

発達障碍の精神療法

— その難しさはどこにあるのか —

小 林 隆 児

Psychotherapy of Developmental Disorders :

Why is it Difficult?

Ryuji Kobayashi

これまで長い間、発達障碍の精神療法は困難で、ある意味禁忌ないし無効であるかのように信じられてきた。そこで筆者が実践している発達障碍の精神療法について、その基本的考え方となぜ多くの臨床家にとって難しいのか筆者の関係発達臨床の立場から以下のように論じた。

①<患者-治療者>関係で立ち上がるもの（問主観での体験）に関係の特徴（問題）が端的に示されている。②そのことを面接でタイミングよく取り上げると、相手（母親や患者）はそれに気づくとともに、自分の過去（特に幼少期）が蘇ってくる。それは必ず自分の母親との「甘え」にまつわる体験で、自分の母親から認めてもらえなかったというアンビヴァレントな情動体験記憶である。③ここで治療者として大切なことは、「今の母子関係」と「過去の自分の母親との関係」という三代にわたる連続性について自己理解が深まるように手を差し伸べながら話を紡いでいくことである。それは「過去の自分の母親との関係」での体験が「今の母子関係」に反映し、今の子どもの振る舞いとして表に現れるものである。④以上のことは治療者が意図的に、操作的に行うものではない。患者や母親が内省するなかでごく自然に「甘え」にまつわる体験が想起されるのである。子どもは母親のそうした変化をいち早く感じとり、驚くような反応で示してくれる。まさに「子どもは親の（こころの）鏡」だということができるのである。

以上のごとき治療展開が起こるようになるためには、治療者が自らのアンビ

ヴァレンスに気づき、それと同じところの動きのゲシュタルトを患者との関係においても発見することができるようになることが不可欠である。他者理解は自己理解があって初めて可能になる。じつはこのことが臨床家であれ誰にとってももっとも難しいのである。

はじめに

1975（昭和50）年に私は大学医学部を卒業して精神科医になりましたが、その頃には自閉症の精神療法は無効であるとの言説が幅を利かせ始めた時代でした。そのなかで精神療法といえば、せいぜい行動療法が試みられている程度でした。

当時は子どもと家族（主に母親）を別個に捉えて理解しようとするものが多かったのですが、それは明らかに母原病説の後遺症があったからです。自閉症の原因は母親の育て方によるとの見方の反動から、母親をはじめとする家族そのものに目を向けることは許し難いことだという風潮が強まり、誰もが家族を問題とすることを極力避けるようになっていったのです。そして脳科学の時代に突入すると、一気に脳障害仮説へと多くの研究者はなだれ込み、自閉症をはじめとする発達障害は脳障害が原因であるとの言説がまるで通説であるかのごとく語られる時代になりました。その端的な例が、子どものなかに障害特性を見て行こうとする姿勢です。今もその延長にあることは間違いありません。みなさんはそのような時代の変化の中にいるということを自覚する必要があります。

しかし、原因をめぐる考え方にも少しずつ変化の兆しが見えてきました。素質（脳障害）か環境（養育）かという二者択一的な考え方から、双方のダイナミックな関係にこそ目を向けるべきだとする主張がなされるようになったからです（鷺見、2015）。しかし、いまだそれはせいぜい周産期の問題や環境汚染と絡めたものであって、現実の母子関係そのものに目を向けようとするものではありません。

私は力動的精神医学を基本とした臨床精神医学を学んだことから、つねに人間のこころの発達と病理について、精神分析を柱としながら力動的に理解する

ように努めてきました。しかし、正直なところ私も精神科医としての臨床訓練を積んでいた頃は、自閉症の子どもたちにどのような切り口から接近したらよいのか、皆目見当がつかず戸惑うことも少なくありませんでした。

しかし、私が確かな手応えとして掴んだ最初の契機となったのは、思春期ないし成人期に達した自閉症の人たちの情緒的混乱に対して、家族に精神療法（家族療法）的に接近することによって、彼らに明確な改善が認められたことでした。子どもに対して直接働きかけることは容易ではなかったのですが、家族に働きかけることによって子どもに変化をもたらすことは可能であるという手応えです。それは青年期の多様な精神病理に家族病理が深く関与していることを肌で感じ取ってきたからです（小林、1991；小林、1992）。さらに両者の関連を考える上で決定的な影響を与えてくれたのは、母子ユニット（Mother-Infant Unit：以下 MIU）を創設する数年前に大分で経験した青年期および成人期の自閉症者との出会いと治療経験でした（小林、1993a；小林、1993b；小林、1994；小林、1995）。それから私は乳幼児期早期の母子治療の必要性を強く感じるようになっていきました。

母子ユニットで発見した母子の関係病理

アンビヴァレンスとしての「あまのじゃく」

振り返ってみると、すでに精神科医になって40年あまりが経過していますが、その前半は自閉症の子どもたちの成人になるまでその成長発達過程を丹念に追い（小林、1987）、201例の追跡調査研究（Kobayashi, R. et al., 1992）で一区切りつけました（小林、1999）。

1994（平成6）年4月、九州から関東に移った際に、私は自閉症の基本障碍である対人関係障碍の内実はいかなるものかを直接自分の目で確認し、関係治療の方策を考えたいとの思いから MIU を創設し、以来乳幼児期早期の子どもと母親との関係を直接観察し治療する試みを重ねてきました。他大学に移るまでの計14年間に、そこで直接関わった母子は計81組で、2年前に母子関係の内実を新奇場面法（Strange Situation Procedure：以下 SSP）を用いて克明に

観察した計 55 組（1 歳から 5 歳まで）を対象に、その研究成果を『「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、2014）として纏めました。この研究は録画ビデオを全事例について何十回も繰り返し見ながらその関係の内実を克明に記録したものが基本データとなっていますが、この作業をするなかで、私は大変豊富な金の脈を探り当てた思いを味わうことができました。その最大の要因は、アタッチメント研究の枠組みから脱して「甘え」の観点から母子関係の機微を観察することができたからだだと思います。もしも、世界中で行なわれているアタッチメント・パターンに当てはめることに囚われていたならば、今の自分はないと思うほどです。

