

# 愛着障害を認めた母親とその子どもの心理療法

武藤 安澄, 辻内 優子

ポレボレクリニック

## 【要旨】

子どもにおける愛着障害の症状を呈する成人が臨床場面では認められる。愛着障害をきたした母親は不適切養育や虐待の連鎖を生じさせやすく、子どもも愛着障害をきたしやすい。本研究では母子ともに愛着障害が認められた11例に心理療法を行い、子どもの症状の改善と母子関係の改善を評価した。その結果、母子一緒に心理療法を行った2例は著しく改善し、母子別々に心理療法を行った7例も改善した。母親の心理療法が困難であった2例は不変であった。子どもの症状の改善と母子関係の改善に影響したものは、母親への心理療法であり、とくにカウンセリングという言語を使った介入と、子どもと一緒にフィンガーペインティングなどを行う非言語的介入の両方を併用した2例において著しい改善が認められた。このことから母親に対する言語・非言語的治療が子どもの愛着障害の治療、母子関係の改善において不可欠であると考えられた。

キーワード 愛着障害, 虐待の世代間連鎖, 治療的退行, 心理療法, 安全基地

## I はじめに

愛着障害は親のひどい無視、虐待や深刻な養育過誤の直接的な結果として生じ、情緒障害、恐れと過度の警戒、社会的相互交流の乏しさ、攻撃性、みじめさ、成長不全などの症状を伴う症候群である<sup>1)</sup>。虐待をする母親からは、「子どもが生まれれば、母性は自然に出てくると思いました」との発言が聞かれることがあり、当然あるべき母性がないことに苦しむ母親は多い。現在では、ひたすら母性という個人的資質のみを強調することや母親に育児を強制することへの批判から母性社会という用語は使われなくなっているが、虐待を行うことを母性の欠落と考える母親は多いと考えられる。また、被虐待を経験している母親は自らも虐待を行うという世代間連鎖の存在を認識している母親も多い。このような背景の中で漠然とした育児不安を母親が抱え、その結果として子どもの愛着障害を生んでいる側面がある。

大日向は、「はき違えた母性愛神話からの解放」と「母親自身の子ども時代の回復」の2点を基本的課題と指摘し、母親の子育てを支え、母親を育てることの必要性を説いている<sup>2)</sup>。また、山崖は、母親を母親として仕立て上げるのではなく、母親をしっかり抱え・育てることが

子どもを育てることにつながり、虐待の世代間連鎖を断ち切ることになるとしている<sup>3)</sup>。これらのことは、母親にことさら母性を押し付けるのではなく、母親に対する治療システムの構築、および母子ともに育てることの必要性を説いていることになる。

本研究では、母子ともに育てる、もしくは母子がお互いで育てあうということが、虐待および虐待の世代間連鎖を断ち切るという視点に立って母子に対する心理療法を行った。また、有効と考えられたケースには、母子と一緒に同室での心理療法を行ったので、その結果を中心に報告し、愛着障害に対するセラピーのあり方について考察した。

## II 対象および方法

2009年4月から2012年6月に東京都武蔵野市所在のクリニック（心療内科、小児心療内科）を受診した親子のうち、母親の治療経過中に子どもの愛着障害を認めた8例と子どもの治療経過中に母親の愛着障害を認めた3例をあわせた11例におおむね2週に1度の頻度で心理療法を試みた。8例は母親自身のうつ症状および不安症状などを主訴に受診しており、3例は子どもの不登校および選択性緘黙を理由に受診した。なお、成人における愛着障害

の記載は、ICD-10およびDSM-IV-TRには存在しないが、ICD-10による子どもの愛着障害の症状のうち、情緒障害、恐れと過度の警戒、社会的相互交流の乏しさ、自分自身や他人への攻撃性、みじめさ、両価性の6項目を認めており、親のひどい無視、虐待や深刻な養育過誤の直接的な結果として起こった症状と考えられえたこと、それぞれの母親は幼少期にその症状をすでに呈していたと考えられたことが、成人の愛着障害と判断した根拠である。

ボンディング障害という概念は英国のプロキントンにより提唱された臨床カテゴリーであるが<sup>4)</sup>、ここであえて愛着障害と判断したのは、ボンディング障害は子どもへの情緒的な結びつきを感じられない母親の状態を指す概念であり、母子間の関係性の障害と位置づけられているものであるが、本研究の対象となった母親は現在の母子間の関係性に苦しんでいるだけでなく、自己の母親から受けた過去の被虐待体験にも苦しみ続けていることが分かったためである。母親自身のいまだ引きずり、苦しんでいる被虐待体験を加味するうえで、ボンディング障害ではなく、成人の愛着障害という表現を今回は用いた。

