

# そたちからみたさまざまなこころの病 ボーダレス化した精神障碍の時代を生きる——

小林隆児

西南学院大学大学院人間科学研究科臨床心理学専攻

はじめに

おもに大人を対象としてきた一般精神医学の世界で取り扱われてきたさまざまな精神障碍について、今日大きな混乱が生まれているようにみえる。それは診断と分類をめぐる問題である。その要因の一つに、発達障碍なる概念の導入とその大人への適用が関係していることは間違いなさであろうが、筆者がここで取り上げたいのは、そのことではない。

聞くところによると、医学教育現場で、急性期精神病の典型例（統合失調症）を直接目にするのがなくなり、教育にも事欠くらしい。また昔教科書に登場していたような各疾患の典型的な病像の多くが曖昧になり、その境界線が不鮮明になっていたりともいう。そして、うつ病の爆発的増加とその臨床像の多様化である。

これらすべてに共通するのは、多くの精神

疾患のボーダレス化である。国際診断分類で

のスペクトラムの多用はその反映である。このような現象は患者の病像に大きな変化が生まれていることを示すが、時代とともに人間が変わるのは世の常であるゆえ頷ける話である。しかし、そうした変化に学問の世界が十分に対応しているかといえば、そうでもなさそうである。そのためもあるのか、DSM-5<sup>①</sup>の登場は、以前ほどのインパクトをもって迎えられていない。国際診断分類が変更されるたびに筆者は思う。使命感をもって精神障碍の原因究明を志している研究者であれば、研究対象とされる患者の診断基準や概念がこれほど頻繁に変更されたのでは、これまでの研究の蓄積は何だったのかとつい嘆きたくなるのではないか。何事を研究するにも、まずもって求められるのは研究対象の厳密な規定だからである。それなくして研究成果の連続

性は保てない。

発達障碍を例にとればわかりやすい。昨今の研究論文は、判で押したようにDSMに準拠したことが明記されている。権威ある雑誌に投稿しようとすれば、必ずそれが要求される。自閉症、広汎性発達障碍、アスペルガー障碍などなど、さらには自閉症スペクトラム障碍へと頻繁に様変わりするこれらの診断概念を用いて蓄積されてきた過去数十年間の諸研究はどのように整合性をもって説明できるのだろうか。

そこで本稿では、なぜこのような混乱が生まれたのか、さらにはこの混沌とした状況の中で、今後われわれはどのような方向性を見出すことができるのか。そんなことについていくつか私見を述べてみたいと思う。

## 精神医学の特質

医学も諸科学の一領域であるからには「科学性」が常に求められる。身体医学では、身体という文字どおり「客観的」に捉えられる対象が扱われるため、「客観的」エヴィデンスが要求される。そのため誰にでも納得できる成果を明示することは比較的容易である。

しかし、精神医学においてはそのようなわけにはいかない。「精神」ないし「こころ」は目に見えるかたちで「客観」的に捉えることができないからである。しかし、精神医学も医学の一分野として生き残るために、「客観」を追い求めてきた。しかし、その内実は似非「客観」である。だからであろう。自然科学の方法に依拠した手法で量的研究が行われる一方で、質的研究も志向され、今では質的研究の積極的意義さえ提起されている。

しかし、よく考えてみればわかることだが、身体医学においては患者の診断と治療を決定する際に、むろん病歴聴取と診察は大切であるが、それだけで済むわけではない。生物学的諸検査が決定的な役割を果たしている。それなくして精度の高い診断と治療は考えられない。

では精神医学においてはどうか。診断と治療を決定するうえで、病歴聴取と診察のもつ

重さは身体医学の比ではない。ほとんどすべてがそこに掛かっていると云ってもいいほどである。もちろん器質的要因の強い病態では生物学的検査などが重要であることは言わずもがなではあるが、多くの場合、心理学的諸検査は補助手段として用いられるとしてもそれで診断と治療が決定されるわけではない。

