

〔第27回学術集会 特別講演〕

医療者として・当事者として家族を語る アタッチメント（愛着）とジェンダー

田村 毅¹⁾

私は児童・思春期精神科医として、また家族療法家として多くの子どもたちと家族との対話を重ねてきました。その経験の中から私が身につけた家族支援の要点を語ります。支援者として家族を語ることは、とりもなおさず当事者としての自分自身を語ることです。支援者は対話を通して相手との関係性を樹立します。

我々は人との関係の中で幸福と不幸の両方を得ます。家族は生活を共にするだけでなく、近接的な感情の交流があり、お互いに期待し合う最も親密な関係です。期待が成就されると大きな幸せを生み、それが裏切られると大きく傷つきます。人との関係で生じた傷つきは、人との関係の中で癒されます。支援関係も同様です。医療者は家族を支援するために必要最小限の親密性を築きます。

I. 関係性モデル

生物心理社会モデル (Bio-Psycho-Social Model) は、身体疾患や精神疾患を理解するための3つの視点の統合です (渡辺, 2014)。大学の医学部教育を受けた私は、臨床活動を生物モデルからスタートしました。うつ病や統合失調症など薬物が功を奏し生物モデルがフィットするケースがある一方で、不登校・ひきこもり、摂食障害などの思春期ケースは薬物が効きません。若い人たちが心理的葛藤を言語化する動機づけは低く、個人精神療法などの心理モデルも限定的にしか使えません。多くのケースは本人が支援の場に登場せず、親が我が子の危機を感じて熱心に支援を求めます。本人不在のまま子どもの問

題を解決するには、親の接し方を工夫するといった家族関係を扱います。

家族理論としての精神分析はもっぱら母親と子どもの二者関係に注目しました。1970年代以降に隆盛した家族システム理論は父子関係や夫婦関係、さらにはその背後にある拡大家族や学校システムなども視野に収め、本人不在でもシステムの力で問題を解決します。

さらに、クライアントと支援者の関係性にも注目したのが第二世代の家族療法理論である社会構成主義です (McNamee, 1992)。構造派など第一世代の家族療法理論ではモダニズム的な視点、つまり支援者は客観的な位置から対象を観察する立場でした (Minuchin, 1974)。ナラティブ・セラピー (White, 1990) や最近話題になっているオープン・ダイアログ (Seikkura, 2019) などの理論的準拠枠である社会構成主義では観察者から切り離された客観的な現実には存在せず、対話がその人にとっての現実を構成します。そこでは問題を抱えた当事者の語りのみならず、支援者自身が持つ当事者としての語りにも注目します。

II. 安心な愛着関係

恋愛や愛情という情緒的な関係性は、文学や芸術のテーマになっても科学的な概念化が困難でした。愛着理論は1960年代に乳幼児とその養育者（主に母親）との臨床観察から Ainsworth や Bowlby によって概念化された親密さの理論です。愛着パターンは人と接する際の「心の鋳型」として乳幼児期に決定づけられるとされてきました。その後、愛着理

1) 高山村こころの診療所

論はJohnson (2008) やGreenburg (2014) によって夫婦・家族療法にも応用され、「今ここで (here and now)」の関係性として、状況に応じて常に更新されるものと理解されるようになりました。

安心な愛着 (secure attachment) が維持されている状況で、人はレジリエンスを最大限に発揮し種々の問題を乗り越えることができます。非安心な愛着 (insecure attachment) の状況では様々な病理や問題行動が発現します。

支援関係にも愛着理論を応用できます。協働的な支援関係を築くためには、クライアントと支援者がお互いに安心の眼差しを向け合うことが重要です。クライアントは長期にわたる困難な状況の中で自尊心を低下させ、他者評価も低くなりがちです。他者からの支援を拒絶し、いわば「嫌な雰囲気」を醸し出している人に、支援者として温かい眼差しを向けることは困難です。不安を投影してくるクライアントを柔らかく受け止め、安心の関係性を樹立するために、支援者自身が揺るぎない安心感を保持します。

III. 支援者自身の体験に向き合う

投影 (projection) とは受け入れたくない否定的な感情を自分のものと認めず、外在化して相手の中に見出します。精神分析でいう防衛機制のひとつ、つまり抱えきれない不安を軽減するための無意識的なメカニズムです。投影性同一視 (Projective identification) は親密な他者から否定的な感情を投影された人にその感情が生じる現象です。このようにして不安などの否定的な感情が親密な関係性の中で伝達され、家族全体が不安の渦に巻き込まれます。

支援関係でもクライアントと支援者が持つ不安感は無意識のうちに相互に投影されます。支援者が安心感を保持するためには自分自身の家族体験に向き合わねばなりません。それは大きな痛みを伴う作業であり、安全と安心が十分に確保された文脈が必要です。

支援者からの否定的な投影を回避し、肯定的な安

心感を投影するには理性的な理解だけでは不十分であり、感性のトレーニングが重要です。教育分析やエンカウンター・グループなど様々なモデルがありますが、家族療法で行われるのがPerson of the Therapist Training (POTT) です。Aponteらにより開発され、大学院レベル以上での臨床トレーニングで活用されています (Aponte, 2016)。これは信頼できるトレーナーのもとで、セラピスト自身の感情を深く振り返るグループ体験です。安心な関係性の中で開示される自分の人生の物語が承認され、弱さを抱えている自分自身が肯定されます。