対象の子どもはケースA～Kの11例とし、それぞれの年齢、性別、被虐待内容、愛着障害のタイプをICD-10によって診断したものを表1に示した。表1にはまた、それぞれの母親が被った虐待内容も示した。

ケースA、Bの2例はプレイルームに母親、子ども、医師、心理士の4人が入り、子どもに対しては心理士が、親に対しては医師がそれぞれ安全基地として関わり、サンドプレイやフィンガーペインティングなど触覚刺激を多く取り入れた心理療法を行った。

ケースC～Kの9例は、子どもに対しては心理士がプレイルームおよびカウンセリングルームでプレイセラピー、作業療法、箱庭療法を行った。

A～Kすべての母親に対しては医師が診察室で来談

者中心療法、支持的精神療法を主とし、可能な限り自己の内省や過去を振り返る精神分析的なカウンセリングを行った。

心理的介入の前後でICD-10による子どもの愛着障害の症状（情緒障害、恐れと過度の警戒、社会的相互交流の乏しさ、自分自身や他人への攻撃性、みじめさ、両価性、成長不全）の変化を評価した。効果測定は、「著しい改善」「改善」「不変」「悪化」の4段階で医師と心理士の臨床観察によって評価した。

### Ⅲ 結 果

対象者の子ども11人が呈した情緒障害、恐れ警戒、相互交流の乏しさ、攻撃性、みじめさ、両価性、成長不全などの愛着障害の症状がどの程度改善したかを下記の表2に示した。

著しい改善は「◎」、改善は「○」、不変は「△」、悪化は「×」、もともとその症状が認められなかった場合は「-」で示した。

母子同時に心理療法を行ったケースAとBの2例は情緒障害、社会的相互交流の乏しさ、自分自身や他人への攻撃性、みじめさなどがそれぞれ著しく改善した。恐れと過度の警戒、両価性についてはそれぞれ改善がみられた。

母子別々に心理療法を行った9例のうち、母親に対して医師のカウンセリングが行えた7例はそれぞれの項目において改善が認められた。

母子別々に心理療法を行った9例のうち、母親に対する医師のカウンセリングが困難であったケースJとKの2例は、子どもの愛着障害の症状に大きな変化はみられなかった。母親に対する医師のカウンセリングが行えなかった理由は、Jが母親の境界知能とADHDが原因であり、Kは母親が自己のカウンセリングに拒否的であったことが原因と考えられた。

表1 対象者の愛着障害のタイプと母親の愛着スタイル

症状 ケース	年齢	性別	子どもの被虐待内容	子どもの 愛着障害タイプ	母親の被虐待内容
A	5歳	女	心理的虐待	抑制型	ネグレクト 心理的虐待
B	5歳	女	心理的虐待	抑制型	ネグレクト 心理的虐待
C	13歳	女	ネグレクト 心理的虐待	脱抑制型	心理的虐待
D	5歳	男	身体・心理的虐待 ネグレクト	脱抑制型	身体・心理的虐待 ネグレクト
E	4歳	男	心理的虐待	抑制型	心理的虐待
F	16歳	女	ネグレクト	抑制型	身体・心理的虐待 ネグレクト
G	10歳	女	心理的虐待	脱抑制型	心理的虐待
H	9歳	男	心理的虐待	抑制型	ネグレクト 身体・心理的虐待
I	7歳	男	心理的虐待	脱抑制型	ネグレクト 身体・心理的虐待
J	9歳	女	ネグレクト 心理的虐待	脱抑制型	身体・心理的虐待
K	11歳	女	身体・心理的虐待	抑制型	身体・心理的虐待

表2 愛着障害の改善

	情緒障害	恐れ警戒	相互交流	攻撃性	みじめさ	両価性	成長不全
A	◎	○	◎	-	◎	○	-
B	◎	◎	◎	◎	-	○	△
C	◎	◎	○	◎	○	◎	-
D	◎	○	◎	○	○	○	△
E	○	○	○	○	-	-	-
F	○	○	○	○	○	○	○
G	○	○	○	○	△	○	-
H	○	○	○	○	○	△	-
I	○	○	○	△	○	△	-
J	○	○	△	△	△	△	-
K	△	○	△	-	△	-	-