そこでの最大の発見は乳幼児期早期の 0 歳後半から 1 歳台において、子どもと母親との関係の問題を詳細に検討すると、様々なヴァリエーションはあるにしてもその中核に子どもが母親に対して以下のように振る舞うことでした。

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反応を示す。

ここに子どもは母親に対して「甘えたくても甘えられない」心理を抱いていると感じ取った私ですが、まもなくこのような独特な母子関係の様相は「甘え」文化を身に纏（まと）った私たちには「あまのじゃく」という和語で馴染み深いものであることに気づきました。

これが私にとって大きな発見になったのです。「甘えたくても甘えられない」心理は子どもに焦点を当てて描写したもので、そのような心理は精神医学の世界ではアンビヴァレンスと言われるものです。これまで「個」の精神病理とされてきたアンビヴァレンスという心理がどのようにして生まれるのかを私は母子臨床で発見したからです。精神医学の世界で「個」の精神病理として多くの知見が明らかにされてきましたが、それは最初から「個」に自生的に立ち上がるようなものではありません。最初乳児のころはいまだ明瞭に形作られてはいません。せいぜい機嫌のよい時には笑い、不機嫌なときには泣く程度です。生誕後の養育者との濃密な対人交流のなかで急速に形作られていきます。健康

なところであれ、病的なところであれ、同じことです。ともに「関係」のなかで形作られていくのです。そのことを私は母子臨床で実感をもって捉えることができたのです。

アンビヴァレンスから逃れるための様々な対処行動

ついで私にとって重要な発見は、2歳台に入ると、子どもが抱くアンビヴァレンスによってもたらされる持続的な強い不安と緊張から少しでも逃れようとして様々な対処を試みることがわかったことです。子どもは実に多様な反応を示しますが、それを整理したものが表1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

(1) 発達障碍に発展するもの

- 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
- ②母親を回避し、一人で同じことを繰り返す
- 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
- ④ことさら相手の嫌がることをして相手の関心を引く

(2) 心身症・神経症的病態に発展するもの

- ①母親の意向に合わせることで認めてもらう

(3) 操作的対人態度に発展するもの

- 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

(4) 解離に発展するもの

- ①他のものに注意、関心をそらす

(5) 精神病的病態に発展するもの

- 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
- ③周囲を無視するようにしてひとりで悦に入る
- ④ひとり空想の世界に没入する

これをみると、その多様さに驚かされますが、よくよく考えてみると、自分が母親に対して「甘えたくても甘えられない」状態に置かれたならば、2歳の子どもがどのような気持ちを抱いてどのように振る舞うようになるか、自分自身の幼少期の体験を振り返ってみれば、自ずから目に浮かんでくるのではないのでしょうか。そのようにみていくと、表1に取り上げた内容の多くは誰でもよく理解できるものではないかと思えます。ただ、驚かされるのは、「(4) 解離

に発展するもの」と「(5) 精神病的病態に発展するもの」です。これほどまでに追い込まれることもあるのです。

これら全体を見渡してみるとお気づきになるとと思います。(1) にリストアップされた対処行動は、すべて発達障害に特徴的な行動だということがわかります。対象はすべて母子関係の問題を抱え自閉症をはじめとする発達障害が疑われた事例ですから当然といえば当然です。ただ強調したいのは、これらの対処行動が臨床現場では「症状」という名で呼ばれ、それをもとに発達障害と診断され、脳障害が原因で起こるものだと当然のごとく理解されていることです。私の研究で明らかになったことは、脳障害が原因で起こるといった直線的な因果論で理解できるような単純なものではなく、これら症状とされてきたものは、あくまで「甘えたくても甘えられない」子どもが抱くアンビヴァレンスによってもたらされる持続的な強い不安と緊張から少しでも逃れようとして試みている対処行動だということなのです。そのように理解することによってはじめて治療戦略の道筋も見えてくると思うのです。具体的なことはのちほどお話しします。

その他にも「(2) 心身症・神経症的病態に発展するもの」や「(3) 操作的対人態度に発展するもの」も含まれています。「いい子になる」という対処行動は誰にでもよく理解できるものでしょう。こうした反応を示す子どもは表面的には良好な適応行動をとることになりますから、しばらくの間は問題が顕在化することなく、成長していくことになります。しかし、自我意識が高まる小学校高学年あたりになると、葛藤が強まり、様々な神経症・心身症様反応を呈することが危惧されます。「自分」という主体性が育まれないことによって起こると考えることができます。

「(3) 操作的対人態度に発展するもの」については少し説明を要するかもしれませんが。相手の顔色を窺いながらあの手この手をつかって母親(相手)を振り回す事例です。このような事例をビデオで観察すると、2歳台の子どもがここまでいろいろと周りの様子を窺いながら行動するものかと感心してしまうのですが、子どもたちは生きるために必死ですから当然の反応だともいうことができます。

さらにぜひとも注目してほしいのは、「(4) 解離に発展するもの」と「(5) 精神病的病態に発展するもの」です。このふたつの対処行動はみなさんには想像つかないものかもしれません。それほど深刻なものだからです。