IV. ジェンダーと家族体験

自分の家族体験を語る際に、ジェンダーの視点が有用です。例として私の男性としての家族体験を紹介すると、息子として父親・母親との関係 (叱責を受ける、十分に関わってくれなかった思い)、兄として妹との関係 (きょうだい喧嘩、不公平感)、夫として妻との関係 (お互いの期待が成就しない葛藤と口論、妻を失った喪失体験)、父親として子ども達との関係 (成長する子どもを見守る喜びと不安) などが含まれます。

ジェンダーは自分のアイデンティティを形成する重要な指標です。それが否定されると大きな傷つき体験となりますが、親密な関係性における劣位側のみ起こりえます。優位と劣位という対称的な関係性はジェンダーの他にも様々あります (表1)。

性的指向、人種・民族性、社会階級などは最近のアメリカ家族療法学会 (American Family Therapy Academy) での中心テーマです。同性愛、トランスジェンダー、あるいは白人以外の民族からの視点から議論されます。日本でもLGBTQの話題はメディアで紹介されるようになってきましたが、医療や支援現場で十分に語られているとは言えません。欧米やアジアなど多くの多民族社会では多様性が自明ですが、画一性が強調される日本社会では多様性の視点は未発達です。

表1. 関係性の属性とアイデンティティ

	優位側 (Dominant)	劣位側 (Subordinate)
ジェンダー	男性	女性
性的指向 (sexuality)	異性愛 (heterosexual)	同性愛 (homosexual)
性自認 (sexual identity)	Cisgender	Transgender
人種・民族性	「日本人」	在日外国人・ アイヌ民族
Social Class	Middle Class	Working Class
医療職	Medical (医師)	Para-Medical (例: 看護師)
年齢	年長者 (senior)	年少者 (junior)
地域性	都会 (urban)	地方 (rural)

その一方で、日本の家族に特徴的な属性もあります。昨今の政治家の発言の例を見るまでもなく、諸外国に比べて日本は伝統的な男性中心社会からの脱却が遅れています。社会におけるジェンダーよりさらに遅れているのが家族におけるジェンダー構造です。これは密室の中で外部から見えにくく、劣位側にいる女性の傷つきは見過ごされてきました。

年齢差による葛藤も顕著です。儒教的な長幼の序や親孝行の価値は現在の人々の規範感覚の中にも生きており、職場で年少者は傷つきを経験します。家庭において、年齢とジェンダーという二重の劣位体験の典型例が嫁姑葛藤です。家族システムの中で女性の傷つきは様々な身体疾患や精神疾患に発展したり、それが子どもに投影され、子どもの精神病理や問題行動に発展することもあります。

日本の医療現場では職種によるヒエラルキーが顕著です。これは私が医師であり、読者の多くが看護職であることを想定すると、あえて言語化しておきたい視点です。

以上のような優位・劣位という構造は、劣位側の立場に立って初めて気づく視点です。私は男性、医師、異性愛、シスジェンダーなど優位側の属性を持っているので、普段はなかなか意識化できません。若い頃、アメリカで過ごした生活の中で、少数民族

である自分のアイデンティティに気づきました。地域性の差異については、東京で生まれ育った私が地方に移住したことで最近注目している視点です。

V. まとめ

医療者として様々な問題や病理を抱えた家族を支援するとき、安心の愛着に基づいた信頼関係を築くことが何より重要です。自己の愛着パターンを確認するために、ジェンダーの視点から自身の家族体験を振り返ります。例えば、女性であれば娘として体験した父親・母親との関係、妹・姉としてのきょうだい関係、妻としての夫婦関係、母として子どもとの関係などです。そこには大きな喜びと痛みが含まれているはずで

医療者自身が、自身の家族体験を当事者として体験を語り、自身の痛みを感じ、客観視することが、真に共感的な家族支援に結びつきます。

文 献

- Greenberg, L.: The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy* 51 (3), 350-357, 2014
- Johnson, S. / 白根伊登恵訳, 私をギュッと抱きしめて 愛を取り戻す七つの会話, 金剛出版, 東京, 2008 / 2014
- McNamee, S. / 野口裕二訳, ナラティブ・セラピー: 社会構成主義の実践, 遠見書房, 東京, 1992 / 2014
- Mnuchin, S. / 山根常男監訳, 家族と家族療法, 誠信書房, 東京, 1974 / 1984
- Seikkura, J. / 斎藤 環監訳, 開かれた対話と未来: 今この瞬間に他者を思いやる 医学書院, 東京, 2019
- 渡辺俊之: バイオサイコソーシャルアプローチ—生物・心理・社会的医療とは何か?, 金剛出版, 東京, 2014
- White, M. / 小森康永訳, 物語としての家族, 金剛出版, 東京, 2007

著者略歴

1957年, 東京生まれ。
高校時代に1年間のアメリカ交換留学。筑波大学・大学院修了, ロンドン大学家族療法を学ぶ。専門は思春期精神医学, 夫婦・家族療法。
東京学芸大学教授を早期退職。都内で自由診療の精神科クリニックを9年間開業し, 今年から群馬県高山村に移住し, 精神科診療および支援者へのスーパーヴィジョンを行っている。アジア家族療法アカデミー副会長, 日本家族療法学会副会長・認定スーパーヴィザー。