また、A～Iの9例の母親に関しては、母性を無理に自己に帰属しないよう方向づけたことで、「ダメでも良いってことが分かりました」という育児に関する肯定的な発言や「自分に似ていて嫌だったところが嫌ではなくなった」という発言が聞かれ、子どもとの関係性が安定したものに变化したことが認められた。

#### IV 考 察

母子同時に心理療法を行ったケースA、Bは、母子それぞれに安全基地が提供される治療環境を母子一緒に体験することで母子の感情の共鳴が生じ、母子関係の改善にまで至った。母子別々に心理療法を行ったケースC～Iでは、母子それぞれに安全基地は提供できたが、心理療法を母子一緒に行わなかったことで母子関係の質的变化にまでは至らなかった。なかでもケースCは、心理療法によって子どもが自己の虐待体験を相対化して語るできるようになり、母親を受け入れることができるようになった。また、母親もカウンセリングによって子どもの存在を認め、子どもの変化を受け入れることができるようになった。このような変化はケースC～Iの母親に共通して認められたが、子どもや母親の変化をお互いで受け入れる場面、感情の共鳴をする場面をともに体験することができなかつたことが、ケースA、Bほど改善しなかつた理由と考えられた。母親の心理療法が行えなかつたケースJ、Kは、子どもの心理療法を行っても大きな変化が認められなかつた。また、母親への心理療法が行えなかつたことから母親自身の改善もみられなかつた。ケースJ、Kの母親は子どもに対する過干渉と無関心というアンビバレントな態度で子どもを支配しようとする関わり方に变化がみられず、子どもに対する心理療法だけでは不十分であったと考えられた。

##### 1) 症例からみた母親の特徴

堤は、虐待を行っている親が受診に訪れる際には、何

らかの精神障害を訴えて受診する場合がほとんどであるとし、その多くが不安障害、パニック障害、うつ状態、うつ病であるとしている<sup>5)</sup>。また、初診の時点ないし治療経過中に「自分の精神状態が悪かったり、何かストレスを感じた時に、感情的になって子どもをきつく叱ったり、叩いたり、布団の上に落したり、放置してしまう」ことを訴えるとしている。本研究で対象となったケースのうち9例の母親は、母親自身のうつ病が原因で受診が開始された。カウンセリングを継続する中で母親と医師の信頼関係が築かれてくると、母親の口から子どもへの接し方が語られるようになった。養育環境への悪影響が危惧されたことから、医師が子どもも受診するよう勧め、母親と子どもの心理療法が開始されたという経緯があった。

虐待をしている母親が虐待を理由に受診をすることはまれであり、また、責められることや非難されることを恐れ、虐待を告白することもまれであると考えられた。今回扱った11例すべてが母親から虐待の告白が医師になされたが、そこに至った要因は医師と母親の間で関係性が構築されたということが大きい。後藤は、子どもの立場に近すぎる面接者は、よく母親に対して「叱らないで、子どもの気持ちになって考えてあげましょう」と説得を試みるとし、母親を非難して子どもに同情するようなあり方は面接者の逆転移であるとしている。さらに、この面接者と母親の関係性は、母親自身の母親との間でも体験されてきたものと相似形となっているとしている<sup>6)</sup>。本研究で対象となったケースの母親の多くが、初診の間診時に“子どもへの影響が心配”であるとか、“子どもに手を上げることがある”との虐待が危惧されるような内容を記入したり語ったりしていた。しかし、虐待を性急に追及することはせず、母親自身の口で語られるまで母親を支え続けた。この過程のなかでは、育児不安に関することや母親自身の被虐待体験の内容が語られ、母親の恐怖や不安を整理することとなった。その結果、

わが子に対する虐待の告白がなされ、その後の母および子どもへの心理療法を可能にした。

Ainsworthらによる、ストレンジ・シチュエーション法 (strange situation procedure : SSP) は、12～20カ月の幼児のアタッチメントパターンを評価するための一般的な方法である<sup>7)</sup>。Ainsworthらは、子どものアタッチメントのあり方を安定アタッチメントパターン、および回避型と両極型からなる不安定アタッチメントパターンの3つに分類した<sup>7)</sup>。その後、SSPによるアタッチメントパターンの3分類に適合しない行動を呈する一連の乳児の存在があること、とくにハイリスク群 (貧困、親の不適切な養育、親の精神病理など) の乳児に多くみられることが多くの研究者によって指摘された<sup>8)</sup>。Main & Solomomは、この一群を「無秩序・無方向型 (D型 : disorganized/disoriented)」とした<sup>9)</sup>。D型アタッチメントの特徴として、「顔をそむけつつ母親に接近する」「強い分離抵抗を示しドアの傍に寄り母親を求めるが、再会時には回避する」「見知らぬ人の存在にあきらかに不安を示しているにもかかわらず、母親からも離れている」「方向が定まらず部屋中を目的なく動く」など、相反する行動の継時的・同時的生起や、方向性もなく混乱した行動、途中で阻止されたような不完全な行動が挙げられる<sup>8)</sup>。