「(4) 解離に発展するもの」は、実は乳児期後半にその萌芽段階の反応を認めることができます。抱っこをしてあやそうとするとすぐにぐずる。だからといってひとりにさせてもぐずる。再び抱っこをしようとするとやはりぐずる。このような関わりが繰り返されると母子間に悪循環が生まれます。その際、子どもは母親から離れていると母親に注目しているのですが、いざ抱きかかえようとするとき母親から目をそらす、そんな反応を示します。この時の母親に接近した途端に視線をそらす反応に、私は解離の萌芽段階を認めることができます。このような反応は加齢とともに微妙なかたちに変容していきます。たとえば、3、4歳の子どものと遊んでいるとき、気分を盛り上げようとして働きかけると途端にそれまでの楽しそうな状態から一変して何事もなかったように無表情な顔つきに変わり、ひとりで他のことをやり始めるといった反応です。このような反応はのちのち解離反応に発展することが危惧されます。このような反応が誘発される要因は、子どもの情動興奮が高まることです。彼らは幼少期に激しく泣いた時に母親に抱かれて、次第に落ち着き心地よい気持ちになるといった経験を持ちません。そのため情動興奮が起こるとこの先どうなるか強い不安が生じるために、情動興奮を急停止する、そのようなメカニズムが働いていると私は考えています。

最後の「(5) 精神病的病態に発展するもの」はみなさんには到底想像つかないものかもしれません。これまで取り上げてきた対処行動はそれなりの役割を果たしていると考えられますが、ここで取り上げているものは、どのようにしたらよいかなすすべを持たないがために、フリーズしたようなものだからです。その他、自分独自の世界（自閉、妄想）に没入する、あるいは自分でひとり悦に入るといった反応もあります。この時期に精神病と診断されることはほとんどありませんが、明らかにその萌芽段階での反応です。予防を考える際に銘記しておく必要があります。

発達障碍の精神療法の難しさはどこにあるのか

なぜアンビヴァレンスを掴むことは困難なのか

以上のことが明らかになったことで、私は発達障碍の精神療法で焦点を当てるべきは症状ではなく、その背景に働いているアンビヴァレンスであることを確信しました。ただ、ここで問題となるのは、加齢を経ると症状だけが前景に浮かび上がり、アンビヴァレンスは背景に退き、そのありようを容易に掴むことが困難になることです。それゆえアンビヴァレンスをどのようにすれば掴むことができるかということを考えなければなりません。

アンビヴァレンスの強い人たちは「甘えたい」思いと「甘えたくない」思いが同時に息づいているところに特徴があります。このような心理状態になるのは、「甘える」ことによる心地よさを体験的に理解できないからです。したがって、「甘えたい」欲求が高まると、それと比例するようにして「甘えたくない」思いも強まっていくこととなります。「甘えたくない」思いを弱めることが治療においてとても大切になりますが、それが容易でないところに発達障碍（に限らずあらゆる精神病理を示す患者）の精神療法の難しさがあります。

関係の悪循環を生む要因としてのコミュニケーションの二重性

そこで重要な手がかりとなるのは、私の研究から明らかになったように、アンビヴァレンスは必ず関係の病理から生まれたものだという事です。そこには必ず関係の悪循環が生まれています。それゆえ悪循環をもたらす要因を明らかにしてその要因を弱めることがなにより大切になるのです。それは関係を構成するもう一方の当事者である母親や父親、さらには治療者などの存在を考慮に入れなければなりません。ここで親や治療者を悪者にしようとしているわけではありません。そこには悪循環が生まれやすい構造的な問題があるのです。

その悪循環をもたらす元凶は、コミュニケーションの構造自体に潜んでいます。通常コミュニケーションは言語的/非言語的コミュニケーションに分類されて考えられていますが、これらはともに私たちが日頃から意識的に行っているものです。それ以外に当事者自身もほとんど気づかない次元のコミュニケー

ションも働いていることを知る必要があります。それが情動のコミュニケーション、原初的コミュニケーション、あるいはヴォーカル・コミュニケーションなどといわれるものです。

コミュニケーションには、言語的/非言語的と情動的という二重の構造があることを理解した上で、両者の関係が実際にどのように働いているかを、具体的に各々の親子関係ないしく患者-治療者>関係の中で捉えることが私たちには求められるのです。

「甘え」という情動の世界

「情動」は少しわかりにくいことばですが、私たちの、身近なことばにすると、「気持ち」や「こころの動き」といってよいものです。私はよく学生に「こころを実感するのは具体的にどんな時ですか」と質問します。その時多くの学生の答えは「映画を見て感動したとき」「恐ろしい場面に遭遇したとき」「悩み苦しんでいるとき」などです。すべて情動の興奮（不安や快感）によって身体面になんらかの変化（動悸、発汗、興奮など）が生じ、それを感じ取っているときです。つまり、こころの実感はからだの変化を通して行われているのです。このことは「こころ」と「からだ」の関係をとてもよく表わしています。「こころ」と「からだ」はまるで別物であるかのように日頃は考えられていますが、実際には「こころ」と「からだ」は明確に分けることのできないようなかたちで機能しているということを示しています。

このように考えていくと、情動の変化こそこころのありようをよく示しているということがわかります。よって情動の変化に気づくことはこころの動きを読み取ることにつながります。というよりもこころの動きは情動の動き(変化)によって端的に示され、それはその人の本音を示しているということができるのです。私が情動のコミュニケーションの重要性を強調するのはそのためです。

しかし、この情動のコミュニケーションの実体について多くの人は容易に理解することができないようです。私は講演や講義で話すたびにその点をいつも苦労します。精神分析学者でかつ発達心理学者として大変有名なダニエル・スターン Daniel Stern という学者がいますが、彼は vitality affects (力動感)を

鍵概念としながら自己感の発達について独自の見解を提唱したことで有名ですが、彼は生前 *vitality affects* は容易に理解されないことを嘆いていました (Stern, 2010)。そのためにいろいろと工夫して様々な用語で解説しています。私にいわせれば、それは情動の動きそのものを端的に示しているのですが、それが容易に理解されないのです。

情動や *vitality affects* が容易に理解されないもう一つの理由は、それが自ら感じ取ることではしか実感をもって理解することはできないためです。逆にいえば実感することができればこれほど理解の容易なものはないのですが、どうも多くの人はわからないといいます。

