機会を制限することになる、主たる養育者の頻回な変更（例：里親による養育の頻繁な交代）

(3) 選択的愛着 selective attachment を形成する機会を極端に制限することになる、普通でない状況における養育（例：養育者に対して子どもの比率が高い施設）

D. 基準Cにあげた養育が基準Aにあげた行動障害 disturbed behavior の原因であるとみなされる（例：基準Aにあげた行動障害が基準Cにあげた養育の欠落に続いて始まった）

E. 自閉症スペクトラム障害（自閉スペクトラム症）autism spectrum disorder の診断基準を満たさない

F. その障害は5歳以前に明らかである

G. その子どもは少なくとも9ヶ月の発達年齢である

▶該当すれば特定せよ

持続性：その障害は12ヶ月以上存在している

▶現在の重症度を特定せよ

反応性愛着障害は、子どもがすべての症状を呈しており、それぞれの症状が比較的高い水準で現れているときには**重度**と特定される

¹¹ American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition: DSM-5™*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 日本精神神経学会監修・高橋三郎・大野裕監訳（2014）. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.

●**脱抑制型対人交流障害 Disinhibited Social Engagement Disorder**

A. 以下のうち少なくとも2つによって示される、見慣れない大人に積極的に近づき交流する子どもの行動様式：

- (1) 見慣れない大人に近づき交流することへのためらいの減少または欠如
- (2) 過度に馴れ馴れしい言語的または身体的行動（文化的に認められた、年齢相応の社会的規範を逸脱している）
- (3) たとえ不慣れな状況であっても、遠くに離れて行った後に大人の養育者を振り返って確認することの減少または欠如
- (4) 最小限に、または何のためらいもなく、見慣れない大人に進んでついて行こうとする

B. 基準 A にあげた行動は注意欠如・多動症で認められるような衝動性に限定されず、社会的な脱抑制行動を含む

C. その子どもは以下の少なくとも1つによって示される不十分な養育の極端な様式を経験している

- (1) 安楽、刺激、および愛情に対する基本的な情動欲求が養育する大人によって満たされることが持続的に欠落するという形の社会的ネグレクトまたは剥奪
- (2) 安定した愛着を形成の機会を制限することになる、主たる養育者の頻回な変更（例：里親による養育の頻繁な交代）
- (3) 選択的愛着を形成する機会を極端に制限することになる、普通でない状況における養育（例：養育者に対して子どもの比率が高い施設）

D. 基準 C にあげた養育が基準 A にあげた行動障害の原因であるとみなされる（例：基準 A にあげた行動障害が基準 C にあげた養育の欠落に続いて始まった）

E. その子どもは少なくとも9ヶ月の発達年齢である

▶**該当すれば特定せよ**

持続性：その障害は12ヶ月以上存在している

▶**現在の重症度を特定せよ**

脱抑制型対人交流障害は、子どもがすべての症状を呈しており、それぞれの症状が比較的高い水準で現れているときには**重度**と特定される