### 母親によって語られた子どもの姿

そこで改めて考えたいのは、病歴聴取と診察という行為はどのような性格を有しているかということである。何を今さらと思われるかもしれないが、現在のような混沌とした状況においては、まずもって原点回帰が求められると思うからである。

子どもの（というよりも発達の観点からみた）精神医療を生業としている筆者ゆえ、子どもを例にとつて考えてみることにしよう。子どものこころの病気を心配して家族が受診する。そこでわれわれがまず行うのが病歴聴取である。当然そこでは両親（主に母親）から話を聞くことになる。しかし、ここで立ち止まって考えたいのは、そこでわれわれが聞いているのは、子ども自身の語りではなく、母親の目からみた子どもに関する語りだということである。

このようなことを筆者が改めて問題とした

くなったのは、母親から見た子どもの姿と筆者自身が母親と子どもと一緒に見た際の子どもの姿との間にあまりにも大きな隔たりがあることに気づかされたからである。それは二〇数年前に開始した母子ユニットでの経験に遡ることができる。母親が語った「落ち着きのない子ども」を母子関係の相で観察すると、いかに子どもは母親の存在を気にしつつも、容易には近づくことができず、微妙な距離を取りながらも、さかんに母親の気を引く行動をとっていることか。あるいは母親の語った「ひとり遊びに没頭している子ども」が、実は母親の存在をいたく気にしつつも、背を向けて無視するようにして目の前の玩具に意を注ぐことによつて気を紛らわそうとしていることか。

ここで筆者は母親の話は事実ではないなどと主張しているのではない。誰でも同じようなことは経験していると思うからである。もちろん筆者も含めての話である。

### 子どもの姿を関係の相でみること

随分と昔の話だが、アスペルガー障碍の成人女性との面接で筆者はつぎのような印象深い経験をした。彼女の悩みは「まわりのひとはみんなきれいだ。自分だけ醜い」というものであったが、彼女は筆者の前でいつもうっ

むき加減で、ぼそぼそと話していた。ある時、(筆者からみると)突然「先生、自然にしてください」と言った。筆者は自然に振舞っていたつもりなので、しばし啞然としてしまった。なんだろうかと考えてみたがすぐには答えはでなかった。しばらくして気づいた。筆者は彼女のか細い声を聞き逃さまいとして時折前傾姿勢を取っていた。極度に強い不安に襲われていた彼女にとつて、筆者が不意に接近する行為はいたく侵襲的に映っていたであろうことに。

この経験は筆者に大切なことを気づかせてくれた。患者の言動の多くはこちら(ここで言えば治療者である筆者だが、親であつても同じことである)の動きとの函数で捉えなくてはならないということである。

話を元に戻せば、母親の話を丁寧に聞くことはもちろん大切であるが、その際、そこで語られる子どもの姿はあくまで母親の目から見たそれであることを常に念頭に置く必要があるのだ。母子ユニットでの経験を蓄積した現在、筆者は母親から話を聞く時、必ず訊ねるように心がけていることがある。母親が語った子どもの姿に対して「お子さんはどんな思いでそんなことをしているのでしょうかね」「他の人からどんなふうに見えるのでしょうかね」などと、母親以外の視点から子どもの姿を捉えることを勧めてみるのだ。治療者は常

にこのようなメタ認知の視点をもつことが求められる。なぜこのようなことを力説するかといえば、このことは子どもに対する治療、とりわけ発達という視点から治療を考える際に、不可欠な視点だと思ふからである。

### 診察で捉える症状について考える

つぎに精神医学の診察について考えてみよう。病歴聴取のあと(あるいは並行して)診察し、治療者は子どもの行動(一)特徴を整理してカルテに記載する。そこでは大人の場合ほどではないにしても幾多の行動特徴を症状として捉えている。たとえば、「強迫」「こだわり」「自閉的」「常同反復行動」「挑発行動」などといった類いである。おそらく多くの治療者はここで子どもの言動を自分との関係で捉えることなどしないであろう。「中立的」「客観的」態度を心がけているからである。母親が語った子どもの言動を忠実にカルテに記載し、それがまるで「客観的」事実(リアリティ)であるかのように考えて記載しているのではなからうか。実のところ筆者も昔はそうしたものである。