Main & Solomomは、D型アタッチメントを示す母親の特徴として、SSP場面で示す「おびえたような／おびえさせるような行動」を観察している<sup>9)</sup>。例えば、声の出し方やイントネーションが突然不気味に変調する、子どものパーソナルスペースに突然侵入するなど、突然起こる予測不可能なびっくりさせる行動、極度に恐れさせる行動である。今回の研究の対象児には、D型アタッチメントに類似する行動がみられたケースが存在していたが、これらのケースの母親に関しても子どもをおびやかす行動がたびたび観察された。例えば、フィンガーペインティング場面で子どもの領域にわざと絵具を塗って邪魔をする、風船を安定して打ち合っているのに、突然子どもの方に向かって強く打ち返すなどであり、安定したやりとりをしていてもいきなり子どもを攻撃する行動が認められた。また、母の気分によって無視をされることもたびたびあり、子どもにとっては、予測ができないために、結果として子どもをおびえさせることとなっていた。

このような母親と子どもの関係性のあり方は、とくに母子一緒に同室にて心理療法を行ったケースに特徴的に認められていたため、以下に心理療法場面での経過を示した。母子一緒に同室にて心理療法を行ったのはケースAおよびケースBであるが、それぞれの母親は心理療法場面で類似した経過をたどったため、第一から第三段階に整理して考えることができた。

第一段階では、フィンガーペインティングの場面で母親が子どもの領域にわざと絵具を塗って邪魔するなど、

母親が子どもをおびやかすという行動が特徴的であった。久保田は、SSP場面で示す母親の「おびえたような／おびえさせるような行動」は、子どもとの相互作用における何らかの刺激が母親自身の秘められたアタッチメントの外傷体験を呼び起こすとしている<sup>8)</sup>。さらに、その反応は真に内発的なものであるがゆえに、子どもにとってはどの行動も予測しがたく、不可解で、偶発性に満ちており、著しい混乱と恐怖状態に陥らせるとしている<sup>8)</sup>。Fraibergらは、わが子が可愛いく愛おしいと思える時と、怒りが生じて消し去りたいと思う、相反する育児における葛藤を「赤ちゃん部屋のおばけ」と呼んだ<sup>10)</sup>。さらにこの葛藤は、拒絶されたり否定されたりした親自身の体験が、育児によって表面化するとした<sup>10)</sup>。第一段階でみられた母親の子どもに対する「おびやかす」は、母親自身の過去のアタッチメントにおける外傷体験が、子どもとの関係性のなかで呼び起こされたと考えられた。母親のこのような「おびやかす」は、虐待と同様の不可解で脅威な体験として子どもには映り、解決なき恐怖として子どもの深層に蓄積されていくと考えられた。

心理療法で行っていた内容に着目すると、フィンガーペインティングやサンドプレイなど触覚刺激を多く取り入れた内容のものであり、この触覚刺激による活動が治療的退行を促したと考えられた。これによって、外傷体験の想起がより活性化され、抑圧された無意識の敵意がより顕在化しやすかったと考えられた。

第二段階で母親は子どもに注目し続けることをやめ、自分が楽しむために絵を描いたり、砂に触れたりして遊ぶようになった。しかし、医師がプレイルームを退室するという現象が生じると、母親は母親の役割を始めてしまい、治療的退行が中断された。それまでわが子と子ども同士のような行い方をしていたフィンガーペインティング場面では、母親の手が止まり、使う領域が狭くなった。そして子どもに母親的に関わろうとし、「こっちにも白いところがあるじゃない。やってごらん。」と母親はわれに返ったように母親という役割を演じ始めるのであった。母親の緊張を察知した子どもは瞬時に緊張し萎縮するという連鎖が生じた。森は、治療的退行は守られた一定の場所と、ともに体験していく姿勢をもつ特定の治療者が傍らにいてこそ促進されるとしており<sup>11)</sup>、心理療法における医師の存在は、母親の治療的退行を促進したと考えられた。一方、治療的退行が医師の不在において中断されたことから、医師の存在は、母親のありのままの姿を支え、ともに生きる安全基地として作用していたと考えられた。