わかりやすい例を取り上げてみましょう。「黄色い声」と言いますね。あるいは「とげとげしい声」とも。すべてメタファ (喩え) です。声に色などついていませんし、声にとげがついているわけではありません。でも誰でもそれがどんな声かわかりますね。なぜわかるのでしょうか。「黄色い声」であれば、「黄色」とその「(黄色い) 声」双方に共通する何かを感じさせるものがあるからです。それがこのような喩えを可能にしてくれています。「とげ」と「(とげとげしい) 声」についても同様です。

つまり、「黄色」という視覚による知覚体験、「とげ」の痛さという痛覚による知覚体験、と常識的には考えるのですが、そこでの知覚体験はそれだけではないということです。視覚刺激や痛覚刺激と思われるものもつ刺激にある種の共通した性質があり、それをも感じ取っているからこそこのような表現が可能になっているのです。それはあらゆる刺激に共通するもので、動きの変化の様相ともいえるものです。リズム、大小、強弱などの動きの変化ですね。

子どもがそばで滑り台を滑っていると、私たちも思わず子どもの動きに合わせて「それ！ シュー！」などと声を出して子どもの遊びに付き合いますね。この思わず発する声は子どもの動きに共振したからこそ可能になるものです。ここにも子どもの動きとおとなが発した声のあいだを繋げているある種の共通した感覚が働いています。それを古代では共通感覚、いまでは無様相知覚、交叉様相知覚、*vitality affects* などと称しています。私は原初的知覚と呼んでいま

す。つまり私たちが日頃意識的に体験している五感による知覚体験とは異なり、分化する以前の未分化な段階での知覚体験です。これでおわかりいただけたでしょうか。原初的知覚の説明はそれくらいにしたいのですが、ここでぜひとも忘れないで欲しいのは、原初的知覚は自ら自分で体感することでしか理解できない、そんな性質のものだということです。「甘え」という感情を自分自身で知覚することができるのもまさにこの原初的知覚による体験です。それゆえ「甘え」理論は多くの人によく知られているわりには、臨床における意義についてよくわかっている人はとても少ないのです。

語り手の意図はことばの字義にあるのではない

なぜ私が情動的コミュニケーションを強調するかといいますと、子どもはこの次元で反応することが圧倒的に多いにもかかわらず、おとなの方は言語的/非言語的コミュニケーションの次元で反応しているからです。わかりやすい例をひとつ示しましょう。

私たちは相手のことばを聞くとその字義（ことばの意味）につい心が奪われ、何を言っているのだろうかと考えの習性が身についています。自閉症スペクトラムの言語病理の特徴の一つに「質問癖」というものがあります。同じ質問（と言う形式での言語表現）を何度も繰り返し、こちらがその質問に答えてもけっして納得しないという特徴を持つものです。私はこの「質問癖」が二人の関係に強い緊張が生まれるがゆえにそれを回避するための一つの対処法として身につけているのだと実感を持って体験することができたことがあります。

質問癖がどのような状況で出現するか、非常にわかりやすい例を取り上げてみましょう。

■男児 10歳（小学3年）

3歳の時に自閉症と診断して以来ずっと今日まで付き合っている子どもです。つい最近まで男児は臨床心理士が担当して遊戯療法を、私は母親の面接を行っていました。彼が小学生高学年にもなり、次第に自分のことをかなり語るができるようになったので、1対1で面接を試みようと考えました。そ

こで面接をしようと前回にあらかじめ伝えていました。当日、面接をしようと彼に声を掛けました。彼は母親と並んで座り、おとなしく過ごしていましたが、見るからに緊張している様子が伝わってきました。おもむろに彼は立ち上がったのですが、そのとき待合室の雑誌棚に置いてあったある雑誌を取り出し、それを手に持って面接室に入ってきました。その雑誌には「西郷隆盛はなぜ自刃(じじん)したか」というテーマの特集記事が掲載されていました。彼は私の前に座るなり、その雑誌に書かれている文章を取り上げて、「西なんとかはなんて読むんですか」「西郷隆盛はなぜ自刃したか、とはどういう意味ですか」と筆者に質問を始めました。そこで私は思わず彼の質問に真面目に応答しようとして記事の内容を読み、「そうね・・・」と言いながら、私の乏しい知識を総動員してなんとか答えなければという誘惑に駆られそうになっていました。しかし、しばし考えて、その質問には答えないようにしました。彼は記事の内容を知りたくて質問をしているのではないと思ったからです。私もそうでしたが、彼と1対1での面接は初めてでしたので、彼の緊張はいかばかりかと想像していました。そう考えると、私の気持ちにゆとりが生まれ、どうすれば彼の緊張を和らげることができるかに思いがいくようになりました。そこでしばらくはこちらから声をかけることを避けて、ゆったりとした雰囲気になるように努めました。その後も彼は何度か質問を繰り返していましたが、まもなく彼は苛立つことなく質問をしなくなりました。そこで私はおもむろに穏やかな口調で話しかけてみました。すると、彼は私の質問に言葉少なではありましたが、素直に答えてくれるようになったのです。私の質問を良く聞いて、的確に答えてくれていることがわかりました。

おそらく多くの臨床家は彼の質問に懸命になって答えようとすると思います。私もその誘惑に負けそうになったこともあります。でも、このとき、私がこの「質問癖」の本当の意図を感じ取ることができたのは、彼のことばの字義に囚われず、その背景に動いている気持ちに思いを寄せることができたからです。そしてそれが何かを確かなものとして感じ取ることができたのは、その文脈を通して彼の面接場面での強い緊張を、わが身を通して感じ取ることができたからです。だからこそ私は彼の「質問癖」にことばですぐに応じることをし

ないで、彼の緊張を解きほぐすことに心を割くことにしたのです。その際、直接ことばで「緊張しているんだよね。落ち着くまで待ちましょう」と言ったかどうか定かではないのですが、そんな気持ちで付き合っていたことだけは確かでした。