ただ筆者がここで考えたいのは、そもそも症状(患者の病的な特徴)はどのようなように生まれ、概念化されてきたかということである。そのことを考えずして安易に症状(名)

を採用して記載することは、病態の核心を掴み損ないかねない危険な行為だと思ふからである。

このことの重要性に筆者が気づいたのは、土居健郎著『新訂 方法としての面接—臨床家のために』(医学書院、一九九二)によつてである。本書の付録「臨床的研究の方法論」(二二六—二四七頁)の中で、土居はフラインシュタイン(Alvan R. Feinstein)著『臨床的診断 Clinical Judgment』の内容を紹介しながら以下のように紹介している。

「現況の精神医学に対する批判として…筆者注」前以てコミュニケーションの基本語が正確に理解されているのでなければ、精神科医の行う解釈や分類に何ら科学的信頼性は存しない。にもかかわらず人間の感覚に関する語彙—それらは精神疾患の診断・発生病理・治療についてのいかなる概念においてもその元をなすものであるが—、この語彙の正確な使用は、現在の精神医学の基礎研究においてほとんど顧みられていないのである。(一四六—一四七頁)

「診断、予後ならびに治療を考える際に、症状と徴候がそれぞれ異なる意味を持つが、そこでの…筆者注」最大の問題は、症状と徴候がどのようにして確立されるかというそのプロセスである。まずある現象が患者もしくは医師の感覚によつてとらえられる (sensa-

tion)。ついでその感覚の特性が見極められ (specification)、最後にこのようにして取り出された現象が名付けられる (designation)。そしてこれが症状ないし徴候と呼ばれるものである。」(一二六頁)

### 症状記載は「感じ取ること」から始まる

ここで筆者が特に指摘したいのは、そもそも臨床医が患者の診察場面で症状として取り出す直接的契機となるのは、患者を前にして自らの内面に立ち上がる何らかの違和感だということである。「これはこれまで出会ったこと、感じたことのないものだ」とする感覚である。つまり、ここで重要なことは、臨床医が自ら知覚体験したことが症状把握の契機となっていることである。それをフラインシユタインは「感じる(sense)」と sensation と述べている。まずは違和感をもって「感じ取ること」に始まり、それがこれまで経験したものでないと「特定すること」、ついでその感じ取った特徴の「輪郭を明瞭に描き出すこと」と、そして最後にその特徴を言葉で「名付けること」である。このような一連のプロセスを経てようやく新たな「症状」が生まれるのだ。このように考えてみると、今日精神科診療で、たとえば「うつ」なる症状が濫用され、うつ病の爆発的増加を生んでいるが、

「うつ」なる症状の安易なラベリングがいかの問題を孕んだものか多少なりともわかるのではなからうか。

### 症状記載の原点は日常語で誰にでもわかるように

新たな症状が記述される際に心がけなくてはならないのは、ここですぐに症状名という学術語を用いてはいないならぬということである。違和感という生の体験に近いことばを選び出さなくてはならない。「人間の感覚に関する語彙」の選択である。なぜなら「それらは精神疾患の診断・発生病理・治療についてのいかなる概念においてもその元をなすもの」だからである。このことを内科医で疫学研究者(精神科医ではない!)であったフラインシユタインが今から五〇年ほど前に指摘しているのだ。精神医学においてこのことはなおさらである。肝に銘じておきたいものである。

しからばここで気をつけるべきことは、症状の意味するものを、社会的、歴史的、対人関係的文脈の中で捉えて記載することである。臨床家は患者との出会いの中で感じ取ったことを「あるがままに」「感じるままに」「日常語で」「わかりやすく」描くことが大切なのだ。この段階で無闇に学術語を用いるこ