第二段階における特徴がこの安全基地の存在である。Levyらは、養育者との安定した基盤を安全基地とし、安全基地を体験した子どもは、自信に満ちて不安を感じ

ることが少なく、環境を自律的・自立的に探索することができる<sup>12)</sup>。本研究の事例においても、医師が見守り続けるという安全基地の存在は、母親が不安を抱かずに「自分のために遊ぶ」という自律的・自立的体験を提供することとなった。母親は後のカウンセリングで、この時の体験について「本当はお母さんとこんなことがしたかった」と語っていた。母親は子どものころ、自身の母親という安全基地が存在するなかで、見守られながら自由に思い切り遊びたかったのである。この発言からは、母親自身の養育者を医師が果たしていたことがいえ、それができなかつたという過去の傷を癒し、自らの被虐待体験を相対化させるということも第二段階では得られたと考えられた。

第一段階の治療的退行が母親自身の未解決な虐待体験の想起と子どもに対する「おびやかし」であったのに対して、第二段階での治療的退行は、おびやかされた自らの過去を癒すための安心感と安全感の保障のための安全基地の活用があった。Levyらは、幼少時のトラウマティックな記憶は言語や合理的な思考にはうまくつながらないとしている<sup>12)</sup>。言語を使って合理的解釈をすることでは決して解決しない被虐待という母親自身の体験は、非言語的な活動、および安心感と安定感が存在するなかで行われる治療的退行によって相対化していったと考えられた。

第三段階で母親は子どもの遊びを受け入れ、子どもの作品を称賛したり、まねて描いたりするといった子どもの言動に対し、感情の共鳴が多くなり、癒された母親と子どもとの言動をとおした感情のやりとりが豊かに発展していった。Levyらは、愛着障害の子どもは自分の内的な状態に言葉をあてはめることが苦手であるとし、その原因として、養育者が感受性豊かで意味のあるようなやり方で、さまざまな感情を日常的に語り合うことをしないためだとしている<sup>12)</sup>。母親自身の秘められたアタッチメントの外傷体験が、子どもとの相互作用によって呼び起こされるという体験を日常的にくり返していると、子どもとの感情的な関わりや語り合うということを母親は避けるような傾向になると考えられた。そのため、母親は母親という立場で子どもに怒ることはあっても、子どもと一緒に感じ合うといった感情の共鳴は生じにくいと考えられた。しかし、母子一緒に同室にて行った心理療法では、解決されぬ被虐待体験を抱えた母親自身が医師に温かく見守ってもらえ、安心感を与えられたと考えられた。母親はこれまで安心感を与えられた経験が乏しかったため、わが子に対してどのように安心感を与えたら良いのかその方法が分からず混乱していたのではないだろうか。安心感を体感することができた母親は自己との和解が進み、子どもに対しても安心感を与えるという連鎖が生じた。

## 2) 症例からみた子どもの特徴

本研究で対象にした子どものなかには、SSPにおけるD型アタッチメントの特徴を有しているケースが存在していた。SSPで対象となる12～20ヵ月の幼児と対象児の年齢が示すアタッチメントのあり方には、質的変化が生じているため単純に比べることはできない。しかし、ケースA(5歳)およびケースB(5歳)は、D型と類似する「顔をそむけつつ母親に接近する」行為や「強い分離抵抗を示して激しく泣いて母親を求めるものの、再会時には回避する」行為が認められたことが特徴的であった。ケースAおよびケースBに認められたD型アタッチメントの特徴が、母子同室で心理療法を行うきっかけになった。母子同室での心理療法を行ったことによるケースAおよびケースBの心理療法(サンドプレイやフィンガーペインティングなど触覚刺激を多く取り入れた)場面での経過は、母親と同様、以下の第一段階から第三段階にまとめられると考えられた。

第一段階で母親が子どもの領域にわざと絵具を塗るなどして邪魔をしていくことにより、子どもは萎縮し、母親の顔色をうかがうようになった。びくびくとし行動が小さく、母親に対して常に警戒していた。第二段階で母親が自分自身の表現に夢中になると、子どもは放置された状態となり不安に襲われた。しかし、その後、心理士の存在が安全基地として働いていたことと、母親が安定して行っていたことで、見捨てられているのではないことが確認でき、子どもは安心して自己の活動が行えるようになった。フィンガーペインティング場面では母親の領域に拡大するなど、いわゆるちょっかいを出して邪魔し積極的に母親に関わろうとするようになるといった変化がみられた。第三段階になると子どもは自分が行っている成果を「見て」と言うようになり、母親に対して感情の共鳴を求めるようになった。母親もそれに反応して言葉での称賛を与えると同時に子どもの作品を模倣するようになった。まねてもらえたという体験で母親から自己存在を受け入れてもらえたことを感じる事ができ、子どもは安心感を得られた。子どもは母親が怒らないということ、および心理士が見守っていることを確信し、自由な表現を多く出せるようになった。