このことがあってから彼との面接は互いの意思疎通ができる面接らしいものになっていき、今では私が面接を終えようとする、彼の方から「もう一つ話したいことがあります」と自己主張するまでになっています。本当に驚くべき変化です。

原型としての「あまのじゃく」と多様な表現型

ここでぜひみなさんに考えてもらいたいのは、私が彼と対面した際に彼の緊張を肌で強く感じ取ることができたのはなぜかということです。母子ユニットで私が大量のビデオ記録を通して母子観察を積み重ねた結果、母子関係の難しさがどこにあるかがよくよくわかったのですが、それが先ほどの「あまのじゃく」と称している関係病理です。「あまのじゃく」と称したのは、その原型（プロトタイプ prototype）をわかりやすく身近なことばで表現しようと工夫した結果ですが、この原型は実際には事例によって、あるいは年齢によって、多様に変容していきます（表現型 phenotype）。しかし、そこに必ず私は両者（原型と表現型）の間に同型性を発見することができるようになりました。このことがとても大切なことなのです。「同型性」というと抽象的で分かりづらいと思いますが、平たく言えば、「同じかたちをそこに発見する」ということです。「かたち」はドイツ語でゲシュタルト Gestalt といいますが、ゲシュタルトとして感じるのが大切なのです。そこには両者間に「同一化」あるいは「同一視」の心の働きが起きているということもできます。

私は拙著『あまのじゃくと精神療法』（弘文堂、2015、24-47頁）でそのあたりのところを、土居健郎の論を引用しながら詳しく論じていますので、詳細はそれを参照してほしいのですが、結論だけを申しますと、そこには「甘え」と同じところの働きを見てとることができます。あまのじゃくと同じところの動きを患者と私の中に発見したということです。それが可能になったのは、私

自身が患者のこころと一体になろうとしたからです。そこには「甘え」と同じこころの働きを見て取ることができます（まさにここでも同型性を感じ取っています）。

表1でアンビヴァレンスによる対処行動の多様な姿を示しました。これらの対処行動あるいは症状の背後にアンビヴァレンスがうごめいているのですが、そのアンビヴァレンスというこころの動きを感じ取るためには、患者と治療者との間のこころの動きを常に、アクチュアルに（一瞬のうちに）自ら感じ取るという覚悟が求められます。そこでは自分のこころに立ち上がる動きだけが頼りです。土居健郎が、患者のアンビヴァレンスをわかるためには、自分のアンビヴァレンスがわからなければならない、と述べているのはそのような理由に依っています。

このような経験をした私は発達障碍の精神療法においてどのようなことが大切なのかとてもよくわかってきましたが、それと同時になぜ多くの臨床家にとって難しいことなのかもわかるようになりました。では面接でアンビヴァレンスをどのようにして掴むことができるのでしょうか。

面接でアンビヴァレンスの表現型をいかにして掴むか

アンビヴァレンスは「甘えたくても甘えられない」という相反する気持ちが同時に立ち上がり、揺れ動くところに大きな特徴があります。そのような特徴を私は「あまのじゃく」と称していますが、土居健郎は「隠れん坊」と称していました。自分の苦しさ（アンビヴァレンス）をわかってほしいという思いはあるが、それと同時にわかられるのも怖いという思いもあるため、いざわかられそうになると、思わず隠れようとする患者の心理の妙を「隠れん坊」と称したのです。

そんな特徴を端的に示してくれる例は数多いのですが、ここでは子どもとおとなの例をひとつずつ取り上げるに留めておきます。詳しくは拙著『あまのじゃくと精神療法』と『発達障碍の精神療法』を参考にいただければと存じます。

● 4歳0ヶ月の男児

初診時に自閉症と診断し、母子ユニットでの親子治療を開始した事例です。

初回の治療の時です。家族みんな（両親と姉）で自由に遊んでもらいました。そこでの印象的なエピソードです。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ます。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ますが、子どもは両親から離れて一人で勝手に遊んでいます。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はなかったのですが、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ました。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す。

みんな一緒に遊ぼうとすると回避的になりますが、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ています。文字通り「あまのじゃく」な行動です。

● 36歳の男性

施設内で「性的問題行動（強姦、猥褻行為など）」を頻繁に起こすことで問題となっていました。初回の面接では反抗的な態度で終始しましたが、次の面接で終わりに近づいた時です。

私は「そろそろ時間だから終わろうかね。何か話しておきたいことがあるかね」と伝えました。すると、驚いたことに彼の態度が突然変わったのです。それは私にとって予期せぬ反応でした。それまでは感情を交えず、自分はこれまでひどい育ちを受けてきた、いじめられてきた、などと淡々と話していましたが、終わりを告げた途端に、彼は優等生のようになり、やや哀願口調で、次のようなことを話し始めたからです。「もう少し、親が自分の面倒をみてくれたら、こんなダメ人間にはならなかった。仕事も頑張れた」「こんな俺にしたのは親のせいだ」「自分は彼女ができて結婚するなら、彼女の両親を大切にしたい」などと。

私はこの2つの事例に、アンビヴァレンスというところの動きの同型性を見

て取ることができますが、皆さんはどうでしょうか。

おとなの発達障碍の精神療法について考える

おとなの発達障碍の精神療法は今どのように考えられているか

発達障碍ブームの現在、おとなの発達障碍の精神病理や治療についても多くの著書が刊行されています。その中でもわが国でよく知られている精神科医の書いたいくつかの本があります（青木・村上、2015；広沢、2010；内海、2015）。それらすべてを読んで痛感したのは、彼らにとっておとなの発達障碍の精神療法はとても難しく、いまだ何から接近してよいやら試行錯誤の段階にあるのだということです。三氏の主張は大同小異で、その要点は、おとなの発達障碍の人たちの障碍特性ないし（人格）特性とされるものを尊重しながら、つまり本格的な治療としては扱わず、現実生活に順応できるよう助言するに留めようとするものです。