とがあつてはならない。その表現は抽象的でなく具象的であるべきである。そのことによつて臨床家のみならず患者や家族も容易に理解することができるからである。土居がフラインシユタインの言を引用して強調したかったのはそのようなことだろうと思う。

さて、以上述べたことを踏まえて、改めて今日の精神医療の現状を省みると、DSMの影響は決定的ともいえるほどに現場に深く浸透している。それは患者観察において行動記述に徹している現状である。臨床医自身がその場で感じ取ったことは「主観的」な事柄としてほとんど意図的に捨棄されてしまつてい

### 「関係をみる」ことについて

筆者が母子ユニットでの経験を積んで今痛切に思うことは、「関係をみる」ことの重要性である。そんなことはこれまでも誰もが行なつてきたことではないかと思う向きもあるかもしれないが、筆者が言いたいのは、単に行動次元での相互作用といった「関係」を観察することではない。人間観察においてわれわれは日常ただ単に相手の行動だけを見て

いるところのありようをも同時に感じ取りつつ観察しているものである。精神医学における患者観察においてもそれは同じはずである。特殊な眼鏡で相手を透視できるような技術を臨床医がもっているわけではない。とするならば、行動のみに特化して観察する態度がいかに日頃の生活感覚からすると不自然であるかがわかるはずである。

「関係をみる」とは、ひとつには子どもの言動をその文脈で捉えることである。文脈とはその言動が生まれた状況、背景、歴史などを考慮するということである。そのような相でもって観察することは、先の筆者の経験で述べたように患者の言動を臨床医との関係の中で捉えるということでもある。

### ヴォーカル・コミュニケーションと言語的・非言語的コミュニケーションの相違

精神医学の世界で「関係をみる」ことの重要性を取り上げたのは、かの対人精神医学で有名なサリヴァン (Harry Stack Sullivan) である。彼は面接で患者と臨床医とのヴォーカル・コミュニケーション (vocal communication) に着目することの重要性を指摘したことよく知られている。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けて論じられることが多いが、サリヴァン

ンのいうヴォーカル・コミュニケーションはそれとはまったく性質を異にするものである。筆者が常々取り上げてきた情動的 (原初的) コミュニケーションとほぼ同義だと言つてよい。言語的／非言語的コミュニケーションはともに情報が相互に「行き交う、伝え合う」という性質のものだが、ヴォーカル・コミュニケーションは「感じ合う、響き合う」としか表現しようのないもので、前者が通時的で、後者は共時的という明確な違いがある。たとえば、ヴォーカル・コミュニケーションでは患者の語りの内容そのものに囚われるのではなく、その語り口調を味わうといったことである。なぜならそこに患者のこのころのありよう (情動の動き) が如実に反映しているからである。

### 乳幼児期の母子関係の病理としての「あまのじゃく」

母子ユニットで筆者が乳幼児期早期の子どもを母親との関係の相で観察していくと、そこで共通の病理を発見することができた。それが「甘えのアンビヴァレンス」である。それは子ども自身に自生的に立ち上がる心性ではない。「甘え」が享受されるか否かは相手次第であるゆえ、「甘えのアンビヴァレンス」も相手次第ということになる。それは

「関係」の相で初めて顔を出すものなのだ。したがって、臨床医はそのこのころの動きをアクチユアルに、つまりは自分もともに動きながら捉えなければならぬ。筆者はその心の動きのゲシュタルトを捉えて「あまのじゃく」と称したが、それはつぎのような関係病理として示されているからである。

母親が子どもに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。

「あまのじゃく」は「(こちらが) ああ言え(あちらが) こう言う」という独特な対人的構えを示す和語であることから、筆者はそのように称したが、ここで大切なことは、〈患者—治療者〉関係においても、患者の言動を治療者との関係の相で観察しなければならぬということである。

