

## 発達障害と精神療法研究

小林 隆 児\*

現在、臨床精神医学の世界において、精神療法に関する臨床研究は薬物療法のそれに比すると、残念ながら以前ほどの勢いはない。その最大の理由は、精神療法を研究しようにもどのように研究すればよいのか、その方法論がいまだに確立されていないからである。

たしかに現在 Evidence-Based Medicine (EBM) の対抗軸として Narrative-Based Medicine (NBM) が取沙汰されることが多い。しかし、ここで考えなくてはならないのは、EBM における evidence と精神療法における evidence の違いである。精神療法研究においてこの問題が真正面から取り上げられてこなかったことが、昨今の精神療法研究の衰退を招いていると筆者は考えている。なぜなら EBM における evidence は自然科学で考えられている evidence (実証性) であって、それをそのまま臨床研究にまで応用しようとしたことから大きな混乱が生じたと考えられるからである。

近代科学の実証主義は、仮説を立て、実験を繰り返すことによって、仮説を確かめるという方法でもって客観 (真理) に近づこうとするものである。しかし、このような考え方を安易に臨床研究にも応用したことによって、面倒な問題が生まれた。自然科学では自然現象を観察者が誰であれ客観的に捉えることができるが、臨床研究では、生身の人間を相手に生身の人間が

関わる中で繰り上げられる現象を対象とするため、治療者 (観察者であると同時に研究者でもある) が誰であれ客観的に捉えられるものではない。〈患者-治療者〉関係そのものを対象としなければならないからである。

では人間を対象とする臨床研究において evidence はどう考えればよいのか。そのような問題意識から筆者は最近『人間科学におけるエヴィデンスとは何か』(小林隆児・西研編, 新曜社, 2015, 近刊) を編んだ。そこで筆者らは、臨床精神医学や臨床心理学をはじめとする人間諸科学において evidence はどう考えなくてはならないか、哲学者とともに哲学の歴史を紐解きながら精緻に論じた。

本来、精神療法では〈患者-治療者〉関係という二者関係を扱わなければならないにもかかわらず、evidence を自然科学に倣ったがゆえに、治療者は黒子のようにして一切姿を見せず、もっぱら患者の言動のみをデータとして取り扱うことがまるで「客観的」で「科学的」な研究であるかのように錯覚していたのではないか。そこには〈主観-客観〉図式への強い因われが見て取れるのである。

詳しくは小書を参照していただきたいが、そこで問題となるのは、〈患者-治療者〉関係をどのような切り口で捉えていけばよいのかということである。そもそも「関係」とは時々刻々と変化するもので、一時も静止することがない。現実を意味する英語には「リアリティ」 reality と「アクチュアリティ」 actuality があるが、自然科学が扱う現実が「リアリティ」とすれば、人間諸科学の扱う現実が「アクチュア

Developmental Disorders and Research Methodology of Psychotherapy

\* 西南学院大学人間科学部

〒814-8511 福岡県福岡市早良区西新 6-2-92

Ryuji Kobayashi : Faculty of Human Sciences, Seinan-Gakuin University

リティ」である。前者の「リアリティ」が事物的・対象的な現実で、既成の現実を意味するため、それは対象的な認識で視聴覚などの五感を通して「客観的」に捉えることができるが、後者の「アクチュアリティ」は途絶えることなく進行している活動中の現実を意味し、それは活動に関与している当事者が自らの活動によってしか対処することができない性質のものである。患者や治療者のこころの動きを感じ取るということは、まさに「アクチュアリティ」そのものであり、それは言語化以前の体験である。このような性質の体験をわれわれが知覚することを可能にしてくれているのは、人間に特有な分化を遂げている五感ではなく、それ以前の未分化な原初的知覚である。よく知られている精神分析学者でかつ発達心理学者でもあったスターン Daniel Stern が鍵概念としてさかんに用いた力動感 vitality affects はまさにこの原初的知覚の代表的なものである。

原初的知覚は、当事者の主観のありようによって知覚のありかたそのものも変化するという特性を持つ。つまり、当事者の（安心か不安かという）情動の動きによって知覚のありようも変化する。また、一見すると視聴覚刺激であるかのようなものであっても、その刺激の動きの変化を敏感に感知することである。音楽の世界を想像してもらえばわかりやすい。時々刻々と変化する音の世界がわれわれのこころを揺り動かし、そこにある種のゲシュタルトがもたらされる。楽譜に記載されている多くの記号（クレッシェンド、デクレッシェンドなど）はまさにそのゲシュタルトの表示である。そして最も重要なことは、このような知覚体験は患者も治療者も自らの身体をとおして体験することでは味わえないことである。このことは臨床研究における evidence に深く関わってくる。

発達障害に対する精神療法のように、話しこたばがあまり役に立たない（というよりもそれが逆に相互理解を妨げることさえある）コミュニケーション世界において、そこで起こっている現象の意味を解き明かすためには、原初的知

覚の特性をよくよく理解しておくことが不可欠である。なぜならこの世界では原初的知覚が大きな役割を担っているからである。

昨年、筆者は乳幼児期早期の自閉症スペクトラムを対象に、その母子関係の内実を明らかにした（『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、2014）が、そこで筆者が母子関係の成立を阻んでいる最大の要因として「甘え」のアンビヴァレンスを取り上げた。その具体的な母子双方の動きは、「母親が直接関わろうとすると子どもは回避的になるが、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」というものであった。そして、このような母子双方のこころの動きのゲシュタルトを捉えたと、われわれ日本人に馴染み深い「あまのじゃく」と称する子どもを彷彿とさせるものだということに筆者は気づいた。そこでこの独特な関係病理を「あまのじゃく」として捉えることができるのではないかと考え、それをもとに、筆者がこれまで経験してきた学童期以降成人期までの多くの患者との精神療法を改めて見直してみると、〈患者－治療者〉関係が大きく変化する転機となっているのは、筆者が「あまのじゃく」として捉えることのできる患者の「転移」に気づき、それを治療的に扱うことができた時であった。その成果を最近『あまのじゃくと精神療法』（弘文堂、2015）として纏めた。この小書では対象は神経症圏に限っているが、発達障害についても同様のことがいえる。ただその現われと治療的な取り扱いとは神経症圏に比してはるかに難易度は高い。なぜなら「発達」という現象がそこに深く関わっているからである。

以上のような知見を筆者が得ることができた最大の要因は、〈患者－治療者〉関係の中で起こる二者間のこころの動きを治療者自ら体感し、そのゲシュタルトを概念化したことに依っている。ここにこそアクチュアリティを捉えることの醍醐味があると思う。