そのなかで広沢氏は正直に以下のように語っています。「今、彼らにも、またわれわれにも求められているのは、互いの共生である。そこにはどうしても『人間として認め合う姿勢』が必要になる。…（中略）…筆者が臨床に携わり、その場面で出会う PDD（広汎性発達障碍）者や彼らを取り囲む人々に接していると、この（精神療法の）智慧は簡単には得られそうもないように感じられる。先にも述べたように、従来の心理学や精神病理学を援用しても、歯が立たない面がある。…相互理解のためのさらなる臨床研究の発展が切に望まれる」（広沢、2010、172 頁）と。彼らへの精神療法の手立ては暗中模索の状態であることを告白しているほどです。

彼らが発達障碍の精神病理を理解し、精神療法の手立てを考えようとする際に何を手掛かりにしているかをみると、そこに共通する特徴があることがわかります。彼らの言動（発言内容や日頃の行動特徴）を丁寧に取り上げて、それをもとに彼らの精神病理を考えていこうとするものです。ここに昨今の行動科学を基盤として形成されてきた精神医学の国際診断の影響が強く反映していることがわかります。つまり、誰の目にも「客観的」にわかるもののみを取

り上げて考えていこうとする姿勢です。治療者が面接で感じ取ることなどは「主観的」であるから極力取り上げず、「客観」に徹するという事なのでしよう。このことについて昨年私は現象学の立場から根本的な批判を展開した本『人間科学におけるエヴィデンスとは何か』（新曜社、2015）を編みましたので、関心のある方はぜひそれを参照していただければと思います。ここではこれ以上触れませんが、一言結論だけを申しますと、「客観」など現実にはありえず、あくまで「主観」の中で私たちは納得のいくものを模索しているということです。

発達障碍の精神療法の原理

私は昨年7月そして今月（2016年7月）、2冊の著書を上梓しました。『あまのじゃくと精神療法』（弘文堂）と『発達障碍の精神療法』（創元社）です。この2冊で、発達障碍に限らずいかなる患者であっても関係をみることによって精神療法の可能性が拓けることを論じました。「関係」と「情動（甘え）」に焦点を当てて検討したものです。

発達障碍の精神療法の原理を簡単に述べますと、症状に囚われることなく、その背後にうごめいているアンビヴァレンスを掴み取ることが肝要であること。その際、アンビヴァレンスを掴み取るためには、自らの内面のこころの動きを介して掴むしか手立てがないこと。さらにそれを掴むためには、＜患者－治療者＞関係の中で起こるこころの動きに常に関心を注ぎ、瞬時に顔を出すアンビヴァレンスをその場でアクチュアルに掴み取ること。そして最後にもっとも重要なことですが、それを面接の「いま、ここで」取り上げ患者と一緒に考えるということです。

土居健郎は生前弟子たちに「君ねえ、精神療法はハラハラドキドキなんだよ」、「精神療法はね、出たとこ勝負だよ」、「すべてはアフェクト（情動）だよ」と常々口にしていたといいますが（藤山、2014）、まさに彼の強調したかったことはこのことなのです。

精神療法では情動（気持ち）の動きに着目すること

「甘え」という情動の動きを感じ取り、それを面接においていかに扱うかという問題は多くの臨床家にとって難しいことのようにです。というよりも、その重要性に気づいていないと私には見えます。それに気づくことができれば、面接における心構えも変わりますから、重要だと思っていない臨床家が多いのだと思います。

内海健氏は『成人自閉症スペクトラムの精神病理』（医学書院、2015）において、私が常々取り上げている「情動（的）コミュニケーション」なる用語に対して、「『情動』という言葉は若干生々しい」（128頁）と率直に述べているほどです。「若干生々しい」という記述にはいろいろな意味合いが感じられますが、それに触れたくない、触れるべきではないというニュアンスを私は感じてしまいます。おそらく多くの臨床家も同じような気持ちではないでしょうか。

土居健郎の名前だけは随分と有名で、「甘え」理論の評価は高いのですが、実際に彼の理論を臨床に生かしている臨床家となるとひどく少ないようにみえます。拙著『あまのじゃくと精神療法』のある書評（小尻、2016）で評者は「甘え」理論を臨床との関係で考えたことはほとんどなかったと正直に吐露していたからです。そのような臨床家も少なくないことを改めて教えられました。

具体例を取り上げて考える

ごく最近経験した事例の一つを取り上げて、さらに具体的に考えてみましょう。子どもの事例ですが、いかに母子関係をみるのが大切かをよく教えてくれた事例です。患者が子どもであれおとなであれ、関係をみるのが治療の核心であることではまったく同じであることを理解してほしいと思います。

■男児 9歳1ヶ月（小学3年）

最初の事例は小学3年の男児です。やや小柄で可愛い少年です。礼儀正しく挨拶をして椅子に座りました。母親は少し離れた位置に座りました。母親の心配は、子どもが絵を描くことに熱中して、母親が語りかけても返事をしない、

電話でも要領を得ない応答がみられる、といったものでした。どこかおかしい、アスペルガー障碍ではないかとの相談でした。

父親は10年ほど前から海外赴任していて、家族もまもなくそちらで同居し始めていますが、年に数回実家に戻っていて、その機会に今回受診したものです。両親とも高学歴で理知的な印象を与えますし、子どもも同じ印象です。母親の話と子どもの第一印象からアスペルガー障碍と診断されるのではないかと思わせる事例でした。

最初、私は子どもと1対1で話そうかと思いつつ、どなたから話を聞きましょうか、と母親に意向をうかがいました。すると母親は自分から話したいと希望を述べましたので、私はそれに応じました。ただし、母子同席で始めました。子どもはおとなしく椅子に座っていました。まもなく彼は椅子に座ったまま両足をぶらぶらし始めました。すると、母親は黙ったまま左手を伸ばして彼の足に触れて制止しました。私はそれを黙って見ていましたが、それは日頃の母親のしつけを彷彿とさせるものでした。子どものちょっとした仕草も気になる様子だったからです。