Levyらは、緊張—解放—くつろぎのサイクルは、すべての生きている有機体が求めるサイクルであり、乳児期初期の愛着形成のサイクルと同一であるとしている<sup>12)</sup>。心理療法のなかで子どもは、自己の欲求が満たされない不快な体験をして緊張が高まったが、母親と感情の共鳴をはかることで怒りや情緒的苦しみを解放してくつろぎ、安定した愛着体験をし、子ども自身の回復力が増していったと考えられた。

## 3) 母子の関係性からみた経過の特徴

子どもと母親の心理状態をそれぞれ段階ごとに見て

いったが、これらの段階は相互作用の関係にあり、母親の変化が子どもに影響を与えたと考えられた。このような心理療法でみられた母子の変化の相互作用を図1に示した。

母子同時に行った心理療法の経過は母親、子どもともに第一～第三段階に分けることができ、各々違いはあるが、共通した経過をたどった。第一段階は子どものおびえ、母親のおびやかしといった解決なき恐怖の再現、第二段階が安心感・安全感の獲得、第三段階は母子関係の再構築である。第三段階の母子関係の再構築では、「その色いいね」と言ってお互いの好きな色を作り合ったり、何を描いているか確認し合ったりして母子同士でまねる行動がみられた。

医師のカウンセリングのなかで、母親は自分自身も虐

待を受けていたということに向き合い、カタルシスと自己洞察の機会を得ることができた。今の自分がなぜこんなに苦しいのか、その原因が分かるということが自己受容の準備段階を作ったものの、カウンセリングのみでは治療的退行をはかることができなかった。被虐待体験は記憶を形成する以前の身体的かつ原始的な記憶が関与していると考えられた。虐待という体験は理屈で考える範疇を超えており、そのことがカウンセリングのみで改善をはかることが難しかった理由と考えられた。

母子同時に心理療法を行ったケースAとBの2例の経過から見い出せるように、母子関係の変化は母親から生じ、子どもは母親に共鳴して変化していく。このことから、子どものみの変化だけでは親との和解は成立しにくいと考えられた。虐待の連鎖を断ち切るきっかけは親に