このことに気づいてから筆者はいかなる病態の患者であろうと、いかなる年齢層の患者であろうと、常に「関係をみる」ように心がけるようになった。すると面接過程で関係病理を捉えることが比較的容易になった。

### このころの病の原点としての「甘えのアンビヴァレンス」

こうして「関係をみる」ことを筆者が主張

するのは、こころの病の成り立ちの原点をそこに発見するからである。拙著『「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、二〇一四）で明らかにしたように、〇歳、一歳台の子どもで認められる「甘えのアンビヴァレンス」は、子どもに強い不安と緊張をもたらすため、それから少しでも逃れようとしてさまざまながきを示すようになる。それが二歳台に顕著となるが、それこそわれわれがこれまで「症状」として捉えてきたものだとなつたのである。それは単に発達障害に関したものでなく、虐待関連、さらには近い将来心身症や神経症として精神病へと発展することが危惧されるものも含まれている。

このように「症状」が前景化するにつれて生々しい不安と緊張は背景化する。そのため臨床医にはややもすると前景化した「症状」しか見えない。しかし、背景化して捉えがたくなつた「甘えのアンビヴァレンス」は、実は関係病理として（患者―治療者）関係において時折顔を出すものなのだ。臨床医（精神療法家）は面接でそれをアクチュアルに、つまりは自分自身との関係の相で捉えることが求められる。なぜならそこにこそ患者の関係病理の原点があるからだ、それとともにそこに臨床医が気づき、そのことを患者にその場で取り上げることが治療関係を深める大き

な契機となるからである。そこで生まれるのは「甘え」という情動世界での触れ合いである。そこにこそ患者がこれまで「甘えのアンビヴァレンス」ゆえに避け続けてきた本来の「甘え」体験に通じる道がある。

#### おわりに

最近の多様な精神疾患のボーダレス化時代にあつて、診断基準の根幹をなす症状がいかなるプロセスを経て確立されるものかを振り返つた。そこでは臨床医が患者に相対した際にまずはなんらかの違和感を抱くことが契機となつて示すとともに、安易に旧来の症状名で記載することなく、感じ取つた生の体験に近い言葉で表現することの積極的意義を強調した。

ついで筆者の最近の研究成果をもとに、乳幼児期での母子間の関係病理としての「甘えのアンビヴァレンス」こそ、こころの病の原点であることを示すとともに、多様な症状は「アンビヴァレンス」によつてもたらされる不安への対処行動であることから、臨床医は症状にとらわれて診断と治療を考へてはならない。神経症<sup>(4)</sup>、精神病<sup>(5)</sup>、発達障害<sup>(6)</sup>など、いかなる病態であろうが、その病理の軽重はともかくとして、それに対する精神療法の勘所は本質的に同じだと思ふからである。なぜなら、さまざまな「関係の病」としての

こころの病の原点を乳幼児期早期の関係病理である「甘えのアンビヴァレンス」に見出すことができる。筆者は考えているからである。<sup>(7)</sup>

#### 〔文献〕

- (1) 日本語版用語監修 日本精神神経学会、高橋三郎・大野 裕監訳『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院、二〇一四年
- (2) 小林隆児・西 研編『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、二〇一五年
- (3) H・S・サリヴァン（中井久夫他訳）『精神医学的面接』みすず書房、一九八六年
- (4) 小林隆児『あまのじやくと精神療法―「甘え」理論と関係の病理』弘文堂、二〇一五年
- (5) 小林隆児『オーブンダイアログ』を『甘え』から読む（飢餓陣営・佐藤幹夫編）『オーブンダイアログ』は本当に使えるのか（飢餓陣営せれくしょん）八八一―〇四頁、言視社、二〇一六年
- (6) 小林隆児『発達障害に対する精神療法（仮題）』創元社、印刷中
- (7) 小倉 清、小林隆児『こころの原点を見つめて―めぐりめぐる乳幼児の記憶と精神療法』遠見書房、二〇一五年