母親は子どもの心配事について事細かく話し始めましたが、私は子どもが退屈であろうと思い、紙と鉛筆を手渡し、自由に描くように勧めました。というのも母親が子どもの描画の才能を高く評価していたからです。すると、彼は何を描いたらよいか、少し戸惑いを見せたので、私は「君が一番好きなものを描いてみたら」と促しました。

私は時折彼の絵を見ながら、母親の話聞いていましたが、彼の絵は想像していたほどには緻密ではないことに逆に少々安堵していました。

私は母親の話詳しく丁寧に聞いていきました。次第に母親の話は熱を帯びてくるのがわかりました。すると驚いたことに、子どもは黙ったままさり気なく部屋を出て行ったのです。それに気づいた私は、彼が退屈したからというよりも、自分が話題になっていることに耐え難くなったためだと気づき、黙って彼の行動を見守ることにしました。母親もそれには何も反応せず、話し続けていました。その時の母親は、先ほど彼がぶらぶら動かす足をすぐに制止したときとは明らかに異なった印象を受けました。ここでも母親は子どもに椅子に

座っているように促すのではと予想していたからです。母親は自分の話を聞いてもらいたいという思いの方が強かったからだろうと推測しました。それまで、彼はおとなしく黙って絵を描き続けていましたが、さほど熱中しているようには感じられませんでした。それどころか、ほとんど口も開かず、おとなしくしているところに私は強い違和感を抱いていました。こうした一連の母子交流の様子を見て、私は母親に「今日、面接で拝見した感想を率直に申し上げます。お子様はどこかかしこまっていて、お利口さんにしていますが、精神的に随分と萎縮していますよね」と指摘しました。

すると母親はそのことにすぐに気づいて、というよりもそれとなく日頃からそのことを感じていたのであろうと思わせる反応を見せ、つぎのように語り始めました。「自分でもそうではないかと思っていました。」といたく納得したように応じたのです。そして驚いたことに、(というか、私には予想できた反応なのですが) これまでの自分(母親自身)の生い立ちをめぐる話へと一気に流れが変わってしまったのです。そして母親はついに涙を流すまでになりました。こうして初回面接の後半は母親自身の生い立ちへと話題が移り、この日の面接は終わりました。

(第2回) 1週間後に冒頭で私は母親に前回の面接の感想を訊ねました。するとつぎのように率直に語りました。「(面接を受けていて)怖かった。先生に見透かされているようだった。でも『ばれちゃった』という思いもして、ちょっと安心しました。すごく安心しました。特に先生に『こうして話していくと、いい方向に変わっていきますよ』と言ってもらったので、安心しました。」「逃亡生活を送っていた犯罪者が逮捕された時に、『捕まりたかった』という話をよく聞きますが、私も(自分の思いに触れられると)怖いと思っていたけど、その一方で(そうではないかと)確認したい気持ちもあったと思います」と今の自分の思いを語ってくれたのです。

「いつも母としてよくありたいと思っていたけど、現実はそのようではないよね、と誰かに言って欲しかった。だからほっとした」と話しながら、過去自分が幼稚園時代に(自分の)母親によく言われていたことを思い出しました。「『あなたの言っていることの意味がわからない。お母さんはあなたほど賢くないから

わからない』と言われていた。だから私は母親に何も言えなくなった』というのです。「でも父親に話すとは驚くほどよくわかってくれて、『お前の言いたいことはこういうことだよ』と話してくれた。」「だから母親の前では失敗してはいけない。何か言ってもどういふ返事が母親から返ってくるか分かっているから。何も言わなかった。」「7歳の娘が当時の自分（6歳頃）とそっくりだ。私が台所仕事をしていると、前後の脈絡もなく急に話しかけてくる。私はそれを聞いてもすぐにわからず、戸惑ってしまう。自分も幼児期同じようなことをしていたと思う」と内省的に語るのです。

「わずか1週間で、息子（9歳）は目に見えて変わった。私との約束事を息子が忘れていたのでそれを指摘すると、以前だったらすぐに反撥していたのに、この前は、『そうだったね』と気づいて、すぐに自分から実行した。」

私は母親の語り口調が自分の言いたいことを一方的に話しかけてくる印象が強かったので、そこに私は母親自身の「自分の話を聞いてほしいという承認欲求の強さを感じ取り、それは、母親自身が自分を認めてほしいという幼少期から実母に対していつも抱いていた思いが反映されていることを見て取っていました。そこで私は母親に、彼の変化がなぜ起こったのかを考えてもらおうとつぎのような質問をしました。

「お母さんの話し方をお子さんは聞いていて、どのように感じているのでしょうかね」と。すると母親は素直に、「何も話さなくなる。話したくなくなる」と述べました。そこで私は「そうですね。だからお子さんは馬耳東風で聞き流そうとしているんでしょうね。お母さんの相談事の内容はそんなふうには理解できませんかね」と説明しました。母親はいたく納得するとともに、自分の幼少期の姿と、今の息子の姿を重ねて理解することができたのです。

（第3回）その1週間後です。母親は「息子が私にさかんにハグ（抱きつく）するようになりました。」と嬉しそうに報告したのです。そして、「自分から積極的に行動するようになった。電話の応答も以前の紋切り型の対応ではなく、自分の思っていることまで話すようになった」と。そして母親自身も大きく変わりました。ゆったりと話をするようになりました。さらに張り詰めていた緊張感が緩み、ある種の虚脱感を思わせ、肩の力が抜けてゆったりとした印象を