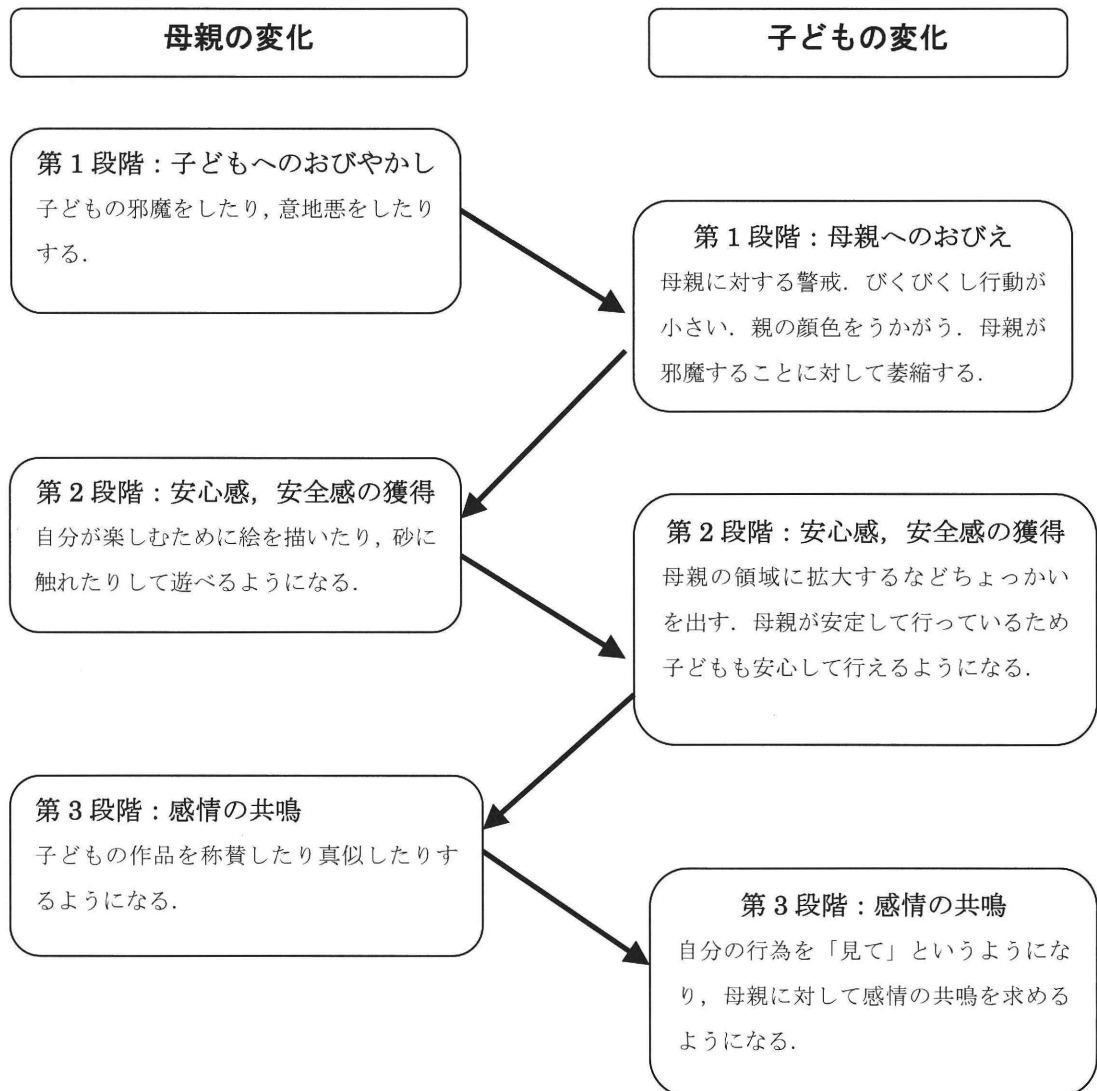


図1 母子の変化の相互作用

託されていると考えられた。

#### 4) 母子に対するセラピーのあり方

愛着障害のある幼児にセラピーを行っている時、幼児と心理士との間でなされるやりとり遊びの様子を、同室で見学している母親に見せつける場面がたびたび観察された。例えば、小さくカットしたスポンジを食べ物に見立て、それを食べ合うやりとり遊びを子どもと心理士との間で展開していると、子どもは「おいしいね」と言って母親の方に目を向け、楽しさを演出しつつ母親に見せつけるのである。Levyらは、愛着障害の子どもは「ある人と対抗して別の人と組む」ことに長けているとし、これを三角関係化と呼んでいる<sup>12)</sup>。さらに三角関係化は、愛着障害の子どもが示す操作と支配の戦略であるとし、心理療法ではこの三角関係化を防がなければならないとしている。心理療法の中でこのような三角関係化が生じたときには、母親にも心理療法に関わるよう働きかけるようにした。上記の場面では、子どもに“お母さんに食べてもらったらきっとおいしいって言うよ”と促し、母親にもやりとりを一緒に行うよう促すのである。母親は戸惑いつつ応じ、子どもの働きかけにも反応が乏しいが、このような働きかけを重ねると、徐々に情緒豊かに子どもと関われるようになる。Glaserらは、愛着障害へのアプローチは、養育者と子どものやりとりに焦点をあてた介入が重要であり、とくに養育者の感受性に焦点をあてる必要があるとしている<sup>13)</sup>。三角関係化という子どもが示す操作・支配の構図を軽減させるだけではなく、母親の感受性を育てるためにも、子どもの心理療法に母親を参画させたほうがより効果的であると考えられた。

内田らは、母親自身がこれまでの生活歴のなかで培った内的作業モデルが子どもへと影響をおよぼしていることがうかがわれるとしながらも、夫婦関係や家族関係の良さ、もしくはサポートが得られることで安定した内的作業モデルへと変容することがあるとしている<sup>14)</sup>。本研究では、母親に対して医師が安全基地として機能し、安定した内的作業モデルを母親が形成できたことが考えられ、子どもと母親との関係性においても安定したものに变化したと考えられた。

## V まとめ

森下らは、自身の母親から拒否的に育てられ拒否的な養育態度という内的作業モデルを母親が形成したとしても、情緒的サポートを得ることによって、拒否的態度が修正され受容的な態度へと変容するとしている<sup>15)</sup>。ケースA～Iにおいて共通していることは、母親への情緒的サポートを医師が果たしたということである。子ども、母親、母子関係の改善には子どもだけでなく、母親への情緒的サポートが不可欠であると考えられた。

母親に対して安全基地の提供を含む情緒的サポートと

同時に、母子ともに育てる、もしくは母子がお互いで育てあうという心理療法を提供することが、母子の関係を安定させ、虐待および虐待の世代間連鎖を断ち切ることになると考えられた。

## 文 献

- 1) World Health Organization the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral disorders. 医学書院, pp.287-290.
- 2) 大日向雅美: 子育ての背景. 柏女霊峰, 才村 純 (編): 別冊発達 26. 子ども虐待への取り組み—子ども虐待対応の到達点とこれからの展望—. ミネルヴァ書房, pp.118-126, 2001.
- 3) 山崖俊子: 機能不全の母親にとっての母子生活支援施設の抱える機能. 日本保育学会大会研究論文集 54, 422-423, 2001.
- 4) Brockington IF. 吉田敬子 (訳): 母子間のボンディング形成の障害の診断学的意義. 精神科診断 14, 7-17, 2003.
- 5) 堤 啓: 幼児虐待 実態とその後の発達段階における精神療法の実践. 昭和堂, 2004.
- 6) 後藤秀爾: 児童虐待加害親の心理—早期介入と予防のための理解に向けて—. 愛知淑徳大学論集 6, 19-33, 2006.
- 7) Ainsworth MD S, Bleher MC, Waters E, Wall S: Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates, pp.310-322, 1978.
- 8) 久保田まり: アタッチメント研究の発展. 庄司順一, 奥山眞紀子, 久保田まり (編): アタッチメント 子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐる. 明石書店, pp.65-91, 2008.
- 9) Main M, Solomon J: Discovery of an insecure disorganised/disoriented attachment pattern. In Brazelton TB, Yogman MW. ed. Affective development in infancy. Norwood NJ: Ablex, pp.95-126, 1986.
- 10) Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V: Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to problems of impaired infant-mother relationships. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 14, 387-422, 1975.
- 11) 森さち子: 遊戯療法の技法をめぐる—考察—治療構造論的視点に基づいて—. 慶応義塾大学大学院社会学研究科紀要 32, 53-60, 1991.
- 12) Levy T M, Orlans M. 藤岡孝志 (訳): 愛着障害と修復的養育療法 児童虐待への対応. ミネルヴァ書房, 2005.
- 13) Prior V, Glaser D. 加藤和生 (監訳): 愛着と愛着障害. 北大路書房, 2008.
- 14) 内田利広, 河合三奈子, 大田千登世, 大東映美: 日本における内的作業モデルに関する研究の現状と今後の展望. 京都教育大学紀要 117, 99-114, 2010. ([http://ir.kyokyo-u.ac.jp/dspace/bitstream/123456789/4087/1/S007v117p99-114\\_uchida.pdf](http://ir.kyokyo-u.ac.jp/dspace/bitstream/123456789/4087/1/S007v117p99-114_uchida.pdf))
- 15) 森下正康, 木村あゆみ: 母親の養育態度に及ぼす内的ワーキング・モデルとソーシャルサポートの影響. 和歌山大学教育学部附属教育実践総合センター 14, 123-131, 2004.

---

## ABSTRACT

### Psychological treatment to a mother and her children suffering from attachment disorder

Azumi Muto and Yuko Tujiuchi

*Porepore Clinic*

In the field of clinical medicine, it is a known fact that some adults exhibit symptoms of attachment disorder. Mothers who suffer from attachment disorder tend to cause chain of child maltreatment and abuse, causing their children to have the same disorder. This study administered psychological treatment in 11 cases where both a mother and her children suffer from attachment disorder and assessed improvement in children's symptoms as well as that in mother-child relationship. A significant improvement was observed in two cases where both a mother and her child together received psychological treatment, while some improvement was seen in seven cases where a mother and her children received psychological treatment separately. Two cases where it was difficult to provide a mother with psychological treatment did not exhibit any changes. We believe that it is the psychological treatment provided to a mother that led to the improvement in her child's symptoms as well as that in the mother-child relationship. Specifically, a significant improvement was observed in the two cases where two types of psychological treatment were administered; that is, a verbal therapy and a non-verbal therapy that engages the mother in such activities as finger painting together with her child. Accordingly, we concluded that both verbal and non-verbal therapies to the mother are essential for the treatment of her child's attachment disorder as well as for the improvement of the mother-child relationship.

**Key Words:** attachment disorder, chain of child abuse, regression in therapy, psychological treatment, secure base

---