受けました。そのことを指摘すると母親は大きく頷き「いつでも眠ってしまいそうなほです」とうれしそうに語るのです。

(第4回) 前回夫同伴での受診を勧めたのを受けて夫婦で来院。この間の面接経過を夫に説明しましたが、夫婦共々納得した表情を見せながら聞いていました。最後に私は「親子3人のこれからが楽しみです」と伝え、家族は再び海外生活に戻ることから、治療は本日で終結としました。

おわりに

以上、子どもとおとなの事例で、発達障碍と診断されやすい特徴をもつ人たちを関係からみることによって、その問題の所在を面接で明らかにしてきました。その要点を最後にまとめておきましょう。

①<患者-治療者>関係で立ち上がるもの(間主観での体験)に関係の特徴(問題)が端的に示されています。子どもの例では母子関係において治療者に感じられた緊張感と母親の一方的な口調(自分の話を聞いてほしいという承認欲求の強さ)です。それはアンビヴァレンスの一つの表現型です。

②そのことを面接でタイミングよく取り上げると、相手(母親や患者)はそれに気づくとともに、自分の過去(特に幼少期)が蘇ってきます。それは必ず自分の母親との「甘え」にまつわる体験で、自分の母親から認めてもらえなかったというアンビヴァレントな情動体験記憶です。

③ここで治療者として大切なことは、「今の母子関係」と「過去の自分の母親との関係」という三代にわたる連続性について自己理解が深まるように手を差し伸べながら話を紡いでいくことです。それは「過去の自分の母親との関係」での体験が「今の母子関係」に反映し、今の子どもの振る舞いとして表に現れるものです。

④以上のことは治療者が意図的に、操作的に行うものではありません。患者や母親が内省するなかでごく自然に「甘え」にまつわる体験が想起されるのです。子どもは母親のそうした変化をいち早く感じとり、驚くような反応で示してくれます。まさに「子どもは親の(こころの)鏡」だということができます。

このような治療展開が起こるようになるためには、治療者が自らのアンビ

ヴァレンスに気づき、それと同じところの動きのゲシュタルトを患者との関係においても発見することができるようになることが不可欠です。他者理解は自己理解があって初めて可能になるものなのです。これで私の話は終わります。ご清聴ありがとうございました。(終)

本稿は、第8回甘え・間主観性研究会(2016.07.30.秋田市アトリオン)での講演「発達障碍の精神療法—その難しさはどこにあるのか—」の内容に一部加筆修正したものである。当日、このような機会を与えていただいた「甘えと間主観性研究会」の伊藤晴通先生(医療法人康晴会生和堂医院院長、秋田県大仙市)を初めとする関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

文献

- 青木省三・村上伸治編(2015). おとなの発達障害を診るといふこと—診断や対応に迷う症例から考える—. 医学書院.
- 藤山直樹(2014). 接触面に生きる: 精神分析と精神科臨床のあいだで. 第37回日本精神病理学会(2014年10月14日-15日、東京藝術大学)での教育講演ハンドアウト.
- 広沢正孝(2010). 成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群—社会に生きる彼らの精神行動特性—. 医学書院.
- 神尾陽子(編)(2012). 成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル. 医学書院.
- 小林隆児(1987). 学童期と思春期の問題—思春期をいかに乗り越えて社会的自立を獲得していくか—. (山崎晃資・栗田 広編) 自閉症の研究と展望. pp.53-74. 東京大学出版会.
- 小林隆児(1991). 青年期自閉症の精神性的発達について. 児童青年精神医学とその近接領域, 32(3), 205-217.
- 小林隆児(1992). ある成人期自閉症者の強迫症状と家族病理. 精神医学, 34(4), 365-371.
- 小林隆児(1993a). 自閉症にみられる相貌的知覚とその発達精神病理. 精神科治療学, 8(3), 305-313.

- 小林隆児 (1993b). 自閉症における「知覚変容現象」の現象学的研究. *精神医学*, 35 (8), 804-811.
- 小林隆児 (1994). 自閉症にみられる相貌的知覚と妄想知覚—情動的コミュニケーションの成り立ちとその意義—. *精神医学*, 36(8), 829-836.
- 小林隆児 (1995). 自閉症にみられる妄想形成とそのメカニズムについて. *児童青年精神医学とその近接領域*, 36(3), 205-222.
- 小林隆児 (1995). 自閉症の青年期発達と精神療法について. *精神療法*, 21(4), 333-339.
- 小林隆児 (1999). 自閉症の発達精神病理と治療. 岩崎学術出版社.
- 小林隆児 (2013). 関係からみた PDD 型自己 (広沢) について—広沢論文『成人の高機能広汎性発達障害の特性と診断』を読んで—. *精神神経学雑誌*, 115, 253-260.
- 小林隆児 (2014). 「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—. ミネルヴァ書房.
- 小林隆児 (2015). あまのじゃくと精神療法—「甘え」理論と関係の病理—. 弘文堂.
- 小林隆児 (2016). 発達障害の精神療法—あまのじゃくと関係発達臨床—. 大阪, 創元社.
- 小林隆児 (2016). 精神病理学におけるエヴィデンスを考える—内海健著『成人自閉症スペクトラムの精神病理』を読んで—. *臨床精神病理*.
- 小林隆児 (2017). 自閉症スペクトラムの症状を「関係」から読み解く—関係発達精神病理学の構築を目指して—. ミネルヴァ書房.
- Kobayashi, R., Murata, T. & Yoshinaga, K. (1992). A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi Areas, Japan. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(3), 395-411.
- 小林隆児・西研 (編) (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.
- 小尻与志乃 (2016). 書評『あまのじゃくと精神療法』(弘文堂). *心理臨床学研究*, 34 (1); 104-105.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. London, Oxford University Press.

鷺見聡 (2015). 発達障碍の謎を解く. 日本評論社.

内海健 (2015). 成人自閉症スペクトラムの精神病理—星をつぐ人たちのために—. 医学書院.

西南学院大学人間科学部社会福祉学科

